

Wut, Scham und moralische Verletzung: Gibt es einen Ausweg ?

Ich habe über den Titel dieser Konferenz nachgedacht. Für die Beschäftigten im Gesundheitswesen scheint es derzeit viel zu klären zu geben. Ich bin Psychiaterin aus dem Vereinigten Königreich, wo die psychiatrischen Dienste im Allgemeinen als versagend angesehen werden, mit bis zu 50 % unbesetzter Stellen, einem enormen Bettenmangel und Wartelisten von über einem Jahr für Erwachsene und Kinder. Gleichzeitig haben die Patienten hohe Erwartungen und kommen oft mit dem Wunsch, eine bestimmte Diagnose bestätigt zu bekommen - etwas, was vor 20 Jahren noch nicht der Fall gewesen wäre. In diesem Vortrag werde ich das Thema aus zwei Blickwinkeln betrachten, indem ich von meiner Arbeit mit einzelnen Patienten auf das breitere System der Gesundheitsversorgung und die politischen Werte, die es bestimmen, eingehe.

Unterstützung für das Personal an der Front

Als die Covid-Pandemie ausbrach, war ich schon fast im Ruhestand und bot dem örtlichen Krankenhaus meine Dienste an. Wie die meisten von Ihnen hatte ich die Szenen aus China und dann aus Italien mit Entsetzen verfolgt und fühlte nicht nur mit den betroffenen Patienten, sondern auch mit den Ärzten und Krankenschwestern, die sich selbst in physische und sogar psychische Gefahr begaben. Ich war vor kurzem aus meiner Tätigkeit als NHS-Psychiaterin in den Ruhestand getreten, arbeitete aber weiterhin als Psychotherapeutin, so dass es mir sinnvoll erschien, dem Personal an vorderster Front eine unterstützende Therapie anzubieten, und ich fand schließlich eine Aufgabe zur Unterstützung der Ärzte auf den beiden Intensivstationen in der Stadt, in der ich lebe.

Wie die meisten Länder hatte auch das Vereinigte Königreich mit verschiedenen Phasen der Pandemie zu kämpfen, und die Übersterblichkeitszahlen waren hoch. Ich schätzte die Möglichkeit, mich auf nützliche Weise zu engagieren, war jedoch schockiert über den Tribut, den die Pandemie von diesen hart arbeitenden Klinikern forderte, von denen viele durch die Schrecken, die sie miterlebten, entblößt schienen, und manchmal verzweifelte sie angesichts ihrer Ohnmacht gegenüber diesem neuartigen Virus. Am schlimmsten war vielleicht die moralische Not, die sie empfanden, weil sie in einer Weise arbeiten mussten, die mit ihren beruflichen und persönlichen ethischen Werten zutiefst kollidierte, vor allem, weil sie die Familien von ihren sterbenden Angehörigen feenhaften mussten. Der Begriff der moralischen Verletzung, der erstmals bei Veteranen aus dem Vietnamkrieg beschrieben wurde, fand während der Pandemie weite Verbreitung, um dieses Phänomen zu beschreiben. Es wird davon ausgegangen, dass moralische Verletzungen in hohem Maße zu Stress beitragen und zu Funktionsstörungen, Selbstmordgedanken

und längerfristigen psychischen Schäden führen können. Das Ausmaß der Ängste und das Gefühl der Entfremdung, das die Betroffenen erleben, unterscheiden sie von anderen psychischen Diagnosen wie posttraumatische Belastungsstörung (PTBS).

Ich habe ausführlich über meine Erfahrungen mit dieser Arbeit geschrieben¹, aber heute möchte ich mich auf eine besonders unangenehme Dynamik konzentrieren, die in der Spätphase der Pandemie auftrat, als die meisten Patienten auf der Intensivstation nicht geimpft waren (etwa 10 % der Bevölkerung im Vereinigten Königreich). Einige dieser Menschen waren einfach nicht dazu gekommen, sich impfen zu lassen; andere waren gegen den Impfstoff und misstrauten den Ärzten und Krankenschwestern, die sich um sie kümmerten. Man erzählte mir von einem Geistlichen, der seine Gemeinde vor der Impfung gewarnt hatte und schließlich in der Palliativ-Station landete; von einem Krankenhauspförtner, der die Impfung verweigerte und an Covid starb; von einer eng verbundenen Großfamilie, in der ein Bruder dem Virus zum Opfer fiel, der Rest der Familie sich aber dennoch weigerte, sich impfen zu lassen, und einige Wochen später zwei weitere Geschwister schwer krank auf der Station lagen. "Das muss doch wohl als Wahnvorstellung gelten", fragte einer der Oberärzte rhetorisch. (Die Psychiatrie ist sich darüber im Klaren, dass bei der Einstufung einer Person als "wahnhaft" oder "psychotisch" die kulturellen Normen zu berücksichtigen sind - im Falle der Impfung die Überzeugungen der unmittelbaren Umgebung.) Aber ich verstand, worauf er hinauswollte, und hatte Verständnis für seine Verzweiflung.

Es ist nicht leicht, wenn man auf die Menschen, die man pflegt, wütend ist. Oder auf die Menschen, um die man sich sorgt. Unterschiedliche Einstellungen zum Impfstoff oder soziale Einschränkungen während der Pandemie haben einige Familien auseinandergerissen. Die Ambivalenz, die entsteht, wenn wir sowohl Wut als auch zärtlichen Schutz für ein und dieselbe Person empfinden, kann verwirrend sein und ist oft die Ursache für eine Depression. Ganz allgemein kann sich Wut furchtbar verzehrend anfühlen und sich in Beziehungen ausbreiten, wo sie nicht hingehört. Sie kann zu impulsivem Verhalten wie Raserei im Straßenverkehr und zu süchtigem Verhalten führen - ich habe zum Beispiel einige Kliniker erlebt, die in eine Essstörung abdrifteten, alkoholabhängig wurden oder andere Drogen missbrauchten.

Im Jahr 2023 wächst die Wut in den britischen Kliniken weiter an, was sich am deutlichsten in den schädlichen Streiks von Krankenschwestern, Ärzten und Krankenwagenpersonal zeigt. In den meisten Fällen handelt es sich dabei nicht um Wut über das Verhalten und die Einstellung der Patienten, wie im obigen Beispiel der Antivax-Bewegung, sondern um die Wut der Patienten darüber, dass man sich nicht darauf verlassen kann, dass der NHS ihre Bedürfnisse angemessen erfüllt. Vordergründig geht es um die Forderung nach mehr Geld - die Gehälter sind in den letzten fünf Jahren real um etwa 20 % gesunken, und es gibt viele Beispiele dafür, dass Krankenschwestern und -pfleger auf Tafeln angewiesen sind, um ihre Kinder zu ernähren.

Hört man sich jedoch die Anliegen der Streikenden genauer an oder sieht man sich ihre Transparente an, so ergibt sich ein anderes Bild. Das Personal fühlt sich unterbewertet: Ja, es wird schlecht bezahlt, aber was noch wichtiger ist, es arbeitet unter immer stressigeren und giftigeren Bedingungen und ist nicht in der Lage, den Patienten die Pflege zu bieten, die sie in einem relativ reichen Land des 21. Jahrhunderts zu Recht verdienen, oder auch nur die Qualität der Pflege aufrechtzuerhalten, die vor einigen Jahren noch als selbstverständlich galt.

¹ Campling P. (2022) *Don't Turn Away. Stories of troubled minds in fractured times*, Elliott and Thompson

Menschen wie ich sind mit dem Stolz aufgewachsen, im NHS zu arbeiten, und unterstützen die Idee der Rechte auf Gesundheitsversorgung und gleichberechtigten Zugang, wie sie hier in diesen schönen Worten aus der NHS-Verfassung beschrieben wird.

Der NHS gehört den Menschen. Er ist dafür da, unsere Gesundheit und unser Wohlbefinden zu verbessern und uns dabei zu unterstützen, geistig und körperlich gesund zu bleiben, gesund zu werden, wenn wir krank sind, und, wenn wir nicht vollständig genesen können, bis zum Ende unseres Lebens so gesund wie möglich zu bleiben.

.... Es berührt unser Leben in Zeiten grundlegender menschlicher Bedürfnisse, wenn Fürsorge und Mitgefühl das Wichtigste sind

.... Der NHS basiert auf gemeinsamen Grundsätzen und Werten, die die Gemeinschaft und die Menschen, denen er dient - Patienten und Öffentlichkeit - sowie die Mitarbeiter, die für ihn arbeiten, miteinander verbinden.²

Der NHS genießt als Institution nach wie vor große Unterstützung, aber Umfragen zeigen eine zunehmende Desillusionierung. Wenn man hört, dass das System als "kaputt" bezeichnet wird, ist das äußerst schmerzhaft.

Hoffentlich ist die gegenwärtige Situation nicht das Ende der Geschichte, aber sie kann ein düsterer Hintergrund für arbeitende Kliniker sein.

Ich bin mir bewusst, dass die Probleme, die in Teilen unseres britischen Dienstes so überwältigend geworden sind, Probleme sind, mit denen wir alle in unterschiedlichem Ausmaß konfrontiert sind, und ich werde diesen Vortrag beenden, indem ich versuche, ein paar Gedanken nicht nur über das Gesamtbild, sondern auch darüber zu äußern, wie wir als Einzelne angesichts eines so stressigen Umfelds mit uns selbst umgehen können. Doch bevor ich das tue, möchte ich ein wenig über Selbstmord sprechen.

Ein schmerzhafter Selbstmord

Wie die meisten Psychiater lebe ich in der Angst, dass sich meine Patienten umbringen könnten. Ich war zum Beispiel besorgt, dass sich einer der Ärzte auf der Intensivstation während der Pandemie umbringen könnte. Das ist zwar nicht passiert, aber viele von ihnen wurden von aufdringlichen Selbstmordgedanken gequält, für die sie sich schämten. Um Hilfe zu bitten, ist für viele Ärzte nicht leicht. Die Selbstmordrate ist bei Ärzten höher als in der Allgemeinbevölkerung, und Anästhesisten (einschließlich derjenigen, die auf der Intensivstation arbeiten), die so viele Medikamente zur Verfügung haben, sind besonders gefährdet.

Fast jeder meiner Patienten, der sich umgebracht hat, hat sich in mein Gedächtnis eingebrannt. Ich kann mich an die Umstände des Todes erinnern, an das, was ich gerade tat, als ich die Nachricht hörte, an das Gefühl des kalten Entsetzens oder manchmal auch der knochenmüden Resignation, wenn die Nachricht Wirklichkeit wird. Ich erinnere mich oft an das letzte Gespräch, das wir geführt haben, gehe es im Geiste immer wieder durch und frage mich, ob ich etwas verpasst oder etwas Unsensibles gesagt habe. Es geht nichts über einen Selbstmord, der einen mit dem Gefühl zurücklässt, versagt zu haben, und das medizinisch-rechtliche System im Vereinigten Königreich ist nicht gerade hilfreich.

² Department of Health (2009) The NHS Constitution for England: The NHS Belongs To Us All. HMSO

Unsere Politiker sprechen davon, eine Selbstmordrate von null Prozent anzustreben – „absolute Nulltoleranz“; und Psychiater können sich in einem juristischen Verfolgungsprozess wiederfinden, der sich über Monate oder sogar Jahre hinzieht.

Einige Todesfälle durch Selbstmord sind schwieriger zu erklären als andere, manchmal weil sie keinen Sinn ergeben. Ich werde kurz über einen kürzlich erfolgten Selbstmord sprechen, da er meiner Meinung nach viele Fragen aufwirft, die für das Thema dieser Konferenz relevant sind.

Harry nahm sich im Mai 2022 das Leben. Er war Anfang dreißig, arbeitete als Sanitäter für den Rettungsdienst und hatte eine komplizierte Vorgeschichte. Ich sah ihn nur zweimal in meiner unabhängigen Psychotherapiepraxis. Beide Male war er 20 Meilen von seinem Wohnort zu mir geradelt und kam zufrieden mit sich selbst an - wahrscheinlich genoss er die Welle der Endorphine - und voller Freude über das schöne Frühlingswetter. Nachdem ich einige Hintergrundinformationen gelesen hatte, darunter eine Geschlechtsumwandlung von weiblich zu männlich, eine kürzlich Diagnose des Asperger-Syndroms, eine frühere Anorexia nervosa und eine ziemlich unklare Überdosis, war ich besorgt, ihn aufzunehmen. Aber als ich ihn traf, mochte ich ihn sofort. Er war äußerst intelligent und schien es mit der Therapie ernst zu meinen. Er hatte auch eine gewisse Unschuld an sich, die ich oft bei Menschen mit der Diagnose Asperger-Syndrom feststelle - ein Gefühl der Verwirrung über die Welt, als ob sie in einem sehr fremden Land gelandet wären, das schwer zu ergründen ist. Ich hatte das Gefühl, dass wir eine Beziehung zueinander aufgebaut hatten. Ich wusste, dass er eine Herausforderung sein würde, aber ich war zuversichtlich, dass ich mit ihm arbeiten könnte.

Als er zur dritten Sitzung nicht erschien, wusste ich sofort, dass etwas nicht stimmte - mein erster Gedanke war, dass er einen Fahrradunfall gehabt hatte. Später am Tag erfuhr ich, dass er tot in seiner Wohnung aufgefunden worden war. Später stellte sich heraus, dass er Lachgasballons inhaliert hatte und mit einer Plastiktüte über dem Kopf aufgefunden wurde. Es gab keinen Abschiedsbrief. 15 Monate später wartet der Fall immer noch auf die Gerichtsverhandlung, was zum Teil auf den Rückstau zurückzuführen ist, der durch die Pandemie entstanden ist. Wie Sie wahrscheinlich wissen, ist das Internet voll von Informationen für Menschen, die darüber nachdenken, ihrem Leben ein Ende zu setzen, und diese Methode - die mir bis dahin nicht bekannt war - wird als das perfekte "glückliche Ende" beschrieben.

In der psychotherapeutischen Literatur über Selbstmord gibt es das Konzept einer Spaltung zwischen dem Selbst und dem Körper: Der Suizide Akt wird als "das Selbst, das den Körper abtötet" gesehen. Interessanterweise gibt es Hinweise aus einer Forschungsstudie, in der mit Menschen gesprochen wurde, deren Selbstmordversuche gescheitert waren, dass sie zu dem Zeitpunkt, an dem sie sich selbst töten wollten, ihren Körper als ein separates Objekt erlebten. Offenbar wollten viele von ihnen ihren Körper abtöten, stellten sich aber vor, dass ein anderer Teil von ihnen in einem bewussten, aber körperlosen Zustand weiterleben würde. Diese Überzeugungen waren unabhängig von religiösen Zugehörigkeiten oder dem formalen Glauben an ein Leben nach dem Tod.

Ich habe an Harrys Beerdigung teilgenommen, die sehr gut besucht war und bei der eine Ehrengarde aus seinen Kollegen vom Rettungsdienst anwesend war. Er wäre von ihrer Anwesenheit und ihrer offensichtlichen Trauer überrascht gewesen. Seine Mutter las sehr mutig den Psalm 139, den sie als "den Psalm für Menschen, die sich als Außenseiter sehen" bezeichnete.

.... Denn du hast mein Innerstes erschaffen; du hast mich im Schoß meiner Mutter zusammengefügt.

Harrys Tod hat mich heimgesucht. Wenn ich zurückblicke, war er ziemlich abweisend, wenn es darum ging, mit mir über Selbstmord zu sprechen. Er erzählte mir, dass er eine Selbstmordmethode für die Zukunft ausgearbeitet hatte, falls er sie brauchen würde, aber er sagte, dass er sich im Moment nicht mit Selbstmord beschäftigen würde. Ich hatte mir vorgestellt, dass wir später in seiner Therapie wieder darüber sprechen würden. Bedenken Sie, dass ich ihn nur zweimal gesehen hatte. Ich habe keine Ahnung, ob er seinen Ausstieg sorgfältig geplant hatte - warum sollte er dann eine Therapie beginnen? - oder ob es sich um ein spontanes Verhalten handelte, um einen autistischen Zusammenbruch. Ich habe mich gefragt, ob er vom Nervenkitzel des riskanten Verhaltens angetrieben wurde; hat er mit sich selbst Russisches Roulette gespielt?

Das Leben und der Tod von Harry werfen viele Fragen auf, die für das Thema dieser Konferenz relevant sind. Er wurde als Mädchen von liebenden Eltern geboren und erhielt den Namen Harriet. Harriet hasste die Veränderungen an ihrem Körper während der Pubertät und insbesondere ihre wachsenden Brüste. Sie hatte keinen besonderen Wunsch, männlich zu sein, aber man sagte ihr, sie könne sich die Brüste nur entfernen lassen, wenn sie ihren Namen ändere und als Mann lebe. Dies tat sie und unterzog sich einer doppelten Mastektomie - etwas, das sie als "das Beste, was sie je getan hat" bezeichnete. Harry wurde sich dann bewusst, dass seine weibliche Stimme nicht zu seiner neuen männlichen Rolle passte und den Leuten Unbehagen bereitete, also ging er in eine Privatklinik und bekam Testosteron verschrieben. Dann ging ihm das Geld aus: Die Klinik entließ ihn, der Hausarzt weigerte sich, ihm Testosteron zu verschreiben, so dass er gezwungen war, sich das Hormon im Internet zu besorgen, ohne ärztliche Überwachung. Nach seinem Tod erfuhr ich, dass er mit schweren Menorrhagien zu kämpfen hatte und am Tag nach seinem Tod in eine gynäkologische Klinik gehen sollte. Ich fragte mich auch, welche Auswirkungen das Testosteron auf sein risikofreudiges Verhalten hatte.

Ich möchte hier nicht zu sehr ins Detail gehen. Aber Psychiater sind sich zunehmend bewusst, dass eine Trias von Diagnosen oft zusammen auftritt - Anorexia nervosa, Geschlechtsdysphorie und Asperger-Syndrom (heute oft als Autismus-Spektrum-Störung bezeichnet). In Harrys Fall wurden alle diese Diagnosen getrennt voneinander behandelt, und ich bin der festen Überzeugung, dass ein integrierter Ansatz, der die ganze Person einbezieht, zu einem ganz anderen Ergebnis hätte führen können. Es war mir klar, dass Harrys Einstellung zu Gewicht und Essen, zu seinem Körper und seinem Geschlecht sehr fragmentiert und autistisch war. Die Beurteilung des Asperger-Syndroms war während der Pandemie online durchgeführt worden. Es war eine entfremdende Erfahrung gewesen, und er hatte keine Folgemaßnahmen erhalten. Ich hatte gehofft, dass eine Therapieerfahrung, bei der er als einzigartiger und ganzer Mensch gesehen wird, hilfreich gewesen wäre. Ich hatte das Gefühl, dass wir einen guten Anfang gemacht hatten, aber es sollte nicht sein.

Marktwerte

Lassen wir diesen traurigen Fall hinter uns und denken wir über einige der Themen nach, die er im Allgemeinen berührt. Wir leben in einer marktorientierten Gesellschaft, in der die Marktphilosophie seit Jahrzehnten praktisch unhinterfragt ist und alle Aspekte des Lebens, einschließlich des Gesundheitswesens, durchdrungen hat. Weniger gut verstanden wird, wie das Leben in einer solchen Gesellschaft unsere Einstellungen und Verhaltensweisen schleichend verändert hat. Der Harvard-Politologe Michael Sandel hat in einem wichtigen Satz beschrieben, dass wir "von einer Marktwirtschaft zu einer Marktgesellschaft werden". Mit anderen Worten: Wir haben, bewusst oder unbewusst, die Werte des Marktes verinnerlicht. Wir sehen uns nicht mehr als Bürger mit Rechten und Pflichten, sondern als Verbraucher, als Menschen, die alles haben können, was sie wollen, solange sie es bezahlen können.

Das bedeutet, dass die Patienten anspruchsvoll sein können, ohne zu wissen, wo die Grenzen der medizinischen Möglichkeiten liegen, und dass sie den Ärzten misstrauen, weil sie nicht glauben, dass diese ihr Bestes im Sinn haben. Im Gegenzug sind sich die Gesundheitsdienste und Versicherungsunternehmen zunehmend der Kosten und der Notwendigkeit bewusst, diese zu senken, und suchen stets nach Möglichkeiten, mehr aus ihrem Personal herauszuholen, wobei der lächerliche Glaube zugrunde liegt, dass eine Philosophie des "mehr für weniger" Jahr für Jahr angewendet werden kann. Dies bringt die Kliniker in eine wenig beneidenswerte Lage, da die Kluft zwischen dem, was wir gerne leisten würden, und dem, was mit den verfügbaren Ressourcen möglich ist, immer größer wird. Ein mit zu wenig Ressourcen ausgestattetes System fördert bei den Mitarbeitern eine Haltung des Selbstschutzes. Rationierung wird zur Norm, wird aber selten als solche benannt. Stattdessen finden wir - zumindest in der Psychiatrie - Gründe, um Patienten abzuweisen, die in der Regel nicht belegt sind.

In dieser Marktwirtschaft ist das System in der Regel misstrauisch gegenüber seinen eigenen Mitarbeitern, es verlässt sich zunehmend auf Anwälte und eine ständig wachsende Bürokratie, die den Impuls der Kliniker, ihr Bestes zu geben, weiter untergraben kann.

Kritiker der psychiatrischen Dienste im Vereinigten Königreich haben begonnen, ein "System der Ausgrenzung" zu beschreiben, bei dem sehr viel Energie in die Festlegung von Ausschlusskriterien gesteckt wird und sich sehr viele Patienten und ihre Familien ungehört und vernachlässigt fühlen. Ich wünschte, ich könnte sagen, dass dies alles an den Ressourcen liegt, aber es ist komplizierter als das. Letztlich ist es das klinische Personal, das die negativen Botschaften vermittelt, und wir können uns nicht völlig aus der Verantwortung stehlen, wie wir das tun. Einige haben mit der damit verbundenen moralischen Belastung zu kämpfen; andere - ich hoffe, es ist eine Minderheit - machen ohne zu hinterfragen mit, haken selbstgerecht Ausschlusskriterien ab und geben der Bürokratie Vorrang vor der Patientenversorgung. Ich befürchte, dass einige Ärzte so sehr daran gewöhnt sind, Menschen auszuschließen, dass sie die Auswirkungen kaum noch wahrnehmen. Das Erkennen von Notlagen wird verzerrt und der Wunsch zu helfen wird untergraben.

Die Rettung der Freundlichkeit

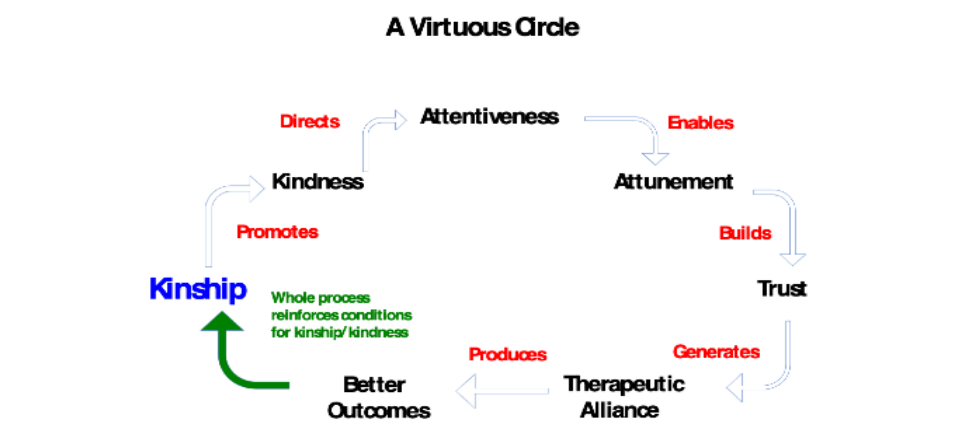
Vor einigen Jahren arbeitete ich als Psychiater und Leiter eines lokalen NHS-Dienstes. Es war eine Zeit, in der eine neue Finanzierungsstruktur bedeutete, dass die psychiatrischen Dienste gegenüber den akuten physischen Diensten ständig ins Hintertreffen gerieten, und ich musste Jahr für Jahr Kürzungen und Entlassungen vornehmen. Das war ein trauriger und konfliktreicher Prozess. Aber nicht nur der Mangel an Ressourcen, sondern auch die Kultur, in der wir arbeiteten, schien sich zu verschlechtern: die Art und Weise, wie wir über Patienten sprachen, die Art und Weise, wie wir miteinander sprachen, das hektische Tempo, das verhinderte, dass ein zufälliges Treffen auf dem Flur zu einem freundlichen Gespräch führte, der Mangel an Raum, um sich auszutauschen und sich gegenseitig zu überprüfen, der zunehmend autokratische Ton in E-Mails. Ich könnte weitermachen....

Ich begann darüber zu schreiben, was ich bei der Kultur des Gesundheitswesens beobachtete³.

³ Ballatt J, Campling P, Maloney C, (2020) *Intelligent Kindness, Rehabilitating the Welfare State* (Second Edition) Cambridge University Press. First published in 2011 as *Intelligent Kindness, Reforming the Culture of Healthcare*.

Ich wollte klarer über die zugrundeliegenden Ursachen nachdenken, anstatt nur anderen Teilen des Systems die Schuld zu geben, und, was noch wichtiger ist, Wege finden, um den einzelnen Mitarbeitern zu helfen, ihren Weg zu finden, indem sie den humanen Werten treu bleiben, die sie ursprünglich motiviert hatten, und nicht zulassen, dass das zunehmend ängstliche System ihr Mitgefühl abstumpft. Ich erappte mich dabei, wie ich mich auf das Konzept der Freundlichkeit konzentrierte. Geschichten von Patienten und ihren Betreuern zeigen immer wieder, dass Freundlichkeit oder ihr Fehlen sie tief berührt, ihre Erfahrungen prägt und das ist, woran sie sich noch Jahre später erinnern. War es möglich, eine solche Freundlichkeit in dem System zu fördern?

Das Wort selbst hat ethische und kollektive Resonanzen, die hilfreich sind. So ist das Wort "kind" im Englischen nicht nur ein Adjektiv, sondern wird auch als Substantiv verwendet, wo es darauf hinweist, dass wir "of a kind" sind, dass wir miteinander verbunden sind, mit natürlichen Reaktionen und Verantwortlichkeiten füreinander. Es steht in Verbindung mit dem Begriff "kin", der für Familie steht - in diesem Fall für die gesamte menschliche Familie. Ich begann mir vorzustellen, wie es wäre, wenn Freundlichkeit in alle Entscheidungen im Gesundheitswesen einfließen würde - nicht nur in die Art und Weise, wie wir mit unseren Patienten umgehen, sondern auch in die Art und Weise, wie wir in Teams und Organisationen zusammenarbeiten, die Art und Weise, wie wir managen und führen, die Art und Weise, wie wir Politik entwickeln und umsetzen, die Art und Weise, wie wir Forschung planen, die Art und Weise, wie wir Personal ausbilden, lehren und unterstützen. Was wäre, wenn wir all dies durch die Brille der Freundlichkeit betrachten würden?



Dieses Diagramm eines Tugendkreises versucht, diese Vision und das Potenzial für die kontinuierliche Verstärkung aufmerksamer Freundlichkeit zu erfassen. Eine solche Dynamik hat das Potenzial, die Kommunikation, das Verständnis, die Beurteilung und die Diagnose zu verbessern; sie kann die Zusammenarbeit mit der Behandlung, der Intervention oder der Beratung fördern; sie sollte Ängste (beim Personal und bei den Patienten) verringern, die Abwehrhaltung minimieren und die Ergebnisse, das Wohlbefinden und die Zufriedenheit verbessern. Wir - ich habe zusammen mit meinem Mann das Buch „Intelligente Freundlichkeit“ geschrieben - haben diesen Kreislauf als Schwerpunkt genutzt, um Mitarbeiter und Patienten zusammenzubringen, um Dienstleistungen zu überprüfen und zu verbessern. Und sie kann als Motor für die Verbesserung der Arbeitsmoral des Personals, die Senkung des Stressniveaus und des Krankenstandes sowie für die Steigerung der Produktivität und der Effizienz gesehen werden.

Ich gehe davon aus, dass Menschen, die sich für eine christliche Konferenz entschieden haben, die durch die Arbeit von Paul Tournier inspiriert wurde, nicht von der Bedeutung all dessen überzeugt werden müssen. Aber ich frage mich, ob sich einige von Ihnen, wie ich, Sorgen machen, dass die Werte, die wir für eine gute Gesundheitsversorgung für grundlegend halten, in den Hintergrund gedrängt werden? Wird es schwieriger, freundlich zu sein? Schauen wir uns einige der Herausforderungen an, die dies in unserer heutigen Zeit so schwierig machen.

Freundlichkeit in Verruf gebracht

Freundlichkeit kann als eine der wichtigsten Tugenden angesehen werden. Das bedeutet aber nicht, dass sie einfach als "gut" angesehen werden sollte. Eine Tugend muss erarbeitet werden, denn es ist schwierig, sie zu erreichen. Alle großen Religionen und die von ihnen beeinflussten Kulturen fördern das Mitgefühl, die Gastfreundschaft gegenüber dem Fremden und die Behandlung anderer Menschen so, wie man selbst behandelt werden möchte, wobei man sich bewusst ist, dass ein Großteil der menschlichen Natur dagegen spricht.

Viele Denker haben die Art und Weise kritisiert, wie wir als Menschen in der modernen Welt immer kurzfristiger denken. Wir werden dazu ermutigt, davon auszugehen, dass es darauf ankommt, das unmittelbar vor uns liegende Problem zu lösen. Wir vergessen, dass sich Muster der Geselligkeit und ethische Standards über Jahrtausende entwickelt haben. Das Problem dabei ist, dass man leicht die größeren Fragen aus den Augen verliert, z. B. nach dem Sinn und Zweck unserer Gesundheitseinrichtungen auf lange Sicht. Rowan Williams, der ehemalige Erzbischof von Canterbury, schrieb als Reaktion auf die "Ausdünnung" des historischen Wissens Folgendes.

Wenn wir aber nicht wissen, wie wir hierher gekommen sind, neigen wir zu der Annahme, dass unser Standpunkt offensichtlich ist. Wenn wir davon ausgehen, dass unsere Lage offensichtlich ist, werden wir sie weniger kritisch hinterfragen. Je weniger wir kritische Fragen stellen, desto resistenter sind wir gegenüber den Herausforderungen, die andere Menschen an uns stellen. Mit anderen Worten: Wenn wir nicht verstehen, wie wir gelernt haben, die Menschen zu sein, die wir jetzt sind, hat das unmittelbare und höchst gefährliche Auswirkungen auf die Gesellschaft, die wir sind und die wir anstreben könnten...⁴

Wir leben in einer Zeit, in der das Konzept der Tugend selbst angegriffen wird, indem zum Beispiel die Behauptung von Werten als "Tugendsignale" abgetan wird. Vielleicht ist das nichts Neues. Zwei britische Autoren, der Psychoanalytiker Adam Phillips und die Historikerin Barbara Taylor, haben sich ausgiebig mit der Verdrehung und Vernebelung des Begriffs der Freundlichkeit beschäftigt. Sie untersuchen die Art und Weise, wie eine Philosophie und eine Kultur des wettbewerbsorientierten Individualismus und des Strebens nach Eigennutz die Bedeutung der Freundlichkeit in Frage gestellt und negativ beeinflusst haben. Sie beschreiben einen Prozess, in dem das, was ein zentraler moralischer Wert mit subversiven Zügen war und im Mittelpunkt der politischen Werte der Aufklärung stand, im 19. und frühen 20. Jahrhundert zu etwas Sentimentalem, Marginalem und Verunglimpftem wurde. Diese Bewegung stand in engem Zusammenhang mit der industriellen Revolution, der Massenproduktion und dem damit verbundenen Markt sowie der Verlagerung des Schwerpunkts im Leben der Menschen von der Teilhabe an der Gesellschaft auf die Rolle des Konsumenten. Sie sind sich darüber im Klaren, dass eine individualistische, wettbewerbsorientierte Gesellschaft, ungeachtet ihrer Errungenschaften, dazu neigt, Lieblosigkeit zu erzeugen.

⁴ Williams R. (2018) *Being Human* SPCK Publishing

Es entsteht eine Kultur der "Härte" und des Zynismus, die sich aus der neidischen Bewunderung für diejenigen speist, die in diesem Umfeld mit Zähnen und Klauen zu gedeihen scheinen - die Reichen und Berühmten: unsere moderne Priesterschaft.⁵

Ich stoße manchmal auf Zynismus, wenn ich mit Gruppen von Mitarbeitern im Gesundheitswesen über intelligente Freundlichkeit spreche. Was hat Freundlichkeit mit der wichtigen wissenschaftlichen und technologischen Aufgabe der Medizin zu tun?

Oder - was noch schwieriger ist - es wird zwar die Bedeutung der Freundlichkeit anerkannt, aber sie wird eindeutig als Nebenthema und als etwas mit geringer Priorität betrachtet - etwas, das verdrängt wird, sobald die Dinge stressig und schwierig werden.

Besonders ärgerlich sind die Leute, die das Thema aufgreifen und zu einer Ware machen wollen, es in die Bürokratie einbinden und zum Ankreuzen von Kästchen nutzen wollen, sich aber nicht für die wirkliche Herausforderung und ihre Kraft zur Veränderung der Kultur interessieren.

Das Verständnis der Wurzeln der Freundlichkeit in der Verwandtschaft kann uns helfen, einige der Herausforderungen zu verstehen. Es gibt und gab schon immer den Drang, uns gegen andere abzugrenzen, unseren Sinn für Verwandtschaft auf die unmittelbare Familie, die soziale Gruppe, die Rasse oder die Nation zu beschränken. Andererseits ist vieles von dem, was an der Menschheit zivilisiert ist, dadurch entstanden, dass die Verwandtschaft auf andere ausgedehnt wurde, um zu teilen, zu kooperieren und ein breiteres Gefühl von gemeinsamer Identität und gemeinsamen Interessen zu entwickeln. Die Herausforderung ist allgegenwärtig. Das macht Freundlichkeit schwierig, denn sie erfordert die Überwindung von engstirnigen Eigeninteressen, Ängsten, Konflikten, Abneigung und begrenzten Ressourcen. Sie ist mit Kosten und dem Risiko verbunden, etwas falsch zu machen und dabei vielleicht verletzt zu werden.

Intelligente Freundlichkeit

Ich betone immer wieder, dass Freundlichkeit intelligent sein muss, wenn sie einen positiven Unterschied machen soll. Ich bin mir sicher, dass Ihnen als Fachleute im Gesundheitswesen Beispiele einfallen, bei denen Freundlichkeit ihr Ziel verfehlt oder die Dinge sogar verschlimmert.

Eine Falle ist, dass wir die Bedürfnisse einer anderen Person zu sehr mit unseren eigenen identifizieren. Wenn ich an Harrys Tod zurückdenke, sollte ich Ihnen sagen, dass meine älteste Tochter auch die Diagnose Asperger-Syndrom hat und ungefähr im gleichen Alter ist. Ich habe mich gefragt, ob es für mich dadurch schwieriger war, mich mit dem verzweifelden, selbstmordgefährdeten Teil von ihm auseinanderzusetzen. Es hat seinen Tod sicherlich besonders schmerzhaft gemacht.

Systematischere Bedrohungen für den Ausdruck von Freundlichkeit sind der zunehmende Trend zur Spezialisierung und die Tendenz der Gesundheitssysteme, Interventionen zu standardisieren, als ob alle Menschen die gleichen Bedürfnisse hätten. In der psychiatrischen Versorgung wird dies durch die zunehmende Konzentration auf kurzfristige Risiken noch verschlimmert. Dies kann die Notwendigkeit untergraben, richtig zuzuhören und unsere Gespräche auf den einzelnen Patienten zuzuschneiden.

⁵ Phillips A and Taylor B (2009) *On Kindness*. Penguin pg108

In Harrys Fall war klar, dass Harriets dramatischer Gewichtsverlust im Alter von 19 Jahren zur Diagnose Magersucht geführt hatte, aber ein eingehenderes Gespräch hätte vielleicht zu einem besseren Verständnis ihrer zugrunde liegenden autistischen Denkweise geführt, die ihr das Leben so schwer machte, aber erst 15 Jahre später erkannt wurde.

Manchmal haben wir in der Medizin einfach noch nicht das Wissen, um dem Problem auf den Grund zu gehen. Als Harriet ein Kind war, neigten die Fachleute dazu, nicht an Autismus bei Mädchen zu denken, von denen wir heute wissen, dass sie sich ganz anders verhalten als Jungen. Ärzte neigen dazu, die Grenzen ihres Wissens nicht zu erkennen und zuzugeben. Unser Kampf mit der Demut kann uns manchmal dazu verleiten, unfreundlich zu sein. Mir fallen viele Beispiele aus der Psychiatrie ein: zum Beispiel die Art und Weise, in der wir die Beschreibungen von Patienten über sexuellen Kindesmissbrauch als Fantasie abgetan haben, oder die Art und Weise, in der die frühe "kühlende Bemutterung" autistischer Kinder als Ursache für die Behinderung des Kindes angesehen wurde.

Ich kann mir vorstellen, dass jeder hier einen Tugendkreis unterschreiben würde, in dessen Mittelpunkt die Freundlichkeit steht. Aber die meisten von uns würden zustimmen, dass dies nicht die vorherrschenden Werte widerspiegelt, die die Gesundheitsdienste derzeit bestimmen. Natürlich gibt es Millionen von sehr freundlichen Mitarbeitern und Teams und Organisationen, die einen Weg gefunden haben, Freundlichkeit in ihrer Praxis zu kultivieren. Aber dies ist nicht der vorherrschende Diskurs, und viele Kliniker arbeiten in Situationen, die sie zwingen, zu handeln oder Umstände zu tolerieren, die ihren beruflichen und ethischen Werten zuwiderlaufen und ihnen das Gefühl geben, moralisch verzweifelt, unzureichend, beschämend und wütend zu sein.

Die Tatsache, dass die moralische Verletzung eine normale Reaktion auf anormale Umstände ist, wird in der akademischen Literatur hervorgehoben und war ein offensichtliches Merkmal des Kampfes der Kliniker während der Pandemie. Vielleicht ist es sogar noch schlimmer, wenn sich die Umstände über viele Jahre hinweg verschlechtern haben und eher zu einer Normalität als zu einem außergewöhnlichen Ereignis geworden sind. In solchen Situationen wird die moralische Verletzung nicht nur zu einem individuellen Syndrom, sondern zu einer gefährlichen toxischen Eigenschaft des Systems.

Eine Freundin von mir ist kürzlich im Alter von fünfzig Jahren in den Vorruhestand gegangen. Das letzte Ereignis, das sie zu ihrem Rücktritt veranlasste, war, dass sie eine vierzehnjährige Patientin, ein Kind in der Obhut der örtlichen Behörde, über hundert Meilen weit weg in eine vom Privatsektor betriebene Sicherheitseinrichtung schicken musste. Sie war der Meinung, dass es nicht mehr sicher war, das Kind in der örtlichen Kinder- und Jugendstation unterzubringen; es gab einfach nicht genug Personal, um ihr schwieriges Verhalten in den Griff zu bekommen. Meine Freundin gab sich keinen Illusionen hin. Sie wusste, dass die Isolation von Familie und Freunden das Verhalten des Mädchens noch verschlimmern und ihr ohnehin schon tief verwurzeltes Gefühl der Ablehnung noch verstärken würde, und sie hatte wenig Vertrauen in die private Klinik, dass es ihr dort besser gehen würde (viele privat geführte psychiatrische Einrichtungen im Vereinigten Königreich sind berüchtigt). Außerdem wusste sie, dass ihre NHS-Einheit schon vor einigen Jahren in der Lage gewesen wäre, mit einem solchen Verhalten umzugehen.

Sie fühlte sich schrecklich, weil sie gekündigt hatte, aber sie erklärte es folgendermaßen: „Ich konnte meine Arbeit einfach nicht mehr richtig machen. Es war nicht sicher. Ich musste ständig Entscheidungen treffen, die ich nicht wirklich verteidigen konnte. Ich hatte aufgehört zu schlafen.

Ich konnte den Patienten nicht mehr in die Augen sehen. Ich wartete die ganze Zeit darauf, dass etwas Schreckliches passiert".

Es gibt derzeit zu viele Menschen, die im Gesundheitswesen arbeiten und sich wie meine Freundin fühlen. Wie können wir das ändern? Der erste Schritt besteht darin, die Menschen auf allen Ebenen zu unterstützen, die Probleme anzuerkennen und einen ständigen Dialog darüber zu führen. Jeder, der im Gesundheitswesen arbeitet, sollte ermutigt werden, über seine Erfahrungen nachzudenken und die Art und Weise, wie Dinge gemacht werden, zu hinterfragen. Dabei geht es nicht nur darum, seine Gefühle mitzuteilen und zu verarbeiten, sondern auch darum, auf ein Verständnis der grundlegenden Werte hinzuwirken, die der Gesundheitsversorgung zugrunde liegen müssen, und eine Kultur zu schaffen, die intelligente Freundlichkeit kultiviert und erhält.

Irgendwie müssen wir eine neue Sprache finden, oder vielleicht eine alte Sprache wiederentdecken, die uns Hoffnung gibt.

Penny Campling, Juni 2023