

2022



dr. margrit egnér-Stiftung

*Festschrift*

*Preisverleihung 2022*

*«Ars psychiatrica?*

*Im Spannungsfeld von*

*Evidenzen, Werten und*

*Subjektivität»*

*Festschrift Nr. 37  
Dr. Margrit Egnér-Stiftung  
Zürich-Meilen, 2022*

## Inhaltsverzeichnis

Stiftungszweck	4
Preisträger 2022	5
Einführung in das Thema und Laudationes Prof. Dr. med. et Dr. phil. Paul Hoff	7

## Vorträge

<b>«Values and evidence: opponents or partners in contemporary clinical care?»</b> Prof. KWM Bill Fulford, DPhil (Oxon), PhD (Lond), FRCP, FRCPsych	<b>20</b>
<b>«Please pay attention please (Bruce Naumann 1973) Kunst aus psychiatrischen Einrichtungen im toten Winkel»</b> Prof. Dr. phil. Katrin Luchsinger	<b>60</b>
<b>«Was ist der Mensch? Provisorische Erkenntnisse im Lichte der Ideengeschichte»</b> Prof. Dr. med. Matthias Bormuth	<b>78</b>
Bisherige Themen der Preisverleihungen und Vorträge der Referenten	90

## *Stiftungszweck*

*Die Dr. Margrit Egnér-Stiftung wurde 1983 gegründet. Sie fördert neue Ideen und besondere Leistungen auf dem Gebiet der anthropologischen und humanistischen Psychologie unter Einschluss der entsprechenden Richtungen der Philosophie und Medizin. Sie würdigt mit ihrem Preis Personen, die durch ihr Lebenswerk, das Verfassen einzelner hervorragender Arbeiten oder die praktische Tätigkeit auf wissenschaftlicher Grundlage zu einer humaneren Welt beitragen, in welcher der Mensch in seiner Ganzheitlichkeit im Mittelpunkt steht.*

*Die öffentliche Preisverleihung findet jeweils am zweiten Donnerstag im November statt. Nach einer Einführung ins jeweilige Thema des Jahres halten die Preisträger Referate zu ihrem Arbeitsgebiet.*

## *Preisträger 2022*



*Professor Bill (KWM) Fulford*



*Katrin Luchsinger*



*Matthias Bormuth*



## *Einführung in das Thema*

*Liebe Preisträgerin, liebe Preisträger*

*Dear Prof. Fulford*

*Sehr geehrte Damen und Herren*

*Die Dr. Margrit Egnér-Stiftung – ich zitiere aus dem Stiftungszweck – «fördert neue Ideen und besondere Leistungen auf dem Gebiet der anthropologischen und humanistischen Psychologie unter Einschluss der entsprechenden Richtungen der Philosophie und Medizin.» Die in diesem Zusammenhang vergebenen Preise sollen Personen auszeichnen, deren wissenschaftliche und praktische Erkenntnisse «zu einer humaneren Welt beitragen, in welcher der Mensch in seiner Ganzheitlichkeit im Mittelpunkt steht.»*

*Auf den ersten Blick handelt es sich dabei um betont positiv besetzte Begriffe, etwa Humanismus oder Ganzheitlichkeit. Bei genauerer Betrachtung – und eben darum geht es ja in der Wissenschaft – sind aber auch sie eingebettet in konzeptuelle Spannungsfelder, die viele Fragen aufwerfen und die einfache Antworten nicht zulassen, ja geradezu verbieten. Dadurch öffnen sich gleichsam «bipolare» Welten, in denen sich die Medizin allgemein sowie die Psychiatrie und die Psychotherapie im Besonderen bewegen, sogar notwendig bewegen. Ich nenne wenige Beispiele:*

- Folgt medizinisches Handeln strengen, für Alle in gleicher Weise geltenden wissenschaftlichen Algorithmen? Oder ist es auch eine «Heilkunst», eine «ars medica», die Raum lässt, Raum fordert für das Einzelne, das Subjektive, das Intuitive?*
- Wie können wir im Feld der Psychotherapie das subjektive Erleben einerseits und die objektivierenden Befunde, etwa aus den Neurowissenschaften, so*



*miteinander verbinden, dass wir unseren Patientinnen und Patienten gerecht werden? Diese sind schliesslich Personen und haben einen Körper; sie sind «verkörperte Subjekte», wie es in der jüngeren phänomenologischen Literatur heisst.*

- *Wo und mit welchem Recht ziehen wir Grenzen, gar scharfe Grenzen zwischen «psychischer Gesundheit» und «psychischer Krankheit» – mit den entsprechenden, nicht selten erheblichen Konsequenzen für die betroffene Person?*

*Der britische Anthropologe und Psychiater Roland Littlewood hat vor gut 30 Jahren, 1991, in einer vielbeachteten Publikation die Psychiatrie bezeichnet als «the most self-doubting specialty», als dasjenige Feld der Medizin, das am meisten mit Selbstzweifeln zu kämpfen habe. Viele verstehen bis heute diesen Kommentar als Kritik, als Vorwurf mangelnder wissenschaftlicher Prägnanz des Faches, oder als Ausdruck des Bedauerns, ja des Mitleids mit einer «selbstunsicheren» Psychiatrie.*

*Ich lese Littlewoods Satz anders, nämlich als Aufforderung an unser Fach, sich den ihm nun einmal eigenen, nicht auflösbaren Polaritäten zu stellen: So kann der Selbstzweifel zum Instrument kritischer Selbstreflektion werden und damit, im besten Fall, zu einer solideren, weil offenen und informierten Identität des Faches beitragen. In diese Richtung deutet auch der zweite Teil seines Satzes, in dem er der Psychiatrie attestiert, sie sei «concerned with the ambiguities of the social practice of medicine», sie beschäftige sich und stelle sich der unaufhebbaren Mehrdeutigkeit und potenziellen Konflikthaftigkeit ihres praktischen Handelns.*

*Warum ich das so stark betone? Weil es den konzeptuellen Rahmen unserer diesjährigen Preisverleihung vorgibt: «Ars psychiatrica? Im Spannungsfeld von Evidenzen, Werten und Subjektivität».*

*Aus Sicht des Stiftungsrates – Dr. Marco Lanter, Frau Prof. Veronika Brandstätter-Morawietz und ich – folgt es der Absicht der Gründerin, wenn wir heute durch die Auszeichnung der Preisträgerin und der beiden Preisträger ein Schlaglicht werfen auf drei für Psychiatrie und Psychotherapie wichtige, miteinander verknüpfte und doch je eigenständige Aspekte:*

- Wie kommen Werte zu den Evidenzen?*
- Ist das, was psychisch erkrankte Menschen ausdrücken – notabene: im weitesten Sinn ausdrücken, durch Worte, Gesten, Verhalten, aber auch durch künstlerisches Gestalten – immer, gleichsam «automatisch» Teil der Krankheit, «Symptom» also – oder ist es das gerade nicht?*
- Welche Menschenbilder durchziehen und prägen unser Fach?*

*Der Stiftungsrat ist beeindruckt von den neuartigen und anregenden Einblicken in das Arbeiten im psychiatrisch-psychotherapeutischen Feld, die uns die Preisträgerin und die beiden Preisträger ermöglichen. Es ist mir eine grosse Ehre, sie Ihnen im Folgenden kurz vorstellen zu dürfen und sodann – gemeinsam mit meiner Stiftungsratskollegin – die drei diesjährigen Preise zu verleihen.*

*Im Anschluss werden wir die Vorträge von Herrn Prof. Fulford, Frau Prof. Luchsinger und Herrn Prof. Bormuth hören.*

## *Laudatio für Prof. Bill Fulford*

*Dear Prof. Fulford, dear Bill*

*It is, to be honest, not an easy task to honour you in 10 minutes' time. Prof. Fulford has a triple qualification in medicine, psychology and philosophy. Indeed, with his work of the last decades Prof. Fulford profoundly enriched the medical practice, especially the practice of psychiatry and psychotherapy, with his philosophical and ethical reflections, publications and – last, really not least – his manifold teaching activities.*

*Back in the eighties, I was an assistant doctor in psychiatry in Munich, a freshman, as the English would say. In this role, I was given the opportunity to attend international conferences in order to get a glimpse of what's going on in the field scientifically. I may tell you, that there were not many big psychiatric meetings where I did not listen to Prof. Fulford reflecting about the interface between scientific data and general or individual values in medicine. So, we speak about more than 40 years.*

*Prof. Fulford is a classical team worker – a very British trait, if I may say so. When I asked him which elements of his career he would highlight, he wrote: «I found this difficult because so much of what I have done has been in partnership with many excellent colleagues – so the first thing I would emphasize is my many debts to all these people.»*

*Nonetheless, let me mention some of his personal achievements, that in my view really moved our field forward:*

- His philosophical dissertation at the university of Oxford was subsequently published under the title «Moral Theory and Medical Practice». This book from 1989 – 33 years ago – was to become the*

*starting point of what is now widely called «values-based practice» in medicine.*

- *Prof. Fulford was founder and first chairman of two «Philosophy Groups» within the Royal College of Psychiatrists in London as well as within the World Psychiatric Association (WPA).*
- *He was the founding editor of the first international peer-reviewed journal in the field of philosophy, psychiatry and psychology, therefore called «PPP». Johns Hopkins University Press have been publishing this journal for 26 years now.*
- *Prof. Fulford is founder and lead-editor of the book series «International Perspectives in Philosophy and Psychiatry» (IPPP). Up to now, more than 60 volumes were published by Oxford University Press.*
- *He held and he holds various roles in developing values-based practice, for example in the «Collaborating Centre for Values-Based Practice in Health and Social Care at St. Catherine’s College in Oxford» whose current Director, Prof. Ashok Handa, is with us today.*

*Finally, I want to pick out one example which, I hope, will clearly illustrate the general framing of Prof. Fulford’s thinking: He is a «Distinguished Research Fellow» – what a British title! – of the «Uehiro Foundation on Ethics and Education». It was founded in 1987 by Eiji Uehiro, a writer and ethicist from Japan, whose father had been a survivor of the Hiroshima bombings in August 1945. The vision of this foundation strikes me as very similar to Prof. Fulford’s line of thinking. It says: «The vision is Socratic, not missionary».*

*It is, they continue, our duty not only to recognize the unprecedented advantages and potentials of new and ever more powerful technologies in the 21st century, but also the risk of ultimate harm that might arise from them. As for medicine, they mention examples like*

*overuse of antibiotics, world-wide spread of infectious diseases, genetic engineering, biomedical means of life extension, cognitive and moral enhancement, and artificial intelligence.*

*Prof. Bill Fulford is a scientist, a writer and a teacher, who – over decades – succeeded in bridging the gaps between medicine and philosophy. He did this both in a high-level academic and in a practical, down-to-earth manner. His work has proven extraordinarily fruitful and thought-provoking for psychiatry and for the whole of medicine.*

*We will later hear his lecture on «Values and evidence: opponents or partners in contemporary clinical care?». But right now it is a great honour for the board of the Dr. Margrit Egnér-Foundation to award this year's prize to Prof. Bill Fulford.*

## *Laudatio für Prof. Dr. Katrin Luchsinger*

*Sehr verehrte Frau Prof. Luchsinger, liebe Katrin*

*Eine Laudatio soll nicht nur loben, das wäre doch zu schlicht. Sie soll ein Lob begründen, erläutern, einbetten – und sie soll zur geehrten Person passen. Vor allem aus letztgenanntem Grund habe ich auch Dich im Vorfeld gebeten, mich hinzuweisen auf biographische Eckpunkte, auf Menschen, Gedanken oder Erlebnisse, die von besonderer Bedeutung für dich waren und sind.*

*Frau Prof. Luchsinger hat zunächst freundlich darum gebeten, sich kurz zu halten, wenn es um ihre Person gehe. Dann jedoch nannte sie drei Stichworte, die aus meiner Sicht einerseits prägnant ihre Forschungsarbeiten der letzten Jahrzehnte widerspiegeln und andererseits in geradezu idealer Weise zu unserem Stiftungszweck passen: Leitplanken ihres Werks seien, so schrieb sie, die Verbindung von Praxis und Wissenschaft, der interdisziplinäre Ansatz und die gesellschaftliche Relevanz von Forschung.*

*Ein kurzer Blick auf ihre Vita zeigt, dass es sich dabei nicht um blosse Absichtserklärungen handelt: Frau Prof. Luchsinger begann mit einer künstlerischen und kunstpädagogischen Ausbildung. «Kunst» habe dabei für sie stets viel mit Bildern zu tun gehabt, sie sei ein eher in Bildern als in Worten denkender Mensch (eine Randbemerkung sei gestattet: Dafür hast Du aber ziemlich viele gute Texte geschrieben ...).*

*Es folgte das Studium der Heilpädagogik und anschliessend der Wechsel in die Psychiatrie: Frau Prof. Luchsinger arbeitete mehrere Jahre als Kunsttherapeutin in einer psychiatrischen Klinik. Das wurde offenbar zu einer prägenden Erfahrung: «Ich bin sicher, ich hätte die*

*spätere Forschung nicht unternommen, wenn ich nicht die Erfahrung der Erwachsenenpsychiatrie gehabt hätte.»*

*Wie das mitunter so ist: Arbeitet man vorwiegend praktisch, vermisst man das Konzeptuelle und die Theorie; betreibt man theoretisch ausgerichtete Forschung, möchte man deren praktische Anwendung am liebsten gleich selbst in die Hand nehmen. Unsere Preisträgerin ging aus der Praxis zurück in die Universität, um Kunstgeschichte, klinische Psychologie und Psychopathologie zu studieren. Dann wurde die Zürcher Hochschule der Künste, ZHdK, ihre langjährige wissenschaftliche Heimat. Dort promovierte sie und arbeitete bis zur Pensionierung im Jahr 2019 als Professorin.*

*Katrin Luchsinger initiierte und leitete, unterstützt vom Schweizerischen Nationalfonds (SNF), das umfassende Forschungsprojekt «Bewahren besonderer Kulturgüter», das in zwei Etappen zwischen 2006 und 2008 sowie 2010 und 2014 erarbeitet wurde. Diese Projekte haben – das kann ich ohne jede Übertreibung sagen – für den Standort Schweiz die wissenschaftliche und die öffentliche Diskussion über den künstlerischen Ausdruck psychisch erkrankter Mensch auf ein neues Niveau gehoben. Prof. Luchsinger und ihrem Team gelang es, eine systematische Bestandesaufnahme des künstlerischen Schaffens in psychiatrischen Kliniken zu erstellen, und zwar jeweils für den jahrzehntelangen Zeitraum von der Klinikgründung, meist in der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts, bis 1930.*

*Eine Rezensentin, Monika Ankele, hielt 2017 in der Zeitschrift «Gesnerus» fest: «Es wäre zu wünschen, dass Luchsingers Forschungen den Anstoss für entsprechende Projekte in anderen Ländern geben. Denn bislang ... ist nur ein Bruchteil dessen bekannt, was in den Archiven und Kliniken an Zeugnissen schlummert, die über die Sicht des Patienten, der Patientin einen vielschichtigen Blick nicht nur auf die Psychiatrie, son-*

*dern auf gesellschaftliche Fragen im Allgemeinen erlauben.»*

*Doch blieb es nicht beim Sammeln, Forschen und schriftlichen Publizieren – das, wenn ich so sagen darf – unmittelbare Publizieren kam dazu, eine Herzensangelegenheit von Katrin Luchsinger. Sie initiierte und organisierte mehrere viel beachtete Ausstellungen, zuletzt 2019 die Ausstellung «Extraordinaire!», die in Heidelberg in der Sammlung Prinzhorn, im Kunstmuseum Thun sowie im Lentos Kunstmuseum in Linz gezeigt und so auch international bekannt wurde.*

*Katrin Luchsinger persönliches Engagement, ja ihre persönliche Nähe zu «ihrem» Thema verdeutlicht ein Satz, den sie mir im Zusammenhang mit der Thuner Ausstellung schrieb: Im Kunstmuseum Thun «kamen so viele Besucherinnen und Besucher wie selten, und man merkte, dass diese Kunst nicht fremd, sondern sehr zugänglich ist.» So macht man Forschung verständlich – und wirkmächtig.*

*Wir werden später ihren Vortrag hören zum Thema «Please pay attention please – Kunst aus psychiatrischen Einrichtungen im toten Winkel».*

*Zunächst aber hat der Stiftungsrat die grosse Ehre, Frau Prof. Katrin Luchsinger den diesjährigen Dr. Margrit Egnér-Preis zu verleihen – wozu ich Dir, liebe Katrin, sehr herzlich gratuliere.*



## *Laudatio für Prof. Dr. Matthias Bormuth*

*Sehr geehrter Herr Prof. Bormuth, lieber Matthias*

*Wir haben es in Psychiatrie und Psychotherapie mit Menschen zu tun, die sich in Krisen befinden, die unter Ängsten und Traurigkeit leiden, die Welt nicht mehr verstehen, tief verunsichert sind. Wir treten Ihnen gegenüber auf als ausgebildete, engagierte Fachleute, die im Dialog einen Weg aus der Krise suchen und finden wollen.*

*Dies dürfte das Selbstverständnis vieler psychiatrischer Kolleginnen und Kollegen sein, eine, wie ich finde, überzeugende Haltung. Und doch ist auch sie nicht frei von Ambivalenzen, kann auch sie nicht alle Fragen gleichsam automatisch beantworten, die uns im beruflichen Alltag ständig begegnen.*

*Natürlich müssen wir das psychiatrische Feld – wie jede Wissenschaft – begrifflich strukturieren, müssen wir eine gedankliche Ordnung schaffen. Bei diesem Versuch aber lauern überall wohlfeile, suggestive Gegensatzpaare, die uns das berufliche (und auch das sonstige) Leben nur auf den ersten, oberflächlichen Blick vereinfachen: Gesund und krank, Gehirn und Geist, Vernunft und Irrationalität. Denkt man die psychiatrische Welt vorwiegend oder gar ausschliesslich in solch groben Kategorien, so erliegt man einer Scheinsicherheit, kommt aber weder in der Forschung weiter noch – und erst recht nicht – in der Rolle als Therapeutin und Therapeut. Anders gewendet: Auch wir Fachleute, nicht nur Patientinnen und Patienten, dürfen während und in unserer Arbeit staunen, dürfen irritiert und verunsichert sein.*

*Der im besten Sinne skeptische Blick auf das eigene Wissen, der aber keineswegs zu Resignation, sondern zu selbstbewusster Bescheidenheit führen soll und*

kann, prägt auch Matthias Bormuths Lebens- und Denkweg. Wenn ich es recht sehe, sind für Dich Irritationen immer wieder auch zur Quelle von Inspirationen geworden.

Prof. Bormuths beruflicher Weg begann im Feld der Psychiatrie und Psychotherapie. Wer psychiatrische Institutionen von innen kennt, weiss, wie eng die Dinge dort getaktet sein können, wie der Druck der Praxis dem reflektierenden Blick hinderlich sein kann. Natürlich ist das nicht immer so – aber das Risiko besteht. Bei Matthias Bormuth scheint dabei ein wachsendes Unbehagen entstanden zu sein. In einer Marginalie über seine frühe Beschäftigung mit Theodor Adorno – von der ich gar nicht weiss, ob sie veröffentlicht ist – schreibt er: «Die Minima Moralia entfalteten wunderbar ihren subversiven Geist, so dass ich den Autor unverhofft als philosophischen Fluchthelfer aus dem therapeutischen Betrieb empfand. Entsprechend handelt es sich bei den Passagen, die ich mir damals in den Essays anstrich, zumeist um solche, welche professionell sicheres Auftreten sublim monierten.»

Kritisiert wird hier das zu sichere professionelle Auftreten, das – vielleicht sogar gekonnte – Ignorieren offener Fragen, denen sich auch der erfahrenste Psychotherapeut stets ausgesetzt sieht. Was unseren Preisträger störte, waren sowohl überschätzte, gar selbstverliebte Theoriegebilde als auch ein hemdsärmelig-pragmatischer Aktivismus, der für den nachdenklichen Blick bestenfalls milden Spott übrig hat. Adornos Texte, so Bormuth, « ... förderten mein implizites Bedürfnis, der klinischen Erfahrung gedanklich Widerstand zu leisten. ... Ich dachte im Stillen, dass beide Lager, Theoretiker wie Praktiker, auf ganz unterschiedliche Weise die tiefere Not vieler seelisch hilfsbedürftiger Menschen verkannten.»

*Den Weg Prof. Bormuths von der klinischen Psychiatrie zur Ideengeschichte begleitete ein Denker, der ihn selbst gegangen war, Karl Jaspers. Jaspers hat nicht nur – notabene im Alter von 30 Jahren – der Psychiatrie einen grundlegenden Text gegeben, seine «Allgemeine Psychopathologie» von 1913, der noch heute, und mit gutem Grund, eine entscheidende Referenz darstellt. Er hat sich auch vor und nach seinem Wechsel in die Philosophie stets gegen die Vorstellung gewehrt, Logik, Naturwissenschaft und Psychologie könnten im Zuge ihres wachsendes Wissens den Stellenwert der Person, des selbstverantwortlich von seiner Vernunft Gebrauch machenden Individuums, verkleinern oder gar zum Verschwinden bringen.*

*Die «Nicht-Feststellbarkeit» des Menschen, seine Fähigkeit, das Leben zu gestalten, auch im Scheitern, die Bereiche der «conditio humana», die sich einem auf spätere nomothetische Generalisierung ausgelegten empirischen Zugriff entziehen, all dies war für Karl Jaspers ebenso zentral, wie es zentral für unseren Preisträger war und ist.*

*Prof. Bormuths Weg führte ihn, den Ideenhistoriker, durchaus nicht nur in theoretische Gefilde, im Gegenteil: Der Transfer in die «Lebenswelt», um einen Begriff Edmund Husserls zu benutzen, die Bedeutung von theoretischen Vorannahmen für die «Lebensführung», wie es Max Weber nannte, sie blieben für ihn wesentliche Ziele. Davon zeugen Bücher wie «Lebensführung in der Moderne» (2002, 2. Aufl. 2017), «Ambivalenz der Freiheit. Suizidales Denken im 20. Jahrhundert» (2009), «Die Verunglückten – Ingeborg Bachmann, Uwe Johnson, Ulrike Meinhof, Jean Améry» (2019), «Schreiben im Exil» (2021) und, nicht zuletzt, die fast schon monumentale dreibändige Ausgabe von Karl Jaspers' Briefwechseln, die Prof. Bormuth ab 2016 zusammen mit*

*dem Lübecker Medizinhistoriker Dietrich von Engelhardt und anderen vorlegte.*

*Wir werden später seinen Vortrag hören mit dem Titel «Was ist der Mensch? Provisorische Erkenntnisse im Lichte der Ideengeschichte».*

*Nun aber ist es dem Stiftungsrat eine grosse Ehre, Prof. Matthias Bormuth den diesjährigen Dr. Margrit Egnér-Preis zu verleihen. Dazu, lieber Matthias, meinen sehr herzlichen Glückwunsch.*

Bill (KWM) Fulford

## Values and Evidence: Opponents or Partners in Contemporary Clinical Care?



### **Abstract**

*Illustrated by the story of a (biographically disguised) real person (called Mrs Jones), and the treatment she received for her arthritic knee, this paper describes some of the theoretical developments and clinical applications in values-based practice supporting a partnership model of the relationship between values and evidence in contemporary person-centred clinical care. The paper has three main sections. Section 1, Health-Related Values, outlines an inclusive understanding of the individually diverse values bearing on healthcare. Health-related values are shown to encompass **anything that matters or is important** to those involved in a given healthcare situation. Section 2, Values-based Practice, introduces a new approach to working with diverse values in healthcare called values-based practice. Like its partner in clinical care, evidence-based practice, values-based practice does not provide answers as such. It offers instead a process that supports those involved in coming to balanced decisions in the particular circumstances in which they find themselves. The section notes recent legal and regulatory support for partnership between values and evidence in clinical care. Section 3, The Special Challenges for Psychiatry, extends the findings of Sections 1 and 2 to psychiatry. Partnership between values and evidence, the section shows, as the basis of person-centred care, is in principle the same in mental as in bodily health; but it is in practice more challeng-*

*ing. Some of the special challenges presented by the values side of the partnership are outlined, and the growing range of resources (both practical and theoretical) for tackling them is described. The section finishes with a ‹mental health first› bottom line, arguing that psychiatry, just in virtue of the special values challenges presented by it, has a potentially leading role to play in establishing partnership between values and evidence across medicine as a whole. A brief concluding section summarises the main points from the paper and points to the importance of the ‹next generation› of theoreticians and practitioners in establishing partnership between values and evidence as the basis of twenty-first century person-centred clinical care.*

## *Values and Evidence: Opponents or Partners in Contemporary Clinical Care?*

*First, I would like to take this opportunity to express my sincere thanks to the Margrit Egnér Foundation. I am greatly honoured by your generous award and delighted to be here in Zurich with my co-awardees this year, Professors Matthias Bormuth and Katrin Luchsinger. My thanks also to the Foundation's Director, Doctor Marco Lanter, and to my colleague and Advisory Board member, Professor Paul Hoff, for all their support this year and for making my wife, Jane, and Oxford colleague, Ashok Handa, so welcome here in Zurich.*

*On a personal note, it is wonderful to be back in Switzerland. Jane and I have many treasured memories of holidays here. Indeed, there is a sense in which I owe the work I will be talking about today to the inspiration of the Swiss lakes – the very first draft of what I will be describing later as ‹values-based practice› was written during an idyllic summer break by Lake Lucerne.*

### **Turning now to my talk**

*I will be addressing the theme of this afternoon's session with a question. The theme, broadly construed, is about the relationship between evidence and values in healthcare. My question contrasts polar opposite models of this relationship (respectively as opponents or as partners). Both models have been adopted in psychiatry. Hence the interrogative title of my talk. But my conclusion will be that the relationship between values and evidence, properly understood, should be one of full partnership not only in psychiatry but across healthcare as a whole. The partnership between values and evidence, I will further argue, will become more, not less, important with future advances in medical science and technology. And psychiatry, I will finally suggest, could have a leading role to play in establishing the requisite partnership in all areas of clinical care.*

*But to go back to the beginning, in developing these ideas about the partnership between values and evidence, I will be starting from and building on one person's story. The «Story of Mrs Jones' Knee», as I will call it, is based on real events but with any identifying features changed to protect confidentiality. As such, as reflecting real events, the story of Mrs Jones' knee will direct us to a number of learning points about the partnership between values and evidence in clinical care. I will examine these learning points under three main headings:*

- 1 – Health-related Values**, looking at what they are and at the challenges presented by them
- 2 – Values-based Practice**, providing a brief introduction to this novel skills-based way of responding to the challenges presented by health-related values, working in partnership with evidence-based practice
- 3 – The Special Challenges for Psychiatry**, covering the special values challenges presented by psy-

*chiatry, and the resources (practical and theoretical) available for tackling them within the framework of values-based practice.*

*It is here, in this third section, that I will argue to the (perhaps surprising) corollary that psychiatry, just in virtue of the special values challenges it presents, has a potentially leading role to play in the development of the partnership between values and evidence in all areas of clinical care.*

*Finally, I will draw together my conclusions and point to the importance of what I will call the «next generation» in implementing the partnership between values and evidence as the very foundation for twenty-first century medicine.*

*First, then, the story of Mrs Jones' Knee*

### ***The story of «Mrs Jones' knee»<sup>1</sup>***

*As just noted, the story of Mrs Jones' Knee is based on that of a real person but with biographical and other potentially identifying details changed to protect confidentiality. As the title of her story suggests, Mrs Jones had a bodily health problem (with her knee) for which as we will see, she was seen by a bodily health doctor (an orthopaedic surgeon). This is an important point to emphasise, because, as will become apparent, although the partnership between values and evidence is of particular significance in mental health, it is essential in all areas of healthcare, bodily as well as mental. Indeed, to jump ahead for a moment to my Section 3, it is precisely the generic importance of the partnership between evidence and values that gives mental health its potentially leading role in twenty-first century clinical care. But more on that later.*



*Mrs. Jones was referred to an orthopaedic surgeon, Mr. Patel (not his real name), for assessment of a painful arthritic knee and potential knee replacement surgery. After the assessment Mr. Patel sat down with Mrs. Jones saying he was pleased to confirm that, yes, she could go ahead with having an artificial knee joint; she would need an extended period of physiotherapy after the operation; but the likely result was that she would end up with a completely pain free knee.*

*Getting up to leave, Mrs. Jones turned back as she reached to door to thank Mr Patel, saying, <I'm so pleased, doctor, I'll be able to garden again>. Hearing this Mr Patel called Mrs Jones back, asking her to <Tell me more about your gardening>. Mrs. Jones explained that gardening was her whole life. It meant everything to her. In fact, the reason she was concerned about her knee, was not, as such, the pain it caused her (though this was certainly unpleasant). But the real reason for her concern was simply that she could not bend down well enough to work properly in her garden. She found the painfulness of her knee unpleasant but what really mattered to her was that she had lost the mobility she needed to keep her garden in good trim.*

*Hearing this, Mr Patel explained that while the artificial joints currently available were really good at relieving pain, they were not much help in restoring mobility. <You may possibly>, he continued, <actually end up less mobile with the artificial joint!>. The result of this exchange was that after discussing the options, they agreed to conservative (i.e. non-surgical) management (using anti-inflammatory medication and physiotherapy) and to see how this went. It was a success. After a few months of non-surgical treatment, although her knee was still painful,*

*Mrs. Jones' mobility was restored sufficiently that she had returned successfully to her gardening.*

*A success story, then. What can we learn from it? This brings me to the first of my learning points from Mrs Jones' story, the nature of clinically-relevant or health-related values.*

### **1 – Health-related values**

*The first learning point I want to take from Mrs Jones' story is that **health-related values are highly diverse**. This <cuts to the quick> of my presentation. For as we will see, it is the diversity of health-related values that is at the very heart of the challenges presented by values in clinical care; and it is to the task of meeting this challenge that the values-based practice I will be describing in section 2 is directed.*

*It will thus be worth looking at the point in a little more detail. One way to do this is by way of an exercise that we often use early on in our training programmes for values-based practice. We call this <the three words exercise><sup>2</sup>. We don't have time to do the exercise today. It is though quite straight-forward: we simply ask everyone in the training group to write down three words that <mean values to you>. This, we explain, is about word association; it's not a <test> and you can't <get it wrong>; just write down the first three words that come into your head that you associate with the word <values>.*

*You have to actually do the exercise to experience the surprise that participants experience at the result. For not only are the words people come up with highly diverse, but everyone's triplet of words is different. We have done this with groups of up to three hundred medical students and, while there are repeats of individual words (some of the more common repeat words are shown in Table 1), we have literally never had a matching pair of all three words!*

### ***The diversity of Values***

*The following list illustrates some of the wide variety of words commonly included by respondents in The Three Words Exercise (see text)*

- ◆ *Principles*
- ◆ *Needs*
- ◆ *Wishes*
- ◆ *Preferences*
- ◆ *Hopes*
- ◆ *Ethics*
- ◆ *Concerns*
- ◆ *Virtues*
- ◆ *etc*

*So the first learning point From Mrs Jones' story (as now developed by way of The Three Words exercise) is that although the word <values> is a familiar word in everyday use, what it means varies widely from one person to the next. It is this diversity of individual values that is evident in the story of Mrs Jones' Knee. Mrs Jones differed from most people with arthritis of the knee in that she was more concerned about mobility than pain. In this regard she was, in the surgeon's experience, unusual (though as he explained later to colleagues, far from unique). The three words exercise furthermore is about values in general. So the point is that the diversity of meaning revealed by the exercise is not something special to health care but generic. Values in general (and correlatively in healthcare) are highly diverse. Not only are our values different but the very meanings we attach to the term <values> varies widely from one person to the next.*

*Clearly, then, if values are important in healthcare, their inherent diversity will present a central challenge for clinical decision-making. Values-based practice, as just noted, is one way of responding to this challenge. And there is a second learning point from the three*

*words exercise that takes us further towards the particular model of values-based practice we have been developing in Oxford.*

*This second leaning point comes from asking participants if there are any words listed by their colleagues with which they disagree – i.e. any words anyone else came up with that they feel are not only different from their own words but just <nothing to do with values>. A quick glance at the list in Table 1 indicates the (again, somewhat surprising) answer. Despite everyone coming up with different triplets of words, everyone finds everyone else's answers reasonable. That is to say, everyone finds that everyone else's triplets, despite being different from their own, embody aspects of the meaning of the word <values> that they understand. So the learning point is that, diverse as are the meanings attached by different people to the word <values>, these meanings are not inchoate. The different meanings attached by us individually to the word <values> form part of a wider and more complex whole that as a group we understand.*

*Just what defines this <wider and more complex whole> has been a topic of philosophical enquiry for at least two millennia. We have an international network in our Centre in Oxford, led by the Swedish philosopher Anna Bergqvist, dedicated to exploring values-theory and its applications in healthcare. You will understand, then, if I hold back from offering any quick answers today! But for clinical purposes, we can take health-related values to cover*

***anything that matters or is important to the individual person(s) concerned in a given clinical decision.***

*We can apply this description (technically, it is more a description than a definition) directly to the story of Mrs Jones' Knee. For most people with arthritis of the knee, relief of pain matters or is more important than restoring mobility. That is to say, in most people's scale*

*of values, pain relief ranks ahead of mobility when they suffer from arthritis of the knee. The opening expectation of Mr Patel and his team was correspondingly that Mrs Jones fell into this group. But it turned out that Mrs Jones had different values. For Mrs Jones, restoring mobility mattered or was more important than relief of pain. And it was her individual values that were key to a successful intervention.*

*Note here that values word, <successful>. It illustrates the importance of the message of the second part of the three words exercise: that, diverse as values may be, they are not inchoate. For in Mrs Jones' story, a successful outcome was a triple success. It was a success for the local health service budget: conservative treatment is a far cheaper option than surgery. It was a success for Mr Patel and his team: for they had a satisfied patient. It was above all a success for Mrs Jones: for it dealt with what was important or really mattered to her. Had she gone ahead with knee replacement surgery she would have suffered months of painful rehabilitation at the end of which she might well have had a pain-free knee but she would have been no better off (and possibly worse off) when it came to her gardening. Not all stories are so evaluatively straight-forward, it is worth adding. Part of the values challenges presented by psychiatry, as we will see in Section 3, is that a success for one is not always a success for all. But in bodily medicine at least, as in Mrs Jones' story, they often are.*

*So far so good, you may say, but what has all this to do with values-based practice? Isn't it just plain old **good practice**?*

## **2 – Values-based Practice**

*The short answer is, yes, values-based practice is indeed in a sense <plain old good practice>. As a matter*

*of record, Mr Patel, although an exemplar of plain old good practice, had at the time of this story never even heard of values-based practice. The slightly longer answer is that <plain old good practice> is, if we listen to what our patients are telling us, far from the norm. And values-based practice, of the kind we have been developing in Oxford, is correspondingly best understood as a way of extending <plain old good practice>.*

*It is perhaps worth adding before we go any further, that as with other developing areas of medicine, we need to be careful with our terminology. There are different models of <good practice>: the model of good practice reflected in the <Oxford> form of values-based practice, is a model of person-centered clinical care mediated by shared decision-making between clinician and patient. There is growing legal and regulatory support for good practice of this kind (described later in this section) but it is not the only model extant. Then again, the very term <values based> is used with a variety of meanings: it is often used with health economic implications<sup>3</sup>, for example; and <values based recruitment> generally means recruiting on the basis of candidates' commitment to the values of the employing organization<sup>4</sup>. Values-based practice of the kind we have been developing in Oxford, and of the kind that is connected with <plain old good practice>, is, as we will see, different from both of these.*

*It is with this <Oxford> kind of values-based practice that I will be concerned in the rest of this section. Rather than trying to cover the field as a whole<sup>5</sup>, I will focus on a number of introductory points about values-based practice that are well illustrated by the story of Mrs Jones' Knee. The first point follows directly from section 1, namely that the starting point and rationale for values-based practice of this <Oxford> kind is the diversity of health-related values. Medicine and healthcare*

*have developed a number of resources for tackling this diversity: ethics, of course, supported by medical law, together with, in relation to specific aspects of this diversity, resources such as health economics (for budgeting) and decision aids (for clinical decisions). Decision aids were not employed in Mrs Jones' story but the clinical team were working within the local framework of medical law and ethics; and we have already noted the health economic context.*


*A second point, then, is that values-based practice works best, not in isolation but as part of what might be called a whole «tool kit» of resources for working with values. Its unique contribution to the tool kit, its USP (unique selling point) if you will, is that it focuses particularly on the diversity of individual values. Specifically, it provides a process that supports balanced decision-making where diverse (hence complex and conflicting) values are in play. As such, to come to a third point, values-based practice is closer to evidence-based practice than ethics. For, like evidence-based practice, values-based practice does not deliver answers as such. Rather, the process it provides supports those concerned in coming to decisions for themselves based on the particular circumstances with which they are presented.*

*The parallel here thus nicely anticipates the partnership between values and evidence for which I am arguing. Values-based practice provides a process that supports balanced decision-making where complex and conflicting values are in play. Evidence-based practice provides a process that supports balanced decision-making where complex and conflicting evidence is in play. The respective processes involved are of course different. Where the process of evidence-based practice is based on meta-analyses and other aspects of good research practice, the process of values-based practice is more clinically focused, building in particular on learn-*

able clinical skills. But the principle (of a process supporting balanced decision-making) is the same.

### ***A Diagram of the Process of Values-based Practice***

#### ***Premise of Mutual Respect for Differences of Values***

<p><i>Ten Key Process Elements</i></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• <i>4 Clinical Skills</i></li><li>• <i>2 Aspects of clinical relationships</i></li><li>• <i>3 Principles linking VBP and EBP</i></li><li>• <i>Partnership based on dissensus</i></li></ul>	<p><b><i>Together these support...</i></b></p> 	<p><i>...balanced decisions within frameworks of shared values</i></p>
--	--	--



**Table 2 – Brief Definitions of the Process Elements of Values-based Practice**

<i>Values-based Practice</i>	<i>Brief definition</i>
<b>PREMISE</b>	
<i>Respect</i>	<i>Mutual respect for differences of values</i>
<b>TEN PROCESS ELEMENTS</b>	
<i>Four areas of Clinical Skill</i>	
<i>1) Awareness</i>	<i>Awareness of values and of differences of values</i>
<i>2) Knowledge</i>	<i>Knowledge retrieval and its limitations</i>
<i>3) Reasoning</i>	<i>Used to explore the values in play rather than to close down on «right answers»</i>
<i>4) Communication</i>	<i>Especially for eliciting values and of conflict resolution</i>
<i>Two Aspects of the Service Model</i>	
<i>5) Person-values-centered care</i>	<i>Care centered on the actual rather than assumed values of the patient</i>
<i>6) The extended Multidisciplinary Team</i>	<i>MDT role extended to include values as well as knowledge and skills</i>
<i>Three Principles linking values and evidence</i>	
<i>7) Two feet principle</i>	<i>All decisions are based on the two feet of values and evidence</i>
<i>8) Squeaky wheel principle</i>	<i>We notice values when they cause difficulties (like the squeaky wheel) but (like the wheel that doesn't squeak) they are always there and operative</i>
<i>9) Science-driven principle</i>	<i>Advances in medical science drive the need for VBP (as well as EBP) because they open up choices and with choices go values</i>
<i>Partnership in decision-making</i>	
<i>10) Shared decision making based on dissensus</i>	<i>Shared decision-making based on evidence (clinician) and values (patient or service user) – dissensus means the values of those concerned remain in play to be balanced sometimes one way and sometimes in other ways according to the circumstances of a given case</i>
<b>OUTPUTS</b>	
<i>Frameworks of shared values</i>	<i>Values shared by those concerned in a given decision making context (eg a GP Practice) and within which balanced decisions can be made on individual cases as the basis of shared decision making</i>
<i>Balanced decisions within frameworks of shared values</i>	<i>Decisions made by balancing the relevant shared values according to the circumstances presented by the case in question</i>

*The process of values-based practice (on our Oxford model) is summarized in the form of a flow diagram in Figure 2 and brief definitions of its constituent process elements are given in Table 2. As the flow diagram indicates, values-based practice starts from and builds on learnable clinical skills. The foundation of the process is the four areas of clinical skills specified in Table 2 – awareness of values, reasoning about values, knowledge of values, and communication skills. These, again, are well illustrated by Mrs Jones’ story. Her doctor, the surgeon Mr Patel, showed awareness of values, mediated, in particular, by excellent communication skills (specifically, listening skills). It was these skills that allowed him to pick up the key point, that what mattered to Mrs Jones was different from what mattered to most of his patients with arthritis of the knee. As already noted, Mr Patel had not even heard of values-based practice at the time of this story. In this sense, Mr Patel’s work with Mrs Jones was indeed just ‘plain old good practice’. But as also noted, this is far from the norm (we, as doctors, according to our patients, often don’t listen carefully enough!). Hence the focus of training in values-based practice is to build up the requisite skills. The three words exercise, described above, is often used early in training for values-based practice, as a way of building up the first of its skills areas, namely the skills of values awareness.*

*If the foundation of values-based practice is learnable clinical skills, other elements of the process are important as well. Once again, we can see this from Mrs Jones’ story. The model of service delivery was important in her story: the multidisciplinary team (element 5 in Table 2) was important in delivering care<sup>6</sup> that (corresponding with element 6 in Table 2) was centered on what was important to Mrs Jones rather than what was important to the surgical team (delivering surgical op-*

erations). Centrally important, too, were the links with evidence-based practice (elements 7–9 in Table 2). The management of Mrs Jones knee, as we have seen, drew critically on Mr Patel's expert knowledge of the evidence about the risks and benefits of the interventions available for arthritis of the knee.

In Mrs Jones' story, then, what I called earlier its ‹triple success› outcome (it being a success for Mrs Jones, for the clinical team, and for the local healthcare budget), was a values-based-success. But, crucially, it was also an evidence-based-success. Both were needed: the resources of values-based practice and the resources of evidence-based practice. Yet again, then, we come to the importance of the partnership between values and evidence. Small wonder, therefore, that as elements 7 to 9 in Table 2 indicate, the partnership is embodied in the very process elements of values-based practice. The conclusion, the bottom line, to take from the triple success of Mrs Jones' story, is thus that values and evidence are indeed partners in delivering successful clinical care.

The importance of the partnership between values and evidence in clinical care has been much boosted in the UK by a recent<sup>7</sup> decision of our Supreme Court, the **Montgomery** ruling. Although technically concerned with the legal concept of duty of care, **Montgomery** has had the effect of making the validity of consent to treatment in all areas of clinical care, dependent on dialogue between the clinician and patient about the risks and benefits of the evidence-based options for treatment as seen specifically from the perspective of what matters or is important to the individual patient in question. In other words, **Montgomery** has made shared decision-making between clinician and patient based on evidence and values the basis of consent to treatment. In this, it is worth adding, **Montgomery** did

not come «out of the blue». It built directly on long-standing guidance on best practice in consent from the medical regulator in the UK, the GMC (General Medical Council)<sup>8</sup>. Again, then, we see the links to «plain old good practice». Indeed, the **Montgomery** judges made a point of emphasizing that their aim (like the aim of values-based practice itself) was not to invent some new model of good practice but to embed the existing model.

Support for the partnership between values and evidence has been evident too from evidence-based practice. I mentioned above the recognition of the partnership in values-based practice captured in elements 7–9 of its process elements (see Table 2). But there is recognition too of the importance of values in the best of evidence-based practice. In the UK, for example, the Preface to every evidence-based guideline produced by NICE (the National Institute for Health and Care Excellence<sup>9</sup>) notes that those employing the guideline in question, must

**... take this guideline fully into account alongside the individual needs, preferences and values of their patients or the people using their service.<sup>10</sup>**

NICE, I should emphasize, is not alone among evidence-based practitioners in pointing to the importance of values. Much of contemporary evidence-based practice, it is true, is focused on a somewhat narrow class of research-based quantitative evidence (derived paradigmatically from randomized controlled trials) that can be aggregated into meta-analyses. Such evidence, I should emphasize, is of course crucial in many areas of clinical care. But the early models of evidence-based medicine, although incorporating evidence of this kind, were much richer in scope. Indeed, David Sackett, no less, writing in the earliest days of the movement in his role at the time as the first Direc-

tor of Oxford's Centre for Evidence Based Medicine, proposed a definition of the then newly emergent field in which values were explicitly included. Evidence-based practice, he wrote, is <... the integration of best research evidence with clinical experience and patient values ...>. Through this, he continued, consistently with the partnership model of the **Montgomery** ruling and related guidance, <... clinicians and patients form a diagnostic and therapeutic alliance which optimises clinical outcomes and quality of life.><sup>11</sup>

I have focused here on the UK scene. But it is worth mentioning, as a final point in this section, that the **Montgomery** ruling drew in part on international medico-legal precedents (including aspects of International Human Rights Law) reflecting similar developments in other parts of the world in shared decision-making and person-centred care. And of course, to the extent that values-based practice is concerned with extending, as I put it earlier, <plain old good practice>, it is nothing new. It would, I believe, have resonated with the Founder of the award with which we are concerned today. Again, forgive me if I have misunderstood this, but to my reading the <anthropological psychology> advocated by our eponymous founder, Dr. Margrit Egnér, with its emphasis on holistic approaches sensitive to the realities of individual human experience, directly anticipates the partnership between values and evidence in clinical care for which I am arguing today.

That Dr Egnér was a psychologist is also important in directing us to the importance of the partnership between values and evidence in psychiatry. Values-based practice, as I will point out in the next section, was developed first in psychiatry. Its remit, however, as I have several times indicated, is across the board in health-care. Indeed, much of the recent development in the field has been led by my colleague, Professor Ashok

*Handa, who I am delighted to say is with us today, in his role as Tutor for Surgery in Oxford. That Ashok is a surgeon with a major research programme in the science of vascular surgery reinforces the generic importance of the partnership between values and evidence, a point I should add, that is not lost on our (very bright) medical students!*

*The partnership, however, and to return to my theme, is certainly no less important in psychiatry and psychological medicine than in bodily medicine<sup>12</sup>. Which is ironic given that, as I will describe in the next section, it is in these areas that the partnership between values and evidence is at its most challenging. It is, then, to the special challenges presented by psychiatry, and to the resources available for meeting these challenges, that I turn in the last part of my talk.*

### **3 – The Special Challenges for Psychiatry**

*The main point I want to take in this final section from the Story of Mrs Jones' Knee, is that the partnership between values and evidence, although the same in principle in psychiatry as in other areas of medicine, is in practice more challenging. As already noted, and as I will argue in this section, a values-based understanding of the special values challenges presented by psychiatry, has some surprising consequences for the way the relationship between psychiatry and the rest of medicine is constructed.*

*In returning, then, one more time, to the story of Mrs Jones' knee, we will be taking our learning points from it this time, not directly, but indirectly. This is because the special challenges for the partnership between values and evidence presented by psychiatry are best understood by contrast with those presented by bodily medicine. These challenges, as it turns out, arise with both the evidence-base and the values-base of the part-*

*nership. I will be focusing in this section on the values challenges but by way of context I will look first at the challenges presented by psychiatry's evidence-base.*

*Mr Patel, you will recall, brought to his interaction with Mrs Jones his expert knowledge of the evidence about the risks and benefits of different ways of managing arthritis of the knee. This was a relatively straightforward process essentially because the risks and benefits concerned were widely agreed upon within his field. There was, if you will, an established <corpus of knowledge> among relevant experts. Contrast this with psychiatry, therefore, in which the relevant agreed corpus is by and large absent. There are exceptions, of course, both ways. There are areas of bodily medicine where there is no agreed corpus; and there are areas of psychiatry where if there is no agreed corpus, there is at least agreement among experts of a given kind (doctors agreeing with doctors, for example, and psychologists with psychologists, even if doctors and psychologists disagree with each other).*

*One reason, therefore, for the greater challenges presented by the partnership between evidence and values in psychiatry, is that the evidence side of the partnership is by and large more challenging. But the values side is yet more challenging still. Again, we can see this by contrast with the story of Mrs Jones' Knee. Yes, her values were a little unusual. Hence it took Mr Patel's good listening skills to elicit them. But Mrs Jones' values, once elicited, were both readily understandable and congruent with those of other people involved. You or I, like a majority of Mr Patel's patients, and indeed Mr Patel himself, might not share the importance attached by Mrs Jones to mobility over pain relief. But we could all readily understand and empathise with her in this respect. Echoing the second part of the three words exercise (above), there was no sense*

*in which those around Mrs Jones disagreed with her values. Consider, though, by contrast, the kinds of patients typically encountered by psychiatrists. In anorexia, for example, patients typically value fasting and loss of body weight above all else (including life itself)<sup>13</sup>. These are values that would challenge most people's empathic understanding, and, to the extent that they understand them, with which they are likely to disagree, possibly to the point of insisting on the person concerned accepting treatment against their wishes<sup>14</sup>. Addictions, perversions, and personality disorders all present similarly challenging values. With psychotic disorders (involving, typically, delusions) matters get even more complicated<sup>15</sup>. In such cases, however good the listening skills of the clinician, the values in question may well be literally what one of the founders of contemporary psychopathology, Karl Jaspers, called <un-understandable><sup>16</sup>.*

*Problems of empathic engagement are not unique to psychiatry. One of the key aims of training in values-based practice is to raise participants' awareness of the fact that all of us tend to misjudge the extent to which the values even of people we think we know well, are likely to be different from what we (drawing tacitly on our own values) assume them to be. Overcoming this <delusion of sameness>, as it is sometimes called, in the process of improving empathic engagement with other people's (notably, our patients') values, is a key values-based training target for all areas of medicine. But in psychiatry the empathic challenge is of a different order of magnitude altogether.*

*I do not have space here to explore the implications of the special values challenges presented by psychiatry in detail. But there are two aspects of these challenges on which, as aspects of values-based practice, I would like to touch. The first has to do with switching*



*the way the challenges are understood from negative to positive. This will involve a brief detour into the philosophical origins of values-based practice in what is called ordinary language philosophy.*

*Ordinary language philosophy, as its name implies, focuses on our everyday (or <ordinary>) use of concepts. In this its approach differs from other areas of philosophy. The usual approach in philosophy is one of careful reflection on the meanings of concepts. This can of course be highly productive. Ordinary language philosophy, by contrast, advocates a more active approach. It suggests that we should proceed not by passive reflection but by looking actively at how the concepts of interest are actually used in ordinary, non-reflective, contexts. This approach to philosophy was developed in Oxford<sup>17</sup> in the middle years of the twentieth century by, among others, the then White's Professor of Moral Philosophy, J.L. Austin<sup>18</sup>; Austin taught his successor in the White's chair, R.M. Hare, who in turn taught me; and a few years later (sitting as I said earlier by Lake Lucerne) I applied Austin and Hare's ideas to the language of medicine in developing an early version of what is now values-based practice<sup>19</sup>.*

*So, what does ordinary language philosophy have to tell us about the values challenges presented by psychiatry? First, it disabuses the all-too-widespread negative construction of these challenges. A powerful example of the negative construction is provided by the American psychiatrist Thomas Szasz<sup>20</sup> who dismissed the very concept of mental illness as a myth, because, he argued, it was value-laden rather than being based on scientific facts. He had in mind here the way in which mental disorders were defined by departures from what he called <ethical, legal and social norms> rather than the scientific norms of <genuine> medical concepts<sup>21</sup>. In-*

terestingly, the same evaluative norms of psychiatry have been taken by Szasz' opponents as an indication that psychiatry is in some way under-developed scientifically compared with bodily medicine. The psychiatrist and epidemiologist, Robert Kendell, for example, replying directly to Szasz, argued that although values were indeed evident in psychiatry, this was a temporary feature of the field reflecting what he suggested was psychiatry's under-developed state as a medical science<sup>22</sup>. Essentially similar positions have been presented by a number of contemporary authors, from both philosophical and practical perspectives<sup>23</sup>. But an ordinary language analysis of medicine, in contrast to both these positions, shows that psychiatry's evaluative norms, far from placing it beyond the scope of medicine, brings it firmly within it.

I will have to skip the details here<sup>24</sup>. But the point is that an ordinary language analysis shows **all** medical concepts to be defined by reference to norms of functioning, norms that are, in part but essentially, **evaluative** in nature. The difference, so understood, between mental disorders and bodily disorders, is not that the former is normative (hence evaluative) while the latter is not. It is rather that (as illustrated in particular by anorexia, above) there is far wider diversity of norms in the areas of functioning with which psychiatry is concerned than is the case with bodily medicine. This diversity makes the norms in question contentious (again, as in the case of anorexia, above), and, hence, visible in psychiatry, while the corresponding norms of functioning in bodily medicine are by and large uncontentious and, hence, go largely un-noticed<sup>25</sup>.

We can see this if we go back to our original example. Mrs Jones' condition was defined by pain and lack of mobility, the norms for both of which are widely agreed upon (pain and loss of mobility are by and large

*bad experiences for nearly everyone). But psychiatry deals with areas like emotion, desire, belief, sexuality and so forth, areas in which our norms (our evaluative norms) differ widely from one person to the next. Hence, contrary to Szasz' negative construction of mental illness as a <myth>, and contrary also to the negative constructions by Szasz' opponents (as indicating the supposed inadequacy of psychiatric science), the visibility of values in mental disorders is in fact a faithful reflection of an important aspect of human individuality, namely that our values in the areas of functioning with which psychiatry is typically concerned, are highly diverse. This is the essence of the shift I want to highlight from negative to positive construction. It is a shift from seeing the value-laden-ness of psychiatry negatively, as a mark of a medical <myth> or of scientific inadequacy, to seeing it positively, as a faithful reflection of an important aspect of our diversity as individual human beings.*

*But there is more. For, to come to the second aspect of the insights from ordinary language philosophy into the special values challenges of psychiatry that I want to touch on today, not only does ordinary language philosophy demonstrate a positive construction of these challenges, it shows that in this evaluative respect, psychiatry has a potentially leading role to play within medicine as a whole. This second insight, to anticipate, has the effect of reversing the <psychiatry second> view so widely prevalent in twentieth century medicine, the view exemplified by Szasz' opponents above, of psychiatry as trailing in second place scientifically behind bodily medicine. As a <psychiatry first> message for twenty-first century medical science, ordinary language philosophy shows psychiatry, just in virtue of the evaluative challenges it exhibits, to be leading the field. To make the point slightly differently, ordinary language philosophy shows that what is true of psychi-*

*atry today will be true of the rest of medicine tomorrow. This, furthermore, and directly contrary to the implications of the negative construction of psychiatry's special values challenges (by Szasz' opponents, above), is not because the rest of medicine is in the process of becoming somehow less scientific, but because it is becoming **more** scientific.*

*How so? Well, because the practical effect of advances in medical science and technology is to open up new choices and with choices go values. Think, for example, about artificial fertility treatments. When I was a medical student, there were virtually no effective treatments for infertility. But advances in medical science and technology have since opened up a whole range of options for couples unfortunate enough to find themselves infertile. The result of these advances, as advances in medical science and technology, has been, not that infertility treatment has become less evaluatively challenging, but more-so. The reason, furthermore, ties back directly to the reason suggested by ordinary language philosophy for the greater evaluative challenges presented by psychiatry. For advances in infertility treatment mean that the key issues faced by clinicians and patients alike in infertility clinics, involve just those same areas of human functioning that make psychiatry evaluatively challenging – emotion, desire, belief, sexuality, and so forth<sup>26</sup>. I do not have space here to consider further examples in detail – but think genetic medicine to name but one area in which a similar process is underway, with advances in medical science and technology opening up new choices, and this increasing rather than decreasing the extent of the values challenges presented by the field. The future, then, if medical science and technology continue to advance in the twenty-first century, is, to paraphrase my comment above, not less values but more.*

*How then should we respond to the challenges? Well, so far at least as the challenges in question are values challenges, psychiatry offers already a growing resource (both practical and theoretical) on which other areas of medicine might draw. Many of the practical resources for working with diverse values in mental health were already available in the early years of values-based practice (covering the first decade of the twenty-first century). These were developed in joint programmes between academic organisations, NGOs and Government<sup>27</sup>. The first training manual for values-based practice<sup>28</sup>, for example, was launched during this period; as were a number of targeted programmes in a range of areas, including, importantly, mental health assessment<sup>29</sup>. The Royal College subsequently took forward key initiatives including a high-profile Commission on Values-based Child and Adolescent Mental Health Services. The Commission was launched by Dame Sue Bailey in her role at the time as College President<sup>30</sup>. The College has recently taken a leading role in the field with its publication of a revised training curriculum for psychiatry bringing together values and evidence as the basis of holistic person-centred care<sup>31</sup>.*

*The Royal College of Psychiatrists, it is worth adding, although not directly involved in the very earliest days of values-based practice, was actively engaged in the background to the programme through its strong support for the then rapidly developing hybrid discipline of philosophy and psychiatry<sup>32</sup>. This background work has proven crucial in the longer term in that work in philosophy and psychiatry, as subsequently taken forward internationally with support from a number of leading universities (including Oxford), has turned out to be a vital source of the theoretical resources needed to tackle the special challenges of psychiatry. In Oxford,*

*partly within the Faculty of Philosophy and partly within our Centre, the result has been a dramatic broadening of the philosophical resources on which values-based practice is built. You will recall from what I said above, that the origins of values-based practice were in the <Oxford School> of ordinary language philosophy. Philosophy of this <ordinary language> kind remains the basis for our new training initiatives in surgery and other areas of bodily medicine. But the insights needed if we are to meet the special values challenges of psychiatry, will, we believe, require a broader approach, involving, in addition to aspects of Anglo-American analytic philosophy, European philosophies (such as phenomenology and hermeneutics) and indeed philosophies from other parts of the world altogether.*

*From what is already a rich and rapidly developing field, I will note here just a few examples. As to analytic philosophy, I mentioned earlier the work of Anna Bergqvist as Lead for the Theory Network in our Centre. Anna is working on the implications of the Oxford philosopher and novelist, Iris Murdoch's work on the relational nature of values<sup>33</sup>. Our colleague at St Catherine's College, Philip Koralus<sup>34</sup>, also working in analytic philosophy, has developed a whole new theory of decision-making based on the computational resources of semantic logic<sup>35</sup>. From Continental philosophy, we have colleagues working on the values insights from phenomenology respectively for anorexia and other eating disorders (Giovanni Stanghellini in Italy<sup>36</sup>) and for alcohol and addictive disorders (Guilherme Messas in Brazil<sup>37</sup>). There are also exciting developments in aesthetics (Michel Musalek and Martin Poltrum in Vienna and Helena Fox in Oxford<sup>38</sup>). Beyond Europe and the Americas, we have for example, Werdie Van Staden in Pretoria developing an African form of Values-based Practice called <Batho Pele><sup>39</sup>. African and African-Car-*

*ibbean philosophy are the basis too of important new work on race equality in mental health being developed by our colleague in London, Colin King<sup>40</sup>, and his collaborators in WREN (The Whiteness and Race Equality Network) in the Centre.*

### **Conclusions**

*In this paper I have argued that the relationship between values and evidence in clinical care should be one of partnership. In developing my argument to this conclusion, I have drawn on the (biographically disguised) story of a real person. The ‹Story of Mrs Jones’ Knee’, as I called it, was about a woman, the eponymous Mrs Jones, presenting with arthritis of the knee, and the decision she came to with her surgeon, Mr Patel (not his real name), about her treatment. This story illustrated three key sets of learning points that together support the need for partnership between values and evidence in clinical care. First, in Section 1, we saw from Mrs Jones’ story that health-related values are individually highly diverse; they include anything that matters or is important to the person in question. Mrs Jones, you will recall, differed from most of Mr Patel’s patients with arthritis of the knee, in that mobility was more important to her (as a keen gardener) than pain relief. When Mr Patel discovered this, he and Mrs Jones agreed in discussion together that, although she was in principle a suitable patient for knee replacement surgery, in light of the relative lack of mobility provided by the prosthetic knee joints available, they should opt for conservative (non-surgical) treatment.*

*The Story of Mrs Jones’ Knee then led, in Section 2, into a brief introduction to values-based practice. Values-based practice, of the kind we have been developing in Oxford, offers a process that supports balanced decision-making where diverse values are in play. So*

*defined, values-based practice, as we saw, is perhaps best understood as a way of building on and extending good practice. We should perhaps not be surprised by this given recent endorsements from medical law and regulation noted in section 2, for the importance of partnership between values and evidence in clinical care. We see the reflection of good practice too in Mrs Jones' story. The surgeon, Mr Patel, you will recall, had at the time of Mrs Jones' story, never even heard of values-based practice. Yet the <triple win> in which it resulted, exemplified the importance of the skills supporting values-base practice as a way of responding to the diversity of individual health-related values, the diversity of what matters or is important to the individuals concerned in clinical care. Mr Patel showed the key (though all too rare) listening skills required for values-based practice. But the story, speaking directly to my conclusion, also showed the importance of partnership between values and evidence. The triple win of Mrs Jones' story was also down to Mr Patel being an expert on the evidence about the risks and benefits of different ways of treating arthritis of the knee.*

*We turned then finally, in Section 3, to psychiatry, and to the way in which the partnership between values and evidence in psychiatry, although no less important clinically than in any other area of medicine, is especially challenging. I focused in Section 3 on the values challenges (though as I indicated, there are evidence challenges as well). Noting a range of conditions (from anorexia through personality disorder to delusion), we saw how health-related values in psychiatry may be (in contrast to those in Mrs Jones' story) both conflicting and empathically obscure. And psychiatry, in response, is well underway with developing resources, both practical and theoretical, for meeting the challenges presented by its constituent values.*



*The special values challenges, however, presented by the partnership between values and evidence, although in contemporary practice a feature especially of psychiatry, are likely, I suggested in section 3, to become, in the future, and under the impact of advances in medical science and technology, evident in an ever-wider range of bodily conditions. This, I argued, is essentially because the impact of such advances is to open up new choices, and with choices go values: the contemporary examples we considered briefly as cases in point were artificial fertility and genetic medicine.*

*The case for partnership just drawn may seem so compelling that you may be asking why I felt it necessary to cast the title of my talk in the form of a question. Surely, you may be thinking, there is no one who would seriously claim that values and evidence, contrary to the conclusions just drawn, are or should be opponents rather than partners in clinical care.*

*Well, I agree that there are few who would make this claim overtly. But in much of contemporary healthcare thinking, values and evidence if not actually cast as opponents, are in effect opposed. There is, certainly, lip service to the need to bring values and evidence together: lists of values, for example, are widely promoted for healthcare organisations or professional bodies. It has become almost mandatory for such institutions to signal *<their>* values (like integrity, value for money, and so forth). Ethical values, too, are promoted as positive contributions to healthcare – and of course they may be. But the reality all too often is that values (corporate or ethical) are used to *<police>* or regulate the impacts of scientific evidence-based medicine. We should not perhaps be too surprised by this. After all, the paradigmatic values resource in healthcare, medical ethics and bioethics, were in their early development at least, positioned in direct opposition to the*

*growing power of medical science: their emphasis on values of patient autonomy, in particular, was directly aimed at countering the prevailing hegemony of values of medical paternalism.*

*Closely allied to these negative constructions, is the idea that values, if not actually in opposition to evidence, are, somehow, a default resource: values come into play, so this line of thinking goes, where the required evidence base is weak or absent. You see this idea expressed sometimes by clinicians in relation to clinical decision-making: «we don't have the evidence to decide, so», you hear some doctors say, «we will have to fall back on value judgements!»*

*There is a hint of this «default» construction of values even in the theme of today's meeting. The full title of the theme is «Ars psychiatrica? In the delicate balance between evidence, values and subjectivity». One way of reading this title is that psychiatry, in contrast to other areas of medicine, is an art **rather than** a science. Forgive me if I am misreading this! But psychiatry's critics have often portrayed it as such. I noted in my talk how Thomas Szasz, although himself at the time a full professor of psychiatry<sup>41</sup>, notoriously described the very concept of mental illness as a «myth». This as we saw was essentially because, he argued, mental illness is based on values **rather than** scientific medical facts. Szasz' critics, again as I noted in my talk, took a similar line.*

*I believe these negative constructions are deeply rooted in a simplistic model of science as being itself value free. Again, we can relate to this idea. After all, much of the progress of twentieth century medicine has resulted from a model of science in which evidence is unbiased, in the sense that it is presented as far as possible without regard to the interests (i.e., values) of those by whom it is generated. We are thus (rightly) sus-*

*picious of researchers who fail to acknowledge their pay masters! But where this points from the perspective of values-based practice is to the need, not for science to be (somehow) value-free, but for a better understanding of how values come into every stage of the process of scientific research<sup>42</sup>.*

*So the challenge of partnership is a challenge as much for our model of science as it is for our understanding of values. I will not have time to pursue this idea today. But what it amounts to I will suggest, is the need for nothing less than a new medical science: the medical science of the twentieth century was an evidence-based discipline; the medical science of the twenty-first century, if the arguments presented here are correct, will be an evidence-plus-values-based discipline. Which means we should not expect quick results. After all, as one of the founders of quantum mechanics, no less, Max Planck, put it in his intellectual autobiography, «new sciences aren't born, old scientists die!»<sup>43</sup>. If in physics, then, so much the more so in medicine, it is to the next generation that we must look to make the partnership between values and evidence a reality across all areas of clinical care.*

*Thank you very much for your attention.*

## **Resources for Further Reading**

*The website of the Collaborating Centre for Values-based Practice in Oxford offers many resources for developing the skills and other components of values-based practice as a partner to evidence-based practice in delivering clinical care. See for example,*

*a dedicated library resource of relevant publications (WikiVBP) – <https://valuesbasedpractice.org/vbpreferencelibrary/>*

*a detailed reading guide covering theory and practice –<https://valuesbasedpractice.org/more-about-vbp/>*

*and free-to-download training and other materials –<https://valuesbasedpractice.org/more-about-vbp/full-text-downloads/>*

*For a collection of case studies illustrating the impact of values-based practice in different areas of healthcare, see Fulford, Piele and Carroll, 2012*

*For an open access collection of case studies on values specifically in mental health, see Stoyanov et al., 2021*

## **References**

Austin, J.L. (1956-7) A plea for excuses. *Proceedings of the Aristotelian Society* 57:1-30. Reprinted in White, A.R., ed. (1968) *The Philosophy of Action*. Oxford: Oxford University Press, pps 19–42.

Bergqvist, A. (2018). Moral Perception and Relational Self-Cultivation: Reassessing Attunement as a Virtue. In S. Werkhoven and M. Dennis (eds.), *Ethics and Self-Cultivation: Historical and Contemporary Perspectives*. London: Routledge, 197–221.

Boorse, C. (1977) Health as a theoretical concept. *Philosophy of Science*, 44, 542–573

Care Services Improvement Partnership (CSIP) and the National Institute for Mental Health in England (NIMHE) (2008) *Workbook to Support Implementation of the Mental Health Act 1983 as Amended by the Mental Health Act 2007*. London: Department of Health.

*The Foundation Module for the workbook is available as a free full-text download from the Collaborating Centre for Values-based Practice at: [http://valuesbasedpractice.org/More about VBP/Full text downloads \[and scroll to the required document\]](http://valuesbasedpractice.org/More about VBP/Full text downloads [and scroll to the required document]).*

Fulford, K.W.M. (1989, reprinted 1995 and 1999) *Moral Theory and Medical Practice*. Cambridge: Cambridge University Press.

Fulford, K.W.M. (1991) *Evaluative Delusions: their Significance for Philosophy and Psychiatry*, *British Journal of Psychiatry*, Volume 159, p 108–112, Supplement 14, *Delusions and Awareness of Reality*

Fulford, K. W. M., Morris, K. J., Sadler, J. Z., and Stanghellini, G. (2003) *Past Improbable, Future Possible: the renaissance in philosophy and psychiatry*. Chapter 1 (pps 1-41) in Fulford, K. W. M., Morris, K. J., Sadler, J. Z., and Stanghellini, G. (eds.) *Nature and Narrative: an Introduction to the New Philosophy of Psychiatry*. Oxford: Oxford University Press.

Fulford, K.W.M., Peile, E., and Carroll, H (2012) *Essential Values-based Practice: clinical stories linking science with people*. Cambridge: Cambridge University Press

Fulford, K.W.M., Dewey, S., and King, M. (2015) *Values-based Involuntary Seclusion and Treatment: Value Pluralism and the UK's Mental Health Act 2007*. Ch 60, in Sadler, J. Z., van Staden, W., and Fulford, K.W.M., (Eds) *The Oxford Handbook of Psychiatric Ethics*. Oxford: Oxford University Press

Handa, IA., Fulford-Smith, L., Barber, ZE., Dobbs, TD., Fulford, KWM., and Peile, E (2016) *The importance of seeing things from someone else's point of view*. *BMJ Careers on-line journal* (published in hard copy as «Learning to Talk about Values»)

[http://careers.bmj.com/careers/advice/The\\_importance\\_of\\_seeing\\_things\\_from\\_someone\\_else's\\_point\\_of\\_view](http://careers.bmj.com/careers/advice/The_importance_of_seeing_things_from_someone_else's_point_of_view)

Hare, R.M. (1952) *The language of morals*. Oxford: Oxford University Press.

Jaspers, K., 1963. *General psychopathology* (transl. J. Hoenig). Hamilton MW. Manchester University Press, Manchester.

Kendell, R.E. (1975) *The concept of disease and its implications for psychiatry*. *British Journal of Psychiatry*, 127:305–315

King, C., Bennett, M., Clarke, S., Fulford, KWM, Gillard, S., Bergqvist et al (2020). *From Preproduction to Coproduction: COVID-19, whiteness, and making black mental health matter*, *Lancet Psychiatry*. Published online November 12, 2020. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30458-2](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30458-2). Access here.

Koralus, P., Mascarenhas, M. (2013). *The Erotetic Theory of Reasoning: Bridges between Formal Semantics and the Psychology of Deductive Inference*. *Philosophical Perspectives*, 27.1, 312–365

Loughlin, M (2014) (Ed) *Debates in Values-based Practice: arguments for and against*. Cambridge: Cambridge University Press

Messas, G., and Soares, M.J., (2021) *Alcohol Use Disorder in a Culture That Normalizes the Consumption of Alcoholic Beverages: The Conflicts for Decision-Making*, chapter 19 in Stoyanov, D., Stanghellini, G., Van Staden, W., Wong, MT., and Fulford, KWM. (2021) (eds) *International perspectives in values-based mental health practice: case studies and commentaries*. Berlin: Springer Nature. [Available as open access, see Stoyanov, 2021]

National Institute for Mental Health in England (NIMHE) and the Care Services Improvement Partnership (2008) *3 Keys to a Shared Approach in Mental Health Assessment*. London: Department of Health. Available as a free full-text download from the Collaborating Centre for Values-based Practice at: [http://valuesbasedpractice.org/More about VBP/Full text downloads \[and scroll to the required document\]](http://valuesbasedpractice.org/More about VBP/Full text downloads [and scroll to the required document]).

Planck, M. (1950) *Trans. F. Gaynor. Scientific Autobiography and other papers*. London: Williams & Norgate.

Royal College of Psychiatrists (2016) *What really matters in children and young people's mental health, Report of the Values-based Child and Adolescent Mental Health System Commission*. London: The Royal College of Psychiatrists. Available at the Royal College of Psychiatrists' website at: <http://www.rcpsych.ac.uk/pdf/Values-based%20full%20report.pdf>; or via the Collaborating Centre website at: [valuesbasedpractice.org/More about VBP/full text downloads \[and scroll to the required document\]](http://valuesbasedpractice.org/More about VBP/full text downloads [and scroll to the required document]).

Sackett, D.L., Straus, S.E., Scott Richardson, W., Rosenberg, W. & Haynes, R.B. (2000) *Evidence-Based Medicine: How to Practice and Teach EBM (2nd Edition)*. Edinburgh and London: Churchill Livingstone.

Slade, M., Amering, M., Farkas, M., Hamilton, B., O'Hagan, M., Panther, G., Perkins, R., Shepherd, G., Tse, S., and Whitley, R. (2014) *Uses and Abuses of Recovery: Implementing Recovery-oriented practices in mental Health Systems*. *World Psychiatry*, 13: 12–20.

Stanghellini, G., and Fulford, KWM (Bill), (2020) *Values and Values-based Practice in Psychopathology: Combining Analytic and Phenomenological Approaches*. For Moran, D., Cummins, F., Daly A., and Jardine J., (eds) *The Inhuman Gaze*. New York: Routledge

Stanghellini G, Castellini G, Brogna P, Faravelli C, Ricca V. (2012). *Identity and eating disorders (IDEA): a questionnaire evaluating identity and embodiment in eating disorder patients*. *Psychopathology*. 45(3):147-58. doi: 10.1159/000330258. Epub 2012 Mar 2. PMID: 22398386.

Stoyanov, D., Stanghellini, G., Van Staden, W., Wong, MT., and Fulford, KWM. (2021) (eds) *International perspectives in values-based mental health practice: case studies and commentaries*. Berlin: Springer Nature. Available as an open access publication. ISBN 978-3-030-47851-3 ISBN 978-3-030-47852-0 (eBook) <https://doi.org/10.1007/978-3-030-47852-0> or at: <https://link.springer.com/book/10.1007%2F978-3-030-47852-0>

Szasz, T.S. (1960) *The myth of mental illness*. *American Psychologist*, 15: 113–118.

Van Staden, W and Fulford, K.W.M., (2015) *The Indaba in African Values-based practice: respecting diversity of values without ethical relativism or individual liberalism*. Ch 28, in Sadler, J. Z., van Staden, W., and Fulford, K.W.M., Eds *The Oxford Handbook of Psychiatric Ethics*. Oxford: Oxford University Press

Wakefield, J.C. (2000) *Aristotle as Sociobiologist: The «Function of a Human Being» Argument, Black Box Essentialism, and the Concept of Mental Disorder*. *Philosophy, Psychiatry, & Psychology* 7/1: 1744.

Warnock, G.J. (1989) *J L Austin*, London: Routledge

Woodbridge, K., and Fulford, K.W.M. (2004) *«Whose Values?» A workbook for values-based practice in mental health care*. London: The Sainsbury Centre for Mental Health.

## Footnotes

- 1 *The story as presented here is based on a version published in Handa et al., 2016*
- 2 *The three words exercise was devised by Kim Woodbridge as part of the first training manual for values-based practice – see Woodbridge and Fulford, 2004*
- 3 *See for example a paper from the NHS Confederation, the employers' organization in the UK National Health Service (Briefing September 2018 Issue 306) at: <https://www.nhsconfed.org/publications/taking-value-based-agenda-forward>*
- 4 *See for example an article from the NHS training organisation, Health Education England, at: <https://www.hee.nhs.uk/our-work/values-based-recruitment>*
- 5 *Resources for further reading are given at the end of the paper*
- 6 *Recall for example the importance of physiotherapy in her treatment plan.*
- 7 *Montgomery v Lanarkshire Health Board (judgment delivered March 11, 2015): <https://www.supremecourt.uk/cases/uksc-2013-0136.html>*
- 8 *General Medical Council (2008) Consent: Patients and doctors making decisions together. London: The General Medical Council. For an update published 9 November 2020, see: <https://www.gmc-uk.org/ethical-guidance/ethical-guidance-for-doctors/consent>*
- 9 *NICE is responsible for deciding (on the basis of evidence-based reviews) which treatments will be available to patients in the UK's National Health Service.*
- 10 *See for example, National Institute for Health and Care Excellence (2015/2017) Suspected cancer: recognition and referral: NICE guideline NG12 (published date: June 2015. Last updated: July 2017) See: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng12> [and scroll down the page to the statement «Your Responsibility»]*
- 11 *See Sackett et al., 2000, p1, (parenthesis added)*



- 12 *I do not have space to go into this point in detail. But to indicate just one pertinent example, the very concept of recovery in mental health is about recovering a good quality of life as defined by the values of (by what matters or is important to) the person concerned – see Slade et al., 2014*
- 13 *For a review and case history illustrating the impact of values in anorexia and related eating disorders, see Stanghellini and Fulford, 2020*
- 14 *For a more detailed consideration of involuntary or compulsory treatment from the perspective of values-based practice, see, Fulford, Dewey and King, 2015. The practical applications of this work were the basis of training materials produced by the UK Department of Health to support implementation of its 2007 revision of the Mental Health Act – see Care Services Improvement Partnership (CSIP) and the National Institute for Mental Health in England (NIMHE) (2008).*
- 15 *For an account of the challenges presented particularly by evaluative delusions, see Fulford, 1991.*
- 16 *See e.g. p 262 in Jaspers, 1963.*
- 17 *Ordinary language philosophy is sometimes called the ‘Oxford School’*
- 18 *See for example, Austin, 1956/7; for an invaluable overview, see chapter 1 of Warnock, 1989.*
- 19 *Hare applied an ordinary language approach to understanding the language of values (see eg Hare, 1952); I in turn applied Hare’s findings to understanding the language of medicine (Fulford, 1989). It was the latter work that was later to become the theoretical basis for values-based practice (as described in Chapters 1 and 13 in Loughlin, 2014).*
- 20 *Szasz was at the time of this work Professor of Psychiatry at Syracuse University*
- 21 *For an early and particularly clear statement of this view, see Szasz, T.S. (1960) The myth of mental illness. American Psychologist, 15: 113–118.*
- 22 *See Kendell, 1975*

- 23 For an exemplar from philosophy, see Boorse (1977); and from practice, Wakefield (2000)
- 24 The argument is set out in fully in my *Moral Theory and Medical Practice* (1989) as an integral part of the theory underpinning values-based practice. Although not relying on Hare's wider prescriptivist theory, the argument draws directly on specific aspects of his work applying ordinary language philosophy to the Language of values, notably in his first book, *The Language of Morals* (Hare, 1952).
- 25 This idea is encapsulated in the 'Squeaky Wheel' principle of values-based practice – see process element 8 in Table 2
- 26 For a detailed case history illustrating the values challenges of infertility treatment, see 'Elective fertility: think high-tech, think evidence and values too!.' Ch 12, Element 9: *The Science Driven Principle*, pps 151 – 162 in Fulford, Peile and Carroll (2012)
- 27 Among those involved in this start-up phase of values-based practice were Warwick and Oxford Universities, NGOs including The Sainsbury Centre for Mental Health and Turning Point, the UK Government's Department of Health, and the World Health Organization.
- 28 See Woodbridge and Fulford, 2004
- 29 See, National Institute for Mental Health in England (NIMHE) and the Care Services Improvement Partnership (2008)
- 30 See, Royal College of Psychiatrists (2016)
- 31 For the Royal College of Psychiatrists, *Psychiatry 'Silver Guide – Guidance for Psychiatric Training in the UK' 2022* – See: [silver-guide-version-final\\_15-june-22.pdf](https://www.rcpsych.ac.uk/silver-guide-version-final_15-june-22.pdf) (rcpsych.ac.uk) Also, Royal College of Psychiatrists, e learning module – click on Section 2 – Holistic, values driven curricula New curricula – Overview | Rise 360 (articulate.com)
- 32 The early development of philosophy and psychiatry is described in Fulford et al., 2003
- 33 See for example, Bergqvist (2018)

- 34 *As Oxford's Fulford-Clarendon Associate Professor, Philipp's post is endowed for work in the philosophy of mind with special relevance to psychiatry and cognitive neuroscience – see: <https://www.philosophy.ox.ac.uk/people/philipp-koralus>*
- 35 *See for example, Koralus and Mascarenhas (2013)*
- 36 *See for example, Stanghellini et al., 2012*
- 37 *See for example, Messas, G., and Soares, M.J., (2021)*
- 38 *Poltrum, Musalek and Fox are working with colleagues on The Oxford Handbook of Mental Health and Contemporary Western Aesthetics (forthcoming from Oxford University Press)*
- 39 *A practical application of this approach is described in Van Staden and Fulford (2015). As Nelson-Mandela Professor of Philosophy and Psychiatry, Van Staden holds the first chair for the field outside th UK, Europe and North America – see: <https://www.google.com/search?client=safari&rls=en&q=Nelson-Mandela+Professor+of+Philosophy+and+Psychiatry&ie=UTF-8&oe=UTF-8>*
- 40 *See for example, King et al., 2020*
- 41 *At Syracuse University in the USA*
- 42 *Key stages of the research process at which values as defined in values-based practice (i.e., encompassing anything that matters or is important to those concerned) are self-evidently engaged, include, the initial identification of research priorities, then various aspects of methodology (such as the selection and definition of variables of interest), and, at the end, the selection, reporting and dissemination of findings.*
- 43 *See p. 33 in Planck (1950)*



*Katrin Luchsinger*

*«PLEASE PAY ATTENTION PLEASE».<sup>1</sup>*

## *Kunst aus psychiatrischen Anstalten im toten Winkel*



*Ich danke Prof. Dr. Paul Hoff für die freundliche Einführung und spreche der Dr. Margrit Egnér-Stiftung meinen Dank für diese ehrenvolle Auszeichnung aus.*

*Ich befasse mich mit einer sehr spezifischen «Ars psychiatrica», nämlich mit Künstler:innen, die auch Patient:innen in einer psychiatrischen Klinik um 1900 waren. Sie hatten keinen Zugang zur Öffentlichkeit, und viele von ihnen sind bisher gänzlich unbekannt. Wenn ein Werk dennoch Bekanntheit erlangte, so darf man den Namen der Künstlerin / des Künstlers aus Gründen des Persönlichkeitsschutzes nicht nennen, oder nur den Vornamen.<sup>2</sup> Aber es gibt es natürlich zahlreiche Ausnahmen wie Adolf Wölfli, Jeanne Natalie Wintsch, Aloyse Corbaz und viele andere. Die Regel der Anonymisierung stellte schon der Psychiater Walter Morgenthaler 1921 in Frage, als er seine Monografie mit dem Titel, «Ein Geisteskranker als Künstler» über seinen Patienten und Künstler Adolf Wölfli veröffentlichte und Wölfli bei seinem Namen nannte.<sup>3</sup> Wegen dieser besonderen Bedingungen ist in meiner Forschungsarbeit das Einfordern von Aufmerksamkeit für ein Werk wichtig; es schützt die Werke manchmal davor, weggeworfen zu werden.*

*Ich möchte hier jedoch auf eine andere Lesart des Titels fokussieren.*

*Ich habe ein Werk des amerikanischen Künstler Bruce Nauman (geb. 1941) aus dem Jahr 1973 gewählt, eine Collage, die lapidar besagt: «PLEASE PAY ATTENTION PLEASE». (Abb. 1)*

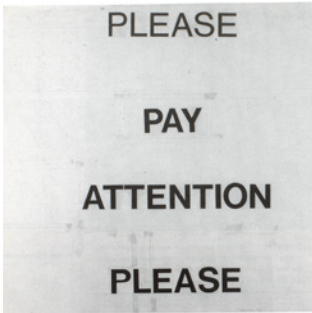


Abb. 1: Bruce Nauman, *PLEASE/PAY/ATTENTION/PLEASE*, 1973, Collage and Lettraset Buchstaben, 69,9 × 69,9 cm, Privatbesitz

*Bruce Nauman ist ein renommierter Künstler, er wurde seit ungefähr 1966 in der Öffentlichkeit bekannt. Er arbeitet mit vielen Medien, skulptural, installativ, mit Schrift und Sprache, Film oder Video. Sein frühes Werk steht dem Fluxus und der Konzeptkunst nahe. Er benutzt Gebrauchsmaterialien, seine Werke haben etwas sozusagen roh Gezimmertes. Wie viele Künstler:innen der 1970er Jahre wollte er aus der purifizierten, ästhetisch-abstrakten Kunst der Nachkriegszeit ausbrechen.*

*Er wolle, sagte er in einem Interview mit Willoughby Sharp am 7. Mai 1970, mit seinen Arbeiten unmittelbare, geradezu physische oder physiologische, Erfahrungen evozieren.<sup>4</sup> Er sagte, es sei: «... [wie] wenn man eine Treppe im Dunkeln hinaufgeht, wenn man denkt, es kommt noch eine Stufe, und man nimmt die Stufe, aber man ist schon oben ...».<sup>5</sup> Ein Schritt ins Leere, eine unangenehme, aber wohl bekannte Erfahrung. Ein zweites Beispiel aus Naumans Werk kann das illustrieren: die Installation «Performance Corridor» aus dem Jahr 1969, die eine beengende oder bedrängende Erfahrung auslösen kann, vor allem, wenn man den Korridor betritt. (Abb. 2)*

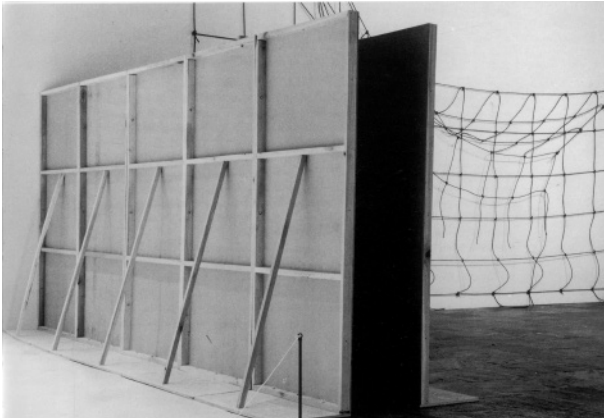


Abb. 2: Bruce Nauman, *Performance Corridor*, 1969, Hartfaserplatte, Holz, 243,8 × 609,6 × 50,8 cm, Solomon R. Guggenheim Museum New York, Panza Collection 1992

Nauman formulierte ein bestimmtes Kunstverständnis, das ich hier deshalb anführe, weil ich es für mein Beispiel eines Künstlers, der in einer psychiatrischen Klinik lebte und arbeitete, auf das ich kommen werde, beziehen möchte.

Im selben Interview mit Sharp sagt Naumann: «Wenn man wirklich an das glaubt, was man macht, und es so gut macht, wie man kann, dann entsteht eine gewisse **Spannung**». <sup>6</sup> Ausser der unmittelbaren kunstfernen Erfahrung, die das Werk auslösen soll, und dem Bemühen «so gut man kann» zu arbeiten, suche der Künstler/die Künstlerin, sagt Nauman, «**potentiell**» eine Öffentlichkeit.<sup>7</sup>

Naumans Definition, was Kunst sei, ist lapidar, skizzenhaft, etwas provokativ.

Eine konzeptuelle Arbeit von 1969 handelt ironisch und poetisch von diesem Wunsch nach potentieller Öffentlichkeit, eine Fotocollage mit dem Titel: «My Name as Though it were written on the surface of the Moon». (Abb. 3)



Abb. 3: Bruce Naumann, *My Name As Though It Were Written on the Surface of the Moon*: Bbbbbbbbbrrrrrrrruuuuuuuu-uccccccccccceeeeeeee, 1967, fünfzehn schwarz-weiss Fotografien, gerahmt, 33 × 350,5 cm, Sonnabend Collection, New York

Bruce Nauman hat sich nie mit der Kunst von sogenannten Outsidern befasst.

Ich habe ihn hier beigezogen und drei frühe Werke gezeigt, um seinen Kunstbegriff zu vergegenwärtigen, der gut in die 1970er Jahre passt. Damals gelangten viele Werke von **Autodidakten** an die Öffentlichkeit. Ich erinnere z.B. an die *documenta 5* im Jahr 1972, die Harald Szeemann kuratierte und der er den Titel «Befragung der Realität – Bildwelten heute» gab. Szeemann zeigte hier erstmals an einer *documenta* prominente Werke der beiden Berner Patienten und Künstler Adolf Wölfli und Heinrich Anton Müller.<sup>8</sup>

**Hermann M. (1894–1943), 1918 bis 1920 Patient der Kantonalen Irrenanstalt Burghölzli in Zürich, dann bis zu seinem Tod in der Pflegeanstalt Neu-Rheinau.**

Mit diesem Kunstbegriff und den drei Beispielen im Hinterkopf wende ich mich dem Künstler Hermann M. zu, der von 1920 bis 1943 in der Pflegeanstalt Neu-Rheinau lebte.

Hermann M. war Müller und lebte in der Umgebung Zürichs. Er erkrankte mit 24 Jahren, jung verheiratet, und wurde 1918 in die Kantonale Zürcherische Irrenanstalt Burghölzli, heute PUK, eingewiesen. Von dort kam er 1920 als «unheilbar» in die Pflegeanstalt Neu-Rheinau, wo er bis zu seinem Tod im Jahr 1943 blieb.<sup>9</sup>

Schon im Burghölzli zeichnete er und setzte diese Tätigkeit in der Rheinau fort. Insgesamt sind 100 beid-



seitig bearbeitete Blätter aufbewahrt worden. Der Psychiater Eugen Bleuler, der den Übertrittsbericht verfasste, schrieb: seine Zeichnungen «symbolisieren seine Gedankenwege».<sup>10</sup> (Abb. 4, 5, 6)

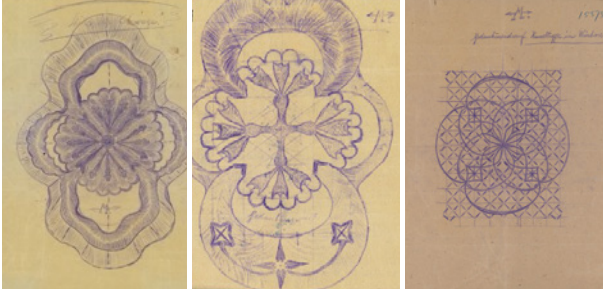


Abb. 4: Hermann M., Skizze einer Schwinge M., undat., violetter Kopierstift auf dünnes Packpapier, 28 × 17,5 cm, StAZH 01-Z\_100\_15575\_2\_10

Abb. 5: Hermann M., Gedankenwiege. M., undat., Kopierstift auf dünnes Packpapier, 18,6 × 13,2 cm, StAZH 05-Z\_100\_15575\_2\_8

Abb. 6: Hermann M., M. [15575] Gedankenendwurf. Kunsttreppe in Windrose, undat. Kopierstift auf Schreibpapier, 35,1 × 24,6 cm, StAZH 05-Z 100 15575 2 5

Hermann M zeichnet hier mit violetterm Kopierstift auf gebrauchte Packpapiere. Sein Motiv ist stets eine symmetrische, oft radialsymmetrische Form, die er manchmal schraffiert, sodass sie fast plastisch wirkt. Wichtig ist die Sprache, er betitelt die Ornamente als «Schwinge», als «Gedankenwiege» oder «Gedankenendwurf. Kunsttreppe in Windrose». Ob die Schreibweise «Gedankenendwurf» ein Verschreiber ist oder ein Wortspiel, muss offenbleiben. Die Wortschöpfung «Kunsttreppe» verweist jedoch darauf, dass er Kunst oder zumindest etwas «Künstliches», meint, das heisst, etwas unter besonderen Voraussetzungen Erschaffenes. Sein Vorhaben ist, so kann man deuten, einer esoterischen Bildsprache zuzuordnen, indem er sich vorstellt, Gedanken durch abstrakte, symmetrische und

bedeutungsvolle Konstellationen zu kontrollieren. So entfernt von seinem aktuellen unglücklichen Schicksal diese Werke zu sein scheinen, weist die Wortschöpfung «Fehlerleben» auf einem anderen Blatt möglicherweise doch auf diesen Bruch in seinem Leben hin, als er erkrankte.<sup>11</sup> In der Pflegeanstalt Neu Rheinau lebte Hermann M. auf der Männerabteilung L 2 für sogenannte halbruhige Männer. Er bewohnte dort eine Zelle mit der Nummer 69. (Abb. 7)

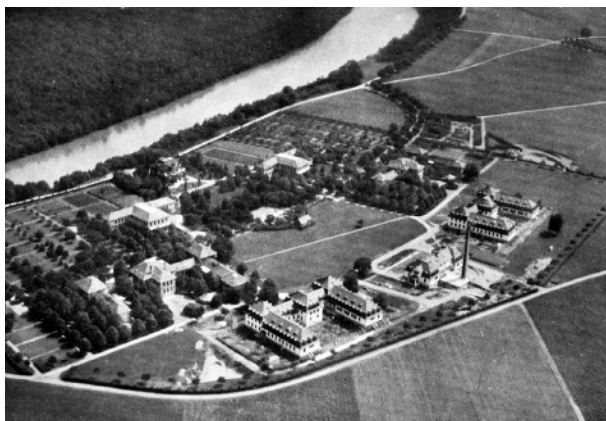


Abb. 7: Pflegeanstalt Neu-Rheinau, erbaut 1901, erweitert 1919, Flugaufnahme von Jean Gabarell, 1930, von «Graf Zeppelin» aus fotografiert

Diese beiden Angaben, ebenso wie die Krankenaktennummern des Burghölzli «15 575» und der Rheinau «5053» gibt Hermann M. auf fast allen Zeichnungen an. Aus den Einträgen in seine Krankenakte ist zu erfahren, dass es ihm in den ersten Jahren sehr schlecht ging, er war oft krank und sprach nicht. Das ganze Jahr 1927 stand er angeblich «kataton» im Flur seiner Abteilung.<sup>12</sup> Er sagte dem Arzt, so wird es in der Akte festgehalten: «Die Leute gehen ein und aus, und da weiss ich manchmal selber nicht mehr, wer ich bin und ob der M. noch da ist.»<sup>13</sup>

Am 10. April 1931, also vier Jahre später, sagte Hermann M. über dieses Jahr: «Das Jahr ist lang, wenn man 12 Monate muss dastehen». Auch das wird in der Krankenakte protokolliert.<sup>14</sup>

Wie allen Patient:innen wurde auch Hermann M. eine Arbeit zugewiesen. Er fegte die Böden und putzte die Toiletten auf seiner Abteilung. Seit 1925 zeichnete er in der verbleibenden Zeit nachmittags in seiner Zelle mit Tinte, später mit Bleistift, auf Schreibpapier. «Ein grosses Paket mit beschriebenen Blättern schleppt er beständig mit sich herum und hütet dieselben wie einen Schatz», wird in einem Gesprächsprotokoll 1933 vermerkt.<sup>15</sup> Weiter sagt Hermann M. über seine Blätter: «Es muss alles gedruckt werden, der Buchdrucker muss Alles drucken.»<sup>16</sup> (Abb. 8, 9)

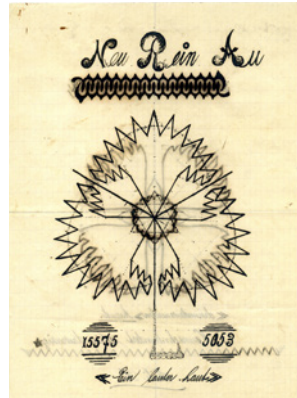
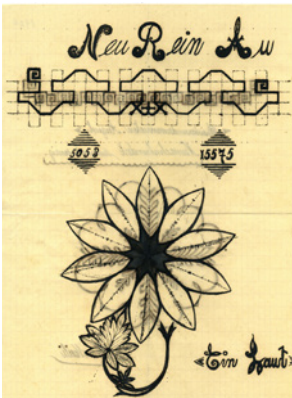


Abb. 8: Hermann M., Ein Laut, dat. 23./24.8.1926, Tinte auf kariertes Schreibpapier, 29,7 × 21 cm, Sammlung Rheinau, R 1323.68r, StAZH Z 542.230

Abb. 9: Hermann M., Ein lauter Laut, dat. 23.8.1926, Tinte auf kariertem Schreibpapier, 29,7 × 21 cm, Sammlung Rheinau, R 1323.1r, StAZH Z 542.239

So sehen seine Blätter auch aus, **wie gedruckt**. Hermann M. zeichnet 1925 bis 1928 Ornamente mit Tinte auf Schreibpapier, sehr viele, keines gleich wie das andere. Ungefähr 60 sind erhalten geblieben. Danach verwendet er vermehrt den Bleistift, oder er erhält keine Tinte mehr. Er schreibt Gedichte, die er mit Ornamenten schmückt. (Abb. 10)



Abb. 10: Hermann M., ohne Titel, Bleistift auf Schreibpapier, gefaltet, S. 1r, Masse 50,2 × 21 cm, dat. Vom Arzt dat. 1928/29, Sammlung Rheinau, R1323.82, fol. 1r, «Augustmonat Neunzehnhundert/achendwanzig neun und cwancig. / EL. / «Antwort und Vrage» / Erinnerung an / Schöne tage! / Der Vrühling / Trank einmal / Am Zauperbrunnen.

Ausserdem zeichnete er kalligrafische Blätter, die die Brotrationen in der Pflegeanstalt über Jahre berechnen, und Protokolle des Alltags: wann die Visite stattfand, was zum Essen aufgetragen wurde, dass freitags jeweils rasiert wurde. Die **Künstlichkeit** ist in Hermann M.s Arbeit zentral: Er ändert den Namen der Pflegeanstalt Neu-Rheinau zu «Neu Rein Au», ein Euphemismus, von dem man nicht weiss, ob er ironisch gemeint ist; er malt seine beiden Krankenaktensnummern kalligrafisch, wie gedruckte Stempel, wie eine amtliche Qualifikation, auf fast jedes Blatt (siehe

Abb.8, 9); er notiert: «Morgengang / Abendgang oder Visite Herr Gering», womit er die Visite des Oberarztes und, seit 1931, des Klinikdirektors Karl Gehry meint; er notiert seine Abteilung «Männer L 2» und seine «Zelle Nr. 69»; und er dehnt das aktuelle Datum auf einen Monat aus: eine Zeichnung, die der Arzt auf den 28. Juli datiert, datiert Hermann M.: «Mittwoch 30. Juli – August 28 Donnerstag». (Abb. 11)

„Neu Rein Au“ = Neu Rheinau\*



Krankenaktennummern Burghölzli: 15575 und Rheinau: 5053



Morgen=gang=Herr=Gering!



Männer-L-zwei=cell|=69=



=Mittwoch=30.Juli 1930.August 28. Donnerstag  
(datiert vom Arzt am 28.8.1930)

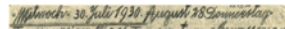


Abb. 11: Ausschnitte aus Zeichnungen von Hermann M.

Er schreibt auch nicht in seiner Handschrift, die sehr leicht und flüssig ist, wie das Beispiel einer Randnotiz zeigt, sondern mit extrem viel Druck.<sup>17</sup> (Abb. 12, 13) Er zeichnet auch anders, wie die einzige «Skizze», die von ihm erhalten ist, auf einem Arztprotokoll aus dem Jahr 1929, belegt, sie ist flüchtig, suchend. (Abb. 14)

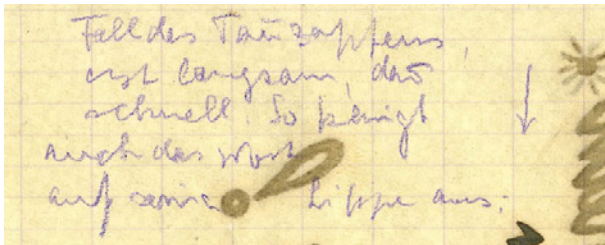
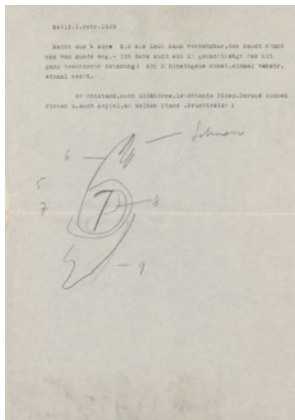
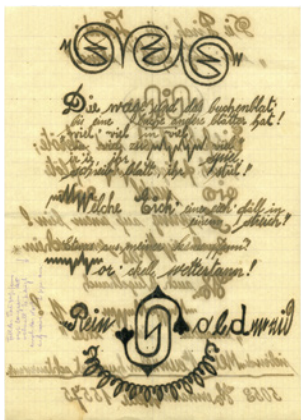


Abb. 12: Hermann M., ohne Titel, dat. 7. Mai 1928, Tinte auf Schreibpapier, Sammlung Rheinau, R 1323.77, fol 1 verso, StAZH Z 542. 235.

Abb. 13: Ausschnitt aus Abb. 11: «Fall des Tanzzapfens, / Erst langsam, dann [Pfeil]/Schnell. So klingt/Auch das Wort/ Auf seiner Lippe aus»

Abb. 14: Protokoll des Arztes vom 1. Februar 1929, Zeichnung Hermann M.

## **Geheimschrift**

1930 beginnt Hermann M. eine Geheimschrift zu erfinden. Er setzt sie anfänglich für Initialen ein, später verwendet er sie ausschliesslich. Das Phänomen der Geheimschrift taucht um 1900 in der psychiatrischen Lektüre ab und zu auf. Cesare Lombroso erwähnt es bei Straftätern und Patienten.<sup>18</sup> Der Psychiater Walter Morgenthaler schreibt 1918 in seiner Untersuchung «Übergänge zwischen Zeichnen und Schreiben bei Geisteskranken»: Patient:innen entwickelten aus «Grössenideen und gehobenem Selbstgefühl, das auch mit mystischen Gefühlen zusammen gehen [kann]» Geheimschriften.<sup>19</sup> Karl Gehry, Direktor der Rheinau, hatte deshalb ein gewisses Interesse an diesem Phänomen. Er legte dem Patienten Hermann M. am 21. Dezember 1933 eines seiner Blätter vor und kreuzte einen Buchstaben rot an.<sup>20</sup> (Abb. 15)



Abb. 15: Hermann M., ohne Titel, dat. 21.12.1933, Bleistift auf Schreibpapier, Sammlung Rheinau, R 1323.41 verso, StASH Z 542 241

Gehry fragte: «Warum machen Sie solche Zeichen, statt gewöhnlicher Buchstaben?» Hermann M. antwortete: «Das sind die fertigen Noten auf der Tonleiter». Gehry sagte: «Aber das sind doch keine Noten zum Singen?» Hermann M. sagte, «Doch! ... Das ist ein K, nur habe ich Wind hinein gemacht, wenn ich es drehe, fliegt jedes auf seine Seite, dann haben wir Noten. Die guten Töne gehen bis 8 [d.h. über die ganze Tonleiter, Anm. KL]. Ich kann auch [...] mit gewöhnlicher Schrift schreiben wie Sie, aber ich komme zu kurz.» Gehry fragt: «Was machen Sie mit den Hunderten von beschriebenen Blättern, die Sie dort in jenem Paken haben?» Hermann M. sagt: «Die brauche ich für mich, ich gebe nur manchmal ein Blatt für den Arzt, dass er auch sieht,



dass es um den Verstand geht. [...] Es wird alles gedruckt. Der Buchdrucker muss alles drucken [...]».<sup>21</sup>

Seine Kunstschrift, sagt M., ver helfe ihm dazu, so zu schreiben, wie er wahrnimmt, vermutlich synästhetisch. Er denkt sich Buchstaben dreidimensional und beweglich. Das Blatt ist für ihn ein Raum, in dem sie sich drehen und klingen. Seinem Denken entspricht diese Kunstschrift. Der Arzt jedoch hört 1933 auf, Zeichnungen von Hermann M. zu sammeln. Nur jene wenigen Blätter, die Hermann M. explizit abgibt, werden der Krankenakte beigelegt. So hermetisch, prachtvoll und verschlossen sich die Blätter präsentieren, sind sie doch lesbar (Abb. 16) «D R E I / D E Z E M B E R / Z \* Z 1936 Z \* Z / [DEZEMBER] (Schreibrichtung von re nach li: REBMEZED) / [DREI] (Schreibrichtung von re nach li: IERD) / H E R R / P H A R E R / H O L Z E R / [NEU] (Schreibrichtung von re nach li: EUN) / R H E I N A U».

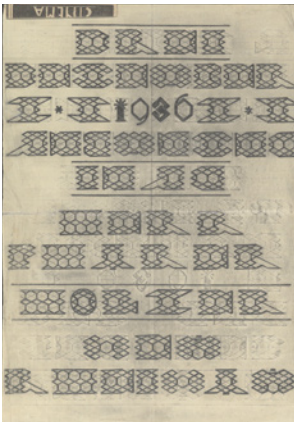


Abb. 16: Hermann M., ohne Titel, dat. Dezember 1936, Bleistift auf Schreibpapier, StAZH 15 Z\_100\_4579\_2\_7\_5 recto

Im Dezember 1941 gibt Hermann M. den Schlüssel zu seiner Geheimschrift, die ihn isoliert, ab, das Alphabet. Er hält sich seit 1930 weitgehend an dieses System, mit kleinen Variationen. (Abb. 17, 18)

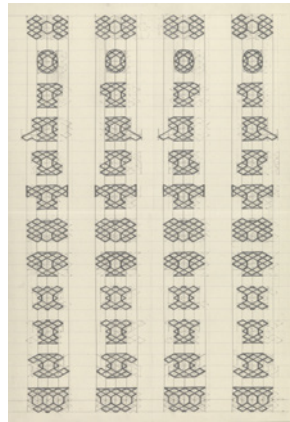
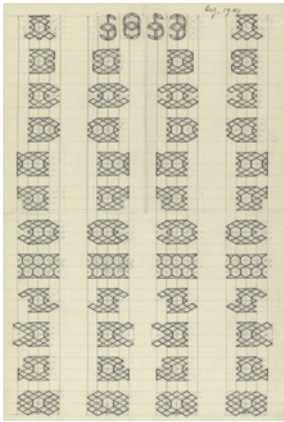


Abb. 17, 18: Hermann M., 5053, dat. vom Arzt 1941, Alphabet, StAZH 15\_Z\_100\_4579\_2\_7\_5 recto, verso

*Eine blaugrüne, etwas verblasste Schreibkarte liegt der KG ebenfalls bei. (Abb. 19, 20)*

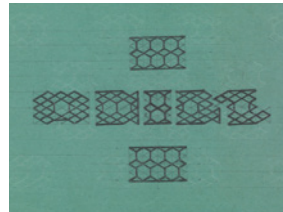
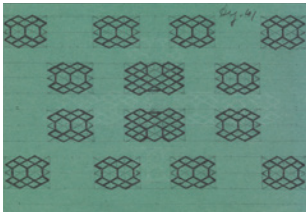


Abb. 19, 20: Hermann Meili, ohne Titel, dat. vom Arzt Dezember 1941, Bleistift auf Schreibkarte blaugrün, 14,8 x 10,5 cm, StAZH 10-Z\_472\_4579\_2\_1\_verso; StAZH 10-Z\_472\_4579\_2\_1\_recto

*Unterdessen können wir, Sie und ich, sie entziffern. Die Karte hat zwei Seiten, aber keine scheint eine «Rückseite» zu sein. Auf der einen Seite zeichnet Hermann Meili seinen Namen, gross, bildfüllend. (Abb. 21) Die andere Seite scheint ornamental zu sein, jedenfalls entspricht keiner der Buchstaben dem sich wiederholenden Zeichen. In der Mitte findet sich ein «U», einmal auf dem Kopf. (Abb. 22)*

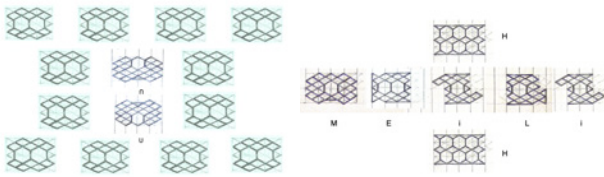


Abb. 21, 22: Übertragung der Abbildungen 19, 20

*Die Bildseite mit Hermann Meilis Namen ist keine Signatur, es ist ein Bild. (siehe Abb. 19)*

*Dieses ist ambivalent: Meili zeigt sich und verschlüsselt dennoch seinen Namen.*

*Weist er daraufhin, dass er als Fachperson, Bürger, Ehemann, Freund verschwunden ist, seitdem er Patient wurde? Oder will er sagen, was er dem Arzt 1927 mitteilte: «[...] da weiss ich manchmal selber nicht mehr, wer ich bin und ob der Meili noch da ist»?<sup>22</sup> Entsprechen nur diese besonderen Buchstaben seinem synästhetischen Denken? Als Werk der Kunst passiert, wenn man seinen Namen entziffert, etwas wie das von Nauman angestrebte Erschrecken: Ein Tritt ins Leere, aus der Kunstwelt hinaus. Man fragt sich: Wie ist es, derart aus dem öffentlichen Leben zu verschwinden? Aber: Hermann Meili tritt in Erscheinung. Er fordert Aufmerksamkeit. Seine Karte erinnert an Bruce Nauman's: «My Name as Though it were Written on the Surface of the Moon.» (siehe Abb. 3)*

*Auch Meilis Karte ist ein **Konzept**, «als ob» der Name sehr gross, projiziert, öffentlich weitherum sichtbar wäre. (siehe Abb. 19)*

*Für die Kunsthistorikerin bedeutet die Arbeit in dem interdisziplinären Feld, in dem Rechtsprechung und Psychiatrie andere Regeln vorgeben als die ihrer Wissenschaft, ebenfalls ein «Stolpern», eine Begegnung*

*mit gesellschaftlicher Realität ganz ausserhalb des Kunstbetriebs.*

*Es stellen sich ihr zwei – sich ausschliessende – ethische Fragen: Erstens: Darf sie den Namen veröffentlichen? Aber zweitens, als Kunsthistorikerin: Darf sie den Namen unterdrücken? Ich befasse mich seit 18 Jahren immer wieder mit Hermann Meilis Werk und habe mich nun hier, zu diesem Anlass, entschieden, dass ich ihn nicht unterdrücken möchte. Für Sie alle ist er leicht zu entziffern. Nun ist er sichtbar, und ich bin froh darum. Nicht auf den Mond projiziert, aber in der Aula der Uni Zürich an die Wand. Ganz besonders freut es mich, dass Hermann Meili, Lisette Hug und Heinrich Bachofner, alle drei Patient:innen der Pflegeanstalt Rheinau, am 30. September in das Lexikon zur Kunst in der Schweiz, SIKART, des Schweizerischen Instituts für Kunstwissenschaft aufgenommen wurden. Sie haben jetzt einen Zugang zur Öffentlichkeit und sind auffindbar. Gerne teile ich die Anerkennung, die meiner Arbeit hier zuteil wird, mit diesen drei Künstler:innen. Ich danke Ihnen für Ihre Aufmerksamkeit.*

- 1 *Titel eines Werks des Künstler Bruce Naumann (1941), 1973, siehe Abb. 1.*
- 2 *Der Jurist Mischa Senn stellt allerdings die Frage, ob nicht das Urheberrecht als Teil des Bundeszivilrechtes (BV 122) und Grundrecht Vorrang vor den Kantonalen Bestimmungen haben müsste, Senn, Mischa, Kunstwerke von Patienten als «Patientenakten»? , Zürcher Hochschule der Künste, Zentrum für Kulturrecht (ZKR), 20.11.2016, unveröff..*
- 3 *Morgenthaler schreibt: «Der Kranke selber wünscht, dass sein Name ausgeschrieben werde.» Morgenthaler, Walter, Ein Geisteskranker als Künstler (Arbeiten zur angewandten Psychiatrie, Bd. 1), Bern 1921, S. 1, FN.*
- 4 *Kraynak, Janet, Please pay attention please: Bruce Nauman's words : writings and interviews, Cambridge (Mass.), 2003.*
- 5 *Ebd. S. 151, Übersetzung K.L.*
- 6 *Ebd. S. 148, Übersetzung und Hervorh. K.L.*
- 7 *Dieter Koepplin, Bruce Nauman, Drawings 1965-1986, Basel Kunstmuseum, Ausstellungskatalog Museum für Gegenwartskunst, 1986, ders., S. 28-37, hier S. 28.*
- 8 *Documenta 5. Befragung der Realität, Bildwelten heute, (Ausstellungskatalog), Kassel 1972, Kap. 11, S. 1–18.*
- 9 *Zu Hermann M. siehe: Luchsinger, Katrin, Das Kippbild. Ambivalenz als Strategie im Werk des Patienten Hermann M. (Pflegeanstalt Rheinau, 1920 – 1943, in: Martina Wernli (Hg.), Wissen und Nicht-Wissen in der Klinik. Dynamiken der Psychiatrie um 1900, Bielefeld 2012, S. 115–142; Luchsinger, Katrin, Die Vergessenskurve. Werke aus psychiatrischen Kliniken in der Schweiz um 1900. Eine kulturalanalytische Studie, Zürich 2016, Daraus: Kapitel 11, «Rosenstrumpf und dornencknie». Hermann M., Patient der Pflegeanstalt Rheinau 1920 bis 1943, S. 407 – 434.*
- 10 *Übertrittsbericht von Eugen Bleuler, Beilage zur Krankenakte von Hermann Meili in der Pflegeanstalt Neu-Rheinau, siehe Luchsinger 2016, wie Anm. 9, S. 408.*
- 11 *Hermann Meili, «Gedankenendwurf Rosettenform, M, Fehlerleben», Kopierstift auf braunes Packpapier, 35 x 24,5*

*cm, undat., Staatsarchiv des Kantons Zürich (in Folgenden StAZH), 02-Z\_100\_15575.2.2.*

- 12 *Krankenakte (im Folgenden KG) Hermann Meili, Neu-Rheinau, StAZH 5053, siehe Luchsinger (2016), wie Anm. 9, S. 408.*
- 13 *StAZH KG 5053, Eintrag vom 6.6.1927, ebd. S. 409.*
- 14 *StAZH KG 5053, Eintrag vom 10.4.1931, ebd..*
- 15 *Ebd.*
- 16 *Gesprächsprotokoll des Anstaltsdirektors Karl Gehry mit Hermann Meili am 21. Dezember 1933, Beilage zur KG, ebd., S. 427f.*
- 17 *Gesprächsprotokoll, nicht signiert, dat. 1. Februar 1929, Beilage zur KG, ebd., S. 426.*
- 18 *Lombroso, Cesare, Kerker Palimpseste. Wandinschriften und Selbstbekenntnisse gefangener Verbrecher, in den Zellen und Geheimschriften der Verbrecher gesammelt und erläutert, vom Verfasser, dt. hg. In Verbindung mit Hans Kurella, Hamburg 1899.*
- 19 *Morgenthaler, Walter, Übergänge zwischen Zeichnen und schreiben bei Geisteskranken, in: Schweizer Archiv für Neurologie und Psychiatrie Bd. 3, Heft 2, 1918, S. 255–305, hier S. 290f.*
- 20 *Auszüge aus dem Gesprächsprotokoll, siehe Anm. 16.*
- 21 *Ebd..*
- 22 *Siehe Anm. 11.*

Matthias Bormuth

## Was ist der Mensch?

### Provisorische Erkenntnisse im Lichte der Ideengeschichte



I.

Meine Rede bezieht die Leitfrage nach dem Menschen auf den Forschenden selbst. Auf welchen Wegen kommt er zu seinen Erkenntnissen? Da Ihrer Stiftung mein Werdegang zwischen Psychiatrie und

Philosophie interessant genug erschien, um mir mit anderen den Margrit Egnér-Preis zu verleihen, will ich von ihm berichten. Er wäre nicht möglich gewesen ohne wichtige Begleiter und Anreger, die mein eigenes Fragen herausforderten und förderten. Meine Überlegungen sind deshalb geleitet von dem Satz des Literaturhistorikers Max Kommerell: «Wir sind auf Ergänzung angewiesen.»

II.

Das Nachdenken zwischen den Wissenschaften verdanke ich zuerst meinem Vater, von dem ich auch die Leidenschaft des wilden Lesens erbte. Die Bücherstapel auf seinem Nachttisch entstammten allen Wissensgebieten, die ihn als Theologen interessierten. Ich erinnere genau, wie oft wir Kinder mit ihm zur Universitätsbibliothek in Marburg fuhren, wenn er schnell noch eine neue Bestellung abholte und Gelesenes zurückgab. Dass Bücher keinen Luxus darstellten, sondern ein Grundbedürfnis des Lebens bilden, war in der ansonsten sparsam lebenden Familie fraglos. So war uns erlaubt, in Papas Buchhandlung alle uns nötigen Titel aus Wissenschaft und Literatur zu bestellen. Allerdings war mit der Liebe zum höheren Wissen auch verbunden, dass alle fünf Kinder das humanistische Gym-

nasium besuchten und die alten Sprachen lernten. Ich fügte mich, ohne je selbst ein grosser Philologe zu werden. Die Studienreise nach Griechenland war vor allem ein freundschaftlich grosses Erlebnis und südliches Versprechen. Prägendes Leseerlebnis jener Jahre war Dostojewski als russischer Realist. Sein **Idiot** beeindruckte mich besonders; **Die Brüder Karamasow** sowie **Schuld und Sühne** las ich gänzlich erst während des Studiums. Mich faszinierte, wie tief seine Romane in die unergründliche Psyche der innerlich zerrissenen Menschen vordrangen. Seine unbändigen Sätze liessen etwas Unheimliches im Leben ahnen, das im besten Sinne beunruhigte. Nietzsche hielt ihn in der **Fröhlichen Wissenschaft** für den besten Psychologen, der unsere blinden Flecken schonungslos aufdeckt.

Als ich mein Medizinstudium begann, hatte die väterliche Welt der Bildung ungeahnte Folgen. Der junge Gymnasiallehrer hatte in Bad Arolsen eine Hebräisch-Arbeitsgemeinschaft angeboten, zu deren Teilnehmern auch mein Anatomieprofessor zählte. Während der ersten Prüfung am Seziertisch betrachtete Gerhard Aumüller meine Karteikarte und schloss aus Namen und Geburtsort, dass ich näher mit dem von ihm geschätzten Lehrer verwandt sein musste. So erhielt ich wissenschaftlich Kredit und wurde Hilfswissenschaftler in der Mikroskopischen Anatomie. Das Lesen von Zellbildern wurde zu einer frühen Passion.

Gerhard Aumüller verdanke ich auch die frühe Erfahrung, dass der Typus des humanistischen Professors keine Illusion ist. Als Kenner von Geschichte und Musik initiierte der Anatom gemeinsam mit einem katholischen Theologen ein Seminar zum **Umgang mit dem Tod**, zwei Jahrzehnte bevor Medizinethik ins ärztliche Curriculum einging. Als ich nach Abschluss meiner Habilitation zum suizidalen Denken nochmals das Buch aus meiner Bibliothek zog, war ich verblüfft über



meine Anstreichungen, die besonders dem jüdischen Schriftsteller Jean Améry und dessen Buch **Hand an sich legen. Diskurs über den Freitod** gegolten hatten. Meine einstigen Marginalien liessen ahnen, wie früh intellektuelle Affinitäten in uns wirken, die sich erst Jahre später weiter entfalten. Zur menschlichen Grösse Gerhard Aumüllers gehört auch die Gelassenheit anzuerkennen, dass die von ihm geweckte Leidenschaft für das geisteswissenschaftliche Denken meine anatomische Doktorarbeit in den Anfängen stranden liess. Der Schüler meines Vaters war mein erster Mentor, der als Mediziner am Anfang des Weges in die Ideengeschichte stand.

### III.

Den Begriff «Mentor» lernte ich zuerst auf dem Gymnasium anschaulich kennen. Als «Sextaner» hatten wir eine «Mentorin» namens Kyra Spieker. Auch wenn wir nicht viele Probleme mit ihr zu lösen hatten, blieb sie mir als schönes Vorbild der mentoralen Figur im Gedächtnis haften. Jahrzehnte später prägte sich mir das literarische Bild des Vergil ein, dem der ratlose Dante inmitten des dunklen Waldes gleich im ersten Gesang glücklich begegnet war. Der römische Dichter konnte dem italienischen helfen, folgt man der **Göttlichen Komödie**, jenseits der Verwirrungen und Anfechtungen sich langsam in höhere Regionen vorzuarbeiten. Motivgeschichtlich ist das Auftauchen Vergils, der das römische Gründungsgedicht, die **Aeneas**, schrieb, eng mit der **Odyssee** verwoben. Im griechischen Epos wird die mythische Figur des Mentors nicht nur für den zurückbleibenden Sohn Telemachos zum Lebensbegleiter, sondern Odysseus selbst erfährt wiederholt dessen Hilfe in Gestalt von Athene. Die Antike wusste bereits um die Notwendigkeit von menschlichen Fürsprechern, die Dante im christlichen Weltbild neu ins Bewusstsein hob.

*Seine Hölle, in der man jede Hoffnung fahren lassen sollte, blieb mir ob der psychologischen Finesse und der sprachlichen Suggestion der liebste Teil der **Göttlichen Komödie**. Ich las Dantes Worte im Spiegel der beruflichen Irritation, in der ich mich wiederfand, nachdem ich mich von der Psychiatrie nach ersten Jahren der Assistenz verabschiedet hatte, ohne zu wissen, was ich eigentlich wollte. Ich spürte das Bedürfnis nach persönlicher Orientierung im Dickicht des wissenschaftlichen Lebens, das ich an einem Tübinger Graduiertenkolleg begonnen hatte.*

*Meinem jüngst verstorbenen Freund Michael Schmidt-Degenhard, der 2014 Preisträger Ihrer Stiftung war, verdanke ich die Begegnung mit dem entscheidenden Mentor jener Zeit. Hans Heimann, der psychiatrische Emeritus, hatte geisteswissenschaftlich über die **Psychopathologie** von Jaspers gearbeitet, bevor er zu einem der führenden Psychopharmaka-Forscher der Schweiz wurde. In Tübingen baute er die biologische Psychiatrie aus, vergass aber keineswegs – darin seinem Vorbild Blaise Pascal nachdenkend – die kulturelle und geistige Dimension des Menschen. Er teilte mein Anliegen, mit Jaspers die psychosomatischen und psychoanalytischen Spekulationen genauer in Frage zu stellen, gerade weil sie mir ob des ubiquitären Sinnbedürfnisses menschlich verständlich erschienen. Ich griff Probleme auf, die Heimann in seinen akademischen Anfängen umgetrieben hatten, die er aber trotz seiner Zeitschrift **Confinia. Psychiatrie und ihre Grenzgebiete** später nie mehr genauer hatte erforschen können. Er liess mich die inneren Spannungen ahnen, die man als moderner Forscher in der wissenschaftlich entzauberten Welt zu gewärtigen hat, wenn man keine geschlossene Theorie mehr bilden kann. Je klarer wir objektive Zusammenhänge sehen, umso deutlicher erfahren wir auch die bleibende Prob-*

*lematik eines subjektiven Lebens, das keine kohärente Weltanschauung mehr bietet. Schon Dante operierte zwischen antiker und christlicher Welt mit vielfachen Widersprüchen, die sein Werk nur vordergründig harmonisiert. In der schönen Szene der verbotenen Liebe zwischen Francesca und Paolo flüchtet er sich psychosomatisch in eine Ohnmacht, da er den Wertkonflikt im sinnlich affizierbaren und geistig reflektierten Individuum nicht lösen kann. Dass die Aufklärung die Irrationalität des Lebens nicht aufheben kann, ist die tragische Wahrheit, die Max Weber wie wenige rational sichtbar machte.*

*Ebenso frei von Fortschrittsträumen erwies sich der Heidelberger Emeritus Werner Janzarik, mit dem mich Michael Schmidt-Degenhard ebenfalls bekannt machte. Ich war fasziniert von dessen Versuch, im Horizont von Schopenhauer und Nietzsche mit seinem strukturdynamischen Denken die subjektive Problematik des menschlichen Willens zu objektivieren. Auch bei ihm blieb das Theoretische begriffliches Stückwerk. Es war in aller spekulativen Lust praktisch getragen von methodischem Zweifeln, so dass in unseren Gesprächen literarische Selbst- und Welt schilderungen zum Thema wurden. Dieser Mentor wurde zum leidenschaftlichen Leser von Ingeborg Bachmann und Uwe Johnson, die wir gemeinsam von Jaspers und Weber her diskutierten. Wie bei Hans Heimann vermittelte Werner Janzarik erfahrungsgesättigte Ansichten, die nicht fern von Kants Anspruch waren, Begriff und Anschauung immer in ein angemessenes Verhältnis zu bringen.*

#### IV.

*Ohne philosophische Ratgeber im engeren Sinne wäre ich in damals nicht fähig gewesen, den Weg zur Vergleichenden Ideengeschichte einzuschlagen. Unter dem Vorzeichen der Medizinischen Ethik ergab sich das*

*Gespräch mit Heidelberger Philosophen, die im Umkreis von Jaspers dachten. Zuerst war es Reiner Wiehl, der Nachfolger Hans Georg Gadammers, der als Präsident der Jaspers-Stiftung meine Promotion begleitete und mich zu langen Gesprächen einlud. Unser Austausch reichte weit in die Grenzgebiete von Philosophie und Psychosomatik, die sein Freund Wolfgang Jacob an der Universität vertreten hatte. Die Schule von Viktor von Weizsäcker wollte die Medizin geistig tiefer gründen; Fragen des Lebenssinnes spielten für die Krankheitslehre eine eminente Rolle. Es gab Bezüge zum Umfeld des Religionsphilosophen Franz Rosenzweig. Diese rührten bei Wiehl familiär von der mütterlichen Seite her, assimilierten Frankfurter Juden, die auch ihren Goethe auswendig kannten. Als klassisch und idealistisch geschulte Denker suchte er entsprechend den harschen Dualismus von Natur und Geist, den Jaspers nach Kant und Dilthey pflegte, mit filigranen Brückenschlägen zu überwinden. Aber gedanklich schwächere Vertreter einer spekulativen Psychosomatik entwickelten krude Theoreme, die schon Jaspers angegriffen hatte. Als Skeptiker war ich für diese Denkweise kaum zu gewinnen, aber ich bewunderte Wiehls geistige Energie, die schon sein grosses Vorbild Spinoza in der **Ethik** zu einer logisch geschlossenen Metaphysik geführt hatte. Mir selbst war dessen **Theologisch-politischer Traktat** viel zugänglicher. Darin zeigt der einsame Aufklärer, den die jüdische Gemeinde in Amsterdam in Bann geworfen hatte, wie sehr die Objektivität des biblischen Buchstabens durch die menschliche Subjektivität ihrer Autoren korrumpiert ist, ohne deshalb den geistigen Anspruch an Gottes- und Nächstenliebe zu verlieren.*

*Reiner Wiehl stand als Mentor für ein philosophisches Leben von grossem Ernst, zumal nach dem, was seine Familie vor 1945 hatte erleiden müssen. So war ihm auch Spinozas Wahlspruch des «Caute» zu eigen, nur*

*mit vertrauten Menschen offen zu sprechen. Er lehrte mich ob seiner Geschichte, die öffentliche Maske als eine Notwendigkeit anzuerkennen. Oft bildete auch die abstrakte Gedankenführung eine schützende Hülle, hinter der man die Kontur der persönlichen Erfahrungen und Überzeugungen ahnte. Auf andere Weise galt diese Vorsicht auch für Werner Janzarik, dessen strukturdynamischen Theoreme begrifflich ähnlich elaboriert ausfallen wie Wiehls philosophische Argumentationen. Als beide sich einmal im Beisein von Michael Schmidt-Degenhard und mir trafen, war es ernüchternd zu sehen, wie ihr je eigener Tiefsinn über die unterschiedlichen Begriffswelten hinweg sich nicht mitteilen liess.*

*Ganz anders verstand Dieter Henrich, der bei Hans Georg Gadamer über Max Weber promoviert hatte, seine philosophische Gedankenwelt darzulegen. Anfänglich war seine Rede, die er 1983 zu Jaspers' 100. Geburtstag als «Denken im Blick auf Max Weber» gehalten hatte, für mich von besonderer Relevanz. Sie öffnete mir die Augen für die grossen Spannungen, die Webers Modernität für den Existenzphilosophen bedeutet hatte. Persönlich erlebte ich Henrich als institutionellen Vermittler. Ohne seine Fürsprache wäre es kaum möglich gewesen, über die Humboldt-Stiftung und die Deutsche Forschungsgemeinschaft als ehemaliger Mediziner geisteswissenschaftliche Fragen weiter anzugehen. Aber sein Satz, Bormuth sei der Philosophie von der Medizin her zugewachsen, wirkte in den wissenschaftlichen Institutionen autoritativ. Daraufhin nahm mein Leben als Ideenhistoriker an der amerikanischen Ostküste mehr Kontur an. Sie kam ohne die disziplinäre Trennung aus, die ein Gebot der Profilierung ist, aber oft verhindert, sachliche Probleme umfänglich in den Blick zu nehmen. Sie benötigt die Subjektivität des Forschers, der seine Begriffe aus unterschiedlichen Fachtraditionen schöpft, weil nur so sachlich zutreffende*

Verknüpfungen gelingen können. Dieter Henrich war mir in diesem Sinne ein Mentor, der es bis heute meisterhaft versteht, einzelne Personen in wenigen Sätzen als Denkende zu profilieren. In Hölderlin und Samuel Beckett hat er zuletzt zentrale Figuren dieses Suchens zwischen **Sein und Nichts** noch umrissen.

V.

Dieses prekäre Bewusstsein, das seit der Aufklärung zunimmt, faszinierte auch mich im Blick auf suizidale Schriftsteller. Von daher wurde meine Habilitation **Ambivalenz der Freiheit. Suizidales Denken im 20. Jahrhundert** zum Beginn eines andauernden Austausches mit Wolfgang Frühwald. Als Literaturhistoriker half er, in solchen Fallstudien nicht die philologische Orientierung zu verlieren. Auch teilte Frühwald als katholischer Christ das Interesse an Karl Jaspers und dessen **Philosophischen Glauben angesichts der Offenbarung**. Sein Buch **Gedächtnis der Frömmigkeit**, das Religion, Kirche und Literatur in Deutschland vom Barock bis in die Gegenwart in Fallstudien beschrieb, steht in diesem Horizont. Auch wenn ich die verfasste Religion heute skeptisch sehe und der existenzphilosophische Glauben mir allzu sicher von «Chiffren der Transzendenz» zu sprechen scheint, teile ich den genauen Sinn für die Fragwürdigkeit des Lebens, der uns Menschen nach Pascal zu Suchenden macht. So war ich mir mit Frühwald auch in der Hochschätzung des romanistischen Literaturhistorikers Erich Auerbach einig, dessen Buch **Mimesis. Dargestellte Wirklichkeit in der abendländischen Literatur** den Bogen komparatistisch von Homer und der Bibel bis hin zu Marcel Proust und Virginia Woolf spannt. Die entscheidende Subjektivität des Forschers hat Auerbach in methodischen Überlegungen zur europäischen und zur Weltliteratur nicht zufällig mit einem Satz des Kirchenvaters Augustinus unterstrichen,

der die leitende Frage als heuristisch entscheidend beschreibt: «Ein beträchtlicher Teil des Findens besteht darin, zu wissen, was du fragen willst.»

Gleichwohl ist uns nie ganz klar, von welchen inneren Voraussetzungen wir in der Interpretation von Fakten und Fiktionen ausgehen. Im Grunde lernen wir langsam über die Jahrzehnte die normativ relevanten Fragen verstehen, die wir unbewusst in der Interpretation von Texten und Personen zum Schlüssel unseres Verstehens werden lassen. Obwohl mit Max Weber ohne Zweifel angebracht ist, die subjektiven Werturteile des Forschens möglichst zu klären, können wir die nötige Transparenz nur annähernd erreichen. Oftmals sehen wir erst mit langem Abstand, aufgrund welcher Impulse wir uns philosophisch in ein Problem verliebten, um mit Karl Popper zu sprechen. So ist heute bekannt, dass Weber in **Die protestantische Ethik und der ‹Geist› des Kapitalismus** auch eine Auseinandersetzung mit seiner Herkunft führte, die gedankliche Einseitigkeiten nach sich zog. Er selbst konnte nur zugestehen, dass er perspektivisch dachte, um nicht in der Suche nach Kausalfaktoren ins Uferlose zu steuern. So gelten seine Erkenntnisse nur partiell und sind natürlich revisionsbedürftig. Auf die eigene Forschung bezogen heisst das: Ohne die religiöse Erziehung wäre mir die psychoanalytische Dogmatik nie so stark aufgefallen. Auch das später anwachsende Interesse am Phänomen der Säkularisierung ursprünglich religiöser Positionen im modernen Bewusstsein, dem ich anfangs mit Jaspers zwischen Psychiatrie und Philosophie nachging, ist mitbestimmt von meiner lebensweltlichen Disposition.

Aus solch biographisch bedingten Irritationen speist sich nicht selten das primär intuitive Vorgehen in der Forschung, auf dem spätere Synthesen beruhen. Die stets subjektiven Voraussetzungen sind ernst zu nehmen, will man den intellektuellen Elan gegen viel-

*fache Widerstände behalten und seine Fragen weiterentwickeln. Dabei bleiben uns leitende Antriebe trotz aller Transparenz auf produktive Weise oft verborgen; auch lernen wir die Kunst der begrifflichen Verhüllung, um diese persönlichen Hintergründe als Forscher zu schützen. Begriffliche Abstraktionen sind Chiffren persönlicher Positionen, meist gespiegelt in den Objekten unserer wissenschaftlichen Begierde. Über die Forschung lernen wir auch uns selbst besser kennen, ohne die Grenzen des Selbstwissens aufzuheben. Max Weber schloss **Wissenschaft als Beruf** mit dem vieldeutigen Hinweis auf den je persönlichen Dämon, der eines jeden Lebensfäden halte, aus.*

## VI.

*Wahrscheinlich spielen solche subjektiven Intuitionen auch für die Entstehung von mentoralen Verhältnissen zwischen den Generationen eine wichtige Rolle. Man ahnt ein gemeinsames Problembewusstsein, ohne seinen Grund je gänzlich verstehen zu können. Im Gegensatz dazu existiert in familiären Verhältnissen eine lebensweltlich-emotionale Verflochtenheit, die kaum erlaubt, solche intellektuellen Freiräume mit der väterlichen Figur gleichermassen zu eröffnen. Oft ist das Schweigen als Ausdruck eines stillen Wohlwollens die einzige Möglichkeit. Vorerst fremde Menschen müssen auf der wissenschaftlichen Odyssee des Lebens zu Begleitern werden. Das kulturelle Medium der Geistes- und Wissenschaftsgeschichte hilft, eine gemeinsame Sprache zu finden, um das Rätsel des Menschen besser zu verstehen, ohne sich persönlich entblößen zu müssen.*

*So geschah es mir zuletzt mit dem Kunsthistoriker Martin Warnke, der in den 1990er Jahren an der Universität Hamburg die Renaissance des Aby Warburg-Hauses eingeleitet hatte. Ein schöner Zufall brachte uns ins Gespräch. Intuitiv verstanden wir uns als Protestanten,*



die das Wechselverhältnis von religiöser und moderner Welt faszinierte. Dies betraf gerade auch die Versuchung, den modernen **Verlust der Mitte** durch säkulare Wahrheiten zu kompensieren. Seine Forschung zum **Hofkünstler** zeigte besonders für Rubens, wie ikonographisch verhüllte Darstellungen in der Kunst erlauben, die explizite Konfrontation zu meiden, um gesellschaftlich umfochtene oder allzu persönliche Positionen anzudeuten. Zugleich wies Warnke mit seinen Studien darauf hin, wie seit der Frührenaissance das spontane Vertrauen in die Qualitäten eines Künstlers die Entfaltung seines Tuns in privilegiert-höfischen Verhältnissen ermöglichte, frei von zünftigen Reglementierungen der Städte. Am Warburg-Haus schuf er einen Ort, an dem auch Wissenschaftlern dieses Vertrauen geschenkt wird, frei ihren Intuitionen nachzugehen.

So umstritten heute der Begriff der «Geistesaristokratie» ist, den Karl Jaspers von Max Weber her glorifizierte, kann man mit Martin Warnke nüchtern sagen, es geht um einen Vertrauensvorschuss, dessen sich der Privilegierte aus freien Stücken als würdig erweisen soll. Natürlich ist die Gefahr des Missbrauchs nie zu bannen. Aber die bürokratisierten Kontrollmechanismen, die seit Jahrzehnten die Wissenschaftskultur immer stärker strukturieren, zerstören diese Räume im Wahn einer rationalen Transparenz. Diese soll objektivierte Evidenzen schaffen und untergräbt vielfach die subjektiven Voraussetzungen einer schöpferischen Wissenschaft. Aber die Universität lebt seit Wilhelm von Humboldt von der Idee der Freiheit von Forschung und Lehre.

Zum Glück halten die grossen Institutionen der Wissenschaftsförderung immer noch Freiräume für die individuelle Forschung offen. Ich verdanke ihnen lange Jahre der unabhängigen Entwicklung. Und in Oldenburg erfuhr ich zudem, dass auch das Mäzenatentum

aus dem Wirtschaftsleben, wie es in den USA weitaus üblicher ist, gezielt fördert und hilft, den Wissenschaftlern Strukturen zu bieten, in denen sie das in sie gesetzte Vertrauen frei rechtfertigen können. So erstand Werner Brinker, der selbst mit Leidenschaft als Ingenieur Wissenschaft betrieben hatte, mit Mitteln seiner Betriebsstiftung für Oldenburg die Jaspers-Bibliothek und legte meinen späteren Kollegen nahe, diese benötige ein eigenes Haus, um zum Kristallisationskern von Studien und Kommunikation werden zu können. Mit weiteren Mitteln seines grossen Energieunternehmens schuf er den Raum des Jaspers-Hauses, der am Rand des universitären Betriebes erlaubt, Vortragende aus den Wissenschaften und Künsten einzuladen. Entlang von Jaspers' weit gespanntem Interesse können wir ihn seit zehn Jahren über die Professur für Vergleichende Ideengeschichte nutzen, um nach dem Menschen in allen Dimensionen zwischen Philosophie und Psychiatrie zu fragen. Für mich entpuppte sich das stattliche Haus am Eversten Holz als privilegierte Möglichkeit, im Horizont von Jaspers über dessen Antworten hinaus zu fragen.

Wir können in diesem idealen Umfeld die Erkenntnisse interdisziplinär vorantreiben, ohne immer genau die Voraussetzungen zu verstehen, die unsere Wissenschaft vom Menschen subjektiv prägen. Vergleichende Ideengeschichte ist in diesem offenen Sinne ein utopisches Projekt, da unsere Einsichten erst im Laufe der Zeit mehr Aufschluss über uns geben. Aber das Rätsel des Menschseins wird unerschöpflich bleiben. Jaspers selbst hat dies wissenschaftlich produktive Dunkle, das in jedem von uns liegt, sowohl in **Die geistige Situation der Zeit** als auch in seiner **Allgemeinen Psychopathologie** wunderbar mit dem Satz umrissen: «Der Mensch ist immer mehr, als er von sich weiss und wissen kann und als irgendein anderer von ihm weiss.»

## *Bisherige Themen der Preisverleihungen und Vorträge der Referenten*

**1985**

### **«Das In-der-Welt-Sein des Depressiven»**

- ◆ Prof. Dr. Bin Kimura, Kyoto: *Zur Psychopathologie der sog. Borderline-Depression*
- ◆ Prof. Dr. Dr. Hubertus Tellenbach, Heidelberg: *Sinngestalten des Leidens und des Hoffens*
- ◆ Prof. Dr. Dieter Wyss, Würzburg: *Der depressive Patient und die Wahrheit*

**1986**

### **«Das Problem des Leibes»**

- ◆ Prof. Dr. Wolfgang Blankenburg, Marburg: *Zur Leiberfahrung psychisch Kranker*
- ◆ Prof. Dr. Dr. Hermann Lang, Heidelberg: *Leib als Instrument*
- ◆ Prof. Dr. Hans-Georg Gadamer, Heidelberg: *Leiberfahrung und Objektivierbarkeit*

**1987**

### **«Die Situation»**

- ◆ Prof. Dr. Wilhelm Keller †: *Vortrag von Prof. Dr. Bruno Rutishauser in Erinnerung an Prof. Dr. Wilhelm Keller*
- ◆ Prof. Dr. Detlev von Uslar, Zürich: *Dasein und Situation*
- ◆ Prof. Dr. Ernst Boesch, Saarbrücken: *Die Situation des Handelnden*
- ◆ Prof. Dr. Alfred Kraus, Heidelberg: *Situagenese oder Endogenese manisch depressiver Psychosen?*

## **1988**

### **«Der Traum»**

- ◆ *Prof. Dr. Medard Boss, Zürich: Woraus besteht der Mensch, wenn er träumt, und wo ist er dann?*
- ◆ *Prof. Dr. David Foulkes, Atlanta: Dreaming and Consciousness*
- ◆ *Dr. Leo Gold, New Jersey: A Contemporary View of Dream Interpretation and Therapy*

## **1989**

### **«Entwicklung und Lebensweg»**

- ◆ *Prof. Dr. Bärbel Inhelder, Genf: (Von der Kinderwelt zur Welt der Erkenntnis), wegen Erkrankung leider kein Vortrag*
- ◆ *Prof. Dr. Dr. h. c. Hans Thomä, Bonn: Lebensentscheidungen im Rückblick*
- ◆ *Prof. Dr. Dr. h. c. Ursula Lehr: Biographie als Methode der Altersforschung*

## **1990**

### **«homo patiens»**

- ◆ *Prof. Dr. Reiner Wiehl, Heidelberg: Das Leiden des Menschen an der inneren Unfreiheit*
- ◆ *Prof. Dr. Wolfgang Jacob, Heidelberg: Freuds Todestrieb?*
- ◆ *Prof. Dr. Bruno Rutishauser, Zürich: Leiden und Schmerz in der Psychotherapie*

**1991**

**«Zwischenmenschliche Beziehungen in Psychotherapie und Balint-Gruppen»**

- ◆ Prof. Dr. Wolfgang Loch, Tübingen: *Therapie durch «Schöne Reden» – der therapeutische Dialog – die bejahende Präsenz als Anerkennung*
- ◆ Prof. Dr. Hans-Konrad Knoepfel, Zürich: *Praktisches zur Beziehung in Psychotherapie und Balintgruppe*
- ◆ Prof. Dr. Jürg Willi, Zürich: *Ist die therapeutische Beziehung ein Modell für Partnerbeziehungen?*

**1992**

**«Ethik und Werte»**

- ◆ Prof. Dr. Otfried Höffe, Freiburg: *Bausteine einer ökologischen Ethik*
- ◆ Prof. Dr. Manfred Seitz, Erlangen: *Das Tier als Wert im Bewusstsein des biblischen Menschen. Fragment für eine vergleichende Ethik*
- ◆ Prof. Dr. Otto Dörr-Zegers, Santiago de Chile: *Die Herausforderung der Ethik in der klinischen Psychiatrie*

**1993**

**«Symbol und Wandlung»**

- ◆ Dr. med. Helmut Barz, Zumikon: *Symptom und Symbol*
- ◆ Prof. Dr. med. Frank Nager, Luzern: *Das Herz als Symbol*
- ◆ Prof. Dr. phil. Verena Kast, St. Gallen: *Symbol, Komplex und psychische Wirkung*

**1994**

**«Das Öffnende und Verschliessende  
in der Sprache» – Literatur und Psychoanalyse**

- ◆ Prof. Dr. Jean Starobinski, Genève: *Abréaction, catharsis, récit: la première théorie analytique*
- ◆ Prof. Dr. Peter von Matt, Dübendorf:  
*Der Schrei und die Dichtung*

**1995**

**«Das Fremde»**

- ◆ Prof. Dr. Ernst Tugendhat, Santiago de Chile:  
*Partikularismus und Universalismus*
- ◆ Prof. Dr. Julia Kristeva, Paris:  
*L'inquiétante étrangeté avant et après Freud*
- ◆ Prof. Dr. Karl-Heinz Kohl, Mainz:  
*Der fremde Blick – Europa in den Berichten  
aussereuropäischer Reisender*

**1996**

**«Systemisches Denken in der Psychotherapie»**

- ◆ Bert Hellinger, Amring:  
*Systemische Unschuld und Schuld*
- ◆ Cloé Madanes, Washington:  
*The Violence of Men – A Therapy of Social Action*
- ◆ PDDr. med. Fritz Simon, Heidelberg:  
*Ohnmacht der Macht*

**1997**

**«Scham und Schuld»**

- ◆ Prof. Bernard Williams, Oxford: *Shame, Guilt and the Structure of Punishment*
- ◆ Prof. Gabriele Taylor, Oxford: *Shamelessness*
- ◆ Prof. Léon Wurmser, Towson: *Sinnloser Hass, Scham und die Sünde der Verdinglichung*

**1998**

**«Die Medizin in der Krise braucht die Philosophie»**

- ◆ Prof. Osborne P. Wiggins, Jr., Louisville:  
*The Crisis of Present-Day Psychiatry:  
The Loss of the Personal*
- ◆ Prof. Michael A. Schwartz, M.D., Cleveland:  
*The Crisis of Present-Day Psychiatry:  
Regaining the Personal*
- ◆ Prof. Dr. Wilhelm Vossenkuhl, München/Stuttgart:  
*Wer wir sind, und wer wir sein sollten.*

**1999**

**«Das Rätsel Schizophrenie»**

- ◆ Prof. Dr. Helm Stierlin, Heidelberg:  
*Ein systemischer Zugang zum Rätsel Schizophrenie*
- ◆ Prof. Lyman C. Wynne, M.D., Ph.D., Rochester,  
New York:  
*Vulnerability to Schizophrenia and Resilience  
of Biopsychosocial Systems*
- ◆ Prof. Dr. Gaetano Benedetti, Basel:  
*Der Therapeut in der Welt des Schizophrenen*

**2000**

**«Philosophie an der Schwelle zum neuen  
Jahrtausend»**

- ◆ Prof. Dr. Jürgen Habermas, München-Starnberg:  
*Gibt es postmetaphysische Antworten auf  
die Frage nach dem «richtigen Leben»?*
- ◆ Prof. Dr. Jürgen Mittelstrass, Konstanz:  
*Von der Philosophie zur Wissenschaft und zurück*
- ◆ Dr. Hans Saner, Basel:  
*Philosophie im Schwellen-Dilemma*

## **2001**

### **«Psychopathologie und Kunst»**

- ◆ *Dr. Inge Jádi, Heidelberg: Prismatische Brechung. Die Prinzhorn-Sammlung und ihre Präsentation*
- ◆ *Prof. Dr. Alfred Bader, Le-Mont-sur-Lausanne: Kunst und Psychopathologie – ein Gegensatz?*
- ◆ *Prof. DDr. Leo Navratil, Wien: Von der Kunsttherapie zum Künstler. Die Evokation der Kunst – eine therapeutische Möglichkeit*

## **2002**

### **«Gelebte Kindertherapie»**

- ◆ *Prof. Dr. Walter Spiel, Wien: Aufgaben und Möglichkeiten der institutionellen Erziehung in neuer Sicht*
- ◆ *Prof. Dr. Dieter Bürgin, Basel: Die Geburt von Beziehungen*
- ◆ *Prof. Dr. Dr. h. c. Reinhart Lempp, Stuttgart: Das kindliche Denken als Hilfe und Versuchung des Menschen*

## **2003**

### **«Vom Wert der Werte – Anthropologische Pädagogik»**

- ◆ *Prof. Dr. Klaus Hurrelmann, Bielefeld: Schwindende Kindheit – expandierende Jugend. Neue Herausforderungen für die biografische Strukturierung des Lebenslaufs*
- ◆ *Prof. Dr. August Flammer, Bolligen: Kindesrechte im Wandel. Die Sicht der Entwicklungspsychologie*
- ◆ *Prof. Dr. Hartmut von Hentig, Berlin: Humanistische Bildung und Europa*



**2004**

**«Psychotraumatologie»**

- ◆ Prof. Dr. Ulrich Schnyder, Zürich:  
*Psychosoziale Nothilfe: wann, wie und wozu?*
- ◆ Prof. Dr. Dr. Andreas Maercker, Trier:  
*Die Psychologie der Erschütterung und ihre  
therapeutischen Konsequenzen*
- ◆ Prof. Dr. Ulrich Sachsse, Göttingen:  
*Vom Kindheitstrauma zur Persönlichkeitsstörung:  
Komplexe Posttraumatische Belastungsstörung  
und Borderline-Persönlichkeitsstörung*

**2005**

**«Suizidologie»**

- ◆ Prof. Dr. Thomas Hänel, Basel:  
*Suizidhandlungen in der Oper – heute noch aktu-  
ell?*
- ◆ Prof. Dr. Konrad Michel, Bern:  
*Kann man Suizidalität therapieren?*
- ◆ Prof. Dr. Manfred Wolfersdorf, Bayreuth:  
*Männerdepression und Männersuizid –  
Gedanken zu Suizidalität beim männlichen  
Geschlecht*

**2006**

**«Gerontologie und Geriatrie»**

- ◆ Prof. Dr. Hans-Dieter Schneider, Villars-sur-Glâne:  
*Psychosoziale und körperliche Gesundheit im Alter*
- ◆ Prof. Dr. Hans Förstl, München:  
*Demenzen als neurobiologische Modelle des  
Menschlichen*
- ◆ Prof. Dr. Hartmut Radebold, Kassel:  
*Psychotherapie Älterer – notwendige psycho-  
bio-soziale und zeitgeschichtliche Perspektive*

**2007**

**«Ethik und Geist in der Medizin –  
die wahre Bio-Medizin»**

- ◆ Prof. Dr. Klaus Dörner, Hamburg:  
*Die Exzentrizität des Menschen.  
Die anthropologische Aktualität  
Helmuth Plessners für die heutigen Medien*
- ◆ Prof. Dr. Gerald Ulrich, Berlin:  
*Kennen Sie (schon) das Princeton-Prinzip?*
- ◆ Prof. Dr. Heinz Stefan Herzka, Zürich:  
*Wes Geistes Kind? – Wo hockt's?*

**2008**

**«Anthropologische Psychologie und  
Psychopathologie – Die Rettung der Seele»**

- ◆ Prof. Dr. Hellmuth Benesch, Mainz:  
*Marksteine auf dem Wege zu einer  
spirituellen Anthropologie*
- ◆ Prof. Dr. Daniel Hell, Zürich:  
*Die Seele, die es gibt, gibt es nicht*
- ◆ Dr. Florian Langedeger, Zürich:  
*Psychologie und Psychopathologie  
des alternden Psychiaters*

**2009**

**«Borderline»**

- ◆ Prof. Dr. Christa Rohde-Dachser, Hannover:  
*Leben an der Grenze:  
Zur Psychoanalyse der Borderline-Störungen*
- ◆ Prof. Dr. Peter Fiedler, Heidelberg:  
*Achtsamkeit, Fürsorge, Akzeptanz: Perspektiven  
der Verhaltenstherapie bei Borderline-Störungen*
- ◆ Dr. Birger Dulz, Hamburg:  
*Stationäre Borderline-Therapie:  
vorgestern, gestern, heute und morgen*

## **2010**

### **«Musik»**

- ◆ Prof. Dr. Dr. Manfred Spitzer, Ulm:  
*Werte im Gehirn: Zur Neurobiologie  
von Bewertungsprozessen und was daraus folgt*
- ◆ Prof. Dr. Rolf Oerter, München:  
*Die Entwicklung der Musikalität  
bei Kindern – Ungenutzte Potenziale*
- ◆ Frau Prof. Dr. Helga de la Motte-Haber, Berlin:  
*Wahrnehmung im / als Rahmen der Kunst*

## **2011**

### **«Interpretation und Be-Deutung»**

- ◆ Prof. Dr. Ernst Plaum, Eichstätt:  
*Gibt es wissenschaftliche Wege zur  
Menschenkenntnis?  
Antworten jenseits von Einfalt und Entsagung*
- ◆ Prof. Dr. Jochen Fahrenberg, Freiburg i. Br.:  
*Perspektiven und Perspektiven-Wechsel –  
allgemeines Prinzip der Psychologie und  
persönliche Kompetenz?*
- ◆ Prof. Dr. Udo Rauchfleisch, Binningen:  
*Was bedeutet anders-sein?*

## **2012**

### **«Der Leib im psycho-somatischen und somato-psychischen Verständnis»**

- ◆ Dr. Alice Holzhey, Zürich:  
*Leiblichkeit als Schicksal und Aufgabe*
- ◆ Prof. Dr. Hermann Faller, Würzburg:  
*Empowerment und Patientenorientierung*
- ◆ Prof. Dr. Thomas Fuchs, Heidelberg:  
*Die verkörperte Psyche –  
ein Paradigma für Psychiatrie  
und Psychotherapie*

## **2013**

### **«Lebenskunst»**

- ◆ Prof. Dr. Marianne Gronemeyer, Friesenheim:  
*Was möglich ist, will wirklich werden ...  
und wenn es nun ganz anders ist?*
- ◆ Prof. Dr. Wilhelm Schmid, Berlin:  
*Lebenskunst: Was wir brauchen,  
wenn wir älter werden.*
- ◆ Prof. Dr. Annemarie Pieper, Rheinfelden:  
*Am Leitfaden der Freiheit  
durch das Labyrinth des Lebens*

## **2014**

### **«Zeit und Zeitgeist»**

- ◆ Prof. em. Dr. phil. Hermann Schmitz:  
*Der Angriff der Physiker auf den Fluss der Zeit*
- ◆ Prof. em. Dr. phil. Dietrich von Engelhardt:  
*Ars longa, vita brevis – Die Bedeutung  
der Zeit in der Medizin. Historische Erfahrungen,  
gegenwärtige Herausforderungen*
- ◆ Prof. Dr. med. Michael Schmidt-Degenhard:  
*Melancholie und Hoffnung*

## **2015**

### **«Schmerz»**

- ◆ Prof. Dr. med. Eli Alon:  
*Chronische Schmerzen:  
gesellschaftliche Auswirkungen*
- ◆ Prof. em. Dr. med. et Dr. h.c. Luc Ciompi:  
*Psychischer Schmerz – was ist das?*
- ◆ Prof. Dr. med. Jürg Kesselring:  
*Placebo – mir gefällt das Wechselspiel  
von Gehirn und Geist*
- ◆ Prof. Dr. med. et Dr. phil. Horst Kächele:  
*Seelischer Schmerz*

**2016**

**«Arbeit und Organisation:  
Der Mensch im Mittelpunkt»**

- ◆ Prof. em. Dr. Oswald Neuenberger:  
*Der Mensch im Mittelpunkt?  
Menschlichkeit im Mittelpunkt!*
- ◆ Prof. em. Dr. Dieter Frey:  
*Kann Wissenschaft / Psychologie einen Beitrag  
zu einer humaneren Welt liefern?*
- ◆ Dr. Psych. Peter Friederichs:  
*Human Capital – der entscheidende Wert für  
Unternehmen und Gesellschaft*

**2017**

**«Zivilisation und Triebe»**

- ◆ Dr. med. Till Bastian:  
*Das Unbehagen in der Zivilisation*
- ◆ Albert von Schirnding:  
*Der Konflikt von Zivilisation und Trieb im Spiegel  
der «Bakchen» des Euripides*
- ◆ Prof. Dr. Peter Schneider:  
*Ist die Psychologie eine Anthropologie?*

**2018**

**«Macht und Gewalt»**

- ◆ Prof. em. Dr. phil. Brigitte Boothe  
*«Die Macht der Moral – im Kriegs-  
gebiet des Moralisiertens»*
- ◆ Prof. Dr. med. Joachim Küchenhoff  
*«Das Leben mit dem Anderen: (selbst-)kritische  
Gedanken zu Gewalt und Gewaltverzicht»*
- ◆ Dr. med. Dipl. Psych. Wulf Bertram  
*«Körper ohne Seelen und Seelen ohne Körper? –  
Über die Spaltung in der Medizin und den Versuch  
ihrer Reparatur»*

**2019**

**«Verantwortung»**

- ◆ Prof. em. Dr. phil. Jürgen Kriz  
«Wo bleibt die Verantwortung des Menschen in einer von Messdaten beherrschten Lebenswelt?»
- ◆ Prof. Dr. med. Horst Haltenhof  
«Die Verantwortung des Psychiaters im beruflichen Alltag»
- ◆ Prof. Dr. med. et Dr. phil. Gerhard Danzer  
«Wie wäre es, ein Mensch zu sein? – Verantwortung, Person und Persönlichkeit»

**2020: Wegen Covid-19 keine Preisverleihung**

**2021**

**«Selbst und Selbstbestimmung»**

- ◆ Prof. em. Dr. phil. Julius Kuhl  
«Unvermischt und ungetrennt – Funktionsgrundlagen von Urteilsfähigkeit und Selbstwachstum»
- ◆ Prof. Dr. rer. nat. Nicola Baumann  
«Selbst bitte melden! Wie können wir das Selbst messen, verstehen und fördern?»
- ◆ Dr. phil. Maja Storch  
«...Himbeersaft im Leben – Burnoutprävention mit dem Unbewussten»

**2022**

**«Ars psychiatrica? Im Spannungsfeld von Evidenzen, Werten und Subjektivität»**

- ◆ Prof. KWM Bill Fulford, DPhil (Oxon), PhD (Lond), FRCP, FRCPsych  
«Values and evidence: opponents or partners in contemporary clinical care?»
- ◆ Prof. Dr. phil. Katrin Luchsinger  
«Please pay attention please (Bruce Naumann 1973)  
Kunst aus psychiatrischen Einrichtungen im toten Winkel»
- ◆ Prof. Dr. med. Matthias Bormuth  
«Was ist der Mensch? Provisorische Erkenntnisse im Lichte der Ideengeschichte»

## Anerkennungspreise 1987–2015

- 1987** Dr. René Zihlmann, Zürich  
**1988** Dr. Rudi Seitz, Langendorf  
**1989** Dr. Albert Zacher, Würzburg  
**1990** Dr. Harald Victor Knutson, Birkeland  
**1991** Dr. Johannes Fehr, Erlenbach  
**1992** Dr. Hans-Martin Zöllner, Zürich  
**1993** Prof. Toshio Kawai, Kyoto  
**1994** Dr. Christine Garbe, Berlin  
**1995** Dr. Elisabeth Weber, Santa Barbara  
**1996** Dr. Roland Käser, Zürich  
**1997** Barbara Kamer-Risch, Zumikon  
**1998** Dr. André Thali, Bellikon  
**1999** Rolf Mösli, Kilchberg  
**2000** Dr. Andrea Ermano, Zürich  
**2001** Dr. Annemarie Andina-Kernen, Zug  
**2002** Dr. Wolf Reukauf, Zürich  
**2003** Prof. Dr. Jürg Frick, Zürich  
**2004** Peter Fässler, Winterthur  
**2005** Dr. Alice Bernhard-Hegglin, Zürich  
**2006** PDDr. Ursula Schreiter Gasser  
**2007** Dr. Jan Hauser  
**2008** Annina Hess-Cabalzar und Dr. Christian Hess  
**2009** lic. phil. Rita Signer, Bern  
**2010** Dr. Arthur Godel, Binningen  
**2011** lic. phil. Iris Blum, Zürich  
**2012** Prim. Dr. Theodor Meissel, Tulln an der Donau  
**2013** Prof. Dr. Friedhelm Decher, Wenden  
**2014** Fabio Gossweiler, Zürich  
**2015** Prof. Dr. Eli Alon, Zürich