

Torsten Berghändler

Spiritualität als Ergänzung des bio-psycho-sozialen Modells

In der psychosomatischen Medizin vertreten wir einen ganzheitlichen Ansatz in einem Spannungsfeld: Auf der einen Seite stehen die Erwartungen an eine hochtechnisierte Medizin, auf der anderen die ganzheitliche Betrachtungsweise des Menschen. Wie geht das zusammen? Und: Wovon reden wir eigentlich, wenn wir von «ganzheitlicher Betrachtung des Menschen» sprechen, von «Spiritualität», vom «bio-psycho-sozialen Modell»?

Spiritualität

Auf der Suche nach einer Definition von Spiritualität, die meiner eigenen Erfahrung entspricht, bin ich fündig geworden bei Ernst Tugendhat, emeritierter Ordinarius für Philosophie in Tübingen. Er benennt Überlegungen erster und zweiter Stufe [1]. Überlegungen erster Stufe seien zielgerichtet auf unsere Lebensbedürfnisse und bezögen sich auf materielle Gegenstände und andere Menschen, in diesem Sinne auch auf Krankheit und Heilung. Wir erwarten vom Medikament X, von Doktor Y und von der therapeutischen Massnahme Z einen Einfluss auf unsere reale Lebensqualität. Überlegungen zweiter Stufe hingegen beschäftigten sich mit dem «Auf-der-Welt-Sein» als solchem. Hierzu gehören persönliche Sinnfragen, aber auch die Erfahrung der eigenen Begrenztheit. Es steht eben doch nicht in unserer Macht, egal wie gross diese ist, für Gesundheit eine ewige Bestandsgarantie zu haben. Tugendhat schreibt: «Das Motiv zu einer Reflexion zweiter Stufe (*spirituelle Reflexion*) ergibt sich (...) aus zwei Gründen: erstens, weil Menschen über ihr Leben nachdenken können und nicht nur über einzelne Ziele; zweitens, weil man im Bezug auf die Einzelziele, aber auch in Bezug auf das eigene Leben im Ganzen immer mit Unverfügbarkeit, mit Vergänglichkeit und mit Sinnlosigkeit konfrontiert ist.»

Spirituelle Fragen und Gedanken entstehen primär sehr persönlich in der Auseinandersetzung mit dem eigenen Sein. Religion ist eine spirituelle Möglichkeit, das Unfassbare für den Verstand fassbar (und sinnvoll) zu machen.

Das bio-psycho-soziale Modell nach Engel

Das bio-psycho-soziale Modell nach Engel [2] ist ein psychosomatisches Mehr-Ebenen-Modell des Menschen. Es erweitert das seit dem 19. Jahrhundert vorherrschende naturwissenschaftlich-biomedizinische Modell, indem es die Bedeutung ...

- der biologischen Faktoren,
- der psychischen Befindlichkeit und
- der sozialen Lebensbedingungen ...

für die Entstehung von Krankheiten und für das Erhalten oder Zurück-Gewinnen von Gesundheit betont. Wir können in der Begegnung mit Patienten Medizin nicht reduzieren auf die Anwendung naturwissenschaftlicher Prinzipien. Wir behandeln im Spital immer noch vorrangig die biologischen Faktoren der Krankheit, weiter sollte uns die psychische Befindlichkeit kümmern, auch wenn keine psychische Erkrankung vorliegt. Und unser Sozialdienst ist um problematische soziale Lebensbedingungen besorgt, soweit möglich. Wenn man das oben beschriebene Modell der Spiritualität nach Tugendhat hierauf anwendet, entspräche die bio-psycho-soziale

Ebene unseres Gesundheitsansatzes Überlegungen erster Stufe. Sie sind zielgerichtet auf Vermeidung oder Veränderung in diesen Bereichen, um Gesundheit zu bewahren oder Krankheit zu behandeln. Die spirituelle Ebene als ergänzende Überlegung zweiter Stufe sollte seit dem Ausgang des Mittelalters ihren Platz nicht mehr in der Pathogenese, der Entstehung von Krankheiten, finden. Uns interessiert ihre Rolle im Umgang mit Krankheit und Gesundheit, im therapeutischen Prozess, in der Salutogenese.

Die Praxis der Spiritualität in Spitalalltag

Wir begegnen als therapeutisch Tätige im Spital Menschen in Not. Ohne Not geht niemand als Patient in ein Krankenhaus. Der uns hier begegnende Mensch ist an seine eigenen Grenzen gekommen, kann sich mit eigenen Ressourcen nicht mehr weiterhelfen, und richtet sein Hilfesuch an uns. Die Erwartungshaltung ist klar, oder zumindest unsere Rolle als Helfende. Und wenn wir dieser Rolle und Erwartung nicht gerecht werden, nicht helfen können – wer hilft dann? Ein Gott? Die Mistelkur? Der Schamane? Und eine weitere Fragestellung sei erlaubt: Wie halten wir unsere eigene Hilfslosigkeit aus, diese Infragestellung unseres Rollenbildes als Hilfebietende? Ein möglicher Ausgangspunkt für spirituelle Fragen ist die Erfahrung der Begrenztheit des Lebens. Wenn wir sonst nicht darüber nachdenken, dann vielleicht doch, wenn uns Krankheit und die Gefährdung des Weiterlebens diese Begrenztheit existentiell nahe bringen. Welchen Sinn hat mein Leben, welchen Sinn meine Krankheit, was war vor mir, was kommt mir nach? Was will ich, was habe ich gewollt, was von all dem habe ich erreicht? Man geht über die Bücher seines Lebens und stellt beim (An)-Erkennen der eigenen

Begrenztheit vielleicht fest, etwas verpasst zu haben, keinen Sinn mehr erkennen zu können, Angst zu haben, die Kontrolle zu verlieren. Vielleicht ist es auch ein uns überkommendes Gefühl der Trauer, das sich einstellt, über den Verlust von Gesundheit bis hin zum drohenden Verlust der eigenen Existenz, dem eigenen Tod.

Ist aber Trauer als Reaktion auf eine existentielle gesundheitliche Krise ein medizinisches Problem? Wenn nicht, warum werden dann so oft psychosomatische Konsile angefordert, sobald Trauerreaktionen beim Patienten wahrgenommen werden, die Augen feucht werden? Ist Trauer also doch eine Pathologie?

Beim Patienten werden spirituelle Bedürfnisse wahrgenommen, wenn der Patient Glück hat und das therapeutische Umfeld aufmerksam ist. Und was macht man dann? Verweist man ihn an den zuständigen «diensthabenden» Theologen? Kann man so einfach ein Konsil schreiben wie an den Kardiologen, den Radiologen, und sagen: Mach mal, lieber Theologe, da ist ein Mensch in spiritueller Not, das ist Dein Job? Und die, die kirchenfern sind, wohin mit Ihnen? Wären die Pfarrer und Pfarrerrinnen auch dann bereit zu kommen? Wir haben manchmal den Eindruck: Die bekommen dann ein psychosomatisches Konsil.

Wie halten wir unsere eigene Hilfslosigkeit aus, diese Infragestellung unseres Rollenbildes als Hilfebietende?

Um ein Konsil zu veranlassen, muss zumindest eine Fragestellung formuliert werden. Der Veranlasser eines Konsilauftrages muss sich Gedanken darüber machen, was das Problem ist, und was er vom Spezialisten will. Und damit wäre er beim Konsilauftrag an den Spezialisten für Spiritualität mitten im eigenen Dilemma: Er muss sich Gedanken machen über die spirituellen Bedürfnisse seines Patienten. Was will dieser, was braucht er? Wenn er gründlich darüber nachdenkt, wird er womöglich in Bereiche vordringen, die ihn selber betreffen, die unbequem sind, vielleicht Angst machen, zwingen, hinzusehen und Empathie zuzulassen, Unsicherheit auszuhalten, einmal keine Antwort zu wissen auf Fragen, auf die es vielleicht auch keine Antwort gibt. Aushalten, beistehen, Zeit mit einem Menschen verbringen. Wie viele Fachzeitschriften könnte man in der Zeit lesen? Also lieber gleich delegieren an den Spezialisten für Spiritualität?

Vielleicht ist das Wahr- und Ernstnehmen spiritueller Bedürftigkeit, die Begegnung mit einem Menschen, bereits auch schon ein spiritueller Akt an sich. Und – wer sich diese Zeit, und was noch wichtiger ist, diese Achtsamkeit nicht nimmt, fällt eine Entscheidung über den Wert von Spiritualität. Ist die Aufmerksamkeit für spirituelle Bedürfnisse der Patienten wichtig, ist eine eigene spirituelle Reflexion und Haltung wichtig? Diese Entscheidung ist nicht nur individuell zu fällen, sie bedarf, wenn sie positiv ausfallen soll, eines entsprechenden fördernden und gewährenden Umfeldes. Es muss Zeit dafür geben dürfen, und es braucht Vorgesetzte, die modellhaft diese Haltung vorleben.

Welches Interesse für spirituelle Fragestellungen im Prinzip vorhanden ist, möchte ich an zwei Beispielen aufzeigen.

1. Beispiel: Ich halte einen Vortrag über Posttraumatische Belastungsstörungen und werde danach zu einem Extratermin gebeten. Was die Teilnehmer/-innen in dieser Nachbesprechung von mir vor allem wissen wollen, sind Antworten und Erklärungen zu Nahtoderlebnissen, zu Out-of-body-Erfahrungen, zum Verarbeiten von Extremsituationen. Ich stelle immer wieder ein starkes Interesse an diesen existentiellen und auch spirituellen Fragen fest.

2. Beispiel: Frau W. liegt nach einem Narkosezwischenfall auf der Intensivstation, bewusstlos, maschinell beatmet. In der Zwischenzeit wird ihre beste Freundin in das gleiche Spital eingeliefert, und stirbt kurz darauf. Nach dem Aufwachen von Frau W. fragt diese, ob in der Zwischenzeit die Freundin sie auf der CHIPS besucht habe. Sie habe geträumt, diese sei da gewesen und habe ihr gesagt, sie müsse wach werden, weil sie sich verabschieden wolle. Frau W. erfährt danach von ihrem Mann, dass die Freundin zwischenzeitlich im gleichen Spital verstorben ist, ohne sie besucht zu haben. Was erklären Sie dieser Patientin?

Und wir? Kümmern wir uns ausreichend darum, wie es uns geht? Wohin stecken wir die Erfahrungen existentieller Nöte, denen wir begegnen? Haben wir eine professionelle Möglichkeit, ein Gefäss, um uns auszutauschen, uns zu entlasten? Oder nehmen wir diese Erfahrungen unausgesprochen mit nach Hause? Wie viele Kolleginnen aus dem ärztlichen und pflegerischen, aber auch aus den anderen therapeutischen Bereichen gehen z.B. in eine Balint-Gruppe? Wie sehr müssen wir kämpfen, um für die Brennpunkte der Hochleistungsmedizin Zeit, Raum und Geld für Supervisionen zu bekommen? Wie geht es unseren Pflegenden auf den Intensivstationen, die tagtäglich selbst intensiv mit menschlichem Leid konfrontiert sind? Wir wissen darüber zu wenig. Eine Studie von Teegen und Müller aus dem Jahr 2000 [3] gibt für das Intensivpflegepersonal eine Prävalenz zumeist sekundärer PTSD, als schwerster Form einer psychischen Belastungsreaktion, von mindestens sieben Prozent an. Es handelt sich wohlgerne um hervorragend ausgebil-

dete, routinierte Profis, die wissen, was sie tun, und worauf sie sich einlassen, die keine für ihren Beruf aussergewöhnlichen Ereignisse erleben. Und dennoch gibt es Grenzen der Belastungsfähigkeit.

Ein anderes Beispiel: Im Kommunikationstraining mit unseren jungen Assistenzärztinnen erleben wir am Anfang immer wieder die Überforderung mit schwierigen Gesprächssituationen. Wir bringen ihnen bei, zuzuhören, den Patienten seine Geschichte erzählen zu lassen, unangenehme Nachrichten angemessen mitzuteilen, den Patienten im Erleben und Verarbeiten seiner Gefühle zu unterstützen. Und wenn wir nach der Vermittlung der Theorie diese Kollegen im klinischen Alltag begleiten, bei einem solchen Gespräch als Trainer mit dabei sind, erleben wir in der Regel eine riesige Erleichterung, es doch zu können, und eine tiefe Befriedigung über diese Kompetenz in der menschlichen Begegnung. Sie wird erlebt, als wenn etwas vollständiger geworden ist; gute Mediziner waren die Kollegen vorher schon, jetzt erleben sie sich als gute Ärzte. Thure von Uexküll, der Nestor der deutschen Psychosomatik, schrieb 1992: «Medizin ist der Umgang von Menschen mit Menschen» [4].

Antonovskys «sense of coherence» und Spiritualität als gesundheitsfördernde Ressource

Die meisten Autoren sind sich einig, dass das Gefühl, irgendwie in einem grösseren Zusammenhang aufgehoben zu sein, hilfreich ist in Zeiten der Bedrängnis. Ein typischer Begriff, der in diesem Zusammenhang angeführt wird, ist der der Sinnstiftung: Eine religiöse Orientierung kann dazu beitragen, auch in der Erkrankung einen Sinn zu sehen, der sich einem im Moment nicht erschliesst, aber dennoch im Hintergrund walten könnte.

Dazu passt das von Aaron Antonovsky ab 1979 formulierte Konzept der Salutogenese [5]. Es versteht Krankheit und Gesundheit nicht als Gegensatz, sondern als ein Kontinuum zwischen zwei Polen. Jeder Mensch ist gleichzeitig mehr oder weniger gesund und krank; das Ziel sei es, mehr gesund, und weniger krank zu sein. Im Konzept der Salutogenese stellt sich die Frage nach den Ressourcen, die zur Genesung einer Person beitragen können. Hierzu muss die ganze Person in ihrer Lebensgeschichte beachtet werden sowie das gesamte System, in dem die Person lebt.

Antonovsky hält das Kohärenzgefühl für das wesentliche Element der Salutogenese, definiert als eine allgemeine Grundhaltung gegenüber der Welt und dem eigenen Leben. Es ist «eine grundlegende Lebenseinstellung, die ausdrückt, in welchem Ausmass jemand ein alles durchdringendes, überdauerndes und zugleich dynamisches Gefühl der Zuversicht hat, dass seine innere und äussere Erfahrungswelt vorhersehbar ist und eine hohe Wahrscheinlichkeit besteht, dass sich die Angelegenheiten so gut entwickeln, wie man vernünftigerweise erwarten kann» [6]. Kohärenz lässt die Welt als zusammenhängend, stimmig und sinnvoll erleben.

Das Kohärenzgefühl als Grundhaltung, die Welt als zusammenhängend und sinnvoll zu erleben, setzt sich aus drei Bereichen zusammen:

- Dem Gefühl der Verstehbarkeit (sense of comprehensibility) als kognitivem Verarbeitungsmuster: die Erwartung oder Fähigkeit, Stimuli als geordnete, konsistente, strukturierte Informationen verarbeiten zu können, und sie nicht als chaotisch, willkürlich, zufällig und unerklärlich zu erleben.

Kümmern wir uns ausreichend darum, wie es uns geht? Wohin stecken wir die Erfahrungen existentieller Nöte, denen wir begegnen?

- Dem Gefühl der Handhabbarkeit bzw. Bewältigbarkeit (sense of manageability) als kognitiv-emotionalem oder auch spirituellem Verarbeitungsmuster: die Überzeugung, dass Schwierigkeiten lösbar sind aufgrund der Verfügbarkeit geeigneter externer oder interner Ressourcen (auch andere Menschen oder eine höhere Macht).
- Dem Gefühl von Sinnhaftigkeit bzw. Bedeutsamkeit (sense of meaningfulness) als motivationale Komponente: Das Leben kann emotional als sinnvoll erlebt werden; es ist es wert, Energie und Mühe aufzuwenden, um Probleme und Anforderungen zu überwinden. Die Erfahrung der Sinnhaftigkeit und der positiven Erwartung an das Leben erhöht die Motivation zum Aufwand von Energie und Mühe zur Lösung von Problemen.

Antonovsky fasst das Kohärenzgefühl zusammen: «Das Kohärenzgefühl ist eine globale Orientierung, die das Ausmass ausdrückt, in dem jemand ein durchdringendes, überdauerndes und dennoch dynamisches Gefühl des Vertrauens hat, dass erstens die Anforderungen aus der inneren oder äusseren Erfahrungswelt im Verlauf des Lebens strukturiert, vorhersagbar und erklärbar sind, und dass zweitens die Ressourcen verfügbar sind, um den Anforderungen gerecht zu werden. Und drittens, dass diese Anforderungen Herausforderungen sind, die Investitionen und Engagement verdienen» [7].

Das Kohärenzgefühl ergibt die Möglichkeit, überhaupt erst Ressourcen der eigenen Gesundheit oder Gesundhaltung nutzen zu können. Wie Sie bemerkt haben, entspricht dies der nutzbringenden, salutogenetischen Verknüpfung von Überlegungen erster (Ressourcen, Ziele) mit solchen zweiter Stufe: Indem wir einen Sinn des Lebens und eine positive Erwartung erfahren, indem wir materielle wie auch spirituelle Ressourcen nutzen können, indem wir eine Möglichkeit haben, uns die Welt als sinnvoll, geordnet und strukturiert erfahrbar zu machen, können wir erst Ressourcen für unsere Gesundheit nutzen.

Wir kommen in der Medizin um Spiritualität als menschliche Erfahrungsebene nicht nur nicht herum, sondern benötigen sie im Sinne der Salutogenese auch zur Wiederherstellung und Bewahrung von Gesundheit.

Literatur

- 1 Tugendhat E. Spiritualität, Religion und Mystik. In: Leutwyler S, Nägeli M (Hrsg.). *Spiritualität und Wissenschaft*. Zürich: vdf 2005.
- 2 Engel GL. Die Notwendigkeit eines neuen medizinischen Modells: Eine Herausforderung der Biomedizin. In: Keupp H (Hrsg.). *Normalität und Abweichung. Fortsetzung einer notwendigen Kontroverse*. München: Urban & Schwarzenberg 1979.
- 3 Teegen F, Müller J. Traumaexposition und Posttraumatische Belastungsstörung bei Pflegekräften auf Intensivstationen. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*. 2000;50:384–90.
- 4 Von Uexküll T. 1979.
- 5 Antonovsky A. *Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit*. Dt. erweiterte Ausgabe von A. Franke. Tübingen: dgvt-Verlag 1997.
- 6 Antonovsky A. *Health, stress, and coping*. San Francisco: Jossey-Bass 1979.
- 7 Antonovsky A. *Gesundheitsforschung versus Krankheitsforschung*. In: Franke A, Broda M (Hrsg.). *Psychosomatische Gesundheit. Versuch einer Abkehr vom Pathogenese-Konzept*. Tübingen: dgvt-Verlag 1993.

Korrespondenz:

Dr. med. Torsten Berghändler
Klinik Gais
9056 Gais
t.berghaendler@klinikumGais.ch