

Philosophische Therapie und therapeutische Philosophie

Philosophische Reflexion als Medikation der „metaphysischen Obdachlosigkeit“

Martin Poltrum (1), Michael Musalek (2)

(1) Anton-Proksch-Institut

(2) Leiter des Anton-Proksch-Instituts

Zusammenfassung

Die Wirkgeschichte der gegenseitigen Beeinflussung von Philosophie und Psychotherapie ist mittlerweile nahezu unüberschaubar. Im vorliegenden Artikel wird anhand der Darstellung des explizit philosophischen Fundaments der „daseinsanalytischen Psychotherapie“ und der „Existenzanalyse/Logotherapie“ auf die historische und systematische Nähe von Philosophie und Therapie hingewiesen. Besonders durch die in der „Existenzanalyse“ markierte Differenz zwischen „psychischer Störung“ und „existenzieller Not“ eröffnen sich Synergiemöglichkeiten zwischen Therapie und Philosophie. Trotz vielfältiger Verschränkungen von Philosophie und Therapie verfügen wir heute noch kaum über ernstzunehmende Versuche, Philosophie direkt im klinischen Kontext als therapeutisches Medium einzusetzen. Im Anton-Proksch-Institut sind philosophische Aktivitäten seit nunmehr vier Jahren integraler Bestandteil des Behandlungs- und Rehabilitationsprogramms. Unsere klinisch-therapeutischen Erfahrungen, sowie die ersten Daten einer Pilotstudie und die damit im Zusammenhang stehenden Schlussfolgerungen zeigen die Notwendigkeit philosophischer Therapiestrategien im psychiatrischen Gesamtbehandlungskonzept auf.

Schlüsselwörter

Philosophie, Psychotherapie, Existenzanalyse/Logotherapie, Daseinsanalyse, Philosophische Therapeutik, Klinische Philosophie, Lebenskunst

Einleitung

Arthur Schnitzler hat bekanntlich einmal gemeint, dass die Seele ein weites Land sei. Ein weites Land lädt dazu ein, sich ein Territorium abzustecken, einen Zaun aufzustellen und Grenzmarken anzubringen. Im Laufe der Zeit wechselt das abgesteckte Gebiet oftmals den Besitzer und mit dem Besitzer das, was im abgesteckten Bezirk geschieht. Das gilt auch für die Seele und vor allem auch für jene, die sich für deren Wohl zuständig erklären. War es ursprünglich die Philosophie, welche sich theoretisch wie therapeutisch für die ψυχή (Psyche) interessierte, so war es im lateinischen Mittelalter die pastorale Seelsorge,

und spätestens seit dem Ende des 19. Jh. die Psychologie/Psychotherapie, die dieses „weite Land“ für sich beansprucht. Damit geht auch ein Bedeutungswandel des Begriffs- und des Arbeitsfeldes dessen einher, was man unter Psychologie versteht. Bei Hegel ist die Psychologie z. B. noch Teil der „Enzyklopädie der philosophischen Wissenschaften“ und sogar Edmund Husserl nennt anfänglich die von ihm etablierte Phänomenologie noch „deskriptive Psychologie“. Das weite Land, das gegenwärtig von allen möglichen Ratgebern, Therapeuten und Inflationsheiligen bevölkert wird hat spätestens seit den 80er Jahren mit dem Aufkommen der Bewegung der „Philosophischen Praxis“ (Marquard 1989) einen neuen, ebenfalls einen Geltungsanspruch anmeldenden Pächter dazu bekommen und damit zu der alten Tradition und Idee zurückgefunden, dass Philosophie eine Art Therapeutikum ist (vgl. Ruschmann 1999). Schon Epikur meinte: „Wer jung ist, soll nicht zögern zu philosophieren, und wer alt ist, soll nicht müde werden im Philosophieren. Denn für keinen ist es zu früh und für keinen ist es zu spät, sich um seine seelische Gesundheit zu kümmern.“ (Epikur 2000, S.33) Damit ist natürlich keineswegs gesagt, dass nur akademische Philosophen die für Patienten bevorzugte Berufsgruppe wären, vielmehr wollen wir diese Einsicht Epikurs durch den Satz C. G. Jung's „Ich kann es kaum verschleiern, dass wir Psychotherapeuten eigentlich Philosophen oder philosophische Ärzte sein sollten, oder vielmehr, dass wir es schon sind, ohne es wahr haben zu wollen (...) ergänzen und verstanden wissen.“ (Jung 1972, S.74)

Das Verhältnis von Philosophie und Psychotherapie ist jenseits solch versöhnlich klingender Worte nicht immer entspannt gewesen. Neben dem bekannten Vorwurf mancher Philosophen zur Theorie des Unbewussten, dass diese logisch gesehen, ein hölzernes Eisen, eine *contradictio in adjecto* sei, (Freud 1971, S.227) denn was nicht bewusst ist kann per definitionem nicht bewusst sein und darum auch nicht zugänglich werden, oder etwa den von gesellschaftstheoretischer Position ausgesprochenen Vorwurf, Psychotherapie sei ein „Medium der Anpassung“ (Wiesenhütter 1979, S.201f) und Normierung – siehe auch die Antipsychiatriebewegung, inspiriert etwa durch Foucault (vgl. Foucault 1969) – wurde von psychotherapeutischer Seite aus die Philosophie des Rationalisierungsverdachts bezichtigt und einzelne Philosophen bzw. deren Werk symbolisch auf die Couch gelegt. Freud selber rückte ja bekanntlich die Philosophie und Metaphysik in die Nähe der Paranoia, musste andererseits aber auch zugeben: „Ich habe als junger Mensch keine andere Sehnsucht gekannt als die nach philosophischer Erkenntnis, und ich bin jetzt im Begriffe sie zu erfüllen, indem ich von der Medizin zur Psychologie hinüberlenke.“ (Freud 1987, S.29) Wo es Verbindendes gibt, da gibt es auch Trennendes. Das heißt aber auch, so die Triebfeder unseres weiter unten dargestellten Pilotprojektes: Wo es Verbindendes und Trennendes gibt, da eröffnen sich auch Möglichkeiten zur Ergänzung und Chancen auf Synergien. Dass solche Synergien immer schon am Werk waren, zeigen besonders die der philosophischen Reflexion nahe stehenden philosophischen Psychotherapien, was am Beispiel von Daseins- und Existenzanalyse gezeigt werden soll.

Daseinsanalyse als angewandete Philosophie

Gion Condrau, der lange die Geschicke der internationalen daseinsanalytischen Psychotherapiebewegung geleitet hat und von 1959 bis 1968 an den legendären, von Medard Boss organisierten Zollikoner Seminaren teilgenommen hat, in denen der Philosoph Martin Heidegger mit einer Reihe von Psychiatern und Psychotherapeuten philosophische Probleme und Fragen der Psychiatrie erörtert hat, schreibt in seinem Buch über Psychotherapie: „Die Frage, ob Daseinsanalyse Philosophie oder Psychologie, eine Anthropologie oder eine neue psychotherapeutischen Schule sei, erscheint müßig. Insofern es um ein Verständnis des Menschen und seiner Welt geht, halten wir eine grundsätzliche Unterscheidung von Philosophie und Psychologie ohnehin für verfehlt.“ (Condrau 1974, S.222)

In der daseinsanalytischen Psychotherapie (vgl. Boss 1999) – die seit 2004 nun auch in Österreich die ministerielle Anerkennung hat – geht es um die mit Martin Heideggers Deutung des Menschen als „Dasein“ bzw. „In-der-Welt-sein“ (Heidegger 1993) anvisierte Zurückweisung jedes kausal-genetisch, erklärenden Zugangs zum Psychischen und damit um den Hinweis, dass Mensch und Welt gemäß Intentionalität als „In-der-Welt-sein“ eine ursprüngliche nicht weiter zu hintergehende Einheit bilden. Dieses Seinsverständnis und die Seinsoffenheit des Menschen betonend wird jede „verdinglichende Kapsel-Vorstellung einer Psyche, eines Subjekts, einer Person, eines Ich, eines Bewusstseins ...“ (Heidegger 1994a, S.4) zu überwinden versucht und damit auf die aus der Seinsoffenheit herein stehende Dimension der „Eigentlichkeit“ (vgl. Feik 1991) des Menschen verwiesen. Die Aufgabe des Therapeuten, der Psychotherapie wird dabei im Lichte der heideggerschen „voraus springenden Fürsorge“ aus „Sein und Zeit“ (1993, S.122) gedeutet, in welcher dem Patienten vermittelt durch die Therapie, die Sorge um sich, die Sorge, sich um sein „eigentliches Seinkönnen“ zu kümmern, durchsichtig werden soll (Condrau 1998).

Für Ludwig Binswanger, den eigentlichen Begründer einer „psychiatrischen Daseinsanalyse“ (Condrau 1974), der Heideggers hermeneutische Phänomenologie als Erster für den Bereich der Psychiatrie rezipierte, ging es darum im Begriff des „In-der-Welt-sein“ den theoretischen Leitbegriff psychiatrischer Forschung schlechthin zu sehen. Binswangers lebenslanges Ziel war es eine philosophische Grundlegung der Psychiatrie zu erarbeiten. Zu diesem Zweck setzte er sich mit den philosophischen und psychologischen Strömungen seiner Zeit auseinander. Er war seit 1907 mit Sigmund Freud bekannt, rezipierte dessen Werk kritisch, beschäftigte sich mit dem Neukantianismus, der Lebensphilosophie, der Phänomenologie Husserls, Szilasis und Schellers und besonders mit „Sein und Zeit“. (Wucherer-Huldenfeld 2001, S.37) Binswanger ging in seinem Hauptwerk „Grundformen und Erkenntnis menschlichen Daseins“ (Binswanger 1962) trotz vieler Missverständnisse, die er später zugab (1962, S.12f) und die Heidegger in den gemeinsam mit Medard Boss gehaltenen „Zollikoner Seminaren“ kommentierte (Heidegger 1994a, S.236ff, S.253, S.256f, S.286f), an einer für unsere

eigene Frage wichtigen Stelle über die heideggerschen Intentionen hinaus. Binswangers Phänomenologie der Liebe – entwickelt in den „Grundformen“, die über weite Strecken den heideggerschen Sprachduktus nachahmt – deutet die Grundstruktur des „In-der-Welt-seins“ aus „Sein und Zeit“, die Sorge, und die damit an der Endlichkeit orientierte Daseinsanalytik zu einer am Phänomen des Ewigen, der „Heimat“ und einer am „In-der-Welt-über-die-Welt-hinaus-sein“ orientierten Hermeneutik des *liebenden Miteinanderseins* um (vgl. Artl u. Zenka 1992). Binswanger versuchte damit das Phänomen der Liebe ontologisch-metaphysisch zu deuten (vgl. Schmidt 2004) und von daher ein Getragensein zu fassen, welches „Heimat“ oder „Seinssicherheit“ gewähren könnte.

„Da wir das (menschliche) Dasein nicht nur verstehen aus seinem In-der-Welt-sein (Endlichkeit), sondern auch aus seinem Über-die-Welt-hinaus-sein (Unendlichkeit), muß sich für uns auch die Auffassung vom Wesen der Erkenntnis überhaupt ‚verschieben‘, d. h. nach dem Unendlichen hin erweitern und nach dem Ewigen hin vertiefen. (...) Wenn Liebe, liebendes Miteinandersein, ein gläubiges Stehen im Sein, richtiger ein gläubiger *Wandel* in Seinssicherheit ist, so ist hier das Sein zwar keineswegs ‚als etwas‘ erkannt und gewusst, jedoch in seinem Wesen, nämlich als Geborgenheit und Heimat geoffenbart.“ (Binswanger 1962, S.504)

Die Dimension der „Geborgenheit“ und „Heimat“, die Dimension der „Seinssicherheit“, von der Binswanger hier spricht, wird unserer Meinung nach in therapeutisch induzierten Veränderungsprozessen immer schon mitintendiert. Im neu-, wieder- und anders verstehen des eigenen Lebens, der gegenwärtigen Situation, des neu zu erschließenden Weltbezugs, was in jeder Therapie ja offenkundig intendiert ist, wird die Dimension einer „metaphysischen Seinsevidenz“, eines „Vertrauen-können“, einer „metaphysischen Geborgenheit“, wenn man so will – ohne dass die einschlägigen Therapiediskurse diese intentional antizipierte Dimension jemals thematisierten – immer schon mitintendiert, mit zu erschließen, mit zu verstehen versucht. Damit wird in der Daseinsanalyse auf eine Dimension Bezug genommen, die das Psychologische im engeren Sinn transzendiert und in den Bereich der Philosophie hineinreicht. Diese Bewegung finden wir auch in der Existenzanalyse und Logotherapie.

Existenzanalyse als metaklinische Philosophie

In Viktor Frankls autobiographischer Skizze „Was nicht in meinen Büchern steht“ findet sich ein Verweis auf das Thema, das sich wie ein roter Faden durch seine Arbeiten zieht: „Die Aufhellung des Grenzgebiets, das sich zwischen Psychotherapie und Philosophie erstreckt, unter besonderer Berücksichtigung der Sinn- und Wertproblematik der Psychotherapie.“ (Frankl 1995, S.39) Vor allem war es der Kampf gegen die „depersonalisierenden und dehumanisierenden Tendenzen, die vom Psychologismus in der Psychotherapie ausgehen, (...)“ (Frankl 2002, S.37-47)

Max Scheler und dessen phänomenologische Wertlehre (vgl. Spielberg 1985; Batthyány u. Zsok 2005), die bei diesem Unternehmen Klärung der Grundbegriffe bringen sollte, war hier Einfluss gebend. Ähnlich wie die Phänomenologie, insbesondere durch Husserls Auseinandersetzung mit dem Psychologismus (Husserl 1993) und dem Historismus (Husserl 1965) groß wurde bzw. zu ihrem Fundament, der Intentionalität, durchdrang und damit die apriorische Sicherung idealer Gegenstandsbereiche leistete, oder etwa in der Ethik den Geltungsbereich von Werten zu sichern vermochte, ging es Frankl mit seiner „Psychotherapie vom Geistigen her“ darum, die Geltung von Sinn- und Wertsphären zu verteidigen. Die Verteidigung des transzendent apriorischen Status des Sinn- und Wertbereichs war vor allem vor dem Hintergrund der genetischen Reduktion dieser Sphären auf Biographisches und damit Historisches, und der damit vollzogenen Relativierung und Wegerklärung dieser Dimension, wie dies von der orthodoxen Psychoanalyse der damaligen Zeit betrieben wurde, nötig. Die dem Psychologismus verhaftete Psychotherapie dringe nicht zur Sphäre des Geistigen vor, bekomme diese Dimension gar nicht in den Blick. (Frankl 1984, S.169) Verwechselt werde die Frage nach der Geltung von Werten mit der Problematik der Genesis der Werte. Mit Blick auf Nicolai Hartmanns Schichtenontologie wird darauf verwiesen, dass die Seinsschicht des Geistigen nicht aus psychischer Aktgesetzlichkeit zu begreifen ist (Frankl 1984, S.76). Die Dimension des Sinns und der Werte ist nicht nur auf das Psychische zurückzuführen. Während es in der Psychoanalyse um das Bewusstmachen von Seelischem gehe, gehe es in der Logotherapie um die Bewusstmachung von Geistigem (Frankl 1998, S.56). Werte gelten in der schelerschen Phänomenologie a priori und sind, das übernimmt Frankl von Scheler, nicht kausalgenetisch aus Biographischem abzuleiten. Über die Existenzanalyse und deren Wertlehre wird versucht die jeweiligen Wertbesetzungen von Individuen zu explorieren. Dabei gibt es vor allem drei Wertsphären – Schöpferische Werte, Erlebniswerte und Einstellungswerte – über welche Sinn erschlossen wird (1998, S.81ff). Das Organ dieser hermeneutischen Sinn- und Handlungserschließung ist dabei das Gewissen. (Frankl 1997a, S.71ff) Entgegen Heideggers Deutung des Gewissens aus der Immanenz der Subjektivität – das Gewissen wird in ‚Sein und Zeit‘ als Ruf aus dem Subjekt an das Subjekt, im Sinne eines Aufrufs zur Eigentlichkeit gefasst (Heidegger 1993, S.54-60 u. 62) – und entgegen Nietzsches genealogischer Deutung des Gewissens (Nietzsche 1993), welche den philosophischen Hintergrund von Freuds Konzept des Ödipuskomplexes markiert (Kaiser-El-Safti 1987; Wucherer-Huldenfeld 1994), verweist Frankl darauf, dass das Gewissen über seinen intentionalen Weltbezug das Sinn erschließende Organ ist. Diese Denkfigur setzt voraus, dass die Welt prinzipiell Sinn bereithält, Sinn somit eine transsubjektive Kategorie darstellt. Auch wenn dieser Sinn situations- und personengebunden und endlich ist. In Frankls philosophischer Dissertation „Der unbewusste Gott“, im Aufsatz „Existenzanalyse des Homo religiosus“ (Frankl 1997c), im „Homo patiens“ (Frankl 1996, S.167) und in „Gottsuche und Sinnfrage“ (Frankl u. Lapide 2005) wird ein in die Psychotherapie hineinspielender, jedoch scharf davon unterschiedener, philosophisch zu explizierender Grenzbereich zur Sprache ge-

bracht. Der Glaube, das metaphysische Bedürfnis bzw. so etwas wie der unbewusst intendierte Wunsch nach metaphysischer Seinssicherheit. Es wird damit neben dem logotherapeutischen Sinnpostulat, welches nie so etwas wie eine Sinnuniversalie, sondern immer unikalen Sinn, Sinn des Augenblicks, dieser konkreten Person in dieser konkreten Situation meint (Frankl 1997a, S.85, S.88), der Bereich eines Über-Sinns (Frankl 1998, S.61-67), um es mit Binswanger zu sagen eines Bereichs des „Über-die-Welt-hinaus-seins“, oder mit Frankl ein „unbewusster Gott“ thematisiert.

Von diesem Bereich glauben wir, dass er nicht nur therapeutische Relevanz hat – wie dies Frankl meint (Frankl 2002, S.127f) – auch wenn er das therapeutische im engen medizinisch-nosologischen Verständnis transzendiert sondern, dass dieser Bereich des „ganz Anderen“ immer schon unbewusst mitintendiert wird, wenn es um die Erschließung von neuen, meist angstbesetzten Lebens- und Weltbezügen geht. In das Therapeutische, das einen Reflexionsbereich mit eigenem Wahrheitsbegriff darstellt, denn hier geht es um existentielle Wahrheiten, die den Bereich des empirisch-beweisenden Wissens übersteigen, fließen Voraussetzungen ein, die in den Intentionsbereich des Glaubens gehören. Eines keineswegs konfessionell gebundenen Glaubens sei an dieser Stelle, um etwaigen Missverständnissen vorzubeugen, betont. Man kann diesen Glauben wahrscheinlich nicht einmal spirituell oder religiös nennen. Worauf wir hinweisen möchten ist, dass immer dann, wenn es um Veränderungsprozesse geht, und jede therapeutische Situation geht mit solchen Prozessen einher, auf eine Dimension Bezug genommen wird, bei der es sich rein phänomenologisch um intentionale Akte des Glaubens handelt. Und dieser Glaube, der sich in dem Wunsch manifestiert: „hoffentlich wird alles wieder gut“, lässt sich unserer Meinung nach durch eine *Klinische Philosophie* und *Philosophische Therapeutik* stärken.

Wir behaupten mit Kants *Kritik der praktischen Vernunft*, der darin entwickelten Postulatenlehre und mit Frankls Existenzanalyse/Logotherapie, dass man im Lebenspraktischen um gewisse Annahmen nicht herum kommt. Das Postulat, dass Leben prinzipiell in jeder auch noch so unerträglichen Situation sinnvoll sein kann, das Postulat des Daseins der Freiheit und das Postulat der Existenz der Idee des Guten, haben immense therapeutische Bedeutung. Teile des von Kant bezeichneten „Vernunftglaubens“ (Kant 1974), das Postulat der Freiheit oder der Glaube an das Dasein Gottes – wir ziehen es aus ästhetischen Gründen vor von der Idee des Guten zu sprechen – werden im therapeutischen Kontext immer schon vorausgesetzt. Auch wenn der Bereich der Psychiatrie vor allem durch die dort vorherrschenden Psycho-, Bio- und Soziologismen ein Tummelplatz deterministischer Theoriebildung ist, wird das Sein der Freiheit immer schon vorausgesetzt. Ebenfalls setzt jeder Patient mit dem Eintritt in die Therapie, auch wenn er noch so abhängig ist – wie etwa im Falle substanz- oder nichtsubstanzgebundener Süchte – das Sein der Freiheit voraus. Und vor allem wird bei jeder geistigen Not oder existentiellen Grenzsituation – Krankheit, Leid und Tod – bei auf Gelingen bezogenen Überwindungsversuchen, dieser oft von nihilistischen Einbrüchen durchzogenen Ereignisse, die

prinzipielle Möglichkeit, dass irgendwann wieder Freude und „metaphysische Geborgenheit“ einkehrt, diese Welt irgendwann wieder die Dimension der „Heimat“ offenbart, vorausgesetzt. Diese Voraussetzung – die immer uneinholbare Voraussetzung bleiben wird – ist rein phänomenologisch betrachtet ein intentionaler Akt des Glaubens. Das Sein der Idee des Guten wird im Therapeutischen erstens vorausgesetzt, zweitens im Glauben erschlossen und drittens, das konnte an anderer Stelle gezeigt werden (Poltrum 2007), erhält diese vorausgesetzte und im Glauben erschlossene Idee in der Anamnese an die Schönheit ihre Seinsevidenz. Wenn es um die Erschließung „metaphysischer Geborgenheitssphären“ geht, dann kommt dem Phänomen des Schönen eine zentrale Bedeutung zu. Wenn es darum geht der „transzendentalen Obdachlosigkeit“ bzw. „transzendentalen Heimatlosigkeit“ oder „metaphysischen Lebendissonanz“ (Lukas 1971) etwas entgegenzuhalten, dann muss die Welter-schließungskraft des Phänomens des Schönen genutzt werden. (vgl. Poltrum 2009b)

Existenzielle Not und psychische Störung

In der Existenzanalyse/Logotherapie, der „Psychotherapie vom Geistigen her“, findet sich eine für unseren Zusammenhang sehr interessante Unterscheidung. Frankl differenziert zwischen „geistiger Not“ und „seelischer Krankheit“. (Frankl 1996, S.167) Trotz unter Umständen gleicher Symptomatik von „seelischer Krankheit“ und „geistiger Not“ gibt es ätiologisch gesehen und differenzialdiagnostisch nicht zu übersehende Wesensunterschiede – und damit aber auch andere Zuständigkeiten.

Während „psychische Störungen“ die ganze Potenz einer Evidenzbasierten Psychiatrie und Psychotherapie in all ihren Spielarten impliziert, wäre bei „geistigen Nöten“, die naturgemäß sehr oft mit „psychischen Störungen“ korrelieren, aber auch ohne Krankheitswert zu erlangen, vorkommen, im Dienste am Homo sapiens noch etwas zu ergänzen. Dort wo es um „geistige Not“ geht, um eine existenzielle Erschütterung und daraus resultierende philosophische Fragen, bzw. „metaphysische Bedürfnisse“, da brauchen wir zusätzlich zu psychiatrischen und psychotherapeutischen Interventionen auch eine philosophische Diagnostik und Therapie. „Denn wo immer es um Geistiges geht, handelt es sich eo ipso nicht um Krankhaftes. Krank sein, krank werden, kann allemal nur der psychophysische Organismus, aber nicht eine geistige Person. Wo die geistige Person, wo überhaupt das Geistige in Frage steht, dort versagen die nosologischen Kategorien notwendig, und an die Stelle der nosologischen treten noologische Kategorien. Das noologische Kategorienpaar lautet aber längst nicht mehr ‚gesund – krankhaft‘, sondern es kann nur noch heißen: wahr – falsch.“ (Frankl 1996, S.166f)

Damit aber fällt diese existenzielle Problematik auch in den Zuständigkeitsbereich einer angewandten, klinischen Philosophie. Von Frankls Personverständnis her (Frankl 1997, S.108f), welche mit Max Scheler Person als prä-reflexives, geistiges, in Freiheit und Verantwortung agierendes Aktzentrum fasst (Frankl 2002, S.251) wird deut-

lich, dass die Person niemals erkranken kann, was übrigens auch als das psychiatrische Credo Frankls bezeichnet worden ist. (Lukas 2005) Die Person ist stöbar z. B. bei psychotischem Geschehen, die Person kann abwesend sein z. B. im Schlaf oder bei unnatürlichen Bewusstseinsstörungen, aber zerstörbar ist die geistige Person nicht. Gleichwohl kann die Person aber leiden bzw. von geistigen bzw. existenziellen Nöten bedrängt werden.

Man kann „psychisch krank“ sein oder auch nicht und sich die Frage stellen: „Wenn ich mich voll bemühe um die Therapie durchzustehen, alles gebe, um meine Probleme in den Griff zu bekommen, geht dann alles gut? Gibt es etwas, das mich unterstützt? Gibt es das Gute, das mir hilft?“ (Frage einer unserer Patienten und in anderen Worten eine oft gehörte Frage). Man kann „psychisch krank“ sein oder auch nicht und sich die Frage nach der „Freiheit bzw. Determination unseres Handelns“ stellen, eine Frage die gerade Patienten mit Suchterkrankungen sehr beschäftigt, da Abhängigkeitserkrankungen ja Erfahrungen des Unfreiseins par excellence darstellen. Man kann „psychisch krank“ sein, ev. sogar zwei Suizidversuche unternommen haben und in der unwahrscheinlichsten aller möglichen Situationen „zufällig“ zweimal von einer wichtigen Bezugsperson gefunden und gerettet worden sein und dann die Frage stellen: „War das Zufall? Gibt es etwas das will, dass ich am Leben bleibe? Habe ich noch einen Auftrag?“ (Ebenfalls eine reale Frage einer unserer Patienten). Nicht dass eine *Klinische Philosophie* und *Philosophische Therapeutik* darauf letzte Antworten hätte, so verfügt sie doch über ein mehr als 2000 Jahre altes Archiv an Fragen und Antwortmöglichkeiten welche die Gemüter bewegte und noch immer bewegt – und Europa groß werden hat lassen. Von Platons „Idee des Guten“ über Kants Postulat des Seins der „Freiheit“, ohne welches ethisches Handeln keinen Sinn machen würde, bis hin zu Heideggers „Existenzphilosophie“ reichen hier die Antwortmöglichkeiten. Man kann „psychisch krank“ sein und eine „existenzielle Not und Frage“ haben, in jedem Fall aber ist das, was Philosophie leisten kann – und von jeher leistet – mehr als nur ein „wohltuender Effekt.“ Es ist klar, dass nicht jede Philosophie als *Klinische Philosophie* etwas zu bieten hat. Eine in sich selber hoch nihilistische Philosophie und Weltanschauung hätte dem Nihilismus als geistigen Zustand, wie ihn Nietzsche (1956, S.676f), Heidegger (1994b, S.209f) und Frankl (1984, S.183ff) auf je andere Weise beschreiben, nichts entgegenzusetzen. Allerdings gibt es, auch wenn die abendländisch-europäische Philosophie keine *Evidence-based-Letztantworten* auf die unterschiedlichsten Fragen liefert, viele anxiolytische und beruhigende Teilantworten, Antworten welche die *noogenen Ressourcen* unserer Patienten aktivieren. Es geht darum, die philosophischen Schatzkisten von Platon bis Derrida zu öffnen, und unseren metaphysisch bedürftigen Patienten ein gutes Angebot zu machen. Damit wäre auch endlich ein fatales Vergessen rückgängig gemacht: das Vergessen der noetischen Dimension. Therapeutisches Handeln beschränkte sich dann nicht mehr „nur“ auf die bio-psycho-soziale Ebene, sondern könnte in eine noo-bio-psycho-soziale Behandlung überführt werden.

Klinische Philosophie im Anton-Proksch-Institut

Als bisher einziger und systematischer Versuch Philosophie im klinischen Kontext als Therapeutikum einzusetzen dürfen wohl die eigenen Bemühungen gelten, im Anton-Proksch-Institut, im Rahmen eines modularen, ressourcenorientierten Behandlungskonzepts (vgl. Musalek 2008a, 2008b) Philosophie als ein an noetischen Ressourcen orientiertes Therapeutikum anzuwenden (vgl. Poltrum u. Musalek 2009a). Seit mehr als vier Jahren gibt es nun das Projekt „ästhetische Theorie und Philosophie“ – das in enger Zusammenarbeit mit internationalen Forschungsgruppen entwickelt wurde¹ – als integraler Teil des therapeutischen Angebots. Im Rahmen des stationären Therapieaufenthalts 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 bzw. doxographischer Darstellungen der Lehren und Meinungen der Denker und anhand der Weltanschauung und Lebensphilosophien der Patienten debattiert. Neben diesen Philosophica in halboffenen Gruppen von bis zu 12 Patienten verfügen wir auch bereits über Erfahrungen mit dem ersten stationären *Café Philosophique*, das allen Patienten des Klinikums zugänglich gemacht wurde. Dass regelmäßige Ausstellungsbesuche, die gemeinsame Interpretation von Lyrik und das Verfassen von poetischen Texten integraler Bestandteil des Therapieprogramms sind, sei nur exemplarisch erwähnt. Die Erfahrung der Inspiration und der ästhetischen Bedeutungserschließung durch Kunst ist eine entscheidende Erfahrung, gerade auch im therapeutischen Prozess.

Seit Herbst 2007 wird unser Forschungsprojekt „Klinische Philosophie und philosophische Therapeutik“ systematisiert und deskriptiv 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 u. a. 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 Staunen und dem Zweifel der tiefere Ursprung der Philosophie.“ (Jaspers 1950/2008, S.11) Eine Situation wird dann zur „*Grenzsituation*, wenn sie das Subjekt durch radikale Erschütterung seines Daseins zur Existenz erweckt.“ (Jaspers 1932/2008, S.11) 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 Zahl der freiwilligen Teilnehmer am Philosophicum lag zwischen 10% und 15% der stationären Patienten des Anton-Proksch-Instituts (bei einer Gesamtzahl von ca. 300 stationären Patienten). Im Rahmen eines Pilotprojekts wurde den Teilnehmern des Philosophicums an einem zufällig gewählten Stichtag die Frage gestellt: „Was macht das Philosophieren im Anton-Proksch-Institut mit mir?“ Untersucht wurde die Wirksamkeitserwartung von 27 Personen, 9 Frauen und 18 Männern, mit einem Durchschnittsalter von 36,7 Jahren. In einem ersten Schritt wurden die explorierten Antworten von den Patienten geclustert – unter kategoriale Oberbegriffe subsumiert – und in einem zweiten Schritt, durch Vergabe von Punkten, einem Ranking unterzogen. Die Ergebnisse unserer Pilotstudie zeigen, dass „klinisches Philosophieren“ vor allem zu einer „Auseinandersetzung und Reflexion“ führt (45 % der vergebenen Punkte), als „Wissensgewinn und Horizonterweiterung“ erlebt wird (23 %) und eine Handlungsaktivierung impliziert (16%). 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 Neuerschließung 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 (siehe Abb. 1).

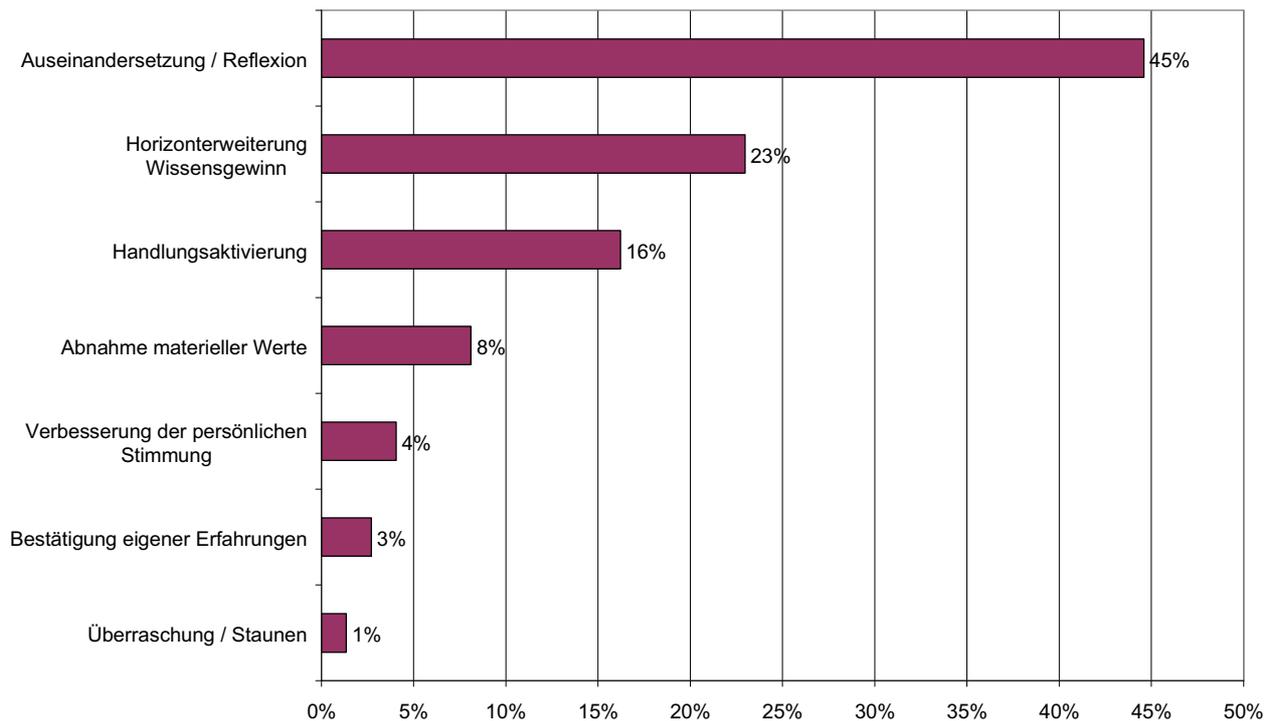
Die nächsten Schritte unseres Projekts sind der inhaltlichen Entwicklung und thematischen Bestimmung eines klinisch relevanten philosophischen Angebots gewidmet, wobei die Frage zu beantworten ist: Welche philosophischen Inhalte sind besonders geeignet Orientierungsalternativen zu bieten. Nicht alle Philosophien sind nämlich in der Lage, Orientierungsmöglichkeiten zu eröffnen und *noogene Ressourcen* der Patienten zu aktivieren. Manchmal sind es nur Teilbereiche von Philosophien, die im therapeutischen Kontext als Hilfestellungen angeboten werden können. So gibt es z. B. viele fruchtbare Überlegungen in der stoischen Philosophie, die vor allem bei affektiven Störungen und emotionaler Instabilität als

¹ Siehe dazu die Aktivitäten der *European Society of Aesthetics and Medicine* – www.esaem.eu

kognitive Gegenkonzepte sehr gut helfen (Hoellen 1986). Da wäre allem voran die Dihairesis („Durchteilung“) Epiktets zu nennen, die Einteilung der Dinge in jene, die in unserer Macht stehen und jene, die nicht in unserer Macht stehen. „Über das eine gebieten wir, über das andere nicht.“ (Epiktet 2006, S.5) Bei negativen Affektionen, deren Grund oft in einer unzureichenden Dihairesis zu finden ist, also die im Grunde auf der Verwechslung dessen, was in unserer Macht steht und dessen was nicht in unserer Macht steht beruhen, könnte durch das

stoische Ethos der Gelassenheit, eben durch eine zureichende Dihairesis emotionales Erregungspotenzial abgepuffert werden. Damit wären diese Elemente der stoischen Philosophie unbedingt in das Programm einer klinischen Philosophie aufzunehmen. Der ganzen Stoa, die ja z. B. zum Suizid auch ein bejahendes Verhältnis aufweist kann im klinischen Kontext aber natürlich nicht zugestimmt werden (vgl. Poltrum 2008). Die ganze Stoa etwa im Rahmen einer „Vorlesung zur Lebenskunst“ vorzustellen, wäre demnach geradezu kontraindiziert.

Abb. 1: Wirkfaktoren Klinischen Philosophierens



Quelle: Poltrum, Scheibenbogen, Andorfer, Musalek 2008

Induktion positiver Veränderungserwartung – Salutogenese

Als ein besonders mächtiges Wirkprinzip der Psychotherapie wird u. a. von Klaus Grawe die „Induktion positiver Veränderungserwartung“ beschrieben. Eine Psychotherapie bewirkt allein schon dadurch positive Veränderungen beim Patienten, das heißt sie wird dann wirksam, wenn sie in der Lage ist Hoffnung zu wecken, wenn sie positive Erwartung auf Besserung induziert und dem Patienten den Glauben an eine gute Zukunft vermittelt. „Dieser Wirkmechanismus spielt offenbar in fast allen Therapien eine bedeutsame Rolle, vom Ausmaß seiner Wirkung her vermutlich eine wichtigere als die in den meisten Therapieschultheorien angenommenen Wirkmechanismen.“ (Grawe 2000, S.27) Es handelt sich dabei sogar „um einen besonders bedeutsamen, weil nahezu allgegenwärtigen Wirkmechanismus“, den es zu optimieren gilt. In unserer „Vorlesung zur Lebenskunst“, in der die „Induktion von positiver Veränderungserwartung“ eine zentrale Rolle spielt, wird der Glaube, etwas anderes wäre möglich, ein schöneres Leben und Glück kann man

wieder haben, über die Darstellung von positiv-utopischen Aspekten des Lebens, sowie durch unzählige weitere in diese Richtung weisende Philosopheme gestärkt.

Im Zusammenhang mit der Wirksamkeit philosophischer Interventionen stellt sich auch die Frage: Hängen Salutogenese und philosophische Welterschließung zusammen? Korreliert ein hoher „Sense of Coherence“ (Antonovsky 1997), also ein hoher Grad des *Verstehens* und *Handhabens* von Situationen, mit philosophischer Welterschließung und Horizonterweiterung? Sind generelle *Bedeutsamkeit* und Sinnorientierung des Lebens mittels klinischer Philosophie zu induzieren und promotieren? Braucht es mittels therapeutischer Philosophie geschaffene Horizonte und positiv utopisches Neuland, um verengte Einstellungen zu modellieren und neue, freudvolle Perspektiven zu eröffnen? Wenn dem so ist, dann wird Philosophie – und umso mehr eine „klinische Philosophie“ – zu dem was Nietzsche von ihr erhoffte: Sie wird zur „fröhlichen Wissenschaft.“

Schlussbemerkung und Ausblick

Der skizzierte Überblick über die gegenseitige Beeinflussung von Philosophie, Psychiatrie und Psychotherapie und die Darstellung der von unserer „Klinische Philosophie und philosophischen Therapeutik“ zu erwartenden Impulse blieb aus den gebotenen Platzgründen natürlich mehr als nur fragmentarisch. Nicht umfassend ausgearbeitet werden konnten z. B. die epistemologischen Probleme, wie denn die „Wirksamkeit klinischen Philosophierens“ überhaupt sinnvoll operationalisiert und in ein geeignetes Forschungsdesign integriert werden kann, um nicht dem immer noch aktuellen Vorwurf ausgesetzt zu werden, mit einer „positivistisch halbierten Vernunft“ (Habermas 1970) zu operieren. Auch die Frage nach einer möglichen Grenzziehung bzw. Überschneidung zwischen Philosophie und Psychotherapie konnte nur angedeutet werden. Dennoch lässt sich zusammenfassend festhalten, dass die bisher gewonnenen Ergebnisse „klinischen Philosophierens“ auf die Notwendigkeit philosophischer Therapiestrategien im psychiatrischen Gesamtbehandlungskonzept hinweisen und den Schluss nahe legen: Philosophie kann zum Therapeutikum werden. Es wäre daher auch wünschenswert, dass die Anstellung von Philosophen in Therapieeinrichtungen die Normalität wird. Damit wären auch Ansprechpartner für Patienten geschaffen, die gerade durch Krankheit, Leid, Tod und andere Grenzsituationen metaphysische Bedürfnisse entwickeln bzw. von Fragen bedrängt werden, die traditionell in der Philosophie behandelt werden. Zusätzlich könnten Philosophen für die Ärzteschaft im Rahmen der Selbstreflexion bei medizin-, psychotherapie- und pflegeethischen Problemstellungen hilfreich werden.

Summary

The history of reciprocal interaction between philosophy and psychotherapy has reached a vast amount by now. The present article points out the close historical and systematic relationship between philosophy and psychotherapy based on a description of the explicit philosophical foundation of Daseinsanalytical Psychotherapy and Existential Analysis/Logotherapy. Particularly the difference between “psychic problems” and “existential misery”, as pointed out by Existential Analysis, opens synergic options between philosophy and psychotherapy. Despite multiple interconnections between philosophy and psychotherapy only few serious attempts to introduce philosophy as therapeutic tool within a clinical context have been made. Philosophical activities have been an integral part of treatment and rehabilitation in the Anton-Proksch-Institute for four 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 therapy strategies within the overall psychiatric treatment concept of mental disorders.

Keywords

philosophy, psychotherapy, Existential Analysis/Logotherapy, Daseinsanalytical Psychotherapy, philosophical therapy, clinical philosophy, art of life

Literatur

- Anthonovsky, A. (1997): Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit, Tübingen: DGVT Verlag
- Arlt, G.; Zenka, T. (1992): Liebe und Erkenntnis. Zur Daseinsanalyse Ludwig Binswangers. In: Kühn, R.; Petzold, H. (Hrsg.): Psychotherapie & Philosophie, Philosophie als Psychotherapie? Paderborn: Junfermann Verlag, 257-281
- Batthyány, D.; Zsok, O. (2005): Viktor Frankl und die Philosophie, Wien, New York: Springer
- Binswanger, L. (1962): Grundformen und Erkenntnis menschlichen Daseins, 3. Auflage, Basel, München: Ernst Reinhardt Verlag
- Boss, M. (1999): Grundriss der Medizin und Psychologie, 6. Auflage, Bern, Göttingen, Toronto, Seattle: Hans Huber Verlag
- Condrau, G. (1974): Einführung in die Psychotherapie. Geschichte, Schulen und Methoden, München: Kindler Verlag, 217-226
- Condrau, G. (1998): Die therapeutische Beziehung zwischen einspringender und voraus springender Fürsorge. In: Internationale Vereinigung für Daseinsanalyse (Hrsg.): Daseinsanalyse, Phänomenologische Anthropologie und Psychotherapie, Bd. 15/1/ Zürich, 71-76
- Epiktet (2006): Handbüchlein der Moral, Stuttgart: Reclam
- Epikur (2000): Brief an Menoikeus. In: Werle, J. M. (Hrsg.): Klassiker der philosophischen Lebenskunst. Von der Antike bis zur Gegenwart, München: Goldmann
- Feick, H. (1991): Index zu „Sein und Zeit“, 4. Auflage, Tübingen: Niemeyer, 16f
- Foucault, M. (1969): Wahnsinn und Gesellschaft. Eine Geschichte des Wahns im Zeitalter der Vernunft, Frankfurt am Main: Suhrkamp
- Frankl, V. (1984): Der leidende Mensch. Anthropologische Grundlagen der Psychotherapie, 2. Auflage, Bern: Hans Huber
- Frankl, V. (1995): Was nicht in meinen Büchern steht. Lebenserinnerungen, Weinheim, Basel: Beltz Verlag
- Frankl, V. (1996): Homo patiens (Versuch einer Pathodizee). In: ders.: Der leidende Mensch. Anthropologische Grundlagen der Psychotherapie, 2. Auflage
- Frankl, V. (1997): Zehn Thesen über die Person. In: ders.: Der Wille zum Sinn, 4. Auflage, München: Piper Verlag

- Frankl, V. (1997a): *Der unbewusste Gott. Psychotherapie und Religion*, 4. Auflage, München: DTV
- Frankl, V. (1997c): *Existenzanalyse des Homo religiosus*. In: ders.: *Der Wille zum Sinn*, 4. Auflage, München: Piper, 63-75, insb. 65f u. 69
- Frankl, V. (1998): *Ärztliche Seelsorge. Grundlagen der Logotherapie und Existenzanalyse*, 7. Auflage, Frankfurt am Main: Fischer
- Frankl, V. (2002): *Grundriß der Existenzanalyse und Logotherapie*. In: ders.: *Logotherapie und Existenzanalyse, Texte aus sechs Jahrzehnten*, Weinheim, Basel: Beltz
- Frankl, V.; Lapide, P. (2005): *Gottsuche und Sinnfrage*, Gütersloh: Gütersloher Verlagshaus
- Freud, S. (1971): „Die Widerstände gegen die Psychoanalyse“. In: ders.: „Selbstdarstellung“, *Schriften zur Geschichte der Psychoanalyse*, Frankfurt am Main: Fischer
- Freud, S. (1987): *Brief vom 2.4.1896*, Zitat aus: Kaiser-El-Safti, M.: *Der Nachdenker. Die Entstehung der Metapsychologie Freuds in ihrer Abhängigkeit von Schopenhauer und Nietzsche*, Bonn: Bouvier Verlag
- Grawe, K. (2000): *Psychologische Therapie*, 2. Auflage, Göttingen: Hogrefe
- Habermas, J. (1970): *Gegen einen positivistisch halbier- ten Rationalismus*. In: Adorno, T. W. u. a. (Hrsg.): *Der Positivismusstreit in der deutschen Soziologie*, 2. Auflage, Neuwied
- Heidegger, M. (1993): *Sein und Zeit*, 17. Auflage, Tübingen: Max Niemeyer Verlag
- Heidegger, M. (1994a): *Zollikoner Seminare*, Boss, M. (Hrsg.), 2. Auflage, Frankfurt am Main: Vittorio Klostermann Verlag
- Heidegger, M. (1994b): *Nietzsches Wort „Gott ist tot“*. In: ders.: *Holzwege*, 7. Auflage, Frankfurt am Main: Klostermann
- Hoellen, B. (1986): *Stoizismus und rational-emotive Therapie (RET). Ein Vergleich*, Pfaffenweiler
- Husserl, E. (1965): *Philosophie als strenge Wissenschaft*, Frankfurt am Main: Klostermann
- Husserl, E. (1993): *Logische Untersuchungen, Bd. I u. II in drei Teilen*, 6. Auflage, Tübingen: Max Niemeyer Verlag
- Jaspers, K. (1932/2008): *Philosophie*. 3 Bände. In: *Von der Weite des Denkens. Eine Auswahl aus seinem Werk*, München, Zürich: Piper
- Jaspers, K. (1950/2008): *Einführung in die Philosophie. Zwölf Radiovorträge*. In: *Von der Weite des Denkens. Eine Auswahl aus seinem Werk*, München, Zürich: Piper
- Jaspers, K. (1994): *Philosophie II, Existenzerhellung*, München, Zürich: Piper
- Jung, C. G. (1972): *Probleme der Psychotherapie*, Olten, Freiburg: Walter
- Kaiser-El-Safti, M. (1987): *Der Nachdenker. Die Entstehung der Metapsychologie Freuds in ihrer Abhängigkeit von Schopenhauer und Nietzsche*, Bonn: Bouvier Verlag, 284 u. 292
- Kant, I. (1974): *Kritik der praktischen Vernunft*, Weischedel, W. (Hrsg.), Frankfurt am Main: Suhrkamp, 257 u. 280
- Kühn, R.; Petzold, H. (1992): *Psychotherapie & Philosophie, Philosophie als Psychotherapie?*, Paderborn: Junfermann Verlag
- Lukas, E. (2005): *Ein psychiatrisches und ein psychotherapeutisches Credo*. In: Batthyány, D.; Zsok, O. (Hrsg.): *Viktor Frankl und die Philosophie*, Wien, New York: Springer
- Lukàs, G. (1971): *Die Theorie des Romans*, Neuwied/Berlin: Luchterhand, 32, 52, 61
- Nietzsche, F. (1956): *Nachlaß der Achtzigerjahre*. In: Schlechta, K. (Hrsg.): *Werke Band 3.*, München
- Nietzsche, F. (1993): *Zur Genealogie der Moral, Zweite Abhandlung: Schuld, schlechtes Gewissen und Verwandtes*, Stuttgart: Reclam 46-91
- Marquard, O. (1989): In: Ritter, J. (Hrsg.): *Historisches Wörterbuch der Philosophie*, Bd. 7, Basel, Stuttgart: Schwabe & Co Verlag, 1307f
- Musalek, M. (2008a): *Von einer Defizienz-orientierten zu einer Ressourcen-orientierten Diagnostik der Alkoholkrankheit*. *Sucht* 54, 6: 9-11
- Musalek, M. (2008b): *Neue Wege in der Diagnostik der Alkoholkrankheit: Von einer Defizienz-orientierten zur Ressourcen-orientierten Diagnostik*. *Journal für Neurologie, Neurochirurgie und Psychiatrie*; 9,3: 46-52
- Poltrum, M. (2007): *Ästhetik und Anästhetik. Das Schöne als Therapeutikum*. In: Kühn, R.; Witte, K. (Hrsg.): *Psycho-logik. Jahrbuch für Psychotherapie, Philosophie und Kultur*, Band 2., Freiburg, München: Verlag Karl Alber
- Poltrum, M. (2008): *Philosophische Aspekte der Suizidalität*. *Spectrum Psychiatrie*, Wien: MedMedia Verlag, 2: 36-37
- Poltrum, M.; Musalek, M. (2009a): *Klinische Philosophie und philosophische Therapeutik. Ein Projekt zur Ethik als philosophischer „Lebenskunst“*. In: Kühn, R.; Witte, K. (Hrsg.): *Psycho-logik. Jahrbuch für Psychotherapie, Philosophie und Kultur*, Band 4., Freiburg/München: Verlag Karl Alber
- Poltrum, M. (2009b): *Ästhetik in der Psychiatrie. Aesthetic-based Medicine – Theoretische Grundlagen*. In: *Daseinsanalyse. Jahrbuch für phänomenologische Anthropologie und Psychotherapie*, Wien: International Federation of Daseinsanalysis (Hrsg.), 25/2009
- Ruschmann, E. (1999): *Philosophische Beratung*, Stuttgart: Kohlhammer
- Schmidt, M. (2004): *Ekstatische Transzendenz. Binswangers Phänomenologie der Liebe und die Aufdeckung der sozialontologischen Defizite in Heideggers ‚Sein und Zeit‘*, Würzburg: Königshausen + Neumann
- Spielberg, H. (1985): *Die Rolle der Phänomenologie in Viktor Frankls Logotherapie und Existenzanalyse*. In: Längle, A. (Hrsg.): *Wege zum Sinn. Logotherapie als Orientierungshilfe*, München, Zürich, 55-70

Wiesenhütter, F. (1979): Die Begegnung zwischen Philosophie und Tiefenpsychologie, Darmstadt: Wissenschaftliche Buchgesellschaft

Wucherer- Huldenfeld, A. K. (1994): Zur Genealogie der Moral und der persönlichen Identität bei Freud. In ders.: Ursprüngliche Erfahrung und personales Sein. Ausgewählte philosophische Studien I., Wien, Köln, Weimar: Böhlau Verlag, 377-400

Wucherer-Huldenfeld, A. K. et al. (2001): Daseinsanalyse. Einführung in Theorie und Praxis, Wien: Österreichisches Daseinsanalytisches Institut, April 2001, 37

Korrespondenzadressen

Dr. Mag. Martin Poltrum
Anton-Proksch-Institut
Gräfin Zichy Straße 6
A-1230 Wien
Tel.: +43-(0)1-88010-172
E-Mail: poltrum@api.or.at

Prim. Univ. Prof. Dr. Michael Musalek
Anton-Proksch-Institut
Gräfin Zichy Straße 6
A-1230 Wien
Tel.: +43-(0)1-88010-101
E-Mail: musalek@api.or.at