

# Selbstentfaltungsethik in der Psychotherapie<sup>1</sup>

■ T. Brühlmann

Psychiatrische Klinik Hohenegg, Meilen

<sup>1</sup> Überarbeitete Fassung eines Referats anlässlich eines Ethikzyklus, veranstaltet von der Zürcher Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie und der psychiatrischen Universitäts-Poliklinik Zürich.

## Zusammenfassung

Ziel des Artikels ist es, die aktuelle philosophische Ethikdiskussion fruchtbar zu machen für die psychotherapeutische Arbeit an der Selbstentfaltung. Im ersten Teil werden drei ethische Grundpositionen dargestellt: Moral oder Sollensethik, Selbstentfaltungsethik und die Verbindung beider, die integrative Ethik. Im zweiten Teil wird auf das Menschenbild, welches die Ethik erfordert, eingegangen. Neben dem Körper und der Psyche ist der Geist für die ethische Subjektivität unabdingbar (somato-psycho-noetisches Menschenbild). Der dritte Teil formuliert einige Thesen für die psychotherapeutische Arbeit: Die Eigenverantwortung des Patienten ist zentraler Baustein jeglicher Besserung. Können und Handlungskompetenz sind wichtiger als Einsicht und Wissen. Können, verstanden als Kunst, wird durch lernendes Üben erlangt. Die Leidens«kunst» zielt auf eine grössere Fertigkeit im Umgang mit der Krankheit und den Symptomen. In der Lebenskunst spielen Wert- und Sinnfragen eine wichtige Rolle. Eine übertriebene Selbstsorge kann durch die Hingabe an wertvolle Aufgaben überwunden werden (Selbsttranszendenz).

*Schlüsselwörter:* Ethik; Menschenbild; Psychotherapie; Eigenverantwortung; Leidens«kunst»; Lebenskunst

## Einleitung

Diskussionen über Ethik sind in Mode. Die Psychotherapie macht da keine Ausnahme. Was fällt heute als erstes ein zum Thema «Ethik und Psychotherapie»? Sind es die Missbrauchsgeschichten, welche die Medien so gierig aufgreifen? Psychotherapeuten nutzen die Abhängigkeiten von Patientinnen aus, um eigene sexuelle und narzisstische Bedürfnisse zu befriedigen. Solche groben Verstösse gehören zweifellos zum Ethikthema. Damit beschäftigen sich in erster Linie Medien und Ethikkommissionen. Die grosse Mehrzahl der Psychotherapeuten kann aber von der Ethikdiskussion anderes profitieren. *Ethik ist mehr als Moral.*

Dies näherzubringen ist das Ziel meines Beitrags.

## Was ist Ethik?

Zur Beantwortung dieser Frage nehme ich Bezug auf die Philosophiegeschichte der europäischen Kultur. Ethik war immer ein wesentliches Thema in der Philosophie (vgl. z.B. Rohls 1991, MacIntyre 1966, Schulz 1989).

### Sollensethik

Wir sind heute noch gewohnt, unter Ethik vor allem Moral zu verstehen. Bei der *Moral* geht es um die Pflicht, um die Fragen: *Was sollen und dürfen wir? Was ist gerecht?* Kant hat diesem Ethikverständnis zum Durchbruch verholfen. Sein kategorischer Imperativ lautet: «Handle nach derjenigen Maxime, durch die Du zugleich wollen kannst, dass sie ein *allgemeines Gesetz* werde». Es geht um das, was für alle gelten soll, um die Normen der Sozietät. Die Moral ist auf die Gemeinschaft, auf die anderen ausgerichtet. Sie spricht jeden beliebigen Menschen an, nicht das Individuum in seiner Einmaligkeit. Das Grundprinzip ist als goldene Regel schon lange bekannt. Bei Konfuzius heisst es etwa: «Was Ihr nicht wollt, dass man Euch zufügt, fügt es anderen nicht zu». Oder bei Mattheus im neuen Testament: «Alles was Ihr wollt, dass Euch die Menschen tun, also tut auch Ihr ihnen» (vgl. Sängler 1993, S. 98). In diesen Rahmen gehören in unserem Berufsstand verschiedene moralische Regeln, z.B. etwa: «Nütze die Abhängigkeit eines Patienten nicht zur eigenen sexuellen oder narzisstischen Befriedigung aus».

### Selbstentfaltungsethik

Neben dieser Moral oder Sollensethik gibt es in der Philosophiegeschichte ein anderes Ethikverständnis. Es geht dabei nicht mehr um die Frage «Was soll und darf ich», sondern um Fragen wie: *Was will ich? Was ist gut für mich? Was ist meine Bestimmung, mein Ziel? Wie kann ich mich entfalten und entwickeln?* Der deutsche Philosoph Krämer, an den ich mich anlehne, nennt dies die Strebensethik (Krämer 1992). Mit Streben ist ein autonomes zielgerichtetes Handeln gemeint. In der psychiatrisch-psychothera-

peutischen Tradition trägt dieser Ausdruck zu sehr den Beiklang mangelhaft kontrollierter narzisstischer Strebsamkeit. Ich bevorzuge deshalb den Terminus *Selbstentfaltungsethik*.

Dieser Ethiktypus des Strebens oder der Selbstentfaltung hat eine lange Tradition. Er war bei den alten Griechen vorherrschend. Das ethische Ziel bestand in der Eudaimonia, dem Glücklichein. Es wird durch die Entfaltung des eigenen Wesens erreicht. Das Wesen ist auf ein Ziel, ein Telos, ausgerichtet. Das Telos wurde als im Menschen vorgegeben angesehen. Der Mensch hat Entelechie, d.h. er trägt das Selbstentfaltungsziel in sich. Die Ziele im Menschen und die Wege dazu wurden von Epoche zu Epoche unterschiedlich dargestellt. Bei Aristoteles etwa spielte die vorgegebene Ordnung der Staatsgemeinschaft, die Polis, eine wichtige Rolle. Im Mittelalter wurde der Mensch auf Gott ausgerichtet gesehen. Für weitere Philosophiegeschichte ist hier kein Platz. Ich möchte nur noch die Wendung durch Nietzsche und Schopenhauer anfügen. Sie ist für uns Psychotherapeuten interessant. Der Mensch wird jetzt weniger von seiner geistigen Bestimmung, sondern von seiner Naturseite her gesehen. Anstelle des geistigen Telos tritt die Determinatio durch die Natur. Auf dieser Linie hat sich die psychoanalytische Tradition ausgebildet. Der Mensch wird durch unbewusste sexuelle, aggressive und narzisstische Antriebe determiniert.

Ich wende mich der *aktuellen Ethikdiskussion* zu. Wie gesagt stand seit der Aufklärung die Moral im Zentrum. Neuerdings aber wird sie mehr und mehr durch die Selbstentfaltungsethik verdrängt. Gegenüber früher hat sie neue Schwerpunkte: *Freiheit, Selbstwahl, Selbstgestaltung*. Wir leben in einer post-teleologischen Epoche, d.h., all-gemeingültige Wesensbestimmungen und Lebensziele, quasi eine objektive Teleologie, gibt es nicht mehr so wie früher. Jeder einzelne hat sein Telos, sein Entfaltungsziel, selbst zu wählen und zu gestalten und zwar immer wieder von neuem. In diesem Sinne ist das zentrale ethische Thema *das eigene und eigentliche Wollen* des Individuums.

Das eigene und eigentliche Wollen ist eingeklemmt zwischen einem Zuviel und einem Zuwenig. Das Zuviel besteht in den unübersehbaren Möglichkeiten unserer Gesellschaft. Wir leben in einer komplexen pluralistischen Gesellschaft. Das macht die Wahl des eigenen Zieles und Sinnes schwie-

Korrespondenz:

Dr. med. T. Brühlmann

Ärztlicher Direktor

Psychiatrische Klinik Hohenegg

CH-8706 Meilen

rig. Das Zuwenig liegt im Kompetenzmangel des Individuums. Die Fertigkeit, den eigenen Sinn zu entscheiden und das Leben zu gestalten, ist unterentwickelt. Die hektische Konsumgesellschaft fördert eine entsprechende Kompetenz nicht, sie bietet eher Fluchtmöglichkeiten an. Psychiatrie und Psychotherapie sind hier besonders angesprochen. Ich will deshalb das Thema noch vertiefen, und verwende hierfür Gedanken von Foucault (vgl. Schmid 1992). Autonome Selbst- und Lebensgestaltung erfordert einen Kampf mit Machtstrukturen. Foucault spricht von einer agonalen Ethik, Agon der Kampf. Die Machtstrukturen sind einerseits gesellschaftlich, institutionell, z.B. für unsere Patienten die Psychiatrie als institutionelle Macht. Für die Psychotherapie wichtiger sind die intrapsychischen Machtfaktoren: die Biographie, frühere Traumatisierungen, Persönlichkeitsstrukturen mit ungelösten Konflikten. Die Normierung durch die anderen hat sich internalisiert und innere Strukturen der Unfreiheit hinterlassen. In der Auseinandersetzung mit solchen Normierungsmächten hat der Patient eine eigene Gestalt, eine eigene Form zu finden. «Form statt Norm» ist ein Schlagwort dieser Ethik. Sich und sein Leben selbst formen statt es durch Machtstrukturen normieren zu lassen. Man spricht von einer Ästhetisierung der Ethik bei Foucault. Das Formen und Gestalten, die *Lebenskunst* wird zur ethischen Aufgabe. An die Stelle der Pflicht in der Sollensethik von Kant tritt der Stil, der Stil des Lebens und Handelns. Ich werde bei den praktischen Auswirkungen auf die Psychotherapie darauf zurückkommen.

#### Integrative Ethik

Ich schliesse den ersten Teil mit einem Gesamtblick auf die zwei Ethiktypen ab. Beim Lesen des Beitragstitels denkt man vielleicht an das Spannungsfeld zwischen Selbstentfaltung und Rücksichtnahme auf die andern. Dies wäre ein Thema der *integrativen Ethik*, welche auf das Zusammenspiel von Sollens- und Selbstentfaltungsethik zielt. Dies ist nicht mein jetziges Hauptthema. Es ist aber klar, dass es sich hier um eine wichtige Frage in der Psychotherapie handelt. Wir kennen sie z.B. als Gewissensthema. Auf der einen Seite steht das Gewissen der Selbstentfaltung, die Stimme des wahren Selbstinteresses, auf der anderen das internalisierte moralische Gewissen, die Stimme der anderen und der Gemeinschaft. Ihre vielfältigen Verwicklungen haben wir in der Psychotherapie zu klären und zu entflechten. Es wird aber immer eine grundsätzliche, unaufhebbare Differenz bleiben. Eigenwollen und Wollen der anderen, das Sollen, können nicht zur Deckung gebracht werden. Der Umgang damit ist der Verantwortung des einzelnen übertragen. Angesprochen ist die *integrativ-ethische Verantwortlichkeit*.

#### Ein umfassendes Menschenbild als Grundlage

Die dargelegte Ethik erfordert als Grundlage ein Menschenbild, in deren Zentrum die Subjektivität steht. Der Mensch, der Patient ist zu verstehen als Subjekt, d.h. als im Prinzip autonome Entscheidungs- und Verantwortungsinstanz. Genügt das heute gängige Menschenbild in Medizin und Psychiatrie diesem Anspruch? Ich denke nein. Ich will dies hier mit zwei Argumenten belegen:

1. Die offizielle Medizin wird immer mehr beherrscht von der empirischen Wissenschaft. In ihr wird nicht der Mensch als freies Subjekt gesucht, sondern der Mensch, insofern er voraussagbar, objektivierbar reagiert. Individuelles, freigewähltes Verhalten ist der empirisch-statistischen Signifikanz abträglich.
2. Aber auch in der analytischen Tradition lauert nach wie vor eine gewisse Gefahr, den Menschen mehr als Objekt denn als Subjekt zu sehen. Dies muss in der analytischen Theorie nicht so verstanden werden, dessen bin ich mir bewusst. Die Praxis zeigt aber nicht selten eine zu einseitige Ausrichtung auf die unbewusste Determination. Das bewusste Subjekt wird entmachtet, es wird entlarvt als Objekt unbewusster Antriebe. Das verantwortende und entscheidende Ich wird dekonstruiert.

Dazu gehört auch die Brille der Vergangenheit, welche wohl allzu oft auf der Nase analytisch Tätiger sitzt. Das aktuelle Erleben und Verhalten des Patienten wird auf seinen Wiederholungscharakter hin durchgesehen. Aktuelles Erleben ist von Interesse, insofern es als determiniert durch Vergangenes verstanden werden kann. Ein solches Gegenwartsverständnis kann dem Anliegen der Ethik abträglich sein (s. dazu Teil 3).

Es gibt sicher verschiedene Möglichkeiten, das Menschenbild in Psychiatrie und Psychotherapie so zu erweitern, dass die Selbstentfaltungsethik besser zum Zuge kommen kann. Einen Weg sehe ich in der Begriffserweiterung. In der offiziellen Medizin ist der Patient ein *psychosomatisches* Wesen, Psyche und Soma. Dies steht im Gegensatz zur abendländischen Tradition, wo der Mensch dreischichtig gesehen wurde. Neben dem Körper, Soma, und der Seele, Psyche, hat er noch einen Geist, Nous. Das Bild vom Menschen und Patienten ist *somato-psycho-noetisch*.

#### Somato-psycho-noetisches Menschenbild

Das *somato-psycho-noetische Menschenbild* umfassend auszuführen bedürfte einer eigenen Arbeit. Ich beschränke mich auf einige wesentliche Aspekte. Die *Seele oder Psyche* definiere ich mit Jaspers (1973, S. 168) als Erlebnisbereich. Hierher gehören alle positiven und negativen Affekte und Stimmungen, Lust- und Unlustgefühle in ihren verschiedenen Schattierungen. Dazu zählen ferner die dahinterliegenden libidinösen, aggressiven und narzisstischen Antriebe,

wie sie die Psychoanalyse beschreibt. Beim *Geist oder Nous* weise ich auf drei Aspekte hin: (1.) das Denken, der kognitive Teil. (2.) Die ethische oder existentielle Schicht: Hier ist der Mensch das ethische Subjekt, welches sein Verhalten und Erleben soweit möglich verantwortet, wählt und gestaltet. Diese geistige Dimension braucht es als expliziten Fokus, wenn die Ethik ins Spiel zu bringen ist. Das Bewusstsein hierfür ist häufig nicht spontan vorhanden, nicht nur bei den Patienten, auch nicht immer bei den Therapeuten. Es muss oft geweckt und wach gehalten werden. (3.) Die spirituelle Schicht: Die Subjekthaftigkeit des Menschen, seine Individualität wird hier wieder überwunden. Sie hebt sich auf im Transindividuellen.

Jedes *Schichtenmodell eines Menschen* ist ein Konstrukt, differenziert etwas, was wieder integriert werden muss. Es lassen sich bei jedem Patienten Differenzierungsgrad und Integrationsgrad abschätzen. Eine *schlechte Differenzierung* zwischen Psyche und Soma etwa ist uns von den psychosomatischen Leiden her bekannt. Im Ethischen ist die Pseudoethik oder Pseudomoral ein Beispiel für schlechte Differenzierung: Es wird zwar von Wählen, Verantworten usw. gesprochen und daran geglaubt, aber dies ist unter dem offensichtlichen Diktat unbewusster Kräfte, z.B. narzisstischer Machtantriebe. *Schlechte Integration* kennen wir klinisch von all den Spaltungsphänomenen. Ebenso kann die Ethik abgespalten sein von aggressiven, libidinösen oder narzisstischen Antrieben. Bei einer *guten Differenzierung und Integration* steht das ethische Ich in Kommunikation mit allen anderen Persönlichkeitsanteilen. Es ist vergleichbar mit einer guten Führungsperson in einer Institution. Sie steht mit allen Bereichen im Austausch, setzt Impulse, motiviert, appelliert, vermittelt, gestaltet den Rahmen, lässt gewähren und setzt Grenzen. Sie bestimmt nicht alles, trägt aber die Hintergrundverantwortung, auch für schlechte Anteile. Sie betreibt keine Schönfärberei, verleugnet nichts.

Das somato-psycho-noetische Menschenbild erlaubt eine differenziertere Betrachtung der *Kommunikation mit der Umwelt*. Im heutigen Ausdruck «biopsychosozial» wird einseitig die soziale Umwelt gewichtet. Unser Körper steht in differenzierter ökologischer Kommunikation mit der Natur. Gesunde Ernährung, Luftverschmutzung, Naturverbundenheit, Jogging sind dazugehörige Themen. Die Kommunikation unseres Geistes andererseits geht über die soziale Welt hinaus, z.B. in spirituell-religiösen Erfahrungen.

#### Das ethische Subjekt als Therapiefokus

Ich habe dargelegt, wie Selbstentfaltungsethik philosophiegeschichtlich zu verstehen ist und welches Menschenbild als Grundlage notwendig ist. Was sind nun die praktischen Konsequenzen für die psychotherapeutische Arbeit? Selbstentfaltung als Therapieziel ist wahrlich nichts Neues. Was bringt die Verbindung mit dem Ethikthema? Es liefert keine neue Technik, keine neue Methode,

davon gibt es mehr als genug. Die Selbstentfaltungsethik setzt Akzente im Therapieverständnis und in der therapeutischen Grundhaltung. Im wesentlichen sind es zwei Grundakzente:

- Das Vis-à-vis, der Patient wird mehr als eigenverantwortliches Subjekt gesehen.
- Der Therapeut gesteht sich mehr die Rolle eines beratenden Experten zu.

Dies steht in keinem Gegensatz zu irgendeiner therapeutischen Schule oder Methode. Es ergänzt oder bereichert die bewährte Therapiepraxis.

Ich werde im folgenden exemplarisch einige Ideen aus der lebensphilosophischen Literatur herausgreifen und sie in Verbindung zur Psychotherapie bringen. Zuerst erörtere ich zwei zentrale Aspekte ethischer Subjektivität, die Eigenverantwortlichkeit sowie das Können und sein Vollzug. Anschliessend trete ich auf die Grundinhalte des therapeutischen Gesprächs ein, Leiden und Leben.

#### Eigenverantwortlichkeit

Die Eigenverantwortlichkeit des Patienten steht in einem grundsätzlichen Spannungsverhältnis zur therapeutischen Situation. Der Patient kommt in einer passiven Erwartungshaltung: «Ich werde behandelt.» Er kennt dies aus der somatischen Medizin. Nicht selten wird dies kompliziert durch seit langem ungestillte Zuwendungs- und Anerkennungsbedürfnisse. Solche Defizite sind ein Stück weit zu befriedigen. Dennoch ist eine Genesung in der Psychotherapie letztlich aber nur möglich über die Eigenverantwortlichkeit. Der Patient muss aktive Verantwortung für die Selbstveränderung übernehmen.

Eine Gefahr dieses Ansatzes besteht in der Verstärkung eines neurotischen Über-Ich-Druckes. Eine Patientin mit strengen Selbstanforderungen sagte mir kürzlich zum Thema Eigenverantwortung: «Ich habe wirklich schon alles versucht, deshalb bin ich ja in der Klinik.» Ein solcher neurotischer Gewissensdruck ist ab- und eine autonomere Verantwortlichkeit für das eigene oder eigentliche Wollen aufzubauen.

Als Beispiel erläutere ich die Verantwortung in der *Vergangenheitsarbeit*. Die Ursachenforschung in der Vergangenheit und die Betonung des Wiederholungscharakters der Gegenwart können dazu beitragen, dass der Patient sich zu stark in der Rolle des Opfers, des Objekts ohne Verantwortung erlebt. Sie lässt sich verringern mit folgenden zwei Akzentsetzungen:

*Das Erinnern wird als aktive, kreative Tätigkeit verstanden.* Es geht nicht darum, einen Lichtschalter anzuschalten und dann liegen unabänderliche Fakten des Lebens vor. Welche Fakten der Patient erinnert und wie er sie erinnert, das ist eine jetzige Leistung, welche er zu verantworten hat. Ein aktuelles Beispiel hierzu ist das Inzestthema, bei welchem der Ausdruck «false memory syndrome», Syndrom des falschen Gedächtnisses, geprägt wurde. Der Patient ist also mit-

verantwortlich dafür, welche Biographie er aus den Fakten seines Lebens gestaltet. Dies gilt ebenso für das Unbewusste. Welche unbewussten Antriebe hinter dem Erleben und Verhalten gesehen werden, das ist eine schöpferische Leistung des Patienten und des Therapeuten. Dies ist keineswegs negativ gemeint. Die Konstruktion des Unbewussten ist nicht ein willkürliches Erschaffen nach Lust und Laune. Im Gegenteil: Das Erhellende des Unbewussten ist gerade deshalb ein ernstes und verantwortungsvolles Geschäft, weil es kein blosses Aufdecken naturwissenschaftlicher Tatsachen ist.

*Der Eigenwert der Gegenwart ist stehen-zulassen.* Wir neigen heute dazu, die verlorene Identität, den verlorenen Sinn in der Vergangenheit zu suchen. Wenn wir schon leiden, wollen wir das Leiden wenigstens in eine kohärente biographische Entwicklung einbetten. Das gibt Halt, vermittelt geschichtliche Identität. Soweit so gut. Ergänzend dazu haben wir in der Therapiearbeit das Bewusstsein für das Einmalige und Neue der Gegenwart zu fördern. Sich der Routine aus der Vergangenheit zu überlassen, auch wenn es eine leidvolle ist, verlangt weniger Verantwortung ab. Es fordert mehr, sich offenzulassen für die Veränderungschance in der Gegenwart. Zufälle und Unerwartetes gibt es nur, wenn im Panzer der Routine aktiv Löcher offengehalten werden. Nietzsches Gedanke der ewigen Wiederkehr (1987, Aphorismus 341) zielt auf diese Gegenwartsverantwortung. Er lässt sich so exemplifizieren: «Was würde ich aus dem heutigen Nachmittag machen, wenn er sich in alle Ewigkeit wiederholen würde?» – Eine Patientin meinte dazu in der Gruppentherapie: «Das wäre kein richtiges Leben mehr, wenn sich der heutige Nachmittag in alle Ewigkeit wiederholte.» Das stimmt sehr wohl. Schon am zweiten Nachmittag wäre das Ziel dieser Frage, die Stärkung der Gegenwartsverantwortung verfehlt. Routine wäre statt dessen da. Die Idee der ewigen Wiederkehr ist nicht eine Wahrheitserkenntnis, sondern eine *Selbsttransformationstechnik*. Sie ruft auf, im Jetzt den eigenen Stil zu kreieren, so als wäre es ein für allemal.

Ich erachte es als eine wichtige ergänzende therapeutische Aufgabe, das Gegenwartsbewusstsein neu aufzubauen. Meistens ist es abgestorben und liegt begraben unter den Vergangenheits- und Zukunftsproblemen.

#### Das Können und sein Vollzug

Die Selbstentfaltungsethik verschiebt den Akzent vom Erkennen auf das Können. Nicht in erster Linie ein grösseres Wissen und eine vertieftere Erkenntnis ist das Ziel. Wahrheit finde ich durch Vermehrung meiner Handlungskompetenz. Mehr zu können gibt mehr Erfüllung als mehr zu wissen. Die Substantivform von Können ist Kunst. Im Ethymologieduden wird Kunst definiert als

«durch Übung erworbenes Können, Geschicklichkeit, Fertigkeit». Wie erlangt der Patient ein solches Können, eine Kunstfertigkeit? Es braucht hartes Üben. Dies ist bei der Lebenskunst nicht anders als beim Klavierspielen. Bei den alten Griechen wurde die Askese betont, allerdings hatte sie noch keinen christlich-moralischen Beiklang. Askesis, Askein heisst einfach Einüben, das kann sich auch auf lustvolle Tätigkeiten beziehen.

Die Verhaltenstherapie z.B. bietet viele Anregungen zum Üben und Trainieren. Es ist allerdings darauf zu achten, dass die Therapie nicht zu einem mechanischen Wegtrainieren von Symptomen entartet. Verhaltenstherapie in Kombination mit Selbstentfaltungsethik zielt auf die Entwicklung einer eigenverantwortlichen Person, die in der Askese ein wesentliches Element ihrer Lebenskunst sieht. Diesbezüglich ist es besser, nicht fix vorfabrizierte Trainingsprogramme zur Verfügung zu stellen, sondern sie mit dem Patienten zusammen zu entwickeln. Dies fördert seine kreative Eigenkompetenz, die er in der Leidens- und Lebenskunst benötigt.

#### Leidens«kunst»

Was kann Kompetenzsteigerung im Zusammenhang mit der Krankheit heissen? Wo kann der Einstieg in eine Leidenskunst sein? – Leidenskunst, dieses Wort provoziert, Anführungs- und Schlusszeichen sind notwendig. Thema ist hier nicht der Masochismus, d.h. zu lernen, das Leiden zu geniessen. Es geht um den Umgang mit der Krankheit und den Symptomen. Ziel ist es, sich hierin eine Fertigkeit anzueignen. In der Patientengruppe stosse ich mit solchen Gedanken meistens auf Widerstand. Der Patient erlebt sich den Symptomen ausgeliefert, diese sollten weg und basta. Das Bewusstsein, immer auch *ein reagierendes Subjekt* zu sein, fehlt oft zu Beginn. Es zu erschaffen, kann der erste therapeutische Schritt sein. Bei einem Angstsyndrom z.B. bedeutet dies eine Aufweichung der Angstidentifikation, etwa im Sinne von: «Ich bin nicht nur Angst, ich habe Angst und reagiere darauf.» Dann können alternative Reaktionsmöglichkeiten gesehen und eingeübt werden. Im asketischen Kampf wirkt der Patient formend und prägend auf die Angst ein.

Alle psychotherapeutische Arbeit kann im Dienste der Leidenskunst verstanden werden. Besonders hilfreiche Werkzeuge zur «Kunstfertigkeit» sind *Zielformulierung* und *übendes Lernen*, wie es in vielen Fokalthérapien betont wird. Es geht nicht nur um oberflächliche Verhaltensänderung, wesentlich ist auch die Introspektion, mit Hilfe einer analytisch-orientierten Verstehentheorie. Wertvolle «Übungsmaterialien» sind Beziehungsmuster, bei einer masochistischen Persönlichkeit etwa: «Ich dränge die andern in die Rolle von Quälgeistern und mich in die Leidensposition», oder bei einer perfektionistischen Patientin mit Depression: «Ich will immer alles perfekt machen und überfordere mich ständig.» Der Haupt-

wert solcher Formulierungen liegt in der kreativen Eigenleistung und nicht in der entlarvenden Selbsterkenntnis. Der anschließende asketische Therapieteil, das Üben im Alltag, umfasst unter anderem: Erkennen des Musters im Alltag, Variationen im Reagieren, z.B. auf Quälgeister oder Über-Ich-Ansprüche, nachträgliches Reflektieren der Inszenierungen, Variationen im Aufsuchen oder Vermeiden gefährdender Situationen usw. Im persönlichen Umgangsstil mit dem Muster entwickelt sich eine Gegenkraft zum ohnmächtigen Ausgeliefertsein.

In der «Ästhetisierung» des Leidens wird dem *Stil* mehr Aufmerksamkeit gewidmet als üblich. Der Therapeut, der «Kunstlehrer», hilft dem Patienten seinen persönlichen Stil zu finden, einerseits im Umgang mit Krankheit und Symptomen, andererseits in der Behandlung selbst, in der Zielformulierung und im übenden Lernen. Phantasie und kreative Kraft werden stimuliert. Das zukünftige Resultat, d.h. die Zielerreichung, z.B. Symptominderung, ist Bestandteil der Behandlung, darf aber nicht das Hier und Jetzt erdrücken. Es muss kein wirkliches Kunstwerk entstehen. Letztlich ist der Weg und nicht das Resultat das wichtigere Ziel.

Die ethisch-ästhetische Grundhaltung gilt auch bei *chronischem Leiden* und *Therapieresistenz*. Wenn der bessere Umgang mit den Symptomen nicht gelingen will und eine Symptominderung nicht in Aussicht steht, so ist das eine besondere Herausforderung für das ethische Subjekt. Wie weit will und kann ich die Krankheit und mein ohnmächtiges Ausgeliefertsein akzeptieren, etwa als Schattenseite meines Lebens? Wie weit nicht? Die Herausforderung liegt in der Einstellung zum Unverfügbaren oder Unabänderlichen. Ziel ist, sie zu reflektieren, gestalten und verantworten, mindestens ansatzweise. Dadurch kann Sinn entstehen, der das Unerträgliche erträglicher macht.

## Lebenskunst

Ich wende mich der Lebenskunst, der *Ars vivendi* zu. Ich greife aus dem weiten Feld eine Idee mit langer Tradition heraus, die *Selbsttranszendenz*. Ein nicht beabsichtigter Nebeneffekt unserer psychotherapeutischen Arbeit kann die Fixation des Patienten an sein Leiden sein. Wir wenden uns der Krankheit und deren Ursachen zu, um sie zu verändern und aufzulösen. Es lässt sich aber nicht verhindern, dass dies gleichzeitig einen Tanz um sich selbst, eine Kultivierung der Selbstsorge mit sich bringt. Dies gilt nicht nur für grandiose Narzissten, sondern gerade auch für notorische Selbstzweifler oder Depressive. Sie sind in der negativen Grandiosität verhängt. Die Idee der Selbsttranszendenz zeigt einen gegensätzlichen Weg zur Selbstverwirklichung auf: «Ich entfalte mich, indem ich mich von mir abwende, mich vergesse und mich etwas hingebe.» Diese paradoxe, jenseits von Egoismus und Altruismus liegende Grundeinsicht in die *Conditio humana* darf in der psychotherapeutischen Arbeit nicht untergehen. Sie bringt Entwicklung, auch wenn die Neurose noch mächtig ist.

Selbsttranszendenz lässt sich z.B. mit einer *Wert- oder Sinndiskussion* umsetzen. Welche Werte sind dem Patienten wichtig? Wofür will er sich einsetzen, sich hingeben? Worin könnte der weitere Lebenssinn bestehen? Sinngebende Werte können in verschiedensten Bereichen liegen, im Umgang mit anderen Menschen, im beruflichen Einsatz, in Aufgaben in der Freizeit oder in religiösen Zielsetzungen. Unsere postmoderne Zeit zeichnet sich durch einen Wertpluralismus aus. Alle, auch die Patienten, haben ihre Werte zu wählen und zu verantworten. In der Therapie über Werte zu sprechen und deren praktische Umsetzung, kann eine befreiende Wirkung haben. Eine übertriebene Selbstsorge verschwindet, und das Selbstwertgefühl steigt spontan, ohne Beigeschmack eines artifiziellen introspektiven Aufbaus.

Was ist meine Botschaft? – Die Auseinandersetzung mit der aktuellen Ethik kann sich für uns Psychotherapeuten lohnen. Nicht um verschont zu bleiben von Ethikkommissionen und Schlagzeilen in den Medien, sondern um einen *neuen Respekt* vor unseren Patienten zu gewinnen. Der Patient wird mehr als Subjekt denn Objekt, mehr als eigenverantwortliche Person denn Patient, Erdulder erlebt. Die therapeutische Haltung richtet sich direkter auf die Verantwortung und Handlungskompetenz der Patienten aus. Die schwierige Kunst des Lebens und Leidens wird ihm als ethische Aufgabe zugemutet. Sie besteht nicht zuletzt darin, einen eigenen Stil zu finden im Gewebe von Leiden und Leben, von Geboten und Verboten, inneren wie äusseren. Der Stil tritt an die Stelle der Pflichterfüllung.

## Literatur

---

Jaspers K. Philosophie I. Philosophische Weltorientierung. Berlin, Heidelberg, New York: Springer; 1973.

Krämer H. Integrative Ethik. Frankfurt am Main: Suhrkamp; 1992.

---

MacIntyre A. Geschichte der Ethik im Überblick. Frankfurt am Main: Anton Hain; 1991.

---

Nietzsche F. Die fröhliche Wissenschaft. München: Goldmann; 1987.

---

Rohls J. Geschichte der Ethik. Tübingen: J.C.B. Mohr (Paul Siebeck); 1991.

---

Sänger M. Praktische Philosophie/Ethik. Grundpositionen der normativen Ethik. Stuttgart, Dresden: Ernst Klett; 1993.

---

Schmid W. Auf der Suche nach einer neuen Lebenskunst. Die Frage nach dem Grund und die Neubegründung der Ethik bei Foucault. Frankfurt am Main: Suhrkamp; 1992.

---

Schulz W. Grundprobleme der Ethik. Pfullingen: Günther Neske; 1989.