

Anmerkungen zu Harald Kamps Hausärztlichen Notizzetteln zur Philosophie der Gefühle

OTTOMAR BAHRS

Harald Kamps hat seinen hausärztlichen Beitrag zur Philosophie der Gefühle bewusst in die Form von kreisförmig anzuordnenden Notizzetteln gegossen und als Aufforderung zur Diskussion verstanden. Diskutiert wurden seine Thesen denn auch sogleich unter den Herausgebern. Wie ist die Konzeptualisierung von Gefühlen als Atmosphären zu denken? Will man diese nicht als eine präexistierende Substanz denken, so liegt es nahe, sie sich als Ergebnis einer sozialen Praxis vorzustellen, so dass ich in Harald Kamps Beitrag Möglichkeiten zum Anschluss zu einer sozialwissenschaftlichen Perspektive des gesellschaftlichen Umgangs mit dem Körper – einschließlich der ausdifferenzierten professionalisierten Praktiken – sehe, auch wenn dies so nicht explizit bezeichnet ist. Meine Anmerkungen sind insofern als Ergänzung und Beitrag zur Diskussion gedacht.

1. Harald Kamps zufolge gibt es keine Psyche; er unterscheidet den – naturwissenschaftlich erklärbaren – Körper und den – mit den Methoden der Geisteswissenschaften zu deutenden – Leib. Aus meiner Sicht bleibt dabei offen, wie es diesem Phänomen in der menschlichen Lebenspraxis ohne eine regulative Instanz gelingt, zwischen Innen und Außen zu vermitteln.
2. Harald Kamps schlägt mit Bezug auf den Philosophen Hermann Schmitz vor, Gefühle als eine den Körper umgebende Hülle („Atmosphäre“) zu verstehen, die zeit- und raumlos zu denken ist. Mit dieser Konzeptionierung, so scheint Harald

- Kamps anzunehmen, werden Gefühle aus der Dimension des grundsätzlich ungewissen Fremdpsychischen zur geteilten Atmosphäre, die im Zwischen angesiedelt ist und sich direkter zu erschließen scheint. So wichtig ich den Verweis auf die intersubjektive Vor-Prägung der Gefühlsräume finde, so wenig glaube ich doch, dass damit die Dimension des Psychischen verzichtbar wird. Sicher, das Konzept „Gefühl als Atmosphäre“ macht nachvollziehbar, wie unterschiedliche Subjekte eine Situation gemeinsam als „stimmig“ erleben können – eine unter dem Aspekt der Salutogenese herausragende Perspektive. Andererseits können Situationen auch unterschiedlich erlebt und gedeutet werden, was auf die unterschiedliche Subjektivität der Akteure verweist. Wie aber kann das Konzept „Gefühl als Atmosphäre“ dieser Unterschiedlichkeit gerecht werden? Wie kann ein spezifisches Ich in einem konkreten Jetzt leibhaftiger Gefühle teilhaftig werden, wenn Gefühle als raum- und zeitlose Atmosphäre vorgestellt werden? Wie lässt sich das gefühlte Jetzt vom Vorher und vom Nachher unterscheiden?
3. Dass „Gefühle aus dem Inneren des Menschen kommen“ (These 2), ist eine Annahme, die mit später ausgeführten These, dass Gefühle im „Zwischenraum“ angesiedelt sind, nicht verträglich ist. Nimmt man beides zusammen an, so könnte man folgern, dass die Disposition für Gefühle gleichsam genetisch angelegt ist, deren Grammatik aber sozial vorgeformt ist, so dass die spezifische Ausgestaltung als Ergebnis eines je kon-

- kreten individuellen biographischen und sozial kontextierten Lernprozesses zu verstehen ist.
4. Die Rede von einer wechselseitigen Beeinflussung von Körper und Seele finde ich nicht sehr hilfreich, Viktor von Weizsäckers Sprachregelung, dass Körper und Seele „miteinander umgehen“ und sich auch wechselseitig vertreten können, erscheint mir plausibler. Dementsprechend wäre dann in Harald Kamps These 3 die Trennung von Körper und Seele aufzugeben und von einem „beseelten Körper“ auszugehen.
 5. Harald Kamps fasst in These 6 Atmosphäre auf als ein Phänomen des „Zwischen“, d.h. als eine Beziehung zwischen Subjekt und Umwelt. Damit kann Atmosphäre doppelt verstanden werden: einerseits ist sie als von den an der Situation Beteiligten gemeinsam produziert und insofern Veräußerung ihres je „Inneren“ und ihrer Beziehung zueinander; andererseits kann sie als bereits bedeutungsgebende Struktur der Interaktion der Beteiligten vorgängig sein und insofern ihrerseits zur leiblichen Verinnerung sozialer Kodierungen führen.¹¹ Letzteres kann von den Beteiligten individuell unterschiedlich erfolgen, so dass „Stimmigkeit“ eine – aber leider nicht die einzige – Möglichkeit der Übereinstimmung der verschiedenen Beteiligten darstellt.
 6. Natürlich ist die Reflexion auf Gefühle – ein Verstehen von Gefühlen – nicht mit ihrem Erleben identisch, und natürlich erfolgt die Reflexion mit Bezug auf bestimmte Gesichtspunkte („Abschattungen“). Insoweit folge ich der 8. These von Harald Kamps. Aber umgekehrt kennen wir doch auch, dass wir unsere eigenen Gefühle erst im Nachhinein selbst verstehen, uns möglicher unterschiedlicher Aspekte in Auseinandersetzung mit diesen Gewahr werden und dann sogar in gewissem Sinne ein „reicheres“ Erleben dieser Gefühle feststellen können. Noch offensichtlicher wird dies, wenn man sich vor Augen hält, dass die Wahrnehmung des Zwischen – also das, was Harald Kamps Atmosphäre oder Gefühle nennt – seinerseits sozial geprägt ist. Wir können und müssen dann die Gefühle, die uns sozial sozusagen voraus sind und prägen, von denen unterscheiden, die wir „in Situation“ unsererseits empfinden und ausbilden.
 7. Dass Patienten schnell merken – wie in These 10 behauptet –, welche Gefühle sie ihrem Therapeuten zumuten können, trifft sicher zu; aber gelegentlich irren sie dabei auch. Ursula Brucks und Wulf-Bodo Wahl haben unter 7 verschiedenen Konstellationen der Arzt-Patienten-Beziehung auch die Figur des „Einverständnis im Missverständnis“ beschrieben, die sich dadurch auszeichnet, dass Patient und Arzt je für sich der Meinung sind, dass das Behandlungsproblem vorrangig im psychosozialen Bereich zu verorten ist – insofern „Einverständnis“ –, sie sich jedoch wechselseitig nicht zutrauen, für diese Ebene offen und kompetent zu sein (insofern „Missverständnis“). Der Arzt glaubt, dass der Patient „zu einfach strukturiert“ ist, „somati-
 - siert“ u.ä., während der Patient glaubt, den Arzt nicht mit psychosozialen Fragen belasten zu dürfen.¹²
 8. Harald Kamps Notizzettel sind hausärztlich insofern, als sie etwas zum Gegenstand machen, was in der hausärztlichen Praxis systematisch Thema ist. Allerdings stellen Patienten auch anderen Behandlern die Frage nach dem Sein der Beschwerde („ich bilde mir das doch nicht ein, das ist doch nicht nur psychisch“). Nicht die Frage selbst, sondern die spezifische Antwort, die aufgrund von Qualifikation und Stellung in der Versorgungskette erfolgt, müsste aus meiner Sicht das „Hausärztliche“ darstellen. Ich vermute, dass die Beziehungsgestaltung idealiter das spezifisch Hausärztliche darstellt und den Unterschied zu anderen Praktikern ausmacht, mögen diese nun in naturwissenschaftlicher Orientierung oder auch psychotherapeutisch oder naturmedizinisch arbeiten. Diese Beziehungsgestaltung könnte als Begegnung im „Zwischen“, in den „geteilten Atmosphären“ u.ä. verstanden werden. Man müsste also danach fragen, welche Lebenswelt der Hausarzt und sein Patient teilen. Dies auszugestalten könnte aus meiner Sicht eine zentrale Aufgabe für die akademische Allgemeinmedizin sein.

Dr. Ottomar Bahrs, geb. 1951.

Studium der Sozialwissenschaften in Göttingen, danach wissenschaftlicher Mitarbeiter in Forschung und Lehre an medizinsoziologischen und allgemeinmedizinischen Abteilungen der Universitäten Göttingen (1978-1990) und der Medizinischen Hochschule Hannover (1992-1996); seit 1997 in Göttingen an der Abteilung für Medizinische Psychologie und Medizinische Soziologie, Leiter des Arbeitsbereichs Qualitätsentwicklung in der Primärversorgung; Vorstand der Gesellschaft zur Förderung Medizinischer Kommunikation e.V., Vorstand des Dachverbands für Salutogenese e.V. (vormals Akademie für patientenzentrierte Medizin (APAM) e.V.); Mitherausgeber der Zeitschrift „Der Mensch – Zeitschrift für Salutogenese und anthropologische Medizin“

Arbeitsschwerpunkte:
Arzt-Patienten-Kommunikation; Salutogenese; Qualitätsentwicklung durch Qualitätszirkel; Gesundheitsförderung und Prävention; Kooperationsförderung und Selbsthilfe; Qualitative Forschung

Veröffentlichungen:

Bahrs O, Fischer-Rosenthal W, Szecsenyi J (Hrsg.) (1996): Vom Ablichten zum im-Bilde-Sein: Video-Dokumentation von Arzt-Patienten-Gesprächen im ärztlichen Qualitätszirkel, Königshausen & Neumann, Würzburg

Van den Brink-Muinen A, Verhaak PFM, Bensing JM, Bahrs O, Deveugele M, Gask L, Mead N, Leiva-Fernandes F, Perez A, Messerli V, Opizzi L, Peltenburg M (1999): The Eurocommunication-Study – An international comparative study in six European countries on doctor-patient communication in general practice; NIVEL, Utrecht

Kontakt:

Universität Göttingen,
Abteilung Medizinische Psychologie und Medizinische Soziologie,
Waldweg 37a
37073 Göttingen
T.: 0551-398195
@: obahrs@gwdg.de



11 Clemenz M: Soziale Codierung des Körpers. Zum Verhältnis von Psychoanalyse und Systemtheorie. Grundlagen einer Sozialpsychologie familialer Interaktion; Opladen 1986

12 Brucks U, Wahl WB, Schüffel W: Epikritische Fallbetrachtung – Einführung in die Methode und Anleitung zur Dokumentation für Fallbesprechungen in Balintgruppen und ärztlichen Arbeitskreisen; Verbundprojekt Qualitätssicherung in der Psychosomatischen Grundversorgung, Oldensworth Marburg 1997