René Hefti

Spiritualität – die vierte Dimension oder der vergessene Faktor im biopsychosozialen Modell

Primary*Care* publiziert in loser Folge Artikel zum immer noch kontroversen Thema «Medizin und Spiritualität»[1], ein Thema, das aber – gerade in der Hausarztpraxis – zunehmend an Aktualität und Bedeutung gewinnt, nachdem es aus der wissenschaftlichen Medizin verbannt wurde.

Einzelne Vorreiter, wie Prof. Frank Nager, Chefarzt Medizin am Kantonsspital Luzern, oder Prof. Balthasar Staehelin, Abteilungsleiter Psychosomatik an der medizinischen Poliklinik des Universitätsspitals Zürich, haben schon vor Jahren Versuche unternommen, Geistes- und Naturwissenschaften wieder zusammenzubringen. Prof. Frank Nager, einer meiner Lehrer in der Medizin, stellte seine Bemühungen unter das Moto «von der Kardiologie zur Kordiologie», also von Herzmedizin zur Herzensmedizin [1], die den Menschen in seiner humanen und auch religiösen Dimension («homo religiosus») versteht und behandelt. Prof. Balthasar Staehelin entwickelte die psychosomatische Basistherapie, der ein spirituelles Konzept zu Grunde liegt («der psychosomatische Christus») [2].

Eigene Erfahrungen

Die Verbindung von Spiritualität und Medizin beschäftigte mich bereits im Studium. Dort lernte ich aber, dass diese beiden Dimensionen strikte zu trennen sind. Ganz anders erlebte ich das bei den Patienten. Schon in meinen ersten Assistenzjahren machte ich die Erfahrung, dass viele Patienten in schweren Krankheitssituationen in ihrem Glauben Halt und Kraft fanden und dass viele es begrüssten, wenn ich als Arzt dieses Thema aufgriff und sie in ihrem «religiösen Coping» unterstütze.

Einige empfanden ihre Krankheit als Strafe oder fühlten sich von Gott verstossen, andere konnten ihr Leiden als Gottes Führungsweg annehmen. Dies wirkte sich spürbar auf die Krankheitsbewältigung aus. Ich ermutigte die Patienten zu einem Gespräch mit der Spitalseelsorgerin oder dem Spitalseelsorger und bat um die Erlaubnis, diesen Kontakt herzustellen. Ich erlebte aber immer wieder, dass die Patienten das Gespräch lieber mit mir weiterführen wollten, da sie zu mir bereits Vertrauen gefasst hatten. Hier war ich als Arzt gefordert, «in die Lücke zu springen» und mich auch auf seelsorgerliche Themen einzulassen. Ich hätte die Patienten «im Stich gelassen», wie es Pierre Loeb im einführenden Beitrag formulierte [3], wenn ich die existentiellen Fragen und spirituellen Bedürfnisse ausgeklammert hätte.

Ich muss aber zugeben, dass mir dabei auch Fehler unterlaufen sind. So habe ich beispielsweise als junger Assistenzarzt einer Patientin, die sich als «Gläubige» mir gegenüber deklariert hatte, abends um 19 Uhr mitgeteilt, dass sie Krebs habe. Ich tat dies in der Überzeugung, dass die Patientin aus ihrem Glauben heraus diese Diagnose tragen könne. Am nächsten Morgen wurde ich zum Chefarzt zitiert, welcher mich fragte, was ich denn mit dieser Patientin gemacht hätte. Sie habe die ganze Nacht kein Auge zugetan, wie ihm die Nachtschwester berichtete. Hier hatte ich die Tragfähigkeit des Glaubens dieser Patientin im Verhältnis zur Bedeutung der Diagnose «Krebs» völlig falsch eingeschätzt. Dieses persönliche Beispiel unterstützt das Bestreben, dass Religiosität und Spiritualität und ihre Bedeutung für Krankheit und Genesung eines Patienten Teil des medizinischen Curriculums sein sollten, was in den USA an über 50% der Universitäten bereits verwirklicht ist.

Die Klinik SGM Langenthal als Modell

1980 gründete Dr. med. Kurt Batter, orthopädischer Chirurge, die Stiftung für ganzheitliche Medizin (SGM), deren Anliegen es war, das biopsychosoziale Modell um die religiöse/spirituelle Dimension zu erweitern (Abb. 1). Als Werk dieser Stiftung wurde 1987 die Klinik SGM für Psychosomatik in Langenthal eröffnet, die dieses ganzheitliche Konzept konkret umsetzte (www.klinik-sgm.ch). Von Beginn weg wurde bei den Patienten eine «spirituelle Anamnese» erhoben, um spirituelle Ressourcen wie auch Belastungsfaktoren zu identifizieren und in Absprache mit dem Patienten in die Behandlung miteinzubeziehen. Der Seelsorger bildete einen festen Bestandteil des interdisziplinären therapeutischen Teams.

Wissenschaftliche Unterstützung erhielt das Konzept der Klinik SGM Langenthal durch eine Forschungsrichtung, die sich in den 1980-er Jahren in den USA etablierte und den Einfluss von Religiosität und Spiritualität auf Gesundheit und Krankheit untersuchte. Mittlerweile gibt es Hunderte von wissenschaftlichen Arbeiten, die in renommierten Fachzeitschriften veröffentlicht wurden und im «Handbook of Religion and Health» [4] zusammengefasst sind.

Forschungsinstitut für Spiritualität und Gesundheit

Inspiriert vom amerikanischen Forschungszweig wurde parallel zur Klinik SGM in Zusammenarbeit mit Prof. Harold Koenig von der Duke University (NC/USA) das Forschungsinstitut für Spiritualität

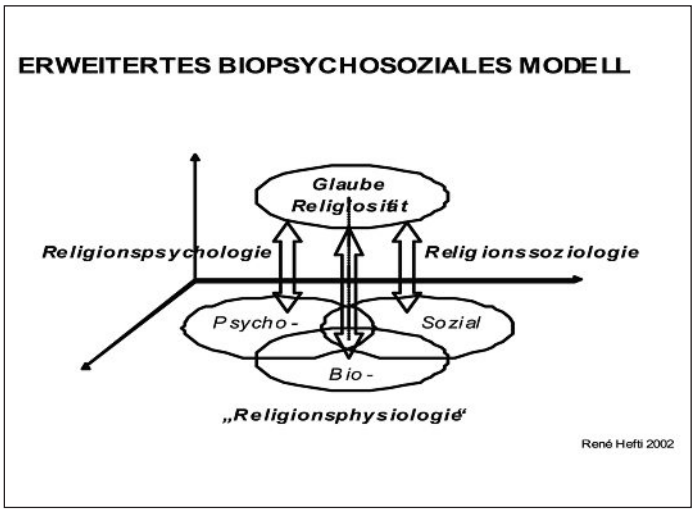

Abbildung 1
Das erweiterte biopsychosoziale Modell (René Hefti [5]).

[1] Die bereits erschienen Artikel dieser Serie finden Sie auf www.primary-care.ch/archiv; Suchbegriff «Spiritualität».

und Gesundheit gegründet und aufgebaut. Es dient der wissenschaftlichen Überprüfung des ganzheitlichen Klinikkonzeptes. Ein weiteres Anliegen ist die Vernetzung aller an der Thematik Interessierten. Dazu wurde in englischsprachiger Newsletter initiiert, der auf der Website des Institutes gratis abonniert werden kann (www.fisg.ch). Zudem wurden Schulungs- und Fortbildungsangebote geschaffen, die Forschende wie auch Praktizierende darin unterstützen, sich wissenschaftlich mit dem Zusammenwirken von Spiritualität und Krankheit sowie Gesundheit auseinanderzusetzen. Dazu gehören fünftägige Forschungsworkshops wie auch ein zweijährlich stattfindender wissenschaftlicher Kongress (www.ecrsh.eu).

Die spirituelle Anamnese

Das Thema «Medizin und Spiritualität» konkretisiert sich in der «spirituellen Anamnese». Um die Bedeutung der Spiritualität für die Krankheitsbewältigung eines Patienten zu eruieren, bedarf es mindestens einer kurzen spirituellen Anamnese. Das American College of Physicians empfiehlt folgende vier Fragen [6]:

- Ist Glaube (Religiosität, Spiritualität) für Sie in dieser Krankheit wichtig?
- Hat Glaube zu anderen Zeiten in Ihrem Leben eine Rolle gespielt?
- Haben Sie bereits jemanden, mit dem Sie über diese Belange reden können?
- Möchten Sie Ihre religiösen Fragen mit jemandem hier besprechen?

Nebst dieser Empfehlung sozusagen von «höchster medizinischer Stelle» gibt es eine ganze Zahl weiterer kurzer Frageinstrumente, mit denen eine spirituelle Anamnese erhoben werden kann. Diese Instrumente sind Hilfsmittel, die das Durchführen einer spirituellen Anamnese unterstützen und erleichtern können. Entscheidend sind aber ein situationsbezogener Einsatz und eine patientenzentrierte Haltung.

Ich persönlich bevorzuge folgendes Schema. Einstiegsfrage: *«Wie bewältigen Sie ihre Krankheitssituation?»* Wenn der Patient nicht spontan religiöse Aspekte nennt: *«Spielt dabei für Sie auch Religiosität oder Spiritualität eine Rolle?»* Wenn der Patient dies verneint, ist hier die spirituelle Anamnese beendet, wenn er die Frage bejaht: *«Ist die religiöse Einstellung für Sie hilfreich oder belastend?»*, *«Gehören Sie einer religiösen Gemeinschaft an?»*, *«Erhalten Sie von dieser Unterstützung?»* Abschlussfrage: *«Möchten Sie, dass ihr religiöser Hintergrund in die Behandlung miteinbezogen wird?»*, *«Wenn ja, in welcher Weise?»*.

Diese Fragen können grundsätzlich jeder Patientin und jedem Patienten gestellt werden, unhängig von seiner religiösen oder spirituellen Ausrichtung.

Spirituelle Anamnese – zwei Beispiele

Ein 52-jähriger Patient mit Zustand nach operativer Entfernung eines grossen Keilbeinwinkel-Meningeoms und konsekutiven neuropsychologischen Ausfällen wird uns zur Rehabilitation zugewiesen. In der Eintrittsanamnese finden sich nebst weiteren Auffälligkeiten deutliche Wortfindungsstörungen.

Auf die Frage, *wie er denn seine Situation bewältige* berichtet er spontan, dass der Glaube ihn trage und er sich vermehrt mit der Bibel beschäftige. Ob er wünsche, dass *der Glaube auch in die Behandlung miteinbezogen werde*? Darauf antwortet der Patient mit einen klaren «Ja». Die Seelsorge sei für ihn das Wichtigste.

Was lässt sich aus dieser kurzen spirituellen Anamnese schliessen?

- Der Glaube scheint für diesen Patienten eine wichtige Ressource zu sein, über die er spontan berichtet und die ihn in seiner Krankheitssituation unterstützt.
- Der Patient hat aber möglicherweise die Tendenz, einseitig auf den Glauben zu fokussieren und andere Problemkreise und Behandlungsanbote auszuklammern.

Ein 45-jähriger Patient mit Adipositas und arterieller Hypertonie nimmt an der interdisziplinären Blutdruckgruppe teil. Im ärztlichen Vorgespräch berichtet er, dass am Arbeitsplatz eine erhebliche Konfliktsituation mit einem Mitarbeiter bestehe. Wenn er nur an diesen denke, dann sehe er rot. Auf die Frage, ob er denn schon versucht habe, die Konfliktsituation zu lösen, reagiert der Patient ärgerlich. Nein, das wolle er nicht, dieser solle seine Wut nur spüren. Ich weise den Patienten darauf hin, dass es möglich wäre, dass sein Bluthochdruck mit diesen Ärgergefühlen etwas zu tun hat und eine versöhnlichere Lebenshaltung für seine Gesundheit günstiger wäre. Die prompte Antwort des Patienten ist unmissverständlich, aber auch etwas überraschend: *Er sei nicht religiös und wolle mit Religion auch nichts zu tun haben!*

Auch das ist eine Kurzform von spiritueller Anamnese (wenn auch ungeplant). Religion und Versöhnung sind im Moment keine Themen, über die der Patient mit mir sprechen will. Interessant ist, dass der Patient selbst diese beiden Themenkreise verknüpft und sehr aggressiv reagiert. Ein Weiterfragen wäre im Moment kontraproduktiv, könnte aber zu einem späteren Zeitpunkt durchaus sinnvoll sein.

Literatur

1 Nager F. Das Herz als Symbol. Editions Roche, 1993.
2 Staehelin B. Der psychosomatische Christus. Novalis Verlag, 1980.
3 Loeb P. Spiritualität oder die vierte Dimension. PrimaryCare. 2009;9(20):354.
4 Koenig H. Oxford University Press, 2000 (2. Band erscheint 2011).
5 Hefti R. Integrating Spiritual Issues into Therapy. In: Religion and Spirituality in Psychiatry. Huguelet P, Koenig HG. Cambridge University Press; 2009.
6 Gurtner B. Spirituelle Anamnese – ein Tabu? Schweiz Med Forum. 2005;5:834.

Korrespondenz:
Dr. med. René Hefti
Chefarzt Psychosomatik Klinik SGM Langenthal
Leiter Forschungsinstitut für Spiritualität und Gesundheit
Weissensteinstrasse 30
4900 Langenthal
rene.hefti@klinik-sgm.ch