

EZW-Texte 267

Michael Utsch (Hg.)

Religiöse Psychotherapie?

Seelsorge und Psychotherapie im Gespräch



Evangelische Zentralstelle
für Weltanschauungsfragen



Evangelische Kirche
in Deutschland

INHALT

Geleitwort	
Seelsorge und Psychotherapie <i>im Gespräch</i>	3
Einführung	5
Simon Peng-Keller	
Die spirituelle Dimension von Gesundheit	
Ein Blick in die Geschichte	9
Christoph Morgenthaler	
Wie hat die Psychotherapie die Seelsorgelehre und -praxis verändert?	29
Kerstin Lammer	
Ein Ritual zeigt mehr als 1000 Worte	
Über die Grenzen von Gesprächen und den Wert von Ritualen	43
Michael Utsch	
Dialog oder Integration?	
Herausforderungen im Gespräch zwischen Psychotherapie und Seelsorge	51
Elif Alkan Härtwig	
Psychotherapie mit praktizierenden Muslimen	
Von bloßer Neutralität zu religionssensibler Behandlung	71
Nicolai Stern	
Psychotherapie mit praktizierenden Juden	81
Elisabeth Reisch	
Buddhistisch inspirierte Psychotherapie	91
Rolf Senst	
Psychotherapie mit praktizierenden Christen	
Ein bio-psycho-sozio-spirituelles Verständnis von Psychotherapie	97
Die Autorinnen und Autoren	111

Geleitwort

Seelsorge und Psychotherapie *im Gespräch*

Der Untertitel ist Programm – „im Gespräch“. Die hier vorliegende Veröffentlichung ist das Ergebnis von Gesprächen in sehr unterschiedlichen Zusammenhängen, und das macht sie so besonders. Zum einen bildet die Publikation den Ertrag einer institutionellen Kooperation zwischen der Evangelischen Zentralstelle für Weltanschauungsfragen (EZW) und der Theologischen Fakultät der Humboldt-Universität zu Berlin, insbesondere der Praktischen Theologie, ab. Gespräche zwischen kirchlichen Einrichtungen und theologischen Fakultäten halten die gemeinsame Aufgabe und Verbundenheit von Kirche und Theologie im Bewusstsein und befördern sie.

Die Form der institutionellen Kooperation war die einer Lehrveranstaltung. Im Sommersemester 2019 haben Michael Utsch (EZW) und Hanna Miethner, Wissenschaftliche Mitarbeiterin in der Praktischen Theologie, gemeinsam ein Seminar „Der *spiritual turn* in Seelsorge und Psychotherapie“ angeboten. Die knapp 30 Studierenden kamen sowohl aus den theologischen Studiengängen als auch aus dem interdisziplinären Masterprogramm „Religion and Culture“ (MRC). Dieses ist seit ca. zehn Jahren integraler Bestandteil des Studienangebotes an der Theologischen Fakultät in Berlin und erfreut sich erheblicher Beliebtheit. Die Veranstaltung diente so auch dem Gespräch zwischen Studierenden mit theologisch-konfessionellem Hintergrund und Studierenden mit anderen religiösen, aber auch konfessionsfreien Prägungen. Denn der Zugang zum MRC ist nicht konfessionsgebunden, obwohl an einer Evangelisch-Theologischen Fakultät beheimatet. Künftige PfarrerInnen und ReligionslehrerInnen haben so die Möglichkeit, bereits im Studium mit Studierenden ohne religiöse Bindungen oder anders gelagerten religiösen Haltungen ins Gespräch zu kommen. Diese wiederum haben die Möglichkeit, praktizierenden ChristInnen zu begegnen. Gemeinsam evaluierten die Studierenden Einflüsse der Psychotherapie auf die Seelsorgelehre und -praxis, setzten sich aber auch mit der wachsenden Bedeutung von Spiritualität in psychologischen wie psychotherapeutischen Forschungen und Praktiken auseinander.

Das gemeinsame Gespräch im Seminar diente also selbst der Reflexion auf einen Gesprächszusammenhang, welcher in den zurückliegenden Jahren an Dynamik gewonnen hat: nämlich die wechselseitige konstruktive Wahrnehmung von religiös motivierter Seelsorge und weltanschaulich neutraler Medizin und Psychotherapie. Durch die Seelsorgebewegung hat sich innerhalb der Seelsorge

seit den 1950er Jahren eine kritisch-konstruktive, freilich nie unumstrittene Rezeption psychologischer und psychotherapeutischer Einsichten etabliert. Gleichzeitig haben die Hospizbewegung, die Ausweitung der Palliativmedizin, aber auch die verstärkte Inanspruchnahme des bundesdeutschen Gesundheits- und Beratungssystems durch religiös hoch motivierte MigrantInnen dazu geführt, dass die Bedeutung von religiösen Haltungen und Praktiken innerhalb der Psychologie und Psychotherapie rege diskutiert wird; und zwar in ihren belastenden wie in ihren heilsamen Wirkungen. Die Erträge und Perspektiven dieses interdisziplinären Gesprächs zwischen Seelsorge und Psychotherapie evaluierten die Studierenden.

Von Anfang an war ein gemeinsamer öffentlicher Workshop zwischen EZW und Theologischer Fakultät integraler Bestandteil der Seminarplanung. Dieser fand am 28./29. Juni 2019 an der Theologischen Fakultät statt. Die nahezu 80 Teilnehmenden waren PfarrerInnen, MedizinerInnen, PsychologInnen und Studierende. Die berufsbiografische Vielfalt führte entsprechend auch zu einer Pluralität der Altersgruppen. Dazu trat die religiös-weltanschauliche Heterogenität, auch unter den Referierenden. So kam eine Gruppe von Menschen mit sehr unterschiedlichen Hintergründen und Erfahrungen, aber gemeinsamen Fragen zusammen – nicht die schlechteste Voraussetzung für die Inspirationskraft eines Workshops.

Solche Orte, an denen Menschen unterschiedlicher Prägungen, Berufe und Herkunft gemeinsam ins Gespräch kommen, stellen für die Selbstverständigung einer Gesellschaft einen unschätzbaren Wert dar. An solchen Orten wird dialogisch und gemeinschaftlich ausgehandelt, wie wir uns als Menschen besser verstehen können und wie wir leben wollen. Denn gute Gespräche benötigen ein „gemeinschaftliches Drittes“ (Adam Müller), auf das sie sich beziehen. Dieses Dritte, auf das sich Kirche und Theologie, Studierende der Theologie und anderer Studiengänge, Seelsorge und Psychotherapie, Professionelle und Studierende in ihren Gesprächen beziehen, ist am Ende doch immer die Frage nach uns Menschen, wie wir uns verstehen, wie wir das Leben bestehen, die Schmerzen, die es zufügt, aber auch das Glück, das es bereithält.

Ich danke Michael Utsch herzlich für die Initiative zu diesem umfassenden Gespräch und freue mich auf künftige Möglichkeiten. Auch danke ich allen ReferentInnen, die unserer Einladung nach Berlin gefolgt sind und mit ihren Beiträgen den Dialog inspiriert haben. Der vorliegenden Veröffentlichung wünsche ich gesprächsinteressierte LeserInnen.

*Ruth Conrad
Berlin, im August 2020*

Einführung

Viele Jahrzehnte lang war das Verhältnis zwischen Psychotherapie und Seelsorge von Abgrenzungs- und Konkurrenzkämpfen dominiert. Während in Seelsorge-Ausbildungen seit den 1970er Jahren das schnell anwachsende Wissen über psychologische Zusammenhänge dankbar aufgegriffen wurde, sind Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten bis heute oft wenig darüber informiert, was ein seelsorgliches Gespräch ausmacht und beinhaltet. Auch die therapeutischen Potenziale der Seelsorge und die reichen Erfahrungsschätze dieser Form der Begleitung und Seelenführung sind oft unbekannt. Drei Entwicklungen haben aber dazu geführt, dass sich immer mehr Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten für Ziele, Rahmenbedingungen, Theorien und Praxis der Seelsorge zu interessieren beginnen:

- Im Rahmen einer umfassenden palliativen Versorgung sind die spirituellen Bedürfnisse von Sterbenden in den Fokus geraten, weil deren Berücksichtigung das gesundheitliche Wohlbefinden der letzten Lebenswochen entscheidend verbessern kann.¹ Das große ärztliche Interesse an „Spiritual Care“ hat die Aufmerksamkeit auf spirituelle Themen in Medizin und Psychologie gerichtet.²
- Durch die Migrationsströme der letzten Jahre haben in der Psychotherapie Methoden einer kultursensiblen Behandlung an Bedeutung gewonnen. Dazu zählen auch die Erfassung und Berücksichtigung von religiösen oder spirituellen Werten, Einstellungen, Haltungen und Praktiken. Sie können bei einer psychischen Erkrankung ein Teil des Problems, aber manchmal auch ein Teil der Lösung sein. Bei hoch religiösen Patienten empfiehlt sich dabei manchmal auch die Einbeziehung der Seelsorge.³
- Neben wissenschaftlich begründeten Therapieverfahren, deren Behandlungskosten in Deutschland von den Krankenkassen erstattet werden, existiert ein privat finanzierter alternativer Therapiemarkt, oft vertraglich geregelt durch das Heilpraktikergesetz. Viele alternative Therapie-Angebote werden ganzheitlich, transpersonal, energetisch, schamanisch, spirituell, esoterisch o. ä.

¹ Vgl. Eckhard Frick et al.: Spirituelle Bedürfnisse von Patienten eines Notfallzentrums, in: Medizinische Klinik – Intensivmedizin und Notfallmedizin, 7.2.2020, <https://link.springer.com/article/10.1007/s00063-020-00653-8> (Abruf: 19.8.2020).

² Vgl. den Beitrag von Simon Peng-Keller in diesem EZW-Text.

³ Vgl. Norbert Mönter / Andreas Heinz / Michael Utsch (Hg.): Religionssensible Psychotherapie und Psychiatrie. Basiswissen und Praxis-Erfahrungen, Stuttgart 2020.

begründet. Angesichts des wachsenden Umfangs spiritueller Therapieangebote erkennen zunehmend auch „säkulare“ Therapeuten, dass hier Bedürfnisse bestehen, die nicht ignoriert werden sollten.

Die Fronten zwischen wissenschaftlich und weltanschaulich begründeten Verfahren sind verhärtet, was viele Patientinnen und Patienten nicht verstehen und was nicht ihrer Gesundheit dient.⁴ Die am 28. und 29. Juni 2019 in der theologischen Fakultät der Humboldt-Universität zu Berlin stattgefundene Tagung beabsichtigte, das Gespräch zwischen Seelsorge und Psychotherapie an manchen Berührungspunkten wieder neu in Gang zu bringen. Als Herausgeber dieser Dokumentation bin ich den Referentinnen und Referenten dankbar, dass sie ihre verschriftlichten Vorträge zur Verfügung gestellt haben. Mein eigener Beitrag wurde im Nachgang angefertigt. Die hohe Resonanz auf die Tagung – die Teilnehmerliste musste einige Wochen vor Beginn wegen der Kapazitätsgrenze des Hörsaals geschlossen werden – sowie die lebendigen Diskussionen nach den Vorträgen und in den Pausen haben gezeigt, dass eine große Nachfrage nach derartigen Gesprächsforen besteht. Einige Teilnehmerinnen und Teilnehmer baten am Ende der Veranstaltung eindringlich darum, solche interdisziplinäre Tagungen in ähnlicher Weise nochmals anzubieten. Nun liegt immerhin die Dokumentation der Vorträge vor, die hoffentlich Anregungen für weitere derartige Begegnungen liefert.

Mit einer spannenden historischen Analyse eröffnete *Simon Peng-Keller*, Professor für Spiritual Care aus Zürich, die Tagung. Sie zeigt, dass das Konzept „Spiritualität“ nicht erst gegen Ende des 20. Jahrhunderts entdeckt wurde, sondern sich schon seit Ende des 18. Jahrhunderts aus unterschiedlichen medizinischen Nischen heraus ausbreitete. Darüber hinaus erinnert der Autor daran, dass einzelne religiöse Gemeinschaften ihre seelsorgliche Praxis in die moderne Medizin und Pflege im 19. und 20. Jahrhundert einbrachten. Der Autor stellt Seelsorger vor, die in pastoralmedizinischen Kontexten teilweise selbst in die ärztliche Rolle schlüpfen. Diese Beispiele können als Modelle einer hilfreichen Zusammenarbeit von Religion und Psychotherapie dienen.

Für den Pastoralpsychologen *Christoph Morgenthaler*, früher Professor für Praktische Theologie und Religionspsychologie an der Theologischen Fakultät der Universität in Bern, ist das Gespräch zwischen Psychotherapie und Seelsorge ein „Lebensthema“. Er verweist auf die Bedeutung einer sauberen Grenzziehung zwischen einem psychologischen und einem theologischen Verständnis

⁴ Vgl. Ursula Baatz: *Spiritualität, Religion, Weltanschauung. Landkarten für systemisches Arbeiten*, Göttingen 2017.

des Menschen. Heute versteht er sich am ehesten als einen durch Psychotherapie veränderten Theologen, obwohl er auch promovierter Psychologe ist. Der Autor nimmt den Leser mit auf einen biografisch geprägten Reisebericht, der in fünf Stationen erzählt, wie die Seelsorge von der Psychotherapie verändert wurde. Dazu verwendet der Autor den Erzählrahmen eines Dramas in fünf Akten. Dadurch werden die Beziehungen von Psychotherapie und Seelsorge sowohl biografisch als auch fachhistorisch beleuchtet.

Kerstin Lammer, die früher an der Evangelischen Hochschule in Freiburg einen Masterstudiengang in Supervision geleitet hat und heute als leitende Pastorin in der Nordkirche tätig ist, hat im Auftrag der EKD mit einem Team die Wirksamkeit von Seelsorge sehr detailliert untersucht. In dieser Studie wird die Qualität der Seelsorge von ihren Nutzern häufig an der „Ritualkompetenz“ festgemacht. Der hier abgedruckte Aufsatz beleuchtet den Wert von Ritualen und verweist auf ihre Vorteile gegenüber dem Gespräch. Die Autorin zeigt in Beispielen auf, wie sich ein Gespräch und eine zeichenhafte Handlung gegenseitig ergänzen können.

Der Beitrag von *Michael Utsch*, dem Herausgeber dieses EZW-Textes, beschreibt die Machtkämpfe zwischen Psychotherapie und Seelsorge. Viele Hürden, Missverständnisse und Vorurteile erschweren das Gespräch. Er weist auf religiöse, romantische und säkulare Formen hin, mit spirituellen Erfahrungen umzugehen. Es seien vor allem die unterschiedlichen anthropologischen Vorannahmen, die das interdisziplinäre Gespräch belasten. Der Autor empfiehlt, diese Vorannahmen transparent zu machen, weil sonst eine Vereinnahmung des Gegenübers droht. Zum Schluss werden die beiden Beziehungsformen der Integration und des Dialogs zwischen Seelsorge und Psychotherapie miteinander verglichen.

Im Schlussteil dieses EZW-Textes kommen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten zu Wort, die sich aus islamischer, jüdischer, buddhistischer und christlicher Perspektive auf religionssensible Behandlungen spezialisiert haben. Wie soll professionell mit tief religiösen Patienten in der Psychotherapie umgegangen werden, und wie kann die Zusammenarbeit zwischen Seelsorge und Psychotherapie verbessert werden?

Elif Alkan Hürtwig beschreibt als muslimische Verhaltenstherapeutin die Besonderheiten bei der Behandlung hoch religiöser Muslime. Sie untersucht das Konzept der therapeutischen Neutralität kritisch und zeigt auf, wie wichtig religiöses Wissen und das einfühlsame Umgehen mit religiösen Regelsystemen bei diesen Patienten sind. Wenn ein negatives Gottesbild zu einer seelischen Störung beitrage, müsse dieser Aspekt in die Behandlung integriert werden.

Den Berliner Psychotherapeuten *Nicolai Stern* suchen viele jüdische Patientinnen und Patienten auf, weil er den Glauben mit ihnen teilt. In seinem Beitrag stellt er das jüdische Menschenbild und dessen Krankheitsverständnis vor und beschreibt die Jenseitsvorstellungen und den Umgang mit Suizid in dieser Religion. Ein Fallbeispiel verdeutlicht, dass bei manchen hoch religiösen Patienten ohne ein religionskundiges Verstehen und Intervenieren eine erfolgreiche Behandlung nicht möglich ist.

Die buddhistische Psychotherapeutin *Elisabeth Reisch*, die als tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapeutin und praktizierende Buddhistin auch als Dozentin an einem Weiterbildungsinstitut tätig ist, stellt ihrem Beitrag die Fallgeschichte eines depressiv Erkrankten voran. Auch wenn dieser keinen buddhistischen Hintergrund hat, stellt die Autorin anschaulich ihr meditativ ausgerichtetes Vorgehen bei einer buddhistisch orientierten Behandlung vor.

Rolf Senst leitet eine Klinik, deren Mitarbeitende Fachkompetenz und christliches Gottvertrauen miteinander verbinden wollen. Er skizziert ein umfassendes Modell von Krankheit und Psychotherapie, das neben den biologischen, psychologischen und sozialen Faktoren auch die spirituelle Dimension mit einbezieht. An einem klinischen Fallbeispiel verdeutlicht er, wie diese Bereiche ineinandergreifen und es dem Heilungsprozess dient, sie gleichwertig zu berücksichtigen.

Mögen die Beiträge dieses EZW-Textes dem eingeschlafenen Gespräch zwischen Seelsorge und Psychotherapie frische Impulse vermitteln!

Michael Utsch
Berlin, im August 2020

Der katholische Theologe Simon Peng-Keller hat seit 2015 die Professor für Spiritual Care an der Theologischen Fakultät der Universität Zürich inne. In einer neuen Publikation hat er die historischen Kontexte und Hintergründe sowie aktuelle Entwicklungen eines langsamen „spiritual turn“ im Gesundheitswesen analysiert.¹ Wir danken dem Autor und dem Verlag für die Abdruckgenehmigung einzelner Abschnitte des ersten Kapitels.

Simon Peng-Keller

Die spirituelle Dimension von Gesundheit

Ein Blick in die Geschichte

Die verbreitete Vorstellung, die Entdeckung der „spirituellen Dimension“ im Gesundheitswesen sei ein Vorgang, der sich erst gegen Ende des 20. Jahrhunderts ereignet habe, hält einer genaueren historischen Prüfung nicht stand. Das eingängige Narrativ, der Aufstieg moderner Medizin sei durchgängig mit einer Ausblendung der spirituellen Dimension verbunden gewesen, ist historisch betrachtet in dreierlei Hinsicht problematisch. *Zum einen* war die Medizin bis ins 19. Jahrhundert (also bis in die Moderne hinein) einem aus der Antike stammenden kosmologischen Gesundheitsparadigma verpflichtet, das erst durch die Erfolge der Laborforschung erodierte. *Zweitens* finden sich in der modernen Medizin selbst innovative Strömungen, die im Namen des Fortschritts Heilmethoden entwickelten, die wissenschaftlich *und* spirituell zu sein beanspruchten. So wurden etwa die therapeutischen Verfahren, die der Wiener Arzt Franz Anton Mesmer Ende des 18. Jahrhunderts entwickelte, teilweise auch an medizinischen Fakultäten gelehrt und übten eine kaum zu unterschätzende Fernwirkung bis ins 20. Jahrhundert aus.² *Drittens* sollte nicht ausgeklammert werden, dass religiöse Gemeinschaften maßgeblich zur Implementierung und Verbreitung moderner Medizin und Pflege im 19. und 20. Jahrhundert beitrugen und Seelsorger in pastoralmedizinischen³ und missionarischen Kontexten teilweise selbst in die ärztliche Rolle schlüpften. Die komplexe Vorgeschichte heutiger Spiritual Care

¹ Simon Peng-Keller / David Neuhold (Hg.): *Spiritual Care im globalisierten Gesundheitswesen. Historische Hintergründe und aktuelle Entwicklungen*, Darmstadt: wbg Academic, 2019. Das Buch ist als pdf kostenfrei auf der Internetseite des Verlags zugänglich.

² Vgl. Baier: *Meditation und Moderne*, 179 – 252.

³ Vgl. Nolte: *Todkrank*.

ist eng verwoben mit den medizin- und gesundheitsreformerischen Bewegungen, die in den ersten Jahrzehnten des 20. Jahrhunderts angesiedelt sind.

Um einen Überblick über heterogene Entwicklungsstränge zu ermöglichen, konzentriere ich mich auf zentrale Strömungen und exemplarische Gestalten. Mit Blick auf die erste Hälfte des 20. Jahrhunderts wende ich mich in diesem Aufsatz vier unterschiedlichen Entwicklungsfeldern zu. Das Spektrum reicht von den holistisch orientierten Lebens- und Gesundheitsreformbewegungen, zu denen ich auch die Vertreter der sozialen Medizin zähle, über erste Ansätze einer ärztlichen Spiritual Care zu christlichen Heilungsbewegungen, religiös motivierter Pflege und ärztlicher Mission.

Zur benutzten Terminologie: „Spiritual Care“ wird im Folgenden in einem weiten Sinne als *bewusster Einbezug der spirituellen Dimension in die Gesundheitsversorgung* verstanden, was auf sehr unterschiedliche Weise geschehen kann. Um dem Sachverhalt Rechnung zu tragen, dass damit ein Tätigkeitsfeld bezeichnet ist, das zum einen unterschiedliche Professionen miteinander verbindet und zum anderen nicht auf den klinischen Bereich begrenzt ist, wird häufiger von „Gesundheitsversorgung“ als von „Medizin“ die Rede sein. Der auch von der Weltgesundheitsorganisation benutzte Begriff der „spirituellen Dimension“ öffnet das Verständnis des Menschen auf eine Transzendenzdimension, ohne diese inhaltlich festzulegen.

Das Anliegen, die spirituelle Dimension in die Gesundheitsversorgung einzubeziehen, wird in der ersten Hälfte des 20. Jahrhunderts von verschiedenen Bewegungen vertreten, die in je anderer Weise als „holistisch“ zu charakterisieren sind. Der durch Jan Smuts im Jahre 1926 geprägte Begriff des „Holismus“ kann für sehr unterschiedliche (trans-)medizinische Leitvorstellungen in Anspruch genommen werden. Charles E. Rosenberg unterscheidet zwischen vier Typen:⁴ Der *historische Holismus*, den Rosenberg auch als „world-we-have-lost holism“ beschreibt, bemüht sich um eine Wiedergewinnung vergangener ganzheitlicher Heilungsansätze; der *organismische Holismus* geht von einer Weisheit des beseelten Leibes in seiner Einheit aus und sucht diese zu kultivieren; der *ökologische Holismus* betont die Einbettung von Patienten in ihrer Mit- und Umwelt, während der *weltanschauliche Holismus* Gesundheit und Heilung auf ganze Gesellschaften bezieht.

In Rosenbergs Typologie fehlen all jene Ansätze, die nicht allein die Einheit von Körper und Seele oder Mensch und Um-/Mitwelt betonen, sondern mit der spirituellen Dimension einen weiteren Aspekt ins Spiel bringen, der sich mit

⁴ Vgl. Rosenberg: Holism in Twentieth-Century Medicine.

jedem der genannten Typen verbinden lässt – und im letzten Jahrhundert auch tatsächlich verbunden hat. Der Gedanke, dass das Ganze mehr ist als seine Teile, verbindet die unterschiedlichen holistischen Ansätze, die im Folgenden genauer dargestellt werden. Mit je anderen Akzenten wenden sie sich gegen reduktionistische und atomistische Tendenzen, die nicht nur den Blick auf die Ganzheit der Person, sondern auch ihre Einbettung in ein „größeres Ganzes“ verstellen. Entsprechend dazu wird die spirituelle Dimension zweifach thematisiert. Einerseits wird sie als *einheitsstiftende und identitätsverbürgende Kraft* gesehen, die es ermöglicht, inmitten von Krankheit und Vulnerabilität neu zu sich selbst zu finden; andererseits steht sie für die *Transzendenzdimension menschlichen Lebens*, die religiös oder nicht-religiös verstanden werden kann.

Aufbrüche und Reformbewegungen in der ersten Hälfte des 20. Jahrhunderts

Die in einer jüngeren Publikation zu findende Aussage, das medizinische Interesse für die spirituelle Dimension reiche bis Mitte des 20. Jahrhunderts zurück,⁵ muss um einige Jahrzehnte vordatiert werden. Die Genese moderner Spiritual Care beginnt spätestens mit der noch näher zu beleuchtenden Emmanuel-Bewegung im ersten Jahrzehnt des 20. Jahrhunderts. In den darauffolgenden Jahrzehnten finden sich, wie im Folgenden zu zeigen sein wird, vielfältige weitere Innovationen in diesem Bereich. Um die heterogenen und parallel verlaufenden Entwicklungen zu bündeln, ordne ich sie vier Bereichen zu: der Lebens- und Medizinreform; der ärztlichen Spiritual Care; den christlichen Heilungs- und Seelsorgebewegungen; und der christlich inspirierten Pflege und der ärztlichen Mission.⁶ Wie sich zeigen wird, gibt es zwischen diesen vier schwer einzugrenzenden Feldern vielfältige Überschneidungen.

Lebens- und medizinreformerische Bewegungen

Die im späten 19. Jahrhundert aufkommende Suche nach einem gesunden und ganzheitlichen Lebensstil lässt sich als romantisch gefärbte Antwort auf die Herausforderungen des industriellen Zeitalters verstehen. Gesunde Ernährung und Gymnastik paarten sich mit naturheilkundlichen Ansätzen und der Rezeption vielfältiger spiritueller-religiöser Vorstellungen. Das soll, in exemplarischer Verdichtung, an vier Beispielen veranschaulicht werden: der Ordnungstherapie

⁵ Vgl. Kim et al.: Back to the future, 1603.

⁶ Der Abschnitt über die ärztliche Mission fehlt in diesem Aufsatz und kann in der Originalpublikation (vgl. Fußnote 1) nachgelesen werden (die Red.).

von Maximilian Bircher-Benner, der Fastenkur von Otto Buchinger, der New-Thought-Bewegung und Henry E. Sigerists Beiträgen zur sozialen Medizin. Während die ersten drei Beispiele leicht durch andere ersetzt werden könnten, spielt Sigerist für die vorliegende Rekonstruktion insofern eine Schlüsselrolle, als das von ihm skizzierte Gesundheitsverständnis die WHO-Gesundheitsdefinition beeinflusste.

In der holistischen Ordnungstherapie, die der Schweizer Arzt Maximilian Bircher-Benner in den ersten Jahrzehnten des 20. Jahrhunderts entwickelt und in seiner Zürcher Klinik umsetzt, erscheinen spirituelle Aspekte eher indirekt. Der Name „Sanatorium Lebendige Kraft“ spielt nicht auf spirituelle Ressourcen an, sondern auf Bircher-Benners medizinische Energielehre, die Sonnen- und Lichttherapie mit Rohkost-Diät verknüpfte. In der wenige Monate vor seinem Tod veröffentlichten Programmschrift „Vom Werden des neuen Arztes“ tritt der spirituelle Hintergrund der Ordnungstherapie jedoch deutlich hervor. Bircher-Benner kritisiert reduktionistische Tendenzen in der Schulmedizin seiner Zeit und umreißt, vor dem Hintergrund autobiografischer Erinnerungen, die Vision einer neuen Einheit von somatischer, psychotherapeutischer und spiritueller Heilpraxis. Wichtige Inspirationen könne der „neue Arzt“ aus der Lektüre buddhistischer, daoistischer und zoroastrischer Weisheitsliteratur gewinnen. Auch die christliche Mystik, theosophische Traditionen und das New Thought werden genannt. Bircher-Benner beschränkt sich nicht auf theoretische Erörterungen, sondern gibt auch praktische Anleitungen. Seinen Ärztekollegen legt er nahe, den Tag mit „systematischen Übungen in der Aufmerksamkeit auf die Einströmungen aus dem inneren geistigen Pol“ zu beginnen:

„Es handelt sich bei diesen Übungen um eine zeitlich begrenzte Ablösung von der Wirklichkeit, um ein absichtliches Abstellen des bewussten Denkens, um die Herstellung einer Leere im Bewusstseinsfeld, um eine innere Stille, ein inneres Schweigen, um die Konzentration auf einen einzigen großen Gedanken, auch auf die Betrachtung einer Blume und schließlich um die Aufmerksamkeit auf Eingebungen. Aus dieser Übungsstunde geht der Mensch gestärkt, furchtlos und geklärt an sein Tagewerk.“⁷

Ähnliche Gedanken finden sich auch bei Otto Buchinger, dessen Heilfasten-Methode maßgeblich zur Neuentdeckung des Fastens im deutschen Sprachraum beitrug. Ein fachkundig unterstütztes Fasten sei nicht allein auf der körperlichen Ebene heilsam, sondern es öffne auch „die Türe zu Meditation und Gebet, zu

⁷ Bircher-Benner: Vom Werden des neuen Arztes, 150.

einem Raum, in dem die letzte und eigentliche Genesung winkt⁸. In seiner 1947 publizierten Schrift „Zur Hygiene des inneren Menschen“ empfiehlt Buchinger, auch im geistigen Bereich eine Diät zu pflegen, wozu „memorierte Sprüche, Mantren, Stoßgebete, glückliche eigene Prägungen, passende Lyrikstellen, Verse aus Psalmen und Hymnen [...] und – last, not least – Strophen herzhafter alter Kirchenlieder“ hilfreich seien.⁹ Mit Verweis auf Émile Coués Autosuggestion versichert Buchinger, dass solche Stoßgebete und Mantras „sogar dem metaphysisch Impotenten, dem verbohrtesten Zweifler, dem stumpfsten Glaubenslosen noch zu helfen vermag“¹⁰.

Die salutogenetische Bedeutung „positiver Gedanken“ und mantrisch wiederholter Suggestionen wurde in den ersten Jahrzehnten des 20. Jahrhunderts in vielfältiger Weise erkannt und genutzt. Neben dem französischen Apotheker Coué war es insbesondere die New-Thought- bzw. Neugeist-Bewegung, die diesen Aspekt in den Vordergrund rückte. Sie bereitete die breite Rezeption der psychoanalytischen Lehre des Unbewussten und des psychosomatischen Denkens vor und nahm in mancherlei Hinsicht die gegenwärtige Achtsamkeitsbewegung vorweg.¹¹ Die Ursprünge dieser Bewegung gehen auf die 1870er Jahre zurück. Anfang des 20. Jahrhunderts zählte *New Thought* in den USA bereits über eine Million Anhänger. Durch die 1908 gegründete *International New Thought Alliance* erreichte die Bewegung schließlich auch Europa und fand in der Zwischenkriegszeit eine starke Verbreitung in Deutschland.¹² Ihre Bedeutung spiegelt sich nicht zuletzt auch darin, dass William James in seinem bahnbrechenden Werk „The Varieties of Religious Experience“ (1902) wie bereits in „The Gospel of Relaxation“ (1899) dieser „Religion of Healthy-Mindedness“ große Aufmerksamkeit und Sympathie zukommen lässt.¹³

New Thought lässt sich charakterisieren als „eine vor allem von protestantischen weißen Mittelstands-Amerikanerinnen getragene religiöse Heilmethode, die auf der Meinung basierte, dass alle Krankheiten dem menschlichen Geist entspringen“¹⁴. In seinem Bestseller „In Tune with the Infinite“ hatte der Sozialreformer Ralph Waldo Trine bereits 1897 die Leitgedanken dieser Bewegung formuliert: „Gedanken sind subtile, vitale und kreative Kräfte, die unser Leben

⁸ Buchinger: Vom Marinearzt zum Fastenarzt, 152.

⁹ Buchinger: Zur Hygiene des inneren Menschen, 5.

¹⁰ Ebd., 6.

¹¹ Vgl. Baier: Meditation und Moderne, 433.

¹² Vgl. ebd.; Wedemeyer-Kolwe: „Der neue Mensch“, 164 – 174.

¹³ Vgl. James: Die Vielfalt religiöser Erfahrung.

¹⁴ Baier: Meditation und Moderne, 430.

kontinuierlich gemäß ihrer Natur bilden und formen.“¹⁵ Was wir denken, beeinflusse unsere geistige und körperliche Gesundheit. Die Unordnung des Geistes manifestiere sich körperlich. Durch autosuggestive Verfahren, meditative Sammlung und kontemplative Versenkung lässt sich der Geist von solch negativen Einflüssen befreien oder schützen. Aus diesen Voraussetzungen entstanden meditative Formen der Psychotherapie:

„Das schweigende Miteinander-Sitzen von Heiler und Patient in der Geistheilungs-Sitzung hat von sich aus einen kontemplativen Zug, der den New-Thought-Anhängerinnen die Bedeutung des ‚In-die-Stille-Gehens‘ (*going into the silence*) bzw. des ‚Sitzens in der Stille‘ (*sitting in the silence*) erschloss und den Weg zum Meditieren außerhalb der therapeutischen Situation öffnete. Gerne verweisen die New-Thought-Bücher dabei auf Ps 46,10: *Be still and know that I am God*, eine Stelle, die auch als Meditationsformel verwendet wurde.“¹⁶

Die Lebens- und Gesundheitsreformbewegungen des 20. Jahrhunderts beriefen sich gerne auf historisch weit zurückliegende Heilungsparadigmen, um gegenwärtige Erneuerungsprozesse zu begründen. Während es sich dabei in der Regel um punktuelle und offenkundig legitimierende Rückverweise handelte, findet sich im Werk von Henry E. Sigerist ein gesundheitspolitisch motivierter Rückgriff, der aus dem Fundus sorgfältiger Quellenforschung schöpfen konnte. Wie bereits angedeutet, spielte dieser Beitrag für die hier rekonstruierte Entwicklung eine Schlüsselrolle, weshalb ich etwas ausführlicher auf ihn eingehe. Nach seinem Medizinstudium an der Universität Zürich spezialisierte sich Sigerist in Medizingeschichte und wurde 1932 nach Baltimore an die Johns Hopkins University berufen. Seine Studien zur älteren und jüngeren Medizingeschichte, die auch die religiösen Hintergründe abendländischer Medizin nachzeichnen, verstand Sigerist als Beitrag zur Klärung aktueller gesundheitspolitischer Fragen. In einer Ansprache vor Medizinstudierenden erläuterte er seinen Ansatz auf pointierte Weise: „History teaches us where we stand today and what tasks have been assigned to us.“¹⁷ Diesem Programm waren auch Sigerists Terry Lectures zu „Religion in the Light of Science and Philosophy“ verpflichtet. Gemäß der Stiftungsurkunde sollte die Vorlesungsreihe, zu der Sigerist 1938 eingeladen wurde, dazu beitragen, den christlichen Geist („Christian spirit“) zu nähren. Wissenschaftliche Erkenntnisse seien zu diesem Zwecke mit Blick auf die menschliche Wohlfahrt auszuwerten, wobei die wissenschaftlichen und philosophischen Erkenntnisse

¹⁵ Zit. nach Schmidt: *Restless souls*, 154 (meine Übersetzung, S. P.-K.).

¹⁶ Baier: *Meditation und Moderne*, 429.

¹⁷ Sigerist: *The medical student and social problems*, 415.

einer „broadened and purified religion“ zugutekommen sollten.¹⁸ Mit Blick auf diese ambitionierte Vorgabe fühlte sich Sigerist genötigt, seinen Vorlesungen eine persönliche Bemerkung voranzustellen. Er habe gezögert, die Einladung anzunehmen, sei er doch weder Theologe noch Philosoph, „nor even a religious man, at least not in the conventional sense of the word“¹⁹. Mit der philanthropischen Ausrichtung der Stiftung könne er sich jedoch uneingeschränkt identifizieren, stehe doch die Medizin im Dienste menschlicher Wohlfahrt. Gesundheit sei zwar nicht ein Ziel in sich selbst, doch sei Krankheit eine Fessel, die Menschen oft daran gehindert habe, ihre Lebensaufgabe zu erfüllen. „The world has been deprived of endless spiritual values by the illness and premature death of creative individuals.“²⁰ Dabei hebt Sigerist hervor, dass es eine enge historische Verbindung zwischen Medizin und Religion gebe, die bis in die Gegenwart reiche. Seine eigene Sicht verpackt Sigerist in eine umständlich formulierte rhetorische Frage:

„And even in our day, when medicine has become a matter of science, is not the attempt to promote human welfare, to help in building a better world not in heaven but on earth, an effort that is not so very far from religion, although it excludes the transcendental?“²¹

Der von Sigerist gewählte Vorlesungstitel „Die Heilkunst im Dienste der Menschheit“ ist vor diesem Hintergrund als programmatische Forderung zu verstehen. Die auf den ersten Blick medizinhistorisch angelegten Ausführungen entpuppen sich mehr und mehr als Plädoyer für eine soziale Medizin. Sigerist fordert eine Heilkunst, die auch die sozialen Aspekte von Krankheit und Gesundheit anerkennt und einbezieht. Dabei baut das leitende Argument auf die christliche Rezeption antiker griechischer Medizin auf. Sigerist stellt zunächst heraus, dass die griechische Medizin sich nicht auf Heilung von Krankheiten beschränkt habe. Auch die Stärkung der Gesundheit, die „Hygiene“, sei als ärztliche Aufgabe betrachtet worden.²² Die hippokratischen Vorschriften zu Diätetik und gesunder Lebensführung, die ausführlich zitiert werden, erinnern an die Lebensreformbewegungen des frühen 20. Jahrhunderts. So sehr Sigerist mit dem „salutogenetischen“ Ansatz altgriechischer Diätetik sympathisiert, so deutlich macht er auf ihre Grenzen aufmerksam: „Nur die Reichen, die der Muße pflegen konnten,

¹⁸ Sigerist: *Medicine and Human Welfare*, v – vi. Der Auszug aus der Gründungsurkunde und das ursprüngliche Vorwort fehlen in der deutschen Ausgabe.

¹⁹ Ebd., vii.

²⁰ Ebd.

²¹ Ebd., ix.

²² Vgl. Sigerist: *Die Heilkunst im Dienste der Menschheit*, 49.

hatten die Möglichkeit, ein gesundes Leben zu führen.²³ An dieser Stelle bringt Sigerist den christlichen Universalismus ins Spiel. Im Gegensatz zur aristokratischen Gesundheitsfürsorge der griechischen Welt „war die christliche Auffassung von Gesundheit vor allem geistig [spiritual], und die Hygiene war universal [catholic] und wendete sich an alle“²⁴. Die kostenfreie christliche Heilpraxis wird als Vorläufer der sozialen Medizin porträtiert. Sie verbindet den medizinischen Holismus griechischer Provenienz mit einem christlich inspirierten Engagement für soziale Gerechtigkeit:

„Ein Mensch ist gesund, wenn er sich körperlich und geistig [mentally] im Gleichgewicht befindet und in seine physische und soziale Umwelt richtig eingefügt ist. Er beherrscht seine physischen und geistigen [mental] Fähigkeiten und kann sich veränderten Lebensverhältnissen anpassen, solange diese Veränderungen in normalen Grenzen bleiben; er trägt entsprechend seinen Fähigkeiten zum Wohl der Allgemeinheit bei. Gesundheit ist also nicht nur Freisein von Krankheit: es ist etwas Positives, es ist eine freudige Einstellung des Menschen zum Leben, eine zuversichtliche Bejahung der Verantwortung, die ihm das Leben auferlegt.“²⁵

Die Vorstellung, dass Gesundheit einen körperlichen und mentalen Gleichgewichtszustand darstellt, verbindet Sigerist mit der antiken Hygiene ebenso wie mit den Gesundheitsreformern seiner Zeit. Mit seiner Betonung der sozialen Rahmenbedingungen wird die Perspektive zudem auf die öffentliche Gesundheitsversorgung gelenkt. Damit verknüpft Sigerist das Postulat, dass es ein Grundrecht gebe „auf Anwendung aller vorhandenen Möglichkeiten zum Schutze und zur Pflege seiner Gesundheit“²⁶. Diesem Grundrecht, aus dem Sigerist die Forderung nach einer allgemeinen Krankenversicherung ableitet, entspreche eine Pflicht zur Gesundheit, zu einer gesunden Lebensführung, die nicht zuletzt auch schulisch zu fördern sei.

Mit seinem medizinhistorisch unterlegten Plädoyer für eine soziale Medizin stieß Sigerist in den USA auf heftigen Widerstand. Insbesondere mit seiner Überzeugung, es gebe ein Recht auf Gesundheit(sversorgung),²⁷ und mit seiner Forderung nach einer allgemeinen Krankenversicherung machte er sich unbeliebt. Dennoch zeitigen seine Terry Lectures eine beachtliche, wenn auch

²³ Ebd., 53.

²⁴ Ebd., 62. Die Begriffe in den eckigen Klammern verweisen auf das englische Original.

²⁵ Ebd., 79.

²⁶ Ebd., 80.

²⁷ Vgl. Sigerist: *The medical student and social problems*, 413: „The conception that all inhabitants of a country, regardless of their race, social status and earning capacity, are entitled to the best medical care that the country has to give is beginning to crystallize today.“

verdeckte und deshalb bislang kaum bemerkte Wirkungsgeschichte. Das in ihnen skizzierte gesundheitspolitische Reformprogramm bildete die Keimzelle für eine neue Weltgesundheitspolitik. Wie zu zeigen sein wird, war der eben zitierte Abschnitt aus Sigerists Vorlesungen die Grundlage zur viel diskutierten Gesundheitsdefinition der Weltgesundheitsorganisation. Im Gesamtkontext von Sigerists Ausführungen zeigt sich deutlich, dass sich das von ihm skizzierte Verständnis von Gesundheit (als leiblich-geistiges Gleichgewicht und „freudige Einstellung des Menschen zum Leben“ sowie als „zuversichtliche Bejahung der Verantwortung, die ihm das Leben auflegt“) auch religiös-spirituellen Quellen verdankt. Sigerists modifizierende und in gewissem Sinne auch säkularisierende Anverwandlung antik-spiritueller Gesundheitsförderung ist ein frühes Beispiel dessen, was Arthur Kleinman und Hanna Bridget als die verborgene Präsenz religiöser Werte in heutiger Global Health bezeichnen.²⁸ Sigerists an Medizinstudenten adressierter Aufruf, sich ohne Rücksicht auf eigene Interessen für eine soziale Medizin und eine bessere Welt einzusetzen,²⁹ kann als Ausdruck dessen verstanden werden, was er in seinen einleitenden Bemerkungen mit Blick auf sich selbst als unkonventionelle Religiosität bezeichnete.

Ansätze zu einer ärztlichen Spiritual Care

Kennzeichnend für die Auseinandersetzungen, die um frühe Ansätze zu einer ärztlichen Spiritual Care kreisen, ist eine Metapher, die Sigmund Freud in einem am 8. Oktober 1936 verfassten Brief an Ludwig Binswanger entwickelte, um sein Verhältnis zu seinem jüngeren Kollegen richtigzustellen: „Ich habe mich immer nur im Parterre und Souterrain des Gebäudes aufgehalten“, während Binswanger behauptete, „auch ein oberes Stockwerk, in dem so geistige Gäste wie Religion, Kunst und anderes hausen“, in den psychiatrischen Blick rücken zu können.³⁰ So sehr auch Freud entschieden dafür eintrat, alle wissenschaftliche und therapeutische Energie auf Parterre und Souterrain zu konzentrieren, so sah er sich zeitlebens mit Fachkollegen konfrontiert, die sich nicht allein persönlich sehr

²⁸ Vgl. Kleinman/Bridget: Religious Values and Global Health, 74f: „These values are the source of the impulse to give care and to protect others, especially the poor and the marginal. Yet, because these sources of global health practice are usually hidden or, better put, unvoiced, we routinely fail to understand the deepest motivation for global health.“

²⁹ Vgl. Sigerist: The medical student and social problems, 413 und 415.

³⁰ Freud: Briefe, 446. Freud fährt fort: „Sie sind nicht der Einzige darin, die meisten Kulturexemplare des Homo natura denken so. Sie sind darin konservativ, ich revolutionär. Hätte ich noch ein Arbeitsleben vor mir, so getraute ich mich, auch jenen Hochgeborenen eine Wohnstatt in meinem niedrigen Häuschen anzuweisen. Für die Religion habe ich es schon gefunden, seitdem ich auf die Kategorie Menschheitsneurose gestoßen bin“ (ebd., 446f).

für das „obere Stockwerk“ und seine „geistigen Gäste“ interessierten, sondern darüber hinaus der Überzeugung waren, dass diese Dimension therapeutisch bedeutsam ist. Der einflussreichste unter ihnen war von Freud selbst geschult und gefördert worden: Carl Gustav Jung. Wie immer man dessen eigenwilligen Versuch, religiös-spirituelle Vorstellungen tiefenpsychologisch zu deuten und psychotherapeutisch fruchtbar zu machen, beurteilen mag: Kaum zu bestreiten ist, dass er damit auf breite Resonanz stieß. So wurde Jung beispielsweise bereits 1937, ein Jahr vor Sigerist, zu den Terry Lectures nach Yale eingeladen, die er später unter dem Titel „Psychologie und Religion“ veröffentlichte.³¹ Im Vergleich zu Jungs kreativer Aneignung unterschiedlicher spiritueller Traditionen ist Binswangers Annäherung an die spirituelle Dimension äußerst zurückhaltend. Seine von Heidegger inspirierte Existenzanalyse ist darum bemüht, menschliches Selbstverstehen in den therapeutischen Prozess einzubeziehen, ohne sich dabei inhaltlich auf bestimmte religiös-spirituelle Traditionen einlassen zu müssen.

Ähnliches gilt für Viktor Frankls Existenzanalyse und Logotherapie, auf die viele heutige Spiritual-Care-Ansätze zurückgreifen und deren Entstehung in die Zwischenkriegszeit zu datieren ist.³² Anders als Binswanger war Frankl nicht von Heideggers Daseinsanalyse, sondern von Max Schelers Wertphilosophie beeinflusst. Nach Frankl bewegt sich menschliches Leben in der Spannung zwischen seiner Faktizität (leiblicher und seelischer Art) und den geistigen Möglichkeiten, die sich durch freie Stellungnahmen aufbauen.³³ Die von Freud entwickelte Tiefenpsychologie sei zwar der menschlichen Triebhaftigkeit bis in deren unbewusste Tiefe gefolgt, habe jedoch die „Geistigkeit des Menschen“, seine Höhendimension, vernachlässigt.³⁴ Damit werde jedoch nicht allein eine zentrale Quelle von seelischer Not übersehen, das Leiden unter Sinnverlust, sondern es werde darüber hinaus versäumt, eine wichtige Ressource im Umgang mit Krankheitssituationen in die therapeutische Unterstützung einzubeziehen.

Wenn Frankl der „geistigen Dimension“ die menschliche Möglichkeit zuordnet, sich auf Ziele und Werthorizonte auszurichten und dadurch den eigenen Lebensvollzug sinnhaft einzubetten, verzichtet er darauf, diese inhaltlich zu qualifizieren. Dass in den englischen Übersetzungen von Frankls Werken „geistig“ mit „spiritual“ (und nicht, was sprachlich naheliegender wäre, mit „mental“) übersetzt wird, ist dennoch passend – entspricht es doch Frankls Überzeugung,

³¹ Henning/Murken/Nestler: Einführung in die Religionspsychologie, 47.

³² Vgl. Frankl: Dem Leben Antwort geben, 77.

³³ Vgl. Frankl: Der unbewusste Gott, 18f.

³⁴ Vgl. ebd., 22.

dass der menschliche Geist offen ist für einen sinnstiftenden Logos: „im Zusammenhang mit Logotherapie meint Logos Geist und, darüber hinaus, Sinn“³⁵. Die ärztliche Zuständigkeit beschränkt sich darauf, im Zusammenhang mit Lebensproblemen auf diese Sinnmöglichkeiten hinzuweisen. Entsprechend klassisch fällt Frankls Unterscheidung zwischen ärztlicher und religiöser Seelsorge aus: Die eine bemühe sich um seelische Heilung, die andere um Seelenheil.

So klar Frankl zwischen diesen beiden Formen von Spiritual Care unterscheidet, so mehrdeutig sind seine Aussagen zur menschlichen Sinnbezogenheit. Sie tritt in mindestens drei Varianten auf. In der vorsichtigsten Version wird sie als die menschliche *Möglichkeit* verstanden, in unterschiedlicher Ausprägung sinnbezogen zu leben. Die zweite Variante findet sich dort, wo Frankl vom „Sinn-glauben“ spricht und darin eine transzendente Kategorie zu erkennen glaubt. Menschliches Dasein sei „immer schon ein Sein auf den Sinn hin, mag es ihn auch noch so wenig kennen [...]. Ob er es will oder nicht, ob er es wahr hat oder nicht – der Mensch glaubt an einen Sinn, solange er atmet.“³⁶ Nochmals einen Schritt weiter geht Frankl, wenn er diese Sinnbezogenheit als eine mehr oder weniger bewusste Form von Religiosität interpretiert und postuliert, „daß wir eine, wenn auch unbewußte, so doch intentionale Beziehung zu Gott immer schon haben“³⁷. Im selben Zusammenhang distanziert Frankl sich auch von C. G. Jungs Versuch, das spirituell-religiöse Feld psychotherapeutisch einzubeziehen. Jung habe „die unbewußte Religiosität ins Es verlagert“³⁸. Insofern er das Religiöse in einem deterministisch gedachten kollektiven Unterbewussten verortet habe, statt es mit den persönlichsten und darum ich-haften Entscheidungen zu verknüpfen, sei Jung dem Reduktionismus Freuds verhaftet geblieben.

Die Annäherung an eine spezifisch ärztliche Spiritual Care beschränkte sich nicht auf den psychiatrischen Fachbereich. Das belegt das 1940 veröffentlichte Werk „Médecine de la Personne“ des Genfer Internisten Paul Tournier. Zu dessen Inspirationsquellen gehörte die Bewegung zur „moralischen und geistigen Aufrüstung“, auf die ich später noch zurückkommen werde. An der ersten Weltkonferenz zur „Moralischen Aufrüstung“, die 1938 in Interlaken durchgeführt wurde, verfasste eine Gruppe von Ärzten, zu der auch Tournier gehörte, ein unveröffentlicht gebliebenes Manifest. Tourniers Grundüberzeugung ist in diesem Dokument vorgezeichnet: „Die moralische, spirituelle und körperliche

³⁵ Frankl: Ärztliche Seelsorge, 273.

³⁶ Ebd., 274.

³⁷ Frankl: Der unbewusste Gott, 55.

³⁸ Ebd., 58.

Gesundheit bilden ein untrennbares Ganzes.³⁹ Ähnlich wie Frankl plädierte Tournier für eine neue Form ärztlicher Seelsorge. Er begründete sie pragmatisch:

„Alles, was zur Heilung beiträgt, gehört also zur Medizin. Es kann nicht in Abrede gestellt werden, daß Tatsachen geistiger Ordnung [*des faits d'ordre spirituel*⁴⁰] zur Heilung beitragen können. Sie dürfen also vom Arzt nicht übergangen werden. Wie dieser in seinen Behandlungen Kurzwellen anwenden kann, ohne Physiker zu sein, oder Morphium einspritzen, ohne Chemiker zu sein, so kann er in gleicher Weise Seelsorge ausüben, ohne Theologe zu sein.“⁴¹

Die Praxis ärztlicher Seelsorge war von Beginn an vielgestaltig. Während Frankl und Tournier die heilsame Kraft der Begegnung und des Gesprächs betonten, entwickelten Ärzte wie Johann H. Schultz, Carl Happich und Carl Albrecht meditative Verfahren, um psychotherapeutische Prozesse zu unterstützen und die Gesundheit in einem umfassenden Sinn zu fördern. Nicht weniger als Frankls und Tourniers ärztliche Seelsorge fügten sich diese meditativen Verfahren in die konventionelle ärztliche Tätigkeit ein: Schultz gehörte zu den einflussreichsten Psychiatern Deutschlands, Carl Happich arbeitete als Chefarzt am Elisabeth-Stift in Darmstadt⁴² und Carl Albrecht war als Hausarzt in Bremen tätig.⁴³ Schultz verstand das von ihm entwickelte *Autogene Training* als Streben „zum großen gemeinsamen Ziel von Psychotherapie und Pädagogik: zur *Selbstverwirklichung*, zur Entwicklung und Geltung des gelöst-harmonischen *Vollmenschentums*“⁴⁴. Im Hintergrund der ärztlich-therapeutischen Entspannungsverfahren, die Schultz, Happich und Albrecht entwickelten, standen nicht nur mesmeristische und hypnotherapeutische Methoden, sondern ebenso meditative Traditionen, die in eigenwilliger Weise angeeignet wurden. Sowohl bei Happich wie bei Albrecht führte dies dazu, dass die zu psychotherapeutischen Zwecken entwickelten Verfahren schließlich wieder in den Dienst einer spirituellen Praxis gestellt wurden. Bei Albrecht beschränkte sich dies auf die persönliche Praxis, bei Happich hingegen führte diese Wende dazu, sich in der Evangelischen Michaelsbruderschaft zu engagieren und 1938 eine „Anleitung zur Meditation“ zu publizieren.⁴⁵

³⁹ Tournier: *Médecine de la personne*, 183: „La santé morale, la santé spirituelle et la santé physique forment un tout inséparable.“

⁴⁰ Ebd., 135.

⁴¹ Tournier: *Krankheit und Lebensprobleme*, 141.

⁴² Vgl. Baier: *Meditation und Moderne*, 660.

⁴³ Zu Albrechts Leben und Werk s. Peng-Keller: *Gottespassion in Versunkenheit*.

⁴⁴ Schultz: *Autogenes Training*, 390; zum Hintergrund von Schultz vgl. Baier: *Meditation und Moderne*, 653 – 658.

⁴⁵ Vgl. ebd., 673 – 685.

In ihrem Bemühen, die spirituelle Dimension in ihre therapeutische Tätigkeit einzubeziehen, waren Ärzte wie Tournier, Albrecht und Happich von einem ausgeprägten christlichen Ethos geleitet. Das verbindet sie mit den christlichen Heilungsbewegungen, die im nächsten Abschnitt näher beleuchtet werden.

Christliche Heilungsbewegungen und die Clinical Pastoral Education

Was im Folgenden unter der Überschrift „christliche Heilungsbewegungen“ behandelt wird, geht auf vielfältige Initiativen zurück, die ein gemeinsames Anliegen verband: den Heilungsauftrag Jesu weiterzuführen oder neu zu beleben. Mit Blick auf die medizinischen und gesundheitspolitischen Entwicklungen wurde er auf sehr unterschiedliche Weise ausgelegt. In einer ersten Annäherung lässt sich zwischen zwei Extremmodellen unterscheiden: Am einen Ende des Spektrums stehen christlich-therapeutische Ansätze, die sich in schroffer Abgrenzung gegenüber biomedizinischen Methoden profilieren. Exemplarisch für diese Extremposition steht die von Mary Baker Eddy (1821 – 1910) gegründete Glaubensgemeinschaft, die unter dem Namen „Christliche Wissenschaft“ Heilungsprinzipien des New Thought radikalisierte. Am anderen Ende sind all jene anzusiedeln, die die Verbreitung einer guten biomedizinischen Versorgung als Teil ihrer christlichen Berufung betrachteten. Zwischen diesen beiden Polen bewegten sich all jene Ansätze, die beanspruchten, in einem komplementären Verhältnis zu biomedizinischen Verfahren zu stehen.

Dabei bemühte man sich in den traditionellen Kirchen, das eingespielte, wenn auch nie spannungsfreie Neben- und Miteinander von Ärzten und Seelsorgern nicht zu gefährden. Grenzgänger wie der Ostschweizer Kräuterpfarrer Johann Künzle (1857 – 1945) wurden argwöhnisch beobachtet. Wenn sie, wie der anglikanische Heiler James Moore Hickson (1868 – 1933),⁴⁶ offiziell anerkannt wurden, dann erst nach eingehender theologischer und medizinischer Prüfung. Zudem wurde unter „spiritueller Heilung“ Unterschiedliches verstanden. Darunter konnten, wie etwa in Lourdes, physische und psychische Heilungen fallen, die sich in spezifischen religiösen Kontexten ereigneten. Doch ließ sie sich auch als Heilung verstehen, die auf einer spirituellen Ebene geschah oder schlicht als spirituelle Reifung im Umgang mit lebens einschränkendem physischem und psychischem Leiden. Nicht zuletzt gehört auch das Bemühen um spirituelle Hygiene und einen gesunden Lebensstil in diesen Zusammenhang.

⁴⁶ Um dessen Heilungspraxis zu überprüfen, setzte die Church of England eine Expertenkommission ein, die Theologen und Ärzte umfasste und 1924 zu einem positiven Urteil kam, s. Klassen: *Spirits of Protestantism*, 88.

Gesundheit und Heilung, so wie sie von christlich inspirierten Bewegungen gedeutet wurden, waren verknüpft mit Fragen der Lebensführung und damit auch mit existenziellen und moralischen Konflikten.

Unter den christlich inspirierten Heilungsbewegungen, die sich im 20. Jahrhundert formierten, ist die 1906 in Los Angeles entstandene Pfingstbewegung in wirkungsgeschichtlicher Hinsicht besonders bedeutsam. Impulse aus den Erweckungsbewegungen des 19. Jahrhunderts und afroamerikanischen Traditionen miteinander verschmelzend entwickelte sie sich rasch zu einer weltweiten Bewegung. Von außen betrachtet setzt sich die pfingstkirchlich-charismatische Heilungspraxis aus unterschiedlichen Elementen zusammen. Neben den Heilungsgottesdiensten verschiedenster Art sind auch die soziale Einbettung in eine pfingstkirchliche Gemeinde und die damit verbundene Veränderung des Lebensstils als therapeutisch zu beschreiben. Vielerorts fungieren Pfingstkirchen als soziale Bewegung, die Migranten eine neue Heimat geben und ihnen ein geregelteres und gesünderes Leben ermöglichen.⁴⁷

Parallel zu den ersten Pfingstkirchen entwickelten sich auf dem afrikanischen Kontinent verschiedene Heilungsbewegungen, die christliche und indigene Elemente miteinander verbanden. Amanda Porterfield verweist in ihrem Überblick über diese Bewegungen insbesondere auf Patrick Kwesha, der in Simbabwe den Katholizismus afrikanisierte, sowie auf den liberianischen Prediger William Wade Harris, der nach einer visionären Erfahrung 1913 eine Mission an der Elfenbeinküste begann. Harris, der als Endzeitprophet von Dorf zu Dorf zog, verband seine Umkehrpredigt mit exorzistischen Praktiken und soll um die 100 000 Menschen getauft haben, bevor er 1914 von französischen Beamten ausgewiesen wurde. Inspiriert durch Harris und andere Charismatiker kam es in den darauffolgenden Jahrzehnten zur Gründung zahlreicher autochthoner Kirchen und zu vielfältigen Varianten, traditionelle Medizin und christliche Heilung miteinander zu verbinden.⁴⁸

In ganz anderen Bahnen bewegten sich jene christlichen Heilungsbewegungen, die sich in der ersten Hälfte des 20. Jahrhunderts innerhalb der traditionellen Kirchen entwickelten. Zumeist waren sie eng mit den Strömungen verbunden, die in den beiden vorangehenden Abschnitten bereits genannt wurden. Exemplarisch für viele Versuche, den christlichen Heilungsauftrag unter den Bedingungen der Moderne und in Kooperation mit schulmedizinischen Ansätzen zu verwirkli-

⁴⁷ Vgl. Porterfield: *Healing in the History of Christianity*, 173; Brown: *Global Pentecostal and Charismatic Healing*.

⁴⁸ Vgl. Porterfield: *Healing in the History of Christianity*, 135.

chen, steht die von Elwood Worcester gegründete *Emmanuel-Bewegung*. Ihren Namen verdankt sie einer episkopalen Pfarrkirche in Boston, die von Worcester geleitet wurde. Während seiner Ausbildung hatte sich Worcester in Leipzig bei Wilhelm Wundt und Gustav Theodor Fechner mit der experimentellen Psychologie seiner Zeit vertraut gemacht. Die Emmanuel-Bewegung entwickelte sich aus einem Gemeindeprojekt, das zunächst Menschen mit Tuberkulose unterstützte und dann auch auf Menschen mit psychischen Belastungen und Suchterkrankungen ausgedehnt wurde. In wöchentlichen Zusammenkünften wurde Betroffenen seitens eines interprofessionellen Teams psychologische und spirituelle Unterstützung angeboten. Auch psychoedukative Elemente wurden hoch geschätzt. Die wöchentlichen Treffen, die bald schon Aufsehen erregten, begannen mit spirituellen und medizinischen Vorträgen, an die sich eine Einladung zu therapeutischer Behandlung, Beichte, Gebet und spirituellem Austausch anschloss.

Seinen neuartigen Versuch, psychotherapeutische Unterstützung mit spirituellen Praktiken zu verknüpfen, legitimierte Worcester in dem wegweisenden Buch „Religion and Medicine“, das er 1908 zusammen mit dem anglikanischen Theologen Samuel McComb und dem jüdischen Psychiater Isador Coriat veröffentlichte.⁴⁹ In einer Zeit, in der die Kraft des Gebets und gesundheitsförderliche Wirkung von „religiösen und spirituellen Zuständen“⁵⁰ erkannt worden sei, versuchen die Autoren, spirituelle Heilungspraxis und moderne Wissenschaft in reflektierter Weise aufeinander zu beziehen. Die therapeutische Methodik, die mit Blick auf unterschiedliche Erkrankungen entfaltet wird, setzt auf der mentalen Ebene an. In Ausrichtung auf Gottes Gegenwart sollen negative Gedanken durch positive ersetzt werden. Für psychische Störungen wie Neurasthenie und Hysterie sowie für Alkoholismus gebe es, so wird herausgestellt, bislang keine wirksameren Therapien als jene, die die Macht der Gedanken positiv zu nutzen verstehen. Die vom New Thought inspirierten (auto-)suggestiven Verfahren werden von Worcester und seinen Mitautoren doppelt kontextualisiert, indem sie sowohl in den Zusammenhang moderner psychologischer Wissenschaft gestellt als auch mit religiösen Überzeugungen und Praktiken verbunden werden. Der therapeutische Ansatz, den das Buch vertritt, nimmt Einsichten und Verfahren der späteren kognitiven Verhaltenstherapie vorweg. Ein Beispiel dafür ist die folgende Anleitung zum Umgang mit sorgenvollen Gedanken:

⁴⁹ Worcester/McComb/Coriat: Religion and medicine. Die Mitarbeit des jüdischen Psychiaters Coriat belegt die transreligiöse Offenheit der Emmanuel-Bewegung.

⁵⁰ Ebd., 8.

„Substitute for the fear the thought of some duty not yet achieved, or the thought of the Divine presence which is near us alike in our going out and in our coming in. Cultivate that condition of mind which, conscious of God’s fatherly regard, feels safe in His hands, and is willing to meet good or evil as He wills it. In a word, re-educate yourself, morally and spiritually. Summon the forces of your nature against this debasing fear, and through prayer, through obedience to law moral and law physiological, through concentration on some enterprise that carries you beyond your petty interests, win back the gift of self-control which is the secret of every life worth living.“⁵¹

Auch wenn die Emmanuel-Bewegung ein zeitlich begrenztes Experiment darstellte, so wirkte sie doch als inspirierendes Modell für weitere Entwicklungen. Es ist kein Zufall, dass die Seelsorgebewegung des 20. Jahrhunderts, die in der *Clinical Pastoral Education* (CPE) ihre institutionelle Gestalt fand, nicht nur ideell, sondern auch örtlich und personell an die Emmanuel-Bewegung anknüpfte.⁵² War doch Richard Cabot, der Mitbegründer der CPE, einer der Ärzte, die die Emmanuel-Bewegung von Anfang an unterstützten. Cabot war, ähnlich wie später Henry Sigerist, ein entschiedener Vertreter der sozialen Medizin, die die Bedeutung des sozialen Kontexts für das Entstehen von Krankheiten und deren Therapie betonte. Zwei von Cabots Innovationen – die supervisorische Analyse von „case studies“ und die klinische Sozialarbeit – dienten diesem Zwecke. In ähnlicher Weise sollte nach Cabot auch die spirituelle Dimension in die interprofessionelle Versorgung einbezogen werden: durch klinisch ausgebildete Seelsorger, die Teil des Behandlungsteams sind und ihre Erfahrungen in Seelsorgeprotokollen dokumentieren. Auch Anton Boisen, der zusammen mit Cabot die CPE begründete, ließ sich von der Emmanuel-Bewegung inspirieren, wenn auch in deutlich anderer Weise. Boisen fand in Worcester’s christlich-therapeutischem Holismus ein wichtiges Leitbild für sein eigenes Bemühen, dem christlichen Heilungsauftrag innerhalb der Großkirchen neues Gewicht zu geben.

Einem liberal-theologischen Ethos verpflichtet strebten die Protagonisten der CPE danach, die Gesellschaft durch eine Zuwendung zum Einzelnen zu verbessern und menschliches Leiden durch die Kraft des Mitgefühls zu lindern. Bei allen Gemeinsamkeiten stehen die beiden Gründergestalten jedoch auch für zwei unterschiedliche Modelle einer christlich inspirierten Spiritual Care, die in der weiteren Geschichte der CPE und ihrer globalen Rezeption bis heute in einem spannungsvollen Verhältnis zueinander stehen. Cabot vertrat einen interprofessionellen Ansatz, der eine klare Aufgabenteilung vorsieht. Dem Seelsorger kommt

⁵¹ Ebd., 272.

⁵² Zum Folgenden vgl. Stollberg: *Therapeutische Seelsorge*; Myers-Shirk: *Helping the Good Shepherd*.

in diesem Zusammenhang primär eine begleitende und beratende Aufgabe zu, deren Ziel es sein sollte, leidende Menschen dabei zu unterstützen, menschlich zu reifen und zu einem tieferen Glauben zu finden.⁵³ Demgegenüber suchte Boisen, der zeitlebens selbst an psychischen Belastungen litt, nach ganzheitlicher Heilung und deutete Krankheits- und Heilungserfahrungen im Horizont des christlichen Glaubens. Cabot betonte die leitende Rolle des Arztes und die Bedeutung einer soliden schulmedizinischen Grundlage, während Boisen mitunter Positionen vertrat, die die Antipsychiatrie-Bewegung der 1960er Jahre vorwegnahmen.

In der Zeit zwischen den beiden Weltkriegen, in der die CPE entstand und sich rasch in den USA ausbreitete, formierten sich zahlreiche weitere christlich inspirierte Bewegungen, die sich mit Idealen der Lebensreform und einer holistisch verstandenen Medizin verbanden.

Neben einflussreichen Persönlichkeiten wie dem bereits genannten James Moore Hickson, der als christlicher Heiler um die halbe Welt reiste,⁵⁴ spielte die *Young Men's Christian Association* (YMCA; dt. CVJM) eine zentrale Rolle. In markantem Unterschied zur Emmanuel-Bewegung, welche die therapeutische Kraft von Entspannung und Meditation betonte, predigten die Wortführer des YMCA ein „muskuläres“ und männliches Christentum. Die gemeinsame sportliche Betätigung und die physische Fitness wurden als Schlüssel für die psychische, moralische und spirituelle Entwicklung gesehen.⁵⁵ Die in diesem Zusammenhang zu findende Tendenz, Gesundheit exklusiv männlich zu konturieren, macht darauf aufmerksam, dass in den holistischen Bewegungen, die im vorliegenden Beitrag nachgezeichnet werden, auch Genderfragen eine wichtige Rolle spielten.⁵⁶

Die leitende Idee, dass zur Ausbildung eines „moralischen Charakters“ besonders die Willenskraft zu schulen sei, findet sich auch in der bereits erwähnten Bewegung zur moralischen und spirituellen Aufrüstung, die der evangelische Prediger Frank Buchman 1921 in Oxford initiierte und die deshalb auch den Namen „Oxfordgruppen-Bewegung“ trägt. Buchman war von 1905 bis 1915 in der YMCA tätig, entwickelte dann jedoch unter dem Eindruck des Ersten Weltkriegs seine eigene Mission. Sie ist von dem Anliegen geleitet, im Gegenzug zur fortschreitenden Militarisierung eine moralische und spirituelle „Aufrüstung“ zu fördern. Für den vorliegenden Zusammenhang bedeutsam ist, dass die

⁵³ Vgl. Cabot/Dicks: *The Art of Ministering to the Sick*.

⁵⁴ Klassen: *Spirits of Protestantism*, 88: „Hickson's method was a careful blend of Anglican sacramentalism and medical appeasement. He usually led open services of laying on of hands and hymn singing in large cathedrals.“

⁵⁵ Vgl. White: *Unsettled Minds*; Putney: *Muscular Christianity*.

⁵⁶ Vgl. das Kapitel über „muskuläre Frauen“ in Putney: *Muscular Christianity*, 144 – 161.

Oxfordgruppen-Bewegung nicht nur holistisch gesinnte Ärzte wie Paul Tournier beeinflusste, sondern auch die Begründer einer neuartigen und bis heute einflussreichen spirituellen Gesundheitsbewegung inspirierte, jene der *Anonymen Alkoholiker* (AA).

Als modellbildende Selbsthilfeorganisation, die nicht im Feld professioneller Gesundheitsversorgung angesiedelt ist, waren die AA von Beginn an darauf bedacht, weder als alternativreligiöse noch als alternativmedizinische Bewegung aufzutreten. Zu einem innovativen therapeutischen Laboratorium wurden die AA nicht zuletzt dadurch, dass sie es sich zur Aufgabe machten, einen markant christlich geprägten Heilungsansatz für Suchtbetroffene mit unterschiedlichen weltanschaulichen Hintergründen zugänglich zu machen.⁵⁷ Das 12-Schritte-Programm, das Ende der 1930er Jahre ausformuliert wurde, ist in seiner Endfassung ein Kompromiss zwischen evangelikalen, liberalen und agnostischen Mitgliedern. Gesucht wurde nach inklusiven Formulierungen, die hinreichend bestimmt und zugleich genügend offen waren.

Die Veränderungsvorschläge, die in die Endfassung aufgenommen wurden, betreffen insbesondere die zwölf Leitsätze. War in der ersten Fassung des zweiten Leitsatzes schlicht von „Gott“ die Rede, heißt es nun: „eine Macht, größer als wir selbst“. In der Formulierung des dritten Leitsatzes wurde ein relativierender Einschub hinzugefügt: „Wir fassten den Entschluss, unseren Willen und unser Leben der Sorge Gottes – wie wir Ihn verstanden – anzuvertrauen.“⁵⁸ Angepasst wurde auch die Formulierung des 12. Schritts. War in der ersten Fassung von einer „spirituellen Erfahrung“ die Rede, so ist in der revidierten und bis heute verbindlichen Fassung zu lesen: „Nachdem wir durch diese Schritte ein spirituelles Erwachen [spiritual awakening] erlebt hatten, versuchten wir, diese Botschaft an Alkoholiker weiterzugeben und unser tägliches Leben nach diesen Grundsätzen auszurichten.“ Um den Eindruck zu vermeiden, eine besondere spirituelle Erfahrung sei die Voraussetzung für den Schritt zur Abstinenz, passte Bill Wilson („Bill W.“) auch sein persönliches Zeugnis an, das im maßgeblichen Manual, dem „Big Book“, der Beschreibung der 12 Schritte vorausgeht.⁵⁹ Nicht

⁵⁷ Vgl. zum Folgenden Taves: *Revelatory events*. Den deutschen Text des 12-Schritte-Programms zitiere ich nach *Anonyme Alkoholiker: Ein Bericht*. Darin wird „spirituality“ mit „Spiritualität“ übersetzt, „spiritual“ hingegen mit „geistig“.

⁵⁸ In der deutschen Ausgabe aus dem Jahr 2016 kommt das Wort „Gott“ insgesamt 230 Mal vor.

⁵⁹ Nach Taves: *Revelatory events*, 88, stand Bill Wilson zeitlebens in der Spannung zwischen dem Anspruch, den exemplarischen AA mit einer inhaltlich unbestimmten Spiritualität zu verkörpern, und seiner eigenen spirituellen Suche: „Whereas AA embodied a tacit perennialism in its structure and organization that could be overridden by various theological perspectives, Bill Wilson was an explicit perennialist with Catholic proclivities who viewed his own unusual

zuletzt veränderte sich der Sprachmodus. Was in der ersten Fassung des Programms noch wie eine Predigt klang, wurde zu einer solidarischen Ermutigung unter Betroffenen. An die Stelle der moralisierenden Sprache in der 2. Person Singular trat eine einladende und bezeugende Redeweise in der 1. Person Plural. In ihr äußert sich das Autorenkollektiv als inspirierte Gemeinschaft, die „Gott, wie er sich im Gewissen unserer Gruppe zu erkennen gibt“, bezeugt, wie es am Ende des Buchs heißt.⁶⁰

Literatur

- Anonyme Alkoholiker: Ein Bericht über die Genesung alkoholkranker Männer und Frauen, Marktoberdorf 2016.
- Baier, Karl: Meditation und Moderne. Zur Genese eines Kernbereichs moderner Spiritualität in der Wechselwirkung zwischen Westeuropa, Nordamerika und Asien, Würzburg 2009.
- Bircher-Benner, Max: Vom Werden des neuen Arztes. Bern ⁵2013 (1938).
- Brown, Candy Gunther (Hg.): Global Pentecostal and Charismatic Healing, Oxford/New York 2011.
- Buchinger, Otto: Vom Marinearzt zum Fastenarzt, Freiburg i. Br. 1955.
- Buchinger, Otto: Zur Hygiene des inneren Menschen, Bad Pyrmont 1947.
- Cabot, Richard C./Dicks, Russell L.: The Art of Ministering to the Sick, New York 1936.
- Frankl, Viktor E.: Ärztliche Seelsorge. Grundlagen der Logotherapie und Existenzanalyse, Frankfurt a. M. ⁴1987.
- Frankl, Viktor E.: Der unbewusste Gott. Psychotherapie und Religion, München ⁷1988.
- Frankl, Viktor E.: Dem Leben Antwort geben. Autobiografie, Weinheim 2017.
- Freud, Sigmund: Briefe 1873 – 1939. Ausgewählt und herausgegeben von Ernst und Lucie Freud, Frankfurt a. M. ³1980.
- Henning, Christian/Murken, Sebastian/Nestler, Erich (Hg.): Einführung in die Religionspsychologie, Paderborn 2003.
- James, William: Die Vielfalt religiöser Erfahrung. Eine Studie über die menschliche Natur, übers. von Herms, Eilert/Stahlhut, Christian, Frankfurt a. M./Leipzig 1997.
- Kim, Daniel/Curlin, Farr/Wolensberg, Kelly/Sulmasy, Daniel: Back to the future: The AMA and religion, 1961 – 1974, in: Academic Medicine 89/12 (2014), 1603 – 1609.

experiences – spiritualist, mystical, and drug-induced – as different ways of entering into the unseen Reality.⁴

⁶⁰ Anonyme Alkoholiker: Ein Bericht, 420.

- Klassen, Pamela E.: *Spirits of Protestantism. Medicine, Healing, and Liberal Christianity*, Berkeley / Los Angeles / London 2011.
- Kleinman, Arthur / Bridget, Hanna: *Religious Values and Global Health*, in: Swearer, Donald K. / McGarry, Susan L. (Hg.): *Ecologies of Human Flourishing*, Cambridge MA 2011, 73 – 90.
- Myers-Shirk, Susan E.: *Helping the Good Shepherd. Pastoral Counselors in a Psychotherapeutic Culture 1925 – 1975*, Baltimore 2009.
- Nolte, Karen: *Todkrank. Sterbebegleitung im 19. Jahrhundert: Medizin, Krankenpflege und Religion*, Göttingen 2016.
- Peng-Keller, Simon: *Gottespassion in Versunkenheit. Die psychologische Mystikforschung Carl Albrechts aus theologischer Perspektive*, Würzburg 2003.
- Porterfield, Amanda: *Healing in the History of Christianity*, Oxford 2005.
- Putney, Clifford: *Muscular Christianity. Manhood and sports in protestant America 1880 – 1920*, Cambridge 2001.
- Rosenberg, Charles E.: *Holism in Twentieth-Century Medicine*, in: Lawrence, Christopher / Weisz, George (Hg.): *Greater than the Parts. Holism in Biomedicine, 1920 – 1950*, New York / Oxford 1998, 335 – 355.
- Schmidt, Eric Leigh: *Restless souls. The making of American spirituality*, Berkeley 2012.
- Schultz, Johannes Heinrich: *Autogenes Training, Konzentrierte Selbstentspannung. Versuch einer klinisch-praktischen Darstellung*, Stuttgart / New York 1987.
- Sigerist, Henry: *The medical student and social problems confronting medicine today*, in: *Bulletin of the Institute of the History of Medicine* 4/5 (1936), 411 – 422.
- Sigerist, Henry: *Medicine and Human Welfare*, New Haven 1941.
- Sigerist, Henry: *Die Heilkunst im Dienste der Menschheit*, Stuttgart 1954.
- Stollberg, Dietrich: *Therapeutische Seelsorge. Die amerikanische Seelsorgebewegung. Darstellung und Kritik*, München 1969.
- Taves, Anne: *Revelatory events. Three case studies of the emergence of new spiritual paths*, Princeton 2017.
- Tournier, Paul: *Krankheit und Lebensprobleme*, Basel / Stuttgart 1967.
- Tournier, Paul: *Médecine de la personne*, Neuchâtel 1983.
- Wedemeyer-Kolwe, Bernd: *„Der neue Mensch“. Körperkultur im Kaiserreich und in der Weimarer Republik*, Würzburg 2004.
- White, Christopher G.: *Unsettled Minds. Psychology and the American Search for Spiritual Assurance, 1830 – 1940*, Berkeley 2009.
- Worcester, Elwood / McComb, Samuel / Coriat, Isador H.: *Religion and medicine: The moral control of nervous disorders*, New York 1908.

Wie hat die Psychotherapie die Seelsorgelehre und -praxis verändert?

Ein schönes Thema! Es ist eigentlich mein Lebensthema. Ich studierte zuerst Theologie, dann Psychologie, was mich in Kombination mit einer Lehranalyse veränderte, ging ins Pfarramt als Theologe/Psychologe, wurde dort als Theologe beansprucht, verstand mich aber ebenso sehr als Psychologe. Wenn ich aber sagte, ich sei auch Psychologe, wurde ich als Theologe nicht mehr beansprucht, die Mäuler schlossen sich, wohl aus Vorsichtsgründen. Ich war mir lange Zeit auch selbst nicht schlüssig, ob ich mich als Theologen mit psychologischer Weiterbildung oder als Psychologen mit theologischer Vorbildung verstehen sollte. Heute verfüge ich über eine einigermaßen gefestigte Identität, verstehe mich am ehesten als durch Psychotherapie veränderten Theologen, aber bin immer noch nicht sicher, ob ich dereinst auf meinem Sterbebett mein Leben mit einem tiefen Seufzer der Erleichterung in Gottes Hand geben oder an jenem Traum rumstudieren werde, den ich gehabt haben werde, in dem mir meine Mutter so lebensecht erschien, mir zulächelte und mich hinüberwinkte, und dabei an Simon Pengs Buch zum oneiroiden Erleben in Todesnähe¹ denken werde. Wohl beides.

Auch sonst hat das Thema etwas Verführerisches. Seelsorge wurde verändert. Die Themenstellung suggeriert, es habe einen *terminus ante quem* gegeben, und es gebe einen *terminus post quem*, dunkle Anfänge also und ein helles Ende. Man könnte den Titel allerdings auch umgekehrt lesen, aus der Warte der Skeptiker heutiger Seelsorge: Es gab eine Urgeschichte, in der Seelsorge noch eigentliche Seelsorge war, dann folgte der psychologische Sündenfall. Ich stehe in Gefahr, auf das erste dieser Narrative aufzuspringen: Seelsorge wurde von Psychotherapie verändert. Aber eigentlich verhält es sich hier ähnlich wie beim „spiritual turn“ in der Psychotherapie: Seelsorgelehre und -praxis veränderten sich in Teilbereichen, in Teilbereichen aber auch nicht – und auch ich habe mich nur in Teilbereichen etwas verändert.

Nach diesen warnenden Vorbemerkungen steige ich doch wohlgenut auf das Narrativ, das nicht wirklich stimmt und sich bei dieser Thematik doch kaum vermeiden lässt: Es folgt ein Drama in fünf Akten. Ich suche einen Weg zwischen

¹ Simon Peng-Keller: Sinnereignisse in Todesnähe. Traum- und Wachvisionen Sterbender und Nahtoderfahrungen im Horizont von Spiritual Care, Berlin / Boston 2017.

biografischer Verankerung und Fachgeschichte. Dass ich biografisch einsteige, hat ebenfalls Wurzeln in der Geschichte, die ich nun erzählen will.

Erster Akt: Dunkle Vergangenheit und die Morgenröte eines neuen Tages

„Oioioi“. Der Jammerton der Frau klingt immer noch in meinen Ohren. Ich war wahrscheinlich sechs oder sieben Jahre alt. Mein Vater, Pfarrer in einer Dorfgemeinde, hatte mich, den Ältesten, ins Kreiskrankenhaus mitgenommen, wo er seine Gemeindeglieder besuchte. Da lag sie in ihrem zerknüllten Spitalhemd, hielt sich den Bauch und sagte: „Oioioi.“ Was mein Vater getan hat, daran erinnere ich mich nur vage: etwas aus dem Dorf erzählt, um die Kranke aufzuheitern, aus der Bibel vorgelesen, vielleicht gebetet. Hatte er mich mitgenommen, weil ein Kind Kranken guttut? Ich habe nur noch dieses „oioioi“ in den Ohren. Es hat meinen Vater wohl ebenso sehr erschreckt wie mich. Er machte solche Besuche ungerne, stand lieber auf der Kanzel als am Krankenbett. In die Seelsorge war er fast sicher so eingeführt worden, wie er seine Vikare einführte: mit langen Geschichten über dramatische Scheidungen und traurige Todesfälle. Nie hatte er eine eigentliche Ausbildung in Seelsorge genossen.

Wie hat Psychotherapie die Seelsorgelehre und -praxis verändert? Wenn das, was ich als Kind von Seelsorge in den 1950er Jahren mitbekam (und was, wie ich in der Retrospektive vermute, in gewisser Weise exemplarisch war), mit dem vergleiche, was sich mir heute als Seelsorge darbietet, kann ich nur sagen: Die Rezeption psychotherapeutischer Erkenntnisse in den letzten sechzig Jahren hat die kirchliche Seelsorgetheorie und -praxis umgepflegt.

Ein kurzer Blick sei zuerst auf die Ausgangslage in den 1950er und 1960er Jahren geworfen. Die empirische Erforschung von Mentalitäten und psychischen Zuständen, die bereits Anfang des 20. Jahrhunderts in der liberalen Praktischen Theologie einen Aufschwung nahm, wurde von der seit den 1920er Jahren aufstrebenden Dialektischen Theologie mit ihrer Konzentration des kirchlichen Handelns auf das Wort Gottes in den Hintergrund gedrängt. Die Theologie Karl Barths behielt auch in der Nachkriegszeit in den evangelischen Kirchen ihre starke, durch den deutschen Kirchenkampf gefestigte Position und in deren Gefolge auch die Seelsorgekonzeption Eduard Thurneysens, eines engen Weggefährten Barths.² Dieser verstand Seelsorge als Spezialfall der Predigt, als Ausrichtung des Evangeliums an den sündigen Menschen, bezog Psychologie zwar durchaus

² Eduard Thurneysen: Die Lehre von der Seelsorge, Zürich 1946.

ernsthaft, aber doch nur als *anchilla*, als Magd, der Theologie, ein. Es gab einzelne Initiativen, in denen Psychologie bei der Begründung und Ausgestaltung von Seelsorge eine zentralere Bedeutung zugewiesen wurde. In Deutschland ist etwa Alfred Dedo Müller zu nennen, der bereits Mitte der 1930er Jahre für die Aufnahme charakterologischer und tiefenpsychologischer Erkenntnisse plädierte, oder Otto Haendler und Walter Uhsadel, die sich auf C. G. Jung beriefen. In der Schweiz war es Oskar Pfister, ein Pfarrer und durchaus unwahrscheinlicher Weggefährte und Freund Freuds, der bereits in den 1920er Jahren eine „psychoanalytische“ Seelsorge entwickelte.

Solche Initiativen blieben aber begrenzt und isoliert. Alfred Dedo Müller beklagt 1960, dreißig Jahre nach den Anfängen einer seminaristischen Ausbildung in Seelsorge, dass Seelsorge immer noch weitgehend als nicht lehrbar gelte.³ Entsprechend gab es zu jener Zeit wenig Ausbildung, geschweige denn eine vertiefte Weiterbildung in Seelsorge. Als Teilbereich der Gemeindefarbeit stand sie im Schatten des Gottesdienstes. Wenn schon, lernte man sie am Modell und aus Beispielen. Das hatte auch zur Folge, und hier spreche ich nur für die Schweiz, denn ich will der westdeutschen Seelsorge jener Zeit nicht zu nahe treten: Eine differenzierte, spezialisierte Seelsorge in Krankenhäusern, psychiatrischen Kliniken und in Gefängnissen existierte kaum. Man delegierte solche Aufgaben an Pfarrer, die sonst nicht so richtig zu gebrauchen waren. Anekdoten zu den Folgen dieser Personalpolitik erspare ich mir.

Ein Seitenblick auf die USA – diese wurden in der Folge sehr wichtig für die Weiterentwicklung der Seelsorge auch im deutschen Sprachbereich – zeigt ein ganz anderes Bild. Bereits Ende des 19. Jahrhunderts setzte hier die Rezeption medizinischer, psychiatrischer und psychotherapeutischer Methoden und Konzeptionen in der Seelsorge ein. Anton Boisen, ein Psychiatriegeistlicher (und selbst auch Psychiatrieerfahrener) entwickelte in den 1920er Jahren zusammen mit Medizinern erste klinisch orientierte Ausbildungsformen für Theologen – später bekannt geworden als CPE, Clinical Pastoral Education. Psychiatrische Konzepte schienen ihm auch zur Erschließung des „living human document“ des Glaubens, nämlich des Lebens- und Selbstverständnisses heutiger Menschen, und zu deren professioneller Begleitung in Krisen unverzichtbar. Diese Reform der Seelsorge unter psychotherapeutischen Vorzeichen wurde – begleitet von heftigen Auseinandersetzungen – in den darauffolgenden Jahrzehnten vorangetrieben und in den nordamerikanischen Kirchen implementiert. Seit den 1940er

³ Vgl. dazu die Quellen in Friedrich Wintzer (Hg.): Seelsorge. Texte zum gewandelten Verständnis und zur Praxis der Seelsorge in der Neuzeit, München ²1985.

Jahren erhielt insbesondere die Gesprächspsychotherapie Carl Rogers' breite Aufmerksamkeit. Zwei Anliegen wurden besonders nachhaltig verfolgt: Kompetenzförderung von Seelsorgenden in hoch komplexen Arbeitsfeldern der Gemeindegeseelsorge, insbesondere aber auch der Klinikseelsorge, und die Förderung des psychischen und spirituellen Wachstums als Grundlage jeder praktischen Arbeit.

Zweiter Akt: Fanfarenstöße und der Aufbruch

Die 68er-Bewegung kam 1969 auch in Bern an. Die theologische Fachschaft war gespalten, die einen hielten es mit Marx, die anderen mit Freud. Studienreform lag in der Luft. Erste Bücher zu einer erneuerten Seelsorge erschienen. Heije Fabers und Ebel van der Schoots „Praktikum des seelsorgerlichen Gesprächs“ war eines der Bücher, die uns damals elektrisierten.⁴ Es enthielt Fallbeispiele aus der Seelsorge, ausführlich aus der Perspektive von Psychologie und Psychotherapie kommentiert. Es wurde eine Veranstaltung organisiert, die Verfahren und Nutzen der neuen Ausbildungsformen demonstrieren sollte, reserviert war dafür ein Hörsaal im anatomischen Institut. Wo sonst der Seziertisch stand, hatte sich eine Gruppe von Pfarrern versammelt, die mit Heije Faber, der aus den Niederlanden eingeflogen worden war, ein Gesprächsprotokoll analysierte. Auf den Rängen saßen Studierende, Pfarrer, wenige Pfarrerrinnen sowie Abgesandte des Synodalrats, der Kirchenleitung, die sich ein Bild machen sollten, ob da nicht etwas Gefährliches auf die Kirche zurollte, gefährlicher noch als das, was von links kam. Am Tisch unten in der Arena konzentrierte, unspektakuläre Arbeit an einem Gesprächsprotokoll, hingebungsvolle Exegese eines „human documents“, Handwerk, bescheiden, low key und gerade deshalb spektakulär. Eine neue Zeit bricht an. Seelsorge lässt sich lernen! Seelsorge ist spannend!

Die Szene illustriert, wie es gegen Ende der 1960er Jahre zum psychotherapeutischen „turn“ der Seelsorge auch im deutschen Sprachbereich kam und wie brisant dies war. Bereits bestehende Ansätze einer psychotherapeutisch reflektierten Seelsorge wurden weiterentwickelt. 1969 erschien Dietrich Stollbergs „Therapeutische Seelsorge“⁵. Stollberg berichtete in diesem Buch von Erfahrungen und Einsichten eines Studienaufenthalts in den USA und führte deutschsprachige Leser in das weit verzweigte Netzwerk nordamerikanischer Seelsorgeansätze ein. Er steht für eine zweite Bewegung, die den therapeutischen „turn“ in der Seelsorge beförderte: Pastoralpsychologische Konzeptionen und Arbeitsfor-

⁴ Heije Faber / Ebel van der Schoot: Praktikum des seelsorgerlichen Gesprächs, Göttingen 1987.

⁵ Dietrich Stollberg: Therapeutische Seelsorge. Die amerikanische Seelsorgebewegung. Darstellung und Kritik. Mit einer Dokumentation, München 1969.

men, wie sie in den USA entwickelt worden waren, wurden – teilweise über die Niederlande vermittelt – breit rezipiert. Stollberg verstand Seelsorge vom Erscheinungsbild her als Psychotherapieverfahren, getragen und modifiziert durch den kirchlichen Kontext. Auch Joachim Scharfenberg ist zu nennen, der auf der Linie Pfisters die Psychoanalyse für die Seelsorge zu erschließen begann. Sein 1972 erschienenes Buch „Seelsorge als Gespräch“⁶ – der Titel ist Programm – enthielt nicht nur eine scharfe Kritik der Seelsorgekonzeption Thurneysens, sondern auch eine psychoanalytisch fundierte Methodenlehre seelsorglicher Gesprächsführung. Übertragung und Gegenübertragung wurden zum Thema, die Tiefendynamik des Gesprächs, beziehungsfördernde Grundhaltungen, Angst, Agieren, Abhängigkeiten in der Seelsorge.

Das Selbstbewusstsein einer therapeutisch reflektierten Seelsorge erstarkte trotz kirchlicher Auseinandersetzungen – man begann, sich als „Seelsorgebewegung“ zu verstehen. Das zeigte sich 1972 auch in der Gründung der Deutschen Gesellschaft für Pastoralpsychologie, des ökumenischen Fachverbands für Seelsorge, Beratung und Supervision.⁷ Standards für die Aus- und Weiterbildung und Qualitätssicherung in der Seelsorge wurden entwickelt und durchgesetzt, Abschlüsse in fünf unterschiedlichen Sektionen formalisiert und standespolitische Richtlinien und Initiativen entwickelt. Mehr oder weniger deutlich orientierten sich die Sektionen dabei an bestimmten Psychotherapieschulen – Tiefenpsychologie, Gesprächstherapie, Gruppentherapie –, wobei die schulenübergreifende Debatte zu den konzeptionellen Grundlagen der Seelsorge ebenfalls kontrovers und lebendig geführt wurde. Die Seelsorgebewegung fand zu ihrer institutionellen Form.

Dritter Akt: Die Blütezeit

Eindrücke aus einem Einführungskurs in klinische Seelsorge illustrieren, wie sich das neue Paradigma in der Seelsorgeweiterbildung durchsetzte: Acht Theologinnen und Theologen sind für eine Woche zu dieser Weiterbildung in Räumlichkeiten eines Diakonischen Werks einquartiert. Angefangen hat der Morgen, von dem ich erzählen will, mit einer kurzen Besinnung in der Klinikkapelle. Die Arbeit setzt nun ein mit einem offenen Gespräch im Kreis: Einer wirft ein theologisches Problem auf, das ihn beschäftigt, eine andere beginnt zu weinen, weil dies einen wunden Punkt bei ihr berührt, ein dritter Teilnehmer fragt indi-

⁶ Joachim Scharfenberg: Seelsorge als Gespräch. Zur Theorie und Praxis der seelsorgerlichen Gesprächsführung, Göttingen ³1991.

⁷ Informationen unter <https://www.pastoralpsychologie.de> (Abruf: 21.11.2019).

gniert, ob man wieder gleich so persönlich werden müsse. Und so weiter. Nun sitzen wir um einen Tisch, besprechen ein Seelsorgeprotokoll. Eine Szene aus dieser Begegnung wird anschließend im Rollenspiel nochmals durchgespielt. Die Supervisorin hält am frühen Nachmittag einen kurzen Theorieinput, prozessbezogen auf ein Thema des Morgens. Mit einer weiteren Fallbesprechung geht es am Nachmittag weiter. Am Abend stehen nonverbale Übungen auf dem Programm, Berührung, Massage. Teilnahme freiwillig. Alles wird sorgfältig moderiert von einer Supervisorin mit eigener Praxis in einem Krankenhaus und intensiver Weiterbildung. Am Schluss lädt sie mich ein, eine längere Ausbildung zu machen: sechs Wochen, intern, dann später nochmals sechs Wochen, mit namhaften Beträgen von der Kirche subventioniert.

Wie sich in diesem Setting die Rezeption psychotherapeutischer Konzepte in den 1980er Jahren auswirkte, sei an einem Beispiel verdeutlicht: Ein Kernelement in der klinischen Seelsorgeausbildung wurde die Arbeit mit Verbatims, mit Gesprächsprotokollen, welche Seelsorgende nach Besuchen am Krankenbett aus dem Gedächtnis aufzeichnen. Hans van der Geest, ein holländischer Supervisor, der die Szene in der Schweiz prägte, publizierte 1981 „Unter vier Augen“, eine Sammlung kommentierter Gesprächsprotokolle, die bis heute immer wieder neu aufgelegt wird. Der folgende Ausschnitt aus einem Verbatim stammt aus der Mitte eines Gesprächs, das der Pfarrer Walter Hagemüller mit der schwer an Krebs erkrankten Frau Hedinger führt.⁸ Sie hat ihm von einem Film über Flüchtlingslager in Pakistan erzählt. Dass sie sterben müsse, sei eine kleine Sache, aber was dort unnötigerweise an Tausenden geschehe, das schreie zum Himmel.

H1: „Es geht mich natürlich nicht persönlich an, oder kaum, aber irgendwie sind wir ja alle Brüder. Aber die Menschen da, und die Kinder, da bleibt man doch nicht ruhig dabei?“

S1: „Nicht ruhig, im Gegenteil, da erhebt sich ein Groll, dass ...“

H2: „Ein Protest, im Namen der Menschlichkeit“, unterbricht sie mich. Ich erschrecke unter diesem Wort. Sie muss sehr aufgeregt sein.

S2: „Ein Protest, ja jetzt verstehe ich Sie. Ich kann es auch mitfühlen, obschon ich den Film nicht gesehen habe. Ein Protest.“

H3: „Wie sehen Sie das denn, Sie sind doch Theologe?“, fragt sie mich, während eine klare Herausforderung in ihrer Stimme und in ihrem Blick liegt. Sinnlos verlegt sie ein Heft, das auf der Bettdecke liegt.

S3: „Ein Theologe soll das erklären können, finden Sie. Das erwarten Sie von mir?“, frage ich.

⁸ Hans van der Geest: Unter vier Augen. Beispiele gelungener Seelsorge, Zürich ⁸2007, 162.

H4: „Wahrscheinlich kommen Sie mit der Unbegreiflichkeit Gottes oder so was“, sagt sie fast höhnend.

S4: „Ich merke einfach, wie wichtig Ihnen dieses Problem ist und wie es in Ihnen kocht. Sie sind tief berührt und empört.“

An diesem Ausschnitt lassen sich leicht wichtige Merkmale dieser insbesondere von der Gesprächstherapie inspirierten Seelsorge identifizieren: So zeigt der Seelsorger deutlich das Bemühen, die emotionalen Erlebnisinhalte der Patientin zu verbalisieren und ihr damit einen vertieften Zugang zu ihrem Erleben zu eröffnen, Voraussetzung von seelischem Wachstum auch noch in dieser existenziellen Extremsituation. Deutlich ersichtlich ist auch das Bemühen des Seelsorgers um Echtheit. Er steht in Kontakt mit seinem eigenen seelischen Erleben bei allem, was er in diesem Gespräch sagt, bleibt kongruent, auch als die Frage nach dem „Warum“ aufs Tapet kommt. Das Gespräch ist zudem von Wohlwollen und Akzeptanz getragen. Damit ist es die „Rogers-Trias“, die konzeptionell und praktisch das Handeln dieses Seelsorgers bestimmt: Empathie, Echtheit und Wertschätzung. Die Entwicklung des Gesprächsverhaltens in diese Richtung ist ein wichtiges Ziel der entsprechenden Seelsorgeausbildung.

Am wiedergegebenen Ausschnitt ist auch gut erkennbar, dass die rezipierten gesprächstherapeutischen Konzepte in einer gewissen Spannung zu traditionellen Vorstellungen von Seelsorge stehen: Die Frage, wie er dies denn sehe, braucht der Seelsorger nicht als Sprungbrett für Verkündigung. Er bleibt seiner personzentrierten Haltung treu: „Ein Theologe soll das erklären können, finden Sie. Das erwarten Sie von mir.“ Die Reaktion von Frau Hedinger zeigt, dass dies das Gespräch emotional weiter vertieft, da ihre Wut, ihre emotionale Auflehnung auch gegen ihr eigenes Schicksal, immer stärker spürbar wird und sich etwas später im Gespräch direkt gegen Gott richtet und entlädt. Erst ganz am Schluss, nach dieser Katharsis und der darauffolgenden Entspannung, wagt der Seelsorger eine vorsichtige theologische Deutung.

Diese Rezeptionsbemühungen hatten auch auf der theologischen Ebene Folgen. Van der Geest fragt in einem letzten Kapitel seines Buchs – theologische Reflexion ist also der praktischen Seelsorge nicht vor-, sondern nachgeschaltet –, wie sich denn dieses Verständnis von Gesprächsführung und eines nach Wachstum strebenden Menschen mit Theologie und Kirche verbinden lässt. Auf der einen Seite betont er das Übertragungsgeschehen, das einsetzt, sobald eine Seelsorgerin in einem Krankenzimmer erscheint. Mit ihr tritt unvermittelt das ganze „Alpenpanorama“ von Glauben, Kirche und Christentum in den Raum. Die Begegnung muss nicht zur seelsorglichen gemacht werden, sie ist es bereits kraft dieser Übertragung, die Vertrauen ermöglicht und Menschen wichtige Glaubens-

und Lebensthemen anschlagen lässt. Zusätzlich zu diesem Übertragungsraum ist auch das Verhalten des Seelsorgenden wichtig: eben Wertschätzung, Empathie und Echtheit. Van der Geest bringt diese nun in einen theologischen Zusammenhang: In der Wertschätzung des Seelsorgenden spiegelt sich die unbedingte Annahme Gottes. Wer sich empathisch in die Welt des anderen begibt, tut dies in den Spuren der Menschwerdung Gottes, vollzieht Gottes Gang in die Fremde. Die Echtheit des Seelsorgenden wurzelt in Gottes Selbstsein, der den Menschen zu seinem Ebenbild beruft. Diese theologisch begründeten Grundhaltungen sind ausreichend. Sie setzen bei der Klientin Prozesse der Selbstakzeptanz und Selbstexploration in Gang, die zu größerer Selbstkongruenz führen können. Ein Seelsorgegespräch ist also auch dann vom Glauben getragen, wenn explizit keine Themen des Glaubens angesprochen werden. Es gibt aber Situationen, in denen ein tröstendes, verkündigendes Wort durchaus am Platz sein kann, immer personenzentriert und im Dienst des leidenden Menschen.

Vierter Akt: Zwischenbilanz, Kritik und Integration

Wie genau hat nun, wenn man bilanzierend zurücktritt, Psychotherapie die Seelsorge verändert? Dies lässt sich auf sieben Ebenen konkretisieren:

1. Psychotherapeutische Modelle wurden für die Wirklichkeitskonstruktion der Seelsorge wichtig. Sie haben die Art und Weise, wie in der Seelsorge über menschliche Wirklichkeit nachgedacht wird, tiefgreifend verändert. Wurden bei Thurneysen die Grundlagen einer Anthropologie im Wesentlichen aus biblischen Traditionen gewonnen, waren es in den Seelsorgekonzeptionen der 1970er und 1980er Jahren die in Psychotherapie implizierten Menschenbilder, die auch bei der Ausgestaltung der Seelsorge grundlegend wichtig wurden. Dies erfasste auch das Nachdenken über zentrale Themen der Theologie: So wurden Grundannahmen der Rechtfertigungstheologie – wie bei van der Geest – aufgrund von Beziehungsanalogien neu aufgeschlüsselt.
2. Das hatte Folgen für die Wahrnehmung und Selbstwahrnehmung in der Seelsorge. So zeigt das Verbatim, aus dem wir einen Ausschnitt etwas genauer angesehen haben, wie das, was sich bei Frau Hedinger abspielt, anhand psychodynamischer Modelle wahrgenommen wird. Sie wird sich ihrer verdrängten Gefühle bewusster und kann sie ausdrücken – Voraussetzung für psychisches Wachstum auch angesichts des Todes.
3. Anhand des Verbatims wird ebenfalls anschaulich: Methoden und Haltungen aus der Psychotherapie werden in der Seelsorge implementiert, beispielsweise die Rogers-Trias.

4. Der Rezeption psychotherapeutischer Modelle ist nicht zuletzt geschuldet, dass auch die Selbstwahrnehmung und Selbstreflexion in der Ausbildung zur Seelsorge einen zentralen Stellenwert erhielten. Voraussetzung für das emotionale Wachstum von Klientinnen und Klienten ist das emotionale Wachstum der Seelsorgenden selbst, das in intensiven gruppenspezifischen Prozessen, in nonverbalen Übungen, Rollenspielen, in Bibliodrama und mittels der damit verbundenen mannigfaltigen Feedbackprozesse während sechs oder auch zwölf Wochen Weiterbildung in Gang kommt.
5. Die unterschiedlichen psychotherapeutischen Modelle, die rezipiert wurden, führten zur Entwicklung entsprechend unterschiedlicher Konzeptionen der Seelsorge: Nicht nur gesprächstherapeutische, auch psychoanalytische, gestalttherapeutische, systemische und andere von Psychotherapie inspirierte Modelle der Seelsorge wurden nebeneinander weiterentwickelt.
6. Seelsorge wurde im Verlauf dieser Entwicklung auch in unterschiedliche Tätigkeitsbereiche und für verschiedene Zielgruppen ausdifferenziert. Nicht zuletzt der Rezeption psychotherapeutischer Erkenntnisse ist es deshalb zu verdanken, dass Seelsorgende heute in Institutionen wie Krankenhäusern, Altenheimen oder Gefängnissen als auch erfahrungswissenschaftlich ausgewiesene Gesprächspartner in interdisziplinären Teams mitreden.
7. Die Rezeption therapeutischer Modelle und deren kritische theologische Reflexion schärfte das Profil der Seelsorge. In der Auseinandersetzung mit dem Fremden fand Seelsorge ihr Eigenes wieder.

Gegen dieses Paradigma einer psychotherapeutisch reflektierten Seelsorge formierte sich deutlicher Widerspruch. Helmut Tacke publizierte 1975 sein Buch „Glaubenshilfe als Lebenshilfe“⁹. Schon der Titel signalisiert die Akzentverschiebung. Steht, so die Sicht Tackes, in der Seelsorgebewegung die (psychotherapeutisch fundierte) Lebenshilfe im Vordergrund, die allenfalls nachgeordnet auch Glaubenshilfe sein kann, so sieht er die eigentliche Aufgabe der Seelsorge darin, Glaubenshilfe als Lebenshilfe anzubieten. Seine Kritik richtet sich insbesondere auf eine theologische „Überfrachtung“ der Seelsorgebeziehung. Er meint, die Annahme von der Geests und anderer, in der seelsorglichen Beziehung und Annahme spiegle sich die göttliche Annahme, sei ein Missbrauch des „pro me“, der theologischen Aussage also, Gott sei uneingeschränkt für den sündigen Menschen. Zugespitzt schreibt er: „Wenn nicht der auf Christus gerichtete Glaube, sondern die Dimension des Erlebens beschworen wird, ist die zwischenmensch-

⁹ Helmut Tacke: Glaubenshilfe als Lebenshilfe. Probleme und Chancen heutiger Seelsorge, Neukirchen-Vluyn 1979.

liche Beziehung in einen Rang erhoben, der das Menschenmögliche übersteigt und eine theatralische Sprache provoziert.¹⁰

Solche und andere kritische Anfragen führten dazu, dass die Seelsorge insgesamt einen produktiven Bezug zur eigenen Tradition zurückgewann: Die Bedeutung der Bibel wurde in ihrem personzentrierten Erschließungspotenzial für die Lebensdeutung wiederentdeckt, die Kraft liturgischer Formen (Segen, Beichte, Taufe, Krankensalbung) neu erschlossen.¹¹

Auf den manchmal euphorischen, auf alle Fälle energiegeladenen Aufbruch folgte nach weiteren Jahren überhaupt eine Phase des kritischen Bilanzierens. Eberhard Hauschildt zeigte beispielsweise aufgrund der Analyse präzise aufgezeichnete und linguistisch rekonstruierter Gesprächsprotokolle, dass praktische Seelsorge oft nicht den hehren therapeutischen Leitbildern entspricht, sondern sich besser als kleinräumige Aushandlung des Alltags, als Alltagsseelsorge, verstehen lässt.¹² Uta Pohl-Patalong und Isolde Karle monierten, dass psychoanalytische Seelsorge die gesellschaftliche Individualisierung seit den 1960er Jahren zwar mitvollziehe, wegen ihrer Identifikation mit psychoanalytischem Denken aber nicht selbstkritisch-distanziert reflektieren könne.¹³ Das Aufkommen der ersten Welle eines patriarchatskritischen Feminismus führte zu einer grundlegenden Kritik an der androzentrischen Einseitigkeit bisheriger Theoriebildung in der Seelsorge und zur Entwicklung feministischer Seelsorge.¹⁴

Diese Vielfalt unterschiedlicher seelsorglicher Konzeptionen ließ Uta Pohl-Patalong 1999 zu dem Schluss kommen: Seelsorge gibt es nur noch im Plural, und das ist gut so. Perspektiven zu einer Seelsorge für ein neues Jahrhundert können allein aus dieser Vielfalt heraus entwickelt werden. So porträtierte Doris Nauer 2001 in ihrem Buch: „Seelsorgekonzepte im Widerstreit“¹⁵ nicht weniger

¹⁰ Ebd., 146.

¹¹ Davon zeugt beispielsweise das von der Liturgischen Konferenz neu herausgegebene Pastorale: Liturgische Konferenz (Hg.): Neues evangelisches Pastorale. Texte, Gebete und kleine liturgische Formen für die Seelsorge, Gütersloh 2005 (5., überarb. und erw. Aufl. 2014), und das dazu gehörende Handbuch: Klaus Eulenberger/Lutz Friedrichs/Ulrike Wagner-Rau: Gott ins Spiel bringen. Handbuch zum Neuen Evangelischen Pastorale, Gütersloh 2007.

¹² Eberhard Hauschildt: Alltagsseelsorge. Eine sozio-linguistische Analyse des pastoralen Geburtstagsbesuches, Göttingen 1996.

¹³ Uta Pohl-Patalong: Seelsorge zwischen Individuum und Gesellschaft. Elemente zu einer Neukonzeption der Seelsorgetheorie, Stuttgart u. a. 1996; Isolde Karle: Seelsorge in der Moderne. Eine Studie der psychoanalytisch orientierten Seelsorge, Neukirchen-Vluyn 1996.

¹⁴ Ursula Riedel-Pfäfflin: Frau und Mann. Ein symbolkritischer Vergleich anthropologischer Konzepte in Seelsorge und Beratung, Gütersloh 1992. Ursula Riedel-Pfäfflin/Julia Strecker: Flügel trotz allem. Feministische Seelsorge und Beratung. Konzeption, Methoden, Biographien, Gütersloh 1999.

¹⁵ Doris Nauer: Seelsorgekonzepte im Widerstreit. Ein Kompendium, Stuttgart u. a. 2001.

als 28 Seelsorgekonzeptionen: Ansätze mit psychologischer resp. soziologischer Perspektivendominanz sind neben Ansätzen mit theologisch-biblicher Perspektivendominanz aufgereiht. Daran zeigt sich nicht nur, dass die Integration psychotherapeutischer Ansätze in der Seelsorge zum „courant normal“ geworden war. Auch klassische evangelische Konzepte wie das Modell der verkündigenden Seelsorge, das auf Thurneysen zurückgeht, oder katholische Konzepte wie das einer mystagogischen Seelsorge werden gewürdigt. Nauer plädiert zudem für ein kombinatorisches Seelsorgekonzept auf der Basis theologisch-philosophischer Perspektivenpluralität. Diese plural-integrative Perspektive ist auch für Lehrbücher jener Zeit wegleitend, beispielsweise für Michael Klessmanns 2004 erschienenes Lehrbuch zur Pastoralpsychologie oder mein 2009 erschienenes Lehrbuch zur Seelsorge.¹⁶ Psychotherapeutische Erkenntnisse bleiben auch in diesen Entwürfen unverzichtbar für eine zeitgenössisch wache Seelsorge. Aber sie besitzen nicht mehr jenen Stellenwert, den sie beim Aufbruch in den 1970er und 1980er Jahren erhalten hatten.

Fünfter Akt: Zwei lose Enden

Die Seelsorge blieb auch im neuen Jahrtausend in Bewegung. Neue Themen wie beispielsweise die Suche nach einer interkulturell und interreligiös sensibilisierten Seelsorge traten in den Vordergrund. Hier kann ich nur noch zwei lose Enden kurz nennen: empirische Forschung in der Seelsorge und eine reizvolle neue Diskurslage im Gespräch mit der Psychotherapie.

Empirische Forschung zu den Funktionen von Religiosität und Spiritualität und zur Seelsorge, ihren Voraussetzungen, Wirkfaktoren und Effekten ist in den vergangenen Jahren zunehmend und international in Gang gekommen. Was diese leisten kann, sei kurz an einem Forschungsprojekt gezeigt, in dem die Wirksamkeit von Seelsorge untersucht wurde. Im Anschluss an die Psychotherapieforschung wurde davon ausgegangen, dass im Seelsorgegespräch eine Beziehungs- und eine Interventionsebene wichtig sind und beide je zur Wirksamkeit und Zufriedenheit mit Seelsorge und zum Vertrauen in die Seelsorgenden beitragen. Deshalb untersuchten wir mit Fragebögen, wie Patientinnen und Patienten nach einem Klinikaufenthalt im Rückblick die Qualität der Seelsorge beurteilten. Zudem wollten wir wissen, wie sich spezifische „Interventionen“ – religiös-spirituelle Handlungen wie das Gebet oder das explizite Gespräch über religiöse Themen und psychosoziale Interventionen – auf die Einschät-

¹⁶ Michael Klessmann: Pastoralpsychologie. Ein Lehrbuch, Neukirchen-Vluyn 2004; Christoph Morgenthaler: Seelsorge. Lehrbuch Praktische Theologie 3, Gütersloh 2009.

zung der Seelsorge auswirkten.¹⁷ Die Resultate belegen, dass die Zufriedenheit mit Seelsorge und das Vertrauen zur Seelsorgeperson insgesamt hoch sind. Der Seelsorge wird auch eine hohe Wichtigkeit zugesprochen. Wenn man untersucht, welche Faktoren diese Einschätzung der Seelsorge beeinflussen, wird zum einen deutlich, wie entscheidend für Zufriedenheit, Wichtigkeit und Vertrauen die Beziehungsdimension der Seelsorge ist, mithin jener Bereich, in dem Seelsorge von der Integration psychotherapeutischen Denkens besonders profitiert hat. In der Seelsorge bestätigt sich dabei ein Muster, das auch die allgemeine Psychotherapieforschung immer wieder aufgewiesen hat: Diese Beziehung ist fundamental. Die spezifisch religiösen Interventionen wie Gebet, Sakramente und Segen hingegen wirken sich statistisch fassbar lediglich auf die wahrgenommene Wichtigkeit der Seelsorge aus. Wichtiger sind auch im Bereich der Interventionen jene Aspekte, die Seelsorge mit Psychotherapie verbinden, nämlich Klärung, emotionale Unterstützung, Coping und Arbeit an Konflikten.

In aller Kürze sei zum Schluss ein zweites „loses Ende“ skizziert: Eine psychotherapeutisch reflektierte Seelsorge trifft heute auf eine neu für religiöse und spirituelle Fragen sensibilisierte Psychotherapie, was auch die Anlage der Tagung zeigt. Seelsorge hat viel von Psychotherapie gelernt. Was aber können Psychotherapeutinnen und -therapeuten, die mit religiös oder spirituell verankerten Klientinnen oder Klienten arbeiten, von Seelsorge lernen? So kann die Frage heute an Psychotherapie zurückgespielt werden. Ich kann vier Punkte noch kurz apostrophieren.

1. Wichtig für diese Arbeit ist wie für die Seelsorge die Entwicklung religiöser Kompetenz. Darunter verstehe ich: Wahrnehmungsfähigkeit, die Fähigkeit also, religiöse Dimensionen psychischer Probleme differenziert und vielschichtig zu erfassen; Selbstreflexion und Selbstdistanz, die es erlauben, die eigene Religiosität reflektiert, diskret und flexibel für Begleitungsprozesse fruchtbar zu machen; die Fähigkeit, religiöse Ressourcen zur Bewältigung von Problemen bei Klientinnen und Klienten zu identifizieren und zu aktivieren; Offenheit und Unterstützung für die Entwicklung individueller, auch von religiösen Normen divergierender Religiosität; die Fähigkeit, religiöse Traditionen und Rituale konstruktiv und kreativ in Psychotherapie einzubeziehen.
2. In einer langen Geschichte hat Seelsorge ein Gespür für die ambivalenten Funktionen von Religion entwickelt, nicht zuletzt in der Auseinanderset-

¹⁷ Vgl. Urs Winter-Pfändler/Christoph Morgenthaler: Wie zufrieden sind Patientinnen und Patienten mit der Krankenhausseelsorge? Entwicklung eines Fragebogens und erste Resultate einer Untersuchung in der Deutschschweiz, in: Wege zum Menschen 62 (2010), 570 – 584.

zung mit psychotherapeutischer Religionskritik. Religiosität – und gleiches gilt für Spiritualität – ist ambivalent, kann psychisches Wachstum fördern oder hemmen, Entwicklung von Familien blockieren oder beschleunigen. Auch dieses religionskritische Sensorium, die Fähigkeit zur Unterscheidung salutogener und pathogener Aspekte von Religiosität, scheint mir – gerade in der Arbeit mit Menschen, die stark in religiösen Traditionen verankert sind – unverzichtbar.

3. Seelsorge fußt als theologische Disziplin auf einem differenzierten Wissen um historisch gewordene Formen von Religiosität und Spiritualität und auf einem kritischen, aufgeklärten Umgang mit diesen Ausdrucksformen. Ich denke, ein solches aufgeklärtes Wissen ist auch für die psychotherapeutische Arbeit mit religiös verankerten Klientinnen und Klienten unverzichtbar. Für Psychotherapie relevantes religionswissenschaftliches Wissen unterscheidet sich von Religion zu Religion, von der einen ethnischen Ausprägung von Religiosität zur nächsten. Auch der Begriff Spiritualität, mittels dessen Seelsorge heute in manchen Diskussionen als Vertreterin einer verknöcherten Religion links überholt wird, ist keineswegs vom Himmel gefallen¹⁸, sondern bedarf genauso der historischen Aufklärung und Kritik wie die Begriffe Religion und christlicher Glaube.
4. Seelsorge wurzelt schließlich in einem Verständnis von Glauben, Religiosität und Spiritualität, das diese in ihrem auch widerständigen Eigenwert zur Sprache kommen lässt. So weiß sie zwar um die vielfältigen Funktionen, die Religiosität für die Bewältigung von Krankheit, Krisen und Konflikten hat – auch dies ein wichtiges Erbe der Auseinandersetzung mit Psychotherapie –, und legt doch den Finger darauf, dass Religiosität in solchen Funktionen nie aufgeht, sondern einen kritischen Mehrwert behält. Dieses Gespür nicht nur für die Funktionalität religiöser Ausdrucksformen, sondern auch für deren widerständige Eigenheit, scheint mir für einen respektvollen Umgang mit religiösen Klientinnen und Klienten auch in Psychotherapie von großer Bedeutung zu sein.

¹⁸ Vgl. den Beitrag von Simon Peng-Keller in diesem EZW-Text.

Die Autorin hat im Auftrag der EKD die Wirksamkeit von Seelsorge auf verschiedenen Anwendungsfeldern untersucht (Kerstin Lammer: Wie Seelsorge wirkt, Stuttgart 2020). In dieser aktuellen EKD-Seelsorge-Studie konnten als wichtigste Wirkfaktoren die Qualität der seelsorglichen Beziehungsgestaltung, das entgegengebrachte Verständnis und die Symbol- und Ritualkompetenz der Seelsorgerinnen und Seelsorger identifiziert werden. Der folgende Aufsatz beleuchtet den Wert von Ritualen, weist auf ihre Vorteile gegenüber dem Gespräch hin und plädiert für eine gegenseitige Ergänzung.

Kerstin Lammer

Ein Ritual zeigt mehr als 1000 Worte

Über die Grenzen von Gesprächen und den Wert von Ritualen¹

Die Trauerfeier meiner Großmutter: Ich habe sie sehr geliebt. Ich möchte mich zu ihr hindenken, ein letztes Mal Zwiesprache halten mit ihr. Aber der Sarg steht quer vor unseren Bänken. Auf welcher Seite ist ihr Kopf, ihr Gesicht? Wohin soll ich meine Gedanken richten? Die ganze Trauerfeier über bin ich nur mit dieser Frage beschäftigt, ich nehme nichts anderes wahr. Später draußen auf dem Friedhof die Grablegung. Am offenen Grab nimmt der Pfarrer meine kleine Schwester an die Hand, hält sie und steht an ihrer Seite. Ich erinnere mich damals wie heute an kein einziges Wort, das bei der Beerdigung gesprochen wurde, ich sehe nur diese beiden Szenen: als quälend den quer stehenden Sarg und das Nichtwissen, wie herum die Großmutter darin liegt – die verpatzte Ritualordnung schadet! Und als tröstlich den Pfarrer, der vor dem offenen Grab die Kleinste bei der Hand hält – man sieht: Da ist einer, der hält die, die es am meisten braucht. Ein Bild, eine Inszenierung wirkt mehr als 1000 Worte.

Im Krankenhaus in Chicago um zwei Uhr nachts: Eine 34-jährige Frau liegt im Koma und wird in den nächsten Stunden sterben. Ihr Ehemann und ihr Bruder sind da. Ich werde gerufen, um ihnen beizustehen. Aber sie sind aus Mexiko und können kein Englisch, ich kann kein Spanisch. Hilflos sitzen wir beieinander. Nach einiger Zeit zieht der Ehemann einen Rosenkranz aus der Tasche, beginnt mit rhythmischer Intonation zu beten und lässt die Perlen der Gebetschnur, an der er sich festhält, durch seine Finger gleiten. Ich bin vor Jahren aus der katholischen Kirche ausgetreten; das allmorgendliche Rosenkranzgebet

¹ Wir danken der Autorin und den Verlag Vandenhoeck für die Erlaubnis eines Wiederabdrucks aus der Zeitschrift „Leidfaden“ 2 (2013), 4 – 9.

im katholischen Nonnengymnasium habe ich in schlechter Erinnerung. Aber jetzt ist es tröstlich, gemeinsam etwas sagen und tun zu können. Die beiden Männer murmeln die Formeln auf Spanisch, ich synchron auf Deutsch, wir alle auf fremdem Boden in den USA, alle sprachlos und doch verbunden in dieser geliehenen Form und Sprache – und nicht nur miteinander verbunden, sondern (so schießt es mir durch den Kopf) auch mit vielen anderen Menschen, die in diesem Moment in ihrer Not in vielen anderen Ländern und Sprachen dasselbe tun, um so wie wir Halt und Trost in dieser Handlung zu finden. Auch wenn ich es früher als tot und sinnentleert empfunden habe – jetzt spüre ich mit Erleichterung die Kraft dieses weltumspannenden Rituals.

Zeremonie oder Gespräch?

Wie habe ich mich als Krankenhauseselssorgerin am Beginn meiner Arbeit gegergt, wenn ich sterbenskranke Menschen und deren Angehörige tage- und nächtelang nach allen Regeln der Gesprächskunst begleitet hatte, und dann wurde am Schluss der katholische Priester gerufen, legte sich eine kleine Stola um, verschwand mit schwarzem Buch und Salbtopf im Sterbezimmer, war nach nicht einmal drei Minuten wieder draußen – und das war dann für die Betroffenen das *Eigentliche*. Jetzt, nach vollzogenen Ritualen, konnten und durften die Kranken in Frieden sterben. Ich war gekränkt: Drei Minuten Zeremonie – was war das gegenüber meinem durch den ganzen Krankenhausaufenthalt hindurch andauernden Beistand, das nächtliche Wachen und Ausharren, die vielen Gespräche?

Es brauchte einige Erfahrung, bis ich verstand, dass das Ritual ganz andere Funktionen und Wirkweisen hat als das Gespräch und dass beide einander gut ergänzen:

Das helfende, klientenzentrierte *Gespräch* dient der Steigerung der Bewusstheit über sich selbst. Der Klient kann im Dialog mit der helfenden Person

- sein Befinden und seine Gefühle unmittelbar zum Ausdruck bringen,
- seine Deutung und Bewertung seiner Lage reflektieren,
- seinen Beziehungs- und Selbstbildern nachgehen,
- sein Selbstverständnis und seine Erwartungen an das Leben klären und eventuell revidieren.

Das helfende Gespräch gleicht einer Expedition, bei der die helfende Person den Klienten dabei unterstützt, sich selbst zu erkunden. Es bedient sich diskursiver sprachlicher Mittel, um den unmittelbaren Selbstaussdruck des leidenden Menschen in ein strukturiertes, Halt gebendes Selbst- und Wirklichkeitsverständnis zu überführen.

Das *Ritual* dagegen befreit von der Zudringlichkeit der Unmittelbarkeit. Man muss nicht selbst die eigene Befindlichkeit ausdrücken, sich nicht selbst verstehen und reflektieren. Das Ritual bringt die eigene Situation quasi auf eine äußere Bühne, es bringt sie performativ zur Darstellung und in einen überindividuellen Zusammenhang. Es löst und hält zugleich. Emotionen können in einer geschützten Weise angesprochen beziehungsweise verflüssigt werden, gerade weil der feste Rahmen der geprägten Form sie kanalisiert und begrenzt.

Man kann das im Sport beobachten, zum Beispiel bei Olympischen Spielen: Am Ende eines Wettkampfs taumelt der Sieger fassungslos umher wie trunken, er wirft sich in die Arme eines Kameraden, wirft sich zu Boden, springt wieder auf und hüpf hierhin und dorthin, er weiß gar nicht, wohin mit sich und seinen Emotionen. Da reicht ihm jemand die Fahne seines Landes, er nimmt sie und läuft mit erhobenen Armen eine Ehrenrunde – das geprägte Ritual gibt seinen unmittelbaren Impulsen eine Richtung, kanalisiert sie in eine würdevolle Ausdrucksform. Es stellt den Sportler zugleich in einen sozialen Rahmen, der seinem Tun und Erleben einen höheren Sinn verleiht, denn die Fahne symbolisiert die Zugehörigkeit zu einer Nation, für die er gekämpft hat. Dann folgt für den Sportler wieder eine schutzlose Phase: Noch vor der Siegerehrung soll er der Presse Interviews geben. Wie hat er den Wettkampf erlebt, wie fühlt er sich jetzt als Sieger (vgl. das klientenzentrierte Gespräch!)? Der arme Mann kämpft mit seiner Rührung, er stammelt, er weiß nicht, was er sagen soll. Aber das Ritual der Siegerehrung öffnet wieder: Jetzt hat er die ganze Nationalhymne lang Zeit, seine Tränen fließen zu lassen und zugleich aufrecht zu stehen. Die haltende Form des Rituals erlaubt den kontrollierten Durchbruch der Gefühle.

Ein Gespräch kann auch überfordern

Ähnliches habe ich bei vielen Besuchen an Kranken- und Sterbebetten erlebt. Das Interview, also das Gespräch über das eigene Befinden, kann überfordern. Manche Patienten erzählen am Vorabend einer schweren Operation nicht von ihrer Angst, sondern davon, was sie vor dem Krankenhausaufenthalt noch erledigt haben, was nach ihrer Rückkehr ansteht, wie sie inzwischen an ihrem Platz im Leben fehlen werden. Oder von den technischen Details und den Erfolgsstatistiken der bevorstehenden Operationen. Sie möchten oder können sich selbst nicht wirklich ausdrücken, sie möchten auch mit dem Gespräch, das ihnen nicht angenehm ist, zu Ende kommen – es könnte peinlich werden. Aber wenn zum Gesprächsabschluss ein Ritual angeboten wird, wie im Kontext der Krankenhauseelsorge zum Beispiel ein Gebet oder Segen, *dann* fließen die Tränen, denn dann erlaubt die äußere Inszenierung die innere Beteiligung, dann kommt der

Mensch bei sich selber an – und merkt zugleich, dass er nicht allein ist mit seinem Schicksal.

Das Ritual lädt dazu ein, sich der äußeren Inszenierung einer geliehenen Symbolsprache zu überlassen und sich in der geliehenen Form gemeinsam mit vielen anderen zu bergen, die vor, neben und nach einem selbst ein ähnliches Schicksal erlitten haben, ihm auf ähnliche Weise Ausdruck verliehen und darin Gemeinschaft, Trost und Stärkung fanden. Das Ritual bindet in eine Schicksalsgemeinschaft ein, es vergewissert den Einzelnen seiner Sozialität. „You’ll never walk alone“, heißt in Bundesligastadien die inzwischen rituell eingespielte Fußballhymne. Sieg oder Niederlage – viele andere haben das auch erlebt und überlebt, du bist nicht allein. Das ist im Wesentlichen die Aussage der meisten Rituale.

Darüber hinaus sind Rituale sozial anerkannt. Sie sind das, was *man* in bestimmten Situationen üblicherweise tut, und wenn man es getan hat, dann hat man *das Richtige* getan – das, was man tun konnte und sollte. Man hat sich nichts vorzuwerfen. Es ist alles gesagt und getan. Jetzt kann man lassen. Auch deshalb war das oben geschilderte Drei-Minuten-Ritual des Priesters so besonders entlastend für die Betroffenen.

Routinen sind keine Rituale

Die heilsam-entlastende Funktion von Ritualen ist (nach einer jahrzehntelangen Ablehnung von Konventionen und Traditionen seit den 68er Jahren) inzwischen wiederentdeckt worden. Rituale haben Konjunktur. Jedoch ist nicht alles ein Ritual, was dafür gehalten oder als solches gepflegt wird. Das regelmäßige feierabendliche Eintauchen in die Teelicht-beschiedene Badewanne zum Beispiel dürfte in den meisten Fällen kein Ritual sein, sondern eine Routine. Warum? Weil ihm mehrere der Merkmale fehlen, die echte Rituale auszeichnen.

Die Merkmale von Ritualen sind:

- Regelmäßige Wiederholung einer formal immer gleichen, strukturierten Abfolge von performativen, sichtbar zur Darstellung gebrachten Handlungsschritten, zum Beispiel: Der Boxer marschiert in immer gleichem Outfit zu immer gleicher Musik und mit immer gleicher Gestik und Mimik in den Ring. Einem verstorbenen Menschen werden nach dem Tod immer die Augen zugedrückt, Körper und Gesicht werden immer mit einem Tuch bedeckt.
- Ästhetische, dramaturgisch stimmige Inszenierung, zum Beispiel: Siegerehrungen erfolgen in aufsteigender Reihenfolge von Platz drei nach Platz eins, wobei auch die Architektur des Podests abbildet, dass der erste Sieger auf der höchsten Ehrungsstufe über dem zweiten und dritten steht. Bei der Trauerfeier

wird der Sarg so platziert, dass der Tote das Gesicht noch einmal den Hinterbliebenen zuwendet und dann mit den Füßen zuerst hinausgetragen wird.

- Symbolisches Ausdruckshandeln, das die Lage der Betroffenen zugleich zur Darstellung bringt und transzendiert, das heißt sie überschreitet und übersteigt, zum Beispiel: Der Sportler läuft die Ehrenrunde mit der Fahne seines Landes, die darauf verweist, dass er den Sieg nicht allein aus und für sich selbst errungen hat, sondern mit der Unterstützung und zur Ehre seines Landes. Der Tote wird bei der Beerdigung in die Erde gelegt und die Hinterbliebenen werfen Erde auf seinen Sarg („Asche zu Asche, Staub zu Staub“). Das zeigt: Der Tote wird unwiederbringlich begraben und von den Lebenden getrennt, aber er wird geborgen in der (Mutter-)Erde, von der er genommen ist, und geht wieder in den Kreislauf des sich stets erneuernden Lebens ein.
- Alltagsunterbrechung: Rituale werden nicht nebenbei vollzogen, sondern bilden eine Zäsur in der Zeit, zum Beispiel: Die Olympiade findet nur alle vier Jahre statt, um als besondere Zeit aus dem Alltag zu ragen. Sonn- und Feiertage sind arbeitsfrei; die Geschäfte ruhen, damit man innehält, zur Ruhe und zur Besinnung kommt und das Leben heiligt. Zu Bestattungen geht man in feierlicher Kleidung und lässt alles andere stehen und liegen, das heißt, man unterbricht das Alltagsleben, um dem Tod Tribut zu zollen und den Verstorbenen gemeinsam die letzte Ehre und das letzte Geleit zu geben.
- Gemeinschaftlichkeit/ Sozialbezug: Rituale werden von denjenigen gemeinsam vollzogen, die zu einer Gemeinschaft gehören. Das nachfeierabendliche Kerzenschein-Baden wäre also allenfalls dann ein Ritual (und nicht nur Routine), wenn man regelhaft mindestens zu zweit in die Wanne stiege, ein immer gleiches Geschehen unter dem Schaum inszenierte und damit etwas für alle Beteiligten gleichermaßen von besonderer Bedeutung zum Ausdruck brächte. Für sie sind sie bedeutsam, von ihnen werden sie verstanden und beherrscht. Wer die Rituale einer sozialen Gemeinschaft mitvollzieht, gehört dazu, er wird von den anderen Mitgliedern anerkannt und unterstützt. Rituale stiften so Identität für Einzelne und Gruppen beziehungsweise (Teil-)Gesellschaften, zum Beispiel im Fußball: Mannschaft und Fans tragen Farben und Symbole ihres Vereins und singen im Chor dessen Lieder. Bei Bestattungen tragen Kränze die Schleifen der Gemeinschaften, die sie gestiftet haben, und zeigen so, wer Anteil nimmt: Familie, Nachbarn, Arbeitskollegen, Firma des Verstorbenen etc.
- Nicht immer, aber häufig dienen Rituale auch der Inszenierung eines sozialen Statusübergangs, zum Beispiel: Die Schulabschlussfeier zeigt den Statusübergang des Absolventen vom Schüler zum Erwachsenen. Die Hochzeit zeigt den

Statusübergang von Töchtern / Söhnen / Singles zum Ehepaar. Die Bestattung zeigt den Statusübergang des Verstorbenen von der Gemeinschaft der Lebendigen zur Gemeinschaft der Toten auf dem Friedhof sowie den Übergang der Lebenden von Kindern zu Waisen, von Eheleuten zu Verwitweten etc.

Das Ritual bringt die eigene Situation auf eine äußere Bühne, es bringt die Situation zur Darstellung und in einen überindividuellen Zusammenhang.

Daraus ergeben sich zusammenfassend die folgenden Funktionen von Ritualen:

- Darstellung und Strukturierung von sozialen Grundvollzügen einer Gemeinschaft und von Ordnungen des Raums, der Zeit, der Welt (z. B. jahreszeitliche Feiertage);
- Darstellung und Strukturierung von schicksalhaften, emotional überwältigenden Ereignissen (z. B. Tod und andere Übergänge an Lebenswenden);
- öffentlich inszenierte Bekanntmachung und Gestaltung von sozialen Statusübergängen (z. B. Initiationsrituale zur Aufnahme in eine Gemeinschaft);
- Exklusion und Inklusion, das heißt Darstellung von Zugehörigkeit und Nicht-Zugehörigkeit zu Gemeinschaften (s. o.);
- Strukturierung und Kanalisierung von Emotionen und Gedanken (Fließen lassen und Halten);
- Stabilisierung erschütterter Individuen und Gemeinschaften;
- eventuell Transzendierung des Vorfindlichen durch Verweis auf eine Wirklichkeit, die über das eigene Ergehen und Erleben hinausgeht (besonders durch religiöse Rituale).

Exkurs: Die transzendierende Funktion von Ritualen

„Ich weiß, dass ich nicht mehr lange zu leben habe, aber alles, was ich noch tun kann, will ich tun, solange ich es noch kann. Segnen Sie mich jetzt zum Leben und zum Sterben“, so sagte mir ein Patient. Der Segen gehört gemeinsam mit Gebet, Krankenabendmahl und Salbung zu den Ritualen, mit denen Christen am Krankenbett die Inhalte ihres Glaubens zur Darstellung bringen, um sie erfahrbar zu machen. Das Segensritual vermittelt dem Gesegneten erneuernde, vergewissernde Kraft im Blick auf seinen Selbstbezug und auf seinen Transzendenzbezug. Mit ausgebreiteten Armen oder unter Handauflegung spricht die priesterliche Figur ihrem Gegenüber zu: „Gott segne dich und behüte dich. Gott lasse das Angesicht leuchten über dir und sei dir gnädig. Gott erhebe das Angesicht auf dich und gebe dir Frieden.“

Psychologisch betrachtet knüpft diese Segenshandlung an frühkindliche Primärprozesse an und antwortet in ihren gestischen und sprachlichen Bildern auf unsere narzisstischen Bedürfnisse: ausgebreitete Arme und ein erhobenes, freundlich zugewandtes Gesicht über dir; Augen, die leuchten, weil sie dich ansehen, erinnern an den *Glanz im Auge* der Mutter, deren Gesicht über der Wiege des hilflos auf dem Rücken liegenden Babys leuchtet und die Ursehnsucht danach stillt, in Liebe angesehen zu sein. Angeboten wird damit ein Ort der Regression, die Progression ermöglicht.

Aus theologischer Sicht ist das Subjekt des Segens nicht die Mutter oder deren Repräsentanz, sondern Gott, das heißt das Leben selber. Das deutsche Wort *Segnen* stammt vom lateinischen *signare, significare* = *bezeichnen, Bedeutung geben, identifizieren* ab. Wer gesegnet und mit dem Kreuz bezeichnet wird, wird identifiziert als von Gott angesehen und mit Bedeutung versehen – nämlich als geliebter Sohn oder als geliebte Tochter (vgl. Mt 3,17 und Jes 42,11).

Der Gesegnete *wird* gesegnet – damit wird das anthropologische Passiv zur Darstellung gebracht: Ich habe mich und mein Leben nicht selbst in der Hand. Alles, was im Leben wirklich wichtig ist, kann ich nicht machen, nicht kaufen, mir nicht nehmen, mir nicht selbst geben, ich muss es mir schenken lassen: Ich *werde* geboren, ich *werde* geliebt, ich *werde* gepflegt, ich *werde* gesegnet. Dem kann ich mich überlassen. Und der Segen wird dem Gesegneten gespendet durch jemanden, der ihn selbst nicht *hat*, sondern auf die Quelle des Segens *verweist*. Beide, die gesegnete und die segnende Person, stehen unter dem Horizont von Gottes heil- und lebensspendender Wirklichkeit. Der Segen vergegenwärtigt sie. Er vermittelt: Du bist nicht heil, aber gesegnet. Du bist endlich, aber in den Horizont von Gottes Ewigkeit gestellt. Dein Leben wird enden, aber du hast am ewigen Leben teil. Du kannst dich verlassen.

Insofern bietet das religiöse Ritual die Kraft einer weiteren Dimension. Die Kommunikation wird trianguliert. Sie ist nicht mehr zwei-, sondern dreistellig und verweist auf ein gemeinsames Drittes. Das eigene Ergehen und Befinden wird in die Perspektive eines größeren Ganzen gestellt, das über uns selbst hinausgeht. Und diese Perspektiverweiterung schafft neue Freiheiten und Möglichkeiten.

Fazit

Das Gespräch fokussiert die Individualität und fördert die Individuation des Gesprächspartners. Es hat erkundenden, reflektierenden, bewusstseinssteigernden Charakter. Es bietet Auseinandersetzung an. Es betont: Du bist du, anders als die anderen. Sei du selbst, finde dein eigenes Selbst- und Weltverständnis und deinen eigenen Weg in der Welt.

Dagegen inszeniert das Ritual die Sozialität und fördert die Inklusion des Gesprächspartners. Es hat bergenden, entlastenden und stützenden Charakter. Es bietet Teilhabe und Identifikation an. Es betont: Du bist nicht allein, du bist wie die anderen und du bist unter anderen. Sei verbunden, schau, wie andere sich selbst und die Welt verstehen konnten; nutze Wege, die schon gebahnt sind und die sich für andere schon bewährt haben.

Methodisch sollten helfende Rituale weder autoritär noch im Dienste eigener Fluchtimpulse einsetzen, also nicht, um mit ihnen unbequeme Auseinandersetzungen mit schwierigen Situationen, Gefühlen und Klärungsprozessen zu vermeiden oder diese zuzudecken. Das Ritual sollte in der Regel *nicht anstatt*, sondern *in Ergänzung* zum Gespräch angeboten werden – es sei denn, die Klienten sind situativ oder emotional so überfordert, dass man nicht mehr Worte, sondern nur noch szenische Bilder sprechen lassen kann.

Literaturhinweise

- Brosius, Christiane et al. (Hg., 2013): Ritual und Ritualdynamik. Schlüsselbegriffe. Theorien, Diskussionen, Göttingen.
- Gennep, Arnold van (1989): Übergangsriten (Les rites de passage), Frankfurt a. M.
- Goffman, Erving (1986): Interaktionsrituale, Frankfurt a. M.
- Harth, Dietrich/Schenk, Gerrit (Hg., 2004): Ritualdynamik. Kulturübergreifende Studien zur Theorie und Geschichte rituellen Handelns, Heidelberg.
- Lammer, Kerstin (2010): Den Tod begreifen. Neue Wege in der Trauerbegleitung, Neukirchen-Vluyn, 234 – 258.
- Lammer, Kerstin (2012): Zur Wiederentdeckung von religiöser Kommunikation und Ritualausübung in der pastoralpsychologischen Seelsorge (Endlichkeit und Ewigkeit), in: dies.: Beratung mit religiöser Kompetenz. Beiträge zu pastoralpsychologischer Seelsorge und Supervision, Neukirchen-Vluyn, 51 – 62.
- Lammer, Kerstin (2012): Das Glaubensbekenntnis anthropologisch gelesen, in: dies.: Beratung mit religiöser Kompetenz. Beiträge zu pastoralpsychologischer Seelsorge und Supervision, Neukirchen-Vluyn, 142 – 149.
- Turner, Victor (1989): Das Ritual. Struktur und Antistruktur, Frankfurt a. M.

Dialog oder Integration?

Herausforderungen im Gespräch zwischen Psychotherapie und Seelsorge

Die Psychologie als moderne Wissenschaft vom menschlichen Erleben und Verhalten verfügt über eine reichhaltige Vorgeschichte in allen Kulturen. Ob man an die Entdeckung des inneren Menschen in der Antike denkt, sich Platons Höhlengleichnis vor Augen hält, die Seelenlehre des Aristoteles in Erinnerung ruft oder die schonungslose Selbstanalyse des Kirchenvaters Augustinus in seinen Bekenntnissen nachliest – in verschiedensten Zusammenhängen wurde vorwissenschaftliche Psychologie betrieben. Natürlich wurden dabei auch mythische und religiöse Inhalte untersucht. Solche Beschreibungen sind zurückzuverfolgen bis in die asiatischen und indigenen Religionen, die frühchristliche Philosophie sowie zahlreiche mystische Zeugnissen der abrahamitischen Religionen.

Die Vielfalt der vorliegenden Seelenlehren beeindruckt. Vor allem aber verwirrt sie, weil das Zusammenspiel der Körper-Seele-Geist-Einheit in ganz unterschiedlichen Modellen erklärt wird (Hampton-Turner 2000).

Ausgangspunkt: Kein Gespräch auf Augenhöhe

Ein markanter Unterschied trennt wissenschaftlich-psychologische Theorien von philosophischen Modellen. Der psychologische Ansatz bietet durch seine sozialwissenschaftliche Methodik neuartige Einblicke und ein besseres Verständnis der seelischen Funktionen. Die Psychologie kann „durch weitere Deutungen des philosophischen Seelenbegriffs keine Fortschritte erzielen“. Prägnant und nüchtern beginnt Goller seine Psychologie-Vorlesungen an der Münchener Jesuiten-Hochschule mit dieser Abgrenzung und begründet:

„Als empirische Wissenschaft befasst sie sich mit den beobachtbaren Prozessen, die als Funktionen des Psychischen gelten, d. h. mit dem Erleben, dem Verhalten und den damit einhergehenden Körperprozessen. Auf diese Weise erforscht sie eine Fülle von Bewusstseinsphänomenen und Verhaltensweisen, die sie nach philosophischer Tradition ‚psychisch‘ nennt“ (Goller 2009, 17).

Die Psychologie gründet auf den methodischen Vorannahmen einer empirischen Wissenschaft und begründet ihre Theorien experimentell. Bewusst

grenzt sie sich von allen philosophischen Spekulationen ab. Das gilt auch für die Religionspsychologie:

„Als Teildisziplin der Psychologie übt die Religionspsychologie Abstinenz von der Theologie, von Lehre, Dogma und Kirche“ (Heine 2017, 48).

Die heutige Psychologie versteht sich als Wissenschaft vom äußeren Verhalten und inneren Erleben des Menschen. Religiosität ist ein in allen Kulturen vorhandenes Verhalten zur Bewältigung der Endlichkeit und damit psychologisch bedeutsam. MacGregor (2018) hat einen faszinierenden Reisebericht durch die Welt der Götter und Religionen vorgelegt. Quer durch die Kontinente und Kulturen hat der Direktor des British Museums und Intendant des Berliner Humboldt-Forums dokumentiert, wie religiöse Überzeugungen das Leben von Gemeinschaften und das Selbstbild sowie die Identität prägen.

Gegenüber der kulturwissenschaftlichen Faktenfülle und der philosophischen Ideenflut über den religiösen Menschen orientierte sich die junge und aufstrebende Psychologie von Beginn an, also seit Ende des 19. Jahrhunderts, streng an naturwissenschaftlich-empirischen Forschungsidealen. Damit wollte man sich von den geisteswissenschaftlichen „Eltern“ Philosophie und Theologie abgrenzen. Zuallererst wurden deshalb die philosophischen und theologischen Seelenmodelle als veraltet abgetan. Man verschrieb sich dem naturwissenschaftlichen Erkenntnisideal des Messens und Berechnens, um sich als empirische Sozialwissenschaft zu profilieren.

Während jedoch andere kulturelle Phänomene wie Sport, Musik, Arbeit, Ökologie oder Werbung psychologisch intensiv erforscht wurden und werden, fristet die Religionspsychologie zumindest im deutschsprachigen Raum immer noch ein Schattendasein. So ist etwa erstaunlich, dass in dem Handbuch „Psychologie der Werte“ (Frey 2016) kein eigenes Stichwort Religion vorkommt und Religiosität nur vereinzelt am Rande erwähnt wird, obwohl die dort verhandelten Stichwörter wie Nächstenliebe, Dankbarkeit, Achtsamkeit, Gerechtigkeit, Vergeben, Vertrauen oder Weisheit zentrale religiöse Wurzeln aufweisen. Warum fehlen im bewährten Handbuch „Praxis der Psychotherapie“ (Senf/ Broda 2020), das eine fast 900 Seiten umfassende Orientierungshilfe sein will, jegliche Bezüge zu Religion und Glauben? Auch ein neues psychotherapeutisches Praxisbuch zum therapeutischen Umgang mit der eigenen Endlichkeit und Todesangst (Stavemann/Hülsner 2019) übergeht die zahlreichen und bewährten Möglichkeiten religiöser Angstbewältigung.

Diese drei Beispiele, die sich leicht ergänzen ließen, belegen einen Grundkonflikt zwischen der psychologischen und der religiösen Perspektive. Es fin-

det bis heute kein Gespräch auf Augenhöhe statt. Vielmehr besteht eine enorme Schieflage, weil „auf Seiten der Theologie für eine Kooperation schon eine beachtliche Vorarbeit geleistet worden ist. Die Antwort der Psychologie steht noch aus“ (Berkel 1984, 199). Bei Psychotherapeuten sind religiöse Themen meist unbeliebt, weil sie auf diesem Gebiet unsicher sind. Das mag auch an dem fehlenden psychologischen Interesse an theologischer Lehre und kirchlicher Praxis und dem fehlenden Wissen darüber liegen. Viele Psychotherapeuten wissen beispielsweise schlicht nicht, was in einem Seelsorgegespräch geschieht – und sie fragen auch nicht nach. Zudem „wurde die Religionspsychologie meist von Theologen betrieben [...] Die religiösen Erfahrungen des Menschen haben bei Fachpsychologen nur geringes Interesse ausgelöst“, bestätigt Rebell (2008, 163). Wegen der „stiefmütterlichen Behandlung der Religionspsychologie seitens der Psychologie“ schlägt er vor, diese Disziplin der allgemeinen Religionswissenschaft zuzuordnen. Allerdings stellt sich bei dieser Zuordnung die Frage, ob die psychologischen Kompetenzen der Religionswissenschaftler ausreichen, dem komplexen Geschehen religiösen Erlebens fachlich gerecht zu werden. Andere Autoren wie Grom (1992) oder Bucher (2014) ordnen die Religionspsychologie deshalb der Psychologie zu.

Unterschiedliche Welt- und Menschenbilder

Die fundamentale Frage, die in der Theologie und der Psychologie unterschiedlich beantwortet wird, bezieht sich auf das Wesen des Menschseins – seine Besonderheit, seine Entwicklungsmöglichkeiten und sein Gestaltungspotenzial. Diese Fragen sind bis heute nicht beantwortet. Einige betrachten den Menschen mit Goethe als edel, hilfreich und gut. Andere folgen eher Darwin und sehen ihn als eine Bestie, als ein menschenlindes Tier an, das seinen Artgenossen zum Wolf werden kann. In der Pädagogik existiert seit Jahrzehnten ein Richtungsstreit zwischen Strenge und „Laissez-faire“; ein Kind wird – extrem ausgedrückt – von den einen als ein zu zähmender Tyrann, von den anderen als ein kleiner Gott gesehen. Welches Menschenbild ist zutreffend?

Was die Seele ausmacht, hängt von den perspektivischen Voraussetzungen ab. Betrachtet man den Menschen unter theologischen Vorzeichen als Ebenbild Gottes, dessen Leib durch Gottes Geist Leben eingehaucht wurde, der eingeladen ist zu einer Partnerschaft mit seinem Schöpfer, in den Worten von Psalm 8,6 nur „wenig geringer als Gott“ verortet und mit Verwaltungskompetenz betraut? Oder werden aus psychologischer Sicht die Umwelteinflüsse betont, die Sozialisation oder die genetische Ausstattung problematisiert und die Seele als ein „Tribschicksal“ entworfen, ihren Bedürfnissen ausgeliefert? Diese überzeich-

nete Gegenüberstellung verdeutlicht, wie unterschiedliche Menschenbilder die psychologischen Theorien geprägt haben. Die anthropologischen Grundlagen einer religiös-spirituellen oder einer psychologischen Perspektive sind in der Regel gegensätzlich.

„[Denn] jedes Konzept von Seelsorge setzt Wirklichkeit und Wirken Gottes als Prämisse voraus und bezieht sich auf biblische und theologische Traditionen [...] Die Theologie befasst sich mit nicht-empirischen Voraussetzungen, die nicht aus der Beobachtung gewonnen werden können [...] Sie geht davon aus, dass es Gott ist, der sich den Menschen erschließt, was dann Offenbarung genannt wird“ (Heine 2017, 55).

Ob eine spirituelle Erfahrung theologisch als göttliche Offenbarung oder psychologisch als ein veränderter Bewusstseinszustand gedeutet wird, ist ein wesentlicher Unterschied.

Wir leben in einem säkularen Zeitalter (Taylor 2009). Werte und Leitbilder werden heute primär rational und ökonomisch begründet. Anhänger einer naturalistischen Sicht auf den Menschen, die allein messbare Faktoren gelten lassen wollen, verschaffen sich zunehmend Gehör. Bemerkenswert ist allerdings, dass der Atheist Alain de Botton (2013) überraschenderweise dafür plädiert, das reiche kulturelle, moralische und ästhetische Erbe der Weltreligionen im positiven Sinne zu „bestehlen“. Religiöse Wirkungen seien viel zu nützlich, wirksam und intelligent, als dass man sie allein religiösen Menschen überlassen sollte. Vor allem könne die Religion zwei elementare menschliche Bedürfnisse befriedigen, auf die eine säkulare Gesellschaft keine Antwort wisse: Wie können wir trotz unserer tief verwurzelten egoistischen und gewalttätigen Impulse harmonisch in Gemeinschaften zusammenleben? Und wie können wir unsere Endlichkeit, das ungerechte Leiden und den Schmerz aushalten, ohne zu verzweifeln?

Sowohl das wissenschaftliche, der Aufklärung verpflichtete Weltbild als auch die Bilderwelt und Ritualpraxis der Religionen wollen die Welt erklären. Wird nicht an eine höhere Macht oder religiöse Bestimmung geglaubt, bleibt neben der säkularen Perspektive noch die einer romantischen Weltanschauung.

Als ein anschauliches Beispiel für ein romantisches Weltbild, das von einer beseelten Natur ausgeht, kann die Monografie über die Seele des in den Niederlanden lehrenden Religionswissenschaftlers Kocku von Stuckrad (2019) herangezogen werden. Schon die Danksagung des Autors macht die Reichweite des Seelenbegriffs deutlich, dessen Begriffsgeschichte der Autor in den folgenden zehn Kapiteln nachzeichnet. Im vorangestellten Dank werden besonders die Vögel, Füchse, Eichhörnchen, Mäuse, Bäume und Pflanzen des Berliner Stadtteils Wilmersdorf genannt, „die an diesem Buch mitgeschrieben haben“ (VII).

Namentlich werden zwei Hunde erwähnt, die eine „fortwährende Quelle von Weisheit, Freude und Lebensenergie [...] waren“. Während die meisten seiner Fachkolleginnen und -kollegen sich mit persönlichen Überzeugungen vornehm zurückhalten und primär deskriptiv und analytisch arbeiten, beginnt dieses Buch mit einem Bekenntnis.

In Teil 1 werden Seelenbegriffe der Romantik, des Okkultismus, des Spiritismus und der archetypischen Psychologie C. G. Jungs herausgearbeitet und damit die europäischen Debattenlagen um die Jahrhundertwende nachgezeichnet. Hier kommen bekannte Protagonisten wie Wilhelm Wundt oder Martin Buber zu Wort, die in der Epoche zwischen 1870 und 1930 akademisch relevant und gesellschaftsprägend gewirkt hätten. Der erste Teil wird abgeschlossen mit der Einsicht, dass die Akademisierung der Psychologie zu ihrer Eliminierung aus der Wissenschaft geführt habe. Die Seeleerforschung sei aus den Universitäten verbannt und deshalb in einer breiten kulturellen Rezeption vor allem in den USA weitergeführt worden. Deshalb behandelt Teil 2 „die Seele von 1950 bis heute – von Europa nach Amerika und zurück“. Die folgenden Kapitel stellen so unterschiedliche Strömungen wie die Transpersonale Psychologie, den Neopaganismus oder die ökologische Bewegung dar. Mit den Befunden seiner thematischen Analysen sieht sich von Stuckrad darin bestätigt, dass Seelendiskurse gut dazu geeignet sind, auch die Veränderungen von Religionsdiskursen zu studieren. Er plädiert für eine „kulturwissenschaftliche Seelenrückholung“ im Sinne einer kulturwissenschaftlich erweiterten Religionswissenschaft, die besser als die vorherrschende Variante dazu in der Lage sei, das Verhältnis des Menschen zu der über ihn hinausgehenden Welt zu beschreiben und zu verstehen.

Die weit verzweigten Analysen und biografischen Anekdoten dieses Buches sind materialreich und unterhaltsam. Aus psychologischer Sicht ist jedoch zu bemängeln, dass der Autor durchgängig dem romantischen Seelenbegriff verpflichtet bleibt und die nüchternen Schritte der wissenschaftlichen Psychologie mit ihren variantenreichen Erklärungen der psychischen Funktionen nicht mitvollzieht. Ein romantischer, metaphysisch orientierter Seelenbegriff kann nicht Gegenstand psychologischer Forschung sein. Leider hat der Autor nicht die entsprechenden psychologischen Standardwerke zurate gezogen, in denen die Herleitung der empirisch erforschbaren Psychodynamik vom klassischen Seelenbegriff und das aktuelle Wissen um die psychischen Funktionen dargestellt sind (Pongratz 1984; Bischof 2009; Reuter 2014; Rudolf 2015). Deshalb scheint dem Autor entgangen zu sein, dass mittlerweile differenzierte religionspsychologische Ansätze entwickelt wurden, die methodisch sauber die psychischen Funktionen religiösen und spirituellen Erlebens erfassen und damit dem aktuellen psycho-

logischen Forschungsdiskurs über das transpersonale Wesen des Menschen zu Verfügung stehen.

Die vom Autor favorisierte kulturwissenschaftliche Seelenrückholung weist zwei gravierende Schwächen auf. Zum einen bleibt sie einem romantischen Seelenbegriff verpflichtet, der andere Aspekte und Zugänge wie etwa neurowissenschaftliche, evolutionäre oder kognitive Psychologie-Ansätze übergeht. Zum anderen isoliert sich ein Forscher, der mit einem Bekenntnis zur animistischen Verbundenheit alles Lebendigen beginnt, vom Mainstream der Forscherinnen und Forscher, die evidenzbasiert nach dem Wesen des Menschen fragen. Nicht umsonst hat sich die Religionspsychologie dem Grundprinzip vom „Ausschluss der Transzendenz“ verpflichtet. Die Frage nach dem Wahrheitsgehalt einer transzendenten, „höheren Wirklichkeit“ kann psychologische Forschung nicht beantworten.

Dennoch zeigt die moderne Psychologie ein erstaunliches Interesse an der transpersonalen Offenheit des Menschen, ohne diese romantisierend zu verklären. Hier wird zunehmend die Kulturgebundenheit wissenschaftlicher Erkenntnisse reflektiert und berücksichtigt, und der Mensch wird wieder stärker als bio-psycho-sozio-kulturelle Einheit in den Blick genommen. Dabei fließen religiöse und spirituelle Überzeugungen als wichtige kulturelle Deutungsperspektive mit ein. Religion stellt wie Musik, Sport, Sprache, Schrift, Wirtschaft oder Werbung eine wichtige Säule der Kultur dar, die psychologisch relevant ist und deshalb berücksichtigt wird.

Die Bedeutung des Menschenbildes in der Psychotherapie

Durch die beachtlichen Migrationsbewegungen in den letzten Jahrzehnten hat sich das soziokulturelle Gefüge in Europa stark verändert. Hier begegnen sich unterschiedlichste religiös-weltanschauliche Kulturen und Traditionen. Agnostische Freidenker, religiöse Fundamentalisten verschiedenster Konfessionen, esoterische Sinnsucher, kämpferische Atheisten, treue religiöse Kirchgänger, distanziert christlich Sozialisierte, Patchwork-Religiöse und liberale Humanisten leben häufig ohne viele Berührungspunkte nebeneinander. Durch die Flüchtlingskrise steht unsere Gesellschaft derzeit vor der großen Herausforderung, die Integration unterschiedlicher kultureller Prägungen und Weltbilder – insbesondere zwischen einer religiösen und einer säkularen Weltdeutung – zu bewältigen. Hier müssen religiöse und säkulare Weltbilder besser ins Gespräch gebracht werden, um Konflikte zu vermeiden.

Die Postmoderne ist geprägt von einer Vielfalt an unterschiedlichen Lebensentwürfen und konkurrierenden Sinndeutungen, die für Therapeuten neue Herausforderungen birgt. Wie gehe ich mit fremden Glaubensüberzeugungen um?

Woran erkenne ich, ob sie eher heilsam-stabilisierend oder eher krankmachend-destruktiv sind?

Der Kulturanthropologe Jean Gebser (1905 – 1973) hat fünf Bewusstseinsstufen beschrieben, die nach seiner Meinung sowohl für die Menschheit als Ganzes (phylogenetisch) als auch für den einzelnen Menschen in seiner Entwicklung (ontogenetisch) gelten. Er unterscheidet die archaische, die magische, die mythische, die mentale und die integrale Phase (Gebser 1996). Die archaische Phase kann man wie eine Verschmelzung von Natur und Bewusstsein sehen, vergleichbar mit dem Zustand eines Kleinkindes im Uterus. In der magischen Phase tauchen schon Ansätze von Bewusstsein auf, eine erste Differenzierung gegenüber der Natur findet durch magische Rituale statt, mit denen man Macht über natürliche Vorgänge gewinnen möchte. Die magische Phase wird abgelöst durch die mythische, in der Helden-Erzählungen eine zentrale Rolle spielen. Nach Gebsters Einschätzung ist die darauf folgende mentale Phase des Bewusstseins geprägt durch die Trennung von Subjekt und Objekt, durch Selbstreflexivität und rationales Schlussfolgern. Nach seiner Überzeugung ist dies die dominante Kulturepoche der Gegenwart, die allerdings bald durch ein sogenanntes „integrales Bewusstsein“ geprägt werde. Auf dieser Stufe stünden alle früheren Wirklichkeitszugänge gleichberechtigt nebeneinander und würden sich gegenseitig ergänzen. Das Modell von Gebser verdeutlicht, dass in einer spätmodernen Gesellschaft sehr unterschiedliche Weltdeutungen und Menschenbilder gleichzeitig vorhanden sind. Die Zunahme an fundamentalistischen Feindseligkeiten und Verschwörungserzählungen zeigt heute aber auch, dass ein friedliches Miteinander unterschiedlicher Glaubensüberzeugungen eher ein Wunschdenken als eine gesellschaftliche Realität ist.

Wie können Missverständnisse und Konflikte zwischen Menschen mit einer religiösen Weltdeutung auf der einen Seite und einer säkularen auf der anderen Seite vermieden werden? Die Reflexion und Transparenz der eigenen Weltbild-Annahmen bieten einen Schlüssel zum Verständnis fremder Überzeugungen. Angesichts einer zunehmend multikulturellen Gesellschaft und einer Pluralität von Weltanschauungen ist das Wissen um die eigene weltanschauliche „Brille“, die eigene Standortbestimmung, wichtig. In der Erarbeitung einer eigenen Weltanschauung sieht der Psychologe Benesch (1990) das wichtigste Merkmal menschlicher Geistestätigkeit. Dies sei heute nötiger als zu früheren Zeiten, weil „das selbstverständliche Vertrauen in die geistige Geborgenheit eines allgemein anerkannten Weltanschauungssystems verloren“ gegangen sei (1990, 12). Dabei unterscheidet Benesch fünf Dimensionen einer Weltanschauung:

1. Weltbild: Wie erklärt man sich die Welt, und was passiert nach dem Tod?
2. Menschenbild: Was sind Besonderheiten, was die Grenzen des Menschen?
3. Sinngebung: Was macht den Alltag bedeutungsvoll?
4. Wertekanon: Welche Ideale werden verfolgt?
5. Moral / Ethik: Welche Regeln und Normen sind verpflichtend?

Wie Menschen sind, darüber haben früher zahlreiche Philosophen spekuliert. Heute liegen einige psychologische Anthropologien vor, die aufgrund empirischer Befunde erarbeitet wurden (Bischof 2009, Goller 2009, Rudolf 2015). Sie versuchen differenziert, Kernmerkmale des Menschen zu bestimmen, ohne die individuelle Vielfalt zu reduzieren. Was der Mensch ist oder werden kann, hängt unter anderem von den subjektiven Voraussetzungen ab, die das eigene Lebensthema bestimmen. Sieht sich eine Person mit einer religiösen Prämisse als Ebenbild und Partner Gottes an, dessen Aufgabe etwa darin besteht, die Erde zu bebauen und zu bewahren? Oder werden aus psychologischer Sicht die Umwelteinflüsse betont, Sozialisation und Gene analysiert und Menschsein unter der säkularen Prämisse der Selbstverwirklichung verstanden? Diese überzeichnete Gegenüberstellung soll verdeutlichen, wie unterschiedliche Menschenbilder die Entwürfe und die Motivation der menschlichen Person prägen.

Ohne die Festschreibung von Entwicklungszielen und -grenzen können auch psychologische Veränderungsmethoden nicht gezielt eingesetzt werden. Ebenso können die heiklen Fragen nach ethischen Grenzen und Pflichten in der therapeutischen Beziehung ohne den Rückgriff auf anthropologische Vorentscheidungen nicht beantwortet werden. Weil dem Menschenbild in jedem psychologischen Entwurf eine zentrale Bedeutung zukommt, sollte es reflektiert und transparent gemacht werden. Gerade in der Religionspsychologie gilt es, dies zu beherzigen, weil es sonst zu einer theologischen Vereinnahmung psychologischer Erkenntnisse kommen kann (Utsch 1998, 2000; Bucher 2014, 30; Marks 2018, 19).

Die theologische Vereinnahmung psychologischer Erkenntnisse

Relativ gleichzeitig entwickelte sich eine erste Blütezeit der Religionspsychologie sowohl in den USA als auch in Deutschland. Als einer ihrer Begründer gilt der Pfarrerssohn Wilhelm Wundt, der im Jahr 1879 in Leipzig das weltweit erste Institut für experimentelle Psychologie leitete, das vor allem Sinnesreize erforschte. Neben einer „Allgemeinen Psychologie“ legte Wundt eine zehnbändige „Völkerpsychologie“ vor, in der auch religiöse Phänomene untersucht wurden. Bis heute zählen die Gifford-Vorlesungen von William James (1902/2014) über die Vielfalt der religiösen Erfahrung als religionspsychologisches Standardwerk.

James hatte 1890 auch ein Standardwerk der zeitgenössischen amerikanischen Psychologie veröffentlicht und leitete das psychologische Institut an der Universität in Harvard.

Anders als Wundt und James, die methodisch sauber experimentell beziehungsweise beschreibend vorgehen, waren weitere Gründungsväter der empirischen Psychologie vor allem deshalb an der Religiosität interessiert, weil sie Menschen von ihrem christlichen Glauben überzeugen wollten. Fasziniert von den neuen sozialwissenschaftlichen Methoden forschten sie intensiv zu religiösen Erfahrungen und Bekehrungserlebnissen. G. Stanley Hall erhielt 1878 einen der ersten psychologischen Dokortitel in den USA und wurde später der erste Präsident der amerikanischen Psychologenvereinigung APA (American Psychological Association). Wie er wollten viele religionspsychologische Pioniere der USA „die scheinbar obsolet gewordenen Deutungen der theologischen Tradition nach dem Paradigma des szientistischen Weltbildes neu interpretieren“ (Huxel 2000, 414). Dabei legten sie allerdings „kühne Metatheorien“ (ebd.) zugrunde, wonach etwa aus Sicht Halls das Christentum die am höchsten entwickelte Religionsstufe sei.

Auch deutsche Religionspsychologen Anfang des letzten Jahrhunderts verfolgten primär apologetische Ziele. Der Pfarrer Gustav Vorbrodt (1860 – 1929) übersetzte eine amerikanische Religionspsychologie ins Deutsche und sah in der Religionspsychologie die Königsdisziplin der Theologie. Er wollte „die Dogmatik mit der religionspsychologischen Methode bearbeitet wissen und dadurch letztlich abschaffen“ (Heine 2005, 49).

Religionspsychologen der ersten Generation – sowohl in Deutschland als auch in den USA – hofften, mit ihren neuen Studien den schwindenden Einfluss von Theologie und Kirche aufhalten zu können. Sie wollten mithilfe der neuen psychologischen Methoden die christliche Erbauung fördern, die persönliche Frömmigkeit intensivieren und mit der Psychologie als „Hilfswissenschaft“ der kirchlichen Seelsorge dienen. Viele Pioniere der Religionspsychologie stammten aus Pfarrersfamilien und hatten selbst Theologie studiert. Die Religionspsychologie der Gründerphase um die Jahrhundertwende „entwickelte sich im protestantischen Ambiente“ (Heine 2005, 23). Die weltanschaulichen Spannungen zwischen unterschiedlichen Motiven religionspsychologischer Forschung – exaktes psychologisches Beschreiben und Verstehen oder die Absicht, den christlichen Glauben psychologisch zu begründen und zu verteidigen – bestehen bis heute.

Fasziniert von den neuartigen naturwissenschaftlichen Methoden wurden aufwändige religiöse Denkexperimente durchgeführt, religiöse Biografien ausgewertet und unzählige Daten für den seelischen Aufbau des religiösen Erlebens gesammelt. So sind zwar reichhaltige Materialsammlungen publiziert worden,

die aber theoriearm entstanden sind und „eine systematisch-psychologische Durchdringung vermissen lassen“ (Rebell 2008, 165). Im Unterschied zur amerikanischen Forschung beschränkten sich die deutschsprachigen Religionspsychologen „ohne theoretischen Hintergrund auf die Deskription der Phänomene“ (Heine 2005, 59).

Erklärend muss aber daran erinnert werden, dass die Theoriebildung in den Anfangsjahrzehnten der Psychologie noch sehr hypothetisch und lückenhaft war – viele psychologische Theorien der Anfangsjahre sind mangels empirischer Bestätigung längst widerlegt worden und zu Recht in Vergessenheit geraten. Psychologie ist noch eine sehr junge Wissenschaft! Vergleicht man den Wissensstand der Religionspsychologie vor 30 Jahren – etwa anhand der ersten Auflage von Bernhard Groms (1992) Lehrbuch – mit dem aktuellen *state of the art*, etwa dem zweibändigen Handbuch der Religionspsychologie, das der amerikanische Psychologenverband APA herausgegeben hat (Pargament 2013), der fünften Auflage eines bewährten Lehrbuchs (Hood / Hill / Spilka 2018) oder der aktuellen Neuauflage einer religionspsychologischen Enzyklopädie (Leeming et al. 2020), wird leicht ersichtlich, wie heute durch solide theoriegeleitete Studien die psychologischen Funktionen des Glaubens viel präziser beschrieben und verstanden werden können als früher.

Ein historisches Beispiel für Vereinnahmung: die Psychiatrie-Seelsorge

Die unterschiedlichen Motive der Religionspsychologen können auch als ein weiteres Indiz für das konfliktreiche und historisch spannungsvolle Verhältnis zwischen Glauben und Wissen (Habermas 2019) bzw. Theologie und Medizin/ Psychotherapie verstanden werden. Ihr gegenwärtiges Verhältnis ist unklar, nur zu einzelnen Anwendungsfeldern wie der Psychiatrie-Seelsorge liegt eine systematisch-historische Studie vor (Kocherscheidt 2010).

In den „Irrenanstalten“ Ende des 19. Jahrhunderts herrschte ein ausgeprägter Machtkampf zwischen Ärzten und Pfarrern. Gegenüber der aufstrebenden ärztlich-psychiatrischen Versorgung der Kranken versuchte man, die Seelsorge innerhalb der Kliniken zu stärken und den traditionell dominierenden kirchlichen Einfluss gegenüber den wachsenden Ansprüchen liberaler Nervenärzte aufrechtzuerhalten. Auf der ersten Konferenz der evangelischen Irrenseelsorger, die 1889 in Bielefeld stattfand, kritisierte der Gründer der Bodelschwingschen Anstalten in Bethel, Pfarrer von Bodelschwingh, die „materialistische und diesseitige“ Psychiatrie (Seidel 2018, 35). Er plädierte dafür, „die dem Irresein zu Grunde liegende Krankheit auf den Begriff der Sünde und des Besessenseins

zurückzuführen“ (ebd.). Nach seiner Überzeugung sollten so wenig medizinische Mittel wie möglich beim Gemütskranken angewendet werden, weil sie in den meisten Fällen nur schädigend auf Leib und Seele wirken würden. Die Krankenbehandlung durch klassische Seelsorge sei wichtiger als die sehr begrenzten ärztlichen Hilfen. Die Ähnlichkeit der psychiatrischen Symptome mit den im Neuen Testament geschilderten Besessenheitsphänomenen nutzten von Bodelschwingh und andere Pfarrer zur Begründung der Legitimität ihrer pastoralen Ansprüche. Die Argumentation dieser Theologen erinnert Kocherscheidt (2010) an den schon überwunden geglaubten psychiatrischen Diskurs in der ersten Hälfte des 19. Jahrhunderts. Doch das Thema ist auch im 21. Jahrhundert noch aktuell. Durch die neue Aufmerksamkeit für kultursensible Behandlungen werden auch angebliche Besessenheitsphänomene heute wieder intensiver diskutiert (Demling/Thierauf 2010; Demmrich 2020).

Vom Modethema zum Tabu

Historisch ist ein bemerkenswerter Paradigmenwechsel im Theologie-Psychologie-Verhältnis zu konstatieren. Zu Beginn des 20. Jahrhunderts waren „Spiritualität und Religion das Modethema der neuen Wissenschaft Psychologie“, während nach 1930 Religionspsychologen „fast wie Aussätzige behandelt wurden, ja schlimmer noch: Die Religionspsychologie als Fach innerhalb der psychologischen Fakultät starb einfach sang- und klanglos aus“ (Raack 2017, 61). Der Kölner Psychoanalytiker Raack fasst mögliche Gründe für den Paradigmenwechsel von der Aufnahme zur Ablehnung und späteren Tabuisierung des Religiösen seitens der Psychologie zusammen (ebd., 61f):

- Das positivistische Weltbild der Psychologie schließt die metaphysischen Grundlagen der Theologie aus.
- Das apologetische und missionarische Interesse mancher Pioniere der Religionspsychologie – z. B. die Bedingung eines Bekehrungserlebnisses als Voraussetzung zur Mitarbeit – steht im Widerspruch zu ergebnisoffener und wertfreier Sozialforschung: „Die Religionspsychologie erstickte [...] auch in der Umarmung durch die Theologie“ (ebd., 62).
- Das sehr subjektive religiös-spirituelle Erleben eignet sich nicht gut für eine quantifizierende naturwissenschaftliche Erforschung.

Ein Blick auf die christliche Psychologie in den USA

Dass jedoch ein qualitativ hochwertiges Erforschen des religiös-spirituellen Erlebens möglich ist, zeigt ein Blick in die USA. Dort gibt es bemerkenswerte

Versuche, theologische Einsichten mit der säkularen Psychologie auf Augenhöhe zu verbinden. Unter dem Titel „Interdisziplinäre Integration“ werden dort schon seit Jahrzehnten staatlich akkreditierte Forschungs- und Ausbildungsprogramme an christlichen Universitäten angeboten, die theologische und psychologische Erkenntnisse aufeinander beziehen und sich dabei gegenseitig ergänzen. Auch wenn dieser Forschungszweig mit ihrem Konzept der „Integration“ eine primär evangelikal geprägte Bewegung ist, darf ihr Einfluss auf die Religionspsychologie nicht unterschätzt werden (Strawn / Bland / Flores 2018). Studenten erleben dieses integrative Studium häufig als eine doppelte Herausforderung: Es müssen die strengen Prüfungsrichtlinien der psychologischen Fachgesellschaft APA (American Psychological Association) eingehalten werden. Darüber hinaus müssen theologische Grundkurse und Seminare absolviert werden, was zu einer differenzierten christlichen Bewertung der psychologischen Erkenntnisse befähigen soll.

Als Publikationsplattform dienen akademische Fachzeitschriften, die diesbezügliche empirische Studien und theologische Beiträge publizieren. Seit 1973 gibt die evangelikale Biola-Universität in Los Angeles/Kalifornien das „Journal of Psychology and Theology“ heraus (<http://journals.biola.edu/jpt>). Unmissverständlich lautet der erste Satz der Publikationsrichtlinien: „Alle Aufsätze müssen mit einem evangelikalen Standpunkt übereinstimmen.“ Darüber hinaus gelten die strengen wissenschaftlichen Richtlinien der APA. Weil neben Biola über ein Dutzend andere christliche Universitäten wie Fuller, George Fox, Wheaton, oder Regent seit Jahrzehnten von der APA anerkannte psychologische Master- und Promotionsstudiengänge durchführen, sind deren Absolventinnen und Absolventen an der psychologischen Meinungsbildung beteiligt. Kein Wunder also, dass einige führende Religionspsychologen wie Everett Worthington oder Peter Hill aus dem evangelikalen Milieu stammen.

Als evangelikal orientierte Interessenvertretung und Austauschplattform wurde 1946 in den USA die „Christian Association for Psychological Studies“ (CAPS) gegründet, eine Vereinigung für christliche Psychologen, Therapeuten und Seelsorger (www.caps.net). Heute zählt dieser Verein weit über 2000 Mitglieder aus über 25 Ländern. Seit 1975 gibt der Verein die wissenschaftliche Zeitschrift „Journal of Psychology and Christianity“ heraus.

Ebenfalls im Jahr 1946 wurde von einem Jesuiten die „American Catholic Psychological Association“ mit dem Ziel gegründet, Katholiken mit der Psychologie vertraut zu machen und eine Psychologie mit katholischer Weltsicht zu entwickeln. Später schloss sich dieser Verein der APA an und beteiligt sich heute als eigene Fachgruppe („Division 36“) mit dem Namen „Society for the Psychology

of Religion and Spirituality“ aktiv an den jährlichen APA-Fachtagungen (<http://www.apadivisions.org/division-36>).

Hauptsächlich dient diese wissenschaftliche Vereinigung als Vernetzungsplattform der Religionspsychologie. Neben der Mitgliederzeitschrift erscheint seit 2013 das neue Journal „Spirituality and Clinical Practice“, das stärker die psychotherapeutische Praxis im Blick hat. Wie wichtig der APA dieses Thema ist, lässt sich daran ersehen, dass der Berufsverband in den letzten 15 Jahren über ein Dutzend Lehrbücher zur Psychologie der Religion und Spiritualität herausgegeben hat.

In den USA haben auch die Mormonen eine öffentliche Stimme, die gerade auch in der Religionspsychologie gehört wird. Ein Wegbereiter dafür ist der (mormonische) Psychotherapieforscher Allen Bergin (1980), der schon vor 40 Jahren mit einem wegweisenden Fachartikel die Tür für eine stärkere Berücksichtigung religiöser Werte in der säkularen Psychotherapie geöffnet hat. Später hat er gemeinsam mit einem Kollegen ein differenziertes psychologisches Konzept zur Integration spiritueller Interventionen in eine psychotherapeutische Behandlung vorgelegt (Richards / Bergin 2005). Dieses Fachbuch entwickelt anhand anschaulicher Praxisbeispiele eine plausible Theorie, wie vom Standpunkt eines theistischen Weltbildes aus spirituelle Methoden als therapeutische Interventionen in eine Behandlung integriert werden können. Aus deutscher Sicht ist es erstaunlich, dass sich die beiden Psychotherapieforscher zu ihrem mormonischen Glauben an Gott bekennen. Abgesehen von diesem Bekenntnis ist das Handbuch streng an wissenschaftlichen Kriterien und dem aktuellen psychotherapeutischen Wissensstand orientiert. Obwohl in dem Buch ausdrücklich ein Modell zur Einbeziehung spiritueller Interventionen dargestellt wird, konnten die beiden Psychologen der renommierten Mormonen-Universität in Salt Lake City ihr Werk aufgrund der sachlichen Argumentation in dem Fachverlag der APA publizieren. Damit erfüllte sich Bergin einen Lebenstraum und ein Karriereziel, nämlich die „Religiosität und damit die Religionspsychologie zu einer Hauptdisziplin der Psychologie zu machen“ (ebd., X). Die Autoren appellieren an die Behandler, ihrem Beispiel zu folgen und die weltanschaulichen Prämissen offen darzulegen, weil jede Veränderungsmaßnahme von Vorannahmen ausgehe. Diese Einsicht ist heute für die Religionspsychologie grundlegend geworden.

Die Geschichte der christlichen Psychologie in den USA kann mit Johnson (2010) in fünf Phasen dargestellt werden. Eine erste Phase der „Ablehnung“ war von „Biblischer Seelsorge“ dominiert (Jay Adams). Säkulare Psychologie wurde als unzureichend angesehen, weil Christus die Lösung Gottes für alle Probleme sei. Deshalb wurde dort den Einsichten der modernen Psychologie wenig Beach-

tung geschenkt. Eine zweite Phase ist von unterschiedlichen Erklärungsperspektiven dominiert. Hier wird die psychologische und theologische Sicht auf den Menschen strikt unterschieden. Wenn die Ebenen vermischt würden, kämen gravierende Missverständnisse heraus – Sünde und dysfunktionale Gehirnströme entstammen unterschiedlichen Modellen und können nach diesem Verständnis nicht in einen kausalen Zusammenhang gebracht werden. Die dritte Phase ist von einer interdisziplinären „Integration“ geprägt. Hier werden die Einsichten der modernen Psychologie vom Standpunkt des christlichen Menschenbildes aus kritisch interpretiert. Zugespitzt wird dieser Ansatz in der vierten Phase im Rahmen einer „Christlichen Psychologie“. Wenn alle Wirklichkeit Gottes Wirklichkeit ist, dann müsse es auch möglich sein, eine Psychologie auf Grundlage der Bibel zu entwickeln, lautet die Argumentation. Erst in den letzten Jahren nimmt die fünfte Phase einer „Transformativen Psychologie“ Gestalt an. Hier steht weniger die akademische Theoriebildung im Mittelpunkt als die persönliche Umformung des Einzelnen. Diese junge Bewegung greift Impulse des Seelsorgeansatzes der Geistlichen Begleitung auf, die gegenwärtig auch bei evangelikalen Christen auf hohes Interesse stößt. „Spiritual Formation“, also Seminare zur Förderung und Pflege der persönlichen Gottesbeziehung, sind heute in vielen christlichen Psychologie-Studiengängen Standard.

Eine Pioniereinrichtung der Integration von Psychologie und Theologie ist die Fuller-Universität in einem Vorort von Los Angeles. Seit 1964 werden im Fachbereich Psychologie dieser evangelikalen Hochschule APA-akkreditierte Integrationsausbildungen angeboten. Das weltweit größte evangelikale theologische Seminar mit über 4300 Studenten aus über 70 Ländern und 120 Denominationen besteht aus den drei Fachbereichen Theologie, Psychologie und Interkulturelle Studien und bietet 13 Studiengänge an. Vor dem Psychologie-Hauptgebäude steht eine große Bronze-Skulptur, die den griechischen Buchstaben Psi mit einem Kreuz kombiniert, darunter das Motto: „Das Kreuz in das Herz der Psychologie pflanzen“.

Dialog statt Integration

Während sich also in den USA ein ganzer Forschungszeitraum mit der „Integration“ von psychologischem und theologischem Wissen beschäftigt (Entwistle 2015; Sandage / Brown 2018), sieht die Situation im deutschsprachigen Bereich anders aus. Konstruktiv wurden in der Theologie Einsichten der Psychologie auf die kirchliche Theorie und Praxis angewandt. Als „Hilfswissenschaft“ war und ist sie gefragt und geschätzt, auch wenn manche Stimmen eine Vereinnahmung und Aushöhlung der Theologie befürchten. Dabei wurde aber weniger psycho-

logisches Wissen in die Seelsorge „integriert“, sondern dialogisch aufgegriffen. Klessmann (2008, 265ff) bestimmt in seinem Seelsorge-Lehrbuch das Verhältnis zwischen Seelsorge und Psychotherapie als „Dialog und kreative Konkurrenz zweier unterschiedlicher Disziplinen“ (267). Vor allem die Pastoralpsychologie habe der Seelsorgeausbildung unverzichtbare Dienste erwiesen. Mit ihrem „inkarnatorischen Ansatz“ habe sie ihren theologischen Beitrag für eine zeitgemäße Seelsorge geleistet (ebd., 85ff).

Als Basis der „kreativen Konkurrenz“ stehen sich bei Theologie und Psychotherapie mit ihren jeweiligen Konzepten und Praxisfeldern zwei ganz unterschiedliche Disziplinen gegenüber, die von völlig verschiedenen Prämissen ausgehen. Alle Seelsorgekonzepte setzen Theologie und Psychologie zueinander in Beziehung. Aber die Weise, wie das geschieht, „tendiert dazu beide ihrer Eigenständigkeit zu berauben“ (Heine 2017, 56). In dem Aufsatz „Weder Herrin noch Magd“ beschreibt die Wiener Religionspsychologin Susanne Heine (ebd.) die Religions- und Pastoralpsychologie als „ungleiche Partner im Dialog“. Dort problematisiert sie, wenn entweder eine Psychologisierung der Theologie oder eine Theologisierung der Psychologie vorgenommen werde, weil dies methodisch nicht zulässig sei. Wenn versucht werde, die Psychologie in die Theologie zu integrieren oder umgekehrt,

„[...] lässt sich die Integrität des Bereichs nicht ausreichend wahren. Theologische und psychologische Sachverhalte und Begriffe werden dann in das ‚Sprachspiel‘ der jeweils anderen Disziplin dadurch integriert, dass man einzelne Aspekte aus dem Gesamtzusammenhang abstrahiert [...]. Aus dem Integrationsmodell ergibt sich daher unvermeidlicher Weise eine Über- oder Unterordnung von Theologie und Psychologie nach dem Herrin-Magd-Modell“ (56).

Auch wenn Heine nicht konkret auf die integrativen Ansätze der USA eingeht, gibt sie zu bedenken:

„Psychologie ist in der Theologie verwurzelt [...]. Die Bibel enthält zwar eindrückliche Narrative über reale menschliche Lebenslagen. Aus dem theologischen Kontext herausgenommen, erhalten sie aber einen assoziativ-illustrativen oder symbolischen Charakter; dies kann auf einen naiven Biblizismus hinauslaufen“ (ebd.).

Mit dem Vorwurf einer wortwörtlichen Bibelauslegung wendet sie sich deutlich gegen Teile der evangelikalen Bewegung, auch wenn sie das nicht ausdrücklich anspricht.

Lange Zeit wurde von Psychotherapeuten und Seelsorgern sorgfältig darauf geachtet, das eigene Arbeitsgebiet genau einzuhalten und nicht „in fremden Wassern zu fischen“. Dazu wurden verschiedene Verbindungsmodelle entwickelt

(Utsch 1998). Bisher ist ein interdisziplinärer Dialog auf Augenhöhe zu selten praktiziert worden, obwohl er weiterführen würde. Wie soll ein solcher Dialog funktionieren?

„Sich wirklich auf einen Dialog einzulassen, überschreitet freilich das Modell der scheidlich-friedlichen ‚Arbeitsteilung‘. Theologie und Psychologie, Seelsorge und Therapie kommen sich erst gar nicht ins Gehege, solange man beiderseits die Warnungen von unerlaubten ‚Grenzüberschreitungen‘ beherzigt. Das Kreative von Grenzen und der Arbeit an und mit ihnen kommt so gar nicht ins Spiel“ (Wahl 2000, 69).

Mit diesem engagierten Plädoyer votiert ein psychoanalytischer Theologe – oder katholischer Psychoanalytiker – für das Aufweichen klassischer Grenzen. In der Tat sind theologischerseits die Schranken zur Psychologie längst gefallen – psychologische Weiterbildung ist für Theologen ein Muss. Anders sieht es mit Psychologen aus, die der Theologie und Religionswissenschaft bisher wenig abgewinnen konnten. Neuere Befragungen zeigen, dass sich Psychiater und Psychotherapeuten bei der Behandlung von tief religiösen Patienten unsicher fühlen, weil ihnen ihre Lebenswelt in der Regel fremd ist und sie sich dafür schlecht ausgebildet fühlen (Freund et al. 2017).

Wie sich Theologie und Psychologie konstruktiv ergänzen können

Psychologie und Theologie können sich hilfreich ergänzen. Sie verfolgen auf verschiedenen Wegen das Ziel, ein ganzer Mensch – aus theologischer Sicht: als Gegenüber Gottes – sein zu können. Die Psychologie bringt vor allem die Bedeutung der Gefühle, der Erinnerung, der Vorstellungskraft und der Beziehungsqualität ein, die Theologie das Wissen und die Erfahrung um die Wirklichkeit und Wirksamkeit des dreieinigen Gottes. Für die Theologie kann sich bei einer Kooperation mit der Psychologie ihr seelsorgerlich-therapeutisches Potenzial neu und vertieft erschließen, für die Psychologie der Umgang mit religiösen Fragen verbessern.

Die große Herausforderung besteht darin, beide Sichtweisen so ins Gespräch zu bringen, dass sie ohne Totalanspruch auf die Deutungsmacht gemeinsam die Wirklichkeit des Menschen erkunden. Für die Psychologie heißt das, das Einwirken der Schöpferkraft Gottes durch den Heiligen Geist und damit eine metaphysische, transzendente Wirklichkeit nicht auszuschließen und diese als Möglichkeit in ihre Modellbildung mit einfließen zu lassen. Für die Theologie wird die Bereitschaft erforderlich sein, stärker die psychologischen Funktionen religiösen Erlebens und Verhaltens einzubeziehen.

Literatur

- Benesch, Hellmuth (1990): Wozu Weltanschauung. Eine psychologische Bestandsaufnahme, Frankfurt a. M.
- Bergin, Allen E. (1980): Psychotherapy and Religious Values, in: *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 48, 95 – 105.
- Berkel, Karl (1984): Theologie, in: Lück, Helmut E. (Hg.): *Geschichte der Psychologie in Schlüsselbegriffen*, München, 195 – 201.
- Bischof, Norbert (2009): *Psychologie: Ein Grundkurs für Anspruchsvolle*, Stuttgart.
- Botton, Alain de (2013): *Religion für Atheisten. Vom Nutzen der Religion für das Leben*, Frankfurt a. M.
- Bucher, Anton (2014): *Psychologie der Spiritualität. Handbuch*, Weinheim.
- Demling, Joachim / Thierauf, Paul (2010): Zur ärztlichen Einschätzung von „dämonischer Besessenheit“, in: *Wege zum Menschen* 62, 332 – 349.
- Demmrich, Sarah (2020): Eine religionspsychologische Perspektive auf Besessenheit: Die Studie von Traugott Konstantin Oesterreich (1921) und ihre heutige Relevanz, in: *Cultura & Psyché* 1, <https://doi.org/10.1007/s43638-020-00004-6>.
- Entwistle, David N. (2015): *Integrative Approaches to Psychology and Christianity. An Introduction to Worldview Issues, Philosophical Foundations, and Models of Integration*, 3. Aufl., Eugene.
- Freund, Henning et al. (2017): Religiosität und Spiritualität in der Facharztweiterbildung. Eine Umfrage bei den Weiterbildungermächtigten für Psychiatrie und Psychotherapie, in: *Der Nervenarzt* 89, 539 – 545.
- Frey, Dieter (Hg., 2016): *Psychologie der Werte. Von Achtsamkeit bis Zivilcourage. Basiswissen aus Psychologie und Philosophie*, Berlin.
- Frick, Eckhard (2015): *Psychosomatische Anthropologie*, Stuttgart.
- Gebser, Jean (1996): *Ursprung und Gegenwart*, München.
- Goller, Hans (2009): *Erleben, Erinnern, Handeln. Eine Einführung in die Psychologie und ihre philosophischen Grenzfragen*, Stuttgart.
- Grom, Bernhard (1992): *Religionspsychologie*, München.
- Habermas, Jürgen (2019): *Auch eine Geschichte der Philosophie*, Bd. 1: Die okzidentale Konstellation von Glauben und Wissen. Bd. 2: Vernünftige Freiheit. Spuren des Diskurses über Glauben und Wissen, Berlin.
- Hampton-Turner, Charles (2000): *Modelle des Menschen*, Weinheim.
- Heine, Susanne (2005): *Grundlagen der Religionspsychologie*, Göttingen.
- Heine, Susanne (2017): Weder Herrin noch Magd. Religions- und Pastoralpsychologie als ungleiche Partner im Dialog, in: *Wege zum Menschen* 69, 47 – 61.
- Hood, Ralph W. / Hill, Peter C. / Spilka, Bernard (Hg., 2018): *The Psychology of Religion. An Empirical Approach*, 5. Aufl., New York.

- Huxel, Kirsten (2000): Die empirische Psychologie des Glaubens. Historische und systematische Studien zu den Pionieren der Religionspsychologie, Stuttgart.
- James, William (2014): Die Vielfalt der religiösen Erfahrung, Berlin.
- Johnson, Eric L. (Hg., 2010): Psychology and Christianity. Five Views, Downers Grove.
- Klessmann, Michael (2008): Seelsorge. Begleitung, Begegnung, Lebensdeutung im Horizont des christlichen Glaubens, Neukirchen-Vluyn.
- Kocherscheidt, Benjamin (2010): Deutsche Irrenärzte und Irrenseelsorge. Ein Beitrag zur Geschichte von Psychiatrie und Anstaltsseelsorge im 19. Jahrhundert, Dissertation, Hamburg, https://ediss.sub.uni-hamburg.de/volltexte/2010/4905/pdf/Deutsche_IrrenaezrteundIrrenseelsorger.pdf (Abruf: 6.8.2020).
- Leeming, David / Madden, Kathryn / Marlan, Stanton (Hg., 2020): Encyclopedia of Psychology and Religion, 3. Aufl., New York.
- MacGregor, Neil (2018): Leben mit den Göttern, München.
- Marks, Matthias (2018): Religionspsychologie, Stuttgart.
- Pargament, Kenneth I. et al. (Hg., 2013): APA Handbook of Psychology, Religion, and Spirituality (2 Bde.), Washington.
- Pongratz, Ludwig (1984): Problemgeschichte der Psychologie, München.
- Raack, Joachim (2017): Die wechselhafte Beziehung von Spiritualität und Psychotherapie, in: Psychotherapie-Wissenschaft 7, 59 – 67.
- Rebell, Walter (2008): Psychologisches Grundwissen. Ein Handbuch für Theologinnen und Theologen, Neukirchen-Vluyn.
- Reuter, Helmut (2014): Geschichte der Psychologie, Göttingen.
- Richards, Scott P. / Bergin, Allen E. (2005): A Spiritual Strategy for Counseling and Psychotherapy, 2. Aufl., Washington.
- Rudolf, Gerd (2015): Wie Menschen sind. Eine Anthropologie aus psychotherapeutischer Sicht, Stuttgart.
- Sandage, Steven J. / Brown, Jeannine K. (2018): Relational Integration of Psychology and Christian Theology, New York.
- Seidel, Michael (2018): Ausgewählte historische Beispiele des Verhältnisses von Spiritualität zu Psychiatrie und Psychotherapie, in: Juckel, Georg et al. (Hg.): Spiritualität in Psychiatrie und Psychotherapie, Lengerich, 29 – 41.
- Senf, Wolfgang / Broda, Michael (Hg., 2020): Praxis der Psychotherapie. Ein integratives Lehrbuch, 6. Aufl., Stuttgart.
- Stavemann, Harlich / Hülsner, Yvonne (2019): Integrative KVT bei existenziellen Problemen. Umgang mit der eigenen Endlichkeit und Todesangst, Weinheim.
- Strawn, Brad / Bland, Eric / Flores, Peter (2018): Learning Clinical Integration. A Case Study Approach, in: Journal of Psychology and Theology 46, 85 – 97.

- Stuckrad, Kocku von (2019): Die Seele im 20. Jahrhundert. Eine Kulturgeschichte, Paderborn.
- Taylor, Charles (2009): Ein säkulares Zeitalter, Frankfurt a. M.
- Utsch, Michael (1998): Religionspsychologie zwischen Wissenschaft und Weltanschauung, in: Henning, Christian / Nestler, Erich (Hg.): Religion und Religiosität zwischen Theologie und Psychologie, Frankfurt a. M., 117 – 129.
- Utsch, Michael (2000): Aufgaben und Grenzen der Religionspsychologie. Eine dialogische Perspektive, in: Praktische Theologie 35, 98 – 108.
- Wahl, Heribert (2000): Selbst- und objektbeziehungstheoretische Überlegungen zur Religions- und Pastoralpsychologie, in: Bassler, Markus (Hg.): Psychoanalyse und Religion. Versuch einer Vermittlung, Stuttgart, 67 – 91.

Psychotherapie mit praktizierenden Muslimen

Von bloßer Neutralität zu religionssensibler Behandlung

Die *Neutralität* ist eine der Grundhaltungen der Psychotherapeuten¹, die wie viele therapeutische Konzepte ihren Beginn mit der Psychoanalyse nahm. Freud hielt *Neutralität* durch *Abstinenz* für möglich (Freud 1915). Eine Psychotherapeutin ist sowohl gemäß den Grundsätzen der Psychoanalyse und der ihr nachfolgenden Therapieschulen wie der Verhaltenstherapie verpflichtet, sich gegenüber den Patienten neutral zu verhalten. In der therapeutischen Beziehung soll ein wertfreier Raum zur Verfügung stehen, in dem sich die Patientin angenommen, akzeptiert und wertgeschätzt fühlt. Als Therapeutin ergreift man nicht Partei – weder für die Patientin noch gemeinsam mit der Patientin gegen einen Dritten. Die Patienten, für die Religiosität von zentraler Bedeutung ist (vgl. das Konzept „Zentralität der Religiosität“ von Klein und Albani 2011), können nicht ganz unabhängig von ihrer Religiosität behandelt werden. Im Folgenden soll nun das Konzept der *Neutralität* genauer betrachtet und eine neue Implementation für hoch religiöse muslimische Patienten diskutiert werden. Das geschieht weniger auf der Grundlage von Forschungsarbeit als vielmehr von Praxiserfahrungen.

Bei einer religionssensiblen Haltung liegt das Augenmerk in der Praxis stets auf der individuell gelebten Religion mit ihren Glaubensinhalten, Überzeugungen, Verhaltenskodizes, Ritualen und Gebräuchen (Mönter 2020). Für den Menschen, dem die Religion als Lebensmitte gilt, ist eine Verhaltenstherapie ohne Berücksichtigung dieser Inhalte selten einfach zu implementieren, weil sie zusammen fast alle Lebensbereiche beeinflussen oder abdecken.

Bonelli (2014) beschreibt ein Unbehagen unter Psychotherapeuten bei den Themen Religion und Spiritualität. Dieses Unbehagen funktioniert teilweise auch wie eine antireligiöse Gegenübertragung in der Therapie, was für die Behandlung schädlich sein kann. Bis heute sind die Auswirkungen dieser aversiven Haltung auf die Psychotherapie nicht empirisch geklärt. Allerdings ist doch davon auszugehen, dass sie durchaus eines der Grundprinzipien der Psychotherapie, nämlich die *Akzeptanz*, verletzt.

¹ In diesem Text wird zur Bezeichnung beider Geschlechter ausschließlich die weibliche Singular- sowie die männliche Pluralform verwendet.

Zurückzuführen ist die tendenziell antireligiöse Haltung in der Psychotherapie auf die Texte und die Persönlichkeit Sigmund Freuds, und sie wurde bis zum Ende des vergangenen Jahrhunderts nur von wenigen kritisch infrage gestellt. Der Gründungsvater der Psychotherapie nämlich hatte ein bestenfalls gespalten zu nennendes Verhältnis zu Religion und ihrer Stellung im Leben der Menschen. Ungeachtet seiner Bedeutung machten es Freud die Beschränkungen der wissenschaftlichen Methodologie seiner Zeit und seine eigenen Vorurteile und Ambivalenzen gegenüber der Religion unmöglich, Religion objektiv zu untersuchen. Es war ihm aufgrund seiner eigenen religiösen Prägung nicht möglich, dem Anderen tatsächlich Glaubwürdigkeit bezüglich seines religiösen Erlebens zuzugestehen. Freud betrachtete Religion generell als einengend und als der geistigen Gesundheit abträglich. Er beschrieb die Neurose als eine individuelle, während er Religiosität als universelle Zwangsneurose ansah. In „Die Zukunft einer Illusion“ (1927) nannte er den Glauben eine *Illusion*, da sich doch in dessen Motivation die Wunscherfüllung vordränge. Gott war ihm dabei nur ein psychisches Phänomen, das Produkt kindlicher oder unbewusster Wünsche nach Allmacht und Kontrolle über eine als gefahr- und leidvoll wahrgenommene Welt.

Illusion war für Freud ein pejoratives Konzept, ein Anpassungsversuch, der überwunden werden musste zugunsten einer illusionsfreien Konfrontation mit der Wirklichkeit. Dass er gegenüber der Religion also nicht neutral war, sondern sich überwiegend deutlich gegen sie positionierte, lässt sich auch aus seinen Texten ablesen. Seine diesbezüglichen Theorien waren stark von den eigenen Erfahrungen mit dem Judentum in einem katholisch geprägten Kaiserreich der Welt um 1900 geprägt. Es ist unübersehbar, wie sehr Freud die Werte bürgerlicher und adliger Schichten im Wien seiner Zeit für den Maßstab der menschlichen Psyche hielt.

Psychoanalytiker und Psychotherapeuten, deren Wirken von Freud beeinflusst wurde, hatten wohl in der Regel wenig Verwendung für Religion, wenn diese doch lediglich als Schutzmechanismus eines schlecht an die Realität angepassten Egos verstanden wurde. Daraus ergibt sich, dass eine Therapeutin, die einem solchen Verständnis folgt, eine Patientin wohl immer ermutigen würde, auf den Schutz, den Religion auch bieten kann, zu verzichten. Sicherlich gibt es unter Psychoanalytikern und psychoanalytischen Instituten ein breites Spektrum hinsichtlich der Abgrenzung gegenüber religiöser Praxis, doch sind sie typischerweise wenig beeinflusst von religiöser Praxis.

Auch einer der Gründungsväter des Behaviorismus, B. F. Skinner, ein Pionier für lerntheoretische Ansätze in der Psychotherapie, vertrat ein materialistisch-deterministisches Menschenbild (Schneider / Morris 1987). Innerhalb dieses

Modells gab es für die Beziehung des Menschen zum Unsichtbaren nicht viel Platz. Skinner hielt Religion für eine determinierte Form von Sozialverhalten, deren Fortbestehen einer operativen Konditionierung sowie dem Wunsch nach Machterhalt religiöser Autoritäten zugeschrieben werden könne.

In der ersten Hälfte des 20. Jahrhunderts nahm die Bedeutung der Religion besonders im städtischen Leben immer weiter ab. Die Existenz der Menschen und der Welt sollte nun wissenschaftlich und nicht länger auf Grundlage religiöser Texte und der Schöpfungsmythen erklärt werden. Dies verleitete Psychotherapeuten höchstwahrscheinlich zu der Annahme, dass sich die Bedeutung der Religion für viele Menschen langsam verlieren werde. Dafür gibt es allerdings – weltweit gesehen – nur schwache Belege (Pollack / Rosta 2015).

Die Religionen in der Welt stellen sich als überaus vielfältig dar, und auch über hundert Jahre nach Begründung der Psychotherapie sind religiöse sowie spirituelle Überzeugungen und Praktiken immer noch bei der Entstehung von Kultur und Lebensformen für viele Menschen bedeutsam. Gewiss hat sich mittlerweile die Funktion der Religion verändert: Gesellschaft und Gesetzgebung folgen nicht länger ausschließlich religiösen Vorgaben, die Einflussnahme der Religion auf das öffentliche Leben hat in vielen Ländern der Welt sicherlich nachgelassen, und viele Menschen treffen auch im privaten Alltag ihre Entscheidungen heute zweifellos unabhängiger von der Religion. Jedoch gibt es immer noch sehr viele Menschen, für die Religion und Spiritualität eine wichtige Rolle in ihrem sozialen Leben einnimmt, wobei dies vor allem ihre individuelle Gefühls- und Gedankenwelten betrifft.

Viele Psychotherapeuten und Psychiater scheinen allerdings hinsichtlich der Religion einer falsch verstandenen Vorstellung von *Neutralität* erlegen zu sein, die eher einem totalen *Abstinenz*gebot gleichkommt. Das allein aber kann nicht bedeuten, dass der Glaube und die Religiosität von Patienten zu ignorieren seien. Manchmal vermag die Religion klare Antworten auf die Fragen nach dem Woher und Wohin, dem Warum und Wozu zu geben, die in Zeiten einer Krise auch als „fester Anker“ für Patienten dienen können. Patienten können dabei auch trotz ihrer gerade vorhandenen Schwierigkeiten mit ihren kognitiven Grundannahmen, ihrem Verhalten und der Regulation von Emotionen immer noch eine beeindruckende Klarheit auf existenzieller Ebene haben. Dies ist eine wichtige Ressource, die von keiner Behandlerin übersehen werden darf, auch wenn bei ihr selbst auf der existenziellen Ebene Ungewissheit herrscht. Eine wirkliche *Neutralität* der Therapeutin ist hierbei sehr wichtig, weil natürlich auf keinen Fall die Glaubenswelt einer Patientin unmittelbar mit der eigenen gleichgesetzt werden darf. Eine bessere Alternative zur *Neutralität* bieten die Konzepte von

Wertoffenheit und *Bedachtsamkeit* von Thomä und Kächele (1997). Diese fordern unbedingten Respekt für von der weltanschaulichen Prägung der Behandlerin abweichende Wertsysteme ein. Dies geschieht nicht aus einer „political correctness“ heraus, sondern ist aus einer der therapeutischen Arbeit innewohnenden ethischen Grundhaltung motiviert (Klein / Albani 2011).

Glaubensbedingte Antworten auf existenzielle Fragen können für Patienten als kognitive Grundannahmen funktionieren, wenn sie in einer verhaltenstherapeutischen Behandlung beachtet und genutzt werden. Ohne ein Wissen um diese grundlegenden Annahmen, ohne Kenntnisse möglicher Weltanschauungen, Bedingungen und Weltbilder der Patienten zu verstehen. Ein Verstehen der weltanschaulichen Voraussetzungen ist aber nötig, um nicht zuletzt auch das darin liegende Veränderungspotenzial schätzen und nutzen zu können. Immer wieder begegnet man in der Therapie hoch religiösen Patienten, die nach einigen Sitzungen zu berichten beginnen, wie sie sich bei der vorherigen Behandlerin nicht verstanden, nicht angenommen oder gar zurückgewiesen gefühlt haben. Daher sollen nun einige Aspekte für eine erfolgreiche Beziehungsgestaltung und Behandlung in der Therapie von hoch religiösen muslimischen Patienten verdeutlicht werden.

Psychische Störung als Ungleichgewicht zwischen Ressourcen und Belastungen

Muslime glauben an den Grundsatz, dass „Allah [...] keiner Seele mehr auf[erlegt], als sie zu tragen vermag“ (Koran 2/286). Diese Glaubensgewissheit macht Gläubigen deutlich, dass sie alle Belastungen verkraften können und in der Regel über die dafür notwendigen Stärken in sich selbst verfügen. Dies kann den Patienten auch gut im Rahmen des Diathese-Stress-Modells (Monroe / Simons 1991) psychoedukativ erklärt werden. Eine der Aufgaben der Therapie besteht ja darin, auch diese versteckten, also gerade nicht offensichtlichen Stärken und Ressourcen der Patienten herauszufinden – sehr ähnlich zum mächtigsten Wirkfaktor der Therapie nach Klaus Grawe (1994): der *Ressourcenaktivierung*. Auch für eine Psychotherapeutin mit muslimischem Glaubenshintergrund bedeutet dieser koranische Vers einen sehr wichtigen Teil der eigenen Psychohygiene: „Meine Patientin ist grundsätzlich in der Lage, diese Krise zu meistern; wir müssen also gemeinsam einen Weg dahin finden.“

Klare Darlegung der Rahmenbedingungen

Ziel- und Auftragsformulierung sind innerhalb einer jeden Therapie der wichtigste Schritt. Was in der Therapie geschehen soll und wird, muss den Patienten klar darlegt werden. Patienten müssen vollkommen unabhängig von ihrem Bildungsniveau eine hinreichende Aufklärung darüber erhalten, was in den dem Therapiebeginn folgenden Monaten zusammen gemacht und dadurch am Ende gemeinsam erreicht werden soll.

Es ist unabdingbar, die Bedeutung und eventuelle Bedeutsamkeit von Religion und Glauben in der inneren Welt der Patienten zu verstehen und eine respektvolle sowie wertschätzende Haltung diesen gegenüber zu vermitteln. Eine Patientin muss sich in der Therapie mit allen ihren Gedanken, Ideen und Gefühlen angenommen fühlen und darf keinesfalls in die Lage geraten, die eigene Religiosität verstecken zu müssen, um nicht um die Zuwendung ihrer Therapeutin fürchten zu müssen. Solches nämlich kann zu Loyalitätskonflikten bei Patienten führen, die bis zu einer inneren Aufkündigung der therapeutischen Arbeitsbeziehung führen können.

Die Therapeutin kann Patienten ihre Grenzen dergestalt deutlich machen, dass man innerhalb der Therapie nicht die Religion an sich zum Gegenstand machen darf, sondern dass es nur um die subjektiv erlebte Religiosität der Patientin gehen kann. Für wichtige theologische Fragen sollten Patienten an Theologen und Seelsorger weitergeleitet werden. Selbst wenn die Therapeutin persönlich sehr umfassende Kenntnisse der Religion hat, wäre es völlig verfehlt, selbst religiöse Empfehlungen zu geben oder gar Rechtsauskünfte („Fatwas“) aussprechen zu wollen.

Horizontale und vertikale Beziehungen

In der Psychotherapie sind die horizontalen, die zwischenmenschlichen Beziehungen und daraus resultierende Konflikte Gegenstand der Arbeit. Für gläubige Patienten und Therapeuten gibt es aber darüber hinaus noch eine Beziehung zu Gott. Konflikte innerhalb dieser, der vertikalen Dimension sollten in einer Therapie nicht unbeachtet bleiben, denn nur dann kann sie langfristig erfolgreich sein. Das Gottesbild von Patienten muss weitgehend verstanden werden, damit die kognitiven Diskrepanzen der Patienten verständlicher dargelegt werden können.

Nach Kirkpatrick (1999) kann Gott als eine Bindungsfigur betrachtet werden, weil er für den Gläubigen als „sicherer Hafen“ fungiert, wo der Gläubige in Zeiten der Not Zuflucht findet und von wo aus er beginnt, die Welt neu zu erkunden. Die Bindung an Gott kann so für gläubige Menschen besonders in Zeiten der

Krise zur einzigen Ressource werden. Ignoriert man diese in der Therapie oder lehnt sie aufgrund einer als *Neutralität* getarnten „antireligiösen“ Haltung ab, fühlen sich die Patienten hilflos und ungeschützt. Verbal wie nonverbal wird ihnen von der Psychotherapeutin signalisiert, dass ihre wichtigste und einzige Haltgebende Ressource als „Unsinn“ zu betrachten oder zumindest nicht kommunizierbar sei. So wird die Entstehung eines vertrauensvollen therapeutischen Arbeitsbündnisses verhindert und der Erfolg einer Therapie infrage gestellt oder wenigstens erheblich reduziert.

Wenn sich eine Patientin Gott als strafend und zornig vorstellt, kann dies zur Aufrechterhaltung einer psychischen Störung beitragen. Vorstellungen dieser Art aber können von Patienten überhaupt nur dann angesprochen werden, wenn hinreichend Vertrauen zur Therapeutin etabliert werden konnte. Für hoch religiöse Muslime kann jedoch die Diskussion von Gotteseigenschaften sehr schnell mit Glaubenszweifel gleichgesetzt werden, weswegen selbst andeutende Äußerungen darüber von den Patienten häufig vermieden werden. Solche innere Konflikte einerseits äußern zu wollen, sie sich aber andererseits selbst zu verbieten, kann sich auf Patienten mit Depressionen und Zwangserkrankungen sehr nachteilig auswirken. Daher ist es therapeutisch unabdingbar, diesen inneren Konflikten bewusst Raum zu geben. Ein Ausweg wäre, den Patienten durch die Therapeutin die Sicherheit zu vermitteln, dass die gemeinsamen Gespräche in der Therapie wie reflektierende Selbstgespräche zu verstehen sind und nicht einem Gespräch mit einem Dritten gleichgesetzt werden sollten, wie es außerhalb der Therapie stattfindet: „Die Therapie dient dazu, dass Sie Ihre Gedanken in einem geschützten Raum selbst reflektieren können. Über Ihre Gottesvorstellungen zu sprechen heißt nicht, Ihren Glauben anzuzweifeln.“

Wissen um religiöse Regelsysteme

Laut Klein / Albani (2011) gehört zu weltanschaulicher Kompetenz neben einem bewusst reflektierten, gefestigten und offenen eigenen Weltbild auch das Wissen über religiöse und weltanschauliche Gruppen und deren Überzeugungen. Innerhalb der Migrationsgesellschaft mit ihrer zunehmenden Vielfalt an Weltanschauungen unter den Patienten ist eine offene, lernfreudige Haltung der Therapeutin von großer Bedeutung.

Der Islam ist eine Religion mit wichtigen Verhaltenskodizes, die den Alltag der Muslime stark mitbestimmt. Einige Beispiele dafür sind:

- Schlaf/Wach-Rhythmus: Muslime stehen vor dem Sonnenaufgang zum Ritualgebet (Salah) auf.

- **Nahrung:** Muslime essen und trinken im Monat Ramadan (nach dem arabischen Mondkalendersystem) nur, wenn die Sonne untergegangen ist.
- **Hygiene:** Muslime waschen ihren ganzen Körper nach dem Geschlechtsverkehr.
- **Kleidung:** Viele muslimische Frauen bedecken ihre Körper und Haare aus religiöser Überzeugung.

Es ist nicht zu erwarten, dass eine nicht-muslimische Therapeutin all die Verhaltensregeln im Islam auswendig kennt. Das ist auch gar nicht notwendig. Man kann die Patienten zur Selbstrecherche motivieren, so z. B. bei einer Zwangsstörung: „Würden Sie vielleicht bis zur nächsten Sitzung lesen wollen, was die Regeln der Waschungen im Islam vorsehen? Macht es Ihre Schwester oder Ihre beste Freundin genauso wie Sie? Wollen Sie mit ihnen einmal darüber reden, um andere Erfahrungen zu sammeln?“ Dies kann das Bewusstsein der Patienten dafür fördern, dass ein bestimmtes zwanghaftes oder dysfunktionales Verhalten nicht direkt mit der Religion, sondern eben vor allem mit der Erkrankung zu tun hat. Eine Psychotherapeutin mit muslimischem Glaubenshintergrund hat hier die Möglichkeit, als Verhaltensmodell zu fungieren, indem sie sich für eine kontrollierte Selbstöffnung entscheidet. Selbstöffnung und Modellfunktion der Therapeutin in der Verhaltenstherapie sind allerdings ein weit diskutiertes Thema in der Fachwelt, das an dieser Stelle nicht weiter vertieft werden soll.

Tragweite der Entscheidungen

Hoch religiöse Patienten treffen ihre Entscheidungen langfristig, d. h. sowohl im Hinblick auf das diesseitige Leben als auch das Leben danach (vgl. Zimbar-do / Boyd 2009). Daher kann so manche Entscheidung viel schwerer wiegen, als sich dies für säkulare Psychotherapeuten auf den ersten Blick darstellt. Wer nicht an ein Jenseits glaubt, kann manche Entscheidung vielleicht gar nicht verstehen. Wenn beispielsweise die Eltern einer Patientin pflegebedürftig werden, ist die Entscheidung, ob die Eltern ins Pflegeheim kommen sollen oder nicht, für eine religiöse Muslima oft viel schwerwiegender als für eine säkulare Person, da die Ehrung der Eltern innerhalb der Religion einen sehr hohen Stellenwert besitzt. So müssen nicht nur Vor- gegen Nachteile im Hinblick auf das gegenwärtige Leben und die kommenden, absehbaren Jahre gegeneinander abgewogen werden, sondern vielmehr muss eine Entscheidung getroffen werden, die eben zugleich das ewige Leben beeinflussen wird.

Im Umgang mit hoch religiösen Patienten müssen Therapeuten daher ganz besonders auf ihre verständnisvolle Zurückhaltung achten, um die Patienten

nicht den eigenen „Rat-Schlägen“ auszusetzen. Häufig wird die Vorstellungskraft nicht ausreichen, um einschätzen zu können, welche Konsequenzen das eine oder andere Verhalten im Blick auf die Beziehung zwischen Patientin und Schöpfer haben kann. Auch wagen es Patienten, die in säkularen Gesellschaften leben, oft nicht, sich bezüglich ihrer Gottesbeziehung und ihrer religiösen Praxis zu äußern, weil sie von vornherein von einer fehlenden Akzeptanz der Therapeutin ausgehen. Genau hierin liegt also eine sehr wichtige Aufgabe der Therapeutin, denn diese Dimension muss respektvoll angesprochen und dafür genügend Raum angeboten werden. Formulierungen wie die folgenden können die Grundlage für Vertrauen schaffen, indem sie zur Erweiterung des Gesprächsfeldes einladen, und bieten dabei auch der Therapeutin die Möglichkeit eines vertieften und ganz anderen Einblicks in die Innenwelt ihrer Patienten: „Bisher haben wir über die kurzfristigen und langfristigen Vor- und Nachteile Ihrer eventuellen Scheidung gesprochen. Aus unseren früheren Gesprächen ist mir klargeworden, dass Ihr Glaube und die Regeln Ihrer Religion für Sie von sehr großer Bedeutung sind. Wenn Sie mögen, betrachten wir Ihre Entscheidungsfindung gern auch noch einmal aus dieser Perspektive.“

Vor diesem Schritt jedoch schrecken viele Psychotherapeuten nicht zuletzt darum zurück, weil sie sich über ihre eigene Position in den Dimensionen Religiosität und Spiritualität nicht im Klaren sind und daher existenzielle Fragen auch für sich selbst noch nicht beantwortet haben. In diesem Fall sind Selbsterfahrung und Supervision der Therapeutin umso notwendiger.

Literatur

- Bonelli, Raphael M. (2014): Das psychotherapeutische Unbehagen mit der Religion. Psychotherapie und Spiritualität, Berlin/Heidelberg.
- Freud, Sigmund (1915): Bemerkungen über die Übertragungsliebe, Gesammelte Werke Bd. X, Frankfurt a. M., 305 – 321.
- Freud, Sigmund (1927): Die Zukunft einer Illusion, Gesammelte Werke Bd. XIV, Frankfurt a. M., 325 – 380.
- Grawe, Klaus/Donati, Ruth/Bernauer, Friederike (1994): Psychotherapie im Wandel. Von der Konfession zur Profession, Göttingen.
- Kirkpatrick, Lee A. (1999): Attachment and Religious Representations and Behavior, in: Cassidy, Jude/Shaver, Phillip R. (Hg.): Handbook of Attachment. Theory, Research, and Clinical Applications, New York, 803 – 822.
- Klein, Constantin/Albani, Cornelia (2011): Die Bedeutung von Religion für die psychische Befindlichkeit, in: Zeitschrift für Nachwuchswissenschaftler 3/1, 7 – 58.

- Monroe, Scott/Simons, Anne (1991): Diathesis-stress Theories in the Context of Life Stress Research. Implications for the Depressive Disorders, in: *Psychological Bulletin* 110, 406 – 425.
- Mönter, Norbert (2020): Entstehungshintergrund und Einführung, in: Mönter, Norbert/Heinz, Andreas/Utsch, Michael (Hg.): *Religionssensible Psychotherapie und Psychiatrie. Basiswissen und Praxis-Erfahrungen*, Stuttgart, 25 – 30.
- Pollack, Detlef/Rosta, Gergely (2015): *Religion in der Moderne. Ein internationaler Vergleich*, Frankfurt a. M.
- Schneider, Susan M./Morris, Edward K. (1987): A History of the Term Radical Behaviorism. From Watson to Skinner, in: *The Behavior Analyst* 10, 27 – 39.
- Thomä, Helmut/Kächele, Horst (1997): *Lehrbuch der psychoanalytischen Therapie*, Bde. 1 und 2, Berlin/Heidelberg.
- Zimbardo, Philip/Boyd, John (2009): *Die neue Psychologie der Zeit*, Heidelberg.

Psychotherapie mit praktizierenden Juden

Die Psychotherapie des 20. Jahrhunderts war betont atheistisch und antireligiös. Sigmund Freud sah Religion als eine Art Zwangsneurose. Und Albert Ellis diagnostizierte 1980 noch alle religiösen Menschen als psychisch krank (vgl. Utsch 2018). Die Säkularisierung in Westeuropa ist im institutionellen Rahmen zwar sehr weit fortgeschritten, aber die demografische Veränderung durch die anhaltende Migration und die weltweite Vernetzung durch das Internet haben die Religiosität auch in der Psychotherapie zu einem neuen Thema gemacht. Es schätzen sich ca. 19 % der Bevölkerung in der Bundesrepublik Deutschland als „hoch religiös“ ein (vgl. Utsch 2018). Durch die weiterhin verstärkte Zuwanderung aus dem außereuropäischen Raum bei gleichzeitig abnehmender autochthoner Bevölkerung wird sich der Anteil an „hoch religiöser“ Einstellung eher vergrößern und damit auch in Psychotherapie und Psychiatrie eine stärkere Rolle spielen. Dieses Bewusstsein spiegelt sich auch in dieser Tagung wider.

Ich selbst bin religiös observant jüdisch und habe eine psychotherapeutische Praxis, in der hauptsächlich Patientinnen und Patienten mit jüdischem Hintergrund behandelt werden. Ich bin auf Psychoanalyse und tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie spezialisiert und behandle nach diesem Verfahren auch meine Patienten. Aufgrund meiner Glaubensüberzeugung behandle ich einen nicht unbedeutenden Teil an Patienten mit orthodox-jüdischem Hintergrund. Obgleich die psychotherapeutische Behandlung nicht an das Merkmal religiöse Überzeugung und Herkunft des Patienten anknüpft, dürfen diese Besonderheiten bei der Therapie nicht außer Acht gelassen werden.

Zur Erläuterung möchte ich einen Fall aus meiner Praxis vorstellen: Eine junge religiös-jüdische Frau hatte sich nach einem „Nervenzusammenbruch“ wochenlang in stationärer psychiatrischer Behandlung befunden. Neben einer depressiven Kompensation waren bei ihr auch eine Zwangsstörung (insbesondere Zwangshandlungen) und „unbegründete“ Ängste diagnostiziert worden. Auch gab es die Verdachtsdiagnose einer Psychose. Sie war sowohl psychopharmakologisch als auch verhaltenstherapeutisch in dieser Richtung behandelt worden. Durch die jüdische Sozialabteilung wurde sie an meine Praxis verwiesen. Nach meiner Untersuchung erwies sich lediglich die Diagnose einer depressiven Kompensation als richtig. Die übrigen (Verdachts-)Diagnosen ließen sich nach meiner Begutachtung nicht bestätigen. Da die Patientin bei jedem Essen, bei jedem Toilettengang etc. Segenssprüche aufsagen sollte, war bei ihr eine Zwangsstörung

diagnostiziert worden. Da verschiedene Segenssprüche bzw. das Lesen der Tehillim (Psalmen) unterschiedliche Wirkungen haben (zum Beispiel für Gesundheit, Glück etc.), war der Verdacht auf ein psychotisches Erleben entstanden. Die Angst der Patientin, dass sich ein Nichtbeachten der Mitzwoth (jüdischer Gebote und Verbote) nachteilig auf sie auswirken könnte, galt als eine Angststörung. Ein religionssensibler Psychiater oder Psychotherapeut hätte dies alles richtig in den kulturellen Kontext eingeordnet. Es wäre eine adäquate Behandlung für die religiöse Frau gefunden worden. So aber war sie verhaltenstherapeutisch und psychopharmakologisch fehlbehandelt worden.

Um eine gewisse Sensibilität unter den ärztlichen und psychotherapeutischen Kolleginnen und Kollegen zu schulen, sollen spezielle Thematiken der jüdischen Religion aufgezeigt werden. Ein Hinweis dabei in eigener Sache: Da religiöse Juden den Namen von G'tt nicht aussprechen dürfen, vermeidet man es auch, das Wort auszuschreiben. Die hier verwendete Schreibweise ist die adäquate Form, G'ttes Namen zu schreiben.

Grundlagen der jüdischen Religion

Um ein besseres Verständnis der religiösen Zugehörigkeit im Kontext einer therapeutischen Behandlung zu ermöglichen, sollen im Folgenden einige wesentliche Grundlagen der jüdischen Religion dargestellt werden.

Den Ausgangspunkt und damit die Grundlage für das Verständnis bildet die Torah. Nach jüdischer Überlieferung hat Moses am Berge Sinai die gesamte Torah von G'tt bekommen. Sie besteht aus der schriftlichen Torah (*Torah Schebichtaw*) und der mündlichen Torah (*Torah Scheba'al Peh*). In der schriftlichen Torah (auch „Fünf Bücher Mose“ genannt: Genesis, Exodus, Leviticus, Numeri und Deuteronomium) wird der Bund beschrieben, den G'tt mit den Menschen und insbesondere mit den Kindern Israels geschlossen hat. Dieser Bund (hebr. *Brith*) beinhaltet nach der jüdischen Religion die 613 religiösen Gebote und Verbote (hebr. *Mitzwoth*). Diese unterteilen sich in 248 Gebote und 365 Verbote. Die Mitzwoth bestimmen das gesamte Leben eines religiösen Juden.

Nach der jüdischen Religion hat Moses am Berge Sinai noch weitere Anweisungen und Erklärungen von G'tt direkt bekommen. Sie wurden als Lehre über Jahrhunderte von den Priestern, Leviten, Propheten und später den Rabbinen mündlich überliefert und erst etwa 220 n. u. Z. von Jehuda Ha-Nassi in der Mischnah schriftlich fixiert. Die Mischnah bildet die Basis des Talmuds (bestehend aus dem sogenannten „Babylonischen Talmud“ und dem „Jerusalem Talmud“), in welchem Diskussionen von Rabbinen zur Mischnah aus mehreren Jahrhunderten festgehalten wurden. Dieser Teil wird im Talmud Gemarrah genannt. Neben dem

Talmud wird auch die Kabbalah, die jüdische Mystik, zur mündlich überlieferten Torah gezählt (vgl. Dubov 2007).

Das Judentum hat keine Dogmen wie das Christentum. Wichtiger als der Glaube ist die Einhaltung der religiösen Gebote und Verbote (Mitzwoth). Die Prinzipien des Glaubens wurden im Mittelalter von Moses Ben Maimon (Maimonides, 1135 – 1204) kodifiziert und sind heute noch für das orthodoxe Judentum gültig.

Das Judentum wurde von dem deutsch-jüdischen liberal-rabbinischen Gelehrten Leo Baeck (1873 – 1956) als „ethischer Monotheismus“ bezeichnet. Magie, Aberglaube und Götzendienst und allerlei damit einhergehende „Geschäfte“ wie Tempelprostitution, Menschenopfer, besonders Kinderopfer etc. wurden durch die von den Menschen auch nachvollziehbaren mosaischen Gesetze ersetzt. Es handelt sich um einen strengen, schlichten Monotheismus mit einer perspektivisch universellen Ethik, in der die religiöse Grundhaltung nicht nur Glauben bedeutet, sondern „Pflichterfüllung an dem Menschen“ (Baeck 1905). Das Symbol dieser universellen Ethik ist der Dekalog (Zehn Gebote), den auch später das Christentum übernahm.

Die Basis von sogenannter „jüdischer“ Psychotherapie und Psychiatrie sind demnach die Torah (Fünf Bücher Moses) und der Talmud, der im Judentum als die verschriftlichte „mündliche Torah“ verstanden wird.

Ohne die Leistungen Martin Luthers bezüglich seiner Bibelübersetzung schmälern zu wollen: Persönlich und auch in diesem Kontext verwende ich die Übersetzung der „Buber-Rosenzweig-Bibel“, die sich sehr viel näher am althebräischen Urtext orientiert und keine christlich inspirierte Interpretation aufweist.

Nach der Vorstellung der Torah ist der Mensch als Ebenbild G'ttes erschaffen und hat damit etwas G'ttliches. So steht im 1. Buch Mose 1:26: „Machen wir den Menschen in unserem Abbild nach unserem Gleichnis!“ Daraus leitet sich die „Liebe zum Nächsten“ ab. Im Original steht etwas abgewandelt (von Martin Luther mit „Liebe deinen Nächsten wie dich selbst!“ übersetzt) Folgendes: „Halte lieb deinen Genossen, dir gleich (ist er, wie) ich bins“ (3. Buch Mose 19:18).

Jüdisches Krankheitsverständnis und Psychoanalyse

Wichtig für eine religionssensible „jüdische“ Psychotherapie ist die Einsicht, dass behandlungsbedürftige Störungen auch in religiösen Kontexten vorkommen und aus dieser Sicht erlebt werden. Darüber kann man auch mit sehr frommen orthodoxen Juden ins Gespräch kommen. Denn große Teile gerade der Psychoanalyse und der abgeleiteten psychodynamischen Verfahren sind eigentlich säkularisierte und damit für alle Menschen universell geltende Konzepte, die einen sehr alten

jüdisch-religiösen Kontext haben. Aus diesen Konzepten leitet sich auch das Krankheitsverständnis im Judentum ab.

Ein Beispiel dafür ist, dass die weisen Rabbinen zur Zeit des Midraschs (der frühesten schriftlichen Auslegung der Torah um ca. 200 n. u. Z.) von zwei Trieben ausgingen, die das menschliche Herz beherrschen: einem „guten Trieb“ (*Jezer HaTow*) und einem „bösen Trieb“ (*Jezer HaRa*), der analog zum freudianischen Verständnis der „Libido“ (Selbsterhaltungstrieb) und des „Thanatos“ (Todestrieb) verstanden werden kann.

Sigmunds Freuds Ausspruch aus dem Jahre 1917 in dem Werk „Schwierigkeiten der Psychoanalyse“, „daß das Ich nicht Herr sei in seinem eigenen Haus“, findet sich fast wortwörtlich im Babylonischen Talmud (Kap. Sukka: 52b) und als Allegorie im Midrasch (Kap. Bereshit Rabba: 22,6).

Auch die Kabbalah, die alte jüdische Mystik, hat einen essenziellen Einfluss auf die Psychotherapie und Psychiatrie mit der Konzeption, dass das Schlechte im Menschen keine „böse Eigenschaft“ in einem dualistischen Sinne (Gut und Böse) ist. Es handelt sich dagegen um Mängel infolge der Abwesenheit bestimmter guter Eigenschaften, wie es in der Lehre der Sephiroth (Emanationen G'ttes) dargestellt wird. Den Menschen wieder näher zu der Erkenntnis zu bringen, wo es mangelt, und Hilfen anzubieten, ist eine zutiefst kabbalistische Auffassung und gehört auch in der Psychotherapie und Psychiatrie zu den wesentlichen Behandlungszielen.

Das Judentum hat eine progressive Haltung in der Medizin. Psychiatrische Erkrankungen und psychische Störungen haben die gleiche Wertigkeit wie körperlich-somatische Erkrankungen und müssen genauso von entsprechenden Fachleuten behandelt werden (vgl. Dessauer 2010).

Der Umgang mit schweren Erkrankungen

„Gegen deinen Willen wurdest du erschaffen, gegen deinen Willen lebst du, gegen deinen Willen wirst du sterben, und gegen deinen Willen wirst du dereinst Rechenschaft und Rechnung ablegen vor dem König der Könige, dem Heiligen, gelobt sei er“ (Sprüche der Väter: 4:29).

Im Talmud werden das menschliche Leiden und Krankheiten sehr ernst genommen:

„Wenn ein Mensch betrachtet wird, der Leiden hat, soll er über seine Taten nachdenken, da geschrieben steht: ‚Durchsuchen wir unseren Wandel und ergründen ihn, und kehren zurück zum Ewigen‘“ (Ejcha 3).

Der Patient muss sich an Ärzte wenden, um den Grund für seine Krankheit zu suchen und den Weg zur Heilung zu finden. Gleichzeitig ist er verpflichtet, über seine Taten nachzudenken. Der Mensch wird nicht grundlos krank. Sein physischer Zustand soll auch Hinweis auf eine psychische Schwäche geben. Der Mensch soll über seine Taten nachdenken, er soll schauen, was er falsch gemacht hat, und herausfinden, wie er seine Wege verbessern kann (vgl. Apel 2009). Dies hat aber für die Gemeinschaft keine Bedeutung in Bezug auf den Umgang mit dem Schwerkranken.

Die Fürsorge für Kranke ist für das seelische Wohlergehen eines gläubigen Juden von größter Bedeutung. Kranke zu besuchen und zu speisen, gilt als eines der wichtigsten Mitzwoth. In den G'ttesdiensten wird für Schwerkranke gebetet und an Verstorbene erinnert. Den Tod zwar als unausweichlich vor Augen zu haben, sich aber auf das Leben zu konzentrieren, ist wesentlich im Judentum. So steht im Babylonischen Talmud: „Mancher erwirbt seine Welt in einer Stunde, und mancher erwirbt sie in vielen Jahren.“ In dieser Zeit Kranke zu besuchen, Sterbende zu begleiten, Angehörige zu trösten, ist eines der größten und wichtigsten Gebote im Judentum. Menschen sollen nicht in ihrem Leid allein gelassen werden. Das erklärt auch, warum sich im Idealfall so viele Familienmitglieder wie möglich um den Kranken kümmern. In einer intakten jüdischen Familie versucht man, den Kranken so oft wie möglich zu besuchen, ohne jedoch die Besuche zu einer Anstrengung werden zu lassen (vgl. Maes 2015).

Jenseitsvorstellungen im Judentum

Der jüdische Glaube ist mehr auf das diesseitige Leben konzentriert als alle anderen Religionen, und der Tod gehört zum Leben wie die Nacht zum Tag. Wichtiger ist, das menschliche Dasein in Beziehung zu den Menschen, der Natur und G'tt zu leben durch die Mitzwoth. G'tt durch die Mitzwoth zu dienen, ist eine Verherrlichung G'ttes, die nur lebendig geht. Deshalb wurde der Tod vor allem als Beziehungslosigkeit und damit als eine Trennung von G'tt gesehen.

Um diesen Punkt näher zu verstehen, möchte ich kurz die Jenseitsvorstellungen des Judentums aufzeigen.

Da das Judentum eine zutiefst diesseitige Religion ist, in der die Taten Mitzwoth mehr zählen als Glauben, hat sich in den letzten 4000 Jahren kein festes Jenseitsbild entwickelt. Eventuell kann man das in Kontrast setzen zum Totenkult im Alten Ägypten, wo die antiken Hebräer bis zum „Auszug aus Ägypten“ gelebt haben. Die antiken Hebräer zum Beispiel hatten noch die Vorstellung, dass der Mensch nach dem Tod in eine Schattenwelt, genannt „Scheol“, komme. „Scheol“ bezeichnet in der Torah den Ort aller Toten (Gen 37:35; Jes 38:10). Da man an

diesem Ort G'tt nicht preisen konnte, war er ein Ort des Schreckens, an dem man von G'tt getrennt war. Man konnte durch die Nachkommen aber quasi weiterleben. Deshalb war die Zeugung von Nachwuchs auch so wichtig im Altertum.

Ab der Zeit des Zweiten Tempels (500 v. u. Z. – 70 n. u. Z.) wurde vermehrt gelehrt, dass „Scheol“ auch ein Ort der Strafe sei. Im Christentum entwickelte sich dieser Gedanke zu Vorstellungen von Hölle und Fegefeuer. Erst im Buch Daniel, das während der griechisch-syrischen Verfolgung des Judentums durch den Seleukiden-König Antiochos Epiphanes IV. (167 – 164 v. u. Z.) entstand, finden sich Hinweise auf ein „ewiges Leben“ bei G'tt: „Viele, die unter der Erde schlafen liegen, werden aufwachen, die einen zum ewigen Leben, die andern zu ewiger Schmach und Schande“ (Dan 12:3).

Zur Zeit der Hasmonäer und des Zweiten Herodianischen Tempels (164 v. u. Z. – 70 n. u. Z.) gab es unter den jüdischen Gelehrten, den Sadduzäern und Pharisäern, eine erbitterte Debatte, ob es ein Leben nach dem Tode gebe und ob die Toten wieder auferstehen. Seit dem 1. Jahrhundert n. u. Z. hat sich die Vorstellung von der „Auferstehung der Toten“ durchgesetzt – wobei es hier mehrere Meinungen gibt, die mehr oder weniger kombiniert werden können. So gibt es die Vorstellung eines Weiterlebens nach dem Tod inklusive Gericht. Danach ein Weiterleben in der „Ha'Olam Ha Ba'ah“ (kommenden Welt). Es gibt den „Gan Eden“ (Garten Eden), wo die Gerechten hinkommen, und den „Scheol“, auch „Gehinnom“ genannt, wo nach talmudischem Verständnis die meisten Sünder ca. zwölf Monate verweilen, um dann in das „Ha'Olam Ha Ba'ah“ zu kommen (abgesehen von Seelen, die besonders schwer gesündigt haben und in Ewigkeit dort verbleiben müssen).

Auch gibt es die Vorstellung, dass die Toten ruhen und erst am Ende der Zeit, wenn der „Maschiach“ (Messias) kommt, von G'tt wiederbelebt zu werden. Charakteristika der messianischen Zeit sind die Rückkehr aller Juden ins Land Israel, die Wiederaufrichtung des Tempels, die Einführung des davidischen Königtums, Krieg gegen Gog und Magog (den Bösen), das g'ttliche Endgericht und die Herstellung des paradisischen Zustands auf der Erde.

Philo von Alexandria (15 v. u. Z. – 40 n. u. Z.) ging davon aus, dass die Seele den Körper verlässt, um zu G'tt aufzusteigen. Rabbinische Überlieferungen aus der Zeit des Talmuds (ca. 2. Jahrhundert n. u. Z.) gehen davon aus, dass Körper und Seele auch nach dem Tod verbunden sind. Deshalb sind die Einäscherung des Toten und das Einebnen eines jüdischen Friedhofs verboten. Begründet wird dies mit der Torah (Gen 3:19): „Denn Erde bist du, und zur Erde kehrst du wieder.“

Im orthodoxen Judentum gibt es auch das Konzept von Reinkarnation, genannt Gilgul Neschamot. Gilgul Neschamoth (Räder der Seelen) oder kurz

Gilgul ist die kabbalistische Lehre der Seelenwanderung. Der Begriff Gilgul Neschamoth kommt zwar in der Torah nicht vor, wird aber im Talmud an einzelnen Stellen kontrovers diskutiert. Der Gilgul Neschamoth ist ein zentrales Element in der Kabbalah. Die kabbalistischen Werke wie der Sepher ha-Bahir (Buch der Erleuchtung) oder der Sepher Ha-Sohar (Buch des Glanzes) haben die Lehre der Seelenwanderung im orthodoxen Judentum populär gemacht. In dem auf den Lehren des Rabbi Isaak Lurias (1534 – 1572) beruhenden kabbalistischen Werk „Scha’ar Ha-Gilgulim“ (Tor der Wiedergeburten) werden detailliert und präzise die verwickelten Gesetzmäßigkeiten der kabbalistischen Wiedergeburtstheorie im Sinne der Seelenwanderung beschrieben, wobei ausdrücklich auf einzelne Verse im Tanach (Hebräische Bibel) verwiesen wird.

„Wenn ein Mensch sündhaft gestorben ist, muss er die Strafen der Seelenwanderung an mancherlei Orten aushalten. Nur wenige Menschen sind davor bewahrt, in ein Tier, Mineral oder eine Pflanze einzugehen“ (Luria, IV,I,19, zit. nach Werner 2009, 200).

Übrigens, im traditionellen Judentum herrscht die Vorstellung: Wir erstehen täglich auf. Da der Schlaf als kleiner Tod gilt, bei dem das Leben aus dem Körper weicht, bedanken sich Juden morgens bei G'tt, dass er sie wieder zum Leben erweckt hat.

Das Judentum war und ist nie „heilsexklusiv“. Schon in den Zeit der beiden Tempel gab es Bereiche, wo „G'ttesfürchtige“ – an G'tt glaubende Nichtjuden (hebr. *Gerim Toschaw*) – opfern und beten durften. Denn nach der Torah schloss G'tt nach der Sintflut einen Bund mit Noach. Das Symbol für diesen Bund ist der Regenbogen. Während Juden 613 Ge- und Verbote haben, gelten für die Kinder Noachs (hebr. *Bnei Noach*) nur sieben.

Das sind nach Torah (Gen 9:1-13) und Babylonischem Talmud (Traktat Sanhedrin 13/56a/b): 1. Verbot von Mord, 2. Verbot von Diebstahl, 3. Verbot von Götzenanbetung, 4. Verbot von Ehebruch, 5. Verbot, das Fleisch eines noch lebenden Tieres zu essen, 6. Verbot der G'tteslästerung, 7. Einführung von Gerichten als Ausdruck der Wahrung des Rechtsprinzips.

Alle Menschen, die sich daran halten, haben „Anteil an der kommenden Welt“. Deswegen mussten Juden auch nicht Nichtjuden missionieren und „erretten“, im Gegenteil: Übertrittswillige werden auch heute noch darauf hingewiesen, dass es nicht notwendig sei, Jude zu werden, um G'ttes Wohlgefallen zu finden. Es reiche, ein Kind Noachs zu sein (vgl. Blume 2012).

Allen unterschiedlichen Auffassungen über den Tod, das Jenseits oder die Seelenwanderung ist gemeinsam, dass grundsätzlich von einem Weiterleben nach dem Tod ausgegangen wird und davon, dass es eine zukünftige, jenseitige

Welt gibt (Ha'Olam Ha'Ba'ah). Auch werden die meisten Gläubigen (Juden und Kinder Noachs) nahe zu G'tt kommen.

Obwohl es im Judentum unterschiedliche Meinungen zu Tod und Jenseits gibt, ist es nie ein dominantes Thema im jüdischen Glauben gewesen. Im Judentum werden die Diesseitigkeit und die Bedeutung des diesseitigen Lebens betont: „Dies ist der Ort der Bewährung für den Menschen. Wichtiger als Spekulationen über das Leben nach dem Tod ist die Erfahrung der Nähe Gottes im diesseitigen Leben“ (Payer 1998).

Umgang mit Suizid im Judentum

Im jüdischen Kontext ist Suizid ein unangenehmes Tabuthema. Nach der Torah und dem Talmud und der daraus abgeleiteten Halachah (jüdisches Religionsgesetz) gilt: Das menschliche Leben gehört nicht dem individuellen Menschen, sondern es gehört G'tt. Das Leben ist eine Art Leihgabe mit der Aufgabe, es im Sinne G'ttes zu nutzen. Auch aus diesem Grund soll für Körper und Seele gut gesorgt werden. Wer ein menschliches Leben nimmt, raubt quasi G'ttes Eigentum. Auf Hebräisch heißt das „Chillul HASCHEM“ (Entweihung G'ttes).

Obwohl es zunächst so aussieht, als sei Suizid quasi eine „Todsünde“ (den Ausdruck kennt das Judentum nicht!), ist es so einfach doch nicht. Das Judentum ist eine lebensbejahende Religion. Um ein Leben zu retten, egal ob es sich um das eines Juden oder das eines Nichtjuden handelt, dürfen fast alle Gebote und Verbote der Torah gebrochen werden. Man nennt dies „Piku'ach Nefesch“. Es bestehen aber drei Ausnahmen. Anstatt das Folgende zu tun, sollte man sich lieber töten lassen oder sich lieber selbst umbringen: Götzendienst, Inzest und die Ermordung eines anderen. Zur Vermeidung dieser drei Fälle ist der Suizid sogar nach der Halachah und dem Babylonischen Talmud (Kap. Sahedrin: 74a) vorgeschrieben und wird als „Kiddusch HASCHEM“ (Heiligung G'ttes) bezeichnet. Man stirbt quasi als „Märtyrer“ für G'tt. Man findet im Talmud immer wieder Schilderungen über Fälle von Suizid, die meistens Verständnis oder sogar Empathie für Suizidopfer aufbringen.

In den im Talmud vorliegenden Fällen geht man nicht von einem Suizid im religionsgesetzlichen Sinne aus. Nach dem jüdischen Religionsgesetz, der Halachah, gilt es nur als Suizid, wenn der Betroffene freiverantwortlich, absichtlich und voll zurechnungsfähig ist. Der Suizid muss vor Zeugen angekündigt sein und als Grund die bewusste und vorsätzliche Auflehnung gegen G'tt feststehen. Fehlen diese Kriterien, darf keine Auflehnung gegen G'tt und damit kein Suizid angenommen werden, und die Trauerbräuche dürfen dem

Betroffenen nicht verwehrt werden (vgl. Jore Dea 345:2 und Mischne Torah Awel 1:11; vgl. Probst 2018a).

Einige Textbeispiele dafür sind im Talmud zu finden: So sollte ein römischer Soldat einen berühmten Rabbi zur Hinrichtung führen. Um dies nicht tun zu müssen, suizidierte er sich (Taanit: 29a). Im Kapitel Gittim: 57b wird von einem Kollektivselbstmord von 400 minderjährigen Mädchen und Jungen berichtet, die die Römer als Sexsklaven verkaufen und per Schiff nach Rom bringen wollten. Sie sprangen alle von Bord und ertranken im Mittelmeer. Im Kapitel Berachot: 23a erzählt der im Judentum sehr berühmte antike Rabbi Akiwa, dass einem seiner Schüler, während dieser auf dem Abort war, von einer Prostituierten sein Gebetsriemen gestohlen wurde. Später behauptete die Prostituierte öffentlich, dass der Schüler sie damit für ihre „Dienste“ bezahlt habe. Vor Scham stieg der verzweifelte Schüler auf ein Dach und sprang in den Tod. Eine weitere Geschichte wird von Rabbi Akiwa erzählt: Ein kleiner Junge habe ein wertvolles Glas zerbrochen. Aus Angst vor der Strafe des Vaters habe er sich in einen Brunnen gestürzt und sei gestorben (Semachot: 2,5).

Bei keinem dieser Fälle lag ein Suizid im halachischen Sinne vor. Bei Suizid aus Angst vor Folter, Entwürdigung und Qual, bei Menschen mit psychischen Problemen und psychiatrischen Erkrankungen sowie bei geistig und intellektuell nicht zurechnungsfähigen Menschen besteht keine Auflehnung gegen G'tt. Beim geringsten Zweifel darf nicht von Suizid ausgegangen und dürfen die jüdischen Trauerriten nicht verwehrt werden (vgl. Probst 2018a).

Conclusio

Diese oberflächlichen Einblicke sollten genügen, um zu erkennen, wie problematisch es sein kann, wenn bei „hoch religiösen“ Menschen, in diesem Fall Juden, nicht religionssensibel behandelt wird. Die Kasuistik am Anfang dieses Textes zeigt das deutlich. Die Glaubenswelt beeinflusst alle Kleinigkeiten des Alltags und damit auch die Psychotherapie. Ähnliche Phänomene sind auch bei anderen religiösen Menschen zu beobachten, besonders bei Muslimen; der Islam steht in dieser Hinsicht dem Judentum nahe. Es ist zu hoffen, dass der „Mainstream“ in der Psychiatrie und Psychotherapie dies mehr berücksichtigt, insbesondere angesichts der demografischen Veränderung in unserer bundesrepublikanischen Gesellschaft.

Literatur

- Apel, Avichai (2009): Leidgeprüft. Krankheiten sollen den Menschen dazu bewegen, über sich selbst und sein Tun nachzudenken, <https://www.juedische-allgemeine.de/allgemein/leidgeprueft> (Abruf aller angegebenen Internetseiten: 27.5.2020).
- Baeck, Leo (1905): Das Wesen des Judentums, Wiesbaden ⁶1995.
- Blume, Michael (2012): Noahs Kinder, <https://scilogs.spektrum.de/natur-des-glaubens/noahs-kinder-die-glaubensbewegung-der-noachiden-in-der-gegenwart-von-birgit-vollmar>.
- Buber, Martin/Rosenzweig, Franz (1997): Die fünf Bücher der Weisung, Bd. 1. Verdeutsch von Martin Buber, gemeinsam mit Franz Rosenzweig, 12. verbesserte Auflage der neubearbeiteten Ausgabe von 1954, Gerlingen.
- Dessauer, Mauricio (2010): Im Widerspruch. Die jüdische Religion ist lebensbejahend. Was sagt sie zur Selbsttötung?, in: Jüdische Allgemeine, <https://www.juedische-allgemeine.de/article/view/id/9221>.
- Dubov, Nissan Dovid (2007): Die Reise nach Innen. Ein Führer zum besseren Verständnis der Kabbala, New York.
- Freud, Sigmund/Abraham, Karl (1980): Briefe 1907 – 1926, Frankfurt a. M.
- Goldschmidt, Lazarus (1930): Der Babylonische Talmud. Nach der ersten zensurfreien Ausgabe unter Berücksichtigung der neueren Ausgaben und handschriftlichen Materials ins Deutsche übersetzt, 12 Bde., Frankfurt a. M. (Nachdruck 1996).
- Maes, Daniel (2015): Trauer, Krankheit, Sterben und Tod im Judentum, <https://www.altenpflegeschueler.de/sonstige/trauer-krankheit-sterben-und-tod-im-judentum>.
- Payer, Alois (1998): Judentum als Lebensform. 3. Tod und Trauer, Fassung vom 26.4.1999, <http://www.payer.de/judentum/jud503.htm>.
- Probst, Stephan (2018a): Selbstmord oder Selbsttötung? Wann dem Toten die Trauerbräuche nicht vorenthalten werden dürfen, in: Jüdische Allgemeine, <https://www.juedische-allgemeine.de/article/view/id/30534>.
- Probst, Stephan (2018b): Die Schechina am Krankenbett. Über die heilsame Wirkung von Krankenbesuchen, in: Jüdische Allgemeine, <https://www.juedische-allgemeine.de/article/view/id/30816>.
- Utsch, Michael (2018): Depression und Religiosität/Spiritualität, in: Familiendynamik 43/2, 134 – 143, https://www.ezw-berlin.de/downloads/utsch_depression_und_religiositaet_spiritualitaet.pdf.
- Werner, Helmut (2009): Die Kabbala, Köln.

Buddhistisch inspirierte Psychotherapie

Das folgende Fallbeispiel soll zeigen, wie eine buddhistisch orientierte Psychotherapie aussehen könnte.

Ein 37-jähriger Rechtsanwalt aus Berlin, nennen wir ihn Arno, kommt auf Anraten seines Kollegen zu mir zum Erstgespräch. Er selbst hat keinerlei buddhistischen Hintergrund. Das ist – wie wir sehen werden – gar kein Problem für diese Form von Psychotherapie.

Im Erstgespräch erzählt Arno, er leide unter starker Antriebslosigkeit, fühle sich oft wie „einbetoniert“, morgens komme er kaum aus dem Bett, und seinen Aufgaben in der Anwaltskanzlei fühle er sich kaum mehr gewachsen. Emotional erlebe er sich als leer, und seine Gedanken kreisten um Sorgen bezüglich seiner Zukunft, Selbstabwertung bezüglich seiner Unfähigkeit, „irgendwie in die Gänge zu kommen“, und damit einhergehenden quälenden Schuld- und Schamgefühlen. Seine Freundin habe immer wieder versucht, ihn aus dieser depressiven Abwärtsspirale herauszuholen, verliere jedoch allmählich die Geduld. Er habe schon einige psychotherapeutische Versuche gestartet, jedoch ohne nachhaltigen Erfolg.

Zu seiner Lebensgeschichte erzählt er, sein Vater habe sich suizidiert, als er vier Jahre alt war, seine Mutter sei seitdem „in einem Nebel von Medikamentenmissbrauch und zeitweilig erhöhtem Alkoholkonsum emotional nicht mehr zugänglich gewesen“, seine zwei älteren Geschwister hätten wenigstens aneinander noch etwas Halt gefunden. Seine Großmutter väterlicherseits habe sich um ihn gekümmert. „Sie war überfürsorglich, ängstlich besorgt und von eigenem Kummer niedergedrückt.“ Er habe versucht, allen offen ausgesprochenen und erspürten Anforderungen seiner Großmutter und seiner Mutter nachzukommen, seine schulische und berufliche Laufbahn sei störungsfrei verlaufen, nach dem Abitur habe er Jura studiert und arbeite seit seinem Abschluss erfolgreich in verschiedenen Anwaltskanzleien. Depressive Phasen habe es in seinem Leben immer wieder gegeben, jedoch nicht in einem solchen Ausmaß wie im Moment. Subtile Spannungen und Konkurrenzdenken unter den Kollegen, verbunden mit diffusen Ängsten, den Anforderungen des als dominant empfundenen Chefs nicht mehr nachkommen zu können, scheine er nun nicht mehr zu verkraften.

Arno erkennt selbst, dass seine Depression und seine Angst, die ihn „wie in einer Zange gefangen halten“, mit nicht bewältigten Erfahrungen in seinem Leben zusammenhängen müssen. Er wisse jedoch nicht, wie er sich daraus befreien könne. Welchen Weg können wir psychotherapeutisch einschlagen,

um hilfreich zu sein? Wodurch ist eine buddhistisch orientierte Psychotherapie charakterisiert? Welche speziellen Kennzeichen hat sie? Und vor allem: Welches Menschenbild liegt ihr zugrunde?

Buddhistisches Menschenbild

Die buddhistische Daseinsanalyse beschreibt, dass der Mensch seinem Wesen nach vollkommen gut ist. Was ist mit diesem „Gutsein“ gemeint? Es ist ein Gutsein, das jenseits von unseren Vorstellungen von gut oder böse, richtig oder falsch, besser oder schlechter, höherwertig oder minderwertig angesiedelt ist. Es ist – in der Meditation oder auch im Gebet – erfahrbar, aber nicht beschreibbar. Es entzieht sich jeglicher begrifflichen Fassbarkeit, durchdringt jedoch gleichzeitig alles, was in unserem Bewusstsein erscheint. Unabhängig davon, wie sehr unser Erleben durch Ängste, Schmerz, Selbstabwertung, Wut oder Hilflosigkeit verdunkelt ist, diese grundlegende Gutheit, auch Buddha-Natur, letztendliche Wirklichkeit, zeitlose Präsenz, nicht-duales Gewahrsein genannt – welche Bezeichnung wir auch immer wählen –, dieses zutiefst Heile und Gesunde bleibt dabei vollständig unbeeinflusst.

Trifft nun ein Klient auf eine Psychotherapeutin¹, die einen meditativen Schulungsweg durchlaufen hat und mit diesem offenen, bewertungsfreien Gewahrsein vertraut ist, dann hat das natürlich Auswirkungen auf die psychotherapeutische Behandlung. Sehen wir uns dies ausschnittsweise am Beispiel von Arno genauer an.

Vorbereitung einer buddhistisch orientierten psychotherapeutischen Sitzung

Die wichtigste Zeit für eine buddhistisch orientierte Psychotherapie sind die zehn Minuten *vor* dem eigentlichen Therapiebeginn.

Während der Klient noch im Wartezimmer sitzt, sammelt sich die Psychotherapeutin, löst sich – so gut sie kann – von ablenkenden Gedanken und emotionalen Befindlichkeiten und nimmt sich Zeit, sich an ihre Motivation zu erinnern, dem Klienten ohne Eigeninteressen zur Verfügung zu stehen. Dann kontempliert sie beispielsweise die sogenannten „vier unermesslichen Gedanken“, ein Gebet, das von Buddhisten mehrfach täglich rezitiert wird:

„Mögen alle Wesen glücklich sein und die Ursachen des Glücks besitzen. Mögen alle Wesen frei sein vom Leiden und frei von der Ursache des Leidens sein. Mögen alle

¹ Die weibliche Form bezieht sich auf die Beschreibung des Fallbeispiels.

Wesen stets erfüllt sein von der wahren, leidfreien Freude. Mögen sie frei von Bevorzugung, Anhaftung und Abneigung in großem Gleichmut verweilen.“

Um sich auf die konkrete Therapiesituation einzuschwingen, könnte sie dieses Gebet für den noch wartenden Klienten wiederholen:

„Möge Arno glücklich sein und die Ursachen des Glücks besitzen. Möge Arno frei sein von Leiden und frei von der Ursache des Leidens sein. Möge Arno stets erfüllt sein von der wahren, leidfreien Freude. Möge Arno frei von Bevorzugung, Anhaftung und Abneigung in großem Gleichmut verweilen.“

Als weitere Möglichkeit, sich innerlich vorzubereiten, könnte die Psychotherapeutin – je nach ihrer eigenen Meditationspraxis – beispielsweise auch einen strahlenden Buddha der allumfassenden Liebe, des bewertungsfreien Mitgefühls und der durchdringenden Klarheit in ihrem Herzen visualisieren und sich auf diese innere Herzenskraft kontemplativ für eine Weile ausrichten.

Welche Methodik auch immer sie wählt, sie beginnt die Therapiestunde erst dann, wenn sie sich genügend Zeit dafür genommen hat, sich vorurteils- und bewertungsfrei auf den Klienten einlassen zu können. Dadurch kann – wie wir später sehen werden – ein heilungsfördernder Resonanzraum zwischen dem Klienten und ihr aktualisiert werden.

Allgemeine Prinzipien einer buddhistisch orientierten Psychotherapie

Die Wahl der psychotherapeutischen Methode steht der buddhistisch orientierten Psychotherapeutin frei, solange die Therapie eingebettet ist in ein Beziehungsangebot von Empathie, unbedingter Wertschätzung und Kongruenz, wie wir es beispielsweise von Rogers kennen.

Das Wesentliche der buddhistisch orientierten Psychotherapie liegt nun darin, dass die Psychotherapeutin während der 50 Minuten Behandlungsdauer – so gut sie kann – verbunden bleibt mit der bewertungsfreien Offenheit ihres Erlebens. Wann immer sie ungeduldig wird, mit irgendwelchen Lösungsvorschlägen manipulieren möchte oder den Klienten nicht so annehmen kann, wie er gerade ist, wird sie dies bemerken. Ihre möglichst bewertungsfreie Grundhaltung, ihr idealerweise offenes Herz ohne Kontrollzwang dem anderen gegenüber wird so zu ihrer eigenen „Meditationsübung“, und der Klient profitiert von einer heilsamen Beziehung, die seine eigenen durch Selbstabwertung, Angst und Depression verzerrten Qualitäten zum Vorschein bringen kann. Je mehr die Psychotherapeutin also an sich selbst arbeitet, desto eher wird es möglich sein, auch im Klienten einen Selbstwert erzeugenden, heilsamen Prozess auszulösen.

Denken Sie in diesem Zusammenhang an den schon erwähnten Begriff des Resonanzraums.

Wie wir hier sehen können, ist die buddhistisch orientierte Psychotherapie in keiner Weise religionsgebunden.² Das Herzstück, die Essenz, besteht darin, den Klienten in seinen individuellen Leid erzeugenden Gewohnheitsmustern verstehend zu begleiten und gleichzeitig mit der letztendlichen Sichtweise verbunden zu bleiben, dass – egal wie schmerzhaft das Erleben des Klienten gerade sein mag – er in seiner Eigentlichkeit bereits vollständig gesund ist. Im Folgenden wird beschrieben, wie die Behandlung bei Arno aussah.

Durchführung der konkreten psychotherapeutischen Behandlung

Zunächst ging es bei Arno – wie in jeder sorgfältig durchgeführten Psychotherapie – um das Aufspüren und Durcharbeiten tiefenpsychologisch relevanter Muster, eingebettet in eine psychotherapeutische Beziehungsgestaltung von wertschätzender Empathie und feinfühligem Verstehen. Im Laufe der Zeit stabilisierte sich dadurch Arnos Grundgestimmtheit, und er fühlte sich bereit dazu, selber aktiv an seinem Heilungsweg mitzuwirken.

Er übte sich nun über einige Monate darin, morgens und abends für je ca. 15 Minuten ein gemeinsam ausgearbeitetes und speziell auf seine Thematik bezogenes kontemplatives Achtsamkeitstraining durchzuführen. Zunächst lernte er, sich mit warmherziger Fürsorge um seine eigenen frühkindlichen Verletzungen zu kümmern. Methoden der „inneren Kindarbeit“ unter Einbeziehung der für ihn relevanten Kontextvariablen empfand er dabei als für sich besonders stimmig und wohltuend. Je mehr er sich dem „inneren vierjährigen Arno“, der den dramatischen Verlust des Vaters erleben musste, liebevoll zuwandte, desto deutlicher entspannte sich seine depressive Symptomatik.³

Des Weiteren übte Arno, sich sorgfältig und gleichzeitig auf freundliche Art und Weise seinen selbstabwertenden Gedanken zuzuwenden. Bevor sich nun eine Gedankenkette bildete, die sehr schnell in depressiv-quälende Muster münden würde, lernte er im Laufe der Zeit, diese Abläufe zu durchschauen, und begann damit, sie in eine alternative Richtung zu lenken. Als besonders hilfreich dabei empfand er sogenannte kleine heilsame „Wunschsätze“, die ihn vor allem in schwierigen Zeiten begleiteten, z. B.:

² Vgl. dazu Borghardt/ Erhardt 2016.

³ Vgl. dazu ebd., Kapitel „Arbeit mit Teilpersönlichkeiten“ und „Arbeit mit dem Inneren Kind“, 451 – 487.

- „Möge ich damit beginnen, freundlich und liebevoll mit mir umzugehen.“
 „Mögen alle meine Verletzungen allmählich heilen.“
 „Möge ich mir erlauben, glücklich zu sein.“
 „Möge ich mich genau so annehmen, wie ich im Moment bin.“
 „Möge ich mich selbst mit grundlegender Güte betrachten.“

Das Entscheidende bei diesen schlichten Wunschsätzen waren nicht die Worte, sondern das, was sie in Arno auslösten, der innere Raum, der dadurch eröffnet wurde und für einen ganz kleinen Moment lang das Leid erzeugende Narrativ beendete, und zwar vollständig – für diesen kleinen Moment. Altvertraute Gewohnheitsmuster – im Fall von Arno sein depressives Erleben – kamen zwar wieder, jedoch mit einem entscheidenden Unterschied: Ein intuitives Verstehen passierte, es wurde eine kleine Lücke im Geflecht der Gedanken und Emotionen sichtbar, und dies zeigte sofort eine heilsame Wirkung, es musste nur bemerkt werden. Arno machte die Erfahrung, dass ihn durch solche Sätze, die immer wieder kontemplativ wiederholt wurden, allmählich das Wissen durchtränkte, dass es etwas grundsätzlich Gutes und Heiles in ihm geben müsse. Mit dieser Form von „Möge-Sätzen“ wurde dieses Wissen immer mehr in ihm verankert. Er bekam mit, wie seine Leid erzeugenden Muster ablaufen, und lernte einen anderen Umgang damit.

Nachdem Arno die heilsame Wirkung dieser Form von „Geistestraining“ erfahren hatte, erschien es ihm sinnvoll, einen Schritt weiterzugehen und auch andere Menschen in die Wunschsätze einzubeziehen. Arno mochte es sehr, am Ende jeder Therapiestunde alle gewonnenen Erkenntnisse mithilfe einer inneren Vorstellungübung mit allen anderen Wesen, die Ähnliches erlebt haben, zu teilen, z. B.:

- „Mögen alle traumatisierten Menschen den Weg zur Heilung finden.“
 „Mögen alle Wesen immer mehr darauf vertrauen, dass es etwas Heiles in ihnen gibt.“
 „Mögen alle Wesen beginnen, mit sich selbst respektvoll und fürsorglich umzugehen.“

Wünsche zum Besten anderer stellten für ihn ein kraftvolles Gegenmittel dar, wann immer er begann, sich in alten Leid erzeugenden Gedankenschleifen zu verlieren.

Schluss

Wir haben gehört, wie buddhistisches Geistestraining und psychotherapeutische Methodik zusammenwirken können. Ein Gewährseintraining bezüglich des Erkennens der eigenen kognitiven und emotionalen Muster erzeugt immer mehr Vertrauen in die eigenen Ressourcen – nicht nur bei den Klienten, sondern auch

bei uns Psychotherapeuten. Wir erinnern uns, dass die Grundlage der Methodik aller buddhistisch orientierten Psychotherapie darin liegt, von etwas grundlegend Gesundem und Gutem auszugehen. Lassen Sie uns zum Abschluss einen buddhistischen Meditationsmeister, Mingyur Rinpoche, zu Wort kommen, der das bisher Erörterte in einer anderen Art und Weise noch einmal zusammenfasst:

„Stellen Sie sich vor, Sie seien ein Schatzjäger und Sie entdecken eines Tages in der Erde einen Metallklumpen. Sie graben ein Loch, holen das Metall heraus, nehmen es mit nach Hause und fangen an, es zu säubern. Zunächst enthüllt sich nur ein Eckchen davon, glänzend und strahlend. Und während Sie den angesammelten Schlamm und Dreck nach und nach entfernen, offenbart sich der ganze Klumpen allmählich als Gold. Und nun frage ich Sie: Was ist wertvoller – der im Schlamm begrabene oder der gereinigte Goldklumpen? Tatsächlich ist beides gleich wertvoll. Der Unterschied zwischen dem schmutzigen und dem sauberen Klumpen ist nur etwas Oberflächliches. Dasselbe gilt für den natürlichen Geist. Das neuronale Geschwätz, das Sie davon abhält, Ihren Geist in seiner ganzen Vollkommenheit zu sehen, ändert nichts an der grundlegenden Natur Ihres Geistes. Gedanken wie ‚Ich bin hässlich‘, ‚Ich bin dumm‘ oder ‚Ich bin ein Langweiler‘ sind nichts weiter als eine Art biologischer Schlamm, der die strahlenden Qualitäten der Buddhanatur oder des natürlichen Geistes vorübergehend verdunkelt oder verdeckt.“

Lassen Sie uns zum Schluss wünschen, dass wir selbst wie auch unsere Klienten und Klientinnen diesen inneren Schatz heben mögen – zum Besten aller! Jede buddhistische Meditation wird mit einer sogenannten Widmung abgeschlossen. Lassen Sie uns auch hier zum Schluss alles Gute, das auf dieser Tagung entstanden ist durch Zuhören, Kontemplieren, miteinander in Kontakt kommen und gegenseitigen Austausch, großzügig weiterschenken und mit dem Wunsch verbinden, dass überall Gutes und Heilsames entstehen möge und sich immer weiter ausbreite.

Literaturhinweise

Borghardt, Tilmann/Erhardt, Wolfgang (2016): *Buddhistische Psychologie. Grundlagen und Praxis*, München.

Reisch, Elisabeth (2014): *Quellen innerer Heilung. Ein buddhistisch-psychotherapeutischer Übungsweg*, Oy-Mittelberg.

Yongey Mingyur Rinpoche (2007): *Buddha und die Wissenschaft vom Glück*, München.

Psychotherapie mit praktizierenden Christen

Ein bio-psycho-sozio-spirituelles Verständnis von Psychotherapie

Drei persönliche Vorbemerkungen

Ich verfasse diesen Beitrag als Arzt. Existenzielle Fragen spielen seit jeher eine bedeutsame Rolle in der Medizin. Menschen suchen nur dann einen Arzt oder eine Ärztin auf, wenn sie einen Leidensdruck verspüren. Der kann recht unterschiedlich ausgeprägt sein. In der somatischen Medizin wird er dann besonders deutlich, wenn er entweder plötzlich und akut auftritt (z. B. Unfälle oder stechende Schmerzen bei einer Nierenkolik) oder in irgendeiner Form das eigene Leben bedroht (z. B. Krebserkrankung). Es gibt aber auch eine Form von Leidensdruck, der sich nicht primär aus unserer biologischen Verfassung herleitet. Gravierende Defizite im Bereich von Selbstannahme und Selbstwertgefühl oder haltgebenden zwischenmenschlichen Beziehungen sind hier zu nennen, ebenso ein tief empfundener Mangel an sinnhafter Lebensbewältigung, aber auch die Konfrontation mit der Unausweichlichkeit von Verlusten und des eigenen Todes. Nicht selten nehmen Angststörungen und depressive Entwicklungen hier ihren Anfang und können unbehandelt bis zum Suizid führen.

Während in der somatischen Medizin überwiegend biologische Interventionen zum Einsatz kommen, um Leiden zu lindern, muss der Zugang in der psychosomatischen Medizin und der Psychiatrie und Psychotherapie breiter angelegt sein, um wirksam helfen zu können. Hauptvermittler meiner (hoffentlich) heilsamen Interventionen ist hier weder ein Skalpell noch ein Medikament, sondern meine Person als Therapeut und meine Fähigkeit, die therapeutische Beziehung hilfreich zu gestalten. Ich bin also in besonderer Weise aufgefordert, eigene existenzielle Fragen in guter Balance zu haben und zu halten, wenn ich Hoffnung, Zuversicht und Sinnhaftigkeit vermitteln will. Dies wird weiter unten näher ausgeführt.

Als Arzt und Christ sei mir eine zweite Vorbemerkung gestattet: Das Christentum ist meiner Überzeugung nach eine Offenbarungsreligion. Gott offenbart sich in der Menschwerdung Christi und wird auf diese Weise anschaulich und erlebbar. Christus offenbart sich dem einzelnen Menschen, der sich ernsthaft auf die Suche danach begibt. Primärer Inhalt der Offenbarung ist nicht eine rationale Erkenntnis, sondern die Aufnahme in eine persönliche, Sinn und Halt vermittelnde Liebesbeziehung transzendenter Natur. Erfreulicherweise geht die Initi-

ative hierfür von Gott aus: „nicht darin besteht die Liebe, dass wir Gott geliebt hätten, sondern dass er uns liebt und seinen Sohn gesandt hat als Sühnung für unsere Zielverfehlungen“ (1. Joh 4,10). Diese gelebte Beziehung wiederum wirkt sich ganz praktisch auf den Alltagsvollzug aus. So jedenfalls erlebe ich es, seit ich mitten im Medizinstudium dem Lockruf Christi in diese Beziehung gefolgt bin. Erfreulicherweise ist dabei der eigene Verstand explizit gefragt. Jesus spricht vom höchsten Gebot folgendermaßen: „Du sollst den Herrn, deinen Gott, lieben mit deinem ganzen Herzen und mit deiner ganzen Seele und mit deinem ganzen Verstand“ (Matth 22,37). Das fordert heraus, den eigenen Glauben immer wieder auch zu durchdenken. Die Hinzufügung des zweiten, ebenbürtigen Gebotes („du sollst deinen Nächsten lieben wie dich selbst“) stellt interessanterweise Selbstliebe und Nächstenliebe in einen engen gegenseitigen Bezug – ein für die praktische Psychotherapie hoch relevantes Detail, das für vielerlei zielführende Interventionen zu sorgen vermag. Eine explizite Bezugnahme bietet sich in der Arbeit mit überzeugten Christen an – schließlich stammt das Zitat aus dem Munde Jesu höchstpersönlich. Eine lebendige eigene spirituelle Praxis unter Einschluss fundierter Bibelkenntnis stellt somit eine Quelle dar, aus der ich in der psychotherapeutischen Arbeit reichlich schöpfen kann.

Damit bin ich bei der dritten Vorbemerkung: Die im Folgenden dargelegten theoretischen Überlegungen und Einordnungen ebenso wie die mit einem Fallbeispiel beschriebene Umsetzung sind nicht im luftleeren Raum entstanden. Vielmehr wurzeln sie in meiner jahrzehntelangen Berufspraxis, die ich immer interaktiv als Lernender erlebt habe und weiterhin erlebe. Das betrifft natürlich die jeweiligen Patientinnen und Patienten, die ja nicht nur Leidende und Lernende sind, sondern (meist unbeabsichtigt) auch Lehrende. Es betrifft aber sehr wohl auch die Kolleginnen und Kollegen in verschiedenen Fachkreisen, denen ich viel an Anregung und Austausch verdanke. In besonders hohem Maße trifft dies auf die Weggefährtinnen und Weggefährten aus dem *de'ignis*-Werk zu. Insofern hier ein theoretischer Metarahmen für die Psychotherapie mit praktizierenden Christen beschrieben wird, handelt es sich um ein gemeinsam im Werk erarbeitetes Grundverständnis. Die genannten Konkretionen sind Umsetzungen in unserem konkreten Arbeitskontext und stellen selbstverständlich nicht die einzige Möglichkeit von Umsetzungen dar.

Was ist eigentlich Psychotherapie?

Der Wiener Universitätsprofessor Hans Strotzka definierte 1978 Psychotherapie als

- eine Interaktion zwischen einem oder mehreren Patienten und einem oder mehreren Therapeuten (aufgrund einer standardisierten Ausbildung)
- zum Zwecke der Behandlung von Verhaltensstörungen oder Leidenszuständen (vorwiegend psychosozialer Verursachung)
- mit psychologischen Mitteln (durch Kommunikation, vorwiegend verbal oder auch a verbal),
- mit einer lehrbaren Technik und einem definierten Ziel auf der Basis einer Theorie des normalen und abnormen Verhaltens.¹

Die Wirksamkeit von Psychotherapie im Allgemeinen kann nach intensiven Forschungsarbeiten in den letzten Jahrzehnten als empirisch gesichert gelten. Die dabei erzielten Effektstärken variieren, liegen aber häufig deutlich höher als die Wirkung von Medikamenten. Dies gilt nicht nur für Psychopharmaka, sondern durchaus auch für viele Medikamente aus der somatischen Medizin.

Wie nun wirkt Psychotherapie? Auch hierzu gibt es mittlerweile einiges an Forschung. Einigkeit besteht darüber, dass der bedeutsamste Wirkfaktor in der therapeutischen Beziehung liegt, unterstützt von spezifischen Interventions-techniken und verschiedenen Kontextfaktoren. Auch ist mittels bildgebender Verfahren nachgewiesen, dass eine wirksame Psychotherapie sowohl funktionelle als auch mittelfristig morphologische Veränderungen im Gehirn hervorruft. Einigkeit besteht ebenfalls darüber, dass nicht jede Form der Psychotherapie für jedes Krankheitsbild und für jeden Patienten geeignet ist. Und nicht jedes Psychotherapieverfahren liegt jedem Therapeuten gleich gut in der Hand. Da nun die therapeutische Beziehung der anerkannt wichtigste Wirkfaktor für das Gelingen einer Psychotherapie darstellt, bedarf es einer guten Passung der Persönlichkeiten von Patient und Therapeut, der gemeinsamen Erarbeitung eines Krankheitsmodells und der daraus abgeleiteten Aufgaben für den psychotherapeutischen Veränderungsprozess. David Orlinsky hat diese Komponenten in all ihrer Komplexität in einer grafischen Übersicht zusammengefasst (siehe Abbildung) und ein allgemeines/generisches Modell der Psychotherapie formuliert.²

¹ Vgl. <https://de.wikipedia.org/wiki/Psychotherapie> (Abruf der in diesem Beitrag angegebenen Internetseiten: 20.7.2020).

² Vgl. David E. Orlinsky: Learning from Many Masters. Ansätze zu einer wissenschaftlichen Integration psychotherapeutischer Behandlungsmodelle, in: Psychotherapeut 39 (1994), 2 – 9.

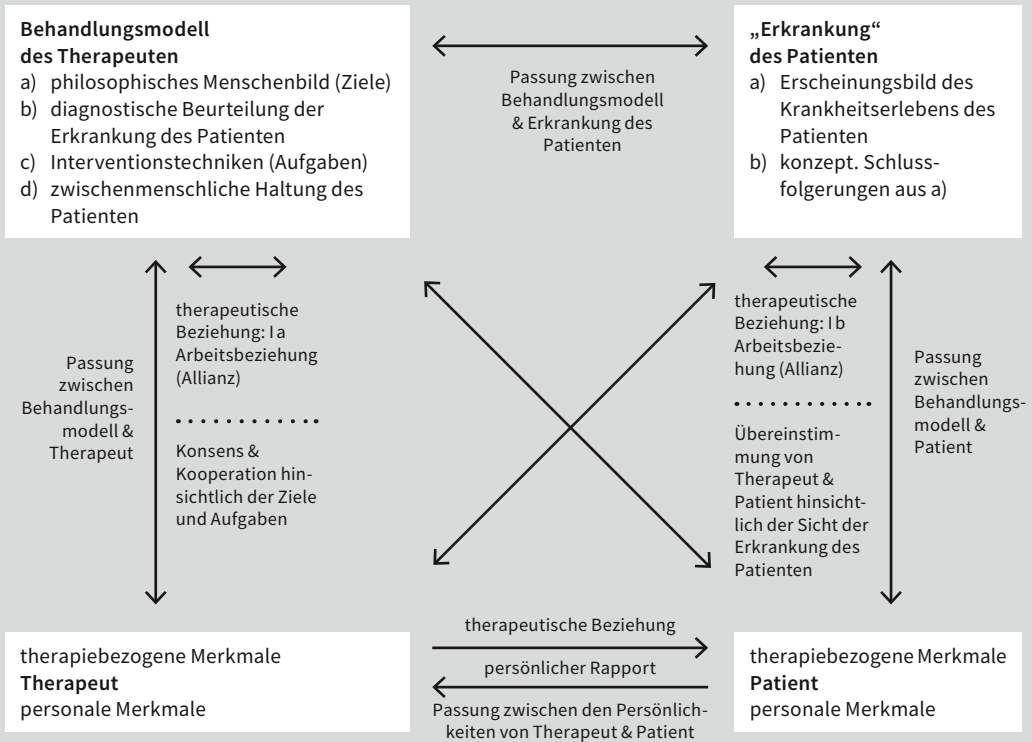


Abbildung: Modell der Psychotherapie nach Orlinsky

Das von uns vertretene bio-psycho-sozio-spirituelle Modell lässt sich gut in dieses generische Modell einordnen. Sinnfragen gelten als existenzielle Fragen und werden als Teil derselben von der World Psychiatric Association (WPA) dem Bereich Spiritualität zugeordnet. Anders als noch vor zwei Jahrzehnten kann heute von einer grundsätzlichen Akzeptanz der Bedeutsamkeit dieses Bereiches in der Fachwelt gesprochen werden, was sich in der Einrichtung entsprechender Sektionen bei den psychiatrischen Fachgesellschaften zeigt, sowohl auf internationaler Ebene (WPA) als auch in Deutschland (Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde, DGPPN) und in anderen europäischen und außereuropäischen Ländern.

Insofern ist die Formulierung eines bio-psycho-sozio-spirituellen Modells mittlerweile grundsätzlich konsensfähig. Die Besonderheit unseres Ansatzes besteht nun darin, dass wir explizit eine christozentrische Spiritualität beschreiben und diese in Beziehung setzen zur psychotherapeutischen Arbeit. Damit betreten wir ein Stück Neuland. In den vergangenen beiden Jahrzehnten wurden spirituelle Ansätze in der Psychotherapie im deutschsprachigen Raum überwiegend dem Buddhismus entlehnt (z. B. diverse Achtsamkeitskonzepte und Elemente aus der dialektisch-behavioralen Borderline-Therapie nach Linehan), ein spezifisch christlicher Ansatz war fast nur in angelsächsischen Publikationen zu finden.

In der nun folgenden Skizzierung unseres Ansatzes lehnen wir uns an die von Orlinsky vorgeschlagene Gliederung zum Thema Behandlungsmodell des Therapeuten an (in der Abbildung oben links).

Das bio-psycho-sozio-spirituelle Behandlungsmodell

a) Philosophisches Menschenbild (Ziele)

Ein Menschenbild muss immer im Zusammenhang mit einem Weltbild und einer Weltanschauung gesehen werden. Da wir den Menschen als von Gott geschaffenes Wesen betrachten, sind an dieser Stelle auch theologische Grundaussagen erwähnt. Hierzu gehört die Gottebenbildlichkeit (*Imago Dei*) jedes einzelnen Menschen als Grundhaltung für die Menschenwürde. Wir sehen im Gegenüber auch den „Lichtstrahl Gottes“: Christus ist das Licht, das, in die Welt kommend, jeden Menschen erleuchtet (Joh 1,9). Wir sprechen in diesem Kontext von einer christozentrischen Spiritualität.

Was meint nun der Begriff christozentrische Spiritualität? Jesus sagt von sich: „Wer mich sieht, sieht den Vater [Gott].“ Der Weg in eine Gotteserfahrung, in der dieser als (gütiger und wohlwollender) Vater wahrgenommen wird, geht über die Menschwerdung Gottes, also über Christus. Eine christliche Spiritualität, die nicht auf das zentrale Element der persönlichen Gotteserfahrung verzichten will, wird immer eine „Beziehungsspiritualität“ sein. Dabei geht es sowohl um eine grundsätzliche Orientierung als auch jeweils konkret um ein Geschehen im Hier und Jetzt. Wir sprechen hier also über eine in der subjektiven Realität des Patienten (wie auch des Therapeuten, wenn er denn diesen Glauben und diese Erfahrung teilt) erfahrene reale Begegnungsqualität, die nachhaltige Auswirkungen auf seine gesamte Lebensführung hat. (Zur inhaltlichen Füllung des Begriffs Spiritualität siehe den folgenden Kasten.)

Begriffsklärung (Positionspapier DGPPN 2016)

„Unter *Religion* wird in diesem Papier [der DGPPN] eine Gemeinschaft verstanden, die Traditionen, Rituale, Texte teilt (Christentum, Judentum, Islam, Buddhismus, Hinduismus u. a.). *Religiosität* meint über die institutionelle *Religionszugehörigkeit* hinaus eine persönliche Gestaltung und Lebenspraxis von Religion. *Spiritualität* wird in den Gesundheitswissenschaften allgemein als Containerbegriff verstanden, der die persönliche Suche nach dem Heiligen, nach Verbundenheit oder Selbsttranszendenz meint und ausdrücklich auch Weltanschauungen außerhalb der institutionalisierten Religionen mit einschließt [...]. *Existenziell* werden (Grenz-)Erfahrungen genannt, die mit Sinnkrisen einhergehen, insbesondere im Kontext von Krankheit und Tod [...].“³

Grundsätzlich laufen Vorgänge innerhalb der Person gleichzeitig und parallel in allen vier Dimensionen ihres Lebens (biologisch, psychologisch, sozial, spirituell) ab, wenn auch der eine oder andere Aspekt jeweils im Vordergrund steht. Theologisch gesehen besteht als Grundproblematik eine Entfremdung, die sich auf alle vier Ebenen bezieht und zur Entwicklung von krankheitsrelevanten Störungen beitragen kann.⁴

Übergeordnetes Idealziel für einen menschlichen Lebenslauf ist die Wiederherstellung der Imago Die (Gottebenbildlichkeit): „dass Christus in euch Gestalt gewinne“ (Gal 4,19) durch Überwindung der Entfremdung. Das gilt völlig unabhängig vom Vorliegen oder Nichtvorliegen einer psychischen Störung. Es handelt sich hier um einen lebenslangen Prozess, der immer wieder neu zu aktualisieren ist. Das betrifft einzelne Lebensphasen (Kindheit, Jugend, Berufsausbildung, Partnerschaft, Familiengründung, Abnabelung der Kinder, Altern, herannahender Tod ...) ebenso wie konkrete Alltagssituationen in den einzelnen Lebensphasen. Diesseits der Ewigkeit kommt dieser Prozess nicht zum Abschluss. Als Orientierungshilfe für die inhaltliche Füllung der Zielsetzung, „dass Christus in euch Gestalt gewinne“, ist u. a. die Bergpredigt (Matth 5-7) zu nennen.

Insgesamt soll eine psychotherapeutische Behandlung dazu verhelfen, ein möglichst hohes Maß an Gesundheit in den folgenden vier Bereichen zu erlangen:

³ <https://www.degruyter.com/view/journals/spircare/6/1/article-p141.xml>.

⁴ Vgl. Winfried Hahn: Einführung in die Anthropologie Christlich-integrativer Beratung und Therapie, in: de'ignis Magazin 50 (2015), 28 – 35.

- Biologischer Bereich: Körper
- Psychischer Bereich: Emotionen, Kognitionen, Volition (Wille), Gewissen
- Sozialer Bereich: zwischenmenschliche Beziehungen und Teilhabe an der Gesellschaft
- Spiritueller Bereich: haltgebende, emotional erfüllende Gottesbeziehung

Selbstverständlich ist dabei situativ eine Begrenzung auf erreichbare Teilziele sinnvoll und notwendig.

Definition von Gesundheit

„Gesundheit ist ein Zustand des vollständigen [engl. *complete*] körperlichen, geistigen und sozialen Wohlergehens und nicht nur das Fehlen von Krankheit oder Gebrechen.“⁵ Gesundheit ist ein „Zustand des objektiven und subjektiven Befindens einer Person, der gegeben ist, wenn diese Person sich in den physischen, psychischen und sozialen Bereichen ihrer Entwicklung im Einklang mit den eigenen Möglichkeiten und Zielvorstellungen und den jeweils gegebenen äußeren Lebensbedingungen befindet“⁶.

b) Diagnostische Beurteilung der Erkrankung des Patienten

Hierzu dienen folgende Maßnahmen:

- Klinische Untersuchung auf körperlicher und psychologischer Ebene
- Testdiagnostik: Symptomskalen als Selbstbeurteilungs- und Fremdbeurteilungsskalen, Persönlichkeitstests, Ressourcenfragebögen, Religiositäts-Struktur-Test und weitere testdiagnostische Verfahren, die Religiosität (auch kulturübergreifend) erheben
- Einordnung in gängige Diagnoseschemata (ICD, ICF, DSM, OPD)
- Besprechung der diagnostischen Einordnung mit dem Patienten
- Erstellung des Behandlungsplans

c) Aus den Punkten a) und b) abgeleitete Wege zum Ziel:

Interventionstechniken und -aufgaben

Im Verständnis der christozentrischen Spiritualität hat Jesus den Weg aus der Entfremdung sowohl gebahnt und damit gangbar gemacht als auch für seine

⁵ Präambel der Verfassung der WHO 1948, Übersetzung zit. nach <https://de.wikipedia.org/wiki/Gesundheit>.

⁶ Klaus Hurrelmann: Gesundheitssoziologie, Weinheim 2010, zit. nach <https://de.wikipedia.org/wiki/Gesundheit>.

Nachfolger aufgezeigt. Einen hilfreichen Hinweis finden wir in den Evangelien in der Antwort Jesu auf die Frage, was das wichtigste Gebot sei: Liebe Gott, liebe deinen Nächsten, liebe dich selbst (Matth 22,37-39). Der Mensch kann die Entfremdung überwinden durch direkte, bezogene Begegnung („von Angesicht zu Angesicht“): mit dem eigenem Körper (Selbstannahme und -liebe), mit der eigenen Psyche (siehe die o. g. vier Aspekte der Psyche; Selbstannahme und -liebe), mit den Mitmenschen (Nächstenliebe), mit Gott (Vater, Sohn, Heiliger Geist; Gottesliebe).

Im Sinne der weitgehenden Gleichzeitigkeit der Prozesse auf der biologischen, psychischen, sozialen und spirituellen Ebene und ihrer inhaltlichen Vernetzung untereinander ist die folgende Einteilung eine rein didaktische. Sie erfolgt unter dem Gesichtspunkt der Perspektivität.

- Biologische Ebene: Einflussnahme auf Stoffwechsel (Ernährung, Fasten, Biorhythmus, Schlaf), Gehirn (Psychopharmaka, transkranielle Magnetstimulation), muskuloskelettales System (Bewegung, Entspannung, z. B. progressive Muskelrelaxation, Gymnastik, Sport, Sandsackboxen, Körperwahrnehmung, Konzentrative Bewegungstherapie, Feldenkrais u. a.).
- Psychische Ebene: Mögliche Interventionsebenen sind Kognition, Emotion, Volition (Wille), normative (metakognitive) Strukturen und Schemata, Verhalten. Hier gibt es eine Fülle von bewährten psychotherapeutischen Verfahren, deren wir uns bedienen. Wichtig für die Auswahl im konkreten Fall ist die Passung. Im Vorfeld ist zum einen zu klären, ob der jeweilige Klient bzw. die Klientin und der Therapeut bzw. die Therapeutin miteinander ein Arbeitsbündnis eingehen können und wollen (persönliche Passung, therapeutische Beziehung). Zum anderen muss sichergestellt sein, dass die gewählten Interventionen sowohl mit dem Gewissen des Patienten als auch mit dem des Therapeuten kompatibel sind (kultur- und wertesensitive Psychotherapie). Beispielhaft zu nennen sind: Psychoedukation, kognitive Verhaltenstherapie, Expositionstrainings, psychodynamische Verfahren, systemische Therapie, Gesprächspsychotherapie, Schematherapie, ausgewählte imaginative und traumatherapeutische Verfahren (IRRT, EMDR), Acceptance and Commitment Therapy (ACT), Logotherapie, achtsamkeitsbasierte Verfahren, Positive Psychologie, Existenzielle Psychotherapie, Bindungspsychologie.
- Soziale Ebene: Soziotherapie; Förderung der Kommunikations- und Interaktionsfähigkeit, der Teilhabe am beruflichen und gesellschaftlichen Leben; gegebenenfalls Hilfestellung für die Alltagsstruktur und die Freizeitgestaltung, kontextbezogene Interventionen, Antistigma-Therapie, ggf. Reintegration in einen selbstständigen Lebensvollzug.

- Spirituelle Ebene: Spiritualität als Sinnerfahrung. Spiritualität als solche lässt sich ebenso wenig verordnen wie Sinn. Orientierungsangebote in diese Richtung müssen auf völliger Freiwilligkeit beruhen, Teilnahme oder Nichtteilnahme vom gesamten Behandlungsteam als gleichwertige, freie Entscheidung des Patienten oder der Patientin respektiert und wertgeschätzt werden. Religiosität und Spiritualität wirken sich den meisten Studien zufolge positiv auf psychische und körperliche Gesundheit aus.⁷ Voraussetzung dafür ist, dass es sich um eine intrinsisch motivierte „Spiritualität/Religiosität des Herzens“ handelt und nicht primär um das Befolgen äußerer Regeln. Letzteres kann sich durchaus negativ auf den Gesundheitszustand auswirken, was ebenfalls in Studien nachgewiesen wurde.⁸

Dem Angebot zur Ressourcenförderung im religiösen/spirituellen Bereich steht also von therapeutischer Seite eine Bereitschaft und Kompetenz zur kritischen Würdigung, gegebenenfalls auch Hinterfragung pathogener Strukturen in diesem Bereich gegenüber. Mögliche Beispiele für hilfreiche Angebote zur Ressourcenförderung in diesem Bereich sind aus christlicher Perspektive pastoraltheologische Vorträge, vertiefende Gesprächsrunden über Sinnfragen, Bibellese, narrative Theologie, Gleichnisse, Kontemplation, Meditation, heilsame Vergegenwärtigung Christi als transzendente Erfahrung, Rituale, Symbole, Gebet, Beichte, Ermunterung, geistliche Musik, Vergebung, Tugend-/Untugendkonzept, Klärung von Einstellungen und Werten und deren praktischer Umsetzung. Es versteht sich von selbst, dass ein Teil dieser genannten Beispiele völlig unabhängig vom klinischen Setting außerhalb desselben geschieht. Mögliche positive Rückwirkungen auf den therapeutischen Prozess im engeren Sinne sind jedoch nicht zu unterschätzen.

d) Zwischenmenschliche Haltung zum Patienten

Den Patienten sehen wir als gleichwertiges und gleichrangiges Gegenüber, dessen Würde und Einmaligkeit wir achten und fördern wollen. Wir würdigen seine bisherigen Bewältigungsversuche, auch wenn sie mittlerweile dysfunktional und maladaptiv geworden sind, und unterstützen ihn darin, besser geeignete Wege zu finden. Die therapeutische Beziehung ist dabei das Herzstück der Therapie. Es ist von zentraler Bedeutung, dass darin ein Raum von vorbehaltloser Annahme und

⁷ Übersicht z. B. bei Raphael M. Bonelli / Harold G. Koenig: Mental Disorders, Religion and Spirituality 1990 to 2010. A Systematic Evidence-Based Review, in: Journal of Religion and Health 52/2 (2013), 657 – 673.

⁸ Vgl. Sebastian Murken: Gottesbeziehung und psychische Gesundheit. Die Entwicklung eines Modells und seine empirische Überprüfung, Münster u. a. 1998.

Freiheit der Selbstäußerung geschaffen wird. Dafür ist primär der Therapeut bzw. die Therapeutin zuständig. Therapeutische Beziehungsaspekte wie Übertragung und Gegenübertragung spielen eine wichtige Rolle im Behandlungsprozess und werden reflektiert und supervidiert.⁹ So weit zur Einordnung unseres Modells in das generische Modell der Psychotherapie nach Orlinsky.

Ein Fallbeispiel

Ein Fallbeispiel soll illustrieren, wie sich die Zugrundelegung des beschriebenen Modells in der therapeutischen Praxis auswirken kann.

(Neuro)biologischer Aspekt und Interventionsebene

Herr M. wird vom Hausarzt zur intensiveren Diagnostik in unser einwöchiges Assessment-Programm geschickt. Als er eintrifft, fallen schon rein äußerlich sein schleppender Gang und die herabhängenden Schultern auf. Die Mimik erscheint starr, die Stimme ist leise und monoton, Herr M. wirkt bedrückt, resignativ und erschöpft. Seiner Arbeit als Bankkaufmann kann er schon seit Monaten nicht mehr nachgehen, er ist krankgeschrieben. Daheim hat er sich weitgehend zurückgezogen, er geht alleine gar nicht mehr aus dem Haus. Im Aufnahmegespräch ist zu erfahren, dass schon sein Vater unter Depressionen litt. Dieser ist vor einem Jahr gestorben. Ein Bruder des Vaters hat sich vor etlichen Jahren suizidiert. Auch er selbst hat in den letzten Monaten immer wieder an Suizid gedacht, befürchtet aber, er könnte deshalb in die Hölle kommen. Das hat ihn bislang davon abgehalten. Er ist überzeugt davon, die Sünde gegen den Heiligen Geist begangen zu haben, die nicht vergeben werden könne. Er habe nämlich in seinen Gedanken gegen den Heiligen Geist gelästert und zwischenzeitlich auch gedacht: „Gut, dass der Vater endlich tot ist.“ Seinem Pfarrer habe er das gebeichtet, der habe ihm Absolution erteilt und ihn beruhigen wollen, das sei ihm aber zu leichtfertig. – Die Konzentration fällt Herrn M. spürbar schwer, nach einer halben Stunde bricht er das Gespräch ab.

Hier liegt eine schwere Depression mit grenzwertig psychotischer Symptomatik vor, die mit einer Störung der Botenstoffe im Gehirn (Neurotransmitter) einhergeht. Auch die familiäre Vorbelastung mit Depressionen spricht für einen relevanten (neuro-)biologischen Anteil am Krankheitsgeschehen. Die Überzeugung, eine spezifische Sünde begangen zu haben, die nicht vergeben werden kann, trägt wahnhaftige Züge. Unter diesen Umständen ist eine psychothera-

⁹ Nähere Ausführungen bei Rolf Senst: Mündigkeit in der Therapie, in: de'ignis Magazin 48 (2014), 10 – 14.

peutische Behandlung stark erschwert, eine medikamentöse Behandlung mit einem geeigneten Antidepressivum, unterstützt durch eine geringe Dosis eines Neuroleptikums (wegen der Wahnentwicklung), wird mit Einverständnis des Patienten eingeleitet und der Hausarzt informiert. Parallel wird eine stationäre Behandlung beim Kostenträger beantragt.

Psychischer Aspekt und Interventionsebene

Als der Patient vier Wochen später zur Behandlung in der Klinik eintrifft, hat sich sein äußeres Erscheinungsbild schon deutlich gebessert. Das Gesicht wirkt lebendiger, ebenfalls die Körperhaltung. Nach wie vor ist die Stimmung gedrückt. Herr M. fühlt sich freudlos, der Antrieb ist nur wenig gebessert. Dieses Mal gelingt es relativ gut, das Aufnahmegespräch von einer Stunde Dauer konzentriert durchzuhalten. Wir erfahren, dass Herr M. an seiner Arbeitsstelle, wo er bereits seit 15 Jahren tätig ist, wenige Monate vor Ausbruch der Depression einen neuen Vorgesetzten bekommen hat. Im Unterschied zu seinem Vorgänger, der Herrn M. stets als einen kompetenten und verdienten Mitarbeiter behandelt und ihm Wertschätzung entgegengebracht hat, lässt der neue Chef kaum ein gutes Haar an ihm. Er kritisiert an allem herum, wird dabei immer wieder laut. Bei Herrn M. löst dies eine Art Schreckstarre aus, er kann dem nichts entgegensetzen, zieht sich innerlich immer mehr zurück und fängt selber an, an seinen Fähigkeiten zu zweifeln. Entsprechend nimmt die Fehlerquote zu. Allmählich findet er, dass sein Chef mit seiner Kritik sogar recht hat.

Bei der genaueren Erhebung der Anamnese fällt auf, dass der neue Chef deutliche Parallelen zum Vater des Patienten aufweist. Dieser war zwar immer wieder depressiv, aber durchaus auch cholerisch und nörgelte chronisch am Patienten herum. Nie hatte sich Herr M getraut, ihm zu widersprechen. Nach Abschluss seiner Banklehre trat er bewusst eine Arbeitsstelle in 300 km Entfernung an, um den Kontakt auszudünnen. Eine echte Aussprache zwischen den beiden hat es nie gegeben. Aus psychotherapeutischer Sicht hat der Patient (in tiefenpsychologischer Deutung) den neuen Chef innerlich ähnlich erlebt wie damals den eigenen Vater: „Eine Person mit übergeordneter Autorität demütigt mich und macht mich klein, ich habe keine Chance, gegen ihn anzukommen, es ist besser, ich mache mich selber klein. Außerdem darf ich mich sowieso nicht auflehnen, das ist verboten, ich muss ja Vater und Mutter gehorchen, sonst begehe ich eine Sünde.“ Diese Deutung ist zunächst nur für den Therapeuten hilfreich. Sie kann nur allmählich und in kleinen Schritten mit dem Patienten erarbeitet werden, um ihn nicht zu überfordern. Er darf ja gemäß seines inneren Systems

nichts „Böses“ über seinen Vater denken oder gar sagen. Es bedarf jetzt parallel weiterer Interventionen auf anderen Ebenen.

Sozialer Aspekt und Interventionsebene

Das soziale Milieu einer stationären Psychotherapie bringt es automatisch mit sich, dass der Patient nicht im sozialen Rückzug verharren kann. In täglichen Gruppentherapiesitzungen mit unterschiedlichen Zugangswegen und Inhalten wird dem Patienten deutlich, dass andere Mitmenschen zwar individuell andere Problemlagen mit sich herumschleppen, aber es doch viele Gemeinsamkeiten gibt. Er findet bei seinen Mitpatienten und -patientinnen Verständnis für seine berufliche Ausweglosigkeit, die ihn in die Krankenschreibung brachte. Und er sieht bei anderen, wie die aktuelle Situation oft ihre Wurzeln in früheren Erfahrungen hat, insbesondere aus den Kindheitstagen. Melodien aus der Musiktherapie erinnern ihn an Radiomelodien, mit denen er sich tröstete, wenn der Vater ihn wieder einmal angeschrien oder (was seltener vorkam) geschlagen hatte. Eine Mitpatientin liest in der Gruppentherapie einen fiktiven Brief vor, den sie an ihre Mutter verfasst hat. Dabei stellt Herr M. plötzlich bei sich selbst eine enorme Wut fest, die er auf die Mutter der Patientin entwickelt, als er hört, was diese ihr angetan hat. Er sagt ihr das. Wie vom Donner gerührt sitzt er da, als die Mitpatientin ihm erwidert: „Dein Vater hat dich ja nicht gerade besser behandelt!“

Erst jetzt erschließt sich für den Patienten ein innerer Zugang zur lange unterdrückten Wut. Seine Wut hat er von Kindesbeinen an nicht gezeigt: aus kindlicher Angst vor Prügeln, aus Gründen der eigenen Ethik (ich will mit meiner Wut niemandem schaden) und auch aus religiösen Gründen (Vater und Mutter ist in jedem Fall ehrerbietiger Gehorsam zu leisten). Wut bedeutet auch Kraft. Diese kann der Patient dringend gebrauchen, um aus seiner Depression herauszufinden. Der Therapeut sieht jetzt eine Chance, in den kommenden Therapiesitzungen mit ihm einen Zugang zu dieser Kraft zu erarbeiten. Früher oder später wird es dabei auch um die innere Verbindung zwischen dem kleinen Jungen von damals in seiner Beziehung zum Vater einerseits und dem erwachsenen Bankkaufmann in seiner Beziehung zum neuen Vorgesetzten gehen. Um hier erfolgreich tätig zu werden, bedarf es jedoch einer weiteren Ebene.

Spirituelle Aspekt und Interventionsebene

Völlig betroffen von der Aussage seiner Mitpatientin, sein Vater habe ihn nicht besser behandelt als die Mutter der Mitpatientin ihre Tochter, ist Herr M. damit konfrontiert, in seinem Herzen Wut gegenüber dem (bereits verstorbenen) Vater anzutreffen, gegen den er sich nie wirksam abgrenzen konnte. Sofort gerät er

in Konflikt mit seinen religiösen Idealen und Ansprüchen an den eigenen Charakter. Der Therapeut weiß, dass auch andere Patienten in der Gruppe mit dieser Konfliktspannung zu kämpfen haben, und nutzt die Situation, um das Gruppengespräch auf dieses Thema zu lenken. Ihm ist ebenfalls bewusst, dass nicht wenige der Patientinnen und Patienten parallel durchaus auch positiv in ihrer Spiritualität verwurzelt sind. Manche von ihnen wären angesichts schier unüberwindbarer innerer oder äußerer Berge ohne ihren persönlichen Glauben an Sinnentleerung fast verzweifelt. Er darf also das Kind nicht mit dem Bade ausschütten. Seinerseits gut in der eigenen Spiritualität und einem persönlichen Gottesbezug verwurzelt und darüber hinaus bewandert in der Bibel, zitiert er die provokante Abgrenzung Jesu gegenüber seiner Mutter Maria: „Weib, was habe ich mit dir zu schaffen?“ (Joh 2,4) und fördert einen emotional authentischen Ausdruck von (durchaus ambivalenten) Gefühlen unter den Patienten. Dabei achtet er darauf, nicht in die Rolle dessen zu geraten, der diesen vorschreibt, was sie fühlen sollen.

Gerade im spirituell-religiösen Bereich ist in allen Interventionen Behutsamkeit geboten. Dies gelingt am besten, wenn der Therapeut zunächst die diesbezüglichen Systeme seiner Patientinnen und Patienten differenziert exploriert und sich ein Verständnis für den möglichen Zusammenhang mit der aktuellen Symptomatik erarbeitet. Er sollte dabei darauf achten, sowohl problematische Aspekte als auch mögliche Kraft- und Bewältigungsquellen aufzuspüren und mit dem Patienten durchzuarbeiten. Die eigene persönliche Überzeugung des Therapeuten wird dabei im Hintergrund (wie bei allen sonstigen psychotherapeutischen Interventionen auch) stets eine Rolle spielen. Umso wichtiger ist es, dass er sich dieser Tatsache bewusst ist und jeglicher Versuchung widersteht, diese seinem Patienten überzustülpen. Das wäre nicht nur unprofessionell, sondern manipulativ und würde (so meine Überzeugung) auch dem Geist des Evangeliums widersprechen. Andererseits sollte er sich im Sinne seines generell ressourcenorientierten Vorgehens nicht davor scheuen, hier auch die spirituellen Stärken seines Patienten einzubeziehen. Wie bereits gesagt: Eine Psychotherapie ist dann effektiv, wenn es dem Therapeuten gelingt, ihre Veränderungsziele in Einklang mit Grundmotivationen des Patienten zu erarbeiten und die Veränderungsschritte so zu gestalten, dass mehr Ressourcen aktiviert als Probleme aktualisiert werden.

Schritt für Schritt gelingt es, Herrn M. an eine authentische Wahrnehmung seiner Gefühle heranzuführen. Er lernt es, auch „negativen“ Gefühlen gegenüber eine nicht verurteilende Haltung einzunehmen. In psychoedukativen Gruppen wird ihm deutlich, dass Gefühle einerseits gute Indikatoren für den eigenen

seelischen Zustand sind und somit als Botschafter ernst zu nehmen, andererseits aber schlechte Entscheider. Ein Gefühl wie Wut oder Angst bewusst wahrzunehmen, bedeutet nicht, kopflos aus Wut oder Angst heraus zu handeln. Das hatte er früher – teils unbewusst – stets befürchtet. So hatte er es ja auch (u. a. von seinem Vater) vorgelebt bekommen. Und er versteht, dass emotionale Echtheit keineswegs im Widerspruch steht zu seinem tiefen Wunsch, mit Gott und seinen Geboten im Einklang zu leben. Angeregt durch die pastoraltheologischen Vorträge in der Klinik, entdeckt er die Psalmen und findet darin die ganze Breite an menschlichen Gefühlen zum Ausdruck gebracht – offensichtlich legitimerweise (sonst stünde das ja nicht in der Bibel). Seine Befürchtung, die Sünde gegen den Heiligen Geist begangen zu haben und auf ewig in die Hölle verbannt zu werden, hat sich völlig aufgelöst. Gott hat für ihn, der sich stets als gläubigen Menschen gesehen hat, ein nachhaltig anderes Gesicht gewonnen. Das wird ihn weiter begleiten.

Die neuroleptische Medikation kann abgesetzt werden, die Antidepressiva sollten zur Rückfallprophylaxe noch eine Weile weiter eingenommen werden. Die Familie des Patienten ist tief beeindruckt von dem Veränderungsprozess, der hier innerhalb weniger Wochen stattgefunden hat. In Kürze kann Herr M. seine Arbeit in Form einer stufenweisen Wiedereingliederung wieder aufnehmen.

Kleines Fazit

Es ist ein Gebot sowohl zwischenmenschlicher als auch professioneller Ethik, Patientinnen und Patienten in ihrer Einmaligkeit, ihrem Wertesystem und ihrer kulturellen Prägung zu respektieren. Dass dies auch spirituelle und religiöse Aspekte einschließt, kann in der aktuellen Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik mittlerweile als Allgemeingut gelten. Im deutschsprachigen Raum sind diesbezügliche Konzepte bislang nur wenig formuliert und in einen größeren fachlichen Verstehenshorizont eingeordnet worden. Vor diesem Hintergrund umreißen wir ein bio-psycho-sozio-spirituelles Modell von Psychotherapie und seine Anwendung in unserer klinischen Praxis. Es sei an dieser Stelle betont, dass nach unserem Verständnis in der Konfrontation mit psychischen Leiden existenzielle Fragen und Sinnfragen stets mitschwingen. Ob sie jedoch angesprochen und vertieft werden oder nicht, liegt in der Entscheidung des jeweiligen Patienten. Die konkrete psychotherapeutische Arbeit wird sich sinnvollerweise zunächst auf die Krankheits symptomatik konzentrieren, die in die Behandlung geführt hat. Es stellt allerdings eine wertvolle Ressource dar, wenn zur Krankheitsbewältigung auch der Bereich von Religiosität und Spiritualität mit einbezogen werden kann.

Die Autorinnen und Autoren

Dr. Elif Alkan Härtwig hat ihre psychologische Dissertation über ein neurowissenschaftliches Thema verfasst. Sie ist als Psychologische Psychotherapeutin für Erwachsene sowie Kinder und Jugendliche tätig und arbeitet dabei auch in der psychotherapeutischen Versorgung von Geflüchteten in Berlin.

Prof. Dr. Ruth Conrad war nach der Ausbildung zur Verlagsbuchhändlerin und dem Studium der Theologie Pfarrerin der württembergischen Landeskirche und u. a. als Assistentin an der evang.-theologischen Fakultät der Universität Tübingen tätig. Seit 2018 ist sie Inhaberin der Professur für Praktische Theologie mit den Schwerpunkten Homiletik/Liturgik und Kybernetik an der Humboldt-Universität zu Berlin und Leiterin des dortigen „Instituts zur Erforschung moderner Religionskulturen“.

Prof. Dr. Kerstin Lammer war Professorin für Seelsorge und Pastoralpsychologie, Studiengangsleiterin des Master-Studiengangs Supervision an der EH Freiburg sowie Pfarrerin, Systemische Familientherapeutin, Supervisorin und Lehrsupervisorin (DGSv/DGfP). Seit Oktober 2019 ist sie als Leitende Pastorin des Hauptbereichs Seelsorge und gesellschaftlicher Dialog in der Nordkirche in Hamburg tätig.

Prof. Dr. Christoph Morgenthaler hat in Theologie und Psychologie promoviert, arbeitete als Gemeindepfarrer in einer Kleinstadt der Deutschschweiz und war von 1985 bis 2012 Professor für Seelsorge und Pastoralpsychologie an der Theologischen Fakultät der Universität Bern und Weiterbildner in Seelsorge. Zu seinen Schwerpunkten gehören systemische Seelsorge, religiös-existenzielle Beratung und empirische Forschung in der Praktischen Theologie.

Prof. Dr. Simon Peng-Keller ist seit 2015 Professor für Spiritual Care an der Theologischen Fakultät der Universität Zürich. Von 2016 bis 2020 war er Seelsorger am Kompetenzzentrum Palliative Care des Universitätsspitals Zürich. Zusammen mit seiner Frau leitet er eine Ausbildung zur Anleitung christlicher Kontemplation am Geistlichen Zentrum St. Peter im Schwarzwald und den MAS-Lehrgang „Christliche Spiritualität“ am Lassalle-Haus.

Dr. Elisabeth Reisch ist Psychologische Psychotherapeutin, Gesprächspsychotherapeutin (GwG), klinische Hypnotherapeutin (MEG), Supervisorin (BDP) sowie Fach- und Sachbuchautorin. In Berlin führte sie bis 2014 eine Praxis für tiefenpsychologisch orientierte Psychotherapie. Seit 2014 lebt sie in Zurückgezogenheit in Himmelpfort (Brandenburg), um ihre Meditationspraxis zu vertiefen; vereinzelte Seminarangebote zu buddhistischer Psychotherapie.

Dr. Rolf Senst ist Facharzt für Psychiatrie, Psychosomatische Medizin und Psychotherapie sowie Traumatherapeut. Er leitet als Ärztlicher Direktor die de'ignis-Fachklinik in Egenhausen (Schwarzwald) und ist stellvertretender Vorsitzender der Akademie für Psychotherapie und Seelsorge (APS).

Nicolai Stern, Psychologe, studierte Medizin in Budapest und an der Charité Berlin, Judaistik (FU Berlin) und Psychologie (TU Berlin). Seit 2009 ist er in eigener Praxis in Berlin als tiefenpsychologisch fundierter Psychotherapeut und Psychoanalytiker tätig; laufendes Promotionsverfahren an der TU Berlin.

Prof. Dr. Michael Utsch, Psychologe und Psychotherapeut, Grundstudium der evang. Theologie (B. A.), langjähriger Referent der EZW, seit 2019 nebenberuflich in einer eigenen psychotherapeutischen Praxis tätig, Dozent in Fachgesellschaften und Lehrbeauftragter an Universitäten, Leiter des DGPPN-Referats „Religiosität und Spiritualität“.

IMMER MEHR PATIENTINNEN UND PATIENTEN TRAGEN DAS THEMA SPIRITUALITÄT IN DIE PSYCHOTHERAPIE



Eckhard Frick | Isgard Ohls |
Gabriele Stotz-Ingenlath |
Michael Utsch (Hg.)

Fallbuch Spiritualität in Psychotherapie und Psychiatrie

2018. 162 Seiten, kartoniert
€ 20,00 D | € 21,00 A
ISBN 978-3-525-40296-2

eBook | ePub 15,99 D | € 16,50 A

Glaube und Spiritualität können Schaden und Teil einer psychischen Störung sein oder aber auch schützen und Heilungsprozesse unterstützen. In den vorgestellten 20 Patientengeschichten kommt eine große Bandbreite von Glaubensformen in unterschiedlichsten Lebenssituationen zum Vorschein. Jede kurze Fallgeschichte wird von einer Fachkollegin oder einem Kollegen kommentiert. Das Einführungskapitel stellt den aktuellen Wissensstand zur Bedeutung von Religiosität und Spiritualität in der Psychotherapie vor, das Abschlusskapitel zieht Schlussfolgerungen für die psychotherapeutische Praxis und Weiterbildung.



Vandenhoeck & Ruprecht Verlage

www.vandenhoeck-ruprecht-verlage.com

Preisstand
10.9.2020

Religionsensible Psychotherapie und Psychiatrie



Neu!

2020. 246 Seiten mit 8 Abb. und
2 Tab. Kart.
€ 35,-
ISBN 978-3-17-035625-2

Globalisierung und Migrationsbewegungen tragen zu einer verstärkten Beachtung religiöser und spiritueller Fragen in unserer Gesellschaft bei. Das bringt auch für die Psychotherapie und die psychiatrische Behandlung verschärfte Herausforderungen mit sich. In diesem Werk werden das Hintergrundwissen zu diesem Veränderungsprozess wie auch Krankheits- und Gesundheitsmodelle der verschiedenen religiösen und spirituellen Traditionen vorgestellt und Beispiele angewandter religionssensibler Psychotherapie kritisch bewertet. Der Herausgeberband beleuchtet damit einen lange übergangenen und zunehmend wichtigen Aspekt psychotherapeutischer und psychiatrischer Praxis.

Dr. Norbert Mönter, Arzt für Neurologie und Psychiatrie, Psychotherapie, Psychoanalyse; Initiator des Berliner psychiatrisch-religionswissenschaftlichen Colloquiums.

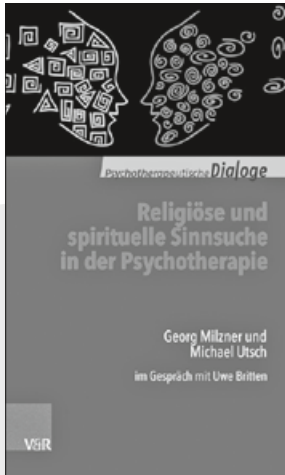
Prof. Dr. Dr. Andreas Heinz, Direktor der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Charité Campus Mitte, derzeit Präsident der DGPPN.

Prof. Dr. Michael Utsch, Psychologe und Psychotherapeut, Referent der Evangelischen Zentralstelle für Weltanschauungsfragen in Berlin, Leiter des DGPPN-Referats „Religiosität und Spiritualität“.

Die Bücher unseres Programms erscheinen
in der Regel **auch als E-Books!**
Leseproben und weitere Informationen: www.kohlhammer.de

Kohlhammer
Bücher für Wissenschaft und Praxis

SPIRITUALITÄT GEHÖRT ZUM LEBEN VIELER MENSCHEN



Georg Milzner | Michael Utsch
**Religiöse und spirituelle
Sinnsuche in der
Psychotherapie**

Georg Milzner und Michael
Utsch im Gespräch mit Uwe
Britten

2019. 146 Seiten, kartoniert
€ 19,00 D | € 20,00 A
ISBN 978-3-525-40496-6

eBook | ePub 15,99 D | € 16,50 A

Psychotherapeutische Dialoge

Ganz egal, ob Therapeuten und Therapeutinnen gläubig sind oder selbst ein spirituelles Bedürfnis spüren, sie müssen sich mit entsprechenden Anteilen ihrer Klientinnen und Klienten auseinandersetzen können. Denn hält ein Mensch etwas für real, dann sind auch die Folgen daraus für ihn oder sie real.

Im Gespräch plädieren Michael Utsch und Georg Milzner dafür, dass Therapeutinnen und Therapeuten offen sind gegenüber spirituellen Weltkonstruktionen. Sie dringen aber auch darauf zu klären, was aus spirituellen Konstruktionen folgt, denn sie können bei der Bewältigung von Krisen und Störungen sowohl nachteilig als auch unterstützend wirken.



Vandenhoeck & Ruprecht Verlage

www.vandenhoeck-ruprecht-verlage.com

Preisstand

10.9.2020

IMPRESSUM

Herausgegeben von der Evangelischen Zentralstelle für Weltanschauungsfragen (EZW),
einer Einrichtung der Evangelischen Kirche in Deutschland (EKD)

Michael Utsch (Hg.)
Religiöse Psychotherapie?
Seelsorge und Psychotherapie im Gespräch
EZW-Texte 267
Berlin 2020

Anschriften
EZW: Auguststraße 80, 10117 Berlin
Telefon 030 28395-211, Fax 030 28395-212
www.ezw-berlin.de
info@ezw-berlin.de

EKD: Herrenhäuser Str. 12, 30419 Hannover
Telefon 0800 5040602
www.ekd.de
info@ekd.de

Koordination
Michael Utsch

Redaktion
Ulrike Liebau

Satz & Druck
verbum Druck- und Verlagsgesellschaft mbH, www.verbum-berlin.de

Bildnachweis
Titelmotiv: Gerd Altmann auf Pixabay

Für den Inhalt der abgedruckten Artikel tragen die jeweiligen Autoren die Verantwortung.
Sie geben nicht unbedingt die Meinung der Herausgeber wieder.

Dieser EZW-Text kann für Bildungszwecke verwendet werden. Die EZW-Texte können einzeln oder in größerer Menge bei der EZW angefordert werden. Das Verzeichnis lieferbarer Titel mit Online-Bestellmöglichkeit finden Sie auf der Internetseite www.ezw-berlin.de. Ein Bezug der Reihe im Abonnement ist möglich. Spenden sind willkommen.

EZW-Spendenkonto
Evangelische Bank eG
IBAN DE37 5206 0410 0106 4028 10
BIC GENODEF1EK1



Die durch Papier und Druck entstandenen Emissionen werden kompensiert über die Klima-Kollekte –
Kirchlicher Kompensationsfonds gGmbH. Informationen zu den Projekten unter www.klima-kollekte.de.

www.ekd.de
www.ezw-berlin.de

Das Verhältnis zwischen Religion und Psychotherapie ist kompliziert und durch traditionelle Zerwürfnisse belastet. Während Carl Gustav Jung der Seele religiöse Funktionen zusprach, sah Sigmund Freud in der Religiosität eine kollektive Neurose. Die Texte dieses Bandes dokumentieren die Vorträge einer Tagung an der Berliner Humboldt-Universität, bei der Psychotherapeuten und Seelsorger miteinander ins Gespräch gekommen sind. Beiträge über ärztliche *Spiritual Care*, kirchliche Pastoralpsychologie, kultursensible Psychotherapie, Religionspsychologie und religiös orientierte Psychotherapieformen zeigen dabei Gemeinsames und Trennendes in der Sorge um den Menschen auf.