

Beitrag

Titel: „Zwischen Selbstsorge und Heilsversprechen: Über den Einsatz von literarischen Texten in der Narrativen Medizin“

von Anita Wohlmann

für: „Von bewegenden Geschichten zu neuen salutogenen Narrativen“ in *Der Mensch – Zeitschrift für Salutogenese und anthropologische Medizin*, hrsg. Dr. Ottomar Bahrs

Zusammenfassung

Der Beitrag stellt die „Narrative Medizin“ vor wie sie von Rita Charon und ihren Kolleg*innen an der Columbia University in New York City konzipiert und praktiziert wird. Charon's Konzept unterscheidet sich von anderen Nutzungen des Begriffs „narrative Medizin“ insofern als sich Charon auf einen literaturwissenschaftlichen Ansatz stützt, um Erzählungen in der Medizin, deren Interpretation, Wirkung und Nutzen zu verstehen. Der Beitrag erläutert die Theorien und Ziele des Programms, diskutiert kritische Aspekte und reflektiert anhand von Beispielen Erfahrungen aus dem deutschsprachigen Raum. Welche Bedeutung kann das Lesen von literarischen Texten im medizinischen Kontext haben? Und welche Rolle spielen Geschichten nicht nur für Patient*innen sondern auch für die, die sich im Gesundheitssystem um sie kümmern?

Summary

This article presents the concept of „Narrative Medicine“ as it is conceived and practiced by Rita Charon and her colleagues at Columbia University in New York City. Charon's Program in Narrative Medicine distinguishes itself from other conceptions of “narrative medicine” in so far as it draws on liberal arts and literary theory to understand narratives in medicine, their interpretation, impact and usability. The article describes the theories and aims of the program, discusses critical aspects and reflects on experiences with Narrative Medicine implementations in the context of German medical education. It considers the impact of reading literary texts in medical contexts as well as the role of storytelling, not only for patients but also for the professionals who care for them.

Schlüsselwörter: Literatur und Medizin, Literaturwissenschaft, Selbstfürsorge, Selbstreflexion

„Narrative Medizin“ im Kontext

Die US-amerikanische Ärztin und promovierte Literaturwissenschaftlerin Rita Charon verwendet den Begriff „Narrative Medizin“ im Rahmen ihres „Program in Narrative Medicine“ an der Columbia University in New York City. Charons Konzept richtet sich an die in der Gesundheitsversorgung tätigen Ärzt*innen, Pfleger*innen und Therapeut*innen in der Aus-, Fort- und Weiterbildung. Ihr Programm bietet seit seiner Gründung um die Jahrtausendwende eine Reihe curricularer (Wahl-)Pflichtveranstaltungen, internationale Workshops, ein Online-Zertifikat sowie einen Master of Science in Narrative Medicine an. Das Besondere an diesem Programm ist seine literatur- und kunstwissenschaftliche Ausrichtung sowie der Fokus auf literarische Texte und Theorien. Ziel ist es, wie Charon programmatisch erklärt, die „narrativen Kompetenzen“ der Teilnehmenden zu fördern und die Medizin auf diese Weise humaner, ethischer und vielleicht sogar effizienter zu machen (2006: 110).

Charons literaturwissenschaftliches Verständnis von narrativer Medizin ist im internationalen Vergleich ein besonderer Ansatz. Wenn in anderen Kontexten der Begriff „Narrative Medizin“ verwendet wird, dann liegen meist kulturanthropologische, sozialwissenschaftliche oder psychologische Konzepte zugrunde. Auf diese beziehen sich auch Charon und ihre Kolleg*innen, sie ergänzen sie jedoch mit Stimmen aus der Kunstphilosophie und Literaturtheorie. In Großbritannien prägten vor allem Trisha Greenhalgh und Brian Hurwitz die „narrativ-basierte Medizin“ in einer Reihe von Veröffentlichungen in den späten 1990er Jahren. Greenhalgh ist Allgemeinärztin mit einem BA in Sozial- und Politikwissenschaften und Hurwitz ist Kliniker mit einem BA in Geschichte und Wissenschaftsphilosophie. Sie plädieren, ebenso wie Charon, für eine an Erzählungen orientierte Medizin als Gegenpol zur evidenz-basierten Medizin¹ und nehmen Bezug auf den sogenannten „narrative turn“ – einen Paradigmenwechsel in den späteren Jahrzehnten des 20. Jahrhunderts. Der „narrative turn“ inspirierte Psycholog*innen, Geschichts-, Sozial-, Kognitions- und Literaturwissenschaftler*innen gleichermaßen, welche sich vermehrt der Rolle von Narrativen, dem (oral) storytelling sowie der Rolle von Erzählungen in der Strukturierung von Identität, Wissen und Macht widmeten. In der narrativen Psychologie (z.B. Jerome Bruner) oder narrativen Therapie (z.B. Michael White) beispielsweise versteht man Erzählungen als identitätskonstituierend. Einfach ausgedrückt: Wir sind, wer wir sind, aufgrund der Geschichten, die wir über uns erzählen. Die Narrativierung von individuellen Erfahrungen bedeutet, dass wir Ereignisse auswählen und in eine temporale und kausale Ordnung bringen. Auf diese Weise sprechen wir unseren Erfahrungen Bedeutung zu und ordnen sie in eine Sinnstruktur ein.

Im deutschsprachigen Raum hat zum Beispiel die Ärztin und Psychologin Gabriele Lucius-Hoene in Freiburg zur Rolle von Krankheitsnarrativen geforscht. Lucius-Hoene spricht Erzählungen eine „besondere Erkenntnisfunktion“ zu – auch in Bezug auf die Beziehung zwischen Ärztin und Patientin. Jedoch sei die narrativ-basierte oder narrative Medizin „kein homogenes Konzept. Sie lässt sich als ein medizinisches Handlungssystem, als eine kommunikationsorientierte und bewusst interpretative Methode des Umgangs mit Patienten und mit dem eigenen fachlichen Wissen verstehen (...)“ (S. 90-91).

¹ Die evidenz-basierte Medizin wird im Kontext der Narrativen Medizin zum Teil vereinfachend und reduzierend als Antagonistin zu ‚weicheren‘, narrativen und geisteswissenschaftlich orientierten Konzepten dargestellt. Diese plakative Gegenüberstellung wird der Komplexität und der Bedeutung von EBM natürlich nicht gerecht.

In der Psychotherapie haben Erzählungen und das Interpretieren von Patientengeschichten eine lange Tradition. Mit Sigmund Freud und Michael Balint nenne ich hier, ohne jeglichen Anspruch auf Vollständigkeit, zwei Vertreter, deren hermeneutische, deutungsorientierte Ansätze mit Charons Narrativer Medizin einen ganzheitlichen, multidisziplinären Ansatz teilen (siehe auch Kalitzkus, Wilm, Matthiesen, S. 17). Weitere Begriffe wie die „personenzentrierte Medizin“ oder die „sprechende Medizin“ werden in Deutschland für vergleichbare Ansätze verwendet.

Charons Narrative Medizin grenzt sich von einem Feld ab, das ebenfalls Medizin und Literatur verbindet und unter den Schlagworten Bibliothherapie und Poesietherapie bekannt ist: Diese Konzepte haben vor allem einen therapeutischen Ansatz, der sich an Patient*innen richtet. Poesie, Literatur und die Künste im Allgemeinen sowie expressives und kreatives Schreiben werden hier eingesetzt, um Patient*innen kurativ oder palliativ zu unterstützen. Diesen therapeutischen Ansatz verfolgt die Narrative Medizin an der Columbia University nicht. Sie richtet sich primär an Vertreter*innen unterschiedlicher Gesundheitsberufe und Professionen, welche sie nicht therapieren oder heilen sondern ausbilden und in ihren Kompetenzen schulen möchte. Nichtsdestotrotz schließt die Narrative Medizin nicht aus, dass Literatur eine präventive und sogar heilende Wirkung entfalten kann.

Warum Literatur und Medizin?

Charons These, dass sich mit Hilfe literarischer Erzählungen die narrativen Kompetenzen von Ärzt*innen und Pflegenden schulen lassen, verortet sich in der klassischen und postklassischen² Erzähltheorie. Sie fragt nicht nur nach dem WAS einer Erzählung, also nach den Fakten und Ereignissen, sondern auch nach dem WIE, also der Art und Weise, in der eine Geschichte erzählt wird. Warum ist das relevant? In der Narratologie geht man davon aus, dass Form und Ästhetik einer Erzählung wichtige Informationen enthalten. Es ist demnach unerlässlich, die spezifischen Eigenheiten einer Darstellung zu berücksichtigen: Welche Ereignisse werden ausführlich erzählt und welche werden schnell abgehandelt oder gar ausgelassen? Welche Bildsprache wird verwendet und was bewirkt ein Symbol oder eine Metapher im jeweiligen Kontext? Welcher Ton prägt das Erzählte? Welche Muster wie Wiederholungen oder Motive strukturieren eine Erzählung? Zudem werden in der Diskussion einer literarischen Geschichte unterschiedliche Wahrnehmungen und blinde Flecke sichtbar. Warum deutet eine Leserin die Erzählung anders als eine zweite? Um diese Fragen differenziert zu beantworten, bezieht sich die Narrative Medizin auf einen Korpus theoretischer Arbeiten, die von Phänomenologen (Gaston Bachelard) über (Kunst)Philosophen (John Dewey, Emmanuel Levinas, Judith Butler), Narratologen (Gérard Genette) bis hin zu Psychologen (Michael White) und Literaturtheoretikern (Roland Barthes, Mikhail Bachtin, James Wood) reichen (Charon et al. 2017).

Der methodische Zugang stützt sich vor allem auf die hermeneutische, text-immanente Deutung von Texten, dem sogenannten ‚close reading‘, wie es u.a. I.A. Richards in *Practical Criticism* (1929) entwickelt hat. Das ‚close reading‘ eignet sich für ein interdisziplinäres Setting besonders gut, weil es erlaubt, Fragen nach historischem Kontext und Autorenbiografie (erst einmal) außen vor zu

² Die postklassische Erzähltheorie, mit ihrem erweiterten Narrativbegriff, schließt neben klassischen literarischen Texten auch Photographie, bildende Kunst, Tanz, Comics, Film und viele andere Kunstformen mit ein (siehe auch Spencer 2017).

lassen und die Lesenden anleitet, dem Text selbst die volle Aufmerksamkeit zu schenken und zu fragen, wie der Text mit seinen stilistischen Mitteln Sinn produziert.

Auch wenn das ‚close reading‘ eine kleinteilige und subjektive Methode darstellt, so streicht Charon in einem Aufsatz aus dem Jahr 2005 ihre Relevanz hervor. Sie schlägt ein Modell vor, das auf einer Analogie beruht: Charon zieht einen Vergleich zwischen dem fokussierten Lesen eines literarischen Texts und dem aktiven Zuhören im ärztlichen oder medizinischen Kontext. Charons dreigliedrigem Modell zufolge widmet eine Ärztin idealerweise zuerst ihre volle Aufmerksamkeit der Erzählung ihrer Patient*innen. Die schriftlichen Notizen, die sie von dem Gehörten macht, teilt Charon dann mit ihren Patient*innen, welche in einem dritten Schritt Vergessenes hinzufügen oder falsch Repräsentiertes richtigstellen können. In diesem Austausch entsteht dann eine „Affiliation,“ eine vertrauensvolle Bindung zwischen Ärztin und Patientin.

Diesen Dreischritt überträgt Charon auf das Lesen von literarischen Texten, welches sie als Kompetenzschulung konzipiert. Der literarische Text steht stellvertretend für die Patientin, und die Lesenden widmen ihre volle Aufmerksamkeit dem textlichen Stellvertreter. Dem Lesen und einem kurzen Austausch über den Text schließt sich eine Schreibaufgabe an. Die Teilnehmenden eines Workshops schreiben dann „im Schatten“ des literarischen Textes (Charon et al., S. 184). Dann erfolgt ein Austausch in der Gruppe: Die Texte der Teilnehmenden werden vorgelesen und kommentiert.

Charons Modell folgend können die Teilnehmenden eines Narrative Medicine-Workshops also ihre Fähigkeiten aufmerksam zuzuhören sowie ihre narrativen Kompetenzen mit Hilfe eines literarischen Texts trainieren. Der Vorteil des literarischen Texts besteht darin, dass falsche Interpretationen kaum Konsequenzen haben. Es dürfen wilde Hypothesen generiert werden, und es steht Zeit zur Verfügung, um nach Innen zu hören und zu beobachten, welche subjektiven Eindrücke, Assoziationen und Erfahrungen eine Geschichte in Bewegung bringt.

Das Modell hat weitere Vorteile und Konsequenzen: Die Columbia Gruppe beobachtet, dass die Medizinstudierenden in den Narrative Medicine Workshops einen Raum erhalten, um sich in ihrer eigenen Erfahrung zu verorten. Denn das Lesen und Interpretieren ist kein objektiver, distanzierter Vorgang sondern vielmehr kokonstruierend und individuell geprägt. Somit erlaubt die Lektüre eine Aufmerksamkeit dafür, wie die eigene Geschichte unweigerlich mit anderen Geschichten verknüpft ist und mit diesen interagiert. Diese Beobachtungen zu externalisieren, indem man durch eine Schreibaufgabe eine materielle Form findet, ermöglicht, die eigene Erfahrung aus anderer Perspektive zu betrachten und ggf. neu zu bewerten. Dies kann, so wird es von Maura Spiegel und Danielle Spencer beispielsweise in Bezug auf Kazuo Ishiguro's Roman *Never Let Me Go* (deutsch: *Alles, was wir geben mussten*) beschrieben, ein Akt der Selbstsorge oder Selbstfürsorge sein und somit eine Ressource darstellen (s. Charon et al. 2017, p. 28-34). Indem die Teilnehmenden ihre affektiven Reaktionen auf die Geschichte und die Erzählerin benennen, diese mit den Reaktionen anderer vergleichen und versuchen zu verstehen, welche subjektiven Annahmen ihre eigene Wahrnehmung ausmachen, widmen die Teilnehmenden ihre Aufmerksamkeit nicht nur dem Text, sondern auch sich selbst und den eigenen autobiografischen Prägungen und Neigungen. Das Lesen und Schreiben kann somit eine Möglichkeit darstellen, in der eigenen Erfahrung präsent zu sein und diese ernst zu nehmen.

Literatur als Möglichkeitsraum

Auch in anderen Forschungsverbänden lassen sich interessante Beschreibungen darüber finden, wie die Literatur in der Medizin nützlich sein kann. Bei Anne Hunsaker Hawkins und Marilyn Chandler McEntyre heißt es zum Beispiel, dass beim Lesen von literarischen Texten die Vorstellungskraft angeregt werde, die Fähigkeit Mehrdeutigkeit zu tolerieren und multiple Sichtweisen zu betrachten (2000: 14).

Eine Studie aus dem österreichischen Raum beschreibt vor dem Hintergrund der angewandten Literaturwissenschaften, welche Effekte ein gemeinsames Lesen literarischer Texte haben kann. Martin Sexl hat sich über mehrere Jahre mit 6 Krankenpflegerinnen getroffen und mit ihnen Werke der Weltliteratur gelesen, wie zum Beispiel Shakespeares *King Lear* und Sophokles *Antigone*. Er fand heraus, dass die Sprache der Literatur den Krankenpflegerinnen Worte zur Verfügung stellte für ein implizites Berufs- und Erfahrungswissen. Mit anderen Worten: Das was vorher unformuliert und latent vorhanden war, ließ sich durch das Lesen und Sprechen über Literatur artikulieren. Dabei sprachen die Krankenpflegerinnen zum Beispiel besonders auf *Antigone* an, die sich in einem Konflikt befindet zwischen dem, was sie persönlich für richtig und ethisch angemessen hält, und den autoritären und als willkürlich erlebten Regeln, denen sie sich unterwerfen soll. Mit Antigones Konflikt, so Sexl, waren die Krankenpflegerinnen in klinischen Kontexten mit Vorgesetzten nur allzu gut vertraut. Im Rahmen des Lese- und Diskussionskreises war Sophokles Text somit sowohl ästhetische Erfahrung als auch ein Spiegel und Sprachrohr impliziten Berufswissens (107ff).

Lässt sich die Rolle von literarischen Texten in medizinischen Kontexten also durch bestimmte Ziele oder Effekte wie Kompetenzschulung oder Artikulation von Erfahrungswissen definieren? Und was ist davon zu halten, wenn Charon programmatisch verkündet, die Medizin durch ihr Programm menschlicher und ethischer zu machen?

5 kritische Punkte

Empathieförderung und -kultivierung wird beispielsweise gerne als Lernziel für den Einsatz von literarischen Texten im Medizinstudium beschrieben (siehe z.B. Hawkins & McEntyre). Indem man sich mit fiktionalen Charakteren identifiziert und über fremde Lebens- und Erfahrungswelten erfährt, könne man sich auch im wahren Leben in andere Menschen hineinversetzen und deren Emotionen besser erkennen (Kidd & Castano 2013). Die Forschungslage hierzu ist komplex und bislang nicht eindeutig genug, um klare Aussagen machen zu können. Zudem wird auf inhaltlicher Seite problematisiert, dass in der Verbindung von Literatur und Empathie die Empathie gerne als etwas grundsätzlich Positives dargestellt wird, das es zu fördern gelte. Doch wie Fritz Breithaupt (2017) beschreibt, so hat die Empathie auch ihre dunklen Seiten und kann, beispielsweise, zur Manipulation anderer eingesetzt werden. Für Rita Charon ist das Problem in der Medizin nicht primär die mangelnde oder schwindende Empathiefähigkeit der Ärzt*innen sondern ein Übermaß an Sarkasmus, mit dem Vertreter*innen unterschiedlicher Gesundheitsberufe sich untereinander und ihren Patient*innen gegenüber begegnen. Die Kolleg*innen an der Columbia Universität distanzieren sich aus diesen und anderen Gründen von dem Begriff der Empathie und verwenden

andere Terminologien wie „affiliation“ oder „attunement“ (übersetzt vielleicht als Zugewandtheit, Beziehung oder Relationalität, womit das Problem selbst natürlich nicht gelöst ist.

Ein zweiter Kritikpunkt betrifft die Messbarkeit der Interventionen. Hierzu gibt es zahlreiche Studien unterschiedlicher Qualität und seit kurzem auch das erste systematische „literature review“ für „Narrative Medicine“-Programme (Remein et al. 2019). Fest steht, dass die Programme gut angenommen werden und durchaus eine positive Wirkung auf die Kompetenzentwicklungen der Teilnehmenden haben (Remein et al. 2019). Die heilsame Wirkung von expressivem oder kreativem Schreiben sowie dem Sprechen über traumatische Erlebnisse oder schwierige Arzt-Patienten-Beziehungen ist zum Beispiel umfassend untersucht worden.³ Ebenfalls eindrücklich schildern Deeptiman Gowda et al. (2019) in einer vierjährigen mixed-methods Studie die Effekte eines „Visual Art“ Kurses auf zentrale Kompetenzen junger Ärzt*innen, wie zum Beispiel Ambiguitätstoleranz, Reflektions- und Beobachtungsfähigkeiten sowie das selbstkritische Wahrnehmen von Voreingenommenheit und Vorurteilen. Dennoch lässt die Forschung Fragen offen. Dies liegt zum einen daran, dass quantitative Studien oftmals mit kleinen Fallzahlen operieren oder dass Kontrollgruppen nicht immer mit einbezogen werden. Zum anderen beruhen qualitative Studien oft auf den Selbsteinschätzungen der Teilnehmenden und man muss mögliche Verzerrungseffekte in Erwägung ziehen, weil diejenigen, die ohnehin an Kunst oder Literatur interessiert sind und/oder bereits ein hohes Niveau bezüglich der zu trainierenden Kompetenzen besitzen, sich für Kurse dieser Art anmelden und diese dementsprechend positiv bewerten. Zudem müssen viele Studien einschränkend erklären, dass die Interventionen relativ kurz sind (z.B. 6 Wochen) und dass über Langzeiteffekte und die Nachhaltigkeit der Interventionen bislang keine oder nur wenige Aussagen gemacht werden können.

Von geisteswissenschaftlicher Seite wird gerne in Frage gestellt, was genau in diesen Studien gemessen werden soll und kann. Geht es um Kompetenzen, dann gibt es eine Reihe von erprobten Studiendesigns. Geht es aber um komplexere, diffusere Lernziele, wie z.B. eine Geisteshaltung, Selbsterfahrung und Selbstreflektion, dann wird oft gefragt, inwieweit diese Dimensionen operationalisierbar sind und sein sollten. Catherine Belling (2010) argumentiert deshalb, dass der Mehrwert der Geisteswissenschaften gerade darin liege, die Paradigmen der evidenz-basierten, quantitativen und ökonomisierten Medizin in Frage zu stellen und deren Grenzen aufzuzeigen. Bellings Argument bedeutet im Umkehrschluss, dass Geisteswissenschaftler*innen nicht nur ihre fachspezifischen Methoden überzeugend in interdisziplinären Kontexten darstellen müssen, sie müssen auch gewinnende Beschreibungen, Modelle und Theorien vorstellen, die in einem evidenzbasierten Kontext überzeugen und gleichsam selbstkritisch auf die eigenen fachspezifischen Grenzen verweisen.

Eine kritische Haltung gegenüber quantitativen Paradigmen und Wahrheitsansprüchen sollte also auch eine selbstkritische Haltung gegenüber den eigenen Thesen und Methoden einschließen und dies, so der nächste Kritikpunkt, fehlt in einigen Texten zur Narrativen Medizin. Kritiker werfen Charon zum Beispiel vor, unrealistisch, selbstgefällig und heilsversprechend zu sein (O'Mahoney 2013, 614-5). Die Erwartungen, die Charon mit ihrem Auftreten und in ihren Schriften schürt, sind deshalb nicht unproblematisch. Angesichts der um sich greifenden Ökonomisierung der Medizin wird beispielsweise die Frage aufgeworfen, inwieweit ein Programm wie die Narrative Medizin nur

³ Für eine Übersicht siehe Kalitzkus und Matthiessen, S. 83-84, sowie Kalitzkus, Wilm und Matthiessen S. 20.

ein Tropfen auf den heißen Stein sei. Kritiker*innen bemängeln auch, dass das Columbia Programm elitär sei und unterstellen Charons idealistischem Gestus somit eine Doppelmoral (siehe z.B. O'Mahony, 2013). Immerhin ist die Columbia University eine Ivy-League-Universität, die für den Masterstudiengang immense Studiengebühren verlangt und noch dazu in einer der teuersten Städte der Welt angesiedelt ist.

Dieser Kritik an Charon und ihrem Programm schließen sich weitere Fragen an, die die Umsetzung und Übertragbarkeit betreffen: Wie lassen sich die Methoden und Praktiken in den klinischen Alltag und die Abläufe integrieren? Was sind die Gelingenskriterien für die Narrative Medizin? Sollten die Kurse freiwillig sein oder verpflichtend? Benotet oder unbenotet? Über welchen Zeitraum sollen sie stattfinden und welche Ressourcen – zeitlicher und finanzieller Art – stehen überhaupt zur Verfügung? Und schließlich, welche anderen Faktoren beeinflussen den Erfolg oder Misserfolg eines Einsatzes von Literatur in der ärztlichen Aus-, Weiter- und Fortbildung? So haben Lehrerpersönlichkeiten zum Beispiel einen erheblichen Einfluss auf die Art und Weise, wie eine exotische Intervention wie die Narrative Medizin von Medizinstudierenden aufgenommen wird. Zudem ist die Geistes- und Literaturwissenschaft kein homogenes Feld, sondern konstituiert sich vielmehr aus unterschiedlichsten theoretischen Schulen und Geisteshaltungen.

Der fünfte Kritikpunkt stammt aus dem heterogenen Bereich der Literaturwissenschaften. Dort erklingt immer wieder die Warnung vor einer Instrumentalisierung von Kunst und Literatur. Diese Kritik greift insofern zu kurz, als die Vorstellung der Kunst um ihrer selbst willen an der Lebenswirklichkeit vorbei geht und veraltet erscheint. Literatur ist durchaus vielfältig nutzbar (Felski 2008) und stellt, wie Ottmar Ette (2010) argumentiert, Lebenswissen zur Verfügung. Zudem ist Literatur auch immer Teil von komplexen Koproduktion- und Kollaborationsprozessen, bei denen die Leser*innen, unter anderem, eine wichtige gestaltende Rolle spielen. Gleichzeitig steckt in der Kritik auch eine angemessene Warnung vor einer Engführung solcher Nutzbarkeiten, wenn es zum Beispiel darum geht, mit Hilfe literarischer Texte bestimmte Probleme oder Fragestellungen in der Medizin zu illustrieren, ohne die Autorität des Textes selbst kritisch zu hinterfragen und zur Diskussion zu stellen. Auch das Verknüpfen von literarischen Texten mit spezifischen thematischen Lernzielen kann unter Umständen den breiten und zum Teil unvorhersehbaren Möglichkeitsraum von Literatur problematisch verengen – tut dies jedoch nicht zwingenderweise. Die Nutzbarkeit von literarischen oder künstlerischen Werken ist unweigerlich auch von der Haltung beeinflusst, mit derer man sich diesen nähert. Vertrauen wir dem Text und seinem Anspruch auf Wahrheit? Oder sind wir kritisch distanziert? Paul Ricoeur folgend geschieht die hermeneutische Interpretation in einem Spannungsfeld, das von einer doppelten Motivation geprägt ist, nämlich der Bereitwilligkeit vertrauensvoll zuzuhören *und* kritisch zu hinterfragen (1970, 27). Dieses Spannungsfeld ist auch in der medizinischen Praxis, wie beispielsweise in der Arzt-Patienten-Kommunikation, ein wichtiges Anliegen.

Die fünf Kritikpunkte, die hier keinen Anspruch auf Vollständigkeit erheben, laden zu weiteren Diskussionen und vertiefenden Auseinandersetzungen ein. In der Kürze der Darstellung hier haben sie lediglich einen Überblickscharakter und sollen nicht grundsätzlich die Narrative Medizin oder der Einsatz von literarischen Texten in medizinischen Kontexten in Frage stellen. Im Gegenteil. Die Kritikpunkte machen klar, dass ein Bedarf besteht für mehr Wirkungsforschung auf der einen Seite sowie nuancierte und differenzierte Argumente und Beschreibungen auf der anderen.

Erfahrungen

Auch wenn die Beweislage bislang unklar ist, es *passiert* etwas in den Kursen der Narrativen Medizin. Seit 2015 führe ich zusammen mit Kolleg*innen aus der Medizin⁴ in unterschiedlichen Kontexten, Wahlpflichtkurse und Workshops durch, in denen wir, nach Charons Modell, literarische Texte lesen, Schreibaufgaben durchführen und gemeinsam diskutieren. All diese Elemente bringen Einsichten zu Tage, die die Teilnehmenden als überraschend, bereichernd, wohltuend und wertvoll beschreiben (siehe Kasten 1). Manchmal wird im Sinne von Martin Sexl ein Wissen explizit, das vorher implizit war. Oder, wie es Maura Spiegel in einem Workshop beschrieb: Wir begreifen, dass wir etwas wissen, von dem wir gar nicht wussten, dass wir es wissen (Narrative Medicine Workshop, Juni 2019, Mainz).

Die Erfahrungen aus der Praxis zeigen immer wieder, dass die Studierenden und praktizierenden Ärzt*innen ein großes Interesse an und einen Bedarf nach Räumen haben wie denen, die durch die Narrative Medizin entstehen. Sie schätzen es, einen anderen Blick auf Krankheit, zwischenmenschliche Beziehungen und die ärztliche Tätigkeit zu erhalten. Häufig stellen die Teilnehmenden erleichtert fest, dass es bei der Interpretation eines literarischen Texts kein ‚richtig‘ oder ‚falsch‘ gibt und dass die Grenzen des Wissens nicht mit Scham oder Spott verbunden sind. Immer wieder kommt zur Sprache, dass nicht nur Patient*innen eine ganzheitliche Orientierung benötigen, sondern dass auch die in der Gesundheitsversorgung tätigen Ärzt*innen, Pfleger*innen und Therapeut*innen eine menschliche Medizin für sich selbst benötigen. Das Thema Selbstsorge oder Selbstfürsorge ist nicht ohne Grund seit 2017 Teil der Deklaration von Genf. Dort heißt es: „Ich werde auf meine eigene Gesundheit, mein Wohlergehen und meine Fähigkeiten achten, um eine Behandlung auf höchstem Niveau leisten zu können.“ Institutionelle Angebote zur ärztlichen Selbstsorge sind in manchen Bereichen (z.B. in der medizinischen Psychologie) vorhanden. Sie sind auch im Nationalen Kompetenzbasierten Lernzielkatalog der Medizin aufgelistet, doch ist mitunter unklar, wie diese Aspekte sinnvoll gelehrt werden können. Eine spannende Herangehensweise wird seit 2016 im LET ME Programm der TU München erprobt, welches sich aus literatur- und kunstwissenschaftlicher Perspektive der ärztlichen Subjektivität im Kontext einer kreativen Kultivierung von Professionalität widmet (Berberat & Teufel 2018; siehe auch eine Übersicht von „Aktivitäten“ im deutschsprachigen Raum auf www.netzwerk-narrativemedizin.de)

Die Narrative Medizin kann hier einen Beitrag leisten, auch wenn – oder *gerade weil* – sie keine konkreten Handlungsempfehlungen, Leitfäden und gar Lösungen verspricht. Literarische Texte und künstlerische Werke im Allgemeinen nehmen sich heraus, die Dinge in der Schweben zu lassen und laden uns ein, diesen Zustand als etwas Offenes und Positives, vielleicht auch Aufrüttelndes oder Verstörendes, im besten Fall als bereichernde Erfahrung zu verstehen. Kunst verweigert sich unserem Bedürfnis nach klaren Antworten. In diesem Sinne ist die Kunst oder die Literatur den Erfahrungen in der Klinik manchmal näher als die evidenz-basierte Medizin. Oder, um es weniger

⁴ Ich bin besonders dankbar für die Zusammenarbeit mit Prof. Dr. Matthias Michal (Psychosomatische Medizin und Psychotherapie), Dr. Gertrud Greif-Higer (Innere Medizin/Rheumatologie, Psychosomatik und Psychotherapie, Geschäftsführerin des Ethikkomitees), Dr. Christina Gerlach (palliativmedizinische Forschung) und Miriam Halstein (Medizinstudentin) von der Johannes Gutenberg-Universität Mainz.

programmatisch zu formulieren, die Kunst oder die Literatur kann eine notwendige Ergänzung zur evidenz-basierten Medizin sein, weil sie Ambiguitätstoleranz sowie den Umgang mit schwierigen Entscheidungen und Unsicherheiten auf eine andere Weise reflektiert und problematisiert. Der Einbezug deutungsorientierter Methoden schließt unterdessen lösungsorientierte Ansätze nicht aus.

Schlussbemerkungen

Martin Sexl zitiert in seiner Studie eine Krankenpflegerin, die die praktische und handlungsorientierte Wirkung von Literatur mit den folgenden Worten beschreibt:

„Heilsam ist es schon, aber nicht in dem Sinne, dass in der Literatur Lösungen produziert werden sollen oder können; es kann auch nicht irgend etwas zur Harmonie gebracht werden, was sonst im Leben nicht harmonisch ist; sondern dass die Konflikte, die da sind, möglichst klar und möglichst (...) ‚scharf‘ dargestellt werden. (...) Durch die Erschütterung dieses Miterlebens, das macht dich fähiger, das hat etwas Heilsames im Sinne, dass du im Alltag mit Konflikten anders umgehen kannst.“ (183)

In ihrem Buch *Is Literature Healthy?* (2016) widmet sich Josie Billington ebenfalls der Frage nach der Heilsamkeit von Literatur und beantwortet sie auf nuancierte Weise (135-136). Das Lesen von literarischen Texten unterscheidet sich, so Billington, von einem Lesen von Sachtexten. Dort gehe es vornehmlich darum, Informationen aus einem Text herauszuziehen. Dabei stünden Schnelligkeit und Effizienz im Vordergrund. Das Lesen von Literatur – real reading – wie sie es nennt, sei jedoch ein langsames, aufmerksames, tastendes Lesen das kein konkretes Ziel habe oder sein Ziel im Prozess des Lesens aus den Augen verliere, weil sich neue Ziele, Interessen oder Bedarfe herausbilden. Dieses Lesen ist ein offener Prozess, in dem sich Gedanken und Bedeutungen stets neu entwickeln. Die entstehenden Gedanken sind nützlich, aber nicht im Sinne von Werkzeugen oder handfesten Informationen. Stattdessen hallen sie wider, klingen nach und bringen etwas ins Schwingen. Es ist ein Lesen, das – in Anlehnung an die Rezeptionstheorie – eine eigene, subjektive und intersubjektive Qualität hat.

Sexl und Billington gehören nicht zu Rita Charons Narrative-Medicine Kreis, aber ihr differenziertes Verständnis des Lesens und des Nutzens von literarischen Texten beschreibt die vielversprechenden Potentiale eines literaturwissenschaftlichen Zugangs zu Geschichten in der Medizin. Insbesondere für Deutschland stellt dieser Ansatz eine innovative Ergänzung und Herausforderung für die Medizindidaktik aber auch für das etablierte Querschnittsfach „Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin“ und deren wichtige Arbeit im Bereich von Forschung und Lehre dar. Die Literatur- und Kunstwissenschaft hat es bislang schwer, in diesem hauptsächlich von der Philosophie sowie den Sozial- und Geschichtswissenschaften bedienten Feld Fuß zu fassen. Im Sinne der Reformierung der medizinischen Ausbildung – zum Beispiel von einer reinen Wissensvermittlung hin zu einer kompetenzorientierten Medizin sowie in der Stärkung von Interprofessionalität – können literaturwissenschaftliche Konzepte und Modelle eine vielversprechende Bereicherung darstellen.

Anmerkung

Der Artikel basiert auf einem Vortrag anlässlich des von PD Dr. Karl Weingärtner organisierten Schönlein-Symposiums 2019 in Bamberg. Ich danke Prof. Dr. Susanne Michl und Daniel Teufel für das kluge und hilfreiche Feedback in der Überarbeitung des Vortragstexts.

Kasten 1:

Feedback deutscher Medizinstudierender:

- „Ich habe das Gefühl aus meiner durch das Studium entstandenen starren Denkweise auszubrechen“
- „Schreibübungen sind extrem hilfreich für mich, mich selbst zu reflektieren und eigenes Handeln und Emotionen nicht nur zu bewerten oder zu kritisieren, sondern z.T. überhaupt erst wirklich wahrzunehmen.“
- „Es ist spannend, sich über Themen auszutauschen, die nicht mal so eben während dem Mittagessen in der Mensa auftauchen. Hinter narrativer Medizin verbirgt sich mehr als nur Texte zu lesen oder Texte zu schreiben.“
- „Als ich *House of God* las, dachte ich, genauso ist es. Ich fühlte mich in meiner subjektiven Wahrnehmung weniger allein.“

Literatur

Berberat, Pascal O. und Daniel Teufel. „Aus- und Weiterbildung: Arzt, nicht ‚nur‘ Mediziner.“ *Deutsches Ärzteblatt* 115.47 (2018): 2172-2174.

Belling, Catherine. „Sharper Instruments: On Defending the Humanities in Undergraduate Medical Education.“ *Academic Medicine* 85.6 (June 2010): 938-940.

Billington, Josie. *Is Literature Healthy? The Literary Agenda*. Oxford: Oxford University Press, 2016.

Breithaupt, Fritz. *Die dunklen Seiten der Empathie*. Berlin: Suhrkamp, 2017.

Charon, Rita. „Narrative Medicine: Attention, Representation, Affiliation.“ *Narrative* 13.3 (October 2005): 261-270.

Charon, Rita. *Narrative Medicine: Honoring the Stories of Illness*. New York: Oxford University Press, 2006.

Charon, Rita, Sayantani DasGupta, Nellie Hermann, Craig Irvine, Eric R. Marcus, Edgar Rivera Colón, Danielle Spencer, and Maura Spiegel. *The Principles and Practice of Narrative Medicine*. Oxford University Press, 2017.

Ette, Ottmar. „Literaturwissenschaft als Lebenswissenschaft. Eine Programmschrift im Jahr der Geisteswissenschaften.“ *Literaturwissenschaft als Lebenswissenschaft: Programm, Projekte, Perspektiven*. Hrsg. Wolfgang Asholt und Ottmar Ette. Tübingen: Narr, 2010: 11-38. –32.

Felski, Rita. *Uses of Literature*. Malden, MA: Blackwell, 2008.

- Hawkins, Anne Hunsaker and Marilyn Chandler McEntyre. *Teaching Literature and Medicine*. New York: Modern Language Association, 2000.
- Depthiman Gowda, Rachel Dubroff, Anna Willieme, Aubrie Swan-Sein und Carol Capello. "Art as Sanctuary: A Four-Year Mixed-Methods Evaluation of a Visual Art Course Addressing Uncertainty Through Reflection." *Academic Medicine* 93.11 (November 2018): S8-S13.
- Greenhalgh Trisha. „Narrative based medicine in an evidence based world." *BMJ* 318. January 30, 1999: 323-325.
- Greenhalgh Trisha und Brian Hurwitz. „Narrative based medicine: Why study narrative?" *BMJ* 318. Jan 2, 1999: 48-50.
- Greenhalgh Trisha und Brian Hurwitz. *Narrative-based Medicine – sprechende Medizin: Dialog und Diskurs im klinischen Alltag*. Bern: Huber, 2005
- Kalitzkus, Vera und Peter F. Matthiessen. „Narrative-Based Medicine: Potential, Pitfalls, and Practice." *The Permanente Journal* 13.1 (Winter 2009): 80-86.
- Kalitzkus, Vera, Stefan Wilm und Peter F. Matthiessen. „Narrative Medizin – was es ist, was bringt es, wie setzt man es um?" *Zeitschrift für Allgemeinmedizin* 85.2 (2009): 16-22.
- Kidd, David Comer und Emanuele Castano. "Reading literary fiction improves theory of mind." *Science* 342 (2013): 377-80.
- Lucius-Hoene, Gabriele. "Krankheitserzählungen und die narrative Medizin". *Die Rehabilitation* 47.2 (2008): 90-97.
- O'Mahony, Seamus. „Against Narrative Medicine." *Perspectives in Biology and Medicine*. 56.4 (2013): 611-619.
- Remein, Christy DiFrances, Ellen Childs, John Carlo Pasco, Ludovic Trinquart, David B Flynn, Sarah L Wingerter, Robina M Bhasin, Lindsay B Demers, Emelia J Benjamin. „Content and Outcomes of Narrative Medicine Programmes: A Systematic Review of the Literature Through 2019." *BMJ Open* 2020; 10:e031568. doi:10.1136/bmjopen-2019-031568
- Ricoeur, Paul. *Freud and Philosophy: An Essay on Interpretation*. Übersetzt von Denis Savage. New Haven/London: Yale University Press, 1970.
- Sexl, Martin. *Sophokles, Shakespeare und Tolstoi im Krankenhaus: Krankenpflegerinnen lesen literarische Texte*. Innsbruck: Studienverlag, 2006.
- Spencer, Danielle. „Narrative Medicine." *Routledge Companion to Philosophy of Medicine*. Eds. Miriam Solomon, Jeremy R. Simon, and Harold Kincaid. New York and London: Routledge, 2017. 372-382.