

Leiden, Schmerz und «compassionate care» im Kontext von Spiritual Care

Simon Peng-Keller^a

^a Professur für Spiritual Care, Universität Zürich

Abstract: Suffering, pain and “compassionate care” in the context of Spiritual Care

Clinical perception and practice are shaped by concepts. These can open or close our understanding. If one looks more closely at the statement of the World Health Assembly, “[...] it is the ethical duty of health care professionals to alleviate pain and suffering, whether physical, psychosocial or spiritual, irrespective”, two guiding differences stand out: the distinction between pain and suffering and those between physical, psychosocial and spiritual. This can first be understood in such a way that both pain and suffering can be determined in three ways. But if you take a closer look, it gets a little more complicated: What distinguishes psychosocial suffering from spiritual suffering and what distinguishes spiritual pain from spiritual suffering, for example?

In der Gralsszene darf Parzival am Königshof an einem herrlich opulenten Mahl teilnehmen. Die eleganten Pagen, die schönen Dienerinnen und das Goldgeschirr voll köstlicher Speisen bannen seine Aufmerksamkeit derart, dass er das Leiden des Königs nicht wahrzunehmen vermag. Auch als dieser ihm seine Not andeutet, versäumt es der Mächtetern-Ritter, die entscheidende Frage zu stellen: «Woran leidest du?» Diese Wahrnehmungs- und Artikulationsschwäche ist der Ausgangspunkt für einen langen Reifungsprozess, in dem Parzival durch eigenes Leiden lernt, auf fremdes Leiden einzugehen und die versäumte Frage zu stellen. Erst durch sie erschliesst sich ihm die Leidensgeschichte des Königs.

Parzivals Zuwendung zum todkranken König, zu der er erst nach einer mühseligen «education for compassion» [4] fähig wird, kann als komplexe Metapher für jene Praktiken gelesen werden, die heute unter dem Begriff «Spiritual Care» zusammengefasst werden. Nach der WHO handelt es sich dabei um einen Aspekt einer «ethischen Pflicht». So heisst es in der Resolution WHA67.19, die 2014 von der 67. Weltgesundheitsversammlung verabschiedet wurde: «[...] it is the ethical duty of health care professionals to alleviate pain and suffering, whether physical, psychosocial or spiritual, irrespective» [11]. Folgt man der Darstellung von Ch. M. Puchalski et al. [8], verdankt sich diese Formulierung zu wesentlichen Teilen dem *Global Network for Spirituality and Health* (GNSAH) und dessen Programm «to enhance the provision of high quality comprehensive and compassionate care to patients and fa-

milies globally through the integration of spirituality into health systems».¹ Der vorliegende Beitrag untersucht das Verhältnis von «spiritual pain/suffering» und «compassionate care». Wie gezeigt werden soll, überkreuzen sich in diesen Leitbegriffen unterschiedliche Anliegen, die im Folgenden im Horizont von Spiritual Care beleuchtet werden sollen.

Compassion als Sinnschmerz

Klinische Wahrnehmung und Praxis werden durch Konzepte geformt. Diese können den Blick öffnen oder verschliessen. Betrachtet man die Aussage der Weltgesundheitsversammlung genauer, stechen zwei Leitdifferenzen ins Auge: die Unterscheidung zwischen Schmerzen und Leiden und jene zwischen physisch, psychosozial und spirituell. Dies lässt sich zunächst so verstehen, dass sowohl Schmerz als auch Leid dreifach bestimmt sein können. Schaut man näher hin, wird es jedoch etwas komplizierter: Was unterscheidet z.B. *psychosoziales* von *spirituellem* Leid und was spirituellen *Schmerz* von spirituellem *Leiden*?

Eine Beantwortung dieser Fragen hängt u.a. davon ab, ob man das, was hier als spirituell identifiziert wird, überhaupt als abgrenzbares Phänomen versteht. Auch wenn die Rede von «spirituellem Schmerz» (*spiritual pain*) oder «spiritueller Not» (*spiritual distress*) dies nahelegt, spricht doch vieles dafür, solche Bezeichnungen als Versuche zu verstehen, auf einen bestimmten Aspekt eines Gesamtphänomens hinzuweisen. Wir haben es dann mit einem sprachlichen Instrumentarium zu tun, das dazu dienen kann, bestimmte physische und psychosoziale Leid- und Schmerzphänomene näher zu charakterisieren.

Dass eine solche Näherbestimmung nicht immer zutreffend ist, liegt auf der Hand. So dürfte in den allermeisten Fällen verfehlt sein, das Leiden an Diabetes oder den Schmerz, der durch einen Mückenstich verursacht wird, als spirituell zu beschreiben. Doch in welchen Fällen trägt eine solche Beschreibung zu einer differenzierteren Wahrnehmung von Schmerz und Leiden bei? Als erschliessend dürfte sich ein solches Vokabular insbesondere in komplexen Schmerzsituationen erweisen, in denen sich körperlicher und psychischer Schmerz mit «Sinnschmerz» [10] verbindet. Wenn Lebenssinn durch aktive oder rezeptive Teilhabe an etwas

¹ <https://smhs.gwu.edu/gwish/global-network> (Zugriff: 31.10.2017).

konstituiert wird, das als intrinsisch wertvoll erlebt wird [3], tritt «Sinnschmerz» dann auf, wenn dieser Sinnzusammenhang zerreißt und orientierungsstiftende Lebens- und Glaubensgewissheiten durch Krankheit und Tod erschüttert werden. Das schmerzliche Erleben von Widersinn kann sich mit unterschiedlichen Formen leibseelischen Leidens verbinden und dieses verstärken.

An dieser Stelle zeigt sich eine wenig beachtete Verknüpfung zwischen «spirituellem Schmerz» und «compassion». Versteht man Letzteres mit Martha Nussbaum als eine wahrnehmungs- und urteilsformende und in diesem Sinne 'moralische' Emotion, als «Gefühl des Schmerzes angesichts des schwerwiegenden Leidens eines anderen Lebewesens bzw. anderer Lebewesen» [7], dann fragt sich, ob ein solches «Gefühl des Schmerzes» als «spiritueller Schmerz» zu beschreiben ist. Ist Compassion in diesem Sinne ein verleiblichter Sinnschmerz? Untersucht man das Phänomen wie Nussbaum in aristotelischer Tradition, legt sich eine solche Beschreibung zumindest nahe. Compassion ist nach dieser Tradition mit der Einsicht verknüpft, dass der Widersinn unschuldigen Leidens den sinnhaften Zusammenhang menschlichen (Zusammen-)Lebens zerreißt. Solcher Schmerz ist nicht allein leiblich erlebbar. Er hat darüber hinaus eine Tendenz zum leiblichen Ausdruck. Während Aristoteles den kathartischen Charakter der Compassion herausarbeitete, betont die christliche Tradition stärker ihre ethische Qualität. Der Schmerz, der der Compassion innewohnt, rüttelt auf und weckt die Handlungsbereitschaft. Er bringt sich nicht nur in Tränen zum Ausdruck. Wie in der Urparabel des «barmherzigen Samariters» vor Augen geführt wird, zeigt sie sich in einer spontanen Care, die sehr unterschiedliche Tätigkeiten umfassen kann. Solche Compassion ist, «aufgrund ihrer Verbindung mit körperlichen Schmerzen, verwandt mit der Empörung, die weh tut» [2].

Unterschiedliche Spiritual-Care-Modelle

Im Bemühen, die spirituelle Dimension in eine «compassionate care» einzubeziehen, partizipiert Spiritual Care am gemeinsamen Ziel der Gesundheitsversorgung. Hinter dem Kollektivsingular «Spiritual Care» verbergen sich jedoch nicht allein unterschiedliche Praktiken, sondern ebenso divergente Wahrnehmungen von Leid, Schmerz und Compassion. Um diese Differenzen sichtbar zu machen, ist es nötig, zwischen unterschiedlichen Spiritual-Care-Modellen zu unterscheiden. Im Anschluss an den australischen Gesundheitssoziologen Bruce Rumbold lassen sich drei Leitmodelle herausarbeiten, die selbst wiederum eine Vielzahl von Ansätzen umspannen: das klinische, das soziale und das holistische Modell [9].

(1) In Spiritual-Care-Ansätzen, die mit ihrer Fokussierung auf die professionellen Akteure dem klinischen

Modell zuzuordnen sind, dient meist Cicely Saunders' «total pain» als wahrnehmungs- und handlungsformendes Leitkonzept. Dem vielschichtigen menschlichen Leiden soll demnach in professionell-differenzierter Weise begegnet werden. Voraussetzung dafür ist die interprofessionelle Feinabstimmung, die es ermöglicht, Patienten im passenden Moment spezifische Unterstützungsangebote zu machen. «Compassionate care» erscheint innerhalb dieses Modells als geschulte Empathie und «professionelle Nähe», die eine patientenzentrierte Versorgung ermöglichen.

(2) Die professionell geformte Perspektive auf menschliches Leiden ist jedoch nicht die einzige Option im weiten Feld gegenwärtiger Spiritual Care. Saunders selbst und die von ihr inaugurierte Bewegung bieten auch Ansatzpunkte zu dem, was Rumbold als «soziales Modell» beschreibt. Der Gemeinschaftsaspekt tritt in ihm auch hinsichtlich der Leidwahrnehmung in den Vordergrund. Kommunitäre Spiritual-Care-Ansätze, die sich am Ideal von *Caring Communities* und *Compassionate Cities* orientieren, konzipieren *compassionate care* als soziale Praxis im Horizont sozialer Ausgrenzung und Inklusion bzw. im Blick auf Gemeinschafts- oder Einsamkeitserfahrungen.

(3) Wenn gemeinschaftsorientierte Spiritual-Care-Ansätze sich an der zunehmenden Ökonomisierung des Gesundheitswesens reiben, stehen die Ansätze, die einem dritten Modell zugeordnet werden können, oft in einem spannungsvollen Verhältnis zur schulmedizinischen Versorgung. «Compassionate Care» tritt in diesem Modell als Moment eines heilend-energetisierenden Kontakts auf. *Holistische* Spiritual-Care-Ansätze tendieren dazu, nicht nur die Compassion, sondern auch krankheitsbedingtes Leiden als Aspekt spiritueller Wachstumsprozesse zu verstehen. Damit ziehen sie die kritische Frage auf sich, ob der Widersinn von Leid und Schmerz dadurch nicht spirituell verklärt wird.

«Education for compassion»?

Spiritual Care, in welcher Form auch immer, setzt die Fähigkeit voraus, fremdes Leiden differenziert wahrzunehmen und zu validieren, ohne es durch Projektionen und Abwehrstrategien zu vergrößern. Lässt sich eine solche Kompetenz im eng umgrenzten Rahmen von gesundheitsberuflichen und seelsorglichen Aus- und Weiterbildungsangeboten vermitteln? Kann eine «education for compassion» [5], wie sie Nussbaum im Rahmen einer politischen Philosophie entwickelt, in die klinische Berufsausbildung integriert werden?

In ihrem Beitrag über ärztliche Einfühlungskompetenz unterscheiden Eric B. Larson und Xin Yao zwischen einem angelernten empathischen Verhalten, das an der Oberfläche bleibt, und einem «deep acting», in dem verbale und averbale Kommunikation und emotionales Erleben kongruent sind [6]. Letzteres könne nur in einem längeren Prozess beobachtungs- und erfah-

rungsbasierten Lernens erworben werden. Wie jedoch ein solches zeitintensives Programm unter gegenwärtigen Ausbildungsbedingungen zu verwirklichen ist, lassen die beiden Autoren offen.

Einen wegweisenden Versuch, ein solches Programm in die medizinische Ausbildung zu implementieren, bietet ein von Susan Block und Andrew Billings entwickeltes Lehrmodul, das sie an der Harvard Medical School im Rahmen der palliativmedizinischen Ausbildung ansiedelten und das seit einigen Semestern in einer adaptierten Version auch an der Universität Zürich Medizin- und Theologiestudierenden angeboten wird [1, 7]. Block und Billings gingen vom Leitgedanken aus, dass Patientinnen und Patienten (und ihre Angehörigen) die besten Lehrpersonen für eine patientenzentrierte *Palliative Care* darstellen. Um die Erfahrungen von palliativen Patienten vertieft zu verstehen, besuchen die Studierenden diese über mehrere Wochen und reflektieren ihre Erfahrungen und Beobachtungen im Rahmen von Supervisionen und persönlichen Dokumentationen. Die verrinnende Zeit palliativer Patienten mit engmaschigen Studienplänen zu synchronisieren, bedeutet eine der Herausforderungen dieses Lehrangebots. Alle Planung kann nicht verhindern, dass Gesprächsprozesse nicht selten vorzeitig abbrechen und für das nächste Gespräch aufgesparte Fragen nicht mehr gestellt werden können, weil der Patient inzwischen verstorben ist oder sich sein Zustand stark verschlechtert hat. Zu einer «education for compassion», die sich in heutigen klinischen Welten zu bewähren hat, gehört auch Parzivals Erfahrung, dass der richtige Zeitpunkt und der richtige Ton für die Frage nach dem tieferen Leid nicht leicht zu finden sind.

Korrespondenz

Prof. Dr. Simon Peng-Keller
Universität Zürich
Professur für Spiritual Care
Kirchgasse 9
CH-8001 Zürich

E-Mail: [simon.peng-keller\[at\]theol.uzh.ch](mailto:simon.peng-keller[at]theol.uzh.ch)

Referenzen

1. Block SD, Billings JA. Learning from the dying. *The New England Journal of Medicine*. 2005;353:13:1313-5.
2. Haker H. Compassion für Gerechtigkeit. *Concilium*. 2017;53(4): 414-23.
3. Kipke R. Der Sinn des Lebens und das gute Leben. *Zeitschrift für philosophische Forschung*. 2014;68:180-202.
4. Larson EB, Yao X. Clinical empathy as emotional labor in the patient-physician relationship. *JAMA*. 2005;293(9):1100-6.
5. Nussbaum M. *Upheavals of thought. The Intelligence of Emotions*. Cambridge MA: Cambridge University Press; 2001.
6. Nussbaum M. *Politische Emotionen. Warum Liebe für Gerechtigkeit wichtig ist*. Berlin: Suhrkamp; 2014.
7. Peng-Keller S, Argiro M. Spiritual Care im Medizinstudium an der Universität Zürich. *Spiritual Care*. 2017;6:261-3.
8. Puchalski CM, Vitillo RJ, Jafari N. Global Network for Spirituality and Health (GNSAH). Seeking more compassionate health systems. *Journal for the Study of Spirituality*. 2016;6:1:106-12.
9. Rumbold B. Models of spiritual care. In: Cobb M, Puchalski CM, Rumbold B (eds). *Oxford Textbook of Spirituality in Healthcare*. Oxford: Oxford University Press; 2012, p. 177-183.
10. Wirth M. Brompton-Cocktail gegen Sinnschmerz? Anmerkungen zur palliativen Tiefensiedierung bei existenzieller Not im Gespräch mit Albert Camus und Emmanuel Lévinas. In: Maio G, Bozzaro C, Eichinger T (Hg.). *Leid und Schmerz. Konzeptionelle Annäherungen und medizinethische Implikationen*. Freiburg i.Br., München: Verlag Karl Alber; 2015, p. 312-331.
11. World Health Organisation, WHA Resolution WHA67.19. Strengthening of Palliative Care as a Component of Comprehensive Care throughout the Life Course. Sixty-seventh World Health Assembly. 2014. Abrufbar unter: <http://apps.who.int/medicinedocs/documents/s21454en/s21454en.pdf> (Zugriff: 3.10.2017).