basler stadtbuch cms
Christoph Merian Stiftung

Seelsorge und Psychiatrie

Autor(en): Erwin Anderegg

Quelle: Basler Stadtbuch

Jahr: 1998

https://www.baslerstadtbuch.ch/.permalink/stadtbuch/75f13562-b6f2-4a88-b6fd-abf0b320e674

Nutzungsbedingungen
Die Online-Plattform www.baslerstadtbuch.ch ist ein Angebot der Christoph Merian Stiftung. Die auf dieser Plattform veröffentlichten Dokumente stehen für nichtkommerzielle Zwecke in Lehre und Forschung sowie für die private Nutzung gratis zur Verfügung. Einzelne Dateien oder Ausdrucke aus diesem Angebot können zusammen mit diesen Nutzungsbedingungen und den korrekten Herkunftsbezeichnungen weitergegeben werden. Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen ist nur mit vorheriger schriftlicher Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Die systematische Speicherung von Teilen des elektronischen Angebots auf anderen Servern bedarf ebenfalls des vorherigen schriftlichen Einverständnisses der Christoph Merian Stiftung.

Haftungsausschluss
Alle Angaben erfolgen ohne Gewähr für Vollständigkeit oder Richtigkeit. Es wird keine Haftung übernommen für Schäden durch die Verwendung von Informationen aus diesem Online-Angebot oder durch das Fehlen von Informationen. Dies gilt auch für Inhalte Dritter, die über dieses Angebot zugänglich sind.

Die Online-Plattform baslerstadtbuch.ch ist ein Service public der Christoph Merian Stiftung.
http://www.cms-basel.ch
https://www.baslerstadtbuch.ch

Seelsorge und Psychiatrie

Erwin Anderegg

Das Bemühen, die soziale Situation von psychisch Kranken zu verbessern, ist beiden gemeinsam: der Seelsorge wie der Psychiatrie. Häufiger denn je arbeiten Vertreter der beiden Arbeitsfelder miteinander, getragen von der Einsicht, dass Kooperation dabei ebenso wichtig ist wie Abgrenzung.

Während meines Wirkens als Pfarrer an der Psychiatrischen Universitätsklinik (PUK) konnte ich mir immer wieder Gedanken machen über das grundsätzliche Verhältnis zwischen kirchlicher Seelsorge und Psychiatrie, über positive Möglichkeiten der Zusammenarbeit und über notwendige Abgrenzungen. Eine Vorbemerkung ist mir wichtig: Es gibt weder *die* Seelsorge noch *die* Psychiatrie. Im Hintergrund der Seelsorge stehen Vorstellungen von Erfahrungen mit Gott, die in verschiedenster Weise konfessionell geprägt, aber auch sehr persönlich sind. Die Psychiatrie ihrerseits orientiert sich an wissenschaftlichen Deutungen des Krankheitsgeschehens und an Therapieformen, die sich voneinander auch unterscheiden können. Sowohl innerhalb der Seelsorge wie in der Psychiatrie gibt es kein einheitliches Bild von der Seele. Doch ist in beiden Begriffen das Wort ‹Seele› vorhanden, als deutsches in ‹Seelsorge›, als griechisches ‹ψυχη› in ‹Psychiatrie›. Im zweiten Wortteil tritt aber ein Unterschied zutage: ‹Sorge› meint ursprünglich die Sorge um das ‹Seelenheil›, während in ‹iatrie› das ärztliche Bemühen um Heilung zum Ausdruck kommt (‹ιατρος›).

Die heutige Situation stellt sich differenzierter dar. Die Seelsorge möchte auch ihren Teil an die Heilung von psychischer Krankheit leisten, während die Psychiatrie, insofern sie den Ganzheitscharakter psychischen Leidens wahrnimmt, auch die religiöse Dimension des Menschen nicht ausser acht lassen sollte. Beiden gemeinsam ist heute auch das Bemühen, die soziale Situation der psychisch Kranken zu verbessern. Aus diesem Selbstverständnis heraus kann sich sowohl die Notwendigkeit zur Zusammenarbeit als auch zur Abgrenzung ergeben. Gerade in einer psychiatrischen Klinik, auf gedrängtem Raum, auf die gleichen Menschen bezogen, hat beides seine Berechtigung.

Beziehungs- und Spannungsfeld

So besteht zwischen Seelsorge und Psychiatrie sowohl ein Beziehungs- wie auch ein Spannungsfeld. Diese werden nicht nur durch objektive Gegebenheiten geprägt, sondern auch durch subjektive positive oder negative Erfahrungen, welche die Beteiligten allseits gemacht haben und die oft bis in die Kindheit und Jugend zurückreichen. Für die Patientinnen und Patienten und ihre Angehörigen kann es wichtig sein zu wissen und zu spüren, dass zwischen der Seelsorge und der Psychiatrie und den darin tätigen Personen eine Verbindung besteht, auch wenn sich die Sichtweisen der Seelsorge und der Psychiatrie nicht in jeder Situation decken. Oft wenden sich Patienten, die nicht freiwillig in die Klinik eingetreten sind, an den Klinikpfarrer, weil sie ihn als von der Kirche und nicht von der Klinik beauftragten Gesprächspartner eher akzeptieren können. Hier muss jedoch der Klinikseelsorger klarstellen, dass im Spital die therapeutische Entscheidungskompetenz nicht bei ihm liegt. Er kann sich aber in die Diskussion um die Therapie einschalten, zum Beispiel indem er die religiöse Dimension einer Problematik einbringt. So ist der Seelsorger oft Klagemauer und Vermittler in schwierigen Situationen. Es ist sinnvoll, dass er für die Patienten sowohl das Draussen wie das Drinnen zugleich verkörpert.

Ich war bestrebt, diese gewissermassen dialektische Position in vielen Gesprächen, Artikeln und Vorträgen offen darzulegen. Dazu gehört auch mein klares Bekenntnis zur Ökumene. Gerade in einer psychiatrischen Klinik, wo viele Menschen an seelischer Spaltung leiden, hat die Ökumene auch therapeutisch eine positive Wirkung. Die in der PUK tätigen katholischen Seelsorger (es waren dies die Pfarrer B. Roos, W. Steiger, W. Vogt, W. Rosch, H.M. Huwyler) haben diese Ökumene in tiefer

In Seelsorge und Psychiatrie gibt es kein einheitliches Bild von der Seele. Doch in beiden Begriffen ist das Wort ‹Seele› enthalten.

Weise mitgetragen. Es war nicht nur Kollegialität, sondern auch Freundschaft, die unsere Zusammenarbeit prägte.

Das Gottes- und Menschenbild

Seelsorge für leidende Menschen geht aus von einem Gottes- und Menschenbild, das nicht aus einer Lehre, sondern nur aus der lebendigen Schilderung der Beziehung zwischen Gott und Mensch und umgekehrt in der Hl. Schrift erschlossen werden kann. Dass Gott selbst den Menschen sucht, auch wenn dieser sich von ihm verlassen wähnt, ist Grundlage meines Seelsorgewirkens. Gott schenkt dem Menschen seine heilende Nähe, aber er kann ihn auch ‹heimsuchen› in einer für ihn vorerst unverständlichen Weise. Die leidenden Menschen bringen oft zum Ausdruck, dass der Glaube für sie ein Problem darstellt. Als Seelsorger habe ich diese Problematik nicht zu bagatellisieren. Voreilige Tröstungen und Harmonisierungen sind unwirksam.

Im Leiden kann der Mensch religiöse Wandlungsprozesse durchlaufen. Ihn dabei zu begleiten und mit ihm zusammen seine geistigen Erfahrungen zu deuten gehört zu den wichtigsten Aufgaben meiner Seelsorge.

Mitmenschlichkeit

In der Seelsorge geht es auch um die Sinnfrage einer Existenz in leidvollen Krisen und Grenzsituationen. Dem Klinikseelsorger vertrauen sich oft Menschen mit suizidalen Gedanken an. Das Ringen um ein Menschenleben im Schutzraum des Seelsorgegeheimnisses verlangt von ihm ein vor dem Hilfesuchenden, seinen Nächsten, den Therapeuten und vor Gott verantwortetes Handeln, Sprechen und Schweigen. So wird er manchmal zum nächsten Mitmensch des Verzweifelten.

Wir alle können im Alter Patienten oder Patientinnen der Klinik werden, von Alzheimerkrankheit oder Depressionen heimgesucht. Lange Leidenszeiten werfen viele Fragen auf in den Leidenden, ihren Angehörigen und in den Pflegenden. Die Begegnung mit ihnen hat mich immer zu den Wurzeln meiner Aufgabe geführt: die Würde des leidenden Menschen ernst zu nehmen.

Leidende mit religiösen Wahnvorstellungen

Sie zählen für mich zu den sowohl in der Psychiatrie als auch in den Kirchen am wenigsten verstandenen Menschen. Für die einen sind solche Wahnvorstellungen eine Bestätigung für krankmachende Wirkungen des Religiösen, für die anderen Anzeichen einer unechten Religiosität. Theologen erkennen darin oft nur noch das Pathologische und schieben solche Leidende verunsichert an die Psychiatrie ab, ohne ihre eigene Aufgabe an ihnen zu erkennen. Im wahnhaften Erleben nehmen religiöse Vorstellungen einen auffallend grossen Raum ein. Die Angst vor der Desintegration der Person schliesst auch die Angst vor dem Verlust der Beziehung zu Gott ein. Wir können zahlreiche religiöse Wahnvorstellungen als Ausdruck und gleichzeitig tragisch gescheiterten Überwindungsversuch solcher Ängste erkennen, so zum Beispiel die nachstehende Schilderung eines Patienten: «Ich sehe die heilige Dreifaltigkeit. Sie ist ein Dreieck, dessen Seiten mit bengalischem Feuer angezündet sind. Ich bin mitten drin und das Feuer will mich verbrennen.» Dieser Leidende kann als echt religiöser Mensch verstanden werden: Er sucht die seine Seele wärmende Geborgenheit in Gott. Durch die Krankheit bedingt, kann er sie jedoch nur in der Umkehrung erfahren: als Feuer, das ihn verbrennen will.

Depression und Glaube

Gerade weil die Depression ein mehrdimensionales, psychosomatisches Geschehen ist, trifft sie den Menschen auch in seiner Ganzheit. Sie greift seine körperlichen, seelischen und geistigen Kräfte an – auch seinen Glauben. Ich stelle fest, dass von psychiatrischer Seite oft nicht erkannt wird, wie zentral diese Not für einen glaubenden Menschen ist. Verdrängt, spielt sie sich als verschwiegenes Seelendrama ab, das den Verlauf der Krankheit und Therapie wesentlich mitprägt. Auch Angehörige, Freundinnen und Freunde stehen diesem Erleben oft sehr hilflos gegenüber, was Aussagen bezeugen wie: «Du warst doch ein gläubiger Mensch, wie ist so etwas möglich, dass du dich von Gott verlassen fühlst?» Oder: «Du hast zu wenig

oder falsch geglaubt, sonst würde dein Glaube jetzt nicht angegriffen.» Und zuletzt wird sogar der Vorwurf gemacht: «Dein zu wenig starker Glaube ist die Ursache deiner Krankheit.»

Solche direkten oder indirekten Vorwürfe erzeugen im depressiven Menschen meist keine Abwehrhaltung, im Gegenteil: Er gibt den anderen recht. Zu sehr ist er bereit, sich zu entwerten, als dass er zur Integrität seines Glaubens, auch wenn dieser tiefe Fragen erzeugt, vor Gott, sich selbst und den Mitmenschen stehen kann. Meine Erfahrung zeigt mir, dass auch ein glaubender Mensch depressiv werden kann. Und ich erwarte, dass ihm ein besonderer Anspruch auf verstehende und theologisch kundige Seelsorge zugebilligt wird – eine Seelsorge, die sein Glaubensproblem ernst nimmt und darin Ansätze zu einem neuen Verständnis des Glaubens erkennt, in dem auch die Erfahrung der Depression integrierbar ist.

Wendung des Glaubens

Im 126. Psalm finden sich die Gebetsworte einer leidenden Gemeinschaft: «Herr, wende unser Geschick!» Solcher Glaube widerspricht der Zufälligkeit und Endgültigkeit der Leiden. Sie sind zwar nicht abwendbar, aber vielleicht wendbar. Dies hat tiefe Konsequenzen für Menschen in Leidenszuständen. Manch schwere Krankheit mit Zeiten trostloser Leere ist, im Rückblick gesehen, nicht sinnlos durchlitten worden. Ein in die Suchtkrankheit geratener Mensch, der dadurch oft sich selbst entwürdigt oder von anderen Menschen erniedrigt wird, ist nicht nur dem Selbstmord auf Raten preisgegeben, sondern darf sich den Wandlungsmöglichkeiten der Therapie und den Kräften des göttlichen Geistes anvertrauen. Es ist mein Glaube: Der Mensch fällt durch das Leiden nicht aus der Ordnung Gottes. Er verliert die ‹imago Dei› – dass er nach Gottes Bild geschaffen ist – nie, auch wenn sein Wesen von der Resignation so verdunkelt sein kann, dass manchmal nur noch ein Rest vom ursprünglichen Goldgrund sichtbar ist. Ich betrachte es als eine der wichtigsten Aufgaben der Seelsorge, Resignation abtragen zu helfen, damit die Samenkörner der Hoffnung darunter nicht zugrunde gehen, sondern wieder zum Keimen kommen.

Der Mensch fällt durch das Leiden nicht aus der Ordnung Gottes. Seelsorge für Leidende Menschen basiert auf der lebendigen Schilderung der Beziehung zwischen Gott und Mensch.