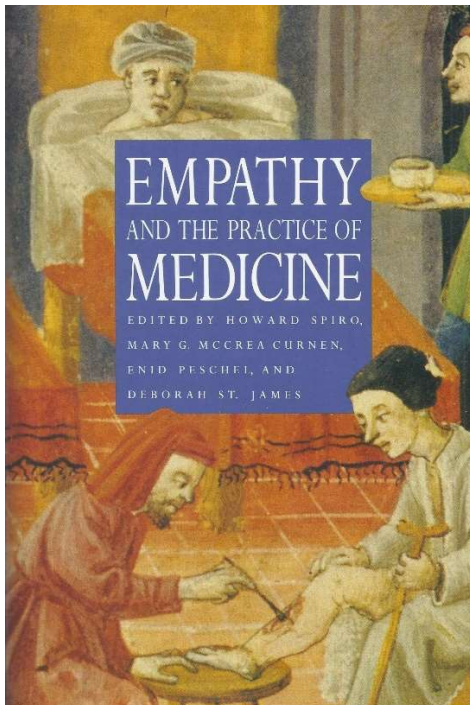


Liebe AIM-Mitgliederinnen und Mitglieder,

als ich auf der Jahresversammlung in Hamburg den Vorschlag unterbreitete, meinen ‚Unruhezustand‘ mit altersbedingtem Ausmisten der überquellenden Bücherregale im Arbeitszimmer (von den Kellerregalen mit Aktenordnern und Hängeregistaturen mit Fachartikeln, alten Manuskripten u.a.m. ganz zu schweigen) damit zu verbinden, Buchbesprechungen über nicht wegzuwerfende Bücher anzufertigen, ahnte ich nicht, dass ich eine Art Prioritätsliste brauche, womit ich anfangen und womit ich weitermache, dass ich darüber hinaus auch begründen muss, warum ich das betreffende Buch nie und nimmer ‚ausmisten‘ werde und dass ich - last not least – z.B. bei 30 Jahre alten Büchern auch kontrollieren muss, ob sie überhaupt noch erhältlich sind. Um Sven nicht zu viel Arbeit zu bereiten, hatte ich ihn gefragt, ob er mir eine vorformatierte Datei für die Webseite zur Verfügung stellen könne. Er meinte, dass ich mal anfangen solle und dass wir das ja noch später ‚standardisieren‘ könnten. Bei der aus anderen Gründen erfolgten und aktuell auf der Dezember-Webseite veröffentlichten Besprechung von Jürgen Kriz’s ‚Subjekt und Lebenswelt‘ habe ich gesehen, dass Svens Arbeit im Wesentlichen in der Verlinkung zu einer pdf-Datei besteht. Deshalb habe ich mir die Freiheit genommen, 2 im Bücherregal nebeneinanderstehende Bücher zum gleichen Thema auch gleichzeitig zu besprechen. Um mit Hauptsachen zu beginnen, die A. Mitscherlich zufolge eigentlich keine Sachen sind, sondern Haltungen oder Einstellungen, fange ich mit 2 Büchern zur Empathie an.

Beste Grüße

Ottmar Leiß



Spiro H, McCrea Curnen MG, Peschel E, St. James D (eds.).

**Empathy and the practice of medicine – beyond pills and the scalpel.**

New Haven / London: Yale University Press; 1993.

Das Buch ist eine Essaysammlung von Ärztinnen und Ärzten, Philosophinnen und Philosophen und einer Krankenschwester. Es ist in 3 Teile unterteilt: I. The practice of empathy, II. The teaching of empathy und III. The theory of empathy. Jeder Teil enthält ein kurzes Vorspann, zwei kleine Kapitel leiten in die Essaysammlung ein und ein Epilogue rundet das Buch ab.

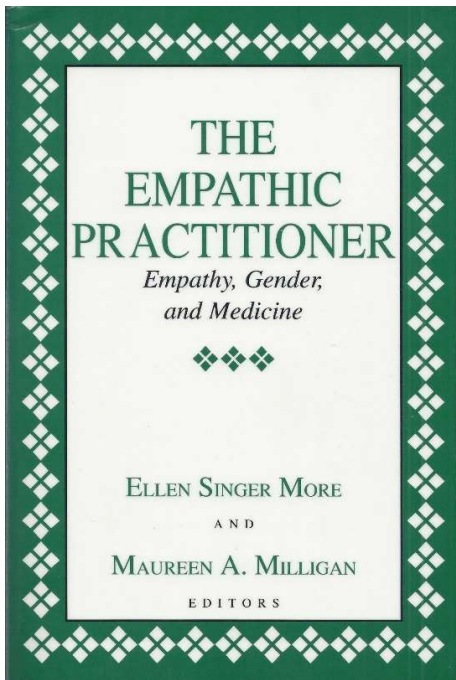
Im ersten Teil geht es um die klinische Praxis, z.B. um das Sterben eines befreundeten ärztlichen Kollegen, der sich wundert, dass die Chirurgen *über* seinen Zustand reden, nicht jedoch *mit* ihm selbst. Lediglich ein Assistenzarzt habe ihn wiederholt gefragt, wie er sich fühle und wie es ihm jedes Mal besser ging nach seiner Frage. Nach 6 Thorakotomien und dem nahenden Ende besuchte ihn der befreundete Kollege zuhause und gab dem Drängen der Ehefrau nach Behandlung in der Klinik nach. Nach kurzer Verhandlung mit dem Krankenhauskollegen war er Stunden später zum Sterben wieder zuhause. In anderen Essays geht es darum, warum Empathie in Laufe des ärztlichen Berufslebens oft schwächer wird oder gar verloren geht und wie dies verhindert werden kann. Im zweiten Teil des Buches werden historische und philosophische Argumente für und gegen Empathie erörtert. In einem Beitrag fragt sich ein Arzt, ob sich sein Wunsch, eine empathische Medizin zu praktizieren, nicht die emotionale Distanz, das für eine objektive Behandlung nötige ‚detachment‘, beeinflusse oder gar behindere. Ein anderer schildert, wie ihm Literatur und Kunst geholfen haben, empathischer zu werden. Eine Krankenschwester hebt auf den Unterschied zwischen Medizin und Pflege ab: ‚Nursing distinguishes itself from medicine in claiming that it cares for the whole person rather than focusing on disease.‘ (s. 76). Im Kapitel ‚The empathic physician‘ geht Glick auf Voraussetzungen und Charakteristika wie Respekt anderen Menschen gegenüber, persönliche Reife und Stabilität, klinische Erfahrung und ethische Exzellenz ein und erörtert, wie dies in Aus- und Weiterbildung von Ärzten vermittelt werden kann. Im Teil III zur Theorie der Empathie finden sich u.a. Kapitel von Rita Charon ‚The narrative road to empathy‘, von Jodi Halpern ‚Empathy: Using resonance emotions in the service of curiosity‘ und von Peter Kramer ‚Empathic immersion‘ zur Empathie in der Psychotherapie.

Doch statt sachlich-nüchterner Zusammenfassung besser ein leidenschaftliches Plädoyer für die wiederholte Lektüre dieser Essaysammlung! Spiros einleitendes Kapitel ‚What is empathy and can it be taught?‘ ist absolut brilliant! Von meinen (vor 28 Jahren) dick unterstrichenen Sätzen seien – pars pro toto – einige zitiert: ‚Empathy is more than knowing what we see; it is the emotion generated by the image. It is difficult to distinguish empathy from sympathy:

where empathy feels ‚I am you‘ sympathy may well mean ‚I want to help you‘. Sympathy involves compassion, but not passion. [...] empathy means ‚I *could be* you‘. (S.8). ‚The eye is quicker than the ear; yet the patients experience is more complicated and variable than the disease visible to the doctor.‘ (S. 10). ‚Science looks toward the general, but physicians deal with the particular. The individual is lost among our statistics and archetypes [...] The problems of living – existential, socioeconomic and emotional – that account for 80 percent of visits to physicians‘ offices represent complaints that are unlikely to be switched on or off by an aberrant gene.‘ (S.13). ‚Medicine is [...] both science and narrative, both reason and intuition. Empathy may yet prove essential in the third millenium, when we have relegated computers to routine diagnosis. Computed tomography scans offer no compassion, and magnetic resonance imaging has no human face. Only men and woman are capable of empathy.‘ (S.14).

Oder aus anderen Kapiteln: ‚Patients need caring as much as curing. They insist on both. But modern physicians, enthralled with their newly discovered ability to cure, have learned to seek their gratification in this capacity, often forgetting the caring mode and sometimes leaving patients frustrated and angry even when cured.‘ (S.89). Oder aus Peschels Kapitel: [...] ‚empathy accompanied by ignorance or by rejection of the latest scientific findings *is not empathy at all but intellectual and emotional denial*. The result is selective, which respects patients with certain physical illnesses but with scores, ignores or blames patients with other physical illnesses. The only defenses against such selective empathy are continuing education and the integration of scientific advances.‘ (S. 118). Ein Highlight ist auch S.J. Reiser’s Essay ‚Science, pedagogy, and the transformation of empathy in medicine‘. ‚[...] the place of the patient’s story, the history, in clinical medicine. It is the main source of knowing illness in ways that technology cannot fathom. Only the patient’s story gives human meaning to the facts elicited by technology. The test can tell the blood count is low, the patient can tell what it means to live with it. [...]. Technologic knowledge creates a portrait of being. Empathic knowledge creates a portrait of meaning. Linked together the two views recreate as nearly as possible the person who is the patient.‘ (S. 130).

Bescheidener Kommentar meinerseits: Unverändert sehr, sehr lesenswert!



More ES, Milligan MA (eds.).

### **The Empathic Practitioner – Empathy, Gender, and Medicine.**

New Brunswick / New Jersey: Rutgers University Press; 1994.

Ein Jahr nach der Publikation des Buchs ‚Empathy and the Practice of Medicine‘ erschien ein weiteres Buch zum Thema Empathie. Das von E.S. More, Ärztin und Ethikerin am medizinhistorischen Institut der Universität Texas, und M.A. Milligan, Philosophin am gleichen Institut, herausgegebene Buch ‚The Empathic Practitioner – Empathy, Gender, and Medicine‘ hat – wie der Untertitel vermuten lässt – einen anderen Schwerpunkt. Es ist in 4 Teile unterteilt, Teil 1: Empathy and the Profession of Medicine, Teil 2: Empathy, Ambiguity, and the Problem of Professional Authority, Teil 3: Managing Vulnerability: Power, Empowerment, and Empathy in the Clinical Setting und Teil 4: Empathy and the Politics of Difference. Die ersten 3 Teile enthalten jeweils 3 Beiträge verschiedener Autorinnen und Autoren, der 4. Teil 4 Beiträge. Anders als die Essaysammlung ‚Empathy and the Practice of Medicine‘, die von der ersten bis zur letzten Zeile gelesen habe, habe ich im Buch ‚The Empathic Practitioner – Empathy, Gender, and Medicine‘ – meiner damaligen beruflichen Belastung geschuldet - nur gut die Hälfte der Kapitel gelesen.

More’s Kapitel ‚Empathy‘ enters the profession of medicine‘ beinhaltet Empathie und Sympathie im Rahmen der Professionalisierung in der Medizin, sieht Empathie in Managed Care-Zeiten als ‚detached concern‘ und erörtert, dass Empathie über die Technik der

anamnestischen Datenerhebung und über ‚detached concern‘ hinaus ein intersubjektives Wissen ist, kognitiv und in sozialen Interaktionen erworben wird und kultivierbar ist. L.M. Cabdibs Kapitel ‚Reconsidering Power in the Clinical Relationship‘ stellt der ‚Power‘ als Dominanz gegenüber Anderen den Respekt gegenüber der Person als Person und die ärztliche ‚power to empower‘ gegenüber. Um auf die veränderten Fähigkeiten des kranken Anderen adäquat antworten zu können, gibt sie praktische Tipps, wie gleiche Augenhöhe, Respekt der Person des Anderen gegenüber, Wertschätzung der Sicht des Patienten und wie ‚Empowerment‘ zu einer wieder herzustellenden Autonomie vermittelt und erreicht werden können – Fähigkeiten, über die ich in Vorlesungen an der Universität oder in klinischen Visiten auf der Station nie ein Wort gehört habe. Dieses Kapitel hat leise, aber anhaltend meine ärztliche Praxis verändert. Ich habe mir zur Gewohnheit gemacht, nach geduldigem Zuhören bei der Anamneseerhebung den Patienten zu fragen, ob er sich Sorgen mache, dass was Ernstes dahinterstehe, oder ob die Beschwerden eher lästig seien. Da er sich selbst und seinen Körper besser kenne als ich - ich sehe ihn ja heute zum ersten Mal – , frage ich, was er denn selbst meine, was die Ursache seiner Beschwerden sei und was er selbst oder sein Hausarzt schon an Behandlungen versucht habe. Das Heraushören präferierter, aber frustraner Therapieversuche ist für die Auswahl späterer Therapieoptionen wichtig. Um das diagnostische Vorgehen an den Beschwerden des Patienten und nicht an eigenen präferierten Algorithmen zu nachgeordneten Symptomen zu orientieren, bitte ich den Patienten, eine Art ‚Hitliste‘ seiner Beschwerden zu machen, d.h. zu bewerten, welche seiner Beschwerden die schlimmste sei, worüber er sich ernste Sorgen mache und was auch wichtig, aber nicht ganz so dringend sei. Ich erläutere ihm, dass wir uns zunächst auf die ersten zwei oder drei wichtigsten Beschwerden konzentrieren werden. Wie Connelly im Kapitel ‚Listening, empathy, and clinical practice‘ betont, sind Fragen nach dem ‚wann, wie und wo‘ des Beginns der Beschwerden wichtig, um Situation und Kontext und ihre mögliche Rolle in der Pathogenese besser einschätzen zu können. Letztere Frage findet sich auch in Lehrbüchern zur Anamneseerhebung, Fragen zu Einordnung der Beschwerden, zu vermuteten Entstehung und zur lebensweltlichen Dringlichkeit, die der Patient dem Ganzen gibt, jedoch nicht. Und gerade die sind für Augenhöhe, Respekt gegenüber der Person des Kranken und Herstellung einer tragfähigen Arzt-Patienten-Beziehung wichtig.

Christoph Schmeling-Kludas hat in seinem Abschlussvortrag auf der Jahrestagung am 6.11.21 (siehe AIM-Webseite Dezember 2021) die Meinung vertreten, die Biosemiotik sei für den Arbeitsalltag in Praxis oder Klinik nicht geeignet. Da würde ich partiell widersprechen: für die Biosemiotik als alternatives Verständnis molekularbiologischer Vorgänge mag dies ja

zutreffen, auch wenn ich mir nach vergleichender Re-Lektüre von Jakob von Uexkülls ‚Protoplasmaproblem‘ und einem aktuellen Nature-Artikel über das, was das (‚geistlose‘) Pantoffeltierchen alles kann, nicht mehr so sicher bin. Die (allgemeine) Peirce’sche Semiotik ist meines Erachtens sehr wohl für die ärztliche Praxis geeignet, auch wenn das bisher kaum jemand detailliert durchdekliniert hat. Fragen zum wann, wie und wo des phänomenologischen ‚Erscheinens‘, des ersten Auftretens der Beschwerden oder der Symptome des Patienten (in Peirce’s Terminologie *Firstness*) sind für mich als Arzt und Beobachter 2. Ordnung wichtig, um den (vom Patienten bei der Einkreisung seiner Beschwerden ausgeblendeten) Kontext einbeziehen und besser beurteilen zu können. Fragen zur lebensweltlichen Bedeutung, die der Patient oder die Patientin den Beschwerden erteilt (‚ich mach mir Sorgen, irgendwo ist der Wurm drin‘) und zu den Metaphern, die er oder sie dabei verwendet, sagen etwas zur symbolbeladenen sozio-kulturellen Gesamtsituation, zur Peirce’schen *Thirdness*, die ich im Hinterkopf haben sollte und auf die ich bei erfolgloser Suche auf der indexikalischen Ebene ggf. zurückkommen muss. Mich als Arzt sucht der Patient als professionellen Experten auf, der wissenschaftlich mehr über den menschlichen Körper und seine Funktionsweise weiß als Otto-Normalverbraucher in seiner gewohnten Lebenswelt. Meine Aufgabe ist es, den auf der indexikalischen Ebene, der Peirce’schen *Secondness*, den Zeichen, die für anderes stehen (und die stehen in Abhängigkeit von Alter, Geschlecht, Vorerkrankungen, Begleitmedikation u.a.m. für unterschiedlich anderes) nachzugehen, um Optionen für handelnde Beeinflussung auf der biologisch-organismischen Ebene, der Bio-Ebene in Engel’s Bio-Psycho-Sozialem Modell, zu suchen. Um diese Suche nicht reduktionistisch auf das (‚klempnerhafte‘) Disease-Modell einer trivialen Maschine zu fokussieren, ist es wichtig, die *Firstness*-Ebene, die Erlebnissphäre der Person, und seine kulturell mitbedingten Interpretationskonstrukte, Peirce’s *Thirdness*-Ebene, einzubeziehen. Die Einbeziehung der psychologischen und sozial-kulturellen Ebene bestimmen Reihenfolge und Dringlichkeit meiner mit dem Patienten zu besprechenden diagnostischen Maßnahmen und erweitern mein Handlungsmodell weg vom Disease-Modell einer trivialen Maschine hin zu Engel’s Bio-Psycho-Sozialem Modell. Und ohne Empathie, ohne Einbeziehung der Person des Patienten, geht das nicht und komme ich nicht aus dem Disease-Modell einer trivialen Maschine raus.

**Fact:** Beide Bücher zur Empathie in der Medizin sind unverändert aktuell wie beim Erscheinen vor fast 30 Jahren – Re-Lektüre als Booster-Impfung für eine humanistische Medizin uneingeschränkt empfohlen!

Ottmar Leiß