



# **Spiritual Care als professioneller Einbezug spiritueller Ressourcen und Belastungen**

**Rheinfelder Tag Psychoonkologie – Psychoonkologie und Spiritualität**

**Donnerstag, 23. Januar 2020**

Prof. Dr. theol. Simon Peng-Keller



## Gliederung

1. Spiritual Care als (Re-)Integration der spirituellen Dimension in die Gesundheitsversorgung
2. «Spiritual Care» als gesundheitsberufliche Aufgabe?
3. Gesundheitsberufliche Spiritual-Care-Kompetenzen?
4. Spezifische Problemfelder



## Fallbeispiel: Ursel

- Erkrankte im Säuglingsalter an einem Neuroblastom – erfolgreiche Behandlung
- Ursels Eltern gehören einer Freikirche an. Dem behandelnden Arzt teilen sie mit, dass Gott ihnen Ursel bereits zweimal geschenkt habe: bei der Geburt und als er sie von ihrem Tumor befreite.
- Rezidiv mit 9 Jahren; Eltern sind voller Vertrauen. Ursel wird ihnen bestimmt noch ein drittes Mal geschenkt werden!
- Die Therapie schlägt zunächst gut an. Ursel ist stets fröhlich und aufgestellt
- Weiteres Rezidiv – Umstellung auf eine rein palliative Behandlung

*Simon Peng-Keller, Spiritual Pain. Annäherung an einen Schlüsselbegriff interprofessioneller Spiritual Care, in: Spiritual Care 6 (2017), 295–302.*

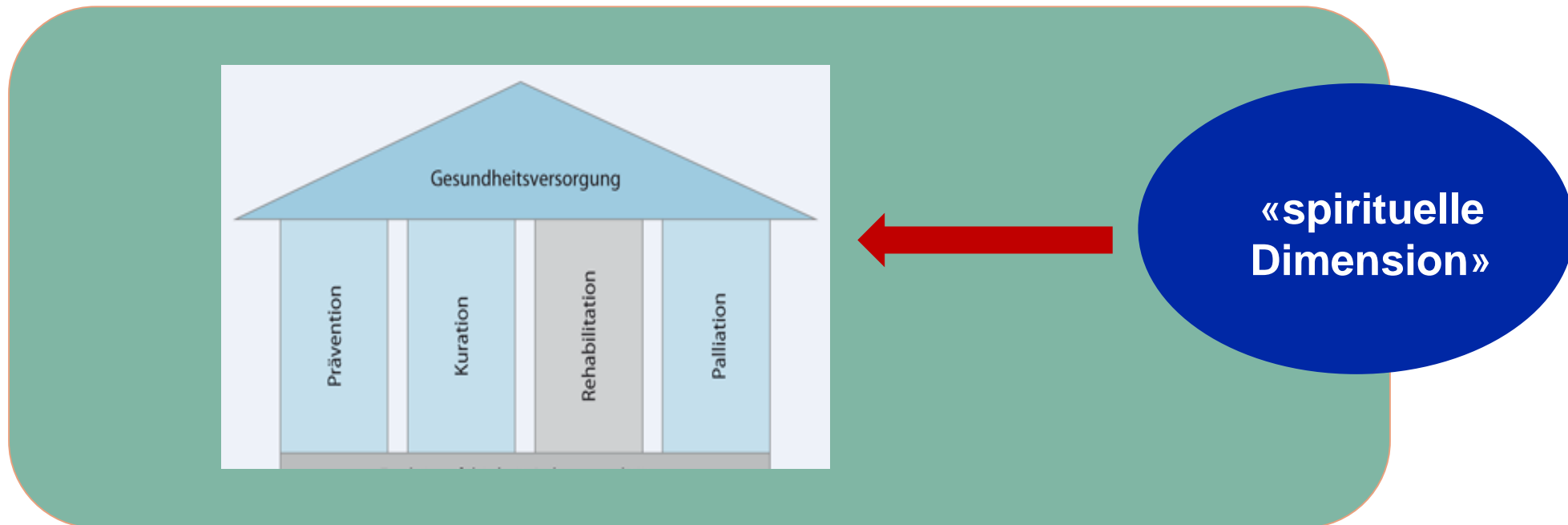


**Universität  
Zürich** <sup>UZH</sup>

**Professur für Spiritual Care**

# 1. Spiritual Care als (Re-)Integration der spirituellen Dimension in die Gesundheitsversorgung

## Spiritual Care = der bewusste Einbezug der spirituellen Dimension in die Gesundheitsversorgung



→ Vielfältige Modelle und Formen von Spiritual Care!



## Faktoren der (Re-)Integration der «spirituellen Dimension» im 20./21. Jht.



- **Medizin- und gesundheitsreformerische Bewegungen:** von Bircher-Benner und «New Thought» über C.G. Jung und Viktor Frankl bis zu MBCT/MBSR und «positive Psychologie»
- **WHO:** 37. Weltgesundheitsversammlung (1984!), Resolution mit der Empfehlung, die «spirituelle Dimension» allgemein in die Gesundheitsversorgung zu integrieren – Initiative kam aus dem globalen Süden



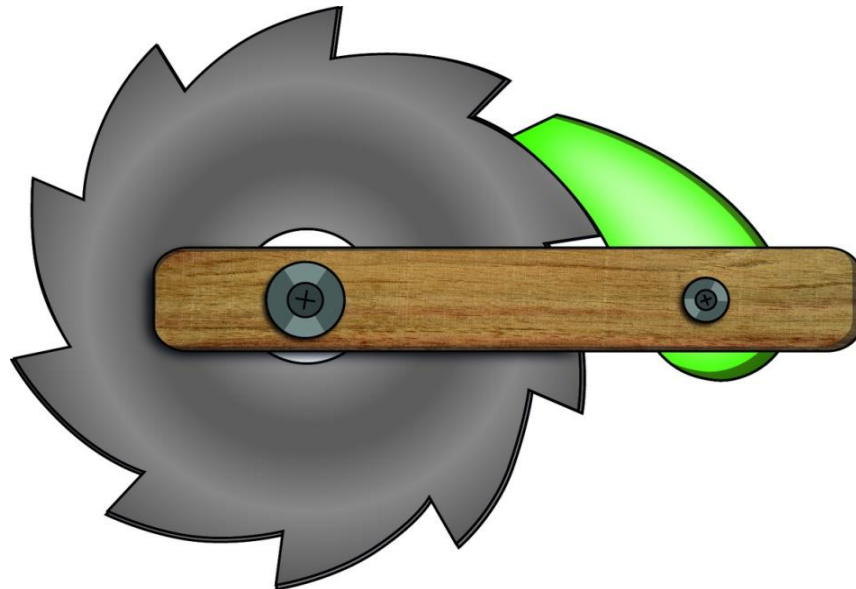
## Faktoren der (Re-)Integration der «spirituellen Dimension» im 20./21. Jht.

- **Forschung:** Zunahme an Forschung und empirischer Evidenz seit den 1990er Jahren
- **Gesellschaftlicher Wandel:** neues Interesse für Spiritualität und Religion in säkular geprägten Gesellschaften
- **Im hiesigen Gesundheitswesen:**
  - Spiritual Care als wesentlicher Bestandteil von Palliative Care (BAG)
  - PROFILES: spirituelle Aspekte in Anamnese einbeziehen; Erkennen von «spiritual distress»
  - Positionspapier der DGPPN



## «Spiritual turn» im Gesundheitswesen? → Eine langsam, doch stetig voranschreitende Entwicklung

**Sperrklinkeneffekt:** Spannungsreiche Entwicklung, die in der Grundrichtung bei allen gegenläufigen Faktoren nicht umkehrbar sein dürfte







## Gründe, weshalb S/R in die Gesundheitsversorgung einbezogen werden sollte:

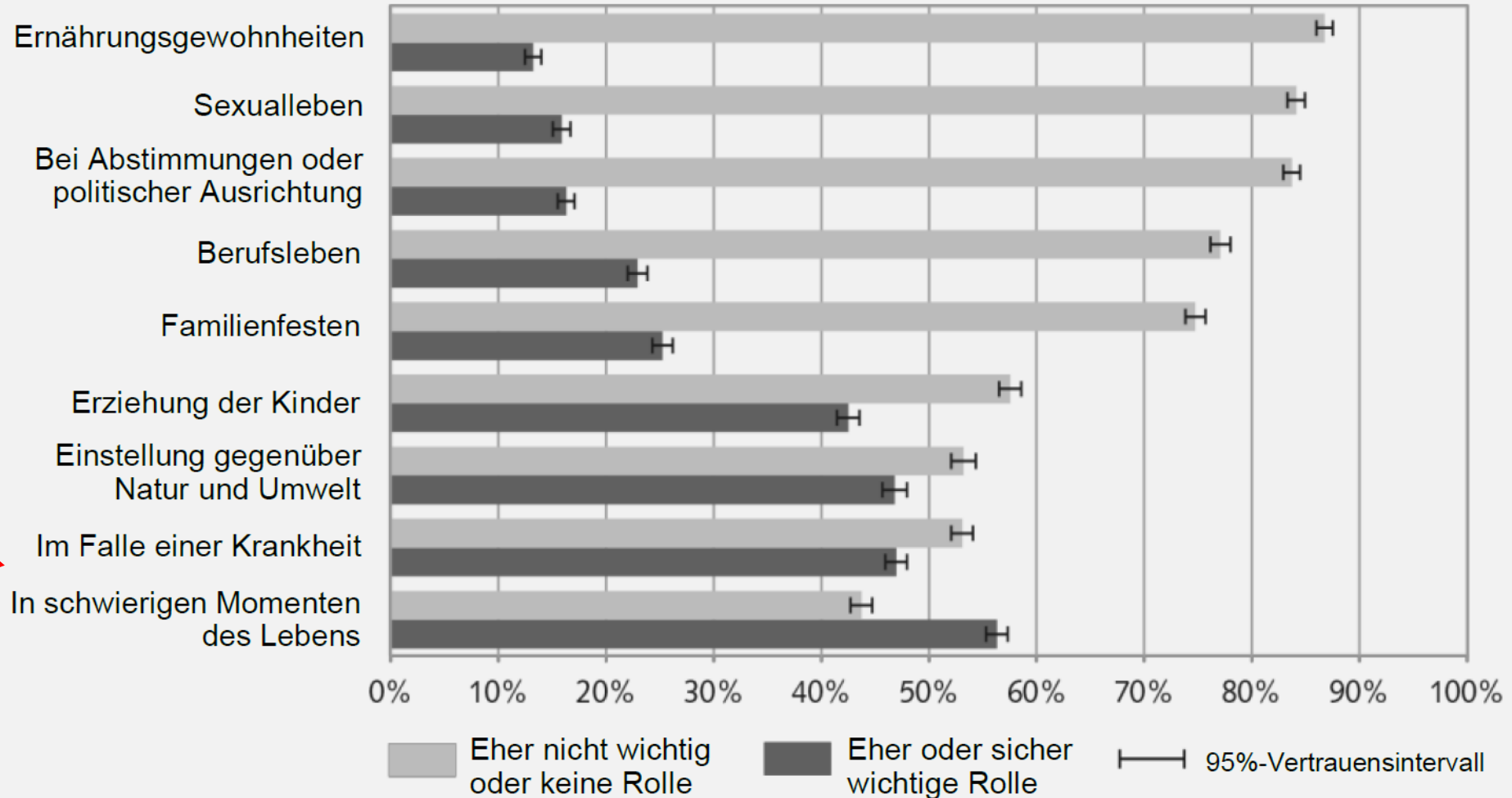
1. S/R ist auch in unserer Gesellschaft für viele Menschen eine wichtige Ressource, um mit Krankheit, Tod und Trauer umzugehen!

# Wichtigkeit der Religion oder Spiritualität im Alltag

G 23

Quelle: BFS –ESRK 2014

© BFS, Neuchâtel 2016





## Gründe, weshalb S/R in die Gesundheitsversorgung einbezogen werden sollte:

1. S/R ist auch in unserer Gesellschaft für viele Menschen eine wichtige Ressource, um mit Krankheit, Tod und Trauer umzugehen!
2. **S/R Überzeugungen, Haltungen, Praktiken und Erfahrungen haben einen (positiven oder negativen) Einfluss auf (das Erleben/Deuten von) Krankheit/Gesundheit und auf Heilungsprozesse!**

*Simon Peng-Keller, Ansätze ärztlicher Spiritual Care, in: Praxis 106:24 (2017), 1339–1343.*



## Gründe, weshalb S/R in die Gesundheitsversorgung einbezogen werden sollte:

1. S/R ist auch in unserer Gesellschaft für viele Menschen eine wichtige Ressource, um mit Krankheit, Tod und Trauer umzugehen!
2. S/R Überzeugungen, Haltungen, Praktiken und Erfahrungen haben einen (positiven oder negativen) **Einfluss auf** (das Erleben/Deuten von) **Krankheit/Gesundheit und auf Heilungsprozesse!**
3. **Durch den Einbezug von S/R kann sich die therapeutische Beziehungsqualität verändern (ggf. vertiefen)!**

*Simon Peng-Keller, Ansätze ärztlicher Spiritual Care, in: Praxis 106:24 (2017), 1339–1343.*



## Fallbeispiel «Ursel»

- **R/S als Ressource:**
  - Sinnstiftende und haltgebende Überzeugungen und Praktiken
  - Einbettung in eine religiöse Gemeinschaft
  
- **R/S auch Belastung?**



## Fallbeispiel «Ursel»

«Eines Tages brachten die Eltern Ursel [...] in die Klinik, weil unerträgliche Schmerzen aufgetreten seien. In der Tat schrie sie laut wegen der Schmerzen, für die wir keine organische Ursache finden konnten. Dennoch waren hohe Dosen von Morphinum notwendig und eigentlich war sie nur schmerzfrei, wenn das Morphinum sie in den Schlaf versetzt hatte. So wie sie aufwachte, schrie sie wieder vor Schmerzen. Es war zum Verzweifeln für uns alle. Dann sprach ich einmal wieder mit den Eltern und fragte sie, ob denn in der letzten Zeit etwas Besonderes vorgefallen sei. Beide verneinten die Frage und der Vater ergänzte, er hätte, bevor die Schmerzen angefangen hätten, mit ihr ein Gespräch geführt, in dem es darum gegangen sei, dass es Gottes Wille sei, dass sie sterben müsse und dass man das akzeptieren müsse.»

Niethammer, Dietrich, Gut versorgt im Kinderkrankenhausbetrieb? Interdisziplinäres Arbeiten im Kinderkrankenhaus, in: Wege zum Menschen 66 (2014), 19-30.



**Universität  
Zürich** <sup>UZH</sup>

**Professur für Spiritual Care**

## 2. «Spiritual Care» als gesundheitsberufliche Aufgabe?



# Was wünschen die Patientinnen/Patienten?



## Genfer Studie: 25% der Patientinnen/Patienten wünschen, dass S/R im Rahmen ihrer psychiatrischen Behandlung einbezogen wird.

Table II. Wishes to address spiritual or religious issues in their psychiatric care among 147 outpatients with severe mental disorders.

Questions	Answers	<i>n</i>	%
1. Do you wish addressing spiritual or religious issues in your psychiatric care?	YES	37	25
	NO	98	67
	NO, but with a religious professional only	12	8
2a. Do you share spiritual or religious issues with someone?	YES	64	44
	NO	83	56
2b. If yes, with whom?	only relatives	36	56
	a chaplain or a religious professional	24	38
	only the psychiatrist	4	6
3. Do you want to meet the psychologist leading the “Spirituality and Recovery Group”?	YES	24	16
	NO	123	84



Sylvia Mohr & Philippe Huguelet (2014) *The wishes of outpatients with severe mental disorders to discuss spiritual and religious issues in their psychiatric care*, *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice*, 18:4, 304-307, DOI:

[10.3109/13651501.2014.902071](https://doi.org/10.3109/13651501.2014.902071)



## Drei zentrale Herausforderungen:

- 1. Anamnese:** Bei welchen Patienten ist der Einbezug von R/S wichtig?
- 2. Therapie:** Wann und in welcher Weise kann/soll R/S einbezogen werden?
- 3. Interprofessionalität:** Wer hat welche Aufgabe?



## Fallbeispiel «Ursel»

«Als der Vater dies so ruhig aussprach, wurde mir ganz anders. Wie war es möglich, dass ein Vater, von dem ich wusste, wie sehr er seine Tochter liebte, den Tod seines Kindes so gleichmütig hinnehmen konnte?»

Niethammer, Dietrich, Gut versorgt im Kinderkrankenhausbetrieb? Interdisziplinäres Arbeiten im Kinderkrankenhaus, in: Wege zum Menschen 66 (2014), 19-30.



**Universität  
Zürich** <sup>UZH</sup>

**Professur für Spiritual Care**

## 3. Gesundheitsberufliche Spiritual-Care-Kompetenzen?



## Psychotherapeutische Spiritual-Care-Kompetenzen

1. Empathischer und wertschätzender therapeutischer Umgang mit Klienten mit unterschiedlichen weltanschaulichen und r/s Prägungen
2. Fähigkeit, im Rahmen der Anamnese/Therapie auch r/s Aspekte (Ressourcen/Belastungen) in passender Weise anzusprechen und einzubeziehen.
  - Erkennen und Einbezug von r/s Ressourcen
  - Erkennen von spezifischen r/s Belastungen, Krisen und Störungen und therapeutische Unterstützung im Umgang damit
3. Interprofessionelle Zusammenarbeit mit Seelsorgenden und religiösen Experten

Vieten, C., Scammell, S., Pilato, R., Ammondson, I., Pargament, K. I., & Lukoff, D. (2013). Spiritual and religious competencies for psychologists. *Psychology of Religion and Spirituality*, 5(3), 129-144.



## Fallbeispiel «Ursel»

«Ich fragte ihn daher, ob er denn seiner Tochter nicht vermittelt hätte, wie schrecklich für ihn ihr Tod sei. Das könne er nicht, war seine ruhige Antwort, denn dann würde sie ja eventuell ihren Glauben verlieren. Ich konnte das nicht verstehen, und es entspann sich ein Disput zwischen uns beiden, der damit endete, dass er Türen knallend mein Zimmer verließ. Seine Frau folgte ihm verlegen lächelnd und anschließend nahmen sie ihre Tochter ohne weitere Diskussion mit nach Hause. Wir waren offensichtlich kein guter Umgang mehr für sie.»

Niethammer, Dietrich, Gut versorgt im Kinderkrankenhausbetrieb? Interdisziplinäres Arbeiten im Kinderkrankenhaus, in: Wege zum Menschen 66 (2014), 19-30.



**Universität  
Zürich** <sup>UZH</sup>

**Professur für Spiritual Care**

## 4. Spezifische Problemfelder



- 1. Legitimität von psychotherapeutischen Ansätzen, die in zentraler Weise geprägt sind von spirituellen Vorstellungen und Praktiken?**
  - Z.B. Transpersonale Psychologie, achtsamkeitsbasierte Verfahren...
  - Vgl. Debatte zwischen Peter Schulthess und David Boadella (à jour – 2015-2016)
- 2. Legitimität von spirituellen «Interventionen» im Kontext psychotherapeutisch-psychiatrischer Praxis?**
  - z.B. Gebet, Meditation, Rituale...
- 3. Umgang mit unterschiedlichen Deutungsperspektiven**
  - Problem 1: Tendenz zu einer Spiritualisierung von psychopathologischen Phänomenen
  - Problem 2: Tendenz zu einer Pathologisierung von spirituellen Phänomenen





## Positionspapier der DGPPN: Empfehlungen zum Umgang mit Religiosität und Spiritualität in Psychiatrie und Psychotherapie (2017)

**Professionelle Grenzen.** Psychiater und Psychotherapeuten haben sich durch ihre Berufsethik verpflichtet, innerhalb des Methodenspektrums ihrer Profession tätig zu sein. Dies schließt religiöse oder spirituelle Interventionen aus. Dies stellt eine sinnvolle und notwendige Selbstbeschränkung dar. Dabei muss trotzdem sichergestellt werden, dass die R/S des Patienten der Therapie Raum haben kann. Die Task Force hält es für geboten, dass die deutschsprachige Psychiatrie und Psychotherapie sich stärker mit R/S beschäftigt als bisher.

**Neutralität.** Der Behandler sollte auf eine respektvolle Weise religiös neutral bleiben, aber aufgeschlossen sein für einen möglichen Transzendenzbezug seines Patienten. Psychiatrische und psychotherapeutische Behandlungen einerseits und Seelsorge und spirituelle Führung andererseits sollten unterschieden werden und getrennt bleiben. Eine Zusammenarbeit im Interesse des Patienten kann aber in vielen Fällen sinnvoll sein.

<https://www.degruyter.com/downloadpdf/j/spircare.2017.6.issue-1/spircare-2016-0220/spircare-2016-0220.pdf>



## Fallbeispiel «Ursel»

„Etwa eine Woche später kam die Mutter mit Ursel in die Sprechstunde. Das Kind war völlig schmerzfrei und sie war wieder so fröhlich, wie wir sie kannten. Ich fragte die Mutter, was denn inzwischen passiert sei. Sie antwortete, ich erinnere mich doch sicher an den Zorn des Vaters, der unser letztes Gespräch beendet hatte. Sie seien nach Hause gefahren und dann seien Tochter und Vater im Bad aufeinander getroffen. Da habe plötzlich Ursel ihren Vater angeschrien, es sei ihm doch völlig egal, dass sie sterben müsse. Da habe er geweint und sie in den Arm genommen und ihr gesagt, dass es das Schlimmste sei, was ihm passieren könne. Und dann waren die Schmerzen verschwunden.“

Niethammer, Dietrich, Gut versorgt im Kinderkrankenhausbetrieb? Interdisziplinäres Arbeiten im Kinderkrankenhaus, in: Wege zum Menschen 66 (2014), 19-30.



**Hinweis auf  
CAS-Weiterbildung an der Universität Zürich:  
«Gesundheitsberufliche und seelsorgliche Spiritual Care»**

**Nächster Durchlauf: 2021**

**Weitere Informationen:**

<https://www.theologie.uzh.ch/de/faecher/spiritual-care.html>

