

Mitteilungen der Viktor von Weizsäcker Gesellschaft

Verantwortlich für diese Rubrik: Hans Stoffels, Berlin
Redaktion: Rainer-M. E. Jacobi, Bonn

Nr. 18 (2006)

Ankündigung

Nach Freud. Medizinische Anthropologie und Psychoanalyse

12. Jahrestagung der Viktor von Weizsäcker Gesellschaft in Verbindung mit der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie und der Klinik für Psychotherapie und Psychosomatische Medizin am Universitätsklinikum Carl Gustav Carus der Technischen Universität Dresden vom 5. – 7. Oktober 2006 in Dresden

Mit dem Verhältnis von Medizinischer Anthropologie und Psychoanalyse kommt ein Kernstück nicht nur des Werkes Viktor von Weizsäcker, sondern mehr noch von dessen Genese in den Blick. So ist es kein beiläufiges Aperçu, wenn Weizsäcker in seinen „Erinnerungen eines Arztes“ davon spricht, dass ihm die Begegnung mit der Psychoanalyse Sigmund Freuds die Freude an seinem eigenen Beruf „wiedergeschenkt habe.“¹ Zumal dieses Bekenntnis sich an eine ausführliche Darstellung dessen anschließt, was als „Krise der Medizin“ seither immer wieder zitiert, aber selten näher bestimmt wird. Für Weizsäcker stellte sich diese Krise als ein Konflikt zwischen dem dar, was er „die geistige Bedeutung der Krankheit“ nannte, und dem seinerzeitigen „Übergang vom theoretischen zum technischen Stil der Klinik.“² Umso mehr begrüßte er die Psychoanalyse, die als „ein Stück praktischer Medizin“ zugleich auch – „ihrer gegenteiligen Versicherungen zum Trotz“ – eine „Art von Philosophie“ war, als sie „endlich einmal wieder vom Menschen“ handelte.³

So zutreffend es ist, in der Psychoanalyse ein wesentliches Element des Weges zu einer anthropologischen Medizin zu sehen, darf die Differenz zwischen beiden Unternehmungen nicht übersehen werden. Am deutlichsten wird diese Differenz in der unbescheiden anmutenden Forderung Weizsäcker nach einer Reform der gesamten Medizin. Insofern war sein Weg „von Freud zwar bestimmt, aber auch abgesondert gewesen.“⁴ Diese Situation zeigt etwas von der Schwierigkeit, das Verhältnis von Medizinischer Anthropologie und Psychoanalyse so zu bestimmen, dass

es den Ansprüchen und Entwicklungen beider Seiten gerecht wird. Erschwerend kommt hinzu, dass sich beiden Konzepten Wirkungsgeschichten anschlossen, die es mitunter schwer machen, den ursprünglichen Konzepten selbst noch ansichtig zu werden. Dies hat zum einen damit zu tun, dass wir nicht nur in der Wirkungsgeschichte der Psychoanalyse „eine fundamentale Unkenntnis des Freudschen Denkens und zugleich eine systematische Fehlrezeption seines Werkes“ finden können,⁵ sondern dies gleichermaßen am Beispiel der Medizinischen Anthropologie Weizsäcker zu beobachten ist. In beiden Fällen, so scheint es häufig, hat sich der Umgang mit dem Werk „entleert in eine formelhafte Verwendung“ von dessen zentralen Begriffen.⁶ Zum anderen aber – und dies wird zumeist übersehen –, eignet beiden Werken eine sprachliche und formale Struktur, die jeder disziplinären Rezeption keine geringen Schwierigkeiten aufgibt. Besonders prägnant zeigt dies die von Jürgen Habermas für die Psychoanalyse geprägte Formel vom „szientistischen Selbstmissverständnis“, wie auch die allenthalben zu findende Bezeichnung Weizsäcker als des Begründers der psychosomatischen oder gar einer ganzheitlichen Medizin.⁷ So wenig die Rezeptionsproblematik für beide Werke überraschend ist, muss es gleichwohl verwundern, dass deren gemeinsamer Hintergrund so wenig Beachtung findet – zumal dieser ins Zentrum der aktuellen medizinethischen und medizintheoretischen Diskussionen führt: nämlich die Frage nach dem wissenschaftlichen Status der Medizin und ihrer Grundbegriffe, wie Gesundheit und Krankheit oder Diagnose und Therapie.⁸

¹ Viktor von Weizsäcker, *Natur und Geist* (1944/54), in: *Ges. Schriften*, Bd. 1, S. 9 – 190, hier S. 53

² Ebd., S. 49

³ Ebd., S. 53

⁴ Viktor von Weizsäcker, *Meines Lebens hauptsächlich Bemühen* (1955), in: *Ges. Schriften*, Bd. 7, S. 372 – 392, hier S. 372. Dieser Satz wird selten vollständig zitiert, seine Fortsetzung lautet: „was ich aus Furcht, zu den Antisemiten gezählt zu werden, bis heute zu verleugnen gesucht habe.“

Adresse: Rainer-M. E. Jacobi, Medizinhistorisches Institut der Universität Bonn, Sigmund-Freud-Str. 25, 53105 Bonn

Bibliografie: *Fortschr Neurol Psychiat* 2006; 74: 607–617 · © Georg Thieme Verlag KG Stuttgart · New York

⁵ Manfred Pohlen, Margarethe Bautz-Holzherr, *Eine andere Aufklärung. Das Freudsche Subjekt in der Analyse*. Suhrkamp, Frankfurt/M. 1991, hier S. 242.

⁶ Ebd., vgl. grundsätzlich hierzu Ilse Grubrich-Simitis, *Zurück zu Freuds Texten. Stumme Dokumente sprechen machen*. S. Fischer, Frankfurt/M. 1993.

⁷ Vgl. Jürgen Habermas, *Erkenntnis und Interesse*. Suhrkamp, Frankfurt/M. 1968, hier bes. S. 300ff. Angesichts der Komplexität beider Werke bleibt es unbefriedigend, der „aufklärerischen Anthropologie Freuds“ einen „neuromantischen Irrationalismus“ gegenüberzustellen, der die „lebensphilosophische Psychosomatik“ Weizsäcker kennezeichne. Vgl. Matthias Bormuth, *Wider den „Atheismus“ Freuds – Viktor v. Weizsäcker als Lebensphilosoph*. *Balint* 6 (2005) 97 – 107.

⁸ Seit über 30 Jahren widmet sich der Heidelberger Philosoph und Arzt Wolfgang Wieland mit grundsätzlichen Untersuchungen genau dieser Frage. Im Vorwort zur Neuauflage seines 1973 erstmals erschienenen Standardwerkes „*Diagnose. Überlegungen zur Medizintheorie*“ (de Gruyter, Berlin) bezeichnet er es als ein Kennzeichen der Moderne, dass „der eigenständige Status der Disziplinen von der Art der Medizin“ nicht nur „immer weniger wahrgenommen“, sondern „schließlich ... in Vergessenheit geraten“ sei. Vgl. ders., *Diagnose. Überlegungen zur Medizintheorie*. Johannes G. Hoof, Warendorf 2004, hier S. 8. Neben zwei eher marginalen Hinweisen zu Weizsäcker findet auch im jüngst erschienenen „*Freud-Handbuch*“ das Verhältnis der Psychoanalyse zur Medizinischen Anthropologie keinerlei Beachtung. Vgl. Hans-Martin Lohmann, Joachim Pfeiffer (Hrsg.), *Freud-Handbuch. Leben – Werk – Wirkung*. Metzler, Stuttgart 2006.

Im Blick auf diese aktuelle Fragestellung sei auf zwei systematische Studien verwiesen, die auf je verschiedene Weise dem Verhältnis von Medizinischer Anthropologie und Psychoanalyse in der Spannung zwischen Tradition und Innovation nachzugehen suchen. Dies betrifft zunächst Thomas Reusters Untersuchung zu *Viktor von Weizsäckers Rezeption der Psychoanalyse*.⁹ Ausgehend von der Leitfrage nach dem, was „Weizsäcker mit seinem Krankheitskonzept gegenüber Freud ... in praktisch-therapeutischer Hinsicht“ gewonnen habe,¹⁰ gilt sie der kritischen Revision einer zum Topos gewordenen Formel. Dieter Wyss prägte sie in seinem großen Text zu *Viktor von Weizsäckers Stellung in Philosophie und Anthropologie der Neuzeit*, den man gleichsam als Auftakt der Rezeption des Weizsäcker'schen Werkes bezeichnen kann.¹¹ Dort sprach er davon, dass „Weizsäcker die Psychoanalyse in die Klinik eingeführt“ habe, verbindet dies aber zugleich mit der Einschränkung, dass es zu einer „kritisch-systematischen Darstellung seiner Gedankengänge über die Psychoanalyse, ihre Bedeutung, aber auch über ihre Grenzen ... nicht gekommen“ sei.¹² Thomas Reuster kommt nun in seiner am Leitfaden psychoanalytischer Grundbegriffe entfalteten Untersuchung zu dem Ergebnis, dass die von Wyss geprägte und seither häufig wiederholte Formel von der Einführung der Psychoanalyse in die Klinik, „aus psychoanalytischer Sicht als Missverständnis bezeichnet werden“ darf.¹³ Dieses Missverständnis findet seinerseits eine gewisse Auflösung, betrachtet man die als „anthropologische Studie zur psychotherapeutischen Praxis“ bezeichnete Arbeit von Hans Stoffels zum *Umgang mit dem Widerstand*.¹⁴ Wenige Jahre vor Reusters Untersuchung erschienen, findet sie dort leider keine Beachtung. Hier geht es – ohne dass dies explizit zur Sprache käme – um eine interessante Relativierung jener Formel von Dieter Wyss, die Weizsäcker in einer programmatischen Schrift gleichsam selbst schon vornahm. In den *Grundfragen Medizinischer Anthropologie* gibt Weizsäcker zunächst Einblick in die methodologische Struktur seiner Bemühungen, also in den Zusammenhang von physiologischen Untersuchungen, die empirisch-philosophische Bestimmung von Grundbegriffen und die Erarbeitung einer bestimmten Art ärztlichen Denkens und Handelns.¹⁵ Dann aber skizziert er „zur Wesensbestimmung einer anthropologischen Medizin“ die von Stoffels als „Drei-Stufen-Modell“ bezeichnete „künftige Entwicklung einer Medizin nach Freud.“¹⁶ Deren erste Stufe ist die Psychoanalyse, die zweite bildet die psychosomatische Medizin, und schließlich folgt die anthropologische Medizin.¹⁷ Insofern stellt sich die Aufgabe, den Weiterentwicklungen psychoanalytischer Konzepte im Verlaufe des Stufenmodells kritisch zu folgen – wie es Hans Stoffels am

Beispiel des Widerstandes zeigt. Da dies bis hin zur Frage nach der „Wissenschaftlichkeit als Widerstand?“ geführt wird, kommt auch die „Auswirkung jenes fundamentalen Selbstmissverständnisses“ der Psychoanalyse als einer Naturwissenschaft zur Sprache, das Hans Kunz schon 1930, also lange vor Habermas beschrieb.¹⁸ Der Unterschied zwischen einer anthropologischen und einer naturwissenschaftlichen Medizin liegt daher vor allem in den Antworten auf die Frage nach dem Status der Medizin und ihrer Grundbegriffe.¹⁹

Das Programm der Jahrestagung gibt vielfältigen Anlass, diesem Unterschied in historischen und ideengeschichtlichen Erkundungen, aber auch in Theorie und Praxis der Klinik auf die Spur zu kommen. Neben Carl Gustav Carus und dessen Bild von der Krankheit (Albrecht Scholz, Dresden) wird erstmals Weizsäckers „Vorlesung zur Psychoanalyse Sigmund Freuds“ aus dem Wintersemester 1945/46 vorgestellt, die ein Hauptstück des Nachlasses bildet (Heinz Schott, Bonn). Der hermeneutische Ansatz der Psychoanalyse führt ins Zentrum jenes Unterschiedes, insofern es um ein Grundmodell der Humanwissenschaften geht (Emil Angehrn, Basel). Besonders deutlich kann dies an den Grundfragen anthropologischer Psychotherapie (Hans Stoffels, Berlin), aber auch mit Blick auf die Anthropologie der Borderline-Persönlichkeitsstörung (Heinz Weiß, Stuttgart) gezeigt werden.²⁰ Exemplarische Darstellungen findet das Verhältnis von Medizinischer Anthropologie und Psychoanalyse einmal am Zusammenhang von Synchronizität und ungelebtem Leben (Eckhard Frick, München) sowie an der Wandlung der Konzeption vom Es (Bernd Nitzschke, Düsseldorf; Peter Achilles, Homburg).²¹ Symposien zur Praxis des symptomzentrierten ärztlichen Gesprächs (Volker Köllner, Blieskastel; Wolfram Schüffel, Marburg), zur Frage des Zugangs zum Körper in verschiedenen Psychotherapieformen (Peter Joraschky, Dresden; Michael Mück-Weymann, Innsbruck; Angela von Armin, Erlangen) und zu Weizsäckers Umgang mit der Tiefenpsychologie (Thomas Reuster, Dresden; Mechthilde Küttemeyer, Köln; Peter Achilles, Homburg) bieten über die Plenarvorträge hinaus Foren für weiterführende Diskussion und praktische Erprobung.

⁹ Thomas Reuster, *Viktor von Weizsäckers Rezeption der Psychoanalyse*. frommann-holzboog, Stuttgart 1990.

¹⁰ Ebd., S. 11.

¹¹ Dieter Wyss, *Viktor von Weizsäckers Stellung in Philosophie und Anthropologie der Neuzeit*, in: Weizsäcker, V. v., Wyss, D. (Hrsg.), *Zwischen Medizin und Philosophie*, S. 181 – 290. Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen 1956.

¹² Ebd., S. 228.

¹³ Thomas Reuster, *Rezeption*, a. a. O., S. 108.

¹⁴ Hans Stoffels, *Umgang mit dem Widerstand. Eine anthropologische Studie zur psychotherapeutischen Praxis*. Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen 1986.

¹⁵ Viktor von Weizsäcker, *Grundfragen Medizinischer Anthropologie* (1948), in: *Ges. Schriften*, Bd. 7, S. 255 – 282, hier S. 256.

¹⁶ Hans Stoffels, *Umgang*, a. a. O., S. 26.

¹⁷ Viktor von Weizsäcker, *Grundfragen*, a. a. O., S. 268.

¹⁸ Vgl. Hans Stoffels, *Umgang*, a. a. O., S. 193, 201 ff. Vgl. hierzu auch Christian Schneider, *Zwischen Philosophie und Wissenschaft. Anmerkungen zum historischen Stellenwert der Psychoanalyse*, in: Jüttemann, G., Sonntag, M., Wulf, Ch. (Hrsg.), *Die Seele. Ihre Geschichte im Abendland*, S. 364 – 386. Psychologie Verlags Union, Weinheim 1991.

¹⁹ Die besondere Brisanz dieser Fragestellung zeigt sich bereits bei Weizsäcker in einem diesbezüglich noch kaum rezipierten Text: „Euthanasie“ und Menschenversuche (1947), in: *Ges. Schriften*, Bd. 7, S. 91 – 134.

²⁰ Einen weiteren Bereich, in dem dies gezeigt werden kann, bildet Weizsäckers Konzept der „biographischen Methode“, dessen Schema des „Ja, aber nicht so“ in der Tradition einer „Hermeneutik des Verdachts“ von Marx, Nietzsche und Freud steht, die ihre jüngste Fortsetzung in der Diskussion um die Dekonstruktion bei Jacques Derrida findet. Vgl. hierzu Emil Angehrn, *Interpretation und Dekonstruktion. Untersuchungen zur Hermeneutik*. Velbrück, Weilerswist 2003. Einen anderen, über die biologischen Grenzen der individuellen Biographie hinaus gehenden Ansatz diskutiert Rainer Adamaszek, *Familien-Biographik. Therapeutische Entschlüsselung und Wandlung von Schicksalsbindungen*. Carl-Auer-Systeme, Heidelberg 2001; vgl. hierzu die Rezension von Stephan Grätzel in den „Mittellungen“ Nr. 15 (2004), *Fortschr. Neurol. Psychiat* 72 (2004) 301 f.

²¹ Vgl. Bernd Nitzschke, *Zur Herkunft des „Es“*. Freud, Groddeck, Nietzsche, Schopenhauer und E. von Hartmann. *Psyche* 37 (1989) 769 – 804; ders., *Zur Herkunft des „Es“ (II)*. Einsprüche gegen die Fortschreibung einer Legende. *Psyche* 39 (1985) 1102 – 1132.

Wissenschaftliche Vorbereitung:
Thomas Reuster, Dresden
Peter Achilles, Homburg (Saar)
Peter Joraschky, Dresden

Auskunft und Anmeldung:
Frau Kerstin Heyde
Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie der
TU Dresden, Fetscherstr. 74, 01307 Dresden
Tel.: 0351/ 4583671, Fax: 0351/ 4585316
E-Mail: kerstin.heyde@uniklinikum-dresden.de

Tagungsbericht

Wahrnehmen und Bewegen

10. Jahrestagung der Viktor von Weizsäcker Gesellschaft in Verbindung mit der Neurologischen Klinik der Universität Erlangen-Nürnberg vom 1.–2. Oktober 2004 im Kopfklinikum Erlangen.

Die von rasanten morphologischen und funktionsanalytischen Fortschritten geprägte naturwissenschaftliche Medizin hat um die Wende zum 20. Jahrhundert und in dessen ersten drei Dekaden eine Gegenströmung in Gang gesetzt, die mit der „Einführung des Subjektes in die Pathologie, in die Medizin, in die allgemeine Krankheitslehre“ eine „personale“ (Ludolf von Krehl, 1861–1937) bzw. „anthropologische Medizin“ (Viktor von Weizsäcker, 1886–1957) anstrebte. Zwar war es bei Weizsäcker zunächst der „Versuch, aus philosophischen und religiösen Antrieben heraus den Mechanismus und Materialismus der Medizin zu überwinden“.²² Die Überwindung dieses Reduktionismus, des „psychophysischen Dualismus“²³ erwuchs aber „im Schoße der Medizin selbst“²⁴, durch die „Kraft“ des „Leib-Seele-Problems und der Psychotherapie“.²⁵ Weizäckers „Beziehungen zur psychotherapeutischen Bewegung, ... dieser ... so überaus wichtigen Erscheinung der modernen Medizin“²⁶ begannen mit der Lektüre von Freuds „Vorlesungen zur Einführung in die Psychoanalyse“ von 1915. Schon die frühen Untersuchungen zur Sinnesphysiologie und zur Bewegungskoordination hatten ihm die von der untersuchten Person „mitgestalteten“ Phänomene der Reflexbeeinflussung und Muskeltonusvariabilität, der „Umstimmung“ oder „Adaptation des Drucksinnes“ gezeigt.²⁷ „Was am Reflex geschah, war nur die unbewusst-elementare Voraussetzung für das, was bei freier Willenshandlung erschien“.²⁸ Damit bahnte sich ein Umdenken der „reflex-mechanischen Auffassung der Physiologie“ an.²⁹ Untersuchungen an morphologisch hirngeschädigten Patienten legten einen Funktionswandel des intakten Gehirns nahe; das von der Physiologie und Neurologie seiner Zeit vertretene Verständnis der Beziehung der Lokalisation (der

Hirnschädigung) und der Nervenleitung einerseits und der beeinträchtigten Leistung andererseits wurde in Frage gestellt. Die „reine“ Reiz-Reflex-Relation musste der Beobachtung des unauflösbaren, subjektiv beeinflussbaren Zusammenhanges von Wahrnehmen und Bewegen weichen. „Eine Trennung von Sensorik und Motorik [ist] nicht möglich“.³⁰ Damit war „die Einführung des Subjektes in die Neurologie“³¹ geleistet, der Schritt zu einer „anthropologischen Medizin“. Für die zirkuläre oder „zyklomorphe“ Beziehung der wechselseitigen Abhängigkeit im „biologischen Akt von Erkennen und Handeln“³² führte Weizsäcker den Begriff des Gestaltkreises ein. Was so für normale und pathologische Phänomene im Bereich der Sinnesphysiologie und der Neurologie experimentell-physiologisch und klinisch nachgewiesen wurde, konnte Weizsäcker in der Inneren Medizin auf organische Krankheiten erweitern, indem ihm die wechselseitige Verborgenheit und Offenheit des Psychischen und Physischen in der subjektiven Gestaltung der Krankheit, besser wohl: des Krankseins in der „biographischen Methode“ der Ermittlung der Krankengeschichte deutlich wurde. „Materielles [wird] spiritualisiert, Spirituelles materialisiert“;³³ in wechselseitiger „Stellvertretung“ ist „diese Gegenseitigkeit nur zyklomorph, als gestaltkreishaft darstellbar“.³⁴ „Das Psychische ist der Stellvertreter des Somatischen geworden“.³⁵ Spürbar ist bis in das Vokabular, dass Weizsäcker „aus der Psychoanalyse gelernt“³⁶ hat: „die Entstehung der Krankheit ist eine Art von Verdrängung“.³⁷ Hier geht das Gestaltkreis-Konzept über den engeren Bereich der Neurologie hinaus. Die Brisanz für eine allgemeine Krankheitslehre auch in der somatischen Medizin wird deutlich. Innerhalb der Neurologie aber erfährt die auf Experimenten der Sinnesphysiologie und der klinischen Analyse von Wahrnehmungs- und Bewegungsstörungen incl. Ataxien, Agnosien und destruktiven Hirnprozessen gestützte Gestaltkreis-Theorie, die Verschränkung von Motorik und Sensorik, durch ganz aktuelle Ergebnisse der Hirnforschung unserer Tage vielerlei Bestätigung. Die Wechselbeziehung dieser Grundphänomene des Lebendigen, Gegenstand von Viktor von Weizäckers wohl bekanntestem Werk *Der Gestaltkreis* (1940), stand im Zentrum der Jahrestagung. Mit dieser Schrift wird ein grundlegender Wandel der sinnes-, d.h. wahrnehmungsphysiologischen und neurologischen Vorstellungen vollzogen. Die bis dahin vorherrschende Theorie der strengen Beziehung zwischen Reiz und Reaktion der von „Reflex- und Leitungsbegriff beherrschten Physiologie“³⁸ wird durch die leistungsbezogene Funktion und deren adaptiven Wandel ersetzt. Wahrnehmen und Bewegen vertreten einander wechselseitig im Gestaltkreis. „Orientierung ist durch Bewegen bedingtes Wahrnehmen und umgekehrt“.³⁹ Nicht nur im experimentell ausgelösten optischen Drehschwin-

²² Viktor von Weizsäcker, *Natur und Geist. Erinnerungen eines Arztes* (1954), in: Ges. Schriften, Bd. 1, S. 9–190, hier S. 45–46.

²³ Ebd., S. 74.

²⁴ Ebd., S. 52.

²⁵ Ebd., S. 52.

Ebd., S. 53.

²⁷ Ebd., S. 61.

²⁸ Ebd., S. 58.

²⁹ Ebd., S. 66.

³⁰ Viktor von Weizsäcker, *Funktionswandel und Gestaltkreis* (1950), in: Ges. Schriften, Bd. 3, S. 619–631, hier S. 622.

³¹ Ebd., S. 622.

³² Ebd., S. 622.

³³ Ebd., S. 624.

³⁴ Ebd., S. 624.

³⁵ Ebd., S. 626.

³⁶ Ebd., S. 627.

³⁷ Ebd., S. 627.

³⁸ Viktor von Weizsäcker, *Der Gestaltkreis. Theorie der Einheit von Wahrnehmen und Bewegen* (1940), in: Ges. Schriften, Bd. 4, S. 77–337, hier S. 89.

³⁹ Ebd., S. 91.

del,⁴⁰ in dem sich reziprok vertretende motorische und sensorische Reaktionen das Körpergleichgewicht zu erhalten suchen, sondern auch im psychophysischen Kranksein vertreten sich Körperliches und Seelisches gestaltkreishaft. Die Zyklomorphie prägt schließlich auch Weizsäckers Lehre der ärztlichen Erkenntnis als ein Arzt und Kranken je als Subjekt und Objekt einbeziehendes gegenseitiges Verstehen. Wie lassen sich neuere klinische und neurobiologische Erkenntnisse mit den fundamentalen Einsichten Weizsäckers und der anthropologischen Medizin vereinbaren?

Bernhard Neundörfer (Erlangen) skizziert in seiner Begrüßung die Begründung für die Wahl des für Weizsäcker so zentralen Themas des Gestaltkreises, der Einheit von Wahrnehmen und Bewegen, als Tagungsthema. Indem Sensorik und Motorik, die beiden in der klinischen Neurologie vorherrschend gestörten Funktionsbereiche, nach Weizsäcker voneinander nicht trennbar sind, bietet ihr Zusammenhang auch einen Königsweg zur Aufhellung der Einheit des Gestaltkreises. Der von Weizsäcker entgegen der reflexologisch gedachten Beziehung zwischen Reiz und Reaktion beobachtete „Trialismus“⁴¹ von Reiz – Bewegen – Empfinden macht die Abhängigkeit des Wahrnehmungsprozesses vom Subjekt ebenso deutlich wie den Funktionswandel des neuralen Zentralorgans im Zuge substantieller Zerstörung (z.B. bei Schlaganfall mit Hemiparese). Beides – der genannte Trialismus wie der Funktionswandel – führen zum Gestaltkreis als einem „biologischen Akt“. Nicht (allein) die neuronale Leitungsunterbrechung sondern (auch) die partiell adaptive Leistungsänderung prägt das Bild der Funktion nach der Läsion. Mit dem morphologisch mitbestimmten quantitativen Funktionsabbau geht eine qualitative Änderung der Funktionsweise des Nervensystems einher. Der Funktionswandel beeinflusst auch die Manifestation von Ataxien und Agnosien. Neundörfer geht ausführlicher auf die Versuche zum optokinetischen Drehschwindel von Weizsäckers Mitarbeiter Paul Vogel ein, die in eindrucksvoller Weise die bis zu vegetativen Funktionen (Erbrechen, Kreislaufreaktionen) hineinwirkende Beziehung des Sehens und des Bewegens deutlich machen, auch die Gleichgewichtserhaltung durch die optische Kohärenz mit der (tatsächlich oder scheinbar bewegten) Umwelt. „Die ringförmige Geschlossenheit funktioneller Abhängigkeiten [duldet] kein Zerreißen.“⁴² „Jede Bewegung ist im Dienste einer Handlung, und diese setzt irgendeine Fühlungsannahme mit dem äußeren Objekt voraus, also auch eine rezeptive Leistung. Und jede Wahrnehmung ist auch eine bestimmte Zuwendung, enthält also einen (meist motorischen) Akt, ist ein Tun.“⁴³ Mit der Zerreißung der Kohärenz mit dem Objekt droht dem Subjekt der Sturz in den Schwindel.

Michael Hagners (Zürich) Vortrag über „Schwindel aus wissenschaftshistorischer Sicht“ musste leider wegen Erkrankung des Referenten ausfallen.⁴⁴

⁴⁰ Paul Vogel, Studien über den Schwindel. Sitzungsberichte der Heidelberger Akademie der Wissenschaften. Math.-naturwiss. Klasse, 5. Abhdl. de Gruyter, Berlin/ Leipzig 1933.

⁴¹ Viktor von Weizsäcker, Natur und Geist, a. a. O., S. 76.

⁴² Paul Vogel, Studien über den Schwindel, a. a. O., S. 32.

⁴³ Viktor von Weizsäcker, Funktionswandel und Gestaltkreis (1950), a. a. O., S. 622.

⁴⁴ Vgl. hierzu Michael Hagner, Psychophysiologie und Selbsterfahrung. Metamorphosen des Schwindels und der Aufmerksamkeit im 19. Jahrhundert, in: Assmann, J., Assmann, A. (Hrsg.), Aufmerksamkeit. Wilhelm Fink, München 2001.

Fabian Stoermer (Berlin) berichtete über „Schwindelerfahrungen in der Literatur“ um die Wende vom 18. zum 19. Jahrhundert aus der Sicht der Gestaltkreislehre Viktor von Weizsäckers. Wohl am bekanntesten dürfte Goethes akrophobischer Schwindel sein, dem er selbsterzieherisch (wie seiner Lärmempfindlichkeit und dem Ekel) durch Konfrontationstherapie zu begegnen wusste. Mit der Gewinnung eines schwindelfreien Gleichgewichtssinnes befreite sich Goethe für die Wahrnehmung der Kunst des Straßburger Münsters. Jean-Jacques Rousseau erlebt den Schwindel lustvoll und sucht die tranceartige Vertiefung in den Abgrund, die Auflösung der Grenzen zur Natur. Diese Lust sieht Kant als „eine Art negativer Lust“. Lustvoll ist ihm die Erfahrung der Erhabenheit, indem das Scheitern unseres sinnlichen Vermögens angesichts des Übergroßen und Bedrohlichen die Überlegenheit der Vernunft über das Vermögen und Erleiden der Sinnlichkeit in der verunsichernden Erfahrung des Schwindels deutlich werden lassen kann. Mit dem Begriff des akrophobischen (Höhen-) Schwindels und dem der „Sturzangst“ (Hermann Schmitz) wird die affektive Komponente, zumal in der ambivalenten „Angstlust“, betont. An der Schwelle zum 19. Jahrhundert erfährt der Mensch in der Ablösung aus der Objektwelt, die nach den subjektiven Anschauungsformen von Raum und Zeit und den Kategorien des Verstandes (Kant) eingerichtet ist, eine kognitive, erkenntnismäßige Destabilisierung, die durch die Fortschritte der naturwissenschaftlich-technischen Erkenntnis und der Beherrschung der Natur beschleunigt wird. Der „schnell im Kreise wiederkehrende und die Fassungskraft übersteigende Wechsel vieler ungleicher Empfindungen“ (Kant) beschreibt den „Drehschwindel“, der von dem Berliner Arzt Marcus Herz 1786 als ein Zustand der Verwirrung sowohl körperlicher als auch seelischer Natur beschrieben wird, in welchen die Seele wegen einer zu schnellen Folge der Vorstellungen gerate. Für Carl Philipp Moritz ist es die „ausschweifende Einbildungskraft“, die seinen Anton Reiser „kurz, alles was ihn umgab, mit in die Sphäre seines Daseins hineinziehen (lässt), und alles musste sich ihm als dem einzigen Mittelpunkt umher bewegen, bis ihm schwindelte“. Schopenhauer sieht im Schwindel die Grundverfassung des Menschen, den er im schwankenden Kahn auf stürmischer See vom unbewussten Triebleben des Willens imaginiert. Die produktive Einbildungskraft ist in der romantischen Dichtung (Novalis, Schlegel, E. T. A. Hoffmann) im Sinne einer „Poetik des Schwindels“ beschrieben worden. Der romantischen Naturphilosophie parallel beginnen mit dem 19. Jhd. naturwissenschaftliche Untersuchungen des Schwindels, die zur Entdeckung des Gleichgewichtsorgans im Innenohr führen. Diesem Organ widmet sich die Physiologie des späten 19. Jhdts. (Magendie, Flourens). Hier knüpfen die „Studien über den Schwindel“ (1933) von Paul Vogel an, die im Weiteren gemeinsam mit Viktor von Weizsäcker vom Funktionswandel des Wahrnehmungsorgans und der wechselseitigen Beziehung zur Bewegung zur Theorie des Gestaltkreises führen. Die Experimente bestätigen die „Einheit von Wahrnehmen und Bewegen“ wie auch die für die Körperstabilität notwendigen, konstitutiven Täuschungen. „An Stelle einer wahrgenommenen Bewegung kann eine getätigte auftreten und umgekehrt: darin steckt die Konzeption des Gestaltkreises.“⁴⁵ Der wechselseitigen Vertretung korrespondiert eine wechselseitige Verborgenheit von Körperlichem und Seelischem. Hier begegnen sich anthropologische Medizin und der literaturwissenschaftliche

⁴⁵ Viktor von Weizsäcker, Natur und Geist, a. a. O., S. 74.

Gedanke der semiotischen Repräsentation, der Sprache als Zeichen. „Die Welt ist selbst ein Symbol“.⁴⁶ Weizsäckers Denken zwischen den objektivierbaren Ergebnissen experimenteller Forschung und der Beobachtung des Kliniklers und der Leidenschaft für anthropologisch-naturphilosophische Spekulationen gleicht nicht nur kognitiv sondern existentiell seiner pathischen Erfahrung in der eigenen Biografie: der Schwindelerfahrung angesichts der wechselnden Eindrücke seiner Zeit.

Peter Henningsen (Heidelberg) sprach über „Schwindel als psychosomatische Krise: Empirische Befunde und konzeptuelle Überlegungen.“ Er referierte Aspekte empirischer Erforschung des Schwindels. Schwindel als leiblich-seelisch empfundene Orientierungsstörung in der Verschränkung von Wahrnehmen und Bewegen wird in unterschiedlicher Weise von Angst, Übelkeit, Schwäche oder Wahrnehmungsstörungen begleitet. Ob mit organ-pathologischen oder „nur“ psychischen Befunden oder Beschwerden oder mit psychischen und organischen Faktoren verbunden – die Ätiologie lässt sich nicht aus der Phänomenologie erschließen. Das häufige Miteinander von Angst und Schwindel drängt die Frage auf, ob die psychische Störung oder eine neurophysiologisch fassbare Regulationsstörung des Gleichgewichtssystems bei Angstschwindel oder Schwindelangst das Primäre sei. Ein Teil der Kranken erlebt den Schwindel als bedrohliches körperliches Ereignis und führt ihn auf eine körperliche Ursache zurück („somatisierte Erlebnisform“ des Schwindels), einige Patienten erleben nur somatoforme Störungen. Organisch bedingter Schwindel ist prognostisch günstiger als „psychogener“. Der sog. phobische Attackenschwankschwindel bedingt häufig eine Generalisierung phobischen Vermeidungsverhaltens. Die dynamische Posturographie erlaubt, visuelle und propriozeptive Reize getrennt zu untersuchen und „visuell“ von „oberflächensensibel“ gleichgewichtsregulierenden Schwindelpatienten zu unterscheiden. Raum- und Bewegungsunbehagen wird bei Schwindel wie bei Angst-Patienten beobachtet. Die klinischen, posturographischen und erlebnismäßigen Befunde bei Angst- und Schwindel-Patienten lassen (noch) keine Vermittlung zwischen „Psychogenie- und Neurogenie-Hypothesen“ dieser Phänomene zu. Die Vogel/Weizsäcker'schen Untersuchungen zum Drehschwindel zeigen den induzierten Schwindel bei Gesunden als Gleichgewichtsstörung oder als Sinnestäuschung, je nach der Aufmerksamkeit der Versuchsperson. Darin wird die Notwendigkeit der „Einführung des Subjektes“ im Sinne der intentionalen Beeinflussung psychophysiologischer Leistungen deutlich. Die psychosomatische Form des Schwindels zeigt eine enge Beziehung zur Labilität der Einordnung im Räumlichen oder im Zeitlich-Historischen der Person und darin einen Strukturparallelismus zwischen Schwindel und Neurose. So intensiv seinerzeit das Miteinander von psychischen und somatischen Phänomenen im Schwindel beobachtet wurde, so wenig wurden (diagnostisch- und therapeutisch-) methodische Schlussfolgerungen in der Richtung einer Überwindung der Alternative organisch vs. psychisch durch die „Einführung des Subjektes“ gezogen. – Eine heutige „Neuropsychosomatik“ am Beispiel des Schwindels müsste mindestens fünf Aspekte berücksichtigen: (1) die Differenzierung einer funktionellen Störung als adaptiv oder als Ausdruck eines Defektes oder eines Defizits; (2) die Differenzierung

der Ebenen, auf der eine Störung erfahren wird (der affektiven oder der neurophysiologischen); (3) die Interaktion Subjekt – Umwelt im weiteren Sinne; (4) eine psychobiologische Entwicklungsperspektive möglicher psychosozialer wie körperbezogener Leistungen auf der Basis früherer (Interaktions-) Erfahrungen; (5) eine Analyse der psychobiologischen Selbstrepräsentanz im Selbst- und Weltbezug des Kranken.

Der Nachmittag war drei Symposien gewidmet: (1) Gestaltkreis-klinik, (2) Wahrnehmen und Bewegen in der funktionellen Entspannung, (3) Bewegungsstörung und gestörte Wahrnehmung.

Volker Peschke (Burgau) eröffnete das Symposium zur Gestaltkreis-klinik mit Ausführungen zum „handelnden Sinn in der Frührehabilitation.“ In den hier vorgestellten Untersuchungen an schwer hirngeschädigten Erwachsenen wird die praktische Relevanz des Gestaltkreis-Konzeptes überzeugend deutlich. Seiner Arbeit liegt das Modell der „geführten Interaktionstherapie im Alltag“ von Dr. Felicie Affolter zugrunde. Es betont die Bedeutung taktil-kinästhetischer Wahrnehmung für Alltagshandlungen bei der gesunden Entwicklung wie auch bei Störungen durch Hirnschädigungen.⁴⁷ Peschke berichtete über Patienten, die mittels über Stereognosieprüfungen mit Einzelgegenständen hinausgehender komplexer haptischer Tests untersucht wurden. Die Tests waren in den Anforderungen an Alltagshandlungen orientiert;⁴⁸ zentral dabei der „Taktile Formerkennungstest“ (TFE),⁴⁹ ursprünglich für die Untersuchung wahrnehmungs- und sprachgestörter Kinder entwickelt. Schon 1948 hatte Jean Piaget seine Arbeit über die Entwicklung der räumlichen Wahrnehmung und des räumlichen Denkens bei Kindern mit Untersuchungen der haptischen Wahrnehmung von Alltagsgegenständen (Stereognosie) und von Holzformen begonnen und in diesem Zusammenhang bei der Erörterung der Bedeutung von Wahrnehmen und Bewegen für das haptische Erkennen den Gestaltkreis von Weizsäcker zitiert.⁵⁰ Die Komplexität der polymodalen Tastleistungen mit ihren Möglichkeiten zur Erfassung von „Räumlichkeit, Konsistenz, Temperatur der Dinge“, in ihren vielfältigen „Verbindungen mit dem Gesichtssinn, mit der Begriffswelt, der Merkwelt und der Dingwelt“⁵¹ erkläre, warum „eine einigermaßen durchsichtige Analyse des Gestaltkreises hier kaum erwartet werden“⁵² könne. Die von Weizsäcker eingehend untersuchte Kohärenz von Ich und Umwelt im biologischen Akt kann nach Hirnschädigung bis zu ihrem völligen Zerreißen gestört sein. Erfasst man Wahrnehmung und Bewegung z. B. beim hapti-

⁴⁶ Viktor von Weizsäcker, *Pathosophie* (1956), Ges. Schriften, Bd. 10, S. 402.

⁴⁷ Felicie Affolter, *Wahrnehmung, Wirklichkeit und Sprache*. Neckar Verlag, Villingen-Schwenningen 1987.

⁴⁸ Volker Peschke, *Neuropsychologische Diagnostik haptischer Wahrnehmungsleistungen bei Erwachsenen mit erworbenen schweren Hirnschädigungen*. Dissertation. Online-Veröffentlichung der Universitätsbibliothek Tübingen. <http://w210.ub.uni-tuebingen.de/dbt/volltexte/2004/1098>

⁴⁹ Felicie Affolter, E. Stricker: *Perceptual processes as prerequisites for complex human behavior: A theoretical model and its application to therapy*. Huber, Bern 1980.

⁵⁰ Jean Piaget, B. Inhelder: *Die Entwicklung des räumlichen Denkens beim Kinde*. Gesammelte Werke Bd. 6 (Studienausgabe). Klett, Stuttgart 1975 (Originalarbeit erschien 1948).

⁵¹ Viktor von Weizsäcker, *Der Gestaltkreis, dargestellt als physiologische Analyse des optischen Drehversuchs* (1933), in: Ges. Schriften, Bd. 4, S. 23–61.

⁵² Ebd., S. 26.

schen Erkennen im Sinne des Gestaltkreises als einen *biologischen Akt* zwischen Person (Ich) und Umwelt, dann kann hier die Kohärenzstörung mit symptomatischen Verschiebungen des Gleichgewichtes beobachtet werden. Eine Besonderheit der haptischen Wahrnehmung gegenüber anderen Sinnen ist das zwei Zielen dienende taktil-kinästhetische (multimodale) Sinnessystem: dem Erkunden und dem Bewirken, d.h. Verändern der Wirklichkeit. Hier greifen zwei Kreise ineinander, unterschieden in ihrer Aufmerksamkeitsausrichtung auf handelndes Verändern der Umwelt um eines praktischen Zieles willen und/oder auf das Erkennen von Gegenständen und räumlich-topologischen Umweltbedingungen. Beim Stereognosietest für Alltagsgegenstände ist der Patient ganz auf das Erkennen *eines* Gegenstandes mit *einer* Hand ausgerichtet, während bei der Einlegeaufgabe des TFE beide „Gestaltkreise“ des Erkundens und Bewirkens simultan ineinander greifen. Diese komplexeren Testanforderungen des TFE entsprechen komplexen Anforderungen an den „handelnden Sinn“, die der Alltag bereithält. Die Kohärenzstörungen wurden von Peschke anhand von Videobeispielen aus Testsituationen überzeugend veranschaulicht. Im zweiten Teil des Vortrages ging es um die Therapie von schweren Wahrnehmungsstörungen nach dem Modell der „geführten Interaktionstherapie im Alltag.“⁵³ Bei Alltagshandlungen richtet sich die Wahrnehmung zum einen auf das Erkennen der Position („Wo bin ich, wo ist meine Umwelt“), zum anderen auf das Erkennen des Bewirkens an und mit den Gegenständen des Alltagsgeschehens (ihrer topologischen Beziehungen zueinander und zur Unterlage/Seite). Wieder verdeutlichten Videoaufzeichnungen der taktil-kinästhetischen Wahrnehmung der Körperposition die Kohärenzstörung bei zwei Patienten mit Hirnschädigung nach Schädel-Hirn-Trauma. Das Konzept der gegenseitigen Vertretbarkeit von Wahrnehmen und Bewegen (Vogel, Weizsäcker) könnte auch auf die Beziehung zwischen Spüren und Tonus übertragen werden. Für die Rehabilitation nach schwerer Hirnschädigung kann sich aus den vorgetragenen Untersuchungen das Konzept einer Behandlung von Spastik und Hypertonus beziehungsweise gestörter Bewegung durch geförderte und geführt gesteigerte (Selbst-)Wahrnehmung ergeben.

Peter Wolf (Kopenhagen) berichtete über „Verschränkungen von antiepileptischer Behandlung und biographischer Entwicklung in einer Genesungsgeschichte“ anhand der Krankengeschichte einer bei Beginn der speziellen epileptologischen Betreuung 31jährigen Frau. Seit dem 11. Lebensjahr war eine wechselnde Antiepileptica-Medikation durchgeführt worden, jedoch ohne anhaltende Anfallssuppression. Ambivalent hatte sie sich seit dem 25. Lebensjahr gewehrt gegen Medikamente, ohne sie je ganz abzusetzen. Sie wollte „ihre Krankheit unverfälscht erfahren und von innen heraus besiegen“. Unter subtiler Überwachung und sorgfältiger Analyse der (Auslöser der) vermindert auftretenden Anfälle zeigen sich 1996 fokal-tonisch eingeleitete Krämpfe, die unter DPH abklingen. Ein „unerklärtes“ Rezidiv tritt bei vermutlichem Unterschreiten einer Schwellendosis auf; nach Dosiserhöhung ca. 2 Jahre später nach starker Anstrengung und versäumter Medikamenteneinnahme erneuter Anfall, daraufhin Dosiserhöhung. Seit 1997 anfallsfrei. – Unter der hier gerafft dargestellten medikamentösen Therapie entfaltete sich die bei The-

rapiebeginn festgefahrene Biografie, der jede Zukunftsperspektive fehlte, zu neuen Initiativen in Sport, Philosophie-Studium, Klavierspiel und Geselligkeit mit höchsten Ansprüchen an sich selbst. Die eigene Anfallsanalyse ließ den Zusammenhang mit unregelmäßigem Schlaf und physischer Anstrengung erkennen, auch mit dem Zerbrechen einer 7-jährigen Partnerschaft und der in Frage gestellten Aufenthaltsgenehmigung in Deutschland. Nachdem sie zweimal beinahe durch Anfälle im Schwimmbad ertrunken war, empfindet sie das Schwimmverbot als Entlastung ihrer selbst-behauptenden Schein-Autonomie. 1994–1995 geht die bis dahin positiv erscheinende Entfaltung nicht recht voran bis zur Resignation. Sie erlebt 1996 das Scheitern ihres Selbstbehandlungsprojektes als existenzielle Niederlage. Die Promotion geht nicht voran. Sie neigt zu Verstrickungen in Dreiecksverhältnissen, bis im November 1997 ein „Sündenfall“ zu einem Rezidiv führt. Ihrem Vater gegenüber verschweigt sie die erneuten Anfälle. Erst 1998/99 gewinnt sie wieder an Heiterkeit, gewinnt auch die Liebe der Familie und heiratet im Dezember 1999. Sie „macht ihren Frieden mit sich“ und bleibt anfallsfrei. – Die fesselnde Darstellung verdeutlichte die „biographische Methode anthropologischer Medizin“.⁵⁴ Die Krankheit wird hier auch von der Kranken selber als „Feind ... leidenschaftlich wahrgenommen, (als) das Unzulängliche, (das) negativ gegen mich (die Kranke) und ich gegen sie“ (die Kranke gegen die Krankheit) ist.⁵⁵ Ziel solcher Therapie ist es, Raum zu geben für Hilfe und zur Selbstfindung, indem wohlwollend und kritisch die Selbstinterpretation der Kranken aufgenommen und ggf. gelenkt wird. Es kann dann gelingen, dass auch die Kranke „unverfälscht von innen heraus“ das destruktiv Fremde, den Lebensentwurf Hemmende überwindet.

Mechthilde Küttemeyer (Köln) sprach über „Schmerzanfälle als Krisenäquivalente.“ Unter den nicht-epileptischen Anfallsphänomenen (z.B. bei Parkinson- oder Myasthenie-Patienten oder Angstanfällen) scheinen paroxysmalen psychogenen Schmerzen, mit plötzlichem Beginn und Ende meist psycho-traumatische Erfahrungen zugrunde zu liegen. Psychogene Schmerzen zeigen in allen Kulturen, Gesellschaftsschichten, Altersstufen, zu allen Zeiten und bei Männern und Frauen recht regelhafte, unverwechselbare Merkmale. Psychogene Symptome folgen affektiven Gesetzen und nicht neurologischen Mustern. Als Dissoziation werden anfallsartige Phänomene mit plötzlichem Beginn und plötzlichem Ende bezeichnet. Fast immer liegen den dissoziativen Schmerzen traumatische Erfahrungen zugrunde. Traumaerinnerung und Selbstschutz, also kompensatorische Abwehrmechanismen, liegen oszillierend miteinander im Kampf und wechseln stark. Die Schmerzen sind meist exzessiv, anfallsartig, gelegentlich begleitet von Sensibilitäts- oder Bewegungsstörungen, von Schwindel, Hitze- oder klonischen oder Tremoranfällen. Sie sind neuro-anatomisch nicht zuzuordnen; dabei lassen sich aber lokalisiert trauma-abhängige Varianten dissoziativer Schmerzen erkennen. Die „Raumbesetzung“ im Körper folgt meist klaren biografisch und psychodynamisch bedeutsamen Regeln: im oberen Körperbereich „Zwangsschmerzen“, multilokal „Angstschmerzen“; einseitige dissoziative Schmerzen repräsentieren

⁵⁴ Viktor von Weizsäcker, *Der Arzt und der Kranke* (1926), in: Ges. Schriften Bd. 5, S. 9–26, hier S. 25.

⁵⁵ Ders.: *Der Begriff der Allgemeinen Medizin* (1947), in: Ges. Schriften Bd. 7, S. 135–196, hier S. 190.

⁵³ Vgl. hierzu Anm. 28.

traumatische Szenen mit einer bestimmten Person.⁵⁶ Die Schmerzen werden zumeist szenisch-aggressiv vorgetragen. Bei der neurologischen Untersuchung zeigt sich oft eine paradoxe Gleichzeitigkeit von Analgesie und schmerzüberempfindlichen Punkten. Der gegenläufige Selbstschutz wird häufig als anorganische Schwere oder als Analgesie erlebt. Können die Schmerz- und Erinnerungsanfälle in ihrer klinischen Manifestation und ihrer Psychodynamik aufgedeckt werden, erschließen sie sich der biografischen Methode „meist wie von selbst“.

Im Symposium „Bewegungsstörung und gestörte Wahrnehmung“, gestaltet von Prof. Dr. med. Dipl. Psych. *Frank Erbguth* (Nürnberg) und PD Dr. med. *Martin Hecht* (Erlangen) wurden die extrapyramidalen Erkrankungen der Dystonie, des M. Parkinson und der Tic-Erkrankungen einschließlich des Tourette-Syndroms diskutiert. Fallberichte betroffener Patienten und Video-beispiele ergänzten die Vorträge.

Frank Erbguth berichtete über die Geschichte der ätiologischen Konzepte von Dystonien, die auch heute noch ausschließlich nach rein motorischen Phänomenkriterien definiert werden (langsame tonische und willkürlich nicht beeinflussbare Fehlstellungen und Fehlbewegungen durch erhöhten Muskeltonus). Ende des 19. Jahrhunderts konnten die zum Teil bizarren Bewegungsmuster bei fokalen und generalisierten Dystonien mit der Vorstellung pyramidal-motorischer Erkrankungsmuster nicht in Einklang gebracht werden, so dass im Wesentlichen (ausgehend von Sigmund Freud) das Konzept der Konversionsneurose bis in die 60er-Jahre des 20. Jahrhunderts favorisiert wurde, vor allem bei den fokalen Dystonien Torticollis, Blepharospasmus, Schreibkrampf und spasmodische Dysphonie. Dabei wurde auch auf die symbolische Bedeutung der Krankheitsphänomenologie als Ausdruck verdrängter psychischer Inhalte verwiesen. Demgegenüber hatte bereits der „Namensgeber“ der Dystonie-Erkrankungen Hermann Oppenheim die Erkrankung als organische Hirnerkrankung gewertet, eine Haltung die sich bis heute durchgesetzt hat. Sowohl klassische Phänomene wie die antagonistische Geste beim Torticollis, als auch moderne Befunde der Bildgebung (fMRI und PET) und der Neurophysiologie (z.B. somatosensorisch evozierte Potentiale) belegen, dass bei Dystonien nicht nur ein gestörter motorischer „output“ vorliegt, sondern dass eine Desintegration sensomotorischer Systeme besteht, bei der bereits im sensorischen „Inputsystem“ peripher und zentral Fehlverarbeitungen mit konsekutiver Hyperaktivierung extrapyramidal motorischer Funktionen bestehen. Insofern konnte gezeigt werden, dass die zunächst phänomenal rein motorische Störung bei Dystonien nur einen Teil eines komplexen desintegrierten sensomotorischen Störungsmusters darstellt.

Martin Hecht schilderte anhand der Beschreibungsgeschichte des M. Parkinson, dass auch hier zunächst rein motorische Störungen vermutet wurden und dass gerade James Parkinson explizit davon ausging, dass die afferenten „Sinne“ unbeeinträchtigt seien. Abgesehen von mittlerweile klar belegbaren Störungen z.B. des Riechsinn beim M. Parkinson wurden die Aspekte der auch hier gestörten Wahrnehmung anhand einer Patienten-vorstellung aufgezeigt. Insbesondere die im Vergleich zur Au-

ßenbeobachtung diskrepante Wahrnehmung der Ausprägung von Hypokinese vs. Hyperkinese beim M. Parkinson ist vielfach zu beobachten: vom Beobachter als schwerwiegend und beeinträchtigend wahrgenommene Hyperkinesen werden vom Betroffenen selbst als durchaus tolerabel betrachtet, während von außen weniger gravierend attribuierte hypokinetische Phasen als schwer belastend erlebt werden. Für die Dystonien, das Parkinson-Syndrom und das noch kurz besprochene Tourette-Syndrom wurde anhand der vorgestellten klinischen und apparativen Studien zusammengefasst, dass diese Bewegungsstörungen in hohem Maße begleitet, modifiziert und wahrscheinlich getriggert sind durch sensorische Dysfunktionen auf peripher und/oder zentral afferenter Ebene. (Bericht: Frank Erbguth)

Die Vorträge des zweiten Tages boten faszinierende Einblicke in jüngste Ergebnisse der Hirnforschung, in die neurale Interdependenz von Wahrnehmen und Bewegen. Dabei wurde der Weitblick von Weizsäckers Gestaltkreis-Theorie bis in die Beschreibung hirnphysiologischer Vorgänge bei Wahrnehmungs- und Lernprozessen sowohl im tierischen wie im menschlichen Organismus deutlich.

Wolfgang Prinz (München) sprach über „Experimentelle Untersuchungen zum ideomotorischen Prinzip von Wahrnehmung und Handlung.“ Während sensomotorische Theorien Handlungen als Reaktionen auf Reize sehen, erklären ideomotorische sie als Mittel zur Erreichung intendierter Ziele, sie entsprechen also der funktionalen Ordnung der Willenshandlungen. Nach James' ideomotorischem Prinzip (1890) wohnt mentalen Handlungsvorstellungen die Tendenz zu deren physischer Ausführung inne. Auch die Wahrnehmung von Handlungen und deren Wirkungen kann spezifische Handlungen „wachrufen“ (Greenwald 1970; Theorie der ideomotorischen Kompatibilität). Planung und Auslösung bedienen sich demnach gleicher repräsentationaler Grundlagen, die an der Wahrnehmung von Handlungen beteiligt sind (Prinz' common coding Prinzip).⁵⁷ Hier ist der Ausgangspunkt des Prinzschen Forschungsprogramms zur Beeinflussung von Willkürbewegungen. Sowohl die (einer Versuchsperson aufgetragene) Initiierung als auch die Auswahl und die Imitation von (hier experimentell wenig komplexen) Bewegungen werden durch Handlungswahrnehmung und -planung moduliert. Dabei scheint für die Planung von Handlungen die zentral-neurale Repräsentation ihrer Ziele wichtiger als die der Körperbewegung, die die Ziele bewirken kann. Für die aufgetragenen Bewegungen hat die Wahrnehmung einer (Fremd-) Bewegung als solcher einen schwächeren modulierenden Effekt als die Wahrnehmung des Handlungszieles (Wahrnehmungs- bzw. Intentionsinduktion). Mit den Bewegungen werden auch die Ziele dieser Bewegung wahrgenommen. Bei der intrapersonalen Koordination von bilateralen Bewegungen zeigt sich, dass die Koordinierbarkeit von gleichzeitigen Handlungen sich nach dem kognitiv repräsentierten Handlungsziel richtet und nicht nach der cerebralen Homologie der aktivierten motorischen Strukturen. Interpersonale Koordination lässt sich durch Koordinierung der Bewegungseffekte bzw. Handlungsziele erreichen. Sogenannte korti-

⁵⁶ Mechthilde Küttemeyer, Psychogener Schmerz als Dissoziation. *Psychother Sozialwiss* 5 (2003) Heft 3: „Erzählter Schmerz“, S. 320–337.

⁵⁷ Wolfgang Prinz, A common-coding approach to perception and action. In: Neumann, O., Prinz, W. (Eds.): *Relationships Between Perception and Action: Current Approaches*. Springer, Berlin/Heidelberg/New York 1990, pp. 176–201; ders., Perception and action planning. *Europ J Cognitive Psychology* 9 (1997) 129–154.

kale Spiegelneuronensysteme (Rizzolatti 2001) scheinen für eine präzisere Antizipation wahrgenommener Bewegungsabläufe (mit-)verantwortlich zu sein.

Randolf Menzel (Berlin) bot eine „biologische Sicht auf Wahrnehmen und Handeln bei Rezipieren und Agieren“ niederer Tiere. Faszinierend ist die bereits auf der Stufe einzelliger Lebewesen zu beobachtende Wechselseitigkeit von „Wahrnehmen“ (Reizaufnahme) und „Bewegen“ (Reaktion); die Anpassung, die Modulation und Plastizität sensomotorischer Module wird mit der Evolution zu „höheren“ Tieren (wie Würmer, Schnecken, Insekten) zu einer ständig spezifischer werdenden „Spirale der Wissensbildung“ von Erkennen – Handeln – Lernen – Wiedererkennen. Sie wird durch innere Bereitschaft, Bedürftigkeit, Antrieb, Exploration und zunehmende Verschaltung und Vernetzung modulatorischer Systeme variiert. Solche vernetzten sensomotorischen Module „extrahieren“ die kausalen Beziehungen der Umwelt durch assoziatives Verknüpfungslernen, darin Kontiguität und Kontingenzen „berücksichtigend“. Es scheint, als ob Kants apriorische Kausalität vorbewusst in einfachen Nervensystemen implementiert ist. So wird die erfahrene Vergangenheit zum Medium für die erwartete Zukunft.

Detlef Kömpf (Lübeck) referierte gemeinsam mit Frank Binkowski (Lübeck) am Leitfaden Weizsäcker'scher Gedanken neurophysiologische Untersuchungen an gesunden und kranken Personen zur visuellen „Handlungswahrnehmung und Handlungsausführung – vom frontalen Augenfeld zu den Spiegelneuronen“. Bezüglich der visuellen Wahrnehmung hat sich längst gezeigt, dass die retino-occipitale Sehbahn kein eingleisig-unverzweigter Vorgang der Repräsentation des Sehbildes im Großhirn ist. Die nur partielle Kreuzung der Sehbahnen von den beiden Retinae im Chiasma opticum und ihre „Umschaltung“ im Corpus geniculatum laterale würde eine „Projektion“ der Sehfeldhälften jeweils auf die kontralaterale Hemisphäre bedingen. Infolge unwillkürlicher und willkürlicher Augenmuskelbewegungen bei frei beweglichem Blick kommt es jedoch normalerweise zu einer weitgehend gleichen Repräsentation der binokularen Sehfelder in beide Hemisphären. Unwillkürliche Augenbewegungen verfolgen zwei Ziele: die binokulare Foveation (Abbild im Ort der größten Sehschärfe) und die Kongruenz der beidseitigen retinalen Abbildung.⁵⁸ Läsionen des frontalen Augenfeldes verändern die sakkadische Latenz, steigern die Fehlerrate der antisakkadischen Augeneinstellung und stören die intentionale Raumwahrnehmung mit konsekutivem visuell-räumlichem Hemineglect. Läsionen im postero-parietalen Cortex führen bei visuell getriggerten Sakkaden zu verzögerten und hypometrischen Bewegungen in das kontralaterale Gesichtsfeld und zu Störungen der Raumkoordinaten und Raumkonstanz während der Sakkaden. Alle diese Beobachtungen bestätigen auch für die visuelle Wahrnehmung Weizsäcker's Gestaltkreis der Einheit von Wahrnehmen und Bewegen. Wahrnehmung und Bewegung bilden (auch hier) biologische Akte – hier auf der Ebene gar nicht zu Bewusstsein kommender „Minimalbewegungen“ der Augenmuskulatur bei unterschiedlich stimulierter Wahrnehmung optischer, akustischer, taktiler Reize oder bei amnestisch, kognitiv oder willent-

lich ausgelösten Augenbewegungen. Der wechselseitig sich steuernde Vorgang von (visueller) Wahrnehmung und Bewegung zeigt sich in dem direkten Einfluss wahrgenommener Bewegungen eines Gegenübers auf die eigene Bewegungsausführung. Hierfür sind sog. Spiegelneurone im prämotorischen Cortex im Spiel: sie werden aktiviert, wenn andere Individuen bei der Durchführung bestimmter Handlungen beobachtet werden. Beim Menschen scheint imitatives Lernen an gleichermaßen angeregte „mirror neuron circuits“, kortikale Regionen der Handlungsplanung und -ausführung, gebunden. Möglicherweise ist ein solches „spiegel-neuronales System“ auch beim imitatorischen Spracherwerb beteiligt. Darüber hinaus „antwortet“ eine PET-Aktivitätssteigerung im Gyrus cinguli auf die empathische Wahrnehmung einer Schmerzempfindung einer beobachteten Person. Die „affektive Gegenseitigkeit“ bekommt damit ein neuronales Substrat! Möglicherweise werden auch Intentionen, Emotionen und Empathie durch Bewegungen und „Körpersprache“ des Gegenübers über ein kortikales Handlungswahrnehmung-, -planungs- und -ausführungssystem vermittelt.

Klaus Gahl (Braunschweig)

Rezension

Von Rainer-M. E. Jacobi

Matthias Bormuth, *Lebensführung in der Moderne*.

Karl Jaspers und die Psychoanalyse. Medizin und Philosophie, Band 7. frommann-holzboog, Stuttgart 2002, 382 S.

Auch ein halbes Jahrhundert nach Viktor von Weizsäcker's Tod harrt dessen Werk einer Rezeption, die dem geistesgeschichtlichen Horizont und der disziplinären Vielfalt ebenso gerecht zu werden verspricht, wie den Eigentümlichkeiten der sprachlichen Darstellung und formalen Struktur. Und die es obendrein vermag, Wert und Bedeutung dieses Werkes nicht nur für die zeitgenössische, sondern für die gegenwärtige Situation der Medizin zu bestimmen. In besonderer Weise betrifft dieses Desiderat eine Reihe von Begriffsprägungen, die als so genannte „Leitbegriffe“ für den Gang des Weizsäcker'schen Denkens und dessen Intentionen maßgebend sind. Unverständnis und Fehlinterpretationen führen nicht selten zu wirkungsgeschichtlichen Verfremdungen, die umso schwerer aufzulösen sind, je mehr sie überkommene Vorurteile stützen. Gewiss mag dies mit der über lange Zeit schwierigen Verfügbarkeit der Weizsäcker'schen Schriften zu tun haben, mehr noch aber sind es wohl die Strömungen des wissenschaftlichen wie auch des politischen Zeitgeistes, die in ihrem Einfluss auf die Rezeption eines in dieser Hinsicht unzeitgemäßen Werkes kaum zu überschätzen sind.⁵⁹ Ihres hierfür exemplarischen Wertes wegen, sei einer nunmehr im Druck vorliegenden, seinerzeit zweifach preisgekrönten Dissertation et-

⁵⁸ Detlef Kömpf, W. Heide, Zentralnervöse Strukturen – two goals, two modes, six systems. Eine Einführung. In: Kömpf, D. (Hrsg.): Klinische Neuroophthalmologie. Georg Thieme Verlag Stuttgart 1998, S. 48–57.

⁵⁹ Mit dem Erscheinen von Weizsäcker's letzter, Fragment gebliebener Schrift „Pathosophie“ (in neuer Edition) konnte im vergangenen Jahr die zehnbändige Ausgabe der „Gesammelten Schriften“ beim Suhrkamp Verlag in Frankfurt/M. abgeschlossen werden. Wohl gibt es hiermit einen repräsentativen Zugang zum Korpus des Gesamtwerkes, dennoch bildet die Frage nach den Umständen der bisherigen Rezeption, mit denen sich eine sehr bestimmte Wirkungsgeschichte verbindet, eine Herausforderung für die zukünftige Forschung.

was größere Aufmerksamkeit geschenkt. Zumal sich in deren Kontext die Frage stellt, wie es sich mit den Einlassungen eines der bedeutendsten Philosophen des 20. Jahrhunderts verhält, der als vormaliger Psychiater an der Heidelberger Universitätsklinik nicht nur Zeitgenosse, sondern gleichsam medizinischer Kollege Weizsäckers war, und überdies – wie man annehmen möchte – in seiner philosophischen Grundhaltung dem Anliegen des Weizsäckerschen Werkes nicht allzu fern stand. Diese Frage drängt sich umso mehr auf, als es um eben jenen „Leitbegriff“ geht, der weithin – ob zutreffend oder nicht, sei dahin gestellt – zum Synonym für die von Weizsäcker begründete anthropologische Medizin wurde: die „Einführung des Subjekts“. Karl Jaspers stellt in Erwägung, ob dies vielleicht gar „ein philosophisch einerschreitender Unsinn“ sei, der durch die „Formulierung von Unmöglichkeiten die Konfusion einer neuen Therapie verschleiert?“⁶⁰

Der Gestus dieser Einlassung macht deutlich, dass hierfür weniger philosophische als vielmehr andere Motive bestimmend gewesen sein dürften. Aber dennoch überrascht es, auf diese und weitere ähnlich polemische Äußerungen von Karl Jaspers zu den zentralen Elementen anthropologischer Medizin in der Weizsäcker-Rezeption kaum ein Echo zu finden. Vermutlich war es die anerkannte philosophische und moralische Autorität des Autors, die einer Auseinandersetzung im Wege stand. Insofern gehört es nicht zum geringsten Verdienst der bemerkenswerten Studie von Matthias Bormuth, hierzu manch erhellende Einsicht zu bieten. Freilich, das Thema dieser überaus materialreichen, kundigen und gleichwohl gut lesbaren Untersuchung ist ein anderes. Es geht um die bis auf den heutigen Tag virulente Frage nach Formen gelingender individueller Lebensführung und Sinnstiftung angesichts der Entzauberungen der Moderne. Näherhin aber um die für die intellektuelle und politische Konstitution der jungen Bundesrepublik charakteristische Situation zweier konkurrierender Lebensführungskonzepte: das psychoanalytische von Sigmund Freud und das existenzphilosophische von Karl Jaspers. Nicht nur, dass diese letztlich unaufgelöst bleibende eigentümliche Konkurrenzsituation über die Etappen des Jasperschen Werkes hinweg am Leitfaden von dessen Psychoanalysekritik minutiös entfaltet wird, macht den Reichtum dieser Arbeit aus. Mehr noch fasziniert, wie einerseits zur näheren Erläuterung der Jasperschen Konzeption existenzieller Lebensführung Max Webers soziologische Modernetheorie in Anschlag gebracht wird, und andererseits das psychoanalytische Konzept sowohl hinsichtlich der Etablierung der Psychosomatik in Deutschland als auch bis hin zu dessen Verbindung mit der Frankfurter Schule der „kritischen Theorie“ verfolgt wird. Die Materialfülle ist, wie man unschwer erkennt, immens – zumal fast durchweg auf eine hohe Quellensicherheit rekurriert wird, was sich an der gut dokumentierten Einsichtnahme in Archiv- und Nachlassbestände zeigt.

Heidelberg war als der Wirkungsort von Karl Jaspers (selbst über dessen Weggang nach Basel 1948 hinaus) zugleich auch der Ort, an dessen Universität es erstmals in Deutschland zur Institutionalisierung einer psychoanalytisch ausgerichteten Psychosoma-

tik kam. Dieser „Einbruch“ des konkurrierenden Lebensführungskonzeptes in die geistige Kultur der Universität markiert – so zeigt es die vorliegende Studie – eine Zäsur im Gestus der Jaspersschen Psychoanalysekritik. War diese anfangs, beginnend mit der ersten Auflage der *Allgemeinen Psychopathologie* (1913) streng methodologisch angelegt, kam es nun zu einer fast schon ideologischen Verschärfung – nicht zuletzt wohl auch darin bedingt, dass es Jaspers nach seiner Hinwendung zur Philosophie unterlassen hatte, die psychoanalytische Theorieentwicklung zu verfolgen.⁶¹ Wesentlicher aber ist, dass der Adressat dieser neuen Kritik weniger Sigmund Freud selbst war, als es vielmehr die Protagonisten einer psychoanalytischen Psychosomatik werden: also Viktor von Weizsäcker und Alexander Mitscherlich. Als Hintergrund für diese Wandlung – Mitscherlich spricht gar vom „Hass“, der sich bei Jaspers zeige – mag man zum einen den von Jaspers bereits vollzogenen „historischen Abschied“ von der Psychoanalyse geltend machen: gleichsam eine fatale Hoffnung auf die Wirkung des Nationalsozialismus.⁶² Zum anderen aber ist an sein vom Weberschen Wertfreiheitspostulat beeinflusstes positivistisches Wissenschaftsverständnis zu erinnern, das er auch für die Medizin als maßgebend in Anschlag brachte (145–150, 303 ff). Für die Kontroverse mit Weizsäcker kommt noch hinzu, dass Jaspers dessen Zurückhaltung gegenüber der Psychoanalyse in den Jahren 1933 bis 1945 meinte, positiv aufnehmen zu können – was sich nicht zuletzt in der Neubearbeitung seiner *Allgemeinen Psychopathologie* (1941/42, erschienen 1946) zeigt – nun aber umso aggressiver auf den „Rückfall“ des gleichwohl persönlich geschätzten Kollegen reagiert.⁶³ Auch wenn der Autor vorliegender Studie diese überaus komplexen und zeitgeschichtlich durchwirkten Zusammenhänge mit beeindruckender Detailkenntnis zu schildern weiß, will jene Frage nicht verstummen, die bereits vor über 15 Jahren Stephan Dressler aufwarf: „ob wirklich allein die Tatsache, dass Karl Jaspers zu den vehementesten Ablehnern der Psychoanalyse und Viktor von Weizsäcker zu ihren stärksten Befürwortern zählte, ausschlaggebend für die Differenzen zwischen Jaspers und Weizsäcker war.“⁶⁴

⁶¹ Vgl. Carl Eduard Scheidt, Die Rezeption der Psychoanalyse in der deutschsprachigen Philosophie vor 1940. Suhrkamp, Frankfurt/M. 1986, hier S. 66 ff; aber auch Alexander Mitscherlich, Ein Leben für die Psychoanalyse. Anmerkungen zu meiner Zeit. Suhrkamp, Frankfurt/M. 1980, hier S. 124.

⁶² Vgl. Alexander Mitscherlich, Kritik oder Politik? *Psyche* 4 (1951) S. 241–254, zit. nach ders., Ges. Schriften, Bd. VII, S. 164–183. Suhrkamp, Frankfurt/M. 1983, hier S. 183. Zur „Historisierung der Psychoanalyse“, vgl. in der Studie von Matthias Bormuth S. 167–174. Weitere Hinweise hierauf erfolgen im Text mit in Klammern gesetzten Seitenzahlen.

⁶³ Bormuth stellt die entsprechenden Ausführungen in der Neuausgabe der „Allgemeinen Psychopathologie“ unter das Motto „Lob der Psychosomatik“ (187–196), macht aber gleichwohl die unverkennbare Differenz im Verständnis der ärztlichen Aufgaben zwischen Jaspers und Weizsäcker deutlich.

⁶⁴ Stephan Dressler, Zwischen Philosophie und Medizin. Karl Jaspers und Viktor von Weizsäcker. *psychomed* 2 (1990), S. 253–255, hier S. 255. Es fällt auf, dass die bislang vorliegenden systematischen Untersuchungen zum Verhältnis Weizsäckers zur Freudschen Psychoanalyse in der vorliegenden Studie keine Erwähnung finden. Vgl. Hans Stoffels, Umgang mit dem Widerstand. Eine anthropologische Studie zur psychotherapeutischen Praxis. Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen 1986; Thomas Reuster, Viktor von Weizsäckers Rezeption der Psychoanalyse. frommann-holzboog, Stuttgart 1990.

⁶⁰ Karl Jaspers, Arzt und Patient. *Studium Generale* 6 (1953), Heft 8, zit. nach ders., Der Arzt im technischen Zeitalter, S. 19–38. Piper, München 1986, hier S. 25.

Bormuth folgt indes – wofür die rhetorische Verschmelzung von Psychoanalyse und Psychosomatik in der Polemik von Jaspers gegen Weizsäcker gewissen Anlass gibt – weitgehend der bereits von Mitscherlich favorisierten Deutung. Damit aber wird nicht nur eine ganz andere Dimension übersehen, die die Differenz zwischen Jaspers und Weizsäcker überraschend aktuell werden lässt, mehr noch bleibt beim Leser hinsichtlich der von Weizsäcker begründeten anthropologischen Medizin das durch Jaspers' Polemik insinuierte Urteil der philosophischen Konfusion und mangelnden ärztlichen Kompetenz zurück.⁶⁵ So muss es enttäuschen, dass die vorliegende Untersuchung beim Umgang mit Werk und Person Viktor von Weizsäckers nicht jene Neutralität der Darstellung zu wahren vermag, für die sie – freilich mit Einschränkungen – im Fall der Freudschen und Jasperschen Positionen andernorts gerühmt wurde.⁶⁶ Dies wiegt umso schwerer, als es von Weizsäcker selbst keine Antworten auf die Jasperschen Einlassungen gibt, so dass es allein dem Referat des Weizsäckerschen Ansatzes zukäme, einen korrekten Eindruck von der in Kritik stehenden Sache zu vermitteln. Stattdessen findet man eher beiläufig in den Fußnoten platzierte Hinweise, deren Fragwürdigkeit dem unkundigen Leser auf problematische Weise verborgen bleiben muss (190, FN 104; 199, FN 9; 238, FN 25).⁶⁷ Dennoch ist man geneigt, sowohl dieses als auch die flüchtigen und ungenauen Ausführungen zu Themen des Weizsäckerschen Werkes, sei es die eigenartige Rede von einer „Apologie des ‚ungelebten Lebens‘“, die gar zu lockere Skizze seines psychosomatischen Ansatzes (235 ff) oder dessen Verbindung mit einer „holistischen Sichtweise“ (246 ff), mehr noch als dem Autor der eingangs erwähnten Rezeptionslage anzulasten.⁶⁸ Zumal Weizsäckers Medizinische Anthropologie nicht eigentlich im Fokus der vorliegenden Untersuchung liegt, sondern über die Konkurrenzsituation zwei Lebensführungskonzepte eher partiell in den Blick kommt. Doch angesichts Weizsäckers eigener Kritik an Freud – von der bezeichnenderweise nicht die Rede ist – und der sein

Hauptwerk *Der Gestaltkreis* kennzeichnenden methodologischen Diskussion der Bedingungen ärztlichen Wissens und Handelns, fällt auf die befremdliche Polemik, mit der Jaspers Weizsäcker begegnet, ein anderes Licht.

Besonders deutlich wird dies, wenn Jaspers „die Naturwissenschaft und das durch sie begründete Können und damit das klare methodische Bewusstsein von den kausalen Wirkungen und ihren Grenzen“ als maßgebendes „Werkzeug“ des Arztes betrachtet,⁶⁹ und folglich das „Nichtobjektivierbare“ am ‚Objekt der Medizin‘ nicht in „das wissenschaftlich begründete ärztliche Tun als einen wissenschaftlich erkennbaren Faktor“ einbeziehen kann.⁷⁰ Für Jaspers gilt: „Arzt bin ich durch Sachkunde, und Sachkunde setzt Objektivierung, Objektivierung die Distanzierung voraus.“⁷¹ Der Autor vorliegender Studie verkennt nicht diese eigentümliche Engführung im Jasperschen Medizinverständnis, wonach weder die „Suche nach ‚verstehbaren Sinnzusammenhängen‘ der Krankheit“ (246) noch „biographische Bedingungsfaktoren psychischer Erkrankungen ... zum Problem der wissenschaftlichen Medizin werden“ dürfen (305); es hierbei vielmehr um eine allein „philosophisch oder dichterisch zu erhellende Tiefe des Menschseins“ gehe (193).⁷² Ebenso findet Erwähnung, dass sich Jaspers mit dieser „fast“ (?) positivistischen Auslegung (304) selbst von Webers Wertfreiheitspostulat entferne (148), und damit „der medizinischen Wirklichkeit nicht gerecht“ werde (334). Umso mehr muss es verwundern, dass dem Autor dieser auch einen medizinethischen Anspruch erhebenden Untersuchung (335) jene andere Dimension der Differenz zwischen Jaspers und Weizsäcker völlig verborgen bleibt: nämlich die des wissenschaftlichen Status der Medizin und der Bestimmung von deren Wissens-, Urteils- und Handlungsformen.⁷³

Nicht erst die aktuellen Diskussionen zu den Optionen einer naturwissenschaftlich forcierten Diagnostik und Therapie lassen es

⁶⁵ Besonderen Nachdruck erhält dieses Urteil durch ein Zitat aus einem Brief von Karl Jaspers an Gerhard Krüger vom 16.04.1947, in dem Jaspers einräumt, zu Weizsäcker „als Arzt ... kein großes Vertrauen haben“ zu können, und dessen Philosophie als „schlechte Philosophie“ bezeichnet (250). Desweiteren wird aus einem Brief Karl Löwiths an Jaspers vom 12.10.1953 zitiert, die „maßlose Psychologisierung“ betreffend, „wie sie hier in Heidelberg in dem Kreis um v. Weizsäcker herrscht“ (255).

⁶⁶ Vgl. hierzu die Rezension von Hartmut Raguse in der Theologischen Literaturzeitung 128 (2003) 9, S. 925–927.

⁶⁷ Im Gestus der Selbstverständlichkeit davon zu sprechen, dass die „Psychosomatik“ Weizsäckers „offenkundig ... auf einem paternalistisch ausgerichteten Arzt-Patient-Verhältnis“ (237) beruhe, bedient zunächst nur ein geläufiges Vorurteil. Wird jedoch als Beleg statt der Schriften Weizsäckers ein erkennbar polemischer Traktat herangezogen, so geht dies zu Lasten eines hohen philologischen Gutes: der Quellenkritik.

⁶⁸ Exemplarisch hierfür ist die ubiquitäre Formel von der „Ganzheitlichkeit“, die in unreflektierter Weise sowohl affirmativ als auch kritisch mit Weizsäckers Werk verbunden wird. So kommt in der vorliegenden Arbeit weder Weizsäckers dezidierte Absage an die Formel von der Ganzheitlichkeit zur Sprache, noch verrät deren Applikation auch nur entfernte Kenntnis vom Anliegen der Weizsäckerschen Gestaltkreislehre als einer empirisch gestützten Erkenntniskritik. Überdies ist es weithin typisch für die Rezeption, zentrale Begriffsprägungen Weizsäckers – im vorliegenden Fall die Rede von der „Wirksamkeit (1) des ungelebten Lebens“ – ohne jeden Hinweis auf Genese und Kontext argumentativ zu nutzen. Hinzu kommt, dass die sprachliche Eigentümlichkeit dieser Prägungen allemal zur pejorativen Lektüre einlädt.

⁶⁹ Karl Jaspers, Zur Kritik der Psychoanalyse, *Der Nervenarzt* 31 (1950) 465–468, zit. nach ders. *Der Arzt im technischen Zeitalter*, a.a.O., S. 59–67, hier S. 67.

⁷⁰ Karl Jaspers, *Arzt und Patient*, a.a.O., S. 28.

⁷¹ Ebd., S. 27.

⁷² Alexander Mitscherlich spricht in diesem Zusammenhang von „philosophischem Hochmut“ in dem der „totalitäre Anspruch des Philosophen“ zum Ausdruck komme (Kritik oder Politik?, a.a.O., S. 179 f). Dennoch scheint die Position von Jaspers keineswegs so eindeutig zu sein, wie es Mitscherlich oder aber die vorliegende Studie insinuiert. Zum einen erkennt er sehr genau die Tragweite des Weizsäckerschen Ansatzes, insofern sich dieser „auf dem Weg einer radikal neuen Erkenntnis des gesamten leiblichen Geschehens“ befindet (193), auch weiß er von „der Teilnahme des Arztes am Schicksal des Anderen“ und der Spannung zwischen Erklärung und Erzählung (192), schließlich aber ist für ihn der „Mensch stets mehr, als von ihm erkannt wird. Daher darf der Arzt ... nie das Bewusstsein von der Unerschöpfbarkeit und Rätselhaftigkeit jedes einzelnen Menschen verlieren“ (228). Selbst die von unserem Autor akzentuierte Trennung zwischen „Dichtung und Philosophie“ und dem „eigentlichen Aufgabenbereich des Arztes“ liest sich in der zitierten Jasperschen Schrift etwas anders (246). Auch steht die Aufforderung, „nicht mit der scheinbaren Autorität wissenschaftlichen Wissens dem Patienten Vorgaben bei der Ausdeutung seiner Persönlichkeit zu machen“ (196) nicht im Widerspruch zu dem, was Weizsäcker die „ärztliche Grundhaltung“ nennt.

⁷³ Bei aller Ambivalenz in der näheren Bestimmung der ärztlichen Aufgaben und des wissenschaftlichen Status der Medizin, wie sie den Schriften von Jaspers eignet, mag ein Motiv der Polemik gegenüber Weizsäcker in dessen grundsätzlich anderer Beurteilung des Stellenwertes

fragwürdig erscheinen, die Jaspersche Polemik – wie es in der vorliegenden Studie geschieht – allein damit zu rechtfertigen, dass ihr daran gelegen sei, das „Innenleben“ des Patienten als ein letztes „Refugium individueller Sinnbildungen in der Moderne“ (195) vor dem vermeintlichen Zugriff psychoanalytischer Psychosomatik und deren biographischer Maßgaben zu schützen (193, 329). Solch enge Perspektive impliziert nicht nur eine problematische Geringschätzung kultureller, religiöser und sozialer Konnotationen patho- und salutogenetischer Prozesse, sie verkennt überdies den wissenschaftshistorischen und methodologischen Wert des Weizsäcker'schen Versuchs, in neuer und radikaler Weise nach den *anthropologischen* Bedingungen der Möglichkeit therapeutischen Handelns zu fragen.⁷⁴ Vor allem aber verdrängt die unnötige Aufwertung der Kontroverse zwischen Jaspers und Weizsäcker die für die gegenwärtigen Sachdiskussionen nicht unbedeutende Nähe beider in anthropologischen Kernaussagen, wie sie zugleich eine bemerkenswerte philosophische Differenz ignoriert.⁷⁵ Gerade dieser Differenz aber kommt für das Verhältnis von Krankheit und Moderne weitreichende Bedeutung zu. Einen verhaltenen Hinweis hierzu gibt die Skizze der kritischen Einwendungen von Jeanne Hersch, Hannah Arendt und Gerhard Krüger hinsichtlich der bei Jaspers zu beobachtenden „Überlastung der Autonomie“, insofern er „alle Legitimierungslast dem Individuum aufbürdet“ (265, 287ff). Nimmt man die Frage nach der Autonomie als eigentliche Differenz zwischen Jaspers und Weizsäcker in den Blick, so möchte man dem lebenslang ärztlich tätigen Weizsäcker den größeren

anthropologischen Realismus zubilligen. Grundet dieser letztlich in der durch Kierkegaards Negativismus bekräftigten Anerkennung des *status corruptionis* des Menschen, so mag andererseits der Versuch zu dessen Überwindung für den philosophischen Eros bei Jaspers stehen. Insofern rührt die Differenz zwischen Jaspers und Weizsäcker von einer großen Nähe her: vom gemeinsamen Ausgang bei Sören Kierkegaard.⁷⁶ Über die Rekonstruktion einer unfruchtbaren Polemik hinaus, erschiene es lohnenswert, aus der Konfrontation der beiden Zeitgenossen nicht nur eine Aufklärung der Bedingungen gelingender Lebensvollzüge in der Moderne zu gewinnen, sondern mehr noch einen grundlegenden Beitrag zur anthropologischen Kritik moderner Medizin – dies aber liegt vermutlich jenseits der Aufgabenstellung vorliegender Untersuchung.

Vorankündigung

Die Viktor von Weizsäcker Gesellschaft beteiligt sich an der Organisation eines interdisziplinären Symposiums: *Grenzen des Lebens – Grenzen der Verständigung*, 18. bis 22. Juli 2007, Eberhard Karls Universität Tübingen (Schloß Hohentübingen, Fürstenzimmer). Träger ist das „Deutsch-ostasiatische Wissenschaftsforum e.V.“ (Tübingen – Stuttgart – Hohenheim, Geschäftsführung: Dr. Karin Moser v. Filseck).

Es geht um Grundsatzfragen sowohl der „Medizinischen Anthropologie“ als auch der aktuellen interkulturellen Debatte. Gerade in diesem doppelseitigen Horizont hat das Werk Viktor von Weizsäcker einen signifikanten Beitrag zu leisten. Die auffallende Rezeption seiner Schriften in Japan ist hierfür ein bemerkenswertes Indiz.

Unter vier Aspekten widmen sich Mediziner, Philosophen, Juristen und Literaturwissenschaftler ihrer doppelten Grenzbeachtung: 1) Sprache – Schweigen – Sprachlosigkeit; 2) Angst – Trauer – Hoffnung; 3) Leben – Liebe – Tod; 4) Arbeit – Ruhe – Muße. Aus dem Kreis der Weizsäcker-Gesellschaft nehmen als Referenten u.a. Toshihiko Hamanaka und Michael Schmidt-Degenhard teil. Eine genauere Mitteilung erfolgt in der ersten Jahreshälfte 2007.

Auskunft:

Dr. Hartwig Wiedebach, Georg-Boehringer-Weg 37, 73033 Göppingen; Tel./Fax: ++49-(0)7161 – 24958, E-mail: wiedebach@freenet.de

der Naturwissenschaften für die Medizin gelegen haben. Damit geht es um den Zusammenhang von Begrifflichkeit und Normativität, wobei weniger das Wertfreiheitspostulat Max Webers als vielmehr die Wertphilosophie Max Schelers maßgebend wird. Gerade in medizin-ethischer Hinsicht ist es nicht von geringem Interesse, wenn Weizsäcker fordert, dass der „Begriff der menschlichen Krankheit“ kein naturwissenschaftlicher, sondern ein „anthropologischer“ sein müsse. Vgl. Viktor von Weizsäcker, *Der Begriff der allgemeinen Medizin* (1947), in: *Ges. Schriften*, Bd. 7, S. 135 – 196, hier S. 155, 163. In neuerer Zeit sind diese Fragen besonders intensiv von Wolfgang Wieland behandelt worden, nicht zu vergessen die beiden in dieser Hinsicht klassischen Autoren: der polnische Mikrobiologe Ludwik Fleck und der französische Medizinhistoriker Georges Canguilhem.

⁷⁴ Hier kommt ein weiteres Bestimmungsstück für die Differenz zwischen Jaspers und Weizsäcker in den Blick, nämlich der Zusammenhang von Geschichte und Therapie, wie er in der „biographischen Methode“ entfaltet wird. Mit dem von Weizsäcker eingeführten Dualismus von ontisch und pathisch verbindet sich eine Umdeutung des herkömmlichen Verständnisses von Kausalität, wodurch sich interessante Verbindungen zur „anthropologischen Wende“ in den Geschichtswissenschaften (Lothar Gall, Reinhart Koselleck) und den Untersuchungen Paul Ricoeurs zur „narrativen Identität“ eröffnen. Einige Andeutungen zu diesem Desiderat der Weizsäcker-Rezeption finden sich bei Rainer-M. E. Jacobi, *Leben, Tod und Geschichte*. Zu Viktor von Weizsäcker's pathischer Anthropologie, in: ders. (Hrsg.), *Geschichte zwischen Erlebnis und Erkenntnis*, S. 351 – 378, Duncker & Humblot, Berlin 2000.

⁷⁵ Die bislang vermutlich einzige Arbeit zu Jaspers und Weizsäcker in medizin-philosophischer Hinsicht aus der Feder eines der wenigen Kenner beider Werke, fand – wie es scheint – in der vorliegenden Untersuchung keine Beachtung. Vgl. Reiner Wiehl, *Grenzsituation und pathische Existenz*, in: Wessel, K. F., Förster, W., Jacobi, R.-M.E. (Hrsg.), *Herkunft, Krise und Wandlung der modernen Medizin*, S. 206 – 220. Kleine, Bielefeld 1994. So darf angenommen werden, dass bei zureichender Kenntnis beider Werke der Jasperschen Polemik gegenüber Weizsäcker ein anderer Stellenwert zukommt, als es die vorliegende Untersuchung nahe zu legen scheint. Auch würde es nicht überraschen, feststellen zu müssen, dass diese Polemik schwerlich jenem Anspruch genügt, den Jaspers lange vor seinen Einlassungen ge-

gen Weizsäcker für eine „philosophische Polemik“ selbst erhebt. Vgl. Karl Jaspers, *Der Kampfcharakter des Denkens*, in: ders., *Von der Wahrheit*, S. 315 – 320. Piper, München 1947; aber auch später ders., *Nachwort* (1955) zu meiner „Philosophie“ (1931), in: ders., *Philosophie I. Philosophische Weltorientierung*, S. XV–LV. Springer, Heidelberg 1956, hier S. XXXff.

⁷⁶ Zum Einfluss von Kierkegaard auf Jaspers vgl. Michael Theunissen und Wilfried Greve, *Materialien zur Philosophie Sören Kierkegaards*, S. 62 – 66. Suhrkamp, Frankfurt/M. 1979. Einen Versuch zum Zusammenhang von Kierkegaards Negativismus mit dem Therapieverständnis anthropologischer Medizin hofft der Rezensent in naher Zukunft vorlegen zu können.