

Günther Pöltner

# Ethische Dimensionen psychotherapeutischen Handelns

## Ethical Dimensions of Therapeutic Practice

**Abstract** The therapeutic relationship is both the patient's and the therapist's responsibility. It is the patient's responsibility to accept help and to choose the right therapist. The ethical requirements for the therapist comprise, on the one hand, his or her commitment to the psychotherapeutic ethos (informing the patient about the therapeutic treatment; ability of self-criticism regarding the patient's consent or refusal of the treatment, but also the influence of the therapist's own values and norms on the psychotherapeutic practice, as well as his or her alignment to the patient between closeness and distance; no abuse of the patient; considering therapeutic effects on the patient's relationships outside the therapeutic practice relation and on third parties) and, on the other hand, the therapist's concern about therapeutic knowledge and – given the fact that any therapeutic act is guided by anthropological background knowledge – the therapist's appreciation of an anthropology that is adequate to the human mode being.

### Key words:

Therapeutic relationship; Patient's responsibility; Choice of the therapist; Psychotherapeutic ethos; Relation between ethics and anthropology.

## 1. Therapeutisches Handeln als Antwort auf die Situation von Not und Hilfe

Überlegungen zu einer Ethik psychotherapeutischen Handelns tun gut daran, angesichts überzogener Vorstellungen gleich eingangs Möglichkeit und Aufgabe einer Ethik in Erinnerung zu rufen.

### 1.1 Aufgabe einer Ethik

Ethik ist von Ethos (Moral) zu unterscheiden. Unter Ethos (Moral) wird die konkret-geschichtliche Form der Sittlichkeit einer Gruppe, Gesellschaft oder Epoche verstanden. Das Ethos umfasst Handlungsregeln, Grundhaltungen, Wertmaßstäbe, Sinnvorstellungen sowie deren Institutionalisierungen. Ethik hingegen ist die philosophische Wissenschaft vom Ethos. Sie ist nicht einfach die Verlängerung des moralischen Hausverstandes eines Menschen, im gegebenen Fall die des Therapeuten, sondern die methodisch-kritische Reflexion auf das Handeln unter dem Gesichtspunkt der Differenz von verantwortlich/verwerflich. Ethik liefert keine Handlungsanweisungen, sondern nennt die relevanten Gesichtspunkte ihrer Findung. Sie kann unerkannte Wertungen sichtbar machen, die Sensibilität für ethische Probleme wecken und fördern, in Argumenten verwendete Begriffe klären, Begründungen prüfen, Kriterien für Güterabwägungen beisteuern, Methoden ethischer Urteilsbildung erarbeiten. Das alles kann sie – aber eines kann sie nicht: Sie kann niemandem die ethische Urteilsbildung und die Verantwortung für das Handeln abnehmen. Wie im konkreten Einzelfall nach Erwägung aller situationsrelevanten Gesichtspunkte

zu handeln ist, muss jeder selbst finden. Soll eine Handlung sittlich genannt werden, müssen *alle* ihre *Strukturmomente* richtig sein. Es müssen nicht nur das *Ziel* und die *Absicht*, sondern auch die *Wege* und *Mittel* zu ihrer Erreichung stimmen (ein therapeutischer Zweck heiligt nicht schon jedes Mittel zu seiner Realisierung), das Handeln muss *situationsgerecht* sein, und es müssen seine voraussehbaren *Folgen* verantwortet werden können.

### 1.2 Therapeutisches Handeln als mitmenschliche Beziehung

Therapeutisches Handeln ist eine besondere Form *mitmenschlicher Praxis* die auf eine spezifische Situation von Not und Hilfe antwortet. Wie jedes menschliche Handeln ist auch das therapeutische Handeln zu verantworten und demnach einer Beurteilung unter Gesichtspunkten der Sittlichkeit zugänglich. Dieser Sachverhalt gewinnt beim *psychotherapeutischen* Handeln insofern sein besonderes Gewicht, als dieses das *krankhaft eingeengte Frei-sein-Können* eines Menschen und damit den Quellgrund seines Handelns selbst betrifft. Von daher verstehen sich die entsprechenden ethischen Probleme. Diese werden zwar durch verschiedene Situationen – zu denken wäre z.B. an Gruppentherapien oder an stationäre oder teilstationäre Aufenthalte in einer Klinik – sowie durch die Erweiterung des involvierten Personenkreises modifiziert, in ihrem Kernbestand aber nicht wesentlich verändert.

Der Aufruf zu verantwortlichem Handeln richtet sich nicht bloß an die

---

Korrespondenz: Univ.-Prof. Mag. Dr. Günther Pöltner, Pötzleinsdorfer Straße 99, 1180 Wien, Österreich.

## Zusammenfassung

Die therapeutische Beziehung steht in der Verantwortung von Patient und Therapeut. Zur Verantwortung des Patienten gehört die Bereitschaft, sich helfen zu lassen, sowie die rechte Wahl des Therapeuten. Zu den ethischen Anforderungen an den Therapeuten gehört einerseits die Verpflichtung auf das psychotherapeutische Ethos (Patientenaufklärung, Fähigkeit zur Selbstkritik im Hinblick auf Zustimmung oder Ablehnung der Behandlung sowie auf das Einfließen eigener Wertvorstellungen in die psychotherapeutische Praxis, Einnehmen der rechten Mitte zwischen Nähe und Distanz zum Patienten, kein Missbrauch des Patienten, Berücksichtigung der Therapieauswirkungen auch auf die außertherapeutischen Beziehungen des Patienten sowie auf Dritte) und andererseits die Sorge um therapeutisches Wissen sowie um eine menschengerechte Anthropologie angesichts der Tatsache, dass jedes therapeutische Handeln von einem anthropologischen Hintergrundwissen geleitet ist.

### Schlüsselwörter:

Therapeutische Beziehung; Verantwortung des Patienten; Wahl des Therapeuten; psychotherapeutisches Ethos; Zusammenhang von Ethik und Anthropologie.

Zweierbeziehung Therapeut/Patient – wenngleich er hier besonders eindringlich sein mag –, sondern ergeht an alle von der therapeutischen Situation Betroffenen – wenn auch in unterschiedlicher Weise. Er gestaltet sich anders für den Therapeuten, anders für den Patienten, anders für die dem Patienten sonst nahe stehenden Mitmenschen. Die therapeutische Beziehung wirkt sich ja so oder so auf die Lebenspraxis des Patienten und damit auf seine mitmenschlichen Beziehungen aus. Auf die Stationen dieser sich wandelnden Lebenspraxis müssen die anderen entsprechend eingehen. Vor allem wird der *Therapeut* die Auswirkungen seines Handelns auf die außertherapeutischen mitmenschlichen Beziehungen seines Patienten berücksichtigen<sup>1</sup> und die möglicherweise schädigenden Folgen seines Vorgehens nicht nur in Bezug auf den Patienten, sondern auch für Dritte bedenken. Weil der Mensch *wesenhaft Mitmensch* ist,<sup>2</sup> darf die Sorge um das Wohl des Patienten nicht individualistisch missdeutet werden.<sup>3</sup>

Die psychotherapeutische Situation ist nicht einfach eine Notsituation – in einer Notsituation können sich auch Gesunde befinden –, sondern eine vom *Krank-Sein* eines Mitmenschen geprägte Notsituation. Hier gilt schon ganz allgemein, „dass alles Krank-Sein ein-

heitlich als Beeinträchtigung der Bewegungsfreiheit eines Menschen im umfassenden Sinn dieses Wortes zu betrachten ist, dass bei jeder Art menschlichen Krank-Seins bestimmte Verhaltensmöglichkeiten gegenüber dem in der Welt Begegnenden mehr als andere Weltbezüge der freien Verfügung eines Menschen entzogen bleiben“ (Boss 1975, S. 524). Krank-Sein und Gesund-Sein sind in erster Linie Existenzweisen des Menschen, Weisen seines Weltbezugs, wobei das Krank-Sein vom Gesund-Sein her zu begreifen ist, nicht aber umgekehrt Gesundheit im Sinne einer doppelten Negation von der Krankheit her. Damit will einem funktionalen Krankheitsbegriff keineswegs die Berechtigung abgesprochen werden, vielmehr wird derjenige phänomengerechte, ganzheitliche Verstehenshorizont benannt, in den hinein partielle Begriffe wie z.B. der funktionale Krankheitsbegriff zu reintegrieren sind.

Im psychotherapeutischen Fall betrifft das Krank-Sein in *betonter Weise* die „Gesamtexistenz des Menschen“, die „Möglichkeit des Austrags der dem Dasein gegebenen Verhaltensweisen“ (Condrau 1992, S. 299), also das *Frei-sein-Können* und damit den *Weltbezug* des Patienten. So gesehen kann die psychotherapeutische Aufgabe in der „Lösung der pathologischen Schranken“ (Boss 1975, S. 529), in der „Lösung solch krankhafter Beeinträchtigungen menschlichen In-der-Welt-Seins“ (Boss 1975, S. 526) erblickt werden.<sup>4</sup> Darauf weist im Übrigen eine Bedeutung des alten Wortes PSYCHE hin.<sup>5</sup> Mit „PSY-

<sup>1</sup> „Um Gefahren der einseitigen Identifikation mit dem Patienten zu begegnen, sollte der Therapeut in seiner Ausbildung lernen, die Lebenssituation und die Lebensumwelt des Patienten verantwortlich im Blick zu haben und sich bewusst zu sein, welche Verschiebungen sich im Beziehungsgefüge des Patienten dadurch ergeben, dass dieser im Therapeuten plötzlich eine neue wesentliche Bezugsperson hat“ (Kottje-Birnbacher und Birnbacher, 1999, S. 42).

<sup>2</sup> Die individualistische Missdeutung entstammt einer Anthropologie, für die der Mensch primär ein asoziales Einzelwesen ist, das in Beziehungen tritt, um selbstschädigende Folgen egoistischen Weltverhaltens zu verhindern.

<sup>3</sup> „Man muss sich gelegentlich über die Nonchalance wundern, mit der manche Therapeuten für das reale oder vermeintliche Wohl eines individuellen Patienten selbst erhebliche Schädigungen Dritter in Kauf zu nehmen bereit sind, etwa therapieinduzierte Beziehungsschwierigkeiten, Beziehungsabbrüche und Schuldzuweisungen an Eltern und Lebenspartner. ... Ethisches Ziel kann nur die befriedigende Entwicklung aller Beteiligten sein“ (Kottje-Birnbacher und Birnbacher, 1999, S. 41).

<sup>4</sup> Siehe dazu Wucherer-Huldenfeld (1999, S 222): Als selbst zur Freiheit Befreiten „ist es uns immer schon aufgegeben, einander zur Freiheit freizugeben und zu befreien. Je eigene Freiheit besteht dann auch im Vermögen der Befreiung Anderer aus Verhältnissen erlernter Unmündigkeit und Unfreiheit zur Übernahme und Annahme ihrer je eigenen Freiheit zum Sichbefreienlassen und Sichbefreien zur Freiheit ... Befreien und Befreiung ist dann nicht nur eine *conditio sine qua non* zur Überwindung von Unfreiheit, sondern höchste Möglichkeit und Schuldigkeit menschlicher Freiheit“.

<sup>5</sup> Ein Nachklang des Wortes PSYCHE findet sich in der allgemeinen Zielbestimmung von Psychotherapie als einer Befreiung des Patienten zu größerer Freiheit – womit freilich noch nichts über die konkreten therapeutischen Wege und Mittel zur Erreichung dieses Zieles gesagt ist.

CHE“ bezeichnete Aristoteles nicht ein Behältnis für allerhand Vorstellungen, sondern die Offenständigkeit des Menschen für die Welt und für die Bedeutung des in ihr Anwesenden. Kraft der PSYCHE ist der Mensch gewissermaßen alles – PANTA POS ESTIN –, d.h., er kann nach schlechthin allem fragen und sich von allem, was ist, so oder so in Anspruch nehmen lassen, er kennt den Unterschied zwischen richtig und falsch, zwischen nützlich und sinnvoll. Wie leicht ersichtlich, ist dieser sprachliche Hinweis nicht bloß von historischem Interesse, sondern von zutiefst sachlicher Relevanz für ein sachgemäßes Verständnis von Psychotherapie.<sup>6</sup> Dem psychisch Kranken sind gewisse Möglichkeiten der Ansprechbarkeit und antwortenden Praxis verschlossen. Sein Weltbezug ist in einer Weise betroffen, die Leiden hervorruft.<sup>7</sup> Der Weltbezug umfasst verschiedene Grundzüge, die hier nicht entfaltet, sondern nur angedeutet werden können. Zu nennen wären z.B. das Sein als Mitmensch (der Mensch ist wesentlich ein relationales Wesen), das Leiblichsein (jeder ist sein Leib, indem er ihn hat), das Geschlechtlichsein, Räumlichsein, Zeitlichsein (d.i. das verstehende Verhalten zu Gewesenen, Gegenwärtigem, Künftigem), das Gestimmtsein, das Wissen um Anfang und Ende der Welt-offenheit, d.i. um das einmal Nicht-Dagewesensein und das künftige Nicht-Dasein. Die Grundzüge menschlichen Daseins *reflektiert* zu haben, ist schon deshalb unerlässlich, weil sich ein verantwortungsbewusstes therapeutisches Handeln nicht bei vagen Vorstellungen von Menschsein begnügen kann.

Für das ärztliche Handeln gilt allgemein, dass es nicht nur Heilung, sondern auch (in welcher modifizierter Weise auch immer) so etwas wie eine existenzielle Hilfe umfasst. Jedenfalls macht die Fähigkeit zu einer einfühlsamen und unaufdringlichen Lebenshilfe den guten Arzt im Unterschied zum bloß sachkundigen Mediziner aus. Dies gilt a fortiori

<sup>6</sup> Wenn es etwa im Pschyrembel heißt, Psychotherapie sei der „Oberbegriff für alle Formen der Behandlung von psychischen und psychosomatischen (unter Einbeziehung körperlicher Faktoren) Störungen und Erkrankungen mit psychologischen Mitteln“, ist die Rückfrage unerlässlich, was unter PSYCHE verstanden wird (Pschyrembel, Klinisches Wörterbuch, 259. Aufl., 2002).  
<sup>7</sup> Vgl. auch Waldenfels (1999).

für das psychotherapeutische Handeln. Wenn nämlich uns Menschen die Freiheit in der Weise vorgegeben ist, dass sie uns zum Vollbringen aufgegeben ist, und wenn Psychotherapie insbesondere das Frei-sein-Können des Menschen betrifft, dann muss Psychotherapie „sowohl Heilbehandlung wie Lebenshilfe“ sein (Condrau 1992, S. 299).

Psychotherapie ist Therapie im *engeren* Wortsinn, d.h., sie ist *Heilbehandlung*. Dies ist nicht zuletzt aus ethischen Gründen zum Schutz des Patienten vor utopischen Selbstverwirklichungswünschen, modischem Psychoboom und den Ganzheitsphantasien der Esoterikellen festzuhalten. Eine Heilbehandlung unterscheidet sich von anderen Formen eines Heilens intendierenden Handelns, indem sie von *sachgegründetem Wissen* geleitet ist.<sup>8</sup> Ein Therapeut trägt demnach eine zweifache Verantwortung: (a) eine für die Tragfähigkeit der therapeutischen Beziehung als einer besonderen Form mitmenschlicher Beziehung und damit für seinen Patienten und (b) eine für sein therapeutisches Wissen zur Vermeidung von Fehleinschätzungen (Weiterbildung, Erfahrungsaustausch). Verantwortung für die therapeutische Beziehung trägt freilich auch der Patient.

## 2. Ethische Anforderungen der Therapeut-Patient-Beziehung

### 2.1 Das menschliche Miteinander als Fundament therapeutischen Handelns

Die mitmenschliche Beziehung zwischen Therapeut und Patient bildet das Fundament therapeutischen Handelns, sie besitzt „in jeder Form der Psychotherapie eine zentrale Bedeutung für den Heilungsprozess“ (Condrau 1992, S. 265). *Beide* – Patient und Therapeut – tragen Verantwortung für das Gelingen der Therapie. Es ist zwar eine bekannte Einsicht, dass der therapeutische Erfolg von der mitmenschlichen Stimmigkeit

<sup>8</sup> „Das Auszeichnende an der Therapie liegt nämlich darin, dass das Handeln des Arztes ein *wissendes* Handeln – bzw. ein wissentliches Tun sein muss“ (Fédier, 1991, S. 149).

der Therapeut-Patient-Beziehung mitbestimmt ist.<sup>9</sup> Trotzdem schadet es nicht, sie sich zwischendurch in Erinnerung zu rufen, weil sie auf einen Grundzug menschlicher Freiheit – *verdankte* Freiheit zu sein – aufmerksam macht. Freisein ereignet sich als Freigegebenwerden. Eines geschieht als das andere. Wir können – genauer: wir dürfen – frei werden in der Freigabe durch andere. Therapie wird notwendig, wenn die Freigabe mangelhaft gewesen ist. Das Gewesene ist nicht einfach das Vergangene, Abgeschlossene, nicht mehr Existente, vielmehr besitzt es eine die Gegenwart und Zukunft mitbestimmende Präsenz. Es ist verborgen anwesend. Gewesenheit, Gegenwart, Zukunft sind gleichursprüngliche Dimensionen menschlicher Freiheit, keine ist ohne die andere. Deswegen gehört es zu einer Therapie, das verborgen Anwesende zu entbergen und den Patienten in ein neues Verhältnis zum Gewesenen gelangen zu lassen. Und deshalb ist eine Gesundung an die ausdrückliche Kenntnis auch des Gewesenen gebunden.<sup>10</sup>

### 2.2 Die therapeutische Beziehung als Einheit von Asymmetrie und Gleichheit

Die therapeutische Situation ist insofern eine besondere Situation der Freigabe, als sie durch Asymmetrie und Gleichheit charakterisiert ist. In ihr herrscht *Asymmetrie* aufgrund der Hilfsbedürftigkeit und der damit gegebenen emotionalen Abhängigkeit des Patienten. Es liegt auf der Hand, dass dies auf der Seite des Therapeuten Missbrauchsmöglichkeiten eröffnet, über die er sich Rechenschaft

<sup>9</sup> Ein Übermaß an Differenz wie an Nähe der Übereinstimmung kann gleichermaßen hinderlich sein. „Im ersten Fall muss sich der Therapeut fragen, ob seine Bereitschaft zu Verständnis, Einfühlung und therapeutischer Solidarität vielleicht überstrapaziert wird, so dass es zu keiner guten Zusammenarbeit kommen kann. Im umgekehrten Fall zu großer Ähnlichkeit muss er sich fragen, ob Sympathie mit dem Patienten nicht vielleicht dadurch kontraproduktiv wird, dass sie ihn zu einer überstarken Identifikation verleitet“ (Kottje-Birnbacher und Birnbacher, 1999, S. 46).

<sup>10</sup> Dieser Satz will recht verstanden werden. Er hebt nicht einseitig den kognitiven Aspekt hervor und redet keineswegs einer Verengung von Psychotherapie auf eine Aufklärung durch Einsicht das Wort.

## Les dimensions éthiques de l'intervention psychothérapeutique

**Résumé** Nous considérons l'acte thérapeutique comme une forme particulière de praxis interactionnelle répondant à une situation de besoin et de demande spécifique. Comme tout autre forme d'intervention, il doit être évalué du point de vue de ses aspects moraux. La dimension éthique acquiert une importance toute particulière en psychothérapie puisque cette dernière intervient au moment précis où une pathologie enlève à un être humain une partie de son libre-arbitre et donc de ses possibilités mêmes d'agir. La responsabilité doit être assumée par tous les acteurs concernés par la situation psychothérapeutique : elle est en rapport avec plus que la simple relation patient/thérapeute. Le patient a une responsabilité par rapport à la relation thérapeutique dans le sens où il doit être disposé à accepter de l'aide, à choisir un thérapeute lui convenant (en réalité, son choix ne sera pas toujours bien fondé) ; il doit être honnête et doit être doté d'une certaine persévérance (la guérison ne lui sera pas donnée, il devra la trouver). La responsabilité du thérapeute relève du fait que le patient lui fait confiance concernant ses compétences objectives et thérapeutiques ; elle se fonde en outre sur un respect de la dimension éthique. Le patient attend de lui qu'il se comporte de manière à ce que l'objectif thérapeutique puisse être atteint et qu'il n'exploite pas la dépendance accompagnant son besoin de soutien. Le thérapeute est responsable dès le premier entretien, au moment où il se déclare d'accord de traiter le patient. Pour qu'il puisse le faire en toute bonne conscience, il doit être capable de gérer la tension créée par sa double fonction de soignant et de

fournisseur d'une prestation rémunérée ; il doit aussi pouvoir évaluer de manière critique ses propres compétences. Il a le devoir de fournir des informations au patient concernant la méthode qu'il emploiera, l'étendue et la durée supputée du traitement, son coût, le secret professionnel, le droit qu'a le patient de déposer une plainte à son égard et d'éventuelles alternatives au traitement qu'il offre. Mais il faut aussi qu'il rejette les attentes trop élevées que peut avoir le patient (ce n'est, par exemple, pas le thérapeute qui est responsable de la qualité de vie du patient). Respecter le patient en tant que tel signifie, entre autres, réussir à trouver une position adéquate à son égard – entre proximité et distance –, ne pas abuser de lui et ne pas s'en servir pour combler des déficits personnels. Demeurer neutre ne signifie toutefois pas qu'il s'agit d'adopter un point de vue qui ne respecterait pas certaines considérations d'ordre éthique. Il arrive que le thérapeute doive apprendre au patient où sont les frontières de l'éthique. De plus, du fait que la démarche thérapeutique inclut l'interprétation de ce qu'exprime le patient, le thérapeute doit procéder de manière telle que cette interprétation soit adéquate du point de vue humain – sinon la thérapie devient un n'importe quoi. Le thérapeute doit être conscient des rapports liant éthique et anthropologie, ce qui signifie qu'il doit pouvoir rendre des comptes concernant les implications anthropologiques de ses actions. En bref, pour qu'une intervention psychothérapeutique soit adéquate du point de vue éthique il faut que le thérapeute s'efforce de saisir l'humain dans le patient à un niveau approprié.

ablegen muss. Aber Abhängigkeit als solche ist nicht schon gleichbedeutend mit Unfreiheit, wie auch Macht nicht schon mit Unterdrückung gleichzusetzen ist. Freiheit ist nicht identisch mit Unabhängigkeit. Es gibt unfrei-machende, aber auch frei-gebende Abhängigkeit. Nur so wird eines der Sinnziele einer Psychotherapie begreiflich, dem Patienten die Erfahrung freigebender Abhängigkeit zu ermöglichen und ihn so seine Selbständigkeit gewinnen zu lassen. In der psychotherapeutischen Situation herrscht andererseits *Gleichheit* weil der Patient (ob Erwachsener, Jugendlicher oder Kind) kranker *Mit-mensch* also Freiheitswesen ist und dementsprechend vom Therapeuten zu achten ist, wozu auch die Achtung anders gelagerter Lebensorientierungen gehört.<sup>11</sup> „Unter ethischen Aspekten ist hier die Forderung an den Therapeuten zu richten, von den eigenen abweichende weltanschauliche und/oder religiöse Ansichten als Ausdruck personaler Differenzen zu respektieren ... Das darf jedoch nicht dazu führen, dass religiöse und weltanschauliche Fragen in der

<sup>11</sup> Das griechische THERAPEUEIN bedeutet auch dienen, ehren.

therapeutischen Interaktion vermieden werden“ (Hartkamp 1999, S. 225 f).<sup>12</sup>

### 2.3 Die Verantwortung des Patienten für die therapeutische Beziehung

#### 2.3.1 Wahl des Therapeuten

Die Verantwortung des Patienten beginnt bereits bei der Wahl des Therapeuten. Gewiss steht hinter dieser Wahl in den meisten Fällen der Rat Dritter – ein Rat, der nicht leichtfertig, sondern überlegt gegeben und so verantwortet sein will. Es ist ja nicht gleichgültig, wer der Therapeut ist – man kann in besseren, aber auch in schlechteren Händen sein –, und einem Rat zu folgen ist ein Vertrauensakt. In ihm bekundet sich zumindest in anfänglicher Weise die Bereitschaft, sich helfen zu lassen – eine Bereitschaft, ohne die eine Therapie von vornherein zum Scheitern verurteilt ist.<sup>13</sup> Die Wahl des Therapeuten liegt allerdings insofern in der Verantwor-

<sup>12</sup> Ähnlich Kottje-Birnbacher und Birnbacher (1999, S. 44).

<sup>13</sup> Ein Umstand, der im Falle der Krankheitsuneinsichtigkeit besonders in die Augen fällt.

tung des Patienten, als es eine Differenz geben kann zwischen dem für den Patienten besseren und dem von ihm gewünschten Therapeuten. Schließlich gibt es Kranke, „die dazu neigen, sich Therapeuten auszusuchen, die ihnen nicht gefährlich werden, die ihnen die Möglichkeit offen lassen, in ihrem neurotischen Weltverhältnis zu verbleiben“ (Condrau 1992, S. 267). Damit ist der Kern der Selbstverantwortung des Patienten angesprochen: Er ist es sich schuldig, sich *helfen zu lassen* der Therapie tätig zuzustimmen, anderenfalls verbleibt alles beim Alten.

#### 2.3.2 Zulassen von Hilfe

Das Wort „lassen“ darf nicht *instrumentalistisch missverstanden* werden. Sich-helfen-Lassen bedeutet keine bedingungslose Auslieferung an einen Therapeuten, keinen Ausschluss eines Therapeutenwechsels. Das Lassen ist auch *kein Mittel* zu einem Zweck – Freisein ist nicht Zweck, sondern Lebenssinn. Sich helfen lassen meint, die therapeutische Hilfe *zulassen*. Im Lassen liegt das aktive Moment des Annehmens. Die Annahme der therapeutischen Hilfe ist kein Mittel, sondern be-

reits eine Form des Frei-sein-Könnens, nämlich die dem Patienten *als Patient* mögliche Form seines Freiheitsvollzugs. Das Zulassen der Hilfe ist schon ein erster Schritt zur Selbstannahme und bereits Einübung in das Freier-Werden. Zu ihr gehört neben vielem anderem Wahrhaftigkeit und realistischer Wille.

Wie jede andere mitmenschliche Beziehung, die gedeihen können soll, lebt auch die psychotherapeutische Beziehung von *Aufrichtigkeit* und *Wahrhaftigkeit* als Ausdruck wechselweiser Achtung. Der Patient ist aufgerufen – was oft schmerzlich ist –, alles, was sich ihm in der Therapiestunde vergegenwärtigt, mitzuteilen und es als das sein zu lassen, als was es sich zeigt: das *Peinliche als* Peinliches, das *Bedrückende als* Bedrückendes und so fort. Wie sonst sollte es zur Lösung der Leiden schaffenden Verengungen kommen und dem Gewesenen seine begrenzende Macht genommen werden können? Sodann ist zum einen realistischer *Durchhaltewille* zur Veränderung nötig, weil die Gesundheit dem Patienten selbst aufgetragen, von ihm mitzuvollziehen ist und nicht bloß therapeutisch vermittelt wird. Zum anderen ist *realistischer* Wille nötig zur Vermeidung utopischer Vorstellungen. Es gibt Überforderungen seitens des Patienten, überzogene Vorstellungen von der Stellung des Therapeuten (Steigerung zum Ideal) und vom Therapieziel (Vermittlung eines glücklichen Lebens). Die Aufgabe des Therapeuten ist es nicht, den Patienten sogleich glücklich zu machen, sondern, ihn seinen Weg finden zu lassen.

## 2.4 Verantwortung des Therapeuten

### 2.4.1 Die berechtigte Erwartung des Patienten

Die Verantwortung des Therapeuten bestimmt sich aus der berechtigten Erwartung des Patienten, dem Vertrauen auf Hilfe. Das impliziert zweierlei: ein Vertrauen (1) auf *therapeutisch-sachliche* Kompetenz, auf therapeutisches Wissen und (2) auf ein entsprechendes *psychotherapeutisches Ethos* und damit darauf, dass sein Vertrauen nicht ausgenutzt wird, das Therapieziel im Auge behalten wird, es zu keinem Missbrauch der psychotherapeutischen Kompetenz, zu keinem Ausnützen der Notsituation und der Abhängigkeit kommt, die mit seiner Hilfsbedürftigkeit gegeben ist.

### 2.4.2 Psychotherapeutisches Ethos

Das psychotherapeutische Ethos bestimmt sich aus dem Sinnziel der Therapie, das allgemein in der Befreiung zum Freisein liegt. Solch eine Befreiung setzt das eigene Freisein voraus. Nur aus anderer Freiheit und im offen gehaltenen Raum anderer Freiheit kommt Freiheit zu sich selbst. Im Blick auf die psychotherapeutische Situation gilt in besonderem Maß der alte Satz: ‚Nemo dat, quod non habet‘ (niemand kann geben, was er nicht hat) und ‚agere sequitur esse‘ (das Vollbringen folgt aus dem Sein). Der Therapeut muss dem Patienten in einer gewissen Weise voraus sein, er muss selbst schon über die Möglichkeiten freien Weltbezugs verfügen, zu denen er befreien möchte – und zwar *wissentlich* verfügen. Der Therapeut muss in das Freisein eingeübt sein und sich ständig neu einüben, um andere in die Selbständigkeit gelangen lassen zu können.<sup>14</sup> Er ist nicht bloß ein Spiegel, welcher die gestörte Beziehungsfähigkeit des Kranken sichtbar macht.

Das Gesagte soll und darf den Therapeuten nicht zu einem übermenschlichen Wesen hochstilisieren. Der Therapeut ist ja als Mensch keineswegs unbetroffen von dem, woran sein Patient leidet. Was aber verlangt werden darf und muss, ist „zumindest das Streben nach Offenständigkeit dem Begegnenden gegenüber, das Wissen um die Unvollständigkeit und Begrenztheit seiner Freiheit, ... die Anerkennung seines Leiblich- und Sterblichseins“ (Condrau 1992, S. 271).

### 2.4.3 Unterschied von sachlich-therapeutischer und mitmenschlicher Kompetenz

Dies führt auf den Unterschied von sachlich-therapeutischer und mitmenschlicher Kompetenz. Beides ist zu unterscheiden, nicht aber zu trennen.<sup>15</sup> Die Untrennbarkeit beider Kompetenzen verschärft sich im Bereich psychotherapeutischen Handelns insofern, als dieses

<sup>14</sup> Es verhält sich hier ähnlich wie in der Kunst. Man kann nur bei und mit einem Musiker musizieren lernen.

<sup>15</sup> Im Bereich des medizinischen Handelns ist er als Unterschied von mitmenschlicher Kompetenz und Behandlung *lege artis* bekannt.

ja nicht so sehr auf die leiblichen Voraussetzungen freien Weltverhaltens, sondern auf dessen Quellgrund selbst gerichtet ist. Der Therapeut steht deshalb vor der sittlichen Verpflichtung für die gelebte Einheit seiner beiden Kompetenzen, also für sich das Diktum gerade nicht verbindlich sein zu lassen, „Der Wegweiser geht nicht mit“. Und weiters verschärft sich die jeder Ethik bekannte Tatsache, dass der Einzelfall sich niemals aus Handlungsregeln ableiten lässt.

Die therapeutische Kompetenz gründet in einem erfahrungsgereiften *Wissen* um *allgemein* anzutreffende Verlaufsformen krankhaften mitmenschlichen Verhaltens. Anderenfalls wäre dieses Wissen nicht operationabel und könnte nicht therapeutisch eingesetzt werden. Weil aber erstens der Einzelfall niemals aus dem Wissen um das Allgemeine ableitbar ist,<sup>16</sup> und zweitens das Allgemeine im Falle der Psychotherapie nicht ein leiblich-naturaler Vorgang, sondern das Vollbringen der Freiheit selbst ist, *potenziert* sich die bekannte Schwierigkeit, den Einzelfall jeweils neu beurteilen zu müssen. Und weil ein Mitmensch nie ein bloßer Fall eines Allgemeinen, sondern singuläres Freiheitswesen ist, ist der Therapeut zu selbstkritischem Verhalten gegenüber den Grenzen seines therapeutischen Wissens und Könnens verpflichtet.

### 2.4.4 Verantwortung für die psychotherapeutische Beziehung

#### 2.4.4.1 Aufklärung und selbstkritische Zustimmung zur Behandlung

Die Verantwortung für die psychotherapeutische Beziehung beginnt bereits im Rahmen des Erstinterviews, bei der Zustimmung zur Behandlung *dieses* Patienten. Zunächst geht es freilich um die Zustimmung des Patienten und die Bestimmung des Therapiezieles. Demgemäß besteht Aufklärungspflicht über die Art der psychotherapeutischen Methode, über Umfang und mutmaßliche Dauer der Therapie, über finanziellen Aufwand, über Schweigepflicht und Beschwerdemöglichkeiten und schließlich über Alternativangebote psychothera-

<sup>16</sup> Auch aus diesem Grund ist es verfehlt, sittliches Handeln als Anwendung eines Informationssystems von Werten zu begreifen.

peutischer Behandlung. Das Ziel der Therapie bestimmt der Patient im Gespräch mit dem Therapeuten, die Wege und Mittel stellt der Therapeut bereit.<sup>17</sup> Dabei ist nochmals an die Grenzen therapeutischer Verantwortung zu erinnern. Der Therapeut muss die Zumutung einer überzogenen Verantwortung von sich weisen. Verantwortung kann immer nur in einem begrenzten Rahmen ausgeübt werden, Totalverantwortung macht orientierungslos und endet in inhumaner Beliebigkeit.

Es muss aber auch der *Therapeut* guten Gewissens seine Zustimmung zur Behandlung geben. Dazu gehört die Bewältigung des Dilemmas, dass er in der Spannung zwischen Berater und Anbieter und damit in der Versuchung zu unbegründeten Bevorzugungen steht.<sup>18</sup> Dazu gehört weiters die selbstkritische Rückfrage nach der eigenen Kompetenz (bin ich wirklich der richtige Therapeut für diesen Patienten?) sowie die nach dem Verhältnis zur eigenen Schule und ihren Methoden (gebe ich der Schulmeinung Vorrang vor dem Patientenschicksal?).

Es versteht sich von selbst, dass die beiderseitige Zustimmung zur Therapie kein Einzelakt an ihrem Beginn sein kann, sondern die Beziehung *durchstimmen* muss, soll sie tragfähig bleiben.

<sup>17</sup> Gegenüber einem von Therapeut und Patient gemeinsam erarbeiteten Therapieziel werden allerdings Bedenken erhoben, die auf eine gegebenenfalls beeinträchtigte Fähigkeit des Patienten zu solcher Zielvereinbarung und (im Falle von Gruppentherapie) auf den Anpassungsdruck abzielen. „Die Desorientierung, Demoralisierung und Hilflosigkeit angesichts der Vergeblichkeit ihrer Selbstheilungsversuche mache viele Patienten abhängig von der unmittelbaren Zuwendung und Zustimmung ihrer Therapeuten bei der Vereinbarung von Therapiezielen“ (Lindenmeyer, 1999, S. 183f). „Innerhalb der im stationären Setting vorherrschenden Gruppentherapieangebote besteht nach Auffassung vieler Autoren für den einzelnen Patienten ein nicht unerheblicher sozialer Anpassungsdruck an die in der Gruppe jeweils überwiegenden Normen und Wertvorstellungen“ (Lindenmeyer, 1999, S. 184).

<sup>18</sup> Genannt wird z. B. eine Auswahl von Patienten, „die angenehm im Umgang sind, den Therapeuten nicht besonders belasten und gut versichert sind; so dass für arme, anstrengende und schwierige Patienten nie Behandlungsplätze zur Verfügung stehen“ (Kottje-Birnbacher und Birnbacher, 1999, S. 38 f).

#### 2.4.4.2 Achtung und Annahme des Patienten als Patienten

Für den Therapeuten bedeutet die Zustimmung zur Therapie, den Patienten als Wesen der Freiheit, wenngleich im Ergreifen seiner Möglichkeiten eingegengtes Wesen zu achten. Dazu gehört zum einen, den Patienten nicht durch „übermäßige Pathologisierung“ zu schädigen (Kottje-Birnbacher und Birnbacher, 1999, S. 39), und zum anderen die Vermeidung des Eindrucks, das Therapeut-Patient-Verhältnis sei das von wissendem Experten zu unwissendem Laien in Sachen Lebenspraxis. Anders gesagt: Es gilt, den Patienten *als Patienten* zu achten, d.h. die rechte Mitte zwischen Nähe und Distanz einzunehmen, wobei unter Nähe und Distanz Weisen zu verstehen sind, sich von dem, was sich zeigt, in Anspruch nehmen zu lassen. Es geht um *echte* Annahme. Denn der Therapeut ist möglicherweise der Erste im Leben des Patienten, „der ihn wirklich versteht und ihn so, wie er gerade ist, auch in seiner ganzen neurotischen Verkümmern annimmt“ (Boss, zit. in Condrau 1992, S. 268).

Den Patienten *als Patienten* annehmen impliziert ferner, ihn nicht zu funktionalisieren und als Ersatz für eigene Defizite zu verwenden. An erster Stelle wird immer wieder genannt der sexuelle oder emotionale Missbrauch.<sup>19</sup>

Die Frage, was einen guten Psychotherapeuten ausmacht, ist zwar nie endgültig zu beantworten, dennoch lassen sich einige Voraussetzungen guter und schlechter Art nennen. „Als gute Voraussetzungen gelten: Fähigkeit, narzisstische Kränkungen und Aggressionen,

<sup>19</sup> Ausbeutung des Patienten durch den Therapeuten liegt nicht erst bei sexuellem Missbrauch, sondern auch bei Ermunterung zu Dingen vor, „von denen der Therapeut fasziniert ist, die er aber selbst nicht auszuleben wagt,“ oder bei Hoffnung auf Befriedigung narzisstischer Bedürfnisse (der Patient möge nach des Therapeuten Vorstellungen leben und so diese bestätigen). Funktionalisiert wird der Patient auch dort, wo Teile der Therapie „wie Traumanalyse oder Übertragungsanalyse zum Selbstzweck werden“ (Kottje-Birnbacher und Birnbacher, 1999, S. 40). Hartkamp (1999, S. 222) nennt ein „fehlerhaftes Verständnis von supportiver Therapie am Zustandekommen sexueller Grenzüberschreitungen ..., in dem Sinne einer Verwechslung von supportiver mit grenzenloser Therapie“.

aber auch Liebesansprüche vonseiten der Patienten wohlwollend zu ertragen. Verzicht auf moralische, weltanschauliche und gesellschaftliche Werturteile. Offenheit, Ehrlichkeit, Selbstsicherheit. Beziehungsfähigkeit, Empathie, Gelassenheit. Freie Verfügungsmöglichkeiten über Nähe und Distanz. Anwesenheit. Schlechte Voraussetzungen sind: Ängstlichkeit, Unsicherheit, unbewältigte eigene neurotische Persönlichkeitsstruktur. Soziale, finanzielle, sexuelle Frustriertheit und narzisstische Empfindlichkeit. Persönlicher oder/und wissenschaftlicher Ehrgeiz (furor therapeuticus). System- statt Sachbezogenheit (Schultreue)“ (Condrau 1992, S. 332).

Zu rechten Mitte zwischen Nähe und Distanz (gewöhnlich als „gleichschwebende Aufmerksamkeit“, „Abstinenz“, „Neutralität“ bezeichnet) gehören Selbstlosigkeit und Ehrfurcht (woran wiederum das Wort THERAPEUEIN erinnert) sowie das Verlassen einer Haltung, die sich dem Machen-Wollen verschreibt. Die Rede von Abstinenz und Neutralität kann selbstverständlich nicht – was ohnehin unmöglich ist – die Einnahme eines Standpunkts jenseits von Sittlichkeit meinen. Der Therapeut wird unmoralischen Patientenwünschen keineswegs nachkommen. Er hat gegebenenfalls auch für sittliche Bildung und Reifung seines Patienten Sorge zu tragen und eine therapeutisch-*pädagogische* Verantwortung zu übernehmen.<sup>20</sup>

Soll der Patient die Erfahrung freigebender Abhängigkeit machen dürfen, muss der Therapeut die *Gabe des Hören-Könnens* besitzen – was Schweigen und Reden impliziert. Hören bedeutet Offensein für das, was der Patient von sich her zeigt, was und wie er zu verstehen gibt, was und wie sich etwas

<sup>20</sup> „Bei gravierend sozialschädlichem Verhalten (ob formell kriminell oder nicht) tritt selbst noch das Prinzip der Autonomie gegenüber dem Prinzip der Nichtschädigung zurück. Der Therapeut muss sich nicht nur dem Wunsch eines Pädophilen verweigern, von seinen Hemmungen befreit zu werden, die Therapie muss in Fällen von erheblichen Über-Ich-Defekten (wie bei manchen Frühgestörten, Borderline-Patienten oder pathologischen Narzissten) auch gelegentlich zu einer Bemühung um Nacherziehung oder Nachreifung werden, bei der das ansonst geltende Prinzip der therapeutischen Abstinenz oder Neutralität nicht aufrechterhalten werden kann“ (Kottje-Birnbacher und Birnbacher, 1999, S. 42).

dem Patienten vergegenwärtigt, ihn gerade so oder so als etwas Bedeutsames in Anspruch nimmt. Was und wie sich etwas – sei es im Reden, Schweigen des Patienten, manchmal in seinem Agieren vergegenwärtigt –, muss freilich wie alles, was Menschen zu verstehen geben, *gedeutet* werden. Es geht darum, das Ungesagte im Gesagten mitzuhören, weil dies dem Patienten die Möglichkeit eröffnet, sich neu zu verstehen und dem Gewesenen eine neue Bedeutung geben zu können. In der Deutung klärt sich die *Lebensgeschichte* des Patienten. Das verborgene Anwesende, den Patienten Einengende wird entborgen. Dadurch kann es zur Befreiung von der Last und Beengung des Gewesenen kommen, dem Gewesenen kann Zukunft eingeräumt werden. Für Condrau (1992, S. 324) sind mit der mitmenschlichen Beziehung von Therapeut und Patient, der Deutung und der Klärung der Lebensgeschichte die drei wichtigsten Heilfaktoren einer Psychotherapie genannt.

Zur *Erstnahme* des Patienten gehört es, die Phänomene sie selbst sein zu lassen, sie nicht zu überspringen, indem auf hinter ihnen liegende Ursachen geschlossen wird, sondern sie zur vollen Gegebenheit kommen zu lassen. Die therapeutische Beziehung darf nicht zu etwas Uneigentlichem umgedeutet werden, hinter dem das Eigentliche als Erklärungsgrund zu suchen ist. Anders gesagt: Die Verantwortung für das therapeutische Wissen schließt die Sorge um menschengerechte Sprache und Auslegungsprinzipien ein. Fédier hat mit Recht dazu bemerkt (1991, S. 151): „Hier tut höchste Verantwortung not, soll nicht Therapie auf den Stand einer beliebigen Heilkunst herabsinken.“

### 3. Verantwortung für die sachliche Fundierung therapeutischen Wissens

#### 3.1 Die Bedeutung sachgegründeten Wissens für das therapeutische Handeln

Der Therapeut steht unter der Verantwortung für ein *menschengerechtes Wissen* um dergleichen wie Krank-Sein, Gesund-Sein, Gewissen, um nur einige Facetten zu nennen. Was Hegel allgemein vom Begriff der Freiheit gesagt hat, dass nämlich „die Missverständnis-

se über denselben so sehr von den ungeheuersten praktischen Folgen“ sind (Enzyklopädie der philosophischen Wissenschaften im Grundrisse, § 482), gilt insbesondere vom Begriff des Menschen im Hinblick auf das therapeutische Handeln. Das bedeutet konkret zuallererst, eine vorgefasste Theorie nicht gescheitert sein zu lassen als die sich zu erfahrenden Phänomene. Die Phänomene nicht umbiegen, sondern in der Deutung sie selbst sein lassen ist freilich mühsamer, weil es einfacher ist, „ein festgefügtes System als Rahmen für die eigene Deutungsarbeit zu benutzen, als selbst die Augen offen zu halten für Nuancen und Aspekte des uns im täglichen Leben Begegnenden“ (Condrau 1992, S. 335).

#### 3.2 Psychotherapie – Verschränkung von Ethik und Anthropologie

Überlegungen zu einer Ethik psychotherapeutischen Handelns betreffen nicht nur Problemkreise, die sich aus dem unmittelbaren Verhältnis von Therapeut und Patient ergeben, sondern umfassen auch das sachliche Fundament therapeutischen Wissens. Sie zielen auf die Rechenschaft auch und vor allem über die *anthropologischen Implikate* des therapeutischen Handelns. Die Offenheit dem Patienten gegenüber muss sich zur selbstkritischen Rückfrage nach den eigenen theoretischen Vormeinungen weiten.

Eine verantwortungsbewusste Psychotherapie muss sich Rechenschaft über die Verschränkung von Ethik und Anthropologie geben, in der sie sich unweigerlich bewegt. Ethik lässt sich nicht ohne philosophische Anthropologie, d.h., nicht ohne die Frage betreiben, wer der Mensch und was für ein Wesen der Mensch *als Mensch* ist. Wer meint, in der Ethik auf philosophisch-anthropologische Reflexion verzichten zu können, hat Anthropologie nicht hinter sich gelassen, sondern ist seinen anthropologischen Vormeinungen kritiklos verfallen. Eine anthropologische Reflexion muss allerdings *unabhängig* von pragmatischen Zielsetzungen erfolgen, anderenfalls wird sie kriteriologisch irrelevant – ihre Ergebnisse wären bereits im Hinblick auf den gewünschten Handlungszweck konzipiert. Freilich: Anthropologie liefert noch keine konkreten Normen, wohl aber den Rahmen für ihre Findung.

Zwar besteht eine Differenz zwischen „gelebtem“ und „reflektiertem“ Leben, dank der die Praxis menschengerechter sein kann, als es die zugehörige Theorie zulässt, dennoch ist es nicht gleichgültig, welches Vorverständnis von Menschsein das Handeln, insbesondere das psychotherapeutische Handeln leitet. Schließlich beeinflusst das anthropologische Vorverständnis das Selbstverständnis und die Praxis des Therapeuten.<sup>21</sup> Ein verantwortungsvolles psychotherapeutisches Handeln wird sich über diesen Einfluss Klarheit verschaffen müssen, ohne sich deshalb anmaßen zu wollen, im fraglosen Besitz einer Idee gelingender Lebenspraxis zu sein. Und es ist auch nicht gleichgültig, welche Sprache gesprochen wird. Die Sorge um das angemessene Wort ist nämlich Sorge um die Sache. Dieser müssen wir unseren Mund leihen, damit sie uns so oder so in Anspruch nehmen kann. Deshalb ist die Sorge um die rechte therapeutische Sprache Sorge um die Freiheit selbst.<sup>22</sup>

<sup>21</sup> Unreflektierte anthropologische Vormeinungen können Missbrauchsquellen sein. Versteht sich der Therapeut als „Anwender kommunikativer Techniken“ (Frommer und Frommer, 1999, S. 59), kommt es zum Missbrauch in Form „rationaler Autorität“, bei dem „die persönlichen Affekte und subjektiven Wertungen des Patienten als ideosynkratische Kuriosa verkannt und entwertet werden“, beim Missbrauch in Form „charismatischer Autorität“ „signalisiert der Therapeut in besonderem Maß Interesse für die Intimität des Patienten“ (Frommer und Frommer, 1999, S. 68).

<sup>22</sup> Diese Sorge umfasst auch die rechte Sprachauffassung. Wer z.B. Sprache auf ein Kommunikations- und Informationsmittel reduziert, bewegt sich immer noch in einer instrumentalistischen Sprachauffassung und leistet einem technischen Menschenverständnis Vorschub. Der Partner wird zum Gegenstand sprachlicher Einwirkung. Dasselbe gilt von der „Interaktion“ als Charakterisierung der Beziehung von Therapeut und Patient. Das Plädoyer für „Interaktion“ möchte das Beziehungsmodell von Aktion und Reaktion überwinden, bleibt ihm aber verhaftet. An die Stelle einseitiger Aktion, die nur die Re-Aktion zulässt, tritt die Interaktion. Dabei wird übersehen, dass jedes Agieren in sich bereits Antwort-Charakter besitzt. Der Mensch ist primär der Angesprochene – auch dort, wo er selber spricht. Jedes Sprechen ist *in sich* ein Hören. Menschliche Aktion, Re-Aktion sowie Interaktion gründen in Ansprechbarkeit, nicht aber umgekehrt.

Die vorgetragenen Überlegungen zur Ethik psychotherapeutischen Handelns können weder den Anspruch auf Vollständigkeit noch den darauf erheben, etwas grundsätzlich Neues gebracht zu haben. In Sachen ethischer Reflexion gilt, was Spaemann zu den Fragen des richtigen Lebens bemerkt hat: Wirklich neu „könnte nur Falsches“ sein (Spaemann, 1989, S. 9). Das heißt freilich nicht, dass man sich deshalb ethische Reflexionen ersparen könnte. Denn es wandeln sich nicht nur die Lebenssituationen, es wandelt sich auch der Bedeutungsgehalt unserer praktischen, d.i. handlungsleitenden Grundbegriffe. Die Frage, worin das für uns Menschen Gute liegt, muss je neu gestellt werden. Dasselbe gilt auch für das Bemühen um ein menschengerechtes therapeutisches Wissen in unserem technischen Zeitalter. Nach wie vor gibt der Hang zu denken, das menschliche Selbst- und Weltverständnis mit Hilfe *technischer* Kategorien auszulegen. Immer noch ist die Rede von Erkenntnisapparaten, psychischen Apparaten, Input-Output, black box, Untersuchungsobjekten etc. Der Mensch im Zeitalter der Technik versteht sich selbst nach Art von Maschinen, dafür umgekehrt die Maschinen nach Art von Menschen – ohne zu bemerken, dass jede Analogisierung von Maschine und Mensch von einem lebenspraktischen Selbstverständnis lebt, das solcher Analogisierung uneinholbar voraus- und zugrunde liegt. Vor aller Menschenanalogie steht der Mensch selbst – wer es anders meint, ersetzt sich durch einen Anthropomorphismus. Vom Menschen in *menschlichen* Kategorien zu reden, gilt vielen nach wie vor als unwissenschaftlich.

Dabei wird freilich vergessen, dass sich die Wissenschaftlichkeit eines Wissens nach dem Gegenstand und nicht umgekehrt dessen Seinsweise von einem Wissensideal her bestimmt. Der Mensch lässt sich nach Fichte allemal noch eher dahin bringen, „sich für ein Stück Lava im Monde, als für ein Ich zu halten“ (Grundlage der gesamten Wissenschaftslehre, WW I, S. 175). Ein menschengerechtes Sprechen über unser Menschsein, unser Gesund- und Kranksein ist nach wie vor ein Desiderat. Der Mensch, sagt Augustinus, soll aufhören, sich von dem her zu verstehen, was er nicht ist, sondern sich als den begreifen lernen, der er ist (De Trinitate X, 9). Dieses Wort hat nichts an Aktualität verloren – auch und gerade für eine ethische Reflexion auf psychotherapeutisches Handeln.

### Autor

Univ.-Prof. Dr. Günther Pöltner, abgeschlossenes Klavierstudium an der Akademie für Musik und darstellende Kunst in Wien, Philosophiestudium in Wien und Freiburg, Professor für Philosophie an der Universität Wien, stv. Vorstand des Instituts für Ethik und Recht in der Medizin an der Universität Wien.

Veröffentlichungen u.a.: Zu einer Phänomenologie des Fragens; Schönheit. Eine Untersuchung zum Ursprung des Denkens bei Thomas von Aquin; Evolutionäre Vernunft; Nietzsche und die Musik (Mit-Hrsg.); Phänomenologie der Kunst (Hrsg.); Grundkurs Medizin-Ethik; Aufsätze zu medizinethischen Themen.

### Literatur

Boss M (1975) Grundriß der Medizin und der Psychologie, 2. Aufl. Huber, Bern

- Condrau G (1989) Einführung in die Psychotherapie, 3. Aufl. Walter, Olten
- Condrau G (1992) Sigmund Freud und Martin Heidegger. Daseinsanalytische Neurosenlehre und Psychotherapie. Universitätsverlag, Freiburg
- Fédier F (1991) Daseinsgemäße Therapie. Daseinsanalyse 8: 149–152
- Frommer J, Frommer S (1999) Psychotherapie als Beruf. In: Tress W, Langenbach M (Hrsg) Ethik in der Psychotherapie. Vandenhoeck und Ruprecht, Göttingen, S 50–71
- Hartkamp N (1999) Ethische Aspekte in der Psychotherapieforschung. In: Tress W, Langenbach M (Hrsg) Ethik in der Psychotherapie. Vandenhoeck und Ruprecht, Göttingen, S 217–230
- Hutterer-Krisch R, Kriz J, Parfy E, Margreiter U, Schmetterer W, Schwentner G (Hrsg) (1996) Psychotherapie als Wissenschaft – Fragen der Ethik. Facultas, Wien
- Kottje-Birnbacher L, Birnbacher D (1999) Ethik in der Psychotherapie. In: Tress W, Langenbach M (Hrsg) Ethik in der Psychotherapie. Vandenhoeck und Ruprecht, Göttingen, S 36–49
- Lindemeyer J (1999) Ethische Fragen in der Verhaltenstherapie. In: Tress W, Langenbach M (Hrsg) Ethik in der Psychotherapie. Vandenhoeck und Ruprecht, Göttingen, S 181–199
- Pöltner G (2002) Grundkurs Medizin-Ethik. Facultas, Wien (UTB 2177)
- Spaemann R (1989) Glück und Wohlwollen. Klett-Cotta, Stuttgart
- Waldenfels B (1999) Krankheit als mangelnde Responsivität. In: Tress W, Langenbach M (Hrsg) Ethik in der Psychotherapie. Vandenhoeck und Ruprecht, Göttingen, S 19–35
- Wucherer-Huldenfeld AK (1999) Freiheit und Befreiung in der Daseinsanalyse. Daseinsanalyse 15, Sonderausgabe (FS Condrau): 211–223