

Spiritualität, Genesung und psychiatrische Arbeit

VON ANDREAS KNUF

»Auf meinem Gesundungsweg habe ich immer wieder gelernt: Es gab einen tieferen Teil von mir, der war zentriert, unbeweglich, konstant und ruhig. Ohne diesen tieferen Teil meines Selbst konnte mich der Wind schnell wegblasen. Dieses tiefere Ich war weder identifiziert mit den guten noch mit den schlechten Zeiten.«

PATRICIA DEEGAN, 2004

Lange Zeit gab es eine strikte Trennung zwischen psychiatrischer Arbeit und Spiritualität. Für die Behandlung der psychischen Erkrankung waren die Ärzte, Pflegekräfte und andere Berufsgruppen zuständig, für Spiritualität und Religiosität der Klinikseelsorger. So ist es auch heute noch an vielen Orten. Doch dieses ganz und gar nicht ganzheitliche Konzept hat in den letzten Jahren erste Risse bekommen. Immer mehr rückt Spiritualität auch in die Wahrnehmung psychosozial tätiger Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, dies vor allem in den englischsprachigen Ländern. So unterhält etwa die englische Psychiatervereinigung (Royal College of Psychiatrists) eine Arbeitsgruppe zum Thema Spiritualität, der sich mehrere hundert Mitglieder angeschlossen haben.*

Psychisch kranke Menschen berichten oft, dass sie durch ihre psychischen Krisen in besonderer Weise mit spirituellen Themen konfrontiert wurden, oder verstehen ihre Krisen als spirituelle Krisen. In psychotherapeutischen Schulen halten spirituelle Methoden wie etwa die Meditation Einzug (Heidenreich/Michalak 2004), eine Bewegung, die noch vor fünfzehn Jahren undenkbar erschien. Inzwischen liegen Verfahren zur Behandlung von Depressionen, chronischen Schmerzen, Borderline-Erkrankung und anderen Störungen vor. Sie alle schulen eine achtsame Haltung sich selber gegenüber, die sich unter anderem durch Akzeptanz und Urteilslosigkeit auszeichnet. Vor allem die achtsamkeitsbasierten Methoden konnten zudem eine ausgesprochen hohe Wirksamkeit nachweisen (Kabat-Zinn 2006; Linehan 1996). Durch diesen Nachweis der Wirksamkeit scheint es uns heute leichter zu fallen, uns der Spiritualität wieder zuzuwenden. Denn die Berücksichtigung spiritueller Bedürfnisse ist natürlich nicht neu, sondern sie ist im Laufe der letzten Jahrzehnte schlicht verloren gegangen. Teile der westlichen Psychotherapie haben im letzten Jahrhundert immer wieder auf die Notwendigkeit des Einbezugs der Spiritualität in eine helfende Arbeit aufmerksam gemacht, ja konnten sich eine solche Arbeit ohne den Einbezug von Spiritualität gar nicht vorstellen. Dazu ge-

hörten etwa C.G. Jung, K.G. Dürkheim oder Therapeuten um den indischen Mystiker Osho.

Ich persönlich bin auf verschiedene Weise auf dieses Thema gestoßen worden. Zum einen durch meine eigene spirituelle Suche, zum anderen durch die Beschäftigung mit der Recovery-Bewegung. In vielen Gesprächen mit genesenen psychiatrieverfahrenen Menschen habe ich immer wieder gehört, wie wichtig die Beschäftigung mit spirituellen Themen für den eigenen Gesundungsprozess war. Viele Menschen schilderten mir, dass sie sich mit einer stärkeren Kraft als der eigenen verbunden fühlten und dadurch neue Kraft und Stabilität gewinnen konnten.

Was ist eine spirituelle Haltung?

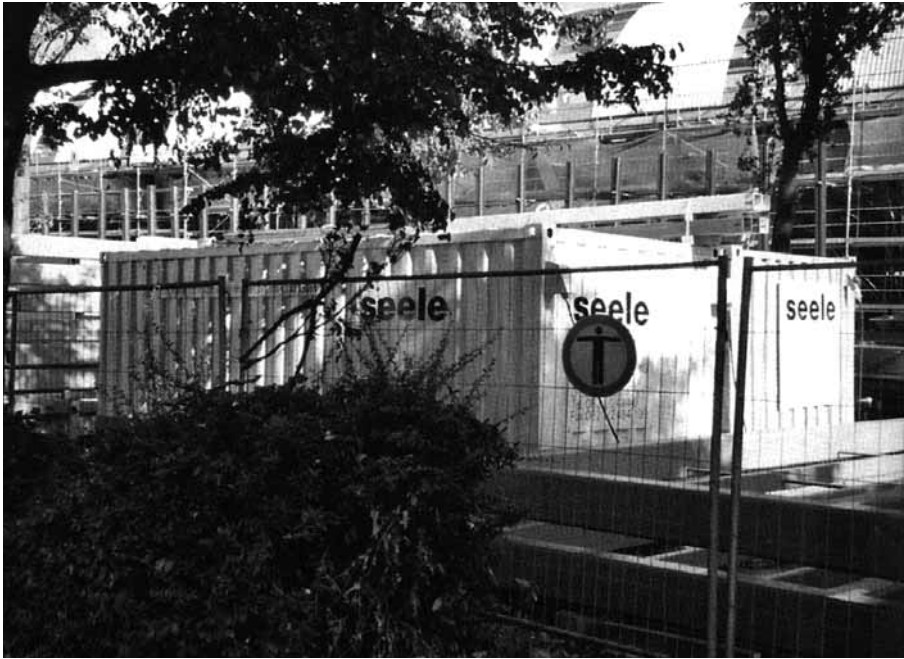
Im Folgenden möchte ich eine professionelle Haltung beschreiben, die die spirituelle Ebene berücksichtigt. Mir geht es dabei nicht um irgendeine religiöse Ausrichtung, wie etwa eine christliche Grundorientierung, sondern vielmehr um Gemeinsamkeiten verschiedener spiritueller Schulen.

Ein spirituelles Verständnis geht davon aus, dass es neben der menschlichen Existenz noch eine größere Wirklichkeit gibt. Begriffe wie Essenz, Gott, höheres Selbst oder Buddha-Natur versuchen, diese Ebene zu beschreiben. Wir alle brauchen die Verbindung zu dieser Ebene und sind im Alltag auch immer wieder mit ihr verbunden. Oft ist uns das jedoch gar nicht bewusst. Diese höhere Ebene manifestiert sich auch im Menschen. Wir alle tragen Göttlichkeit in uns. Sie zeigt sich zum Beispiel in einem tiefen Vertrauen in das, was geschieht, in Mitgefühl und Liebe mit sich selbst und mit anderen und in Annahme dessen, was ist. Doch diese Fähigkeiten sind im Alltag oft nicht zugänglich. Sie sind zwar vorhanden, können aber nicht gelebt werden. In einer spirituellen Haltung wird der Mensch mit all dieser ihm innewohnenden spirituellen Essenz wahrgenommen. Ein psychiatrischer Klient ist nicht nur ein Mensch mit einer bestimmten psychiatrischen Pathologie, sondern auch mit einem stets heilen Wesenskern. Aufgrund dessen kommen ihm Respekt und Würde zu, und nicht aufgrund bestimmter Erfolge, Fähigkeiten o.Ä. Dieser heile Wesenskern zeigt sich auch in der Bewältigung psychischer Schwierigkeiten. Neben einer Krankheitsdynamik gibt es, ausgehend von einem unberührten Wesenskern, immer auch eine Ge-

sundheitsdynamik. Der Psychiater und spätere buddhistische Mönch Edvard Podvoll (2004) nennt dies den »Gesundheitstrieb«, der sich beispielsweise in Sehnsucht, Mitgefühl, Selbstdisziplin und Mut äußert. Ein spiritueller Ansatz sieht nicht nur die vorhandenen Ressourcen des Klienten, wie dies in der ressourcenorientierten Arbeit geschieht, sondern ist auch sensibel für das in jedem Menschen vorhandene Potenzial für Liebe, Mitgefühl, Verbundenheit oder Annahme, auch wenn es momentan nicht lebbar und wahrnehmbar ist. Eine spirituelle Haltung versucht, diesen spirituellen Kern in die professionelle Arbeit einzubeziehen und ihn zu fördern. Wenn es gelingt, einen Raum zu kreieren, damit sich dieser Kern entfalten kann, muss Veränderung nicht mehr »geplant« und »gemacht« werden, sondern geschieht einfach. In einer spirituellen Haltung geht es also darum, unser Gegenüber mit seinem heilen und wahren Wesenskern wahrzunehmen und diesen Teil der Person durch die Schaffung hilfreicher Bedingungen zu fördern. Dazu ist ein hohes Maß an Präsenz des Umfeldes notwendig, das sich unter anderem auszeichnet durch Annahme, Mitgefühl, Achtsamkeit und Vertrauen. Zwei Elemente dieser Haltung, nämlich Annahme und Mitgefühl, möchte ich im Folgenden beispielhaft vorstellen.

Annahme

Wohl jeder Mensch weiß aus Krisen- oder Krankheitszeiten, wie hilfreich es ist, wenn man sich von seinem Umfeld angenommen fühlt. Annahme durch uns selber und durch andere Menschen ist eine sehr kraftvolle Energie, die Veränderung und auch Gesundung ermöglicht. In allen spirituellen Schulen kommt der Annahme dessen, was von Gott geschaffen wurde, eine hohe Bedeutung zu. Wir könnten auch von »Hingabe« sprechen, doch klingt dieser Begriff in westlichen Ohren oft nach Selbstaufgabe, was wirkliche Hingabe nicht ist. Das so genannte »Änderungsparadox« besagt: »Du kannst nur die Dinge verändern, die du zuvor angenommen hast.« Was wir nicht annehmen, dagegen kämpfen wir, das wollen wir weg haben. Viele unserer Klienten haben beispielsweise große Mühe damit, ihre eigene Erkrankung anzunehmen. Folgen können sein, die Krankheit verleugnen zu müssen, keine Hilfe in Anspruch nehmen zu können oder sich selber für die eigene Krankheit zu verurteilen. Genau diese Haltung führt dazu, dass Gesundungsprozesse nicht gelingen. Diese werden möglich, wenn jemand die eigenen Einschränkungen annehmen kann und aus dieser liebevollen Haltung sich selbst gegenüber Wege zur Veränderung



sucht. Denn Annahme bedeutet nicht, alles so zu lassen, wie es ist. Wenn ich hoch verschuldet bin, hilft es nichts, diesen Zustand anzunehmen und mich in den Sessel zu setzen. Ebenso wenig hilfreich ist es, diesen Zustand zu ignorieren. Hilfreich ist die Annahme der Tatsache, dass ich verschuldet bin, jedoch ohne mich selber zu verurteilen oder zu bemitleiden. Den Klienten anzunehmen, wie er ist, kann durchaus auch bedeuten, ihn mit seinen Verhaltenskonsequenzen zu konfrontieren oder von ihm etwas zu fordern, nur geschieht das nicht aus einer Verurteilung oder Ablehnung der Person oder ihrer Handlungsweisen. Mit Annahme ist nicht gemeint, am anderen alles zu mögen. Ich arbeite beispielsweise lieber mit einem Klienten, der selber an der Lösung seiner Probleme arbeitet, anstatt sich bei mir nur über sein Umfeld zu beklagen. Annahme bedeutet jedoch, diese Verhaltensweisen nicht zu verurteilen, dabei aber durchaus zu sehen, dass sie beispielsweise schädlich für den weiteren Gesundheitsprozess des Klienten sind. Doch wir haben natürlich solche Verurteilungen: Wir sind genervt, verärgert, ungeduldig oder unterdrücken diese Impulse und werden dann vielleicht gelangweilt, unengagiert oder maskenhaft.

Das Sich-angenommen-Fühlen durch die Menschen des Umfeldes hilft dem Betroffenen, sich selber anzunehmen. Es gilt: »Wenn andere mich so annehmen, wie ich bin, dann ist es für mich viel leichter, mich selber so anzunehmen, wie ich bin.« Wenn es Fachpersonen gelingt, einen Klienten anzunehmen, dann hat das verschiedene positive Auswirkungen auf seine Genesung. Doch wie kann es uns gelingen, einen anderen Menschen, auch einen Klienten, so anzuneh-

men, wie er oder sie ist? Wer sich selber im Alltag beobachtet, weiß, wie schwierig das selbst in der Familie und Partnerschaft ist. Wie soll es dann gelingen, Menschen bedingungslos anzunehmen, die ich mir nicht ausgesucht habe und mit denen ich nur über die berufliche Klient-Helfer-Beziehung verbunden bin? Studien zeigen uns beispielsweise, dass Fachpersonen psychisch kranke Menschen in ähnlicher Weise stigmatisieren, wie es die Bevölkerung tut (Lauber et al. 2006). Doch wir kennen auch zahlreiche Situationen, in denen es uns gelingt, unsere Klienten in ihrem Sosein anzunehmen, ohne sie verändern zu wollen, ohne verärgert zu sein, ohne den anderen abzuwerten. In manchen Situationen fällt diese Annahme leichter als in anderen. Viele Mitarbeitende berichten, dass es ihnen leichter fällt, wenn sie gerade aus dem Urlaub kommen, sich entspannt fühlen und nicht an ihrer Belastungsgrenze sind. Wir sehen also, dass die Fähigkeit zur Annahme des anderen sehr von unserem persönlichen Befinden abhängt. Die Fähigkeit zur Annahme ist in jedem Menschen vorhanden und unter bestimmten Bedingungen ist es leichter, sie zu leben. Und genau dort können wir ansetzen, wenn wir uns um Annahme unserer Klienten bemühen: Was brauchen wir, damit es uns leichter fällt, weniger zu bewerten, mehr sein zu lassen, mehr liebevolle Präsenz aufzubringen?

Mitgefühl

Mitgefühl meint, sich berühren zu lassen von dem Empfinden des Gegenübers, ohne in ein Mitleiden zu geraten. Ich begegne meinem Gegenüber mit Offenheit, ich lasse meine eigenen Gefühle mitklingen. Wenn unser

Gegenüber sich berühren lässt, erleben wir das als Gesehen- und Ernst-genommen-Werden. Wir fühlen uns verstanden und nicht mehr allein. Der durch Krankheit oder Verlust verursachte Schmerz wird erträglicher. Wir wünschen uns Mitgefühl von unseren Freunden und unseren Familienmitgliedern, eben weil wir es als so hilfreich empfinden.

Im psychiatrischen Kontext erlebe ich es sehr oft, dass professionell Tätigen das Mitfühlen schwerfällt. Fachpersonen haben oft das Bedürfnis, sich vom Klienten abzugrenzen. Der weiße Kittel ist nur ein Symbol und Hilfsmittel dazu. Hinter dem Bedürfnis der Abgrenzung steht in vielen Fällen der Wunsch, gerade nicht mitzufühlen. Das ist menschlich sehr verständlich, denn viele Empfindungen unserer Klienten sind keine angenehmen: Verzweiflung, Angst, Trauer, Verlassenheit, tiefe Verletzung. Wenn ich mich auf diese Empfindungen wirklich einlasse, brauche ich viel eigenen inneren Raum, um sie »halten« zu können, ohne selber in sie abzugleiten. Kann ich sie selber nicht halten, so werde ich mich hüten mitzufühlen, andernfalls würde ich von diesen Empfindungen »angesteckt« und letztlich überflutet.

Mitfühlen erfordert auch, sich in den anderen hineinzusetzen, die Situation des Gegenübers an sich heranzulassen: Wie würde ich mich fühlen, wenn ich in dieser oder jener Situation wäre? Wie würde ich fühlen, wenn ich die Diagnose Schizophrenie bekommen würde? Wie würde ich empfinden, wenn mir gesagt würde, ich solle die nächsten zwei Jahre ein Neuroleptikum einnehmen? Ein eigentlich recht simpler Rollenwechsel würde Verständnis und Mitgefühl ermöglichen, doch im psychiatrischen Kontext gelingt er oft nicht. Die Folge ist, dass wir unsere Klienten nicht verstehen. Wer nicht mitfühlen kann, weiß nicht, warum ein Mensch sich so verhält, wie er es tut. Und wer nicht versteht, warum sich jemand so verhält, wie er es tut, erklärt das oft voreilig mit einer »endogenen Krankheitsdynamik«. Diese Vorstellung wiederum reduziert nochmals die Bereitschaft zum Einfühlen – wie soll man sich auch in eine Stoffwechselprozessstörung einfühlen können?

Eine andere Folge des Nicht-verstehens ist es, den Handlungen des Gegenübers Absicht zu unterstellen, was wiederum Ärger zur Folge hat (»Die verletzt sich doch mit Absicht, die will uns doch nur manipulieren!«). Optimistisch stimmt, dass wir in den letzten Jahren, ausgehend von einem anthropologischen Verständnis psychischer Erkrankungen, besser verstehen können, dass die meisten so genannten Symptome vollkommen sinnhaft sind und letztlich Be-

wältigungsversuche unerträglicher Zustände darstellen. Die positiven Folgen eines mitfühlenden Verstehenszugangs erlebe ich eindrücklich immer wieder bei der Borderline-Erkrankung: Sobald Fachpersonen erkennen, dass sie viele Empfindungen und Verhaltensweisen ihrer Klienten in milder Ausprägung bei sich selber kennen, entsteht Nähe zum Klienten und therapeutische Strategien ergeben sich oft von alleine.

Es begegnen sich Menschen, nicht Therapeut und Klient

In einer spirituellen Haltung rücken Klient und Fachperson näher zueinander. Es begegnen sich eben nicht Klient und Therapeut, sondern zunächst einmal zwei Menschen, die neben Unterschieden viele Gemeinsamkeiten haben. Die Fachperson muss sich nicht unnötig abgrenzen, sondern kann wirkliche Nähe zum Klienten zulassen, kann sich berühren lassen, kann mitfühlen und



den Klienten annehmen. Wir verstehen dann, dass uns mit dem Klienten weit mehr verbindet als uns trennt. Was haben wir nicht alles gemeinsam mit unserem Klienten, auch mit jenen, die wir eigentlich nicht wirklich mögen: Wir möchten beide ein glückliches Leben führen, wir sehnen uns beide nach erfüllenden Begegnungen mit anderen Menschen, wir haben beide Angst vor dem Tod und werden beide sterben. Im Christentum werden Menschen daher als »Brüder und Schwestern« bezeichnet. Unser Verstand aber hebt gerade das (letztlich eigentlich wenige) Trennende hervor und schützt sich durch die Betonung der Rollen, die Fachperson und Klient einnehmen. Ich erlebe in Fortbildungen und Supervisionen immer wieder, wie verunsichert wir Fach-

personen sind, uns als Person einzubringen. Müssen wir nicht abstinent sein? Darf ich von mir erzählen? Darf ich selber auch Probleme haben? Darf ich ein Weihnachtsgeschenk meines Klienten annehmen? Aus Angst vor Grenzüberschreitungen unserer Klienten wahren wir manchmal zu rigide Grenzen, die eine menschliche Begegnung erschweren. Nähe wird möglich, sobald wir verstehen, dass unser Verstand mit der Unterscheidung von Klient und Therapeut nur eine sich schützende Konstruktion vornimmt, die nicht der Wirklichkeit entspricht.

Ein persönlicher Wachstumsprozess

Eine spirituelle Haltung lässt sich nicht durch theoretisches Lernen aneignen. Verstandesmäßig mag es uns klar sein, dass es hilfreich ist, dem Klienten mit einer achtsamen Präsenz und einer bedingungslosen Annahme zu begegnen. Doch im Alltag merken wir sehr schnell, dass es uns nichts nützt, uns

etwas vorzunehmen. Schnell werden wir von negativen Gefühlen wie Ungeduld oder Ärger eingeholt. In unserer christlichen Kultur sind wir es jedoch gewöhnt, uns die Verkörperung bestimmter wünschenswerter Tugenden vorzunehmen. Doch der Verstand ist nicht die richtige Adresse, um diese Fähigkeiten zu fördern, er steht ihnen vielmehr sogar im Weg. Ein »Ich sollte mitfühlender meinem Klienten gegenüber sein« führt nur zu einem inneren Druck und behindert ein offenes Herz zusätzlich. Wir können uns diese Haltung nicht vornehmen, können sie nicht erzwingen oder machen. Wir können uns aber um einen persönlichen Wachstumsprozess bemühen, der diese Fähigkeiten mehr und mehr möglich macht. Wir haben dann immer öfter Kontakt zu unserem eigenen in-

neren Kern und können von dort aus handeln. Wir können uns also in eine Verfassung bringen, aus der heraus Annahme, Mitgefühl oder Zutrauen und Vertrauen gelingen. Dazu braucht es einiges, denn der Sog in die andere Richtung ist stark:

■ Zunächst ist ein Bewusstsein dafür nötig, wie hilfreich und erstrebenswert diese Haltung ist und wie weit wir im Alltag oftmals davon entfernt sind. Dieses Bewusstsein kann gezielt geschult werden. Beispielsweise kann ich mir nach jeder Begegnung mit einem Menschen klarmachen, wie präsent und nicht wertend ich ihm begegnet bin oder wie viel Mitgefühl ich aufbringen konnte. Je mehr Bewusstsein wir darauf richten, umso mehr erleben wir zunächst, wie oft wir von dieser Haltung entfernt sind. Je mehr wir beispielsweise darauf achten, dem anderen wirklich unsere volle Aufmerksamkeit zu geben, umso deutlicher wird, wie oft wir abgelenkt sind. Unsere große Herausforderung besteht darin, uns nicht dafür zu verurteilen.

■ Weiter geht es um unseren persönlichen Wachstumsprozess und für Mitarbeitende, die einen Bezug dazu haben, auch um den eigenen spirituellen Weg. Selbsterfahrung und eigene spirituelle Praxis wie Meditation und Achtsamkeit im Alltag ermöglichen diese innere Verfassung. In den letzten Jahren wurden vor allem am Prinzip der Achtsamkeit orientierte Verfahren für die Arbeit mit Klienten entwickelt. Aber ein solcher an einer Meditation im Alltag ausgerichteter Weg ist ebenso hilfreich für Mitarbeitende, um ihre Fähigkeiten für Urteilslosigkeit, Akzeptanz, Mitgefühl oder Präsenz zu fördern.

■ Außerdem braucht es Rahmenbedingungen, die eine spirituelle Haltung möglich machen. Dazu gehören Unterstützung im Team und Arbeitsstrukturen, die genügend Zeit vorsehen, um beispielsweise eine mitfühlende Begegnung mit einem leidenden Menschen zu ermöglichen. Wichtig ist, dass wir uns selber so begegnen, wie wir unserem Klienten begegnen möchten. Nur wenn wir selber Mitgefühl, Annahme usw. mit uns entwickeln, können wir dies auch im Außen leben. Teams sollten sich darum bemühen, dass Mitarbeitende sich ebenfalls in Annahme, Präsenz, Achtsamkeit, Mitgefühl usw. begegnen.

Die Frage nach dem Sinn

Menschen in oder nach psychischen Krisen sind oft besonders mit Fragen nach dem Sinn des eigenen Lebens, des Leidens oder des bisherigen Lebensentwurfs beschäftigt. Viele Klienten stellen diese Frage, weil die psychische Erkrankung sie oft aus klassischen Sinnmustern im Außen (Arbeit und

Familie) herausgerissen hat und ihnen diese nicht oder nicht mehr ermöglicht. Daneben gewinnt oft auch die Endlichkeit des eigenen Lebens und die Tatsache des Todes eine besondere Bedeutung. Sowohl die frühen Untersuchungen von Viktor Frankl wie auch die Salutogenese-Forschung (Antonovsky 1997) und die Ergebnisse der Recovery-Untersuchungen (Amering/Schmolke 2007) zeigen uns, wie wichtig ein Sinnerleben für den Gesundheitsprozess und auch für das Wohlbefinden von Menschen ist. Sinnerleben ist wahrscheinlich die wichtigste Ressource, die einem Menschen zur Verfügung steht, und ermöglicht es erst, dass Menschen ihre übrigen Ressourcen überhaupt nutzen. Wer keine Sinnhaftigkeit empfindet, handelt nicht und kann auch nur schwer genesen. Fachpersonen sollten vor Gesprächen über dieses Thema nicht zurückschrecken. Sie sollten stattdessen Offenheit dafür signalisieren und ihren Klienten helfen, Sinnhaftigkeit im Leben zurückzugewinnen. Doch auch dieses Thema ist im psychiatrischen Alltag oft schon ein Tabuthema. Fachpersonen sind verunsichert. Wir wollen Antwort geben, Lösungen aufzeigen, doch können wir das bei diesem Thema nicht. Konsequenz kann sein, dass wir einem Gespräch über dieses Thema ausweichen oder tatsächlich versuchen, Antworten zu geben. Wenn Klienten keine Gesprächsmöglichkeit finden, wird diese Frage weggedrängt, was zum Beispiel dazu führen kann, dass nötige Trauerarbeit über den Verlust bisheriger Sinnmuster nicht gelingt, Klienten an ihre Vergangenheit gebunden bleiben und nicht offen werden für neues Sinnerleben. Klienten sollten unterstützt werden beim Finden neuen Sinnerlebens. Was hat der Klient bisher als sinnhaft erlebt? Was ist ihm wirklich wichtig? Viele psychiatriee erfahrene Menschen entdecken den künstlerischen Bereich und finden darüber wieder Kontakt zu ihrer Quelle. Andere erfahren über die Selbsthilfearbeit, über ehrenamtliche Tätigkeiten, soziale Kontakte oder über ihre Arbeit, dass sie gebraucht werden, dass sie anderen Menschen wichtig sind. Doch auch hier geht es nicht um schnelle Antworten von professioneller Seite, sondern zunächst um das Aushalten des erlebten Mangels, aber auch um ein Vertrauen darauf, dass sich Sinnhaftigkeit zurückgewinnen lässt.

Über Spiritualität und Religiosität sprechen

Mit Klienten über spirituelle Themen zu sprechen fällt Fachpersonen oft schwer. »Generell ist es bei Psychiatern viel leichter über Sex zu sprechen als über Religion«, schildert ein therapieerfahrener Betroffener (Hell 2003). Fachpersonen fühlen sich nicht kom-

petent für dieses Thema, in den Ausbildungen helfender Berufe hat Spiritualität nur selten einen Platz. Schnell werden Fachpersonen mit Fragen konfrontiert, auf die sie keine Antworten wissen, was das professionelle Selbstverständnis infrage stellen kann und zu einer zukünftigen Vermeidung dieses Themas führt. Oftmals haben Fachpersonen auch vermittelt bekommen, dass eine Besprechung spiritueller Themen bei Menschen mit psychotischen Erkrankungen tabu sei, da dies die Psychose noch verstärken könne. Dasselbe gilt für spirituelle Techniken wie etwa Meditationen.

Aktuelle Studien zeigen uns heute, dass mehr als drei Viertel der Bevölkerung in irgendeiner Weise spirituell/religiös orientiert sind (Utsch 2002). Zugleich wissen wir, welch ein wichtiger stützender Faktor Spiritualität für viele Menschen in Krisensituationen darstellt. Für viele Klienten ist ein spiritueller Halt einer der wichtigsten Stützen, die ihnen helfen, eine Krise zu bewältigen. Spirituelle Erfahrungen werden im psychiatrischen Alltag jedoch oft pathologisiert, ignoriert oder entwertet. Dabei sollten sie gewürdigt, wertgeschätzt und gestärkt werden. Psychoseerfahrene Menschen etwa berichten aus ihren Krisen von Erfahrungen des Getragenwerdens oder einer Begegnung mit hilfreichen Wesen oder Stimmen. Professionell Tätige sollten Offenheit für solche Erfahrungen mitbringen, Pathologisierungen vermeiden und zuhören können, wenn Klienten darüber berichten. Mitarbeitende sollten zudem über spirituelle Bedürfnisse und religiöse Orientierungen ihrer Klienten informiert sein (»spirituelle Biografie«). Eine ganzheitliche Behandlung mit Berücksichtigung der spirituellen Ebene ist nur dann möglich, wenn Spiritualität bei jenen Klienten, die einen persönlichen Bezug dazu haben, zum Thema wird. Mitarbeitende sollten erfragen, wie wichtig Spiritualität für die Klienten ist, welche positiven oder auch negativen Erfahrungen Klienten gemacht haben, welches Gottesbild sie haben und ob dieses Gottesbild Einfluss auf ihren Krankheitsverlauf und die Bewältigung der Erkrankung hat. Klienten mit einem strafen den Gottesverständnis leiden oft unter schweren Schuldgefühlen, wenn sie erkranken. Umgekehrt können Klienten mit einem liebevollen Gottesverständnis in Krisen oft besonderen Halt aus ihrer Spiritualität ziehen.

Wichtig ist zu wissen, wodurch der jeweilige Klient eine Verbindung zu einer höheren Ebene erfährt. Viele Menschen finden in der Natur Kontakt dazu, andere in der Stille, in der Musik, dem Gesang, der Kunst, wieder andere in der Meditation oder im Gebet. Es können auch spirituelle »Methoden« in die

Arbeit integriert werden, wie etwa Gebete, Meditationen, Stille oder andere Rituale. Zunehmend bieten Einrichtungen entsprechende Gesprächsgruppen, Morgenmeditationen o.Ä. an (Bäurle et al. 2005). Einrichtungen sollten einen Kontakt zu Geistlichen verschiedener religiöser Gruppen pflegen und ihren Klienten bei Wunsch einen solchen Kontakt ermöglichen. Bezugspersonen sollten auch danach ausgesucht werden, ob es eine »Passung« gibt zwischen möglichen spirituellen Bedürfnissen des Klienten und der Offenheit der Fachperson für diese Themen.

Spiritualität darf nicht nur ein Thema für den Seelsorger sein, sondern gehört zu einer ganzheitlichen und personenorientierten Hilfestellung integral dazu. So erhält der Begriff Therapeut seine ursprüngliche altgriechische Bedeutung zurück: derjenige, der Gott dient. ■

Andreas Knuf ist als Psychologischer Psychotherapeut in eigener Praxis in Konstanz niedergelassen. Daneben arbeitet er für die Schweizer Stiftung Pro Mente Sana in Zürich sowie in der Fort- und Weiterbildung. Er bietet Fortbildungen zum Thema Spiritualität und psychiatrische Arbeit an. Internet: www.gesundungswege.de

Literatur:

- AMERING, M./SCHMOLKE, M. (2007): Recovery. Das Ende der Unheilbarkeit. Bonn: Psychiatrie-Verlag.
 ANTONOVSKY, A. (1997): Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit. Dt. erweiterte Herausgabe von A. Franke. Tübingen: dgvt-Verlag.
 BÄURLE, P./FÖRSTL, H./HELL, D./RADEBOLD, H./RIEDEL, I./STUDER, K. (Hrsg.) (2005): Spiritualität und Kreativität in der Psychotherapie mit älteren Menschen. Verlag Hans Huber, Bern.
 HEIDENREICH, T./MICHALAK, J. (Hrsg.) (2004): Achtsamkeit und Akzeptanz in der Psychotherapie. Tübingen: dgvt-Verlag.
 HELL, D. (2003): Religiöses Erleben und Psychiatrie: Die historischen Wurzeln eines schwierigen Verhältnisses. In: Pro Mente Sana Aktuell, Heft 4, S. 11–13.
 KABAT-ZINN, J. (2006): Gesund durch Meditation. Frankfurt a. M.: Fischer-Verlag.
 LAUBER, C./NORDT, C./BRAUNSCHWEIG, C./RÖSSLER, W. (2006): Do mental health professionals stigmatize their patients? In: Acta Psychiatrica Scandinavica, 113 (Suppl. 429), S. 51–59.
 LINEHAN, M. (1996): Dialektisch-Behaviorale Therapie der Borderline-Persönlichkeitsstörung. München: CIP-Medien.
 PODVOLL, E. (2004): Aus entrückten Welten. Psychosen verstehen und behandeln. München: Ariston-Verlag.
 UTSCH, M. (2002): Spiritualität – Chance oder Risiko für seelische Gesundheit. Internet: www.ekd.de/ezw/images/spirit.pdf (zuletzt aufgerufen am 8.8.2008).

* Die Interessengruppe »Spiritualität und Psychiatrie« der englischen Psychiatervereinigung finden Sie im Internet unter: www.rcpsych.ac.uk/college/specialinterestgroups/spirituality.aspx