

Kerbe

Forum für Sozialpsychiatrie

Psychische Erkrankung und Religiosität

In Zeiten, die als Umbrüche, krisenhaft und bedrohlich erlebt werden, wächst die Neigung, sich jenseitigen, „sicheren“ und bergenden Kräften zuzuwenden. Religiosität ist in allen Kulturen der Welt vorhanden. Ihre Erscheinungsformen entsprechen der Vielfalt menschlichen Seins und seiner Ausdrucksmöglichkeiten. Die Grenzen zwischen religiösen Ausdrucksformen und Formen psychischer Störungen sind dabei kulturellen Deutungen unterworfen. Die Suche nach der Unterscheidung von „außergewöhnlich“ und „krank“ ist aber schwierig. Es gilt, Wege des Umgangs mit religiösen und psychisch kranken Menschen zu suchen.



3 Editorial

4 Themenschwerpunkt

■ Religiöses Erleben als psychopathologisches Symptom

Die Psychiatrie beschäftigt sich wieder ernsthaft mit dem Thema Religion

Helmut Schönell, Seite 4

■ Religiöse Auffassungen fördern die seelische Gesundheit

Menschen finden bei Gedanken an liebenden Gott Halt

Reinhard Tausch, Seite 8

■ Eigenständiger Beitrag der Kirchen

Wie zwei Seelsorgeteams ökumenisch zusammenarbeiten

Walburga Hoff, Tobias Kriener, Wolfgang Reuter, Claus Scheven und Susanne Tillmann, Seite 13

■ Religiöse Erfahrungen als Wege zum Glauben

Religiöses Leben aus Sicht der Krankenhausseelsorge

Martin Wolff, Seite 17

■ „Gott ist der Herr, der Arzt bin ich“

Anmerkungen zur „Irenseelsorge“ des 18. Jahrhundert

Ulrich Müller, Seite 20

■ Ein Gott, der schlägt und zugleich segnet

Erfahrungen mit den Gottesbildern psychisch kranker Menschen

Wolfgang Reuter, Seite 21

■ Der Boom alternativer Glaubenserwartungen

Suche nach der Heilung ist zu einer religiöser Bewegung geworden

Ulrich Müller, Seite 23

20 Spectrum

■ Zu den Wurzeln systemischer Therapie

Ein Interview mit Paul Watzlawik
Jürgen Armbruster, Helmuth Beutel, Seite 27

■ Es ist normal, verschieden zu sein Bericht über ein innovatives Schulprojekt

Sylvia Fahr-Armbruster, Jürgen Armbruster, Seite 31

■ Vertrauensverhältnis nicht trüben

Ein Leserbrief zur Zusammenarbeit von Ehrenamtlichen und Psychiatrieerfahrenen

Rotraut Fichtner, Seite 33

34 Nachrichten

35 Termine

Editorial



Die großen christlichen Kirchen verlieren ihre Gläubigen, aber die Spielarten des Religiösen / Spirituellen nehmen zu in jedweder Form, kultische Ersatzformen und spiritistische Selbsthilfegruppen blühen, dabei schließen sich Wissenschaftsgläubigkeit und Esoterik nicht aus.

In Zeiten, die von den Menschen als Umbrüche, krisenhaft und bedrohlich erlebt werden, wächst die Neigung, sich jenseitigen, „sicheren“ und bergenden Kräften zuzuwenden. Als „Bastel-Transzendenz“ soll hier jene Praxis bezeichnet werden, die sich aus allen Kulturen und Religionen, aus Esoterik und Magie multikulturell und pragmatisch jene Häppchen zusammenstellt, die Ich-Erfahrung und Selbsterlösung versprechen. Es ist so möglich, aus dem Christentum zum Islam überzutreten, dort dem Sufismus anzuhängen (asketisch- mystische Richtung, die durch Ekstase – „Tanz der Derwische“ – die Vereinigung mit Gott anstrebt), dazu buddhistische Lehren gut zu finden und nach Ayurveda-Regeln gesund zu leben – und von seiner Umwelt nicht für psychisch beeinträchtigt gehalten zu werden.

Religiosität, hier als Glaube an transzendente Mächte verstanden, ist in allen Kulturen der Welt vorhanden, sie ist eine „anthropologische Konstante“. Ihre Erscheinungsformen entsprechen der Vielfalt menschlichen Seins und seiner Ausdrucksmöglichkeiten (womit sich die Ausgaben 4/2003

Liebe Leserin,
lieber Leser

sowie 1/2004 der Kerbe beschäftigen werden). Die Grenzen zwischen religiösen Ausdrucksformen und Ausdrucksformen psychischer Störungen sind kulturellen Deutungen unterworfen. Ekstase ist sowohl als Ausdruck religiöser Inbrunst oder als Symptom einer Psychose möglich. Wozu sie gerechnet wird, ist kontextabhängig, z.B. in einer Kirche, oder auf einer Aufnahmestation einer psychiatrischen Klinik.

„Die Frau ist mit Sicherheit nicht verrückt“ sagt ein Ortsvereinsvorsitzender über die Seherin Manuela, die im Eifeldörfchen Sievernich seit dem Jahr 2001 Marienerscheinungen und dadurch eine große Pilgerschar hat. Und der Ortspfarrer ergänzt: „Auch liegen keine seelisch negativen Befunde vor“ (WZ 10.02.03). Beide Aussagen machen deutlich, dass noch immer und vermutlich immerzu geglaubt wird, dass das „Außer-Gewöhnliche“ gegen das „Kranke“ verteidigt werden muss.

Die Suche nach der Unterscheidung ist ebenso alt wie schwierig, die Positionen stehen sich nicht nur gegenüber, sie suchen Wege des Umgangs mit religiösen und/oder psychisch kranken Menschen. Davon handelt dieses Heft.

Ulrich Müller



Religiöses Erleben als psychopathologisches Symptom

Erste Anfänge einer neuen ernsthaften Beschäftigung mit dem Thema Religion in der Psychiatrie / Bedeutung der Religion wieder aus der Grauzone des Alltags herausführen

Von Helmut Schönell



Dr. Helmut Schönell, Arzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Oberarzt, Rheinische Kliniken Düsseldorf, Kliniken der Heinrich-Heine Universität Düsseldorf

Anfang des 20. Jahrhunderts verfasste Sigmund Freud in der Zeitschrift für Religionspsychologie eine Arbeit mit dem Titel „Zwangshandlungen und Religionsausübung“ und kam darin zu dem Ergebnis, die Zwangsneurose als pathologisches Analogon der Religionsbildung aufzufassen und die Religion als universelle Zwangsneurose. Bestimmend für seine Analogiebildung war der Vergleich von Zwangshandlungen und religiösem Zeremoniell, die beide der Unterdrückung von Trieben und der Vermeidung von Schuld und Gewissensangst dienten. Auch die klassische Psychiatrie betrachtete Religion weniger als Partner, denn als Objekt psychopathologischer Erkenntnis. Kurt Schneider prägte den Begriff der Religionspsychopathologie und versuchte, religiöse Phänomene und Einstellungen hinsichtlich verschiedener diagnostischer Gruppen zu klassifizieren. So sprach er Schwachsinnigen und gemüthlosen Psychopathen religiöses Empfinden ab, während sich geltungssüchtige Psychopathen auch auf religiösem Gebiet wichtig zu tun versuchten. Kranke mit abnormen seelischen Reaktionen neigten zu Sinnestäuschungen, darunter auch zu Christus- und Marienerscheinungen, hellseherischen Verzückungszuständen und zur Stigmatisation (nach Thomas, 1982).

Der Studenten- und Klinikpfarrer und spätere Psychotherapeut Klaus Thomas beschrieb 24 Hauptsymptome, die sich zu 6 Gruppen religiöser Fehlhaltungen zusammenfassen ließen: die Disharmonie mit dem Kampf gegen Andersgläubige, die religiöse Nachlässigkeit, die Fehlhaltung religiöser Umwelt- und Innenweltverkenntung mit übertriebener Endzeiterwartung und wahnhaften Verzerrungen, die Schwärmerei mit öffentlichen Sündenbekenntnissen und künstlicher Stigmatisierung, die Störung des religiösen Selbstbewusstseins mit Versündigungserleben oder Despotismus und schließlich die religiöse Lebensverneinung, bei der sich Arbeitsunwilligkeit als frommes Nichtstun tarnte. Von 500 Ratsuchenden mit scheinbaren Glaubensproblemen in der Telefonseelsorge seien mehr als die Hälfte von religionspsychopathologischen Fehlhaltungen belastet gewesen.

Noch 1990 listet Ostow in seinem Buchbeitrag über Religion und Psychiatrie vorrangig auf, welche religionsbezogenen Symptome bei Zwangsneurosen, Phobien, Hyste-

rie, Depressionen, Schizophrenien und Paranoia auftreten.

Betrachtung von Religion unter psychodynamischen Aspekten

Die Beschäftigung der Psychiatrie mit der Religion im 20. Jahrhundert war somit davon geprägt, Religion selbst unter psychodynamischen Aspekten zu betrachten oder sich auf religiöse Themen in der Psychopathologie zu beschränken. Die erstere Sichtweise hat in jüngster Zeit in der „Neurotheologie“ eine gewisse Renaissance erfahren (Schnabel, 2002). Allerdings ist der Befund, dass sich bei der Meditation von Mönchen kernspintomographisch die Regionen zeigen, die auf einen Wegfall räumlichen Erlebens hinweisen, als Korrelat religiöser Erfahrung auch unter Wissenschaftlern umstritten. Der zweiten Sichtweise, diejenige der Reduktion psychiatrischer Erkenntnis auf offensichtliche Symptome, ist zuletzt Scharfetter (Scharfetter, 2000) mit dem provozierenden Buchtitel „Was weiß der Psychiater vom Menschen?“ entgegengetreten. Er fordert, dass der Psychopathologe etwas von Religion

im vorkonfessionell-übergreifenden Sinne und von verschiedenen Religionen wissen und sich den Bedeutungsgehalt von Spiritualität und Mystik sowie von Parapsychologie und Esoterik erarbeiten solle.

Religion und Psychiatrie aufeinander angewiesen

Aber die skeptische Zurückhaltung zeichnet nicht nur die Seite der Psychiatrie aus. In einem Editorial des British Journal of Psychiatry führt George Carey, Erzbischof von Canterbury, aus, dass eine professionelle Rivalität zu Antipathien auf beiden Seiten geführt hat (Carey, 1997). Die Geistlichen bedauerten, dass ihre Gemeindemitglieder nunmehr Beratungsstellen und Psychiater wegen der Probleme aufsuchten, wegen der sie sich früher bei Priestern Rat suchten. Inzwischen müssten auch Theologen zu der Einsicht kommen, dass Religion ebenso Probleme erzeugt wie sie Antworten für Probleme bereithält. Schließlich scheitere die Akzeptanz der Psychiatrie durch viele Christen auch daran, dass der Psychiatrie stereotyp ein mechanistisches und deterministisches Menschenbild vorgeworfen werde. Carey argumentiert, dass die Probleme zwischen Religion und Psychiatrie nicht auf ein Zuwenig, sondern auf ein Zuviel an Gemeinsamkeiten zurückzuführen sind. Beide seien mit dem menschlichen Leben und der Erkenntnis, dass sich dieses nicht allein in der physischen Existenz erschöpft, befasst. In beiden Disziplinen spielten Werte und Visionen, Leiden und Heilung oder Erlösung, Schuld, Hoffnung und Liebe eine bedeutsame Rolle. Schließlich seien beide auch aufeinander angewiesen und könnten eine ganzheitliche Sichtweise

nicht ohne einander erreichen. Konkret benötige die Kirche die Expertise psychologischer Einsicht und psychiatrischer Praxis, während die Psychiatrie in der primären Gesundheitsversorgung auf die Kirche zurückgreifen könne und nicht zuletzt nur hier die Ressource ehrenamtlichen Engagements ausreichend zur Verfügung stehe.

Religiosität in wissenschaftlicher und praktischer Psychiatrie

In der Folge des Missbrauchs der Medizin für politische Zwecke wurden ethische Prinzipien in der Deklaration von Genf 1948 über den Hippokratischen Eid hinaus, Patienten keinen Schaden zuzufügen, weitergehend konkretisiert. Demnach sollen in der Beziehung zum Patienten soziale Stellung, Zugehörigkeit zu politischen Gruppierungen, Rasse, Nationalität und religiöse Überzeugungen keine Rolle spielen. Diese ethischen Prinzipien wurden für die Psychiatrie in den Deklarationen von Hawaii (1977) und Madrid (1996) noch einmal aufgegriffen. Dadurch wurde natürlich auch die religiöse Bindung von Patienten zu einem zu akzeptierenden, nicht mehr zu einem zu wertenden Sachverhalt.

Im gleichen Zeitraum führte die Unzufriedenheit über die international geringe Vergleichbarkeit psychiatrischer Diagnosen zur Entwicklung des DSM III (Diagnostisches und Statistisches Manual für psychische Störungen) in den USA und der ICD-10 (Internationale Klassifikation psychischer Störungen) der WHO. Beide Klassifikationen waren um die Festlegung der Kriterien für psychiatrische Diagnosen, unabhängig vom kulturellen Kontext bemüht, um eine bessere internationale Vergleichbarkeit zu erreichen. Hier blieb für religiöse und spirituelle Aspekte kein Raum (Turner u.a., 1995).

Das Neutralitätsgebot trug sicherlich mit dazu bei, dass das Interesse für religiöse Themen in der wissenschaftlichen Psychiatrie immer mehr nachließ. Analysen von englischsprachigen Fachzeitschriften zeigten, dass die Zahl

der Artikel, in denen religiöse Variablen eine Rolle spielten, immer mehr abnahm (z.B. Weaver u.a.,1998; Tabelle 1).

Schon in der ersten Fünfjahresperiode war die relative Anzahl der Artikel mit religiösen Variablen deutlich geringer als in sozio-

spielt Religion im Alltag psychiatrischer Behandlung durchaus eine Rolle. Eine Befragung von Psychiatern in England ergab, dass zwar nur 23% selbst an Gott glaubten, aber 92% religiöse Überzeugungen als bedeutsam in der Versorgung ihrer Patienten ansahen. Mitglieder der

Journal	1978-1982	1991-1995
American Journal of Psychiatry	2,0 %	1,6 %
Archives of General Psychiatry	2,4 %	0,05 %
British Journal of Psychiatry	3,3 %	1,4 %
Canadian Journal of Psychiatry	6,6 %	0,04 %

Tabelle 1: Anzahl von Artikeln mit religiösen Variablen in verschiedenen psychiatrischen Fachzeitschriften

logischen und psychologischen Zeitschriften in den Jahren von 1950 bis 1974 und beschränkte sich häufig auf die Nennung der Konfessionszugehörigkeit. Als eine mögliche Ursache wird von den Autoren diskutiert, dass Religion im persönlichen Leben von Ärzten und insbesondere von Psychiatern nur eine geringe Rolle spiele. Die Zahl der Mediziner und Psychologen ohne religiösen bzw. konfessionellen Bezug sei 4 bis 7 mal höher als in der Allgemeinbevölkerung. Weiterhin bestehe das Problem, dass nur wenige Psychiater und Psychotherapeuten in Religion und Spiritualität ausgebildet seien, so dass sie weder Religion als relevanten klinischen Faktor erkennen noch in ihrer Arbeit umsetzen könnten. Selbst Angehörige der christlichen medizinischen Gesellschaft erfragten zwar in der Mehrzahl (80%) die religiösen Überzeugungen ihrer Patienten, empfahlen aber nur in einem Drittel der Fälle ein Gespräch mit einem Geistlichen, nur selten wurde ein solches Gespräch aktiv initiiert.

Religion im Alltag psychiatrischer Behandlung

Ungeachtet der dürftigen wissenschaftlichen Auseinandersetzung

amerikanischen christlichen medizinischen Gesellschaft hielten Medikamente für die effektivste Therapieform bei schweren psychiatrischen Erkrankungen, zogen jedoch bei Suizidalität, Alkoholismus und Trauerreaktionen Beten und Bibelarbeit einer einsichtsorientierten Psychotherapie vor. Insbesondere dann, wenn entweder die Therapeuten oder die Patienten ihr Weltbild und ihre Alltagsorientierung in religiösen Überzeugungen begründen und diese mit der Überzeugung des jeweiligen therapeutischen Partners konkurriert, drohen Probleme eines schädigenden Einflusses auf die Therapie.

Das Referat für Psychiatrie und Religion der APA (American Psychiatric Association) hat daher über die oben erwähnten Deklarationen hinaus 1990 Leitlinien für mögliche Konflikte zwischen religiösen Überzeugungen der Psychiater und der therapeutischen Praxis formuliert (abgekürzt):

- Psychiater sollen die Überzeugungen ihrer Patienten respektieren
- Religiöse und ideologische Orientierungen der Patienten sollten erfragt werden, um sie in der Therapie berücksichtigen zu können

In der Folge des Missbrauchs der Medizin für politische Zwecke wurden ethische Prinzipien in der Deklaration von Genf 1948 über den Hippokratischen Eid hinaus, Patienten keinen Schaden zuzufügen, weitergehend konkretisiert

Ungeachtet der dürftigen wissenschaftlichen Auseinandersetzung spielt Religion im Alltag psychiatrischer Behandlung durchaus eine Rolle. Eine Befragung von Psychiatern in England ergab, dass zwar nur 23% selbst an Gott glaubten, aber 92% religiöse Überzeugungen als bedeutsam in der Versorgung ihrer Patienten ansahen



Erste Anfänge einer neuen ernsthaften Beschäftigung mit dem Thema Religion in der Psychiatrie sind gemacht

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass die wissenschaftliche Psychiatrie in der zweiten Hälfte des letzten Jahrhunderts Religion als Thema weitgehend ausgeblendet hat, diese im psychiatrischen Alltag sowohl auf Seiten der Psychiater und mehr noch auf Seiten der Patienten eine bedeutende Rolle spielt

■ Wenn in Bezug auf diese Überzeugungen Konflikte in der Therapie auftreten, sollen sie mit Rücksicht auf die Verletzlichkeit der Patienten gelöst werden

■ Deutungen in Bezug auf die Überzeugungen der Patienten sollen in einem empathischen Kontext der Wertvorstellungen des Patienten erfolgen

■ Psychiater sollen den Patienten keinesfalls ihre eigenen religiösen, antireligiösen oder ideologischen Überzeugungen aufzwingen

■ Religiöse Überzeugungen oder Rituale sollen nicht als Ersatz für anerkannte Diagnosen oder Therapieverfahren eingesetzt werden.

Religiöses oder spirituelles Problem

Die Kategorie V 62.89 Religiöses oder spirituelles Problem kann verwendet werden, wenn im Vordergrund der klinischen Aufmerksamkeit ein religiöses oder spirituelles Problem steht. Beispiele sind belastende Erfahrungen, die den Verlust oder das Infragestellen von Glaubensvorstellungen nach sich ziehen, Probleme im Zusammenhang mit der Konvertierung zu einem anderen Glauben oder das Infragestellen spiritueller Werte, auch unabhängig von einer organisierten Kirche oder religiösen Institutionen.

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass die wissenschaftliche Psychiatrie in der zweiten Hälfte des letzten Jahrhunderts Religion als Thema weitgehend ausgeblendet hat, diese im psychiatrischen Alltag sowohl auf Seiten der Psychiater und mehr noch auf Seiten der Patienten eine bedeutsame Rolle spielt. Es bleibt weiterer Forschung vorbehalten, die Bedeutung der Religion wieder aus der Grauzone des Alltags herauszuführen und einen wissenschaftlich begründeten Kontext der Auseinandersetzung mit religiösen Themen zu schaffen.

Religionspsychopathologie heute

Erste Anfänge einer neuen ernsthaften Beschäftigung mit dem Thema Religion in der Psychiatrie sind gemacht. Während das DSM III kulturelle Faktoren noch ausblendete, findet sich im DSM IV unter dem Kapitel „Andere klinisch relevante Probleme“ (d.h. Störungen, die nicht selbst Krankheitsdiagnosen sind) die Kategorie „Religiöses oder Spirituelles Problem“ (Turner u.a., 1995). Neben den bereits in der Definition erwähnten Problemen können in dieser Zusatzkategorie eine Reihe von belastenden Entwicklungen oder Erfahrungen kodiert werden, die allein oder im Zusammenhang mit einer anderen psychischen Störung zu einem behandlungsbedürftigen Problem werden.

Religiöse Probleme in modernen Gesellschaften

Gerade in modernen Gesellschaften und einem Zeitalter der Aufklärung sind religiöse Probleme nicht seltener geworden. In multikulturellen Gesellschaften treten häufiger Konversionsprobleme bei Eheschließungen zwischen Angehörigen verschiedener Religionsgemeinschaften auf, die über die früheren alleinigen Konfessionsdifferenzen hinausgehen. Viele Menschen leiden dann unter Verlusterlebnissen ihrer ursprünglichen religiösen Gemeinschaft. Im Zusammenhang mit traumatischen Erfahrungen und Identitätskrisen erleben Betroffene manchmal eine Intensivierung religiöser Erfahrung, die sie zunächst nur schwer begreifen können. Auf der anderen Seite sind Übergangszeiten im Lebenslauf von einem Verlust oder einer Infragestellung des Glaubens und der Wertvorstellungen bedroht, die auch auftreten können, wenn Menschen aus ihren religiösen Gemeinschaften ausgeschlossen werden (z.B. wenn ein Zeuge Jehovas eine Bluttransfusion wegen einer schweren Erkrankung akzeptiert und dann von der eigenen Familie gemieden wird). Außerhalb typischer psychiatrischer Interventionen liegen häufig auch Schuldgefühle, die nicht auf ein psychodynamisches Geschehen, sondern auf eine reale

Schuldbelastung zurückzuführen sind und von denen die Betroffenen eher durch eine Beichte als durch Therapie entlastet werden können.

Eine Besonderheit stellen auch Probleme im Zusammenhang mit Sekten und Kulturen dar, sowohl hinsichtlich der Aufgabe bisheriger Überzeugungen als auch bei dem Versuch des Ausstiegs oder bei Verlust des kulturellen oder spirituellen Führers. Zu den spirituellen Problemen, die nicht notwendigerweise an den Kontext einer Religionsgemeinschaft gebunden sind, gehören mystische Erfahrungen und andere Grenzerfahrungen, wie die Todesnähe bei nach Herzstillstand reanimierten Patienten, die in jüngerer Vergangenheit vermehrtes wissenschaftliches Interesse gefunden haben. Auch die bewusste Suche nach neuen spirituellen Erfahrungen in fremden Religionsgemeinschaften kann zu Entwicklungskrisen führen, die hilfebedürftig sind, ohne die Kriterien einer psychischen Störung zu erfüllen. Schließlich ist die Erkenntnis einer unheilbaren Erkrankung bei sich selbst oder nahen Angehörigen eine Grenzerfahrung, die bisherige Werte und den Glauben in Frage stellen kann, ohne allein auf eine depressive Reaktion zurückzuführen zu sein.

Klassische Lehrbücher geben wenig Hilfen

Mit den hier beispielhaft genannten Problemen und weiteren Aspekten, insbesondere der von religiöser Orientierung geprägten Therapiehaltung von Patienten, hat sich der Psychiater in der heutigen Zeit auseinanderzusetzen. Die klassischen Lehrbücher geben hier wenig Hilfen für den Umgang mit religiösen und spirituellen Problemen, insbesondere innerhalb der eigenen Religionsgemeinschaft. Eher noch hat die Migrationsforschung die Sensibilität für Krankheitskonzepte und Therapieerwartungen bei islamischen Patienten gefördert als dass der Umgang mit christlichen Glaubensgrundsätzen in der Therapie ausgearbeitet wäre.

Abgrenzungen

Auch bei größerer Sensibilität gegenüber der religiösen Orientierung von Patienten und spiritueller Schulung von Therapeuten bleiben einige der eingangs aufgeworfenen Grundfragen ungeklärt. Sind außergewöhnliche religiöse oder spirituelle Erfahrungen grundsätzlich ein psychiatrisches Problem und im Zusammenhang mit psychischen Störungen zu betrachten oder sind im Gegensatz dazu spirituelle Erfahrungen bei psychisch Kranken als eine von der Krankheit unabhängige Erkenntnis zu betrachten, der mit der Zuschreibung einer Diagnose Unrecht getan wird?

Der erste Teil der Frage stellt sich vorwiegend historisch im Zusammenhang mit religiösen Führern. Heinrich (1998) führt dazu aus, dass Ekstasen, Bekehrungen und Visionen nicht von vornherein und ausschließlich als krankhaft zu deuten seien. Der Psychiater müsse der Tatsache gewahr bleiben, dass ekstatische Verückungen und Visionen zu den Reaktions- und Ausdrucksmöglichkeiten des menschlichen Organismus gehörten, die sowohl in Krankheitszuständen als auch ohne Krankheit auftreten könnten. Es sei psychiatrisch nicht begründbar, Jesus als „schizoiden Psychopathen“ oder die Bekehrung des Apostels Paulus als Folge eines epileptischen Anfalls oder als Ausdruck einer hysterischen Neurose zu beurteilen. Dem Psychiater sei geraten, mit Kurt Schneider bei einem streng medizinischen Krankheitsbegriff zu bleiben, der seelisch Abnormes dann als Krankheit wertet, wenn es auf krankhafte Organprozesse zurückzuführen ist.

Die „Dekade des Gehirns“ im Ausgang des letzten Jahrhunderts hat diesbezüglich eine Fülle von Erkenntnissen über die Funktionsweise und Funktionsstörungen des Gehirns erbracht, ohne allerdings für jede psychopathologische Auffälligkeit im Einzelfall feststellen zu können, ob sie auf eine Funktionsstörung des Gehirns zurückzuführen ist oder nicht. Dies ermuntert wiederum Vertreter der gegenteiligen

Position, die Krankheitswertigkeit (und Behandlungsbedürftigkeit) psychopathologischer Phänomene generell in Zweifel zu ziehen und die Krankheitserfahrung der Betroffenen in eine ausschließliche „Psychiatrieerfahrung“ umzudeuten. Entsprechend wird der religiöse Wahn als ein nicht-krankhaftes persönliches religiöses Erleben gewertet, welches eher noch auf eine besondere Glaubensbegabung denn auf Krankheit hinweise.

Zu diesem Unterschied zwischen Glauben und Wahn hat Huth (1999) zutreffend formuliert, dass Glaube ein Annehmen von Wirklichkeit bedeute, Ideologie ein Ausklammern von Wirklichkeit und Wahn einen Umbau dersel-

ben. Zur Entscheidung über diese Frage im Einzelfall ist also zu prüfen, ob das besondere psychische Erleben über das bis dahin erreichte Entwicklungsniveau hinaus eine bereichernde Erfahrung der betreffenden Person und ggf. seiner Umwelt darstellt, oder ob dieses Erleben im Zusammenhang mit einer einengenden Funktionsminderung sonstiger Erlebnis- und Handlungsweisen steht. Obwohl auch heute noch kein einheitliches organisches Korrelat schizophrener Psychosen gesichert ist, kann die Frage subjektiven Leidens und objektiver Funktionsminderung als Gradmesser der Krankheitswertigkeit psychischer Phänomene schon jetzt beantwortet werden.

Literatur

- Carey G (1997) Towards wholeness: transcending the barriers between religion and psychiatry. *British Journal of Psychiatry* (170): 396-397
- Heinrich K (1998) Religiöse Erlebnisweisen in psychiatrischer Sicht. In: Bistum Essen (Hrsg.): Visionen: Psychiatrisches Syndrom oder Medium der Offenbarung? Steyler Verlag, Nettetal
- Huth W (1999) Glaube, Ideologie und Wahn. Sozialpsychiatrische Informationen 1/99: 15-20

Stiftungsbereich Gemeindepsychiatrie

Der Stiftungsbereich Gemeindepsychiatrie ist Teil der v. Bodelschwinghschen Anstalten Bethel. Er bietet für ca. 650 Klientinnen und Klienten verschiedenste Formen der Eingliederungshilfe für psychisch kranke und suchtkranke Menschen an. Die Klinik Pniel ist im Stiftungsbereich Gemeindepsychiatrie für die mittelfristige Behandlung psychisch Kranker nach SGB V zuständig (PsychPV A3/A4). Sie hält differenzierte Behandlungsangebote vor und dient zur Neuorientierung sowohl im Anschluss an Akutbehandlungen als auch nach langjährigen Heimaufenthalten. Es findet eine enge Kooperation mit dem Zentrum für Psychiatrie und Psychotherapeutischer Medizin, mit nachsorgenden ambulanten, teilstationären und anderen stationären Einrichtungen statt. Die Klinik hat 42 Plätze und richtet ihr Angebot an Bürgerinnen und Bürger der Stadt Bielefeld.

Für die **Leitung der Klinik Pniel** suchen wir einen/eine

• Facharzt/Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie

Die Stelle ist zum 01.01.2004 zu besetzen.

Wir erwarten von Ihnen:

- hervorragende sozialpsychiatrische und psychotherapeutische Fachkompetenz,
- Leitungserfahrung und Fähigkeit zur Führung und Motivation einer kompetenten Mitarbeiterschaft,
- Kommunikationskompetenz - auch mit nicht medizinischen Arbeitsfeldern,
- Interesse und Fähigkeiten in einer lebendigen, gemeindepsychiatrisch interessierten Fachöffentlichkeit der Stadt mitzuwirken.

Wir bieten Ihnen:

- eine anspruchsvolle Leitungstätigkeit in einem vielseitigen und eigenverantwortlichen Aufgabengebiet,
- eine engagierte und qualifizierte Mitarbeiterschaft,
- eine lebendige psychiatrische Fachöffentlichkeit in einer Stadt, mit einem sehr weit entwickelten und in vieler Hinsicht wegweisenden Psychiatriekonzept,
- einen kompetenten Träger mit vielfältigen Möglichkeiten zum fachlichen Austausch und Möglichkeiten zur Qualifizierung,
- Vergütung nach BAT-KF mit den üblichen sozialen Leistungen eines großen Diakonischen Trägers.

Haben Sie Interesse?

Ihre schriftliche Bewerbung senden Sie bitte an:

Geschäftsführung Stiftungsbereich Gemeindepsychiatrie
Jürgen Lempert-Horstkotte
Verler Str. 183
33689 Bielefeld

Telefonische Rückfragen erhalten Sie unter der Tel. Nr.: 0521-1444922.

Bethel

- Ostow M (1990) Religion und Psychiatrie. In: Freedman AM, Kaplan HI, Sadock PJ, Peters UH (Hrsg.): Psychiatrie in Praxis und Klinik, Band V. Georg Thieme Verlag
- Scharfetter C (2000) Was weiß der Psychiater vom Menschen? Huber
- Schnabel U (2002) Wo ist Gott? - Hirnforscher erklären religiöses Erleben. Die Zeit, 07.03.2002
- Thomas K (1982) Religionspsychopathologie. In: Condrau G: Psychologie der Kultur, Transzendenz und Religion. Beltz Verlag
- Turner RP, Lukoff D, Barnhouse RT, Lu FG (1995) Religious or Spiritual Problem. A Culturally Sensitive Diagnostic Category in the DSM IV. J Nerv Ment Dis (183)
- Weaver AJ, Samford J, Larson DB, Lucas LA, Koenig HG, Patrick V (1998) A Systematic Review of Research on Religion in Four Major Psychiatric Journals: 1991-1995. J Nerv Ment Dis (186): 187-189

Religiöse Auffassungen förderlich für die seelische Gesundheit

Menschen finden bei Gedanken an einen liebenden Gott seelischen Halt / Religiöser Glaube aber nur von einer geringeren Anzahl von Menschen als Sinn gebend empfunden

Von Reinhard Tausch

Im letzten Jahrzehnt habe ich mich intensiv damit befasst, wie Menschen schwere seelische Belastungen bewältigen. Dabei ergab sich in einigen unserer empirischen Untersuchungen: Viele Befragte gaben an, ihre religiösen Auffassungen wären hierbei hilfreich gewesen, z.B. bei der Begleitung sterbender Angehöriger und Patienten (Tausch, 2002). Daraufhin wandte ich mich den seelischen Vorgängen beim religiösen Glauben intensiver zu, in einigen Untersuchungen zusammen mit Mitarbeitern sowie den schon vorliegenden empirischen Befunden. Beide Bereiche – Religion sowie seelische Gesundheit – sind sehr komplexe Bereiche mit vielen seelischen Einzelmerkmalen, schwer präzise zu erfassen. Die Art religiöser Auffassungen ist selbst bei Mitgliedern einer Religionsgemeinschaft sehr unterschiedlich, z.B. Intensität-Stärke ihres Glaubens, das Ausmaß des Kirchenbesuches u.a. Es gibt Mitglieder, die häufig beten, andere beten weniger oder gar nicht. Im folgenden werde ich mich auf die in Deutschland und USA vorherrschenden religiösen Auffassungen, überwiegend evangelisch und katholisch, beschränken.

Seelische Gesundheit ist ebenfalls ein umfassender Bereich. Eine Charakterisierung mit weitgehender Zustimmung ist: Seelische Gesundheit ist Freiheit – Abwesenheit von seelischen Beeinträchtigungen, seelischen Erkrankungen. Sodann werden darunter auch folgende Merkmale verstanden: Seelische Stabilität, seelisches Wohlbefinden, Selbstvertrauen, Selbstakzeptierung, Selbstachtung, Kontrolle über das eigene Verhalten, Freiheit von starkem Grübeln und schweren Schuldgefühlen sowie angemessenes Sozialverhalten. Zu beachten ist noch: Werden Zusammenhänge zwischen reli-

giösen Auffassungen, religiöser Aktivität und seelischer Gesundheit festgestellt, so dürfen diese Zusammenhänge nicht kausal gedeutet werden. Religiöse Auffassungen können sich auf die seelische Gesundheit förderlich und beeinträchtigend auswirken; aber auch seelische Gesundheit bzw. seelische Erkrankung können sich auf religiöse Auffassungen auswirken. Es können Wechselbeziehungen zwischen Religiosität und seelischer Gesundheit bestehen. Deswegen werde ich überwiegend auf Befunde eingehen, bei denen religiöse Auffassungen förderlich oder beeinträchtigend für die seelische Gesundheit sind. So kann Religiosität z.B. förderlich sein bei seelisch gesunden Personen, aber auch bei Patienten mit psychiatrischen Erkrankungen.

Religiöser Glaube wird als förderlich empfunden

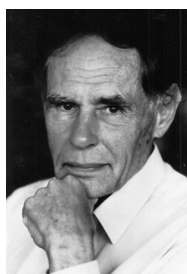
In einer Untersuchung (Langer u.a., 2003) beantworteten 133 Personen die Frage: „Was gibt mir in meinem Leben im Alltag Halt?“. Religiöser Glaube wurde hierbei von 46 % (an dritter Stelle der Häufigkeit aller Nennungen) angegeben („Halt gibt mir der Glaube, dass es Gott gibt, der sich um mich kümmert.“). Die zusätzliche Kennzeichnung „Viel Halt gebend“ wurde von 36 % angegeben. Frauen nannten den religiösen Glauben an zweiter Stelle aller Nennungen als Halt gebend, Männer an vierter Stelle, ein signifikanter Unterschied. Auf die Frage: „Meinen Sie, daß Sie Ihren seelischen Halt verstärken könnten?“ nannten 15 % der Personen Religiosität. „Verstärken könnte ich meinen Halt, wenn ich eine Antwort finden würde auf viele existentielle religiöse Fragen.“ „Wenn ich mir Zeit für mich in

der Stille zu Gott nehme.“ „Durch eine Gebetsgemeinschaft.“ „Wenn ich mehr Vertrauen zu Gott aufbringen könnte.“ Ältere Menschen gaben signifikant häufiger Religiosität, Meditation oder Gebet als Halt gebend im Alltag an.

In einer anderen Untersuchung baten wir 221 Personen um Antwort zu der Frage: „Was empfinde ich als sinngebend und sinnvoll in meinem Leben?“. Religiöser Glaube und Spiritualität wurde an neunter Stelle der Nennungen genannt, von 18 % der Antworten. „Ich suche neuen Sinn, wo ich ihn schon immer suchte, wenn es kritisch wurde: Bei Gott.“ Etliche Personen gaben an, religiöser Glaube gebe ihnen keinen Sinn. Es existiere kein Sinn, da Gott, der alles wisse und uns beschütze, es zulasse, daß soviel unschuldige Menschen verhungerten. Personen, die sich als deutlich gläubig-spirituell bezeichneten oder als Buddhisten, nannten am häufigsten, daß religiöser Glaube und Spiritualität ihrem Leben einen Sinn gäbe. Anschließend wurden diese Personen auch noch nach ihrem seelischen Halt im Alltag befragt. Es zeigte sich: diejenigen Personen, die gemäß dem FPI-R-Test hoch lebenszufrieden waren, nannten religiösen Glauben und Spiritualität mit 40 % als Halt gebend, Lebensunzufriedene nannten nur 28 % Religion als Halt gebend (Richter, 1993; Tausch, 1995).

Den Glauben empfinden nur Wenige als Sinn gebend

Und woran merken Menschen, ob ihnen etwas Halt gibt? Diese Frage stellten wir auch unseren Untersuchungspersonen (Langer, u.a., 2003): 46 % sagten, sie fühlten sich dann besser, 34 %



Prof. Dr. Reinhard Tausch, Psychologisches Institut III, Universität Hamburg, Von-Melle-Park 5, 20146 Hamburg

hatten mehr Zutrauen zu sich, 34 % mehr Ruhe, Gelassenheit, waren entspannter. 27 % merkten es an Sicherheit, Geborgenheit, 24 % nannten Vertrauen und Zuversicht, 20 % Schweres besser ertragen können, 14 % Dankbarkeit, Zufriedenheit, 12 % neue Kraft u.a. Menschen also, die bei ihrem religiösen Glauben oder religiösen Gedanken seelischen Halt empfinden, empfinden zugleich förderliche-stärkende Gefühle und günstige Körpervorgänge. Zusammengefasst: Fast die Hälfte von Menschen empfindet den religiösen Glauben und religiöse Gedanken als Halt gebend. Dagegen wird der religiöse Glaube nur von einer geringeren Anzahl von Menschen als Sinn gebend empfunden; viele Geschehnisse auf der Erde können sie mit dem Glauben nicht sinnvoll verstehen.

Auswirkungen von Gottesvorstellungen im täglichen Handeln

Wie beschreiben darüber hinaus Menschen die Auswirkungen ihrer religiösen Gottesvorstellungen auf ihr alltägliches Denken, Fühlen und Handeln? Bei über 200 Personen sagten 80 % der Befragten, die Auswirkungen seien positiv, z.B. „Ich bin ausgeglichener“, „Ich habe mehr Selbstvertrauen“, „Ich kann anderen besser verzeihen“ u.a. 14 % empfanden, daß ihre Gottesvorstellungen ihr eigenes Denken, Fühlen und Handeln negativ beeinflussten (Petersen, 1993). Bei Bewältigung einer schweren Lebenskrise (Trennung vom Partner, Berufsverlust, Krankheit u.a.) stellten wir fest: 26 % der Befragten sagten, ihr religiöser Glaube sei ihnen bei der Bewältigung eine große Hilfe gewesen (Prekat, 1991).

An der Universität Leipzig wurde eine repräsentative Umfrage in Ost- und Westdeutschland durchgeführt, mit Personen im Alter von 14 bis 95. Einige Ergebnisse: „Religion spielt eine wichtige Rolle in meinem Alltagsleben“ 20 % Bejahung. „Gebet oder Meditation hat mir in Zeiten von Krankheit geholfen, mit meiner Situation zurechtzukommen“: 21 %. „In Zeiten der Krankheit ist mein Glaube gestärkt worden“ sagten 33 %. „Ich habe durch meine Ge-

bete oder Meditation innere Ruhe gefunden“: 31 %. „In schlechten Zeiten bete ich um Hilfe“: 41 %. „Wenn ich mich einsam fühle, kann ich mich auf die Menschen, die meinen Glauben teilen, verlassen“ sagten 31 % (Albani u.a., 2002).

Religiöse Auffassungen helfen, Ängste zu bekämpfen

Haben religiöse Auffassungen und Praktiken eine förderliche Auswirkung bei Ängsten? 109 Untersuchungspersonen stellten sich Situationen mit Ängsten vor und schrieben auf, was sie dabei als hilfreich und als beeinträchtigend empfunden hatten (Martens u.a., 2003). Auf die Frage: „Wie gehen Sie mit Ängsten und angstvollen Gedanken um, die die längere Zeit im Hintergrund des Lebens wirken, z.B. bei Ängsten vor Erkrankungen, Arbeitslosigkeit, Unfällen, Krieg und Angst vor dem Tod?“ nannten 22 % den Glauben an Gott, z.B.: „Der Glaube an Gott hilft mir, meinem Tod zu begegnen.“ „Ich bete und vertraue auf Gott.“ „Durch meine religiöse Bindung glaube ich an die göttliche Fügung und kann teilweise besser mit Ängsten gegenüber Unfällen, Krieg und Tod umgehen.“ Die Frage „Was würden Sie einem anderen raten, der Sie fragt, wie er seine Ängste vermindern kann?“ wurde von 14 % genannt: Beten, Gott vertrauen, hoffen. Religiöser Glaube und beten als Bewältigungsform wurde in gleichem Ausmaß von Personen mit günstiger sowie ungünstiger seelischer Gesundheit und Lebenszufriedenheit genannt.

Patienten mit Nierentransplantation, die deutlich religiöse Auffassungen und Bewältigungsformen hatten, überstanden die Erkrankung in den folgenden 12 Monaten besser, ebenfalls ihre Angehörigen (Tix, 1998). Bei 230 Frauen der Unterschicht in New York mit HIV-Aids Erkrankung hing Religiosität-Spiritualität positiv mit der Häufigkeit der erfahrenen emotionalen Unterstützung zusammen. Der Zusammenhang zu Drogengebrauch war negativ. Ebenfalls ergab sich ein Zusammenhang zwischen Spiritualität sowie Selbstvertrauen mit günsti-

ger Bewältigung der Erkrankung (Simoni, 2002).

Hoffnung und Stütze aus dem Glauben heraus

Bei 670 Jugendlichen im Alter von 18 Jahren ergab sich: Zwei Merkmale religiöser Einstellungen – eine persönliche Beziehung mit dem Göttlichen sowie eine mehr fundamentalistische religiöse Einstellung – hingen zusammen mit Seltenheit von Drogengebrauch und Drogenabhängigkeit (Alkohol, Marihuana, Kokain u.a.). Eine persönliche Hingabe an die religiöse Lehre und ein Leben entsprechend dem eigenen Glauben hing zusammen mit Seltenheit des Gebrauchs von Alkohol (Miller, 2000). Der Präsident des Nationalen Instituts für Health Care Research und seine Kollegen ermittelten: Schwere Operationen am offenen Herzen überlebten jene Patienten deutlich häufiger, die Hoffnung und Stützung aus ihrem Glauben bezogen. Nichtreligiöse Patienten hatten ein größeres Risiko, innerhalb von sechs Monaten nach der Operation zu sterben. Und: In einer zehnjährigen Studie mit 2.700 Personen ergab sich: Die Mitgliedschaft in einer religiösen Gemeinschaft kann gesundheitliche Risikofaktoren abmildern und die Sterblichkeit senken. Sodann: Religiöse Frauen waren nach einer Hüftoperation weniger depressiv und konnten schneller wieder ohne Stützen laufen als nichtreligiöse Patientinnen (Psychologie Heute, 1996, H. 3, S. 13).

Bewältigungshilfen in schwierigen Situationen auch für Jugendliche

Religiöse Auffassungen können auch bei Jugendlichen zugleich seelische Bewältigungshilfen in schwierigen Situationen sein. Der Aussage „Es gibt schwierige Situationen im Leben, da kommt man ohne Gott nicht aus“, stimmten 61 % der Jugendlichen in Berufsschulen eines vorwiegend katholischen bayerischen Kreises zu (Schmitz, 1985). In verschiedenen amerikanischen Untersuchungen ergab sich: Religiös eingestellte Personen, z.T. gemessen am Ausmaß des Kirchenbesuches, hatten befriedigendere Familienverhält-

Haben religiöse Auffassungen und Praktiken eine förderliche Auswirkung bei Ängsten? 109 Untersuchungspersonen stellten sich Situationen mit Ängsten vor und schrieben auf, was sie dabei als hilfreich und als beeinträchtigend empfunden hatten

Religiöse Auffassungen können auch bei Jugendlichen zugleich seelische Bewältigungshilfen in schwierigen Situationen sein

Menschen haben Gott gegenüber sehr unterschiedliche Gefühle. Dies hängt davon ab, mit welchen Eigenschaften sie sich Gott vorstellen

Die andere Gruppe stellte sich Gott als lenkend, richtend, Macht ausübend, herrschend, bestrafend vor, als Auslöser von Katastrophen, Menschen zur Hölle schickend und sich von ihnen abwendend

nisse, begingen weniger Ehebruch oder Trennung der Partnerschaft. Ferner neigten sie weniger zu Selbstzerstörung und hatten ein günstigeres Sozialverhalten (weniger Kriminalität, Gewaltakte, Einlieferungen ins Gefängnis u.a.). Die Bedeutung religiöser Einstellungen bei der Bewältigung größerer Lebensschwierigkeiten wird auch ersichtlich bei den Selbsthilfegruppen der Anonymen Alkoholiker. Können Patienten sich diesen Gruppen anschließen, so ist dies häufig sehr hilfreich, um dem Alkohol zu entsagen.

Förderliche Auswirkungen von Mensch zu Mensch unterschiedlich

Religiosität wirkt sich bei manchen Menschen deutlich förderlicher aus als bei anderen. Im folgenden einige Befunde: Deutlich unterschiedliche Auswirkungen wurden in den USA und in Deutschland bei sog. intrinsischer sowie extrinsischer Religiosität nachgewiesen. Bei extrinsischer religiöser Orientierung dient die Religion dem eigenen Selbst, ist nützlich. Religion wird ausgeübt, weil sie Vorteile bringt, eine Sicherung des Lebens und nach dem Tod, zur Beruhigung in schwierigen Lebenslagen. Sie wird teilweise anderen gegenüber zur Schau gestellt. Bei intrinsischer religiöser Haltung wird die Religion gleichsam um ihrer selbst willen ausgeübt, nicht zur Schau gestellt, nicht als Mittel zum Zweck angesehen. Die Haltung ist mehr auf das Lebensende und auf das Jenseits gerichtet. Eine dritte Glaubenshaltung ist ferner „Religiöse Suche“ (Religion as a quest). Die Merkmale sind bemühtes Suchen, Zweifel, vorsichtige Zurückhaltung gegenüber traditionellen orthodoxen religiösen Antworten.

Extrinsische religiöse Orientierung und negativer Selbstwert

Die Auswirkungen dieser unterschiedlichen religiösen Auffassungen sind: Intrinsische Religiosität sowie „Religiöse Suche“ hingen positiv mit seelischer Gesundheit zusammen. Ferner war intrinsische Religiosität häufig verbunden mit Freiheit von Sorge und Angst sowie persönlicher Kompetenz und Kontrolle. Bei der

Haltung „Religiöse Suche“ war ferner ein Zusammenhang mit Offenheit und Flexibilität sowie Selbstakzeptierung und Selbstverwirklichung gegeben, jedoch nicht mit Freiheit von Angst und Schuld. Extrinsische Religiosität wies in den meisten Studien einen negativen Zusammenhang zur seelischen Gesundheit auf. Wolf und Deusinger fanden bei 160 deutschen Studierenden: Intrinsische religiöse Orientierung hing zusammen mit positiver Einstellung zu Gott und mit der Vorstellung eines den Menschen liebenden Gottes. Extrinsische religiöse Auffassung hing zusammen mit Neurotizismus und mit negativer Selbstwertschätzung.

Gefühle gegenüber Gott

Menschen haben Gott gegenüber sehr unterschiedliche Gefühle. Dies hängt davon ab, mit welchen Eigenschaften sie sich Gott vorstellen. Personen, die sich Gott als liebend, fürsorglich, beschützend, begleitend, für sie erreichbar, tröstend und hilfreich vorstellen bzw. wahrnehmen, stellen sich ebenfalls vor, daß in Gott die Gefühle von Zuneigung, Güte, Geduld, Liebe, Mitleid, Freude und Sorge überwiegen. Personen mit derartigen Vorstellungen empfanden Gott gegenüber Gefühle der Liebe, des Vertrauens, der Zuneigung, der Dankbarkeit. Sie bezeichneten die Folgen ihrer Gottesvorstellung auf ihr Denken, Fühlen und Verhalten positiv.

Die andere Gruppe stellte sich Gott als lenkend, richtend, Macht ausübend, herrschend, bestrafend vor, als Auslöser von Katastrophen, Menschen zur Hölle schickend und sich von ihnen abwendend. Sie sahen in Gott Gefühle von Zorn, Wut, Unzufriedenheit, Hass. „Gott wird zornig, wenn wir das nicht tun, was er will.“ Personen mit einer derartigen Gottesvorstellung empfanden eher Furcht vor Ablehnung, Unsicherheit und Einsamkeit gegenüber Gott, Furcht, nicht zu genügen und bestraft zu werden (Petersen, 1993). Womit hängen diese Unterschiede in den Gottesvorstellungen und eigenen Gefühlen zusammen? Ein wesentlicher Faktor ist: Personen mit günstiger seelischer

Gesundheit, Selbstachtung, geringer Depressivität u.a. und einem günstigen Bild ihrer Person stellten sich häufig einen fürsorglichen, liebenden, einfühlsamen, verständnisvollen und für sie erreichbaren Gott vor, der den Menschen Selbständigkeit und Entscheidungsfreiheit zubilligte. Sie empfanden Gott gegenüber häufiger Gefühle der Liebe, der Nähe, des Zutrauens und der Dankbarkeit. Dies ergab sich auch bei Schülern (Benson u. Spilka, 1973).

Selbstbild korrespondiert mit dem Bild von Gott

Personen mit ungünstiger seelischer Gesundheit dagegen und geringer Selbstachtung, mit Depressivität, sog. neurotischem Verhalten und einem ungünstigen Bild von sich selbst stellten sich häufiger einen abweisenden, passiven oder gleichgültigen Gott vor, z.T. auch einen streng strafenden Gott, einen Gott, der deutlich lenkend war und wenig Freiheit gab. Sie hatten deutlich häufiger Gefühle der Furcht, Unsicherheit oder Einsamkeit Gott gegenüber, fürchteten seine Ablehnung. Männer mit ungünstiger seelischer Befindlichkeit empfanden eher Haß und Wut gegenüber Gott, Frauen mit ungünstiger Befindlichkeit empfanden eher Angst und Schuld (Petersen, 1993).

Gemäß mehreren Befunden nehmen Frauen mehr als Männer an religiösen Ereignissen und religiösen Veranstaltungen teil. Regelmäßige Kirchenbesuche gab es am meisten bei Personen über 65 Jahren (Hintikka, 2000). Ferner ergab sich in der Untersuchung: Frauen mit mentalen seelischen Störungen nahmen selten oder gar nicht an religiösen Ereignissen teil. Eine Häufung von Personen, die niemals an religiösen Veranstaltungen und Aktivitäten teilgenommen hatten, gab es bei Personen mit Freitod (Alter 50 - 94 Jahre), verglichen mit 4.000 Personen mit natürlichem Tod (Nisbet, 2000).

Wahnideen von psychotisch-schizophrenen Patienten können sich manchmal auch auf religiöse Inhalte erstrecken. Stark depressive Patienten können sich in

Schuldgefühle hineinsteigern und belasten.

Zusammenhang zwischen Religiosität und psychischen Erkrankungen

Die psychiatrischen Erkrankungen selbst sind entscheidend durch genetische, hirnphysiologische Vorgänge bedingt. Davon abgesehen besteht kein genereller Zusammenhang zwischen Religiosität und psychiatrischen Erkrankungen. Im Gegenteil: Psychiatrische Patienten wurden hinsichtlich religiöser Erziehung, religiösem Engagement, religiöser Echtheit und Stabilität untersucht. Es ergaben sich keine Zusammenhänge zwischen einem dieser Merkmale für Religiosität und psychiatrischen Symptomen. Im Gegenteil: Bei starker Religiosität zeigten die Patienten eine geringere klinisch-krankhafte Symptomatik. Die hoch-religiöse Gruppe hatte die beste Emotionalität. Religiöse Erziehung, religiöse Echtheit und religiöse Stabilität hingen negativ mit Störungen der Persönlichkeit zusammen (Heskestad, 1994).

Kultur eines Landes sorgt für Unterschiede

Die Religiosität einer Bevölkerung ist abhängig von dem jeweiligen Land und seiner Kultur. Auf die Frage „Schenkt Ihnen Religion, Ihr Glaube, Trost?“ antworteten in den USA 75 % der Menschen mit „Ja“, in Europa 43 %, in Deutschland 37 %, in Österreich 48 %, in Italien 66 %. In einer anderen Untersuchung wurde gefragt: „Wie wichtig ist Gott in Ihrem Leben?“ Die Personen gaben die Wichtigkeit auf einer Skala von 1 bis 10 an, wobei 10 das größte Ausmaß der Wichtigkeit war. In den USA ergab sich ein Mittelwert von 8,0, in Osteuropa von 6, in Südeuropa von 4,5 und in Westeuropa von 2,5. Ein anderes Faktum ist die Verminderung der Zuwendung zur Religion bei Jugendlichen in den letzten Jahrzehnten. Gemäß der Shell-Studie Jugend 2000 waren 25 % ohne Religionszugehörigkeit, in Ostdeutschland waren es 80 %. Es existieren einzelne Befunde, daß bei manchen Menschen religiöse Auffassungen zusammen-

hängen mit Vorurteilen gegenüber Menschengruppen, autoritärem Verhalten oder Fundamentalismus. In einzelnen religiösen Sekten können Intoleranz, autoritäre Macht über Religionsanhänger, irrationale Haltungen, Zwangshandlungen, Verstöße gegen die Gleichberechtigung von Frauen vorkommen, ebenso ein Übermaß an rituellem Verhalten, Androhung von Strafen durch Gott, z.B. Krebserkrankungen seien eine Strafe Gottes. Dies ist eher ungünstig für die seelische Gesundheit und Persönlichkeitsentwicklung.

Änderungen religiöser Auffassungen in der Jugendzeit können mit seelischen Schwierigkeiten verbunden sein. Glauben Kinder z.B. fest entsprechend den Äußerungen von Eltern und Erwachsenen, Gott lebe in Menschengestalt im Himmel über den Wolken, sehen sie viele Legenden und Überlieferungen als völlig wahr an, dann kommt es bei manchen Jugendlichen im Alter von 10 bis 16 Jahren zu Schwierigkeiten im religiösen Glauben und Enttäuschungen.

Der Gott in Menschengestalt

Nach unseren Untersuchungen stellen sich etwa 50 % der religiösen Menschen Gott als Person vor, etwa in Menschengestalt („Gott ist ein alter, gütiger, weiser Mann.“). 20 % der Befragten stellen sich Gott eher als unpersönlich vor („Eine bildliche Vorstellung von Gott habe ich abgelegt.“). Weitere 20 % sahen Gott als unbeschreiblich („Eine bildliche Vorstellung von ihm liegt außerhalb unseres Vorstellungsvermögens.“) (Petersen, 1993; Tausch, 1996). Besuchen nun Menschen Gottesdienste, in denen Gott als eine Person etwa in Menschengestalt dargestellt wird, während sie selbst Gott als unbeschreiblich und unpersönlich sehen, dann entstehen bei manchen Unvereinbarkeiten, insbesondere bei jungen Menschen oder naturwissenschaftlich Orientierten. Bei geeigneter Gestaltung religiöser Botschaften brauchen jedoch naturwissenschaftliche Erkenntnisse und religiöse Vorstellungen keine Gegensätze zu sein, wie dies etwa

große Naturwissenschaftler und Nobelpreisträger dargelegt haben.

Das Problem, Religion und Theologie zu vereinbaren

Für manche Menschen bestehen Schwierigkeiten mit den Widersprüchen oder Unvereinbarkeiten von Religion und Theologie. Albert Schweitzer hat dies beschrieben. In seiner Jugend war sein Hauptziel, ein guter Pfarrer zu werden. Er vollendete sein Studium und begann als Priester zu lehren. Und wurde Leiter eines kirchlichen Seminars. „Zugleich studierte und dachte ich viel über das Leben von Jesus und seinen Sinn, seine Bedeutung nach. Und je mehr ich studierte und dachte, um so mehr wurde ich überzeugt, dass die christliche Theologie überkompliziert geworden ist. Das wundervoll Elementar-Einfache von Christus wurde verdunkelt durch konfliktreiche Interpretationen; unglaubliche Dogmen bildeten sich in theologischen Debatten ... Diese ausgearbeitete Theologie, die sich mit solchen Fragen beschäftigte, verwirrte mich, weil sie wegführte von den großen und einfachen Wahrheiten, die sich in Jesus' eigenen Worten und in seinem Leben zeigten.“ (Cousins, 1985).

Er gab die Leitung des Seminars auf und entschied sich, sein Leben zu einem Argument seiner Auffassungen zu machen. Er betonte, daß er weniger in theologischen Begriffen denke als in ethischen und moralischen. Wahrscheinlich haben zunehmend mehr Menschen diese Schwierigkeiten mit theologischen Auffassungen und Dogmen, während sie die unmittelbaren Botschaften und das Leben von Jesus als Halt gebend empfinden und als wesentlich für ihre Lebensgestaltung. Auf der anderen Seite gibt es Anhänger der christlichen Religion, vermutlich besonders ältere Menschen, die sich sehr gebunden fühlen an die theologischen Dogmen und Riten und sie nicht aufgeben möchten, so auch nicht die Darstellung von Gott als einer Person in Menschengestalt.

Diese unmittelbaren Botschaften von Jesus Christus, die sich überwiegend auf das alltägliche Leben

Für manche Menschen bestehen Schwierigkeiten mit den Widersprüchen oder Unvereinbarkeiten von Religion und Theologie.

Nach unseren Untersuchungen stellen sich etwa 50 % der religiösen Menschen Gott als Person vor, etwa in Menschengestalt

Ich denke, daß das sozial-ethische Verhalten, begründet in religiösen Auffassungen, zukünftig an Bedeutung eher zunehmen wird

Es sind viele förderliche Auswirkungen und Zusammenhänge von Religion und seelischer Gesundheit erkennbar und nur ein geringeres Ausmaß von Beeinträchtigungen

erstrecken, sind wahrscheinlich wesentlich förderlich für die seelische Gesundheit des einzelnen und für ein befriedigenderes soziales Zusammenleben mit anderen, z.B. anderen Menschen helfen, anderen Menschen vergeben, den Nächsten lieben, andere Menschen nicht richten, Vater und Mutter ehren u.a. Diese christlich-religiösen Botschaften wurden in ihren günstigen Auswirkungen auf Menschen durch empirische Untersuchungen bestätigt, z.B.: Personen, die anderen halfen, etwa Frauen in der ehrenamtlichen Krankenpflege, spürten eine Zunahme von Sinn und seelischem Halt in ihrem Leben, Zunahme an Einfühlung in andere und Abnahme eigener Depressivität.

Ferner: Über 50 empirische Untersuchungen zeigten auf: Wenn Menschen sich selber akzeptieren und annehmen können, etwa auch mit ihren Schwächen, so akzeptieren sie besser andere Menschen und nehmen sie an. Und: Menschen, die andere durchaus deutlich wahrnehmen, aber weniger bewerten, verurteilen, bewerten und verurteilen auch sich selbst weniger. Hinsichtlich der Botschaft des Vergebens stellten wir in einer größeren Untersuchung fest: Wenn Personen anderen Menschen vergeben können, etwa nach der Trennung einer Partnerschaft, so fördert das Vergeben deutlich ihre seelische Gesundheit, der Hass und die negativen Gefühle in ihnen vermindern sich, hören auf (Tausch, 1996).

Beeinflussen religiöse Auffassungen auch das sozial-ethische Verhalten?

Beeinflussen religiöse Auffassungen auch das sozial-ethische Verhalten einer Bevölkerung untereinander, gegenüber anderen Religionsgruppen oder gegenüber anderen Völkern? Ist unser Miteinander im täglichen Kontakt des Alltags gekennzeichnet von Hilfsbereitschaft, Entgegenkommen, Freundlichkeit? Beeinflussen religiöse Auffassungen das sozial-ethische Verhalten von Führungskräften gegenüber Angestellten und Arbeitern, von Politikern gegenüber Politikern anderer Parteien? Von Banken, Wirtschaftsunternehmen? Wird das Verhalten

der Bevölkerung gegenüber hungernden und sterbenden Kindern in anderen Erdteilen durch Religiosität beeinflusst? Hierzu gibt es kaum Befunde. So ist in dem hervorragenden Sammelwerk von John Shoemaker (1992), geschrieben von 24 kompetenten Autoren, nur eine einzige Seite dem sozialen Verhalten im Zusammenhang mit der Religion gewidmet.

Ich denke, daß das sozial-ethische Verhalten, begründet in religiösen Auffassungen, zukünftig an Bedeutung eher zunehmen wird. Wodurch sind sonst dauerhaft sozial-ethische Werte in der Bevölkerung sichtbar? In einer Zeit 'von deutlichem Materialismus, starker Herausstellung von Genuss, Sexualität, Egozentrismus und „Spaß“? Die Kluft zwischen armen und reichen Menschen wird heute eher größer als kleiner, das Leben zahlreicher Menschen im Beruf ist bestimmt durch Streben nach Macht, Gier und nach Geld. Es ist bestimmt durch Neid, Konkurrenzdenken, unkooperatives Verhalten. Im Fernsehen werden wir sehr häufig konfrontiert mit Schmähungen, gehässigen Kritiken von Politikern gegenüber anderen. Bis heute war es nicht möglich, dieses enorme Ausmaß an Gewalt deutlich zu verringern.

Ich habe mich bemüht, einen empirisch begründeten Überblick über die Zusammenhänge von zwei großen Bereichen zu geben, religiösen Auffassungen und Aktivitäten und seelischer Gesundheit. Es sind viele förderliche Auswirkungen und Zusammenhänge von Religion und seelischer Gesundheit erkennbar und nur ein geringeres Ausmaß von Beeinträchtigungen. Die förderlichen Auswirkungen religiösen Glaubens auf seelische Gesundheit kommen in vielfältiger Weise zustande: Etwa durch den seelischen Halt, den Menschen bei Gedanken an einen liebenden Gott oder an den Schöpfer unseres Planeten empfinden, bei Gedanken an das Leben und die Botschaften von Jesus Christus, bei Aktivitäten wie z.B. beten. Hier etwa wurde nachgewiesen, daß ähnlich wie in einer meditativen Entspannung die Alphawellen im Gehirn stärker werden.

Ferner wirken sich deutlich positiv die vielen kirchlich-religiösen Einrichtungen und Organisationen aus, die sich um die Verbesserung der seelischen Gesundheit beeinträchtigter Menschen bemühen, in Beratungsstellen, Therapiezentren, Obdachlosenheimen, in Seminaren, Kursen. Sehr bedeutsam sind auch die Auswirkungen der Tätigkeiten von Hunderttausenden ehrenamtlichen Helfern in den Religionsgemeinschaften. Sie fördern die seelisch-körperliche Gesundheit betroffener, beeinträchtigter Menschen - und sie erfahren selber dabei mehr Sinn in ihrem Leben. Viele sehen es gleichsam als einen religiösen Dienst an.

Vielleicht wird sich Religiosität der Bevölkerung zukünftig mehr in der Art ihrer Lebensgestaltung äußern, entsprechend den Auffassungen von Albert Schweitzer. Und positive Anzeichen größeren Ausmaßes gab es auch in den Wochen des Februar 2003. Hunderttausende von Menschen engagierten sich in Demonstrationen und Aktivitäten, um das Töten von Menschen durch einen Krieg zu verhindern, mit Unterstützung religiöser Gruppen.

Literatur

- Benson, P. and Spilka, B. (1973): *Journal Scientific Study of Religion*, 13, 297 - 310.
- Cousins, N. (1985). *Albert Schweitzer's Mission, Healing and Peace*. New York: Nortof.
- Donahue, M. (1995). *Journal Social Issues*, 51 1
- Ex-line, J. et al. (2000). *Journal Clinical Psychology*, 56, 1481 - 1496.
- Hintikka, J. et al. (2000). *Journal Nervous & Mental Disease*, 188, 772 - 776.
- Jenkins, R. (1995). *Journal Social Issues*, 51, Langer, I., Konietzky, K. & Tausch, R. (2003). Im Manuskript.
- Martens, H., Schröder, I. & Tausch, R. (2003). Im Manuskript.
- Miller, L. et al. (2000). *Journal American Academy of Child Psychiatry*, 39, 1190 - 1197.
- Nisbet, P. et al. (2000). *Journal Nervous & Mental Disease*, 188, 543 - 546.
- Petersen, K. (1993). *Dissertation, Univ. Hamburg, Fachbereich Psychologie. - Persönliche Gottesvorstellungen*. Ammersbek: Lottbek.
- Prekat, U. (1991). *Diplomarbeit, Univ. Hamburg, Fachbereich Psychologie*.
- Richter, N. (1994). *Diplomarbeit, Univ. Hamburg, Fachbereich Psychologie*.
- Shoemaker, J. (Ed.) (1992). *Religion and Mental Health*. New York: Oxford Univ. Press.
- Simoni, J. et al. (2002). *Journal Counseling Psychology*, 49, 139 - 147.
- Tausch, R. (2002). *Hilfen bei Streß und Belastungen*. 10. Aufl. Reinbek: Rowohlt.
- Tausch, R. (1996). In: M. Schlagbeck, *Theologie und Psychologie im Dialog*. Paderborn.
- Tausch, R. (1995). In: Pawlik (Hrsg.), 39. Kongreß Deutsche Gesellschaft f. Psychologie, 726 - 731. Göttingen: Hogrefe.
- Tix, A. & Frazier, P. (1998). *Journal Consulting & Clinical Psychology*, 66, 411 - 422.

Ein eigenständiger Beitrag der Kirchen

Seelsorge mit psychisch Kranken – Entwicklung zur Zusammenarbeit zweier Seelsorgeteams / Orientierung und neue Perspektiven

Von Walburga Hoff, Tobias Kriener, Wolfgang Reuter, Claus Scheven und Susanne Tillmann

Seelsorge mit psychisch kranken Menschen ist seit Bestehen der Psychiatrie ein Anliegen der Kirchen. In allen großen psychiatrischen Krankenhäusern gibt es evangelische und katholische Seelsorgestellen. Dies ist für die Kirchen, auch in Zeiten knapper werdender Finanzmittel, weiterhin eine selbstverständliche Verpflichtung. Der Staat und die Gesellschaft haben durch die Gesetzgebung diesem Dienst der Seelsorge einen festen Platz in den Kliniken eingeräumt. Seelsorge basiert damit auf einer positiven Religionsfreiheit, die es Menschen ermöglicht, ihre Religion – gerade auch in Zeiten der Krise und Krankheit – aktiv und öffentlich zu praktizieren und zu gestalten. Hiermit ist seitens der Gesellschaft sichergestellt, dass Menschen unterschiedlicher Religionen und Lebensauffassungen gerade auch in Situationen des Krankenhausaufenthaltes seelsorglichen Beistand erhalten und zwar insbesondere dadurch, dass sie in ihren Grundüberzeugungen, in dem was ihrem Leben Halt und Kraft gibt, gestärkt werden.

Die Seelsorge unterliegt in ganz ähnlicher Weise wie die Psychiatrie einem dauerhaften Wandel. Die damit einhergehenden Veränderungen in der psychiatrischen Versorgung stellen auch die Seelsorge vor neue Herausforderungen. Mit dem Ausbau der Gemeindepsychiatrie und der zunehmenden Spezialisierung und Differenzierung der psychiatrischen Arbeit ist die Notwendigkeit für die Klinikseelsorge gewachsen, intensivere Zusammenarbeit im Netz psychiatrischer Versorgung zu suchen und eine möglichst offene Zusammenarbeit mit den Vertretern der je anderen Konfessionen zu praktizieren. Wo früher meist ein Krankenhauspfarrer jeder Konfession als

Einzelkämpfer tätig war, arbeiten heute in vielen Kliniken die Seelsorgerinnen und Seelsorger in Teams zusammen. Dabei spielt die Vernetzung mit den Orts- und Kirchengemeinden und anderen funktionalen Diensten der Kirchen wie z.B. der Telefonseelsorge und unterschiedlichen kirchlichen Beratungsstellen, sowie allem voran die ökumenische Zusammenarbeit eine zunehmende Rolle.

Auf der Basis des Grundgesetzes

Die Seelsorge in allen Krankenhäusern ist durch Artikel 4 sowie durch Artikel 140 (bzw. Art.141 der Weimarer Verfassung) des Grundgesetzes gewährleistet. Der Artikel 4 lautet: (1) Die Freiheit des Glaubens und die Freiheit des religiös weltanschaulichen Bekenntnisses sind unverletzlich. (2) Die ungestörte Religionsausübung wird gewährleistet. Artikel 141 konkretisiert dies: Soweit das Bedürfnis nach Gottesdienst oder Seelsorge im Heer, in Krankenhäusern, Strafanstalten oder sonstigen öffentlichen Anstalten besteht, sind die Religionsgesellschaften zur Vornahme religiöser Handlungen zuzulassen, wobei jeder Zwang fernzuhalten ist.

Ökumenische Zusammenarbeit so weit als möglich

Dieser Entwicklung stellen sich seit einigen Jahren die evangelischen und katholischen Klinikseelsorgerinnen und Seelsorger an den Rheinischen Kliniken Düsseldorf. Dort arbeiten zwei evangelische und drei katholische Seelsorgerinnen und Seelsorger

eng – und im weitesten Sinne der gegebenen Möglichkeiten – auch ökumenisch zusammen. Standen am Anfang eher pragmatische Fragen nach besserer Kooperation und Arbeitsteilung im Vordergrund, so entwickelte sich, nicht zuletzt durch eine gemeinsame Supervision, ein sehr intensiver Prozess der Annäherung und Zusammenarbeit. Vor dem Hintergrund nicht zu leugnender Unterschiede zwischen den Konfessionen wird hier nach verbindenden und gemeinsamen Glaubensüberzeugungen und seelsorgepraktischen Handlungsmöglichkeiten gesucht und gefragt.

Hilfreiche Auseinandersetzung mit Unterschieden

Dabei trat zu Tage, dass sich gerade auch die Auseinandersetzung mit Unterschieden und Grenzen als außerordentlich fruchtbar und hilfreich erweist. Denn eine derartige Auseinandersetzung ist das tägliche Brot von psychisch kranken Menschen, ihren Angehörigen und den Mitarbeitenden der Klinik. Zugleich ermöglicht sie, grundlegende Werte wie Respekt und Toleranz im konstruktiven Miteinander (nicht nur) der Konfessionen mit Leben zu füllen. So ist in den zurückliegenden Jahren ein Konzept für die Seelsorge an den Rheinischen Kliniken Düsseldorf entstanden, das sowohl den Seelsorgern und Seelsorgerinnen selbst, als auch Patienten, deren Angehörigen und den Mitarbeitenden in der Klinik eine Orientierung und Perspektive bietet. Dieses möchten wir im folgenden vorstellen. Bei allen Unterschieden arbeiten wir weitgehend ökumenisch zusammen und verstehen unsere Tätigkeit als ein Angebot der evangelischen und katholischen Kirche an alle Gesprächssuchenden unabhängig

Schwester Walburga Hoff OSA, Mitarbeiterin in der Klinikseelsorge; Dr. Tobias Kriener, Pastor im Sonderdienst; Wolfgang Reuter, Klinikpfarrer; Claus Scheven, Klinikpfarrer; Susanne Tillmann, Pastoralreferentin, Rheinische Kliniken Düsseldorf, Bergische Landstrasse 2, 40269 Düsseldorf

Ein wesentlicher Aspekt der Konzeptvereinbarungen beider Seelsorgeteams ist die Regelung der Zuständigkeit und Ansprechbarkeit für die einzelnen Stationen der Klinik und Institutionen in der Stadt

Entscheidend für das erfolgreiche Umsetzen des Konzeptes ist die Bereitschaft zur Kooperation auf unterschiedlichen Ebenen und in verschiedenartigen Bezügen

von Religion, Konfessionszugehörigkeit oder Weltanschauung.

Konzeptionelle Seelsorgearbeit

Die vordringliche Aufgabe eines Konzeptes und zugleich sein Nutzen ist es, Transparenz zu schaffen und eine Vorstellung darüber zu vermitteln, was Patientinnen und Patienten, die Mitarbeitenden der Klinik, wie auch die entsprechenden Einrichtungen und Institutionen psychiatrischer Versorgung in der Stadt Düsseldorf von der Seelsorge erwarten können.

Ein wesentlicher Aspekt der Konzeptvereinbarungen beider Seelsorgeteams ist die Regelung der Zuständigkeit und Ansprechbarkeit für die einzelnen Stationen der Klinik und Institutionen in der Stadt. War es bis in die 90-er Jahre hinein noch selbstverständlich, dass alle Stationen jeweils vom katholischen und evangelischen Seelsorger betreut wurden, so ist heute nur jeweils ein Seelsorger verantwortlicher und zuständiger Ansprechpartner für eine Station. Das umfasst natürlich, dass auf Wunsch die Kollegin oder der Kollege der anderen Konfession hinzugezogen wird. Dies erfordert nicht nur eine entschiedene Bereitschaft, sondern auch die Fähigkeit zu konstruktiver Kooperation und Kommunikation unter den Seelsorgern wie auch mit den übrigen Berufsgruppen. Denn die Stationsteams müssen nicht nur ihre Seelsorgerin oder ihren Seelsorger als Person kennen, sondern auch wissen, wie er arbeitet.

Kommunikation und Kooperation Basis für Umsetzung des Konzeptes

Entscheidend für das erfolgreiche Umsetzen des Konzeptes ist die Bereitschaft zur Kooperation auf unterschiedlichen Ebenen und in verschiedenartigen Bezügen. Kommunikation und Kooperation sind demnach die wichtigsten Voraussetzungen zur Realisierung des Konzeptes im Hinblick auf alle Zielgruppen und die unterschiedlichen Ebenen. Die Seelsorge mit psychisch kranken Menschen entwickelt sich gemäß der Entwicklung im psychiatrischen Kontext von der klassischen Anstaltsseelsorge zu einer Seelsorge innerhalb der Region der Stadt Düsseldorf. Sie begleitet Patientinnen und Patienten, deren Angehörige sowohl in der

Klinik als auch im Einzelfall vor und nach einem Klinikaufenthalt. Deshalb macht sie ambulante Angebote in der Stadt. Sie baut Brücken des Verständnisses zwischen psychisch kranken und gesunden Menschen.

Die Sichtweise der Seelsorge

Seelsorge mit psychisch Kranken Menschen – sowohl in der Klinik, als auch in der Stadt Düsseldorf – ist ein Dienst der Kirchen. Die Seelsorgerinnen und Seelsorger bringen hierbei die seelsorgliche Perspektive in die Arbeit der Klinik und der übrigen Institutionen der Behandlung und Begleitung psychisch Kranker mit ein. Aus dieser Perspektive sieht sie die Anderen primär mit den „Augen des Glaubens“. Dies bedeutet, dass

Gemeinsames Angebot

Die Beschlüsse des Zweiten Vatikanischen Konzils als Basis für katholische Kirche

Die Seelsorgerinnen und Seelsorger an den Rheinischen Kliniken arbeiten weitgehend ökumenisch zusammen und verstehen ihre Tätigkeit als ein Angebot der evangelischen und katholischen Kirche an alle Gesprächssuchenden unabhängig von Religion, Konfessionszugehörigkeit oder Weltanschauung.

Für die katholische Kirche ist der Rahmen hierfür mit den Konzilsbeschlüssen des Vat II. im

- Ökumenismusdekret „Unitatis redintegratio“ (UR),
 - mit der Konstitution über die Kirche „Lumen Gentium“ (LG),
 - mit dem Dekret über die katholischen Ostkirchen „Orientalium Ecclesiarum“ (OE),
 - mit der Enzyklika „Ut unum sint“ Johannes Pauls II. vom 25.5.1995,
- mit dem „Ökumenebeschluss“ der gemeinsamen Synode der Deutschen Bistümer (1976),
- mit dem Schlussvotum 9 des Pastoralgesprächs im Erzbistum Köln (1996),
- „Ökumene: zentraler Auftrag der Christen“ gegeben.

Das Arbeitspapier „Regionale Seelsorge mit psychisch Kranken und Behinderten in der Erzdiözese Köln“ vom 5.3.1999, herausgegeben vom Referat Behindertenseelsorge im Erzbistum Köln, regelt unter Rückgriff auf die Stellenbeschreibung für die allgemeine Krankenhausseelsorge – die ihrerseits auf den „pastoralen und rechtlichen Richtlinien für die Seelsorge in Krankenhäusern im Erzbistum Köln“ (Amtsblatt des Erzbistums Köln 1999, S.208/209) basieren – Aufgaben und Zuständigkeiten in der Seelsorge mit psychisch Kranken und beschreibt die entsprechenden Voraussetzungen und Rahmenbedingungen für die Seelsorge mit psychisch Kranken vor Ort.

Das Ökumenismusdekret formuliert in seinem 1. Kapitel die „Grundsätze zur Teilnahme der katholischen Kirche an der gemeinsamen ökumenischen Bewegung“ (Kleines Konzilskompodium, S.218, UR 2-4) und beschreibt im 2. Kapitel Wege „Praktischer Verwirklichung des Ökumenismus“ (UR 5-12). Zur praktischen ökumenischen Zusammenarbeit wird in der päpstlichen Enzyklika, Art. 40 in gleicher Weise konkret aufgeföhrt, wie auch im Ökumenebeschluss der gemeinsamen Synode der deutschen Bistümer Kap. 5 und 6. Im Hinblick auf die pastorale Planung sei auf 6.1.1 verwiesen. Insbesondere das Schlussvotum 9.16 des Pastoralgesprächs im Erzbistum Köln fordert „alle Verantwortlichen auf, im sozialen Bereich mit den ökumenischen Partnern zu kooperieren und ein gemeinsames bzw. arbeitsteiliges Handeln auf allen Gebieten anzustreben.“ Die ökumenische Zusammenarbeit ist auch in der vom Referat Krankenhausseelsorge des Erzbistums Köln herausgegebenen Arbeitshilfe „Seelsorge im Krankenhaus – Qualitätskriterien der Krankenhausseelsorge“ unter Punkt 3.4.5 als Qualitätsmerkmal der Krankenhausseelsorge ausdrücklich benannt.

sie die Erfahrungen der Menschen auf der Basis der biblischen Botschaft von Gott, der sich im Schicksal Jesu Christi als dem Gekreuzigten und Auferweckten in profilierter Weise zu erkennen gegeben hat, wahrnimmt und deutet.

Als Seelsorgerinnen und Seelsorger begegnen wir Menschen, die unterschiedliche Erfahrungen des Lebens und Leidens in ihren Worten, in Texten, Symbolen und nicht zuletzt in ihren Inszenierungen der seelsorglichen Begegnung zum Ausdruck bringen und hierüber Kontakt suchen. Seelsorge nimmt diese Kontaktsuche psychisch Kranker wahr. Wir verstehen Seelsorge als eine ‚Kunst‘ der Wahrnehmung und der Gestaltung von Beziehung im Kontext von Leiden und Krankheit. Hierbei wird die zur menschlichen Wirklichkeit gehörende Erfahrung des Krankwerdens und des Leidens nicht gelegnet oder heruntergespielt.

Solidarität Gottes mit Leidenden

Ebenso wird aber auch die Hoffnung auf Gesundheit und Heilung ernstgenommen und gefördert. In den von der Seelsorge eingebrachten Texten und Symbolen des Glaubens (der Bibel, den kirchlichen Bekenntnissen und Katechismen, den Liedern und Gebeten) kommt dies in der der Kirche eigenen Weise zum Ausdruck. Sie verkünden und bezeugen einerseits Gott als den, der sich im Lebensweg Jesu Christi mit den Leidenden solidarisch gezeigt hat, und der andererseits in der Auferweckung Jesu Christi auch die Hoffnung auf Heil und Heilung bekräftigt und festgemacht hat. In seelsorglichen Gesprächen, wie auch im Lebendigwerden der Symbole des Glaubens im Gottesdienst und in der Feier der Sakramente kommt sowohl die in Jesu Lebensweg praktizierte Solidarität Gottes mit den Leidenden, als auch die durch seine Auferweckung verheißene Erlösung zum Ausdruck.

Dabei gilt es zu beachten, dass Seelsorge angesichts leidvoller Existenz einen eigenen Raum zur Begleitung für Kranke, deren

Angehörige und für Mitarbeitende der Klinik und weiterer Institutionen psychiatrischer Versorgung eröffnet. Sie weicht der Erfahrung des Leidens nicht aus, übt Solidarität und sucht mit den Menschen nach angemessenen Umgangsformen mit der Wirklichkeit, die sie vorfinden. Im Bewusstsein der Sendung durch Jesus Christus eröffnet Seelsorge den Blick auf das noch ausstehende Heil und ermöglicht bereits im Hier und Jetzt einen Berührungsraum mit ihm. Dies geschieht durch

- Gespräch und Begleitung
- Gebet
- Feier der Gottesdienste in der Kirche und auf den Stationen.

Hierbei ist es wichtig zu unterscheiden, dass Seelsorge, insbesondere Klinikseelsorge, sich nicht als Therapie versteht. Unabhängig vom Verlauf der Erkrankung und ärztlich-therapeutischem Bemühen ist sie vielmehr eine spezifische Form der Begleitung, die die Einzelnen zum Umgang mit Krankheit und ihrem Leiden als einer menschlichen Grunderfahrung befähigen möchte. Mit den Kranken, deren Angehörigen und den Mitarbeitenden der Klinik freut die Seelsorge sich über jeden Heilungserfolg. Sie zieht sich jedoch auch dort nicht zurück, wo die Heilkunde an ihre Grenzen stößt. Seelsorge begleitet – gerade im gemeinsamen Aushalten von Dunkelheiten und der scheinbaren Abwesenheit Gottes – und verweist hierin auf die Zusage von Heil und Leben.

Seelsorgliche und geistliche Begleitung

Innerhalb der Rheinischen Kliniken Düsseldorf richtet sich das Angebot seelsorglicher und geistlicher Begleitung sowohl an die Patientinnen und Patienten als auch an deren Angehörige und die Mitarbeitenden der Klinik. Vertrauliche Gespräche mit Einzelnen oder in Gruppen über Fragen des Lebens, des Krankseins und des Glaubens sind jederzeit möglich. Gottesdienste werden regelmäßig an allen Sonn- und Festtagen in der Klinikkirche gefeiert. Zu besonderen Anlässen und nach Vereinbarung ist dies

vor allem auch auf den geschlossenen und den gerontopsychiatrischen Stationen möglich. Schwerkranken können jederzeit das Abendmahl, die Krankenkommunion oder die Krankensalbung auf dem Krankenzimmer empfangen. Die Seelsorge wird darum bemüht sein, in Kommunikation und Kooperation mit den Patientinnen und Patienten, den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Stationen und den Angehörigen hierfür den geeigneten und würdevollen Rahmen zu schaffen.

Die Klinikseelsorge beteiligt sich darüber hinaus an der Weiterbildung innerhalb der Rheinischen Kliniken Düsseldorf und sucht dementsprechend die Kommunikation und Kooperation mit den hierfür Verantwortlichen:

- Hier ist allem voran an die Kooperation mit der Krankenpflegeschool zu den Themen Umgang mit Sterben, Tod und Trauer zu denken.
- In Kommunikation und Kooperation mit dem Beauftragten für die innerbetriebliche Weiterbildung (IBF) werden Veranstaltungen zu aktuellen Themen (Ethik, Suizid etc.) angeboten.
- Auf den Konferenzen zur ärztlichen Weiterbildung werden die Perspektiven und das Konzept der Seelsorge gelegentlich thematisiert. Hier ist auch einer der Orte für das interdisziplinäre Gespräch aus der Perspektive der Praktischen Theologie mit anderen Berufsgruppen.
- In der Klinikschule, der Alfred Adler Schule, bietet die Seelsorge ihre Mitarbeit im Religionsunterricht wie auch zu Projekten und speziellen Themen an.
- Auf der Grundlage eines praktisch-theologischen Selbstverständnisses beteiligt die Klinikseelsorge sich mit Reflexion, Publikationen und Vorträgen innerhalb und außerhalb der Klinik am wissenschaftlichen und interdisziplinären Diskurs auf unterschiedlichen Ebenen.

Neben der Klinikseelsorge geht es uns auch um eine qualifizierte Seelsorge für psychisch Kranke in der Stadt Düsseldorf. In den Rheinischen Kliniken werden regelmäßig um die 600 Patientinnen

Als Seelsorgerinnen und Seelsorger begegnen wir Menschen, die unterschiedliche Erfahrungen des Lebens und Leidens in ihren Worten, in Texten, Symbolen und nicht zuletzt in ihren Inszenierungen der seelsorglichen Begegnung zum Ausdruck bringen

Wir verstehen Seelsorge als eine ‚Kunst‘ der Wahrnehmung und der Gestaltung von Beziehung im Kontext von Leiden und Krankheit

Wenn wir voraussetzen, dass statistisch gesehen, im Laufe des Lebens ca. 25 bis 30 % der Bevölkerung eine manifeste psychische Erkrankung erleiden, so bedeutet dies, dass die meisten psychisch Kranken nicht im Krankenhaus, sondern in der Stadt und in der Region leben

Situationsangemessene Seelsorge mit psychisch Kranken Menschen bedarf dieser Form der Reflexion im internen Kreis der Seelsorgerinnen und Seelsorger genauso, wie der Zusammenarbeit auf allen Ebenen der Klinik und der Stadt

und Patienten stationär behandelt. Gemessen an der großen Anzahl psychisch Kranker ist dies jedoch nur eine geringe Anzahl. Wenn wir voraussetzen, dass statistisch gesehen, im Laufe des Lebens ca. 25 bis 30 % der Bevölkerung eine manifeste psychische Erkrankung erleiden, so bedeutet dies, dass die meisten psychisch Kranken nicht im Krankenhaus, sondern in der Stadt und in der Region leben. Die Seelsorge wendet sich aus diesem Grunde auch außerhalb der Klinik an psychisch Kranke, die nach ihrer Entlassung oder während einer ambulanten Behandlung eine seelsorgliche Begleitung wünschen, sowie an deren Angehörige, an Mitarbeitende in der Versorgung psychisch Kranker und an Seelsorgerinnen und Seelsorger in der Stadt. Wir machen seit vielen Jahren die Erfahrung, dass hier ein hoher Bedarf nach seelsorglicher Begleitung und Beratung besteht.

Mit dem Konzept „regionaler Seelsorge“ bemühen wir uns um Kontakte zwischen der Klinik und den Kirchengemeinden Düsseldorf, zwischen Patientinnen, deren Angehörigen und Seelsorgerinnen und Seelsorger vor Ort, sowie zu kirchlichen Institutionen wie Caritas, Diakonie, Gefängnis- und Telefonseelsorge und kirchlichen Jugendeinrichtungen. Hier bieten oder vermitteln wir:

- Kompetente seelsorgliche Beratung psychisch Kranker,
- Beratung und Begleitung ihrer Angehörigen,
- Selbsthilfegruppen,
- In Zusammenarbeit mit anderen Anbietern Psychoseminare etc,
- Beratung, Begleitung und Weiterbildung der Seelsorger auf Stadtebene im Umgang mit psychisch Kranken und ihren Angehörigen
- Multiplikatorenschulung, das heißt Beratung und Begleitung von Gemeindegruppen, die sich dieser Zielgruppe in ihrer Gemeinde oder in der Klinik besonders annehmen,
- Zusammenarbeit mit Caritas, SKFM, Diakonie und entsprechenden Einrichtungen der evangelischen Kirche, sowie den sozialpsychiatrischen Zentren und gesundheitspolitischen Gremien der Stadt (PSAG),

Ökumenische Zusammenarbeit

Rheinische Kirchenordnung Grundlage für evangelische Kirche

Für die evangelische Kirche ist der Rahmen für die weitgehende ökumenische Zusammenarbeit der Seelsorgerinnen und Seelsorger mit

- dem Grundartikel der Kirchenordnung der Ev. Kirche im Rheinland,
- der Erklärung der Landessynode der Evangelischen Kirche im Rheinland über das Verhältnis zur römisch-katholischen Kirche und zu anderen Kirchen im Bereich der Evangelischen Kirche im Rheinland,
- den Grundsätzen für die Seelsorge in Krankenhäusern und Altenpflegeheimen gegeben.

Gemäß Grundartikel IV. der Kirchenordnung weiß „die Evangelische Kirche im Rheinland ... sich verpflichtet, ... durch Zusammenarbeit mit den Kirchen der Ökumene an der Verwirklichung der Gemeinschaft der Christenheit auf Erden teilzunehmen.“ In der Erklärung der Landessynode heißt es unter anderem: „Im Zeitalter der Ökumene erkennen wir dankbar, dass die Trennungen zwischen unseren Kirchen nicht bis in die Tiefe unserer Grundlagen reichen ... Angesichts von Gemeinsamkeiten, die sich heute auch auf Entkirchlichung, Minderheitserfahrungen und Herausforderungen durch die moderne Welt erstrecken, lernen wir es neu, das Gesicht der uns verbindenden Grundlagen höher einzuschätzen als ehemals. So können wir heute dankbar feststellen: ‚Was uns miteinander verbindet, ist stärker als das, was uns noch trennt.‘, Aus dieser Erkenntnis ist die Evangelische Kirche im Rheinland bereit, an der Überwindung der nach wie vor trennenden Elemente der kirchlichen Lehre weiterzuarbeiten und insbesondere ‚am jeweiligen Ort mit allen ökumenisch aufgeschlossenen, insbesondere mit römisch-katholischen Gemeinden zusammenzuarbeiten und ‚das Maß an Gemeinschaft, das bereits besteht, am Ort in geeigneter Form zum Ausdruck zu bringen.‘, So möchte die Evangelische Kirche im Rheinland ‚mit der römisch-katholischen Kirche und mit allen anderen Kirchen in unserem Bereich weiterhin auf dem Weg bleiben, damit das Gebet unseres gemeinsamen Herrn Jesus Christus erfüllt werde, dass ‚alle eins seien, damit die Welt glaube‘ (Johannes 17,21).“

■ Aus- und Weiterbildung für Seelsorgerinnen und Seelsorger.

In Kooperation mit dem Katholischen Gemeindeverband Düsseldorf entsteht in den nächsten Jahren ein „seelsorgliches Beratungszentrum für psychisch Kranke und ihre Angehörigen“ in der Stadt Düsseldorf. Auch hier ist geplant, soweit als möglich zu kooperieren und ein offenes, ökumenisches Miteinander zu praktizieren. Seelsorge mit psychisch Kranken wird in Düsseldorf als Klinikseelsorge und regionale Seelsorge auf zwei miteinander vernetzten Ebenen angeboten. Hiervon profitieren vor allem die Patientinnen und Patienten, die Seelsorge sowohl in der Klinik als auch nach ihrer Entlassung in Anspruch nehmen können. Klinikseelsorge und regionale Seelsorge folgen hier der Entwicklung im Netz psychiatrischer Versorgung und nehmen diese Entwicklung in ihre dauerhafte Konzeptreflexion

mit auf. Das Konzept zur Seelsorge mit psychisch Kranken in den Rheinischen Kliniken und in der Stadt Düsseldorf bedarf einer dauerhaften Reflexion und regelmäßiger Überarbeitung. Dies führt die beiden Seelsorgeteams auf allen Ebenen zu einer neuen, intensiveren Form von Kommunikation und Kooperation miteinander. Die dauerhafte Konzeptreflexion zeigt uns Seelsorgerinnen und Seelsorger die Dynamik des Wandels auf, von dem eingangs die Rede war. Situationsangemessene Seelsorge mit psychisch Kranken Menschen bedarf dieser Form der Reflexion im internen Kreis der Seelsorgerinnen und Seelsorger genauso, wie der Zusammenarbeit auf allen Ebenen der Klinik und der Stadt. Die qualitative Beschreibung der Seelsorge als eigenständiger Beitrag der Kirchen ermöglicht Abgrenzung gegenüber heilkundlichem Handeln und ist die Basis der Zusammenarbeit im Netz psychiatrischer Versorgung.

Religiöse Erfahrungen als mögliche Wege zum Glauben

Theologie lehnt Spiritualität und Mystik heute nicht mehr ab / Religiöses Erleben in der psychiatrischen Klinik aus Sicht der Krankenhausseelsorge

Von Martin Wolff

Psychisch Kranke, besonders solche, die an einer Psychose („Schizophrenie“) erkrankt waren, fragen hin und wieder: Bin ich früher „richtig“ behandelt worden? Wurden meine Äußerungen wahrgenommen, vielleicht sogar wertgeschätzt? Waren Äußerungen über bestimmte Erfahrungen, besonders als religiöse Erfahrungen definierte Äußerungen „erlaubt“? Wenn uns ein psychisch kranker Mensch von seltsamen Zahlenkombinationen erzählt, die keiner recht verstehen kann und wenn er sie aufschreibt, wird man unter anderem zwei Überlegungen anstellen können: Entweder ist das ein selbst ausgedachtes, für Außenstehende uneinsichtiges symbolisches Zahlensystem oder unsere mathematischen Kenntnisse sind zu gering, uns in komplexe Theoriesysteme ganzer Zahlen einzuarbeiten, die sich gleichwohl einem der Mathematik Kundigen ganz leicht erschließen. In letzterem Fall wäre eine besondere Fähigkeit des Patienten entdeckt und es wäre Aufgabe, ihn mit Fachleuten zusammenzuführen.

Ähnlich ist es auch bei sogenannten religiösen Erfahrungen. Religiöse Erfahrungen sind grundsätzlich mehrdeutig. Sie können wahnhaft sein und unsinnig oder mystisch. Dass all diese Erfahrungen subjektiv als religiös erlebt werden und damit mindestens subjektiv als sinnvoll qualifiziert werden, wird man von außen her niemandem absprechen, ohne damit schon sofort der gleichen Meinung zu sein. Es bleibt jedoch auch da die Frage, was denn solche Erfahrungen für das eigene Leben bedeuten, welche Folgen daraus jemand zieht. Der Blick auf die Biografie, die Wertschätzung des subjektiven Erlebens der Pati-

entinnen und Patienten als ein Schlüssel für die Erkenntnis der Erkrankung ist heute wichtiger als in früheren Jahren. Es wird darin sichtbar und erlebbar, wie viel im Umgang mit psychisch kranken Menschen und von ihnen zu lernen ist. Religiöse Erfahrung ist oft auch Teil eines gesunden Lebens, das Patientinnen und Patienten mitbringen.

Dem Leiden die Botschaft vom liebenden Gott entgegen stellen

Ich erlebe überwiegend die Qualen und Nöte von Patienten, die von ihren religiösen Ängsten z.B. vor dem Teufel, vor ihrem Gewissen und auch durch das oft missverständliche Buch der Offenbarung des Neuen Testaments gepeinigt werden. Dieses Leiden ist tief erschütternd. Ich höre mehr Fragen und Klagen als Erfahrungen von Glück. Es widerspricht aber dem Wesen des christlichen Glaubens, wenn das Erleben solcher Qualen mit ihm ursächlich verbunden wird. Für den christlichen Glauben – und da hat Seelsorge eine bedeutsame Aufgabe – ist es nicht so ohne weiteres möglich, einfach die Sichtweise der Kranken zu übernehmen. Vielmehr ist es notwendig, gemeinsam mit dem Betroffenen alles sehr genau zu prüfen und dann die Geister kritisch zu scheiden. Das Unbewusste und/oder hirnorganische Störungen haben auch ihre erschreckenden Erfahrungsmöglichkeiten, denen die heilsame Botschaft von der Nähe des liebenden Gottes entgegen gehalten werden muss. Viele biblische Geschichten und Psalmtexte können da entlastend wirken.

Gemeinsam religiöse Erlebnisse deuten

Natürlich gibt es auch in der Krankheit Erlebnisse, die man durchaus religiös, besser noch mystisch nennen kann, die das Leben eines Menschen prägen. Dass Gott, der Vater Jesu Christi, auch darin zu uns Menschen sprechen kann, davon bin ich zutiefst überzeugt. Solche Erlebnisse können aber nicht immer mit dem christlichen Glauben und seiner Lebenswelt oder seinen Ritualen in Beziehung gebracht werden. Was daran krank oder gesund ist, entzieht sich zunächst der Beurteilung. Das kann aber mit Hilfe eines Fachmannes oder einer Fachfrau, also von geschulten Seelsorgerinnen und Seelsorgern erkannt und gewissermaßen differenzialdiagnostisch beurteilt werden. Wie jemand diese Erlebnisse in sein Leben integriert oder darüber berichtet, das ist der gemeinsamen Arbeit des Hörens und Deutens wert.

Nur das bekämpfen, was die Entwicklung hemmt

Solche Integrationsarbeit geschieht in der Psychiatrie, jedenfalls kann ich das aus meinem Erfahrungs- und Verantwortungsbereich sagen. Sogenannte religiöse Erfahrungen werden nicht bekämpft oder bestritten, sondern das, was krank macht oder Entwicklungen hemmt. Religiöse Erfahrungen werden nicht als schizophren definiert oder diffamiert, sondern im Zusammenhang mit der Geschichte des erkrankten Menschen gesehen und zu integrieren versucht, wie das auch bei anderen biographischen und sozialen Erlebnissen und Erfahrungen des einzelnen

Martin Wolff, Pfarrer,
Geistlicher Vorsteher
der Evangelischen Stiftung
Tannenhof

Seelsorge und Rituale des Glaubens sind keine Therapie. Sie sollen und wollen gerade etwas anderes sein

Seelsorge ist somit fest in den Alltag der Klinik verankert, ein wichtiger Teil der ganzheitlichen Sichtweise der Person und macht die diakonische Seite des Auftrags Jesu, Kranke zu heilen, sichtbar

Kranken geschieht. Wenn es denn vorkommt, und da gibt es in der Geschichte der christlichen Mystik und bei den biblischen Propheten Beispiele, dass ein Mensch während einer Erkrankung ein besonderes religiöses Erlebnis hat, das ihn möglicherweise zum Glauben führt, dann darf das so sein. Warum sollte Gott sich nicht einer Erkrankung bedienen, um jemanden zu sich zu führen? Er ist auch Herr in der Krankheit.

Beziehungen haben heilsame Wirkung

Dennoch gilt auch hier: Seelsorge und ärztliches Handeln sind bemüht, soweit das in der Kraft der Menschen liegt, Leiden zu lindern. „Schizophrenie“ aber ist überwiegend Leiden für die Betroffenen, ihre Angehörigen und ihre Umgebung. Was trägt zur Heilung bei? Wir wissen, dass gerade Beziehungen heilsame Wirkung haben. Wir nutzen die Fortschritte der Pharmakologie, wir nutzen Erkenntnisse der Gehirnforschung, wir setzen die neuen Erkenntnisse der Pastoralpsychologie ein. Auch Arzt und Apotheker sind mit ihren Möglichkeiten eine gute Gabe Gottes, wie es bei Jesus Sirach Kapitel 38 heißt. In der Seelsorge aber ist die Beziehungsarbeit wesentlich. Dazu gehört auch die Beziehung zu den Behandelnden, Pflegenden, gelegentlich zu Angehörigen. Seelsorge ist der Versuch, die erlebten Geschichten des Lebens im Licht des Glaubens sehen zu lernen. Dabei geht die Seelsorge von den Erfahrungen des Gegenübers aus. Seelsorge ist eine in der Nachfolge Jesu und im Auftrag der Gemeinde hergestellte Beziehung. Seelsorge in der psychiatrischen Klinik beginnt in der Regel mit dem Eintritt in den institutionellen Rahmen und sie endet, wenn er verlassen wird.

Seelsorge ist somit fest in den Alltag der Klinik verankert, ein wichtiger Teil der ganzheitlichen Sichtweise der Person und macht die diakonische Seite des Auftrags Jesu, Kranke zu heilen, sichtbar. Die Gottesdienste, die Begleitung bei Aussegnungen und Beerdigungen gehören ebenso dazu wie der Ethikunterricht in den Schulen und auch Mitwirkung

bei der Fortbildung der Mitarbeitenden. Seelsorge ist theologisch auskunftsfähig. Sie gibt keine Anweisungen; darin liegt die große Chance, Zugang auch zu Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern zu finden. Seelsorge kann hörend und mitfragend einen kommunikativen Prozess eröffnen, indem sie andere sprachfähig macht.

Seelsorge und Rituale des Glaubens sind keine Therapie. Sie sollen und wollen gerade etwas anderes sein. Denn auch religiöses Erleben will gedeutet werden; die Geister sind zu unterscheiden und zu prüfen, sagt Paulus. Wir laufen ja beim Fehlen solcher Unterscheidungen Gefahr, schon an Kleinigkeiten und geringen Schwierigkeiten im Leben zu scheitern, wofür wir dann allerdings selber verantwortlich sind.

Räume öffnen für religiöses Leben

Gerade darum ist man in christlich geprägten Krankenhäusern behutsam im Umgang mit religiösem Erleben. Dieses Erleben wird eben nicht sogleich psychiatrisiert. Vielmehr werden dafür andere Räume eröffnet: die offene Kirche, Abendmahls- und Salbungs- und Segnungsgottesdienste, zahlreiche Gespräche über Glauben, Gespräche über Verzweiflung und über verlorenen Glauben, über das Erleben der Gottesfinsternis (Oder auch von Gottesvergiftung. Siehe das immer noch lesenswerte Buch von Tilmann Moser, Gottesvergiftung, 1975), über den Tod und das Leben im Reich Gottes. All das will Trost bereiten und zur Integration des religiösen Erlebens und des Glaubens in das alltägliche Leben führen, aber auch zur Abkehr von Formen und Ritualen religiösen Lebens, die quälend sind und in die Irre führen.

Die Betheler Psychologin Renate Schernus hat vor sechs Jahren in der Stiftung Tannenhof über solche Erfahrungen berichtet, wenn sich „Verrücktes und Heiliges“ (in: Wege zum Menschen, Jg. 50, 1998) mischen. Ihre Begegnung mit einer Psychiatrieerfahrenen hatte zur Folge, dass sie und ihre Kollegen viel stärker das subjektive Erleben der Kranken wahr-

zunehmen sich bemühten. Dabei bekamen sie allerdings außerordentlich viele esoterisch-mystische Erlebnisse zu hören.

Erzählen von Erfahrungen als befreiend erlebt

Das Erzählen über diese Gedanken, Erfahrungen, Gebete und Gefühle ist für die Betroffenen befreiend. Das Quälende der Gedanken und Stimmen wird relativiert. Patienten und Patientinnen erstaunen außerordentlich, wenn sie darüber hinaus etwas von der Freiheit erfahren, die der christliche Glaube ermöglicht. Ihm sind die vielen dunklen Gedanken, die quälenden Stimmen und krank machenden Erfahrungen nicht fremd, weil er etwas von der fremden Macht des biblischen Gottes weiß, die größer ist als all unsere Vernunft. Darum ist auch die Pflege lang andauernder Beziehungen eine wesentliche Aufgabe der Seelsorge. Der Glaube ist realistisch und hat doch Möglichkeiten, kritische Distanz, beispielsweise durch das Gebet, zu gewinnen. „In der Welt habt ihr Angst, aber seid getrost, ich habe die Welt überwunden“ steht in Johannes 16, 33. Der Glaubende kann Geschichten und Worte der Befreiung erzählen.

Man denke des weiteren an den 39. Psalm, in dem höchst differenziert die Erlebniswelt eines depressiven Menschen komprimiert dargestellt wird. Man denke an Hiob, sein Leid und seine Klagen. Die Erlaubnis zur Klage ist ein großes, viel zu oft verkanntes Erbe des christlichen Glaubens. (Immerhin sind die biblischen Psalmen etwa zu einem Drittel Klagepsalmen.) Man muss und darf im Raum des christlichen Glaubens klagen über Situationen und Krankheiten, die nicht abzuwenden oder hier auf der Erde nicht zu heilen sind. Die Psalmen bieten gerade da eine hilfreiche Sprachhilfe und Gebetsschule. Der Hinweis des Propheten Ezechiel, dass die Schuld der Väter nicht automatisch die Schuld der Söhne ist, sondern jeder für sich vor Gott verantwortlich ist und jederzeit die Möglichkeit hat, sich von seinem bösen Weg abzuwenden, ist ein Element der Befreiung, z.B.

Familienlast und -erbe anders zu sehen (Ezechiel 18). Die Möglichkeit des Sohnes, der unklug und damit in großer Gottesdummheit sein ihm rechtmäßig zustehendes Erbe durchbringt, am Ende aber vom Vater wieder aufgenommen wird, ist ein Beispiel dafür, wie Väter oder Eltern handeln könnten. Dieser Vater lädt aber auch den anderen Bruder ein, der – depressiv verstimmt – nur Vorwürfe macht und nicht in der Lage ist, etwas für sich selber nehmen zu können. Auch er bleibt eingeladen, trotz aller Vorwürfe gegen den Vater (Lukas 15, 11ff.).

Seelsorge muss theologisch klar und auskunftsfähig sein

Es wird vor Gott geredet, der sein Volk Ägypten herausgeführt und befreit hatte und der Jesus Christus von den Toten auferweckte. Er wird am Ende abwischen alle Tränen und der Tod wird nicht mehr sein, noch Schmerz und Geschrei, denn „das Alte ist vergangen, siehe, ich mache alles neu“ (Offb. 21, 1ff.). Gerade weil unser Gott Neues heraufgeführt hat, beschäftigt sich die Seelsorge zunehmend mit Religion und religiösen Erfahrungen. Das Alte Testament ist voll von dieser Auseinandersetzung, die gegen die missbräuchliche Ausnutzung frommer Gefühle z.B. durch die nationalsozialistische Ideologie stärkt. Seelsorge muss theologisch klar und auskunftsfähig sein, wenn sie denn chaotischem Erleben Halt, Struktur und Orientierung geben will. Nicht alles religiöse Erleben ist schon christlicher Glaube, und nicht alles Reden von Gott, meint den Vater Jesu Christi.

Die Haltung eines S. Freud ist in diesem (wie auch in vielen anderen) Zusammenhängen christlicher Theologie sehr nahe, wenn er einmal schreibt: „Man möchte sich in die Reihen der Gläubigen mengen, um den Philosophen, die den Gott der Religion zu retten glauben, indem sie ihn durch ein unpersönliches schattenhaft abstraktes Prinzip ersetzen, die Mahnung vorzuhalten: „Du sollst den Namen des Herrn nicht zum Eitlen anrufen!“ Mit dem Zitat von 2. Mose 20, 7 meint S. Freud,

Gott könne man nicht durch irgendein Prinzip ersetzen wollen. Freud kennt ein „ozeanisches Gefühl“ als Quelle aller Religiosität nicht, ohne dass er die Realität eines solchen Gefühls bestreitet. Damit befindet er sich auch philosophischen Gotteslehren gegenüber auf sicherem Boden. Er fühlt sich den vermeintlichen Verfechtern von göttlichen Prinzipien gegenüber berufen, sie zu ermahnen, doch bei der Sache, d.h. in dem Falle, bei der Theologie, bzw. bei der Botschaft der Thora zu bleiben. Er zitiert also ein recht bedeutsames Gebot aus der Reihe der Zehn Gebote.

Ausschließliche Bindung an den einen Gott

Damit weist Freud auf den alles entscheidenden Grund zwar nicht von Religion, wohl aber von jüdischem und christlichem Glauben hin: die ausschließliche Bindung an den einen Gott, der Israel aus Ägypten geführt und der, wie Christen sagen, Jesus Christus von den Toten auferweckt hat. Darin liegen Verantwortlichkeit und Offenheit auch religiösem Denken gegenüber begründet, die dann auch eine gewisse Distanz zu allem infantilem Glauben, zu Narzismus und zu grandiosem Denken ermöglichen. In dem Zusammenhang hätte der Theologe Karl Barth nicht schöner diese Stelle, 2. Mose 20, 7, gegen falsche Apologeten anführen können. Das wird deutlich in dem Brief aus Anlass der Preisverleihung: „Ging es mir doch in meiner lebenslangen Arbeit ausgesprochen darum, die Theologie daran zu erinnern, dass sie nur auf ihre Sache hören, sich nur an ihr messen lassen, sich nur auf sie ausrichten dürfe – dass sie sich also durch keine Fessel irgendeiner, und sei es auch psychologischer, Wissenschaft, sondern nur durch den ihr eigentümlichen Gegenstand binden zu lassen und dass sie zuerst immer auf den Inhalt, nicht die Form ihrer Aussagen zu sehen habe.“ (Karl Barth, Briefe 1961-1968) Mit dieser Strenge und beinahe Schroffheit hat Barth die Kirche immer an ihre biblische Basis, besonders auch an das Alte Testament erinnert, und wurde nicht

zuletzt deswegen einer der wesentlichen, mutigen Vorkämpfer der Bekenntnenden Kirche.

Gemeinde schließt niemanden aus

Die Kirche weiß etwas von aller menschlichen Unvollkommenheit, und sie weiß, dass wir nur nach menschlichem Maß die Fülle des Lebens erlangen. Die christliche Gemeinde schließt niemanden aus. Gerade die Habenichtse und Verachteten sind die Gemeinde; sie ist dazu da, damit die Benachteiligten, die sonst nicht Wertgeschätzten etwas von Gottes Liebe erfahren. Der Apostel Paulus sieht darin sogar so etwas wie die Struktur der christlichen Gemeinde (1. Korinther 1, 26 – 28). Seelsorge singt damit auch das Lob der Halbheit, gegen alle doch nicht erreichbare „Ganzheitlichkeit“. Wir werden eben nicht sein wie Gott. Die Grandiosität unseres Denkens, die Verbindung mit Allem – das ist nicht menschliches Maß. Heutige Theologie sieht auch mehr die Lücken früherer theologischer Systeme und Handlungsweisen der Gemeinde. Spiritualität und Mystik werden erforscht und gelebt, und nicht mehr einfach abgelehnt. Lange vergessene Handlungen, wie Salbungs- und Segenshandlungen, werden als hilfreich für Gesunde und Kranke erlebt und ausgeübt. Biblische Texte werden in ihrer menschlich tiefgründigen Weisheit mit neuen Augen gelesen und als lebensfördernd erfahren, wie sonst kaum Texte anderer Religionen. In den letzten Jahrzehnten hat sich auch in Theologie und Seelsorge eben viel verändert. Letztendlich wird es also darum gehen, in Krankheit wie in Gesundheit zu heilenden Beziehungen und damit zu erträglichem Alltagsleben in aller Beschränkung und mit allen schweren Lebenserfahrungen zu gelangen. In der Seelsorge haben wir auch immer die Aufgabe, zwischen der Quelle des Glaubens einerseits und seinen Erfahrungs- und Ausdrucksformen andererseits zu unterscheiden. Religiöse Erfahrungen sind da zu bekämpfen, dort allerdings mit allen Mitteln sowohl psychiatrisch als auch seelsorglich, wo sie Lebensentfaltung, lebbares Leben also, hindern.

Die Kirche weiß etwas von aller menschlichen Unvollkommenheit, und sie weiß, dass wir nur nach menschlichem Maß die Fülle des Lebens erlangen.

Religiöse Erfahrungen sind da zu bekämpfen, dort allerdings mit allen Mitteln sowohl psychiatrisch als auch seelsorglich, wo sie Lebensentfaltung, lebbares Leben also, hindern

„Gott ist der Herr, der Arzt bin ich“

Dieses Schild im Wartezimmer eines Landarztes in der Mitte des 20. Jh. legt schön und selbstbewusst die Richtlinienkompetenz des Arztes fest, die die „Erste Konferenz deutscher evangelischer Irrenseelsorger“ 1889, unter dem Motto „Ich bin der Herr, Dein Arzt“ (Exodus 15,26) noch suchte.

Auf dieser Konferenz sollte die Zuständigkeit für Leib und Seele der „Gemüthsleidenden“ debattiert werden, die zwischen Irrenseelsorgern und Irrenärzten strittig war. Ziel war, „...schmerzliche Lücken in der Pflege der Gemüthsleidenden auszufüllen“ (1899:4) und eine Grundsatzdiskussion zu führen, die sich um die Situation der Seelsorge in den Irrenanstalten und um das ärztliche oder seelsorgerliche Primat der Zuständigkeit für die „Seele“ der Gemüthsleidenden drehte. „Es ist nicht unsere Absicht, gegen die Ärzte und ihre Behandlung aufzutreten; aber man muß das der Seelsorge gehörende Gebiet auch sich nicht verkürzen lassen. Wir müssen dem Arzte geben, was des Arztes, aber auch Gott, was Gottes ist“ (1899:6). Pointierter noch bezieht v. Bodelschwingh Position, wenn er der Psychiatrie große Verdienste zuschreibt, ihr aber dennoch einen zu kurzen Blick attestiert: „...Allein, sie ist doch vielfach im Grunde materialistisch und diesseitig.“ (1899:9), letztlich sogar von ihr abrät: „Im Allgemeinen kann gesagt werden, daß, je weniger der leibliche Arzt seine medizinischen Mittel bei den Gemüthskranken anwendet, desto besser ist es. Dieselben wirken in den meisten Fällen nur schädigend auf Leib und Seele; der leibliche Arzt kann aber immerhin manch gute Hilfe auch in der Seelenpflege bieten. Dennoch ist die Behandlung der kranken Seele die Hauptsache und diese sollte nicht in erster Linie oder gar allein dem Arzte

zustehen“ (1899:10). Diese und andere Positionen stützen sich auf viele Metaphern in der Bibel von Gott als dem Herrn über Gesundheit und Krankheit: (Sirach, 38,9, 12-13, 15, Exodus 15,26, Mk 5,26, 2 Chr. 16, 12-13), die im Verständnis der Konferenzteilnehmer das Primat des Geistlichen vor dem Arzt begründen. Andererseits zitierte man klangvolle Referenzen für die sinnvolle und segensreiche Tätigkeit der Irrenseelsorger in den Anstalten, so von Maximilian Jacobi (1775 – 1858, Anstalt Siegburg), Ch. Fr. Wilh. (1802 – 1878 Anstalt Illenau) bis zu Wilhelm Griesinger (1817 – 1868, Univ.Berlin). Jacobi plädierte generell für die Hinzuziehung des Seelsorger, wenn dies die Kranken wünschen, Roller sieht in ihnen eine notwendige Unterstützung: „... die Anwesenheit eines Geistlichen in einer Anstalt als werthvolle Mittel für die Heilung der Geisteskrankheit betrachtet werden müssen.“ (1899:24). Griesinger scheint in den Geistlichen ebenfalls ein Präparat zu sehen, dessen Nutzen in der Dosis liegt: „Die Hülfe der Religion bei der Behandlung der Gemüthskranken darf nicht gering geschätzt werden; aber die Anwendung dieses Mittels erfordert große Vorsicht“ (1899:26). Hingegen sieht der Psychiater Ernst Schmidt (Würzburg, 1865), in den Geistlichen Übeltäter: „Nur das seitherige Verfahren des Celerus hat die jetzt häufig gegenseitige Mißstimmung hervorgerufen, ... Sollte freilich diesen Mißständen ... nicht ein Ende gemacht werden können, nun, so kann die Psychiatrie Waffen genug der schwersten Art sammeln, um mit offenem Visier gegen keine Religion, wohl aber gegen ihre allenfalsigen ungebildeten, fort und fort in fremde unverstandene Dinge sich mischende Apostel erfolgreich anzukämpfen“ (Reuter

2002:41-42). Fasst man die Ergebnisse dieser Konferenz zusammen, so bestimmt sie zum einen die Position der Irrenseelsorge aus der Bibel heraus in Abgrenzung zum ärztlichen Tun, plädiert für professionspolitische Entwicklungen der Tätigkeit der Seelsorger in den Anstalten und legt einen Katalog von „Themata aus der Irrenseelsorge“ fest (so. z.B. „Die Stellung des Irrenseelsorgers zu den Irrenärzten“). Entscheidend aus heutiger Sicht dürfte sein, dass die Seelsorger eine paritätische Vorstellung Ihres Tuns hatten, die Ärzte hingegen eine para-medizinische. Eine Trennung zwischen „Behandlung“ und „Begleitung“ sahen die Irrenseelsorger nicht, diese ist erst im Katalog der Klinik-Seelsorge des 21. Jahrhunderts beabsichtigt (vgl. die Beiträge Düsseldorfer Autorenteam und Wolff in diesem Heft). Den Irrenseelsorgern der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts darf man wohl eine holistische Sicht der „Geisteskrankheit“ unterstellen, ein Leib-Seele-Dualismus schien Ihnen fremd – dies belegt auch ihr Unbehagen über Positionen der sich entwickelnden Wissenschaft Psychiatrie insbesondere gegenüber Griesinger: „Die sogenannten Geisteskranken sind hirnkranke und nervenkrankte Individuen.“ (1899:31). Die Seele war nicht abzuspalten vom Leib, sie war die Essenz des Menschseins und ihre Störung war eine Störung der Beziehung zu Gott – und dafür waren sie zuständig. Zu diesem Selbstverständnis trat noch das Selbstbewusstsein, einer der wichtigsten Berufsstände im Kaiserreich zu sein – die Mystifizierung und Glorifizierung des Arztberufes hatte noch nicht stattgefunden. Man mag heute sehen, dass der Versuch der „deutschen evangelischen Irrenseelsorger“, durch strukturelle Reformen eine berufsständische Position in der Klinik einzunehmen und damit eine inhaltliche Mit-Wirkung bei der Behandlung zu sichern, eben nicht zu erreichen war. Auch eine Parität im klinischen Berufssystem haben die Seelsorger nicht erreicht, wohl aber haben sie die klinische Seelsorge als „Beziehungslehre und -praxis“ etabliert.

Ulrich Müller

Den Irrenseelsorgern der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts darf man wohl eine holistische Sicht der „Geisteskrankheit“ unterstellen, ein Leib-Seele-Dualismus schien Ihnen fremd

Gott schlägt und Gott segnet

Erfahrungen mit den Gottesbildern Psychisch Kranker / Wesentliche Aussagen, die von der Theologie verdrängt wurden

Von Wolfgang Reuter

Als Seelsorger in den Rheinischen Kliniken bin ich oft mit den Gottesbildern psychisch kranker Menschen konfrontiert. Sie wirken auf den ersten Blick subjektiv und untheologisch. Schnell werden sie als ‚krank‘ abgetan und geraten aus dem Blick. Bei näherem Hinsehen hingegen zeigt sich, dass psychisch Kranke mit ihren Gottesbildern Wesentliches über Gott aussagen, was gerade seitens der Theologie und kirchlicher Verkündigung verdrängt wurde. Ihre Rede von den ‚anderen Seiten‘ Gottes trägt dazu bei, menschliche Lebenserfahrung und die Rede von Gott wieder mehr zusammenzubringen.

Um die Autorität und Kompetenz psychisch kranker Menschen in der Frage nach Gott aufzuzeigen, möchte ich zunächst ein Beispiel aus meiner Praxis als Krankenhausseelsorger anführen. Es stellt uns hinein in die Welt psychisch Kranker, wie ich sie in der psychiatrischen Klinik jeden Tag neu erlebe. Herr G., immer wieder Patient in der Klinik, ist mir schon lange bekannt. Häufig wird er als ehemaliger Alkoholiker wegen drogeninduzierter Psychosen aufgenommen. Er ist wirklich ziemlich verrückt. Ein schwerkranker Mann von Mitte Dreißig. Er kann nerven durch seine Art: betteln und schnorren; klettenhaftes Kleben an jedem, der ihm ein bisschen Aufmerksamkeit schenkt, im Grunde süchtig nach Menschen, die ihm zuhören. Gleichzeitig bringt er sie gegen sich auf, denn er übertritt sämtliche Regeln, auch die der Station. Er deaktivierte, wo immer sich ihm Gelegenheit bietet.

Ein ziemlich verrückter Patient

Auf den ersten, auch auf den zweiten Blick hin würde man ihn nicht zu den kirchlich und auf den Seelsorger hin orien-

tierten Patienten zählen. Doch er erscheint häufig zum Gottesdienst und sucht hier immer auch den direkten Kontakt zu den Seelsorgern. Hierbei kann er einen überrollen. Er sei Buddha, Jehova und Christ zugleich. Er sei aus der Kirche ausgetreten, rauche Hasch und deale zuweilen in Holland und auch hier. Das „höhere Wesen“ habe ihn gestraft und es schicke ihm Verdammnis; am liebsten möchte er abhauen, es wäre schön, wenn er nicht mehr leben müsse; ob ich ihm sagen könne, was er tun solle, ob ich ihn besuchen käme, seine Freundin habe ihn verlassen, das mache nichts, er sei ja sowieso impotent von all den Medikamenten, er „brauche den göttlichen Segen“, er wolle seine Beichte ablegen und ich solle ihm sagen, was er tun solle.

In den seelsorglichen Gesprächen geht es ähnlich wild zu und gleichzeitig heftig zur Sache. Regelmäßig spricht er vom „höheren Wesen, das ihn straft“, immer bittet er am Ende der Gespräche, dass ich ein Vater Unser für ihn, manchmal auch mit ihm bete – und jedes Mal ist es für mich wie ein Wunder, miterleben zu dürfen, wie diesen haltlosen und umtriebigsten Menschen dabei oft Ruhe und Entspannung erfüllt. Zum Schluss bittet er um den „göttlichen Segen“, wobei ich ihm häufig die Hände auflege und kaum Worte finde.

Haben psychisch Kranke Kompetenz in der Gottesfrage?

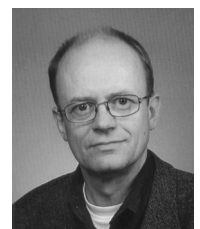
Soweit die Begegnung mit Herrn G. Sein Gottesbild – ein „höheres Wesen, das straft“ und dessen „Segen“ gleichzeitig erbeten wird – fordert Seelsorger und Theologen heraus und wirft Fragen auf. Als erstes wäre zu klären, ob denn psychisch Kranke bezüg-

lich der Gottesfrage überhaupt etwas Bedeutsames beizutragen haben. Ottmar Fuchs zeigt in seiner Beschäftigung mit biblischen Berichten von den Heilungen „Besessener – wir würden heute wohl von psychisch Kranken sprechen – die, wie er es nennt, „inhaltlichen Kompetenz der Besessenen“ gerade in der Gottesfrage auf (Ottmar Fuchs 1993, Im Brennpunkt Stigma). Sehr oft sind sie diejenigen, die, ganz anders als die Begleitung Jesu oder das religiöse Establishment, – Pharisäer und Sadduzäer – Jesus als den Messias und Gottessohn erkennen und verkündigen (Siehe hierzu die Überlieferung der Heilung des Besessenen von Gerasa, Mk. 5,1-20)..

Fuchs spricht in diesem Zusammenhang von einer vorrangigen Kompetenz und Autorität psychisch Kranker in der Erkenntnis Gottes. Dieses „kommunikative Vorurteil, ... dass gerade der Kranke Wichtiges und Richtiges zu sagen hat“, fand in kirchlicher Praxis und in der Theologie lange Zeit keinen Raum und wurde mit den Kranken an den Rand gedrängt, wiewohl gerade die Thematisierung der Gottesfrage durch psychisch Kranke einen religiösen Erfahrungsraum eröffnet, der von der offiziellen Theologie und in der Regel auch von der Seelsorge nur allzu gerne übersehen wird.

Die Gottesbilder psychisch Kranker

Ich komme zurück auf das Gottesbild des Herrn G. Für den Theologen sind derartige Gottesbilder unter einer anderen Perspektive relevant als für den Psychiater. Theologische Reflexion darf die Perspektive der Psychopathologie in den Hintergrund stellen, da hier die Frage krank oder gesund nicht im Vordergrund des Interesses steht. Für den Theologen



Wolfgang Reuter, Klinikpfarrer, Rheinische Kliniken Düsseldorf

Herr G. erlebt einen Gott, der, wie er sagt, straft und schlägt und von dem er gleichzeitig Segen erhofft und erbittet. So ist das in seinem Leben

Bemerkenswert ist, dass Herr G. nicht die lichten Seiten Gottes aufzeigt. Vielmehr kommen durch seine Gottesbilder, wie auch durch ihn selbst in seiner Leidens- und Lebensgeschichte, die dunklen und schwachen, die ohnmächtigen und hilflosen Seiten Gottes zum Aufschein

ist hier vielmehr von Interesse, mitzuerleben, wie sich hier Bilder von Gott in der Lebensgeschichte eines einzelnen Menschen entfalten (Dieter Funke 1994, Wandelt sich unser Gottesbild? Gottes Volk 2/94). Herr G. mutet dem Seelsorger hier seine unmittelbaren Gottesvorstellungen zu. Als Theologe muss der Seelsorger sich hiermit auseinandersetzen, bevor er sie eventuell als „verrückt“ abtut.

Herr G. erlebt einen Gott, der, wie er sagt, straft und schlägt und von dem er gleichzeitig Segen erhofft und erbittet. So ist das in seinem Leben. Damit präsentiert er ein undogmatisches Gottesbild, zumal er gewiss auch nicht viel von der Bibel kennt. Und doch verkörpert er in seiner Person etwas von einer biblischen Gestalt. Von Jakob, dem alten Stammvater Israels, von dem erzählt wird, dass er mit seinem Gott eine ganz ähnliche Lebenserfahrung machte wie Herr G. Diese Erfahrung findet ihren Niederschlag in der biblischen Erzählung vom Kampf am Jabbok (Gen 32, 23-30). Es wird dort die Geschichte von einem Mann erzählt, der mit seiner ganzen Sippe auf dem Weg in eine neue Heimat und Zukunft ist. Um dort hin zu gelangen, muss der Fluss Jabbok überquert werden.

Festhalten an Gott, um gesegnet zu werden

Während Jakob seine Familie schon ans andere Ufer führt, bleibt er selbst zurück und kämpft die ganze Nacht mit einem ihm zunächst Fremden, den er erst im Laufe des Kampfes als seinen Gott erkennt (Gen 32, 29.31). Wider Erwarten lässt Jakob nun nicht etwa voller Erschrecken los von diesem Gott. Er flüchtet sich nicht ans andere Ufer. Vielmehr hält er seinen Gegner fest, obwohl dieser mit anbrechender Morgenröte den Kampf beenden will. Jakob hält an ihm fest, weil er gesegnet sein will. „Ich lasse dich nicht, bis du mich gesegnet hast“ (Gen 32, 27). In diesem Kampf wird Jakob schwer geschlagen. Es heißt, dass die „Hüftpfanne Jakobs ausgerenkt wurde“ (Gen 32, 26). Doch er wird nicht besiegt und auch nicht vernichtet. Gott selbst muss letztlich erkennen, dass er Jakob

nicht unterkriegen kann (Gen 32, 26). Am Ende des Kampfes erhält Jakob den Segen, um den er so hart gekämpft hat (Gen 32, 30) und es heißt, „die Sonne ging vor ihm auf“ (Gen 32, 32). Erst jetzt, am Ende des Kampfes (und es liegt nahe, dies als Ende eines Lebensabschnittes zu deuten) kann Jakob resümieren: „ich habe Gott von Angesicht zu Angesicht geschaut und habe mein Leben gerettet“ (Gen 32, 31).

Ein Gott, der schlägt und segnet

Jakob geht geschlagen und gesegnet aus diesem Kampf hervor. Diese alte biblische Überlieferung wird von Herrn G. in Erinnerung gebracht. Damit zeigt er das Bild seines Gottes, der ganz ähnlich wie der Gott des Jakob schlägt und segnet. Er proklamiert einen Gott, der um die Härte, auch um den Kampf, den das Leben bedeutet, weiß. Es ist das Bild des biblischen Gottes, der – in welcher Weise auch immer – mit dem ganzen Leben zu tun hat: mit dem geschlagen werden und mit dem gesegnet werden.

Durch die Gottesbilder des Herrn G. wird nun nicht nur in Erinnerung gebracht, dass Gott mit dem ganzen Leben zu tun hat. Er vermittelt auf seine Art und Weise vielmehr auch etwas davon, wie Gott ist. Herr G. präsentiert hier Offenbarung in ihrer Doppelstruktur: Er offenbart etwas von Gott und Gott offenbart sich in ihm. Herr G. wird selbst zu einem Bild Gottes, zu einem ‚living human dokument‘ und nimmt die, die sich mit ihm darauf einlassen, in dieses Bild mit hinein.

Gottes andere Seiten

Bemerkenswert ist, dass Herr G. nicht die lichten Seiten Gottes aufzeigt. Vielmehr kommen durch seine Gottesbilder, wie auch durch ihn selbst in seiner Leidens- und Lebensgeschichte, die dunklen und schwachen, die ohnmächtigen und hilflosen Seiten Gottes zum Aufschein. Etwa das Bild Gottes, der des Lebens müde ist und bei den Lebensmüden aushält, der gescheitert ist und bei den Gescheiterten verweilt, der, auch dies mutet Herr G. uns zu, selbst ge-

schlagen ist und bei den Geschlagenen ausharrt. Von diesem Gott – und nur von ihm – will Herr G. gesegnet werden, denn gerade in dieser solidarischen Treue wird Gott ihm zum Segen. Leiden wird hierdurch nicht verklärt, erst recht nicht weggenommen. Doch der alte Stammvater Jakob und Herr G. stehen dafür: mitten in den Verletzungen und Verwundungen des Lebens braucht der Mensch den „göttlichen Segen“. In diesem Zusammenhang bleibt beiden eine wichtige Erfahrung des Lebens nicht erspart: der Kampf um den Segen macht offensichtlich nicht leidens- und symptomfrei. Gesegnetsein und Geschlagensein gehören zusammen, schließen sich nicht aus.

Mit Überzeugung und Kompetenz führt Herr G., und mit ihm viele andere psychisch Kranke, hinein in eine Lebenswelt, in der sie ihre Erfahrungen mit Gott machen. Sie muten uns damit Gottesbilder zu, die vom einzelnen, von Gemeinde und Kirche, wie auch von der Theologie verdrängt wurden, indem dann doch lieber schnell von Auferstehung und Erlösung, und nicht von Leiden und Kreuz gesprochen wurde.

■ Verdrängt wurden die dunklen Bilder, die die „Verlässlichkeit Gottes“ in Frage stellen und die Raum schaffen „für Gedanken an Gottes Unberechenbarkeit“, an seine Willkür und seinen Zorn;

■ Verdrängt wurde seitens der Seelsorger die Fähigkeit der Kommunikation über solche Bilder, ohne gleich theologisch doktrinär und fundamentalistisch zu werden;

■ Verdrängt wurde auch eine theologisch fundierte Reflexion über das Erleben, also über die Erfahrung derartiger Gottesbilder.

Gespaltene Gottesbilder als Folge von Verdrängung

Als Folge dieser Verdrängungen entstanden in Theologie und kirchlicher Praxis gespaltene Gottesbilder (Dieter Funke 1993, Der halbierte Gott). In den Gottesbildern der psychisch Kranken, so möchte ich mit allem Vorbehalt sagen, erleben wir das, was die Psychoanalyse in ihrer Sprache

„die Wiederkehr des Verdrängten“ nennt. Indem sie die anderen Seiten Gottes zur Sprache bringen, muten sie uns ein ganzheitliches und zugleich unbequemes Gottesbild zu und befreien uns hierin von einem idealen Gottes- und Menschenbild, in dem Gott und Mensch nur Licht und gut, und somit von dunklen Seiten getrennt existieren dürfen. Mit ihrem ganzheitlicheren Gottesbild konfrontieren sie uns mit den eigenen ungelebten und dunklen Anteilen unseres Selbst, wie auch mit den ungeliebten, und deshalb oft verdrängten Lebenserfahrungen des Geschlagenseins, der Ohnmacht, das heißt mit der Erfahrung des Leidens und des Kreuzes. Es liegt nahe, dies als einen der Gründe für die bis heute andauernde Ausgrenzung psychisch Kranker aus der Gesellschaft zu sehen.

Perspektiven für Theologie und Seelsorge

Die Schilderung der Gottesbilder von Herrn G. verdeutlicht, dass psychisch Kranke ihre Got-

tesbilder häufig nicht in reiner Form und nicht in ausgefeilter Rede präsentieren. Sie sind keine Theologen und nehmen uns dennoch kompetent mit hinein in ihre Erlebniswelt und ihre Bilder, die auf den ersten Blick fremd erscheinen. Deshalb ist es allem voran ein Postulat für Theologie und Seelsorge, psychisch Kranke verstehen zu lernen und sich der hier geschilderten, gewiss oft eigenwilligen symbolhaften Ausdrucksweise anzunähern. Oft mangelt es Seelsorgern und Theologen gerade hier an kommunikativer Kompetenz wie auch an der Bereitschaft, die eigene Theologie auf dem Hintergrund der Lebenserfahrung von Menschen zu reflektieren, und, wo nötig, immer wieder neu zu entwerfen.

Psychisch Kranke sprechen das Paradoxe aus

Psychisch Kranke sind kompetent in der Gottesfrage. Dies gerade deshalb, weil sie ihre Gottesbilder wenig harmonisieren. Unvermittelt sprechen sie das Paradoxe aus. So konfrontieren sie nicht

nur Theologen und Seelsorger mit den Konflikten, Dissonanzen und Enttäuschungen ihrer Lebens- und Glaubensgeschichte, ohne den Versuch zu unternehmen, diese zu glätten. Damit stehen sie, und dies ist (nicht nur) theologisch relevant, inmitten des sich in Kreuz, Tod und somit in Leiden- und Auferstehung vollziehenden Gottesgeheimnisses.

Derartige Begegnung mit psychisch Kranken ist für Seelsorger und Theologen ein großer Gewinn. Sie werden hier herausgefordert, sich über ihre eigenen Gottesbilder klarer zu werden, und den mit diesen Bildern verbundenen Entwurf von Theologie ständig neu zu reflektieren. Dies müsste eine Theologie sein, die angesichts der menschlichen Kontrasterfahrung des Leidens nicht sofort erlösende Antworten parat hält, sondern vielmehr „eine Theologie, die vieles offen ließe...und auch die Ratlosigkeit eingestünde, die dem Theologen mehr als jedem anderen steht“ (Elmar Salmann).

Alternative Glaubenserwartungen in voller Blüte

Die Suche nach wellness und Heilung von Störung ist selbst eine religiöse Bewegung / Orientierung für die Menschen des 21. Jahrhunderts

Von Ulrich Müller

Das Heil (Erlösung) der Seele in der alternativen Glaubenskultur und die Heilung des Leibes in der alternativen Gesundheitskultur („medically peripheral system“ Ful-ler 1979) sind in den Erwartungshaltungen und Verhaltensweisen des „flexiblen Menschen“ (R. Sennett 2000) nicht zu trennen. Das diesseitige Leben soll durch die Zurichtung des Körpers in einer

kultischen Ersatzform „wellness“ erreichen, die aber nicht ohne jenseitige Zusatz- und Ergänzungstoffe zu haben ist und das immerwährende „right of happiness“ (Amerikanische Verfassung) einlösen soll. Religiosität ist in diesem Zusammenhang selbstreferentieller Kult. Auf dieser These beruhen die folgenden Ausführungen.

■ Ca. 21 Mio. Bundesbürger haben ein alternatives Heilverfahren ausprobiert und waren zu 90% mit dem Ergebnis zufrieden.

■ Über 40 Mio. rechnen fest mit „übernatürlichen Phänomenen“ wie Geist- und Wunderheilungen.

■ 65% der Österreicher glauben an übernatürliche Phänomene wie Gedankenübertragung, Wunderheilungen und Hellsehen.

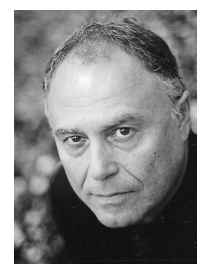
Jedes dritte Buch, das in der BRD erscheint, beschäftigt sich mit esoterischen Theorien / Therapien.

■ 84 % der Bundesbürger stehen Naturheilmitteln positiv gegenüber. Über zwei Drittel davon benutzen Naturheilmittel (etwa 50 Mio).

■ 10,3 Milliarden Dollar werden in den USA jährlich aus privaten Einkommen für alternative Heilmethoden aufgewendet.

■ In den USA wird davon ausgegangen, dass knapp die Hälfte der Patienten, die einen Arzt aufsuchen, parallel eine unkonventionelle Therapie machen. 72 % davon verschweigen dies ihrem Arzt.

■ Die Ungleichheit vor Gesundheit, Krankheit und Therapie ist auch in der alternativen Gesund-



Dr. Ulrich Müller, Leiter der Forschungsstelle für Psychiatrische Soziologie, Psychiatrische Klinik der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf, Rheinische Kliniken, Bergische Landstr. 2, 40629 Düsseldorf

„Der Doktor muss
immer erst bei einem
Labor anfragen.
Er will immer meine
Leberwerte wissen.
Er will wissen, was
meine Leber noch
wert ist.
Dabei will ich meine
Leber doch gar nicht
verkaufen.
Unser Heiler aber
schaut mir nur tief in
die Augen,
und schon weiß er al-
les, was mir fehlt.“
Quenzer 1984:11

heitskultur vorhanden. Nutzer in der BRD sind mehrheitlich sozioökonomisch besser gestellte, jüngere Menschen (überwiegend Frauen). Dies gilt auch für die USA: Jünger, gehobene Schulbildung, höheres Einkommen (Andritzky 1997, Eisenberg 1993, Müller 1998, ORF 2002, Wiesendanger 1997).

Ersatzreligion „Gesundheit“

Motoren dieser gesellschaftlichen Entwicklung sind zunächst der Körperkult, der den Leib als Maßstab für Identität und Sinnstiftung dessen, der ihn hat, machte und als Beleg für den (moralisch) richtigen Lebenswandel. Nur ein gesunder und gestählter Körper belegt das kulturell codifizierte, richtige Funktionieren, er zeigt, dass sich jemand den gesellschaftlichen Regeln unterwirft. Die Gesellschaft gratifiziert diese Normierung mit Wertschätzung, sie setzte damit auch den sozialen Wert des Einzelnen fest. Dabei wird ihm geholfen: Nahrungsergänzungsmittel, functional food, die Margarine, die den Cholesterinspiegel senkt z.B. verwischen die Grenzen zwischen Medikament, Nahrungsmitteln und Drogen. Dabei ist das Hecheln nach Gratifikationen nicht ohne Stress zu haben; dieser wird nun mittels Medikament oder Droge bewältigt, so dass „Psychopharmaka ... ebenso wie illegale Substanzen längst unerlässlich für das Fortbestehen gegenwärtiger gesellschaftlicher Verhältnisse sind“ (Lischka 2001), wie z.B. Valium als „Mother's Little Helper“ oder Prozac als Gute-Laune-Garant.

„Hat aber die Natur gefuscht, hilft das Messer des Chirurgen“ (Freundin 2000), somit ist „Natur“ nicht mehr die Grenze, „Körper nicht mehr Schicksal“ (S. Freud) oder gar (gottgegebenes) Los. Erst in der Aufhebung indivi-

dueller körperlicher Eigenheiten – der europäischen Kieferchirurgen z.B., die mit ihrem Maß für den „richtigen Biss“ unzählige Zahnpangenträger/innen produzieren – und in der codierten Zuordnung von Körperteilen beweist der postmoderne Mensch seine Bürgerpflicht. Dies umso mehr, als festgelegte Blut-, Fett- Leberwerte u.a. Parameter als Nachweis von „Gesundheit“ gelten. Gesundheit aber ist das wichtigste Gut der Bürger, sie ist nicht mehr eine „Gabe Gottes“, nicht mehr eine „Gabe“ der Gene, sondern ein Recht, vor allem aber eine Verpflichtung. Tucholskys Satz: „Arbeit ist das Liebste, wo der Deutsche hat“ müsste heute ersetzt werden durch „Gesundheit ... In deutlichem Abstand rangiert sie bei den Bundesbürgern als wichtigster Lebensbereich vor anderen wie z.B. Familie und ganz weit vor Arbeit, Einkommen, Freundeskreis (Andritzky 1997). Die gesellschaftliche Konstruktion von Gesundheit und ihre Bedeutung als Indikator dafür, ein normgerechtes oder deviantes Mitglied eben dieser Gesellschaft zu sein, also entweder zu den „Guten“ oder zu den „Bösen“ zu gehören, hat quasireligiöse Bedeutung angenommen.

Heilungen und Heil

Es ereignet sich aber, dass der Mensch erkrankt. Mehr als zwei Drittel aller Patienten gehen zum Arzt mit einer eigenen „Diagnose“, d.h. sie haben ihre Beschwerden im Familien/Bekannteskreis besprochen und sich das Laienmedizinsystem (popular medicine. Kleinmann 1980) zu nutze gemacht; Wissenschaftsglaube und Esoterik schließen sich bei der Suche nach Heilung nicht aus. Inanspruchnahmeverhalten des „flexiblen Menschen“ bei der Suche nach Heilung und subjektives Besserungserleben sind flexibel:

Dies ist ein deutliches Ergebnis und entweder durch massive Placebo-Wirkung erklärbar oder durch die Art der Gesundheitsstörung, deretwegen ein Heilkundiger aufgesucht wurde. In einer Studie nannten 1015 Patienten ca. 1.500 voneinander abgrenzbare Beschwerden, von denen sie annahmen, dass „Geistheiler“ sie therapieren könnten. Die Hitliste der Beschwerden führen Rücken- und Gelenkschmerzen an, gefolgt von Kopfschmerzen und Herzbeschwerden und Kreislaufstörungen. Hier darf man sicher an vegetativ/psycho-somatisch beeinflusste Beschwerden denken, die einer besonderen Zuwendung zugänglich sind, aber die Vermutung der Menschen, Geistheiler könnten auch Nervenerkrankungen, Diabetes, Epilepsie und Depressionen „heilen“ (Wiesendanger 1997:267, offenbart ein erhebliches „Glaubens“-Potenzial.

Vergleicht man Glaubensüberzeugungen der bundesrepublikanischen Bevölkerung (Andritzky 1997) und von Studierenden eines sozialwissenschaftlichen Proseminars (Müller 1999/2000) so zeigt sich, dass die Studierenden skeptischer sind. An ein Leben nach dem Tod glauben beide Gruppen zu 72%; Der Glaube an Geister ist bei Studierenden verbreiteter als bei der Normalbevölkerung (45 % vs. 38%). Der Glaube an Fernheilung kommt bei den Studierenden praktisch nicht vor (2%), wohingegen es doch knapp ein Drittel (30%) der Normalbevölkerung tut. Der Glaube an magische Rituale fällt beiden Gruppen gleich schwer, 38% der Normalbevölkerung und 35% der Studierenden glauben daran, aber jeweils 60% tun dies nicht. Bei den Studierenden scheint das Elternhaus die prägende Rolle zu spielen, 44% der Studierenden haben Eltern, die Heilerbesuche und volksmedizinische Anwendungen

Sektor	Gesamt	Besserung	
		ja	nein
Formeller Sektor: Arzt / Psychologe aufgesucht (N=657)	57,9	54,0	42,3
Informeller Sektor: alternativen Praktiker aufgesucht(N= 291)	25,6	80,8	16,2

Quelle: Andritzky (1997), Tab. 16c, 16d

hinter sich brachten. Nimmt man diejenigen hinzu, deren Eltern Interesse an magisch-religiösen Themen haben und Träume und spirituellen Erlebnissen Bedeutung beimessen, so sind „nur“ die Hälfte dieser Studierenden nicht mit alternativen Glaubens- und Verhaltensweisen im Elternhaus konfrontiert.

Das insgesamt inkonsistente Ergebnis bei den Studierenden mag zum einen auf die geringe Fallzahl zurückzuführen sein (N=34), vermutlich aber eher auf die Selektion der Studierenden, die Interesse an diesem Seminar hatten, trug es doch den Titel: „Wunderheiler, Geistheiler und all die anderen...“ Diese Selektion mag auch für die folgenden Ergebnisse verantwortlich sein: 94% der Studierenden glauben, dass Depression zu mehr als 50% seelisch verursacht sei, bei Magengeschwüren sind es 73%. Bei Nierenerkrankungen werden zu 94% körperliche Erkrankungsfaktoren vermutet, bei Krebs zu 82%. Bei Herz- und Kreislauferkrankungen sowie bei Diabetes werden je zur Hälfte seelische wie körperliche Ursachen vermutet.

Vergleicht man wiederum Normalbevölkerung und Studierende hinsichtlich der Angabe zu Gesundheitsstörungen im vergangenen Jahr, so scheinen die Studierenden signifikant kränker zu sein. Bei fast allen genannten Gesundheitsstörungen liegen die Studierenden vorne, mit z.T. gewaltigen Unterschieden. Kopfschmerzen hatten doppelt soviel Studierende (60% zu 30%), Depression 48% zu 38%, Allergien 29% zu 17%. Nur Rückenschmerzen hat die Normalbevölkerung mehr, aber nicht viel mehr: 52% zu 49%, was sich sicher durch die Altersverteilung in den Untersuchungspopulationen erklärt, sind die Studierenden doch im Durchschnitt erst 22 Jahre alt.

Betrachtet man beide Gruppen bezüglich der sogenannten life-events (dies sind belastende Lebensereignisse, die psychische wie somatische Folgen haben können), so scheinen die Studierenden vom Leben schwer gebeutelt zu sein. Alle abge-

fragten life-events kommen bei den Studierenden signifikant häufiger vor. Ob diese life-events die Ursache für den schlechteren Gesundheitszustand sind, muss dahingestellt sein. Die Tatsache, dass unter den Studierenden 60% Frauen waren, ist ebenfalls hilfreich bei der Erklärung. Frauen nehmen ihre Befindlichkeits- und Gesundheitsstörungen eher wahr und sind eher bereit, darüber zu sprechen. Und sie nutzen die alternativen Methoden jedweder Couleur häufiger.

Dass „Wunderglaube“ nicht „die Methaphysik der dummen Kerle ist“ (Adorno) zeigt eine Umfrage bei 594 amerikanischen Ärzten (King et al. 1994) zu „faith healing“. Danach haben 16% selber einen Heilgottesdienst besucht, 23% sind der Meinung, Glaubensheiler könnten heilen, wo Ärzte nichts mehr ausrichten, 44% meinen, Ärzte und Glaubensheiler sollten zusammenarbeiten. Eine gewisse Skepsis haben 55%, die Komplikationen im Heilungsverlauf erwarten, wohingegen 35% ihren Patienten abraten würden, zu Glaubensheilern zu gehen.

Faith healing (die Annahme, dass Heilungsprozesse auf das Bemühen um eine tiefere und engere Beziehung zu Gott zurückgeführt werden können (Müller 1998)) ist fest im christlichen Paradigma verankert. Dazu gehören auch die Gebets- und Spruchheiler, die zur lokal tradierten Heilkunst gerechnet werden. Das Wallfahrtswesen vieler Hochreligionen gehört zu den religiösen Kulturen mit gesundheitsrelevanten Theorien. Im Katholizismus ist Wallfahrt zu einer „Gnadenstätte“ verknüpft mit der Sehnsucht nach (gesundheitlicher) Heilung und dem Heil für die Seele. Die gleichsam en passant bewirkten „Wunderheilungen“, die von den neuesten Marienerscheinungen (in Marpingen, Rheinland-Pfalz ist Maria drei jungen Frauen erschienen (Fein 2000), in Sievernich in der Eifel einer Frau) berichtet werden („Kollateralschäden“?), sollen hier ebenfalls zu den alternativen Glaubenserwartungen gezählt werden. Wunder dieser Art sind nicht eigentlich im Glaubenskanon vorgesehen, es wird aber seit Thomas v. Aquin

(1224/25-1274) nicht ausgeschlossen, dass „Gott in die erfahrbare Welt eingreift und zwar unter Umgehung der Naturgesetze“ (Annen 1979), so dass aus der Nicht-erklärbarkeit eines Tatbestandes der Schluss gezogen werden darf, dass dieser von Gott bewirkt sein muss (Müller 1998).

Allerdings bedarf es eines erheblichen naturwissenschaftlichen Aufwandes, bis die Katholische Kirche bereit ist, eine Heilung als „Wunder“ anzusehen. Zu all den berichteten Wirkungen der neueren und neuesten Marienerscheinungen hält die Katholische Kirche eine große Distanz. Entscheidend hier ist aber der Glaube der Menschen: „Dein Glaube hat Dir

I: „Sind Sie nicht sicher, ob die Seherinnen wirklich glaubwürdig sind?“

IP: „Glaubwürdig vielleicht. Aber man kann ja die Stimmen von Dämonen und der Muttergottes nicht immer unterscheiden... Die können sich schön in Engel verkleiden... Und Satan kann auch Wunder wirken... Man muss die Botschaften genau vergleichen: sind sie echt, sind sie von der Mutter Gottes. Und da muss man andere Botschaften heranziehen: wie ist die Grammatik, wie ist der ganze Stil, und so weiter.“ ... „Angenommen, angenommen, dieser Wallfahrtsort wäre echt, dann wäre traurig, wenn man der Mutter Gottes nicht die Ehre erweist. Aber zuvor muss man natürlich auch Obacht geben, wer was sagt. Ich hab mit einer, hab ich es schwer zu kämpfen, dass die Muttergottes letztendlich gesacht hat, der dritte Weltkrieg findet nicht statt. ... Ich weiss von anderen Wallfahrtsorten her, da sacht sie ... war in Fatima ... drei Weltkriege in eurem Jahrhundert erleben... Aber wenn die Mutter Gottes es jetzt sachte, hier in Marpingen, er findet nicht statt, dann fang ich an und zweifel, ne. ... Jetzt wart mer ab, was sie jetzt, am letzten Tag sacht. Und dann hat man wenigstens ein abgerundetes Bild, dann kann man immer noch abwägen, inwieweit das alles zutrifft.“

Fein, 2000:78/79

„Wer gegen seinen Schöpfer sündigt, muss die Hilfe des Arztes in Anspruch nehmen“
Sirach 38,15

„Sie war von vielen Ärzten behandelt worden und hatte dabei sehr zu leiden; ihr ganzes Vermögen hatte sie ausgegeben, aber es hatte nichts genutzt, sondern ihr Zustand war schlimmer geworden (Markus, 5,26)“

„Die Wissenschaft ist schön, und was die Hauptsache ist, man kann sich ihr nicht entziehen, man muss mitgehen. Doch es ist nicht zu leugnen, dass sie, weil sie alle metaphysischen Blumen ausrupfte, das Leben zu einer grauenhaften Wüste gemacht hat.“
Julius Möbius, Arzt und Philosoph, 1853–1907

geholfen“ sagt Jesus zu der Kranken, die er geheilt hat, Mk. 5,34. Der Glaube an Marienerscheinungen kann ein Axiom (nicht hinterfragbare Überzeugung) in einem Menschen sein, innerhalb dieses Axioms aber kann er sehr rational-skeptisch sein, wie die Auszüge aus einem Interview mit einem Pilger in Marpingen im Oktober 1999 belegen:

Esoterik als Heil?

Das Misstrauen gegen die „professional medicine“ (Ärzte und ihre Methoden) ist nur eine der Quellen, dass fernöstlich inspirierte Heilmethoden derart großen Zulauf haben. Die andere Quelle ist die bereitst angesprochene postmoderne Flexibilität des Menschen, die er benötigt, um seine „Bastel-Biographie“ (Beck) zu gestalten. Dies meint, dass eindeutige, zeitüberdauernde Sinnstiftungs- und Wertvorstellungen durch die Sozialisationsinstanzen nicht mehr angeboten werden, sondern dass das Individuum sich aus den kursierenden Werte-/Sinnmustern das jeweilige aussucht und patchworkartig zusammenstellt und dies im Verlaufe des Lebens wohl mehrmalig. Die Folge davon wird als monadenartige ICH-AG etikettiert, die autistisch in Sorge um die Selbsterlösung kreist. Lebensglück als wellness, Gesundheit und finanzielle Sicherung müssen erarbeitet werden und zwar mit allen zur Verfügung stehenden Angeboten: Bachblüten, Edelsteine, Aromatherapie, Okkultismus, Spiritismus, Feng-Shui, Tantra, Feuerlauf, Schwitzhütten-Ausbildung, Warmwasser-Rebirthing, Wassershiatsu, Delfining, Channeling (ungünstig für Menschen, die durch einen Kaiserschnitt zur Welt kamen), Reiki (auch für Hunde, des Menschen liebstes Bezugswesen), usf. (mehr Beispiele finden sich bei Andritzky 1997). Anleihen bei jeglicher Religion werden gemacht, der Austausch der Erfahrungen blüht, es gibt neben der Laienmedizin und der „klassischen“ Alternativmedizin nun noch die Esoterikmedizin, die allerdings stets „das Ganze“, Leib und Seele, heilt und wenn nicht heilt, so doch beschäftigt. Wissenschaftsglaube und Glaube an die

Macht der Sterne widersprechen sich nicht, denn jedweder Glaube ist brauchbar, solange er als Steinbruch individueller Bedürfnisse genutzt werden kann.

Ein Glaube, der Widersprüche und ungelöste Fragen auszuhalten zwingt, ist dies nicht; der moderne Gläubige nutzt die Riten und den Kult, solange bis sich ein besseres Angebot zeigt, das mehr Erfüllung und Erlösung verheißt. Auch wenn es dem in dieser Hinsicht Ungläubigen schwer fällt, keine Satire darüber zu schreiben, wie dem Autor, bleibt die Frage nach der zugrundeliegenden Bedeutung dieser Orientierung von mehr als zwei Dritteln der Mitbürger. Die Sehnsucht nach solcher Art Lebenshilfe eine zutiefst religiöse ist, eben die nach Heilung und Heil, auch wenn sie manchmal geradezu romantisch nach „metaphysischen Blumen“ sucht.

„E.T., Zwilling/Steinbock, beschäftigt sich seit ihrer Ausbildung zur Schwesternhelferin und ihrer Arbeit im Krankenhaus und Altenheim mit Naturheilkunde und studierte u.a. Psychologie und NLP. Aromatherapie seit 1986, Diplom bei Shirley Price (GB) ... Dreijährige Heilpraktikerausbildung, eigene Aroma-Praxis von Februar 1991 bis November 1993. Zur Zeit nur Intensivkurse und Vorträge ohne Praxistätigkeit. 'Mich interessiert die Wechselwirkung zwischen Körper und Seele und wie ich durch sanftes Eingreifen dem Menschen in Richtung Ganz-Sein verhelfen kann'“.

P.J., Verheiratet und Vater von zwei Töchtern, lebt in Münster als selbständiger Restaurator und Seminarleiter. Durch ein mehrere Jahre zurückliegendes ‚Nahtoderlebnis‘ tief berührt, sucht er nach neuen Wegen, unsere ursprünglichen Heilungs- und Kraftquellen zu reaktivieren. Seine Ausstrahlung und tiefe Einsicht in die feinstofflichen Energiesysteme des Menschen bietet herzliche und erkenntnisreiche Hilfe zur Lösung persönlicher Krisen“

Beide Anzeigen bieten Expertise an, hier ist jemand im Außergewöhnlichen kenntnisreich. Die Assoziation zu Heiratsanzeigen

ist sicher nicht ganz verkehrt, zuerst kommt die Selbstdarstellung, dann die Lücken (lief die Praxis nicht, welche Seminare werden geleitet?).

Die Aromatherapeutin bietet scheinbar Hilfe an, wirklich aber ist wohl ihr Wunsch, bei anderen zu intervenieren, gepaart mit Neugier. Altruistischer klingt da das Angebot des Restaurators, schließlich bietet er herzliche Hilfe an. Versteckt bleibt in beiden Anzeigen, dass es sich um kommerzielle Kleinanzeigen handelt, die den Inserenten Kunden verschaffen sollen. Beide Anzeigen bieten Heilung und Erlösung an: denjenigen, die das Ganz-Sein noch nicht gelungen ist und denjenigen, die persönliche Krisen haben; wenn die Geheilten ihre Defizite nicht mehr haben, haben sie eine höhere Stufe des Menschseins erreicht – durch Schnüffeln und feinstoffliche Energiesysteme.

Geradezu ein altruistisches Schnäppchen ist dieses Angebot für alle Prostataerkrankten: „Kurz vor der Operation wurde meine jahrelange Prostataerkrankung geheilt. Kostenloser Rat gegen DM 3,- Porto“

Eine andere Art Angebot lauert in folgender Anzeige: „Aufgrund grenzwissenschaftlicher Studien wurde ich in den Monaten März-Mai 94 mit Molekül-Strukturen inspiriert, aus denen Heilmittel gegen HIV entwickelt werden können. Wer will das Projekt weiterentwickeln (Synthese, Screening)? Telefon:“

Welch ein Sieg über den Schrecken der Natur, könnte man auch nur annähernd dem Anzeigentext vertrauen und müsste sich nicht Sorgen um den Inserenten machen. Könnte man die vorige Anzeige auch als Hilferuf interpretieren, ist die Not in den folgenden Anzeigen schreiend:

„Wer weiß Rat und Hilfe bei Hepatitis-C-Infektion“

Gemeinhin jeder Hausarzt, ist man versucht, zu sagen, stellte sich nicht die Frage, warum wird diese Frage dort nicht gestellt, sondern in einer esoterischen Zeitschrift? Unkenntnis über die

Kenntnisse und Therapiemöglichkeiten der Medizin doch wohl eher nicht, wohl mehr Misstrauen dem professionellen Medizinbetrieb gegenüber?

„Bein- & Beckenvenenthrombose seit 5 ½ Jahren mit offener Wunde. Leide unter wahnhaften Schmerzen. Seit ein paar Jahren quälen mich auch Hodenschmerzen. Bin am 31.07.1956 geboren. Wer kann mich heilen ?

Alle Zitate Andritzky 1997:247

Die Diagnose lässt darauf schließen, dass sie von Ärzten stammt, und wenn sie stimmt, liegt eine schwere Erkrankung vor, die über einen sehr langen Zeitraum anscheinend nicht erfolgreich therapiert werden konnte. Dies wäre verwunderlich, ebenso verwunderlich, wenn der Inse- rent eine beständig bestehende Thrombose so lange überlebt.

Tatsache bleibt, dass er Hilfe im esoterischen System sucht. Sowohl beim grenzwissenschaftlichen Studiosus wie bei dem Schmerzensmann darf man die Frage nach der psychischen Gesundheit beider Inserenten stellen und wohl Zweifel daran haben. Möglicherweise haben andere professionellen Systeme diesen

beiden keine adäquate und oder akzeptable Hilfe angeboten. Beide scheinen zu hoffen, in der Esoterik Hilfe zu erhalten. Das Prinzip der Hoffnung ist neben dem des Glaubens eine Säule des Religiösen.

Literatur beim Verfasser

Abstract:

Die alternative Gesundheitskultur ist eine der wenigen blühenden Wirtschaftszweige. Ihr Boom basiert einerseits auf der (moralischen) Zielvorgabe für Menschen, nur ein „fitter“, gesunder Mensch sei ein guter Zeitgenosse. Andererseits gründet sie auf der Suche der Menschen nach Heilung und Erlösung außerhalb des tradierten christlich-religiösen Systems und medizin-industriellen Komplexes. Diese Suche nach Wellness und Heilung von Störung ist selbst religiös. Nicht Überprüfbares, Unglaubliches – wie die Heilkraft von Halbedelsteinen z.B. oder die Wichtigkeit der Bettrichtung nach Feng-Shui – wird geglaubt. Notwendige Übungen werden mit Inbrunst vorgenommen, sei es Spinning oder Tarotkarten legen. Diese Religiosität ist nicht nur inszenierter Kult, sie enthält Glaube, Selbstliebe und Hoffnung und scheint dem Menschen des 21. Jahrhunderts, der „Ich-AG“ jene Orientierung zu geben, die seiner Bastelbiographie Sinnhaftigkeiten zu geben scheint.

Zurück zu den Wurzeln der systemischen Therapie

Paul Watzlawick, Heinz von Foerster und das Mental Research Institut in Palo Alto

Von Jürgen Armbruster und Helmuth Beutel

Zwischen 1952 und 1961 hat sich um den berühmten Anthropologen Gregory Bateson ein Forschungsteam mit Paul Watzlawick, John Weakland, Jay Haley, Don D. Jackson und William Frey gebildet, die die wichtigsten und einflussreichsten Forschungsprojekte im Feld der Verhaltens- und Kommunikationsforschung durchführten. Die erste Synthese ihrer Arbeit war 1956 die Veröffentlichung des Artikels „Vorstudien zu einer Theorie der Schizophrenie“. Diese Grundlagenforschung schaffte die Basis für den neuen, revolutionären Ansatz zum Verständnis menschlichen Verhaltens. Sie war in der Folge das Fundament für die Theorie menschlicher Kommunikation, aus der sich Familien- und Kurzzeittherapie entwickelt haben. 1958 gründete Don D. Jackson das Mental Research Institut, das

weltweit erste Familientherapiezentrum. Darüber führten wir mit Paul Watzlawick im Mental Research Institut in Palo Alto, Kalifornien, einen Gedankenaustausch

Auf der Grundlage einer 40-jährigen Forschungsarbeit haben sich Kurz- und Familientherapie als eine wirksame Behandlungsform erwiesen, bei einer Vielzahl psychosozialer Probleme wie Angstzustände, Beziehungsstörungen in Partnerschaft und Ehe, Alkoholismus, Eltern-Kind Konflikte, schweren Depressionen, Wahnvorstellungen und Essstörungen. Diesen Therapiekonzepten liegen keine Krankheitsmodelle zugrunde. Es werden auch keine medizinischen Diagnosen gestellt. Vielmehr hat der Berater oder Therapeut mit dem Klienten, der als Experte seiner Lebens-

geschichte gilt, herauszufinden, wie Veränderungen gestaltet und gelebt werden können. Insoweit sind vergleichbare Sichtweisen und Haltungen zur klientenzentrierten Psychotherapie nach C.R. Rogers erkennbar. Die von Heinz von Foerster aufgestellte Maxime gilt: willst du erkennen – handle! (ohne Interpretation, ohne Bewertungen).

Nach einer Ausbildung am MRI arbeiten inzwischen tausende von Therapeuten weltweit nach diesem Konzept. In der Regel gestaltet sich der Therapieverlauf nach folgendem Stufenplan:

■ Problemdefinition: Wie heißt das Problem? Wer ist der Auftraggeber? Wer leidet? Wer zeigt das größte Interesse an der Lösung des Problems?

Zwischen 1952 und 1961 hat sich um den berühmten Anthropologen Gregory Bateson ein Forschungsteam mit Paul Watzlawick, John Weakland, Jay Haley, Don D. Jackson und William Frey gebildet

Herr Watzlawick, Sie haben die sozialpsychiatrische Entwicklung mit Ihren Sichtweisen wesentlich geprägt

Konkretion des Problems? Problemsicht des Therapeuten

■ Erforschung der bisherigen Lösungsversuche: eingegrenztes anamnestisches Vorgehen

■ Konkretion der Therapieziele

■ Interventionen; paradoxe Interventionen; double-bind Situationen kreieren

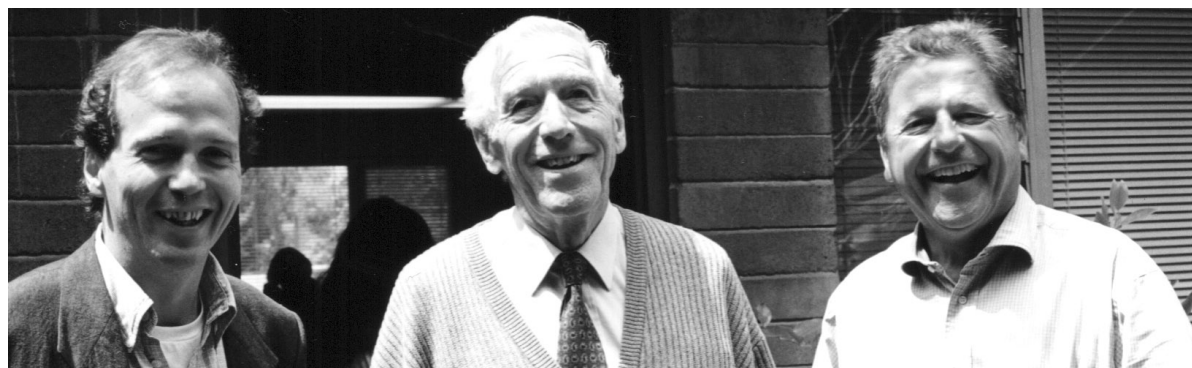
■ Neudefinition: positive Bedeutung und Funktion des Problems; Sprache des Patienten lernen (Milton Erickson); Reframing; Worst-case Vorstellungen; „Saying

zur Erreichung der vereinbarten Ziele als günstig erwiesen.

Gedankenaustausch mit Paul Watzlawick

Herr Watzlawick, Sie haben die sozialpsychiatrische Entwicklung mit Ihren Sichtweisen wesentlich geprägt. Bereits in den 80-er Jahren, als Sie bei uns in Stuttgart zur Vorträgen und Seminaren waren, haben wir das systemische Theorie- und Handlungsmodell

und Handelns steht. Das steht auch im Einklang mit dem, was französische Biologen schon in den zwanziger Jahren gefunden haben, was sie die „Qualité émergente“ genannt haben. Das heißt: aus einer Beziehung entsteht eine neue Qualität, die sich nicht mehr auf eine Person A oder Person B zurückführen lässt und auf deren Pathologie. Es ergibt sich eine Interaktion, die etwas Neues, Eigenständiges darstellt und nicht mehr auf einzelne Faktoren reduziert



Dr. Jürgen Armbruster

Paul Watzlawick

Helmuth Beutel

without saying“ zum Beispiel Metapher, Geschichten erzählen; Konfusionen kreieren; Symptomverschreibungen; 180°-Intervention, das heißt etwas völlig Neues planen, Suche nach dem „3. Weg“

■ Veränderungsschritte, fühlbar und erkennbar werden lassen

■ Abschlussphase

Von einigen Mitarbeitern des MRI wurde die Kurztherapie in ihrer strengen quantitativen Begrenzung von höchstens 20 Sitzungen modifiziert, mit dem weiter gefassten Arbeitsauftrag, insgesamt kürzere Therapien durchzuführen und die Zahl der Sitzungseinheiten von der Bedürfnissen des Patienten abhängig zu machen, im Sinne eines klientenzentrierten Vorgehens. Nach unseren langjährigen Therapieerfahrungen und deren Auswertung, haben die MRI Methoden sehr wesentlich zu einem multimodalen Hilfeverständnis beigetragen. In den abgeschlossenen Behandlungsfällen waren diese Methoden überwiegend erfolgreich. Dabei wurden die Intervalle zwischen den einzelnen Sitzungen in der Regel von den Klienten selbst bestimmt. Im Rahmen des Therapieverlaufs hat sich in Einzelfällen ein Wechsel des Therapeuten aus dem Team

zur Weiterentwicklung der Hilfen für psychisch kranke Menschen genutzt. Dabei waren Sie ein wesentlicher Motor. Unser Thema in den letzten 20 Jahren war, ambulante Strukturen für psychisch kranke Menschen aufzubauen, in der Gemeinde Alternativen zu den Heimen und Kliniken zu schaffen. Wir waren überzeugt, dass es nicht nur um neue Strukturen ging, sondern vor allem darum, neue Denkweisen zu fördern, bei denen der Mensch mit seinen Bedürfnissen und seiner Subjektivität in seinen Lebenszusammenhängen im Mittelpunkt steht.

Die neuen Denkweisen erfordern neue Strukturen und umgekehrt.

Wir würden gerne mit Ihnen darüber sprechen, welchen Beitrag systemisch-konstruktivistische Grundhaltungen und Grundideen leisten können, um psychische Erkrankungen auf eine komplexere Art und Weise, als der der klassischen medizinisch-biologischen Sichtweise zu verstehen.

Für mich ist der Patient die Beziehung und nicht die Person A oder die Person B. Es ist die Beziehung zwischen den Beiden, die im Mittelpunkt unseres Interesses

werden kann. Daher interessiert es mich schon bei der ersten Therapiesitzung, zu erkennen, wie sich die Interaktion gestaltet, und nicht wie verrückt der eine und wie unangenehm der andere ist.

Sind für Sie die Begriffe und der Inhalt von Interaktion und Beziehung identisch?

Nun gut, ich meine die Begriffe ähneln sich, wenn man Beziehung nicht im landläufigen Sinne versteht als etwas, das eine langdauernde zeitliche Dimension beschreibt. Der Begriff der Interaktion nimmt eher die aktuellen Beziehungsmuster und -abläufe in den Blick. Den Begriff der Interaktion würde ich fast vorziehen.

Wesentliche Konzepte der Kommunikationstheorie der MRI-Gruppe um Gregory Bateson, Don Jackson und andere sind im Grunde entstanden aus der Beobachtung von Verhaltensweisen und der Kommunikation psychisch erkrankter Menschen. Wie würden Sie vor diesem Hintergrund schizophrene Verhaltensweisen aus dem kommunikationstheoretischen Ansatz heraus beschreiben?

Sehen Sie mal, mit Beschreibungen und Benennungen gebe ich mich nicht ab. Für mich ist jeder Fall seine eigene beste Erklärung. Es gibt nicht den Fall nach ICD F-25, sondern wir begegnen diesem Menschen in seiner spezifischen Lebenssituation und beobachten bestimmte Reaktionen seitens seiner menschlichen Umwelt. Das zu kategorisieren wäre vollkommen zwecklos. Diagnosen haben für mich vor diesem Hintergrund keine Bedeutung mehr. Für die Formulare der Versicherungsgesellschaften werden sie natürlich verlangt.

Welche Veränderungen in den Haltungen ergeben sich daraus im helfenden, therapeutischen Umgang mit psychisch beeinträchtigten Menschen?

Man sagt sich nicht mehr, dies ist ein Verrückter, sondern hier ist eine Situation, in der sich ein Mensch befindet, die mich neugierig macht und die ich verstehen will. Für mich ist die Situation der Patient und nicht A oder B. Das sogenannte verrückte Verhalten ist das Verhalten, das sich in einem bestimmten System entwickelt hat und nun weiter und weiter geht in einer fortwährenden, zirkulären Kausalität, also nicht in einem linearen Ursache-Wirkungszusammenhang. Ursachen erzeugen Wirkungen, Letztere werden ihrerseits wieder zu Ursachen neuer Wirkungen.

Würden Sie dann sagen, schizophrenes Verhalten macht einen Sinn im System? Lässt sich daraus dieses Verhalten erklären?

Ich eliminiere für mich das Wort schizophren; denn das ist ja wiederum eine Benennung aus dieser Auflistung und Klassifikation menschlicher Probleme. Ich arbeite nicht mit diagnostischen Aussagen oder Benennungen.

Lässt sich der Gedanke so weiterführen, dieses sogenannte schizophrene Verhalten als eine Überlebensstrategie zu bezeichnen?

Das symptomatische Verhalten ist vielleicht nicht die vernünftigste oder die hilfreichste, aber es ist eine mögliche Form der Lebens- und Beziehungsgestaltung.

Oh ja! Oder es ist eine Sache, die sich eben ergibt. Zweifellos haben Sie schon das Beispiel von Grossetto gehört. In der Innenstadt dieser toskanischen Stadt hat sich 1985 folgendes abgespielt: Eine Frau, die von Neapel nach Grossetto gekommen war, musste in das örtliche Krankenhaus eingeliefert werden in einem Zustand akuter Schizophrenie. Da man in Grossetto nicht die Möglichkeiten einer adäquaten Behandlung hatte, entschloss man sich, sie nach Neapel zu schicken. Die Sanitäter der Ambulanz kamen und fragten, wo die Patientin sei und erhielten die Auskunft: Gehen sie dort hinunter zum Ende des Korridors und dann bitte nach links, die zweite Tür rechts. Sie gehen hin und finden die Patientin vollkommen angezogen mit der Handtasche bereit und sagen zu ihr: Also bitte Signora, kommen sie mit, wir bringen Sie jetzt nach Neapel. Darauf hin ist sie vollkommen aufgelöst und verrückt. Sie weigert sich, mitzukommen. Die Sanitäter versuchen, sie mitzunehmen. Dabei wird sie dann auch physisch aggressiv und behauptet, jemand anderes zu sein. Und bitte stellen Sie sich vor, was brauchen sie noch mehr an Anzeichen von Verrücktheit, um zu einer klaren Definition und Diagnose einer Schizophrenie zu kommen?! Sie geben ihr eine Injektion und tragen sie hinunter in die Ambulanz und auf geht's nach Neapel. Auf der Höhe von Rom wird die Ambulanz von einer Polizeistreife auf der Autobahn angehalten und nach Grossetto zurückgeschickt. Warum? Es war ein Irrtum, die Frau in der Ambulanz war nicht die gesuchte Patientin. Es handelte sich um eine Einwohnerin der Stadt, die an dem Tag in das Spital gekommen war, um einen Verwandten zu besuchen... Für mich ist das Interessante daran, dass der Irrtum eine Situation geschaffen hat, in der jedes adäquate Verhalten der Frau ein weiterer Beweis für ihre scheinbare Verrücktheit wurde. Was wollen Sie mehr?

Könnte man sagen, für Herrn Watzlawick ist schizophrenes Verhalten einfach ein Irrtum?

Nein, kein Irrtum. Es ist ein Wort,

das ich nicht verwende. Es ist eine Benennung, und die Benennung erzeugt eben die scheinbar selbstverständliche Gewissheit, dass wir es mit einer Krankheit zu tun haben, die für sich existiert und so und so viele Menschen betrifft. Denken Sie an diese verrückte Liste von unzähligen Diagnosen, den DSM IV, oder ICD, das wird immer phantastischer.

Was hilft Menschen, aus verrückten Lebens- und Kommunikationssystemen herauszufinden?

Es hilft, dass ich mir von außen dieses System anschau und es versuche, zu begreifen. Ich versuche, die versuchte Lösung zu begreifen. Denn sie ist genau das, was das Problem nicht nur erzeugt hat, sondern es auch weiterhin aufrecht erhält und steigert. Wenn das, was ich tue, zur Lösung des Problems nicht genügt, dann tue ich mehr desselben und es eskaliert immer mehr.

Dann ist das verrückte Verhalten auf diese Weise ein Versuch von mehr des Selben, einer versuchten Lösung, die nicht zum erwünschten Ziel geführt hat?

Es ist meistens mehr des Selben. Wenn Leute von ihren bislang versuchten Lösungen wegkommen und freikommen, dann ist es sehr wohl möglich, dass sich dadurch spontan eine Lösung des Problems ergibt. Letztendlich geht es mir vor allem darum, herauszubekommen, was die versuchte Lösung ist. Das können uns die meisten Menschen relativ leicht erzählen. Sie sind davon überzeugt, ihre Probleme auf diese Weise lösen zu müssen. Und wenn dies noch nicht genügend gewirkt hat, dann machen sie mehr desselben.

Die Entwicklung der Psychiatrie in den USA und Europa wird in den letzten Jahren zunehmend von der Tendenz beeinflusst, beispielsweise auf biochemische und kausale Erklärungsmodelle zurückzugreifen. Hält diese Entwicklung an? War dieses Denken und Arbeiten in Systemen vielleicht zu komplex für die Therapeuten?

Ja, das habe ich besonders hier in den Staaten so beobachtet. Die

Man sagt sich nicht mehr, dies ist ein Verrückter, sondern hier ist eine Situation, in der sich ein Mensch befindet, die mich neugierig macht und die ich verstehen will.

Die Entwicklung der Psychiatrie in den USA und Europa wird in den letzten Jahren zunehmend von der Tendenz beeinflusst, beispielsweise auf biochemische und kausale Erklärungsmodelle zurückzugreifen

Es gibt immer wieder dieses Hin und Her zwischen mehr Medizin, mehr klassischer Psychoanalyse, der Suche nach den Ursachen in der Vergangenheit und den Bestrebungen, eine komplexere Sichtweise

Es geht darum, zu reflektieren, an welchen Stellen wir durch unsere Haltung zur Chronifizierung von Problemen beitragen und wo wir Veränderungen bewirken können.

einfachen und linearen Erklärungsmuster haben ihre Vorzüge: Wenn sie annehmen, dass wir es mit einer Geisteskrankheit zu tun haben, dann bedarf es natürlich einer medizinischen Behandlung. Es gibt immer wieder dieses Hin und Her zwischen mehr Medizin, mehr klassischer Psychoanalyse, der Suche nach den Ursachen in der Vergangenheit und den Bestrebungen, eine komplexere Sichtweise, ein interaktionelles Verständnis zu entwickeln.

Aber was hält denn in der Medizin und besonders in der Psychiatrie dieses medizinische Modell so hartnäckig aufrecht?

Zum Teil weil sie in der Medizin nur dafür bezahlt werden, was als medizinische Behandlung definiert wurde. Dies sind zurzeit noch die einzigen selbstverständlich akzeptierten Behandlungsformen. Die therapeutischen Verfahren, die wir zum Beispiel hier in Palo Alto im Mental Research Institut praktizieren, sind in diesem herkömmlichen Finanzierungssystem oft völlig unannehmbar

Wir haben viele Anregungen bei der Entwicklung der Sozialpsychiatrie von Ihrer systemischen Arbeit und Ihren Forschungsergebnissen aufgenommen. Durch die Sozialpsychiatrie können heute viele Menschen außerhalb der Kliniken und Heime leben und Hilfe erfahren. Es ist eine achtungsvolle, humane und personenzentrierte Haltung, die in der systemischen Sichtweise des Menschen in seinen Lebensbezügen zum Ausdruck kommt. So ergibt sich geradezu zwangsläufig der Respekt vor der Individualität des Menschen und seinen vielfältigen Handlungsmöglichkeiten. Der systemische Ansatz bedeutet in der Sozialpsychiatrie ja nicht nur, dass wir systemische Interviews machen, sondern dass wir insbesondere reflektieren, wie wir durch unser Verhalten das Verhalten des anderen beeinflussen und möglicherweise auch mit dazu beitragen, dass bestimmte Verhaltensweisen und Verhaltensmuster entweder aufrecht erhalten werden oder sich auflösen. Die Verhaltensweisen von uns als Therapeuten und Professionelle

tragen durch die Art der Problembeschreibungen, die wir liefern, entweder zur Aufrechterhaltung und Zementierung von chronischen Erkrankungen bei, oder zur Auflösung von psychischen Erkrankungen.

Ja, genau

Das ist ein ganz wichtiger Ansatz für uns, in dem wir ja nicht nur Therapie im klassischen Sinne machen, sondern Menschen auch begleiten in ihrem Lebensalltag. Es geht darum, zu reflektieren, an welchen Stellen wir durch unsere Haltung zur Chronifizierung von Problemen beitragen und wo wir Veränderungen bewirken können. Wo können wir Raum schaffen, damit sich neue Regeln im System entwickeln können?

Gut, aber für mich ist der erste Schritt in dieser Richtung immer, das Begreifen der bisher versuchten Lösung. Denn wenn dieser Lösungsversuch noch nicht funktioniert hat, dann muss ich offensichtlich mehr desselben tun. Diesen Kreislauf versuche ich in der Therapie irgendwie zu unterbrechen, um neue Entwicklungen zu ermöglichen. Dafür gibt es spezifische therapeutische Interventionen. Diese erscheinen oft zunächst unlogisch, folgen aber ihrer eigenen Logik.

Ich habe nach einem Seminar bei Ihnen einmal einen Mann behandelt, der unter starken Zwängen litt. Seine Frau sagte, sie halte die Erkrankung ihres Mannes nicht mehr länger aus. Wenn der Mann von der Arbeit kam, begann er die Wohnung aufzuräumen, so dass es Kante an Kante lag. Ich habe ihm vorgeschlagen: Herr Braun, halten Sie mit der Stoppuhr fest, wie lange Sie in den Räumen zu den jeweiligen Handlungen brauchen und notieren Sie die Ergebnisse. Er hat das gemacht und sagte dann: „Das ist ja die Dokumentation des Unsinn“. Nach zwei weiteren Sitzungen waren diese Phänomene nicht mehr vorhanden. Sein Kommentar war: „...aber nicht dass Sie glauben, Sie hätten mich geheilt. Ich habe keine Zeit mehr gehabt, um zu Hause aufzuräumen.“

Wo finden Sie je in einem psychiatrischen Fachbuch die Idee, dass jemand keine Zeit mehr hat, seine Symptome zu leben...?!

Ich habe bei Ihnen immer sehr viel Respekt, Achtung und ethische Grundeinstellungen, auch im Sinne von Heinz von Foerster, erlebt.

Aber natürlich, meine ganze Absicht ist, den Leuten zu helfen. Was sonst?

Können Sie uns beschreiben, was sich im systemischen Denken in den letzten Jahren entwickelt hat? Ich denke etwa auch an jemanden wie Heinz von Foerster, der ja erst etwa in den letzten 15 Jahren mit dem MRI und den systemischen Ansätzen in Berührung kam. Welche Veränderungsimpulse gingen von ihm aus?

Das ist in der Kürze schwer zu sagen, weil er sich sehr weitgehend mit diesen Fragen beschäftigt hat und nicht nur von einem klinischen Standpunkt aus. Heinz von Foerster hat mit seiner Unterscheidung zwischen der Kybernetik erster und zweiter Ordnung einen wesentlichen theoretischen Beitrag für eine Fortentwicklung des systemischen Denkens geleistet. Mit der Kybernetik zweiter Ordnung meint er, dass jeder Beobachter ein Teil des vom ihm beobachteten Systems ist. Wenn wir therapeutisch tätig sind, sind wir Teil eines Systems, das wir durch unsere Beobachtung und durch unser Handeln gemeinsam konstruieren. Wir sind im Sinne von Heinz von Foerster „Teil der Welt“ und nicht deren außenstehende Beobachter. Wir konstruieren die Welt gemeinsam, auch in dem wir therapeutisch tätig sind.

Literatur:

Gregory Bateson, Don D. Jackson, Jay Haley und John H. Weakland: Ökologie des Geistes, Suhrkamp Verlag Frankfurt am Main 1983
Heinz von Foerster, Monika Bröcker: Teil der Welt, Fraktale einer Ethik - Ein Drama in drei Akten, Carl-Auer-Systeme Verlag, Heidelberg, 2002
P. Watzlawick, J.H. Beavin, D.D. Jackson: Menschliche Kommunikation, Formen, Störungen, Paradoxien, Bern 1969
P. Watzlawick, J.H. Weakland, R. Fisch: Lösungen, zur Theorie und Praxis menschlichen Wandels, Bern 1974

Es ist normal, verschieden zu sein

Die Lebenswelten psychisch erkrankter Menschen kennen lernen / Projekttag in einem Stuttgarter Gymnasium

Von Sylvia Fahr-Armbruster und Jürgen Armbruster

Wie sieht die Lebenswelt psychisch erkrankter Menschen aus? Was gibt es für psychische Erkrankungen? Wie kann man sie verstehen? Welche Erklärungen gibt es für ihre Entstehung? Was macht krank, was macht gesund? Was wird von den Betroffenen als hilfreich, was als hinderlich erlebt? Mit solchen Fragen haben sich 28 Schülerinnen und Schüler eines Stuttgarter Gymnasiums über drei Tage hinweg intensiv beschäftigt – mit dem Ziel, mehr über psychische Erkrankungen zu erfahren und sie besser zu verstehen, in der Begegnung Berührungängste und Vorurteile abzubauen sowie die Sensibilität und Bewältigungskompetenz im Umgang mit eventuellen eigenen Krisen und Lebenskonflikten zu stärken.

Veränderte gesellschaftliche Lebensbedingungen erfordern neue soziale und personale Kompetenzen und Gelegenheit zu neuen Lernerfahrungen. Soziale Kompetenz ist zur Schlüsselqualifikation für nahezu alle Lebensbereiche geworden. Soziales Lernen beinhaltet die Auseinandersetzung mit Einstellungen, Haltungen und Werteorientierungen, mit eigenen Gefühlen, Stärken und Schwächen und das Entwickeln von Kompetenzen wie Empathie und konstruktiver Kommunikation sowie von Haltungen wie Respekt und Toleranz vor allem auch gegenüber Verschiedenheit und Anderssein.

Schule nicht nur Ort des Wissenserwerbs

Schule ist heute mehr denn je nicht nur ein Ort des Wissenserwerbs, sondern hat in besonderer Weise auch Erziehungs-, Entwicklungs- und Sozialisationsaufgaben zu übernehmen, die die traditionellen Milieus wie Fami-

lie, soziale Gruppen, Gemeinden oder Vereine oftmals nicht ausreichend mehr leisten können. Die häufig im schulischen Alltag implizit vermittelten Sozialisationserfahrungen fördern oft eher Vereinzelung, Selbstbezogenheit, einseitige Orientierung an Leistung und Konkurrenz. Wesentliche existenzielle Erfahrungen mit den Schattenseiten des Lebens, mit Krisen, Krankheiten, Behinderung und Sterben sind dem Alltag entzogen.

Das Jahr 2003 wurde vom Rat der Europäischen Union zum Europäischen Jahr der Menschen mit Behinderungen erklärt. Ziel ist es, Teilhabe, Gleichstellung und Selbstbestimmung von behinderten Menschen zu propagieren. In den folgenden drei Ausgaben der Kerbe wollen wir jeweils über regionale Projekte und Initiativen berichten, die das Ziel verfolgen, die Begegnung und die Verständigung von Psychiatrie-Erfahrenen, Angehörigen und jungen Menschen in Schulen zu ermöglichen. Auf diese Weise soll unter Jugendlichen Toleranz, Akzeptanz und Sensibilität gegenüber Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen gefördert und Diskriminierung und Stigmatisierung verhindert werden – unter dem Motto „es ist normal verschieden zu sein“.

Die Lebenswelt Schule ist immer mehr gefordert, eine wachsende Sensibilität für psychische Krisen, für die Krisen junger Menschen und Familien zu entwickeln, für die Lebenswelt psychisch erkrankter Menschen, um auf diese Weise in präventivem Sinne Verständnis, Offenheit und Bewältigungskompetenz zu fördern. So ist die Schule heute ein wichtiger Ort,

an dem soziales Lernen unter anderem mit einem solchen Projekt gezielt organisiert und gestaltet werden kann.

Krisen als Teil des Lebens

Heranwachsende können auf unterschiedlichste Weise mit psychischen Problemen, Krisen und Erkrankungen in Berührung kommen. Schwere psychische Erkrankungen beginnen oft bereits in der Adoleszenz und sind häufig Ausdruck von Ablösungs- und Loyalitätskonflikten. Zwischen dem Auftreten erster Symptome, dem Ausbruch der Erkrankung und dem Beginn der ersten Beratungs- und Behandlungsepisode vergehen oft mehrere Jahre. Wirksame Prävention sollte damit beginnen, das Wissen über psychische Erkrankungen und die Möglichkeiten der Hilfen in der Öffentlichkeit zu erweitern, um auf diese Weise zu einer veränderten Haltung gegenüber den Betroffenen und ihren Angehörigen beizutragen und bestehende Vorurteile abzubauen.

Viele Kinder und Jugendliche kommen als Angehörige psychisch kranker Eltern, Großeltern oder Geschwister mit psychiatrischen Auffälligkeiten in Berührung. Unwissenheit, Verleugnung, Schuldgefühle und Angst kennzeichnen oft ihr Erleben. Sie tragen selbst ein erhöhtes Risiko psychischer Belastungen, wenn es ihnen nicht gelingt, entsprechende Unterstützung zu erhalten und Raum, um das eigene Erleben reflektieren und verstehen zu können. Wichtig dabei ist, Krisen als Phasen des Lebens, als Teil von Entwicklungs-, Anpassungs- und Veränderungsprozessen, als Teil menschlicher Existenz und Sinn-suche zu verstehen.

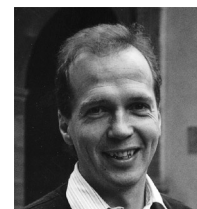
Fast ein Drittel durchlebt eine Krise

Fast ein Drittel der Bevölkerung durchlebt im Laufe des Lebens eine psychische Krise. Dennoch werden psychische Erkrankungen und die Lebenslage psychisch erkrankter Menschen häufig in der Öffentlichkeit noch immer tabuisiert. Zu den zehn Krankheiten, die die Lebensqualität am stärksten einschränken, gehören

Bei der Entwicklung des Projekts haben wir uns zunächst stark an der von der Initiative „Irrsinnig menschlich e.V.“ erarbeiteten Konzeption orientiert. Nähere Hinweise dazu unter: www.irsinnig-menschlich.de



Sylvia Fahr-Armbruster, Dipl.Päd., systemische Familientherapeutin, Fortbildungsdozentin



Dr. Jürgen Armbruster, Dipl.Soz.Päd., Evangelische Gesellschaft Stuttgart, Abteilungsleiter Dienste für seelische Gesundheit

Unser besonderer Dank gilt der Stiftung Bildung und Behindertenförderung, die uns durch ihre Unterstützung ermutigt hat, dieses Projekt durchzuführen

Wichtige theoretische und praktische Anregungen verdankt das hier beschriebene Projekt der „mehrwert gGmbH“, einer in Stuttgart ansässigen Agentur für Soziales Lernen (www.agenturmehrwert.de), die Schülern, Auszubildenden und Führungskräften Lernerfahrungen in der Praxis der sozialen Arbeit vermittelt

nach Angaben der Weltgesundheitsorganisation fünf psychische Erkrankungen: Depressionen, Zwangsstörungen, bipolare Störungen, Alkoholabhängigkeiten und Schizophrenie. Vorurteile erschweren psychisch erkrankten Menschen, sich im Alltag zu ihren Problemen zu bekennen. Unkenntnis führt dazu, dass psychische Erkrankungen unerkannt bleiben und rechtzeitige Beratung und Hilfestellung oft nicht erfolgen.

Projekt Lebenswelten psychisch erkrankter Menschen

Das Projekt „Lebenswelten psychisch erkrankter Menschen – Es ist normal, verschieden zu sein“ will einen Beitrag dazu leisten, Vorurteile abzubauen, Begegnung zu ermöglichen, Respekt vor dem Anderssein sowie Offenheit und Verständnis in zwischenmenschlichen Beziehungen zu fördern. Das Projekt ist gleichzeitig Ausdruck der gemeinsamen Verantwortung von Schule und Diakonie, junge Menschen für soziale Fragen zu sensibilisieren und sie in ihrer Fähigkeit zu stärken, eigene Krisen und Lebensprobleme bewältigen zu können.

Angeregt durch „Irrsinnig menschlich e.V.“, der in Sachsen eine Konzeption für Projekttage an Realschulen und Gymnasien entwickelt und das Projekt an 25 Schulen mit durchweg positiven Erfahrungen durchgeführt hat, entstand auf Initiative des Stuttgarter Bürgerkreises zur Förderung seelischer Gesundheit in der Abteilung Dienste für seelische Gesundheit der Evangelischen Gesellschaft Stuttgart die Idee, ein ähnliches Projekt zu starten. Am Projekt wirkten darüber hinaus die Aktionsgemeinschaft der Angehörigen psychisch kranker Menschen und die Initiative der Psychiatrie-Erfahrenen Stuttgart mit.

In der Planungsphase ging es zunächst darum, eine Schule und Lehrer/innen für ein solches Projekt zu gewinnen. Wichtig war dabei vor allem, die Klasse im Vorfeld über das geplante Projekt zu informieren und sie an der Entscheidung über die Durchführung und Gestaltung zu beteili-

gen. Bei einem Vorbereitungstreffen unter Beteiligung von Schülerinnen und Schülern einer 10. Klasse und deren Lehrerin, die im Vorfeld sehr für diese Idee geworben hatte, wurde das Konzept für ein dreitägiges Projekt vorgestellt, Fragen und Wünsche der Schülerinnen und Schüler mit aufgenommen. Im Mittelpunkt standen dabei die Fragen der Schülerinnen und Schüler.

Viele Krankheiten sind ein Begriff

Der Einstieg in das Thema erfolgte am ersten Tag mit Fragen wie: Was verbinden wir mit Gesundheit? Was bedeutet es, krank zu sein? Was gibt es für körperliche und seelische Krankheiten? Was

Eine Schülerin fasst in einem Artikel über das Schulprojekt die drei Tage folgendermaßen zusammen: „Die Klasse 10c hat in diesen drei Tagen mehr über die Lebenswelten psychisch erkrankter Menschen gelernt, als so manch einer in seinem ganzen Leben. Die Resonanz war durchweg gut und keiner konnte von sich behaupten, in diesen Tagen nicht über sich, sein Leben und die Einstellung gegenüber psychisch erkrankten Menschen, die von Vorurteilen überflutet werden, nachgedacht und dazugelernt zu haben.“

macht krank? Wie gehe ich mit anderen um, die krank sind? Was bedeutet Krankheit und Gesundheit in unserer Gesellschaft? Auf diese Weise konnten die Teilnehmenden zunächst ihr Vorverständnis zum Ausdruck bringen und sich untereinander austauschen. Eindrucksvoll war, dass den Schülerinnen und Schülern bei den psychischen Erkrankungen durchaus ein breites Spektrum diagnostischer Begrifflichkeiten bekannt war, ohne aber genauer zu wissen, welche Beeinträchtigungen, Empfindungen, Erfahrungen und Verhaltensweisen damit jeweils verbunden sind. Es hat den Anschein, dass Jugendliche durch Medien und ihre Alltagserfahrungen mit diesen Fragestellungen in Berührung kommen, oft aber ohne die Phänomene differenzierter

verstehen und für sich einordnen zu können.

Wege in die Krankheit, Wege zur Gesundheit

In einem weiterführenden Schritt konnten die Teilnehmenden im Austausch in Kleingruppen differenzierte Zusammenhänge zwischen Lebensweisen, Lebensrisiken und dem Auftreten von Krankheiten und Lebenskrisen erkennen und ein ganzheitliches Verständnis von Gesundheitsförderung entwickeln. Als Wege aus der Krankheit oder als Möglichkeiten zur Gesunderhaltung nannten sie beispielsweise positive Einstellung, Liebe erfahren und geben, Freunde, Familie, Verständnis, Unterstützung, Dinge genießen können, Stressfrei leben, Optimismus, Lachen, Hobbys, Sport, Autogenes Training, Yoga, Tai Chi, Musik, professionelle Hilfe und Gespräche oder auch psychologische Beratung. Im weiteren Verlauf wurden Grundannahmen des bio-psycho-sozialen Krankheitsmodells vermittelt sowie subjektorientierte Erklärungsmodelle psychischer Erkrankungen und die daran orientierten Hilfe- und Bewältigungskonzepte.

Der zweite Tag begann mit einer Gruppenarbeit zu den Fragestellungen: Was benötige ich zum Leben? Wie bin ich glücklich? Was stärkt mich? Was sind für mich die wichtigsten Dinge des Lebens? Dazu wurden Pyramiden des Lebens gemalt mit den Aspekten des Lebens wie Gesundheit, Frieden, Freunde; Familie, eine Arbeit haben. Auf diese Weise sollte das eigene Selbstbewusstsein und die Selbstkompetenz gestärkt und die Teilnehmenden dazu angeregt werden, eigene Lebensziele und Ressourcen zu reflektieren und zu beschreiben. In der sich anschließenden Diskussion überlegten wir, was die Lebenspyramide ins Wanken bringen könnte und was in solchen Situationen wichtig und hilfreich sein kann.

Offener Austausch mit Betroffenen

Von zentraler Bedeutung war das Gespräch mit einem Betroffenen der Initiative der Psychiatrie-Erfahrenen und einer Angehörigen

der Aktionsgemeinschaft der Angehörigen, die die vielen Fragen mit großer Offenheit beantworteten. Dabei ging es vor allem um das subjektive Erleben von psychischen Erkrankungen aus Betroffenen- und Angehörigen-sicht und um Erfahrungen, was jeweils im Umgang mit psychiatrischen Krisen als hilfreich oder eher als hinderlich erlebt wird. Nicht die Defizite der Krankheit standen im Vordergrund, sondern die Erfahrung der Verschiedenheit von Lebenswegen, die Sinnhaftigkeit scheinbar verrückten Erlebens und Verhaltens sowie die Fähigkeiten und Ressourcen der Fremd- und Selbsthilfe. Am Abend gab es Gelegenheit zu Begegnungen in einer von Bürgerhelfern organisierten Kontaktgruppe für psychisch erkrankte Menschen. Eindrücklich war dabei die entspannte Atmosphäre sowie die Unbefangenheit und Offenheit, mit der beide Seiten nach kurzer Zeit auf einander zuzingen. Am dritten Tag wurden in kleinen Gruppen Besuche in zwei psychiatrischen Kliniken und einem Sozialpsychiatrischen Dienst angeboten. Die Mitarbeiter/innen stellten ihre Einrichtungen vor und waren für alle Fragen offen. Ziel war dabei vor allem, einen Einblick in das Netz der psychiatrischen Versorgung zu vermitteln und Bilder von der „Klapse“ zurechtzurücken.

Projekt hilft, Vorurteile abzubauen

In einer Abschlussrunde wurden die vielen Eindrücke ausgetauscht, die drei Tage ausgewertet und ein Fazit gezogen. Es gab durchweg positive Rückmeldungen. Viele der Teilnehmenden betonten, dass sie ein anderes Bild von der Psychiatrie und psychisch kranken Menschen bekommen hätten und gute Erfahrungen fürs Leben gesammelt hätten. Das Projekt würde helfen, Vorurteile abzubauen und Offenheit und Sensibilität für psychische Erkrankungen fördern. Darüber hinaus würden sie allen Schülerinnen und Schülern vor allem von 10. und 11. Klassen sehr empfehlen, an einem solchen Projekt teilzunehmen.

Vertrauensverhältnis nicht trüben

Partnerschaft von Ehrenamtlichen und Psychiatrie-erfahrenen in Gefahr / Ein Leserbrief

In unserer Ausgabe 2/2002 hatte Ursula Zingler unter der Überschrift „Partizipation heißt ernst genommen werden“ die Arbeit der ehrenamtlichen Patientenfürsprecher beleuchtet. Zu diesem Artikel haben wir nach dem Leserbrief von Siegfried Bürk (Kerbe 1/2003) jetzt einen weiteren erhalten, den wir nachfolgend im Wortlaut veröffentlichen.

„Über die Entwicklung der Partizipation bzw. der Mitarbeit der Psychiatrie-Erfahrenen in den sozialpolitischen Arbeitsgremien kann nicht genug berichtet werden. Vieles ist noch zu tun. Einiges hat sich schon verwirklichen lassen, denke ich, so wie auch hier in Tübingen, wo wir im Kleinen von Zusammenarbeit in der PSAG sprechen können. Dass dabei das gegenseitige Ernstnehmen oberstes Gebot bleiben muss, sollte immer wieder ins Bewusstsein der Beteiligten gerufen werden.

Nun haben Sie unter diesem Thema in Ihrem Artikel (Kerbe 4/2002) die Arbeit der ehrenamtlichen Patientenfürsprecher unter die Lupe genommen. Herr Bürk, der Sprecher der baden-württembergischen Patientenfürsprecher, hat auf Ihre Kritik schon geantwortet und die rechtliche und konzeptionelle Seite dieser Arbeit, die Sie ja mitinitiierten, ausführlich beschrieben. Auch hat er sich dagegen verwahrt, dass die Patientenfürsprecher die Anliegen der Betroffenen nicht ernst nähmen. Eine Kritik müsste übrigens – wenn schon – dringend im großen Gremium in Stuttgart diskutiert und nicht nur unter anderem in einer Fachzeitschrift erwähnt werden.

Mir geht es jedoch noch um etwas anderes. Auch wenn Ihre Kritik speziell die Patientenfürsprecher meint, trifft sie doch den ganzen Bereich des Ehrenamts in der Sozialpsychiatrie. Wie Sie wissen, konnten die Ziele der Psychiatriereform, vor allem im ambulanten Bereich, zu einem guten Teil durch ehrenamtliches

Engagement verwirklicht werden. Bis heute gibt es in jedem größeren Ort neben ausgezeichneten professionellen Hilfsdiensten Begegnungsstätten, in denen Partnerschaft zwischen Psychiatrie-erfahrenen und Ehrenamtlichen gelebt wird. Ich habe Sorge, dass dieses langgewachsene Vertrauensverhältnis zwischen Ehrenamtlichen und Psychiatrie-erfahrenen getrübt werden könnte, wenn Sie die ehrenamtliche Arbeit der Patientenfürsprecher einer quasi professionellen Qualitätskontrolle unterziehen. Wie Sie sagen, diese Arbeit steht und fällt mit dem gegenseitigen Ernstnehmen. In nun bald dreißig Jahren ist die Zusammenarbeit von Psychiatrie-erfahrenen und Ehrenamtlichen davon geprägt. Es wäre bedauerlich, wenn von Ihrer Seite aus Misstrauen gesät würde.“

Rotraut Fichtner, für die Patientenfürsprecher-Gruppe Tübingen und die Tübinger Hilfgemeinschaft „Die Klinik“ e.V.

Das Wissen
der Beteiligten nutzen

Soziale Aufgaben
gemeinsam bewältigen

Hilfe zur Selbsthilfe

t r a n s f e r

unternehmen für
soziale innovationen

Individuelle Hilfeplanung in der psychiatrischen Versorgung

- für Ihre Versorgungsregion
Einrichtungs- und träger-
übergreifende Workshops
zur Implementierung
- für Ihre Einrichtung
 - hausinterne Schulungen
 - hausinterne Schulungen mit
Praxisbegleitung
 - Ausbildung von Multiplikatoren

transfer-unternehmen für soziale innovation
Thomas Schmitt-Schäfer

Grabenstraße 21, 54516 Wittlich
Fon: 06571-96343 · Fax: 06571-96345
mail@transfer-net.de

www.transfer-net.de

Wettbewerb: Psychiatrie-Erfahrene stellen aus

„ZEIGE DEINE WUNDE – Bilder aus den Wahlkreisen“ heißt eine Ausstellung, bei der Psychiatrie-Erfahrene im Anschluss an einen Wettbewerb ihre Exponate ausstellen. Initiator ist der Beauftragte der Bundesregierung für die Belange behinderter Menschen, Karl Hermann Haack. „Das Jahr 2003 wurde durch den Rat der Europäischen Union zum Europäischen Jahr der Menschen mit Behinderungen ausgewählt“, so Haack. „Aus diesem Anlass möchte ich für den Personenkreis der Psychiatrieerfahrenen im Kleisthaus – meinem Dienstsitz – und später auch an anderen Orten die Gelegenheit schaffen, ihre Bilder ausstellen zu können.“ Die Bilder für die Ausstellung werden im Rahmen einer Ausschreibung mit Stichtag 15. April ausgewählt. Der Titel der Ausstellung bringe unterschiedliche Lebensbereiche in einen Zusammenhang. Kunst von Menschen mit Psychiatrieerfahrungen sei oft Ausdruck persönlicher Verletzungen. Psychiatrieerfahrene Menschen, die künstlerisch tätig sind, lebten in ganz Deutschland, in allen Wahlkreisen. „Ziel des Projektes ist es, dass am Ende aus vielen Wahlkreisen Künstlerinnen und Künstler in der Ausstellung vertreten sind und dass viele Mitglieder des Deutschen Bundestages diese Ausstellung – und darüber hinaus die Anliegen von psychiatrieerfahrenen Menschen auf den unterschiedlichen Ebenen – in Zukunft noch stärker unterstützen“. Weitere Informationen: <http://www.behindertenbeauftragter.de/veranstaltungen/kunstwettbewerb2003>

Datenbank berufliche Bildung im Aufbau

Zur Unterstützung der Vernetzungsarbeit organisiert „aktionbildung“ jetzt eine Datenbank der beruflichen Bildung in Werkstätten für behinderte Menschen. Dabei handelt es sich um ein Projekt unter der Federführung des Bundesverbands Evangelische Behindertenhilfe. Es wird vom Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung sowie aus

Eigenmitteln der Fachverbände finanziert. In der Datenbank werden Methoden und Materialien aufgeführt, die den verschiedenen Lernanforderungen von Menschen mit Behinderungen zugeordnet sind. Es werden Bildungskonzepte aufgezeigt und beschrieben. Die Datenbank beinhaltet darüber hinaus einen Medienpool, der laufend ergänzt wird. Weitere Informationen: „aktionbildung“, Postfach 1144, 55001 Mainz, info@aktionbildung.de

Gute Noten für Fortbildung

Gute Noten hat die PPQ-Multiplikatorenweiterbildung der GFO Nord bekommen. Als „sehr empfehlenswert“ bezeichneten sie die Fortbildung zum Thema Transfer von Pro Psychiatrie Qualität in die Praxis. In fünf Weiterbildungseinheiten waren Führungskräfte und Qualitätsbeauftragte mit den Grundlagen von Qualitätsmanagement vertraut gemacht worden. Die Fortbildung wird auch in diesem Jahr wieder angeboten. Weitere Informationen: nicklaus@gfo-diakonie.de

Neu:

Fortbildungslehrgang »Leitung und Koordination von sozialpsychiatrischen Wohnformen« in Köln

Die DGSP bietet ab **September 2003** den o. g. neuen Fortbildungslehrgang an. Dieses Angebot richtet sich an Mitarbeiter/innen von sozialpsychiatrischen Wohnformen, die bereits eine Leitungsfunktion wahrnehmen oder diese anstreben.

Die Fortbildung bietet den Teilnehmenden die Möglichkeit, sich eine Führungs- und Leitungskompetenz anzueignen, die sich durch eine zukunftsorientierte, effektive und hochwertige Qualität im Versorgungsangebot Wohnen auszeichnet.

Der zeitliche Umfang umfasst 612 Stunden in 2 Jahren. Die Fortbildung ist für Interessent/innen aus dem gesamten Bundesgebiet offen.

Weitere Informationen: DGSP-Geschäftsstelle, Richard Suhre, Zeltinger Str. 9, 50969 Köln, Tel. (0221) 51 10 02, Fax (0221) 52 99 03, E-Mail: dgsp@netcologne.de

Impressum

Herausgeber und Redaktionsadresse:

Bundesverband Evangelische Behindertenhilfe (BEB), Postfach 101142, 70010 Stuttgart, E-Mail: kerbe@beb-ev.de

Redaktion:

Prof. Dr. Jürgen Armbruster (Redaktionsleitung), Stuttgart; Helmuth Beutel, Stuttgart; Doris Biedermann, Hamburg; Jürgen Bombosch, Düsseldorf; Gudrun Mahler, Nürnberg; Dr. Ulrich Müller, Düsseldorf; Dr. Klaus Obert, Stuttgart; Helmut Urbaniak, Stuttgart; Wolfram Keppler (geschäftsführender Redakteur), Stuttgart

Verlag und Bestelladresse:

Verlag und Buchhandlung der Evangelischen Gesellschaft GmbH, Augustenstraße 124, 70197 Stuttgart, Telefon (07 11) 6 01 00-0

Adressenänderungen bitte unter regina.schuller@evangemeindeblatt.de

Bezugspreis:

Jahresabonnement für vier Hefte 21,50 Euro (einschließlich Versandkosten), ISSN 0724-5165

Anzeigen:

Anzeigengemeinschaft Süd, Augustenstraße 124, 70197 Stuttgart, Telefon (07 11) 6 01 00-41 (Frau Rössel), Fax -76.

E-Mail: kerbe@anzeigengemeinschaft.de Zurzeit gilt die Preisliste Nr. 19 vom 1. Januar 2002

Druck:

J.F. Steinkopf Druck GmbH, Stuttgart

Erscheinungstermine:

1. Februar, 1. Mai, 1. August, 1. November



Diakonie

Brennpunkte in der Psychiatrie

8. bis 10. Mai 2003
Hamburg

heißt das Thema des Forums Rehabilitation im CCH Congress Centrum Hamburg. Veranstalter ist der Verein zur wissenschaftlichen Durchführung von Kongressen im Bereich Psychiatrie, Psychologie und Neurologie e.V.

Psychotherapie auch bei Psychosen

26. September 2003
Koblenz

Eintägige Veranstaltung des Landesverbands Psychiatrie-Erfahrener Rheinland-Pfalz e.V. unter der Schirmherrschaft von Roswitha Beck. Informationen beim Veranstalter, Gratianstr.7, 54294 Trier

Brennpunkt Psychotherapie

5. bis 9. März 2004
Berlin

15. Kongress für Klinische Psychologie, Psychotherapie und Beratung. Weitere Informationen: DGVT, Neckarhalde 55, 72070 Tübingen, dgvt@dgvt.de

Systemisches Arbeiten in der Psychiatrie/Sozialpsychiatrie

23. – 24.6. 2003
(Infoveranstaltung)
Stuttgart

Achtteilige Sozialpsychiatrische Zusatzqualifikation 2003 bis 2005. Berufsbegleitende Weiterbildung zur Förderung der fachlich-methodischen, personalen und sozialen Kompetenzen – Erarbeitung einer systemisch fundierten sozialpsychiatrischen Grundhaltung und Beratungskompetenz. Auseinandersetzung mit den Aufgaben eines personenzentrierten, regionalen, sozialpsychiatrischen Hilfesystems. Information und Anmeldung: GFO Nord (siehe rechte Spalte)

Förderlicher Umgang mit Belastungen

26.7. bis 1.8.2003
Waldfischbach

Sechstägiges Seminar „Seelische Gesundheit“ zum Thema „Förderlicher Umgang mit Stressbelastungen, Persönliche Weiterentwicklung“ in der Bildungsstätte Maria Rosenberg bei Kaiserslautern. Angebote für alle Altersgruppen. Inhalte: Gesprächsgruppen auf Basis der klientenzentrierten Beratung und Psychotherapie des amerikanischen Psychologen Carl Rogers,

3. bis 5. Juni 2003
Kassel

29.9. – 1.10. 2003
Bergisch-Gladbach

7. bis 9. Mai
Freiburg

2. bis 3. Juni 2003
Stuttgart

Entspannung und Gesunderhaltung, Themengruppen. Ziele: Verminderung von Alltagsstress, Hilfe bei Schicksalsschlägen, Vorbereitung auf künftige Belastungen. Leitung: Psychotherapeut Professor Dr. Reinhard Tausch und Team.

Informationen: Helmuth Beutel, Arnikastraße 33/1, 73733 Esslingen, Tel. 0711/3704 114, helmuth.beutel@arcor.de
Anmeldung: Sybille Jatzko, Görsbornstraße 3, 67706 Krickenbach, Telefon 06307 / 993006, Fax 993007

Personenzentrierte Hilfen – Praxis und Perspektiven

Jahrestagung der Aktion Psychisch Kranke

Informationen: Aktion Psychisch Kranke, Brungsgasse 4 – 6, 53117 Bonn, Tel: 0228/67 67 40, Fax: 0228/67 67 42, apk@netcologne.de

Fortbildung PPO

Pro Psychiatrie Qualität – Qualitätsmanagement in Sozialen Einrichtungen und Diensten in der Sozialpsychiatrie. Information und Anmeldung: GFO Fortbildungszentrum Nord, Friesenring 32/34, 48147 Münster, Telefon 0251/ 2709 396

76. Deutscher Fürsorgetag

„Zwischen Versorgung und Eigenverantwortung – Partizipation im Sozialstaat“ Information: Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge, Veranstaltungsmanagement, Am Stockborn 1-3, 60439 Frankfurt am Main, Tel.: (0 69) 9 58 07-2 28, E-Mail: dft@deutscher-verein.de

„Ich werde falsch behandelt“

Beschwerdemanagement in der Psychiatrie. Referenten: Joachim Schittenhelm und Inge Schöck. Information und Anmeldung: Deutsche Gesellschaft für Soziale Psychiatrie, Zeltinger Straße 9, 50939 Köln, Telefon 0221/511002 E-Mail: dgsp@netcologne.de

Termine

35

Kerbe 2/2003

Neuauflage der »Lexikon-Bibel«



Die Lexikon-Bibel
Gute Nachricht Übersetzung
mit Bildern und Erklärungen
17 x 23 cm, 1504 Seiten
mit 600 Abbildungen,
Fadenheftung, Kunstleder
mit Schutzumschlag
ISBN 3-438-01653-2
€(D) 60,00/€(A) 61,70/sFr 96,00

Aufschlagen, lesen, verstehen –
so macht Bibelstudium Freude.
Direkt neben dem Bibeltext in
der modernen und zuverlässigen
Übersetzung der Gute Nachricht
Bibel finden Sie Erläuterungen
zu einzelnen Worten oder Versen
sowie Fotos von biblischen Stätten
und Gegenständen. Damit wird
ohne jedes weitere Nachschlagen
klar, was im Bibeltext gemeint ist.
Für den größeren Überblick und
das nötige Hintergrundwissen
sorgen:

- kompakte Einführungen zu allen biblischen Büchern
- rund 100 farbige Sonderseiten zum geschichtlichen Hintergrund der Bibel
- zahlreiche Landkarten, Zeittafeln und Tabellen
- ausführliche Sacherklärungen zu wichtigen biblischen Begriffen
- Angaben zur unterschiedlichen Textüberlieferung einzelner Stellen
- Verzeichnis biblischer Namen und Themen

Nutzen Sie diese vielseitige und großzügig ausgestattete Bibelausgabe, um sich näher mit der Welt der Bibel vertraut zu machen oder anderen mit einem wertvollen Geschenk einen Zugang zur Bibel zu eröffnen.

Bibeltext: Revidierter Text der Gute Nachricht Bibel in der aktuellen durchgesehenen Fassung von 2000 in neuer Rechtschreibung.



Deutsche Bibelgesellschaft

Postfach 81 03 40, 70520 Stuttgart, Tel. 0711 7181-0, Fax 0711 7181-126
www.bibelgesellschaft.de