

SAMUEL PFEIFER

Seelsorge und Psychotherapie

CHANCEN UND GRENZEN DER INTEGRATION



Unveröffentlichte Essays
aufbereitet für den Unterricht an der
Evangelischen Hochschule Tabor in Marburg

Download von: www.seminare-ps.net
Stand: 2016

Gesammelte Aufsätze
aus den Tagungen für Psychotherapie und Seelsorge
in Gwatt und Marburg

Korrespondenzadresse:

Prof. Dr. med. Samuel Pfeifer
Chrischonaweg 50

CH-4125 Riehen
E-Mail: samuelpfeifer@gmail.com

Diese und andere Publikationen können
heruntergeladen werden von folgender Website:

www.seminare-ps.net

Inhaltsverzeichnis

1. Die Bedeutung der Psychotherapieforschung
für die Seelsorge..... 1
Vortrag am ersten Symposium Psychotherapie und Seelsorge,
Gwatt 1990.
 2. Leib und Seele – biologische Psychiatrie
und therapeutische Seelsorge 19
Vortrag am zweiten Symposium Psychotherapie und Seelsorge,
Gwatt 1995.
 3. Spirituelle Deutungen psychischer Schwierigkeiten –
Chancen und Gefahren 33
Vortrag am dritten Symposium Psychotherapie und Seelsorge,
Gwatt 1999.
 4. Seelsorge und das Unbehagen in der Kultur
der Psychotherapie 51
Vortrag am vierten Symposium Psychotherapie und Seelsorge,
Marburg 2003.
-

1

Die Bedeutung der Psychotherapieforschung für die Seelsorge

Samuel Pfeifer

Psychiatrische Klinik Sonnenhalde, Riehen bei Basel

Wohl keine Behandlung in der Medizin ist so komplex und so schwer faßbar wie das Geschehen im Rahmen einer Psychotherapie. Während sich viele medizinische Heilweisen in klar meßbaren und statistisch verwertbaren Parametern beschreiben und kontrollieren lassen, fällt es schwer, die Vielschichtigkeit eines Gesprächs und einer therapeutischen zwischenmenschlichen Beziehung zu erforschen, zumal diese eingebettet ist in den Prozeß eines individuellen Lebensverlaufes. Fragt man die Therapeuten nach den Gründen für den guten Verlauf einer Beratung, so berufen sie sich auf ihre therapeutischen Methoden. Stellt man Seelsorgern die Frage, so weisen sie oft auf ihr Menschenbild und ihre seelsorgerlichen Strategien hin. Fragt man hingegen die Patienten bzw. die Ratsuchenden, so betonen sie die Beziehung zum Therapeuten bzw. zum Seelsorger und dessen Fähigkeit, auf sie einzugehen und ihnen bei der Bewältigung ihrer Fragen und Probleme zu helfen. Wer hat nun recht?

Die Psychotherapieforschung versucht zu ergründen, welche Faktoren für den Verlauf und den Erfolg einer Therapie maßgeblich sind. Doch läßt sich Psychotherapie in ihrem Prozeß und ihrer Wirksamkeit überhaupt erforschen? In der Tat

ginge man mit den Methoden naturwissenschaftlicher Forschung an die Psychotherapie heran, man würde kläglich scheitern (!). In ihrer Rolle zwischen Wissenschaft und Weltanschauung werden sich gewisse Aspekte wohl immer dem forschenden Untersucher entziehen. Und dennoch machte die zunehmend unüberschaubar gewordene Vielfalt psychotherapeutischer Angebote es notwendig, Fragen nach den wirksamen Faktoren einer Psychotherapie, nach den Indikationen, Nebenwirkungen und Kontraindikationen, und nicht zuletzt auch nach den Kosten für das öffentliche Gesundheitswesen zu erhellen. Meines Wissens wurden die Ergebnisse der Psychotherapieforschung der letzten 30 Jahre noch nie auf die Seelsorge angewendet. Im folgenden Beitrag soll der Versuch unternommen werden, ihre Impulse aufzunehmen, ohne das inhaltliche Grundanliegen einer biblischen Lebensberatung aufzugeben.

Begriffsdefinitionen

SEELSORGE: Aufgrund der Literatur der letzten fünfzig Jahre ist keine einheitliche Definition möglich. Die Umschreibung der Aufgabenstellung der Seelsorge reicht sinngemäß von „Verkündigung des Wortes Gottes an den einzelnen“ (*Thurneysen*²) bis hin zu „Psychotherapie im kirchlichen Kontext“ (*Schütz*³). Hilfreich sind in diesem Zusammenhang auch die Begriffe, die in andern Sprachen für den deutschen Ausdruck „Seelsorge“ verwendet werden. So legt das englische „Biblical Counseling“ den Schwerpunkt auf die Dimension der Beratung, während das französische „Relation d’aide“ den Aspekt der hilfreichen Beziehung betont. Von *Tacke*⁴ wurde die Kurzformel „Glaubenshilfe als Lebenshilfe“ geprägt, die ich sinngemäß in folgende Definition fassen möchte: Seelsorge ist Hilfe zur Lebensbewältigung aufgrund der Aussagen der Bibel.

PSYCHOTHERAPIE: Eine der umfassendsten Definitionen hat der amerikanische Psychotherapeut *Wolberg*⁵ gegeben: „Psychotherapie ist die Behandlung emotionaler Probleme mit psychologischen Mitteln, wobei ein dafür ausgebildeter Therapeut mit Bedacht eine berufliche Beziehung zum Patienten herstellt mit dem Ziel:

1. bestehende Symptome zu beseitigen, zu modifizieren oder zu mildern,
2. gestörte Verhaltensweisen zu wandeln und
3. die günstige Reifung und Entwicklung der Person zu fördern.“

Als Ziel einer Psychotherapie formulierte *Strupp*⁶ „die Förderung des Lernens in einem interpersonellen Kontext.“

Die Fragestellungen der Psychotherapieforschung

Im Jahre 1952 veröffentlichte *Eysenck*⁷ eine aufrüttelnde Arbeit, in der er anhand von empirischen Daten darlegte, daß der Verlauf neurotischer Störungen durch eine Psychotherapie nicht nennenswert beeinflußt werde. Er verglich die Befindlichkeit von Patienten, die sich einer intensiven Psychotherapie unterzogen mit derjenigen von Patienten, die auf eine Warteliste gesetzt wurden und keine Therapie erhielten. Sein überraschendes Ergebnis: beide zeigten in etwa die gleiche Besserung ihres Zustandes. *Eysencks* Befunde konnten nie völlig widerlegt werden und mahnen bis heute zur Bescheidenheit in der Bewertung therapeutischer (und seelsorglicher) Erfolgsmeldungen. In der Folge wurde jedoch eine Vielzahl von Studien und Meta-Analysen durchgeführt, die doch ein differenzierteres Bild von der eigentlichen Effektivität einer fachgerechten Psychotherapie zeichnen (vgl. die umfangreiche Übersicht von *Lambert et al.*⁸).

Diese Studien wurden vor allem ermöglicht durch die Ablösung der Psychoanalyse durch die neue gesprächs- und verhaltensorientierten Therapiemodelle. Ihnen allen ist gemeinsam, daß sie ihr Angebot zeitlich limitierten und Kriterien zur Überprüfbarkeit des Therapiegeschehens aufstellten, womit Anhaltspunkte für die systematische Erforschung der Psychotherapie geschaffen wurden. Eine ausführliche Übersicht über den Stand der heutigen Psychotherapieforschung wurde an anderer Stelle gegeben⁹, sodaß ich mich hier auf eine kurze Darstellung der wichtigsten Befunde beschränken möchte. Die Themen, mit denen sich die Psychotherapieforschung beschäftigt werden in Tab. 1 kurz zusammengefaßt:

Tabelle 1: Fragestellungen der Psychotherapieforschung

1. Was sind die Ziele einer Psychotherapie?
2. Welche Patienten brauchen eine Psychotherapie?
3. Welche Patienteneigenschaften begünstigen eine erfolgreiche Psychotherapie?
4. Welche Therapeuteneigenschaften begünstigen eine erfolgreiche Psychotherapie?
5. Welche Methoden bringen therapeutischen Erfolg?
6. Wie läßt sich therapeutischer Erfolg messen?
7. Welche Wertmaßstäbe prägen die Evaluation des Erfolgs?
8. Welches sind die Nebenwirkungen einer Therapie, gibt es auch negative Auswirkungen?
9. Zusammenfassend: Welche Behandlung durch wen ist am wirksamsten für diese Person mit diesem spezifischen Problem, unter welchen speziellen Umständen?

Ziele der Psychotherapie

Die Ziele einer Psychotherapie sind immer abhängig von den Vorstellungen eines Therapeuten über psychische Gesundheit, Krankheit und Heilung. Hier spielen die Wertmaßstäbe des Therapeuten und der Gesellschaft, in der er lebt, eine wichtige Rolle. Eine hilfreiche Darstellung dieser Problematik wurde von *Strupp und Hadley*¹⁰ veröffentlicht. Sie entwarfen ein dreiteiliges Modell psychischer Gesundheit, das sich explizit auf Therapieziele und -ergebnisse bezieht. Es seien drei Hauptgruppen, die jeweils aus ihrer Sicht ein Interesse an psychischer Gesundheit hätten:

1. Die Gesellschaft (einschließlich wichtiger Bezugspersonen im Leben eines Patienten)
2. Der betroffene Patient selbst
3. Der Psychotherapeut

Jeder hat seine eigenen Werte bzw. Maßstäbe und seine Bewertungsgrundlagen, aus denen die entsprechenden Folgerungen für eine Therapie gezogen würden. Die obigen drei Komponenten der Maßstäbe zur Beurteilung einer erfolgreichen Beratung finden sich auch in der Seelsorge. Hier könnten sie wie folgt umformuliert werden:

1. Der kulturell-kirchliche Kontext (Gesellschaft und „christliche Subkultur“)
2. Der betroffene Ratsuchende mit seinen persönlichen Bedürfnissen, (z.B. nach Liebe und Anerkennung, seinen Gefühlen und psychosomatischen Reaktionen, seinem Bedürfnis nach Kongruenz von persönlichem Erleben und Glaubensüberzeugungen.)
3. Der Seelsorger mit seinem Bibelverständnis und seinem Menschenbild, sowie seiner Sichtweise von Reife aus biblischer Sicht.

Tabelle 2: Unterschiedliche Sichtweisen seelischer Gesundheit in der Seelsorge.

Perspektive	Werte / Maßstäbe	Bewertungsgrundlage
1. Gesellschaft und christliche „Subkultur“	Wertmaßstäbe der Gesellschaft allgemein; zudem Übernahme spezifisch christlicher Verhaltensnormen. Einordnung und Engagement im Rahmen der christlichen Gemeinschaftsstrukturen.	Beobachtung des Verhaltens, inwieweit die ratsuchende Person die Normen (Gebote) erfüllt.
2. Ratsuchende Person	Erfüllung der Grundbedürfnisse nach Annahme (Liebe) und Anerkennung (Wert). Zudem Kongruenz persönlichen Erlebens mit Glaubensüberzeugungen und sinngebenden Strukturen.	Subjektives Empfinden von Selbstwert, Annahme, psychovegetatives Wohlbefinden. Gefühl der Harmonie zwischen persönlichem Erleben und Glauben.
3. Seelsorger/in	Abhängig vom Bibel- und Realitätsverständnis: geundes und ausgewogenes geistliches Leben, das sich auf die Bewältigung des Alltags und besonderer Belastungssituationen bezieht.	Allgemeines Urteilsvermögen unter Berücksichtigung der Aussagen der Bibel. Therapeutische Variablen werden ergänzt durch die Beobachtung des geistlichen Lebens.

Anmerkung: Die hier aufgeführten Stichworte können um der Übersichtlichkeit willen nur ein sehr grobes Raster sein, das dann in der Einzelsituation von ratsuchender Person und Seelsorger/in beschrieben werden müsste. Dennoch lassen sich daraus, analog zu den Wertmaßstäben in der säkularen Psychotherapie wichtige Tendenzen ablesen.

Zwei Beispiele sollen diese Tabelle veranschaulichen:

Beispiel 1: Rita ist 24 Jahre alt und leidet unter Ängsten, Schlafstörungen und Verdauungsbeschwerden. Begonnen hatten die Beschwerden nach einer Beinahe-Vergewaltigung im Alter von 17 Jahren. In der Gesellschaft würde sie nicht als krank betrachtet, denn sie arbeitet regelmäßig, lebt als ruhige Mitbürgerin und zahlt regelmäßig ihre Steuern. Anders in der christlichen Subkultur ihrer Gemeinde. Dort wurde sie schon öfter gefragt, warum sie nach dem Gottesdienst so schnell verschwinde und sich so wenig ins Gemeindeleben einbringe. Für ihre Ängste in der Masse findet sie wenig Verständnis. Als Individuum leidet sie deutlich. Durch ihre Ängste kann sie viele Kontakte nicht so pflegen, wie sie dies gerne möchte. Oft stellt sie sich auch die Frage: „Wenn Jesus doch verheißt, die Angst wegzunehmen, warum werde ich denn nicht frei?“

Auch aus der Sicht des Seelsorgers ist sie therapiebedürftig. Im Gespräch äußert sie Zweifel an der Liebe Gottes, stellt immer wieder die Frage nach dem Warum des damaligen Horror-Erlebnisses. In ihrem persönlichen Glaubensleben (Bibellese, Gebet, Gemeinschaft) entspricht sie nicht seiner Vorstellung eines reifen Christen.

Beispiel 2 zeigt eine ganz andere Konstellation: Johannes, 26-jährig, war schon mehrmals wegen einer psychotischen Störung in einer Klinik hospitalisiert gewesen. Fragt man ihn, wie er sich als Individuum fühle, so verneint er jegliche Probleme, vielmehr sieht er sich als Helfer der Menschen und der Tiere. Er wolle nicht im Streß leben und verzichte deshalb auf eine regelmäßige Arbeit. In der Gesellschaft eckt er massiv an: vor kurzem hat er die Goldfische aus dem Teich eines nahegelegenen Parks gefischt und sie im nächsten Fluß „in die Freiheit“ entlassen. Auch in seiner Gemeinde (christliche Subkultur) fällt er unangenehm auf, weil er sich ungewöhnlich kleidet und nach dem Gottesdienst raucht. Man kann sich leicht vorstellen, daß er auch aus der Sicht des Seelsorgers therapiebedürftig ist.

Wie wirksam ist eine Psychotherapie?

Inwiefern läßt sich nun therapeutischer Erfolg erzielen und wie gut läßt er sich vorhersagen? Um diese Frage zu beantworten, verfolgten *Luborsky et al.*¹¹ den Verlauf von 73 analytisch orientierten Therapien. Patienten, Therapeuten und Beobachter gaben zu Beginn der Therapie anhand verschiedener Skalen ihre Vorhersage über den mutmaßlichen Erfolg ab. Diese wurden am Ende mit dem effektiven Erfolg korreliert. Dabei ergab sich, daß der Ausgang einer Psychotherapie weitgehend unvorhersagbar war; daß auch erfahrene Beobachter sehr unterschiedliche Vorhersagen machten und daß schließlich die Eigenschaften und die Motivation des Patienten am meisten über den Ausgang einer Therapie aussagten.

In ihrer umfassenden Metaanalyse untersuchten deshalb *Bergin und Lambert*

¹² die Wirksamkeit einzelner Therapien. Wie sie feststellten, ist die Spontanremissionsrate (also Verbesserung des Zustandes ohne therapeutischen Eingriff) erstaunlich hoch und trägt durchschnittlich zwischen 40 und 60 Prozent zum Therapieergebnis bei. Nicht selten brachte bereits das eine Interview zu Beginn der Studie soviel Erleichterung, daß sich der Patient danach besser fühlte, obwohl er in der Kontroll-Gruppe ohne eigentliche Psychotherapie geführt wurde. Die Autoren kommen zum Schluß, daß Psychotherapie in vielen Fällen deutlich mehr bringt als ein unbehandelter Spontanverlauf. Andererseits gelte es aber auch, diejenigen Faktoren besser zu untersuchen, die außerhalb einer deklarierten therapeutischen Beziehung Aufschluß über ein mögliche Besserung geben, nämlich

- a) Natur und Schweregrad einer Störung („endogen“, „neurotisch“, reaktiv)
- b) Dauer der Störung vor Inanspruchnahme einer Therapie (akute Störungen haben eine bessere Prognose als chronische),
- c) Äußere Belastungssituationen (Life events, Stress)
- d) Persönliche Bewältigungsmöglichkeiten (Coping) und
- e) Nicht-professionelle Unterstützung durch Freunde, Bekannte oder paraprofessionelle Helfer (unter die in der psychotherapeutischen Literatur auch die Seelsorger eingereiht werden¹³).

Wirksamkeit und Nebenwirkungen der Psychotherapie

Gibt es nun aber nicht therapeutische Methoden, die wirksamer als andere sind? *Luborsky et al.*¹⁴ gaben einen Überblick über 124 Studien, in denen verschiedene Formen der Psychotherapie verglichen wurden, insbesondere psychoanalytische Therapie, Gesprächstherapie, Verhaltenstherapie, Pharmakotherapie, sowie Kombinationen von Psychotherapie mit medikamentöser Behandlung. In der Mehrzahl ergaben sich gleichwertige Therapie-Erfolge trotz unterschiedlicher Methodik. Nur zwei Verfahren waren bei klar umschriebenen Krankheitsbildern überlegen: Verhaltenstherapie bei fokalen Phobien und eine medikamentöse Therapie bei Krankheiten von psychotischem Schweregrad (Schizophrenie, schwere Depression). Die Beschreibung einer Therapie wäre aber unvollständig, würde man nicht auch auf ihre unerwünschten Nebenwirkungen und Kontraindikationen zu reden kommen. Wie jede wirksame Therapie birgt auch eine Psychotherapie die Gefahr negativer Verläufe in sich, sodaß Indikationen und Kontraindikationen sorgfältig abgewogen werden müssen¹⁵. Eine Umfrage unter 70 prominenten amerikanischen Psychiatern¹⁶ ergab eine Rate von 3 bis 6 Prozent negativer Auswirkungen als Folge einer Psychotherapie. Diese werden definiert als Zustandsverschlimmerung eines Patienten als Folge des therapeutischen Einflusses. Insbesondere werden als negative Auswirkungen beschrieben¹⁷:

- Verschlimmerung bestehender Symptome das Auftreten neuer Symptome
- der Mißbrauch einer Therapie und die Ausnützung des Patienten
- das Anstreben unrealistischer Aufgaben und Ziele der Vertrauensverlust in die Therapie und den Therapeuten.

Diese negativen Verläufe sind grundsätzlich in jeder Therapieform möglich, und können nicht immer ursächlich auf die Therapie an sich oder ein offenes Fehlverhalten des Therapeuten bezogen werden. Hingegen scheinen weltanschaulich geprägte, magischmystische Therapieverfahren des sogenannten „Psychobooms“ in vermehrtem Maße die Gefahr in sich zu bergen, zu einer hörigabhängigen Beziehung mit dem Therapeuten zu führen ¹⁸.

Die Beziehung Therapeut Patient

Die wenig ausgeprägten Unterschiede zwischen den einzelnen Therapiemethoden liegt darin begründet, daß mehr noch als ein methodenspezifisches Vorgehen, die Patienteneigenschaften, die Persönlichkeit des Therapeuten und die Art der therapeutischen Beziehung eine wichtige Rolle spielen. Diese Faktoren sind sogar noch wichtiger als die Ausbildung der Therapeuten. In einer Studie von *Strupp und Hadley* ¹⁹ ergaben sich folgende Unterschiede zwischen professionellen Therapeuten und College-Professoren ohne Therapieausbildung: Die Analytiker waren „professioneller“ im Zuhören, Fragenstellen und Deuten, und sie zeigten eine deutliche Distanz. Erfahrungsorientierte Therapeuten hingegen schufen eine entspanntere Atmosphäre, gaben eher einmal Ratschläge und waren eher willig, andere Themen außer Gefühlen, Konflikten und Schwierigkeiten zu besprechen, die bei den Analytikern im Vordergrund standen.

Wichtigster Faktor für eine erfolgreiche Therapie, so die Autoren, seien „die heilenden Auswirkungen einer positiven menschlichen Beziehung.“ Dabei spielt die Persönlichkeit des Therapeuten eine entscheidende Rolle ²⁰. Ein guter Therapeut ist emotional warm, aufmerksam, interessiert und ein wohlwollender Zuhörer. Er lehnt es nicht ab, einen Rat zu geben, spricht eine verständliche Sprache und verstrickt sich nicht in Machtkämpfe mit dem Ratsuchenden.

Auch die Klienten-Variablen wurden in einem breiten Rahmen untersucht ²¹, doch ist es schwierig, hier aufgrund wissenschaftlich einwandfreier Studien ein klares Bild zu gewinnen. Vielmehr scheinen sich die alten Erfahrungswerte zu bestätigen, die *Schofield* ²² einmal mit dem YAVIS-Akronym umschrieben hat. Die besten Chancen in einer Psychotherapie haben demnach Patienten mit folgenden Eigenschaften: jung (Y), attraktiv (A), verbal (V), intelligent (I) und beruflich erfolgreich (S für successful).

Wichtige Faktoren für den Verlauf einer Psychotherapie liegen auch darin, daß der Patient einen gewissen Leidensdruck hat, für die Therapie motiviert ist und sich

im Rahmen der therapeutischen Beziehung verstanden fühlt.

Gemeinsame Wirkfaktoren aller Psychotherapie-Formen

Die z.T. ernüchternden Ergebnisse der wissenschaftlichen Psychotherapieforschung haben die Aufmerksamkeit vermehrt auf die diejenigen Wirkfaktoren gelenkt, die allen Therapien gemeinsam sind. Manche Autoren sprechen dabei von „unspezifischen Faktoren“, doch wird dieser Begriff oft als abwertend empfunden. Aus diesem Grunde wird heute allgemein von gemeinsamen oder methodenübergreifenden Wirkfaktoren in der Psychotherapie gesprochen, um die Bedeutung dieser grundlegenden Phänomene gebührend zu würdigen. Bei der Beschreibung der gemeinsamen therapeutischen Faktoren sollte unterschieden werden zwischen dem *Prozeß* und dem *Inhalt* einer Psychotherapie.

Der Therapieprozeß beschreibt die innerseelischen Vorgänge beim Patienten und die interpersonalen Abläufe bzw. die Form der Kommunikation während der Therapie. *Karasu* ²³ arbeitete drei Faktoren heraus, die sich in den verschiedensten Schulen wiederfinden lassen, nämlich

- a) emotionale Erfahrung, also ein Ansprechen des Gefühls
- b) kognitive Bewältigung (konstruktive Veränderung der Gedanken)
- c) Veränderung des Verhaltens.

Doch nicht nur der Therapieprozeß zeigt viele Gemeinsamkeiten, sondern auch die inhaltliche Gestaltung, wie dies von *Frank* ²⁴ eindrücklich und erfrischend unkonventionell dargelegt wurde. Alle Psychotherapien, so seine These, versuchten trotz ihrer Mannigfaltigkeit, durch Akte des Überzeugens zu heilen. Damit kämen sie in die Nähe zu anderen Vorgängen des Heilens und Überzeugens: zur Heilkunst in primitiven Kulturen, zum Schamanismus, zu Wunderheilungen, religiösen Bekerungen oder auch zu verschiedenen Formen ideologischer Beeinflussung. *Frank* ²⁵ arbeitete sechs Charakteristika jeder therapeutischen Beeinflussung heraus:

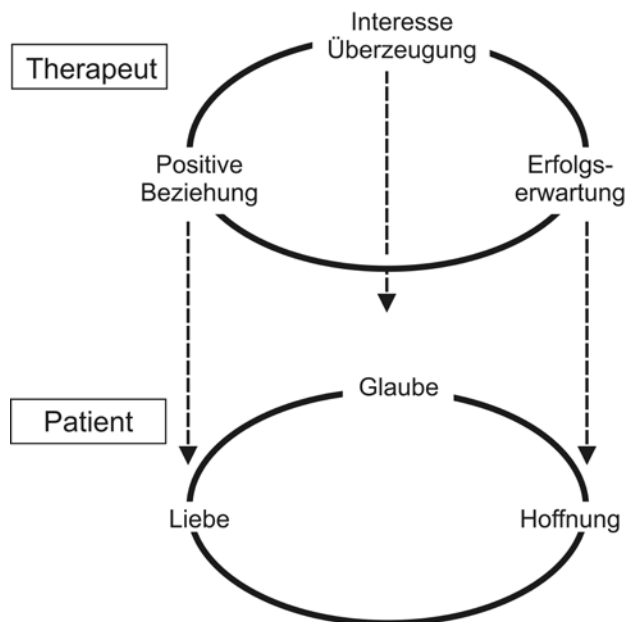
1. Eine intensive, gefühlsbetonte, vertrauensvolle Beziehung zur helfenden Person.
2. Eine rationale Begründung oder ein mythologischer Zusammenhang, der die Gründe für die Schwierigkeiten des Patienten erklärt und indirekt das Vertrauen des Patienten in seinen Therapeuten stärkt.
3. Darlegung neuer Informationen über die Ursache und Dynamik der Probleme des Patienten. Aufzeigen neuer alternativer Wege zum Umgang mit diesen Schwierigkeiten.
4. Stärkung der Erwartungen des Patienten auf Hilfe. Kurz: Hoffnung wecken.
5. Vermittlung eines Erfolgserlebnisses, das die Hoffnungen weiter stärkt

und ihm das Gefühl gibt, seine Schwierigkeiten meistern zu können.

6. Emotionales Engagement des Therapeuten.

Reduziert man diese sechs Punkte, so kommt man auf die grundlegende Triade christlicher Seelsorge: LIEBE – GLAUBE – HOFFNUNG als Basis einer wirksamen Therapie (vgl. Abb. 1). Auch die Psychotherapie in ihren vielfältigen Schattierungen kommt also ohne Glauben nicht aus; sie ist vielmehr der Versuch der Seelsorge unter Vernachlässigung der religiösen Dimension, und damit immer unvollkommen und einseitig diesseits-orientiert. Wo Psychotherapie zur Ersatzreligion wird, vergißt, verdrängt oder disqualifiziert man oft allzu leichtfertig traditionelle Formen der Lebenshilfe auf dem Hintergrund christlicher Sinngebung. *Jaspers*²⁶ hat einmal treffend geschrieben: „Die Psychotherapie braucht Glaubensgrundlagen, bringt diese aber selber nicht hervor. Daher ist für die Wahrhaftigkeit des Therapeuten notwendig, daß er erstens offen und bejahend wirklichem Glauben gegenüberstehen kann, zweitens, daß er der, wie die Erfahrung lehrt, fast unausweichlichen Neigung widersteht, aus der Psychotherapie eine weltanschauliche Lehre ... hervorgehen zu lassen“ (S. 685).

Abbildung 1: Gemeinsame Mechanismen in Psychotherapie und Seelsorge



Implikationen für die Seelsorge

Welche Schlußfolgerungen ergeben sich nun für die Seelsorge? Welche Gemeinsamkeiten haben Psychotherapie und Seelsorge im Lichte der Psychotherapieforschung, welche Unterschiede? Lassen sich auch für die Seelsorge greifbare Kriterien für die unterschiedlichen Beratungsmodelle aufstellen? Welche Gemeinsamkeiten ergeben sich trotz unterschiedlichen Werten, Worten und Vorgehensweisen? Lassen sich insbesondere die *Frank'schen* Thesen über gemeinsame Wirkfaktoren unbesehen auf die Seelsorge übertragen?

In der Seelsorge lassen sich vier große methodische Richtungen ableiten, die zumindest auf der formalen Ebene mit Strömungen in der Psychotherapie korrespondieren, auch wenn sie vom Inhalt her eine andere Grundlage des Menschenbildes aufweisen:

- a) analytisch-dynamisches Modell,
z.B. „Innere Heilung“ (*Macnutt, Sanford, Tapscott* u.a.)
- b) verhaltenstherapeutisch-kognitives Modell,
z.B. nouthetische Seelsorge (*Adams*)
z.B. kognitive Seelsorge (*Backus & Chapian*, z.T. auch *Crabb*)
- c) humanistisch-beziehungsorientiertes Modell
z.B. beratende Seelsorge (*Clinebell, Stollberg* u.a.)

Schließlich schlägt sich zunehmend auch der Trend zu eklektischen Therapien²⁷ in der Seelsorge nieder. Wichtige Beiträge haben hier *Crabb*²⁸ und *Dieterich*²⁹ geleistet. In beiden Modellen werden je nach Problem verschiedene Strategien angewendet und im Sinne methodenübergreifender Wirkfaktoren miteinander integriert.

Spricht man mit den Vertretern der verschiedenen Seelsorge-Richtungen, so wird von jeder Schule offen oder unterschwellig der Anspruch auf eine besondere Wirksamkeit erhoben, sei es auf der Ebene der Lebensbewältigung oder in der Frage echter geistlicher Veränderung. Obwohl es bis heute keine wissenschaftliche Untersuchungen dieser Ansprüche gibt, so ergibt sich doch auch in der Seelsorge der Eindruck, daß die Gemeinsamkeiten gegenüber den Unterschieden bei weitem überwiegen. Auch hier lassen sich die gleichen Wirkfaktoren beobachten, die *Frank* für die Psychotherapie beschrieb. Ich möchte kurz versuchen, anhand eines Beispiels die sechs Stufen nachzuzeichnen:

1. Der Seelsorger schafft eine Atmosphäre der Annahme und des Mitgefühls, die den Ratsuchenden zum Aussprechen seiner Nöte ermutigt.
2. Er erklärt dem Ratsuchenden anhand biblischer Texte oder eigener geistlicher Einsichten Gründe für seine jetzigen Probleme (z.B. unvergebene Schuld, Anfechtung oder „okkulte Belastung“). Damit kommt er dem Kausalitätsbedürfnis des Ratsuchenden entgegen, gleichzeitig wird auch sein Vertrauen gestärkt, daß es nun im Rahmen seines Glaubens Erklärungen gibt, die Grundlagen für eine Lösung bilden könnten.
3. Der Seelsorger gibt im Verlauf des Gesprächs und aufgrund zusätzlicher Informationen des Ratsuchenden weitere Informationen, die die Entwicklung seiner Probleme auf dem Hintergrund seines Glaubens verständlicher machen. Gleichzeitig wird ihm ein Weg gezeigt, wie er besser mit seinen Schwierigkeiten umgehen könne (z.B. „Beten Sie vor jeder angst-auslösenden Situation“ oder „Erforschen Sie Ihr Herz nach allen Beziehungen, über die Sie noch keinen Frieden haben. Bringen Sie mir nächstes Mal eine Liste dieser Personen. Wir wollen dann konkret um innere Heilung beten.“)
4. Stärkung der Erwartungen auf Hilfe, Hoffnung wecken. Dies geschieht oft durch ermutigende (Bibel)-Worte und Gebet.
5. Vermittlung eines Erfolgserlebnisses, das die Hoffnungen weiter stärkt. Der Ratsuchende hat beispielsweise deutliche Angstlösung als Folge des Gebetes erlebt und hat nun verstärkte Hoffnung auf die Lösung seiner Probleme. Oder: Der Ratsuchende kann wirklich eine Liste ungelöster Beziehungen erstellen und erfährt aus der Besprechung und dem Gebet weitere Hilfe.
6. Emotionales Engagement: Der Seelsorger nimmt weiterhin Anteil am Ergehen des Ratsuchenden, ist verfügbar und begleitet den Ratsuchenden auch in Zeiten, wo er neue Schwierigkeiten erlebt.

Gemeinsamkeiten und Unterschiede von Psychotherapie und Seelsorge

Aus den obigen Ausführungen möchte ich nun thesenhaft Gemeinsamkeiten und Unterschiede von Psychotherapie und Seelsorge darstellen (vgl. Tabelle 3). Der wohl überraschendste Befund sind die vielen Gemeinsamkeiten von Psychotherapie und Seelsorge, die von ähnlichen Mustern der Gesprächsführung über ähnliche Modelle der Kausalität bis hin zu ähnlichen negativen Nebenwirkungen reichen. Enttäuschend mag die Feststellung sein, dass Seelsorge, und sie sie noch so biblisch, objektiv nicht wirksamer ist als eine säkulare Psychotherapie. Der tief-

Tabelle 3: Gemeinsamkeiten und Unterschiede von Psychotherapie und Seelsorge

Gemeinsamkeiten von Psychotherapie und Seelsorge

1. Die Seelsorge teilt in der formalen Gestaltung von Gespräch und Beratung viele Gemeinsamkeiten mit der Psychotherapie. Sie übernimmt dabei nicht Techniken der Psychotherapie, sondern wendet die bewährten Formen hilfreicher zwischenmenschlicher Kommunikation an, die seit Jahrtausenden in der Bibel vorgezeichnet sind.
2. In der Seelsorge laufen die gleichen Prozesse des Überzeugens und Heilens ab, wie sie von Frank für die Psychotherapie beschrieben wurden allerdings in einer christlich definierten Annahmenwelt.
3. Die verschiedenen Seelsorge-Modelle finden ihre Parallelen in den Modellen säkularer Psychotherapie.
4. Die Eigenschaften von Ratsuchenden und Therapeuten, die sich in der Psychotherapieforschung herauskristallisierten, gelten auch für die Seelsorge.
5. Die therapeutische Effektivität der Seelsorge bezüglich der beobachtbaren Parameter (z.B. soziale Integration, Reduktion subjektiver Ängste etc.) läßt sich mit der Erfolgsrate einer säkularen Psychotherapie vergleichen.
6. Auch die Seelsorge ist nicht frei von der Möglichkeit negativer Effekte (z.B. Erzeugung von kontratherapeutischen Spannungen bis hin zur Suizidalität; z.B. sexuelle Übergriffe von Seelsorgern auf Ratsuchende).

Unterschiede zwischen Psychotherapie und Seelsorge

1. Christliche Seelsorge unterscheidet sich von der säkularen Psychotherapie primär auf der inhaltlichen Ebene.
 2. Der inhaltliche und teleologische Bezugsrahmen ergibt sich aus der Heiligen Schrift („Gesinnung“, „Wandel“, „Wachstum“, „Heiligung“, „Rechtfertigung“ etc.)
 3. Der weltanschaulich-moralische Kontext leitet sich aus den Grundzügen der Bibel und aus dem jeweiligen kirchlichen (subkulturellen) Gemeinschaftsverständnis ab.
 4. Seelsorge nutzt in konstruktiver Weise die Glaubensbezüge des Ratsuchenden zur Verstärkung eines therapeutischen Effekts (Trost, Zuspruch, Zurechtweisung, Ermahnung, Lehre etc.). Sie ist sich aber auch verzerrter Formen der Frömmigkeit bewußt und versucht diese von der Bibel her zu bearbeiten.
 5. Seelsorge pflegt je nach Ausrichtung unterschiedlich die Anwendung traditioneller seelsorglicher Zugänge (Gebet, Beichte, Abendmahl, Salbung, Handauflegung, Gebet um Befreiung von dämonischen Mächten).
 6. Seelsorge nutzt die therapeutischen Möglichkeiten stützender und aufbauender Gemeinschafts-Strukturen von Mitchristen, die die gleichen Überzeugungen teilen.
 7. Der biblische Seelsorger rechnet im Verlauf einer Beratung mit dem übernatürlichen Wirken des Heiligen Geistes an sich selbst und am Ratsuchenden.
-

ere Wert ist deshalb andern Orts zu suchen, nämlich in der inhaltlichen Gestaltung, die eben auch die Unterschiede charakterisiert.

Herausforderung für die praktische Theologie

Die Beschäftigung mit der Frage der Bedeutung der Psychotherapieforschung für die Seelsorge ist mir zur Herausforderung an die Seelsorge geworden. Einerseits wünschte ich mir ein vertieftes Verständnis für die Vorgänge in der Seelsorge. Das Durchdenken von Seelsorgevoraussetzungen, Diagnose, Indikation und schließlich Seelsorgeprozeß, -inhalt und -kontext ist vielleicht eine der größten Herausforderungen der Psychotherapieforschung an die praktische Theologie, besonders im deutschsprachigen Raum. Sie könnte uns helfen, die anstehenden Fragen im Spannungsfeld von Psychotherapie und Seelsorge aus einer integrativen Perspektive auf eine sachliche Ebene zu bringen, die einen echten Dialog ohne Angst vor Identitätsverlust ermöglicht.

Die Seelsorge im evangelikalen Raum scheint mir oft zu sehr in theologischen Fragen stehenzubleiben, ohne die existentielle Not der Menschen wahrzunehmen. Ich wünschte mir deshalb vermehrt eine praktische Anwendung biblischer Wahrheiten auf die breite Palette menschlicher Befindens-Störungen ohne vorschnelle Dogmatisierung, die allzuoft am eigentlichen biblischen Anliegen der Barmherzigkeit vorbeigeht. Eine verstärkte Seelsorge-Forschung könnte aber auch wertvolle Grundlagen für die gezielte Ausbildung in therapeutischer Seelsorge ergeben, gerade für vollzeitliche Mitarbeiter in Kirchen und Gemeinden. Mit den obigen Ausführungen soll nicht einem Nihilismus in der Ausbildung das Wort geredet werden. Vielmehr werden damit Grundlagen für eine Ausbildung gelegt, die die methodenübergreifenden Wirkfaktoren besser berücksichtigt.

Und schließlich läßt sich aus den Ergebnissen der Psychotherapieforschung auch Wichtiges für die Effektivität der Seelsorge ablesen. Minderwertigkeitsgefühle sind nicht am Platz. Der einfühlsame Seelsorger, der über grundlegende Kenntnisse verfügt, kann in vielen Fällen einen ebenso wertvollen Beitrag zur seelischen Gesundheit und Reifung eines Menschen beitragen wie ein psychologisch vorgebildeter Therapeut. Doch da sind auch Gefahren, namentlich die Gefahr, Seelsorge zu einem faßbaren quasi-psychologischen Geschehen zu degradieren. Da ist die Gefahr, den Erfolg der Seelsorge nach meßbarer Symptomremedur zu bewerten, ohne biblische Wertmaßstäbe genügend zu berücksichtigen. Und da ist die Frage nach den Prioritäten in der Seelsorge: Geht es um Symptombesserung oder um geistliches Wachstum? Nicht immer lassen sich die beiden Ziele auf einen Nenner bringen.

Viele Fragen können in ihrem naturgemäßen Spannungsfeld nicht umfassend

beantwortet werden. Das Numinosum des Glaubens und das souveräne Wirken Gottes am einzelnen Menschen wird wohl nie wissenschaftlich auszuloten sein.

Literaturverzeichnis

1. Hine F.R., D.S. Werman, D.M. Simpson: Effectiveness of psychotherapy: Problems of research on complex phenomena. *American Journal of Psychiatry* 139:204-208, 1982.
2. Thurneysen E. (1946): Die Lehre von der Seelsorge. 5. Auflage, Theologischer Verlag Zürich 1985.
3. Schütz W.: Seelsorge. Ein Grundriß. Gütersloher Verlagshaus Gerd Mohn, Gütersloh 1977.
4. Tacke H. (1975): Glaubenshilfe als Lebenshilfe: Probleme und Chancen heutiger Seelsorge. 2. Aufl. Neukirchener Verlag, Neukirchen-Vluyn 1979.
5. Wolberg L.R.: The technique of psychotherapy. 2nd ed., Vol. 1. Grune & Stratton, New York 1967. Übersetzung H. Kind: Psychotherapie und Psychotherapeuten. Thieme, Stuttgart/New York 1982
6. Strupp H.: Psychotherapy research, practice, and public policy (How to avoid dead ends). *American Psychologist* 41:120-130, 1986.
7. Eysenck H.J.: The effects of psychotherapy: an evaluation. *Journal of Consulting Psychology* 16:319-324, 1952.
8. Lambert M.J., D.A. Shapiro, A.E. Bergin: The effectiveness of psychotherapy. In: Garfield S.L. and A.E. Bergin (eds): *Handbook of psychotherapy and behavior change an empirical analysis*. 3rd ed. Wiley, New York 1986.
9. Pfeifer S.: Vergleichende Psychotherapie-Forschung. Implikationen für die Praxis. *Neurologie/Psychiatrie* 2:137-148, 1988.
10. Strupp H.H., S.W. Hadley: A tripartite model of mental health and therapeutic outcomes.

- With special reference to negative effects in psychotherapy. *American Psychologist* 32:187-196, 1977.
11. Luborsky L., J. Mintz, A. Auerbach et al.: Predicting the outcome of psychotherapy. Findings of the Penn psychotherapy project. *American Journal of Psychiatry* 37:471-481, 1980.
 12. Bergin A.E., M.J. Lambert: The evaluation of therapeutic outcomes. In: Garfield S.L. and A.E. Bergin (eds): *Handbook of psychotherapy and behavior change an empirical analysis*. 2nd ed. New York: Wiley 1978.
 13. Besier G.: Halbprofessionelle Systeme: Pastoren als Indikationssteller und Berater. In: Baumann U. (Hrsg.): *Psychotherapie: Makro-/Mikroperspektive*. Hogrefe, Göttingen 1984.
 14. Luborsky L., B. Singer, L. Luborsky: Comparative studies of psychotherapies. *Archives of General Psychiatry* 32:995-1008, 1975.
 15. Crown S.: Contraindications and dangers of psychotherapy. *British Journal of Psychiatry* 143:436-441, 1983.
 16. Strupp H.H., S.W. Hadley: Contemporary views of negative effects in psychotherapy. *Archives of General Psychiatry* 33:1291-1302, 1976.
 17. Mays D.T., C.M. Franks (eds.): *Negative outcomes in psychotherapy and what to do about it*. Springer, New York 1985.
 18. Pfeifer S.: Unethische Manipulation im Rahmen einer therapeutischen Beziehung. *Schweizerische Rundschau für Medizin PRAXIS* 77:489-492, 1988.
 19. Strupp H.H., S.W. Hadley: Specific vs nonspecific factors in psychotherapy. A controlled study of outcome. *Archives of General Psychiatry* 36:1125-1136, 1979.
 20. Pfeifer S.: Therapeuteneigenschaften und Erfolg in der Psychotherapie. *Schweizerische Ärztezeitung* 66:1534-1539, 1985.
 21. Garfield S.L.: Research on client variables in psychotherapy. In: Garfield S.L. and A.E. Bergin (eds): *Handbook of psychotherapy and behavior change an empirical analysis*. 3rd ed. Wiley, New York 1986.
 22. Schofield W.: *Psychotherapy: the purchase of friendship*. Prentice-Hall, Englewood Cliffs (N.J.) 1964.
 23. Karasu T.B.: The specificity versus nonspecificity dilemma: toward identifying therapeutic change agents. *American Journal of Psychiatry* 143:687-695, 1986.
 24. Frank J.D.: *Die Heiler. Wirkungsweisen psychotherapeutischer Beeinflussung*. Klett-Cotta, Stuttgart 1981.
 25. Frank J.D.: Therapeutic factors in psychotherapy. *American Journal of Psychotherapy* 25:350-361, 1971.
 26. Jaspers K. (1913): *Allgemeine Psychopathologie*. 7. Auflage, Springer, Berlin / Heidelberg / New York 1959.
 27. Norcross J.C. (Hrsg.): *Handbook of eclectic psychotherapy*. Brunner/Mazel, New York 1986.
 28. Crabb L.J. (1977): *Die Last des Andern. Biblische Seelsorge als Aufgabe der Gemeinde*. Brunnen, Basel/Gießen 1988.

29. Dieterich M.: *Psychotherapie Seelsorge Biblisch-therapeutische Seelsorge*. Hänssler, Stuttgart 1987.

2 Leib und Seele – biologische Psychiatrie und therapeutische Seelsorge.

Samuel Pfeifer

Psychiatrische Klinik Sonnenhalde, Riehen bei Basel

Ich erinnere mich noch gut an jenen 35-jährigen Mann, der mich wegen akuter Panikattacken konsultierte. Nach einer sorgfältigen medizinischen und psychiatrischen Abklärung stellte ich ihn auf ein Antidepressivum ein und gab ihm für akute Angstsituationen einen Tranquilizer mit. Parallel dazu begleitete ich ihn und seine Frau mit regelmäßigen Gesprächen.

Eines Tages kam es wegen eines Konfliktes am Arbeitsplatz zu einem erneuten Angstzustand, in dem er mich notfallmäßig anrief. Im nächsten Gespräch erzählte er: „Ich hatte zuerst eine Beruhigungstablette genommen, aber es half nur wenig. Das Herzklopfen und die Atembeklemmung war immer noch da. Ich wusste fast nicht mehr, was tun. Und dann habe ich Ihnen telefoniert. Nachher bin ich viel ruhiger geworden. Ich brauchte nicht einmal ein Schlafmittel.“

Sicher haben viele von Ihnen schon solche Erfahrungen gemacht: Das therapeutische Gespräch wirkte sich stärker auf die Angst aus als selbst ein wirksamer Tranquillizer. Von vielen Medizinerinnen werden Angststörungen als biologisches Geschehen im Bereich der Neurotransmitter und des vegetativen Nervensystems betrachtet. Warum ist denn auch das Gespräch wirksam? War nun das Mittel eine

biologische Behandlung der Neurotransmitter und das Gespräch eine seelische Beeinflussung? Oder gibt es möglicherweise auch auf seelischem Wege eine Beeinflussung der biologischen Vorgänge im Gehirn? Wie wirkt die Droge Arzt oder das Heilmittel Seelsorger auf das Gehirn?

Die Forschung in Medizin und Psychologie wird heute weitgehend von der Biologie her geprägt. Dadurch scheint es zu einer vermehrten Spannung mit psychodynamischen und geistlichen Modellen zu kommen, die für eine therapeutische Seelsorge wesentlich sind.

Das Zusammenwirken von Leib und Seele ist eine uralte Beobachtung, die uns in ihrer Phänomenologie schon in den Psalmen der Bibel, aber auch in vielfältigen Sprachbildern unseres Alltags begegnet. Wir zerbrechen uns den Kopf über ein Problem, etwas liegt uns auf dem Magen, eine Not bricht uns das Herz, man kriegt kalte Füße, oder eine innere Spannung äußert sich in Durchfall.

Versucht man diese Sprachbilder etwas zu ordnen, so entdeckt man alle wesentlichen Organsysteme, deren Funktion durch das vegetative Nervensystem gesteuert wird. Ein veränderter Muskeltonus äußert sich in Nackenverspannung, Druck auf der Brust (durch Anspannung der Interkostalmuskulatur), beschleunigter Magen-Darm-Passage oder in „innerem Zittern“.

Auf Veränderungen der Herz-Kreislauf-Aktivität sind folgende Symptome zurückzuführen: Erröten, kalte Hände und Füße, Herzklopfen, verminderte Durchblutung des Innenohrs bis hin zum Hörsturz, Spasmen und Erschlaffen der cerebralen Gefäße, die sich als Migräne äußern. Veränderungen in der Funktion der Drüsen können folgende Symptome hervorrufen: Mundtrockenheit, vermehrte Magensäure, Blähungen durch veränderte Ausschüttung von Verdauungsenzymen, Verstopfung durch Verminderung der Gleitflüssigkeit im Darm, Schwitzen, z.T. unter deutlich erhöhter Geruchsentwicklung. Schließlich sind unspezifische Symptome wie z.B. Schlafstörungen oder Schmerzen zu erwähnen: Letztere lassen sich durch eine veränderte Ansprechbarkeit der Schmerzrezeptoren erklären, erhöhte Schmerzempfindlichkeit, z.T. mitverursacht durch verminderte Durchblutung oder durch ständige Muskelanspannung.

Alle diese Veränderungen unter Streß werden in engem Zusammenwirken mit dem Gehirn gesteuert. So können also psychische Konflikte zu somatischen Begleitsymptomen führen, die ihrerseits wiederum einen Kreislauf der Angst auslösen können.

Vier Konzepte

Das Zusammenwirken von Leib und Seele wird in der Medizin durch vier wesentliche Konzepte beschrieben:

a) *Funktionelle Störungen*: Mit diesem Begriff werden die oben erwähnten

psychosomatischen Störungen umschreiben. Es handelt sich um körperliche Beschwerden ohne Organschädigung oder grobe Laborauffälligkeiten.

b) *„Endogene“ psychische Störungen*: Man beschreibt mit diesem Begriff schwere psychische Störungen, die sich nicht mehr durch psychodynamische Auslöser allein erklären lassen. In diesen Bereich gehören z.B. die Schizophrenie, wahnhaftige Depressionen und Zwangskrankheiten.

c) *Organische Störungen*: Darunter fallen alle Störungen, die durch eine Schädigung des Gehirns hervorgerufen werden, von der frühkindlichen Hirnschädigung bis zu traumatischen Folgen eines Schädel-Hirntraumas oder dem Gehirnaabbau im Alter.

Allerdings: Der frühere Begriff der Organizität ist heute obsolet ¹. Wir sprechen heute nicht nur von einer organischen Störung, wenn eine grobpathologische Schädigung des Gehirns vorliegt. Die Fortschritte der bildgebenden, funktionellen und neurobiologischen Hirnforschung haben gezeigt, daß auch viele Störungen ein biologisches Korrelat haben, die man gemeinhin als „psychisch verursacht“ betrachtet hatte. Wir müssen uns das Gehirn als komplexes Organ vorstellen, in dem Gefühle und Gedanken, Empfindungen und Verarbeitungsmuster in höchst komplexer Weise aufgenommen, kodiert, gespeichert werden. Diese Vorgänge sind in ihrer Grundform biochemisch.

Obwohl heute bereits ca. 200 Neurotransmitter bekannt sind, ist unser Gehirn immer noch weitgehend eine „Black Box“. Wir sehen zwar die Ereignisse, die einen Menschen betreffen und wir beobachten auch, welche Reaktionen die Ereignisse bewirken. Aber was hat dazu geführt, daß der eine depressiv, der andere ängstlich und der dritte zornig wird, während wieder ein anderer gelassen bleibt? Hier hilft uns ein weiteres Konzept, nämlich die Vulnerabilität.

d) *Vulnerabilität*: Geprägt wurde dieser Begriff in der Schizophrenie-Forschung, doch wird er heute zunehmend auch allgemein angewendet, um die Verletzlichkeit oder Anfälligkeit eines Menschen für eine psychische Störung zu beschreiben. Ich sehe hier eine enge Verbindung zum biblischen Begriff der Schwachheit (). Es ist eine allgemein nachvollziehbare Beobachtung, daß jeder Mensch seine individuelle Anfälligkeit für das Auftreten von psychosomatischen Reaktionen und psychischen Beschwerden hat. Diese Verletzlichkeit kann im Verlauf des Lebens schwanken. Dabei geht man von einer Abhängigkeit zwischen der individuellen Vulnerabilität und dem äußeren Streß aus.

Von der Wahrnehmung zur Biochemie

Wie kann Stress einen Einfluß auf die Biologie haben? Wie kann sich das Lesen eines Briefes, das Hören einer Mitteilung, das Beobachten einer Geste in die Biologie unseres psychovegetativen Funktionierens übertragen? Wie kann das freund-

liches Lächeln eines Mädchens die Wangen eines Jungen rot werden lassen? Wie kann eine abschätzige Bemerkung den Blutdruck ansteigen lassen? Und wie kann der frühe Tod einer Mutter bei ihrem Kind zu derart intensiven biochemischen Veränderungen führen, dass es bereits in der Adoleszenz zum ersten Mal eine schwere depressive Episode durchmacht? Welches sind die intermediären Mechanismen? Welches ist die „gemeinsame Endstrecke“?

Abbildung 1 Informationsverarbeitung im Gehirn.

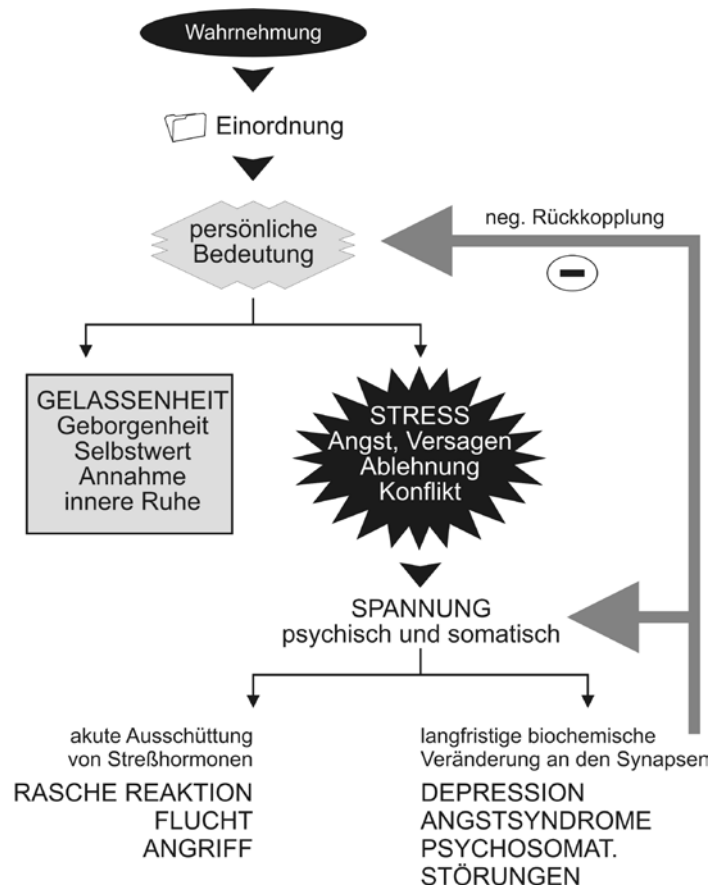


Abbildung 1 gibt einen Überblick über die wichtigsten Vorgänge. Die ersten drei Stufen Wahrnehmung - Einordnung - Bedeutungsgebung beschreiben die Informationsverarbeitung im menschlichen Gehirn. Wie wir aus hirnbioologischen Untersuchungen wissen, handelt es sich dabei um einen ungleich komplizierteren Vorgang als es das einfache Schema darstellt. Mit Hilfe der Untersuchungsmethoden „PET“ (Positron Emission Tomography), „SPECT“ (Single Photon Emission Computed Tomography) und fMRI (funktionelle Magnetresonanz) lassen sich solche Stufen der Informationsverarbeitung, auch im psychischen Bereich, bildlich dokumentieren (3, 4 u.v.a.m.). Bei diesen Untersuchungen werden kurzlebige radioaktive Substanzen injiziert, deren Strahlung dann mit einer Batterie von Detektoren gemessen wird, die eine dreidimensionale Darstellung des Gehirns und seiner Durchblutung ermöglichen. Es zeigt sich, daß Wahrnehmungen zuerst in den Zentren für Gehör, Sehen, Berührung etc. registriert werden.

Die Signale werden dann mit bereits vorhandenen Eindrücken verglichen und eingeordnet. Diese Vorgänge erfordern die Aktivierung der Gedächtnisspeicher im limbischen System. Hier werden bereits erste Querverbindungen zu emotionalen und kognitiven Assoziationen hergestellt. Doch nun folgt ein weiterer wichtiger Schritt: Was bedeutet diese Wahrnehmung für mich persönlich? Dabei liessen sich neben den zentralen Hirnarealen wie z.B. dem limbischen System noch weitere bisher Zentren, vor allem im Frontalhirn darstellen, die nach der ersten Wahrnehmungsverarbeitung die weitere Einordnung und Bedeutungsgebung übernehmen.

In der Abbildung wurden etwas vereinfacht zwei mögliche Formen der Reaktion dargestellt: Gelassenheit oder Stress. Natürlich gibt es vielfältige Übergänge zwischen diesen beiden Polen. Gehen wir zurück zum eingangs erwähnten Beispiel: Der Patient mit den Panikstörungen hatte an diesem Tag vernommen, daß sein Kollege krank geworden sei und er deshalb allein mit dem Auto zu den Kunden fahren müsse, um Servicearbeiten auszuführen. Gerade das aber machte ihm enorme Angst, weil er mehrmals im Auto eine Panikattacke erlebt hatte. Somit hatte eine sachliche Mitteilung für ihn einen Bedeutungsgehalt, der Erinnerungen an Extremerfahrungen (gedanklich und emotional) wachrief und zu einer Dissonanz mit seinem Bedürfnis nach innerer Ruhe führte. Damit wird ein weiterer Begriff in der Informationsverarbeitung angesprochen, die „Kognitive Dissonanz“.

Der von Festinger⁵ geprägte Begriff umschreibt Spannungen zwischen Idealen und der Realität. Je stärker das Denken (die Kognitionen) dysfunktional verzerrt ist, desto größer wird die innere Spannung, die sich dann in Angst und Depression äußert. Bei neuen SPECT-Studien konnte gezeigt werden, daß diese psychologischen Vorgänge ein Korrelat in der Hirnfunktion haben (). Während der Messung werden die Probanden aufgefordert, sich eine besonders belastende und traurige Situation vorzustellen, später dann eine friedliche, beruhigende Situation. So konnte dargestellt werden, daß negative Emotionen (Traurigkeit, Angst

und Depression) mit einer erhöhten Aktivität gewisser Gehirnareale verbunden sind, die sich durch einen erhöhten Blutdurchfluß äußerte. Traurigkeit und Angst kosten also Energie und rauben psychische Kräfte. Innere Ausgewogenheit bzw. glückliche Grundstimmung hingegen ist mit einer verminderten Aktivität der entsprechenden Hirnareale verbunden.

Wenn schon Variationen der Stimmung mit deutlichen regionalen Stoffwechselveränderungen einhergehen, wie steht es dann mit ernsthafteren psychischen Störungen? Bei schweren psychischen Erkrankungen, wie z.B. der Schizophrenie sind die Vorgänge der Informationsverarbeitung gestört (, ,). Dies führt beispielsweise dazu, daß Wahrnehmungen in übermäßiger Weise Alarm und Angst auslösen (Panik) oder aber eine persönliche Bedrohung signalisieren, die von Außenstehenden nicht nachvollzogen werden kann (Wahn).

Eine Überraschung brachten PET-Studien bei Zwangskranken (), deren Zwänge ja lange auf eine psychodynamische, neurotische Ursache zurückgeführt wurde. Auch bei ihnen zeigt sich eine deutliche Hyperaktivität von Arealen im Stirnhirn, die für die Steuerung des Denkens verantwortlich sind. Erlauben Sie mir, noch einen Schritt weiterzugehen: Immer wieder läßt sich ja beobachten, daß Menschen durch ein schweres Ereignis in eine Depression geraten, der lebenslang eine erhöhte Anfälligkeit für Ängste und Depressionen folgt. Ich denke nicht nur an die posttraumatische Belastungsstörung sondern auch an andere affektive Störungen, die ganz eindeutig durch ein Trauma (beispielsweise den frühen Tod der Mutter) ausgelöst werden. Auf der psychodynamischen Ebene wurden viele Erklärungsmodelle angeboten.

Doch wie kann eine solche Belastung in die Neurobiologie des Gehirns übergehen? Gibt es sozusagen eine biochemische Narbe für das auslösende Trauma oder den auslösenden Konflikt? Ist das überhaupt möglich, daß Gedanken sich biochemisch manifestieren und die weitere Verarbeitung von neuen Belastungen auf direktem Wege über die Biochemie erschweren? In dieser Hinsicht hat Post () einen bemerkenswerten Aufsatz veröffentlicht, die aufzeigt, wie psychosozialer Streß langfristige Veränderungen in der Neurobiologie erzeugt.

Man geht heute davon aus, daß es zu unter Streß zu einer direkten Veränderung in der Zellbiologie kommt, die via eine veränderte Einweißsynthese zu einer veränderten Informationsverarbeitung führt. Beim nächsten Mal braucht es viel weniger, um erneut eine schwere Depression auszulösen. Somit führt also die „neurobiologische Narbe“ zu einer Verschärfung der Vulnerabilität für Rückfälle in eine Depression.

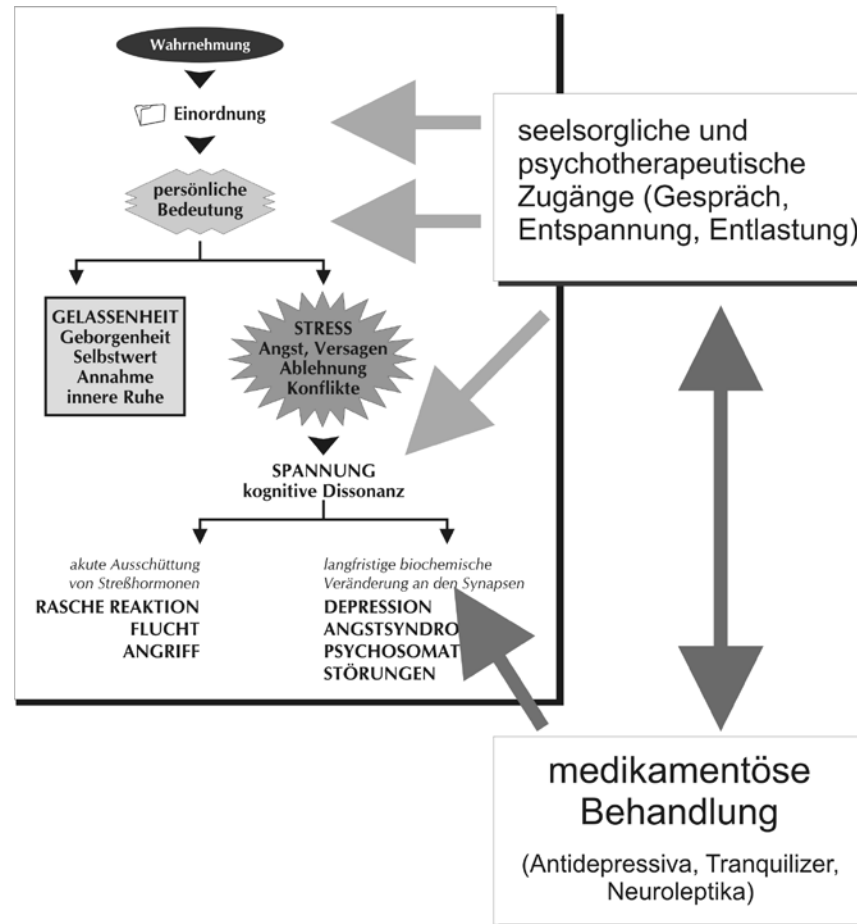
Psychosozialer Streß und seine hormonalen Korrelate

Streß kann sich auf zwei Arten manifestieren: Da ist einmal die akute Ausschüttung von Adrenalin und Noradrenalin, die Energie mobilisiert, das Blut weg von den inneren Organen hin zu den Muskeln lenkt und so den Menschen in der akuten Situation bereit macht für Kampf oder Flucht.

Für das Verständnis psychischer Probleme ist aber die zweite Form der Streßreaktion viel wichtiger: die langfristige Veränderung des Hormonhaushaltes und der Synapsen. Man geht heute davon aus, daß unter wiederholtem Streß bzw. chronischer innerer Anspannung (Strain) ein Umbau in der Synapsenverteilung der relevanten Gehirnareale eingeleitet wird, der zunehmend zu depressiven und angstbetonten Zuständen führt, häufig begleitet von psychosomatischen Problemen wie Schlaflosigkeit, Appetitmangel, Kreislauf- und Verdauungsbeschwerden und allgemeiner innerer Unruhe. Dabei spielt auch die hormonelle Streßreaktion eine wesentliche Rolle. Forschungen am Max-Planck-Institut für Psychiatrie in München haben zeigen können (), daß der Streßpegel bei Depressiven ähnlich hoch ist wie bei langjährigen Marathonläufern. In einer amerikanischen Untersuchung () wurde nachgewiesen, daß die Nebenniere bei Depressiven während der Depression um bis zu 70 Prozent vergrößert war. Diese Vergrößerung bildete sich nach Abklingen der Depression vollständig zurück. Andere Untersuchungen zeigten die starken Unterschiede der Neurotransmitterverteilung an den Synapsen während einer akuten psychotischen Erkrankung und nach erfolgreicher Behandlung.

Der einseitig biologisch orientierte Arzt hätte also viel Grund, die psychosomatischen Störungen als pathologische Konstellation entgleister Hormonspiegel und gestörter Organfunktion zu betrachten. Auch die Betroffenen möchten die psychodynamischen Zusammenhänge oft nicht wahr haben. Vielfach wird dann auch nur auf der organisch-funktionellen Achse abgeklärt. Aus den obigen Ausführungen wird aber deutlich, daß es eben noch andere Zusammenhänge gibt. Unsere Patienten erleben ihre Störungen ganz existentiell als Leiden und als Botschaft ihres Körpers, die weit hinausgeht über eine veränderte Biochemie.

Abbildung 2: Beeinflussung psychosomatischer Syndrome auf der biologischen und auf der psychotherapeutisch-seelsorglichen Ebene.



Wie wirkt therapeutische Seelsorge im leib-seelischen Bereich?

So wollen wir uns nun der Frage zuwenden, wie wir psychosomatische Störungen behandeln können. Wie läßt sich biologisch orientierte Medizin und therapeutische Seelsorge verbinden? Abbildung 2 gibt einen schematischen Überblick. Daraus wird deutlich, daß eine rein medikamentöse Behandlung erst am Ende der Reaktionskette ansetzt. Das kann bei schweren Zustandsbildern der einzig richtige Weg sein, um das entgleiste Neurotransmitter-Gleichgewicht wieder ins Lot zu bringen.

Oft kann durch Medikamente eine rasche Linderung psychosomatischer Beschwerden erreicht werden. Bei aller kritischen Gewichtung des heutigen Psychopharmaka-Marktes muß wieder einmal deutlich festgehalten werden, daß es Situationen und Zustandsbilder gibt, bei denen ein Verzicht auf wirksame Arzneimittel ein Kunstfehler ist, der durch keine psychodynamische oder seelsorgliche Überlegung zu rechtfertigen ist. Wer aber nur auf der Ebene der Medikamente behandelt, begeht auch einen Kunstfehler. Es zeigt sich nämlich sehr deutlich, daß vor der biochemischen Veränderung eine ganze Reihe von Einflußfaktoren stehen, die das Geschehen maßgeblich mitbestimmen. Und hier hat das Gespräch, im christlichen Kontext eben die Seelsorge ihren Platz.

Es gibt Zustandsbilder, bei denen ein Verzicht auf wirksame Arzneimittel ein Kunstfehler ist, der durch keine psychodynamische oder seelsorgliche Überlegung zu rechtfertigen ist. Wer aber nur auf der Ebene der Medikamente behandelt, begeht auch einen Kunstfehler.

Ich möchte das Spektrum der nicht-medikamentösen Interventionen noch etwas erweitern: Im Rahmen unserer Klinik empfinden wir es als sehr wichtig, die Patienten einmal herauszunehmen aus ihrem angespannten Alltag, ihnen Ruhe zu vermitteln, Entspannung und Entlastung. Das angeheizte System der Stresshormone darf keine neue Nahrung für überschießende und sinnlose Adrenalinproduktion erhalten. In diesem Rahmen können dann auch Gespräche über innere Spannungen, über die persönliche Bedeutung von seelischen Verletzungen und belastende Beziehungen stattfinden (interpersonelle Therapie,). Die Abbildung zeigt es deutlich: auf diese Weise werden nicht nur die psychischen Faktoren beeinflusst, sondern letztlich kommt es auch zu einer Down-Regulation der dysfunktionalen Neurotransmitter. So ist es nicht verwunderlich, daß sich in der Behandlung von Depressionen kognitiv und interpersonell orientierte Therapie beinahe gleich gut

bewährt haben wie eine medikamentöse Behandlung (NIMH-Studie ¹⁵). Dennoch gibt es immer wieder Situationen, wo die Kombination von Gespräch mit einer wirksamen Medikation nötig ist:

Beispiel: Eine 24-jährige Turnlehrerin sucht eine therapeutische Seelsorgerin wegen ihrer Bulimie auf. Jeden Tag hat sie den imperativen Drang, zu erbrechen. Das Gewicht ist bei Therapiebeginn bei ca. 42 kg bei 165 cm Körpergröße. Unter der Gesprächstherapie kann sie viele psychodynamische Zusammenhänge hinter dem Erbrechen erkennen und konstruktiv daran arbeiten. Doch das Erbrechen bleibt und führt zunehmend zu einer existentiellen Verzweiflung. Schließlich ringt sie sich auf Anraten ihrer Seelsorgerin dazu durch, es mit einem Antidepressivum zu versuchen. Unter Fluoxetin 20 mg täglich kommt es bereits nach wenigen Tagen zu einem deutlichen Nachlassen der Spannung, und eine Woche später hört das Erbrechen auf. Die Patientin führt die seelsorgliche Therapie weiter und kann jetzt viel besser davon profitieren.

Das Ziel einer umfassenden therapeutischen Seelsorge ist also die Integration von verschiedenen Modellen zu einer umfassenden Behandlungsstrategie. Integration ist nicht ein Aufgeben der Identität, sondern Ernstnehmen des Menschen in seiner vielgestaltigen Erlebensweise und die Anwendung von wirksamen und bewährten Formen der Hilfe in einer breitgefächerten Form. Ich möchte daher alle Seelsorger zuerst einmal bestätigen: Therapeutische Seelsorge wirkt auch auf der Ebene der Neurobiologie. Aber es ist auch notwendig, sich in diesem Bereich ständig fortzubilden und das Wissen zu erweitern. Schließlich muß auf dem Hintergrund der dargestellten Erkenntnisse auch davor gewarnt werden, psychologische Phänomene vorschnell durch geistlichen oder gar dämonische Kausalattributionen zu deuten.

Gehirn und Geist - wie wirken sie zusammen?

Für mich besteht kein Widerspruch zwischen den Erkenntnissen der Gehirnbiologie und den Aussagen der Bibel über das Wesen des Menschen. Geist oder Gehirn? Diese Frage beschäftigt die Forscher und Denker immer wieder neu, auch im Zeitalter der biologischen Psychiatrie. Während beispielsweise der Entdecker der DNS, Francis Crick jede transzendente Einwirkung auf den Menschen ablehnt, hat der Hirnforscher Eccles sein eigenes Modell zur Erklärung der Seele entwickelt (). Er spricht von „Psychonen“, kleinsten, materiell nicht faßbaren „mental Einheiten“, die alle Nervenfasern durchdringen. Das Ensemble der Psychonen bilde das Bewußtsein. Unsere Selbsterfahrung gehe von den Dendronen in die Psycho-

nen über, welche ihrerseits wieder die Synapsen beeinflussen. Auf diese Weise wirke der Geist auf das Gehirn ein. Mehr noch, die Psychonen verbänden die Welt des Geistes mit der Quantenphysik und sicherten durch ihre immaterielle Natur die Verbindung zum „Weltgeist“, der das ganze Universum durchdringt, also mit Gott.

Geist oder Gehirn? Diese Frage ist so komplex wie die Frage nach dem Wesen einer Symphonie. Was macht ihre Einzigartigkeit aus: Das Genie des Komponisten oder die Befindlichkeit der Musiker? Die Bauweise der Instrumente oder die Noten der Partitur? Die Druckerschwärze auf den Notenblättern oder die Klangschwingungen? Sie alle sind doch notwendig, um die herrlichen Klänge eines Konzerts zu vermitteln.

So ist es mit dem menschlichen Geist. Wohl braucht er das Instrument des Gehirns, um sich anderen mitzuteilen. Doch der Geist an sich ist ewig, jenseits materieller Bindungen, wie auch immer wir diese ewige Natur in wissenschaftliches Vokabular einzufangen versuchen. Die Persönlichkeit ist wie eine Symphonie. Die Frage ist: Wer schreibt die Partitur eines Lebens? Welche Motive und Werte, ja welchen Geist läßt der Mensch in die Saiten seiner Instrumente greifen?

Noch eine Überlegung zum Schluß: Der Klang einer Symphonie ist nicht nur abhängig von den virtuoson Fähigkeiten der Musiker, sondern auch von der Beschaffenheit ihrer Instrumente. Denn Instrumente sind vergänglich: sie können sich verstimmen, verziehen oder gar zerbrechen. Nicht immer lassen sie sich reparieren.

Und hier sind der Symphonie unseres Lebens Grenzen gesetzt. Hier zeigt sich auch die Bedeutung des Menschenbildes. Für ein Orchester sind beschädigte Instrumente wertlos und störend. Für den Materialisten hört mit dem Verlöschen der Gehirnfunktion alles auf, und für die Gesellschaft der Starken sind die Schwachen nebensächlich und hinderlich. Vor Gott aber hat auch eine zerbrochene Harfe mit hängenden Saiten ihren ewigen Wert. Hier erhält eine therapeutische Seelsorge ihren besonderen Wert: In der Annahme des psychisch leidenden Menschen in seiner subjektiven Befindlichkeit, in seinem Leiden, aber auch in seinen verborgenen Ressourcen. In dieser Begegnung helfen oft wissenschaftlich-biologische Konzepte nicht mehr weiter. Das Wesentliche findet auf einer anderen Ebene statt. Nicht immer sind uns Erfolgserlebnisse vergönnt, nicht immer wird uns das erlösende, das verändernde, das heilende Wort geschenkt, das dramatische Erneuerung bewirkt. Oft gehen wir einen langen Weg mit dem Leidenden. Und doch kann aus der Intuition heraus immer wieder etwas entstehen, das Ängste lindert und neue Hoffnung schenkt.

In der Not kann uns die Wissenschaft nicht trösten; die Liebe aber ist größer als alle Erkenntnis.

Literaturverzeichnis

1. Spitzer, R.L., et al. (1992) Now it is time to retire the term „organic mental disorders“. *American Journal of Psychiatry* 149:240-244.
2. Pfeifer, S. (1994) *Die Schwachen tragen. Psychische Erkrankungen und biblische Seelsorge*. Brunnen, Basel und Giessen.
3. Robinson, R.G. (1995) Mapping brain activity associated with emotion. *American Journal of Psychiatry* 152:327-329.
4. Andreasen, N.C. (1988) Brain imaging: Applications in psychiatry. *Science* 239:1381-1388.
5. Festinger, L. (1956) *A theory of cognitive dissonance*. Stanford: Stanford University Press.
6. George, M.S. et al. (1995) Brain activity during transient sadness and happiness in healthy women. *American Journal of Psychiatry* 152:341-351.
7. Saccuzzo, D.P., & Braff, D.L. (1986) Information Processing Abnormalities: trait- and state-dependent components. *Schizophrenia Bulletin* 12:447-456.
8. Hartwich, P. (1983) Kognitive Störungen bei Schizophrenen. *Der Nervenarzt* 54:455-466.
9. Hyde, T.M. et al. (1991) Neuroanatomical and neurochemical pathology in schizophrenia. In: Tasman, A., & Goldfinger, S.M. (ed.): *Review of Psychiatry*, Vol. 10, 7-23. American Psychiatric Press, Washington.
10. McGuire, P.K. et al. (1994) Functional Anatomy of obsessive-compulsive phenomena. *British Journal of Psychiatry* 164:459-468.
11. Post, R.M. (1992) Transduction of psychosocial stress into the neurobiology of recurrent affective disorder. *American Journal of Psychiatry* 149:999-1010.
12. Holsboer-Trachsler E. (1994). *Neurobiologische und psychopathologische Verlaufsmessungen bei Depressionstherapie*. Karger, Basel.
13. Rubin T.R. et al. (1995). Adrenal gland volume in major depression. *Archives of General Psychiatry* 52:213-218.
14. Schramm, E., und Berger, M. (1994) Zum gegenwärtigen Stand der interpersonellen Psychotherapie. *Der Nervenarzt* 65:2-10.
15. Elkin, I. et al. (1989). National Institute of Mental Health Treatment of depression collaborative research program. General effectiveness of treatments. *Archives of General Psychiatry* 46:971-982.
16. Eccles J. C. (1994). *Wie das Selbst sein Gehirn steuert*. Piper, München.

4

Seelsorge und das Unbehagen in der Kultur der Psychotherapie

Samuel Pfeifer

Psychiatrische Klinik Sonnenhalde, Riehen bei Basel

In einem Dorf nimmt sich ein 31-jähriger Lehrer das Leben. Die ganze Schule ist geschockt. Eltern und Schüler sind erschüttert; fragen nach den Ursachen. Kinder können nicht schlafen, machen sich Vorwürfe, deuten selbst Todeswünsche an. Die Schulbehörde zieht einen Psychologen bei, der in Gesprächen im Klassenzimmer hilft, das Geschehen zu verarbeiten. Im gleichen Dorf wirkt ein engagierter Pfarrer, der auch Religion und Lebenskunde in der Schule unterrichtet. Ein Kollege trifft ihn auf dem Flur und sagt: „Ach ja, Dich hätten wir ja auch fragen können. Wir haben gar nicht daran gedacht, den Pfarrer hinzu zu ziehen.“

Es lässt sich nicht leugnen: Die Seelsorge theologischer Prägung ist im 20. Jahrhundert weitgehend von der Psychotherapie abgelöst worden. Was einst alleiniges Wirkungsfeld der Religion war, ist heute zur Aufgabe psychologisch orientierter Therapeuten geworden. Sie sind es, die Menschen in ihrer Not begleiten, ihnen seelischen Schmerz verständlich machen, ihnen neuen Lebenssinn vermitteln und ihnen dazu verhelfen, das Leben besser zu bewältigen und in größerer Fülle zu erfahren ¹.

Warum denkt man bei ethischen Fragen schon gar nicht an den Beizug eines Theologen? Was sind die Themen, die die Menschen bewegen, wenn sie nach Le-

bensinn und Werten fragen? Was macht die Antworten der Psychotherapeuten so attraktiv? Und was lässt die theologischen Antworten der Seelsorge so irrelevant erscheinen?

Diese Wertverschiebung ruft natürlich größtes Unbehagen bei den Theologen hervor. Erst kürzlich brachte es der Heidelberger Theologieprofessor Klaus Berger in einem Interview zum dramatischen Rückgang der Theologiestudenten in Deutschland auf den Punkt: „Ursachen sind die weitgehende Verdrängung von Seelsorge durch Psychologie und die schwerwiegende Erkrankung des Herzens der Theologie, der Exegese des Neuen Testaments.“ Und weiter: „In der Seelsorge finde ich haufenweise Hobby-Psychologen – statt dass man eine redliche Aufgabenteilung zwischen Psychologie und Seelsorge anstrebt. Statt sich auf die eigenen Wurzeln der Spiritualität in Bibel und Mönchtum zu verlassen, führt man den Zen-Buddhismus ein, als hätten wir auf nichts sehnlicher gewartet.“²

Das Unbehagen in der Kultur

In seiner klassischen kulturtheoretischen Schrift beschrieb Sigmund Freud: „Das Unbehagen in der Kultur“ (1930). Das Individuum leide in seinem Drang nach Selbstentfaltung an den Geboten und Verboten der herrschenden Kultur, die damals zweifellos von der Kirche und von den Zwängen der Wiener Gesellschaft geprägt war. Und Freud beklagt: „Das Kultur-Über-Ich ... kümmert sich zuwenig um das Glück des Ichs ... [und] um die Tatsachen der seelischen Konstitution des Menschen.“ Das Kultur-Über-Ich stelle aber auch ethische Ansprüche auf, die das Individuum letztlich nicht erfüllen könne, allermeist das Gebot „Du sollst deinen Nächsten lieben wie dich selbst.“ Gegen Schluss seiner Streitschrift gesteht er aber selbstkritisch ein: „Ich beuge mich dem Vorwurf, dass ich ihnen keinen Trost zu bringen weiß, denn das verlangen sie im Grunde alle, die wildesten Revolutionäre nicht weniger leidenschaftlich als die bravsten Frommgläubigen.“

Freud greift hier die bleibende Spannung zwischen Hoffnung und Erfüllung auf. Die Sehnsucht nach Trost als Urmotiv für Seelsorge und Psychotherapie wird letztlich immer bis zu einem gewissen Grad unerfüllt bleiben müssen. Allerdings hat sich das Unbehagen im Verlauf des letzten Jahrhunderts deutlich verschoben. Über lange Zeit erlebten Menschen in ihrer Suche nach Glück oftmals ein Unbehagen in der Kultur der Seelsorge. Die Seelsorge repräsentierte die Forderungen des Über-Ichs, die dem Glück im Wege zu stehen schienen (Stichwort „ekkesiogene Neurose“).

Psychotherapie und Psychologie als Leitkultur

Nun aber hat man sich in den letzten 40 Jahren weitgehend von den theologischen Prämissen der Seelsorge abgewendet. Tabus wurden gebrochen, Freiheit und Selbstverwirklichung zu Leitmotiven der westlichen Gesellschaft, oftmals repräsentiert von der Psychotherapie in ihren vielfältigen Schattierungen. Die Psychotherapie wurde zur Leitkultur des Helfens und Tröstens, zum Ort der Selbsterkenntnis und der persönlichen Entfaltung. Die Psychologie prägt unser ganzes Leben. Kursangebote reichen von der Geburtsvorbereitung bis zur Trauerverarbeitung. Psychologische Tests erfassen die Person auf allen Ebenen der Ausbildung und der Arbeitswelt. Psychologische Überlegungen leiten die Werbeindustrie und psychologische Interpretationen mildern den Schock eines unverständlichen Geschehens, vom Suizid eines Arbeitskollegen bis hin zum Amoklauf eines Schülers in einem deutschen Gymnasium. Ganz allgemein ist eine durchgehende Psychologisierung der Sprache zu beobachten, die zu einer wesentlichen Grundströmung der Kultur avanciert ist.

Es ist ein schwacher Trost, dass auch die Erwartungen in die Verheißungen der Psychotherapie sich nicht erfüllt haben, dass Selbstentfaltung sich erneut stößt an den kulturellen Vorgaben in Schule, Beziehungen und Arbeitswelt. Allmählich macht sich die Erkenntnis breit, dass auch die Psychotherapie nicht glücklich macht, und dass eine ich-zentrierte Selbstverwirklichung zur beziehungsökologischen Katastrophe geworden ist, ähnlich der rücksichtslosen Ausbeutung der Weltressourcen ohne Rücksicht auf das Wohl der anderen Menschen und die Nachhaltigkeit längerfristiger Sorge um die Umwelt³.

Ziele in der Psychotherapie

Es ist nicht verwunderlich, dass nun die theologisch ausgerichtete Seelsorge ihrerseits ein Unbehagen in der prägenden Kultur der Psychotherapie empfindet. Dieses dürfte verstärkt werden durch die Ergebnisse einer breit angelegten Studie⁴, in der 128 zukünftige Psychotherapiepatienten nach ihren Zielen in der Psychotherapie gefragt wurden. Dabei wurden ihnen fünf Antwortgruppen vorgelegt, nämlich 1. Problem- und Symptombewältigung, 2. Ziele im zwischenmenschlichen Bereich, 3. Verbesserung des Wohlbefindens, 4. Orientierung im Leben und 5. Selbstbezogene Ziele. Im Rahmen der vorliegenden Thematik interessiert natürlich die genauere Definition der „Orientierung im Leben“. Folgende vier Items wurden vorgegeben: „Mit Hilfe der Psychotherapie möchte ich a) mit Teilen meiner Vergangenheit besser zurecht kommen; b) mir klarer werden wer ich bin, was ich

kann und was ich will; c) neue Zukunftsperspektiven erarbeiten; d) Sinnfragen in meinem Leben klären. Die Sinnfrage wurde nochmals unterteilt in die Items⁵: „Mich als Teil einer höheren Ordnung erleben; meinen Glauben zu leben; einen Sinn im Leben zu finden und meinen Platz in der Welt zu finden.“

Wären dies nicht die klassischen Fragen der Seelsorge? Vergangenheitsbewältigung, Identität, Zukunft und Sinn! Doch die Resultate waren enttäuschend: Während die meisten Patienten sich eine Verbesserung ihrer Symptome (99 %) erwarteten, zählten lediglich 21 % die Orientierung im Leben zu den fünf wichtigsten Zielen, und nur 3 % das Item Sinnfindung.

Wer sich heute in eine Psychotherapie begibt, der fragt: Werde ich so angenommen, wie ich bin? Warum habe ich Probleme? Warum reagiere ich so, dass ich mich und andere unglücklich mache? Wer bin ich? Wie kann ich wieder glücklich werden? Wie kann ich wieder das Leben genießen, Beziehungen aufbauen, Kraft für meine Aufgaben gewinnen?“ ABER: Sie fragen nicht: „Welchen Sinn hat mein Leben? Welche Werte leiten mich? Wie komme ich in Beziehung mit dem ewigen Gott?“

Der tschechische Schriftsteller und Staatspräsident Vaclav Havel hat einmal gesagt „Die Tragödie des modernen Menschen besteht nicht darin, dass er im Grunde immer weniger über den Sinn des eigenen Lebens weiß, sondern dass ihn das immer weniger stört.“ Möglicherweise liegt der Grund darin, dass Patienten heute eine Psychotherapie sehr pragmatisch in Angriff nehmen, nicht als Weg zu Lebenssinn und Orientierung, sondern schlicht zur Bewältigung von Problemen, zur Reduktion von Symptomen, zur Verbesserung von Beziehungen, und zur Stärkung des Selbstbewusstseins. Lebenssinn hat beim „Seelenklempner“ vielleicht genau so wenig Bedeutung wie beim Zahnarzt.

Wer hier aber ein Unbehagen spürt, der braucht sich dessen nicht zu schämen. Zu Recht darf gefragt werden: Können wir diese reduktionistische Sichtweise unkritisch mittragen? Was ist verloren gegangen auf dem Weg der Psychologisierung der Seelsorge?

Die Entkerygmatisierung der Seelsorge

In seinem höchst lesenswerten Buch „Seelsorge zwischen Bibel und Psychotherapie“ hat Rolf Sons (1995) die Entwicklung der evangelischen Seelsorge in der Gegenwart beschrieben. Es sei zu einer dramatischen Verschiebung der Perspektive gekommen, weg von einer auf Gott ausgerichteten Sichtweise „coram deo“ hin zu einer Ausrichtung an den kulturellen Vorgaben und Werten der umgebenden Welt, also „coram mundo“.

Noch vor 50 Jahren schrieb Thurneysen in seiner „Lehre von der Seelsorge“ (1947): „Seelsorge ist Wortverkündigung an den Einzelnen und kann und will nie

etwas Anderes sein.“ Die Psychologie gilt ihm bei aller differenzierten Wertschätzung als „Hilfswissenschaft“ der Seelsorge. „Die Seelsorge bedarf der Psychologie als einer Hilfswissenschaft, die der Erforschung der inneren Natur der Menschen dient, und die diese Kenntnis vermitteln kann. Sie hat sich dabei kritisch abzugrenzen gegen ihr wesensfremde weltanschauliche Voraussetzungen, die mitlaufen, und die das ihr eigene, aus der Heiligen Schrift erhobene Menschenverständnis beeinträchtigen könnten.“⁶

Demgegenüber ist die evangelische Pastoralpsychologie einen weiten Weg gegangen, in der die Seelsorge ihrer theologischen Inhalte entleert wurde, und die Grenzen zwischen Seelsorge und Psychotherapie immer mehr verschwimmen. Seelsorge wird schließlich von Stollberg (1978) als „Psychotherapie im kirchlichen Kontext“ definiert⁷. Es ist also zu einer „Entkerygmatisierung“ der christlichen Seelsorge in der Pastoralpsychologie (Sons) gekommen, die sich weitestgehend an die herrschende Leitkultur der Psychotherapie angepasst hat.

In den letzten 20 Jahren hat sich in der kirchlichen Seelsorge eine – von den Vätern der Pastoralpsychologie wohl nicht so erwartete – Wendung vollzogen. Ihre Diesseits-bezogene Psychologisierung hat einerseits den Exodus aus den Kirche nicht stoppen können, andererseits aber in vielen Menschen einen Hunger nach Spiritualität ausgelöst, den eine psychologisierte Seelsorge nicht mehr erfüllen konnte. Es kam zu einer breiten Öffnung für östliche Modelle der Meditation und esoterische Wege der Selbstfindung. Seit einigen Jahren finden Heilungsgebete und Geistheilung in den einst so rationalen Kirchen wieder Einzug, allerdings weitgehend bar jeglicher Reflexion der theologischen Wurzeln derer, die hier „Geistheilung“ zelebrieren.

Wegleitend für jeweilige Neuerungen in der Pastoralpsychologie ist oftmals eine unreflektierte Verschiebung der zentralen Anliegen. So schreibt die Princeton-Professorin Debora van Deusen Hunsinger⁸: „Empirische Studien haben den Zusammenhang zwischen Gebet und Heilung gezeigt. Manche Menschen sehen darin den Beweis für die Wirksamkeit des Gebets und manche haben sogar begonnen zu beten, weil es eben nützt. – Aber der wirkliche Fokus und Zweck des Gebetes als Gemeinschaft mit Gott ist verloren gegangen. Statt Gott zum Zentrum unseres Lebens zu machen, hat unsere seelische Gesundheit das Zentrum eingenommen.“⁹

Die Sehnsucht nach Spiritualität hat aber auch ein ernsthaftes Nachdenken über den Wert spezifisch christlicher Spiritualität ausgelöst. Ich denke dabei an die weite Verbreitung der Bücher von Henri Nouwen und Anselm Grün, aber auch an die sorgfältige Reflexion der Schriften der frühchristlichen Wüstenväter durch Daniel Hell¹⁰.

Biblisch-therapeutische Seelsorge und Pietismus

Die Auseinandersetzung mit der Leitkultur der Psychotherapie fand auch in freikirchlichen Kreisen Eingang. Wichtigster Wegbereiter war wohl der amerikanische Pastoraltheologe Jay Adams, dessen Bücher erstmals psychologische Modelle mit biblischen Konzepten verbanden. In den Achtziger Jahren kam es durch Leitfiguren wie Michael Dieterich und Reinhold Ruthe zu einer breiten Bewegung einer therapeutisch orientierten Seelsorge, in der sich Tausende Laien und Pastoren im freikirchlichen Raum in Kursen schulen ließen. In der charismatischen Bewegung ergab sich unter dem Schlagwort „Innere Heilung“ eine fruchtbare Verbindung von biblischen Anliegen mit tiefenpsychologischen Konzepten Jung'scher Prägung. Nicht vergessen werden darf an dieser Stelle auch die breite Schulungs- und Publikationstätigkeit der Seelsorgebewegung „IGNIS“.

Immer dann, wenn es zu Verschiebung der Kulturen kommt, regt sich auch das Unbehagen – so auch im freikirchlichen Raum. Da wird in den letzten Jahren zunehmend eine „Psychologisierung der Seelsorge“ beklagt. Schlagworte enthalten oft die unerfüllten Erwartungen und die unterschwellige Kritik, die sich bisweilen allzu pauschal gegen alles wendet, was als „Psychotherapie“ wahrgenommen wird:

- „Befreiende Seelsorge“ im Gegensatz zu einer Psychotherapie, die in den Nöten nur begleiten kann.
- „Biblische Seelsorge“ im Gegensatz zu einer Psychotherapie, die keine biblischen Leitlinien gibt.
- „Nouthetische Seelsorge“ im Gegensatz zu einer Psychotherapie, die auf Mündigkeit zählt und sich mit Ratschlägen zurückhält.
- „Heilende Seelsorge“ vs. Psychotherapie, die sich bewusst ist, dass sie in einer unvollkommenen Welt nicht letztlich heilen kann.
- Dazu kommt nicht selten eine unqualifizierte Kritik der medizinisch orientierten Psychiatrie, die in manchen Splittergruppen sogar zum Identität stiftenden Dogma erhoben wird.

Kritik der Integration von Psychologie und Seelsorge

Die Leitkultur der Psychologie hat ihren Niederschlag auch in den christlichen Universitäten der USA gefunden. Psychologieprogramme sind akademisch so hoch stehend, dass sie auch den strengen Richtlinien der „American Psychological Association“ entsprechen. Religion hat heute wieder ihren Platz in der Psychologie, nicht zuletzt einer intensiven akademische Aufarbeitung der Integration von Psychologie und Theologie.

Doch das ruft intensives Unbehagen in der theologischen Subkultur hervor.

Die wohl umfassendste Kritik stammt von David Powlison (1993), einem leitenden Mitarbeiter von Jay Adams am Westminster Theological Seminary in Philadelphia. Integration sei oft ein „chaotischer Flohmarkt“, allenfalls undifferenzierter „großer Schirm“, unter dem alles Platz habe. Allen Bemühungen um Integration seien folgende Punkte gemeinsam:

- Eine Menschen-zentrierte Sicht der tieferen Probleme.
- Eine systematische Übernahme säkularer Psychologie, weil in der Bibel keine Grundlagen für ein Verständnis und für Veränderung des Selbst zu finden sei.
- Ein verfälschtes Evangelium, das Christus zum Diener der emotionalen und psychologischen Bedürfnisse der Menschen mache.
- Letztlich seien menschliche Bedürfnisse wie Götzen, die uns von einer tiefen Beziehung mit Gott abhielten ¹¹.

Kritik der Kritik oder: Das Unbehagen in der Kultur der Seelsorge

Hat die moderne Seelsorgebewegung der Integration von Psychotherapie und Seelsorge die Kirche zerstört? Oder ist es vielleicht sogar das Versagen der Seelsorge, die sich nicht genügend um die Nöte der Menschen gekümmert hat, die dazu beigetragen hat? Die Kritik von Powlison zeigt eine einseitige verbale Orientierung an biblischen Aussagen, die primär theologische Konzepte von Sünde, Schuld und Vergebung betonen. Weitgehend unerwähnt bleiben Konzepte des Trostes, der Schwachheit, des Ringens mit den inneren Widerständen des geistlichen Lebens, die sich nicht so einfach auflösen lassen (Römer 7).

Es mutet zynisch an, dass Gefühle und Bedürfnisse der Menschen als götzendienerische Empfindungen abgewertet werden, dem Herrn (und so genannten „biblischen“ Seelsorgern) ein Gräuel. Ist denn das Empfinden der Menschen nicht Teil des menschlichen Wesens und der menschlichen Not? Bereits im Alten Testament wird erkennbar, dass es Gott nicht nur um Schuld und Sühne ging. Er fühlte mit seinem Volk, sein Leiden in der Wüste war ihm nicht egal: „Der Herr, dein Gott, hat dein Wandern durch diese große Wüste auf sein Herz genommen.“ ¹²

Integrationskritik dieser Lesart wirkt nicht nur rückwärtsgerichtet, sondern letztlich auch menschenfeindlich, und lässt einen tiefen Mangel an Respekt und Einfühlung in die Nöte derer erahnen, die „mühselig und beladen sind“. Biblische Seelsorger dürfen nicht zu Schriftgelehrten und Pharisäern degenerieren, die zwar jede Stelle zum Thema Sünde kennen, aber Gefühle der Barmherzigkeit mit den Schwachen bereits als „humanistisch“ und „außerbiblisch“ deklarieren.

Seelsorge, die biblische Grundlagen für ihr Wirken sucht, empfindet zu Recht ein Unbehagen, wenn sie in derart einseitiger Manier nur theologische Konzepte anwenden will. Sie muss sich kritische Fragen gefallen lassen, etwa: Reichen die

Konzepte der Bibel für eine fachgerechte Behandlung einer Anorexie, einer Angststörung, einer Zwangsstörung, oder für die Behandlung einer Depression oder Psychose? Kommen Seelsorger nicht gerade in diesen Bereichen an die Grenzen, wo sie dankbar sind für die Unterstützung von psychologisch und ärztlich geschulten Therapeuten?

Ein „biblischer“ Reduktionismus kann zum Deckmantel für eine unprofessionelle (und oftmals auch unbarmherzige) Beratung werden, die dem leidenden Menschen nicht gerecht wird.

Es soll deshalb nicht verschwiegen werden, dass nicht wenige Christen auch ein tief greifendes Unbehagen in der Kultur der Seelsorge empfinden, dort nämlich, wo

- Die persönliche Lebensgestaltung unter geistlichen Vorzeichen eingefordert wird und es zu einer Vermischung von „Gemeindezucht“ und Seelsorge kommt.
- Ein religiöses Vokabular zur Abwertung seelischer Not herangezogen wird („Stolz, Auflehnung, Götzendienst“).
- Unter dem Vorzeichen einer „heilenden Gemeinschaft“ und öffentlicher Rechenschaft gegenüber einer Gruppe das Beichtgeheimnis nicht gewahrt wird.
- Es zu einer Dämonisierung seelischen Leidens kommt. („Delta-Faktor“; „Frei von dunklen Schatten“¹³)
- Glücksversprechungen unter dem Vorzeichen „geistlichen Gehorsams“ gemacht werden, die das Spannungsfeld menschlichen Leidens außer Acht lassen.

Mich erfasst ein Unbehagen bei denjenigen Seelsorgern, die in diesem Spannungsfeld *kein* Unbehagen empfinden. Die Notwendigkeit, dann doch fachliche Hilfe in Anspruch zu nehmen, wird oft mit der billigen Floskel der „organischen Komponente“ kaschiert.

Die Wiederentdeckung der Spiritualität

In den vergangenen Jahren wird vermehrt wieder über die Bedeutung der Seele und der Spiritualität nachgedacht und geschrieben¹⁴. Das geht so weit, dass im englischen Sprachraum eine Verschiebung der Begrifflichkeit stattfindet, weg von „Christian Counseling“ hin zu „Care of the Soul.“ Da ist von „Spiritual Formation“ oder „Spiritual Direction“ die Rede¹⁵ oder von „Integrating Spirituality into Treatment“¹⁶. Im deutschsprachigen Raum hat der Züricher Psychiatrieprofessor Daniel Hell gleich zwei Bücher veröffentlicht, die die Seele zum Thema machen, nämlich „Seelenhunger. Der fühlende Mensch und die Wissenschaften vom Leben“¹⁷ und „Die Sprache der Seele verstehen. Die Wüstenväter als Therapeuten“¹⁸.

Eine hervorragende und umfassende Arbeit über Psychotherapie und Spiritualität hat Utsch (2002) verfasst.

Einer der wesentlichen Vordenker einer spirituellen Psychotherapie ist David Benner, der ehemalige Herausgeber der integrativ orientierten „Encyclopedia of Psychology and Theology“¹⁹. In seinem Buch „Care of Souls. Revisioning Christian Nurture and Counsel“²⁰ entwirft er eine neue Sicht der Seelsorge, die sich wieder auf die Seele zurückbesinnt und bewusst die Verbindung mit Gott sucht und fördert.

„Die Seele umfasst unsere ganze Person. Kein Teil existiert ausserhalb ihres Kreises. Unsere Spiritualität ist eng verbunden mit unserem Geist und unserem Körper und hat keine unabhängige Existenz, die von diesen getrennt werden könnte. ... Wir haben keinen Teil der Persönlichkeit, der in Verbindung mit Gott steht oder sich nach einer solchen Beziehung sehnt.

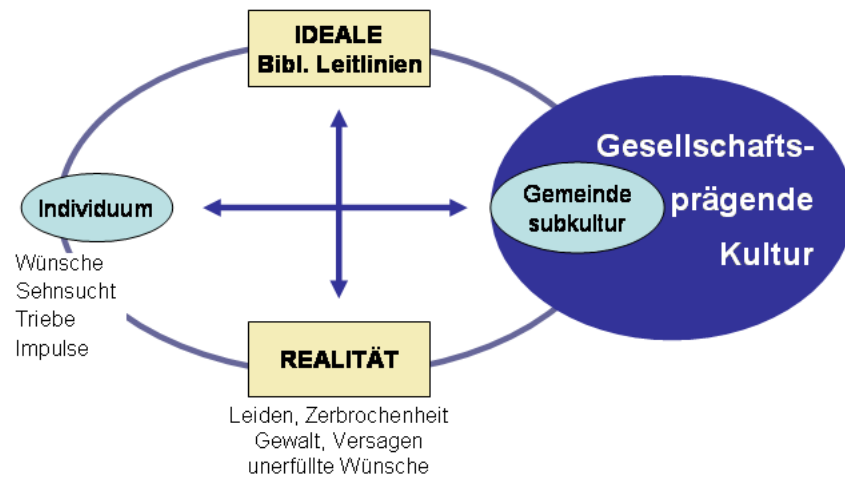
Es ist die Ganzheit unseres Seins, die sich nach einer solchen Beziehung sehnt und darauf anspricht. ... Mehr noch, unsere Beziehung zu Gott wird durch dieselben psychologischen Prozesse und Mechanismen moduliert, die auch in der Beziehung zu anderen Menschen wirken. Die geistliche Sehnsucht ist in gewisser Weise auch eine psychologische Sehnsucht und jede psychologische Sehnsucht kann auch verstanden werden als Reflexion unserer grundlegenden geistlichen Sehnsucht.“

Spannungsfelder der Seelsorge

Eine fachgerechte Seelsorge, die ihren Platz inmitten der Kultur der Psychotherapie behaupten möchte, muss lernen mit den vielfältigen Spannungsfeldern des Lebens und des Leidens umzugehen. Abbildung 1 versucht schematisch die wesentlichen Elemente darzustellen. Es gilt, Menschen in ihren Bedürfnissen und ihrer schwierigen sozialen Situation ernst zu nehmen und biblische Leitlinien einzubringen und anzuwenden.

Während Psychotherapie oft im Einzelsetting stattfindet, muss Seelsorge viel häufiger das Umfeld, ja die Subkultur einer Gemeinschaft / Gemeinde berücksichtigen, in der eigene Regeln herrschen, die den Konflikt zwischen individuellen Bedürfnissen und dem Über-Ich der Kultur hervorrufen können. Dies geschieht besonders häufig bei Störungen der Impulskontrolle, Fragen der Lebensgestaltung und sexuellen Fragen. Oftmals steht aber auch das Ideal göttlicher Liebe und Fürsorge im schmerzlichen Widerspruch zu seelischem und körperlichem Leiden, Zerbrochenheit, Gewalt, eigenem Fehlverhalten und unerfüllten Wünschen. Gerade hier ist die Seelsorge herausgefordert, Brücken zu bauen und Gottes Liebe auch in der Unvollkommenheit dieser Welt spürbar zu machen.

Abbildung 1: Spannungsfelder der Seelsorge



Vier Herausforderungen an die Seelsorge

In seinem sehr lesenswerten Buch über die Bergpredigt prägt der bekannte englische Theologe John Stott²¹ den Begriff einer „Christian Counterculture“ – einer christlichen Gegenkultur also. In der Tat sind die Lehren Jesu bis heute revolutionär, quer in der Landschaft, hoher Anspruch und praktische Wegweisung zugleich.

Gibt es auch eine christliche Gegenkultur im Bereich von Psychologie und Seelsorge? Oder gibt es wenigstens Möglichkeiten, die Stimme der christlichen Werte hörbar zu machen? Wenn die Psychologie die Sprache unserer Kultur vorgibt, ist es möglich, in dieser Sprache etwas von dem letzten Sinn, den ultimativen Werten des Glaubens zu vermitteln?

Vier Punkte sind meines Erachtens wichtig, damit die Stimme der Seelsorge im Spannungsfeld der Kulturen gehört wird:

1. Einfühlung und Engagement („Compassion“)
2. Gesellschaftliche Relevanz
3. Verantwortungsbewusstsein, Professionalität und Ethik
4. Spiritualität und Sehnsucht nach Gott

1. Einfühlung und Engagement (compassion)

Gott nimmt das Fühlen, Begehren und Leiden des Menschen ernst. Er trägt das Leiden seines Volkes auf seinem Herzen. Jesus weinte über die Not der Menschen, „denn sie waren verschmachtet, wie Schafe, die keinen Hirten haben.“ (Matthäus 9,36). In einer Welt, die sich nach Trost sehnt – man denke an das eingangs zitierte Wort von Freud – ist es wesentlich, dass Seelsorger ihre Barmherzigkeit spürbar werden lassen.

Gehorsam, Heiligung und Glaube sind wichtig; das Wort und das rechte Verständnis des Wortes sind wichtig. Aber nur diejenige Seelsorge berührt die Herzen der Menschen, die im Sinne Jesu echt an den Nöten der Menschen Anteil nimmt, ohne sie vorschnell zu beurteilen oder zu verurteilen. Oft ist dies nur möglich, wenn sie selbst durch Tiefen gegangen sind. Der reife Seelsorger kennt aus seinem eigenen Leben Grenzen und weiß um die Realität der Schwachheit.

Henri Nouwen, früherer Professor für Spiritualität in Harvard und Yale und Autor unzähliger Bücher ist wohl eines der besten Beispiele für diesen Sachverhalt. Immer wieder beschreibt er eloquent und mitreißend seine eigenen seelischen und geistigen Nöte. Seinem wohl bekanntesten Buch „Nimm sein Bild in dein Herz“²² ging eine schwere seelische Krise mit tiefsten Depressionen voraus. Sein Biograph Michael Ford²³ schreibt über ihn: „Seine Worte sprachen mit besonderer Sensibilität zu denjenigen Menschen, die in ihrem Leben seelisch gelitten hatten. Er entdeckte, dass er aus seinen eigenen Verwundungen die Verletzungen anderer Menschen erreichen konnte.“

2. Relevant für unsere Gesellschaft

Seelsorge ist kommunikationsfähig in der psychologischen Kultur des 21. Jahrhunderts und kann in der Sprache der umgebenden Kultur kommunizieren. Sie ist am Puls der Menschen und greift aktuelle Themen auf. Spüren wir die Themen, die unsere Gesellschaft bewegen? – Die Verarbeitung traumatischer Erfahrungen (von großen Katastrophen bis hin zum Suizid eines Dorflehrers), sexueller Missbrauch, AIDS; das Problem der Internet-Pornographie oder die ethischen Fragen rund um die Gentechnologie. Die Liste ließe sich beliebig verlängern.

Seelsorge nimmt einen diakonischen Auftrag in einer entsolidarisierten Gesellschaft wahr und nimmt sich sozialer Probleme an, die von der Main-Stream-Kultur vernachlässigt werden. Dabei kann es oft notwendig sein, dass sie manchmal auch unbequeme Gegenstandspunkte vertritt, gerade weil ihr die Not der Menschen nicht egal ist.

3. Verantwortungsbewusst und ethisch

Seelsorglich Tätige kennen ihre Grenzen und arbeiten mit Fachpersonen und Fachinstitutionen zusammen. Sie kennen die ethischen Richtlinien der Beratung und achten das Beichtgeheimnis. Sie sind sich ihrer Verantwortung bewusst und bedrängen Ratsuchende nicht mit einseitigen spirituellen Deutungen. Spirituelle Deutungen (Sünde, Ungehorsam oder Dämonen) allein machen noch keine biblische Seelsorge und keine christliche Gegenkultur aus. Sie bilden sich selbst in speziellen Fachbereichen aus und nehmen Supervision in Anspruch.

Als therapeutisch Tätige brauchen wir in der Seelsorge ein Gegenüber, das gelernt hat, unsere Sprache zu verstehen, ja sie zu sprechen. Seelsorge darf nicht im Alleingang geschehen: Supervision, Intervision, Konsultation mit Ärzten und andern erfahrenen Seelsorgern sind unabdingbar für eine verantwortungsbewusste Seelsorge. Ich wünsche mir eine vermehrte gegenseitige Wertschätzung zwischen Seelsorge und Therapie, denn die Praxis zeigt: Zusammenarbeit ist möglich und dient dem Wohl unserer Patienten, ohne deren geistliches Leben zu beeinträchtigen.

4. Spiritualität und Sehnsucht nach Gott.

Gläubige Menschen leben letztlich in einem Paradox: Sie leben und wirken in der Welt, und doch sind sie nicht von der Welt. Spiritualität lässt sich nicht intellektuell fassen, sie enthält immer ein Element der Sehnsucht nach Gott, die in dieser Welt nie ganz gestillt werden kann. Es ist die Sehnsucht nach einem Durchblick hinter die Kulissen der Schicksale der uns anvertrauten Menschen, die Sehnsucht nach dem letzten Durchblicken durch den „matten Spiegel“; Sehnsucht nach besserem Verständnis der menschlichen Seele.

Spirituelle Menschen kennen aber auch die Sehnsucht nach vermehrtem Erkennen, was sein Wort für den einzelnen bedeutet, wie biblische Leitlinien in der Not des Einzelnen umgesetzt werden können, obwohl sie vielleicht neue Spannungen hervorrufen. Und schließlich ist da auch die große Sehnsucht nach dem Trost, den auch Sigmund Freud nicht vermitteln konnte; eine Sehnsucht, dass ER die Not der Menschen hinweg nimmt und ihre Tränen abtrocknet.

Johann Amos Comenius schrieb einmal: „Ich danke Gott, dass er mich mein ganzes Leben hindurch einen Mann der Sehnsucht hat sein lassen.“ Es ist die Sehnsucht, die schon den Psalmisten bewegte ²⁴:

„Ich breite meine Hände aus zu dir; meine Seele dürstet nach dir, wie ein dürres Land ... Herr, erhöre mich bald, mein Geist vergeht; verbirg dein Antlitz nicht vor mir ... Tu mir kund den Weg, den ich gehen soll; denn mich verlangt nach dir!“

Zusammenfassung

- **Ein Unbehagen zwischen den Kulturen der Seelsorge und der Psychotherapie ist unvermeidlich und sogar stimulierend.**
- **Seelsorge darf sich nicht dem kreativen Dialog mit der Psychotherapie verschließen.**
- **Sinn und Werte leiten sich nicht nur ab von der Suche nach Glück, sondern letztlich aus der Perspektive der Ewigkeit – in einer unvollkommenen Welt.**
- **Eine christliche Gegenkultur hält das Spannungsfeld zwischen biblischen Leitlinien und der individuellen Not der Rat suchenden Person aus und ist in der Lage, in der Sprache der Gegenwartskultur zu kommunizieren.**

Download

Eine Powerpointpräsentation dieses Vortrages kann heruntergeladen werden von folgender Website:

www.seminare-ps.net

Anmerkungen

1. Nach David Benner 1998
2. Idea-Spektrum 7/2003, S.12
3. vgl. J. Willi 1996
4. Grosse Holtforth 2001
5. Grosse Holtforth und Grawe 2000
6. Thurneysen 1947, S. 174
7. zitiert bei Sons 1995, S. 36
8. zitiert bei McMinn & Phillips, S.22
9. ein ähnliche Kritik findet sich bei Meyer-Blanck 2001, S. 271
10. Hell 2002
11. Selbst Lawrence Crabb erhält heftigste Kritik. Sein Konzept „pivots around the human experience. The Bible's view of the heart is the opposite; life pivots around our relationship with God or false Gods, not around the idolatrous felt needs of sinners.“
12. 5. Mose 2,7
13. vgl. Charles Kraft 1995, S. 119 – 121.
14. Beck 2003
15. Sperry 2003
16. Miller 1999, Richards und Bergin 1997
17. Hell 2003
18. Hell 2002.
19. Benner 1985 / 1999
20. Benner 1998
21. Stott 1978
22. Nouwen 1991
23. Ford 1999
24. Psalm 143:6 ff

Literatur

- Beck J.R. (2003). Self and Soul: Exploring the boundary between psychotherapy and spiritual formation. *Journal of Psychology and Theology* 31:24 – 36.
- Benner D.G. (1985/1999). *Baker Encyclopedia of Psychology and Christian Counseling*. 2nd edition. Baker, Grand Rapids MI.
- Benner D.G. (1998): *Care of Souls. Revisioning Christian Nurture and Counsel*. Baker, Grand Rapids MI.
- Freud S. (1930). *Das Unbehagen in der Kultur*. Fischer, Frankfurt 1994.
- Ford M. (1999). *Wounded Prophet. A Portrait of Henri J.M. Nouwen*. Doubleday, New York.
- Grosse Holtforth M. (2001). Was möchten Patienten in ihrer Therapie erreichen? - Die Erfassung von Therapiezielen mit dem Berner Inventar für Therapieziele (BIT). *Verhaltenstherapie & Psychosoziale Praxis* 34:241–258.
- Grosse Holtforth M. & Grawe K. (2000). Fragebogen zur Analyse Motivationaler Schemata (FAMOS). *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie* 29:170 – 179.
- Hell D. (2002): *Die Sprache der Seele verstehen. Die Wüstenväter als Therapeuten*. Herder, Frei-

- burg.
- Hell D. (2003): *Seelenhunger. Der fühlende Mensch und die Wissenschaften vom Leben*. Verlag Hans Huber, Bern und Göttingen.
- Kraft C. (1995). *Frei von dunklen Schatten. Grundlagen für den Befreiungsdienst in der Seelsorge*. Projektion J, Asslar.
- McMinn M.R. & Philipps T.R., eds. (2001). *Care for the Soul. Exploring the Intersection of Psychology and Theology*. Intervarsity Press, Downers Grove IL.
- Meyer-Blanck M. (2001). *Liturgie und Therapie. Praktisch-theologische Impulse für eine neue Annäherung*. *Praktische Theologie* 36:269–278.
- Miller W.R., Hrsg. (1999). *Integrating Spirituality into Treatment*. American Psychological Association, Washington DC.
- Nouwen H.J.M. (1991). *Nimm sein Bild in dein Herz*. Herder, Freiburg.
- Powlison D. (1993). *Critiquing modern Integrationists*. *Journal of Biblical Counseling* 11:24 – 34.
- Richards P.S. & Bergin A.E. (1997). *A spiritual strategy for counselling and psychotherapy*. American Psychological Association, Washington DC.
- Sons R. (1995). *Seelsorge zwischen Bibel und Psychotherapie. Die Entwicklung der evangelischen Seelsorge in der Gegenwart*. Calwer Verlag, Stuttgart.
- Sperry L. (2003). *Integrating spiritual direction functions in the practice of psychotherapy*. *Journal of Psychology and Theology* 31:3 – 13.
- Stott J. (1978). *Christian Counterculture. The Message of the Sermon on the Mount*. Intervarsity Press, Downers Grove IL.
- Thurneysen E. (1947). *Die Lehre von der Seelsorge*. Reprint 1980. Theologischer Verlag Zürich.
- Utsch M. (2002). *Psychotherapie und Spiritualität. Unterschiede zwischen wissenschaftlicher und weltanschaulicher Lebenshilfe*. Evangelische Zentralstelle für Weltanschauungsfragen (EZW), Berlin.
- Willi J. (1996). *Ökologische Psychotherapie*. Hogrefe, Göttingen.