

H. Kick¹, U. Diehl²¹Psychiatrische Klinik der Universität Heidelberg (ärztlicher Direktor: Prof. Dr. Ch. Mundt), ²Philosophisches Seminar der Universität Heidelberg

Klinische Phänomenologie und therapeutische Situation

Der phänomenologische Ansatz intendiert die wissenschaftlich nachvollziehbare Erfassung der sich dem Psychiater jeweils neu in der konkreten Situation erschließenden Erfahrung (11), damit auch eine Überbrückung jenes methodologischen Hiatus, dem man sich in der Auseinandersetzung mit seelischen Erkrankungen, als psychophysische Gegebenheiten, unausweichlich konfrontiert sieht. Stets drohen dem psychiatrisch oder psychotherapeutisch Tätigen Gefährdungen, die in zwei Extrempositionen liegen: der objektivistischen Verabsolutierung und der subjektivistischen Vereinseitigung. Systematisch berücksichtigt wird im phänomenologischen Erkenntnisprozeß das die Erfahrung erst ermöglichende, jeweils zu reflektierende psychiatrische Vorverständnis. Es ist offensichtlich, daß bei einer solchen phänomenologischen Betrachtungsweise detailbezogene Erfahrungen jeweils zu neuen Gesamteindrücken und von daher eben diese wiederum zu Neubewertungen vorgängiger Einzelercheinungen führen können. Kraus (11) geht von einer damit gegebenen, unmittelbaren Relevanz für die therapeutische Praxis aus. Phänomenologische Diagnostik ermögliche die Richtlinien und Normen für die rehabilitative und therapeutische Intervention aus dem diagnostischen Prozeß selbst zu erschließen, ohne daß sie erst von außen und im nachhinein hinzugefügt werden müßten. Offen bleibt hierbei allerdings, wie im konkreten Fall die in früheren Situationen gewonnene Erfahrung hinsichtlich ihrer verallgemeinerbaren und operational nachvollziehbaren Aspekte in jeweils neuen, nicht gänzlich übereinstimmenden Konstellationen fruchtbar gemacht werden kann. Andererseits ist einem rein operational-objektivierenden, empirischen Ansatz vorab entgegenzuhalten, daß vorliegende, verallge-

Schlüsselwörter

Klinische Phänomenologie, Therapeutische Situation, Integrativer Ansatz, Psychiatrische Ethik

Zusammenfassung

Phänomenologie intendiert allgemein eine Beschreibung und intersubjektiv nachvollziehbare Analyse der in einer konkreten Situation sich erschließenden Phänomene des menschlichen Bewußtseins. Klinische Phänomenologie hat darüber hinaus die therapeutische Situation zu berücksichtigen. Im folgenden wird die These vertreten, daß die psychische Verfassung eines Menschen niemals allein aufgrund einer rein phänomenologischen Analyse auf alle praktisch und therapeutisch relevanten Konsequenzen hin ergründet werden kann. Das kann insbesondere dann nicht der Fall sein, wenn sich solche Konsequenzen aus einem außerhalb der konkreten Situation gewonnenen, empirisch verallgemeinerbaren psychopathologischen Wissen ergeben. Die Integration wird am ehesten dadurch ermöglicht, daß in einer vorausgehenden Analyse der therapeutischen Situation unterschiedliche »Sinnebenen« beachtet werden. Mit einem solchen klinisch-phänomenologischen Ansatz ist die reine Phänomenologie der Bewußtseinsphänomene überschritten, jedoch ergibt sich eben dadurch die Möglichkeit, die jeder praxisbezogenen Wissenschaft inhärenten »Aporien der praktischen Vernunft« darzulegen. Ohne eine solche vorausgehende Analyse der therapeutischen Situation bleibt die Gefahr einer subjektivistischen oder auch objektivistischen Vereinseitigung der Positionen bestehen, wie wir sie aus der jüngeren Psychiatriegeschichte kennen. Um eine Urteils-, Entscheidungs- und Handlungskompetenz im Bereich der klinischen Psychiatrie zu gewährleisten bedarf es zusätzlich ethischer Maßstäbe und Kriterien, die sich auf der Grundlage eines von dogmatischen Vorstellungen freien Menschenbildes begründen lassen.

meinernde Ergebnisse allenfalls und nur dann in der therapeutischen Praxis individualisierend umzusetzen wären, wenn diese zu einer objektiv handlungsbegründenden Krankheitsdiagnose quasi kausal-mechanistisch stringent in Beziehung gesetzt werden könnten. Diese Voraussetzungen treffen aber praktisch niemals zu; überdies bleiben solche Krankheitsmodelle selbst abhängig von krankheitstheoretischen Vorannahmen und sind insofern nicht ausschließlich empirisch begründet.

In den derzeit tonangebenden psychiatrischen Handbüchern wird in zahlreichen Beiträgen ein methodischer Dualismus vertreten, der durchaus um die Problematik einer reduktionisti-

schen Vorgehensweise sowohl hinsichtlich der nomothetischen wie auch der idiographischen Erfahrungsrichtung weiß. Der gegebene Hiatus zwischen reduktiver Methodik und ganzheitlicher Betrachtungsweise ist gleichfalls vielerorts problematisiert und mündet im allgemeinen in das Desiderat, daß diese Spannung zwischen Praxis und Forschung, also zwischen menschlich existentieller, kommunikativer Haltung und modellhaft theoretischer Reduktion, auszuhalten sei (6). Hier setzen nun eben die praktischen Problemstellungen ein, insoweit es darum geht, generalisierbare Forschungsergebnisse der objektivierenden Ebene in ein begründetes medizinisches Handlungsmo-

Keywords

Clinical phenomenology, therapeutic situation, integrative approach, psychiatric ethics

Summary

Generally, phenomenology intends the accurate description and intersubjectively verifiable analysis of the phenomena of human consciousness which occur in a singular situation. Clinical phenomenology however has also to consider the therapeutic situation. It is pointed out that the psychological condition of a person cannot be fully apprehended by means of a phenomenological analysis alone, if all practically and therapeutically relevant consequences are to be taken into account. The integration of understanding by participation along with the obligatory consideration of generalizable knowledge is at best realized when in a previous analysis of the therapeutic situation different »layers of meaning« are noticed. Since such an integrated account of clinical phenomenology goes beyond pure phenomenology it is possible to demonstrate the »aporias of practical reason« inherent in any applied science or art. Finally, it is argued that without such a previous analysis of the therapeutic situation we run the risk of subjectivist or objectivist reductionism as found in the recent history of psychiatry. Furthermore, in order to guarantee competence of judgment, decision-making and action, we need consideration of ethical criteria which can only be developed on the basis of an undogmatic conception of man.

dell einzuordnen, das den Bedürfnissen des Patienten auch mit seiner Subjektseite gerecht wird. Da diese Integration ein Erfordernis täglich gelebter klinischer Praxis ist, ist ein Hinweis auf das Aushalten der Spannung wichtig, kann jedoch allein nicht den erforderlichen Leitfaden für das Handeln ersetzen. Aus geschichtlicher Perspektive, d.h. im Blick auf jene Strömungen, die praktisch bereits nachhaltige Wirksamkeit erlangten, stellt sich die Frage so, ob sich zwischen einem realwissenschaftlichen Objektivismus, der seit dem 19. Jahrhundert mit seinem reduzierten Modelldenken die Klinik eroberte und einem gegenläufigen wissenschaftskritischen Subjektivismus neuerer Zeit wenigstens für die klinische Situation selbst eine tragfähige Synthese finden ließe.

Scheitert ein realwissenschaftlicher Objektivismus in der therapeutischen, handlungsbezogenen Situation an der praktischen Uneinlösbarkeit der eigenen Kriterien, ist der phänomenologische Ansatz gegenüber den charakteristischen Gefährdungen eines erkenntnis- und handlungsbezogenen Subjektivismus nur dann gefeit, wenn die Grundstrukturen der therapeutischen Situation berücksichtigt werden. Zum einen soll aufgrund phänomenologischer Analyse ein vorliegender seelischer Zustand eines Menschen empa-

thisch erfaßt und methodisch nachvollziehbar bestimmt werden. Die therapeutische Situation erfordert jedoch zum anderen die Einbeziehung verallgemeinerbarer Kenntnisse über die Regelmäßigkeit des Eintritts von Konsequenzen bestimmter Interventionen beim Vorliegen bestimmter, objektiv-operational festgestellter Merkmale. Dies gilt exemplarisch für die Regelmäßigkeit des Eintritts von Effekten biologischer wie psychosozialer Interventionen bei bestimmten psychophysischen Zuständen. Daraus folgt, daß eine seelische Konstellation niemals allein aufgrund einer phänomenologischen Analyse auf alle praktisch relevanten Konsequenzen hin ergründet werden kann, insbesondere nicht auf solche, die sich aus einem außerhalb der konkreten Situation gewonnenen, empirisch verallgemeinerbaren Regelwerk ergeben.

Die klinische Situation als Vermittlungsfeld von Theorie und Praxis

Der klinischen Phänomenologie geht es um ein doppeltes Anliegen, zum einen um die Berücksichtigung von verallgemeinerbaren Erkenntnissen objektiverer und kausal-genetisch erklärbarer Sachverhalte, zum anderen aber

auch um das empathisch partizipierende Verstehen von Menschen in bestimmten Notsituationen. Empirisch objektivierende Wissenschaften beschränken sich zumindest im ersten Schritt durch ihre obligatorisch reduktive Methodik auf den Nachweis verallgemeinerbaren Wissens. Nicht zu kritisieren ist hierbei eine passagere, reduktive Zielsetzung der Natur- und Verhaltenswissenschaften. Vielmehr geht es um die Frage, wie diese gewollte, methodisch nachvollziehbare – kontrollierte – Abstraktion hinsichtlich ihrer Ergebnisse hilfreich konkretisiert, d.h. in einer bestimmten Situation praktisch umgesetzt werden kann. Kriterien für die jeweils richtige Anwendung beider Vorgehensweisen, der empathisch partizipierenden und der operational-objektivierenden, an sich und im Verhältnis zueinander, die eine so verstandene, **klinische** Phänomenologie intendiert, können nicht aus den Methoden selbst gewonnen werden. Vielmehr sind die Kriterien unter Berücksichtigung der therapeutischen Situation zu entwickeln. Damit ergibt sich die situationsanalytische Frage nach den Grundkomponenten eben dieser therapeutischen Situation, ihrer Elemente, Implikate und Axiome. Nur aufgrund einer solchen vorgängigen Situationsanalyse lassen sich die Kriterien für die richtige Anwendung und den geordneten Einsatz der zur Verfügung stehenden Erkenntnismöglichkeiten gewinnen. Offensichtlich beruht klinische Phänomenologie in der therapeutischen Situation für den Therapeuten nicht nur auf abstrakter, sondern zugleich auf »konkreter Philosophie«, d.h. einer Philosophie im Hinblick auf die verantwortete ärztliche Handlung und Intervention. Daraus ergibt sich die Frage, wie je das Erkennen unterschiedlich reduktiver Ebenen und Perspektiven und teilhabendes, personales Verstehen in eine übergreifende Sinnstruktur der ärztlichen Handlung integriert werden kann (8).

Das Problem der situationsgemäßen Anwendung von verallgemeinernden Aussagen innerhalb der **psychiatrischen** Praxis ist philosophisch gesehen nur ein konkreter Spezialfall von vielen, wenn auch ein besonders komplexer und ethisch-moralisch brisanter. Die Frage der Vermittlung von verallgemeinern-

den Aussagen einer Theorie und konkreter Praxis stellt sich auch in den sonstigen angewandten Wissenschaften entsprechend. Im Bereich der klinischen Psychiatrie, wo es um die psychophysische Integrität und die möglichst weitgehende Wiederherstellung verlorengangener Autonomie von Menschen geht, um die Durchführung bestimmter therapeutischer Interventionen unter Respektierung der Personwürde, sind die praktischen, moralischen und rechtlichen Implikationen oftmals weit schwerer erfassbar als in anderen, nichtmedizinischen Erkenntnis- und Handlungsfeldern. Seit Kant wird weitgehend akzeptiert, daß es keine allgemeinen Kriterien zur Anwendung von Theorie auf Praxis bzw. von allgemeinen Regeln auf Einzelfälle geben kann: »Daß zwischen Theorie und Praxis noch ein Mittelglied der Verknüpfung und des Überganges von der einen zur anderen erfordert werde, die Theorie mag auch so vollständig sein, wie sie wolle, fällt in die Augen; denn zu dem Verstandesbegriffe, welcher die Regel enthält, muß ein Actus der Urteilskraft hinzukommen, wodurch der Praktiker unterscheidet, ob etwas der Fall der Regel sei oder nicht; und da für die Urteilskraft nicht immer wiederum Regeln gegeben werden können, wonach sie sich in der Subsumtion zu richten habe..., so kann es Theoretiker geben, die in ihrem Leben nie praktisch werden können, weil es ihnen an Urteilskraft fehlt;...« (9). Letzte Entscheidungsinstanz in der Applikation von Theorien und Regeln wird deswegen die in der langjährigen Ausbildung und Erfahrung geschulte Urteilskraft des Experten sein, mithin das, was im allgemeinen als »Fachkompetenz« bezeichnet wird. Aus dieser allgemeinen philosophischen Einsicht folgt, daß es auch im Kontext der klinischen Psychiatrie für die Anwendung von allgemeinen Regeln auf Einzelfälle keine weiteren zwischengeschalteten Regeln geben kann. Dann aber spielt die psychiatrisch geschulte Intuition bzw. Urteilskompetenz eine wesentliche und unverzichtbare Rolle in der psychiatrischen Diagnostik und Therapeutik (12). Sie kann eben weder auf der Ebene der Diagnostik durch empirisch fundierte, operational ausgearbeitete Diagnosemanuale noch auf der Ebene der Indikationser-

stellung durch darauf aufbauende, quasi mechanisch anzuwendende Handlungsdirektiven ersetzt werden.

Antipsychiatrie – historische Herausforderung und Klärung der Positionen

Eben in diesem Zusammenhang des Theorie-Praxis-Problems hat nun die antipsychiatrische Argumentationsstrategie, um die es in den letzten Jahren ruhiger geworden ist, mit ihrer vehementen Kritik die Aufmerksamkeit auf einen kritischen Bereich klinischer Praxis und zugleich auf eine bestehende Verengung der klinischen Perspektive gelenkt. Die Provokationen der Antipsychiatrie zielten explizit auf die Infragestellung der sich durch ideologischen Objektivismus scheinbar ausreichend legitimierenden professionellen Arztrolle und das damit verbundene Problem des Eingriffs (2, 3). Implizit standen zusätzlich hinter dem Protest der Antipsychiatrie ernstzunehmende Sinnfragen, zum einen die Frage nach dem Sinnziel der ärztlichen Behandlung und zum anderen die Frage nach der Sinngebung der seelischen Erkrankung (2, 13, 18). Fragen, die offensichtlich von der etablierten Psychiatrie nicht hinreichend respektiert worden waren. Die expliziten und impliziten Herausforderungen der Antipsychiatrie konvergieren somit darin, wie das Verhältnis von Arzt, Patient und Krankheit in der therapeutischen Situation zu bestimmen sei, um eben zu der erforderlichen Integration der unterschiedlichen Sinn Ebenen zu gelangen. Historisch ist hierbei zu berücksichtigen, daß die umfassende, ärztlich-klinische Perspektive in einem bereits in der Mitte des 19. Jahrhunderts deutlich sich abzeichnenden Traditionsabbruch verlorengegangen war, im Rahmen jener Wende zum naturwissenschaftlich »reduzierten Modelldenken« in der Klinik, wie sie Schipperges dargestellt hat (16, 17). Naturwissenschaftliches Denken und objektivierende Distanz wurden zur einzigen verbindlichen Bezugsebene ärztlicher Handlungskompetenz und -konsequenz. Auch beispielsweise Virchow (19), um einen Exponenten des Übergangs vom philosophischen zum naturwissenschaftlichen Zeitalter in der Kli-

nik zu nennen, ging davon aus, daß die naturwissenschaftliche Forschung zur Wahrheit und damit auch zum Guten und zum Wohl des Ganzen führe. Dadurch geriet der Legitimationszusammenhang ärztlichen Handelns auf die Ebene einer verabsolutierenden wissenschaftlichen Objektivierung, auf der dieser, zumal in der Psychiatrie, nicht eingefordert werden kann und auch in der Folgezeit entgegen den Fortschrittshoffnungen, die die Medizin des 20. Jahrhunderts beherrschten, nicht eingefordert werden konnte. Im Gegenteil, die Abhängigkeit von einem einseitigen naturwissenschaftlichen Objektivismus, der nicht mehr die menschliche Begegnung mit dem Schwachen suchte, führte in der Periode eines politisch totalitären Systems unter dem Einfluß einer menschenverachtenden, gleichwohl rational-objektivierend argumentierenden Ideologie mit der Vernichtung von anvertrauten Patienten in die moralische Katastrophe.

Als später, nach 1950, die provozierenden Ansätze der kritischen Theorie (7) praktisch relevant wurden, erschienen die jetzt den subjektiven Faktor einseitig hervorhebenden Reformen als die Realisationsfaktoren einer längst überfälligen Humanisierung der Arzt-Patient-Beziehung, die vor solchen Exzessen hätte bewahren können und künftig bewahren sollte. Mit dem Gedanken einer symmetrischen Arzt-Patient-Beziehung sowie mit der Vorstellung, die objektivierende Betrachtungsweise abzuschaffen, war jedoch lediglich, als speziell die Psychiatrie betreffender Vorgang, eine subjektivistische Wende vollzogen worden: Die vordem objektivistische Einseitigkeit der Perspektive wurde durch eine ebenso einseitige hin zum Subjektiven ersetzt (10). Damit war eine psychopathologisch fundierte medizinische Diagnostik und ein Krankheitsmodell der Psychosen nicht mehr aufrechtzuerhalten (14). In der Konsequenz konnte jeder therapeutische Eingriff zur illegitimen Manipulation erklärt werden. Wie weit die Verunsicherung der professionellen Rollenidentität des Psychiaters in jenen sechziger und siebziger Jahren ging, läßt sich zahlreichen Veröffentlichungen entnehmen, in denen Fragen an der Tagesordnung waren wie z. B., ob der Psychiater eine volle medizinische Aus-

bildung erhalten müsse, ob sich die Psychiatrie von der Körpermedizin abzulösen habe, ob der Psychiater nicht künftig durch das Berufsbild des Sozialers abzulösen wäre (1). Entscheidend ist nun, daß in dieser Krise des psychiatrischen Selbstverständnisses immer deutlicher wurde, daß zum einen ein verabsolutierter, naturwissenschaftlich objektivierender Standpunkt zur Erfüllung des ärztlichen Auftrags nicht tragfähig genug ist: Es war zu offensichtlich, daß objektive Naturerkenntnis, zumal angesichts der Grenzen des wissenschaftlich Erkennbaren, die Gefahr mitmenschlichen Desinteresses und der Ratlosigkeit in sich barg und zu einem Verfehlen des therapeutischen Humanum führte. Andererseits zeigte sich in der subjektiven Vereinseitigung, als deren extremer Exponent nun eben die Antipsychiatrie selbst zu gelten hatte, die Gefahr einer Auflösung der Verantwortungsstrukturen und schließlich einer Handlungsunfähigkeit des Arztes. Jede dieser Ebenen konnte somit, wenn sie lediglich isoliert zur Geltung kamen, dem Legitimationserfordernis des ärztlichen Handlungsfeldes in der klinischen Praxis nicht ausreichend nachkommen. Das Bewußtwerden dieser, in der ärztlichen Situation offensichtlich angelegten Gefährdungen verlangte nach einer Neubesinnung.

Subjektive, objektive und personale Sinnebene

Auch am historischen Beispiel wird deutlich, daß weder die subjektive Perspektive des Therapeuten noch die operational-objektivierende Bezugnahme allein dem Legitimationserfordernis ärztlicher Handlungskompetenz in der klinischen Situation entsprechen können. Beide Ansätze sind jedoch als Teilaspekte der psychiatrischen Diagnostik und Therapie sowie zur Bestimmung des Verhältnisses von Arzt, Patient und Krankheit unverzichtbare Voraussetzungen. Eine Lösung für den verlangten, integrativen Balanceakt kann durch eine Klärung der anthropologischen, epistemologischen und ethischen Grundvoraussetzungen, wie im folgenden zu zeigen ist, wesentlich befördert werden. Hierzu hat von Gebattel (5) bereits 1953 Ausführungen von funda-

mentaler Bedeutung gemacht. Er unterscheidet drei Sinnstufen ärztlichen Erkennens und Handelns; auf jeder dieser Stufen begegnen sich der Arzt und der kranke Mensch in anderer Weise. Zum einen ist dies die elementar persönliche Begegnungsstufe des unmittelbaren Angerufenseins durch die Not des Leidenden, welche den Kontakt zwischen Helfer und Patienten herstellt. Sie ist zugleich die Begegnungsstufe, in der mit der Befangenheit des Patienten in seinem Leid die Subjektivität des Patienten und eine elementare Empathie des Arztes dominiert. Zu beachten ist zweitens die sachlich differenzierende Entfremdungsstufe, d. h. eine Sehweise, die auf dem Boden einer ärztlichen Untersuchung und Befunderhebung näherungsweise Objektivität ermöglicht und die in der Psychiatrie die operational-psychopathologische Methodik einschließt. Diese distanzierend-objektivierende Ebene ist für den diagnostischen Prozeß unerlässlich, da die Diagnose ihrerseits eine unabdingbare Komponente der Indikationsstellung für einen ärztlichen Eingriff ist. Weil jeder Eingriff ein Wagnis umschließt, bedarf dieser einer besonderen Legitimation, eben auch einer solchen auf der objektivierenden Ebene. Die Begründung auf der ersten und zweiten Ebene hat sich jedoch auf einer weiteren, der dritten, der personalen Begegnungsebene zu bewähren, derjenigen nämlich der Partnerschaft von Arzt und Patient. Eine zentrale ärztliche Aufgabe besteht darin, sich der jeweiligen und jeweils relevanten Begegnungsstufe bewußt zu sein, um entsprechende praktische Folgerungen daraus zu ziehen.

Damit stellt sich explizit die Frage nach dem Menschenbild bzw. einer Werte setzenden und handlungsleitenden medizinischen Anthropologie. Zwei Hauptfragen sind zu unterscheiden und zu klären, zum einen die Frage nach Gesundheit und Krankheit und zum anderen die Frage nach dem gesunden und kranken Menschen als Person. Für den Bereich der Psychiatrie ist diese Frage, die auf die Integration reduktiver Perspektiven in ein Ganzes zielt, nur mittels einer theoretischen Psychopathologie zu beantworten. Letztere hat Transparenz herzustellen und Rechenschaft darüber zu geben, wie Gesundheit und psychisches Kranksein

professionell von den Begründungsmustern her verantwortet wird, wie die Sinnstufen der therapeutischen Situation zu unterscheiden sind, wie sie ineinander greifen, wann welche Stufe relevant wird und wie unter den erschwerten Bedingungen eines Krankheitsgeschehens personale Begegnung dennoch offengehalten und ermöglicht werden kann. Für die klinische Praxis bedeutet dies, daß der Psychiater aufgrund seiner professionellen, ethisch-moralischen und kommunikativ-dialogischen Kompetenz zu entscheiden, aber auch mittels empirischer und theoretisch-psychopathologischer Argumente zu belegen hat, welche Sinnebene – subjektive, objektive oder personale – in welcher Entscheidungssituation gerade relevant ist. Schließlich wird man auch hier, wo es um die Berücksichtigung medizinischer Befunde und zugleich um die Beachtung moralischer und rechtlicher Normen in der therapeutischen Situation geht, auf Kants Konzept der Anwendung und Integration von empirischem Detailwissen in das ganzheitliche psychiatrische Begegnungsfeld zurückverwiesen. Wieland (20) hat in jüngerer Zeit diese Problemstellung aufgegriffen, als Applikationsaporie benannt und analysiert. »Will man nicht darauf verzichten, das Handeln durch allgemeingültige Normen bestimmt sein zu lassen, und will man zugleich der Tatsache Rechnung tragen, daß sich keine Methode entwickeln läßt, die die Richtigkeit der jeweiligen Zuordnung von Norm und Einzelfall garantieren könnte, so bleibt eigentlich nur der Ausweg, den Vollzug der Normenanwendung nicht fest mit einem bestimmten Verfahren zu verbinden, sondern statt dessen einer Instanz anzuvertrauen. Im Einzugsbereich des individuellen Handelns kann die Urteilskraft die Funktion einer solchen Instanz übernehmen. Die Urteilskraft pflegt man in Anspruch zu nehmen, wenn die Befolgung von Verfahrensregeln allein nicht ausreicht, um Applikationsaufgaben zu lösen. Die Urteilskraft ist denn auch, wie man spätestens seit Kant weiß, ein Vermögen, das die Erledigung seiner Aufgaben niemals an eine formale Technik delegieren kann« (20). Um eine ebenso theoretische wie praktische Urteils- und Entscheidungskompetenz zu gewährleisten, die zum Zwecke einer

Humanisierung der klinischen Psychiatrie moralisch und zudem rechtlich erforderlich ist, bedarf es einer Reflexion und Berücksichtigung ethischer Einstellungen, die sich für die Praxis am ehesten von einem diesbezüglich fundierenden Menschenbild her begründen und verdeutlichen lassen. Gerade wenn der anthropologische Aspekt freigehalten wird von dogmatisierenden Normen, stellt sich die Frage der zu verwirklichenden Werte in der konkreten Situation jeweils in neuer Weise. Dadurch jedoch wird es möglich, mit den in jeder praxisbezogenen Wissenschaft unumgänglichen »Aporien der praktischen Vernunft« leben und human handeln zu lernen (4). Umgekehrt bedarf die moderne Medizin aber auch und gerade wegen dieser Aporien stets einer selbstkritischen, »sich rechtfertigenden Theorie, die wieder als Praxis evident wird« (16).

Schlußfolgerungen

Mit einem solchen klinisch-phänomenologischen Ansatz ist die reine Phänomenologie der Bewußtseinsphänomene in der therapeutischen Situation offensichtlich überschritten. Eine derartige Überschreitung ist indes, wie gezeigt werden konnte, aus folgenden Gründen unvermeidlich: 1. Im Hinblick auf die in der psychiatrischen Praxis unabweisbar bestehenden Erkenntnisgrenzen von Empathie und Verstehen. 2. Im Hinblick auf die vorliegenden verallgemeinerbaren Ergebnisse des operational objektivierenden diagnostischen und therapeutischen Ansatzes, deren Berücksichtigung, Anwendung und kontrollierte Durchsetzung dem Einhalten der technischen Regeln der psychiatrischen Kunst entspricht. 3. Im Hinblick auf eine umfassende Rechenschaftsgabe bezüglich der rechtlichen und moralischen Verantwortbarkeit von Interventionen, was notwendige und rechtlich begründete Eingriffe in die Autonomie der Person unter Respektierung der Personwürde einschließt. 4. Im Hinblick auf eine immer wieder zu erneuernde Offenständigkeit bezüglich einer Integration der subjektiven und objektiven Sinnenebene hin

zu einer personalen Begegnungsebene. Daraus resultiert die Notwendigkeit der Formulierung einer theoretischen Psychopathologie: Gleichartigen Phänomenen und Phänomenkonstellationen können unterschiedliche psychophysische Prozesse und psychosoziale Konstellationen zugrunde liegen, aus denen sich dementsprechend unterschiedliche ärztlich-therapeutische Handlungserfordernisse ergeben. Diese Konstellationen sind theoretisch-argumentativ transparent zu machen und gegeneinander abzugrenzen. Psychophysisch objektivierende sind mit hermeneutisch verstehenden, also die Arzt-Patient-Beziehung berücksichtigenden Denksätzen zu verbinden, ohne die theoretische Urteilskompetenz und praktische Entscheidungsverantwortung des Psychiaters aus dem Blick zu verlieren.

Das eben in dieser notwendigen Überschreitung sich realisierende Spannungsfeld konkretisiert den therapeutischen Begegnungs- und Handlungsraum, stellt Anfragen an ein maßgebliches psychiatrisches Ethos, das das Maß gibt für Begegnung, indem es Maße setzt hinsichtlich rechter Distanz und Nähe. In der personalen Begegnung von Patient und Therapeut gilt es gemeinsam die Diskontinuität der Phänomene subjektiver und objektiver Art zu überbrücken und zugleich zwischen Sinnlichkeit und abstrakter Wissenschaft zu vermitteln. Das Ergebnis eines solchen Vermittlungsvorganges ist nicht die generelle bzw. theoretische Lösung der o. g. Aporien vielmehr **konkrete** therapeutische Praxis insofern, als diese Vermittlung jeweils mehr ist als Erkennen und Verstehen von Person und Situation unter den sehr speziellen Gegebenheiten eines Krankheitsgeschehens, sondern darüber hinaus immer schon schöpferisches Komplement eines Vorfindlichen und damit neue Werte setzende Antwort, eben therapeutisches Handeln, darstellt.

LITERATUR

1. Clark D. H. Administrative Therapy. London: Tavistock 1964.
2. Cooper D. Psychiatrie und Anti-Psychiatrie. Frankfurt: Suhrkamp 1971.
3. Foucault M. Wahnsinn und Gesellschaft. Eine Geschichte des Wahns im Zeitalter der Vernunft. Frankfurt: Suhrkamp 1969.

4. Gadamer H. G. Über die Verborgenheit der Gesundheit. Frankfurt: Suhrkamp 1993.
5. v Gebattel V. E. Die Sinnstruktur der ärztlichen Handlung. Studium generale Heidelberg 1953; 6: 461-471.
6. Heimann H. Psychopathologie. In: Kisker K. P., Meyer J. E., Müller C., Strömgen E. (Hrsg.). Psychiatrie der Gegenwart. Bd I/1. Berlin, Heidelberg, New York: Springer 1979.
7. Horkheimer M. Traditionelle und kritische Theorie. Zeitschrift für Sozialforschung 1937; VI/2: 245-294.
8. Jaspers K. Allgemeine Psychopathologie. 8. Aufl. Berlin, Heidelberg, New York: Springer 1965: 661.
9. Kant I. Über den Gemeinspruch: Das mag in der Theorie richtig sein, taugt aber nicht für die Praxis (1793). Kants Werke Akademie. Textausgabe, Bd. VIII, Abhandlungen nach 1781. Berlin: Walter de Gruyter 1968: 275.
10. Kick H. Antipsychiatrie und die Krise im Selbstverständnis der Psychiatrie. Fortschritte der Neurologie und Psychiatrie 1990; 58/67-374.
11. Kraus A. Phänomenologische und Symptomatologisch-kriteriologische Diagnostik. Fundamenta psychiatrica 1991; 5: 102-109.
12. Kraus A. Die Bedeutung der Intuition für die psychiatrische Diagnostik und Klassifikation. Vortrag Heidelberg 1995.
13. Laing R. D. Das geteilte Selbst. Köln: Kiepenheuer und Witsch 1972.
14. Saß H. Die Krise der psychiatrischen Diagnostik. Fortschritte der Neurologie und Psychiatrie 1987; 55: 355-360.
15. Schipperges H. Im Gleichgewicht von medizinischer Theorie und ärztlicher Praxis. 45. Fortbildungstagung für Ärzte. Regensburg: Festvortrag 1970.
16. Schipperges H. Psychiatrische Konzepte und Einrichtungen in ihrer geschichtlichen Entwicklung. In: Kisker K. P., Meyer J. E., Müller C., Strömgen E. (Hrsg.). Psychiatrie der Gegenwart. Bd III. Berlin, Heidelberg, New York: Springer 1975.
17. Schipperges H. Die Technik der Medizin und die Ethik des Arztes. Frankfurt: Josef Knecht 1988.
18. Szass Th. S. Geisteskrankheit – ein moderner Mythos? Freiburg: Walter Olten 1972.
19. Virchow R. Über die Standpunkte in der wissenschaftlichen Medicin. Virchows Archiv 1877; 70: 1-10.
20. Wieland W. Aporien der praktischen Vernunft. Frankfurt: Vittorio Klostermann 1989.

Korrespondenzadresse:

Prof. Dr. H. Kick
Psychiatrische Klinik
der Universität Heidelberg
Voss-Straße 2
D-69115 Heidelberg
Tel. 0 62 21/56-44 09
Fax 0 62 21/56-54 77