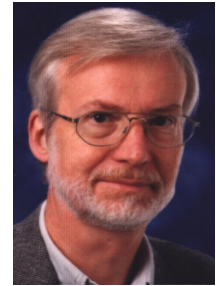


Rainer Häberlein  
Pfarrer am Klinikum Nürnberg (Nord)



## SEELSORGE IN DER PSYCHIATRIE

### Seelsorge – grundsätzlich

Ein Aushang auf den Stationen (nicht nur der Psychiatrie)

#### Seelsorge – was ist das eigentlich?

Das ist nicht leicht in Worte zu fassen, obwohl fast jeder ein Gefühl dafür hat, was Seelsorge ist.

Es gehört zu den Grundbedürfnissen des Menschen, sich aussprechen zu können, nicht nur über Banales zu reden, sondern auch über Persönliches, über Ärger, Freude und Leid; jemand zu haben mit einem offenen Ohr. Man sagt, es tut gut, wenn man „sich etwas von der Seele reden“ kann.

Hier auf Station sind es oft Kontakte und Gespräche, die sich „zufällig“ ergeben, manchmal sind sie bewusst gewollt oder eigens vereinbart, auch in einem Sprechzimmer der Klinikseelsorge (Haus 47, I. Stock).

In diesen Gesprächen geht es um das Zwischenmenschliche, das ganz Persönliche, um Begegnung, um Spiritualität in einem sehr weiten Sinn. Mit Therapie und sozialen Belangen gibt es Überschneidungen, aber eher am Rand. Gebet und Segen haben ihren Platz, wo die Gesprächspartner sich gemeinsam vor Gott wissen.

Natürlich „machen“ Seelsorge nicht bloß „die Pfarrer“ oder die Hauptamtlichen. Auch Patienten sind Seelsorgerinnen und Seelsorger, Pfleger, Ärztinnen, Ergotherapeuten, Putzfrauen, Sozialarbeiter; jeder Mensch tut das mehr oder weniger, freilich auch mehr oder weniger gut. Da passt ein Satz, den ich einmal gelesen habe: Wenn ich mir etwas von der Seele reden will, brauche ich eine Seele, die Anteil nimmt, ein Ohr genügt nicht. Immer aber ist wirkliches Zuhören das Wichtigste.

Für die Kirche ist Seelsorge – neben Verkündigung (in Gottesdienst und Unterricht) einerseits und tätiger Nächstenliebe (Diakonie oder Caritas) andererseits – ein dritter Grundpfeiler, der manchmal übersehen wird.

Es ist das Miteinander (-Leben) von Christen, das In-Beziehung-Sein, auch ohne speziellen Zweck, lebensfreundliche, offene, wahrhaftige, freimachende Kommunikation.

Und das geht immer auch über die Kirchengrenzen hinaus, sonst wäre Kirche nicht mehr Kirche, sondern eine Sekte.

Sehr oft misslingt das Kommunizieren, das Zusammenleben, gerade auch bei Christen. Deswegen brauchen wir einander, um voneinander zu lernen und Fehler wieder gut zu machen. Und manchmal brauchen wir auch professionelle seelsorgerliche Hilfe.

Diesen Text habe ich auf meinen Stationen ausgehängt, weil ich es schwer fand, Menschen, die von Kirche wenig Ahnung haben, etwa aus der Türkei oder aus der ehemaligen DDR, mit knappen Worten zu erklären, „was ich denn da mache als Pfarrer“. Daran habe ich selbst gelernt.

Der Aushang mag einen ersten Einblick geben, wie ich Seelsorge verstehe:

Als eine Grunddimension von Kirche; nämlich die Kommunikation (Interaktion) *der Organe, Glieder und Zellen am Leib Christi*, nicht primär für die Information (kerygma, Verkündigung), auch nicht vorrangig für Nächstenliebe, Hilfe und Therapie (diakonia), sondern die Mit-Teilung des Wortes Gottes im Kommunikationsmodus der „Beziehung“ (Gemeinschaft, koinonia, zweckfreier Austausch).

Dass in der Krankenseelsorge vorwiegend der helfende, beratende (diakonische) Aspekt betont wird, ist naheliegend, der umfassendere Sinn von Seelsorge sollte dennoch nicht untergehen.

Seelsorge geschieht, wo immer Menschen miteinander so sprechen, so Kontakt aufnehmen, dass sie sich gut tun, ermutigen, stärken, aufrichten, dass Freiheit wächst und Vertrauen, Hoffnung und Freude, dass sie sich in ihrem unverlierbaren Wert vergewissern.

Das braucht jeder Mensch, gerade aber jemand, der in einer Krise ist oder leidet. Dann besonders verwenden wir das Wort „Seelsorge“ - oft in hörbaren Anführungszeichen, nämlich, wenn jemand einem anderen, der verwirrt, traurig oder verzweifelt ist, zum Seelsorger geworden ist, ohne dazu einen Auftrag oder ein Amt zu haben. Patienten sind wirklich oft füreinander Seelsorger; ebenso Mitarbeiter für Patienten, aber auch Patienten für Mitarbeitende.

Was für alle Menschen gilt, ist in der Kirche geradezu unverzichtbar. Christen sollen im Zusammenleben die befreiende Kraft des Glaubens spüren und mitteilen.

Die **Begabungen zur Seelsorge** sind freilich verschieden. Das Wichtigste ist das genaue und aktive Zuhören. Manche Menschen sind Naturtalente, andere tun sich schwer, weil sie an ihren eigenen Einschränkungen, Ängsten und Vorurteilen leiden.

Aber die Fähigkeiten wachsen und werden gefördert, schon indem jemand selbst so eine befreiende, wohltuende, aufschließende Kommunikation erfährt.

*Seelsorge befähigt zur Seelsorge.*

Weil aber unsere Gespräche und Kontakte auch in der Kirche sehr häufig **nicht** aufbauend, hilfreich, befreiend sind - nicht selten sogar im Gegenteil - bedarf es darüber hinaus besonderer Anstrengungen, um heilsame Kommunikation zu entwickeln. Leute, die dazu begabt sind, werden ausgebildet, fortgebildet, um seelsorgerliche Kommunikation zu verbessern und weiter zu reichen.

In den meisten christlichen Kirchen werden Menschen dazu eigens beauftragt:

z.B. Ehrenamtliche in der Telefonseelsorge, Besuchsdienste im Krankenhaus, Seelsorgerinnen und Seelsorger in verschiedenen theologischen und theologisch-pädagogischen Berufen, Diakoninnen und Diakone, Pastoralreferentinnen und -referenten, Pfarrerinnen und Pfarrer.

Krisensituationen stellen besondere Herausforderungen dar. Für solche speziellen Aufgaben gibt es eigene Berufe: Ehe- und Erziehungsberater, Klinikseelsorger, Gefängnisseelsorger, Supervisoren, Psychotherapeuten für Jugendliche und Erwachsene. Seelsorge in der Psychiatrie hat durch die Nähe zu den therapeutischen Aufgaben einen besonderen Charakter.

## Seelsorge in Krisen und Krankheit – ein anderer Zugang

*Herkömmlich und landläufig*

ist Seelsorge diejenige Kommunikation „des Pfarrers“ mit den Gemeindegliedern (bzw. der Kirchenmitglieder untereinander und mit anderen – s.o.), die nicht primär auf Belehrung oder

Missionierung (vgl. Predigt und Unterricht) gerichtet ist, sondern die Gemeinschaft stärken und gegenseitige Stützung und Erbauung ermöglichen soll.

Insbesondere die helfende, beratende Kommunikation in Krisenfällen galt seit langem als **die** seelsorgerliche Tätigkeit „der Geistlichen“, wobei offensichtlich vorausgesetzt wurde, dass gerade diese dazu besonders befähigt seien, oder aber dass solche Hilfe in engem Zusammenhang mit den religiösen Grundfragen, bzw. mit dem Glauben stehe.

Seitdem sich (vor Jahrhunderten) nicht nur die ärztliche Tätigkeit von der priesterlichen abgespalten und unterschieden hatte, sondern später auch die Beraterischen Elemente eigenen professionellen Zweigen zugeordnet wurden, blieb scheinbar für die Seelsorge nur noch die spezifisch religiöse („Seelenheil“) Kommunikation übrig.

Durch Psychotherapie und Sozialarbeit, die sich aus der Seelsorge herausentwickelt haben, lernten wir Seelsorger erst in den letzten drei Jahrzehnten wieder neu zu verstehen, was das eigentlich Hilfreiche einer Beziehung, eines Gespräches ist – und dass dies im Gesamtrahmen der Tätigkeit z.B. eines Gemeindepfarrers durchaus am Platze ist. Der Bedarf an „Seelsorge“ war und ist vorhanden, und zwar keineswegs nur im Sinne einer frommen Seelenpflege.

Seelsorge wurde begriffen (mit dem vielzitierten Satz von Dietrich Stollberg) „als Psychotherapie im kirchlichen Kontext“, was meistens **diakonisch** verstanden wurde. Das ist nicht verkehrt, tendiert aber zur Einseitigkeit. Stollberg spricht an anderer Stelle (in „Wahrnehmen und Annehmen“) viel umfassender vom „Sakrament der Kommunikation“. Seelsorge ist hilfreich, bedeutet aber mehr, bedeutet **Begegnung**, jemanden als Person ernst nehmen in seiner Menschenwürde und **so** mit ihm/ihr umgehen, dass etwas spürbar wird von grundsätzlicher Annahme und Verstehen, von dem unendlichen Wert und dem nicht verlierbaren Sinn menschlichen Lebens.

*Christlicher Glaube* möchte genau dies vermitteln, nehmen und geben. Und deswegen bin ich als Pfarrer in der Klinik – weil solchen Umgang miteinander nicht nur die Menschen draußen in der Gemeinde brauchen. Und auch nicht nur die Kranken allgemein, sondern erst recht die Kranken in der Klinik, ganz besonders in der *Psychiatrie*, dieser zwischenmenschlichen Problemzone.

## Seelsorge im psychiatrischen Krankenhaus

Lange Zeit konnte sich Klinikseelsorge von einem *Defizit an Menschlichkeit* her bestimmen; Seelsorge als allgemein-menschliche Zuwendung (besonders in einem vorwiegend somatisch orientierten Medizinbetrieb) war in sich plausibel. Aber gerade in der modernen Psychiatrie, wo der Patient als Subjekt gesehen wird, oder zumindest so gesehen werden soll, wäre es nicht gut, Seelsorge vom Defizit her zu definieren; mitunter könnte dabei sogar die Existenzberechtigung der Seelsorge leiden – wenn es eine gute Klinik ist, wo Menschlichkeit nicht erst durch die Kirche hineingetragen werden muss. Viel mehr ist es notwendig geworden, den inneren Sinn von Seelsorge – hinter der psychosozialen Relevanz – wieder zu gewinnen.

Jede/r kirchliche Mitarbeitende im Krankenhaus, auch ehrenamtlich, **repräsentiert** und **symbolisiert** die seelsorgerliche Dimension. Er/sie hebt ins Bewusstsein und verstärkt, wenn möglich, was an Seelsorge schon vorhanden ist; übt selbst Seelsorge – teils stellvertretend für andere Mitarbeiter, teils als spezifisches Angebot aufgrund der eigenen Kompetenz und des kirchlichen Auftrags. Er/sie ist ja beauftragt mit Seelsorge, während andere Menschen im Krankenhaus als Christen „einfach so“ Seelsorge üben sollen.

Besonders die Pfarrerin, der Pfarrer ist Repräsentant/in der religiösen Dimension, also dessen „was mich unbedingt angeht“. Er/sie kommt nicht im Namen der Gesundheit, sondern sie/er kommt im Namen Gottes. Und sie/er kommt „von der Kirche“, ist trotz der Klinik-Zugehörigkeit nicht identisch mit dem Klinik-Betrieb. Durch Seelsorgende wird nicht in erster Linie das therapeutische Angebot erweitert (Hilfs-Therapeuten, Ersatz-Psychologen), sondern die Gemeinschaft mit Gott, wo zwei oder drei versammelt sind in Seinem Namen, in der christlichen Kirche (communio – communicatio – sanctorum), gestärkt.

## Wie ich arbeite:

Ich biete mich als Gesprächspartner an

- - durch „Herumgehen“ und Be-Grüßen dabei ergeben sich manche, „zufällige“ Begegnungen, auf manche Leute gehe ich zu (Sympathie, Bedürftigkeit, Offenheit)
- - ich stelle mich vor bei der „Morgenrunde“, dem Treffen der Patienten und Mitarbeitenden, biete ausdrücklich Kontakte und Gespräche an, lade ein zur abendlichen Offenen Gesprächsrunde „Gott und die Welt“ (dienstags auf *einer* Station)
- - auf mich kommen Leute zu, die spüren, dass ihnen ein persönliches Gespräch (mit mir) gut tun könnte, die mich über die kirchliche Schiene als Vertrauensperson einschätzen (gesunde Anteile - Kommunikation des Glaubens), die aus ihrer Krankheit heraus eine Affinität zu Religion, Kirche, Pfarrer haben
- - ich bekomme Hinweise (Indikation) von Seiten der Mitarbeitenden (evt. der Angehörigen): „Hier könnte ein persönliches Gespräch sinnvoll/hilfreich sein“, nicht nur bei religiösen Fragen, aber auch bei religiösen Fragen im weitesten Sinn, entweder, weil bei Patienten eine positive religiöse Grundeinstellung vorhanden ist, die fruchtbar gemacht werden könnte, die aber vielleicht durch die Krise labil geworden ist; oder aber, weil eine religiöse Problematik (Ausfall oder Fehlentwicklung) erkennbar ist (ekklesiogenes Trauma, Schuldproblematik, Ängste).

Vielleicht am wichtigsten ist Seelsorge für Menschen, die durch ihre Krankheit und/oder Krise an die fundamentalen Fragen ihrer Existenz geraten sind, in eine Glaubenskrise in einem ganz ernsthaften, echten und „gesunden“ (das wird in der Psychiatrie manchmal übersehen) Sinn. Für diese und für andere Menschen verkörpere ich als Seelsorger die - oft tabuisierte - Dimension der Sinnfrage, der Fragen nach Leben und Tod, also der Grundüberzeugungen, auf denen ein Mensch seine Existenz aufbaut.

Gegebenenfalls muss ich auch Hinweise bekommen bezüglich einer Kontra-Indikation für ein persönliches (vertiefendes!) Gespräch (Therapieplan, akute Psychose, evt. destruktiver religiöser Wahn). Das Problem des „Trostpflasters“ habe ich im Blick. Seelsorge im Sinn von "ein bisschen Menschlichkeit" könnte auch zur Vermeidung von therapeutischer Klarheit,

Konfrontation oder (psychoedukativer) "Härte" beitragen, zu einer Art Immunisierung gegen Therapie, vor allem bei Patienten, die stark zum Agieren neigen.

### Zur Art meiner Tätigkeit:

Die Patienten sollen mich als integrierenden Bestandteil der Klinik, nicht als Fremdkörper oder wie von einem fremden Stern erleben können (wegen der seelsorgerlichen Dimension im Krankenhaus), deswegen suche ich guten Kontakt mit den Teams, und zugleich bin ich, wenn es gut geht, das Symbol einer größeren Freiheit; (denn Klinik, Gesundheit, Krankheit und Tod sind nicht die Totalität des Lebens).

Meine Kontakte sind prinzipiell offen, ich taste ab, inwieweit ein/e Patient/in sich auf einen persönlicheren Kontakt einzulassen bereit ist. Unter Umständen bleibt es bei Smalltalk, das ist in sich wertvoll genug.

Ich übe keinerlei Druck aus, dass jemand sich auf ein Gespräch einlassen sollte. (Ausnahmen kann es geben bei länger dauernden Kontakten mit entsprechendem Kontrakt oder z.B. bei Suchtpatienten; dann allerdings Konfrontation und nicht Druck!)

Wesentlich ist bei meinen Gesprächen der Inhalt, schon, aber in zweiter Linie. Erstrangig geht es um die Beziehung (deswegen sind auch die nonverbalen Anteile relevant und oft hilfreich).

Ich intendiere beim Gespräch eine personale Begegnung, durch die dem Patienten der positive Wert von Glauben als Vertrauen erfahrbar werden könnte. Ich versuche keine kirchliche oder religiöse Indoktrination, sondern bleibe auch in der Thematik weitgehend patientenzentriert, wobei sich das Thema aus der mal harmonischen, mal spannungsvollen Begegnung ergibt.

Bei der christlichen Seelsorge ist es aber wichtig, dass kein Bereich des menschlichen Lebens ausgeklammert werden muss, auch nicht der religiöse, also die Beziehung zu Gott. Die christliche Überzeugung, dass jeder Mensch seinen unverlierbaren Wert von Gott empfängt, gestaltet und prägt die seelsorgerliche Beziehung, auch wo dieser Glaube nicht ausdrücklich zur Sprache kommt. Wo immer sich die Frage nach Gott meldet, z.B. in der Warum-Frage des Kranken oder in der Frage nach dem Sinn des Lebens, auch im Zweifel, kann und darf man ihr nicht ausweichen, gerade wenn wir keine glatte Antwort wissen.

Vom gottesdienstlichen Angebot in der (psychiatrischen) Klinik als einem wichtigen Teil der Seelsorgearbeit wäre eigens noch mehr zu sagen.

Meine Erfahrung ist, dass ich von den Patienten lerne. Und ich bin dankbar, dass ich gerade dort arbeiten darf, wo es oft scheinbar keine Hoffnung gibt. Denn ich kann miterleben, wie Hoffnung keimt – wie ein Senfkorn.

### Abgrenzung zur Therapie

Meine Gespräche mögen über weite Strecken Ähnlichkeit mit psychotherapeutischen Gesprächen haben. (Die moderne Seelsorge und Seelsorgausbildung hat ja vieles von der Psychotherapie verschiedenster Provenienz übernommen, weil sie in der säkularen Therapie einiges Wesentliche von ihrem Eigenen wiedererkannt hat.)

Zweifellos hat ein intensives seelsorgerliches Gespräch eine therapeutische Relevanz, möglicherweise damit aber auch im einen oder anderen Fall eine therapeutische Schädlichkeit. Trotzdem verfolge ich mit meinen Seelsorgebeziehungen kein primär therapeutisches Interesse - im engeren Sinn. Ich bemühe mich jedenfalls, mich nicht mit der Frage unter Druck zu setzen, ob

meine Arbeit den Patienten gesünder macht. (Es gelingt mir nicht immer! Der Helfer will Erfolge sehen. Und wer mag sich vom Konkurrenz-Denken freisprechen?)

Andererseits gehe ich davon aus, dass der „Glaube“ eines Menschen, woran auch immer er glaubt, sein Lebensentwurf also, sich darstellt und auswirkt bis in die feinsten Verästelungen seines psychosomatischen und psychosozialen Organismus', also auch seines Verhaltens, und zwar keineswegs nur auf dem Wege bewusster, willentlicher Entscheidung. Ein „guter“, ein gesunder, reifer Glaube, und als solchen sehe ich den christlichen an, wenn er so ist, wie er gemeint ist, nämlich (anthropologisch gesprochen) Grundvertrauen in den Sinn des Daseins, wird wohl eine Verbesserung der Grundkonstitution eines Menschen bedeuten, die ihn befähigt, entweder „aktiv“ zum Heilungsprozess beizutragen, einer Krankheit zu „trotzen“, oder aber mit einer chronischen Krankheit zu leben, oder aber die Begrenztheit seines Lebens und den Tod hinzunehmen.

Somit könnte man von einer unspezifischen therapeutischen Wirksamkeit des seelsorgerlichen Gespräches sprechen. Dass darüber hinaus auch sehr schöne, erkennbare „therapeutische“ (im engeren Sinn) Besserung möglich werden kann, braucht nicht verschwiegen zu werden.

Einen hilfreichen Gedanken übernehme ich vom Chefarzt der Nürnberger Psychiatrie, Dr.Dr. Günter Niklewski, dem es wichtig ist, dass gerade Psychiatriepatienten „therapiefreien Raum“ (Zeit-raum) haben – zum Leben. In diesem Sinn verstehe ich insbesondere mein Angebot einer Offenen Gesprächsrunde / Sprechstunde (s.o.) als eine Veranstaltung außerhalb der Therapie.

Dass solche intensiven seelsorgerlichen Kontakte sehr anstrengend und manchmal auch riskant sind, dürfte offensichtlich geworden sein. Wer in der Psychiatrie als Seelsorger/in arbeitet, braucht ein Netzwerk – nicht nur in der Klinik, sondern auch außerhalb. Durch Fallbesprechungen im Kreis der Klinikseelsorger und durch Supervision, ggf. in einer Balintgruppe, erfährt man Entlastung und Kontrolle für die anspruchsvolle und befriedigende Arbeit.

Rainer Häberlein  
Seelsorge und KSA  
am Klinikum Nürnberg  
Prof.-Ernst-Nathan-Str. 1  
90340 Nürnberg

0911-398-2556

E-mail:

[haeberlein@klinikum-nuernberg.de](mailto:haeberlein@klinikum-nuernberg.de)