

Klinische Philosophie nach Lúcio Packter: eine Methode für einen Therapieansatz

Aires de Sousa Santos¹

Zusammenfassung: Die Klinische Philosophie nach Lúcio Packter ist eine akademische Philosophie, die in der individuellen und Management-Beratung verwendet wird, durch eine spezifische Methode. In diesem Prozess sind drei Schritte sehr wichtig: Kategoriale Untersuchung, Analyse der Denkstruktur und Sub-Modi. Um die Lebensgeschichte des Klienten zu analysieren, ist auf eine positive Schnittmenge zu achten: 1. „Zeitliche Sprünge“ und 2. „Logische Sprünge, 3. Trennende Daten und 4. Verwurzelung. In therapeutischen Aktivitäten hat die Klinische Philosophie das Ziel, Störungen zu bearbeiten und somit kontraproduktive Verhaltensmuster in produktive Verhaltensmuster zu ändern.

Schlüsselwörter: Klinische Philosophie. Methode. Kategoriale Untersuchungen. Denkstruktur. Sub-Modi. Zeitliche Sprünge. Logische Sprünge. Trennende Daten. Verwurzelung.

Abstract: The Clinical Philosophy by Lúcio Packter is an academic philosophy, which is used in practice therapy in individual and management counselling by a specific method. In this process, three steps are very important: *Categorical Analysis, Structure of Thought and Sub-modes*. To analyse the life history of the client successfully, it is important to look at the positive intersection of the following criteria: 1. *temporal jumps*, 2. *logical jumps*, 3. *dividing data* and 4. *rooting*. Through therapeutic activity, the clinical philosophy aims to work on personal problems and change *counterproductive sub-modes* into *productive ones*.

Keywords: Clinical Philosophy. Method. Categorical analysis. Structure of Thought. Sub-modes. Temporal jumps. Logical jumps. *Dividing data*. Rooting.

Einleitung und Fragestellung

Dieser Artikel soll die wichtigsten Begriffe der in Brasilien angewandten Klinischen Philosophie in die deutsche Sprache übersetzen. Einerseits soll ein Überblick über die einzelnen Schritte die methodische Vorgehensweise bei der Therapie und Beratung von Individuen und Gruppen/Unternehmen erläutern, andererseits auf die Bedeutung der Klinischen Philosophie durch das Engagement von Lucio Packter hingewiesen werden.

Es stellt sich die Frage: Ist es möglich, das Verfahren der klinischen Philosophie in der pastoralen Praxis anzuwenden?

Diese Frage lässt sich eindeutig mit „Ja“ beantworten. Zwei Jahre lang wurde das methodische Konzept der Klinischen Philosophie in Integration mit den Faktoren der Resilienzfähigkeit (Widerstandsfähigkeit) in dem sozialen Projekt *Vida Feliz* (in São Raimundo das Mangabeiras - NO-Brasiliens) angewandt. Das Ziel war, Kinder und Jugendliche zwischen 7 und 17 Jahren in Situationen sozialer Vulnerabilität zu stärken.

Das Ergebnis war positiv. Daraus entstand eine *integrative Methodik*, eine pastorale Arbeit mit dem Ziel, beide Konzepte zu integrieren und Menschen zu helfen, durch Erschließung ihrer eigenen Ressourcen, durch Unterstützung von Bezugspersonen und deren Gemeinden, um individuelle und soziale Kompetenzen zu Problemlösungen zu entwickeln.

In diesem Artikel werden nur einige Grundlagen der Methodik der Klinischen Philosophie dargestellt.

¹Dipl.-Phil./ Dipl.-Theol./ Lic. Phil./ Spez. Klin. Phil. sanaiso@hotmail.com - Forschungsinteresse: Integriation von Philosophie (Klinische Philosophie) und Psychologie (Resilienz-Theorie) zu einem methodischen Konzept für die Pastoralpraxis.

Für eine therapeutische Beratung oder Behandlung ist zunächst die persönliche Geschichte des Klienten auszumachen, die es ermöglicht, Störungen und Potentiale zu entdecken. In der klinischen Philosophie wird die persönliche Geschichte als phänomenologische Daten bezeichnet. Zur Untersuchung der Geschichte eines Klienten sind Kriterien notwendig, die in der Klinischen Philosophie als Hilfsmittel in einer Drei-Schritt-Methode eingesetzt werden:

- die Kategoriale Untersuchung mit ihren fünf Kategorien Thema, Umstand, Ort, Zeit, Beziehung;
- die Tafel der Struktur des Denkens und
- die Sub-Modi, gemeint sind Verhaltensmuster.

Durch die ermittelte Denkstruktur zeigen sich sowohl positive als auch negative Verhaltensmuster.

Das Ziel dieser Arbeit ist es zu erklären:

Was ist Klinische Philosophie nach Lúcio Packter? Der Begriff „Klinische Philosophie“ ist in Deutschland nicht fremd. Hilarion G. Petzold benutzt den Begriff in seiner „Integrativen Therapie“.² Martin Poltrum verwendet den Begriff in seiner gleichnamigen Schrift. In dieser Arbeit beschäftige ich mich insbesondere mit den brasilianischen Quellen, um eine Einführung in die Methodologie der Klinischen Philosophie in Brasilien zu geben. Lúcio Packter hat eine Methode von Therapie entwickelt, die weltweit immer bekannter wird.

Zunächst werden ein paar Begriffe erläutert: *Was ist Klinische Philosophie?* Es ist eine Akademische Philosophie, die an der Praxis orientiert ist. In der Klinischen Philosophie ist die persönliche Geschichte von großer Bedeutung. Die Geschichte wird als Phänomenologie des Lebens behandelt. Nach dem Verständnis von Lúcio Packter ist es wichtig, was im Bewusstsein passiert. In diesem Prozess wird die Frage gestellt, mit welchen Kriterien die Geschichte der betreffenden Person untersucht wird. Hierzu werden vier Fachbegriffe verwendet. 1. *Zeitliche Sprünge*, 2. *Trennende Daten*, 3. *Logische Sprünge* und 4. *Verwurzelung*. Nach dieser Erklärung wird die Methode der Klinischen Philosophie in drei Schritten dargelegt.

- Im ersten Schritt wird die *Tafel der Kategoriale Untersuchung* erläutert; dies sind fünf wichtige Kategorien, nämlich: *Thema, Umstand, Ort, Zeit und Beziehung*, um den Therapieprozess in Gang zu setzen.
- Im zweiten Schritt wird die *Tafel der Struktur des Denkens* mit ihren 30 Themen dargestellt.
- Im dritten Schritt wird die *Tafel der Sub-Modi* vorgestellt. Es werden 32 Sub-Modi aufgelistet. Die formalen Sub-Modi werden definiert und klassifiziert, jedoch nicht näher erläutert, im Gegensatz zu den informalen Sub-Modi, auf die in dieser Arbeit näher eingegangen wird.

1. Klinische Philosophie in Brasilien nach Lúcio Packter

1.1 Was ist Klinische Philosophie?

Es ist eine akademische Philosophie, die in der individuellen und Gruppenberatung und -therapie verwendet wird durch eine spezifische Methode.³

² Petzold, Hilarion G: Integrative Therapie – Modelle, Theorien & Methoden einer schulenübergreifenden Psychotherapie – Bd. 1 Klinische Philosophie, Junfermann, Paderborn 1992a/2003a, 88-91.

³ Vgl: Aiub, Monica: Para entender a Filosofia Clínica – o apaixonante exercício do Filosofar, Rio de Janeiro (Walk Editora) 2008, 17.

Woher stammt der Begriff „Klinische Philosophie“ („Filosofia Clínica“⁴)? Lúcio Packter verknüpft den Begriff mit Philosophen aus Europa, Japan und USA, z. B: Hilarion Petzold (Deutschland), Kiyokazu Washida⁵ (Japan) und James Elliott (USA).⁶

In Brasilien ist der Begriff seit 1981 durch Lúcio Packter im Sprachgebrauch. Durch die Gründung des Institutes Packter ist dieser Begriff ab 1994 auch in Bezug auf die Ausbildung in Klinischer Philosophie im Brasilien verbreitet.

Die Klinische Philosophie versteht die Philosophie als Therapeutikum im klinischen Kontext bzw. als alternative Form der Individualberatung im Nahfeld von Psychotherapie.⁷

„Die Klinische Philosophie sieht in der Philosophie des Abendlandes ein Medikament für die traumatisierte Psyche.“⁸

In Brasilien wird der Schwerpunkt der Klinischen Philosophie in der lebenspraktischen Relevanz bzw. Umsetzung gesehen. Dies geht zurück auf Lúcio Packter, der Anfang der 1980er Jahre eine diagnostische Methode begründet hat, welche mit philosophischen Überlegungen positive und negative *Verhaltensmuster* aufspürt und beeinflusst;⁹ mit Hilfe der Klinischen Philosophie werden Störungen in der Denkstruktur ermittelt und behoben. Klinische Philosophen sind in Brasilien in eigenen Beratungsbüros, Privatkliniken, Schulen und in Unternehmen tätig.

1.2 Wer ist Lúcio Packter?

Lúcio Packter ist ein brasilianischer Klinischer Philosoph, der in Europa geforscht und eine eigene brasilianische Version der Klinischen Philosophie entwickelt hat. Er wurde geboren am 8. Juli 1962 in Porto Alegre, Süd-Brasilien und entstammt einer Familie von Ärzten, nach eigener Aussage einer typisch israelitischen Familie. Philosophie studierte er an der Päpstlichen Katholischen Universität von Rio Grande do Sul, PUCRS und an der Faculdade de Filosofia Imaculada Conceição, *Fafimc* in Passo Fundo. Darüber hinaus hat Lucio Packter Erfahrungen in den Bereichen Medizin und Psychoanalyse gesammelt.

In den 80er Jahren erforschte er in Europa die Philosophie der Praxis. Während dieser Zeit hat ihn die Arbeit der Praxisphilosophie in Europa inspiriert. Im Jahr 1981 systematisierte er die Forschungsmethoden und gründete die brasilianische Version von Klinischer Philosophie. Er entwickelte eine Beratungs- und Therapiemethode, die er in unterschiedliche Schulen von Philosophie integrierte.

⁴ Begriff vgl. Packter, Lúcio: *Cadernos de Filosofia Clínica*. Porto Alegre: Instituto Packter, 1997/1998. Auch dazu: Aiub, Monica: *Para entender a Filosofia Clínica. O apaixonante exercício do filosofar*, Rio de Janeiro, WAK 2008.

⁵ Vgl. *Clinical Philosophy and the Future*: URL: (http://www.sciencemag.org/site/products/advertorials/Osaka%20booklet_v3_30mar10.pdf - abgerufen am 06.08.2015).

⁶ „The may be so but earlier, an American, James Elliott, founder of the US Institute for Clinical Philosophy, who claims to have coined the term Clinical philosophy in 1973, argued that his particular brand is a kind of integration of philosophy and psychotherapy“. Vgl. auch Peter Brune, Jens/Krohn, Dieter/Walter, Nora (Hg.): *Sokratik Dialog and Ethics*, Lit, Münster, 2005, 122f.

⁷ Vgl. Eckart, Ruschmann: *Philosophische Beratung*, Stuttgart 1999. Nachlesen: Eckart, Ruschmann: *Philosophie und Beratung*. In: URL [http://www.gap.or.at/texte/beratung\(eckart\).pdf](http://www.gap.or.at/texte/beratung(eckart).pdf), 1-9. - abgerufen am 14. 02. 2017.

⁸ Martin, Poltrum. In *SpringerMedizin.et*. URL. <http://www.springermedizin.at/artikel/13904-philosophie-als-kognitive-selbstmedikation-und-noetische-ressource> - abgerufen am 17. 01. 2017.

⁹ Vgl. Carvalho, José Maurício de: *Filosofia Clínica e Humanismo, Idéias e Letras*, Aparecida, SP 2012, 157.

Mit der Weiterentwicklung seiner Forschung gründete er in Porto Alegre 1994 das Packter-Institut (*Instituto Packter*). Den Namen Packter wählte er zu Ehren seines Großvaters.

Das Institut wurde und ist das wichtigste Zentrum für die Ausbildung und Verbreitung der Klinischen Philosophie in Brasilien. Auf diesem Zentrum aufbauend wurden mehrere regionale Zentren über Klinische Philosophie gegründet.

1.3 Ausbildung in der Klinischen Philosophie

Lúcio Packter organisiert die Ausbildung in der Klinischen Philosophie als Spezialisierung im Postgraduierten-Studium „lato sensu“. Im Jahr 2008 wurde die Vereinigung über Klinische Philosophie gegründet: *Nationale Vereinigung der klinischen Philosophen* - ANFIC¹⁰. Die Organisation übernahm die Verantwortung für ethische Probleme in Bezug auf Klinische Philosophie und andere Aufgaben.

Heute verfügt jeder Bundesstaat Brasiliens über mindestens ein regionales Zentrum, in dem die Klinische Philosophie gelehrt wird. Einige dieser Zentren haben Kooperationen mit Universitäten und Fakultäten begründet, um die Forschung und die Lehre gemeinsam voranzutreiben. Solche Kooperationen bestehen beispielsweise mit der Universität Caxias do Sul, Bundesstaat Rio Grande do Sul, mit der Katholischen Fakultät Anápolis, Bundesstaat Goiás, an der Fakultät der SEDAC, Studium Ecclesiasticum Dom Aquino Correia im Bundesstaat Mato Grosso.

Die Ausbildung in Klinischer Philosophie setzt ein abgeschlossenes Hochschulstudium voraus. Die Befähigung zum Therapeuten der Klinischen Philosophie kann nur erlangen, wer ein Hochschulstudium in akademischer Philosophie vorweisen kann und die Ausbildung in Klinischer Philosophie mit dem sog. Zertifikat A abgeschlossen hat. Letzteres erfordert zunächst eine 18-monatige theoretische Ausbildung in Klinischer Philosophie in einem regionalen Zentrum oder einer mit dem Institut Packter kooperierenden Universität oder Fakultät mit anschließendem Praktikum. Das Praktikum verlangt, dass der Kandidat sich selbst einer Therapie nach den Maßgaben der Klinischen Philosophie unterzieht. Danach übernimmt er einen Fall, führt eine Therapie durch, die mit Erlaubnis des Klienten dokumentiert- und von einer Kommission bewertet wird.

Klinische Philosophen sind in eigenen Beratungsbüros, Privatkliniken, Schulen und in Unternehmen tätig.

Daneben wird das sog. Zertifikat B angeboten, das sich vornehmlich an Hochschulabsolventen anderer Disziplinen, wie Medizin, Psychologie, Soziologie, Theologie richtet, und das zur Forschung in Klinischer Philosophie berechtigt.

Das Zertifikat B wird nach der 18-monatigen theoretischen Ausbildung in Klinischer Philosophie erteilt; ein Praktikum und eine Abschlussarbeit sind nicht vorgesehen. Priester, Priesteramtskandidaten, Ordensmänner und Ordensfrauen absolvieren die Weiterbildung in Klinischer Philosophie, um die Gemeindefarbeit zu optimieren. In der Pastoral ist die Klinische Philosophie bisher noch nicht weit verbreitet. Ein Grund dafür dürfte sein, dass die Ausbildung nicht staatlich subventioniert wird und teuer ist und dass der Abschluss in der Pastoral nicht finanziell honoriert wird.

¹⁰ Vgl. ANFIC - Associação Nacional de Filósofos Clínicos – CNPJ 10.456.215/0001-75 – URL (<http://anficc.org/> - abgerufen 04.01.2017).

2. Die Bedeutung der „persönlichen Geschichte“ für die Klinische Philosophie - Therapie

In der Klinischen Philosophie von Lúcio Packter ist die persönliche Geschichte von großer Bedeutung, weil die Geschichte eine Phänomenologie des Lebens ist, in der die Daten und Informationen gesammelt sind. Da die Erzählung der eigenen Lebensgeschichte für die Klienten selbst eine Art von Therapie ist, wird gemeinsam mit dem Klinischen Philosophen darüber reflektiert, was im Leben der Klienten geschieht, welche Lebensabläufe der Klient aufweist und ordnet den damit verbundenen Interpretationen eine Bedeutung zu.

Der Philosoph hört die Geschichte, um zu verstehen, wie die Person ihr Leben organisiert. Hierbei wird eine „Denkstruktur“ untersucht, die keine feste, sondern eine dynamische Struktur ist. Ihr Inhalt ist variabel und ermöglicht verschiedene Kombinationen.

Die Geschichte ist die Hauptquelle, weil sie Informationen zeigt, die sich verbinden oder nicht. Die Lebensgeschichte wird im Bewusstsein erzählt und untersucht – Die persönliche Geschichte ist eine Erscheinungsform, die auf die Phänomenologie des Lebens geprüft wird.

2.1 Lebensgeschichte als Basis der klinisch-philosophischen Therapie

Jede Lebensgeschichte als Erscheinungsform zeigt sich in individueller Art und Weise. Die Person bleibt immer ein Geheimnis in sich selbst. Der klinische Philosoph untersucht die Phänomene und versucht, diese in der jeweils persönlichen Lage zu verstehen und zu therapieren.

Die Person entwickelt Verhaltensweisen, die eine Lebensgeschichte manifestieren. Die Herausforderung für den Klinischen Philosophen ist es, eine stringente Reihenfolge zu finden, um die Person in der Beurteilung ihrer Lebenssituation richtungsweisend zu unterstützen. Zur Analyse der Geschichte sind Kriterien erforderlich, die in 2.3 zur Sprache kommen.

2.2 „Störung“ in der Lebensgeschichte und Denkstruktur

Hierbei handelt es sich um eine Auseinandersetzung in der Denkstruktur, die nicht als eine psychische Krankheit, sondern als »Störungen« („*Choque*“¹¹) verstanden wird. Lúcio Packter benutzt den Begriff „*Choque*“ auf Portugiesisch, um die »Störungen« zu beschreiben, die innerhalb einer »Denkstruktur«¹² ablaufen. Was sind „Störungen“? Es ist schwer, den Begriff in der Klinischen Philosophie zu präzisieren, dies kann nur außerhalb des Konsenses, was Krankheit oder Gesundheit ist, erfolgen.

Hier werden zwei Kriterien zugrunde gelegt, um „Störungen“ zu bezeichnen: 1. eine These; 2. mit einer Antithese; 3. ist gleich: „*Störung*“.

Nehmen wir zwei *Themen* als Beispiele: T2 „Sich selbst einschätzen“, und T11 „Die Suche“.

1. These: In T2 lautet die Aussage: „Ich möchte Priester werden“...

¹¹ Lúcio Packter benutzt der Begriff „*Choque*“, als Störung“ („*choques, conflitos graves, violentos na EP-Estutura de Pensamento da Pessoa*“). Nunes R. G./Pedrosa, R. (Hg.): *Dicionário de Filosofia Clínica*, Imprensa Universitária, Fortaleza 2000, 26f.

¹² Vgl., ebd., 35.

2. Antithese: In T11 lautet die Aussage: „Ich kann nicht ohne Frau leben“...

3. Daraus folgen „*Störungen*“...

Obwohl innere „*Störungen*“ innerhalb der persönlichen Struktur passieren, verknüpfen sie sich mit Elementen von außen.

Sie werden behandelt als „Phänomen“, die durch die *Tafel der Denkstruktur* untersucht werden.

Die „*Störungen*“ können in zwei große Gruppen klassifiziert werden: „peripherische“ und „tieferliegende *Störungen*“.¹³

Der Klinische Philosoph kann mit peripherischen *Störungen* arbeiten, aber nicht mit den tieferliegenden *Störungen*. Die „tieferliegenden *Störungen*“ werden nach Lúcio Packter vom behandelnden Arzt diagnostiziert, der die verschiedenen Arten von chronischen¹⁴ und pathologischen *Störungen* identifiziert. Die peripheren *Störungen* werden hier klassiert in indirekte und direkte *Störungen*.¹⁵ Hier werden einige Charakteristika von indirekten und direkten *Störungen*, die Lúcio Packter in Heft A der Klinischen Philosophie erläutert hat, zitiert:

- *Störungen* zwischen Themen der Denkstruktur sind indirekte *Störungen*.
- Chaotische Assoziationen zwischen Themen,
- Probleme in der Struktur und an den Schnittmengen zwischen Themen,
- Probleme an der Schnittmenge zwischen Struktur und nicht zwischen Themen,
- Abwesenheit von Themen, die erforderlich sind für den existentiellen Umstand.
- Kontraproduktive Erlebnisse von Themen in kritischen Situationen.¹⁶

Zur Lösung der Probleme ist es erforderlich, dass der Klinische Philosoph die Form der *Störungen* einordnet, um eine entsprechende therapeutische Behandlung durchführen zu können.

2.3 Mit welchen Kriterien wird die Lebensgeschichte und Denkstruktur des Klienten/Partilhante untersucht?

Die Gedanken des Klienten bewegen sich ständig und werden im ihrem historischen Prozess durch innere und äußere Faktoren beeinflusst. Auf welche Weise eine Person in ihren Gedanken zwischen Gegenwart, Vergangenheit und Zukunft springt, ist sehr unterscheidend für die Analyse. Jeder Klient hat seine Besonderheit.

In den Untersuchungsmethoden ist es wichtig, eine *positive Schnittmenge* (das sind gemeinsame Elemente, die zwei oder mehrere Personen verbinden) zwischen den

¹³ Vgl. Packter, Lúcio: Cadernos A de Filosofia Clínica, Porto Alegre, Instituto Packter, 1997/1998, 31.

¹⁴ Vgl. ebd.

¹⁵ Vgl. ebd., 21.

¹⁶ Vgl. ebd.

klinischen Philosophen und den Klienten/Partilhante¹⁷ zu finden, was ein positives Verhalten erzeugt.

Nach dieser Bedingung stellt sich die Frage: Worauf ist beim Erzählen der Geschichte zu achten? Folgende vier Punkte sind zu beachten: 1. „*Zeitliche Sprünge*“ und 2. „*Logische Sprünge*“,¹⁸ 3. *Trennende Daten*¹⁹ und 4. *Verwurzelung* („Wurzel“ von einem Baum²⁰).

- **Zeitliche Sprünge** („salto temporal“²¹)

Der »*Zeitliche Sprung*« („salto temporal“) ist ein Auf und Ab in der Geschichte, man springt zwischen Daten und verschiedenen Zeitperioden, wichtigen Ereignissen usw. Das Ziel ist, als Resultat eine kompakte Geschichte vorzufinden, um damit therapeutisch arbeiten zu können. Wenn eine Person bei der Erzählung ihrer Geschichte springt, müssen bestimmte Teile der Geschichte getrennt werden. Wie ist hier vorzugehen?

- **Logische Sprünge** („salto lógico“²²)

»*Logische Sprünge*« („salto lógico“) sind die individuelle Art, Wörter und Sätze zu verwenden, die schwer zu verstehen sind, weil nicht abgeschlossene Gedanken durch neue unterbrochen werden.

Zusammenfassend ist zu sagen, dass die *Zeitlichen* und *Logischen Sprünge* Vorgehensweisen sind, die die Klinische Philosophie nutzt, um eine Therapie durchzuführen. Bei dieser Vorgehensweise wird beobachtet und analysiert, wie der Klient sein Denken strukturiert hat. Es wird dabei analysiert, wie der Klient seine Geschichte erzählt, wie er von den Tatsachen und Ereignissen in seinem Leben berichtet. Dafür reflektiert der klinische Philosoph über viele gestellte Fragen, um Informationen über *Zeitliche* und *Logische Sprünge* zu erhalten. Zum Beispiel:

- Warum springt der Klient, wenn er seine Geschichte erzählt, was verbirgt sich dahinter?
- Ist der Sprung ein Muster des Denkens oder nicht?
- Ist der Sprung ein Problem für die Person oder nutzt sie dieses Mittel, um ein schmerzliches Thema zu vermeiden und mit anderen nicht darüber zu sprechen?
- Wie kann der klinische Philosoph mit einem solchen schmerzlichen Thema umgehen?

¹⁷ Aus Gründen der Präzision verwende ich im Text für „Klient“ zusätzlich den Begriff „Partilhante“ in der portugiesischen Sprache, da die Übersetzung nicht die exakte Bezeichnung des Wortes wiedergibt. Mit „Partilhante“ wird eine Person bezeichnet, mit der man etwas teilt bzw. austauscht. Aus dem gleichen Grund verwende ich im Text einige weitere Begriffe in der Originalsprache.

¹⁸ Packter, Lúcio: Cadernos A. de Filosofia Clínica, Porto Alegre, Instituto Packter 1997/1998, 8f.

¹⁹ Packter, Lúcio: Cadernos B. de Filosofia Clínica, Porto Alegre, Instituto Packter 1997/1998, 7.

²⁰ Vgl. Packter, Lúcio: Cadernos B. de Filosofia Clínica, Porto Alegre, Instituto Packter 1997/1998, 57.

²¹ Packter, Lúcio: Cadernos A. de Filosofia Clínica, Porto Alegre, Instituto Packter 1997/1998, 8. Vgl.dazu Will, Goya: A escuta e o silêncio – Lições do Diálogo na Filosofia Clínica, PUC Goiás, Goiânia 2010, 46.

²² Packter, Lúcio: Cadernos A. de Filosofia Clínica, Porto Alegre, Instituto Packter, 1997/1998, 8f.

Hier liegt die therapeutische Herausforderung, Ressourcen zu finden, Techniken und pädagogische Wege zu öffnen, um die Person zu unterstützen.

- Wie kann die Person ihre Gedanken und Lebensgeschichte besser strukturieren und mit ihren *Zeitlichen Sprüngen* und *Logischen Sprüngen* besser umgehen?

- **Trennende Daten** („Dados divisorios“²³)

Wenn eine Person beim Erzählen ihrer Geschichte springt, müssen bestimmte Teile der Geschichte getrennt werden, damit wichtige versteckte Daten hervortreten können.

Ein Beispiel, um Daten in der Geschichte zu trennen: „*Erinnern Sie sich an die Zeit zwischen Frühstück und Mittagessen?*“ usw. Es gibt verschiedene Arten, um Daten zu trennen – Es ist wichtig zu wissen, aus welchem Grund etwas getrennt werden muss.

- **Verwurzelung** („Enraizamento“²⁴)

Das ist eine Art in der Klinischen Philosophie, um ein Thema, eine Situation, eine Idee usw. zu vertiefen, um dazu mehr Informationen zu erhalten. D.h. in diesem Kontext *Definition*, *Erläuterung*²⁵, *Beschreibung*, sind folgende Schritte dafür notwendig:

- *Definition* („*Definição*“): Was meinen Sie über „Das“? Können Sie eine Definition geben?
- *Erläuterung* („*Explicação*“): Vielleicht können Sie mir ein Beispiel nennen?
- *Beschreibung* („*Descrição*“): Können Sie beschreiben, was „Das“ bedeutet?

Nach dieser kurzen Erläuterung des Begriffs Klinische Philosophie nach Lucio Packter sowie deren Inspiration durch bereits zitierte Philosophen kann gefolgert werden, dass die Lebensgeschichte im therapeutischen Prozess von großer Bedeutung ist.

Die bisher beschriebenen Kriterien sind notwendig, um Informationen über die Geschichte der Klienten und die Art und Weise seines Denkens zu gewinnen und diese im Detail zu analysieren.

Diese Kriterien erfolgen durch eine Drei-Schritt-Methode: die Kategoriale Untersuchung, die Analyse der Denkstruktur des Klienten und die Sub-Modi, wobei die Kategoriale Untersuchung und die Analyse der Denkstruktur zunächst als vorrangige Schritte im therapeutischen Prozess behandelt werden. Es steht außer Frage, dass durch die Erzählung seiner Lebensgeschichte und deren damit verbundener Reflexion dieser Vorgang gleichzeitig eine Selbsttherapie für den Klienten bedeutet, da er im Verlauf dieses Prozesses dem Leben eine neue Bedeutung und einen neuen Sinn beimisst. Durch diese Reflexion findet er zu

²³ Packter, Lúcio: Cadernos B. de Filosofia Clínica. Porto Alegre, Instituto Packter, 1997/1998, 7.

²⁴ Ebd., 2.

²⁵ Ebd., 36.

einer neuen Selbstorientierung und zur Lösung seines Problems. Durch die erforderliche Drei-Schritt-Methode wird die Geschichte analysiert.

3. Klinische Philosophie – Drei-Schritt-Methode

3.1 Erster Schritt - Tafel der Kategorialen Untersuchungen

Das sind fünf Kategorien, die in der Therapie verwendet werden, nämlich *Thema*, (*Tema*) „*Umstand*“ (*Circunstância*), *Ort* (*Local*), *Zeit* (*Tempo*) und *Beziehung* (*Relação*).²⁶

Das Ziel des ersten Schrittes ist, ein kurzes existenziales Portrait des Klienten zu erfassen, d.h. eine Beschreibung der existenzialen Lokalisation in Bezug auf die individuelle allumfassende Lebenssituation zu ermöglichen. Nachfolgend werden die Kategorien erläutert.²⁷

1. Kategorie: *Thema*; 2. Kategorie: *Umstand*; 3. Kategorie: *Ort*; 4. Kategorie: *Zeit*; 5. Kategorie: *Beziehung*.

Durch die Kategoriale Untersuchung („*Exames Categoriais*“²⁸) wird eine Beobachtung der Person in ihrem jeweiligen „*Umstand*“ ermöglicht. Sie liefert Erkenntnisse darüber, wie die Person sich in ihrem Umfeld bewegt und gibt Aufschluss über ihre Sichtweise, ihr Denken und Fühlen.

- Kategorie: *Thema*

Was bedeutet *Thema*? Das ist ein in der Therapie dargelegtes Situationsproblem. Hier werden zwei Aspekte des *Themas* unterschieden: a) „*Erstes Thema*“ und b) „*Letztes Thema*“.²⁹

Was bedeutet das? Das „*Erste Thema*“ ist das als vorläufig bezeichnete *Thema*, das von der Person als Ausgangspunkt angesprochen wird. Entscheidend ist jedoch das „*letzte Thema*“, das sozusagen hinter dem „*ersten Thema*“ zunächst verborgen ist, das aber in der Therapie die Grundlage für die Behandlung bietet.

- Kategorie: *Umstand*

Ein *Umstand* ist eine Gegebenheit, in der man sich existenziell befindet. Das bedeutet, eine Person hat in der betreffenden Situation ein bestimmtes Gefühl. Darin sind sowohl die Biographie als auch die Erlebnisse und Erfahrungen der Person eingeschlossen. Ortega y Gasset sagt: ich bin mein *Umstand*.³⁰

²⁶ Ebd., 2. Vgl. dazu auch Aiub, Monica: Para entender a Filosofia Clínica – o apaixonante exercício do Filosofar, Walk, Rio de Janeiro 2008, 66f.

²⁷ Packter, Lúcio: Cadernos A. de Filosofia Clínica, Porto Alegre, Instituto Packter, 1997/1998, 9. Vgl. dazu auch: Aiub, Monica: Para entender a Filosofia Clínica – o apaixonante exercício do Filosofar, Walk, Rio de Janeiro 2008, 66f.

²⁸ Packter, Lúcio: Cadernos A. de Filosofia Clínica, Porto Alegre, Instituto Packter, 1997/1998, 13.

²⁹ Packter, Lúcio: Cadernos E. de Filosofia Clínica, Porto Alegre, Instituto Packter, 1997/1998, 9.

³⁰ Vgl. Ortega y Gasset, Jose Meditações do Quixote in Obras Completas. V. I, 2 Alianza, Madrid 1997, 153.

- **Kategorie: *Ort***

Was bedeutet die Kategorie *Ort*? Sie bezeichnet sowohl einen geographischen als auch einen mentalen Ort, an dem die Person sich befindet. »Ort« sind Empfindungen, das geistige Umfeld der Person.

Wo steht die Person? Die subjektiven Empfindungen und das geistige Umfeld müssen nicht mit der Realität übereinstimmen. Ein Ort ist eine existenzielle Empfindung, die sich aus existentiellen Gefühlen speist, die die Person im Laufe ihrer Lebensgeschichte erlebt hat. Das kann die mentale Repräsentation dieser Empfindungen angenehm oder unangenehm erscheinen lassen.

- **Kategorie: *Zeit***

In der akademischen Philosophie wird gelehrt, dass es mehrere Möglichkeiten gibt, um die *Zeit* zu begreifen. Diese Formen der Darstellungen werden deutlich, wenn wir bereit sind zu erforschen, wie die Menschen ihre *Zeit* organisieren, wie sie die *Zeit* verstehen und wie sie innerhalb dieser Kategorie strukturiert sind.

»Zeit«: Es gibt zwei Definitionen der *Zeit*, zum einen die objektive chronologische *Zeit*, zum anderen die gefühlte sprich subjektive *Zeit*. Die subjektive *Zeit* muss nicht mit der objektiven *Zeit* übereinstimmen. Während sie für die eine Person langsamer vergeht, läuft die *Zeit* für die andere Person schneller. Zu beachten ist, dass dabei die *Zeiten*, Vergangenheit, Gegenwart, Zukunft, verbal, aktiv, passiv, reflektierend unterschiedlich ablaufen.

- **Kategorie: *Beziehung***

Beziehung beobachtet die Schnittpunkte von der Struktur des Denkens. Es muss untersucht werden, wie die Person im Zusammenhang mit dem Referenzobjekt reagiert, wie sie mit Personen in ihrem Umfeld in *Beziehung* tritt und wie sie sich entwickelt. Die *Beziehung* kann klar strukturiert sein. Das Gegenteil ist konfus, verwirrend und undefiniert. Nach der Differenzierung zwischen Subjekt und Objekt kann man die Kategorie »*Beziehung*« identifizieren als einen Relationsprozess, der durch eine qualitative Schnittmenge zwischen Subjekt und Objekt zu beobachten ist.

»*Beziehung*« ist ein relationales Verhältnis mit Personen, Objekten, Dingen und Sachen usw. Die *Beziehung* wird analysiert durch Beobachtungen, in denen die Qualität und die Intensität wichtig sind. Im menschlichen *Beziehungsprozess* werden Grenzen beobachtet, auf welche Weise die Person im Zusammenhang mit dem Referenzobjekt reagiert. Dadurch kann die Qualität der Schnittmengen beurteilt werden. Von Bedeutung ist, wie die Person selbst ihre *Beziehung* bewertet. Der Klinische Philosoph sollte nicht durch seine eigenen Vorstellungen die Klienten manipulieren. Durch die Kategoriale Untersuchung ist es möglich, eine Anamnese zu erstellen, die Grundvoraussetzung ist für eine im zweiten Schritt vorzunehmende Diagnose der Denkstruktur der Klienten/Partilhante.

3.2 Zweiter Schritt - *Tafel der Struktur des Denkens*

Im Folgenden werden die Themen aufgelistet, die der Klinische Philosoph in der Therapie verwendet, um die persönliche Lebensgeschichte zu analysieren.

Was sind Themen der Denkstruktur? Die Denkstruktur („Estrutura de pensamento“³¹) ist eine Disziplin im Rahmen der Ausbildung in der Klinischen Philosophie. Durch die 30 Themen lernt der klinische Philosoph, wie er die Denkstruktur seiner Klienten behandeln kann. Als Disziplinen innerhalb der Klinischen Philosophie wird jedes Thema mit unterschiedlichen Schulen der Philosophie und deren Theorien miteinander verknüpft. Welche Handlungsweise folgt für den klinischen Philosophen aus der Kenntnis bzw. den Resultaten der untersuchten Themen? – Er kann eine Diagnose erstellen und „Störungen“ innerhalb einer Denkstruktur identifizieren.

T1 Welterscheinung; T2 Sich selbst einschätzen; T3 Sensorisch oder abstrakt; T4 Emotion; T5 Vorurteile; T6 Im Bewusstsein eingeprägte Begriffe; T7 Begriffe: universell; partikulär; singular; T8 Begriffe: univok oder äquivok; T9 Diskurs: vollständig oder unvollständig; T10 Strukturierung der Vernunft; T11 Suche; T12. Dominierende Leidenschaften; T13 Verhaltensmuster und Funktionen; T14 Räumlichkeit: Inversion, inverse Reziprozität; kurze und lange Ortsveränderung; T15 Semiose; T16 Bedeutung; T17 Konzeptfalle; T18 Axiologie; T19 Thema der existenziellen Besonderheit; T20 Epistemologie; T21 Expressivität; T22 Existentielle Darstellung; T23 Aktion; T24 Hypothese; T25 Experimentierung; T26 Prinzipien der Wahrheit; T27 Strukturanalyse; T28 Die Intersektion der Denkstruktur; T29 Daten der symbolischen Mathematik; T30 Autogenie³²

Hinweise: Durch die Themen identifiziert der Philosoph bestimmte „Störungen“. Hier stellt sich die Frage, mit welchen Kriterien untersucht er Lösungsmöglichkeiten? Wie kann er die „Störungen“ behandeln? Welche Kriterien sind maßgeblich in der in der Klinischen Philosophie?

3.3 Dritter Schritt – Tafel der Sub-Modi

Der dritte Teil des Verfahrens bearbeitet Verhaltensformen der Gedanken. Die Sub-Modi sind Verhaltensmuster, Gewohnheiten, die Gedanken entwickelt haben. Sie sind in der Klinischen Philosophie als produktiv oder kontraproduktiv klassifiziert.

Sub-Modi sind abhängig von der Denkstruktur, die eine Person im Lauf ihrer Lebensgeschichte entwickelt hat und die sie prägt. Der klinische Philosoph unterscheidet *Informale Sub-Modi* und *Formale Sub-Modi*.

- Informale Sub-Modi

Informale Sub-Modi sind Modi vivendi, die eine psychologische Funktion besitzen. Es sind Verhaltensmuster, die jede Person im Lauf ihres Lebens entwickelt, die für sie charakteristisch werden, die ihrem Leben Struktur verleihen, die sie spontan oder bewusst einsetzt. (Tanzen, Singen, Malen, Sport betreiben, Briefe schreiben etc.).

³¹ Packter, Lúcio: Cadernos B. de Filosofia Clínica. Porto Alegre. Instituto Packter, 1997/1998, 4.

³² Übersetzung aus dem Original in Portugiesisch: Packter, Lúcio: Cadernos E. de Filosofia Clínica, Instituto Packter, Porto Alegre 1997/1998, 2. Vgl. dazu auch Aiub, Monica: Para entender a Filosofia Clínica – o apaixonante exercício do filosofar, Walk Editora, Rio de Janeiro 2008, 81f.

- **Formale Sub-Modi**

Formale Sub-Modi sind die von der Klinischen Philosophie identifizierten Verhaltensmuster, die der klinische Philosoph diagnostiziert, klassifiziert, deren Funktion er bewertet und notfalls durch eine therapeutische Intervention beeinflusst. Die klinischen Philosophen benennen 32 „*Sub-Modi*“. Diese sind:

1 In Richtung des singulären Begriffs; 2 In Richtung des universalen Begriffs; 3 In Richtung der Sensationen; 4 In Richtung der Ableitung von Gedanken; 5 Schema der Auflösung; 6 Zu den Ergebnissen; 7 Inversion; 8 Gegenseitige Inversion; 9 Division; 10 Abgeleitete Argumentation; 11 Anderer Weg; 12 Suche; 13 Kurze Ortsveränderung; 14 Lange Ortsveränderung; 15 Addition; 16 Ordnen; 17 Wahrnehmen; 18 Ästhetik; 19 Selektive Ästhetik; 20 Übersetzung; 21 Information lenken; 22 Nebenkonzept; 23 Intuition; 24 Rückführung; 25 Intentionalität lenken; 26 Axiologie; 27 Autogenie; 28 Epistemologie; 29 Rekonstruktion; 30 Indirekte Analyse; 31 Expressivität; 32 Prinzipien der Wahrheit.“³³

Die *Formalen Sub-Modi* sind philosophische Kategorien, die genutzt werden, um verschiedene Möglichkeiten von Verhaltensweisen zu identifizieren und analysieren. Durch 32 Sub-Modi wird die Art und Weise einer Struktur des Denkens analysiert. Die *Formalen Sub-Modi* bilden eine Matrix, um die Theorie und die Praxis zu verbinden.

Werte und Tugenden sind die Basis der philosophischen Therapie und dienen ihrer Orientierung. Durch die Konfrontation mit seinem Selbstverständnis über Werte und Tugenden entwickeln sich Selbst-Erkenntnisse, die dem Klienten eine neue Orientierung ermöglichen und Störungen in seinem Verhalten aufdecken. Aufgrund der gewonnenen Erkenntnisse verhilft die philosophische Reflexion dem Klienten zur Klarheit über sein Verhalten und kann dementsprechend als produktive und kontraproduktive Verhaltensweisen identifiziert werden, um Änderungsprozesse in Gang zu setzen.

Fazit

Die in Brasilien entwickelte Klinische Philosophie zielt auf die therapeutische Praxis im Sinne von Beratungen, sowohl im individuellen als auch im Gruppen- und Unternehmensbereich. Die klinischen Philosophen bauen auf den unterschiedlichsten philosophischen Überlegungen mit Basis auf philosophischem Gedankengut und Doktrinen auf, stets auf der Suche nach Lösungen für die Probleme ihrer Klienten/Partihante. Die Praxis der individuellen Therapie sowie die individuelle oder unternehmerische Beratung basieren auf dem in diesem Artikel beschriebenen methodischen Ansatz.

Ausgehend von der individuellen therapeutischen Praxis kann das therapeutische Verfahren der in Brasilien angewandten Klinischen Philosophie nach Lucio Packter wie folgt zusammengefasst werden:

Der Klient/Partihante erzählt seine persönliche Geschichte - der klinische Philosoph begleitet ihn ohne nennenswerten Eingriff, um dadurch seinen Gedankengang nicht zu beeinflussen. Eventuell erfolgte Eingriffe dienen ausschließlich dazu, der erzählenden Geschichte Kontinuität zu bieten. Dabei suchen

³³ Übersetzung aus dem Original in Portugiesisch. Packter, Lúcio: Cadernos H. de Filosofia Clínica, Instituto Packter, Porto Alegre 1997/1998, 39f.

die Philosophen die *Logischen Sprünge* sowie die *Zeitlichen Sprünge*, die während der Darstellung der Geschichte passieren, zu vermeiden. Wenn dies geschieht, wenden sie ein Verfahren an, welches als *Trennende Daten* bezeichnet wird.

Diese Daten werden dazu eingesetzt, Informationen über fragmentierte Abschnitte der Geschichte der Klienten zu erhalten. Die *Verwurzelungen* werden verwendet, um die Bedeutung von Begriffen des Klienten/Partilhante zu vertiefen und aufzuklären. Dieses Verfahren verhilft dazu, was in der Klinischen Philosophie als kategorische Untersuchung verstanden wird. Die *kategoriale Untersuchung* ermöglicht, die Gedanken des Klienten/Partilhante über das von ihm bearbeitete Thema zu beobachten und zu diagnostizieren, sowohl in der Therapie als auch bei der Beratung. Durch dieses Verfahren wird ersichtlich, wie der Klient/Partilhante sich selbst positioniert zu anderen Menschen und dem Umfeld, in dem er lebt. Dadurch wird es möglich zu erfahren, wie der Klient/Partilhante sich in Bezug auf seine Gedanken und Emotionen geistig strukturiert hat. Welche Gedanken und Emotionen sind dem Klienten/Partilhante eigen und wie beeinflussen sie sein Leben?

Inwieweit sind die Urteile oder Vorurteile bei der Suche behilflich, und über welche Vorstellungen im Hinblick auf seine Zukunft verfügt der Klient/Partilhante? Durch diese Analyse ist es möglich, die *Schocks/Störungen* und die *Konzeptfallen* zu erkennen, welche der Klient/Partilhante in der Therapie über das Thema entwickelt hat. Durch die Analyse der *Denkstruktur* ist es möglich zu erfahren, wie der Klient/Partilhante bei einem Problem die Art seiner Kompetenz und Schwächen offenbart und welche produktiven oder kontraproduktiven Verhaltensweisen der Klient (Gruppen, Unternehmen) in Bezug auf das Thema der Therapie entwickelt hat.

Auf der Grundlage dieser Informationen entwickelt der klinische Philosoph seinen Behandlungsplan.

Der Behandlungsplan bzw. die philosophische Therapie hat nicht in erster Linie die Absicht, den Klienten zu heilen. Der Begriff „heilen“ ist zunächst nachrangig innerhalb des therapeutischen Verfahrens. Er steht zwischen dem Paradigma der „Heilung“ oder „Krankheit“. Solche Begriffe sind psychiatrischer bzw. medizinischer Natur. In diesen Fällen ist die Vorgehensweise der klinischen Philosophen zu beobachten, wie ihre Klienten/Partilhante auf bestimmte Medikamente reagieren bzw. wie die Krankheit eingestuft werden kann, da die „Krankheiten“ in den Köpfen ihrer Klienten/Partilhante ablaufen. Durch diese Beobachtungen ist erkennbar, inwieweit solche Darstellungen behilflich oder störend sind durch die Medikation seiner Klienten. Daher fragen die klinischen Philosophen nicht danach, wie eine Person von einer physischen oder psychischen Krankheit geheilt werden kann. Ihre Aufgabe besteht darin, ihr in einer solchen Situation in der damit verbundenen geistigen und seelischen Verfassung Unterstützung zu bieten, um solche Situationen zu bewältigen, damit die Person mit den Gegebenheiten umgehen und mit ihnen leben kann, was unter Umständen auch bedeutet, unabänderliche Tatsachen zu akzeptieren.

Literaturverzeichnis

AIUB, MONICA: Para entender a Filosofia Clínica – o apaixonante exercício do Filosofar, Walk, Rio de Janeiro 2008.

CARVALHO, JOSÉ MAURÍCIO DE: Filosofia Clínica e Humanismo, Idéias e Letras, Aparecida, SP 2012.

PACKTER, LÚCIO: Buscas – caminhos existenciais, Garapuvu, Florianópolis 2004.

DERS.: Cadernos A. de Filosofia Clínica, Instituto Packter, Porto Alegre 1997/1998.

DERS.: Cadernos B. de Filosofia Clínica, Instituto Packter, Porto Alegre 1997/1998.

DERS.: Cadernos D. de Filosofia Clínica, Instituto Packter, Porto Alegre 1997/1998.

DERS.: Cadernos E. de Filosofia Clínica, Instituto Packter, Porto Alegre 1997/1998.

DERS.: Cadernos G. de Filosofia Clínica, Instituto Packter, Porto Alegre 1997/1998.

DERS.: Cadernos G. Disket 3. de Filosofia Clínica, Instituto Packter, Porto Alegre 1997/1998.

DERS.: Cadernos G2. de Filosofia Clínica, Instituto Packter, Porto Alegre 1997/1998.

DERS.: Cadernos H. de Filosofia Clínica, Instituto Packter, Porto Alegre 1997/1998.

DERS.: Cadernos N. de Filosofia Clínica, Instituto Packter, Porto Alegre 1997/1998, 5.

DERS.: Filosofia Clínica Propedêutica, AGE, Porto Alegre 1997.

DERS.: Semiose: Aspectos Traduzíveis em Clínica, Ed. Fortaleza, Fortaleza, 2002.

PAULO, MARGARIDA NICHELE: Compêndio de Filosofia Clínica, Imprensa Livre, Porto Alegre 2001.

PETZOLD, HILARION G: Integrative Therapie – Modelle, Theorien & Methoden einer schulenübergreifenden Psychotherapie – Bd. 1 Klinische Philosophie, Junfermann, Paderborn 1992a/2003a.

POLTRUM, MARTIN: Klinische Philosophie – Logos Ästhetikus und Philosophische Therapeutik, Parodos Berlin 2011.

WILL, GOYA: A escuta e o silêncio – Lições do Diálogo na Filosofia Clínica, PUC Goiás, Goiânia 2010.

Recebido para publicação em 07-02-17; aceito em 12-03-17