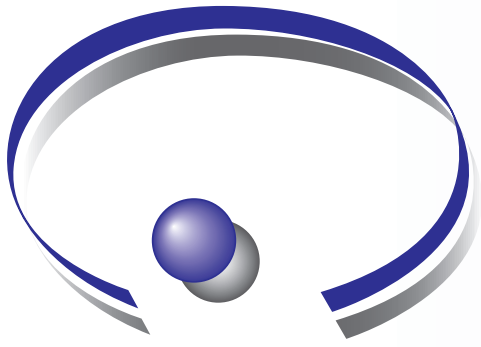




Forum Seelsorge in Bayern

Forum Seelsorge in Bayern

FSiB-Info 2017



T raining
E motionaler
K ompetenzen

Steffen Lübke



Liebe Mitglieder des Forum Seelsorge in Bayern, liebe Freundinnen und Freunde der Seelsorge,

ich danke zunächst allen, die uns für dieses Info ihre Materialien und Artikel zur Verfügung gestellt haben oder extra für dieses Info bearbeitet haben: Prof. Dr. Berking, dem Referenten des letztjährigen Seelsorgetages und Harald Richter für die Kurzfassung eines Artikels, der zuvor in der Zeitschrift „Wege zum Menschen“ erschienen war, dessen Thesen sich aber aus Sicht des Sprecherrats lohnen, in einer breiteren Öffentlichkeit diskutiert zu werden. Er entwirft aufgrund seiner Erfahrungen in Bad Neustadt das Bild einer Krankenhausgemeinde, die – obwohl in einem Gebiet der „Sonderseelsorge“ angesiedelt – viele Merkmale von Kirchengemeinde trägt, wie wir sie aus parochialen Zusammenhängen kennen. Sein Artikel öffnet den Blick für eine weitere Bestimmung, was Gemeinde ist und zeigt Wege auf, die im Blick auf die zukünftige Präsenz von Kirche in der Gesellschaft gegangen werden sollten.

Ich danke auch den Workshopleitern des letzten Seelsorgetags für ihre Rückblicke und Karl-Heinz Röhlhlin für seine Glosse. Und auch eine Buchrezension haben wir wieder für Sie: Rainer Poulet fasst seine langjährige Erfahrung als Therapeut in seinem auch für Nichtfachleute gut lesbaren und ebenso fachlich profund wie unterhaltsam geschriebenen Buch „Die buddhistische Katze. Lebensweisheit und Psychosomatik“ über die Innenwelt des Menschen zusammen: Wie funktionieren wir als Körper, Geist und Seele?

Der diesjährige Seelsorgetag am 15.11.2017 (bitte gleich den Termin notieren!), wiederum im evangelischen Gemeindezentrum Nürnberg St. Jobst, bringt uns Jesus als Seelsorger nahe. Was können wir aus der Art und Weise, wie Jesus Menschen begegnet ist und aus den Heilungserzählungen der Evangelien für uns als SeelsorgerInnen lernen? Wir hoffen auf und freuen uns über viel Resonanz.

Bei der Mitgliederversammlung stehen turnusmäßig Wahlen für den Sprecherrat an. Unabhängig davon, wer vom aktuellen Sprecherrat bereit ist, für eine weitere Periode von zwei Jahren zu kandidieren, freuen wir uns über Interessensbekundungen. In der Regel finden zwischen den Seelsorgetagen zwei Sprecherratssitzungen statt. Das Info ist zu planen und der Seelsorgetag. Die Aufgaben sind überschaubar, interessant und leben davon, dass viele sich mit ihren Möglichkeiten einbringen. Forum eben. Wählbar sind alle Mitglieder, evangelisch wie katholisch, ehrenamtlich oder hauptamtlich. Also: Wenn Sie sich vorstellen können, mitzumachen, dann fassen Sie sich ein Herz! Und wenn sie jemanden kennen, die/der in Frage kommen könnte als KandidatIn, dann scheuen Sie sich nicht, sie/ihn anzusprechen. Es wäre schön, wenn Sie uns Ihr Interesse schon vor der Mitgliederversammlung mitteilen könnten. Gerne geben wir Ihnen auch weitere Informationen, was Sie erwarten würde.

Mit herzlichen Grüßen

Ihr Steffen Lübke

In dieser Ausgabe:

- 03 Training Emotionaler Kompetenzen (TEK)
- 10 Emotionale Kompetenzen trainieren
- 12 Hypnosetherapie
- 14 Gefühle – Quelle unserer Lebendigkeit
- 15 Klinikseelsorge oder Krankenhausgemeinde?
- 21 Buchtipp „Die buddhistische Katze“
- 22 Umdeutungstherapie
- 23 Einladung zum Seelsorgetag 2017
- 24 Impressum



Training Emotionaler Kompetenzen (TEK)

Matthias Berking



Ein transdiagnostischer Ansatz zur Reduktion emotionaler Regulationsdefizite

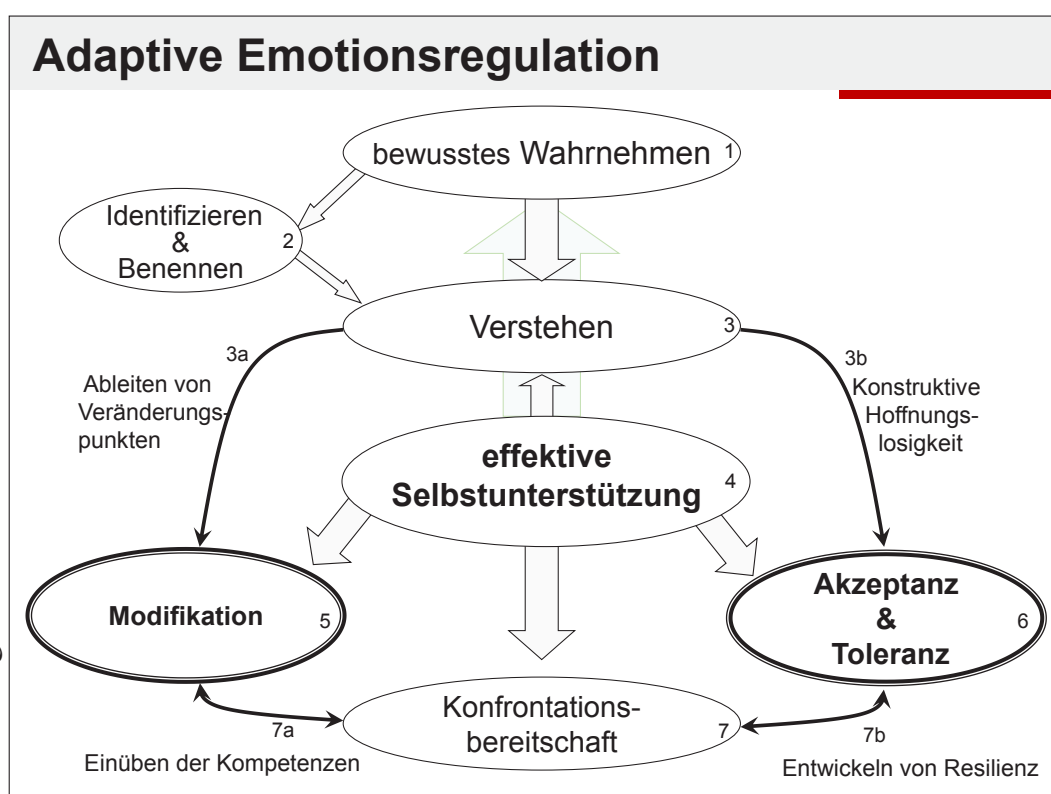
1. Hintergrund

Zahlreiche Studien belegen, dass Defizite in der Emotionsregulation wesentlich zur Entstehung und Aufrechterhaltung psychischer Störungen beitragen (Aldao, Nolen-Hoeksema & Schweizer, 2010; Berking & Wupperman, 2012; Berking & Lukas, 2015; Radkovsky, McArdle, Bockting, & Berking, 2014). Bei einer Reihe von Störungen zählt das Vorliegen unerwünschter affektiver Zustände (wie z.B. Angst oder depressive Stimmung) in einer unangemessenen Intensität oder Dauer zu einem diagnostischen Kriterium des Störungsbildes (z.B. bei Angststörungen oder Depressionen). Darüber hinaus können

eine ganze Reihe kognitiver und behavioraler Symptome psychischer Erkrankungen als dysfunktionale Versuche verstanden werden, solche unerwünschten Zustände zu vermeiden oder zu beenden. Beispiele hierfür sind Alkohol- bzw. Substanzmissbrauch, selbstverletzendes Verhalten oder Essattacken.

Vor diesem Hintergrund und beeinflusst von der translationalen Forschung von Klaus Gräwe (2004) sowie bereits etablierte Modelle zur Emotionsregulation wurde das TEK von Matthias Berking als transdiagnostischer Ansatz zur Vermittlung und Verbesserung effektiver Emotionsregulationskompetenzen entwickelt (TEK; Berking, 2014; www.tekonline.info).

Abbildung 1

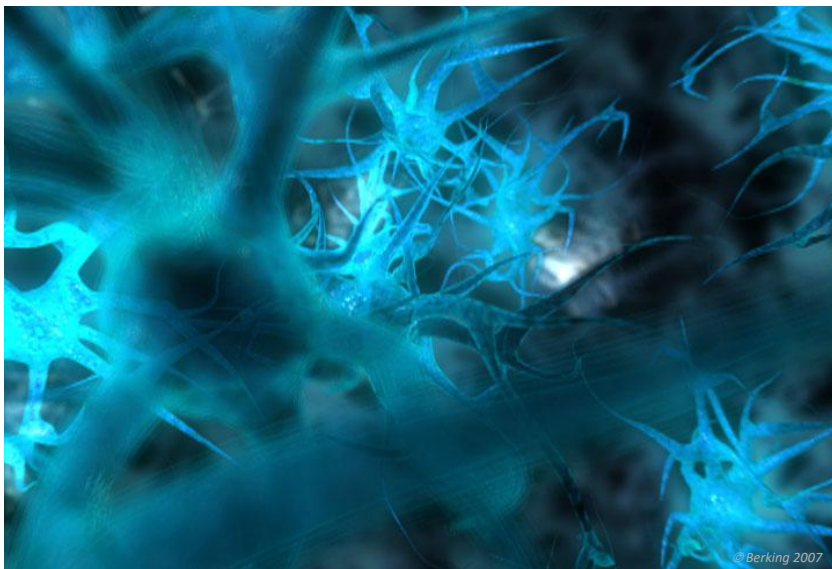


Atrophie der Nervenzellen bei Nichtbenutzung TEK



Das TEK reiht sich in eine Linie therapeutischer Ansätze mit Fokus auf die Regulation negativer Emotionen ein, wie der Emotionsfokussierten Therapie (EFT; Greenberg, 2004), der Emotionsregulationstherapie (ERT; Mennin & Fresco, 2013), oder der Dialektisch-behavioralen Therapie von Marsha Linehan (DBT; Linehan, 1996). Im Gegensatz zu diesen Ansätzen ist das TEK von Anfang an als transdiagnostische Intervention konzipiert und integriert schulübergreifend Vorgehensweisen, die sich für den adaptiven Umgang mit Emotionen als besonders effektiv erwiesen haben und in Ihrer Gesamtheit wesentliche Dimensionen erfolgreicher Emotionsregulation systematisch berücksichtigen.

Gut ausgebildete Nervenzellen im Gehirn TEK



Theoretisch baut das TEK auf dem von Berking (2007) vorgeschlagenen und in Abbildung 1 wiedergegebenen Modell adaptiver Emotionsregulation auf (s. Berking 2014 für eine detaillierte Beschreibung). Das Training zielt darauf ab, die in diesem Modell explizierten Kompetenzen der Affektregulation zu stärken.

2. Indikationsbereich

Das TEK ist immer dann indiziert, wenn Defizite im Bereich der Emotionsregulation als wichtiger Risikofaktor oder relevante aufrechterhaltende Bedingung für die Entstehung bzw. Aufrechterhaltung psychischer Störungen oder bedeutsamen Beeinträchtigungen des Wohlbefindens gesehen wird. Damit ergibt sich ein breiter Einsatzbereich, der von Förderung der Persönlichkeitsentwicklung über den Präventionsbereich bis zum Bereich der Behandlung psychischer Störungen reicht. Bei leichteren Erkrankungen lässt sich das TEK von qualifiziertem Fachpersonal als eigenständige Therapiemaßnahme einsetzen. Bei schweren Erkrankungen lässt sich das TEK im Rahmen von multimodalen Behandlungsprogrammen, die auch störungsspezifische Elemente enthalten, als ergänzende Maßnahme zur weiteren Steigerung und Verstetigung des Therapieerfolges einsetzen.

Wird das TEK, wie in der ursprünglichen Konzeption vorgesehen, als Gruppentraining eingesetzt, so sollte es von individual-therapeutischen Angeboten flankiert werden, damit Patienten etwaige Schwierigkeiten in der Gruppe bzw. Probleme, die sie in der Gruppe nicht bearbeiten wollen, thematisieren können. Da das TEK in Bezug auf Reflexionsfähigkeit und Selbststeuerungskomponenten relativ hohe Ansprüche an die Teilnehmer stellt, sollte der Einsatz bei Patienten, die in diesem Bereich stark beeinträchtigt sind (z.B. schwere akute Depression; wenig Bereitschaft zu eigenständigem Training), kritisch geprüft werden.

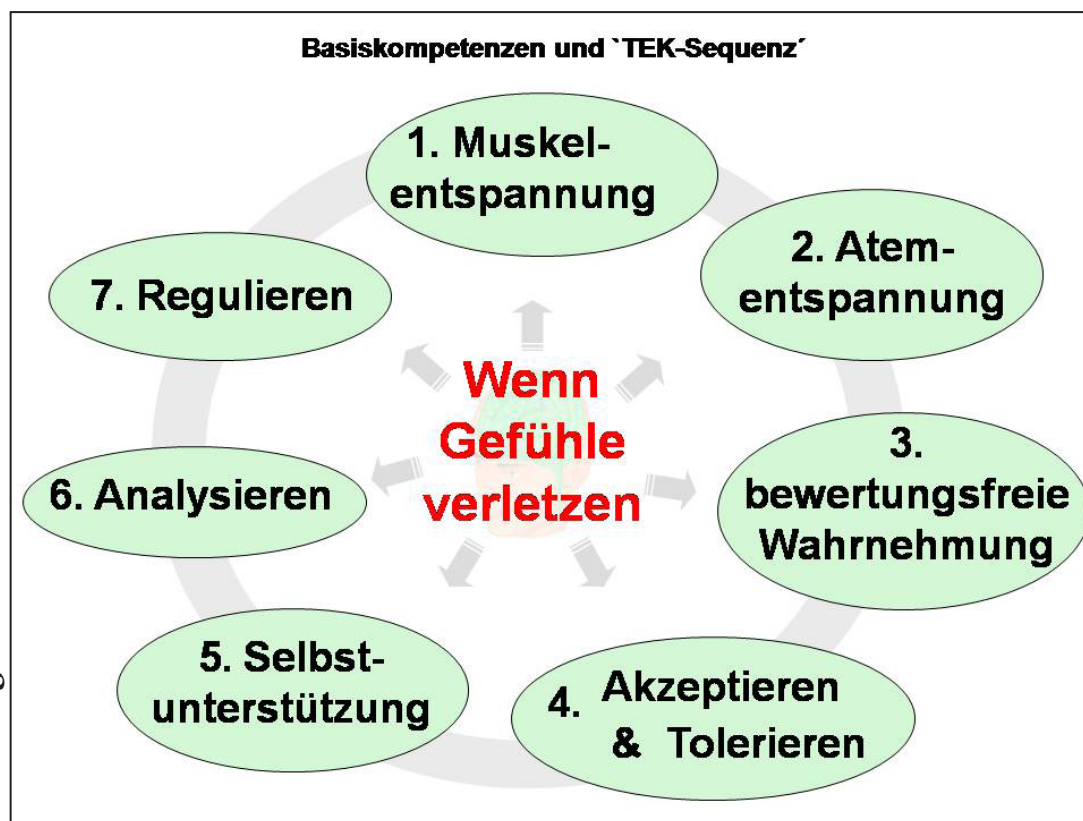
Da das TEK in erster Linie für Erwachsene konzipiert wird und sich ohne bedeutsame Anpassungen nicht für Kinder eignet, sollten für diese Zielgruppe andere Verfahren in Betracht gezogen werden.

3. Praktische Durchführung

Das TEK wurde als strukturiertes Gruppentraining für vier bis zwölf Teilnehmer entwickelt (kann aber mit entsprechender Anpassung auch in der Einzeltherapie zum Einsatz kommen). Je nach Gruppengröße und Belastung der Teil-



Abbildung 2



nehmer sollte das TEK wenn möglich mit zwei Trainern (bzw. einem Trainer und einem Co-Trainer) durchgeführt werden. Das Gruppentraining kann, in seiner ursprünglichen Form, an drei ganzen Tagen mit jeweils zwei Wochen Abstand zwischen den Blöcken, oder alternativ dazu auch in 12 bis 18 Sitzungen à 1,5 Stunden in wöchentlichem oder zweiwöchigem Abstand durchgeführt werden.

Zu Beginn des Trainings werden die Teilnehmer über Funktionen und Funktionsweisen von Stressreaktionen, Emotionen und Stimmungen aufgeklärt. Aufgrund unserer positiven Erfahrungen mit biologischen Modellen in der Psychoedukation wird dabei ein besonderes Augenmerk auf die psychophysiologischen Grundlagen affektiver Informationsverarbeitung gelegt. Außerdem wird gleich zu Beginn des Trainings Wert darauf gelegt, die hilfreichen Seiten von üblicherweise unerwünschten Gefühlen herauszuarbeiten, um die Akzeptanz dieser Gefühle zu erleichtern.

Im Anschluss an die Psychoedukation werden die in Abbildung 2 dargestellten Strategien des konstruktiven Umgangs mit unerwünschten Gefühlen vermittelt. Diese sollen im Folgenden kurz beschrieben werden.

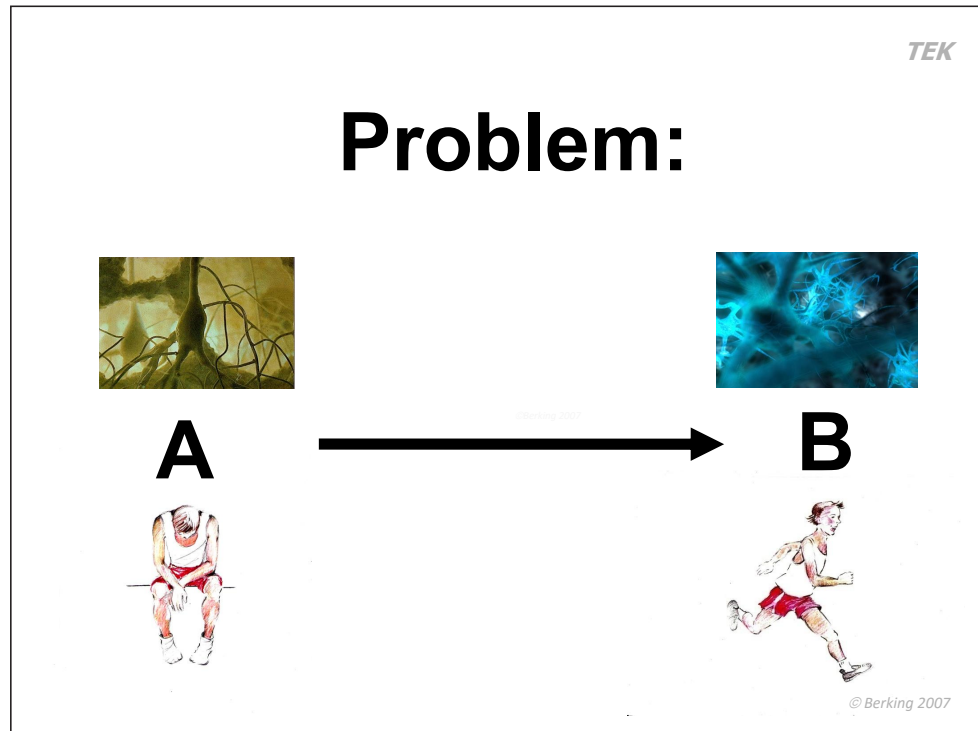
Muskel- und Atementspannung

Im Rahmen der Psychoedukation wird den Teilnehmern dargelegt, dass (1) sich eine stressbedingt erhöhte Aktivierung der Amygdala in erhöhter Muskelanspannung und Atemfrequenz niederschlagen kann, (2) erhöhte Muskelanspannung und Atemfrequenz in der Folge in der Amygdala mit Bedrohung assoziiert werden, und (3) in der Folge ein Teufelskreis aus erhöhter Aktivierung der Amygdala auf der einen und erhöhter Muskelanspannung und Atemfrequenz auf der anderen Seite entstehen kann. Aus diesem Modell wird dann gezielte Muskel- und Atementspannung als die Kompetenz abgeleitet, mit der man diesen Teufelskreis durchbrechen und somit die Chronifizierung von Stress und arousal-assoziierten, unerwünschten Gefühlen verhindern kann. Anschließend erfolgt eine Einführung in Muskel- und Atementspannung und der Beginn eines systematischen Trainings dieser Kompetenzen.

Bewertungsfreie Wahrnehmung

Diese Kompetenz wird aus einem neuropsychologischen Teufelskreismodell abgeleitet, welches postuliert, dass die negative Bewertung unerwünschter Gefühle zu weiteren negativen Gefühlen führt und die Bewältigung der ursprünglich





relevanten Gefühle nur noch weiter erschwert. Um dies zu verhindern, werden die Patienten in das Konzept der nicht-bewertenden Wahrnehmung eingeführt (Teilkomponente von „Achtsamkeit“). Anschließend trainieren sie, sich auf die sensorischen Empfindungen, die mit Gefühlen einhergehen zu konzentrieren, diese zu spüren und zu beschreiben ohne sie zu bewerten.

Akzeptanz und Toleranz

Ausgangspunkt bildet hier ein Teufelskreis demzufolge Bemühungen, unerwünschte Gefühle möglichst schnell zu terminieren, diese Gefühle oft nur stärker machen (u.a. weil ein solches Ziel aufgrund der funktionellen Autonomie unserer Gefühle nur schwer zu erreichen ist, was zu Misserfolgen und damit zu weiteren unerwünschten Gefühlen führt). Ausgehend von diesem Modell werden Patienten im Gebrauch von Techniken zur Steigerung von Akzeptanz und Toleranz gegenüber aversiven Affekten unterwiesen. Ein zentrales Element bei diesen Bemühungen ist es, auch belastende Emotionen „als Freunde zu sehen“, da diese uns wichtige Informationen geben und beim Durchführen hilfreicher Handlungen helfen können.

Selbstunterstützung

Viele Personen tendieren dazu, sich in emotional belastenden Situationen selbst abzuwerten, was wiederum negative sekundäre Gefühle wie Scham oder Schuld aktiviert und das Grundbe-

dürfnis nach Selbstwertsteigerung bedroht. Aus diesem Grund wird im TEK als nächste Kompetenz die effektive Selbstunterstützung in Belastungssituationen geübt. Konkret erfolgt dies durch das Imaginieren der eigenen Person in der Belastungssituation und den Versuch sich selbst gegenüber das „Mitgefühl, als warmes und kraftvolles Gefühl der Anteilnahme mit sich selber aufsteigen zu lassen“. „Getragen von diesem Gefühl“ kann dann der beobachtende „Teil des Selbst“ in die Imagination einsteigen und dem „leidenden Teil des Selbst“ zunächst signalisieren, dass er/sie für ihn/sie da ist und dass er/sie Verständnis für die negativen Gefühle hat. Anschließend üben sich die Teilnehmer darin Sätze zu formulieren, mit denen sie sich innerlich Trost spenden und Mut machen können.

Analysieren

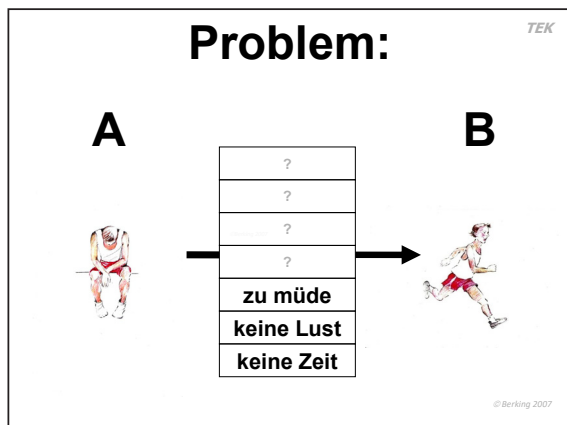
Diese Kompetenz wird mit Hilfe eines Teufelskreismodells eingeführt, wonach Stresshormone die Funktionsfähigkeit von kortikalen Arealen beeinträchtigen, welche für das Verstehen (und Regulieren) von Emotionen wichtig sind, was zu subjektivem Kontrollverlust und damit erhöhtem Stresserleben (usw.) führen kann. Aufbauend auf diesem Modell werden die Patienten in ein Schema (siehe Abbildung 3) eingeführt, mit dessen Hilfe sie ihr emotionales Erleben besser verstehen können. Eingebaut in die sog. TEK-Sequenz, in der alle Kompetenzen des Modells hintereinander geübt werden, üben sie die Um-



setzung dieses Schemas zunächst in der Vorstellung, indem der „helfende Teil“ (s.o.) den „leidenden Teil“ (s.o.) durch das Schema führt.

Regulieren

Diese Kompetenz setzt direkt an den Ergebnissen des Analyseprozesses an. In Bezug auf das dort „erklärte“ Gefühl gilt es jetzt (in Anlehnung an das Allgemeine Problemlösemodell) (1) ein realistisches Zielgefühl auszuwählen, (2) ein Brainstorming durchzuführen, mit welchen Strategien sich die einzelnen Antezedenzen des Gefühls möglichst effektiv verändern, (3) durch eine Auswahl aus diesen Strategien einen konkreten Plan zu erstellen, wann wo und wie welche Strategien umgesetzt werden sollen, (4) diesen Plan in die Tat umzusetzen, und (5) mit den Ergebnissen möglichst konstruktiv umzugehen (bei Erfolg:

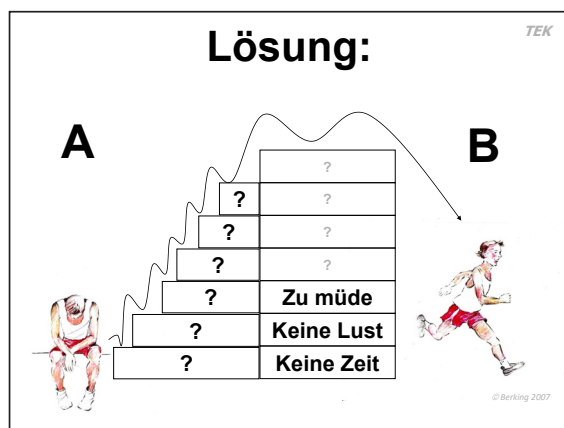


Loben; bei Misserfolg: sich auch für Teilerfolge belohnen, Bemühungen intensivieren, ggf. Plan modifizieren, ggf. Zielgefühl überdenken und zumindest für die Zeit, in der dieses nicht erreichbar ist, systematisch die Akzeptanz- und Selbstunterstützungskompetenzen einsetzen).

Nach Einübung dieser Kompetenzen, die unabhängig von der Art des jeweils belastenden Gefühls hilfreich sein sollten (ergo: „Basiskompetenzen“), erfolgt im TEK (je nach zur Verfügung stehender Zeit) noch die Erarbeitung von Kompetenzen zum gezielten Umgang mit spezifischen (gesundheitsrelevanten) affektiven Zuständen (z.B. Mitgefühl mit anderen als Strategie zur Ärgerregulation). In der Transferphase gilt es dann, die in der Gruppe und den kontemplativen Einzelübungen trainierten Kompetenzen zunehmend auch in Belastungssituationen einzusetzen. Um die Nachhaltigkeit des Trainingserfolgs zu gewährleisten wird angestrebt, dass die Teilnehmer Übungen aus dem Training in Form von „Alltagsritualen“ in ihr Leben integrieren und über einen möglichst langen Zeitraum fortführen (s. Berking, 2014 für Details).

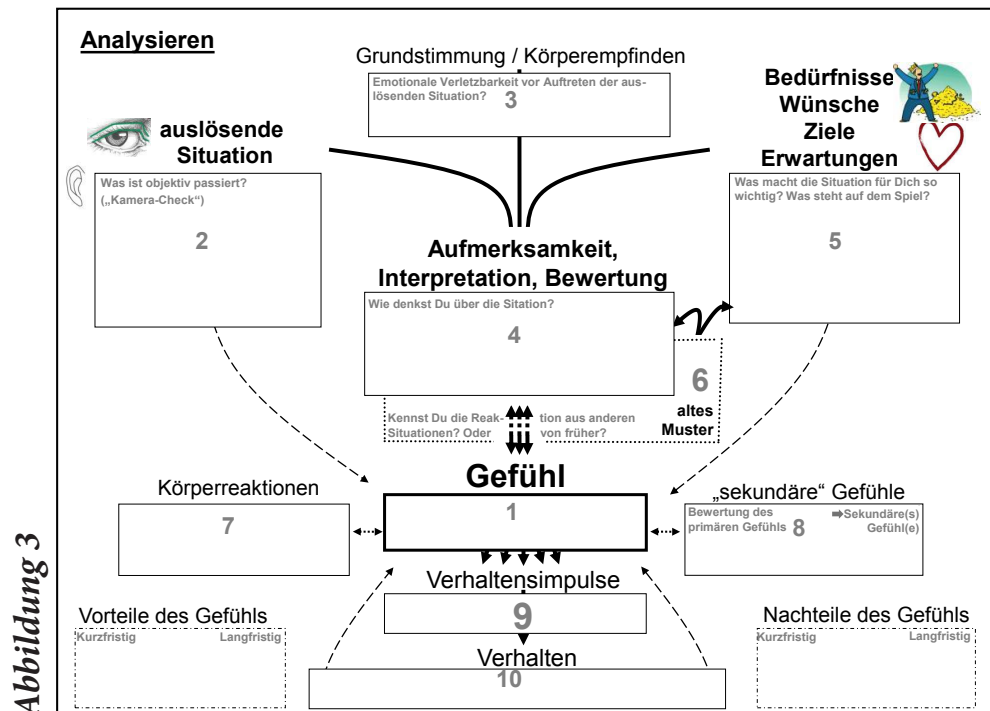
4. Wirksamkeit

Erste Hinweise auf die Effektivität der im TEK trainierten Emotionsregulationskompetenzen kommen aus einer Reihe experimenteller Studien, die in einer geschützten Laborumgebung stattfanden (z.B. Diedrich et al, 2014). Evaluationsstudien zur Effektivität des Trainings in Risikogruppen jenseits des Laborsettings zeigen darüber hinaus, dass das TEK zu einem signifikanten Anstieg der Emotionsregulationskompetenzen sowie des Wohlbefindens bei Polizisten und Altenpflegern geführt hat (Berking, Meier, & Wupperman, 2010; Buruck, Brom, Horváth, & Richter, 2014). Erste Hinweise auf die Effektivität des TEK im Klinischen Kontext ergaben sich dann in einer Studie, in der die Effekte der Integration des TEK in die stationäre Verhaltenstherapie in einer heterogenen klinischen Stichprobe evaluiert wurden (Berking, Wuppermann, et al., 2008). Weitere Befunde stammen aus einer randomisierten Studie mit 432 depressiven, stationär-behandelten Patienten, in der sich zeigte, dass eine um das TEK bereicherte stationäre kognitive Verhaltenstherapie (KVT) der klassischen KVT in Bezug auf die Zunahme emotionaler Kompetenzen und die Reduktion depressiver Symptome überlegen war (Berking, Ebert, Cuijpers, & Hofmann, 2013).



In einer weiteren randomisierten, klinischen Multi-Center-Studie wurde die Effektivität des TEK auch als eigenständige Intervention in der ambulanten Behandlung depressiver Patienten nachgewiesen (Berking et al., submitted; Ehret, Kowalsky, Rief, Hiller, & Berking, 2014). In dieser Studie zeigte sich, dass das TEK in Bezug auf die Reduktion depressiver Symptome sowohl einer Wartekontrollgruppe, als auch einer Kontrollgruppe, die für unspezifische Wirkfaktoren von Psychotherapie kontrollieren sollte, signifikant überlegen war.





Bemerkenswert an diesen Ergebnissen ist, dass die Effektstärken der transdiagnostisch-orientierten TEK-Behandlung in einem Bereich lagen, der in verschiedenen Studien auch für störungsspezifische Ansätze berichtet wird. Somit kann das TEK zumindest dann als Alternative für störungsspezifische Ansätze gesehen werden, wenn die Intervention im Gruppenkontext angeboten werden soll und nicht ausreichend Patienten für störungshomogene Gruppentherapie rekrutierbar sind. Inwieweit das TEK auch bei der Behandlung anderer, klinisch bedeutsamer Störungen ähnlich effektiv ist wie störungsspezifische Ansätze, bzw. inwieweit sich die Effektivität solcher Ansätze durch Integration des TEKs erhöhen lässt, muss in zukünftigen Studien untersucht werden. Erste positive Befunde stammen aus Studien mit Patienten mit multiplen somatoformen Symptomen (Gottschalk, Bleichhardt, Berking, Rief, & Kleinstäuber, 2015) und aus der Behandlung der Binge Eating Störung (Berking et al. 2017).

5. Perspektiven

Über die Frage hinaus, mit welchen Methoden wir bei welchen Patienten die jeweils relevanten Emotionsregulationskompetenzen am besten stärken können, sollte sich zukünftige Forschung auch der Frage widmen, wie sich die Bereitschaft zu einem intensiven Training gezielt fördern lässt. Wie sich in dem von Matthias Margraf geprägten Bonmots „In der Therapie tut sich immer dann etwas, wenn der Patient etwas tut“

zum Ausdruck gebracht wird, hängt der Erfolg therapeutischer Behandlungen zu großen Teilen von der Bereitschaft der Patienten zum engagierten Mitarbeiten ab. Obwohl in der diesbezüglichen Forschung schon einiges erzielt wurde (vgl. Berking & Kowalsky, 2012), scheinen wir hier doch aufgrund der nach wie vor bestehenden Probleme bei der Operationalisierung motivationaler Faktoren in der Forschung noch am Anfang zu stehen.

Im Interventionsbereich eröffnen sich dagegen mit der dramatisch zunehmenden Smartphone-Nutzung völlig neue Perspektiven. Das Smartphone bietet die Möglichkeit, den Arm des Therapeuten in den Alltag der Patienten zu verlängern. Damit erlaubt es die Unterstützung von regelmäßig durchgeführten Übungen. Im TEK haben wir seit über zehn Jahren sehr gute Erfahrung mit dem Einsatz von Übungserinnerungen durch Textnachrichten gemacht. Zukünftige Forschung sollte klären, inwieweit sich Trainingshäufigkeit und -intensität durch Smartphone-basierte (gamifizierte) Gesundheitstrainings weiter steigern lässt (z.B. Kollei, Lukas, Löber, S., & Berking, submitted).

Dieser Artikel entstand für den Verband Psychologischer Psychotherapeuten (VPP).

Matthias Berking
 & **Christian Aljoscha Lukas**



Literatur

- Aldao, A., Nolen-Hoeksema, S., & Schweizer, S. (2010). Emotion-regulation strategies across psychopathology: A meta-analytic review. *Clinical psychology review*, 30(2), 217-237.
- Berking, M. (2007). *Training Emotionaler Kompetenzen*, 1. Aufl. Heidelberg: Springer.
- Berking, M. (2014). *Training Emotionaler Kompetenzen*, 3. Aufl. Heidelberg: Springer.
- Berking, M., Ebert, D., Cuijpers, P., & Hofmann, S. G. (2013). Emotion-regulation skills training enhances the efficacy of cognitive behavioral therapy for major depressive disorder. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 82, 234-245.
- Berking, M., Eichler, E., Luhmann, M., Diedrich, A., Hiller, W. & Rief, W. (2017; submitted). Transdiagnostic Affect Regulation Training Reduces Symptom Severity in Depression. Manuskript aktuell in Begutachtung bei Psychotherapy & Psychosomatics.
- Berking, M. & Kowalsky, J. (2012). Therapiemotivation. In: Berking, M. & Rief, W. (Hrsg.), *Klinische Psychologie und Psychotherapie. Band II: Therapieverfahren*. (S. 13-22). Heidelberg: Springer.
- Berking, M. & Lukas, C. (2015). The Affect Regulation Training (ART): A Transdiagnostic Approach to the Prevention and Treatment of Mental Disorders. *Current Opinion in Psychology*, 3, 64-69.
- Berking, M., Meier, C., Wupperman, P. (2010). Enhancing emotion-regulation skills in police officers – Results of a controlled study. *Behavior Therapy*, 41, 329ff.
- Berking, M. & Wupperman, P. (2012). Emotion regulation and health: State of the art. *Current Opinion in Psychiatry*, 25(2), 128-134.
- Berking, M., Wupperman, P., Reichardt, A., Pejic, T., Dippel, A., & Znoj, H. (2008). General emotion-regulation skills as a treatment target in psychotherapy. *Behaviour Research and Therapy*, 46(11), 1230-1237.
- Buruck, G., Brom, S. S., Horváth, I., & Richter P. (2014, September). Erhöhung von Kompetenzen der Emotionsregulierung bei Beschäftigten in der Altenpflege. Ergebnisse einer kontrollierten Studie. Bochum: 49. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Psychologie.
- Diedrich, A., Grant, M., Hofmann, S., Hiller, W., & Berking, M. (2014). Self-compassion as an emotion regulation strategy in major depressive disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 58, 43-51.
- Ehret, A., Kowalsky, J., Rief, W., Hiller, W., Berking, M. (2014). Reducing symptoms of major depressive disorder through a systematic training of general emotion regulation skills: protocol of a randomized control trial. *BMC Psychiatry*, 14, 20-31.
- Gottschalk, J. M., Bleichhardt, G., Kleinstäuber, M., Berking, M., & Rief, W. (2015). Erweiterung der kognitiven Verhaltenstherapie um Emotionsregulations-training bei Patienten mit multiplen somatoformen Symptomen: Ergebnisse einer kontrollierten Pilotstudie. *Verhaltenstherapie*.
- Grawe, K. (2004). *Neuropsychotherapie*. Göttingen: Hogrefe Verlag.
- Greenberg, L. S. (2004). Emotion-focused Therapy. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 11(1), 1-2.
- Kollei, I., Lukas, A., Löber, S., & Berking, M. (2017; submitted). An App-based Intervention to Reduce Body Dissatisfaction: A Randomized Controlled Pilot-Study. Manuskript aktuell in Begutachtung bei *Journal of Consulting and Clinical Psychology*.
- Linehan, M. (1996). *Dialektisch-Behaviorale Therapie der Borderline-Persönlichkeitsstörung*. München: CIP Medien.
- Mennin, D. S., & Fresco, D. M. (2013). Emotion Regulation Therapy. In: J.J. Gross (Ed.), *Handbook of Emotion Regulation (Second Edition)*. New York: Guilford Press.
- Radkovsky, A., McArdle, J. J., Bockting, C. L. H., & Berking, M. (2014). Successful emotion regulation skills application predicts subsequent reduction of symptom severity during treatment of major depressive disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 82(2), 248-262.



Emotionale Kompetenzen trainieren

Workshop zum Referat von Prof. Berking

Christian Beck



Der Workshop zum Training Emotionaler Kompetenzen (TEK) anlässlich des Seelsorgetages 2016 war die Ergänzung und praktische Fortführung des Referats von Prof. Matthias Berking zu Emotionalen Kompetenzen am Vormittag. Die große Zahl der Teilnehmer/innen bewies, dass das Thema auf großes Interesse in den Reihen der Seelsorgenden stieß.

Christian Beck, Trainer Emotionaler Kompetenzen, stellte zu Beginn nochmals die wichtigsten Aspekte des TEK dar (vgl. dazu den Artikel „Training Emotionaler Kompetenzen (TEK): Ein transdiagnostischer Ansatz zur Reduktion emotionaler Regulationsdefizite“ in diesem Heft). Anschließend leitete er eine Auswahl von Übungen entsprechend den sieben Basiskompetenzen aus dem TEK mit den Teilnehmerinnen an.

In einem umfangreichen Geheft konnten die

Teilnehmenden zu Hause weitere Übungen aus dem TEK kennenlernen, z.B. den EMO-Check, einen Fragebogen zum Umgang mit Gefühlen.

Im Workshop wurde zunächst eine Muskel- und Atementspannung (Basiskompetenzen 1 und 2) durchgeführt: hier kombiniert TEK die bewährte Progressive Muskelrelaxation mit der bewussten Atementspannung. Effekt: das Stresszentrum unseres Gehirns, die Amygdala, „scant“ die reduzierte Muskelspannung sowie den langsam fließenden Atem und reduziert den Ausstoß von Cortisol, dem Stresshormon, dass für die Aktivierung der verschiedensten Systeme im Körper verantwortlich ist, wie z.B. Anspannung der Muskulatur (Vorbereitung von Flucht oder Kampf), schnellerem Atem (mehr Sauerstoffaufnahme), erhöhter Ausschüttung von Zucker ins Blut (Energieträger), verstärkter Schweißbildung (Selbstkühlung des Körpers) u.a.m.

Anschließend gab es aus der Basiskompetenz 3 „Bewertungsfreie Wahrnehmung“ eine Genussübung mit einem Stück Schokolade. Effekt: durch das bewusste Konzentrieren auf die Sinneswahrnehmung (tasten, riechen, schmecken) wird trainiert, wieder wahrzunehmen ohne gleich negative Bewertungen des Wahrgenommenen vorzunehmen.

Außerdem wurde nach einer „Reise durch den Körper“ die „Stockübung“ gemacht, bei der zwei sich einander gegenüber sitzende Partner einen Holzstock mit geschlossenen Augen mit ihren beiden rechten Zeigefingern zwischen sich halten. Einer führt Bewegungen mit dem Stock aus; der andere versucht zu folgen, ohne dass der Stock herunterfällt. Effekt: nach einiger Zeit sind die Gedanken abgeschaltet, weil sich das Gehirn nur noch auf die Wahrnehmung des Zeigefingers fokussiert.

Die Teilnehmer lernten hier auch den TEK-Gefühlskreis (siehe Abbildung) kennen.

Aus den Methoden der Basiskompetenz 4 „Akzeptieren und Tolerieren von Gefühlen“ vermittelte Christian Beck die Methode der Formalen Sitzmeditation, in der es darum geht, Körpergefühle aushalten zu lernen. Effekt: Schon das Aushalten eines Gefühls sorgt oft dafür, dass das Gefühl seine Funktion erfüllt hat und wieder vergeht. Die Wahrnehmung von Körpergefühlen ist ein Hilfsmittel, um diese Erkenntnis dann auch bei Emotionen anwenden zu können.

Ablauf eines TEK-Kurses an 12 Abenden

Emotionale Kompetenz	
1.	Theorie 1: Wie Stress & negative Gefühle entstehen BK 1-2: Muskel- und Atementspannung
2.	Theorie 2: Relevanz intensiven Trainings BK 3: Bewertungsfreie Wahrnehmung
3.	BK 4: Akzeptanz & Toleranz
4.	BK 5: Selbstunterstützung 1
5.	BK 5: Selbstunterstützung 2
6.	BK 6: Analysieren
7.	BK 7: Regulieren
8.	SK 1: Von Stress zu Entspannung SK 2: Von Angst zu Mut und Sicherheit
9.	SK 3: Von Ärger zu Gelassenheit SK 4: Von Schuld und Scham zu innerer Freiheit
10.	SK 4: Von Traurigkeit und Enttäuschung zu Akzeptanz und mehr Zufriedenheit SK 6: Von Depressivität zu Akzeptanz, Zuversicht und Selbstliebe
11.	Weitere problematische Gefühle oder Reservetermin
12.	Nachbesprechung: Verleihung der Trainingspreise





Aus den über 50 Methoden und Anregungen, die das TEK im Laufe eines Kurses vermittelt, erläuterte der Referent dann noch aus der Basiskompetenz 5 „Effektive Selbstunterstützung“ eine Methode zur Steigerung des Selbstwertgefühls, das grundlegend ist für unseren Umgang mit Emotionen.

Die Methode heißt „Zwei Strategien zur Selbstwertsteigerung“. In ihr wird zunächst die „Stolz-Auf-Etwas-Strategie“ vermittelt, bei der es darum geht, sich seiner Erfolge, Stärken, Fähigkeiten, Kompetenzen u.a. bewusst zu werden. Ergänzend dazu wird die „Einfach-So-Wertvoll-Strategie“ vermittelt, in der der Kursteilnehmer in einem Satz für sich zusammenfasst, was ihn auch unabhängig von Erfolgen und Kompetenzen zu einem wertvollen Menschen macht, z.B. in Form der Formulierung „Ich bin ein Kind Gottes. Er liebt mich so wie ich bin, auch mit meinen Fehlern und Schwächen.“ Oder: „Ich sage mir: Du bist o.k., so wie Du bist. Ich bin ein ganz und gar einmaliger Mensch!“

Abschließend erläuterte Christian Beck noch kurz die beiden sehr hilfreichen Schemata zum Analysieren von Gefühlen (Basiskompetenz 6; siehe Abbildung S. 8) und zum Regulieren, also Verändern von Gefühlen (Basiskompetenz 7) und gab hilfreiche Arbeitsblätter mit einer kleinen Emotionskunde mit auf den Weg (hilfreiche und schädliche emotionale Reaktionen).

Die Teilnehmer/innen erlebten einen prall gefüllten und sehr anregenden, praxisnahen Work-

shop. Eine Teilnehmerin hat kurz nach dem Seelsorgetag gleich einen TEK-Kurs bei Christian Beck besucht.

Christian Beck setzt das TEK ergänzend zu seiner Arbeit als Therapeutischer Seelsorger ein. Alle Teilnehmer an TEK-Kursen bestätigen die große Wirksamkeit von TEK für einen verbesserten Umgang mit Stress und negativen Emotionen, zur Steigerung des Selbstwertgefühls und einer ausgeglichenen Lebensführung.

Weitere Informationen zu TEK und TEK-Kursen finden sich unter www.beck-tek.de, u.a. auch Materialien zum Download sowie Kursangebote.

Christian Beck

Dipl. Theol., TEK-Trainer



Thomas Gödecker



Die Hypnose ist leider immer noch mystisch behaftet, obwohl die Hypnosetherapie schon seit längerem als wissenschaftlich anerkannte Therapieform gilt. Bevor ich auf die Chancen der Hypnosetherapie in der Krisenintervention eingehe, möchte ich ein paar erklärende Worte zur Hypnose an sich sagen.

Was ist Hypnose eigentlich?

Die Hypnose ist ein Trancezustand, also ein veränderter Bewusstseinszustand, bei dem das Wachbewusstsein zu einem Großteil nach innen gerichtet ist und wir somit Zugang zum Unterbewussten bekommen. Das heißt auch, dass wir nicht bewusstlos sind. Unser restliches Wachbewusstsein konzentriert sich auf die Stimme des Hypnotiseurs. Diesen veränderten Bewusstseinszustand stellt der Hypnotisand selbst her. Der Hypnotiseur hilft im lediglich dabei und leitet ihn an und führt ihn. Damit wird auch deutlich, dass keiner gegen seinen Willen hypnotisiert werden kann. Die Hypnose ist ein ganz natürlicher Zustand, den wir mindestens zweimal am Tag in ähnlicher Form erleben (kurz vor dem Aufwachen und kurz vor dem Einschlafen). Tagträumen oder intensive Fokussierung z.B. auf ein Buch, das wir lesen, gehen in die gleiche Richtung.

Hypnose als möglicher Baustein in der Krisenintervention

Workshop beim Seelsorgetag mit Thomas Gödecker, Heilpraktiker (Hypnotherapie)

Diesen Zustand nennt man auch Hynoid. Es ist eine leichte Hypnose.

In der Hypnose entspannt der Körper sehr tief, wir schlafen aber nicht. Während der Hypnose behält der Hypnotisand immer die Kontrolle. Auch hier wird wieder deutlich, der Hypnotisand ist nicht willenlos. Er kann unter Hypnose zu nichts veranlasst werden, was er nicht will oder was gegen seine Ethik oder seine Moral verstößt.

Wie funktioniert oder wirkt nun die Hypnosetherapie?

Durch den Zugriff auf das Unterbewusste werden dem Hypnotisanden Suggestionen gegeben, die seinem Wunsch entsprechen sollten. Nur dann können sie nachhaltig angenommen werden. Damit hat der Hypnotisand die Möglichkeit, z.B. seine Überzeugungen zu ändern, alte Überzeugungen loszulassen oder negative Annahmen von sich zu korrigieren.

Das sind Überzeugungen wie „Ich kann das nicht!“, „Ich bin nicht gut genug!“, „Ich bin nichts wert!“, „Das macht mir Angst!“, „Das schaffe ich nicht!“ etc. Diese Überzeugungen werden durch positive Suggestionen ersetzt.



Die Suggestionen erzeugen in der Regel Bilder, die uns das Unterbewusste vor unserem inneren Auge, ähnlich wie in einem Traum, erscheinen lässt. Da unser Wachbewusstsein, das uns oft an Veränderungen durch Erfahrungen, Kritik und Zweifel hindert, nach innen gerichtet ist, gelangen die Suggestionen direkt ins Unterbewusste, dort wo unser Glaube verankert ist.

Eins der drei Hypnose-Gesetze lautet: „Wenn der Glaube und der Wille konkurrieren, unterliegt ausnahmslos der Wille.“ (Beispiel: Rauchen.)

Ein weiteres Gesetz heißt: „Jede bildhafte Vorstellung des Unterbewussten ist bestrebt sich zu verwirklichen.“

Das letzte Gesetz sagt: „Jede willentliche Anstrengung ohne bildhafte Vorstellung bleibt erfolglos und bewirkt sogar das Gegenteil.“ (Beispiel: Einschlafen.)

Man könnte jetzt natürlich trefflich die Frage stellen: Warum visualisieren wir nicht einfach unsere Wünsche und schon erreichen wir spielend unsere Ziele?

Weil uns unser Wachbewusstsein und der legendäre innere Schweinehund dabei ein Schnippchen schlagen. Hier setzt die Hypnose an.

Unter Hypnose können wir unser Unterbewusstes so beeinflussen lassen, wie wir es gerne hätten, es aber bewusst nicht beeinflussen können. Die Hypnose ist also eine Hilfe zur Selbsthilfe.

Der Hypnotiseur arbeitet dabei ausschließlich mit den Fähigkeiten der Klienten. Viele Klienten unterschätzen ihre Fähigkeiten und sind überrascht, was sie mit der Hypnose alles erreichen. Der entscheidende Vorteil für die Klienten ist, dass sie praktisch nichts dazu tun müssen. Über die Entspannung gleiten die Klienten in die Hypnose.

Dabei nutzt die Hypnosetherapie die Ressourcen des Klienten. Allein oder auch in Verbindung mit anderen Therapieverfahren wie z.B. Gesprächstherapie oder Verhaltenstherapie lassen sich deutlich schnellere Erfolge erzielen als mit den ausschließlich herkömmlichen Methoden.

Hypnose als Baustein in der Krisenintervention

Wie kann nun die Hypnose ein möglicher Baustein in der Krisenintervention sein? In Krisensituationen fällt es uns oft schwer positive Argumente anzunehmen, da das Erlebte und unsere Erfahrungen dagegen sprechen. Unser Bewusstsein stellt das Gehörte in Frage und lässt positive Äußerungen nur widerwillig zu. Wir wissen zwar, dass es richtig ist, aber unser Gefühl ist ein anderes. Hier kann die Hypnosetherapie helfen. Da unser Unterbewusstsein keine Kritik kennt, werden in der Hypnose positive Denkanstöße eins zu eins übernommen. Unser Unterbewusstsein kennt kein „ja aber“, sodass positive Suggestionen ein positives Gefühl erzeugen. Denkprozesse werden damit angeregt und der Blickwinkel verändert. Oftmals fördert dies die Bereitschaft zu positiven Veränderungen. Dabei ist darauf zu achten, dass die Suggestionen dem Wunsch und Willen des Betroffenen entsprechen, um eine nachhaltige Wirkung zu erzielen.

Darüber hinaus erstreckt sich das Anwendungsgebiet der Hypnosetherapie von der Ursachenanalyse bis hin zur Verarbeitung traumatischer und/oder verdrängter Erlebnisse, Bearbeitung und Auflösen von Ängsten und vieles mehr. Ein wichtiges Ziel ist die Wiederherstellung des Gleichgewichtes zwischen dem bewusst wahrgenommenen Umstand und dem empfundenen Gefühl. Somit ist die Hypnosetherapie eine gute Ergänzung zur klassischen Gesprächs- oder Verhaltenstherapie.

Die Hypnosetherapie hat jedoch auch Grenzen. Sie darf nicht bei Menschen mit geistiger Behinderung oder schwerer seelischer Erkrankung angewandt werden, wie z.B. bei Menschen, die eine Psychose entwickeln können (Schizophrenie, schwer Depressive mit psychotischer Ausprägung, Epileptiker, Parkinson-Erkrankte). Hier ist eine Hypnosebehandlung kontraindiziert.

Thomas Gödecker

Heilpraktiker (Psychotherapie/Hypnosetherapie)

<http://goedecker.de.tl/>



Gefühle – Quelle unserer Lebendigkeit

Rückblick auf den Workshop beim
Seelsorgetag 2016 mit Steffen Lübke

Steffen Lübke



Der Workshop musste kurzfristig in einen Tagungsraum im neuen landeskirchlichen Archiv verlegt werden, war aber dennoch gut besucht.

Es ging um eine Annäherung an die Fragen: Welche Gefühle begegnen uns in der Seelsorge und welche am häufigsten? Was ist mit den anderen? Was hat es mit „positiven“ und „negativen“ Gefühlen auf sich? Können Gefühle überhaupt positiv oder negativ sein, oder sind sie nicht einfach das, was sie sind: Ausdruck und Reaktion unseres Ichs auf das, was auf uns zukommt und womit wir es zu tun haben und damit wertneutral bzw. allesamt wertvoll? Und schließlich: Wie können wir in der Seelsorge in einer hilfreichen Weise mit den Gefühlen umgehen, die uns da begegnen: beim Gegenüber und bei uns selbst?

Der Einstieg erfolgte im Anschluss an die Vorstellungsrunde mit einer kurzen Selbsterfahrungsübung: „Spüren Sie bitte in sich hinein, welches Gefühl jetzt im Augenblick für Sie im Vordergrund steht und versuchen Sie, es durch eine Körperhaltung, Gestik, Mimik zum Ausdruck zu bringen.“

Daraufhin erfolgte als Impuls eine kurze Reflexion über die Übung: „Unsere Gefühle bilden sich in unserem Körper ab. Wenn wir achtsam auf die Signale unseres Körpers sind, können wir viel über unsere Befindlichkeit erfahren, über das, was uns gerade bewegt (lateinisch: ex-motus, sich aus uns herausbewegen, d.h. einem inneren Eindruck Ausdruck verleihen). Die kleine Selbstwahrnehmungsübung sollte Sie miteinander, mit dem Thema und mit sich selbst in Kontakt bringen.“

Es folgte ein kurzer Infoblock:

Der Neuropsychologe Giovanni Frazzetto unterscheidet in Anlehnung an die Forschungsergebnisse von Charles Darwin Emotionen (= Gefühlsregungen, Reaktionen auf Umweltereignisse mit dem Ziel der Anpassung, um das Überleben zu sichern, universell), die sich ausschließlich körperlich manifestieren (Gesichtsausdruck, Atmung, Blutdruck ...) und Gefühle (individuelle Wahrnehmung und Bedeutung der Emotion für den Einzelnen, bewusst erlebte Emotion, beeinflusst durch die individuelle Erfahrung, kulturelle Prägung, Erziehung ...).

Die Anpassung an Umweltereignisse durch Emotionen geschieht auf zweierlei Weise: Durch Annäherung („positive Gefühle“ haben zum Ziel, einen Zustand der Lust zu erreichen, z.B. Nahrung, Sex) und Vermeidung („negative Gefühle“ haben zum Ziel, schmerzlichen Erfahrungen auszuweichen, sie zu vermeiden, uns gegen den Auslöser zu verteidigen).

Zu den „negativen“ Emotionen zählt Frazzetto: Wut, Schuld, Scham, Bedauern, Angst, Kummer.

Zu den „positiven“ Emotionen zählt er: Einfühlung, Freude, Lachen, Neugier und Hoffnung, der Wunsch, sich der Außenwelt zu öffnen.

Es ergab sich schließlich ein sehr lebendiger Austausch, der eine Vertiefung des Themas brachte durch die Einbringung der Erfahrungen und Fragen der Teilnehmenden in Bezug auf die Emotionen und Gefühle, die uns in unserer Seelsorgearbeit begegnen und den Umgang mit ihnen.

Steffen Lübke

Pfarrer, Supervisor i.A.





Harald Richter

Klinikseelsorge oder Krankenhausgemeinde? Plädoyer für ein neues Paradigma

es bei den anstehenden Entscheidungen nicht allein um Verteilungsfragen gehen, sondern um grundlegende Fragen der Ekklesiologie.

2. Phänomenologie

2.1 Von der Kranken- zur Krankenhausseelsorge und von der Krankenhausseelsorge zur Krankenhausgemeinde

In den Anfängen war Seelsorge im Krankenhaus vor allem seelsorgliche Begleitung der Kranken und ihrer Angehörigen. Doch schon lange ist aus der Krankenseelsorge Krankenhausseelsorge geworden. Aufgaben und Anforderungen haben sich deutlich ausgeweitet.

Gleichwohl trifft man bei Kirchenleitenden wie auch bei KollegInnen noch immer auf ein Bild, das KHS in wenigstens gefühlten 90% der Arbeitszeit im Einzelgespräch am Krankenbett sieht. Und während wir dabei sind, dieses zur Krankenhausseelsorge gewandelte Bild konzeptionell zu vermitteln und zu internalisieren, hat diese sich – jedenfalls an größeren und entwickelten Standorten – nochmals weiterentwickelt. Ich sehe KHS nicht mehr als partikularen Sonder- bzw. Spezialbereich von Seelsorge, sondern als gemeindliche Gestalt am und im Umfeld eines Krankenhauses bzw. medizinischen Zentrums. Davon verspreche ich mir eine realistischere Wahrnehmung und Würdigung der KHS im innerkirchlichen Raum ebenso wie zukunftsweisende Impulse für ihre Weiterentwicklung.

Wie stellt sich KHS heute also dar? Ich will die Frage phänomenologisch angehen, indem ich exemplarisch die Ökumenische Seelsorge am Campus des Rhön-Klinikums und Heilbades in Bad Neustadt a.d. Saale darstelle. Hier zeigt sich paradigmatisch, wie KHS in einer relativ weit entwickelten Form aussehen kann.

2.2 Rahmenbedingungen

Der Campus des Rhön-Klinikums und des Heilbades Bad Neustadt

Der Standort umfasst ca. 1600 Betten in sieben Fachkliniken, davon ca. 270 Betten Intensiv, IC und andere Stationen mit Höchstintensität. Dazu gehören eine große Herz- und Gefäßklinik, Neurologische Klinik, Psychosomatische Klinik, Suchtklinik, Herz-Reha, Gästehaus, Kurviertel.

1. Problemanzeige

1.1 Der Gemeindebegriff in der kirchlichen Diskussion

In der kirchlichen Diskussion und Nomenklatur wird der Begriff „Gemeinde“ meist als Synonym für die parochiale Ortsgemeinde verwendet. Dies birgt die Gefahr einer ekklesiologischen Verengung. Anderen Formen der „Kirche vor Ort“ wird dann lediglich eine nachgeordnete Rolle zugewiesen. Dies zeigt sich in Begrifflichkeiten wie „Sonder- oder Spezialseelsorge“.

Am Beispiel der Krankenhausseelsorge (KHS) möchte ich für ein erweitertes Verständnis von Gemeinde als „Kirche vor Ort“ werben, KHS als eigenständige Form der Gemeinde vor Ort beschreiben und so für eine differenzierte innerkirchliche Wahrnehmung und Wertschätzung der Krankenhausgemeinden werben und KollegInnen zum Weiterdenken einladen.

1.2 Anstehende Entscheidungen und Gefahr der Marginalisierung

Abnehmende personelle wie finanzielle Ressourcen werden in den kommenden Jahren zu weitreichenden Entscheidungen über zukünftige Schwerpunktsetzungen kirchlicher Arbeit führen. Es besteht m.E. die Gefahr, dass es dabei zum Rückzug ins vermeintlich „Eigentliche“ von Kirche kommt, also zur weiteren Sicherung einer zwar ausgedünnten, aber doch flächendeckenden Parochialkirche. Auf der Strecke blieben dann – auch weil meist ohne angemessene Vertretung in den Entscheidungsgremien unserer Landeskirchen – die Bereiche, die als fakultative „Sonderdienste“ verstanden werden.¹ Dabei spielen – mehr oder weniger bewusste – Kirchenbilder eine entscheidende Rolle. Schon deshalb darf

¹ So z. B. auch Doris Nauer, Krankenhausseelsorge vor neuartigen Herausforderungen, in Diakonia 46. Jahrgang Heft 4 Nov 2015, S. 218-224, 222.

am Rhön-Klinikum und
im Heilbad Bad Neustadt

Ökumenische
Seelsorge



Mit einem Investitionsvolumen von ca. 170 Mio. Euro betreibt das Rhön-Klinikum derzeit eine Ausweitung des Campus, in den auch die Kreisklinik incl. Palliativstation mit 225 Betten integriert sein wird. Geplant ist weiter die Schaffung von ambulanten Diensten, Vorsorge- und Wellnessangeboten, sowie Arztpraxen bis hin zu Angeboten für (betreutes) Wohnen und Leben im Alter. So entsteht vom Klinikberg bis hinunter ins Kurviertel auf einer Strecke von 1,5 km ein eigener Stadtteil, den es seelsorglich und spirituell zu erschließen gilt.

2.3 Gemeindemitglieder

2.3.1 Das haupt- und ehrenamtliche Kernteam

Hauptamtliches Team

Das Team in Bad Neustadt besteht aus insgesamt acht in Voll- oder Teilzeit tätigen hauptamtlichen SeelsorgerInnen auf insgesamt knapp sechs VBEs (1,75 ev. / 4,25 kath.). Dazu kommt die Mitarbeit von zwei Verwaltungskräften (15 WS). Mehrere Honorarkräfte wirken in der Kirchenmusik und punktuell bei den Montagsgesprächen mit.

Ehrenamtliche

Derzeit gibt es ca. 45 ehrenamtlich Mitarbeitende, die z.T. auch aus der Umgebung Bad Neustadts kommen. Einige engagieren sich auch stark in der Heimatgemeinde, andere sehen die ökumenische Kur- und Klinikseelsorge als ihre kirchliche Heimat und nutzen die unterschiedlichen Angebote auch für sich. Regelmäßige Begleittreffen, jährliche Ausflüge, Ehrenamtstage und gemeinsame Wochenenden verbinden fachliche Begleitung, geistliches und geselliges Leben. Untereinander pflegen die Mitglieder dieser „Kerngemeinde“ z.T. enge Beziehungen, unterstützen einander in Fällen von Krankheit oder treffen sich informell beim „Stammtisch“.

2.3.2 Gemeinde auf Zeit

Die Patienten, ihre Angehörigen sowie die Gäste im Kurbereich sind Gemeindeglieder auf Zeit. Sie bleiben Tage, Wochen oder Monate. Vor allem an ihren Bedürfnissen orientiert die Krankenhausgemeinde ihr Tun im Sinne einer „Kirche für andere“ und bietet an oft prägenden Wegkreuzungen der Biografie eine kirchliche Heimat auf Zeit.

Oft finden hier Menschen einen Zugang zu kirchlichen Angeboten, die den Kontakt am Heimatort längst verloren oder nie gefunden haben. Dies mag an der besonderen existentiellen Situation liegen, aber auch am Schutz der Anony-

mität in der Fremde. Auch die besonders enge ökumenische Kooperation und Offenheit in den Gottesdiensten, im seelsorglichen und kollegialen Miteinander wirkt auf viele einladend und heilsam.

In den Gesprächen am Stand der Klinikseelsorge bei einem Klinikjubiläum, zu dem Tausende (!) ehemalige Patienten kamen, wurde deutlich, welche Bedeutung solch vergleichsweise kurze Lebensabschnitte biografisch wie spirituell entwickeln können.



2.3.3 Die Mitarbeitenden am Rhön-Klinikum und im Heilbad

Zur ständigen Gemeinde gehören auch die Mitarbeitenden am Campus und im Heilbad. Trotz eines zunehmend technisierten und ökonomisierten Gesundheitssystems könnte man hier erzählen von Mitarbeitenden und Situationen, die zeigen, dass die christliche Zuwendung beileibe nicht nur durch haupt- und ehrenamtliche Klinikseelsorge geschieht, sondern durch viele andere, die hier arbeiten. Diese oft verborgene Seite gilt es wahrzunehmen und zu stärken. Zugleich gelten denn auch den Mitarbeitenden unsere seelsorglichen, gottesdienstlichen und erwachsenenbildnerischen Angebote.

2.3.4 Menschen aus der Region

Hinzu kommen Menschen aus der Stadt und Region, die ihren kirchlichen Bezugspunkt ganz oder teilweise im Leben unserer Krankenhaus-



gemeinde sehen und die Angebote regelmäßig nutzen: Ehemalige Ehrenamtliche oder Menschen, die sich dem seelsorglich, ökumenisch und auf das Miteinander von Kranken und Gesunden ausgerichteten Profil unserer Gemeinde besonders verbunden fühlen. Hier könnte auch der Kern eines Freundes- und Förderkreises zu finden sein, der das Profil und die Arbeit unserer Krankenhausgemeinde mit trägt und unterstützt. Ähnliche Modelle gibt es auch in anderen ökumenischen Gemeinden.²

2.4 Das Leben der Gemeinde

2.4.1 Seelsorge

Reguläre Stationsarbeit am Krankenbett

Vor allem die Stationen der Herz- und Gefäß- wie der Neurologischen Klinik werden engmaschig von Haupt- wie ca. 25 Ehrenamtlichen durch meist unaufgeforderte Besuche am Krankenbett versorgt (Gehstruktur).

Seelsorge auf Anfrage und Rufbereitschaft

Hinzu kommt Seelsorge auf Anfrage: Bitten um Krankensalbung und -abendmahl, Kommunion, Gespräch oder Beratung etwa auch in medizin-ethischen Fragen. Jährlich 150 bis 200 vereinbarte, z.T. therapieinitiierte Gespräche mit Patienten der Psychosomatischen Klinik sowie 170 bis 180 Rufe im Rahmen der ökumenischen 24-Stunden-Rufbereitschaft. Hier geht es meist um die Begleitung Sterbender und ihrer Angehörigen.



Seelsorge in der Gruppe – Montagsgespräche

Die wöchentlichen Montagsgespräche, eine Mischung aus Erwachsenenbildung und Gruppenseelsorge, thematisieren „Lebenskunst“, Krisen- und Krankheitsbewältigung, ermöglichen Lebensdeutung und Biografiearbeit. Die durchschnittlich 25 bis 30 Teilnehmer sind mehrheitlich PatientInnen, aber auch Angehörige, Interessierte aus der Region und Mitarbeitende.

² Vgl. hierzu z.B. das Modell des ökumenischen Zentrums Stuttgart: www.oekumenisches-zentrum.de

Betriebsseelsorge: Seelsorge für Mitarbeitende

Seelsorge für Mitarbeitende geschieht oft „zwischen Tür und Angel“. Gespräche mit Ärzten, Pflegekräften, Therapeuten, Haustechnik, Verwaltung ... Jeder Ort am Campus kann zum Ort der Begegnung werden. Die Inhalte reichen von konkreten Patientensituationen über ethische Fragen bis zu persönlichen Krisen. Mit Einzelnen ergeben sich langjährige Begleitungen. Hinzu kommen Oasentage und andere Gruppenangebote.

2.4.2 Gottesdienst, Verkündigung, Meditation

Ca. 13.000 TeilnehmerInnen kommen jährlich zu den rund 340 Gottesdiensten am Campus und im Heilbad. Dabei bedienen wir regelmäßig vier verschiedene Gottesdienstorte.

In der Neurologie und punktuell an Festtagen wie Ostern und Weihnachten nutzen wir zudem besondere öffentliche Räume am Campus (Glaskuppeln und offene Foyers) und im Heilbad (Kurpark). Mit der Liturgie im offenen/öffentlichen Raum machen wir sehr gute Erfahrungen. Sie reduziert Schwellen und ermöglicht manch Distanzierten oder Kirchenfernen eine (Wieder-) Annäherung an gottesdienstliche und seelsorgliche Angebote.

Neben traditionell ökumenischen Angeboten (Christvespern, Karfreitagsgottesdienste, Totengedenken, ökumenische Abendandachten in der Burgkapelle) sind die Gottesdienste formal konfessionell angekündigt, wobei die im sonntäglichen Wechsel stattfindenden Eucharistie- bzw. Abendmahlsfeiern in der Form stark angeglichen sind. Hinzu kommen Wort-, Predigt- und Segnungsgottesdienste, Andachten in freier Form sowie wöchentliche Meditationsangebote.

Was die Teilnehmer angeht, so haben nahezu alle Gottesdienste ökumenischen Charakter. Und sie werden nicht nur von Patienten und Angehörigen, sondern auch von Menschen aus der Region besucht. Paradebeispiel sind die sommerlichen Abendandachten (Mai bis September) in der nahen Burgkapelle. Die offene Form der Gestaltung mit Musik und meditativen Texten sowie der seelsorgliche Fokus führen hier in einer stets gefüllten Kirche (800 Teilnehmende in 10 Gottesdiensten p/a) eine feiernde Gemeinde von Kranken, Angehörigen und Gesunden, Gästen und Einheimischen, Ehrenamtlichen und Mitarbeitenden der Kliniken zusammen.



2.4.3 Kasualien

Gelegentlich werden von Patienten, Angehörigen, Mitarbeitenden oder Einheimischen, die sich der Arbeit besonders verbunden fühlen, auch Taufen, Trauungen, Ehejubiläen oder Trauerfeiern erbeten. Dazu gehören auch ökumenische Gedenkfeiern für verstorbene Mitarbeiter oder Ehrenamtliche, sowie die Einführung und Verabschiedung kirchlicher Mitarbeiter.

2.4.4 Öffentlichkeitsarbeit

Die Ökumenische Kur- und Klinikseelsorge wirbt mit einer umfangreichen Homepage³, Aushängen, Plakaten, Kurprogrammheft und in den lokalen Print- und Internetmedien. Hinzu kommen Flyer und Veröffentlichungen zur Arbeit der Klinikseelsorge, der Ehrenamtlichen und zur Erschließung der religiösen Orte (Burgkapelle, Kapelle Herzklinik, Foyer Herzklinik) am Campus. Ein kleiner, gut gepflegter Schriften- und Kartenstand in der Kapelle der Herzklinik führt auch Menschen „über die Schwelle“, die diesen Ort sonst nicht aufgesucht oder entdeckt hätten.



2.4.5 Leitung und Kybernetik

Die enge ökumenische Verzahnung und Komplexität der Arbeit in einem nach medizinischen und ökonomischen Gesetzmäßigkeiten funktionierenden und sich ständig wandelnden System erfordert klare Konzepte, funktionierende Lei-

tungs- und Lenkungsstrukturen sowie die Bereitschaft, sich immer wieder neu auf veränderte räumliche und inhaltliche Rahmenbedingungen einzustellen.

Hier geht es um das Verhältnis von Haupt- und Ehrenamt, Koordinierung von Urlaubszeiten, Aneignung spezieller Kompetenzen im Blick auf neue Anforderungen, Konzepte zu Nutzung und Gestaltung der gemeinsam genutzten Räume, Fragen der Schwerpunktsetzung, Begleitung von Mitarbeitenden, Vernetzungsfragen in die Region hinein, Strukturierung institutioneller Kontakte zu Trägern, Gestaltung der Prospekte, Fragen der ökumenischen Rufbereitschaft, Ausschreibung ökumenischer Verwaltungsstunden, konzeptionelle Konsequenzen aus Klinikumzügen usw.

Grundlage dafür bilden eine vom Gesamtteam erarbeitete schriftliche Vereinbarung über die ökumenische Zusammenarbeit sowie eine Geschäftsordnung, die von beiden Kirchenleitungen bestätigt wurden. Sie bilden eine Art kleine Gemeindeordnung, die auch Konfliktmechanismen enthält und sich über die Jahre bewährt hat. Eine weitere Grundlage bilden die Kofinanzierungsvereinbarungen zwischen Landeskirche bzw. Diözese und dem Träger.

Entwickelt, koordiniert und verantwortet wird nahezu die gesamte Arbeit im monatlich tagenden ökumenischen Gesamtteam. Teilbereiche sind in die ökumenischen Subteams bzw. konfessionellen Teams delegiert.

Der sich schnell verändernde Kontext im Gesundheitswesen fordert eine ständige Überprüfung der Arbeit. Der Reflexion und konzeptionellen Weiterentwicklung dienen die Teamsupervision sowie Dreijahresberichte, die dem Träger, wichtigen kirchlichen Stellen wie auch der Öffentlichkeit vorgestellt werden. Der aktuelle Bericht ist auf unserer Homepage abrufbar.

2.4.6 Kirchenmusik

Die Kirchenmusik spielt eine wichtige Rolle in unserer Arbeit. Als gepflegte, unschätzbare Bereicherung in Gottesdiensten (Klavier, Orgel oder Zither, meist durch Honorarkräfte), in Form besonderer Konzerte von Chören und Bands aus der Region (z.B. in der Weihnachtszeit oder zu besonderen Anlässen), als eigenes Angebot (Offenes Singen in der Neurologie) oder zentrales konzeptionelles Element (Abendachten Burgkapelle siehe 2.4.2).

³ www.klinikseelsorge-bad-neustadt.de



2.4.7 Verwaltung und Kommunikation

Seit einigen Jahren stehen uns 15 Verwaltungsstunden zur Verfügung. Das ist eine deutliche Entlastung der hauptamtlichen SeelsorgerInnen und verbesserte die Vernetzung mit verschiedenen Abteilungen des Klinikums, die Erreichbarkeit und Wahrnehmung der Seelsorge, die Öffentlichkeitsarbeit, sowie die Pflege und den Kontakt zu ehemaligen, vor allem ehrenamtlichen MitarbeiterInnen.

2.4.8 Ort des interdisziplinären und gesellschaftlichen Dialogs

Unsere Krankenhausgemeinde ist ein wichtiger Ort, an dem seelsorgliche, medizin-ethische und lebensbegleitende Themen, etwa im Blick auf Krankheits- und Trauerbewältigung, Sinn- und Glaubensfragen, aber auch Fragen des Gesundheitssystems auf unterschiedlichen Ebenen zur Sprache kommen. Dies geschieht einerseits im interdisziplinären professionellen Dialog, wie er etwa im Rahmen innerbetrieblicher Fortbildungen, der Mitarbeit in Ethikkommission und Ethikkomitee oder aber der ArGe für Seelsorge und Psychotherapie (ArGe) Gestalt gewinnt, deren Arbeit hier exemplarisch etwas näher beschrieben sei.

Aus dieser nun 20jährigen Kooperation mit Chefärzten und Therapeuten der Psychosomatischen Klinik (PSK) entstanden seit 2005 insgesamt sechs ein- bzw. zweitägige Symposien, das letzte mit wiederum ca. 180 TeilnehmerInnen unter dem Titel „Erzählte Familiengeschichten in Psychotherapie und Seelsorge“. Die Symposien wenden sich an eine breite Zielgruppe (Ärzte, Therapeuten und SeelsorgerInnen, aber auch Ehrenamtliche und interessierte Laien aus der Region!). Sie werden überregional beworben und komplett vom Rhön-Klinikum finanziert. Zu allen Symposien liegen gedruckte Dokumentationen vor, die z.T. auch in Internet abrufbar sind.⁴

Die Symposien schärfen unser seelsorgliches Selbstverständnis im Konzert der verschiedenen Professionen, sie haben Fortbildungscharakter für Fachpublikum und interessierte Laien und bilden eine regionale Plattform, um sich mit KollegInnen über die Chancen einer fruchtbaren interdisziplinären Zusammenarbeit auszutauschen. Das nächste Symposium soll sich mit Fragen des Zusammenlebens der Generationen beschäftigen (zwischen Pflege der Eltern, Helikoptereltern und Bumerangkindern).

Die Symposien sind ein Beispiel, wie wir die oben benannten Themenfelder in die Öffentlichkeit tragen. Dazu gehören auch Veranstaltungen zu medizinethischen Themen (z.B. zu Patientenverfügungen), sowie diverse innerbetriebliche, zum Teil auch halboffene Fortbildungen am Campus.

Ein paar Themen aus der jüngeren Zeit: „Überdauernde Beziehungen in Seelsorge und Psychotherapie“ (mit den Therapeuten der Psychosomatik), „Konfliktbearbeitung“ (ein Seminar mit Fallbesprechungen für die Pflege in Kooperation mit der Neuropsychologie), „Begleitung von Sterbenden“ (Pflege), „Patientenverfügung“ (im Rahmen einer ärztlichen Mittwochsfortbildung), „Der ältere Mensch im Krankenhaus“, „Ich kann nicht klagen“, „Selbstsorge“ (alles Angebote für die Pflege).

Im Moment überlegen wir, auch ausgewählte, bisher interne Fortbildungsangebote unserer Ehrenamtlichen für Interessierte zu öffnen. Dies böte auch die Chance, auf die Arbeit der Besuchsdienste aufmerksam zu machen und so neue Mitarbeitende zu gewinnen.

2.4.9 Forschung

Eine weitere Aufgabe sehen wir darin, einen Beitrag zur Seelsorgeforschung zu leisten. Ein erstes Projekt entstand aus der Zusammenarbeit mit der Psychosomatischen Klinik. Dabei haben wir unsere Arbeit mit Patienten aus der Psychosomatik über mehrere Jahre dokumentiert, ausgewertet (Datenbasis: Seelsorge an 275 Patienten in über 400 Gesprächen), in der ArGe diskutiert und schließlich publiziert.⁵

2.4.10 Aus-, Fort- und Weiterbildung in Seelsorge

Unsere Krankenhausgemeinde ist ein hervorragender Ort für die Aus-, Fort- und Weiterbildung von Haupt- wie Ehrenamtlichen in der Seelsorge. An den Aus- und Weiterbildungen unserer eigenen ehrenamtlichen Besuchsdienste können auch Ehrenamtliche aus anderen Besuchsdiensten teilnehmen. Hinzu kommen regelmäßig KSA-6-Wochen-Kurse (seit 2009 mit Schwerpunkt für Theologiestudierende – Praxisfeld Klinik und Parochie), sowie diverse, z.T. mehrwöchige, meist supervidierte Einzelpraktika für angehende oder in die Klinikseelsorge wechselnde KollegInnen.

4 <http://www.rhoen-klinikum-ag.com/rka/cms/psk2/deu/49850.html>

5 Harald Richter, Mauerfall und grünes Band. Erfahrungen im Grenzland von beratender Seelsorge und stationärer Psychotherapie. In: WzM 64 (2012), 569-582.



2.4.11 Kontaktpflege/Vernetzung

Kontakte zu Verantwortlichen der Trägereinrichtungen im Arbeitsfeld: Mit den Geschäftsführern und Verantwortlichen im Bereich des Rhön-Klinikums, des Kur- und Heilbadbereiches finden z.T. regelmäßig institutionalisiert, z.T. nach Bedarf Gespräche statt.

Kontakte zum Betriebsrat am Standort finden bisher nur sporadisch statt, hier wäre eine stärkere Institutionalisierung sinnvoll.

Zu den KollegInnen der umliegenden Kur- und Reha Standorte (Bäderland bayerische Rhön) bestehen regelmäßige Kontakte. Im Rahmen eines Kooperationsprojekts⁶ der Kirchen in Bayern mit der BAYERN TOURISMUS Marketing GmbH beteiligen wir uns an der Entwicklung kirchlich-touristischer Angebote in der Region.

Hinzu kommt die Einbindung in und Kontaktpflege zu den ortsgemeindlichen und dekanatlichen Gremien und Einrichtungen (Kirchenvorstand, Pfarrkonferenz, Dekanatsynode, Diakonie etc).

3 Fazit: Krankenhausseelsorge versus Krankenhausgemeinde

Es sollte inzwischen deutlich sein, dass Krankenhausseelsorge sich an einem Standort wie Bad Neustadt als vielschichtige Gestalt der Kirche vor Ort präsentiert, die praktisch alle wichtigen Handlungsfelder beinhaltet, wie sie auch in einer parochialen Ortsgemeinde zu finden sind. Sie integriert dabei basisgemeindliche Merkmale einer ökumenischen Richtungs- und Solidargemeinde, die noch weiter entwickelt werden könnten. Eine sprachliche, konzeptionelle wie ekklesiologische Reduzierung zur „Sonderseelsorge“ als einer Art „Nischenkür“ der Kirchen, die man im Zweifelsfall auch wieder zurückfahren oder der Parochie übertragen könnte, wird ihr nicht gerecht!⁷

Dies gilt es Kirchenleitungen wie landeskirchlichen Entscheidungsgremien zu vermitteln, auch, um auf Erfahrungen aufmerksam zu machen, die hier, im Schnittfeld von Kirche, Ökumene und Zivilgesellschaft gesammelt werden und für die Zukunft unserer Kirche(n) insgesamt wertvoll sein könnten.⁸ Dazu sei auf den Artikel von

Hofäcker/Jung-Hankel/Richter hingewiesen⁹, in dem unter der Überschrift „Potenziale der Krankenhausseelsorge für die Entwicklung der Kirche“ einige Aspekte dieses Schatzes benannt werden.

Hier geht es um wichtige hermeneutische und ökumenische Lernfelder und Chancen, die sich aus der Begegnung mit einer (säkularisierten) Zivilgesellschaft und dem interdisziplinären Kontext ergeben, sowie um neue Einsichten einer „Kirche vor Ort“, die am Arbeitsplatz bzw. im Kontext existentieller Krisenerfahrungen Gestalt gewinnen.

4 Einladung an die KollegInnen in der KHS

Nicht alle Merkmale der Situation in Bad Neustadt sind einfach übertragbar, nicht alle Zahlen können als Maßstab gelten. Trotzdem glaube ich, dass viele Aspekte auch an anderen Standorten vorfindlich sind und als paradigmatischer Anstoß dienen können, um zu fragen, was ein solcher ekklesiologischer Paradigmenwechsel für das Selbstverständnis und die Weiterentwicklung der KHS insgesamt wie auch je vor Ort bedeuten könnte.

Ich sehe darin nicht nur einen Gegenentwurf zum überkommenen Bild von KHS als spezialisierter kirchlicher Sonderseelsorge, sondern auch eine kirchengebundene Alternative zu einem Modell, wie es etwa Carlo Leget¹⁰ vertritt, der KHS ins System Krankenhaus und unter das Dach von Spiritual Care integrieren möchte. Denn nur als gemeindliche Gestalt der Kirche vor Ort behält die KHS m.E. ihre Unabhängigkeit und damit auch die Voraussetzungen für ihre prophetische Funktion – innerhalb des Systems Krankenhaus ebenso wie innerhalb der Kirche.

Der vorstehende Text ist eine Zusammenfassung des gleichnamigen Artikels in WzM, 68. Jahrgang Heft 6, S. 489-504.

Harald Richter

Pfarrer

Harald.Richter@elkb.de

⁶ <http://www.bayern.by/stade-zeiten>

⁷ Nur der Vollständigkeit halber sei hier angemerkt, dass eine solche Reduzierung auch theologisch auf dem Hintergrund CA VII nicht haltbar ist.

⁸ Solch diagnostisches, zukunftsweisendes Potential mag im Übrigen auch im Bereich manch anderer sogenannter „Sonderdienste“ (Militär-, Polizei-, JVA-

Seelsorge, um nur einige zu nennen) zu finden bzw. zu heben sein.

⁹ Sabine Hofäcker, Tony Jung-Hankel, Harald Richter, Potenziale der Krankenhausseelsorge für die Entwicklung der Kirche. In: WzM 66 (2014), 615-619.

¹⁰ Carlo Leget, Spiritual Care als Zukunft der Seelsorge! In: Diakonia, 46. Jahrgang Heft 4 Nov. 2015, S. 225-231.



Rainer Poulet: Die buddhistische Katze

Lebensweisheit und Psychosomatik

In meiner neuen Heimatstadt Bad Kissingen gibt es mehrere psychosomatische Rehakliniken oder Rehakliniken mit psychosomatischer Fachabteilung. Die örtlichen Buchhandlungen haben sich mit ihrem Angebot auf die entsprechende Interessenslage sowohl von PatientInnen als auch des Fachpersonals eingerichtet.

Auf einem Bestsellertisch fiel mir das Buch von Rainer Poulet „Die buddhistische Katze. Lebensweisheit und Psychosomatik“, RediromaVerlag 2011 ins Auge. Auf dem Titelbild schnurrt einem eine zufrieden dreinschauende – oder vielleicht besser: in sich versunkene – graugetigerte Katze entgegen, die vor einem Mauseloch liegt und von dort aus sicherem Abstand von den Mäusen betrachtet wird. Da bei uns zuhause auch so ein Stubentiger lebt, bedurfte es nicht mehr viel, mein Interesse zu wecken und infolgedessen das Buch zur Hand zu nehmen.

Aber was lese ich da im Klappentext? „Vorsicht: In dem Buch geht es weder um Buddhismus, noch um Katzen!“ Aha, bin ich also auf den werbewirksamen Aufmacher hereingefallen. Fast hätte ich das Buch schon wieder zurückgelegt, habe dann aber doch weitergelesen: „Vielmehr schildert ein erfahrener Psychotherapeut seine eigenen Beobachtungen und Gedanken zu allgemein menschlichen Themen.“, die da unter anderem wären: „Was bedeuten unsere Gefühle? Wieso wird der Körper krank, wenn die Psyche leidet? Wer folgt wem und warum? Wie entsteht Sucht?“ und manche andere mehr. Da war mein Interesse wieder geweckt und ich bereue es nicht, das Buch dann doch mitgenommen und gelesen zu haben. Jetzt empfehle ich es sogar weiter zur Lektüre für Menschen, die in der Seelsorge tätig sind.

Rainer Poulet merkt man seine profunde Fachkenntnis als Psychologe und sein gleichermaßen umfassendes Interesse an Menschen, an Philosophie und unserer Gegenwartskultur an. In oftmals amüsanter, leichter und doch tiefgängiger und informierender Weise entfaltet er in insgesamt acht großen Abschnitten seine Sicht menschlicher Befindlichkeit in einer komplexen Welt. Man meint fast, auf 227 Seiten ein enzyklopädisches Gesamtbild der menschlichen Psyche – der eigenen gar? – geboten zu bekommen. Dabei bleibt es auch nicht erspart, manches Mal in den Spiegel blicken zu müssen und sich sowohl verstanden als auch erkannt zu finden.

Rainer Poulet schreibt absolut allgemeinverständlich und unterhaltsam. Dabei offenbart er manchmal fast beiläufig ebenso hilf- wie lehrreiche Einblicke in psychische Zusammenhänge. Ich vermute, dass sowohl Fachleute als auch interessierte ExpertInnen in eigener Sache ohne vertiefte Vorkenntnisse das Buch mit Gewinn lesen können.

Gut, manchmal gelingt es Poulets nicht mehr so ganz, den Sturm seiner Assoziationen zu bändigen, und ich musste beim Lesen immer wieder innehalten, auch mal

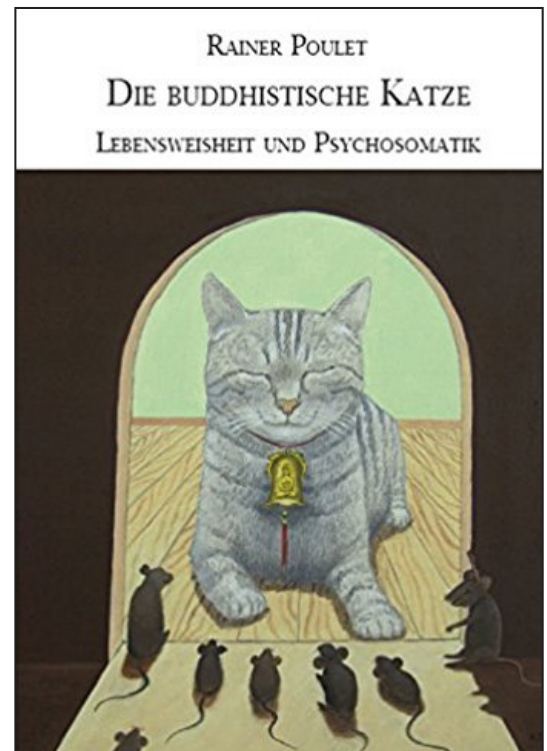
zurückblättern, um den Faden wieder zu finden. Aber das schadet ja auch nicht unbedingt.

Und das Allerbeste zum Schluss: Poulet würzt zahlreiche Abschnitte mit Bonmots und Zitaten, die das von ihm Beschriebene zuspitzen oder verdeutlichen. Hier zwei meiner Lieblingsbeispiele: Im Zusammenhang mit dem Thema Erziehung lässt er die Rocksängerin Nina Hagen zu Wort kommen: „Ich erziehe meine Tochter anti-autoritär, aber sie macht trotzdem nicht, was ich will.“ Und wo es um emotionale Ausgewogenheit geht, fügt er folgenden „Lehrsatz“ des bekannten Neurophysiologen Manfred Spitzer, seit 1998 ärztlicher Direktor der Psychiatrischen Uniklinik in Ulm, ein: „Durch Denken stören Sie Ihr Gehirn bei der Arbeit.“

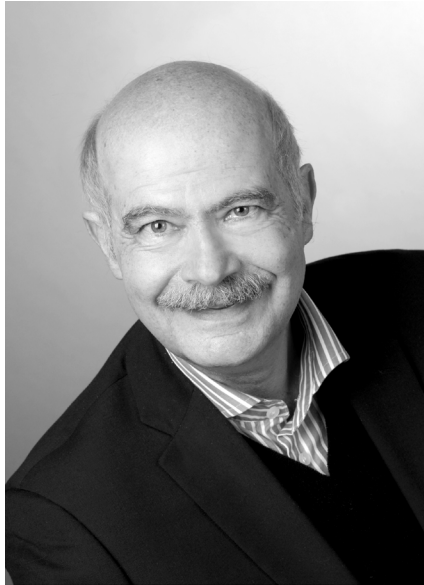
Na also: Wer neugierig geworden ist, lasse es auf einen Versuch ankommen!

Die buddhistische Katze, RediromaVerlag 2011, ISBN 978-3-86870-348-1, € 12,95.

Steffen Lübke



Dr. Karl-Heinz Röhlin



Dr. Karl-Heinz Röhlin entwickelte sein Gefühl für Franken an verschiedenen Orten: Gymnasium in Ansbach, Studium in Neuendettelsau und München, Gemeindepfarrer in Oberfranken, Landjugendpfarrer in Pappenheim und Regionalbischof in Nürnberg. Zur Zeit leitet er das Pastorkolleg der Evang.-Luth. Kirche in Bayern.

Umdeutungstherapie

Eine Glosse

Seit meiner Konfirmation leide ich unter einem diffusen Schuldgefühl. Irgendwie hängt es mit der Konfirmandenbeichte zusammen. Jedenfalls wache ich manchmal nachts mit einem beklemmenden Schuldgefühl auf und frage mich: „Bin ich jetzt schuld oder bin ich nicht schuld?“ Wenn z.B. der 1. FC Nürnberg, also der Club, ein Heimspiel verliert und ich war nicht im Stadion, dann klagt mich eine innere Stimme an: „Wärst du im Stadion gewesen, dann hätte der Club nicht verloren!“ So schlimm ist es schon.

Meine Frau riet mir, zu einem Psychologen zu gehen. Ich ging zur sanfteren Variante, zu einer Pastoralpsychologin. Sie hat mich mit sanfter Stimme gefragt: „Wo spüren Sie denn Ihre Schuldgefühle? Mehr im Bauch, im Hals oder in der Nase?“ Mein Kindheits-Ich wurde sofort aktiviert. Ich habe die Augen geschlossen und mir vorgestellt, dass der Club wieder gegen Greuther Fürth verliert. Sofort habe ich sooo einen dicken Hals gehabt.

Die freundliche Pastoralpsychologin hat mir dann eine Umdeutungstherapie empfohlen. Wenn das Schuldgefühl aufsteigt, sagte sie, soll ich tief einatmen und es sofort in ein Glücksgefühl umdeuten. Eine geniale Therapie. Sie hat bei mir sofort gewirkt! Die Schuldgefühle sind weg.

Am vergangenen Samstag hat uns der Postbote einen Bußgeldbescheid überbracht, weil ich wieder zu schnell gefahren bin: 280 € Bußgeld. Sofort habe ich den Bußgeldbescheid umgedeutet in Bonuspunkte in Flensburg und war happy. Die Umdeutungstherapie verbessert auch die partnerschaftliche Kommunikation. Gestern sagte meine Frau vor dem Mittagessen: „Räume bitte endlich die Zeitung weg und decke den Tisch!“ Ich habe sofort den milden Tadel meiner Frau umgedeutet in eine Liebeserklärung. Nach 40 Jahren Ehe redet meine Frau noch mit mir. Sie spricht mich an und traut mir zu, den Tisch zu decken. Was für ein Vertrauensbeweis! Also: ich kann Ihnen die Umdeutungstherapie nur empfehlen. Im Zeitalter der fake news sind Deutungen wichtiger als die Fakten.

Dr. Karl-Heinz Röhlin



Programm

- 9.30 Ankommen, Kaffee, Brezen
- 10.00 Begrüßung und Einstieg
- 10.15 Hauptreferat
anschließend Aussprache
- 12.00 Mittagspause
- 13.45 Workshops
- 15.30 Abschluss, Feedback, Reisesegen
- 16.00 Mitgliederversammlung des
Forums Seelsorge in Bayern
- 17.00 Ende des Seelsorgetages

Hauptreferat

Joachim Barth

Jesus als Seelsorger

Was wir von ihm für unsere
Seelsorge lernen

Workshops

1. Mit christlichen Symbolen und
Rollen in der Seelsorge arbeiten
2. Therapeutische Seelsorge
Eine Alternative zur Psychotherapie?
3. Pfarrer und Seelsorger? Geht das?

Anmeldung

Forum Seelsorge in Bayern

Elfriede Brodersen

Pellwormer Straße 13

90425 Nürnberg

Telefon: 0911 344 933

Fax: 0911 398 33 93

E-Mail:

elfriede.brodersen@forum-seelsorge.de

Seelsorgetag 2017

Jesus der Seelsorger



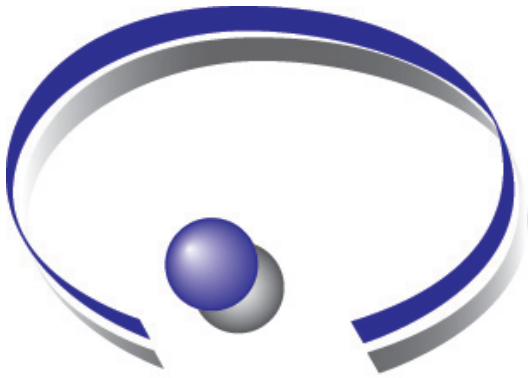
Forum Seelsorge in Bayern

**Evang. Luth.
Kirchengemeinde
St. Jobst**

Nürnberg

**15. November 2017
9.30 Uhr – 17.00 Uhr**





Forum Seelsorge in Bayern

Das Forum Seelsorge in Bayern

Das Forum Seelsorge in Bayern ist eine ökumenische Initiative von Seelsorgerinnen und Seelsorgern, gegründet auf dem Seelsorgetag 1997 in Nürnberg.

Was uns zusammenführt ist das Anliegen der Seelsorge, die wir an sehr verschiedenen Orten als Aufgabe wahrnehmen.

Unsere Vision ist es, Seelsorgearbeit zu vernetzen und voneinander zu lernen.

Ziele sind: Förderung des Gesprächs zwischen haupt- und ehrenamtlichen Seelsorgerinnen und Seelsorgern;

Förderung der Ökumene in der Seelsorge; Vertretung und Darstellung der Anliegen der Seelsorge in der Öffentlichkeit; Erfahrungsaustausch in Regionalgruppen vor Ort.

Der Sprecherrat führt die laufenden Geschäfte und steht für Informationen zur Verfügung. Wir veranstalten einmal im Jahr einen Seelsorgetag zur Fortbildung und Kontaktpflege.

Vernetzung und Information geschieht auch über das Internet: www.forum-seelsorge.de
Mitglied kann jeder werden, der in der Seelsorge tätig ist.

Wir erfahren diese gemeinsame Arbeit immer als große Bereicherung und sind froh über die unterschiedlichen Sichtweisen auf das große Feld der Seelsorge.

Ihre Sprecherinnen und Sprecher des Forums

Der FSiB-Sprecherrat

- Steffen Lübke, Krankenhaus-, Kur- und Rehaseelsorger in Bad Kissingen, Vorsitzender des FSiB
- Elfriede Brodersen, Seelsorgerin im Ehrenamt, Klinikum Nürnberg Nord, Kassen- und Mitgliederverwaltung FSiB
- Pfarrerin Karola Glenk, Seelsorgerin am Klinikum Nord in Nürnberg
- Christian Beck, Schulseelsorger und Religionslehrer in Kronach, Notfall- und Krisenseelsorger in Coburg, Redaktion des FSiB-Info
- Cornelia Auers, Pfarrerin in Nürnberg
- Michael Reubel, Religionspädagoge in Lichtenfels, Diözesanbeauftragter für die Seelsorge in Feuerwehr und Rettungsdienst im Erzbistum Bamberg

Wir danken Pfr. Norbert Heinritz für die Erstellung und Pflege unserer Website, sowie allen, die uns finanziell oder mit Rat und Tat unterstützen.

Impressum

FSiB-Info

Hrsg.: Forum Seelsorge in Bayern (FSiB)

Ausgabe 2017; Auflage 400

V.i.S.d.P.: Pfr. Steffen Lübke

Kurhausstraße 15, 97688 Bad Kissingen

Mail: steffen.luebke@elkb.de

Telefon: 0971/ 7 85 36 46

www.forum-seelsorge.de

Redaktion: Christian Beck

Layout: Martin Schinnerer

Bankverbindung:

Forum Seelsorge in Bayern

Evangelische Bank eG, Kassel

IBAN: DE15 5206 0410 0003 5095 83

