

## Philosophie als kognitive Selbstmedikation und noetische Ressource

Die abendländischen Schatzkisten als Arzneimittel gegen die Sucht



© Kurt Keinath

Dr. Mag. Martin Poltrum

**Zusammenfassung:** Mit dem Aufkommen der Bewegung des „Philosophical Counseling“, den Medical Humanities und dem gegenwärtig hoch aktuellen Lebenskunstdiskurs eröffnen sich Möglichkeiten zu neuen Synergien zwischen Therapie und Philosophie. Trotzdem verfügen wir heute noch kaum über ernstzunehmende Versuche, Philosophie im klinischen Kontext als therapeutisches Medium einzusetzen. Im Anton Proksch Institut sind philosophische Aktivitäten seit nunmehr fünf Jahren integraler Bestandteil des Behandlungs- und Rehabilitationsprogramms. Unsere klinisch-therapeutischen Erfahrungen sowie die ersten Daten einer Pilotstudie und die damit in Zusammenhang stehenden Schlussfolgerungen zeigen die Notwendigkeit philosophischer Therapiestrategien im psychiatrischen Gesamtbehandlungskonzept auf.

**Summary:** With the occurrence of „philosophical counseling“, medical humanities and the extremely relevant debate on „Lebenskunst“ new synergies emerge between therapy and philosophy. Despite this there were only few serious attempts to introduce philosophy as a therapeutic tool within a clinical context. Philosophical

cal activities have been an integral part of treatment and rehabilitation in the Anton Proksch Institute for five years by now. Our clinical-therapeutic experiences as well as hermeneutical interpretations, based on preliminary results of a pilot study, indicate the necessity to integrate philosophical therapeutic strategies within the overall psychiatric treatment concept of mental disorders.

Über den Nutzen und Nachteil des Denkens für das Leben ist im Laufe der Philosophiegeschichte viel debattiert und gestritten worden. So wundert es nicht, dass es viele unterschiedliche Meinungen darüber gibt, was Philosophieren denn eigentlich leistet. Novalis zum Beispiel hat einmal sehr schön gesagt, dass „Philosophie eigentlich Heimweh“ sei, der Versuch, „überall zu Hause zu sein“. Man erschließt sich über das Denken ein unbekanntes Land, wird heimisch und vertraut, beginnt sich im Unbekannten, das über den Gedanken zum Bekannten wird, niederzulassen, fängt an zu wohnen und zu sein.

### Die abendländische Philosophie ist eine einzigartige Sammlung und Schatzkiste von Lebensweisheiten, wohltuenden Kognitionen und Seinsicherheit gewährenden Überlegungen.

Über das Wohnen, Sein und Verweilen wird das Bewohnte zunächst zum Vertrauten, dann irgendwann unter Umständen zum Gewöhnlichen und im schlimmsten Fall zum Langweiligen, Banalen und Sinnentleerten. Spätestens in diesem Zustand kann ein weiterer Aspekt des Nachsinnens helfen, den Montaigne dem Denken nachsagt, dass nämlich „Philosophieren sterben lernen“ hieße. Durch den Verweis auf die Endlichkeit der Existenz, den Wink, dass unser Dasein ein Ablaufdatum hat, vermag das Philosophieren immer wieder wach zu rütteln und auf die Kostbarkeit der Zeit hinzuweisen. „Bleiben ist nirgends“ (Rilke), verweile nicht, entdecke! Und, das ist das Entscheidende, entdecke vor allem dein Ei-

gentliches. Für all jene, die Montaignes „sterben lernen“ so ernst nehmen, dass sie dabei eine Todessehnsucht entwickeln oder auf denen die Vorstellung der Hinfälligkeit und Endlichkeit des Lebens so stark lastet, dass es sie niederdrückt, ihnen den Sinn des Seins raubt und sie deprimiert, hat gerade in neuerer Zeit wiederum die Philosophie ein Gegenmittel entdeckt. Denn die Forderung, die Kant einmal erhoben hat, dass „die Philosophie“ als „Arzneimittel wirken“ müsse, ist eine, die gegenwärtig hoch im Kurs steht. Überhaupt scheint es, dass sich die Philosophie seit geraumer Zeit wieder vermehrt um lebenspraktische Relevanz bemüht.

### Philosophical Counseling, Medical Humanities, Lebenskunst

In den 80-er Jahren, beginnend in Deutschland und in den USA, und seitdem zu einer internationalen Bewegung geworden, behauptet sich Philosophie als alternative Form der Individualberatung im Nahfeld von Psychotherapie, Lebensberatung und *Coaching* (vgl. RUSCHMANN 1999). Philosophische Praxis (vgl.

MARQUARD 1989) beziehungsweise *Philosophical Counseling*, meist von akademisch gebildeten Philosophen ausgeübt, in verschiedenen nationalen und internationalen Gesellschaften zu Berufsverbänden vereint, wurde so zu einer wichtigen Ergänzung von Therapie und Beratung. Doch nicht nur in diesem Sektor wurde die lebenspraktische Relevanz der Geisteswissenschaften unter Beweis gestellt, sondern auch im engeren medizinischen Kontext wird immer mehr die Forderung laut, die gegenwärtig in Hochkonjunktur befindliche Orientierung an einer *Evidence Based Medicine* durch eine die Geisteswissenschaften mitreflektierende Medizin zu ergänzen.

<sup>1</sup> Anton Proksch Institut, Wien

Im angelsächsischen Raum laufen diese Bemühungen unter dem Code *Medical Humanities* (vgl. EVANS 2001). Ebenfalls von hoher Aktualität sind in diesem Zusammenhang die Arbeiten von Wilhelm Schmid, der die im Spätwerk Michel Foucaults explizierte Idee einer *Ästhetik der Existenz* nutzt, um die historisch gewordene Arbeitsteilung von Philosophie und Psychotherapie neu zu überdenken. Schmid hat dieses Diskursfeld mit einer Reihe von Untersuchungen zu einer neuen Lebenskunst begründet (vgl. SCHMID 2000) und darauf verwiesen, dass man in der Antike Philosophie immer schon als therapeutisch orientierte Lebensweise verstand. Diese lebenspraktische Ausrichtung der Philosophie wanderte später in die christliche spirituelle Praxis ab und ging der europäischen Philosophie seit ihrer Etablierung an den spätmittelalterlichen Universitäten weitgehend verloren. In der modernen Psychotherapie wird das alte Lebenskunstwissen der Tradition nun wieder belebt. „Das brachliegende Feld der philosophischen Lebenskunst wird im 20. Jahrhundert stattdessen von Psychologie, Psychotherapie und Psychoanalyse bestellt, und es entstehen neue Philosophien, in denen sich einige Lebenskunstmotive wieder finden.“ (SCHMID 1998) Trotz vielfältiger Versuche die lebensdienliche, beratende und therapeutische Kompetenz der abendländischen Philosophie wieder neu zur Geltung zu bringen, und das erstaunt, verfügen wir heute noch kaum über ernstzunehmende Versuche, die Philosophie im klinischen Kontext direkt in die Therapie einzubeziehen.

### Klinische Philosophie im Anton Proksch Institut

Als bisher einziger und systematischer Versuch, Philosophie im klinischen Kontext als Therapeutikum einzusetzen, dürfen wohl die eigenen Bemühungen im Anton Proksch Institut gelten, im Rahmen eines modularen, ressourcenorientierten Behandlungskonzepts (vgl. MUSALEK 2008a, 2008b) Philosophie als ein an noetischen Ressourcen orientiertes Therapeutikum anzuwenden (vgl. POLTRUM u. MUSALEK 2008). Seit mehr als fünf Jahren gibt es nun das Projekt „ästhetische Theorie und Philosophie“ – das in enger Zusammenarbeit mit internationalen Forschungsgruppen entwickelt wurde<sup>2</sup> – als integralen Teil des therapeutischen Angebots. Im Rahmen des stationären Therapieaufent-

halts werden regelmäßige Philosophica angeboten, bei denen Patienten anhand ausgewählter Texte zu lebensphilosophisch relevanten Themen diskutieren und Stellung nehmen. Dabei werden Fragen wie: Was ist Liebe, was ist Glück, wo beginnt und wo endet Freundschaft, gibt es ein metaphysisches Bedürfnis, die Frage nach dem Sinn etc. anhand von Texten der großen Philosophen beziehungsweise doxographischer Darstellungen der Lehren und Meinungen der Denker und anhand der Weltanschauung und Lebensphilosophien der Patienten debattiert.

### Unter Umständen ist eine unzureichende oder verengte Weltansicht mit Ursache für die Probleme, in die sich jemand hineinmanövriert hat.

Neben diesen Philosophica in halboffenen Gruppen von bis zu zwölf Patienten verfügen wir auch bereits über Erfahrungen mit dem ersten stationären *Café Philosophique*, das allen Patienten des Klinikums zugänglich gemacht wurde. Seit Herbst 2007 wird unser Forschungsprojekt „Klinische Philosophie und philosophische Therapeutik“ systematisiert und de-



Abb. 1: Franz von Stuck, *Sisyphus* (1920). Albert Camus meinte: „Wir müssen uns Sisyphos als glücklichen Menschen vorstellen.“

skriptiv evaluiert. Zirka alle zwei Wochen findet eine von einem akademischen Philosophen und Psychotherapeuten begleitete, von Ärzten und Psychologen abgehaltene „Vorlesung zur Lebenskunst“ statt. Teile des therapeutischen Kollegiums halten dabei eine Vorlesung zu einem ausgewählten philosophischen Thema und diskutieren mit der Methode des sokratischen Dialogs die sich daraus ergebenden Fragen mit den Patienten des Instituts.

Ausgangspunkt unserer Überlegung bildet dabei unter anderem die Jasper'sche Überzeugung, dass es im menschlichen Leben Situationen gibt, die unausweichlich sind. Zu diesen Situationen gehört die existenzielle Erfahrung der Grenze. Der durchschnittliche Lebensentwurf, die alltägliche Selbstausslegung des Daseins reicht in Situationen, in denen wir mit Krankheit, Leid, Tod, Schuld und Angst konfrontiert sind, in der Regel nicht aus. Solche Situationen, die Jaspers als Grenzsituationen bezeichnet, führen den Menschen zu existenziell-philosophischen

Überlegungen. „Das Bewusstwerden dieser Grenzsituationen ist nach dem Stauen und dem Zweifel der tiefere Ursprung der Philosophie.“ (JASPERS 1950/2008) Eine Situation wird dann zur „Grenzsituation“, wenn sie das Subjekt durch radikale Erschütterung seines Daseins zur Existenz erweckt.“ (JASPERS 1932/2008)

Die Erschütterung der eigenen Existenz, des bisherigen Lebenskonzepts, und das Bedürfnis nach Philosophie, philosophischer Orientierung und Besinnung lassen sich bei einem erheblichen Teil unserer Patienten sehr gut beobachten. Und genau diesem Bedürfnis wird mit unserem Projekt der „Klinischen Philosophie und philosophischen Therapeutik“ nachgekommen. In unserer Vorlesungsreihe „Philosophie der Lebenskunst“ wird einerseits der *logos therapeuticus* für unsere Patienten genutzt und andererseits Pionierarbeit auf dem zukunftssträchtigen Gebiet der „Klinischen Philosophie“ geleistet.

Mittels deskriptiver Evaluation, phänomenologisch-hermeneutischer Analyse und qualitativer Erhebung der subjektiven Bedeutungsstruktur der Patienten, wurden erste Ergebnisse bezüglich der Wirksamkeitserwartung von Philosophie im klinischen Kontext gewonnen. Die Ergebnisse unserer Pilotstudie zeigen (vgl. POLTRUM u. MUSALEK 2009), dass „klinisches Philosophieren“ vor allem zu einer „Auseinandersetzung und Reflexion“ führt, als „Wissensgewinn und Horizonterweiterung“ erlebt wird und eine „Handlungsaktivierung“ impliziert. Neben den ersten zwei Hauptwirkfaktoren, in denen wir vor allem die Bestätigung sehen, dass philosophische Erörterungen ein Nachdenken über das Leben mit sich bringen und zur Neuer-

<sup>2</sup> Siehe dazu die Aktivitäten der European Society of Aesthetics and Medicine – [www.esaem.eu](http://www.esaem.eu)





**Abb. 2:** Jean-Léon Gérôme, *Diogenes* (1860). Alexander der Große soll gesagt haben: „Wäre ich nicht Alexander, wollte ich Diogenes sein.“

schließung von Möglichkeiten und Perspektiven führen, erscheint uns vor allem die Handlungsaktivierung von hoher therapeutischer Relevanz. Denn in diesem Parameter zeigt sich, dass die im Philosophicum gewonnenen Einsichten in die Lebenspraxis umgesetzt werden. Wenn Philosophie als Medikament, am ehesten wahrscheinlich als Rezeptur für die verletzte Seele, dienen kann, dann stellen sich mindestens drei Fragen: Wie soll Philosophie im klinischen Kontext als Arzneimittel wirken? Welche Philosophie in welcher Dosierung? Was heißt, im klinischen Kontext mit Patienten philosophieren?

### 50 mg Platon und Ernst Blochs „Prinzip Hoffnung“ als Tropfinfusion

Für die Frage, wie Philosophie im klinischen Kontext als Medikament wirken soll, gibt es mehrere Modelle und Erklärungen. Jeder Mensch hat eine Lebensphilosophie und Weltanschauung. Ob man diese bewusst hat, pflegt und ausarbeitet oder ob einem seine Lebensphilosophie und Weltanschauung unbewusst sind, spielt dabei keine Rolle. Als Mensch kann man gar nicht anders als philosophieren, denn auch wenn man viele der eigenen Gedanken und Kognitionen nicht unter diesem Code wahrnimmt, ist man im Grunde ständig am Philosophieren. Unter Umständen ist eine unzureichende oder verengte Weltansicht mit Ursache für die Probleme, in die sich jemand hineinmanövriert hat. Wenn dem so ist, dann bedarf es der „Liebe zur

Weisheit“. Horizonterweiterung, Einstellungsmodulation, polyperspektivisches Denken – das sind von jeher die Leistungen der Philosophie. Philosophische Erörterungen sind im klinischen Kontext erstens dazu in der Lage, durch die Darstellung verschiedenster Denksysteme Hoffnung auf Besserung zu induzieren und die Erwartung zu wecken, dass die Therapie gelingt. Mit Platons Ideenlehre kann man darauf verweisen, dass es sich lohnt, sich für Ideale zu engagieren; mit Kant lässt sich aufzeigen, dass es einen freien Willen gibt und mit Ernst Bloch, dass Sehnen, Wünschen und Hoffen ins Gelingen verliebte Empfindungen sind. Empfindungen nah an der Erfüllung – solche Gedanken brauchen unsere Patienten.

### Die Ergebnisse unserer Pilotstudie zeigen, dass klinisches Philosophieren vor allem zu einer Auseinandersetzung und Reflexion führt, als Wissensgewinn und Horizonterweiterung erlebt wird und eine Handlungsaktivierung impliziert.

Zweitens kann Philosophie auch „kognitive Selbstmedikation“ sein. Der „innere Weise“ oder der „innere Heiler“, den jeder Mensch in sich trägt, tritt oft als guter Gedanke, wohlthuende Vorstellung oder tröstende Kognition auf. Unsere „Vorlesung zur Lebenskunst“ versucht, die Patienten wieder in Kontakt mit ihren Selbstheilungskräften zu bringen. Die Patienten sollen ihren „inneren Therapeuten“ entdecken und ihn auf ihre Wunde ansetzen. Philosophie, das ließe sich zeigen, hatte

immer die Aufgabe, Orientierung ins Leben zu bringen und mit all dem Schwierigen und Traurigen der Welt zu versöhnen. Es geht darum, dem „metaphysischen Hunger“, den gerade Menschen in Grenzsituationen vermehrt haben, ein Angebot zu machen. Im besten Fall kann klinisches Philosophieren sogar der „metaphysischen Heimatlosigkeit“ (LUKÁCS 1971) etwas entgegensetzen. Und drittens kann Philosophieren die „noetischen Ressourcen“ aktivieren, also genau jene Überzeugungen, Einstellungen und Wertssysteme erweitern, die einen in die Sackgasse geführt haben.

### Aktivierung von noetischen Ressourcen

Spätestens seit Klaus Grawe explizit auf die Wichtigkeit der Ressourcenorientierung in der Psychotherapie hingewiesen hat (vgl. GRAWE 1998), was der Sache nach immer schon das Anliegen jeglicher psychotherapeutischer Intervention war (vgl. FESELMAYER et al. 2008), sind wir wieder dafür sensibilisiert die verführerische Problemperspektive, die Defizit- und Fehlerfahndung – die sich durch die Sogwirkung, ontologische Macht und Phänomenalisierungsauffälligkeit der Negation geradezu aufdrängt – durch eine Schatzsuche und Ressourcenorientierung zu ergänzen. Aus diesem Grund bietet es sich an, einen der Hauptwirkmechanismen des „klinischen Philosophierens“, die Aktivierung der noetischen Dimension des menschlichen Seins unter der Ressourcenperspektive zu thematisieren, denn die abendländische Philosophie stellt eine einzigartige Sammlung und Schatzkiste von Lebensweisheiten, wohlthuenden Kog-

nitionen und Seinsicherheit gewährenden Überlegungen dar.

Als noetische Ressourcen, die es zu finden, zu aktivieren und gegebenenfalls zu implementieren gilt, gelten alle Überzeugungssysteme, Einstellungsrichtungen und metaphysischen Evidenzen, die eine lebensweltliche Geländer-, Halte- und Orientierungsfunktion ausüben vermögen. Philosophisch gesprochen handelt es sich dabei um den Intentionsbereich des *agathon*, um eine bewusst oder unbewusst in-

tentionale Bezugnahme auf die Idee des Guten. Banal gesprochen geht es um die Implementierung und Aktivierung von Überzeugungen, die in die Richtung gehen: „Alles wird gut“, „es wird schon wieder“, die „Dinge werden sich schon regeln“.

Anthonovsky hat ja bekanntlich mit seinem Salutogenese-Konzept darauf verwiesen, dass „die Art, wie man seine Welt sieht“, beziehungsweise „die eigene Realitätskonstruktion“ (...) „ein entscheidender Faktor für Coping und Gesundheit ist.“ (ANTHONOVSKY 1997) Es gibt Lebensphilosophien und Weltanschauungen, die einem das Leben erleichtern, und solche, die es belasten. Jetzt ist es aber nicht so, dass ein Weltbild oder eine Lebenseinstellung eine in sich abgeschlossene und monadenhafte Substanz oder eine unbewegliche Entität ist. Das Gegenteil ist der Fall. Lebensphilosophien sind nicht nur sehr beweglich beziehungsweise dynamisch, sondern korrelieren, für den Fachphilosophen leicht ersichtlich, oft mit den archetypisch zu nennenden Entwürfen der großen Philosophen.

Viele Menschen haben, ohne es zu wissen, einen kleinen Platon, einen kleinen Augustinus oder einen kleinen Nietzsche in sich und reproduzieren, in der Meinung ihr Eigenes und Ureigenstes zu denken, nur das Denkbare und Denkmögliche, das in der Rede der großen Philosophen vielleicht nur klarer und deutlicher durchargumentiert und ausgesprochen wurde. Problematisch wird es meistens dann,

### Als Mensch kann man gar nicht anders als zu philosophieren.

wenn der Versuch unternommen wird, mit einem Weltbild, mit einer philosophischen Position – ob man sie nun den Entwürfen der großen Denker zuordnen kann oder nicht – ein ganzes Leben auszukommen. Der Aufenthalt in einer Suchtklinik bringt Veränderung mit sich, und Veränderung korreliert immer auch mit einem Einstellungswandel und dem Neudesign der Lebensphilosophie. Die Aktivierung

von „noetischen Ressourcen“ kann genau diesen Prozess begleiten und unterstützen, denn gerade wenn es darum geht, sein Leben zu ändern, ist die Bezugnahme auf Seinsicherheit gewährende Überlegungen entscheidend.

Man könnte an dieser Stelle sogar noch weiter gehen und zeigen, dass das Sein der Idee des Guten im therapeutischen Kontext – bei auf Gelingen bezogenen Überwindungsversuchen psychischer Störungen – immer schon intendiert und erschlossen wird, auch wenn dies dem einzelnen Patienten völlig unbewusst ist (vgl. POLTRUM 2009). Hier ginge es dann um die existenzanalytische Arbeit und Aufdeckung des „geistig Unbewussten“, wie es Viktor Frankl (vgl. FRANKL 1997 u. 1998) nannte. Man hat also, bewusst oder unbewusst in dem Moment, wo man als Patient an der Kliniktür läutet, schon die „noetischen Ressourcen“ vom Seinsmodus der Potentialität in den der Aktualität überführt. Eine klinische Philosophie hat das bewusst zu machen und gezielt mit dem Angebot der „noetischen Ressourcen“ der

#### FACHKURZINFORMATIONEN

**ZYPREXA® 2,5 (5; 10; 15) mg Filmtabletten, ZYPREXA® VELOTAB 5 (10; 15) mg Schmelztablette, Olanzapin.** Qualitative und quantitative Zusammensetzung: Jede Filmtablette enthält 2,5 (5; 10; 15) mg Olanzapin. Jede Schmelztablette enthält 5 (10; 15) mg Olanzapin. Hilfsstoffe siehe Abschnitt 6.1. Anwendungsgebiete: Olanzapin ist für die Behandlung der Schizophrenie angezeigt. Bei Patienten, die initial auf die Behandlung angesprochen haben, ist Olanzapin bei fortgesetzter Behandlung zur Aufrechterhaltung der klinischen Besserung wirksam. Olanzapin ist zur Behandlung von mäßig schweren bis schweren manischen Episoden angezeigt. Bei Patienten, deren manische Episode auf eine Behandlung mit Olanzapin angesprochen hat, ist Olanzapin zur Phasenprophylaxe bei Patienten mit bipolarer Störung angezeigt (siehe Abschnitt 5.1). Weitere Informationen über klinische Prüfungen: In einer multinationalen, vergleichenden Doppelblindstudie bei Schizophrenie, schizoaffectiven und verwandten Störungen an 1481 Patienten mit depressiven Begleitsymptomen unterschiedlichen Schweregrades (Ausgangswert durchschnittlich 16,6 auf der Montgomery-Asberg-Depressionskala) erwies sich Olanzapin (-6,0) in einer prospektiven Analyse der Depressionsscore-Änderung vom Ausgangspunkt zum Endpunkt (sekundäre Fragestellung) gegenüber Haloperidol (-3,1) als signifikant überlegen (p=0,001). Pharmakotherapeutische Gruppe: Neuroleptikum, ATC Code N05A. Gegenanzeigen: Patienten mit bekannter Überempfindlichkeit gegen Olanzapin oder einen der Hilfsstoffe. Patienten mit bekanntem Risiko eines Engwinkelglaukoms. Hilfsstoffe: Filmtabletten: Lactose-Monohydrat, Hydroxypropylcellulose, Croscopovidon, mikrokristalline Cellulose, Magnesiumstearat. Tablettenfilm 2,5 (5, 10) mg: Hypromellose, Farbmischung weiß (Hypromellose, Titandioxid E 171, Macrogol, Polysorbat 80), Karnaubawachs, essbare blaue Tinte (Schellack, Makrogol, Indigocarmin E132). Tablettenfilm 15 mg: Hypromellose, Farbmischung hellblau (Titandioxid E 171, Lactose-Monohydrat, Hypromellose, Triacetin, Farbstoff Indigocarmin (E132)), Karnaubawachs, Schmelztabletten: Gelatine, Mannitol, Aspartam, Natriumethyl-4-hydroxybenzoat, Natriumpropyl-4-hydroxybenzoat, Natriumpropyl-4-hydroxybenzoat, PHARMAZEUTISCHER UNTERNEHMER: Eli Lilly Nederland B.V., Grootslag 1-5, NL-3991 RA Houten, Niederlande. Rezept- und apothekenpflichtig. Weitere Informationen entnehmen Sie bitte den veröffentlichten Fachinformationen. 1. Tohen M et al. Am J Psychiatry 2002;159(6):1011-1017. 2. Tohen M et al. Am J Psychiatry 2003;160(7):1263-1271. 3. Namjoshi MA et al. J Affective Disord 2002;69:109-118. \* Yatham LN et al. Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) guidelines for the management of patients with bipolar disorder: update 2007. Bipolar disorders 2006;8:721-739. \*\* National Institute for Health and Clinical Excellence. Bipolar disorder: The management of bipolar disorder in adults, children and adolescents, in primary and secondary care. London July 2006.

FIKU/Lyrica 25 mg/50 mg/75 mg/100 mg/150 mg / Commission Decision Type II 0034 / 2009/08/20 C. 200 mg/300 mg Hartkapseln. Austria: LYRICA 25 mg / 50 mg / 75 mg / 100 mg / 150 mg / 200 mg / 300 mg Lactose-Monohydrat. **Zusammensetzung:** 1 Hartkapsel enthält 25 mg / 50 mg / 75 mg / 100 mg / 150 mg / 200 mg / 300 mg Pregabalin. Eine Hartkapsel enthält auch 35 mg / 70 mg / 8,25 mg / 11 mg / 16,50 mg / 22 mg / 33 mg Lactose-Monohydrat. **Liste der sonstigen Bestandteile:** Kapselhülle: Lactose-Monohydrat, Maisstärke, Talkum. Kapselhülle: 25 mg, 50 mg und 150 mg: Gelatine, Titandioxid (E 171), Natriumdodecylsulfat, Hochdisperses Siliciumdioxid, Gereinigtes Wasser. Kapselhülle: 75 mg, 100 mg, 200 mg und 300 mg: Gelatine, Titandioxid (E 171), Natriumdodecylsulfat, Hochdisperses Siliciumdioxid, Eisen(III)-oxid (E 172), Gereinigtes Wasser. Drucktinte: Schellack, Eisen(III)-oxid (E 172), Propylenglycol, Kaliumhydroxid. **Anwendungsgebiete:** Neuropathische Schmerzen: Lyrica wird angewendet zur Behandlung von peripheren und zentralen neuropathischen Schmerzen im Erwachsenenalter. Epilepsie: Lyrica wird angewendet zur Zusatztherapie von partiellen Anfällen mit und ohne sekundäre Generalisierung im Erwachsenenalter. Generalisierte Angststörungen: Lyrica wird angewendet zur Behandlung von generalisierten Angststörungen bei Erwachsenen. **Gegenanzeigen:** Überempfindlichkeit gegen den Wirkstoff oder einen der sonstigen Bestandteile. Pharmakotherapeutische Gruppe: Antiepileptika, ATC-Code: N03AX16. **Inhaber der Zulassung:** Pfizer Limited, Ramsgate Road, Sandwich, Kent CT13 9NU, Vereinigtes Königreich. **Stand der Information:** August 2009. **Verschreibungspflichtig/Apothekenpflichtig:** Rezept- und apothekenpflichtig. **Angaben zu besonderen Warnhinweisen und Vorsichtsmaßnahmen für die Anwendung, Wechselwirkungen mit anderen Arzneimitteln und sonstigen Wechselwirkungen, Schwangerschaft und Stillzeit und Nebenwirkungen entnehmen Sie bitte der veröffentlichten Fachinformation.**

**Quetialan® 25 mg Filmtabletten, Quetialan® 100 mg Filmtabletten, Quetialan® 200 mg Filmtabletten, Quetialan® 300 mg Filmtabletten, Quetialan® 4-Tage Startpackung.** **Wirkstoffgruppe: Pharmakotherapeutische Gruppe:** Antipsychotika, Diazepine, Oxazepine und Thiazepine. **ATC-Code:** N05A H04. **Qualitative und quantitative Zusammensetzung:** Eine Quetialan® Filmtablette enthält Quetiapin-fumarat entsprechend 25/100/200/300mg Quetiapin. **Die Quetialan® 4-Tage Startpackung enthält 6 Quetialan® 25mg Filmtabletten, 5 Quetialan® 100mg Filmtabletten.** **Anwendungsgebiete:** – Behandlung moderater bis schwerer manischer Episoden. Es wurde nicht gezeigt, dass Quetialan® das wiederholte Auftreten manischer oder depressiver Episoden verhindern kann. **Gegenanzeigen:** Überempfindlichkeit gegen den Wirkstoff oder einen der sonstigen Bestandteile des Arzneimittels. Die gleichzeitige Anwendung von Cytochrom P450 3A4-Inhibitoren wie HIV-Proteaseinhibitoren, Azol-Antimykotika, Erythromycin, Clarithromycin und Nefazodon ist kontraindiziert. **Sonstige Bestandteile:** **Tablettenkern 25/100/200/300mg/Startpackung:** Calciumhydrogenphosphat wasserfrei, Lactose Monohydrat, mikrokristalline Cellulose, Carboxymethylstärke-Natrium (Typ A), Povidon, Magnesiumstearat. **Tablettenüberzug:** 25mg: Hypromellose, Titandioxid (E171), Macrogol 400, Eisenoxid gelb (E172), Eisenoxid rot (E172). 100mg: Hypromellose, Titandioxid (E171), Macrogol 400, Eisenoxid gelb (E172). 200mg/300mg: Hypromellose, Titandioxid (E171), Macrogol 400. **Inhaber der Zulassung:** Gerot Pharmazeutika, 1160 Wien. **Abgabe:** Rezept- und apothekenpflichtig, wiederholte Abgabe verboten. **Weitere Angaben zu Warnhinweisen und Vorsichtsmaßnahmen für die Anwendung, Wechselwirkungen mit anderen Arzneimitteln oder sonstige Wechselwirkungen, Schwangerschaft und Stillzeit, Nebenwirkungen sowie Angaben über Gewöhnungseffekte entnehmen Sie bitte den veröffentlichten Fachinformationen. Packungsgrößen:** 25mg: 6, 60 Stück, 100mg: 30, 60, 90 Stück, 200mg: 30, 60 Stück, 300mg: 30, 60 Stück, Startpackung: 6 x 25mg, 5x100mg, 02/2009

**BEZEICHNUNG DES ARZNEIMITTELS:** EFECTIN ER 75 mg Kapseln, EFECTIN ER 150 mg Kapseln. **QUALITATIVE UND QUANTITATIVE ZUSAMMENSETZUNG:** Wirkstoff: Venlafaxin. **EFECTIN ER 75 mg Kapseln:** Eine Hartkapsel, retardiert enthält 84,85 mg Venlafaxinhydrochlorid, entsprechend 75 mg Venlafaxin. **EFECTIN ER 150 mg Kapseln:** Eine Hartkapsel, retardiert enthält 169,7 mg Venlafaxinhydrochlorid, entsprechend 150 mg Venlafaxin. Die vollständige Auflistung der sonstigen Bestandteile siehe Fachinformation Abschnitt 6.1. **ANWENDUNGSGEBIETE:** Behandlung von Episoden einer Major Depression. Zur Prävention des Wiederauftretens neuer depressiver Episoden (Rezidivprophylaxe). Behandlung der generalisierten Angststörung. Behandlung der sozialen Angststörung. Behandlung der Panikstörung, mit oder ohne Agoraphobie. **GEGENANZEIGEN:** Überempfindlichkeit gegen den Wirkstoff oder einen der sonstigen Bestandteile. Eine gleichzeitige Behandlung mit irreversiblen Monoaminoxidase-Inhibitoren (MAOI) ist aufgrund des Risikos eines Serotonin-Syndroms mit Symptomen wie Agitation, Tremor und Hyperthermie kontraindiziert. Die Behandlung mit Venlafaxin darf mindestens 14 Tage nach Beendigung der Behandlung mit einem irreversiblen MAOI nicht eingeleitet werden. Die Anwendung von Venlafaxin muss mindestens 7 Tage vor Beginn einer Therapie mit einem irreversiblen MAOI beendet werden (siehe Fachinformation Abschnitte 4.4 und 4.5.). **SONSTIGE BESTANDTEILE:** **EFECTIN ER 75 mg Kapseln:** Mikrokristalline Cellulose, Ethylcellulose, Hydroxypropylmethylcellulose, Gelatine, Titandioxid (E171), Eisenoxid rot (E172), Eisenoxid gelb (E172), Talk, Drucktinte. **EFECTIN ER 150 mg Kapseln:** Mikrokristalline Cellulose, Ethylcellulose, Hydroxypropylmethylcellulose, Gelatine, Eisenoxid rot (E172), Eisenoxid gelb (E172), Titandioxid (E171), Talk, Drucktinte. **INHABER DER ZULASSUNG:** Wyeth-Lederle Pharma GmbH, Storchengasse 1, A-1150 Wien, Österreich. **PHARMAKOTHERAPEUTISCHE GRUPPE:** Andere Antidepressiva - ATC-Code: N06A X16. **VERSCHREIBUNGSPFLICHT/APOTHEKENPFLICHT:** Rezept- und apothekenpflichtig, wiederholte Abgabe verboten. Weitere Angaben zu den Abschnitten „Besondere Warnhinweise und Vorsichtsmaßnahmen für die Anwendung“, „Wechselwirkungen mit anderen Arzneimitteln und sonstige Wechselwirkungen“, „Schwangerschaft und Stillzeit“, „Nebenwirkungen“ und „Gewöhnungseffekte“ sind der veröffentlichten Fachinformation zu entnehmen.

**Copaxone 20 mg/ml Injektionslösung in einer Fertigspritze.** **Qualitative und quantitative Zusammensetzung:** 1 ml Injektionslösung enthält 20 mg Glatirameracetat\*, entsprechend 18 mg Glatiramer Base pro Fertigspritze. \*Glatirameracetat ist das Acetatsalz eines synthetischen Polypeptids, das vier natürlich vorkommende Aminosäuren enthält: L-Glutaminsäure, L-Alanin, L-Tyrosin und L-Lysin, mit einer Molfraktion zwischen 0,129 – 0,153, 0,392 – 0,462, 0,086 – 0,100 bzw. 0,300-0,374. Das durchschnittliche Molekulargewicht von Glatirameracetat liegt zwischen 5.000 und 9.000 Dalton. Liste der sonstigen Bestandteile: Mannitol, Wasser für Injektionszwecke. • **Anwendungsgebiete:** Copaxone ist zur Behandlung von Patienten mit hohem Risiko eine klinisch definierte multiple Sklerose (CDMS) zu entwickeln angezeigt, nachdem diese Patienten ein gut definiertes erstes klinisches Ereignis durchgemacht haben. Copaxone ist zur Reduktion der Schubfrequenz bei ambulanten Patienten (d.h. solchen, die ohne Hilfe gefähig sind) mit schubweise verlaufender, remittierender multipler Sklerose (MS) angezeigt. In klinischen Studien war das durch mindestens zwei Schübe mit neurologischen Funktionsstörungen während der letzten 2 Jahre charakterisiert. Copaxone ist nicht bei primär oder sekundär progredienter MS angezeigt. • **Gegenanzeigen:** Copaxone ist kontraindiziert bei Überempfindlichkeit gegen Glatirameracetat oder Mannitol, bei Schwangeren. • **Inhaber der Zulassung:** sanofi-aventis GmbH • **Verschreibungspflichtig / Apothekenpflichtig:** Rezept- und apothekenpflichtig, NR • **Pharmakotherapeutische Gruppe:** Andere Zytokine und Immunmodulatoren; ATC-Code: L03A X13 • **Stand der Information:** 05.2009. **Weitere Angaben zu den besonderen Warnhinweisen und Vorsichtsmaßnahmen für die Anwendung, Wechselwirkungen mit anderen Arzneimitteln und sonstige Wechselwirkungen, Schwangerschaft und Stillzeit, Nebenwirkungen sowie den Gewöhnungseffekten sind der veröffentlichten Fachinformation zu entnehmen.**



## Klinische Philosophie

### Logos Ästhetikus und Philosophische Therapeutik

Die klinische Philosophie sieht in der Philosophie des Abendlandes ein Medikament für die traumatisierte Psyche. Der Philosoph und Psychotherapeut Martin Poltrum zeigt auf, dass philosophische Überlegungen einen wohltuenden Effekt auf die Seele haben und wie philosophische Gespräche Teil psychotherapeutischer Praxis werden können. Das Sein der Idee des Guten, so die erkenntnisleitende These, wird im Therapeutischen vorausgesetzt, im philosophischen Denken erschlossen und erhält in der „Wiedererinnerung“ an die Schönheit ihre Seins-Evidenz.

Mit der idealistischen Ästhetiktradition geht die Untersuchung in ihrer Hauptrichtung davon aus, dass die Kunst das große Stimulans des Lebens, das Ästhetische das Versprechen des Glücks und die Schönheit Vorschein der Freiheit ist. Eine für die Psychotherapie relevante Hermeneutik metaphysischer Geborgenheit, wie sie hier vorgelegt wird, stößt dabei zwangsläufig auf die ästhetisch-anästhetische Phänomendialektik und die versöhnende Macht des Schönen.



**Poltrum, Martin**  
150 Seiten,  
ca. € 15,50 EUR  
Parodos Verlag,  
erscheint  
November 2009  
ISBN:  
9783938880302

abendländischen Philosophie zu stützen und zu intensivieren. Dabei stellt sich natürlich die Frage, welche Philosophien aus dem noetischen Vorratsmagazin des Abendlandes hier besonders geeignet sind.

### Philosophische Kontraindikationen und Nebenwirkungen

Da nicht alle Philosophien in der Lage sind, Orientierungsmöglichkeiten zu eröffnen und noetische Ressourcen zu aktivieren, bedarf es einer gezielten und sensiblen Auswahl. Philosophische Reflexionen können auch üble Nebenwirkungen haben und einem den Boden unter den Füßen wegziehen. Manchmal sind es nur Teilbereiche von Philosophien, die im therapeutischen Kontext als Hilfestellungen angeboten werden können. So gibt es zum

Beispiel viele fruchtbare Überlegungen aus der Existenzphilosophie, man denke an Sartres Hymnen an die Freiheit, Heideggers Entschlossenheits- und Aufbruchspathos oder Kierkegaards Publikumsbeschimpfung und seinen Hinweis, dass die meisten Menschen im Zuschauer-raum ihres eigenen Lebens sitzen. Die ganze Existenzphilosophie, zum Beispiel Camus Vergleich des Lebens mit dem Bild des Sisyphos, auch wenn er meint: „wir müssen uns Sisyphos als glücklichen Menschen vorstellen“ (CAMUS 1991), kann man im „klinischen Kontext“ leicht in den falschen Hals bekommen.

Teile oder einzelne Gedanken des existenzorientierten Denkens ja, die ganze Existenzphilosophie etwa im Rahmen einer „Vorlesung zur Lebenskunst“ vorzustellen, wäre aber geradezu kontraindiziert.

Von pessimistischen, misanthropischen und deterministischen Philosophien und Weltbildern ganz zu schweigen – die haben in der Arbeit mit Patienten nichts verloren.

Im Übrigen ist es so, das sehe ich immer wieder, wenn ich im Rahmen meiner Vorlesung zur Lebenskunst auf die Existenzphilosophie zu sprechen komme und dann, auf die populärwissenschaftliche Rezeption beziehungsweise Wirkgeschichte eingehend, Antoine de Saint-Exupéry's „Kleinen Prinzen“ erwähne – das wunderbare Gespräch zwischen dem Fuchs und dem kleinen Prinzen über die Rose – und das Thema Leben als Wandschaft und Verantwortung für das, was man sich vertraut gemacht hat, dadurch zur Sprache kommt, dann sind nicht nur traurigfröhlich ergriffene Augen im Publikum zu erkennen, sondern zwei Drittel der Patienten kennen diese Stelle, und sind an etwas wieder erinnert, an das sie im Grunde glauben. Hier leuchtet dann eine „noetische Ressource“ auf.

In diesem Sinn hat Hans-Georg Gadamer die Philosophie in Anlehnung an Hölderlin einmal als das große Gespräch bezeichnet, das wir sind, und in dieses Gespräch gilt es sich und unsere Patienten einzuklinken. Jean Paul hat einmal gemeint, dass „Bücher eigentlich dicke Briefe an Freunde“ sind. Das gilt insbesondere auch für philosophische Bücher, in denen sich die Freunde der Weisheit ihre Lieblingsgedanken zusenden. Im besten Fall sind diese dann noetische Ressourcen. ■

#### Korrespondenz

Dr. Mag. Martin Poltrum  
Anton Proksch Institute Vienna,  
Medical Humanities (Head)  
Gräfin Zichy Straße 6, 1230 Wien  
Tel.: + 43 1 880 10/172 / Fax: + 43 1 880 10 77  
E-Mail: poltrum@api.or.at

### LITERATUR

- A. ANTHONOVSKY (1997)** Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit, Franke, A. (Hrsg.), Tübingen: DGVT Verlag, 58
- A. CAMUS (1991)** Der Mythos von Sisyphos. Ein Versuch über das Absurde, Rowohlt: Hamburg, 101
- M. EVANS (2001)** Medical Humanities. London: BMJ Books
- S. FESELMAYER, S. CZERVINKA, M. POLTRUM (2008)** Ressourcenorientiertes Arbeiten mit Suchtkranken, in: Wiener Zeitschrift für Suchtforschung, Philosophie und Sucht, Hg. v. Anton Proksch Institut Wien u. Ludwig Boltzmann Institut für Suchtforschung, Martin Poltrum (Gastherausgeber), Wien
- V. FRANKL, Der unbewusste Gott (1997)** Psychotherapie und Religion, DTV: München
- V. FRANKL, Ärztliche Seelsorge (1998)** Grundlagen der Logotherapie und Existenzanalyse, Fischer: Frankfurt am Main, 56
- K. GRAWE (1998)** Psychologische Therapie, Hogrefe: Göttingen
- K. JASPERS (1932/2008)** Philosophie. 3 Bände.

- In: Von der Weite des Denkens. Eine Auswahl aus seinem Werk, Piper: Zürich München, 11
- K. JASPERS (1950/2008)** Einführung in die Philosophie. Zwölf Radiovorträge. In: Von der Weite des Denkens. Eine Auswahl aus seinem Werk, Piper: Zürich München, 11
- G. LUKÁCS (1971)** Die Theorie des Romans, Luchterhand: Neuwied/Berlin, 32, 52, 61
- O. MARQUARD (1989)** In: Ritter, J. (Hrsg.): Historisches Wörterbuch der Philosophie, Bd. 7, Basel, Stuttgart: Schwabe & Co Verlag, 1307f
- M. MUSALEK (2008a)** Von einer Defizienz-orientierten zu einer Ressourcen-orientierten Diagnostik der Alkoholkrankheit. In: Sucht 54/6, 9–11
- M. MUSALEK (2008b)** Neue Wege in der Diagnostik der Alkoholkrankheit: Von einer Defizienz-orientierten zur Ressourcen-orientierten Diagnostik. Journal für Neurologie, Neurochirurgie und Psychiatrie, 9 (3), 5
- M. POLTRUM u. M. MUSALEK (2008)** Philosophische Therapie und therapeutische Philosophie. Philosophische Reflexion als Medikation der „metaphysischen Obdachlosigkeit“, in: Wie-

- ner Zeitschrift für Suchtforschung, Philosophie und Sucht, Hg. v. Anton Proksch Institut Wien u. Ludwig Boltzmann Institut für Suchtforschung, Martin Poltrum (Gastherausgeber), Wien
- M. POLTRUM u. M. MUSALEK (2009)** Klinische Philosophie und philosophische Propädeutik. Ein Projekt zur Ethik als philosophischer „Lebenskunst“ in: KÜHN R. u. WITTE K. (Hg.), Psycho-logik. Jahrbuch für Psychotherapie, Philosophie und Kultur, Band 4., Verlag Karl Alber: Freiburg/München
- M. POLTRUM (2009)** Klinische Philosophie. Logos Ästhetikus und Philosophische Therapeutik, Parodos: Berlin
- E. RUSCHMANN (1999)** Philosophische Beratung, Kohlhammer: Stuttgart
- W. SCHMID (1998)** Philosophie der Lebenskunst. Eine Grundlegung, Suhrkamp: Frankfurt am Main, 38
- W. SCHMID (2000)** Auf der Suche nach einer neuen Lebenskunst. Die Frage nach dem Grund und die Neubegründung der Ethik bei Foucault, Suhrkamp: Frankfurt am Main