

Seelsorge auf der Psychiatrie - Aspekte der seelsorglichen Arbeit auf der Christian-Doppler-Klinik Salzburg

Von Dr.ⁱⁿ Anna Steinpatz

Der folgende Text ist Teil des Vortrages, der im Rahmen der internen, sogenannten „Dienstags-Fortbildung“ in der Christian-Doppler-Klinik Salzburg gehalten wurde, um die Arbeit der Seelsorge auf den psychiatrischen Abteilungen den dortigen Fachkräften näher zu bringen.

1. Entwicklung der Seelsorge in der Psychiatrie

Griechische Antike

Der Begriff der Seelsorge hat ihren Ursprung weniger in der Kirche, sondern ist philosophisch-therapeutischer Natur.¹ Er geht auf Plato und Sokrates zurück. Der angeklagte Sokrates sagt in seiner Verteidigungsrede: „Nichts anders tue ich, als dass ich herumgehe, um Jung und Alt unter euch zu überreden, nicht zuerst für Leib und Vermögen, sondern für die Seele zu sorgen, damit sie aufs Beste gedeihe“². Bei Plato wird Sokrates als ein Fachmann für Seelsorge (technikos peripsyches therapeias) bezeichnet. Die sokratische Anregung zum „Seelsorger“ dient dazu, dass der Mensch nicht in den leiblichen Dingen dieser Welt aufgeht, sondern die Seele dafür rüstet, dass sie stark genug sei, die Wanderung in die Unsterblichkeit anzutreten. Somit hatten im sokratischen Verständnis Psychologie und Psychotherapie religiösen Grundzug und ein religiöses Ziel.

Biblischer Auftrag

Der Bibel ist der Begriff der Seelsorge hingegen gänzlich unbekannt und kommt sage und schreibe gar nicht vor. Jedoch finden sich im Tun und in den Worten Jesu inhaltlich viele Aufgaben, die mit Seelsorge und Therapie verbunden werden können, z.B. trösten (Mt 5,4 aber auch Hiob 2,11), einen Weg weisen (1 Kor 12,31), barmherzig sein (Lk 6,36; Kol 3,12)...

Obwohl Seelsorge als Begriff nicht zu finden ist, begründet sich die heutige Seelsorge im direkten Auftrag Jesu. Einerseits lässt sie sich auf den Umgang Jesu mit Kranken zurückführen (vgl. Mk 1,40-45 u.a.) andererseits auf direkte Anweisungen Jesu, kranke zu besuchen (Mt 25). Spannend ist hier natürlich auch die Frage, inwiefern der Auftrag, Dämonen auszutreiben schon als ein früher Versuch verstanden werden kann, mit psychiatrischen Erkrankungen umzugehen.

¹ Ziemer J.: Seelsorgelehre. Eine Einführung für Studium und Praxis, Stuttgart: UTB 3. Aufl. 2008.

² Platon, Apologie 30b.

Frühe Entwicklungen der Krankenhäuser

Schon in den ersten Jahrhunderten übernimmt Kirche den Auftrag der Sorge um die Armen und Kranken. Dabei ist die Sorge um Leib, Geist und Seele in der Hand des geistlichen Beistandes z.B. des Diakons, der einerseits die Eucharistie bringt, sich andererseits aber auch um das leibliche und seelische Wohl sorgt.

Ab dem vierten Jahrhundert sind es die Kirchen und Klöster, die Hospitäler errichten. Hier wurden jedoch eher Sterbenden zur Absonderung von den Gesunden verwahrt. Daher leitet sich die auch heute noch auffindbare Vorstellung, dass es die Hauptaufgabe von Krankenhausseelsorge sei, den Sterbenden in Form der Krankensalbung das letzte Geleit zu spenden. Wenn also der Priester kommt, dann ist alles zu spät. Bis ins 19. Jahrhundert war das Krankenhaus in erster Linie nicht ein Ort zur Gesundung, sondern zur Verwahrung – auch von psychisch Erkrankten, da die Möglichkeiten der Heilung noch sehr gering waren.

Ursprünge der CDK

Im 18./19. Jh. begann die Entwicklung der Psychiatrie als eigenständiger medizinischer Bereich. Doch waren etliche dieser sogenannten Irrenanstalten häufig in kirchlicher Trägerschaft betrieben – so auch ursprünglich die Christian Doppler Klinik:

In Salzburg hatten schon früh kirchliche Einrichtungen Kranke aufgenommen, wie z.B. der Bruderhof oder das Leprosen- und Siechenhaus in Mülln. 1779 sind Belege bekannt, dass Fürsterzbischof Colloredo eine Kommission ausschickte, um einen geeigneten Standort für eine öffentlichen Anstalt für psychisch Kranke und geistig behinderte Menschen in Salzburg zu finden. Vier Jahre später wurde dies im Bruderhof umgesetzt bis zum Ankauf des Kammerlohrhof 1808 in Mülln.³

Diese in ihren Ursprüngen mehr auf Verwahrung ausgerichteten Anstalten entwickelten sich – parallel zur Etablierung der Psychiatrie unter den medizinischen Disziplinen - mehr und mehr zu Orten der Heilung. Doch damit begannen die Differenzen zwischen Seelsorge und den psychotherapeutischen Richtungen. Da sich auch der Klerus für das Seelenheil der Menschen verantwortlich fühlte, kam es folglich zu einer konfliktreichen Auseinandersetzung bezüglich der Frage nach Erst-/Letztverantwortung. Von Kooperation zum Wohle der PatientInnen war damals noch keine Rede!

Änderung in der Psychiatrieseelsorge

Paradoxe Weise war es gerade das Untergraben kirchlicher Selbstverständlichkeiten, dass sich Klinik-Seelsorge dazu genötigt sah, ihr Profil klar herauszuarbeiten. Durch die geänderten Rahmenbedingungen musste sich die Krankenhaus-Seelsorge professionalisieren, um sich den neuen Gegebenheiten anzupassen. Wurden früher eher jene Priester in der Krankenhaus-Seelsorge eingesetzt, die für die Arbeit in den Gemeinden zu müde oder gebrechlich waren, so sind SeelsorgerInnen im Krankenhaus heute FachspezialistInnen mit einem theologischen Studium und einer mehrwöchigen Spezialausbildung (Klinische Seelsorgeausbildung) mit kontinuierlichen Weiterbildungen. Ebenso ist die Formulierung von Qualität-Standards unumgänglich, wie z.B. von der

³ Waitzbauer, H.: Vom Irrenhaus zur Christian-Doppler-Klinik. 100 Jahre Salzburger Nervenklinik 1898 - 1998, Salzburg, Wien: Müller 1998.

Arge der katholischen KrankenhauseelsorgerInnen Österreichs und der Arge der Evangelischen Krankenhaus- und Geriatrieseelsorge in Österreich (AEKÖ) formuliert.⁴

Maßgeblich prägte die qualifizierte Klinische Seelsorgeausbildung die sogenannte Seelsorgebewegung, die in den USA um 1920 mit A.T. Boisen ihren Anfang nahm. Boisen entwickelt das praxisnahe Konzept des „Clinical Pastoral Training“ (Klinische Seelsorge-Ausbildung (KSA)), das die Fachbereiche Seelsorge, Psychologie und Pädagogik einschloss. Sein Ausbildungskonzept gelangte in den 1960er Jahren in die Niederlande und von dort in den folgenden Jahren nach Deutschland, wo es erstmals von Hans Christoph Piper an der Medizinischen Hochschule in Hannover etabliert wurde, und heute Standard ist für alle SeelsorgerInnen, die im klinischen Bereich tätig sind.

Parallel zur praktischen Ausbildung hat sich auch die theoretische Reflexion, die Pastoralpsychologie als eigenständige Disziplin etabliert – besonders hervorzuheben ist hier die Deutsche Gesellschaft für Pastoralpsychologie e.V.⁵ Kernbereiche der Pastoralpsychologie sind die Praxisfelder Seelsorge, Beratung und Supervision. Ihre Standards sind mit denen anderer psychosozialer und therapeutischer Beratungsansätze vergleichbar. Qualifizierte Weiterbildungsabschlüsse werden gegenseitig anerkannt. Darüber hinaus werden auch die Schnittflächen zwischen Seelsorge, Psychologie, Glaube und Therapie theologisch und interdisziplinär reflektiert.

2. Verortung in der Klinik

Seelsorge versteht sich nicht mehr nur als Kranken-Seelsorge, sondern dezidierte als KrankenHAUS-Seelsorge. Natürlich ist immer noch die Betreuung der PatientInnen vorrangig, doch wird auch das gesamte Geflecht miteinbezogen, in dem sich der/die PatientIn befindet. So ist z.B. ebenso Ziel der Seelsorge die Betreuung von Angehörigen. Zusätzlich bringt sich Seelsorge in unterschiedlichen Bereichen ein, wie z.B. kulturelle, spirituelle Angebote; Mitarbeit bei ethischen Fragestellungen (Ethik-Kommission und Ethik-Komitee) ...

Wo ist nun der Ort von Krankenhaus-Seelsorge? Klessmann positioniert sie eindeutig und mehrfach im „Zwischen“-Raum.⁶

- Inhaltlich arbeiten wir zwischen Gesundheit und Krankheit, zwischen Macht und Ohnmacht und oft zwischen Gott und den Menschen. Wir stehen zwischen Antwort-geben und schweigen-müssen. So treffen wir immer wieder auf PatientInnen, die uns nach Gott und dem Leid fragen – Warum lässt Gott das zu? Besonders bei chronischen psychischen Erkrankungen taucht die Frage auf, warum Gott das alles wegnimmt, es zulässt, dass das Leben so verbeult wird.

- Von unserer Haltung her braucht es eine feine Linie zwischen Professionalität, der Reflexion des eigenen Tuns und einer persönlichen Betroffenheit, um die emotionale Welt des Gegenübers wahrzunehmen.

⁴ Berufsbild und Mindeststandards Krankenhauseelsorge. Eine Handreichung der katholischen und der evangelischen Krankenhauseelsorge in Österreich, in: https://salk.at/DMS/Qualit%3a4tsstandards%20Seelsorge_2248960.pdf (abgerufen am 25.05.2020).

⁵ Siehe: <https://www.pastoralpsychologie.de> (abgerufen am 20.05.2020).

⁶ Klessmann, M.: Einleitung: Seelsorge in der Institution „Krankenhaus“, in: ders.: Handbuch der Krankenhauseelsorge, Göttingen: Vandenhoeck&Ruprecht 4. Aufl. 2013.

- Strukturell sind wir zwischen Kirche und Krankenhaus angesiedelt: In der CDK ist die Seelsorge der ärztlichen Direktion zugeordnet, jedoch sind wir auch in der Erzdiözese eingebunden und haben dort ein eigenes Referat für Krankenhauseelsorge. Diese Zwischenposition ist Chance und Gefahr: Sie ermöglicht uns, eine gewisse Distanz zu den Abläufen und ermöglicht uns jenseits des Systems Krankenhaus zu stehen. So war es für eine Frau, die nach einem Suizidversuch auf die geschlossene Abteilung eingeliefert wurde, unheimlich wichtig mit der Seelsorge zu reden, da sie das Gefühl hatte, das gesamte Krankenhaus sei gegen sie und wolle sie zwingen, hier zu sein. Allein der Kontakt zu mir beruhigt sie, da sie nun das Gefühl hatte, der Situation nicht völlig ausgeliefert zu sein, weil sie jemanden von außen bei sich hatte.

- Zugleich ist diese Position jenseits des klaren klinischen Ablaufes schwierig, da wir strukturell nicht direkt eingegliedert sind. So arbeiten wir oft zwischen Tür und Angel, zwischen einem Therapieangebot und dem Abendessen.

- Wir arbeiten zwischen Alltagsgespräch, Seelsorge und Psychotherapie: Oft scheint es so, dass wir mit den Leuten nur ein „bissi ratschen“ und dieser Eindruck ist nicht falsch; aber es ist eben nicht alles. Der Smalltalk ist der Einstieg und manches Mal bleibt ein Kontakt auch dabei, denn manchen tut es gut, mal nicht über ihre Krankheit reden zu müssen. Doch kann es auch der Einstieg in ein tieferes Gespräch sein, das heilsame, tröstende, aufrüttelnde, ja vielleicht auch „therapeutische“ Wirkung haben kann.

Parameter der Begegnung von PatientInnen und Seelsorge

In all diesem unklaren Dazwischen haben wir auch klare Leitlinien unserer Arbeit

- Wir orientieren uns an einem multiprofessionellen Arbeiten: Zwar hat jeder Patient/jede Patientin ein Recht auf Seelsorge, doch sind wir auch abhängig von dem Team auf der Station, dass uns dieses wohlgesonnen ist, denn oft haben PflegerInnen viel häufiger Kontakt zu den PatientInnen und ein gutes Gespür, wem ein seelsorgliches Gespräch guttun würde.

- Wir brauchen das Wissen um die anderen Disziplinen, besonders den psychologischen und psychotherapeutischen Richtungen, um hier Grenzen wahren zu können und um gut abwägen zu können, was besser in einer Therapie zu besprechen sein und was auch in einem seelsorglichen Gespräch Platz haben kann. Denn immer wieder werden wir auch genutzt, weil PatientInnen „halt irgendjemanden“ zum Reden wollen, da die Zeit in der Therapie begrenzt ist und sie uns Themen aufladen wollen, die aber in die Therapie gehören.

- Gerade auf den psychiatrischen Abteilungen ist es für die seelsorgliche Arbeit unabdingbar, ein Grundwissen über die Merkmale und die Dynamik der unterschiedlichen Krankheitsbilder zu haben, einerseits um wie oben erwähnt die Themen besser abgrenzen zu können, andererseits, damit wir nicht zum Spielball der Krankheit werden. Zugleich arbeiten wird jenseits der Diagnose-Brille, da die Diagnose und deren Therapie im seelsorglichen Gespräch eben nicht im Vordergrund stehen müssen, sondern wir versuchen, den ganzen Menschen mit seinem individuellen Weg und den je individuellen Weg mit Gott in den Blick zu nehmen.

- Wir arbeiten mit einer doppelten Verschwiegenheit: Für uns gilt sowohl die Schweigepflicht, die für das Krankenhaus üblich ist, damit keine medizinischen Details nach außen dringen. Darüber hinaus gilt für ein seelsorglichen Gespräche auch das sogenannte „Beichtgeheimnis“, eine Verschwiegenheit über

die konkreten Inhalte des seelsorglichen Gespräches. Diese Informationen werden nur in Absprache mit den PatientInnen weitergegeben.

- Seelsorgliche Begegnungen stehen immer unter dem Vorzeichen der Freiheit und Freiwilligkeit. Wenn wir zu einem Patienten/einer Patientin kommen, sind wir zuerst in der Rolle des Gastes und es liegt zuerst in der Freiheit des Gegenübers, ob wir eingeladen werden zu bleiben, oder nicht. Diese Freiheit ist nur unter der Bedingung möglich, dass wir nicht direkt in der medizinischen Verantwortung stehen und wir im Wissen arbeiten können, dass alle hier an der Heilung der Menschen arbeiten.

3. Spirituelle Dimension psychischer Erkrankungen

Seelsorge arbeitet mit dem Glauben, mit der existentiell-spirituelle Ebene des menschlichen Seins – unabhängig von ihrem Gesundheitszustand. Die existentielle Dimension und das „Geworfen sein“ und der Bezug zu einer transzendenten Gegebenheit ist durch Philosophen wie Heidegger, Jaspers und Kierkegaard etabliert worden.⁷ Was Spiritualität ist, lässt sich schwieriger definieren. Gemeinhin haben die meisten eine gewisse Ahnung, was mit dieser spirituellen Dimension gemeint sein könnte. Wissenschaftlich wird sie meist in ihrem Verhältnis zur Religion definiert – als individuelle Anpassung von Religion oder als übergeordnete Dimension der Religionen. Also entweder, wird Spiritualität als jener Teil einer Religion verstanden, der individuell angeeignet wurde, oder als jener Teil der Religion, der unterschiedliche Ausprägungen von Religion verbindet.

Spiritualität ist bei beiden Sichtweisen etwas sehr individuelles und persönliches, zugleich aber auch etwas, das allen Menschen potentiell zugänglich ist (ähnlich wie Musik – es sind nicht alle gleich musikalisch und nicht alle bevorzugen dieselbe Musikrichtung, aber allen ist Musik potentiell zugänglich). Für Utsch ist Spiritualität eine typisch menschliche Wesenseigenschaft und er definiert sie als „anthropologische Kategorie der Offenheit und des Bezogenseins auf ein größeres Ganzes“⁸, das potenziell in allen Menschen angelegt ist. Zugleich ist Spiritualität etwas, das über den Menschen hinausweist auf ein größeres Ganzes, jenseits seiner eigenen Grenzen und dem eigenen Dasein – auf eine Transzendenz.

Durchlässigkeit von Spiritualität bei Grenzerfahrungen

Die spirituelle Dimension ist eng mit der Person verbunden. Besonders Grenzerfahrungen können für die spirituelle Dimension durchlässig machen. Wo die eigene Persönlichkeit ins Wanken gerät, wo sonstige Gewissheiten nicht mehr den erwarteten Halt geben, eröffnen sich auch Wege zu einer spirituellen Dimension - sei es bei Geburten, bei Krankheit, in Zeiten von Angst, Zweifel, Krisen oder großer Freude. Auch psychische Erkrankungen können als solche existentiellen Krisen verstanden werden, da ihre Erfahrungen oft jenseits des alltäglichen Normalen stattfinden und vieles ins Wanken

⁷ Diese spirituelle Dimension ist nicht nur bei TheologInnen zu finden, sondern auch bei den ExistenzphilosophInnen. In der Existenzphilosophie (Heidegger, Jaspers, Kierkegaard) muss der Mensch zu sich selbst kommen und in der ihm innewohnenden Freiheit zu sich und zur Welt zu verhalten. Dabei findet er sich in seinem in-der-Welt-sein („Geworfenheit“ nach Heidegger) bezogen auf eine transzendente (ihn übersteigende) Macht, durch die er – nach Kierkegaard - gesetzt ist. Gerade in Angst und Not, in Zweifel und Grenzsituationen wird diese existentielle Ebene und die Notwendigkeit der existentiellen Kommunikation (Jaspers) sichtbar.

⁸ Utsch M.: Existenzielle Krisen und Sinnfragen in der Psychotherapie, in: ders. u.a. (Hg.) Psychotherapie und Spiritualität, Berlin: Springer 2014, 22.

bringen. Dies kann sogar so weit gehen, dass die Grenzen des „sich-äußern-könnens“, des Kommunizierbaren schwinden.

Konkrete spirituelle und religiöse Themen bei unterschiedlichen psychischen Erkrankungen

Unterschiedliche psychische Erkrankungen weisen besonders Formen von Spiritualität auf, die sowohl Ressource als auch Gefahr darstellen können. Im Folgenden sollen nun diese religiös-spirituellen Aspekte anhand konkreter psychiatrischer Erkrankungen veranschaulicht werden:

Demenz: Von Demenz sind besonders ältere Menschen betroffen, die noch mit einer stärkeren kirchlichen Prägung aufgewachsen und mit bestimmten Ritualen, Gebeten und Liedern von früher vertraut sind. So kann ein Gebet aus Kindertagen beruhigend wirken und Vertrauen stärken. In unserer Praxis zeigt sich dies z.B. bei den Gottesdiensten im Pflegezentrum und auf der Geriatrie. Klassische Gebete wie ein „Vater unser“ oder das „Gegrüßet seist du Maria“, aber auch Lieder wie „Großer Gott wir loben dich“ können auch von Demenzkranken mitgebetet und mitgesungen werden.

Zugleich ist mitzubedenken, dass mit der kirchlichen Sozialisation nicht immer positive Erfahrungen einhergehen, sondern diese auch von Angst, einem strafenden Gott, Schuldgefühlen und Ohnmacht geprägt sein können. Darum kann es hier guttun, schon in früheren Phasen oder über Angehörige aufmerksam zu werden, welche spirituellen Bezüge hier für die PatientInnen wichtig sein könnten.

Sucht: Sucht und Spiritualität sind vielleicht enger verbunden, als es auf den ersten Blick scheint. So vermerkte schon CG Jung: „Sehen Sie, auf lateinisch heißt Alkohol ‚spiritus‘, und man braucht dasselbe Wort für die höchste religiöse Erfahrung wie für das schädliche Gift.“⁹ Auch theologisch wird dieser Zusammenhang wahrgenommen. So schreibt Frick: „Der spirituelle Durst des Menschen nach Sinn, nach Ganzheit, nach der Vereinigung mit Gott kann sich nicht nur auf hohen mystischen Stufen ausdrücken, sondern auch auf der pathologischen Stufe der Sucht nach Alkohol.“¹⁰

Es zeigen sich sowohl in der Sucht als auch in der Spiritualität großen Fragen des menschlichen Seins, die Suche nach dem letzten Urgrund, nach der Ganzheit und dem Heilwerden. Diese Themen sind in der Theologie, aber auch in der Sucht ganz wesentlich. Drei Parallelen und Anknüpfungspunkte sollen hier einen kurzen Einblick geben, wie Glaube und Sucht verbunden sein können:

- Im Rausch fühlt man sich unbesiegbar und doch mindert die Scham, die mit der die Sucht einhergeht, den eigenen Selbstwert umso mehr. In der christlichen Tradition ist der Wert des Menschen um seiner selbst willen von Beginn an, seit der Schöpfung, von Gott unbedingt geschenkt und kann auch nicht verloren werden.
- Sucht verspricht Macht und einen Ausweg in schwierigen Situationen, doch schlussendlich fühlt man sich umso ohnmächtiger und das durch eine selbst erschaffene Macht. Auch der christliche Glaube versucht der Ohnmacht zu begegnen, jedoch weniger mit Konfrontation, sondern mit Solidarisierung.

⁹ CG Jung: Brief an W.G. Wilson, Mitbegründer der Anonymen Alkoholiker, 30.1.1961.

¹⁰ Frick E./ Roser T.: Spiritualität und Medizin. Gemeinsame Sorge für den kranken Menschen. Stuttgart: Kohlhammer 2009, 106.

- In der Sucht strebt man nach Freiheit von den Schwierigkeiten des Lebens und kommt doch immer mehr in die nicht mehr kontrollierbare Abhängigkeit. Der christliche Glaube versteht sich als Garant der Freiheit, da wir alle durch Jesus befreit worden sind.

Wenn auch nur in wenigen inhaltlichen Spuren angedeutet, kann sich die Verbindung von Glaube und Spiritualität positiv auf die Suchterkrankung auswirken. In einigen Studien wird auch mit hohem Evidenzgrad erwiesen, dass Religiosität einen positiven Effekt auf die Besserung von Suchtkrankheiten hat.¹¹ Nur allzu bekannt ist der Verweise der AA auf eine höhere Macht. Dennoch muss hier differenziert werden, denn Glaube/ Religiosität kann sich auch negativ auswirken. So kann eine übertrieben Schuld- und Leistungsorientierung im Glauben die der Sucht immanente Scham verstärken.

Schizophrenie: Wahn und das „Außer sich sein“ einer spirituellen Ektase können Ähnlichkeiten aufweisen, denn sie weisen beide auf eine „andere“ Dimension hin. Bei der Schizophrenie ist die Ausdrucksform immer auch kulturell geprägt und so bedienen sie sich immer wieder auch religiöser Motive und Sprache, um ihre Erfahrungen in Worte zu fassen. Bei der Diagnostik des Wahns sind diese Umgebungseinflüsse und kulturelle Besonderheiten einzubeziehen, um herauszufinden, ob es sich noch um Überzeugungen handelt, die von einer Kultur- oder Glaubensgemeinschaft mitgetragen werden, oder ob die Überzeugungen lediglich beim einzelnen Betroffenen bestehen und rationalen Argumenten nicht mehr zugänglich sind.

Dabei können zwei Kriterien hilfreich zur Unterscheidung sein:

- Glaube wird in Gemeinschaft gelebt, von ihr getragen und von ihr mit gemeinsamen Überzeugungen gelebt. Wahn hingegen rückt heraus aus der Gemeinschaft, ver-rückt die Beziehung zu Mitmenschen und Mitwelt.¹² Obwohl hier auch Vorsicht geboten ist – denn es gibt auch eher freikirchlich, evangelikal geprägte Gemeinschaften, die zwar eine Gemeinschaft ermöglichen, jedoch von Medikamenten abraten, da ja nur Gott heilt und Dämonen austreibt. Diese Gemeinschaften sind eher kontraproduktiv für die Heilung.
- Glaube hat zwar sichere Überzeugungen, doch – abgesehen von religiösem Fundamentalismus – ist Glaube auch immer wieder geprägt vom Zweifel, vom Auf und Ab in der Gottesbeziehung. Wohingegen Wahnkranke felsenfest überzeugt sind, dass sie von Gott berufen sind; dass sie die Welt retten werden... So kann gerade das Vorliegen von Zweifel bei gesunden gläubigen Menschen als Abgrenzungskriterium zum Wahn gewertet werden.¹³

Wie Religiosität und Spiritualität beim Wahnkranken ein qualvoll-pathogenes Ausmaß annehmen können, so können im Genesungsprozess Religiosität und Spiritualität auch eine Ressource darstellen und zu besserer sozialer Eingliederung, reduziertem Substanzmissbrauch und sogar niedrigeren Suizidraten führen, wie Unterrainer u.a. in seiner Studie aufgezeigt hat.¹⁴

¹¹ Vgl. Schowalter M./ Murken S.: Religion und Gesundheit. Empirische Zusammenhänge komplexer Konstrukte, in: Henning, C./ Murken S./ Nestler E. (Hrsg.): Einführung in die Religionspsychologie, Paderborn: Ferdinand Schöningh 2003, 198-162.

¹² Scharfetter C.: Allgemeine Psychopathologie. Stuttgart: Thieme, 1976.

¹³ Haenel T.: Aberglaube, Glaube, Wahn. Schweizer Archiv für Neurologie, Neurochirurgie und Psychiatrie 133/1983, 295–310.

¹⁴ Unterrainer H.F. u.a.: Spiritualität bei schizophrenen Erkrankungen. Nervenarzt 86/2015, 359–366.

Affektive Störungen/Depression: Die Depression reicht tief in das menschliche Sein. Der Religionsphilosoph Guardini definiert die Schwermut sogar als „Beunruhigung angesichts der Nachbarschaft des Unendlichen“¹⁵. Doch bleibt die Depression nicht in dieser „Beunruhigung“ und wird zur Verzweiflung und Dunkelheit, die alles überziehen. Nicht selten mündet die Depression in einen Suizid/Suizidversuch. Glaube kann hier einen positiven Affekt haben. So habe ich z.B. eine Patientin begleitet, die schwer depressiv war, jedoch war für sie die Möglichkeit eines Suizides aus religiösen Gründen eine Grenze, die sie nicht überschreiten würde, denn das Leben selbst zu beenden, dies sei sicher nicht der Plan Gottes für sie sei. Auch wissenschaftlich ist der Zusammenhang von Depression und Spiritualität gut untersucht.¹⁶ Bei der Manie hingegen gibt es wenige Untersuchungen.

Positiv können sich bei Depression die Einbindung in eine Religionsgemeinschaft, gemeinsame religiöse Aktivitäten (Gottesdienste, Gebetszeiten), Rituale und Gebete auswirken. Dies lässt sich auch für die seelsorgliche Begleitung gut nutzen. So kann ein Gebet mit den PatientInnen entlastend wirken, denn auch wenn dadurch die Probleme nicht aufgelöst werden, kann das Wissen, dass Gott die Sorgen und Konflikte hört, entlastend wirken.

Schwieriger ist in der seelsorglichen Begleitung die spirituelle Dimension von Schuldgefühlen angesichts der Depression. Schuldgefühle, wie die scheinbare Unfähigkeit, einem moralischen/gesellschaftlichen Wertesystem zu entsprechen, können durch den Glauben überhöht werden – also auf das Gefühl erweitert werden, auch Gott nicht zu genügen und sich gegen ihn versündigt zu haben. Für eine Patientin ging dies sogar so weit, dass sie Angst vor einem dämonischen Einfluss hatte, der sie nur noch mehr in die Schuldhaftigkeit gegenüber Gott treiben würden. In der seelsorglichen Begleitung ist hier sehr sorgsam zu unterscheiden, wo „Schuld“ hilfreich begleitet werden kann (z.B. Schuldgefühle gegenüber den Kindern nach einem Suizidversuch, wo hier Schritte der Versöhnung hilfreich sein können) und wo es wahnhaft wird und durch Rituale eher der Wahn unterstützt wird. Auch ist gut darauf zu achten, welches Wertesystem jeweils dahinterliegt, und inwieweit hier nicht unrealistische Leistungsgedanken zugrunde liegen.

Dabei kann die Schuldproblematik auch an die Theodizee-Frage grenzen: Denn warum lässt Gott so eine Krankheit zu, wo er doch das Leben in Fülle und das Heil ist. Entweder ist Gott ungerecht, oder die Verfehlung liegt bei den Betroffenen. Dieses Dilemma kann seelsorglich nicht kognitiv aufgelöst werden, jedoch pastoral beantwortet werden – im Mitgehen und im Aushalten dieser Spannung. Das kann indirekt eine Antwort erspüren lassen, dass Gott einer ist, der selbst im Dunkel niemanden alleine lässt. Und manchmal bedeutet die pastorale Antwort auch stellvertretend zu hoffen – wenn alles dunkel ist, und die Betroffenen nicht annehmen können, dass es wieder Licht geben kann, dann kann zumindest stellvertretend gehofft und geglaubt werden, dass dieses Dunkel nicht das letzte Wort hat.

Religiös-spirituellem Auftrag der Therapie

Gerade in Krisenzeiten und Phasen psychiatrischer Krankheit werden religiöse Überzeugungen besonders bewusst und präsent. Stark im Glauben verwurzelte Menschen (hochreligiös oder fundamentalistisch) vermeiden oft psychiatrische und vor allem psychotherapeutische Behandlungen,

¹⁵ Guardini R.: Vom Sinn der Schwermut. Mainz: Matthias Grünewald-Verlag 1993, 49f.

¹⁶ Braam AW./ Koenig HG.: Religion, spirituality and depression in prospective studies: A systematic review, in: J Affect Disord. 257/2019, 428-438.

um ihren Glauben von vermeintlich a- oder sogar anti-religiös erachteten Therapeuten nicht abgesprochen oder ausgedrückt zu bekommen.¹⁷

Klar darf die sensible Beziehung zwischen Arzt/Ärztin und PatientIn nicht missbraucht werden, um dem Gegenüber eigene Überzeugungen aufzudrängen, doch bleibt die Frage, welche Rolle Spiritualität in einer therapeutischen Beziehung haben darf und sollte. In Österreich wurde 2014 vom Bundesministerium für Gesundheit Österreich eine Richtlinie herausgegeben, die den Umgang mit spirituellen Inhalten in der psychotherapeutischen Beziehung sehr restriktiv regelt.¹⁸ Vor allem soll damit fraglichen, esoterisch ausgerichteten und nicht evidenzbasierten Therapiemethoden ein Riegel vorgeschoben werden. Dennoch ist dieses Dokument mit Vorsicht zu beachten, um nicht das Kind mit dem Bade auszuschütten und allgemein religiöse und spirituelle Fragen aus der Therapie auszuklammern.

Einen anderen Weg geht hier das Positionspapier der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde.¹⁹ In ihrem Positionspapier wird ein ganzheitlicher Blick gefordert, der auch religiösen/ spirituellen Themen in der Therapie Raum gibt und zugleich die professionellen Grenzen und die notwendige Neutralität der TherapeutInnen bewahrt. Hilfreich scheint hier die Unterscheidung von Gabriele Stotz-Ingenlath zu sein:²⁰ Sie unterscheidet zwischen der Achtsamkeit für die spirituelle Dimension, also ob diese Parameter erfragt und beachtet werden, und der inhaltlichen Ebene, also ob damit auch gearbeitet wird. Allein das ansprechen und damit „zum Bewusstsein bringen“ der spirituellen Dimension, kann für die Patienten heilsam wirken und ihnen das Gefühl vermitteln, in ihrer Ganzheit wahrgenommen und angenommen zu sein. Mehrere neuere Studien haben ergeben, dass nicht nur Krebspatienten,²¹ sondern auch psychiatrische Patienten davon profitieren, wenn ihre spirituellen Bedürfnisse erfragt und berücksichtigt werden.²² Natürlich braucht es hier auch eine angemessene interdisziplinäre Kompetenz um inhaltliche Fragen gemäß der jeweiligen Fachkompetenz zu beantworten.

Wirkt Religion und seelsorgliche Begleitung auf der Psychiatrie?

Diese Frage handfest zu belegen ist mehr als ein schwieriges Unterfangen. Und hier möchte ich weniger aufzeigen, was Seelsorge bewirkt, sondern warum es so schwierig ist, dies zu erforschen.

In der palliativen Versorgung wurde die Frage nach der Spiritualität recht offensichtlich und hier findet sich auch einige Forschungsprojekte über die „Wirksamkeit“ von Seelsorge. Der Schwerpunkt liegt jedoch bei Krebs-/ SchmerzpatientInnen und nicht bei psychiatrischen PatientInnen. Viele Studien zur Wirksamkeit von Religion/Spiritualität bei psychischen Erkrankungen stammen aus dem

¹⁷ Aten J./ Mangis M./ Campbell C: Psychotherapy with rural religious fundamentalist clients, in: Journal of Clinical Psychology 66(5)/2010, 513–523.

¹⁸ Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz - Richtlinie zur Frage der Abgrenzung der Psychotherapie von esoterischen, spirituellen, religiösen und weltanschaulichen Angeboten sowie Hinweise für PatientInnen bzw. KlientInnen, 2014.

¹⁹ DGPPN: Religiosität und Spiritualität in Psychiatrie und Psychotherapie, Positionspapier 2016.

²⁰ Stotz-Ingenlath G.: Die spirituelle Dimension beim Erleben schwerer psychiatrischer Krankheiten, in: Spiritual Care 6(1)/2017, 89-97.

²¹ Frick E u.a.: A clinical interview assessing cancer patients' spiritual needs and preferences, in: European Journal of Cancer Care 15/ 2010, 238–243.

²² Huguélet P u.a.: A randomized trial of spiritual assessment of outpatients with schizophrenia: patients' and clinicians' experience, in: Psychiatric Services 62/2011, 79–86.

Best M./ Butow P.: Do patients want doctors to talk about spirituality? A systematic literature review, in: Patient Education and Counseling 98/2015, 1320–1328.

angloamerikanischen Raum, in dem Religion einen anderen soziokulturellen Stellungwert. Somit lassen sich die dortigen Ergebnisse nur bedingt auf den europäischen Raum übertragen.

Im deutschsprachigen Raum gibt noch etliche Vorbehalte gegenüber der Integration von religiösen Elementen – maximal buddhistische Achtsamkeitsübungen werden beachtet. Zu groß ist die Angst, zu missionieren und zu indoktrinieren - und aus der Geschichte wissen wir, dass diese Angst nicht unbegründet war. Dennoch ist es im Sinne der WHO dem Blick auf das umfassende Wohl des Menschen lohnenswert und den Bereich der Spiritualität zu beachten und positive Affekte zu fördern. Dennoch sind es – meines Wissens nach – wenige, die sich mit den Zusammenhängen von Religion und Psychischer Erkrankung befasst haben z.B. Hans-Peter Kampfhammer²³ oder Human Unterrainer²⁴, die Glaube als Resilienz-Faktor und Coping-Strategie bei psychischen Erkrankungen untersuchten.

Von theologischer/ pastoralpsychologischer Seite arbeitet Michael Utsch unter anderem als Lehrbeauftragter der Humboldt-Universität in Berlin und arbeitet am DGPPN (Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde) zum Bereich Spiritual Care. Das Europäische Netzwerk für Klinikseelsorge (Enhcc.com) errichtet in Leuven das European Research Institute for Chaplains in Healthcare.

Grundlegendes Problem vieler Studien ist, dass Religion und Glaube nur sehr schwer zu fassen sind. Auch ist manchmal fraglich, wie valide die unterschiedlichen Items sind. So stellten Klein und Albani fest, dass mit sehr validen Items die Zusammenhänge von Religion und Gesundheit oft nur schwach sind.²⁵

Schwalter und Murken untersuchen die etliche Studien und die darin verwendeten Items.²⁶ Folgenden Schwierigkeiten treten in den unterschiedlichen Versuchen, Religion und Glaube zu fassen, auf:

- Es gibt zwar eine gemeinsame Basis, dass Religion/ Spiritualität irgendetwas mit Gott, mit einer Transzendenten Ebene zu tun, doch Gott ist qua Definition empirisch nicht fassbar.

²³https://forschung.medunigraz.at/fodok/suchen.person_publicationen?sprache_in=de&menue_id_in=102&id_in=91067892&publikation_typ_id_in=&sortierung_in=kategorie (abgerufen am 20.05.2020).

Influence of Spiritual Dimensions on Suicide Risk: The Role of Regional Differences, in: Arch Suicide Res. 57/2019, 1-20.

Dimensions of religious/spiritual well-being and the dark triad of personality, in: Psychopathology 47(5)/2014, 297-302.

Religious/spiritual well-being in mentally ill persons: a comparison of anxious/depressives, addicts and healthy controls, in: Neuropsychiatr. 27(4)/2013, 172-179.

²⁴ https://forschung.medunigraz.at/fodok/suchen.person_publicationen?sprache_in=de&menue_id_in=102&id_in=80444 (abgerufen am 20.05.2020).

Religious/Spiritual Well-Being, Coping Styles, and Personality Dimensions in People With Substance Use Disorders in: INT J PSYCHOL RELIG. 23(3)/2013, 204-213.

Soul darkness? Dimensions of religious/ spiritual well-being among mood-disordered inpatients compared to healthy controls. Psychopathology 45(5)/2015, 310-316.

Spirituality in schizophrenic diseases, in: Nervenarzt 86(3)/2015, 359-366.

The Multidimensional Inventory for Religious/Spiritual Well-Being (MI-RSWB): Norm values for the Austrian general population, in: DIAGNOSTICA 59(1)/2013, 33-44.

Open acces (abgerufen am 20.05.2020):

<https://econtent.hogrefe.com/doi/10.1026/0012-1924/a000077>

<https://link.springer.com/article/10.1007%2Fs10943-012-9642-5>

<https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsyg.2018.00370/full>

²⁵ Klein/ Albani: Religiosität und psychische Gesundheit. Eine Übersicht über Befunde, Erklärungsansätze und Konsequenzen für die klinische Praxis in: Psychiatrische Praxis 34(2)/2007.

²⁶ Schwalter M./ Murken S.: Religion und Gesundheit. Empirische Zusammenhänge komplexer Konstrukte, in: Henning C./ Murken S./ Nestler E. (Hrsg.): Einführung in die Religionspsychologie, Paderborn: Ferdinand Schöningh 2003, 198-162.

- Grundlegendes Problem vieler Studien ist, dass Glaube nicht gleich Glaube ist. Wird nach der Zugehörigkeit gefragt, sagt dies nichts über die Inhalte des Glaubens aus. Etliche Studien gehen nicht auf die Trennung zwischen extrinsischer und intrinsischer Religion, also der formalen und der inhaltlichen Ebene, ein.
- Dass Glaube nicht gleich Religionszugehörigkeit ist, zeigt sie sich auch anhand synkretistischer Formen z.B. aus der Kirche ausgetreten, man geht aber zu Weihnachten in den Gottesdienst, ansonsten aber meditiere man in einer buddhistischen Gruppe.
- Ebenso ist das reine Abfragen religiöser Praktiken, die zwar klar sehr klar definierbar und messbar sind (wie oft jemand den Gottesdienst besucht und wie intensiv jemand betet), doch auch diese machen nicht das Gesamt des Glaubens aus.
- Denn ebenso wäre zu trennen zwischen dem Glaubensinhalt und der „Glaubenskraft“, also welche Bedeutung der Glaubensinhalt für die Person hat.
- Aus theologischer Sicht stellt sich die Frage, inwiefern das „Wirken“ Gottes überhaupt messbar ist. Seelsorge hat selbst keinen Auftrag zu heilen oder zu bekehren, also nichts, was sich klar in Zahlen fassen lassen würde. Sondern der Auftrag ist es, für die Menschen da zu sein und in diesem Dasein Raum zu schaffen für das Wirken Gottes. So kann man vielleicht noch Parameter für die Empathie erfassen, aber das Wirken Gottes übersteigt hier die Möglichkeiten, da es nichts ist, was man produzieren oder lenken kann. Und es besteht auch die Gefahr, wenn gewisse Elemente fassbar wären, dass dies dann in einen Anforderungskatalog münden, der die Freiräume für das Wirken Gottes und der Seelsorge verstellt.
- Dieser Einblick in die Probleme der Erforschung von Glaube, Religion und Spiritualität können aber trotzdem nicht darüber hinwegtäuschen, dass dieser Bereich auch auf der Psychiatrie ein wichtiger Teil der PatientInnen sein kann und für die Hilfe und Stütze sein kann. So besagt die Kohärenzhypothese, dass durch einen positiven Glauben Sinn und Struktur in dieser Welt gegeben wird und Glaube eine positive Copingstrategie sein kann. Ebenso kann Glaube den Selbstwert und den Umgang mit sich und den Mitmenschen positiv beeinflussen (Hypothese der Verhaltensregulierung)²⁷. Dennoch bedarf es noch viel Forschung über die hilfreichen und hinderlichen Faktoren von Glauben und Religion, was es zu fördern und zu etablieren – und auch im europäischen Raum zu erforschen gilt.

²⁷ Ebd., 148-151.