

Religiöse Bindung, psychiatrische Erkrankung und individuelle Freiheit

Mehrdisziplinäre Falldarstellung und Perspektiven der professionellen Psychiatrieseelsorge

Thomas Beelitz¹ und Georg Stamm²

„Für eine zivilisierte Welt braucht es beides, Gläubige und Skeptiker.“³

Zur Orientierung erscheint es hilfreich, das Thema⁴ buchstäblich als eine Zusammenstellung aus drei Stichwörtern, also als aus drei Variablen bestehend, wahrzunehmen: Die Variable „religiöse Bindung“ und die Variable „psychiatrische Erkrankung“ sowie die Variable „individuelle Freiheit“ erscheinen in der Überschrift nacheinander und lassen sich - logisch und idealtypisch - in sehr verschiedenen Kombinationen vorstellen. Sich das vorzustellen und einmal so oder in anderen Kombinationen zu probieren, erweitert den Horizont und kann behilflich sein, die jeweils eigene Perspektive zu klären. Noch im 19. Jahrhundert beispielsweise stimmten die „Somatiker“ unter den Psychiatern, unterschieden von den „Psychikern“ jener Zeit, mit den Seelsorgern darin überein: „[D]ie Seele als das Göttliche im Menschen könne nicht einfach erkranken“.⁵ Bis in die Gegenwart gibt es ein vielfältiges ungewolltes Zusammenwirken zwischen (den) Religion(en), Seelsorge und Psychiatrie, um ‚die Seele‘ aus den wirklich bedrängenden Lebenslagen herauszuhalten. Das sind dann Beispiele für kombinatorische Varianten, in denen die drei thematischen Stichwörter relativ locker einander zugeordnet und distanziert voneinander betrachtet werden.

Die aktuelle professionelle Psychiatrieseelsorge⁶ stellt hingegen mit ihrem pastoralpsychologischen Ansatz eine Möglichkeit dar, die genannten thematischen Variablen eng und kritisch aufeinander zu beziehen – also religiöse Bindung, psychiatrische Erkrankung

1 Pfarrer für Seelsorge im Krankenhaus, Vivantes Klinikum Hellersdorf, Berlin (thomas.beelitz@vivantes.de).

2 Psychiater-Psychotherapeut, Bereichsleiter der allgemeinspsychiatrischen Abteilung, Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik (Leitung: Prof. Dr. med. T. Wetterling), Vivantes Klinikum Hellersdorf, Berlin (georg.stamm@vivantes.de).

3 Menninger et al. 1977, 375. (Die Übersetzungen im Text stammen alle vom Verfasser TB.)

4 Beitrag zum Workshop „Religiöse Bindung, psychiatrische Erkrankung und individuelle Freiheit“ auf der Tagung „Vernetzung und individuelle Freiheit. Wie viel Netz braucht ein Mensch?“ zum zehnjährigen Jubiläum des Vereins für Psychiatrie und seelische Gesundheit e.V., 22. - 23. November 2013 in Berlin.

5 Mittelstraß 2010.

6 s. Beelitz 2013.

und individuelle Freiheit in relativ enger, aber kritischer Beziehung zueinander zu sehen. Im Hintergrund stehen dabei in der Pastoralpsychologie systematische Entscheidungen der protestantischen Theologie. Religiöse Bindung wird hier primär als Bindung Gottes an die Welt verstanden. So heißt es beispielsweise: „Gott hält es mit dem Menschen.“⁷ Er „ist einer, der sich bindet“⁸. „Die Behauptung der Freiheit des Christen setzt die tätige und leidende Präsenz Gottes im menschlichen Sein voraus.“⁹

Professionelle Seelsorge in der psychiatrischen Versorgung, so ist zunächst festzustellen, setzt den Erwerb einer fortgeschrittenen pastoralpsychologischen Kompetenz¹⁰ voraus. Ausgangspunkte für mögliche Interventionen professioneller Seelsorge, bieten *die Wahrnehmung, die Bewusstmachung und der Respekt*¹¹ gegenüber den Formen *religiöser/spiritueller Selbsthilfe auf Seite der Klienten*. Entsprechendes ist auch aus der „Charta der Rechte hilfe- und pflegebedürftiger Menschen“ der deutschen Bundesministerien¹² abzuleiten. Die dafür notwendige Kompetenz, nicht die eigene Konfessionalität oder eine Religionszugehörigkeit, ist das Entscheidende auf Seiten der Seelsorgenden. Nur was folgt daraus?! Zumindest so viel ist deutlich und nüchtern festzustellen: Anders als der weit verbreitete Konsens gerne meint, sind Religion und Spiritualität nicht ohne weiteres als solche zu identifizieren.¹³ Religiöse soziale Bindungen und religiöse Inhalte im Erleben lassen keinen unmittelbaren Rückschluss auf die Religiosität der Betroffenen zu. Ein ‚spiritueller Interventionismus‘ oder Missionierungen sind gänzlich unangemessen. Religion und Spiritualität können nützen oder schaden, manchmal beides gleichzeitig. Religion und Spiritualität sind nicht automatisch positiv zu bewerten. Auch Religion wird krank.¹⁴ Religiöse, spirituelle und existentielle Themen erscheinen jeweils kontextualisiert. Ihre aktuelle Selbst-Darstellung unterliegt dem geschichtlichen Wandel. Eine fehlende religiöse Bindung bedeutet nicht, dass von den Betroffenen keine religiösen bzw. spirituellen Kämpfe ausgetragen werden. Für Letzteres, ein eher unbekanntes Feld, bietet der folgende Fall aus der stationären Versorgung, der zunächst aus psychiatrischer, dann aus seelsorglicher Sicht beschrieben wird, ein Beispiel. Dabei zeigt die Erfahrung aus der professionellen Seelsorge: „In den Bereichen psychiatrischer

7 Barth 1951, 382.

8 Niebuhr 1989, 103.

9 Jüngel 1978, 90.

10 s. <http://www.pastoralpsychologie.de>.

11 In Großbritannien wird von staatlicher Seite angesichts der gesellschaftlichen Wertpluralität der Dreischritt: *Recognition – Raising Awareness – Respect* empfohlen (s. National Institute for Mental Health in England [NIMHE] Values Framework, zit. Fulford 2010, 51).

12 BmFSFJ/BmG 2006.

13 s. Kittelberger 2008, 563; Colpe 1990, 13.

14 s. Oates 1973.

Versorgung ist es entscheidend, bereit zu sein, auf Atheismus, Agnostizismus und den säkularen Humanismus zu hören und von ihnen zu lernen.“¹⁵

1. Falldarstellung aus ärztlich-psychiatrischer Perspektive

Ein in unserem Hause von zwei früheren Behandlungen bereits bekannter Patient – Herr P.¹⁶ – wurde nun wegen einer mäßiggradigen Alkoholintoxikation bei fünftägiger Trinkphase nach Trinkrückfall und wegen Erregungszustand mit Suizidandrohung notfallmäßig aufgenommen, nachdem er von der Feuerwehr in Begleitung des Sohnes, der diese informiert hatte, sowie in Begleitung der Polizei zugeführt worden war. Die Aufnahme musste direkt auf einer geschlossen geführten allgemein-psychiatrischen Station erfolgen, da Herr P. massiv schrie, psychomotorisch unruhig war, andauernd Anstalten machte, der Feuerwehr und der Polizei „zu entkommen“, dabei überaus theatralisch wirkend schrie, dass er sich auf jeden Fall umbringen wolle, vor einen Zug springen werde oder sich am Baum aufhängen müsse, alles sei ihm egal. Seit dem Tod seiner wahrscheinlich psychotisch erkrankten Ehefrau vor acht Jahren, indem sie sich im Beisein von Kindern und Ehemann, also unserem Patienten, „regelrecht vor unseren Augen“ (wie Herr P. es beschrieb¹⁷) aus dem Fenster gestürzt hatte, habe er Alpträume, in denen er wiederholt den Sprung erlebe. Auch tagsüber habe er immer wieder phasenweise diese Bilder „vor Augen“.

Der sehr adipöse und ungepflegt wirkende Patient, sichtlich vom „Absturz in seinen Alkoholexzess“ gezeichnet, wirkt sehr aufgesetzt, ist hochgradig erregt und dabei nicht wirklich nachvollziehbar in keiner Weise zu beruhigen – atmosphärisch vermittelt sich ein sehr demonstriertes, mehr und mehr in eine Sackgasse geratendes exaltes Verhalten wie nach dem Motto: „The show must go on!“. Auch die Alpträume, Flashbacks und Intrusionen mit dem optisch-szenischen Inhalt des Todessprunges seiner Frau wirken eher theatralisch und klischeehaft vorgetragen, in der Vorstellungssituation auch wie etwas instrumentell eingebracht, was an wiederholte ähnliche Situationen anderer alkoholkranker (aber selbstverständlich bei weitem nicht nur solcher) Patienten, die sich spontan von Polizei oder/und Feuerwehr in die Klinik bringen lassen, erinnert.

Nicht selten werden in unserem Haus von alkoholkranken Patienten suizidale Narrative vorgebracht und/oder z.B. halluzinatorische Erlebnisweisen – oft dann sehr klischeehaft – geschildert, um hierdurch z.B. die Aufnahme mit Nachdruck einzufordern oder/und um dann aber nicht in der Suchtabteilung – mit befürchtetem Rauchverbot und Bettruhe während der

15 Egger et al. 2009, 203.

16 Ärztlichen Diagnosen: Anpassungsstörung F 43.2; Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol: Akute Intoxikation [akuter Rausch] F 10.0; Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol: Abhängigkeitssyndrom F 10.2; Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol: Entzugssyndrom F 10.3; Hypothyreose, nicht näher bezeichnet E 03.9; Essentielle Hypertonie, nicht näher bezeichnet: Ohne Angabe einer hypertensiven Krise I 10.90.

17 s. aber die Darstellung im zweiten Gespräch mit dem Seelsorger: „hinter dem Rücken aller“!

Entzugsbehandlung –, sondern in der häufig als „bunter, chaotischer“ erlebten „richtigen Klappsmühle“ aufgenommen zu werden, bisweilen im Sinne einer psychopathologischen Selbststigmatisierung mit Ablenkung von dem Stigma „Alkoholiker“ und eventuell mit zusätzlichem sekundärem Krankheitsgewinn. Dabei sind dann optische Halluzinationen immer ‚recht beliebt‘!¹⁸ Sind es die berühmten „weißen Mäuse“, handelt es sich um ein Delir und man bekommt vielleicht mehr Entzugsmedikamente und spürt den Entzug nicht so sehr; sind es dagegen „Geheimagenten“, „Teufelchen“ oder „schattenhafte Geister mit grün leuchtenden Augen“, dann gilt man als schizophran und kann länger in der Klinik bleiben, also nicht nur die in Berlin durchschnittlich sieben Tage beim „banalen Alkoholentzug“; oder sind es gar optisch-szenische Reinszinierungen früherer Traumata „oder so ähnlich ...“ dann kriegt man eigentlich ganz schnell eine posttraumatische Belastungsstörung¹⁹ von den Docs ... oder war’s „das Borderline“ ... oder war’s „Burnout“ – egal! Jedenfalls ist man dann sogar gleichzeitig auch wieder entstigmatisiert, also nicht „Alki“ oder „Irrer“, sondern ein „Opfer“!

Der Beginn der Krankenhausbehandlung bei Herrn P. erfolgt zur Suizidprophylaxe auf einer geschlossen geführten allgemein-psychiatrischen Station, der Behandlungsbeginn muss unter Bedingungen einer 5-Punkt-Fixierung am Bett erfolgen. Mit Sinken der Blutalkoholkonzentration entwickelt sich eine zunehmende vegetative Alkoholentzugssymptomatik mit Bluthochdruck, Pulsbeschleunigung, starkem Schwitzen und schließlichem Zittern am ganzen Körper (Ganzkörpertremor). Nachdem die Erregung abgeklungen ist und Herr P. defixiert werden kann, verhält er sich weiterhin in einer sehr verstimzten Art und Weise fordernd und despektierlich bis abwertend; dementsprechend geht das Pflegepersonal auf Distanz. Hierunter wird Herr P. im Wechsel zu seinen vorwürfigen und fordernden Gereiztheiten auch klagsam, wobei auch hier wiederum eine theatralische und manipulative, ja dirigierende Note nicht zu übersehen ist. Die medikamentöse Behandlung der Alkoholentzugssymptomatik erweist sich im weiteren Verlauf als unzureichend. Schließlich muss in der gespannten Situation - „nörgelnder Problempatient“, „typischer Alkoholiker“, der in seinem Suchtverhalten auch noch den Tod seiner Ehefrau „zum Manipulieren missbraucht“ und „pseudopsychotischen Quatsch erzählt“, „der will doch nur ‚ne PTBS“ etc., so sehen es die Einen – „ruppigiges Pflegepersonal“, „abgebrühte Irrenärzte“, „zu wenig Entzugsmedikamente als Bestrafung“ etc., so sieht es der Patient – inter- und supervisorisch etwas geschlichtet werden. Der Patient wird daraufhin auf ein anderes Präparat umgestellt, erhält in Kombination ein zusätzliches Präparat, so dass medikamentös gewissermaßen ein doppeltes Entgiftungsregime angesetzt wird. Hierunter ist Herr P. rasch entspannter, wirkt besänftigt, regelrecht versöhnlich, bedankt sich überbordend und lässt dann deutlich authentischere Gefühlsregungen zu. Unter anderem schildert er, mit zurückliegenden psychotherapeutischen Behandlungen im Zusammenhang mit seiner Suchterkrankung als auch im Zusammenhang mit dem Todesfall seiner Ehefrau und den daraus entstandenen zahlreichen

18 Hier folgt im gewendeten Sinn eine ‚Unterscheidung der Geister‘ (discrimen spirituum), auf die abschließend zurückzukommen sein wird.

19 Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) bzw. posttraumatische Stressstörung / posttraumatic stress disorder (PTSD).

familiären Problemen bislang nicht zufrieden zu sein, weswegen er supportiven Einzelgesprächen zur psychotherapeutischen Krisenintervention durch die Psychologin unserer Station skeptisch gegenüber stehe. Er habe eigentlich „die Nase von psychiatrischen Kliniken und Psychotherapeuten voll“. Daraufhin schlagen wir ihm die Vermittlung eines Kontaktes zum Seelsorger unserer Klinik vor, was er annimmt.

Der weitere Behandlungsverlauf gestaltet sich dann unkompliziert, nochmals müssen Medikamente geändert werden, weil sich deutliche Atembeschwerden einstellen, die durch etwaige Nebenwirkungen eines Präparates hätten verstärkt werden können. Der Patient hatte sich wohl in der Auseinandersetzung mit Feuerwehr und Polizei eine Rippenfraktur zugezogen, vielleicht auch durch einen Sturz im alkoholisierten Zustand in der Häuslichkeit. In der Folge wird der Patient rasch immer annehmbarer für Pflegepersonal und behandelnde StationsärztInnen. Allerdings lehnt er eine Verlegung in eine suchtspezifische oder auch in eine psychotherapeutische Tagesklinik ab. Die von Herrn P. initial geschilderten optisch-visuellen Intrusionen wurden von ihm selbst ausgehend nicht mehr, auf Nachfrage ärztlicherseits nur noch schamhaft und unwillig, dabei oft in sich widersprüchlich thematisiert; letzteres könnte man wiederum als für die PTBS typisches Vermeidungsverhalten werten. Wir werteten sie nicht als Halluzinieren im Rahmen eines Alkoholentzugsdelirs (Delirium tremens). Eine PTBS konnten wir angesichts der grell im Vordergrund stehenden Alkoholentzugssymptomatik und des ebenso grellen initialen Erregungszustandes im Alkoholrausch während des insgesamt relativ kurzen stationären Aufenthaltes von 21 Tagen nicht fundiert und sorgfältig genug stellen, jedenfalls wurde das Syndrom der PTBS nicht voll erfüllt und die langjährige Alkoholabstinenz vor dem aktuellen Trinkrückfall würde dagegen sprechen, dass durch Selbstmedikation mittels Alkohol sich das Vollbild der PTBS nicht hätte ausprägen können (sondern gewissermaßen kupiert worden wäre). Vielleicht hatte der Patient auch überaus theatralisch in paradox-schambedingter Weise übertrieben, so dass vor einer zu schnellen bzw. nochmaligen, ja noch mehr forcierten Psychiatrisierung²⁰ – oder sollte man eher sagen: Psychotherapeutisierung bzw. Psychotraumatologisierung²¹ – zunächst der Weg des seelsorglichen Dialogs gesucht wurde, anstatt in ‚psycho-professionell‘ fokussierender, also professionell deformierender und damit womöglich einengender Weise die Freiheitsgrade der Lebensbewältigung einzuschränken.

20 s.o.: Er habe eigentlich die Nase voll von psychiatrischen Kliniken und Psychotherapeuten. Konnte Herr P. als ‚austherapiert‘ gelten? War tatsächlich das ganze Arsenal psychotherapeutischer und psychotraumatologischer High-tech verschossen? Ab wann aber würde eine eventuelle Verschlimmbesserung durch nochmalige oder/und noch mehr Psychotherapie und Psychotraumatologie beginnen?

21 Oder muss man gar von einer neuro-reduktionistischen ‚Amygdaloidisierung‘ sprechen? - Die (bio-)psycho-traumatologisch und (neuro-)psychiatrisch versierten LeserInnen werden erraten, welche Komplexitätsreduktion – geradezu implosiv in die Amygdala hinein – hier begriffsschöpferisch in kritischer Absicht persifliert wird.

2. Fallschilderung aus Sicht des Psychiatrieseelsorgers

Die Sozialarbeiterin wendet sich an den Psychiatrieseelsorger mit der Bitte um „Weiterbehandlung“. Die Berichte des Patienten aus seinem Leben sowie das jüngst erlebte Weiterbildungsangebot für die psychiatrischen Dienste der Klinik seitens des Seelsorgers werden als Grundlage zitiert.

Herr P., 48 Jahre alt, hat drei erwachsene Kinder. Seine Frau hat sich vor 8 Jahren in Anwesenheit aller das Leben genommen; sie war langjährig psychisch erkrankt. Es ist die Rede von Schizophrenie. Herr P. beschreibt sich in den Kontakten mit dem Seelsorger wiederholt als atheistisch; seine Frau war über Jahre stark spirituell unterwegs. Die Art ihrer religiösen Bindungen bleibt unklar. Sie hatte wiederholt gesagt, sie wolle lieber mit der Familie im Jenseits leben. Herr P. berichtet, seine tote Ehefrau erscheint ihm immer wieder in Alpträumen. Dies habe ihn, nun zu erneutem exzessivem Alkoholtrinken gebracht. Er sei Jahre trocken gewesen. So ist er auf die geschlossene Station gekommen. Der Erstkontakt findet statt zwischen dramatischen Entgiftungsmaßnahmen und den Überlegungen, ob und wie Herrn P. jetzt therapeutische Hilfe angeboten werden kann.

Vieles kommt bei der ersten Kontaktaufnahme mit Herrn P. zusammen, erscheint verworren und wird vom Seelsorger als leicht und schwierig zugleich erlebt: Herr P. erwartet aufgrund der Absprache mit der Sozialarbeiterin schon den Besuch des Seelsorgers – er verwechselt den Seelsorger zunächst mit seinem Sohn, dessen Besuch er ganz unmittelbar erwartet - er kommt aus dem Raucherzimmer der Station – er ‚liegt‘ in einem 5-Bettzimmer – es gibt auf der Station kein extra Besprechungszimmer, wohin wir uns spontan zurückziehen könnten - die erste Kontaktaufnahme im Aufenthaltsraum irritiert einen Mitpatienten stark, der diesen Gesprächsversuch mit seinen eigenen Anliegen wiederholt unterbricht – das Ausweichen und der gemeinsame Rückzug in die Flur Ecke der Station gelingt - der erwartete Sohn kommt schließlich noch dazu, so dass wir am Ende dann zu dritt in der Ecke sitzen...

„Wobei kann ich Ihnen denn behilflich sein?“ Das aktive Annehmen des aktuell chaotischen Settings durch den Seelsorger scheint die Konzentration des Patienten auf sein eigenes zentrales Anliegen mit zu ermöglichen. Überraschenderweise signalisiert Herr P. bereits zu Beginn der ersten Kontaktaufnahme, was für eine große Erleichterung es damals für ihn war, als sich seine Frau das Leben genommen hatte: „Mir fiel ein Stein vom Herzen!“ Herr P. fängt an zu weinen – später behauptet er, er hätte seit seinem 5. Lebensjahr nicht mehr geweint. Nach einer langen Missbrauchsgeschichte in der Herkunftsfamilie, wie er andeutet, verfügt Herr P. über wiederholte Therapieerfahrungen. Diese hätten ihn aber nicht von seiner alptraumartigen Verfolgung durch seine verstorbene Frau befreien können. Sehr direkt entstehen skeptische Fragen von Patientenseite: Ob das der Seelsorger könne?! Ob das denn gehe, da er doch atheistisch ist?! Es wird verabredet, dazu ein Gespräch in Ruhe ein paar Tage später zu führen. Der Termin wird in der Tagesliste der Station vermerkt.

Das Gespräch findet dann in seinem Patientenzimmer statt, inzwischen ein Zweibettzimmer. Der Zimmerpartner ist nicht da, informiert die Schwester bereits auf dem Flur. Herr P. wird von einer Mitpatientin aus dem Raucherzimmer geholt. Alle scheinen den Seelsorger zu erwarten. Herr P. erzählt, dass er nach dem Erstkontakt noch weitergeweint habe, vor seinen Angehörigen und bei seinem Zimmerpartner. Er wundert sich, dass das ging. Er habe ein großes Redebedürfnis gehabt. Die bestürzende Schilderung seiner emotionalen Lage beim Tod seiner Frau und sein aufbrechendes Weinen bleiben aber durch den Seelsorger zunächst unkommentiert.

Auf Nachfrage schildert Herr P. die sich wiederholende Alptraum-Situation: Er streitet sich mit seiner Frau; sie macht ihn fertig, wünscht ihn zur Hölle; dann geht sie, lässt ihn stehen. Er wacht desorientiert auf, findet sich in Panik im Wohnzimmer vor, nicht im Bett, sucht nach seiner Frau und seinen Kindern. Nur die Kinder findet er in der Wohnung. Der Seelsorger schlägt ihm vor, seine Frau bei der nächsten Kontaktaufnahme zu fragen, was das denn soll!?! Obwohl er sie damals zur Zeit ihrer psychischen Erkrankung 20- bis 30-mal, wie er sagt, in diese selbe psychiatrische Klinik gebracht hatte, träumt er hier jetzt nicht von ihr.

Herr P. beschreibt auf Nachfrage den Suizid seiner Frau: Sie sprang aus dem Fenster im 5. Stock bei voller Wohnung – hinter dem Rücken aller. Das war kurz vor der Jugendweihe des mittleren Kindes. Zwei Stunden hat sie bewusstlos überlebt. „Was machst Du denn wieder für ´ne Scheiße“, habe Herr P. zu ihr als Letztes unten auf dem Gehweg gesagt - und schämt sich noch aktuell für diese Äußerung. Was seine letzten Worte an Sie eigentlich hätten sein wollen, kann er, vom Seelsorger danach gefragt, in diesem Gespräch noch nicht sagen. Er scheint, die heftigen Emotionen zu fürchten. Über die als horrend charakterisierten eigenen Missbrauchsgeschichten („Das können Sie sich gar nicht vorstellen!“) verabreden wir, nicht zu reden.

Offenbar hat er mit psychiatrischer Hilfe lernen können, mit den langjährigen Alpträumen zu seiner Herkunftsfamilie anders umzugehen: Er gibt jetzt die Befehle im Traum, sagt er. Damit geht es ihm besser. Den Hinweis des Seelsorgers zum Umgang mit seiner ihn verfolgenden verstorbenen Frau versteht er analog. Obwohl er sich, wie er sagt, dabei vorkomme wie in einem Gespensterfilm. Vor einiger Zeit noch hätte er einen Seelsorger total abgelehnt mit diesem idiotischen Gruselquatsch, stellt er fest. Die Versicherung seitens des Seelsorgers an den Patienten, er brauche sich mit ihm um seine atheistische Seite keine Sorge zu machen, beantwortet er Herr P. beschwichtigend: Sein Atheismus sei ein ziemlich fester! Aber vielleicht müsse er ihn ein wenig korrigieren, sinniert er eigentümlich bewegt.

Auf die abschließende Frage, was in dem Gespräch für ihn jetzt besonders hilfreich gewesen wäre, überlegt Herr P. spontan, er könne mal wieder zum Grab seiner Frau gehen. Er ist viele Jahre nicht mehr dort gewesen. Dort könne er schon mal das Gespräch mit ihr üben.

Ein weiteres Gespräch in der folgenden Woche wird verabredet. Er lässt sich eine Visitenkarte vom Seelsorger geben, um auch nach seiner Entlassung womöglich ein Gespräch verabreden zu können. Bereits Anfang der Woche drängt Herr P. darauf, einen neuen Gesprächstermin zu

verabreden. Das nächste Gespräch wird für Ende der Woche im Büro des Seelsorgers verabredet. Bei der kurzen zwischenzeitlichen Begegnung ist Herr P. sehr anhänglich, dankbar und wundert sich, dass der Seelsorger ihn so habe verwirren können. Aber er wisse auch gar nicht mehr, worüber er mit dem Seelsorger gesprochen hat. Das Gespräch wird für Ende der Woche verabredet. Der Termin wird mit der Station abgestimmt.

Das Gespräch im Büro nutzt Herr P. direkt dazu, um vom Seelsorger zu erfahren, wie er mit seiner toten Frau auf dem Friedhof sprechen soll. Dabei irritiert ihn, dass er zwischen seiner Frau und ihrer Krankheit, die er ihren Dämon nennt, unterscheidet. Das erscheint wie eine überholte, von anderer Stelle übernommene Einsicht. Diese Trennung zwischen seiner Frau und der Krankheit aber lähmt ihn, wenn er sich vorzustellen versucht, die Auseinandersetzung mit ihr zu lernen. In einem vorgestellten Rollenspiel lernt er eine ambiguitätsfreundlichere Alternative kennen, nämlich seine Frau auf beiden Seiten wahrzunehmen – als Person mit der Erkrankung *und* als Person der eigenen Erkrankung gegenüber. Das erlaubt es ihm, sich mit ihr in seinen positiven Gefühlen für sie in der gemeinsamen Konfrontation mit ‚der Krankheit‘ (= ‚seine Frau als durch ihre Erkrankung verändert‘) zu verbünden. ‚Die Krankheit‘ hatte ihr trotz allem Widerstreben das Leben genommen und hat das Leben der Familie nachhaltig zerstört. In diesem Prozess beginnt er, eine verschüttete positive Seite an seiner Frau wieder wahrzunehmen: Sie hatte ihn gebeten, sich von ihr „wegen der Krankheit“, wie sie sich ausgedrückt habe, scheiden zu lassen. Gleichzeitig entdeckt er, er könne ja auch mal versuchen, mit seinen Kindern auch die positiven Erinnerungen der Familie zu teilen. Bisher habe er so etwas immer abgeblockt. Denn das Schlimme war schlimm genug; es war oft die Hölle. Dazu dann hatte die oben genannte Dämonisierung der Erkrankung gepasst, die jetzt ein Stück zurückgenommen werden konnte.

Etwas benommen von den Anregungen schwört er: „Jetzt geht es mir schon viel besser!“ Es wird verabredet, dass er sich selber meldet, wenn er ein weiteres Gespräch wünscht. Er wolle erst einmal zum Friedhof. Eines seiner Kinder hat sich schon für die Begleitung zum Friedhof interessiert. Eventuell wird er in der nächsten Woche entlassen, wenn die Medikamente abgesetzt werden. Mit einem Gruß an seine Kinder verabschiedet sich der Seelsorger.

3. Reflexionen aus Sicht der professionellen Psychiatrieseelsorge

In einem letztendlich kurzen Zeitraum zeigte sich, dass Herr P. durch die stationäre Unterbringung, den medikamentösen Entzug und durch verschiedene Gespräche zunehmend in die Lage gerät und bereit ist, Schritte zu gehen, um mit seinen mehrfachen alten und jüngeren seelischen Belastungen und vermiedenen Trauerprozessen ein Stück selbstbestimmter, also mit mehr eigener Urteilskraft und Entscheidungsfähigkeit²², leben zu können. Die Gespräche mit dem Seelsorger leisten dazu einen Beitrag. Das lässt sich als Zuwachs individueller Freiheit für Herrn P. und auch für alle Beteiligten verstehen.²³

22 vgl. Nida-Rümelin 2013.

23 vgl. <http://www.diakonie.de/02-2013-freiheits-und-schutzrechte-12087.html>

Die konsiliarische bzw. liaisonhafte Einbeziehung der professionellen Seelsorge ist in dem geschilderten Fall in mehrfacher Weise erkennbar angemessen und sinnvoll. Ein Teil der unverwechselbaren Kompetenzen professioneller Seelsorge ist gewiss das kritische Wissen um die Gemeinschaft der Lebenden und der Toten, wie dies in der eigenen und in anderen religiösen Traditionen erhalten ist.²⁴ Alle Aktivitäten von Klienten- oder Seelsorgeseite erscheinen im Horizont dieser Gemeinschaftsperspektive der ‚Gemeinschaft der Heiligen‘, erscheinen in dieser besonderen sozialpsychiatrischen Rahmung. Diese Rahmung allein schon, die jede/r an der spezifischen Rolle von Seelsorgenden in irgendeiner Weise mit wahrnimmt, macht in der Begegnung, zumal im Kontext psychiatrischer Versorgung, häufig einen entlastenden Unterschied aus - gerade wenn manches Erlebte sonst allzu gespenstisch erscheint. Für den Seelsorger im geschilderten Beispiel erwächst daraus eine spürbare Gelassenheit und, beflügelt durch eine systemische Herangehensweise („Respektlosigkeit gegenüber Ideen, Respekt gegenüber Menschen“²⁵), eine wahrnehmbare Respektlosigkeit gegenüber dem Problem ‚Die tote Ehefrau meldet sich wieder!‘ - im Unterschied zu dem selbstverständlich geforderten Respekt gegenüber den handelnden Personen. Fast von selbst und nebenbei entdecken der Klient und sein Familiensystem neue Formen des Umgangs mit sich, miteinander, mit eigenen Sinnfragen und mit der Verstorbenen.

Der persönliche, häufig besonders emotionale, Umgang auf Seite der Klienten mit den jeweils eigenen individuellen und gemeinschaftlichen geistig-seelischen Ressourcen ist der Zugang für professionelle Seelsorge. Manch ein eigenwilliger Aberglaube findet hier einen Ort und ein Gehör. Egal wie seltsam, hier ist der Anknüpfungspunkt für kompetente Seelsorge. So manches Mal entwickelt sich dabei das Gespräch über eine Haustiergeschichte. „In guter geistig-seelischer Begleitung [*spiritual care*] geht es nicht darum, ein Urteil über den Hund zu fällen. Vielmehr muss man sich die Zeit nehmen herauszufinden, was der Hund der Person bedeutet und wie diese besondere Beziehung auf eine gesundheitsfördernde Weise gestärkt werden kann.“²⁶ Oft macht bereits die direkte Validierung der spirituellen Selbsthilfe - *bis hin zu einem womöglich entschiedenen Agnostizismus oder Atheismus*²⁷ - den ausschlaggebenden Unterschied aus und initiiert den weiteren Beratungsprozess. Dabei wird das im Einzelnen differenzierende Urteil - ist das denn ein mögliches Erleben; ist das wahnhaft; ist das durch Substanzen induzierte Einbildung; ist das gut erfunden - in der seelsorglichen Beratung tatsächlich erst sekundär bedeutsam.

Die Verbindungen von seelischen Belastungen und Trauer, wie im geschilderten Fall, besonders wahrzunehmen, präsent und bearbeitbar werden zu lassen, gehört zu den spezifischen

24 s. Raphael 2013.

25 Schlippe et al. 1998, 122.

26 Robitaille 2012, 134.

27 s. van Praag 2010, 239ff.

Kompetenzen professioneller Seelsorge.²⁸ Im Alltag in der Psychiatrie bedeutet es einen grundlegenden Unterschied, ob in der Begleitung und Behandlung beispielsweise auf *Verlust*-Erfahrungen fokussiert wird, bzw. aktuell besser nicht, oder aber ob *das Verlieren* existentiell verstanden thematisiert werden darf bzw. unterdrückt werden muss. Das gilt gleichermaßen für andere existentielle Themen, wie etwa ‚Angst‘ oder ‚Unentschiedenheit‘. „Die grundlegenden Themen und Haltungen manifestieren sich nicht hauptsächlich *als Objekte* des Denkens, des Fühlens und Entscheidens (obwohl sie das auch werden können); sie drücken sich vielmehr *im* Denken, Fühlen und Handeln aus. Sie sind sozusagen im Ensemble von Denken, Fühlen und Handeln *verkörpert*.“²⁹

Der vorgestellte Fall belegt, dass die Perspektiven der modernen professionellen Psychiatrieseelsorge zum Thema, wenn man genauer hinsieht, zudem einige praktische Überraschungen bereithalten. Im Praxisbeispiel ist es alles andere als klar, wer, wie, wann, mit welchem Inhalt und zu welchem Zweck ‚religiöse Bindung‘, ‚psychiatrische Erkrankung‘ und ‚individuelle Freiheit‘ hat oder erstrebt. Der Patient, gegenwärtige und verstorbene Angehörige, die Seelsorgeperson, die psychiatrischen Dienste usw. – sie alle bestimmen den Fokus und das Feld³⁰, wo sich religiöse Bindung, psychiatrische Erkrankung und individuelle Freiheit in eigentümlichen Überlagerungen und auf mehrfache Weise konstituieren bzw. von allen Beteiligten konstruiert werden. Diese Komplexität in der Konstruktion der ‚Patientenwirklichkeit‘ gilt es festzustellen, in der praktischen Zusammenarbeit im Blick zu behalten und in der Begleitung bzw. für die Versorgung nutzbar zu machen. Zwingend geboten ist dabei eine transdisziplinäre Zusammenarbeit mit der und von Seiten der professionellen Psychiatrieseelsorge.³¹ Die Konzepte, mit denen wir in der Regel jeweils stattdessen auf allen Seiten operieren, sind in ihrer Einseitigkeit oft zutiefst irreführend. In vielfältiger Weise werden dabei für die Beteiligten Wirklichkeiten geleugnet, stillgelegt und entstellt. Auf allen Seiten werden Handlungsmöglichkeiten eingeschränkt und gehen verloren.³² Der ‚Tanz um das eigene goldene Kalb‘ führt dabei nicht selten zu gesundheitlichen Folgeschäden und lässt soziale Kosten steigen.

Auch Seelsorgende, gleich welcher religiösen Provenienz, sind tatsächlich keine ‚Heils-Bringer‘.

Zu der hier dargestellten engen Verbindung der Themen ‚religiöse Bindung‘, ‚psychiatrische Erkrankung‘ und ‚individuelle Freiheit‘ aus Sicht der Psychiatrieseelsorge passt, dass historisch betrachtet Freiheit als Thema in der westlichen philosophischen und theologischen Tradition

28 s. Serban 2012.

29 Glas 2007, 304; vgl. Robitaille 2012, 146.

30 s. Hiltner 1958, 57ff, 99f.

31 s. Barz 1991, 40 - 45; WPA 2005, # 9; Milstein et al. 2008; Gilbert 2008; Puchalski et al. 2009; Collins et al. 2012, 1 - 7, 23.

32 vgl. Gunderson/Cochrane 2012, 56.

durch das Erleben einer religiösen Bekehrung, also durch religiöse Neu-Bindung, auf die Tagesordnung kommt: von Paulus, einem zum Christentum konvertierten Juden, und von Augustinus, einem zum Christentum konvertierten Neuplatoniker. Durch diese beiden setzte sich im Westen das Erleben eines zwingenden Scheiterns der individuellen Freiheit verstanden als freier Wille – ‚*Der kann nicht so, wie er will!*‘ - als Thema auf die philosophische und theologische Agenda. In der antiken Philosophie vorher wird, Freiheit politisch verstanden und ist philosophisch kein Thema.³³ Menschliche Freiheit, so lässt sich sagen, ist eine „unfreie Freiheit, wir leben in Gegenwart von dem, was uns bestimmt“.³⁴ In aktueller psychiatrischer Lesart verdienen gerade auch Veränderungen im religiösen Bindungsverhalten sinnvollerweise manchmal die besondere klinische Aufmerksamkeit.³⁵

Zusammengefasst und prinzipiell besteht die Nützlichkeit professioneller Seelsorge in der psychiatrischen Versorgung insbesondere in drei Hinsichten, die in der vorgestellten Fallschilderung ebenfalls miteinander verschränkt realisiert werden:

1. Hilfen bei und Schutz vor spirituellem/religiösen Missbrauch und Selbstmissbrauch
2. Beiträge zur Unterscheidung der Geister (*discrimen spirituum*)
3. Stützende und transformative Impulse (*change of life management*)

Diese zusammenfassenden Perspektiven formulieren gleichzeitig den berufsethischen Anspruch von professioneller Psychiatrieseelsorge im Spannungsfeld von religiöser Bindung, psychiatrischer Erkrankung und individueller Freiheit. In diesem Spannungsfeld orientieren in der christlichen Tradition auch theologische Anthropologie und Ethik. „Obgleich es paradox wirkt, scheint es dennoch wahr zu sein, der wichtige Unterschied zwischen der Kirche und der Welt besteht darin, dass die Kirche weiß, dass sie ‚Welt‘ ist vor Gott, während die Welt das nicht weiß, sondern meint, sie könnte sein wie Gott.“³⁶ Die kritischen Perspektiven der professionellen Seelsorge tragen im konkreten Fall erleichternd bzw. befreiend dazu bei, so lässt sich aus christlich theologischer Perspektive sagen, „dem Gerangel der Gottheiten ein Ende [zu] machen“³⁷.

33 s. Arendt 1973, 146 u.ö.

34 Niebuhr 1989, 66.

35 s. DSM-V V62.89.

36 Niebuhr 1996, 72.

37 Niebuhr 1970, 126.

LITERATUR

American Psychiatric Association (Hrsg.), *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders - V*, Arlington 2013.

ARENDR, Hannah, *What Is Freedom?* In: ARENDR, Hannah, *Between Past and Future. Eight Exercises in Political Thought*, New York 1968/1973, 143 – 171.

BARTH, Karl, *Kirchliche Dogmatik, Bd. III/ 4 (Die Lehre von der Schöpfung)*, Zollikon – Zürich 1951.

BARZ, Helmut (Hrsg.), *Praktische Psychiatrie. Ein Lehrbuch für psychiatrisches Pflegepersonal (mit einem Geleitwort von Manfred Bleuler)*, 4. Auflage, Bern – Stuttgart – Toronto 1991.

BEEELITZ, Thomas, *Kulturen der Grenze. Seelsorge in der Psychiatrie als Herausforderung*, in: *Transformationen. Pastoralpsychologische Werkstattberichte 19 (2013) 3 – 62.*

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend/Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.), *Charta der Rechte hilfe- und pflegebedürftiger Menschen*, Berlin 2006.

COLLINS, Gregory B./CUMBERTSON, Thomas L., *Mental Illness and Psychiatric Treatment: A Guide for Pastoral Counselors*, New York – Abingdon 2003/2012.

COLPE, Carsten, *Über das Heilige. Versuch, seiner Verkennung kritisch vorzubeugen (Anton Hain; Nr. 3)*, Frankfurt am Main 1990.

Diakonie Deutschland – Evangelischer Bundesverband Evangelisches Werk für Diakonie und Entwicklung e.V. (Hrsg.), *Freiheits- und Schutzrechte der UN-Behindertenrechtskonvention und Zwangsmaßnahmen in der Psychiatrie*, Berlin 2013.

EAGGER, Sarah/ RICHMOND, Peter/GILBERT, Peter, *Spiritual Care in the NHS*, in: COOK, Christopher C.H./POWELL, Andrew/SIMS, Andrew (Hrsg.), *Spirituality and Psychiatry (RCPsych publications)*, London 2009, 190 – 211.

FULFORD, Bill (B.W.M.), *Linguistic Analysis and Values-Based Practice: One Way of Getting Started with Some Kinds of Philosophical Problems at the Interface Between Psychiatry and Religion*, in: VERHAGEN, Peter J./VAN PRAAG, Herman M./LÓPEZ-IBOR, Juan J./COX, John L./MOUSSAOUI, Driss (Hrsg.), *Religion and Psychiatry: Beyond Boundaries (World Psychiatric Association. Religion, Spirituality and Psychiatry Section)*, Oxford - New York 2010, 39 – 62.

GILBERT, Peter, *Guidelines on Spirituality for Staff in Acute Care Services*, Staffordshire 2008 (online 2011).

GLAS, Gerrit, *Searching for the Dynamic 'Within': Concluding Remarks on 'Psychological Aspects of Biblical Concepts and Personalities'*, in: GLAS, Gerrit/SPERO, Moshe Halevi/VERHAGEN, Peter J./VAN PRAAG, Herman M. (Hrsg.), *Hearing Visions and Seeing Voices. Psychological Aspects of Biblical Concepts and Personalities*, Dordrecht 2007, 295 - 310.

GUNDERSON, Gary R./COCHRANE, James R., *Religion and the Health of the Public: Shifting the Paradigm*, New York 2012.

HILTNER, Seward, *Preface to Pastoral Theology*, Nashville 1958.

JÜNGEL, Eberhard, *Zur Freiheit eines Christenmenschen: eine Erinnerung an Luthers Schrift (Kaiser Traktate; 30)*, 2. durchgesehene Auflage, München 1978.

KITTELBERGER, Frank, *Dem Affen Zucker geben? Supervision als pastoral-psychologische Aufgabe im Feld von Hospizarbeit und Palliative Care*, in: *WzM 60 (2008) 557–569.*

MENNINGER, Karl/MAYMAN, Martin/PRUYSER, Paul, *The Vital Balance. The Life Process in Mental Health and Illness*, Harmondsworth - New York – Ringwood - Markham – Auckland 1977.

MILSTEIN, Glen/MANIERRE, Amy/SUSMAN, Virginia L./BRUCE, Martha L., *Implementation of a Program to Improve the Continuity of Mental Health Care Through Clergy Outreach and Professional Engagement (C.O.P.E.)*, in: *Professional Psychology: Research and Practice* 39 (2008) 218 – 228 (online 2013).

MITTELSTRASS, Markus, *Der menschliche Psychiater: Wilhelm Griesinger*, in: *Der Tagesspiegel* 04.10.2010.

NIDA-RÜMELIN, Julian, *Philosophie einer humanen Bildung*, Hamburg 2013.

NIEBUHR, H. Richard, *Radical Monotheism and Western Culture, With Supplementary Essays*, New York – Evanston – London 1970.

NIEBUHR, H. Richard, *Faith on Earth: An Inquiry into the Structure of Human Faith* (Richard R. Niebuhr, Hrsg.), New Haven – London 1989.

NIEBUHR, H. Richard, *Theology, History, and Culture: Major Unpublished Writings* (Hrsg. William Stacy Johnson; Vorwort Richard R. Niebuhr), New Haven – London 1996.

OATES, Wayne E., *When Religion Gets Sick*, Philadelphia 1973.

PUCHALSKI, Christina/FERRELL, Betty/VIRANI, Rose/OTIS-GREEN, Shirley/BAIRD, Pamela/BULL, Janet/ CHOCHINOV, Harvey/HANDZO, Georg/NELSON-BECKER, Holley/PRINCE-PAUL, MaryJo/PUGLIESE, Karen/SULMASY, Daniel, *Improving the Quality of Spiritual Care as a Dimension of Palliative Care: The Report of the Consensus Conference*, in: *Journal of Palliative Medicine* 12 (2009) 885 – 904.

RAPHAEL, Simcha Paull, *Grief and Bereavement*, in: FRIEDMAN, Dayle A. (Hrsg.), *Jewish Pastoral Care: A Practical Handbook from Traditional and Contemporary Sources*, 2. überarbeitete und erweiterte Auflage, Woodstock 2013, 400 – 432.

ROBERTS, Stephen B. (Hrsg.), *Professional Spiritual & Pastoral Care. A Practical Clergy and Chaplain's Handbook*, Woodstock 2012.

ROBITAILLE, Glenn A., *Inspiring Hope. Confronting Fear, Guilt, and Shame in Spiritual/Pastoral Care*, in: ROBERTS (Hrsg.) 2012, 132 – 148.

SCHLIPPE, Arist von/SCHWEITZER, Jochen, *Lehrbuch der systemischen Therapie und Beratung*, 5. Auflage, Göttingen 1998.

SERBAN, Timothy G., *Complicated Grief: Exploring Arresting Grief and Survival Grief in Spiritual/Pastoral Care*, in: ROBERTS (Hrsg.) 2012, 312 – 325.

VAN PRAAG, Herman M., *God's Champions and Adversaries: About the Borders between Normal and Abnormal Religiosity*, in: VERHAGEN, Peter J./VAN PRAAG, Herman M./ LÓPEZ-IBOR, Juan J./COX, John L./ MOUSSAOUI, Driss (Hrsg.), *Religion and Psychiatry: Beyond Boundaries* (World Psychiatric Association. Religion, Spirituality and Psychiatry Section), Oxford - New York 2010, 235 – 251.

World Psychiatric Association (Hrsg.), *Madrid Declaration on Ethical Standards for Psychiatric Practice*, Cairo 2005 (online 2012).

Erscheint in: Jürgen Armbruster, Nicole Frommann & Astrid Giebel (Hrsg.), *Geistesgegenwärtig begleiten – Existentielle Kommunikation und spirituelle Ressourcen in Gemeinde-psychiatrischen Diensten und in der Behindertenhilfe* (Hg. v. Bundesverband evangelischer Behindertenhilfe), Neukirchen-Vluyn 2014.