

Daniel Widmer

## Drittes Gespräch mit Alexandre Jollien über Komplexität in der Medizin

**Im ersten Gespräch hat Alexandre Jollien zwei Begriffe definiert: Komplexität an sich – in einer objektiven Beschreibung veranschaulicht – sowie Komplexität für uns, vom Arzt unter Einschluss seiner Subjektivität gelebt. Im zweiten Gespräch ging es um Empathie. Sie läuft ohne Selbstreflexion ins Leere: Nur wer auf sich selbst eingestellt ist, kann sich auch auf den anderen einstellen. Für den Praktiker ist der Blick auf sich selbst unabdingbar.**

### Therapeutische Distanz

**PrimaryCare:** Es war Ihre Idee, Alexandre Jollien, im Rahmen unseres Austauschs über Komplexität das Thema der therapeutischen Distanz anzugehen. Weshalb?

**Alexandre Jollien:** Als Patient im Institut für Behinderte mit cerebralen Bewegungsstörungen und später dann in verschiedenen Arztpraxen hat mich die therapeutische Distanz bald verletzt, bald schockiert und stutzig gemacht. Eine nicht angemessene Einstellung zum Patienten kann meiner Meinung nach grossen Schaden anrichten. Distanz legt zudem die nicht auf Technik reduzierbare hohe Komplexität der ärztlichen Kunst offen – von daher mein Interesse.

*Aber was verstehen Sie unter therapeutischer Distanz?*

Therapeutische Distanz postuliert, betroffen zu sein sei unprofessionell, vielmehr zeichne eine gewisse Neutralität den guten Praktiker aus. Für mich ist therapeutische Distanz eine Pose, ein angeeignetes Verhalten, das die Singularität der beiden Protagonisten ausblenden kann. Die Distanz ist nicht von vornherein gegeben, sondern von der Fachperson aufgezwungen: Es ist, das zeigt die

Etymologie, ein Fernhalten. Wie aber neutral bleiben, wenn man zu zweit dasselbe Mensch-Sein teilt und in der Beziehung etwas Vitales, Intimes auf dem Spiel steht? Zur Verdeutlichung erwähne ich ein für mich ganz wichtiges Märchen der Gebrüder Grimm: «Der alte Grossvater und der Enkel». Ein alter Mann lebt mit seinem Sohn und dessen Frau, wird schlecht behandelt und muss aus einem hölzernen Schüsselchen essen. Eines Tages trägt das Enkelkind auf der Erde kleine Brettlein zusammen und wird vom Vater

gefragt, was er denn mache: «Ich mache ein Tröglein», antwortete das Kind, «daraus sollen Vater und Mutter essen, wenn ich gross bin.» Dieses Märchen legt mitfühlendes Verhalten nahe; es erinnert daran, dass wir alle der *Conditio humana* unterstehen. Es lädt dazu ein, die mit der Distanz gewissermassen ausgeschaltete Gleichheit wiederherzustellen. Es verurteilt den Machtmissbrauch, der die zwischenmenschlichen Beziehungen heimlich zerrütten kann. Auf der Ebene der Patientenbeziehung ist es wichtig, sich nicht in Asym-

metrie zu flüchten und so einen Gegensatz zwischen dem Inhaber der Wissensmacht und dem Patienten herzustellen. Das ist nicht bloss ethisch fragwürdig, sondern zeugt von mangelnder Professionalität. Wir können einen Menschen nicht therapieren, wenn wir dessen Mensch-Sein ausklammern; genauso wenig können wir uns seiner Realität annähern, wenn wir ihn auf eine Pathologie reduzieren. Therapiert wird der Patient als Ganzes.

*Darauf möchte ich mit einem Zitat des berühmten Mediziners Sir William Osler antworten, der seinen Studierenden sagte: «Don't get too involved. If you do, a little bit of you will die with each patient ...» Fällt es Ihnen schwer, Oslers Gedanken nachzuvollziehen, dass wir uns gegen das Leiden wappnen sollen, indem wir vergessen, dass das Schüsselchen eines Tages das unsrige sein wird? Denn wie therapieren, wenn man selbst leidet? Dazu meinte Georges Duhamel: «Wenn der Arzt leidet, sind die Kranken zu bedauern.»*

Ich bin nicht systematisch gegen die Idee der therapeutischen Distanz, ich schlage lediglich vor, sie zu überdenken, sie zu verinnerlichen. Wenn der Arzt der Sklave seiner selbst und seiner Vorstellungen ist, wenn er von Gefühlen übermannt wird, dann leidet er tatsächlich. Doch die Antwort auf diese von innen drohende Gefahr ist nicht zwingend eine als Kälte, als Panzer wahrgenommene therapeutische Distanz. Es gibt einen anderen Weg.

*Welchen?*

Dazu möchte ich den Michel Onfray entlehnten Begriff der Eumetrie einführen; der Neologismus bezeichnet die richtige Distanz. Gegenübertragung, Mitleid, Leiden sind unvermeidlich, aber man kann sich dagegen wappnen, ohne ein reiner Techniker, ein blosser Dienstleister zu werden. Die ärztliche Doxa mag therapeutische Distanz als etwas Erstarrtes begreifen, Eumetrie jedoch meint Bewegung, Anpassung. Tag für Tag wird sie neu ausgehandelt, evaluiert. Es ist der Übergang von einer Ideologie, die gegenüber den Patienten Verteidigungsmechanismen aufbaut, zu einem für den Patienten offenen Wirklichkeitsverständnis.

*Aber wie dies in der Lehre vermitteln?*

Vor kurzem habe ich mit Medizinstudenten gesprochen. Sie haben mir erklärt, anfänglich sei ihre Beziehung zum Patienten locker gewesen; im Laufe des Studiums werde sie dann komplexer und drohe mechanisch, protokollarisch zu werden. Der Dozierende sollte die Eumetrie nicht aus den Augen verlieren, also den selbstkritischen Prozess der Evaluierung der therapeutischen Distanz sich selbst gegenüber. Hüten wir uns davor, die therapeutische Distanz zu verdinglichen und daraus einfach eine physische Barriere zwischen Arzt und Patient zu machen. Wenn es Distanz geben muss, dann zwischen Arzt und Arzt, anders gesagt, zwischen dem Arzt und seinen Reaktionen, seinen Emotionen, seinen Reflexen. Die Gefahr besteht, wie gesagt, darin, die Distanz zu verdinglichen, daraus eine *Passepartout*-Haltung zu machen, welche die Singularität des Patienten wie des Arztes negiert. Ich behaupte, schlecht interpretierte therapeutische Distanz sei für den Arzt ein *Eigengol*: Die Persön-

**Auf der Ebene der Patientenbeziehung ist es wichtig, sich nicht in Asymmetrie zu flüchten und so einen Gegensatz zwischen dem Inhaber der Wissensmacht und dem Patienten herzustellen.**

lichkeit des Therapeuten wird verneint, denn er soll auswechselbar werden. Therapeutische Kunst aber bringt sämtliche Fähigkeiten des Arztes ins Spiel: seine Kenntnisse, seine Kompetenzen, seine Intuitionen, seine Sozialkompetenz, seine Geschichte und seine Persönlichkeit. Besagte Distanz ist auch ein Eigengoal für das Wohlbefinden des Arztes: Gründet die Patientenbeziehung bloss auf der biomedizinischen Ebene und kommt es zum Scheitern, scheitert alles. Leicht vorstellbar, zu wie viel Leid dies führen kann. Medizinische Betreuung aber beschränkt sich nicht auf technisches Handeln. Eumetrie verlangt einen kritischen Geist. Gefordert ist nicht verschmelzende Empathie, sondern eine ganzheitliche Präsenz in der Beziehung, ohne die Affektivität auszuschalten.

*Wir befinden uns mithin erneut auf einer Gratwanderung zwischen Verschmelzung und Indifferenz. Die subjektive Komplexität und ihre inneren Spannungen lassen uns nicht los. Wie soll ich meine Studierenden auf diese Gipfel führen? Muss ich sie anseilen? Dient die therapeutische Distanz nicht der Sicherung?*

Vor allem kein Seil! Ich meine, die therapeutische Distanz habe andere, sie grundierende Diskussionen ausgeschaltet, nämlich die Frage, wie der Arzt mit seinen Affekten umgeht. Mit der therapeutischen Distanz lässt sich das Problem umgehen, indem die eigene Verunsicherung nach aussen projiziert wird.

*Sie sagen, vor allem kein Seil. Meinen Sie, wir sollten die Studierenden sich in die Patientenbeziehung stürzen lassen, ohne ihnen eine Gebrauchsanweisung mitzugeben?*

Ich befürchte in der Tat, dass die medizinische Betreuung von einem bestimmten theoretischen Wissen geprägt wird. Auf dem Grat auszubilden heisst nicht, sich die protokollarische Bewältigung der Patientenbeziehung anzueignen und jene Studierenden zu beglückwünschen, die alles richtig machen, sondern sie für die Schwierigkeit der Praxis zu sensibilisieren. In meinen Augen kann das Zeugnis von Patienten, von «Opfern» der therapeutischen Distanz, eine exzellente Katharsis sein. Sie stellt die Studierenden in Frage, konfrontiert sie mit der Realität, ohne die Illusion des Bewältigens. Was bedeutet es, verdinglicht zu werden, kein Mitspracherecht zu haben?

*Ich habe den Eindruck, dass sich im Verlauf unserer Diskussionen ein Gedanke herauskristallisiert: die gelebte Erfahrung der Studierenden zu privilegieren und sie zu interpretieren. Wir haben von Supervision gesprochen. Das impliziert ein persönliches Engagement, eher ein Sich-Einlassen auf die Beziehung als den Status des distanzierten Beobachters, also Eumetrie. Aber wenn ich die Metapher des Wanderns auf dem Grat ohne Seil richtig verstanden habe, impliziert das auch, dass der Weg nicht a priori abgesteckt werden soll. Das Risiko eines Sturzes, eines Fehlers eingehen? Genau das aber will unsere Null-Risiko-Gesellschaft nicht von uns – genauso wenig die nach einer Leitfigur suchenden Studierenden.*

Es geht letztlich darum, sich eine subjektive Zugänglichkeit anzueignen und sich Schritt für Schritt auf eine Beziehung einzulassen. In diesem Zusammenhang könnten wir auf den aristotelischen Tugendbegriff zurückgreifen: *aretē* ist Exzellenz. Die *aretē* des Menschen ist es, vollkommen menschlich zu sein. Und die *aretē* des Arztes? Zweifellos gebietet sie, die ärztliche Kunst exzellent zu praktizieren. Aristoteles gibt uns einige Hinweise. Indem wir Tugend praktizieren, eignen wir sie uns an, schlägt sie in uns Wurzeln. So wenig wir darauf warten dürfen, vertrauensvoll zu sein, um Vertrauensakte zu setzen, dürfen wir vorgeben, die affektive Frage in der therapeutischen Beziehung vollkommen gemeistert zu haben, um uns dann darauf einzulassen. Aristoteles bietet uns noch andere Werkzeuge an. Er sagt, *aretē* sei eine Art Ebenmass in Bezug auf uns selbst. Anders gesagt, es geht darum, sich auf die Singularität der Situation einzulassen und zu versuchen, das richtige Mass, das vollkommene Gleichgewicht zu erlangen. Auf dem Tugendpfad, beim Streben nach diesem Anspruch kann es zu Taktlosigkeiten, zu Rückfällen kommen. Doch meiner Meinung ist hier die Quelle der Fehler entscheidend. Paradoxerweise kann ich mich irren, wenn ich versuche, mich so gut wie möglich auf den Patienten einzustellen. Der Wille, sich auf den Patienten einzustellen, wird mein Verhalten schärfen. Ich kann mich auch irren und zugleich von der Richtigkeit meines Handelns überzeugt sein. Das Urteil über den Unterschied überlasse ich Ihnen. Wer sich auf eine Beziehung einlässt, geht ein Risiko ein. Genau so kann man die Komplexität des Patienten vollständig verfehlen, sie reduzieren, falsch interpretieren. Wenn der Arzt Offenheit anstrebt, wenn er sich auf die Dynamik von Zuhören und Respektieren einstellt, dann habe ich wegen Fehlern kaum Bedenken. Ich glaube, wir müssen ernsthaft nach konkreten Werkzeugen suchen, denn letztlich geht es darum, wie Sozialkompetenz in der Medizin zu lehren ist: Wie lernen, mit Komplexität in ihren verschiedenen Ausdrucksformen umzugehen?

---

In meinen Augen kann das Zeugnis von Patienten, von «Opfern» der therapeutischen Distanz, eine exzellente Katharsis sein.

---

*Ein exzellentes Programm für das nächste Gespräch. Ich meinerseits möchte diese Idee der Sozialkompetenz in der Medizin besser erfassen, bevor ich mich auf die Suche nach den Werkzeugen begeben ...*

Fortsetzung folgt ...

---

Korrespondenz:  
Dr. med. Daniel Widmer  
Spécialiste en médecine générale FMH  
2, av. Juste-Olivier  
1006 Lausanne  
widmer@primary-care.ch