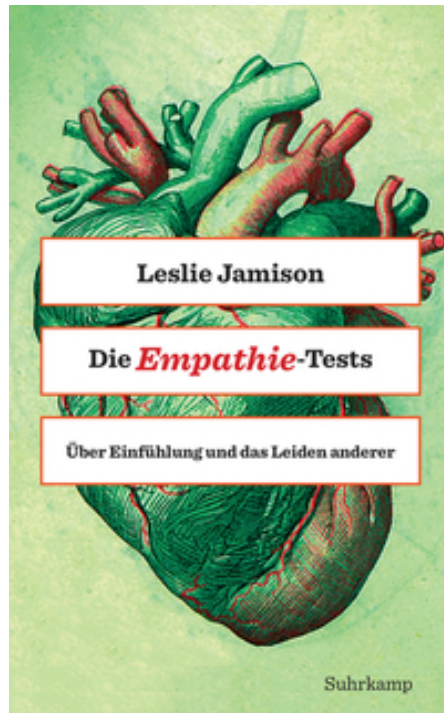


Suhrkamp Verlag

Leseprobe



Jamison, Leslie
Die Empathie-Tests

Über Einfühlung und das Leiden anderer
Aus dem amerikanischen Englisch von Kirsten Riesselmann

© Suhrkamp Verlag
suhrkamp taschenbuch 4807
978-3-518-46807-4

suhrkamp taschenbuch 4807

Ist Empathie eine innere Qualität oder etwas, das man sagt und tut, eine Praxis? Eine Zeitlang jobbte Leslie Jamison als Darstellerin von Krankheiten: Medizinstudenten mussten erkennen, woran sie litt, und wurden nach ihren diagnostischen Fähigkeiten beurteilt – und danach, wie gut sie ihre Einfühlung zum Ausdruck bringen konnten. Doch hilft Empathie wirklich oder steht sie uns nur gut zu Gesicht? Respektiert, wer sich einfühlt, die Grenzen anderer oder missachtet er sie? Leslie Jamison stellt diese Fragen, indem sie über so verschiedene Themen wie den mexikanischen Drogenkrieg oder weiblichen Schmerz schreibt. In der Tradition von Susan Sontag, Joan Didion oder zuletzt David Foster Wallace kombiniert sie Reportage, Kulturkritik und persönliches Erzählen. Und während sie Antworten nur provisorisch akzeptiert, als Anlass für neue Fragen, führt sie buchstäblich ihren eigenen Körper ins Feld.

Leslie Jamison, 1983 geboren, wuchs in Los Angeles auf, studierte in Harvard und promovierte in Yale. 2010 erschien ihr Roman *The Gin Closet*. Leslie Jamison lebt in New York.

Leslie Jamison

Die *Empathie*-Tests

Über die Einfühlung und das Leiden anderer

Aus dem Englischen
von Kirsten Riesselmann

Suhrkamp

Die Originalausgabe erschien 2014 unter dem Titel
The Empathy Exams
bei Graywolf Press, Minneapolis.

Erste Auflage 2017
suhrkamp taschenbuch 4807
© 2014 Leslie Jamison
Alle Rechte der deutschen Ausgabe
© Hanser Berlin im Carl Hanser Verlag München 2015
Lizenzausgabe mit freundlicher Genehmigung des
Hanser Berlin im Carl Hanser Verlag
Suhrkamp Taschenbuch Verlag
Alle Rechte vorbehalten, insbesondere das
des öffentlichen Vortrags sowie der Übertragung
durch Rundfunk und Fernsehen, auch einzelner Teile.
Kein Teil des Werkes darf in irgendeiner Form
(durch Fotografie, Mikrofilm oder andere Verfahren)
ohne schriftliche Genehmigung des Verlages reproduziert
oder unter Verwendung elektronischer Systeme
verarbeitet, vervielfältigt oder verbreitet werden.
Druck und Bindung: CPI – Ebner & Spiegel, Ulm
Umschlag: nach einem Entwurf von
Peter-Andreas Hassiepen, München
Printed in Germany
ISBN 978-3-518-46807-4

Die *Empathie*-Tests

Für meine Mutter,
Joanne Leslie

Homo sum, humani nil a me alienum puto
Ich bin ein Mensch, nichts Menschliches,
denke ich, ist mir fremd.

TERENZ, DER SELBSTQUÄLER

INHALT

Die Empathie-Tests	II
Teufelsköder	53
La Frontera	97
Morphologie des Überfalls	115
Reisen in den Schmerz (I)	127
<i>La plata perdida</i>	127
<i>Das Erhabene, revidiert</i>	130
<i>South Central Sightseeing</i>	134
Der ewige Horizont	145
Verteidigung des Süßlichen	173
Nebelzählung	203
Reisen in den Schmerz (II)	229
<i>Votivbilder</i>	229
<i>Servicio supercompleto</i>	232
<i>Das gebrochene Herz des James Agee</i>	236
Lost Boys	243
Große Universaltheorie	
über den weiblichen Schmerz	277
Quellenverzeichnis	329
Danksagung	333

Die Empathie-Tests

Ich jobbe als Patienten-Darstellerin. Das heißt: Ich spiele Kranke. Ich bekomme einen Stundenlohn. Medizinstudenten müssen erraten, was ich habe. Ich werde als Normpatientin eingesetzt. Das bedeutet, dass ich mich den Regeln meiner Krankheitsbilder entsprechend verhalte. Im Fachjargon nennt man mich »SP«, Abkürzung für *standardized patient*. Die Symptome von Schwangerschaftsgestose, Asthma und Blinddarm-entzündung kann ich aus dem Effeff. Ich spiele auch eine Mutter, die ein Baby mit blauen Lippen hat.

Konkret funktioniert das so: Man bekommt einen Krankenhauskittel aus Papier, ein Skript und dreizehn Dollar fünfzig die Stunde. Das Skript ist zehn bis zwölf Seiten lang. Darin steht, was mit einem nicht stimmt – und zwar nicht nur, was einem weh tut, sondern auch, wie man diesem Schmerz Ausdruck zu verleihen hat. Es schreibt einem vor, wie viel man wann preisgeben darf. Man soll immer nur nach einem ganz bestimmten Muster antworten. Die fiktiven Leben von uns Simulationspatienten sind detailliert beschrieben: wie alt unsere Kinder sind, welche Krankheiten unsere Eltern haben, wie die Immobilien- und Grafikdesign-Firmen unserer Ehemänner heißen, wie viel wir im vergangenen Jahr abgenommen haben und wie viel Alkohol wir pro Woche trinken.

Meine Spezialität ist der Fall von Stephanie Phillips, einer Dreiundzwanzigjährigen, die an einer sogenannten Konversionsstörung leidet. Die Trauer über den Tod ihres Bruders äußert sich bei ihr in Krampfanfällen. Diese Art von Störung kannte ich vorher nicht. Ich wusste nicht, dass man aus Trauer

Zuckungen bekommen kann. Stephanie selbst soll das laut Skript auch nicht wissen. Sie soll noch nicht auf den Gedanken gekommen sein, dass die Anfälle irgendwas mit ihrem Verlust zu tun haben könnten.

STEPHANIE PHILLIPS

Psychiatrie // Materialien für Patienten-Darstellerin

DER FALL: Sie sind dreiundzwanzig Jahre alt und haben ohne erkennbare neurologische Ursache Krampfanfälle. An die Anfälle selbst können Sie sich nicht erinnern, man hat Ihnen aber gesagt, dass Sie währenddessen Schaum vor dem Mund haben und laut Obszönitäten von sich geben. Im Normalfall merken Sie, wenn ein Krampf sich ankündigt. Die Anfälle haben vor zwei Jahren begonnen, kurz nachdem Ihr älterer Bruder unterhalb der Bennington Avenue Bridge ertrunken ist. Er war nach einer Parkplatzparty mit seinen Footballkumpels betrunken schwimmen gegangen. Sie haben beide auf demselben Minigolfplatz gearbeitet. Zurzeit arbeiten Sie gar nicht mehr. Sie haben Angst davor, in aller Öffentlichkeit einen Anfall zu erleiden. Bislang hat Ihnen kein Arzt helfen können. Ihr Bruder hieß Will.

BEHANDLUNGSGESCHICHTE: Sie nehmen keinerlei Medikamente. Sie haben noch nie Antidepressiva genommen. Bislang sind Sie nicht davon ausgegangen, dass Sie welche brauchen.

KRANKHEITSGESCHICHTE: Probleme mit Ihrer Gesundheit sind Ihnen so gut wie unbekannt. Sie hatten noch nie etwas Schlimmeres als einen gebrochenen Arm. Will war dabei,

als Sie sich diesen Arm gebrochen haben. Er war derjenige, der den Notarzt gerufen und Sie beruhigt hat, bis die Sanitäter da waren.

Unsere simulierten Sprechstunden finden in drei nebeneinanderliegenden, extra zu diesem Zweck eingerichteten Räumen statt. Jeder Raum ist mit einer Untersuchungs- und einer Überwachungskamera ausgestattet. Wir prüfen Medizinstudentinnen und -studenten im zweiten und dritten Studienjahr in thematisch wechselnder Folge: in Kinderheilkunde, Chirurgie und Psychiatrie. An einem normalen Testtag müssen die Studierenden drei oder vier »Begegnungen« absolvieren, jede mit einem anderen Schauspieler und einem anders gelagerten Fall.

Die Studierenden tasten beispielsweise eine Frau mit Unterleibsschmerzen ab (Selbstauskunft: Stärke zehn auf einer Skala von eins bis zehn), erklären dann einem von Wahnvorstellungen heimgesuchten jungen Anwalt, dass sein Empfinden, ein sich windendes Knäuel Würmer im Dünndarm zu haben, wahrscheinlich eine andere Ursache hat, und kommen im Anschluss in meinen Raum, wo sie mir mit unbewegter Miene mitteilen, dass ich vorzeitige Wehen habe und demnächst mit dem um meinen Bauch gebundenen Kissen niederkommen werde – oder sie nicken ernst, während ich meiner Sorge um mein kränkliches Plastikbaby Ausdruck verleihe: »Er ist immer so still.«

Nach der viertelstündigen Begegnung gehen die Studierenden wieder aus dem Zimmer, und ich fülle einen Evaluationsbogen über ihre jeweiligen Performances aus. Der erste Teil ist eine Checkliste: Welche zentralen Informationen hat er/sie aus mir herausgeholt? Welche blieben unberücksichtigt? Im zweiten Teil der Evaluation geht es ums Zwischenmenschliche. Un-

terpunkt 31 auf der Checkliste – »laut geäußerte Anteilnahme an meiner Situation/meinem Problem« – wird von allen Seiten als der wichtigste eingeschätzt. Über die zentrale Bedeutung der beiden ersten Wörter – *laut geäußert* – hat man uns aufgeklärt. Es reicht nicht, ein verständnisvolles Gebaren an den Tag zu legen oder sich eines einfühlsamen Tonfalls zu befleißigen. Die Studenten müssen die richtigen Worte aussprechen, um Mitgefühlspunkte zu bekommen.

Wir Simulationspatienten haben ein eigenes Zimmer, in dem wir uns vorbereiten und Druck ablassen können. Wir kommen in Kleingruppchen zusammen: alte Männer in zerknitterten blauen Morgenröcken, medizinische Fachangestellte mit für unsere papiernen Kittel viel zu coolen Stiefeln und ortsansässige Teenager in weiten Krankenhausumhängen und knallengen Jogginghosen. Wir helfen uns gegenseitig dabei, uns Kissen vor den Bauch zu schnallen. Doug, das kleine, aufblasbare, in eine billige Baumwolldecke gewickelte Baby, wird wie ein Staffelstab von Frau zu Frau weitergereicht. Unsere Reihen sind gefüllt mit den Mitgliedern lokaler Laientheatergruppen, Schauspielschülern auf der Suche nach der großen Bühne, Highschool-Kids, die sich Geld zum Versaufen verdienen, und Rentnern mit viel freier Zeit. Ich bin Autorin, und das bedeutet: Ich versuche, nicht ständig pleite zu sein.

Was wir aufführen, ist eine demographische Menagerie: Da gibt es die Sportskanone mit dem Kreuzbandriss und den Manager mit dem Koksproblem. Die Tripper-Oma hat gerade ihren Ehemann betrogen, mit dem sie seit vierzig Jahren verheiratet ist, und versteckt sich jetzt hinter ihrer Scham wie hinter einem Schleier. Die Studierenden sollen es schaffen, diesen Schleier zur Seite zu ziehen. Wenn sie die richtigen Fragen stellen, wird Tripper-Oma nach der Hälfte der Begegnung einen gespielten Heulkampf erleiden.

Der Amnesie-Mann bekommt ein Make-up: einen tiefen Schnitt im Kinn, ein blaues Auge und mit grünem Lidschatten aufgetragene blaue Flecken auf den Wangenknochen. Er hat einen leichten Autounfall gehabt, an den er sich nicht erinnern kann. Vor der Sitzung sprüht sich der Darsteller mit Alkohol ein wie mit Parfüm. Hin und wieder soll er eine Anspielung auf seine Alkoholabhängigkeit fallenlassen, aber nur »ungeplant«, denn eigentlich hütet er die Details seines Geheimnisses, so gut es geht.

In unseren Skripten wimmelt es vor blumigen Ausschmückungen: Der Mann der schwangeren Lila segelt als Jacht-Kapitän vor Kroatien herum. Blinddarm-Angela hat einen toten Onkel, der seinerzeit Gitarrist war und dessen Tourbus von einem Tornado erfasst wurde. Jede Figur hat in der weiteren Verwandtschaft den einen oder anderen Fall, wo jemand auf gewaltsame, für den Mittleren Westen typische Art und Weise zu Tode gekommen ist: Menschen wurden bei Traktor- oder Getreidesilounfällen zerfleischt oder auf der Heimfahrt vom Supermarkt von einem Betrunkenen am Steuer überfahren; sie wurden von Unwettern, Schlachtenbummler-Partys nach College-Footballspielen (Unfall mit Schusswaffen) oder, wie mein Bruder Will, von leiseren Nachwirkungen des Alkoholkonsums dahingerafft.

Zwischen den Begegnungen bekommen wir Wasser, Obst und Müsliriegel, außerdem gibt es einen unendlichen Vorrat an Pfefferminzbonbons. Wir sollen die Studierenden nicht mit den Nebenwirkungen unserer echten Körper behelligen, mit unserem Mundgeruch und unserem knurrenden Magen.

Manche der Studenten werden im Laufe der Sitzungen nervös, was sich dann anfühlt wie ein schlecht laufendes Date – mal davon abgesehen, dass die Hälfte von ihnen Eheringe aus Platin am Finger hat. Ich habe häufig das Bedürfnis, ihnen mit-

zuteilen, dass ich mehr bin als eine unverheiratete Frau, die für ein Taschengeld Krampfanfälle simuliert. *Auch ich tue etwas!*, will ich ihnen sagen. *Wahrscheinlich schreibe ich hierüber irgendwann mal ein Buch!* Wir machen Smalltalk über das Bauernkaff in Iowa, aus dem ich angeblich stamme. Uns beiden ist klar, dass wir uns dieses vor sich hin plätschernde Gespräch nur ausdenken, aber wir sind entschlossen, die Erfindungen des jeweils anderen als authentischen Ausdruck unserer Persönlichkeit zu behandeln. Wie ein Springseil halten wir die Fiktion zwischen uns fest.

Einmal vergaß einer der Studenten, dass wir nur so tun, als ob. Er fing an, mir detailgenaue Fragen zu meiner vorgeblichen Heimatstadt zu stellen – die zufälligerweise tatsächlich *seine* Heimatstadt war. Seine Fragen überstiegen das, was in meinem Skript stand oder was ich beantworten konnte, denn in Wirklichkeit weiß ich nicht viel über die Person, die ich spiele, oder den Ort, aus dem ich angeblich stamme. Der Student hatte unseren Vertrag aus dem Blick verloren. Beherzt saugte ich mir allen möglichen Quatsch aus den Fingern. »Stimmt, der Park in Muscatine!«, rief ich und schlug mir wie ein Großväterchen die Hand aufs Knie. »Da bin ich als Kind immer Schlitten gefahren.«

Andere sind ganz die Profis. Sie rattern ihre Abhakliste für Depressionssymptome runter wie einen Einkaufszettel im Supermarkt: *Schlafstörungen, Appetitschwankungen, Konzentrations-schwierigkeiten?* Manche von ihnen reagieren gereizt, wenn ich mich an mein Skript halte und mich weigere, Blickkontakt zu ihnen aufzunehmen. Aber ich soll ja in mich gekehrt und wie in einem Kokon sein. Diese nervösen Studenten interpretieren meine niedergeschlagenen Augen als Herausforderung. Pausenlos suchen sie meinen Blick. Das ist ihre Art, Kontrolle über die Situation zu behalten – sie nötigen mich dazu, die ihnen

abverlangte Zurschaustellung von Fürsorglichkeit auch wirklich zur Kenntnis zu nehmen.

An die in ihrer beharrlichen Floskelhaftigkeit geradezu aggressiv erscheinenden Bemerkungen habe ich mich gewöhnt: *Es ist sicher nicht einfach für Sie* (ein sterbendes Baby zu haben), *es ist sicher nicht einfach für Sie* (Angst davor zu haben, den nächsten epileptischen Anfall mitten in einem Supermarkt zu bekommen), *es ist sicher nicht einfach für Sie* (in der Gebärmutter den bakteriologischen Nachweis für den Betrug am eigenen Ehemann zu tragen). Niemand sagt je: *Ich kann mir nicht vorstellen, wie das für Sie ist* – warum eigentlich nicht?

Andere scheinen zu ahnen, dass Mitgefühl etwas ist, das stets auch gefährlich nah an der Kippe zur Übergriffigkeit steht. Sie drücken mir noch nicht mal das Stethoskop auf die Haut, ohne vorher zu fragen, ob das für mich okay sei. Sie brauchen eine Erlaubnis. Sie wollen sich nicht zu viel herausnehmen. Ihr Stammelzen zollt – eher unabsichtlich – meiner Privatsphäre Respekt: »Darf ich ... dürfte ich ... Würde es Ihnen etwas ausmachen, wenn ich mir – einmal Ihr Herz anhöre?« »Nein«, sage ich dann zu ihnen, »das macht mir nichts aus.« Es ist schließlich mein Job, dass mir das nichts ausmacht. Ihre Demut ist eine Form von Anteilnahme. Ihre Demut bedeutet, dass sie mir Fragen stellen, und Fragen bedeuten, dass sie Antworten bekommen, und Antworten wiederum bedeuten, dass sie Punkte auf der Checkliste kriegen: einen Punkt dafür, dass sie herausbekommen, dass meine Mutter Antidepressiva nimmt, einen Punkt dafür, dass ich zugebe, die vergangenen beiden Jahre damit zugebracht zu haben, mich zu ritzen, und einen Punkt dafür, dass ich ihnen erzähle, dass mein Vater in einem Getreidesilo gestorben ist, als ich zwei war. Sie erhalten Punkte dafür, dass sie begreifen: Unter der Landschaft meines Lebens erstreckt sich ein radial-rhizomatisches Wurzelwerk aus Unglück.

In diesem Sinne lässt sich Empathie nicht nur durch Checklistenpunkt 31 bemessen – die »laut geäußerte Anteilnahme an meiner Situation/meinem Problem« –, sondern durch jede Kleinigkeit, die erkennen lässt, dass mein Erfahrungshintergrund gründlich reflektiert worden ist. Einfühlung erschöpft sich nicht darin, brav daran zu denken, *es ist sicher nicht einfach für Sie* zu sagen. Empathisch zu sein bedeutet herauszufinden, wie man die Probleme anderer ans Licht befördert und so überhaupt erst sichtbar macht. Empathisch zu sein bedeutet nicht nur, zuzuhören, sondern auch, überhaupt erst die Fragen zu stellen, die dann Antworten hervorbringen, die man anhören muss. Empathie bedarf des beharrlichen Nachfragens genauso wie des Vorstellungsvermögens. Empathie bedarf des Wissens um die eigene Unwissenheit. Empathie heißt, dass man sich klarmacht: Es gibt immer einen Kontext, dessen Umriss mehr umfasst als das, was gerade noch sichtbar ist. Denn der Tripper der alten Frau hängt mit ihren Schuldgefühlen zusammen, die wiederum mit ihrer Ehe zusammenhängen, die wiederum mit ihren Kindern zusammenhängt, die wiederum mit ihrer eigenen Kindheit zusammenhängen. Und all das hängt dann wieder zusammen mit der häuslich unterdrückten Mutter und umgekehrt mit der nie geschiedenen Ehe der Eltern. Vielleicht lässt sich alles sogar zurückverfolgen bis zur allerersten Periode dieser Frau – und ihrer Scham und Erregung darüber.

Fähigkeit zur Empathie heißt begreifen, dass kein Trauma autonome Randbereiche hat, die nicht von ihm betroffen sind. Traumata suppen aus. Sie bluten aus Wunden und schwappen über Grenzen. Aus Trauer werden epileptische Anfälle. Und als Reaktion darauf erfordert auch Empathie eine Art von Durchlässigkeit. Mein Stephanie-Skript ist zwölf Seiten lang. Ich denke vor allem über die Dinge nach, die nicht darin stehen.

Das Wort Empathie kommt von dem griechischen Wort *empathia* – zusammengesetzt aus *en* (»hinein«) und *pathos* (»Gefühl«). Es steht also für ein Eindringen, für eine Art Reise. Es tut so, als begeben sich in den Schmerz eines anderen so hinein wie in ein fremdes Land, als durchläufe man Grenzkontrollen und Zoll, als würde man eine Grenze qua Fragen stellen passieren: *Was wächst da, wo du bist? Welche Gesetze gelten? Was für Tiere grasen dort?*

Ich habe über Stephanie Phillips' Anfälle unter dem Aspekt von Besitz und Privatsphäre nachgedacht: Dadurch, dass sie ihrer Trauer keinen direkten Ausdruck verleiht, sondern sie zu etwas anderem werden lässt, kann sie sie für sich behalten. Die Weigerung, Blickkontakt zu jemandem herzustellen, der Widerwille, ihre emotionale Befindlichkeit zu erklären, und die Tatsache, dass sie während ihrer Trauerbekundungen ohnmächtig wird und sich hinterher nicht daran erinnern kann – all das könnte doch einfach ein Weg sein, ihre Verlusterfahrung rein zu halten, zu beschützen und nicht durch das Mitleid anderer verfälschen oder verletzen zu lassen.

»Was rufen Sie denn bei einem solchen Anfall?«, fragt einer der Studenten.

»Keine Ahnung«, gebe ich zurück und will hinzufügen: *Aber ich meine es genau so.*

Ich weiß, dass es gegen die Regeln verstoßen würde, das zu sagen. Schließlich spiele ich eine junge Frau, die ihre Trauer so tief vergraben hat, dass sie sie noch nicht mal selbst sehen kann. So einfach darf ich es meinen Studenten nicht machen.

LESLIE JAMISON

Frauenheilkunde // Materialien für Patienten-Darstellerin

DER FALL: Sie sind eine Frau von fünfundzwanzig Jahren und wollen einen Schwangerschaftsabbruch vornehmen lassen. Sie waren noch nie zuvor schwanger. Sie sind in der sechsten Schwangerschaftswoche, haben aber bislang weder Blähungen noch Bauchkrämpfe gehabt. Stimmungsschwankungen dagegen haben Sie schon an sich beobachtet, können aber nicht sicher sagen, ob das im Zusammenhang steht mit der Schwangerschaft oder mit dem Wissen um diese Schwangerschaft. Äußerlich ist Ihnen keine Aufgeregtheit wegen der Schwangerschaft anzumerken. Inwieweit Sie innerlich aus der Fassung sind, wissen Sie nicht so genau.

BEHANDLUNGSGESCHICHTE: Sie nehmen keinerlei Medikamente. Deswegen sind Sie ja auch schwanger geworden.

KRANKHEITSGESCHICHTE: Sie sind in der Vergangenheit mehrfach operiert worden, was Sie dem Arzt gegenüber aber nicht erwähnen, weil Sie es für unwichtig halten. Demnächst sollen Sie erneut operiert werden, um Ihre Tachykardie in den Griff zu bekommen, Ihren viel zu schnellen, unregelmäßigen Herzschlag. Ihre Mutter hat Ihnen das Versprechen abgenommen, dass Sie die bevorstehende Operation in dem Beratungsgespräch zum Schwangerschaftsabbruch ansprechen, obwohl Sie dazu eigentlich gar keine Lust haben. Ihre Mutter möchte aber, dass der Arzt über Ihre Herzprobleme Bescheid weiß – womöglich hat es ja Auswirkungen auf die Art und Weise des Abbruchs oder der Narkose während des Eingriffs.