

---

# Spiritualität als Thema kirchlicher Psychiatrieseelsorge in Deutschland

Ein Beitrag zur Debatte um Spiritual Care und Seelsorge

Gerhard Dittscheidt

---

*Zusammenfassung:* Forschung und Diskussion zum Thema Spiritualität haben in der Palliativmedizin und in Psychiatrie und Psychotherapie zugenommen. Zugleich wandelt sich christliche Seelsorge in der heutigen multireligiösen Welt und muss ihre Form und ihr Vorgehen begründet präsentieren. Hier skizziert der Beitrag eine seelsorgetheologische Position im Kontext von Spiritual Care aus deutscher kirchlich-pastoraler Perspektive.

*Abstract:* Research and discussion on spirituality have increased in palliative care and in psychiatry and psychotherapy. At the same time, Christian pastoral care is changing in today's multireligious world and must present its form and approach transparent and reasonable. The following text outlines a pastoral theological position in the context of spiritual care from a German ecclesiastical-pastoral perspective.

## 1 „Spiritualität“ in Psychiatrie und Seelsorge – der Weg dieses Textes

Zur Einführung dient der Blick auf zwei Studien zur Bedeutung von Spiritualität aus der Sicht von Betroffenen und vom Personal (2). Sodann werden Erfordernisse an therapeutisches und seelsorgliches Arbeiten genannt (3). Darauf folgt eine Information über Grundverständnisse von „Spiritualität“ in aktuellen Referenzpapieren (4). Ob und in welchem Umfang diese in der Entwicklung von „Spiritual Care“ verwoben oder ob dies seelsorgetheologisch und (kirchen-)kritisch gesehen und differenziert werden muss, das ist Gegenstand des nächsten Punktes (5). Darauf folgt eine Sammlung spiritualitätsrelevanter Themen und Anlässe, die bei seelsorglicher Begleitung auftauchen (6). Abschließend lässt sich ein Profil von „heilsamer“ Psychiatrieseelsorge herauschälen (7).

## 2 Hat „Spiritualität“ für Patienten und Pflegende eine Bedeutung?

Die Frage nach Ressourcen eines erkrankten Menschen (nach seinen Stilen, Erfahrungen, Narrativen oder seiner Weltanschauung) hat in den meisten therapeutischen und seelsorglichen Begleitungen eine Bedeutung. Darin müssen vermehrt kultur- und religionssensibel Aspekte einbezogen werden, ohne die die Patienten mit ihren Welt-Bildern nicht begleitet werden können. Eine Studie von *Franz Reiser* an der Universitätsklinik Freiburg präzi-

siert diese Aspekte.<sup>1</sup> Aus der Stichprobe gaben etwa ein Viertel der Patienten an, dass das Thema Spiritualität eine Bedeutung habe, allerdings auch über 40 %, dass es nicht so wichtig sei. Breit gestreut ist die Antwort darauf, welche Berufsgruppe auf Patient\*innen diesbezüglich zugehen soll. Insgesamt lässt sich für existentielle Fragen und Sinnfragen festhalten, dass auch von agnostischen, oder atheistischen Patienten grundsätzlich Erwartungen an die Klinik bestehen. Religiöse Patienten interpretieren sich und ihr Bedürfnis eher spirituell, andere eher existentiell. Religiöses Ringen und (negatives) religiöses Coping sind zunächst synonym. Die Psychopathologie beeinflusst das religiöse Ringen und umgekehrt. Er stellt fest, dass therapeutisches und pflegerisches Personal dem Thema eine hohe Bedeutung beimessen. Diesbezüglich hat die Frage nach spiritueller Anamnese bereits zu unterschiedlichen Tools in der Behandlungspraxis geführt. Explizit kann darin eine Wertschätzung zum Ausdruck kommen, implizit könnten Haltungen oder Reaktionen auf Verlust und die eigene Widerstandskraft stimuliert werden. *Reiser* schlägt vor, zu Anfang eines Aufenthaltes kurz eine spirituelle Anamnese vorzunehmen und dies zu einem geeigneten Zeitpunkt noch einmal proaktiv fortzusetzen.

*Eunmi Lee* geht in ihrer Studie<sup>2</sup> aus verschiedenen Kliniken Deutschlands der Frage nach der Bedeutung, die das Personal dem Thema Spiritualität gibt, nach. Auch ihre Ergebnisse lassen sich kurz fassen: Dem Personal ist die eigene Spiritualität wichtig und es hält sie für eine Ressource im Sinn positiven Copings. Die persönliche Position zeigt Auswirkungen auf das Vorkommen in der Arbeit. Allerdings markiert das Personal Defizite in der Integration der Themen Spiritualität/Religiosität in den Behandlungsrahmen. Die Zusammenarbeit mit der Klinikseelsorge wird vom Personal sehr begrenzt und zum überwiegenden Teil von Pflegenden, aber nicht von Therapeuten oder Ärzten erwähnt. In der Regel gibt es keine Aus- und Weiterbildung mit religiösen oder spirituellen Themen. Hier stellen sich Fragen für die Seelsorge: Welche Qualität haben Selbst- und Fremderfahrung und welche kulturelle und religionssensible Kompetenz besteht? *Lee* erkennt hier ein großes Defizit.

Festgehalten werden soll, dass das Thema der Spiritualität (und Religiosität) von einer nachweislichen Bedeutung ist.

---

1 Vgl. *Franz Reiser*, Menschen mehr gerecht werden. Zur Religiosität bzw. Spiritualität von Patientinnen und Patienten in Psychiatrie und Psychotherapie, Würzburg 2018.

2 Vgl. *Eunmi Lee*, Religiosität bzw. Spiritualität in Psychiatrie und Psychotherapie. Ihre Bedeutung für psychiatrisches Wirken aus der Sicht des psychiatrischen Personals anhand einer bundesweiten Personalbefragung, Würzburg 2014.

### 3 „Spiritualität“ als Herausforderung für therapeutisches und seelsorgliches Handeln

#### 3.1 „Spiritualität“ und „Religiosität“ aus psychiatrisch-fachverbandlicher Perspektive

Die oben genannten Ergebnisse stehen nicht isoliert da. In der Gesundheitspolitik besteht ein Konsens, dass Patienten wie jeder Mensch eine (sich selbst) transzendierende, sinnsuchende erfahrungsorientierte identitätsstiftende Dimension haben, die alle Bereiche des Lebens und den Umgang mit Leiden und Tod betreffen kann.<sup>3</sup> In der Palliativmedizin zeigt sich das in der Rede vom „spirituellen Schmerz“, der im Verständnis einer „Total-Pain-Vorstellung“ Teil des „Palliativ-Care“- und speziell des „Spiritual-Care“ Konzeptes ist und spirituellen Bedürfnisse von Patienten betrifft. Ähnliches gilt für das Feld psychischer Erkrankungen, allerdings mit charakteristischen Differenzen aufgrund anderer Pathologien, die andere Dynamiken nach sich ziehen und in der Begleitung beachtet werden müssen.<sup>4</sup>

Ende 2016 erschien eine Empfehlung der *Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde*<sup>5</sup> zum Umgang mit dem Thema Spiritualität/Religiosität, die eine Reihe von Hinweisen zum Umgang mit Spiritualität und Religiosität für die therapeutische Praxis gibt. Sie nennt Aspekte, die zukünftig in Ausbildung und Praxis beachtet werden sollten:

- Es bedarf einer *interkulturellen Kompetenz* (Fähigkeit zum Perspektivwechsel);
- ... einer *anamnestischen Kompetenz* (Erfassen von Wertvorstellungen und religiösen Überzeugungen);
- ... einer Integration der Aspekte Religiosität und Spiritualität in den *Behandlungsplan*, auch mit Blick auf nicht-religiöse Patienten mit existentiellen Fragen.
- *Grenzverletzungen* und *Therapiehindernisse* aufgrund unterschiedlicher Zielvorstellungen religiöser und therapeutischer Horizonte sollen dabei sichtbar und vermieden werden.

3 Vgl. *Simon Peng-Keller* (Hg.), *Gebet als Resonanzereignis. Annäherungen im Horizont von Spiritual Care*, Göttingen 2017, 177.

4 Vgl. *Anton Bucher*, *Psychologie der Spiritualität*, Weinheim 2014; *Michael Utsch u. a.* (Hg.), *Psychotherapie und Spiritualität. Mit existenziellen Konflikten und Transzendenzfragen professionell umgehen*, Heidelberg 2014; *Arndt Büssing u. a.* (Hg.), *Dem Guten tun, der leidet. Spiritualität in der Behandlung und Begleitung kranker Menschen – Interdisziplinäre Perspektiven*, Heidelberg 2015; *Liane Hofmann u. a.* (Hg.), *Spiritualität und spirituelle Krisen. Handbuch zu Theorie, Forschung und Praxis*, Stuttgart 2017; *Georg Juckel u. a.* (Hg.), *Spiritualität in Psychiatrie & Psychotherapie*, Lengerich 2018.

5 *Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde* (DGPPN) *Michael Utsch u. a.*, *Empfehlungen zum Umgang mit Religiosität und Spiritualität in Psychiatrie und Psychotherapie*, in: *Spiritual Care* 6 (2017), 141–146.

- *Professionelle Grenzen* müssen bei therapeutischen Methoden bedacht und kommuniziert werden, wenn sie religiöse Interventionen ausschließen und zugleich aufgrund von *therapeutischer Standards* eine *aufgeschlossenen Neutralität* gegenüber einem möglichen Transzendenzbezug erfordern.
- Die Person des Behandlers bzw. der Behandlerin und ihr *selbsterfahrungsbezogener Standpunkt* gegenüber den Themen Spiritualität und Religiosität muss beachtet werden.
- Um dies zu gewährleisten, muss *Aus- und Weiterbildung*, sowie *weitere Forschung* betrieben werden.

### 3.2 Spezielle Anforderungen an Psychiatrieseelsorge

Für die Psychiatrieseelsorge lassen sich ebenfalls Kriterien festhalten. Der Blick auf den Menschen in, aber auch jenseits seiner Krankheit als einer Pointe christlich-theologischer Anthropologie kann ein Merkmal in der heutigen pluralen Situation und in der psychiatrieseelsorglichen Arbeit sein. Das lässt sich etwa am Thema menschlicher *Würde* nachzeichnen.

- So beschreibt es *Weiher* als ein grundsätzliches Anliegen seelsorglicher Begleitung, dem Patienten in der Begegnung eine Möglichkeit zu geben, *tiefste und innerste Dimensionen des eigenen Würdeempfindens (wieder) verfügbar* zu machen. Dazu entwickelt er auch das Modell einer (*personalen*) *berührenden, (be-)deutenden und (rituell) begehenden Praxis*.<sup>6</sup> Das Thema „*Würde*“ ist anders als bei der „*Würdetherapie*“ im palliativen Kontext<sup>7</sup> im Kontext der Psychiatrie weniger als (Lebens-)Resümee bedeutsam, sondern eher implizit bei der Unterscheidung von positivem und negativem Coping sichtbar. Oder wenn das Thema der *Ehre* eines Menschen – gerade im Zusammenhang mit *anderen Kulturkreisen* – aufkommt. Schließlich kann sich in der Haltung einer (Lebens-)*Akzeptanz* ein Zugang zum eigenen *Würdeempfinden* entfalten.<sup>8</sup> Das begegnet zumal angesichts der fundamentalen Erfahrung der bleibenden „*Ambivalenz*“ von Lebensthemen, auch im Glauben (Glaube & Angst, Geheimnis & Erfahrung Gottes, Gewissheit & Zweifel ...), was der Pastoralpsychologe *Michael Klessmann* besonders entfaltet.<sup>9</sup>

6 Vgl. *Erhard Weiher*, Das Geheimnis des Lebens berühren. Spiritualität bei Krankheit, Sterben, Tod. Eine Grammatik für Helfende, Stuttgart 2014, 132–134; *Erhard Weiher*, Spiritualität und Würdeempfinden. Möglichkeiten spiritueller Begleitung am Lebensende, in: *Norbert Feinendegen u. a.* (Hg.), Menschliche Würde und Spiritualität in der Begleitung am Lebensende. Impulse aus Theorie und Praxis, Würzburg 2014, 411–424.

7 Vgl. *Harvey M. Chochinov*, Würdezentrierte Therapie. Was bleibt – Erinnerungen am Ende des Lebens, Göttingen 2017.

8 Vgl. *Hinrich Bents u. a.* (Hg.), Psychotherapie und Würde. Herausforderung in der psychotherapeutischen Praxis, Berlin 2018.

9 Vgl. *Michael Klessmann*, Ambivalenz und Glaube. Warum sich in der Gegenwart Glaubensgewissheit zu Glaubensambivalenz wandeln muss, Stuttgart 2018.

- Weiter stellen sich *spezielle medizinethische Fragen* aus psychiatrischen Kontexten wie die der Zwangseinweisung, -medikation, Fixierung und Betreuung im Verbund mit einem würdigenden Blick auf den Patienten.

Diese Aspekte weisen auf die *Menschenwürde*, um die nicht zuletzt für Menschen mit einer Krankheit gerungen werden muss. Sie haben potentiell eine *grundsätzliche spirituelle Tiefe* (als Frage eines Menschen nach sich, nach den Anderen, nach der Welt und nach einem Darüber-Hinaus), die ein gegenseitiges Wissen und eine Kooperation von Therapie und Seelsorge nahelegen.<sup>10</sup> Es nimmt aber die Arbeit der Seelsorge, vergleichbar den metapsychologischen Grundlegungen und dem Vorgehen verschiedener therapeutischer Verfahren in die Pflicht zu gezielter Kenntnis psychiatrischer und therapeutischer Ansätze, um das erforderliche Maß *kritischer Fachlichkeit* zu (er-)halten.<sup>11</sup>

### 3.3 Kritisiertes und kritisches kirchliches Handeln

Nun ist kirchliche Seelsorge in Wandel. Pluralisierung, Individualisierung und multireligiöse Alltagswelten fordern und fördern eine „Patchwork-Spiritualität“.<sup>12</sup> Kirche als Sozialgestalt steht dabei von außen und innen unter (Plausibilitäts-)Druck.<sup>13</sup> Und durch die *Missbrauchsfälle* ist das kirchliche Kernhandeln der Seelsorge so diskreditiert, dass man gegenwärtig kaum von einer unbestrittenen Praxis ausgehen darf. Gleichzeitig sind sexueller und spiritueller Missbrauch (Gewalt) selbst ein psychiatrisch-psychotherapeutisch relevantes Thema. Seelsorge in der Psychiatrie muss sich deshalb (selbst-)kritisch verorten:

- Speziell *geistliche* oder *spirituelle Begleitung* hat das Ziel, Suche und Entdeckung *spiritueller Ressourcen* und die Entfaltung einer *spirituellen Selbstbestimmung* angesichts der Frage und der Erfahrung von *Sinn* zu fördern.<sup>14</sup>
- Patientenorientiert muss die Erfahrung des geistlichen Missbrauchs oder der sexualisierten Gewalt in kirchlichen Kontexten vorkommen können.
- Ergebnisse zur Wirksamkeit von spiritueller und religiöser Praxis und mögliches menschliches Wachstum in einer Krise bzw. im Leid (Salutogenese/Resilienz/„Posttraumatic Growth“) *erfordert transparente kritische*

10 Vgl. Reiser, Menschen mehr gerecht werden, 83–86.

11 Vgl. Michael Klessmann, Pastoralpsychologische Perspektiven in der Seelsorge: Grenzgänge zwischen Theologie und Psychologie, Göttingen 2017; ders., Theologie und Psychologie im Dialog. Einführung in die Pastoralpsychologie, Göttingen 2020.

12 Vgl. Margit Gratz / Traugott Roser, Curriculum Spiritualität für ehrenamtliche Hospizbegleitung, Göttingen 2016, 82.

13 Vgl. Rainer Bucher, ... wenn nichts mehr bleibt wie es war. Zur prekären Zukunft der Katholischen Kirche, Würzburg 2012.

14 Vgl. Doris Wagner, Spiritueller Missbrauch in der Katholischen Kirche, Freiburg i. Br. 2019, 30–51.

*Begründung.* Hierin kann sich ein *Merkmal von christlicher Seelsorge als kritischem Format und Verfahren* zeigen.

#### 4 *Verschiedene Selbstverständnisse von „Spiritualität“ in aktuellen Referenzpapieren*

Verschiedene Definitionen von „Spiritualität“ weisen darauf hin, dass der Erfahrungsraum gesehen, aber nicht einhellig gedeutet werden kann. So arbeiten die Empfehlungen der DGPPN mit einer evidenzorientierten Konsensvorstellung bzw. mit einem Containerbegriff, der die persönliche Suche nach dem Heiligen und nach Selbsttranszendenz und Verbundenheit, auch jenseits von Weltanschauungen meint.<sup>15</sup> Das Verständnis der Deutschen Bischofskonferenz betont eine transzendente Glaubens- und Beziehungserfahrung zu Gott.<sup>16</sup> Mit dem gleichen Begriff werden unterschiedliche Aspekte gewichtet. Eine operationalisierbare Position formuliert *Anton Bucher*, im Wissen, dass es weiterer quantitativer und qualitativer Forschung bedarf. Er öffnet das Verständnis in verschiedene Richtungen und blickt auf das, was einem Menschen an sich selbst und aus sich heraus mit sich verbindet, lenkt den Blick auf die Verbindung zur sozialen und naturalen Umwelt und sieht die Eröffnung für und mögliche Verbindung zu einer höheren geistigen Dimension. An dies Verständnis kann angeknüpft werden.<sup>17</sup> Umgekehrt ist es wiederum aus seelsorgetheologischer Sicht *Erhard Weiher*s Ansatz, der vergleichbar beschreibt. Er sieht in der Unschärfe des Spiritualitätsverständnisses einen Weg, sich dem Geheimnis des Lebens und Sterbens heute neu zu nähern und ‚definiert‘:

„Spiritualität ist jede – positive wie negative – Erfahrung, bei der sich der Mensch mit dem Geheimnis des Lebens – als heiligem Geheimnis – in Verbindung weiß.“<sup>18</sup>

Er führt weiter aus bis hin zu einem möglichen ‚unscharfen‘ symbolischen Inhalt, wenn er vom individuell bedeutsamen ‚*Geheimnis des Lebens*‘ spricht:

„‚Geheimnis‘ ist ein Symbolwort für die innerste Qualität des Menschen und seines Schicksals, aber auch dessen Eingebettetsein in ein Größeres. In diesem Sinn ist das ‚Geheimnis des Lebens‘

- zwar nicht völlig begreifbar und verfügbar,
- aber so wertvoll und reizvoll, dass es sich dafür (und damit) zu leben lohnt,
- daher eine ‚Wirklichkeit‘, die in Beziehung kommen und berührt werden will.“

Weiter differenziert er zwischen Alltagsspiritualität und Glaubensspiritualität:

„• *Alltagsspiritualität* (im Original fett gedruckt, GD) meint die Art, wie Menschen den Dingen und Ereignissen des Lebens über sich hinaus Bedeutung geben, den

15 Vgl. DGPPN 141.

16 Vgl. *Die Deutschen Bischöfe – Pastoralcommission* (Hg.), „Ich war krank und ihr habt mich besucht“ (Mt 25, 36). Ein Impulspapier zur Sorge der Kirche um die Kranken, Bonn 2018, 22.

17 Vgl. *A. Bucher*, Psychologie, 40.

18 *Weiher*, Geheimnis, 29.

„Geist“ ihrer Beziehungsgeschichte mit der Wirklichkeit. Dort, in der alltäglichen Lebensgestaltung (z. B. dass er seinen Garten liebt), wird mittelbar etwas von dem erfahren, was für sie das Heilige ist, was sie zutiefst bewegt und inspiriert.

- Zur *Glaubensspiritualität* (im Original fett gedruckt, GD) wird diese indirekte Spiritualität, wenn Menschen sich über diese implizite Bedeutungsgebung hinaus ausdrücklich mit dem Geheimnis des Lebens in Verbindung wissen. Wenn sie diese Verbundenheit dem absoluten, gar dem heiligen Geheimnis aller Wirklichkeit, dem umfassenden göttlichen Sinngrund zuschreiben, dann ist das eine Spiritualität mit großer Transzendenz.<sup>19</sup>

Dieses Verständnis erlaubt der Seelsorge nicht nur im palliativen Kontext eine kritisch-diskursive und differenzierte Verwendung, die mit psychiatrisch-therapeutischen Vorstellungen ins Gespräch kommen kann.

## 5 Im Diskurs: „Spiritualität“ in der Seelsorge und in Spiritual-Care – (k)ein Vergleich?

### 5.1 Professionalisierung und Multiprofessionalität im Gesundheitswesen

Die Anforderungen an heutige Professionen im Bereich des Gesundheitswesens sind im Wandel. Das bringt auch neue Herausforderungen (Personalstand? Qualitätsstandards?) für christliche Seelsorge mit sich. Kriterien für heutige Seelsorge lassen sich finden. Im Sinne eines professionellen Handelns ist es medizinisch-therapeutisch als *Vollzug aufgeschlossener Neutralität* möglich, das *Gewahr-Werden einer spirituellen Dimension beim Anderen* zu gestalten. Das gilt entsprechend ausdrücklich für *seelsorgliches* Tun als *spezielle professionalisierte christlich-kirchliche Kompetenz* in psychiatrisch-psychotherapeutischen Kontexten. Krankenhausseelsorge hat in Teilen ein der therapeutischen Grundhaltungen vergleichbares Selbstverständnis, insofern sie (*selbst-)erfahrungsorientiert* arbeitet, statt als Wissensvermittlung als *Deutungshilfe des Lebens als einem Geheimnis* agiert und sich als prophetisch-kritische *Lebens- und Befreiungshilfe*<sup>20</sup> versteht. Darüber hinaus bedarf seelsorgliches Tun im psychiatrisch-therapeutischen Kontext weiterer Kompetenzen. Thomas Beelitz entfaltet diesbezüglich das Motiv der Entwicklung von ‚*Kulturen der Grenze*‘ als wesentlicher Aufgabe professioneller Seelsorge in der Psychiatrie.<sup>21</sup> Dass es inhaltlich, methodisch und strukturell zu Überschneidungen kommen kann schreibt er den dem Feld typischen Unklarheiten zu, wie sie sich zumal in den Verständnissen von Spiritualität und Religiosität oder angesichts der Frage von heilsamer/salutogener oder unheilvoller/patho-

19 Beide Zitate: *Weiber*, Geheimnis, 49.112.

20 Vgl. *Michael Klessmann*, Seelsorge. Begleitung, Begegnung, Lebensdeutung im Horizont des christlichen Glaubens, Neukirchen-Vluyn 2008.

21 Vgl. *Thomas Beelitz*, Kulturen der Grenze – Seelsorge in der Psychiatrie als Herausforderung. Transformationen. Pastoralpsychologische Werkstattberichte 19, Frankfurt a. M. 2013, 4–62.

logischer spiritueller oder religiöser Praxis *sowohl* für ärztliche *wie* für therapeutische *wie* für seelsorgliche Wahrnehmung und Unterscheidungsfähigkeit abzeichnen.

*Spiritual Care als Antwort – auch für Seelsorge?* Eine spezifische Antwort auf die heutigen Erfordernisse und auf das Anliegen der Beachtung von Spiritualität im Raum des Gesundheitswesens und speziell der Palliativversorgung sucht der Ansatz von Spiritual Care.<sup>22</sup> Sie kann im Rahmen einer *spirituellen Anamnese* spezielle spirituelle Bedürfnisse und Ressourcen erheben und im Team auch Rollenaufgaben befördern. Weiher plädiert dafür, dass sich *professionelle* Seelsorge im Rahmen des Gesundheitswesens ‚auch‘ als *Spiritual Care* verstehen sollte.<sup>23</sup> Beelitz sieht für die nahe Zukunft die Aufgabe für Seelsorge, dass sie sich im Konzert der Professionen

„... zum *spirituellen oder religiöser Makler* entwickeln [wird GD], zur beratenden Partnerin in der Bearbeitung existentieller und spiritueller/religiöser Fragen und Angelegenheiten für Patienten und Angehörige, für Mitarbeitende und Teams, für Überweisende sowie für zugehörige Glaubensvertreterinnen. [...] Sie sollte ihr spezifisches Professionswissen zur Verfügung stellen können!“<sup>24</sup>

Systematisch betrachtet kommt aber spätestens jetzt noch einmal die Frage nach dem Verhältnis von *Spiritual Care* und *spiritueller Begleitung resp. Seelsorge* auf, insofern das, was unter *Begleitung spiritueller Bedürfnisse* aus medizinischer und gesundheitswissenschaftlicher Sicht verstanden wird nicht deckungsgleich dasjenige ist – oder sein muss bzw. sein kann –, was seelsorgetheologisch und religiös-christlich oder kirchlich in Theorie und Praxis darunter verstanden wird. Selbst eine positive Auseinandersetzung mit verschiedenen Kooperationsmodellen oder Entwicklungen von Spiritual Care im Gesundheitswesen enthebt nicht von der Frage des eigenen Grundes bzw. der initiativen kirchlichen Verantwortung für das Format ‚christliche Seelsorge‘.<sup>25</sup> Das zeigt auch eine kritische Lesart des systemischen Modell von *Traugott Roser*, der Spiritualität auf der Ebene der/s Einzelnen, auf der Mesoebene I des Patienten und auf der Mesoebene II des (Betreuer-)Systems und auf der Makro-Ebene des Betreuungsnetzes erkennt.<sup>26</sup> Darin bilden sich Komplexität, aber auch mögliche Probleme, Konfliktebenen, und Kooperationsstellen ab. Seelsorgetheologisch gilt es, darauf einzugehen, welche *spezielle personenbezogene* Bedeutung „Spiritualität“ im Kontext von Glauben und Religion(en) heute hat

22 Vgl. *Dorothee Bürgi / Eckhard Frick*, Spiritual Care, in: *Barbara Steffen-Bürgi u. a.* (Hg.), *Lehrbuch Palliative Care*, Bern 2017, 522–529, 522.

23 Vgl. *Weiher*, *Geheimnis*, 153–158.

24 *Beelitz*, *Kulturen*, 58–59.

25 Vgl. *Thomas Beelitz*, *Entwicklungen im Bereich von Spiritual Care weltweit. Transformationen. Pastoralpsychologische Werkstattberichte 29*, Frankfurt a.M. 2018, 4–38. *August Laumer*, *Spiritual Care. Chance oder evolutionärer Ersatz für die christliche Krankenhaus-seelsorge?*, in: *WzM 70* (2018), 153–164.

26 Vgl. *Traugott Roser*, *Spiritual Care. Der Beitrag von Seelsorge zum Gesundheitswesen*, Stuttgart 2017, 454.

und *wer* dies identifizieren und begleiten kann (Spiritualität & Religiosität individuell und sozial bzw. psychosozial). Das Gewicht des spirituell-religiösen Themas in seiner identitätsfördernden und fluiden oder fragilen (?) Kraft und in den damit verwobenen individuellen und sozialen Dimension lässt sich gut in einem Kommunikations- und Diskurskontinuum angesiedelt denken, das die Weltanschauung/Religiosität des Patienten und des Behandelnden/Begleitenden in eine positive Relation setzt und Behandelnde und seelsorglich Begleitende nach personalem Angebot, Intention und Ziel zugleich aufeinander bezogen und unterscheidbar hält. Allerdings lässt ein primär funktionelles bzw. primär individuell vermitteltes Verständnis von Seelsorge die Last der Bestimmung ganz auf der Seite des einzelnen Seelsorgers. Die inhaltlichen, kommunikativen und personalen unreduzierbaren Aspekte in Kommunikation und Differenz des Zueinanders der verschiedenen Ebenen sind jedoch weiter offen. Der Vorschlag von *Simon Peng-Keller*, Spiritual Care als neues Forschungs- und Handlungsfeld zu verstehen, erlaubt grundsätzlich, aber inzwischen deutlich profiliert auch konkret die positive Bestimmung.<sup>27</sup> Aber auch dann bedarf es wie bei *Rosers* Vorschlag einer verantworteten Positionierung und Ausgestaltung christlicher bzw. kirchlicher Seelsorge, gerade wenn dies mit geringeren personellen und finanziellen Mitteln sein wird – und etwa den Bedarf (entlang am Bedürfnismodell) mit hoher Wahrscheinlichkeit nicht decken kann (!). Besonders *Isolde Karle* und *Doris Nauer* kritisieren *kirchliche* Positionen aus seelsorge- und pastoraltheologischer Sicht und fordern, eine *religiöse strukturell-kirchliche Verantwortung* – gegen Komplexitätsreduktion von Gesundheitssystem und Religionssystem, eine *inhaltliche Füllung* – gegen Entleerung und zur Sicherung differenzierter religiöser Begleitung und sehen es als erforderlich an, eine *qualifizierte personale Ausstattung* zu sichern.<sup>28</sup> Es bleibt aus dem kirchlichen Selbstverständnis der Sendung Aufgabe, Seelsorge *als* christlich-kirchliche Seelsorge durch die Kirchen (selbst eingeschränkt) weiter zu bestallen. Das spricht jedoch nicht gegen, sondern für ein *institutionell* getragenes *Kooperationsmodell*, das christlich-kirchliche Seelsorge in einem pluralen religiösen, seelsorglichen und kulturellen Kontext versteht.

## 5.2 Erste Klärungen für die Praxis

Der Marginalisierung eines Teilgebietes (in diesem Fall der Seelsorge) entgegenzutreten, erfordert, Fragen nach *Inhalten und Verfahren* therapeutischen Handelns *und* kirchlich-seelsorglichen Handelns als jeweiliger reflektierter Praxis und Kooperation (Welche Methode kann Seelsorge bzw. Therapie?) zu

27 Vgl. *Simon Peng-Keller*, Klinikseelsorge als spezialisierte Spiritual Care: Der christliche Heilungsauftrag im Horizont globaler Gesundheit, Göttingen 2021.

28 Vgl. *Isolde Karle*, Chancen und Grenzen differenter Systemlogiken im Krankenhaus: Perspektiven einer Kooperation von Seelsorge und Spiritual Care, in: *Spiritual Care* 7 (2018), 57–67; *Doris Nauer*, Seelsorge. Sorge um die Seele, Stuttgart <sup>3</sup>2014; *dies.*, *Spiritual Care statt Seelsorge?*, Stuttgart 2015.

reflektieren und zu beantworten.<sup>29</sup> Wiederum kann hier *Weiher's* Ansatz vorgestellt werden. So versteht er ‚*spirituellen Schmerz*‘ als unterbrochene Verbindung eines Menschen zu seinem Geheimnis des Lebens. Dies interpretiert er in einem sehr weiten Sinn, der sich aus der Persönlichkeit, der Lebenseinstellung sowie dem biografischen Kontext eines Menschen formt und schon eigene Schwäche, körperlichen Zerfall oder auch nur eine wesentliche Selbst Einschränkung bezeichnen kann.<sup>30</sup> Ein Begleiter oder eine Begleiterin ist hier *symbolisch* an der Begegnung beteiligt, ein Instrument, das die Saiten des oder der Anderen zum klingen bringen kann. Der *symbolische Helfer* oder die *Helferin* hat eine wichtige Funktion: Er bzw. sie ist ein ‚*Container*‘ (*Bion*), der Resonanzmöglichkeiten auf verschiedenen Ebenen bieten kann. Sie geben alle keine direkte Antwort, erlauben aber eine Beziehung und die Gestaltung eines Raumes. Zugleich ist dies in der erforderlichen Selbstbegrenzung Anlass, die eigene Ohnmacht und die eigene Grenze anders zu betrachten. Es geht in der Begleitung um *die Entfaltung einer Tugend des bewussten Einfühlens*, das unterscheidbar ist von einem primär emotional bestimmten Mitleid. Das lässt dem *Anderen in seinem Leid seine Würde, selbst ergriffen* zu sein und in einer *bewussten Weise* mit dem Geheimnis in Berührung zu kommen. Darin kann sich letztlich auch eine Mitleidenschaft als spirituelles Motiv zeigen, die Quellen des Glaubens, Wege des Leidens und der Suche mit dem Anderen und vielleicht mit Gott (Gott und Leid – Jesus Christus am Kreuz? / Theodizee?) anrührt.<sup>31</sup>

Die *Person des Seelsorgenden* lenkt ihre Aufmerksamkeit bewusst auf die Selbstbekundungen des Patienten und auf darin eingewobene Spiritualität, aus den Spuren des Alltags bis hin zu einem Sinn für transzendente Sinnräume. Sie bringt die Dimension des Heiligen in die aktuelle Beziehung und in den Lebens-, Liebes- und Leidenshorizont bis hin zu einer Vorstellung von Gott hinein und hält sie offen.<sup>32</sup>

## 6 Grundmotiv, Anlässe und Themen seelsorglicher Begleitung zur Selbstsorge

Ein Grundmotiv von Psychiatrieseelsorge kann nun sein, *Seelsorge als „Anstiftung zur Selbstsorge“* zu verstehen, das beansprucht, aus der Erfahrung des *Glaubens* und *des Vertrauens einer von Gott zugesprochene Freiheit und Erfüllung zu den Menschen gesendet* zu sein.<sup>33</sup> Es ist im strengen Sinn eine

29 Vgl. *Gerhard Dittscheidt / Antje Streithof-Menzler*, Krankenhausseelsorge in der Psychiatrie, in: *Juckel*, Spiritualität, 181–209; *Klessmann*, Pastoralpsychologische Perspektiven; *Beelitz*, Kulturen der Grenze.

30 Vgl. *Weiher*, Geheimnis, 232.

31 Vgl. ebd., 225.

32 Vgl. ebd., 140.144.147.151.

33 Vgl. *Hermann Steinkamp*, Seelsorge als Anstiftung zur Selbstsorge, Münster 2005.

*theo*-logische Begründung menschlichen Lebens, die an eine anthropologisch-humanistische Grundhaltung und an wesentliche medizinisch-ethische Dimensionen der Autonomieentfaltung und der Fürsorge anknüpfen kann. Im Rahmen dieser Leitvorstellung zeigen sich vergleichbar therapeutischen Ansprüchen eine Reihe von Anlässen und Themen, die spirituelle Dimensionen des psychisch belasteten oder erkrankten Menschen betreffen.

- Grundsätzlich gibt es *kein religiöses oder spirituelles Thema und keine Praxis*, die nicht Gegenstand sein können.
- Für die Seelsorge wie für Therapien sind heute *interkulturelle, interreligiöse und spiritualitätsoffene Kompetenzen* erforderlich. Diese in Ausbildung und Praxis als Professionsstandards zu sichern, ist eine Aufgabe, die für die Seelsorge im Rahmen pastoralpsychologischer Aus- und Weiterbildung (etwa der DGfP – *Deutsche Gesellschaft für Pastoralpsychologie*) als essentiell angesehen werden muss. Hier bedarf es einer Bestimmung und Bestallung von christlich-kirchlicher Seelsorge durch die Kirchen.
- Psychiatriseelsorge versteht sich *kritisch-diakonisch*, als *Krankenhaus-Seelsorge* für Kranke, Angehörige und Pflegende bzw. ärztliches Personal und setzt *eigenständig Akzente* bei Entwicklungen im Gesundheitswesen.<sup>34</sup>
- Praktische, Human- und Geistes-Wissenschaften haben *unterscheidbare Verstehenshorizonte und Ziele bei oftmals sich überschneidenden (Grund-) Begriffen*. Hier kann der „Containerbegriff“ Spiritualität über einen religionswissenschaftlichen Blick den notwendigen Diskurs noch weiter öffnen zum Grund einer *Glaubenserfahrung* und im Rahmen von religionsstiftenden *Offenbarungen*.<sup>35</sup>
- In den Blick kommen Quellen *individueller Praxis oder gelebte Spiritualität und Religiosität* und ihre – z. B. biblisch-narrativen<sup>36</sup> – Inhalte genau dann, wenn es um Fragen zum *Grundverständnis* oder um die *Unterscheidung* von gesundem oder krankhaftem Verhalten geht und die Förderung heilsamer Kräfte oder die Entdeckung förderlicher Perspektiven das Ziel sein muss.
- Fachpsychiatrisch und -therapeutisch lässt sich inzwischen auch eine *spirituelle Krise* bzw. ein *spiritueller Konflikt* beschreiben und behandeln. Dahinter stehen konturierte anthropologische Konzepte, transpersonale Entwicklungsvorstellungen oder aber auch andere spezielle weltanschauliche oder spirituelle Vorstellungen. (Transpersonale Psychologie, Spiritualität des Karmel, buddhistische Spiritualität ...)

34 Vgl. Michael Klessmann, Konfrontieren und Position beziehen in Seelsorge und Beratung, in: Transformationen. Pastoralpsychologische Werkstattberichte 22, Frankfurt a.M. 2015, 3–30.

35 Vgl. Peter Kaiser, Religion in der Psychiatrie. Eine (un)bewusste Verdrängung?, Göttingen 2007; Magnus Striet, In der Gottesschleife. Von religiöser Sehnsucht in der Moderne, Freiburg i. Br. 2015.

36 Vgl. Anne M. Steinmeier, Biblische Bilder heilender Seelsorge bei Krisen und seelischen Erkrankungen, in: Jochen Sautermeister u. a. (Hg.), Handbuch psychiatrisches Grundwissen für die Seelsorge, Freiburg i. Br. 2018, 54–71.

- Ein praxisrelevantes Konstrukt in diesem Zusammenhang ist das *spirituelle Coping*, eine Bewältigungsstrategie, die nachweislich positive Ergebnisse zeitigen kann. (Veränderung negativer Selbstwahrnehmung / Normalisieren innerer religiöser Kämpfe / Kontrolle und Erleben von Trost / Förderung eines Grundgefühls (oder Kontrollgefühls) von Gott getragen zu sein / sich sozialer Unterstützung sicher zu sein)<sup>37</sup>
- Des Weiteren begegnet eine Reihe ‚alltagsweltlicher‘ Anlässe und Themen in der Begleitung, die den den Erkrankungen geschuldeten Dynamiken unterliegen. Sie können oftmals (noch) nicht in ein eigenes Lebenskonzept eingebettet oder mit bisherigen Vorstellungen und mit der „eigenen“ Weltanschauung hinlänglich verbunden werden.
  - Vielfältiger Verlust und daraus resultierende Trauer;
  - Sehnsucht nach Bestätigung durch eine Gemeinschaft;
  - Leiden und eine damit verbundene Vorstellung von Gesundheit;
  - darin auch das Thema des Alter(n)s;
  - das Thema von (realer) Schuld und Sünde;
  - (Lebens-)Angst und Hoffnungsverlust (Perspektivlosigkeit angesichts oftmals andauernder psychischer, physischer oder mentaler Einschränkung z. B. im Kontext von schwermütigen, suchtinduzierten oder suizidalen Tendenzen).
- *Symbolische oder symbolisierende Sprechweisen und ritualisierende bzw. rituelle Aktionen* haben in ihrer Ambivalenz potentiell heilsame oder potentiell pathologisierende Qualität und sind neben dem Gespräch wesentliche Elemente der nicht nur religiös-spirituellen Kommunikation. Seelsorglich möglich ist hier ein kritisch entwickeltes rituelles bzw. liturgisches Angebot.
- Als eigene Kommunikation ist die Wirklichkeit des *Gebetes* als *spiritueller Praxis eines Einzelnen* oder einer *Gemeinschaft* zu nennen.<sup>38</sup>
- Ein weiteres grundsätzliches und so auch seelsorglich relevantes Thema ist die Förderung der *Wahrnehmung von Wirklichkeit hier und jetzt*, bekannt als Methode in Exerzitien und in der geistlichen Begleitung, heute eigen begründet in Form der *Achtsamkeitstherapie*.<sup>39</sup> Bei bestimmten Diagnosen und ihrer Therapie ist sie zentral. Es geht – verhaltenstherapeutisch orientiert – um ein bewusstes Arbeiten mit *Absicht, Aufmerksamkeit* und *Hal tung* des Patienten und um das Erschließen der Achtsamkeit als Skill.

Es lassen sich also eine Fülle von Themen ausmachen, die verbinden.

37 Vgl. Sebastian Pfeifer, Traumaverarbeitung und Spiritualität, in: Utsch, Psychotherapie und Spiritualität, 165–172. 168; Reiser, Menschen mehr gerecht werden, 146–148.

38 Vgl. Gereon Heuft, Not lehrt (nicht) beten. Repräsentative Studie zu religiösen Einstellungen in der Allgemeinbevölkerung und von Patienten der psychosomatisch-psychotherapeutischen Ambulanz eines Universitätsklinikums, Münster 2016; Peng-Keller, Gebet als Resonanzereignis; Arndt Büssing u. a. (Hg.), Spiritualität transdisziplinär. Wissenschaftliche Grundlagen im Zusammenhang mit Gesundheit und Krankheit, Heidelberg 2011.

39 Vgl. Jan Glasenapp, Achtsamkeit zwischen West und Ost. Annäherung an Spiritualität in der Psychotherapie mit der Dialektisch-Behavioralen Therapie (DBT) und Chan, in: Juckel, Spiritualität, 211–236.

## 7 Ein mögliches Ziel von Psychiatrieseelsorge: Heilsame Seelsorge

Wolfgang Reuter nennt mit der Leitvorstellung ‚heilsamer Seelsorge‘ schließlich ein mögliches Ziel von Psychiatrieseelsorge in Kooperation mit anderen Professionen:

- Psychiatrieseelsorge kann verstanden werden als *christlich-kirchliches Angebot*, das den Anderen oder die Andere in ihren *Lebenserfahrungen und -welten* und mit ihren *Glaubens-Erfahrungen* als Begegnungs- und Beziehungspartner wahrnimmt und dies als *Ressource* ansieht.
- Sie erkennt *ihre eigenen Grenzen in der Pluralität an* und kann *nur* klärend, orientierend aus eigener religiöser Tradition heraus tröstend, reflektierend und so *heilsam* (θεραπευτικός) das Leben eines Menschen begleiten.
- Sie versteht sich *sorgend* und *dienend* (θεραπεύειν in einer heute im heilkundlichen Sinn ungewohnten Wortfeldbedeutung) da zu sein für den Anderen oder die Andere.
- Sie handelt aus dem Glauben an einen *interessierten Gott*, der berührt und verändern kann.
- Den Fragen nach *Leid, Krankheit* und *Einschränkung* und letztlich nach dem *Tod* wird in der seelsorglichen Begegnung nicht ausgewichen, vielmehr wird ein Weg gesucht, sie vielleicht anzunehmen und als Teil der persönlichen Lebensgeschichte sehen zu können.
- *Freiheit* und *Verantwortung* und darin auch *Angst* und mögliche *Schuld* können in ihrer Ambivalenz gesehen und – so ist die Hoffnung – auch weiter erschlossen werden.<sup>40</sup>

So lassen sich eine Reihe von Aspekten eines psychiatrieseelsorglichen Konzeptes für die Praxis und den Diskurs mit psychotherapeutischem Arbeiten ausmachen, die als pastoralpsychologischer Akzent auch den Diskurs mit dem Thema Spiritual Care betreffen und hoffentlich auch befruchten.

Dr. Gerhard Dittscheidt, Immenweg 49, 42279 Wuppertal;  
E-Mail: g.dittscheidt@web.de

---

<sup>40</sup> Vgl. Wolfgang Reuter, Relationale Seelsorge. Psychoanalytische, kulturtheoretische und theologische Grundlegung, Stuttgart 2012; ders., Heilsame Seelsorge, Münster 2003.