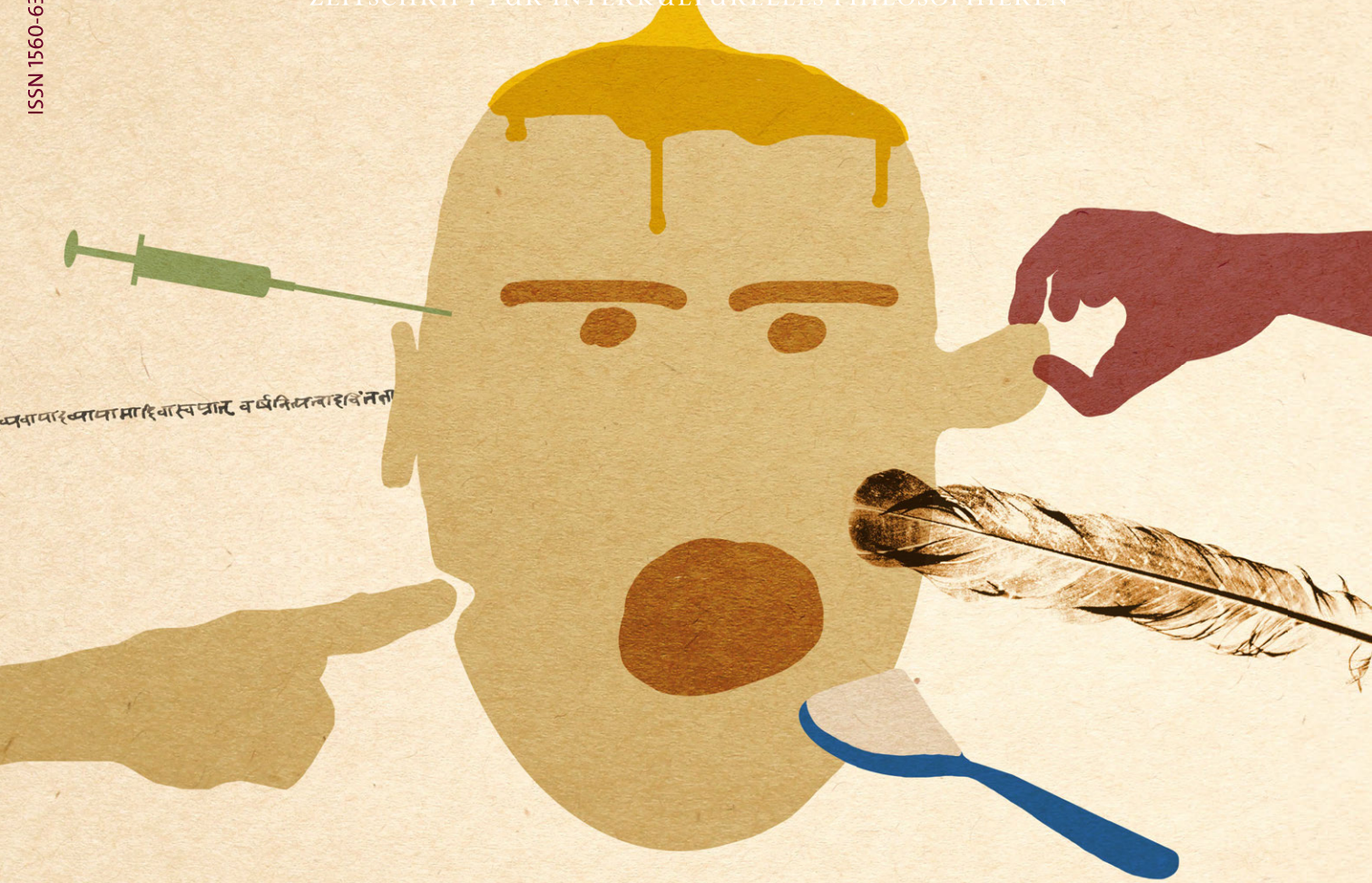
ISSN 1560-6325 ISBN 978-3-901989-41-4 € 16,–

42 2019

polylog

ZEITSCHRIFT FÜR INTERKULTURELLES PHILOSOPHIEREN

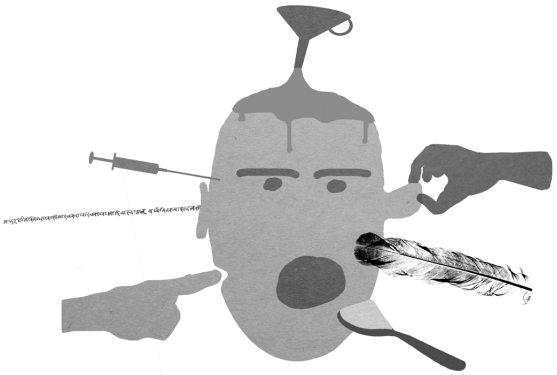


Gesundheit und Heilung

Mit Beiträgen von VITUS ANGERMEIER, MBIH JEROME TOSAM, JOSEF ESTERMANN, BARBARA SCHELLHAMMER, TOBIAS SCHLOSSER, DAMIAN PEIKERT, STEPHAN POPP und anderen

SONDERDRUCK

Gesundheit und Heilung



7
VITUS ANGERMEIER
Krankheitsprävention im Ayurveda
Pragmatisches Recycling und historische Brüche

21
MBIH JEROME TOSAM
Human Nature, Disease Diagnosis and Health in Traditional African Medicine

43
JOSEF ESTERMANN
Llamar el ajayu
Philosophische Hintergründe andiner Vorstellungen von Gesundheit, Krankheit und Genesung

61
BARBARA SCHELLHAMMER
Truth and Reconciliation in Kanada
Zur Bedeutung indigener Philosophietraditionen für die Heilung des kulturellen Genozids an Ureinwohnern

75
TOBIAS SCHLOSSER
Kannibalismus als Krankheit
Das Verständnis von physischer und psychischer Gesundheit bei indigenen Völkern Nordamerikas

87
DAMIAN PEIKERT
Die Praxis des Philosophen ist konkrete Medizin
Klinische Philosophie und das heilsame Gespräch

forum

107
STEPHAN POPP
Muhammad Iqbal – Mit Nietzsche für den Islam

125 REZENSIONEN UND TIPPS
158 IMPRESSUM

DAMIAN PEIKERT

Die Praxis des Philosophen ist konkrete Medizin

Klinische Philosophie und das heilsame Gespräch

ABSTRACT: In their later works, Kimura Bin 木村敏 and Washida Kiyokazu 鷲田 清一 are presenting the idea of a »Clinical Philosophy« 臨床哲学, which means a philosophy on the spot of suffering. Within his theory of *aida* and inspired by the insights of Viktor von Weizsäcker and Nishida Kitarō, Kimura assumes an inseparability of philosophy and psychiatry which leads to a philosophy of life. This approach can be defined as both philosophy of psychiatry and medical anthropology. Washida is seeking for the potential of »philosophical thinking situated in our actual life«. Even now, physicians, philosophers, and educators are applying this concept in their (therapeutic) practice. So, what is Clinical Philosophy? How can we grasp a philosophical concept raised from two methodological contexts? This paper approaches a fundamental conceptual clarification of Clinical Philosophy by highlighting its primordial critique and the therapeutic role of dialogue.

KEYWORDS: Clinical Philosophy, Interculturality, Interdisciplinary Research, Psychopathology

Damian Peikert ist akademisch philosophischer Praktiker und arbeitet an der Universität Heidelberg zu den Themen Interdisziplinarität, Interkulturalität, phänomenologische Anthropologie, Psychiatrie und Psychotherapie.

Klinische Philosophie ist keine neue philosophische Disziplin. Ähnlich wie interkulturelle Philosophie bezeichnet sie eine einzuübende Einstellung, eine Haltung des Philosophierenden, der mit seiner Kenntnis an die Bettstatt der Leidenden tritt. Sie ist eine Form medizinisch informierter *philosophischer Praxis*, die sich der Mensch-zu-Mensch-Beziehung widmet gemäß dem Diktum des Corpus Hippocraticum: Man soll die Philosophie in das Ärztliche und Ärztliches in die Philosophie hineintragen. Die Leid- und die Grenzerfahrung als zentrale menschliche Wesensmerkmale ansehend, widmet sich eine klinische Philosophie fachwissenschaftlichen Methoden der Ethik und Anthropologie. Klinische Philosophie kann so verstanden werden als das, was Karl Jaspers die »ärztliche Praxis« nennt: Das heilsame Gespräch, »Existenz für Existenz«, »Schicksalsgefährte« mit dem Ande-

ren.[1] Der Ausspruch, »Ärztemangel kann es auch bei Medizinerschwemme geben«[2], wird so verständlich. Über die Praxis des Arztes zu sprechen heißt, über das heilsame Gespräch (bzw. das Heilsame am Gespräch) zu sprechen und vice versa. Da Interdisziplinarität und Interkulturalität integrales Anliegen einer klinischen Philosophie sind, lädt das Thema »Medizin und Heilung interkulturell« dazu ein, diesen Begriff näher zu betrachten.

»Psychiatrie des Zwischen begegnet der Philosophie, oder besser, erst in dieser Begegnung entfaltet sie sich zum Konzept der Klinischen Philosophie.«

Tani Toru

Hier wird dabei insbesondere ein Begriff klinischen Philosophierens zu Grunde gelegt, wie er gegenwärtig in Japan gebraucht wird und für hiesige philosophische Praxen interessant ist. In Japan kann man von zwei verschiedenen Richtungen klinischen Philosophierens sprechen. Die eine widmet sich der phänomenologischen Psychopathologie (Kimura Bin), die andere einer phänomenologisch geleiteten philosophischen Praxis (Washida Kiyokazu). Gemeinsam ist ihnen die Annahme, wie Tani Toru zeigt, dass das Individuum im Zwischen statthat, jenes Zwischen, das der Mensch selbst ist. Das Selbst ist in diesem Zwischen nicht nur in seinem vertrauten und zugleich »ur-unheimlichen Grund« bedroht, sondern auch von seinem integralen Außen, das der Andere ist. Das Selbst ist also immer schon von seinen beiden Seiten des *zwischenmenschlich Zwischenräumlichen* her angefragt. In diesem Sinne bedarf unsere Erfahrung des Zwischenseins selbst immer schon der dialogischen Praxis und zwar sowohl als einer Sorge um sich, als auch einer Sorge um den Anderen. Klinische Philosophie untersucht den Menschen in eben dieser Erfahrung und Erfordernis: »Psychiatrie des Zwischen begegnet der Philosophie, oder besser, erst in dieser Begegnung entfaltet sie sich zum Konzept der Klinischen Philosophie. Deren Entstehung selbst ist schon ein Phänomen des Zwischen und des Begegnens. In dem Maße, wie sich diese Bewegung weiter fortsetzt, entdeckt die Klinische Philosophie neue Möglichkeiten.«[3] Außerhalb Japans erfordert der Begriff noch eine eingehende Untersuchung und präzise Unterscheidung.[4] Hier wird der Begriff eines

1 Jaspers: *Allgemeine Psychopathologie*, 668. Vgl. dazu besonders Huber: *Die Bedeutung von Karl Jaspers*.

2 Vgl. den Artikel von Gian Domenico Borasio: *Mediziner sind noch keine Ärzte*, der von Gerd Achenbach in *Der Arzt und sein Patient* eingehend diskutiert wird. Borasio hat diesen Standpunkt erst jüngst aktualisiert, indem er darauf hingewiesen hat, dass »sprechende Medizin« nicht meint, der Arzt habe besonders viel zu reden. Eine »hörende Medizin« müsse die Ärztin im aktiven Zuhören zu *bilden* wissen; vgl. Borasio: *Hört zu!*

3 Tani: *Klinische Philosophie*, 315.

4 Von Klinischer Philosophie sprechen H. Petzold, M. Poltrum, K. H. Spitzy und L. Packter. Ebenso zu beachten ist, dass Irvin Yalom in seiner Autobiografie von »führenden Köpfen auf dem Gebiet der Klinischen Philosophie« (368) spricht, wobei unklar ist, ob er sich dabei auf den eigenen Begriff aus *Die Schopenhauer-Kur* (44) bezieht und somit auf einen Begriff von Psychotherapie. Unter dem Titel *Philosophische Therapie und therapeutische Philosophie* treffen Poltrum und Musalek wichtige Differenzierungen. Im Zusammenhang klinischen Philosophierens im deutschsprachigen Raum sind die Arbeiten Martin Poltrums besonders zu beachten, der den Begriff jedoch zugunsten von *Philosophischer Psychotherapie* wieder verwirft. Poltrum hat 2009 in *Klinische Philosophie*

klinischen Philosophierens skizziert, um einerseits auf das Erfordernis einer praktischen Philosophie der Sorge[5] und um andererseits auf das konkrete Angebot der philosophischen Praxis[6] als methodische Bildung und Dialogkultur hinzuweisen.

GESPRÄCHSKULTUR UND KULTUREN DES GESPRÄCHS

Die titelgebende Frage der vorliegenden Polylogausgabe »Medizin und Heilung interkulturell« erfährt hier eine Deutung dahin, dass es lohnend erscheint zu fragen, welche (Fach-) Kulturen in einen Dialog miteinander treten. Sehr lohnend ist der Blick darauf, was Heilung und Medizin *in* anderen Kulturen bedeuten. Viel ist aus *Medizin interkulturell* zu lernen, was es denn für *Kulturen der Medizin* bzw. des *Krankseins* überhaupt gibt. Noch mehr lässt sich für die *Wissenschaftskultur Medizin* lernen, was die den Leibern eingeschriebene Kultur ihr bedeuten soll (siehe Fallbeispiel weiter unten). Unterschiedliche Praktiken lernen dann voneinander, wenn sie sich dafür öffnen, wie es andere Praktiken zu tun pflegen. Dieses Voneinander-Lernen setzt eine Kultur des Zuhörens voraus, in der man sich überhaupt aufmacht, von der Art, wie es die anderen machen, zu lernen. Eine solche Kultur des Zuhörens relativiert den eigenen Standpunkt und lässt sich durch den anderen verändern. Ein Gespräch, in dem viele von ganz unterschiedlicher Herkunft eine Stimme haben und gehört werden, kann man eine solche *Gesprächskultur* nennen, d. i. eine *Kultur des Philosophierens* angesichts der *Kulturen des Philosophierens*. Von dieser Überlegung ausgehend ist auch »intrakulturell« bereits »interkulturell«. Üben Gesprächskulturen intrakulturell ein, miteinander voneinander zu lernen, so spricht man von Interdisziplinarität. Die modischen Entwicklungen des Begriffes Interdisziplinarität der letzten Jahrzehnte zeigen diese Parallelität: Erst Multi-, dann Inter- und dann Transdisziplinarität, kommt es heute wieder zu einem inflationär gebrauchten Begriff von Interdisziplinarität. Unverändert ist jedoch die Ratlosigkeit, *wie genau* unterschiedliche wissenschaftliche Techniken, Perspektiven, Sprachspiele, sogenannte unterschiedliche akademische Sozialisationen in ein *Gespräch* miteinander treten können.[7] Hier zeigt sich

Unverändert ist jedoch die Ratlosigkeit, *wie genau* unterschiedliche wissenschaftliche Techniken, Perspektiven, Sprachspiele, sogenannte unterschiedliche akademische Sozialisationen in ein *Gespräch* miteinander treten können.

eine Ästhetik als Therapie skizziert. Er meint, »man könnte sogar so weit gehen und behaupten, dass sich all jene Philosophen, welche der Ästhetik eine ganz besondere Leistung zutrauen, sich irgendwie als Zeit- und Gesellschaftsdiagnostiker, ja als Therapeuten der jeweiligen Pathologie des Zeitgeistes verstehen. Das Ästhetische spielt dabei immer die Rolle eines Therapeutikums.« (63) Worauf Poltrum vollkommen zu Recht hinweist, ist, dass es trotz vielfältig bekannter und anerkannter Verschränkungen von Philosophie und Therapie nach wie vor keine ernstzunehmenden Versuche gibt, Philosophie im klinischen Kontext einzusetzen bzw. tatsächlich die Untersuchung zu wagen, ob Philosophieren ein therapeutisches Medium oder Mittel sein kann. Bei Poltrum fällt jedoch die Engführung auf das Gebiet der Ästhetik auf.

5 Vgl. Schuchter: *Sich einen Begriff vom Leiden Anderer machen*.

6 Vgl. Romizi: *Philosophische Praxis*.

7 Hier lässt sich anwenden, was Niels Weidtmann für die interkulturelle Philosophie formuliert hat:

die interkulturelle Forschung in besonderem Maße anschlussfähig, geradezu übertragbar, stellt man sich der Einsicht, dass sich hier schlicht ganz verschiedene *Fachkulturen* begegnen. »Und sicher ist«, so lässt sich mit Gadamer anfügen, »bei der Klage über die Unfähigkeit zum Gespräch das nicht gemeint. Gespräch ist in einem anspruchsvolleren Sinne zu verstehen.«[8] Denn das Wagnis bleibt, sich wahrhaft ändern zu lassen.

Macht sich eine Kultur auf, von anderen Kulturen zu lernen, sollte sie nicht übersehen, wie sie das Gelernte »nach innen« kommuniziert.

Will man nun klären, ob die Praxis des Philosophen konkrete Medizin bzw. was klinische Philosophie sein kann, ist davon auszugehen: »Medizin und Heilung interkulturell« meint immer schon »Medizin und Heilung interdisziplinär«. Dies nun aus zweierlei Gründen: (1) Macht sich eine Kultur auf, von anderen Kulturen zu lernen, sollte sie nicht übersehen, wie sie das Gelernte »nach innen« kommuniziert. (2) Ist die Motivation des Lernens aus einer Kritik, aus den Defiziten einer (Fach-) Kultur geboren, besteht die große Gefahr der Vereinseitigung, Ästhetisierung und Romantisierung. Seit Jaspers wird argumentiert, dass wir nicht unser Gehirn *sind* und dass bis heute die »märchenhaften« Mittel der modernen Psychiatrie (z. B. bildgebender Verfahren) keinen diagnostisch-therapeutischen Nutzen gezeitigt haben, denn Technik allein ermöglicht keine Teilhabe an Sinn. Nach wie vor lässt sich mit Jaspers sagen: Einerseits kann man ohne Philosophie an der Grenze naturwissenschaftlicher Medizin »des Unfugs nicht Herr werden«, andererseits begehrt die Forderung nach einer neuen Philosophie diese wie »ein Heilmittel« von außen. »Sie soll das Neue sein, so wie man die zuletzt in den Handel gebrachte, auf der modernsten Erkenntnis beruhende Medizin aus der Apotheke haben will. Man denkt, man könne irgendwo das Lebensrezept erhalten und greift nach wunderlichen Angeboten auch skurriler Art.«[9]

Jaspers ist hier von so entscheidender Bedeutung, da er den Zusammenhang herausgestellt und beachtet hat, dass alle therapeutischen Schulen unwillkürlich die Erscheinungen züchten, die sie heilen. Ein jeder Begriff von Therapie, Heilung, Krankheit und Gesundheit formuliert anthropologische Grundaussagen. Die Prämissen moderner Wissenschaftstheorie zu untersuchen, bildet in diesem Sinne die Grundlage einer jeden Medizin- und Psychotherapiewissenschaft. Dass therapeutische Praktiken jedweder Art gleichermaßen eine kulturelle Einbettung wie auch eine kulturelle Wirkung haben – nämlich insofern sie Erlebens- und Handlungsmöglichkeiten eröffnen –, wird (zumindest und zumeist innerdisziplinär) nur sehr selten reflektiert.

Das interdisziplinäre Gespräch verpflichtet sich auf eine Dimension, der wir (noch) nicht gewachsen sind, und zwar deshalb nicht, weil es sich in diesem Gespräch auf das Wagnis einlässt, durch die Sache, um die es im interdisziplinären Gespräch geht, korrigiert und verändert zu werden. Dabei geht es um das Selbstverständnis im Ganzen. »Die Entdeckung von Welt lässt sich nicht relativieren.« Siehe Weidtmann: *Das »Zwischen«,* 17.

8 Gadamer: *Die Unfähigkeit zum Gespräch* (1972). In: ders.: *Wahrheit und Methode,* 208.

9 Jaspers: *Karl Jaspers im Gespräch.*

Es sollte also weniger darum gehen, einbahnige Monologe darüber anzustreben, wie ein Berufsstand seiner Aufgabe nachzukommen hat. Es geht vielmehr darum, nicht die Ohren zu verschließen vor den Einwänden und Vorschlägen anderer *Kulturen*, ganz gleich ob sie sich in anderen Sprachen oder anderen Methoden auszudrücken pflegen. Die Fähigkeit zum *Gespräch* würde hier eben auch bedeuten, voneinander lernen zu wollen und nicht, sich in Ressentiments zu vergraben. Erst unlängst machte der Verfasser die Erfahrung, dass im Gespräch mit einem Arzt über philosophische Praxis in der Klinik dieser sagte: »Was die Philosophen da verhandeln ist in der Schmerztherapie längst Gemeinsinn, wir würden uns tatsächlich mehr Zuarbeit wünschen. Wir Ärzte spüren unsere Grenzen sehr deutlich, wenn uns der Patient fragt, warum es dem korpulenten, trinkenden und rauchenden Bettnachbarn viel besser gehe als ihm selbst. Dies ist keine medizinische Frage; hier sind Sie als Philosoph der gefragte Gesprächspartner.«[10] Es zeigt sich also immer deutlicher, dass es einen wachsenden Bedarf an Therapierenden gibt, die – fähig zum Gespräch – für existenzielle Fragen bereitstehen; und zwar fern von Pathologisierung und Somatisierung. Die Grundlagen hierfür verspricht das »handelnde Denken« einer klinischen Philosophie, wie es aus dem Zwischenreich des Dialogs von Philosophie und Medizin hervorgeht.

MEDIZIN INTERKULTURELL

Klinische Philosophie, als das Gespräch über alle (Fach-)Kulturen hinweg, kann an der symbolischen Dimension von Krankheit veranschaulicht werden. Die Fallstudie »Den Nabel verlieren« (auch »Nabelfall«) kann man seit den Migrationsbewegungen aus dem Nahen Osten, die in weiten Teilen der *weird*-Gesellschaften[11] Aufmerksamkeit für die Herausforderungen einer kultursensiblen Medizin erregt haben, beinahe schon einen Klassiker nennen. Theo Sundermeier zitiert diesen Fall in *Den Fremden verstehen* und diskutiert daran die Frage »Kann man fremde Heilungssysteme verstehen?«. Hier wird die Fallvignette im gekürzten Wortlaut Sundermeiers wiedergegeben.[12]

Dass therapeutische Praktiken jedweder Art gleichermaßen eine kulturelle Einbettung wie auch eine kulturelle Wirkung haben, wird (zumindest und zumeist innerdisziplinär) nur sehr selten reflektiert.

Es ist das Fallbeispiel einer jungen türkischen Frau, die seit wenigen Jahren in Deutschland lebt und in ein Krankenhaus aufgenommen wird. Der Mann hat sie mit sich nach Deutschland gebracht, da sich zu Hause in der Türkei ein Konflikt aufgebaut hatte. In Deutschland wurde die Frau erneut schwanger und bekam ihr drittes Kind. Bei den ersten beiden Kindern hatte die Schwiegermutter bei der Geburt geholfen, denn die

10 Hier zeigt sich die Aufgabe des klinischen Philosophen: »Wissenschaftliche Erkenntnis vermag das Leben nicht zu tragen, sie kann nicht einmal begründen, warum sie selbst sein soll. Sie fordert die Zerstreutheit. Aus Enthusiasmus für wissenschaftliche Gewißheit, der Erfahrung der Grenzen der Wissenschaft führt der Weg zur lebentragenden Philosophie. Deren Denken zum Beruf zu machen, ist nicht bloß ein Ausweg.« Jaspers: *Karl Jaspers im Gespräch*.

11 Henrich/Heine/Norenzayan: *The weirdest people*, 61.

12 Vgl. zur Wichtigkeit von Fallstudien Nakaoka: *Klinische Philosophie*, 103.

junge Frau musste am Tag nach der Geburt wieder arbeiten. Nun aber wurde sie in ein Krankenhaus eingeliefert. Sie berichtet davon wie folgt: »Sie haben mich dahin gelegt und geschnitten. Ich habe geschrien, vergeblich, ich konnte mich nicht verständlich machen. Ich habe versucht, mich zu wehren, war aber völlig hilflos.«

»Diese Diagnose erklärte ihr nichts und besserte nichts.«

Verunsichert von dieser Erfahrung während der Geburt hat sie nun Angst, mit dem neuen Krankheitsbild erneut ins Krankenhaus zu gehen. Sie weiß nicht einmal, ob sie ihr Kopftuch im Bett aufbehalten darf. Ihr Krankheitsbild ist unklar: Bauchschmerzen, Rücken- und Kopfschmerzen, Schwindel, Hautjucken, Schwächegefühl u. ä. Natürlich wird eine aufwendige Diagnostik betrieben. Wegen veränderter Leberwerte wird schließlich die Leber punktiert und nach mehrwöchigem Krankenhausaufenthalt eine chronische Leberentzündung festgestellt.

»Diese Diagnose aber hatte«, so urteilt die Berichterstatterin Koen-Emge, »wenig mit ihrem tatsächlichen Befinden und dessen Ursachen zu tun. Sie erklärte ihr nichts und besserte nichts. Mit der Diagnose konnte sie nichts anfangen, außer dass diese – weil nichts anderes behandelbar war – sie vielleicht noch weiter bedrohte. Sie ging also nach dem Krankenhausaufenthalt unbefriedigt heim, und ihre Suche nach Heilung, der Wechsel von Ärzten, ging weiter. Es gibt in unserer Kultur für Leiden und Beschwerden wie die Frau A.'s keine Einordnung und Entlastung«. Damit ist nicht das gemeint, was hierzulande komplexe psychosomatische Störung genannt wird, sondern die »eigentliche« Ursache des Konflikts. Denn die Ärztin selbst, Frau Koen-Emge, fragt schließlich die Patientin auf Türkisch, was sie denn nach ihrer eigenen Meinung habe und bekommt die Antwort: »Mein Nabel ist gefallen. Aber ihr Ärzte versteht nichts davon.« Woher die Krankheit kommt, kann die Patientin sehr präzise beantworten: »Bei mir ist es durch die Sorgen gekommen. Es kann verschiedene Beschwerden machen, Schmerzen im Bauch, Rückenschmerzen, Schmerzen in den Gelenken …«

Erfährt man weiter, dass im türkischen »Nabel« zugleich »Zentrum« bedeutet, so wird die Symbolik deutlich. Klarer kann nicht gesagt werden, worum es der Frau geht: Verlust ihrer Mitte. Sie hat kein Zentrum in ihrem Leben, sie hat den Halt verloren, ist aus dem Gleichgewicht geraten. Sie ist aus dem sozialen Gefüge ihres Dorfes genommen, in dem das Leben schwer genug war; dort gab es jedoch den sozialen Ausgleich und ein Netz, das auch Raum für Krankheit bot. »Den Nabel verlieren« ist dort eine anerkannte Krankheit. Im Dorf hätten die Frauen sofort gewusst, was zu tun sei. Sie hätten einige Tage Ruhe verordnet, bestimmte Medizin zubereitet, man hätte gut für die junge Frau gesorgt und sie – alles in allem – neu in die Frauengemeinschaft integriert, so dass sie gestärkt die Spannungen in der Familie hätte bestehen und erdulden können.[13]

13 Sundermeier: *Den Fremden verstehen*, 175f. Sundermeier bezieht sich auf ein Skript von Emy Koen-Emge sowie ihre Dissertationsschrift *Volksmedizinische Krankheitsvorstellungen und Heilen in der Türkei*.

Dieses Fallbeispiel zeigt zweierlei sehr deutlich: Es veranschaulicht, wie medizinische Praxen aufgrund ihrer kulturellen Einbettung ihr Ziel der Heilung und Besserung verfehlen können. Deutlich wird auch der »blinde Fleck« einer technisierten Medizin, die auf ihre dialogische Ebene erst zuletzt zurückkommt. Denn dies ist der zweite Aspekt, den dieser Fall veranschaulicht: Das zugewandte Gespräch in einer gemeinsamen Sprache förderte den eigentlichen Konflikt sowie seine Lösung zutage. Damit liegt weder ein rein philosophisches noch ein rein medizinisches Problem vor.[14] Es zeigt sich vielmehr, was Gadamers Aufsatz *Die Unfähigkeit zum Gespräch* heute noch bedenkenswert macht. Anhand des Telefongesprächs wettert er einerseits: »Was am Telefon fast gar nicht möglich ist, ist jenes Hinhorchen auf die offene Bereitschaft des anderen, sich auf ein Gespräch einzulassen, und was einem am Telefon nie zuteil wird, ist jene Erfahrung, durch die Menschen einander nahezukommen pflegen […].« Doch er zieht eine Konklusion, wie sie auch unter dieser Fallvignette stehen kann: »An unserem Vergleich wird fühlbar, wie weit die Bedingungen echten Gesprächs gespannt sind, damit das Gespräch in die Tiefe menschlicher Gemeinsamkeit zu führen vermag und welche Gegenkräfte in der modernen Zivilisation ihre Ausbreitung gefunden haben, die dem entgegenstehen.«[15] Es geht also darum, eine gemeinsame Sprache zu finden und zu kultivieren. Und sicher ist – bei aller noch immer berechtigt bemängelten Mehrsprachigkeit –

Es geht also darum, eine gemeinsame Sprache zu finden und zu kultivieren.

14 Was hier nicht unbeachtet bleiben darf, sind die Umstände, in denen Ärztinnen in *weird*-Gesellschaften überhaupt arbeiten. Dies betrifft nicht nur die »Ressourcen«, die Ärztinnen menschlich zur Verfügung stehen, unter den derzeitigen Arbeitszeiten, Betreuungsschlüsseln und Vergütungskriterien überhaupt die Zuwendung zum konkreten Gegenüber leisten zu können, sondern auch die juristischen Bedingungen einer »Absicherungsmedizin« (und im weiteren Sinne auch einer »Versicherungsmedizin«), die das Einklagen und Verklagen zum integralen Bestandteil von »Medizin« haben werden lassen. In diesem Fall hätte z. B. eine unentdeckt gebliebene Hepatitis konkrete juristische Folgen haben können. Dass »medizinischer Erfolg« oder Unfehlbarkeit einklagbar geworden ist, ist bezeichnend für unsere existentielle Grundhaltung und führt gleichermaßen zu Widersprüchen wie der Gedanke, Krankenhäuser müssten wie Unternehmen funktionieren und dementsprechend »wirtschaften«. Die wünschenswerte Rechtssicherheit der Patienten *und* der Ärzte gerät so in einen Kausalnexus mit der »Wirtschaftlichkeit von Medizin«, der eine weder wünschenswerte noch medizinisch zu rechtfertigende Entwicklung der Klinik begründet, welche in jedem Falle einer Beziehungsmedizin entgegenwirkt. Denn Beziehungsmedizin wird unter betriebswirtschaftlichen Maßstäben kaum »effizient« zu denken sein und wird sich kaum in immerwährender juristischer Eindeutigkeit leben lassen, da Beziehung nicht zuletzt auf Vertrauen gründen muss. Der einzelnen Person, den Ärztinnen und Ärzten in der Klinik, gebührt in unserer Situation (Überarbeitung, Zeitnot, juristische Vorschriften etc.) Mitgefühl und Solidarität, denn den Einzelnen in seiner konkreten Situation durch wachsende (moralische) Erwartungshaltungen weiter zu überfordern, wird strukturell einer Beziehungsmedizin – die sich auch interkulturell sensibilisieren kann – kaum auf den Weg verhelfen.

15 Gadamer: *Die Unfähigkeit zum Gespräch* (1972). In: ders.: *Wahrheit und Methode*, 208.

diese nicht gemeint; gemeinsame Sprache ist in einem anspruchsvolleren Sinn zu verstehen, auch wenn Sich-Verständigen-Können dem zweifellos vorausgeht.

KLINISCHE PHILOSOPHIE

Wo ist sie noch, »die offene Bereitschaft, sich auf ein Gespräch einzulassen«, jene Erfahrung, »durch die Menschen einander nahezukommen pflegen«?

Die Praxis des Arztes ist konkrete Philosophie. Als Karl Jaspers in seinem Aufsatz *Der Arzt im technischen Zeitalter* (1958) dieses Diktum formulierte, erhob er schwerwiegende Einwände gegen die Technisierung seiner Zeit und die umgreifende Anonymisierung der ärztlichen Tätigkeit. Seine Botschaft war: Ohne technisches Können geht es nicht, *nur* technisches Können jedoch verrät die Idee des Arztes. Nur zu gern spricht man daher angesichts heutiger »Gesundheitssysteme« diesem Aufsatz »zeitlose Gültigkeit« zu. Gadamer erhebt aus denselben Gründen Einwände gegen die Technisierung allgemein: Wo ist sie noch, »die offene Bereitschaft, sich auf ein Gespräch einzulassen«, jene Erfahrung, »durch die Menschen einander nahezukommen pflegen«? Auch hier liegt scheinbar zeitlose Gültigkeit bzw. neue Aktualität vor.[16] Wie Gadamer weiter ausführt, ist das Heilgespräch wesentlicher Hinweis auf die therapeutische Wirkung des Miteinander-Sprechens überhaupt.[17] Die Unfähigkeit zum Gespräch ist dann die Ursache des Krankseins selbst und das Wiedererlernen des Sprechens scheint die Bedingung für den Vorgang der Heilung überhaupt zu sein.[18] Jaspers und Gadamer machen deutlich: Der Arzt muss heute in besonderer Weise wissen, wo er naturwissenschaftlich *weiß* – im Sinne einer Technik *handelt* – und wo er jenen anderen Raum betritt: den des Verstehbaren, des gemeinten Sinns, d. i. der *Ort* zwischen den Menschen. Dieser Ort ist der Raum des gemeinsamen Sprechens, wo Therapie dann auch mit dem »Dienst am Anderen« übersetzt werden kann. Scheint die Frage nach dem, was Heilung ist, eine *medizinische* Frage zu sein, so scheint jene nach dem Gespräch eine *philosophische* zu sein. Es geht also nicht nur den Arzt etwas an, was uns die Unfähigkeit zum Gespräch heute bedeuten soll. Es geht – im Sinne

16 Während der Arbeit an diesem Artikel erschien in der Frankfurter Allgemeinen Zeitung ein Text, der von einer neuen »Maßnahme« innerhalb des »Masterplan Medizinstudium 2020« berichtet: Teil der neuen Staatsexamen ist eine Prüfung, in der angehende Ärztinnen Diagnose, Exploration und Aufklärung im Gespräch mit dem Patienten beweisen müssen. Ziel dieser Maßnahme ist, der »Unfähigkeit zum Gespräch« unter angehenden Medizinern zu begegnen. Patienten sollen sich »mehr verstanden fühlen« und nicht einsam in der Fachsprache der Experten zurückbleiben. Ob diesem Ziel jedoch in »Maßnahmen« und »Prüfungen« nahezukommen ist, bliebe zu überlegen.

17 Dies zeigt die therapeutische Dimension des Miteinander-Sprechens überhaupt an; Philosophinnen, Ärztinnen, Seelsorgerinnen usf. sind dann recht verstanden als »Experten des Dialoges«, ohne dass das Heilsame des Dialoges ihnen vorbehalten wäre. Vielmehr erklären diese »Experten des Dialoges« sich bereit, geschützte Räume des Sprechens zu öffnen und zu institutionalisieren sowie darin methodisch zu bilden.

18 Vgl. dazu Weizsäcker: *Warum wird man krank?* und Mitscherlich: *Kranksein verstehen*.

von Patho- und Salutogenese – alle etwas an.[19] Ärztliches Handeln beruht nach Jaspers auf den Fundamenten naturwissenschaftlichen Wissens, technischen Könnens und philosophischen Denkens (Ethik, Humanität, methodische Bildung). Werden die ersteren an der medizinischen Fakultät gelehrt, ist letzteres curricular kaum abgedeckt (Ethik in Teilen ausgenommen). Einige Aspekte könnten daher überlegt werden: Trifft die Kritik der Unfähigkeit zum Gespräch nur die Mediziner oder spiegelt sich in den Grenzsituationen des klinischen Alltags nicht eine gesellschaftliche Unfähigkeit wieder? Sollte es ein Physikum *und* ein Philosophikum geben? Ist der hier titelgebende Umkehrschluss zulässig, kann die Praxis des Philosophen konkrete Medizin genannt werden?

Die nun bald dreißigjährige Entwicklung der *philosophischen Praxis*, die aus einer Kritik des rein akademischen Philosophierens hervorgeht, zeigt, dass sich auch das Philosophieren in *weird*-Gesellschaften »technisiert« hat. Vernachlässigt wurden Lebenskunst und Lebensform, die Kunst des Gesprächs und die geistige Übung, philosophische Bildung und Besinnung sowie der zu Leben helfende Beitrag des tätig Philosophierenden. Dass die Philosophen – weder *als* Arzt noch *als* Patient – erneut beginnen, sich intensiv für das Gesundheitswesen, bzw. das Wesen der Gesundheit, zu interessieren, kann nicht verwundern.[20] Im Zeitalter der messenden Wissenschaften und mensch- und weltverändernden Technik treten die Fortschritte des »modernen Menschen« nirgends so sehr zutage wie in der Medizin. Die Entwicklung einer *klinischen Philosophie* in Japan (臨床哲学, *rinshō tetsugaku*), die sich als Fortsetzung einer medizinischen Anthropologie und phänomenologischen Psychopathologie verstehen lässt, trägt dem Rechnung und beklagt einen Mangel an medizinisch informiertem Philosophieren.[21] Eine Überzeugung teilen beide Entwicklungen: Die philosophische Praxis[22] (in Jaspers' Sinne die ärztliche Praxis) steht für die Bemühung, das Sprechen zu lernen und zu lehren – hier stehen das Klärende und Orientierende des tätigen Gesprächs im Mittelpunkt (Mäeutik) wie auch die Genese des Subjekts aus dem Zwischen (*aida/aidagara*).[23]

Wer zuhören kann, leistet mitmenschliche Erste Hilfe.

19 Vgl. Gadamer: *Über die Verborgenheit*, 133.

20 Vgl. ebd., 7.

21 Vgl. Tani: *Klinische Philosophie*.

22 Üblicherweise wird mit *Philosophischer Praxis* das Konzept nach Gerd Achenbach bezeichnet, während die *philosophische Praxis* das Feld offen für jeweilige methodische Konkretion hält.

23 Es liegen nur zwei Texte vor, die die Idee von *rinshō tetsugaku* 臨床哲学 auf Deutsch präsentieren. *»Klinische Philosophie« und das Zwischen* (Tani) und *Klinische Philosophie als Erfahrungskritik* (Nakaoka) markieren erst den Beginn einer Übersetzung. Es ist ein Segen, dass durch das Sammelwerk von Hans-Peter Liederbach der Text von Nakaoka zugänglich wurde. Insbesondere, da dieser den Ursprung eines klinischen Philosophierens in der Wissensgenese und -kommunikation verdeutlicht, was die hier vorgelegten Überlegungen veranschaulichen sollten. Es ist nun ein zweifaches Glück, dass der Leser dieser Zeitschrift durch die umfassende Besprechung durch Bianca Boteva-Richter bereits mit dem Terminus vertraut sowie durch die Meditationen in Polylog 40 und

DIE PRAXIS DES PHILOSOPHEN

Die Universität Wien illustrierte in ihrem Motto 2019 sehr anschaulich den Kerngedanken einer philosophischen Praxis: Neben einem großen Ohr stehen die Worte vernehmen, verarbeiten, verstehen, verbalisieren. Hierin scheint die wesentliche therapeutische Wirkung des Miteinander-Sprechens veranschaulicht, ihr Wesen, das Verstehenwollen und Verstandenwerdenwollen, offengelegt. Ist das Hören, das genaue Hinhören und aktive Zuhören, bereits eine wesentliche therapeutische Qualität des Gesprächs überhaupt, so kann das Verstehen und Verbalisieren als eine Übungspraxis verstanden werden, die sich in besonderer Weise dem verallgemeinernden Sprechen zuwendet (*lógos*). Die Alltagserfahrung zeigt, der aufmerksam zuhörende Mitmensch leistet schon wohltuende Zuwendung.[24] Wer zuhören kann, leistet mitmenschliche Erste Hilfe. Was ist die therapeutische Qualität des Gesprächs, die vom Heilgespräch sprechen lässt, gleich ob Arzt oder Philosoph? Oder warum brauchen die *weird*-Gesellschaften immer mehr »Zuhörer« (Therapeuten) und »Versprachlicher« (Philosophen)?[25]

Philosophie ist nicht konkrete Medizin, sie ist konkrete Therapeutik.

Anhand der Idee einer *klinischen Philosophie* (Kimura Bin) kommt man zu dem Schluss, Philosophie ist eine wirksame Therapeutik gegen die Unfähigkeit zum Gespräch, da sie sich der Kultivierung des (logischen) Gesprächs widmet. Darum kann sie auch in *Gesprächskultur(en)* unterweisen.[26] Die therapeutische Wirkung des Philosophierens wird dann auch klar; so lautet die Frage nicht mehr »Was haben Sie?«, sondern »Was fehlt Ihnen?«. Die Conclusio kann hier vorweggenommen werden: Philosophie ist nicht konkrete Medizin, sie ist konkrete Therapeutik.[27] Die Praxis des Philosophen ist nicht konkrete Arznei, sie ist Dienst am Anderen (θεραπεία).

Klinische Philosophie schließt daher eine einseitige, monologische Kritik an der Medizin aus. Weder »die Medizin« noch »die Philosophie« können das Verstummen des *Zwischen* (Mit- und Umwelt) heilen. Was das Sprechen-dürfen und Sprechen-können bedeuten soll, kann nicht monologisch an einem Berufsstand und seinen Wissenschaften gemessen werden. Die Kritik an der Philosophie und der Medizin zeigen darin deutliche Parallelen. Hier lohnt eine Relektüre und eine Rekontextualisierung der Schriften Kimura Bins (u. a.), die das Projekt einer *klinischen Philosophie* als phänomenologisch-anthropologischer Wissenschaft und vor allen Dingen ihre Ent-

41 auf die Vorsilbe *inter* eingestimmt ist.

24 Vgl. Washida: *Die Kraft des Hörens*. Siehe zum Ansatz von Washida und *clinical philosophy* in Osaka insbesondere die Arbeiten von Homma Naoki.

25 Nakaoka: *Klinische Philosophie*, 114f.

26 Gleich ob eine Kultivierung des Gesprächs mit sich selbst oder mit anderen gefragt ist, gilt für den philosophischen Praktiker dasselbe wie für den Psychotherapeuten: Er kann nur dorthin führen, wo er selbst bereits gewesen ist.

27 Auf die diffizile Unterscheidung, Philosophie ist nicht Therapie, sondern hat therapeutische Wirkung, kann hier nicht genügend eingegangen werden. Dieser Versuch wurde in Mall/Peikert: *Philosophie als Therapie* unternommen.

wicklungsmöglichkeiten veranschaulichen.[28] Die philosophische Praxis hat ihrerseits ein Berufsfeld entwickelt, welches sich der Unfähigkeit zum Gespräch in vielfältiger Weise annimmt und so bereits klinisches Philosophieren zur Anwendung bringt.[29] Klinische Philosophie ist also eine *Apologie der Heilkunst*. Apologie, da es nicht um die Verteidigung eines Berufsstandes gegenüber anderen geht, sondern um eine Selbstüberprüfung und Selbstverteidigung des Arztes mutatis mutandis der Philosophin vor sich selbst und gegen sich selbst. Das ist die Eigentümlichkeit des ärztlichen wie auch des philosophischen Könnens: Weder Arzt noch Philosophin können von ihrem Werk so zurücktreten wie der Handwerker, sie können ihre Kunst so wenig sich selbst beweisen, wie sie sie anderen beweisen könnten.[30]

KRITIK DER MEDIZIN

Wie Nakaoka Narifumi zeigt, entspringt klinisches Philosophieren einer Kritik der Wissensproduktion und untersucht die Transformation des Wissens in ein »handelndes Denken«. Kimura Bin ist in Japan zu einer Zeit als Psychiater tätig geworden, als das Psychopharmakon eingeführt wurde, d. h. ein weiterer Schritt in Richtung Depersonalisierung vorgenommen wurde. Will man Kimuras Untersuchungen zur »Pathologie der Individualisierung« bzw. Pathologien des Zwischen nachvollziehen, muss man bei der Geschichte der (Medizin-)Wissenschaft ansetzen.[31] Medizin – und dies muss hier überlegt werden –, die auf das Wiederherstellen des Natürlichen zielt, kann nie ganz technische Wissenschaft werden. Sie verbleibt in der Schwebe *zwischen* theoretischer Erkenntnis und praktischem Wissen.

Medizin, die auf das Wiederherstellen des Natürlichen zielt, kann nie ganz technische Wissenschaft werden. Sie verbleibt in der Schwebe zwischen theoretischer Erkenntnis und praktischem Wissen.

Kitayama Junyu, der bei Jaspers promovierte, schreibt in seinen *West-östlichen Begegnungen* (1941), dass ein »auffallendes Phänomen« wie die moderne Wissenschaft daher bestens dazu tauge, die Unterschiede zwischen »der westlichen und der ostasiatischen Kultur« zum Verständnis zu bringen. Denn zur Entstehung der Wissenschaft im moder-

28 Einerseits ist Kimuras Werk *Zwischen Mensch und Mensch* von 1971 (dt. ÜS 1995) – insbesondere im interkulturellen Philosophieren – etwas abgearbeitet und seine kulturalistischen Einlassungen darin (*Nihonron*) misslich. Andererseits öffnete er mit seinen Kulturvergleichen bereits einen Ausblick auf das heute unverzichtbare Projekt einer interkulturellen Psychiatrie. Das letzte Kapitel in *Zwischen Mensch und Mensch* sowie die Entwicklung von *klinischer Philosophie* (aus der psychopathologischen Arbeit) sind hierzulande unbeachtet geblieben.

29 Insbesondere die philosophische Praxis *p4c* zeigt, was es bedeutet, sprechen zu lernen und seine eigene Stimme wie die des Anderen hören zu lernen. Vgl. insbesondere Tabata: *Einen sicheren Ort schaffen*. In klinischer Hinsicht sind die Experimente von Wilhelm Schmid und Martin Poltrum wegweisend, jedoch auch noch eingehender zu untersuchen. Nach gegenwärtiger Kenntnis des Verfassers wurden ihre Versuche, das gemeinsame Philosophieren *in* der Klinik zu institutionalisieren, nach wie vor nicht wiederholt.

30 Vgl. Gadamer, Hans-Georg: *Apologie der Heilkunst*. In: ders.: *Über die Verborgenheit*, 50f.

31 Kimura: *Die Weisheit der klinischen Philosophie*.

nen Sinne, »muß der Geist sich vom ursprünglichen organischen Erlebnis trennen, indem er als Erkennender der Welt gegenübertritt«.[32] Dies geschieht dort, »wo der Geist sich nicht mit der Welt einig fühlt« und sich in abstraktes Denken verwandelt. Dann, so Kitayama, wird die Welt entdeckt und nicht länger erlebt.[33] Den Fortgang dieser Entwicklung – was Jaspers den Wissenschaftsaberglauben nennt – sieht Kitayama bereits sehr deutlich: »Die Kluft zwischen dem dem Menschen vertrauten Diesseits und dem ihm unbekannten Jenseits wurde immer größer, desto entschiedener und bitterer ward das Schicksalserlebnis des einzelnen. Die Folge der umfangreichen, hochgesteigerten und zum Gemeingut des Abendlandes verbreiteten Geistigkeit der Wissenschaft, Kunst und Kultur war der Fall des Einzelnen Ich heraus aus dem Gesamtgefüge der Welt. Eisige Einsamkeit trat schließlich in der Form des ›Individualismus‹ und ›Materialismus‹ im abendländischen Raum auf. Die Stimmen, die zur Umkehr, zum Ursprung riefen, wurden dann bei denen lauter, die diese Not erkannten.«[34]

»Die Folge der umfangreichen, hochgesteigerten und zum Gemeingut des Abendlandes verbreiteten Geistigkeit der Wissenschaft, Kunst und Kultur war der Fall des Einzelnen Ich heraus aus dem Gesamtgefüge der Welt. Eisige Einsamkeit trat schließlich in der Form des ›Individualismus‹ und ›Materialismus‹ im abendländischen Raum auf.«

Kitayama Junyu

Die Stimmen, die laut wurden – im vielstimmigen Kanon der Technikkritik seit der Jahrhundertwende –, waren, Medizin und Philosophie betreffend, jene von Jaspers und Gadamer, von Weizsäcker, Straus, Tellenbach, von Uexküll, Blankenburg und vielen mehr. Sie bildeten eine Tradition der phänomenologischen Anthropologie oder einer phänomenologisch orientierten technikkritischen Psychiatrie. Nicht zufällig – auch die Geschichte der Psychoanalyse zeigt dies – gingen die technik- und wissenschaftskritischen Reformbewegungen von der Psychiatrie und Psychologie aus, brach diese Wissenschaft aus der Philosophie stammend doch aus dem Kanon des medizinischen Diktums »der Mensch als Maschine« aus. Was Kitayama sieht und die benannten Stimmen kritisieren, ist, was noch heute Kritik und auch Klischee ist: Der Arzt im technischen Zeitalter ist selbst Techniker geworden. Jaspers meint: »Der moderne Arzt der letzten Jahrhunderte hat unter den Ärzten früherer Zeiten in den entscheidenden Punkten kein Vorbild.«[35] Denn es »wurden einige märchenhaft wirkende Heilmittel zur Verfügung gestellt«, deren Grund »die naturwissenschaftliche Forschung, und sie allein, von den exakten Wissenschaften bis zur Biologie«, ist. Zur stehenden Redewendung ist Erwin Straus' *Tauchente* geworden: »Auf Schritt und Tritt begegnet man in der Psychologie und Psychopathologie einem Verhalten der Forscher, das man mit dem der Tauchente vergleichen könnte. Wie diese bei jedem Zeichen einer herannahenden Gefahr unter Wasser verschwindet, so suchen die Psychologen bei neu auftauchenden psychologischen Problemen gern eine Zuflucht unter der Oberfläche der Biologie.«[36] Das Wissen des Arztes ist dann kraft »Objektivität« wahre Wissenschaft und seine Praxis

32 Kitayama: *West-östliche Begegnung*, 57f.

33 Ebd.

34 Ebd.

35 Jaspers: *Der Arzt im technischen Zeitalter*, 1037.

36 Straus: *Geschehnis und Erlebnis*, 6.

kraft »messbarer Wirkung« einzig wahre Heilung. Diesen reduktiven Fehlschluss kritisiert Jaspers, denn die »auffälligsten und folgenreichsten Schritte« wurden zwar außerhalb der ärztlichen Praxis getan, aber die ärztliche Praxis bleibt derjenige Ort, »an dem die naturwissenschaftliche Denkungsart des Arztes, seine Beobachtungskunst, seine schöpferische Übersetzung der chemischen, physikalischen, biologischen Erkenntnis in Diagnostik und Therapie« stattfindet.[37]

Kitayama führt aus, was noch heute unter der Oberfläche des Individualismus-Kollektivismus-Paradigmas häufig anzutreffen ist: Der Osten sei der Intuition mächtig geblieben; die Menschen Ostasiens lebten und erlebten eine intuitiv-organische Einheit mit ihrer Mit- und Umwelt. Der Mensch des Westens – bereits im Singular angesprochen[38] – sei ein Einziger, allein mit sich und »eisig einsam« in seinem wissenschaftlichen Blick auf die ihm entrissene Welt. In dieser Tradition steht eine jede Medizinkritik bis heute, kritisiert sie die depersonalisierenden und enthumanisierenden Tendenzen des ärztlichen Handelns; hierin liegt der Grund, warum *weird*-Gesellschaften »natürliche« und »alternative« Heilsysteme importieren. Sie sollen den gegenübertretenden Geist in einem ursprünglich organischen Erlebnis mit der Welt versöhnen.

Es geht hierbei um das, was auch die zwei Mittel ärztlichen Handelns genannt wird: die Hand und die Sprache sowie ihre Synergie. Gemeint ist die Steigerung der technischen Mittel der Hand über die letzten hundert Jahre hinweg. Das Mittel der Sprache hingegen – ihre Rolle im Dienst am Anderen – gerät in Vergessenheit.[39] Heute noch mehr denn zu Jaspers' oder Gadamers Zeiten erreichen die technischen Mittel der Hand ihr Ziel am objekthaften Körper des Kranken ganz ohne Sprache. Es kann daher nicht verwundern, dass Ärztinnen – Spiegel der Gesellschaft – im Umgang mit ihren Patienten Sprache nur beiläufig verwenden, bzw. dass das Sprechen mit dem Kranken nicht länger Gegenstand der medizinischen Ausbildung war. Der lebendige Leib des Leidenden wird zum leblosen Objekt und die Person der Klinik zum sprachlosen physiologisch-biochemischen System. Heute ist das Problembewusstsein ungleich reifer und sensibler, doch Sprachlosigkeit – die Unfähigkeit zum Gespräch – bleibt in Medizin und Philosophie eine Herausforderung. Betrachtet man *Der Arzt im technischen Zeitalter* und *Die Unfähigkeit zum Gespräch* so kann man schlicht sagen, dass Jaspers und Gadamer Recht behalten und weise vorausgesehen haben.[40] Andererseits mahnen

... doch Sprachlosigkeit – die Unfähigkeit zum Gespräch – bleibt in Medizin und Philosophie eine Herausforderung.

37 Jaspers: *Der Arzt im technischen Zeitalter*, 1037.

38 Kimura würde im Anschluss an Watsujis Ethik von Anthropologie als »Wissenschaft von den Menschen« sprechen.

39 Vgl. dazu die Arbeiten von Thomas Bohrer und Kollegen am Würzburger Philosophicum.

40 Nicht zu unterschlagen ist dabei selbstverständlich, dass es vielfältige Entwicklungen in Psychotherapie, Seelsorge, Psychiatrie und Klinik seit Jaspers gegeben hat. Man mag aber Jaspers' 51. Todestag zu Beginn der »neuen 20er« zum Anlass nehmen, die Frage nach seiner Aktualität und Rezeption nicht aus dem Blick zu verlieren.

sie in Anbetracht der Tradition dieser Medizin- und Technikkritik, in dieser Kritik nicht oberflächlich und programmatisch zu werden. Mit anderen Worten, die Risiken und Nebenwirkungen des technischen Zeitalters waren bekannt. Wie geht es nun weiter angesichts der Aktualität der Kritik?

Klinische Philosophie will von dort aus praktisch werden, indem sie sich dem Zwischen von Mensch und Mensch annimmt.

In Nachfolge von Kityama, der eine wirkliche Synthese »östlicher« und »westlicher« Kultur und nicht bloßes Nebeneinander- oder Gegeneinanderstehen als möglich ansieht, ist das Werk von Kimura Bin hier nach wie vor von Interesse. Weithin bekannt und vielzitiert ist auch seine west-östliche Begegnung *Zwischen Mensch und Mensch* (1995). Doch im deutschsprachigen Raum nahezu überhaupt nicht bekannt ist die Entwicklung einer *klinischen Philosophie*. Und diese beruht maßgeblich auf seinen phänomenologisch-psychopathologischen Schriften sowie dem (in *Zwischen Mensch und Mensch* nur skizzierten) Unterfangen einer *transkulturellen Psychiatrie*. Auf die Verzahnung dieser Ansätze kann hier nur hingewiesen und ein Forschungs- und Übersetzungsdesiderat benannt werden. Erhellen soll sich das denkerische Projekt jedoch anhand der betitelten Frage, was Philosophie bzw. die Praxis des Philosophen leisten kann. Klinische Philosophie ist eine praktische Wissenschaft von den Menschen, die zwischen der naturwissenschaftlichen Psychiatrie, phänomenologischen Psychopathologie und theoretischen Philosophie liegt. Sie will von dort aus praktisch werden, indem sie sich dem Zwischen von Mensch und Mensch annimmt. Darauf verweist Kimuras Kernkonzept *Aida* (»das Zwischen« bzw. von Watsuji herkommend »das Verhältnis der Menschen«).[41]

KLINISCHE PHILOSOPHIE UND DAS ZWISCHEN

Seit 2017 ist in Deutschland die Videosprechstunde per Gesetz erlaubt. Fortan sind Ärzte nicht nur freigestellt, sondern auch angehalten, ihre Patienten durch eine Videoübertragung »live« zu betreuen. Hier gewinnt Gadamers Aufsatz drängende Aktualität. Das Arzt-Patienten-Verhältnis hat damit endgültig eine digitale, eben eine virtuelle Dimension erreicht. Unter dem Stichwort »Telemedizin« wurde diese Entwicklung lange diskutiert und stößt auch nach der Verabschiedung noch immer auf Widerstand. Die Vor- und Nachteile der ärztlichen Betreuung aus der (virtuellen) Ferne mögen sich womöglich die Waage halten.[42] Die Aussage jedoch, die diese Entwicklung über das Arzt-Patienten-Verhältnis und seine zukünftige Entwicklung zulässt, stimmt sehr nachdenklich. Verkraftet der Dialog sei-

41 Tani: *Klinische Philosophie*, 309.

42 Ganz gleich, wie die versorgungstrategische Dringlichkeit eingestuft werden mag, eine solche Entwicklung untergräbt das Arzt-Patient-Verhältnis als ein zwischenleibliches Geschehen, welches dem Arzt erst die Möglichkeit gibt, auch andere Diagnosen zu stellen, und den Patienten erst die eigentliche Erleichterung verspüren lässt, nämlich *angesehen* zu werden. Ganz gleich, wie man die Argumente augenblicklich bewerten mag, ist mit der Einführung dieser »digitalen Versorgung« die Tür erst geöffnet. Die Folgen sind in keiner Weise absehbar. Vgl. Essig: *What To Expect*.

ne »Entkörperung«? Wenn Medizin Kommunikation ist, warum muss man dann zum Sprechen zusammenkommen? Hier lohnt es sich also, weiter über das Heilsame des zwischenleiblichen Geschehens »Gespräch« nachzudenken.

Das Arzt-Patienten-Verhältnis ist keine informative Dienstleistung, sondern eine Begegnung zweier Menschen, die eine Beziehung eingehen zum Zwecke der Besserung. Ein Gespräch bringt Neues, ein Dialog verändert und der *gelungene* Dialog lässt den Einzelnen einen Schritt der *Besserung* nehmen. Wie Niels Weidtmann in seinen Überlegungen zum Zwischen als Ort der Wirklichkeit sagt, antworten in einem Gespräch zwei *Kulturen* auf und aus ihren Grunderfahrungen heraus. Ein solches Gespräch führt zu Korrektur durch Selbstrelativierung bzw. zum Wiedererleben von Beziehungshaftigkeit überhaupt.[43] Therapie (θεραπεία eben nicht mit Heilung zu übersetzen) ist, vorausgesetzt es kann eine lebendige Begegnung zweier Personen stattfinden, das Behauen von Hindernissen, die das ursprüngliche Wachsen und Reifen der beteiligten Personen behindern. Kimura Bin vergleicht das ärztliche Zwiegespräch mit dem gemeinsamen Musizieren. (Und bisher ist wohl auch niemand ernsthaft zu dem Versuch vorgestoßen, das gemeinsame Musizieren über eine Videoschaltung zu praktizieren.) Kimura will mit diesem Vergleich die Interdependenz und die Einmaligkeit eines jeden Gesprächs verdeutlichen:

»Der Patient, der seine quälende Herkunft hinter sich hat, sucht [im Zwiegespräch] Hilfe beim Psychiater; der Psychiater versucht dort mit seinen fachwissenschaftlichen Kenntnissen und Erfahrungen, ihn davon zu befreien. Die beiden spielen also gewissermaßen auf je verschiedenen Instrumenten zusammen. […] Auch im Duo ist die Zukunft der Musik jedem einzelnen Spieler aufgetragen. Falls einer mit seinem Spiel aufhört, bricht die ganze Musik auf einmal ab. […] Beim Solospiel wird die Herkunft, auf Grund derer der Solist seinen nächsten Ton richtig spielen soll, wesentlich von der von ihm selbst bisher gespielten Musik gebildet. Demgegenüber muss sich beim Ensemble zu zweit jeder Spieler auf die gesamte Musik beziehen, die die beiden zusammen hinter sich gebracht haben.«[44]

Das besondere Moment der Begegnung von Arzt und Patient, dem ein durch Verschiedenes unterscheidendes Urteil (διάγνωσις) innewohnen soll, in dem sich der Patient angeblickt und verstanden fühlt, hat der Psy-

Therapie ist, vorausgesetzt es kann eine lebendige Begegnung zweier Personen stattfinden, das Behauen von Hindernissen, die das ursprüngliche Wachsen und Reifen der beteiligten Personen behindern.

43 Es ist ein großes Glück, dass die Zeitschrift *polylog* der Vorsilbe *inter* jüngst große Beachtung geschenkt hat. So kann hier dankbar insbesondere auf die Meditation des Zwischen von Weidtmann verwiesen werden. Ihn rekontextualisierend kann man festhalten: Für die klinische Philosophie wird sich *inter* als entscheidend herausstellen. In diesem Präfix ist ein Zwischen angedeutet, in dem sich das Denken noch nicht festgelegt hat. Im Zwischen steht das Denken noch ganz im Dienst jenes Gesprächs, um das es im Interpersonellen, Interkulturellen und Interdisziplinären geht. Diesem Gespräch verpflichtet sich klinisches Philosophieren. Weidtmann: *Das »Zwischen«*, 9.

44 Kimura: *Das Zwischen als Grundlage*, 34f.

chopathologe Eugène Minkowski eingehend untersucht. Kimura Bin orientiert sich an den Einsichten Minkowskis, indem er darauf aufmerksam macht, dass es stets darauf ankommt, den Worten des Anderen sehr sorgfältig zuzuhören. Häufig geschehe es nämlich, dass in einem gewissen Augenblick, anlässlich nur eines Satzes, eines bestimmten Wortgebrauches oder einer mimischen Regung, der eine vom anderen wisse, was dieser sagen möchte. Es lässt sich nie ganz sicher sein, ob man das Ganze des Ausdrucks dann wirklich erfasst habe, ob man *wirklich verstanden* habe, was gesagt werden soll. Doch stellt sich eine Gewissheit ein, dass die miteinander Sprechenden nun vor dem eigentlichen (gemeinsamen) Gegenstand des Gesprächs stehen (z. B. die Angst, der Zweifel, die Frage). Diese gemeinsame Erkenntnis kann wie ein Eckstein sein, sagt Minkowski, der alle anderen Hindernisse trägt, die sich an der Oberfläche ausbreiten und Gegenstände der Beschreibung sein können.[45] Hier zeigt sich auch, was die Unfähigkeit zu hören meint, auf die Gadamer aufmerksam macht: »[Ist] das nicht wirklich eine unserer menschlichen Grunderfahrungen, daß wir nicht rechtzeitig wahrnahmen, was in dem anderen vorgeht, daß unser Ohr nicht fein genug war, sein Verstummen und sein Sichversteifen zu ›hören‹?«[46]

»[Ist] das nicht wirklich eine unserer menschlichen Grunderfahrungen, daß wir nicht rechtzeitig wahrnahmen, was in dem anderen vorgeht, daß unser Ohr nicht fein genug war, sein Verstummen und sein Sichversteifen zu ›hören‹?«

Hans-Georg Gadamer

Medizin ist ein kommunikatives Moment, das kommunikative Moment ist wesentlich Medizin. Dass *resonante* Kommunikation Medizin ist, darauf will Kimura mit einer klinischen Philosophie hinaus. Von hier aus erhellt sich auch, was zentraler Wirkfaktor einer Therapie ist: die Qualität der Beziehung, das Vertrauen zum Anderen. Jeder andere Faktor hat die vertrauensvolle Beziehung zur Voraussetzung. Wie Jaspers sagt, will der Kranke wissen, denn er hat selbst zu entscheiden. »Wohl hat er zur Autorität des Sachkundigen Vertrauen, aber nicht blindes. Freiheit erfordert sinnvolles Fragen und Antworten. […] Sage mir die Gründe deines Tuns, dann will ich ihnen, wenn ich überzeugt bin, folgen«.[47]

Für Jaspers ist (existentielle) Kommunikation die durch Mitteilung erwirkte Gemeinschaft, gegenseitiges Verständlich-Werden, der »Raum verstehbaren, zwischen Menschen austauschbaren, von ihnen gemeinten Sinns.«[48] Eben aus diesem Grund, dem Verständlich-Machen und Verständlich-Werden, werden Verstehenwollen und Verstandenwerdenwollen unter der Fragwürdigkeit von Wahrheit und Methode erst in der jüngeren Gegenwart interessant. Denn philosophisch relevant wird, was fragwürdig geworden ist: »Überhören und Falschhören – beides erfolgt aus dem gleichen in einem selbst antreffbaren Grunde. Nur der überhört oder hört falsch, der sich selbst ständig zuhört, dessen Ohr gleichsam so erfüllt ist von dem Zuspruch, den er sich selbst ständig zuspricht, indem er seine Antriebe und Interessen verfolgt, daß er

45 Minkowski: *Phénoménologie*, 145.

46 Gadamer: *Die Unfähigkeit zum Gespräch* (1972). In: ders.: *Wahrheit und Methode*, 214.

47 Jaspers: *Der Arzt im technischen Zeitalter*, 1038f.

48 Ebd.

den anderen nicht zu hören vermag.«[49] Sind Verstehenwollen und Verstandenwerdenwollen die zwei Seiten des hermeneutischen Geschehens, so überwiegt hier also das Verstandenwerdenwollen das Verstehenwollen. Anhand von Kimuras klinischer Philosophie kann man also für eine personale, humanistisch-existenzielle Bildung plädieren, die zum Gespräch befähigt. Und dies nicht nur für Kliniker, Pädagogen, Philosophinnen und Therapeutinnen, sondern von diesen ausgehend für alle, um zum Gespräch zu befähigen. Dies ist besonders bedeutsam, da sich die Tendenz, Therapie als ausschließlich medizinisches Behandlungsverfahren im Sinne einer Dienstleistung zu definieren, weiter durchsetzt. Ökonomisierung, Kategorisierung, Schematisierung, Stigmatisierung und Entpersonalisierung sind die Folge: Therapie ist das, was Krankes kuriert, Dysfunktionales zum Funktionieren bringt. Verlernen Gesellschaften die Fehlbarkeit und Verletzlichkeit jedes Einzelnen zur Sprache zu bringen – worauf Jaspers und Gadamer uns hinweisen –, stürzt der Einzelne in »eisige Einsamkeit«, in der der Kontakt zum Zwischen verloren geht.

49 Gadamer: *Die Unfähigkeit zum Gespräch* (1972). In: ders.: *Wahrheit und Methode*, 214.

LITERATUR

Achenbach, Gerd: Der Arzt und sein Patient. In: *Kommunikation*, Festschrift der Ärztekammer Nordrhein, Düsseldorf 2015, 67–92

Bohrer, Thomas; Schmidt, M.; Königshausen, J.: Das Arztgespräch heute – reine Information? Aktuelle philosophische Aspekte zu Bedeutung und Hintergründen. In: *Medizinische Welt* 5/2015, 238–241

—: Die Schwester der Medizin. In: *Deutsches Ärzteblatt* 51–52/2010, 2591–2592

Bohrer, Thomas; Königshausen, J.; Schmidt, M.: Zur Notwendigkeit der Philosophie im Medizinstudium. In: *DMW – Deutsche medizinische Wochenschrift* 143/17/2018, 1272–1275

Borasio, Gian Domenico: Mediziner sind noch keine Ärzte. In: *FAZ* vom 13.03.2009

—: Hört zu! In: *DIE ZEIT* 2/2020

Essig, Todd: What To Expect From Psychotherapy On Screen: A Consumer's Guide. In *Forbes*, 26.02.2019. Online: https://www.forbes.com/sites/toddessig/2019/02/26/what-to-expect-from-psychotherapy-on-screen-a-consumers-guide/#4ba500675ea8

Gadamer, Hans-Georg: Die Unfähigkeit zum Gespräch (1972). In: Ders.: *Wahrheit und Methode: Ergänzungen, Register*, Hermeneutik II, Gesammelte Werke Bd. 2, Tübingen: Mohr 1999, 207–218

—: Über die Verborgenheit der Gesundheit, hg. v. B. Hontschik. Frankfurt a. M.: Suhrkamp 2010

Henrich, J., Heine; S. J., Norenzayan, A.: »The weirdest people in the world?« In: *Behavioral and Brain Sciences* 33/2–3/2010, 61–83

Homma, Naoki: Community Approach to Philosophical Practice. In: *Philosophical Practice. Journal of the American Philosophical Practitioners Association* 7/2012, 1045–1053

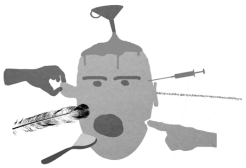
—: *Clinical Philosophy, a Challenge in Osaka University: Its Educational Program and Key Notions for the Practice*. Osaka University, 臨床哲学. 15(1), 95–102

Huber, Gerd: Die Bedeutung von Karl Jaspers für die Psychiatrie der Gegenwart. In: *Karl Jaspers' Allgemeine Psychopathologie. Standortbestimmungen*, hg. v. M. Lammel, M. Bormuth, S. Sutarski, M. Bauer und S. Lau. Berlin: MWV 2017, 174–188

Jaspers, Karl: *Allgemeine Psychopathologie*. Berlin/Heidelberg: Springer, [6]1953

—: Der Arzt im technischen Zeitalter. In: *Klinische Wochenzeitschrift* 36/52/1958, 1037–1043

—: Karl Jaspers im Gespräch mit Francois Bondy. In: DIE ZEIT 9/1963



Kimura, Bin: Mitmenschlichkeit in der Psychiatrie. Ein transkultureller Beitrag aus asiatischer Sicht. In: *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie* 19/1/1971, 3–13

—: Die Bedeutung der Atmosphäre für das Gespräch. In: *Das Gespräch als Ereignis*, hg. v. E. Grassi und H. Schmale. München: Wilhelm Fink 1982, 35–44

—: Bedeutung der Sprache in der psychotherapeutischen Ausbildung. In: *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychoanalyse* 35/1989, 143–155

—: *Zwischen Mensch und Mensch. Strukturen japanischer Subjektivität*. Darmstadt: WBG 1995

—: Das Zwischen als Grundlage der phänomenologischen Methode in der psychiatrisch-psychotherapeutischen Praxis. In: *Existenzanalyse* 24/2/2007, 30–35

—: *Die Weisheit der klinischen Philosophie* 臨床哲学の知. Tokio: Yosensha 洋泉社 2008

Kitayama, Junyu: *West-östliche Begegnung*. Berlin: De Gruyter 1941

Koen-Emge, Emy: *Volksmedizinische Krankheitsvorstellungen und Heilen in der Türkei*. Heidelberg: Univ., Diss. 1988

Nakaoka, Narifumi: Klinische Philosophie als Erfahrungskritik. In: Liederbach (Hg.): *Philosophie im gegenwärtigen Japan*, a. a. O., 94–123

Liederbach, Hans Peter (Hg.): *Philosophie im gegenwärtigen Japan*. München: Iudicium 2017

Mall, Ram A.; Peikert, Damian: *Philosophie als Therapie*. Freiburg/München: Karl Alber 2017

Minkowski, Eugène: Phénoménologie et analyse existentielle en psychopathologie. In: *L'évolution psychiatrique* XIII/4, 137–185

Mitscherlich, Alexander: *Kranksein verstehen*. Berlin: Suhrkamp 2010

Poltrum, Martin: *Klinische Philosophie*. Berlin: Parodos 2009

—: Nietzsche als Diagnostiker, Patient und Psychotherapeut. Philosophie als Arzneimittel im Dienste des wachsenden und kämpfenden Lebens. In: *Psychiatrische Diagnostik. Zur Kritik der diagnostischen Vernunft*, hg. v. K. Brücher und M. Poltrum. Berlin: Parodos 2013, 217–245

—: *Philosophische Psychotherapie. Das Schöne als Therapeutikum*. Berlin: Parodos 2016

Poltrum, Martin; Musalek, Michael: Philosophische Therapie und therapeutische Philosophie. In: *Wiener Zeitschrift für Suchtforschung* 31/2008, 23–31

Romizi, Donata: Philosophische Praxis. Eine Standortbestimmung. In: *Information Philosophie* 12/2019, 86–92

Schuchter, Patrick: *Sich einen Begriff vom Leiden Anderer machen. Eine Praktische Philosophie der Sorge*. Bielefeld: transcript 2016

Straus, Erwin: *Geschehnis und Erlebnis – Zugleich eine historiologische Deutung des psychischen Traumas und der Renten-Neurose*. (1930) Berlin: Springer 1978

Sundermeier, Theo: *Den Fremden verstehen*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht 1996

Taketo, Tabata: Einen sicheren Ort schaffen: Warum wir in Miyagi mit Kindern philosophieren. In: *polylog* 37/2017, 37–53

Tani, Toru: »Klinische Philosophie« und das Zwischen. In: *psycho-logik* 1, *Praxis und Methode*, *Jahrbuch für Psychotherapie, Philosophie und Kultur*, hg. v. R. Kühn und K. H. Witte. Freiburg/München: Karl Alber 2006, 304–316

Washida Kiyokazu: *Die Kraft des Hörens.Versuch über klinische Philosophie.* 聴く」ことの力—臨床哲学試論. Tokio: TBS ブリタニカ1999

Weidtmann, Niels: Das »Zwischen« als der Ort wahrer Wirklichkeit. In: *polylog* 40/2019, 7–18

Weizsäcker, Viktor von: *Warum wird man krank?* Frankfurt a. M.: Suhrkamp 2008

Yalom, Irvin D.: *Die Schopenhauer-Kur*. München: btb 2005

—: *Wie man wird, was man ist*. München: btb 2017