

Ärztliches Handeln und die Kultur des Mitgefühls (1)

Luise Reddemann

Zunächst will ich etwas zur Makroebene des Mitgefühls sagen; es geht mir auch darum nach den Schätzen in unserer Kultur zum Mitgefühl zu schauen, um danach auf die Mikroebene der Arzt-Patient-Beziehung zu kommen.

Ich will fragen, was Ärzte hindern könnte, mitfühlend zu sein und über Voraussetzungen für Mitgefühl nachdenken. Anhand einer Vignette aus meiner psychotherapeutischen Praxis möchte ich über einen westlich geprägten und östlichen inspirierten Weg sprechen, dessen Herzstück Mitgefühl und Selbstmitgefühl sind. Hier, in der von mir entwickelten „Psychodynamisch imaginativen Traumatherapie“ nimmt Mitgefühl seit über 20 Jahren einen zentralen Platz ein, und die Anleitung der PatientInnen zu Mitgefühl mit sich selbst seit 18 Jahren, seitdem ich meine buddhistische Lehrerin Sylvia Wetzel kennengelernt habe. (Reddemann, L. 2004/2012: Psychodynamisch imaginative Traumatherapie- das Manual. Klett-Cotta)

Als Ärztin sehe ich nur graduelle Unterschiede, aber keine essentiellen, zwischen der Fürsorge für somatisch Kranke, psychosomatisch Kranke und psychisch Kranke. Es ist immer der ganze Mensch, dem wir begegnen, die jeweilige Ausformung der Krankheit ist nicht mehr als eine Akzentuierung, und jeder kranke Mensch ist auch mehr als seine Krankheit.

Am 29. Mai, hat der Deutsche Ärztetag eine Resolution verabschiedet, in der deutlich gemacht wird, wie sehr Armut krank macht und zu einem früheren Tod führt. Sicher keine Neuigkeit. Jedoch ruft der Ärztetag zu mehr solidarischem Handeln auf, darüber bin ich froh. Endlich scheint wieder Mitgefühl, Engagement, Gerechtigkeitsempfinden und Solidarität für Ärzte *öffentlich* angesagt. Nachdem lange der Eindruck bestand, dass auch Ärzte und Ärztinnen sich mit den neoliberalen Verhältnissen abfinden. Ich erinnere mich noch gut an eine Fortbildung für Leitende Ärzte einer kirchlichen Einrichtung, wo wir beigebracht bekommen sollten, dass auch wir Ärzte uns mit den Gegebenheiten der Ökonomie abzufinden hätten. Patienten helfen zu wollen, erschien eher nebensächlich. So kamen dann auch Worte wie Patient als Kunde, Service statt Pflege, etc. Der Referent war übrigens selbst Arzt, aber für ihn war es wichtiger über wirtschaftswissenschaftliche Kompetenz zu verfügen. Inzwischen wird die Ökonomisierung aller Lebensverhältnisse zunehmend angeprangert, immer lauter rufen auch Ärzte danach, diesem Denken entgegen zu treten. Da ist dieser Ärztetagsbeschluss ein wichtiges Signal.

Es gibt eine wichtige Untersuchung von Richard Wilkinson und Kate Pickett, „The Spirit Level: Why Equality is Better for Everyone“, auf Deutsch „Gleichheit ist Glück“, die vor einigen Jahren in den Sozialwissenschaften Furore gemacht hat. Die Forscher zeigen, dass es einen eindeutigen Zusammenhang zwischen sozialer Ungleichheit, Krankheit, Gewalt und einigen anderen sozialen Problemen gibt. Als ich das Buch las, spürte ich das Mitgefühl der Forscherin und des Forschers, ja ihre Liebe. Ich empfand das als mutig, denn noch immer ist ja die Ansicht weit verbreitet, dass es so etwas wie eine gefühlsfreie Wissenschaft gäbe – obwohl das längst vielfach widerlegt ist. Nicht zuletzt deshalb mag ich Sätze wie die des Kölner Philosophen Albert: „Da die Vernunft fehlbar ist, müssen Theorien immer wieder der Kritik unterzogen werden, keine These kann zweifelsfrei begründet werden“. Buddhisten wissen, dass der Buddha vor langer Zeit bereits Ähnliches vertreten hat. Wir sollten alles immer wieder aufs Neue überprüfen.

Der amerikanische Philosoph Richard Rorty (s. dazu „Philosophy and Social hope“) hat über die Notwendigkeit des Mitgefühls nachgedacht. Er ist skeptisch gegenüber moralphilosophischen Forderungen und meint, dass Harriet Beecher Stowe mit „Onkel Tom’s Hütte“ und andere das Leiden von Menschen aufzeigende Künstler auf der Basis von Mitgefühl mehr zur Entwicklung der Menschenrechte beigetragen haben als alle Moralphilosophie. Man denke an Pablo Picassos Guernica. Man denke an Bachs Matthäus-Passion und andere seiner Werke, die uns zu Herzen gehen.

Ich verstehe Rorty so, dass wir nur durch die Vernunft, die z.B. Kant ins Feld führte, nicht mitfühlend werden. Das war nämlich Kants Idee, dass man die Würde anderer „Vernunftwesen“ respektieren sollte. Aber was sind andere Vernunftwesen? Frauen gehörten nicht dazu, Kinder auch nicht, Schwarze nicht. Arme? Vermutlich auch nicht. –Übrigens sei am Rande bemerkt, dass in den meisten traditionellen Richtungen des Buddhismus sich das Mitgefühl der Männer für die Ungleichbehandlung der Frauen auch sehr in Grenzen hielt. Das änderte sich, wie u.a. Jack Kornfield erzählt, durch das Engagement von Sylvia Wetzell, die auf einer Konferenz westlicher buddhistischer Lehrer die männlichen Kollegen einlud, sich vorzustellen, dass nun für die Männer alles so laufe wie sonst für die Frauen: Sich im Hintergrund halten, keine vollständige Ordination erhalten, usw. Der Dalai Lama soll so erschüttert darüber gewesen sein, dass ihm die Tränen kamen. Ich bin dankbar dafür, dass Sylvia meine Lehrerin in buddhistischem Denken und Meditation ist. Mitgefühl ermöglicht klare Worte und Engagement.

Mitgefühl hat etwas mit Vernunft *und* Herzengüte, ja mit Liebe zu tun. Im buddhistischen Denken ist das fester verankert als in unserem, wenigstens bis jetzt.

Richard Rorty schrieb „Mein Gefühl für das Heilige, soweit ich eines habe, ist an die Hoffnung geknüpft, dass eines Tages, vielleicht schon in diesem oder im nächsten Jahrtausend, meine fernen Nachfahren in einer globalen Zivilisation leben werden, in der Liebe so ziemlich das einzige Gesetz ist... Ich habe nicht die geringste Ahnung, wie es zu einer solchen Gesellschaft kommen könnte. Man könnte geradezu von einem Mysterium sprechen. Bei diesem Mysterium geht es ... darum, wie eine Liebe auf die Welt kommt, die freundlich ist und langmütig und alles duldet. 1. Korinther 13 ist gleichermaßen nützlich für religiöse Menschen...und für unreligiöse Menschen wie mich (Rorty) für die dieser Sinn einfach in der Hoffnung auf eine bessere Zukunft besteht.“ Hoffnung könnte eine von mehreren Voraussetzungen für Mitgefühl sein, und den Korintherbrief des Apostel Paulus erlebe ich auch als sehr verwandt im Denken über Liebe und Mitgefühl mit manchen buddhistischen Texten. Die buddhistische Nonne Aya Khema, eine der bekanntesten buddhistischen LehrerInnen in Deutschland, hat den Paulus Brief sehr sensibel mit Texten des Buddha verglichen. Aya Khema war eine deutsche Jüdin, die während des 3. Reichs als junges Mädchen nach England emigrieren musste. Sie erzählt davon in ihrer Autobiographie. Neben ihrem Humor fiel mir auf – und es machte mich traurig - dass sie sehr wenig Mitgefühl mit ihrem Leiden als Kind zu haben schien. Es schien die – vielleicht sehr deutsche? – Härte jener Zeit durchzuschimmern. Es drängte sich mir der Eindruck auf, dass sie auf gar keinen Fall Selbstmitleid zeigen wollte, und dass sie diesem „nahen Feind“ des Mitgefühls so sehr auswich, dass die alten Überlebensmuster der Zeit des Grauens wieder die Oberhand gewannen.

Es macht einen großen Unterschied, ob wir die Dinge mit Mitgefühl oder mit bloßer Vernunft betrachten. Nach Forschungen von Stephen Porges „The Polyvagal Theory: Neurophysiological Foundations of Emotions, Attachment, Communication, and Self-Regulation“ erfolgt Stressreduktion bei stark unter Stress stehenden Menschen, insbesondere unter traumatischem Stress stehenden, am ehesten, wenn man sich diesen Menschen sanft und liebevoll zuwendet. Naturwissenschaftlich gesehen geht es darum, die Ausschüttung des Antistresshormons Oxytocin anzuregen. Das geschieht aber am wenigstens durch Appelle an die Vernunft, sondern durch liebevolle, mitfühlende Interaktionen. Um welche wohltuenden Reize es sich da handelt, kann man sich am besten vorstellen, wenn man sich eine Mutter und ihr Baby beim Stillen vorstellt: liebevoller Augenkontakt, beruhigende Worte, Halt, Wärme, Geborgenheit und gesättigt werden.

Mitgefühl erkennt Leiden und erkennt es an und will handeln, um Leiden zu verringern. Nach meinem Verständnis ist das auch der Wunsch der meisten Ärztinnen und Ärzten, und ich komme nun zur Mikroebene, eben der Arzt-Patient Beziehung.

Bernard Lown, ein bedeutender kardiologischer Forscher und engagierter Menschenrechtler, der „Ärzte gegen den Atomkrieg“ mitgegründet hat, beklagt in seinem Buch „The Lost Art of Healing: Practicing Compassion in Medicine“ auf Deutsch „Die verlorene Kunst des Heilens“, dass Ärzte sich zu wenig auf ihre Patienten einlassen und sich nicht bewusst machen, wie wichtig die therapeutische Beziehung sei. Er legt Wert darauf zu betonen, wie wichtig das von Mitgefühl getragene ärztliche Gespräch ist. Er hat sehr eindrucksvolle Beispiele. Als ich mich jüngst noch einmal mit seinem Buch beschäftigt habe, fiel mir auf, dass in der deutschen Übersetzung der Untertitel nämlich „Practicing compassion in medicine“ zunächst ganz fehlte und inzwischen gibt es in der Neuauflage von 2007 einen Untertitel: „Anstiftung zum Umdenken“. Wäre es also zu „unwissenschaftlich“ gewesen von Mitgefühl zu sprechen?

Eine von Lowns Krankengeschichten geht mir immer wieder sehr zu Herzen. Sie handelt von einer extrem übergewichtigen Patientin mit erheblichen Herzproblemen, von der er wohl recht barsch forderte, sie möge nun endlich abnehmen. Darauf geriet die Patientin in einen Zustand, den wir heute dissoziativ nennen würden, schrie ihn an, sie lasse sich von ihm nicht gefallen, auf seinen Befehl hin verhungern zu müssen. Lown erfuhr, dass die Patientin eine Auschwitz Überlebende war und bedauert in seinem Buch zutiefst seinen Mangel an Mitgefühl mit der Patientin. Er mahnt uns, uns Zeit zu nehmen, um unsere Patienten gut zu verstehen. Verstehen ist eine tragende Säule für Mitgefühl.

“As Dr. Lown explains, the art of healing does not mean abandoning the spectacular advances of modern science, but rather incorporating them into a sensitive, humane, enlightened approach to medical care.“ Heißt es in einer Besprechung bei Amazon.com Lowns Buch ist in den 90ern erschienen, lange Zeit sah es so aus, als würde alles noch schlimmer, als er es beschrieben hat. Junge Leute hielten sich erst einmal wenig an seine Empfehlungen, sondern studierten mehrheitlich Medizin, um viel Geld zu verdienen, weniger, um zu helfen. Warum auch sollten Ärzte bessere Menschen sein als alle anderen? Patienten aber wünschen sich mitfühlende Ärzte und ÄrztInnen, die sie in ihren Nöten anhören und ernst nehmen und die gewillt sind, sich auf eine heilende Beziehung einzulassen.

Welche tieferen Gründe mag es geben, dass das nicht immer gelingt?

In meinem Fachgebiet, nämlich der Psychiatrie und Psychotherapie war es lange geradezu verpönt, mitfühlend oder gar tröstend auf PatientInnen einzugehen. Das verstieß angeblich gegen die Abstinenz. Bedürfnisbefriedigung war unerwünscht, Freud hatte gesagt, die Analyse müsse in der Versagung stattfinden. Dass das immer noch gilt, erfuhr ich kürzlich, als mir davon erzählt wurde, dass bei der Facharztprüfung ein Kandidat genau danach, also nach der Versagung gefragt wurde, nicht als handle es sich um einen historisch bedingten Zwischenschritt, sondern immer noch um ein Gebot, das einzuhalten sei.

Freud verwendete, um dies zu verdeutlichen, die so genannte Chirurgen-Metapher. Er sprach nämlich davon, dass der Psychoanalytiker seine Arbeit ähnlich kühl verrichten solle wie der Chirurg. Offenbar ging Freud davon aus, dass Chirurgen ihre Gefühle nicht nur zu kontrollieren in der Lage seien, sondern relativ unberührt vom Schmerz der Patienten sein sollten. Diesem Bild entspricht der kühl handelnde naturwissenschaftlich, möglichst an Evidenzbasierung orientiert Arzt, ein Zerrbild vielleicht, aber doch nicht ganz selten. Ende des 19. Jahrhunderts gab der Ordinarius für Innere Medizin Naunyn die Devise aus: „Medizin muss Wissenschaft sein, oder sie wird nicht sein.“ (zitiert bei Gottstein, Vorwort zu Lown, S. 10) In den 80er Jahren des vergangenen Jahrhunderts hat Evelyn Fox Keller ihr Buch "Reflections on Gender and Science" geschrieben. Hier beschreibt sie die –westliche– männliche Angst, vor der Natur, vor der Frau, vor weichen Gefühlen und was daraus folgte. U. a. eben unsere angeblich objektive (Natur-) Wissenschaft, die Verleugnung des Subjektiven im Wissenschaftler und damit auch in der Wissenschaft. Dieses Buch hat mich entscheidend geprägt. Auf Deutsch heißt es „Liebe, Macht und Erkenntnis. Männliche oder weibliche Wissenschaft?“ Diesmal erscheint mir der deutsche Titel prägnanter, denn natürlich geht es hier um Macht, Machtansprüche verhindern Mitgefühl.

Freud war davon beeinflusst und die Medizin nach ihm erst recht, siehe der deutsche Untertitel zu Lowns Buch.

Unter Mitgefühlaspekten gehe ich davon aus, dass hinter all dem sehr viel Angst steckt: Angst, vom Schmerz der Patienten überwältigt zu werden, oder von Ohnmacht und Hilflosigkeit angesichts der Erfahrung, dass wir als Ärzte häufig nur sehr wenig tun können. Eine bittere Erfahrung, die keinem Arzt, keiner Ärztin erspart bleibt. (s. Elissa Ely 2012) Bei Freud ging es denn auch um die Angst vor mangelnder Anerkennung. Als er sein Konzept vorstellte, dass seelische Erkrankungen mit Traumatisierungen in der Kindheit zu tun haben, stieß es auf eisige Ablehnung. Er hat es dann weitgehend aufgegeben zum Schaden von Millionen von Patienten über Jahrzehnte, weil Freuds Verdikt von vielen für richtiger gehalten wurde, als das, was PatientInnen erzählten. Freud hat sich auf doppelte Weise zu

schützen versucht: Vor der Niederlage vor seinen Kollegen und vor der Auseinandersetzung mit seinem Vater, den er in einem Brief an Fliess andeutungsweise als Täter beschreibt: Wenn er seine Traumatheorie aufrechterhalte, müsse er auch seinen Vater beschuldigen. So schützen sich Ärzte, wenn sie nicht mitfühlend sind, auch vor schmerzlichen Erkenntnissen in Bezug auf ihr eigenes Leben und das ihrer Familie. Im Übrigen hat Freud anders gehandelt als er gesprochen bzw. geschrieben hat. Seine Patienten berichten nämlich von ihm als einem Arzt, der ganz sicher nicht nach der Chirurgen-Metapher behandelt hat. Leider entwickelte sich daraus eine Tradition der Unaufrichtigkeit, so dass PsychoanalytikerInnen in Ausbildung nicht wagen zu beschreiben wie sie konkret mit ihren PatientInnen arbeiten, nämlich durchaus auch mitfühlend. Dass es heute möglich ist, dass über Mitgeföhlsaspekte und mitfühlendes Handeln in der Psychotherapie laut gesprochen werden kann und nicht hinter vorgehaltener Hand, erscheint mir nach 45-jähriger ärztlicher Tätigkeit wie ein kleines Wunder.

Die historischen Hintergründe zu erkennen sowohl auf der sozialen Makroebene sowie der psychischen Mikroebene erscheint mir wichtig, weil sie mir helfen zu verstehen, warum die ärztliche Kunst des Heilens abhanden gekommen zu sein scheint. Giovanni Maio, hier in Freiburg lehrender Medizinethiker weist darauf hin, dass Ärzte sich früher als weise Ratgeber verstanden haben und auch als solche gesehen wurden. Weisheit und Mitgeföhls gehören ja zusammen.

Was kann helfen, eine mitfühlende Ärztin zu sein? Ich beziehe mich auf eigene Erfahrungen und Überlegungen von Giovanni Maio, später noch auf Erich Fromm:

Es braucht die Bereitschaft, sich auf eine Begegnung einzulassen, deren Ausgang offen und nicht nur messbar ist, sondern erfahren und erlebt werden will, was bedeutet, dass sie sowohl beglückend wie belastend sein kann. Nur aus einer solchen Art von Begegnung kann eine verstehende Beziehung und Begleitung entstehen. Ohne Anerkennung des Leidens und daraus resultierendem Verstehen erscheint mir Mitgeföhls nicht möglich, wobei Mitgeföhls wiederum auch Verstehen fördern kann. Es scheint sich hier um einen spiralförmigen Prozess zu handeln. Und so kann sich auch wechselseitiges Vertrauen und Hoffnung entwickeln. Das wiederum braucht fast immer Zeit. Als Ärztin kann ich so auch offen werden für Grenzen, die Maio benennt: Die Grenzen des Machbaren, die Grenzen des Wissbaren und die Grenzen des Verfügbaren und kann mitfühlend mit mir selbst und meinen PatientInnen deren Prozess begleiten. (G. Maio in Psychotherapeutenjournal 2/11, S.232- 237) Ich glaube, dass wir viel

Mitgefühl benötigen, um diese Grenzen immer wieder anzuerkennen und bewusster mit ihnen zu leben.

Es gibt in der deutschen Sprache einen Begriff, der eng mit Mitgefühl verwandt ist, das ist der der Barmherzigkeit. Nietzsche hat sich über die Barmherzigen aufgeregt, weil er in ihnen das Pharisäische sah. Sicher eine ernst zu nehmende Kritik. Ursprünglich, im Althochdeutschen, geht es bei dem Begriff „barmen“ darum, dass eine Mutter ihr Kind im Arm hält, ihm Geborgenheit vermittelt. Wenn wir mitfühlend oder auch barmherzig sind, entsteht ein Gefühl von Geborgenheit und Sicherheit. Mitfühlende, barmherzige ÄrztInnen vermitteln ihren PatientInnen für Momente die Erfahrung, dass diese sich sicher und geborgen fühlen können. Dies wiederum wirkt Stress reduzierend, und erst so kann der Patient mit uns gemeinsam Lösungen finden. Der durch seine Erkrankung gestresste Patient kommt ja mit Angst. Vielleicht erinnern Sie sich an Momente wo ein anderer Mensch, z.B. ein Arzt, durch sein Mitgefühl Ihnen geholfen hat, wieder – wie man so schön sagt - zu sich zu kommen, und wie Sie dann wieder handlungsfähiger wurden und auch wieder nachdenken konnten.

Ich nehme an, dass wir alle ziemlich genau wissen, dass wir Mitgefühl oder Barmherzigkeit brauchen, da aber die westliche Philosophie und Wissenschaft diesbezüglich nicht allzu viel zu bieten hat, verwundert es nicht, dass immer mehr Menschen Interesse an dem buddhistischen Mitgefühlskonzept zeigen. In dieser Kultur gibt es ein tiefes Wissen um die Notwendigkeit des Mitgefühls und eine ausgefeilte Praxis, es zu entwickeln. Ein weiterer wichtiger Aspekt ist dabei der, dass auch das Mitgefühl für sich selbst dort eingeschlossen ist, die Basis für Mitgefühl mit anderen.

Freud habe die Welt so sehr entzaubert und so stark das autonome Ich betont, dass die Beschäftigung mit buddhistischen Gedanken es Psychoanalytikern erst wieder ermögliche, Verbundenheit zu erkennen und anzuerkennen, meint der amerikanische Psychoanalytiker Jeremy Safran. (in: „Psychoanalysis and Buddhism“) Aus meiner Sicht gilt dies genauso für die Väter der Verhaltenstherapie und die Wissenschaft insgesamt. Vor Safran hat schon Erich Fromm Ähnliches erkannt. Fromms Buch über Zen-Buddhismus und Psychoanalyse war ebenso wie seine „Kunst des Liebens“ ein Bestseller in den 70er Jahren, heute fast vergessen. Man sollte ihn wiederentdecken! Fromms Gedanken über das, was Liebe ist, hat viel mit Mitgefühl zu tun, wenngleich er das Wort nicht benutzt, er nennt vier Grundelemente, die für ihn zum Lieben dazu gehören, die mir wiederum für ärztliches Handeln wichtig sind, nämlich: Fürsorge, Verantwortungsgefühl, Achtung vor dem anderen und Erkenntnis. Es geht aus meiner Sicht vor allem um die Achtung vor der Andersheit des Anderen, so dass wir

manchmal auch Mitgefühl mit uns selbst benötigen, um das ertragen zu können. Wir stoßen nämlich genau in dem Augenblick an die oben schon erwähnten und noch andere Grenzen. Liebe sei die tätige Sorge für das Leben und das Wachstum dessen, was wir lieben. Jeder Arzt, jede Ärztin, der/die nicht nur „Mediziner“ ist, will sich für das Leben seiner PatientInnen einsetzen, daran habe ich wenig Zweifel. Im westlichen philosophischen Diskurs steht für dieses Denken z.B. der Arzt Albert Schweitzer und der Philosoph Emanuel Levinas. Schweitzer sagte: „Ich bin Leben das leben will, inmitten von Leben das leben will“. Levinas, als von den Nazis Verfolgter, sagt es schärfer: Das Antlitz des anderen Menschen fordere uns auf: Du sollst mich nicht töten. Nicht den Leib, aber auch nicht die Lebendigkeit, nicht die Seele.

Fromm illustriert seine Gedanken am Beispiel des Jona aus der Bibel:

Jona ist ein Mann mit einem starken Gefühl für Gesetz und Ordnung, aber ihm fehlen Mitgefühl und Liebe. Gott erklärt Jona, dass das Wesen der Liebe darin besteht, für etwas „zu arbeiten“ und „etwas aufzuziehen“. Das meine nicht Pflicht, sondern es meine etwas völlig Freiwilliges; es sei eine Antwort auf die ausgesprochenen oder unausgesprochenen Bedürfnisse eines anderen menschlichen Wesens. Sich für jemand verantwortlich fühlen, heiße fähig und bereit sein zu antworten. Der liebende Mensch antworte. Er fühle sich für seine Mitmenschen genauso verantwortlich wie für sich selbst. So weit Fromm.

Mitgefühl ist Antworten. PatientInnen, die Mitgefühl erfahren, beschreiben das auch oft als ein Beantwortetwerden. Liebe und Mitgefühl bedeuten auch, zu verstehen, dass der andere um seiner selbst Willen und auf seine eigene Weise wächst und sich entfaltet. Das wiederum halte ich für die Arzt-Patient Beziehung für zentral: Wie schnell jemand gesunden will und kann, haben nicht wir zu bestimmen und können es ja auch nicht. Der Arzt kuriert, Gott (oder die Natur) heilt, meinte Paracelsus.

Fromm schreibt, „Achtung vor dem anderen ist nicht möglich ohne ein wirkliches Kennen des anderen. Fürsorge und Verantwortungsgefühl wären blind, wenn sie nicht von Erkenntnis geleitet wären. Meine Erkenntnis wäre leer, wenn sie nicht von der Fürsorge für den andern motiviert wäre. Die Erkenntnis, die ein Aspekt der Liebe ist, bleibt nicht an der Oberfläche, sondern dringt zum Kern vor.“

In all dem sehe ich auch Aspekte von Mitgefühl, und es lohnt sich aus meiner Sicht, wenn wir uns bewusst machen, dass es in unserer Kultur einige weise Menschen gab, die uns als Vorbilder für Mitgefühl dienen können.

Ich komme zu einer Fall-Vignette. Die psychotherapeutische Arbeit, die ich beschreibe, fand auf der Basis meines Konzeptes der psychodynamisch imaginativen Traumatherapie statt:

Der Patient, kaum dass er Platz genommen hatte, brach – für einen Mann eher ungewöhnlich – in Tränen aus und erzählte von seinem Leid. Beiläufig erwähnte er, dass er meditiere. Es wurde bald deutlich, dass seine Meditationspraxis gänzlich isoliert neben dem stand, was ihn quälte. Er berichtete auch von verschiedenen Therapien, in denen er, wie jetzt bei mir, viel geweint habe. Man habe ihm das teilweise sogar zum Vorwurf gemacht, geändert habe sich nichts. Er litt vor allem darunter, dass er sich von klein an neben einem Geschwister ungerecht behandelt sah. Als ich ihm zuhörte, sah ich das verzweifelte Kind, dem schon immer vermittelt worden war, es solle vernünftig sein. Es erschien mir dringlich, ihn einzuladen, sich zu beruhigen. Aber wie? So sagte ich ihm schließlich, dass ich verstehen könne, dass das Kind in ihm tief verzweifelt sei und endlich gesehen werden wolle mit seinen Bedürfnissen. Er sah mich zum ersten Mal an und konnte aufhören zu weinen. Ob es ihm möglich sei, das dem verzweifelten Kind in sich, das ja in ihm weiterlebe, so zu sagen? Er wolle es versuchen, meinte er. Und stellte fest, da seien ganz viele, die verzweifelt und auch wütend seien. Und wieder begann er zu weinen. Er erzählte jetzt davon, dass der Vater sich dauernd über ihn lustig gemacht habe, er sei eine Heulsuse. Das war natürlich besonders kränkend. Jungen mit Begriffen anzugreifen, die auch noch auf das weibliche Geschlecht zielen ist eine große Demütigung. Wie gut konnte ich verstehen, dass er das Gefühl hatte, nichts dagegen machen zu können, dass er weinen müsse. Was für ein Schmerz zeigte sich in diesem Weinen! Nach und nach entwarf er ein Panorama von verletzten Kindern und Jugendlichen in sich. Da waren wütende, tief verzweifelte, hilflose, erstarrte. Ich spürte, wie mich sein Jammer ergriff. Es erschien mir wichtig, lange Zeit mit ihm in seiner Not zu sein. Schließlich fragte ich etwas, was ich häufig frage: Sind Sie das, der erwachsene Mann, der so verzweifelt ist? Damit lud ich ihn zu einer Beobachterperspektive oder metakognitiven Reflexion ein. Und er meinte erstaunt, nein eigentlich nicht, das seien die Kinder in ihm. Dann sind Sie mehr als diese verzweifelten und wütenden Kinder? Ja, das sei wohl so, das wisse er ja auch, aber es helfe ihm nicht. Was er davon halte, mit einer gewissen Distanz und ohne zu bewerten erst einmal wahrzunehmen mit dem Wissen, dass er mehr sei als diese verzweifelten Kinder. „Ach so, ja, so ähnlich wie bei der Meditation.“ Ja. „Aber das hilft mir nicht! Ich meditiere schon so lange, wenn ich meditiere geht es mir ja gut, aber danach ist alles wieder wie vorher.“ Jetzt lade ich ihn ein, dass wir etwas über den Unterschied von Mitgefühl und Achtsamkeit, die er ja kennt, nachdenken und bitte ihn schließlich „Wie wäre

es, wenn Sie, ganz aus dem Bewusstsein heraus, dass Sie ja groß sind, jetzt mit diesen verletzten Kindern sprechen, sie vielleicht in den Arm nehmen in der Vorstellung und ihnen mitfühlend sagen, dass Sie wissen, wie schwer sie es hatten?“ Ein erstaunter Blick. „Ich soll das machen?“ „Ja, wenn Sie mögen“. Er könne es versuchen. Es seien so viele und die seien misstrauisch, und eines würde protestieren, jetzt müsse es schon wieder vernünftig sein. Es dauerte geraume Zeit bis ihm einleuchtete, dass nicht dieses Kind in ihm vernünftig sein müsse, dass es vielmehr Verständnis für seine Überforderung brauche. Er, der Große, sei eingeladen, Verständnis für die Jüngeren in sich zu zeigen und sie zu trösten, so wie er vielleicht seine eigenen Kinder trösten würde. Als er erfuhr, dass er dazu in der Lage war, fühlte er sich deutlich erleichtert.

Im Weiteren und in späteren Sitzungen ging es dann auch noch darum, den jüngeren Ichs Sicherheit zu vermitteln, sie an einen guten, sicheren Ort zu bringen, mit Helferwesen zu umgeben und ihnen zu erklären, dass das Schlimme längst vorbei war. Er konnte ihnen auch erzählen, dass er groß sei, der Vater lange tot, und er werde dafür sorgen, dass niemals mehr jemand sie, die Jüngeren, so verletzen würde. Danach konnte er sich auch bewusst machen, dass es wohl nicht immer möglich sein würde, nicht verletzt zu werden, aber er könne damit ja umgehen, ganz anders als damals, als er Kind war.

Diese Fallvignette mag auch verdeutlichen, dass im Fall dieses Patienten, wie bei vielen anderen durch Vernachlässigung, Gewalt und sexualisierte Gewalt traumatisierten PatientInnen mit der gängigen Praxis von Achtsamkeit eher wenig geholfen werden kann. Vor 20 Jahren lernte ich in Amerika Jon Kabat Zinns Ansatz der „mindfulness based stress reduction“ kennen, arbeitete selbst mit dem Programm und überlegte mir, das an meine PatientInnen weiterzugeben. Stressabbau könnte ihnen ja nur helfen, dachte ich. Ich bot das Programm also in der von mir geleiteten Klinik an und die PatientInnen sagten mir: Das können wir nicht machen, das macht uns Stress. Damals konnte ich das nur akzeptieren, aber es hat einige Zeit gebraucht, bis ich meine PatientInnen wirklich verstand.

Ich sehe heute zwei Gründe für die Reaktion meiner PatientInnen: Zum einen können Menschen mit Traumafolgestörungen sich nur äußerst selten länger als 1- maximal 5 Minuten still auf etwas konzentrieren, weil die Gefahr besteht, dass sie von innen her überflutet werden mit Ängstigendem und Schrecklichem, außerdem können viele vor allem durch Gewalt und sexualisierte Gewalt traumatisierten Menschen sich nicht oder nur sehr kurz wahrnehmend auf ihren Körper einstellen. Der zweite Grund scheint mir zu sein, dass im klassischen Vorgehen des MBSR zwar davon ausgegangen wird, dass die dort geübte Praxis der Achtsamkeit zu mehr Mitgefühl führt, sie wird aber von manchen Lehrern bei der Übung

nicht explizit erwähnt. Und schon gar nicht geübt. Meine PatientInnen nahmen eine von Joan Borysenko nach buddhistischem Vorbild entwickelte Übung zur liebenden Güte dann aber sehr gerne an.

Mitgefühl ist nicht identisch mit Empathie, wenngleich es Gemeinsamkeiten gibt, über Empathie wird viel gesprochen, sie ist sozusagen „in“, über Mitgefühl noch zu wenig. Wir erinnern uns an den fehlenden Untertitel von Lowens Buch. Empathie bedeutet Einfühlung. Nach Goleman bedeutet Mitgefühl „eine Anteil nehmende, tief empfundene Fürsorge, ein Wunsch, etwas zu tun, um das Leid des Menschen zu lindern, unabhängig davon, ob man selbst oder ein anderer das betroffene Wesen ist.“ (Goleman, 2003, S.107) Man könnte meinen, dass diese Definition jeder Ärztin und jedem Arzt etwas bedeuten könnte. Es ist vielleicht nicht unwichtig, dass sowohl der Eid des Hippokrates wie auch eine aktuellere Form dieses Eides vom Weltärztebund keinen Hinweis auf Mitgefühl kennen. Rorty folgend geht es hier eher wieder um moralische Verpflichtungen. Manche scheinen davon auszugehen, dass sich Mitgefühl naturwüchsig aus Achtsamkeit ergibt. Aus den oben bereits genannten Gründen verschiedenster Ängste scheint es aber möglich zu sein, dass jemand Achtsamkeit als Technik praktiziert, so wie mein Patient das gemacht hat. Er erreichte dadurch zwar während der Meditation durchaus Entspannung, diese hielt nur nicht an. Mitgefühl für sich selbst entwickelte er nicht. Ich möchte betonen, dass Entspannung auch nicht das ist, was im Buddhismus durch Achtsamkeitspraxis angestrebt wird. Paul Fulton weist darauf hin, dass im Westen mit der Achtsamkeit etwa so umgegangen werde, wie das ein Botaniker mache, der ein Heilkraut aus einem exotischen Land zerlege und destilliere und dann glaube, es habe ähnliche Heilwirkungen wie im Herkunftsland wo es in einem bestimmten Kontext und eben auch als ganze Pflanze verabreicht würde. (Fulton 2013). Sylvia Wetzels weist darauf hin, dass Achtsamkeitspraxis, die zu Mitgefühl führen soll, eine Haltung erfordert, die den Wunsch beinhaltet, Heilsames bei sich und anderen zu bewirken. Einiges spricht dafür, dass Patienten dann von einer Behandlung viel profitieren, wenn sie die Hoffnung auf Heilung haben. Das würde bedeuten, dass wir als Ärzte entweder einen auf Heilung hoffenden Patienten brauchen, um ihm helfen zu können oder dass wir ihm mitfühlend dabei helfen sollten, Hoffnung zu entwickeln. Aber wie werden wir mitfühlend? Der nahe Feind des Mitgefühls sei das Mitleid, habe ich gelernt. Vor Mitleid wird gewarnt. Der barmherzige Samariter aus der Bibel handelt auch, tut etwas Heilsames, ist nicht mitleidig.

Denen, die gerne Beweise aus der Naturwissenschaft haben möchten, kann nun insofern geholfen werden, als die Hirnforschung Hinweise liefert, dass der mitfühlende Arzt der beste Arzt ist, den man sich wünschen kann.

Fabrizio Benedetti Professor für Neurophysiologie an der Universität Turin, meint in einem Artikel :“The neuroscience of the doctor patient relationship“, dass wir heute die komplexen psychobiologischen Faktoren, die in die Arzt-Patient-Beziehung einbezogen sind, ziemlich gut kennen. Er spricht von verschiedenen Schritten, die sich im Gehirn erkennen und zeigen lassen. Man kann sie auf Gehirnebene auch voneinander unterscheiden, das beschreibt Benedetti alles sehr genau. Der erste Schritt sei das Krankheitserleben des Patienten, der zweite die Suche nach Erleichterung. *Motivationales Handeln, das nicht zu unterscheiden sei von dem, das dazu führt, dass man Hunger stillen möchte oder Durst.* Denken wir an Mutter mit Baby! Ein dritter Schritt geschieht dann, wenn der Patient dem Arzt begegnet. Dies bezeichnet Benedetti als eine spezifische und einzigartige soziale Interaktion, in der die Erwartungen, Überzeugungen und Hoffnung Schlüsselfaktoren darstellen, die sich im Gehirn des Patienten erkennen lassen, während im Gehirn des Arztes empathisches und mitfühlendes Verhalten als wesentlicher Faktor erkennbar wird und entscheidend für die hilfreiche Begegnung ist. Bleiben wir noch einmal bei der Mutter mit Baby Interaktion. Da ist es klar, dass die Mutter den Hunger und Durst des Babies stillen will, darüber hinaus auch seine psychischen Bedürfnisse, so dass sie es anlächelt, ihm ihre Freude darüber vermittelt, dass es da ist, ihm emotionale Wärme gibt. Der vierte Schritt ist dann der, wenn der Patient die Behandlung empfängt, wie Benedetti das nennt. Wenn Hunger, Durst gestillt werden und eine adäquate emotionale Antwort erfolgt, fühlt sich das Baby wohl. Und so ähnlich scheint es uns auch mit unseren Ärzten zu gehen. Wir fühlen uns gestresst, wenn es so nicht abläuft und wir uns wie am Fließband behandelt fühlen. Wenn der Arzt uns versteht, bemerkt, was wir brauchen, wenn er uns emotional beantwortet, dann fühlen wir uns erleichtert, wir können lächeln. Wir sollten uns davon befreien, das mehr oder weniger verächtlich als Regression zu bezeichnen. Wenn es uns schlecht geht, sind wir bedürftig und es war der lange verachtete John Bowlby der zeigen konnte, dass auch Erwachsene Angebote einer sicheren, Halt gebenden Bindungserfahrung brauchen, wenn sie in Not sind.

So wie ich es schon erwähnt habe, sehe ich auch keinen großen Unterschied mehr zwischen einer Arzt-Patient Interaktion, die sich auf körperliches Leiden bezieht und einer Interaktion, die eher Psychisches zum Gegenstand hat.

Inzwischen kennen wir die Verbindungen zwischen den Erwartungen des Patienten und therapeutischen Effekten, das heißt, wie der Arzt die Erwartungen des Patienten beantwortet

oder beantworten sollte, teilweise schon recht gut. In seinem 2011 erschienen Buch „The patients brain“ sagt Benedetti eindeutig, dass es das Mitgefühl des Arztes ist, das bei einem Patienten der Hoffnung kann, zum Behandlungserfolg führt. In der Psychotherapie traumatisierter Menschen benötigen wir besonders viel Mitgefühl während dem, was ich Vorphase der Behandlung nennen möchte. Eine Phase nämlich, in der es zunächst darum geht, dem Patienten zu helfen, dass er überhaupt Hoffnung entwickelt.

Es ist auch wichtig, sich klar zu machen, dass es sich bei der Erwartung um die Vorwegnahme eines zukünftigen Zustandes handelt, das heißt, die Person stellt sich vor, wie eine Intervention wirken wird. Dies kann eine positive Erwartung sein (etwa die Vorstellung heilender Bilder) oder es können negative Erwartungen sein- u.a. ausgelöst durch sog. „Killersätze“, die negative Erwartungshaltungen zur Folge haben können (s. Ausgabe 2/2005 von FORUM PSYCHOSOMATIK und Georg Schönbächler: Placebo. In: Schweiz Med Forum 2007; 7:206-210)

ForscherInnen sprechen auch von einer Placebo ähnlichen Wirkung der ärztlichen Intervention, selbst wenn kein Placebo verabreicht wurde. Der Psychoanalytiker Michael Balint, sprach schon vor 60 Jahren vom „Arzt als Arznei“. Er schien bereits zu ahnen, dass selbst in einer 5-Minuten Medizin eine Atmosphäre von Vertrauen und Mitgefühl ... und das Gefühl des Aufgehobenseins den Heilungsprozess verstärken können und angstreduzierend wirken. (s. Schönbächler sowie Paul Enck, Fabrizio Benedetti, Manfred Schedlowski: New Insights into the Placebo and Nocebo Responses. In: Neuron 59, July 31, 2008)).

Viele unserer PatientInnen lehnen sich dafür ab, ja hassen sich sogar dafür, dass sie das, was sie sein sollten, nicht erreichen. Sie bezahlen einen hohen Preis dafür, dass sie fühlen. Die „ersten Pfeile“, die ihnen das Leben zugemutet hat, führen dazu, dass sie immer neue „zweite Pfeile“ gegen sich richten. Sie wünschen sich von ihrer Not befreit zu sein und hoffen, wenn sie nur genügend gut, sprich: angepasst sind, dann...Das Beispiel meines Patienten zeigt, dass es ihm zwar gelungen war zu überleben, und er war wütend auf sich und die Welt. Schon lange hatte er Frieden gesucht und deshalb zu meditieren begonnen, aber er fühlte sich überall von Dämonen umstellt. Dämonen der Vergangenheit, die ihn nicht losließen. Und dabei half ihm seine Achtsamkeitspraxis nicht, denn diese Praxis unterstützte ihn nicht dabei, mit sich selbst mitfühlend zu werden. Ich nahm an, dass seine inneren Dämonen, die wir Introjekte nennen, ihm das Mitgefühl nicht erlauben konnten. Hier schien es notwendig zu sein, dass ich so viel Mitgefühl aufbrachte für ihn und für all die verletzten und vernachlässigten Anteile in ihm, um ihn einzuladen, diesen mit Mitgefühl zu begegnen. Und ihn andererseits auch dazu

ermutigen konnte, den Dämonen mitfühlend zu begegnen und anzuerkennen, dass diese ihm früher helfen wollten und genauso wie seine verletzten Anteile in der Vergangenheit feststecken also nicht wissen, dass jetzt eine andere Zeit ist.

Es gehe darum, die „Schreie der Welt zu hören“, meint Pema Chödrön, jedoch funktioniere die Schulung eines Bodhisattva nicht auf die bequeme Tour, es gebe keine Garantie für ein Happy-End. (Chödrön, 2012, Buddhismus aktuell 4/2012, S. 41) Und genau hier ist die Stelle, wo es Mitgefühl braucht, aber eben auch Selbstmitgefühl. Die Schreie der Welt tagein, tagaus mit offenen Ohren und offenem Herzen zu hören, das ist nicht leicht. Der Buddha war weise, deshalb stellte er dem Mitgefühl drei weitere an die Seite: liebende Güte, Gleichmut und, für mich das Wichtigste: Mitfreude. Ohne Freude im Leben und bei der Arbeit kann man nicht mitfühlend sein. Ich fand einen schönen Vergleich bei meiner psychoanalytischen Kollegin vom William Alliston White Institut in New York, Sandra Buechler: Die Analytikerin müsse es halten wie eine Mutter im Flugzeug, erst müsse sie selbst die Sauerstoffmaske anlegen, und dann dem Kind. Wir sollten viel tun, dass wir Freude im Leben, in der Therapie und am Leben haben. Ich stelle mir Mitgefühl als den tragenden Grund vor und Freude als den Sauerstoff der Arzt-Patient Beziehung.

(1) Vortrag gehalten auf dem Kongress „Achtsamkeit und Mitgefühl in Psychotherapie und Gesundheitsvorsorge“. 14.-16. Juni 2013 Universität Freiburg/Breisgau

copyright: Luise Reddemann