

Dimensionen der Sorge für die Seele

Vorträge und Einschätzungen eines Krankenhauspfarrers in der Psychiatrie

Helmut Schütz, Gießen

14. Oktober 2016

Texte von 1991-1996, online veröffentlicht auf <https://bibelwelt.de/seelsorge/>,
URL: <https://bibelwelt.de/wp-content/uploads/2016/10/Seelsorge.pdf>

Texte aus der Zeit meiner Tätigkeit in der Klinikseelsorge bewegen sich im interdisziplinären Raum zwischen seelsorgerlichem und psychotherapeutischem Handeln. Dabei orientiere ich mich an Einsichten und Methoden der Transaktionsanalyse, wie ich sie in einer langjährigen Ausbildung vor allem bei Thomas Weil kennengelernt habe. Allen Vorträgen und Berichten vorangestellt sind zwei Beiträge aus den ersten Jahren des neuen Jahrtausends über meine Haltung zur Transaktionsanalyse und zu den neu entstehenden „Reality“-Formaten im Fernsehen.

Inhaltsverzeichnis

Zu-fällige Zugänge zur Analyse der Psyche (2009)	4
Sehnsucht nach dem „Großen Bruder“ (2010)	8
Wer bin ich? – Ich will gesehen werden!	9
Mobbing? – Ich will Wertschätzung erfahren!	11
Bevormundung? – Lebe echt!	12
Anonymität? – Suche nach Vertrautheit!	12
Kunstfiguren zur Identifikation!	13
Suche nach Überschaubarkeit und Einfachheit!	14
Suche nach Zoff und Sex? – Lebensbewältigung ist gefragt!	14
Big Brother als Überwacher? – Nein, als Vaterersatz!	15
Randbemerkung: Schwesterkirchen	16
Und die Gegner? Was haben sie von Big Brother?	16
„Dem Volk aufs Maul schauen“	17
Seelsorge (1995)	18
Seele und Leib in der israelitisch-jüdischen Tradition	19
Seelsorge der Barmherzigkeit bei Jesus	20
Unsterbliche Seele im griechisch geprägten Denken	22
Seelsorge als Verkündigung an den Einzelnen	22
Beratende Seelsorge als Seelsorge in Beziehung	24

Umgang mit dem Sterben auf der Station (1991)	28
Klinikseelsorge in der Psychiatrie (1991)	35
Petrus, Jesus und die Depression (1991)	41
Jacqui Lee Schiff: „Alle meine Kinder“ (1996)	51
Zur Transaktionsanalyse von Eric Berne	51
Heilung der Schizophrenie durch Neubeelterung?	53
Ein schizophrener junger Mann sucht neue Eltern	54
Familienstruktur für einen regredierte Erwachsenen	58
Permission – Potency – Punishment – Protection	60
Positives und negatives „Streicheln“	62
Unterschiedliche Erfahrungen mit Nervenkliniken	64
Was wurde aus dem Konzept der Neu-Beelterung?	65
Psychische Krankheiten und Entwicklungspsychologie (1996)	66
Hebephrenie	67
Paraphrenie	69
Paranoia	70
Katatonie	71
Zyklothymien und Depression	73
Die politische Dimension in der Biographie (1991)	77
Durch totalitäre Systeme beeinflusste Biographien	77
Nationalistisch gefärbter Hass	
als Kompensation für Verletzlichkeit und Demütigung	77
Gewalttätigkeit als Folge einer Inhaftierung	
unter polizeistaatlichen Bedingungen	79
Psychische Erkrankungen im Zusammenhang	
mit der Flucht aus unerträglichen politischen Verhältnissen	80
Der Einfluss des sozialen Netzes in der Bundesrepublik	
auf Biographien von Patienten	82
Alkoholabhängigkeit als Problem persönlicher Verantwortung	
und als Problem für Träger von sozialen Hilfen	82
Soziale Anspruchshaltung als Versuch,	
die eigene Machtlosigkeit zu überwinden	83

Einfluss der Einstufung als Pflegefall auf den Verlauf einer Krankheit	84
PatientInnen als Gewaltopfer und Gewalttäter	86
Ausnutzung der Tatsache, ein armes Opfer zu sein	86
Unbewusste Mechanismen, durch die ein Opfer potentielle Täter zur Tat verführt	87
Gewalttat als Folge unbewältigter Lebensverhältnisse	88
Selbsttötung als letzter „Ausweg“ in einer Suchtkarriere	89
Betroffenheit durch den Golfkrieg	90
Biographien unter dem Einfluss einer psychiatrischen Klinik	92
Patienten als Opfer im Beziehungsgeflecht der Mitarbeiter auf einer psychiatrischen Station	92
Pflegekräfte als Opfer der Personalsituation in einer psychiatrischen Klinik	95
Die Biographie des Krankenhauspfarrers unter dem Einfluss der psychiatrischen Klinik	97
Klinikseelsorge und Kirchengemeinde (1992)	99
Die Klinik als „Heimatgemeinde“ von Patienten	99
Probleme von psychisch Kranken in „normalen“ Ortsgemeinden	100
Seelsorgerlich ausgerichtete Gruppen und Kreise in Gemeinden	100
„Fallen“ für psychisch Kranke im Gemeindegottesdienst	101
Wein als „Stolperstein“ für Alkohol Kranke beim Abendmahl	103
Erfahrungen mit Kasualien in der Wechselwirkung zwischen Ortsgemeinde und Klinikseelsorge	104
Zur Zusammenarbeit mit kirchlichen Gruppen und Mitarbeitern im Dekanat Alzey	106
Die Einbettung der Klinikseelsorger innerhalb der kirchlichen Gremien – Dekanatskonferenz, -synode, Chorleitertreffen	106
Erfahrungen bei von mir durchgeführten Seminaren und Veranstaltungen außerhalb der Klinik	106
Ehrenamtliche Mitarbeit von Gemeindegliedern aus dem Dekanat in der Klinik	107
Mein persönlicher Standort als Nicht-Gemeindepfarrer und einfaches Gemeindeglied	109

Zu-fällige Zugänge zur Analyse der Psyche

Ein innerer Dialog im Kopf eines Pfarrers mit dem Philosophen Odo Marquard

31. August 2009

Manche nennen es Zufall, wenn Ereignisse nicht durch kausale Zusammenhänge oder Notwendigkeiten zusammentreffen. Wieviel Zufall es in der Wirklichkeit tatsächlich gibt, ist naturwissenschaftlich gesehen für einen Laien kaum noch verständlich, da sich die Diskussion im Spannungsfeld zwischen der quantenphysikalischen Unschärferelation und der chaostheoretischen Untersuchung fraktaler Strukturen abspielt. Als Theologe spreche ich gern von einer Fügung, wenn aus – sozusagen fälligen – Zufällen Sinnzusammenhänge entstehen. Sie, lieber Herr Prof. Marquard, schätzen als Philosoph den Zufall sehr: „der Zufall ist keine mißlungene Absolutheit, sondern – sterblichkeitsbedingt – unsere geschichtliche Normalität. Wir Menschen sind stets mehr unsere Zufälle als unsere Wahl.“ So formulierten sie 1984 in der „Apologie des Zufälligen“¹.

Eine Reihe ganz bestimmter Zufälle „wollten es“, dass sowohl Sie als auch ich selbst mit den Konzepten der Psychoanalyse in Kontakt kamen. Bei Ihnen ergab sich das Thema Ihrer Habilitationsschrift aus dem Zufall, dass Sie als Student im Bücherschrank Ihrer Tante auf Schriften von Sigmund Freud stießen, in dessen Denkweise Ihnen Ähnlichkeiten zur Philosophie des Deutschen Idealismus auffielen. Meine Neugier auf Zugänge zu den Tiefendimensionen der menschlichen Seele wurde ebenfalls zufällig geweckt, als ich in meiner Zeit als Gymnasiast in einer Buchhandlung ein Witzbuch suchte und Freuds Buch über den Witz und seine Beziehung zum Unbewussten fand.

Unser beider Umgang mit dem Thema Psychoanalyse entwickelte sich allerdings in verschiedene Richtungen, und zwar nunmehr weniger zufällig, sondern durchaus konsequent im Zusammenhang der Ausbildung unserer jeweiligen philosophischen bzw. theologisch-seelsorgerlichen Überzeugungen.

Ihre Schlussfolgerungen zur Verwandtschaft des psychoanalytischen Denkens mit der romantischen Naturphilosophie als Schwundstufe des Deutschen Idealismus legten nahe, dass die Psychoanalyse auch an dessen Fehlern im Menschenbild krankte: einer Selbstüberschätzung des Menschen, die in Aporien enden musste und letzten Endes doch nicht das Allheilmittel für die menschlichen Probleme gefunden hatte:

1 Odo Marquard, Apologie des Zufälligen. *Philosophische Überlegungen zum Menschen*. (Vortrag beim Salzburger Humanismusgespräch 1984 am 20. September 1984 in Salzburg.) – Überarbeitet 1985/86. Erstveröffentlichung in: Odo Marquard, Apologie des Zufälligen. *Philosophische Studien*, Stuttgart 1986, S. 117-139, hier S. 131.

Die Psychoanalyse „offenbart Probleme und macht sie ehrlich, aber sie löst sie nicht“². Folgerichtig blieben Sie auch skeptisch gegenüber anderen Formen der Psychologie und Gruppendynamik, zum Beispiel gegenüber der „Konjunktur der Gruppe als Anti-Einsamkeitsmittel“ oder gegenüber „Selbsthilfegruppen, die man nur durch Selbsthilfe übersteht“³, bis hin zur Skepsis gegenüber der Psychologie als „Fragebogenwissenschaft“⁴.

Aber während Sie im Blick auf „das Programm unserer Selbsterfahrungsgruppen“ formulierten: „wer das Glück unmittelbar intendiert – wer, statt einen bestimmten Beruf oder eine bestimmte Sache zu tun, dies verweigernd ausschließlich und direkt nur glücklich sein will ... –, wird niemals glücklich“⁵, erfuhr ich in meinem ersten Studiensemester eine von Prof. Dietrich Stollberg geleitete Selbsterfahrungsgruppe an der Kirchlichen Hochschule Bethel als Hilfe zum Aufbau eines gesunden Selbstbewusstseins. Ich lernte zugleich, dass psychologische und gruppendynamische Methoden durchaus als Medien für zwischenmenschliche Hilfe und theologisch verantwortbare Seelsorge dienen können. Zwar lernte ich an der Ruhr-Universität Bochum auch zerstörerische Formen von Gruppendynamik kennen, wenn sich informell das Recht der Stärkeren in der Gruppe durchsetzt, weil Leitungsverantwortung nicht wahrgenommen wird. Aber in meiner Vikarsausbildung in Friedberg/Hessen wurde ich durch Prof. Helmut Harsch und seinen Assistenten Thomas Weil auf die durch Eric Berne in den USA als „Ableger“ der Psychoanalyse entwickelte Transaktionsanalyse aufmerksam (wegen des furchtbaren Wortes kürze ich im Folgenden lieber ab: „TA“). Als Thomas Weil später in Kassel sein „Institut für Transaktionsanalyse und integrative Tiefenpsychologie“ gründete, machte ich bei ihm eine intensive psychotherapeutische Zusatzausbildung, deren Ertrag für meine seelsorgerliche Arbeit ich nicht missen möchte.

-
- 2 Odo Marquard, *Transzendentaler Idealismus – Romantische Naturphilosophie – Psychoanalyse*. Köln 1987, S. 233. Das Buch wurde ursprünglich 1963 als Habilitationsschrift unter dem Titel „Über die Depotenzierung der Transzendentalphilosophie – einige philosophische Motive eines neueren Psychologismus in der Philosophie“ von der Philosophischen Fakultät der Westfälischen Wilhelms-Universität Münster angenommen.
 - 3 Odo Marquard, Plädoyer für die Einsamkeitsfähigkeit. (Vortrag am 12. Januar 1983 im Sender Freies Berlin – In: R. Walter (Hrsg.): *Von der Kraft der sieben Einsamkeiten*. Freiburg i. Br.: Herder, 1983. S. 127-142. Wiederabgedruckt in: Odo Marquard, *Skepsis und Zustimmung*. Philosophische Studien, Stuttgart 1994, S. 110-122, hier S. 115 und 116.
 - 4 Odo Marquard, *Freiheit und Pluralität*. (Oktober 2006 / Januar 2007.) – Erstveröffentlichung in: Odo Marquard, *Skepsis in der Moderne*. Philosophische Studien, Stuttgart 2007, S. 109-123, hier S. 110.
 - 5 Odo Marquard, *Das Über-Wir. Bemerkungen zur Diskursethik*. – In: Karlheinz Stierle / Rainer Warning (Hrsg.): *Das Gespräch*. München: Fink, 1984. (Poetik und Hermeneutik. Bd. 11.) S. 29-44. Wiederabgedruckt in: Odo Marquard, *Individuum und Gewaltenteilung*. Philosophische Studien, Stuttgart 2004, S. 38-67, hier S. 41.

Grundgedanken und Methodik der TA passen in meinen Augen zum christlichen Menschenbild. Das wurde zwar von Prof. Helmut Fischer am Theologischen Seminar in Friedberg Anfang der 80er Jahre in einer heftigen Auseinandersetzung mit seinem Kollegen Helmut Harsch bestritten; er unterstellte der Transaktionsanalyse das „amerikanische Menschenbild“ eines „programmierten Menschen“. Zur gleichen Zeit wurde der Transaktionsanalyse „von links“ die Verengung des Blickwinkels auf die Stabilisierung von Individuen vorgeworfen. Aber eben die Unveränderbarkeit von Programmierungen besteht für die Transaktionsanalyse in meinen Augen nicht. Anders als für die Psychoanalyse gilt für die Transaktionsanalyse der Leitgedanke Martin Bubbers: „Der Mensch wird am Du zum Ich“. Heilsam wirken weniger bestimmte Methoden als vielmehr die beratende oder therapeutische Beziehung als solche.

Die Art, wie in einer therapeutischen oder beraterischen Beziehung Heilung geschehen kann, erinnert mich an einige Ihrer philosophischen Grundaussagen. Die Art, wie sich diese Beziehung entfaltet, erzählt sozusagen alte Geschichten neu nach, mit dem Ziel, ein anderes Ende zu finden. Während Freud den „Wiederholungszwang“, der sich in der Übertragungssituation ausagierte, negativ beschrieb, sieht die tiefenpsychologische und beziehungsorientierte TA in Beratung und Therapie eher eine „Wiederholungschance“ alter Geschichten, die der Ratsuchende dadurch anders weiterzuerzählen lernt, dass der Berater oder Therapeut anders als die ursprünglichen Bezugspersonen verständnisvoll zuhören, Halt geben und Orientierung anbieten. Der Ratsuchende soll nicht nur „rechtfertigungsfrei und ohne Angst“ anders sein können „als die anderen“ („Einheit und Vielheit“, 1987, S. 36), sondern auch anders, als er es sich auf Grund der Umstände seiner eigenen Lebensgeschichte erlauben durfte.

Im Konzept des „Miniskript“ bringt der amerikanische Transaktionsanalytiker Taibi Kahler⁶ in Kurzform auf den Punkt, welche – in der Regel unbewusst ausgesandte – Botschaften primärer Bezugspersonen die seelische Entwicklung von Kindern negativ beeinflussen können, zum Beispiel: „Sei nicht!“, „Sei nicht nahe!“, „Sei kein Kind!“, „Werde nicht erwachsen!“, „Sei nicht du!“, „Schaffe es nicht!“, „Sei nicht normal!“, „Lass es dir nicht gut gehen!“, „Gehöre nicht dazu!“ Diese Liste liest sich wie der Inbegriff einer pädagogisch angewandten „Übertribunalisierung“ der menschlichen Lebenswirklichkeit⁷, die Sie wie folgt skizzieren: „Die Leibnizfrage an den

6 Taibi Kahler, *Process therapy in brief: the clinical application of miniscript* (1979), Little Rock, Ark, Human Development Publications.

7 Odo Marquard, *Der angeklagte und der entlastete Mensch in der Philosophie des 18. Jahrhunderts* (Vortrag an der Herzog-August-Bibliothek in Wolfenbüttel am 23. November 1978). – In: Bernhard Fabian / Wilhelm Schmidt-Biggemann / Rudolf Vierhaus (Hrsg.): *Deutschlands kulturelle Entfaltung: die Neubestimmung des Menschen*. München: Kraus, 1980. (Studien zum achtzehnten Jahrhundert. Bd. 2/3.) S. 193-209. Wiederabgedruckt in: Odo Marquard,

Schöpfer: ... Mit welchem Recht ist und gilt überhaupt etwas und nicht vielmehr nichts?... wird ... gesteigert und ubiquisiert zur absoluten gnadenlosen Anklagefrage an jedermann: Mit welchem Recht gibt es dich überhaupt und nicht vielmehr nicht, und mit welchem Recht bist du so, wie du bist, und nicht vielmehr anders? ... jeder-mann hat ... ohne Pardon die totale Beweislast für sein eigenes Seindürfen und So-seindürfen. Zum exklusiven menschlichen Lebenspensum wird: vor einem Dauertribunal, bei dem der Mensch zugleich als Ankläger und Richter agiert, die Entschuldigung dafür leben zu müssen, daß es ihn gibt, und nicht vielmehr nicht, und daß es ihn so gibt, wie es ihn gibt, und nicht vielmehr anders.“⁸

Könnte es sein, dass die Psychoanalyse Sigmund Freuds sich insofern in Aporien verstrickt, als sie sich dem Sog dieser Übertribunalisierung nicht entziehen kann und „die Triebnatur“ des Menschen in Verbindung mit der „Ohnmacht der Vernunft“ letztlich nur als „Wolfsnatur“⁹ zu bestimmen vermag?

Ich habe den Eindruck, dass sich demgegenüber die TA, wie ich sie kennengelernt und praktiziert habe, der christlichen Einsicht gegenüber nicht verschließt, dass der Mensch als Gottes Schöpfung gut ist und seine scheinbare „Wolfsnatur“ nur einer – nicht zu verharmlosenden – Verzerrung durch die Realität der Sünde entspringt. Das bedeutet: Der Mensch muss dem Menschen dann nicht ein Wolf werden, wenn er in einer heilenden Beziehung echte Annahme, Solidarität, ja Liebe (im Sinn der christlichen Agape), erfährt, annimmt und in seine ganze Lebenshaltung integriert. Wo einem Menschen die Botschaft vermittelt wird: „Nimm dich, wie du bist“, da kann er auch die Botschaft annehmen: „Werde, der du werden kannst“¹⁰. Die christliche Rechtfertigungsbotschaft kann also im Blick auf die Analyse und Therapie der menschlichen Seele einen Ausweg aus den Aporien der Psychoanalyse weisen, denn: „Christlich gerät der Mensch gerade nicht unter absoluten Rechtfertigungsdruck, denn seine Rechtfertigung – die christlich nicht vom Menschen erwartet wird, weil dieser sie selber gar nicht leisten kann – ist je schon geschehen: durch die Erlösungstat Gottes per Christentum.“ („Der angeklagte Mensch“, 1978, S. 49). Wer gerechtfertigt ist, wer im Urvertrauen lebt, wer angstfrei so sein darf, wie er ist – auch anders als alle anderen – der kann auch seelisch wachsen und verantwortungsbewusst handeln.

Abschied vom Prinzipiellen. Philosophische Studien, Stuttgart 1995, S. 39-66, hier S. 49.

8 Ebenda, S. 50f.

9 Odo Marquard, Transzendentaler Idealismus – Romantische Naturphilosophie – Psychoanalyse. Köln 1987, S. 251 und 249.

10 Zwei Buchtitel, durch die mir vor vielen Jahren die Transaktionsanalyse vertraut wurde: Rüdiger Rogoll, Nimm dich, wie du bist. Wie man mit sich einig werden kann; eine Einführung in die Transaktionsanalyse, Freiburg im Breisgau, Basel, Wien 1976, sowie Werner Rautenberg und Rüdiger Rogoll, Werde, der du werden kannst. Anstöße zur Persönlichkeitsentfaltung mit Hilfe der Transaktionsanalyse, Freiburg im Breisgau, Basel, Wien 1980.

Sehnsucht nach dem „Großen Bruder“

26. Dezember 2010

Mehr oder weniger bedeutende Medienereignisse sorgten schon immer nicht nur für Begeisterung, sondern auch für Empörung, man denke nur an die Erfindung des Buchdrucks, die einen nicht unerheblichen Beitrag zur Verbreitung der für die katholische Amtskirche „ketzerischen“ Gedanken Dr. Martin Luthers leistete, oder an die ersten sexuell freizügigen Filmszenen im Deutschen Fernsehen nach dem Zweiten Weltkrieg.

Die Einführung des Privatfernsehens vor zwanzig Jahren wurde schon damals mit Skepsis seitens bildungsbürgerlicher und auch kirchlicher Kreise betrachtet; man befürchtete eine Verflachung des Niveaus der Inhalte von Fernsehsendungen und fühlte sich bestätigt durch eine Fülle täglicher Talkshows und ähnlicher Produktionen, die mit geringem Aufwand großen Anklang bei einem Publikum finden, das weniger an Information und Kultur als an schlichter Unterhaltung interessiert ist.

Seit Beginn des neuen Jahrtausends macht sich Empörung an einer neuen Gattung von Fernsehproduktionen fest, die meiner Einschätzung nach mit „Big Brother“ im Jahr 2000 begann. Man sperrt eine Reihe von Personen, die sich vorher persönlich nicht kennen, für eine gewisse Zeit unter bestimmten Bedingungen und Spielregeln zusammen, sei es im „Big-Brother“-Container oder auch in „Dschungel-Camps“, und stellt sie unter Dauerbeobachtung des Fernsehpublikums.

Szenarios und Spielregeln müssen zwar geändert werden, das Publikum will nicht immer das Gleiche sehen, aber seit mittlerweile fünf (... sechs, zehn...) Jahren wird diese Grundidee immer wieder (meist erfolgreich – mit Ausnahme vielleicht einer Gewichtsreduktions-Show mit Margarete Schreinemakers) neu aufgelegt. „Das ist doch sowieso vorbei!“ meinte der Studienleiter im Religionspädagogischen Amt Gießen, als ich im August 2000 nach Material für meinen Konfirmandenkurs: „Big Brother oder guter Vater im Himmel?“ fragte; damit irrte er sich jedenfalls, was das Genre insgesamt anging.

Ich verstehe, dass viele in der Kirche solche Sendungen am liebsten verbieten bzw. ihren Erfolg bei den Zuschauern totschweigen würden. Ich war zunächst auch für ein Verbot, als Anfang 2000 die Idee von „Big Brother“ veröffentlicht wurde, denn wie konnte man den Persönlichkeitsschutz dieser zehn jungen Menschen derartig missachten, die sich 100 Tage in einen Container sperren ließen? Der Ratsvorsitzende der EKD und rheinische Präses, Manfred Kock, nahm in der Mainzer „Allgemeinen Zeitung“ vom 24. Juni 2000 Stellung zur geplanten Fortsetzung der Big-Brother-Serie und brachte die Kritik auf den Punkt. Jeder Mensch verdiene Schutz vor Ausbeutung,

Bloßstellung, Voyeurismus und Selbsterniedrigung: „Wenn Menschen anonym und willkürlich bewertet werden, beschädigt man ihren Ruf und nimmt ihnen ihre Würde. Das ist kein Spiel mehr.“ Kock warf dem Sender RTL II „zynisch inszenierte Unfairness“ vor. Zudem würden den Zuschauern Spontaneität und Natürlichkeit nur vorgegaukelt. Die Zuschauer und die Akteure im Container würden gegeneinander ausgespielt. „Die Programmierer des Senders werden für ihre Kreativität bezahlt. Sie könnten dafür Besseres bieten“, erklärte Kock. Er appellierte auch an die Kandidaten, den Spieß umzudrehen und die Zuschauer zum Wegzappen aufzufordern, wenn einem von ihnen übel mitgespielt werde.

Aber die öffentliche Empörung und auch die kirchliche Kritik liefen ins Leere. Im Familiengespräch meinte einer unserer Söhne: „Die haben sich das doch selber ausgesucht!“ Und im Linienbus war „Big Brother“ zeitweise das aktuellste Thema. Gesprächsfetzen junger Leute bekam ich mit: „Der Zlatko darf nicht rausgewählt werden!“ „Ich rufe an, damit der Jürgen rauskommt!“

Warum tun sich Teilnehmer so etwas an? Warum schauen so viele Zuschauer zu? Stecken hinter der Beliebtheit solcher Fernsehsendungen wirklich nur niedrigste Motive, krankhafter Voyeurismus und das Motto: „Jeder mobbe, so gut er kann!“?

Nein. Es geht um unbefriedigte Bedürfnisse, durchaus auch religiöse. Da suchen vor allem junge Menschen nach Halt und Orientierung – ohne dass eine Institution wie die Kirche sie bevormundet oder in institutionelle Zwänge hineinpresst.

Wer bin ich? – Ich will gesehen werden!

Woher weiß ein Kind, wer es ist? In einer Therapiestunde meiner Eigentherapie ließ mich mein Therapeut einmal mein Spiegelbild in seinen Augen anschauen, und mir ging auf (nicht ohne dass mir die Augen „über“gingen), dass ich gesehen werde und ich mir meine Identität nicht krampfhaft selber geben muss.

Als ich Gedanken für diese Betrachtungen sammelte, fuhr ich im Sommer 2000 mit dem Zug durch die Mecklenburgische Seenplatte. Was ich da konkret sah, weiß ich nicht mehr, ich schrieb allerdings den Gedanken nieder: „Was beobachtet wird, verändert sich.“ Im gleichen Urlaub las ich in einem Buch über Quantenphysik den Gedanken: „Beobachtet werden = wirklich sein. Unbeobachtet sein = sich verändern können.“ Hm. Sind wir wirklich, indem Gott uns sieht? Erlaubt uns Gott, uns zu ändern, indem er mit den Augen zwinkert? Jedenfalls ist Gott selber nicht beobachtbar außer durch Symbole (analog zur Quantenbeobachtung, wir können ihn nie so wahrnehmen, wie er wirklich ist), in denen er selbst sich uns zu erkennen gibt. Der Feuerbach-Kritik können wir als Christen mit der glaubenden Zuversicht begegnen, dass

nicht wir unser eigenes Bild in den Himmel projizieren, sondern dass wir die von Gott Beobachteten sind, denen Gott sich selber offenbart. Nehmen wir Gottes Angesicht im Segen wahr, dann spüren wir, wie wichtig es ist, von Gott gesehen zu werden.

Es gibt seelische Störungen, die darauf beruhen, dass man als Kind von den Bezugspersonen nicht in der Weise „gesehen“ wurde, wie ein Kind das braucht, um sich psychisch gesund entwickeln zu können. Es gibt „übersehene“ Kinder, es gibt vor allem aber auch Kinder, die, sobald sie gesehen werden, gestraft, ausgelacht, bloßgestellt werden, so dass sie es bald lernen, sich so unsichtbar wie möglich zu machen. In der transaktionsanalytischen Ausbildung lernte ich dieses psychische Erscheinungsbild als „paraphren“ zu bezeichnen, ein Kunstwort aus „hebephren“ und „paranoid“, entwicklungspsychologisch angesiedelt im Säuglingsalter, in dem es nacheinander um Grundängste geht, die im Extremfall, wenn sie nicht bewältigt werden, zu schizophrenen Störungen führen können: Hebephrene haben Angst, ausgesetzt zu werden, Paraphrene haben Angst, ausgelacht zu werden, Paranoiker haben Angst, zurückgewiesen zu werden. Paraphrene Menschen sind diejenigen, an die man sich nicht erinnert, wenn man die Teilnehmer einer Gruppe aufzählen will. Sie brauchen es am nötigsten, gesehen zu werden, haben aber Angst davor, weil für sie jedes Gesehenwerden ein Gefühl hervorruft, als ob sie an den mittelalterlichen Pranger gestellt werden sollten. Ist eine Gesellschaft, die „BigBrother“ hervorbringt, eine Gesellschaft von Paraphrenen, die zu einer hilflosen Form der Therapie greift?

Die Ambivalenz des Wunsches und der Angst, gesehen zu werden, spiegelt sich wider in der Faszination einer Sendung wie BigBrother: Einerseits identifiziert man sich mit den dort Eingesperrten, die sich Tag und Nacht beobachten lassen; andererseits ist man froh, nicht selber so beobachtet zu werden.

Braucht unsere heutige Gesellschaft solche Sendungen, weil nicht nur die Eltern zu wenig Aufmerksamkeit für ihre Kinder übrig haben, sondern auch Gott nicht mehr die Funktion dessen erfüllt, „der alles sieht“? Die Erzählung „Lisa mit dem großen Hut“ von Renate Schupp (Vorlesebuch Religion 3, S. 331) handelt von einem Mädchen, das sich unter ihrem großen Hut versteckt, damit Gott sie nicht sieht. Sicher ist es schrecklich, Gott nur als den strafenden Weltpolizisten zu erfahren, der vor allem auf meine Untaten achtet, aber was ist, wenn Kinder überhaupt keinen Gott mehr über sich wissen, der sie wahrnimmt und auf sie achtet, in irgendeiner Weise wichtig nimmt, was sie tun oder nicht tun? Die verbreitete Haltung, sich nur dann an Regeln zu halten, wenn man sich beobachtet fühlt, und die oberste Regel, dass man alles tun darf, außer sich erwischen zu lassen, bestätigt den Eindruck, dass Gott zumin-

dest nicht als ein Beobachter des Geschehens auf dieser Erde und der eigenen Person erlebt wird, der wirksam eingreifen könnte.

Der strafende Gott, vor dem Lisa Angst hat, ist natürlich nur das Zerrbild des Gottes, der mich sieht, um mich anzunehmen, zu bejahen, und eben damit auch mit dem zu konfrontieren, was an mir nicht in Ordnung ist, damit ich es verändern kann. Indem ich angenommen werde, wie ich bin, kann ich mich verwandeln. Aus der Ermutigung „Nimm dich, wie du bist!“ erwächst die Zumutung: „Werde, der du werden kannst!“, um es mit zwei Buchtiteln von Rüdiger Rogoll zu formulieren.

BigBrother ist eine Anfrage an unsere Kirche und an den gelebten Glauben von uns Christen, ob wir Gott als den erleben und erlebbar vor Augen stellen, der uns sieht, dem die Schicksale der Völker und der Einzelmenschen nahegehen. Die Bibel ist voll von Schilderungen, wie Gott das Leid seines Volkes sieht und eingreift. Wo er zu schlafen scheint, erheben Propheten und Psalmdichter ihre Klage, wo Jesus schläft, wecken ihn die Jünger. Wenn Gott uns sieht, brauchen wir keinen BigBrother.

Mobbing? – Ich will Wertschätzung erfahren!

Viele werfen Sendungen wie BigBrother vor, dass hier das Mobbing salonfähig gemacht wird. Wer gesehen und wertgeschätzt werden will, muss auch in Kauf nehmen, dass er gemobbt, nominiert, verletzt, rausgewählt, verleumdet oder mit seinen wahren negativen Seiten „geoutet“ wird. Verkraftet das jeder Teilnehmer? Darf man Menschen derartig bewerten, wie es in BigBrother der Fall ist? Aber Tatsache ist: negative Bewertungen finden überall statt, selbst in der Kirche, wenn Kirchenvorsteher nicht gewählt werden, wenn über Taufscheinchristen und Fernstehende geredet wird, wenn wegen bestimmter Taten oder fehlender Rechtgläubigkeit ein Mensch sozusagen für die Hölle nominiert wird.

Im Container geschieht im Grunde dasselbe wie draußen, mit der Lupe betrachtet und so, dass „alle“ daran Anteil nehmen können. Für viele Kids scheint darum „Big Brother“ eine Möglichkeit des sozialen Lernens darzustellen, mehr als die eigene Familie. Natürlich sieht man da, wie sich viele durchs Leben im Container mobben. Sie wollen ja nicht rausgewählt werden und handeln nach dem Motto: Was den anderen schadet, nützt mir selber. Aber wenn das alles wäre, würde es bald langweilig, und es entspräche auch nicht den wirklichen Wünschen der meisten Zuschauer. Bei BigBrother oder ähnlichen Sendeformaten wird durchaus auch Gemeinschaftsgefühl und Verantwortung gelebt, und über die „Zicken“ und „Machos“, die sich am meisten über die Gefühle anderer hinwegsetzen, regt man sich als Zuschauer in der Regel am meisten auf.

Offenbar gehört zum Grundbedürfnis, gesehen zu werden, auch der Wunsch, sich seines eigenen Wertes gewisser zu werden: Wie sehen mich die anderen, welche Wertschätzung genieße ich, wie wichtig, wertvoll, liebenswert bin ich wirklich, und wer hat das letzten Endes zu bestimmen? Nach dem christlichen Glauben bin ich wertvoll als von Gott geschaffenes und geliebtes Geschöpf nach seinem Ebenbild; wenn ein solcher Glaube nicht mehr vorgelebt und ein solches Selbstbewusstsein nicht mehr vermittelt wird, suchen Menschen nach Ersatz-Wertschätzungen auch fragwürdiger Art.

Bevormundung? – Lebe echt!

Eine der zentralen Botschaften von BigBrother war die Aufforderung: „Lebe echt, mach dir und anderen nichts vor, denn im Container kannst du nichts vor den anderen verbergen.“ Eine gewisse Verwandtschaft zu biblischen Aufforderungen, sich mit dem eigenen Leben dem „Licht“ zu öffnen, statt es zu scheuen, und sich bewusst zu machen, dass wir dem göttlichen Gericht nicht entgehen können, lässt sich nicht leugnen. Dabei macht es natürlich einen Unterschied, ob ich im häufig auch gnadenlosen Licht der Öffentlichkeit einer anonymen Zuschauerschaft stehe oder ob mir als Weltenrichter der barmherzige Menschensohn Jesus Christus gegenübersteht. Dass allerdings ausgerechnet kirchliche Moralapostel, die anderen vorschreiben wollen, wie sie ihr Sexual- oder Gebetsleben zu gestalten haben, sich über die Beobachtung des Privatlebens im BigBrother-Container aufregen, hat etwas Paradoxes.

Anonymität? – Suche nach Vertrautheit!

Die wachsende Anonymität, in der vor allem die Bevölkerung der Städte nebeneinander her lebt, bietet den Vorteil weitgehender Freiheit von der Enge und dem sozialen Druck festgefügtter dörflicher oder großfamiliärer Strukturen. Man kann sich seine Freunde selber aussuchen, trägt aber auch viel größere Verantwortung für den Aufbau tragfähiger sozialer Netze. So mag ein Überschuss an Vertrautheitsbedarf entstehen; man sehnt sich nach Menschen, deren Bekanntschaft man nicht erst auf Grund eines eigenen Vertrauensvorschlusses sozusagen „erwirbt“, sondern über die man ganz selbstverständlich Bescheid weiß, wie im Dorf, wo jeder jeden kannte und man sich sowohl das Maul über andere zerreißen konnte, als auch an ihrem Leben positiv Anteil nehmen konnte. Man braucht gar nicht oft die Sendung zu sehen, schon gehören die Protagonisten fast zur eigenen Familie, mindestens zur guten Bekanntschaft. Kein Wunder, dass BigBrother-Container-Insassen zeitweise bekannter waren als alle evangelischen Bischöfe zusammen; sie boten ein willkommenes gemeinsames Smalltalk-Thema im Bundesdorf Deutschland.

Eine ähnliche Funktion üben die Klatschspalten der Boulevard-Presse aus, dort allerdings sind es Prominente, an deren Privatleben man sozusagen als Zaungast teilnimmt. Neu an BigBrother und ähnlichen Formaten ist sozusagen die Demokratisierung des Prominentseins; man muss nicht mehr zum Adel gehören, um rund um die Uhr für ein neugieriges Publikum interessant zu sein. „Zlatko“ beweist, dass der kleine Mann prominent werden kann, während scheinbar Große in der Publikumsgunst abstürzen.

Kunstfiguren zur Identifikation!

Trotz ihrer Vertrautheit bleiben die neuen Alltags-Fernsehstars in gewisser Weise anonym, als klischeehafte, symbolträchtige „Kunstfiguren“. Man kennt sie nur mit Vornamen, schon darin liegt eine gewisse Anonymität, wie bei den Anonymen Alkoholikern. Man weiß, da ist auch etwas Künstliches dabei, ganz privat wie zu Hause ist man doch nicht, auch wenn die Teilnehmer sagen, dass man bald die Kamera vergisst; es ist eher, wie wenn man Besuch hat oder im Schullandheim übernachtet. Darin liegt auch ein gewisser Persönlichkeitsschutz – wie bei Schauspielern, die zwar immer auch sich selbst spielen, aber niemand weiß, in welchem Maße. Laien, die sich selber spielen, können eigentlich nur klischeehaft rüberkommen, da sie nicht wie gute Schauspieler gelernt haben, ihren Figuren Individualität zu verleihen. Aber vielleicht eignen sie sich gerade so um so besser als Projektionsfläche, als Symbolfigur.

Die Typen in BigBrother bieten uns wie im Märchen oder auch in der biblischen Geschichte Identifikationsmöglichkeiten. Da ist Alex, der Playboy, über den man sich herrlich aufregen kann, wenn man nicht jede Frau vernaschen will und sein Leben ernster nimmt. Da ist Jürgen, der Spaß im Leben will, aber das Geld, das er vom Sieger bekommen hat, an die Kinderkrebshilfe spendet, der auch lieber bei Ford im alten Job weiter arbeiten will, als für Ford einen Werbespot zu drehen. Da ist der gar nicht so dumme, aber einfach gestrickte Zlatko, der mit seinem Leben zufrieden ist (ist schon ok). Da ist die nervige Gruppenmutter Kerstin, die sich verliebt hat und leider an einen Playboy geraten ist, der ihre Liebe nicht erwidert. Da ist die Zicke Manu, die sich darüber aufregt, dass genau das passiert, womit man rechnen muss, wenn man sich einem Millionenpublikum präsentiert. Da ist die als Schlampe verkannte Sabrina, die eigentlich auf der Suche nach ihrem Traumprinzen ist und gerne viel lacht. Da ist die zurückhaltende Andrea, die sehr viel Sympathien bekommt, und das „Weichei“ John, der einen trainierten Körper und eine schwere Heimkindheit hat, öfter weint und sogar gewinnt, was er erst gar nicht fassen kann.

Es gibt Schülergruppen, mit denen ein Unterrichtsgespräch über BigBrother Aufmerksamkeit verspricht, was sonst nicht gelingt, wenn man über Jakob, den Vater-Betrüger-und-vom-Onkel-Überlisteten-und-schließlich-mit-Gott-Kämpfer, oder Kain, den Finster-den-Blick-Senker, oder Jesus, den Die-andere-Wange-Hinhalter, spricht.

Suche nach Überschaubarkeit und Einfachheit!

Je komplexer die Welt, desto größer die Sehnsucht nach Überschaubarkeit und Einfachheit. Da die Welt immer schon kompliziert war, projizierte man schon in der Bibel die Weltprobleme auf das Bild eines Gartens, einer Arche, eines Turmbaus, um mit Hilfe einer einfachen Erzählung ihrem Sinn auf die Spur zu kommen. Auch der Monotheismus vereinfacht die Welt, auch die Konzentration der christlichen Religion auf den einen einfachen Menschen Jesus. Vielleicht gehört auch das moderne Interesse an der Institution des Papstamts in diese Reihe; wenn ein Mann an der Spitze der Weltkirche steht, weiß man, wer die Richtung der Kirche bestimmt, auf wen man Verantwortung abschieben und an wem man sich reiben kann, der Papst wird sozusagen zum Dorfpfarrer in der globalen Menschengemeinde.

Nicht jede Vereinfachung als solche ist schlecht. Sie kann ein Mittel sein, um sich komplexe Sachverhalte unserem Verstand, den Verstehensmöglichkeiten des Menschen, anzupassen. „Simplify your life“ ist zum Slogan einer christlich inspirierten Reihe von Büchern, Zeitschriften und Internetseiten, die Menschen beratend zur Seite stehen wollen, die sich in einer immer komplizierter gewordenen Welt nicht mehr alleine zurechtfinden. Früher galt Einfachheit im Sinne von heiliger Einfalt als hoher Wert. Könnte Zlatko als ein einfältiger Mensch in diesem Sinne angesehen werden?

Suche nach Zoff und Sex? – Lebensbewältigung ist gefragt!

Wer sucht das Gespräch mit dem Pfarrer, wenn er Sorgen hat, wenn er Erfüllung im Leben sucht? Jugendliche und junge Erwachsene jedenfalls nicht. In Predigten erwartet auch nur eine Minderheit die Klärung von Lebensfragen. BigBrother zeigt, dass die Fragen als solche keineswegs vom Tisch sind. Und gerade die Kids zwischen 12 und 25 sind anscheinend mehr daran interessiert, wie die BigBrother-Stars ihr Alltagsleben auf engstem Raum bewältigen, als daran, möglichst viel Zoff oder Sexszenen mitzuerleben.

Eigenartig – im Container werden Tugenden vorgelebt, die man nicht erwartet: Bastelt euch selber ein Fernsehen, wenn ihr keine Glotze kucken dürft! Gestaltet eure Freizeit selber! Lernt etwas auswendig! Beschäftigt euch mit Kultur! Schule schafft das nicht, was BigBrother hier bei manchen vielleicht anregt. Auch gute Diskussio-

nen über Behinderte konnte man mitbekommen. Und das ganz normale langweilige Leben im Alltag. Oder auch Gesprächsthemen, die nervten. Alles normal – aber wenig empörend.

Zeitvertreib, Spiel, Fest – verbindende Elemente in BigBrother. Die Teilnehmer selbst sehen es als Spiel, nehmen vieles weniger ernst als die Macher, die manche Konflikte hochspielen, oder die alten Voyeure, die BigBrother mit einem Porno verwechseln. Und wenn es Verletzungen gibt, wie es sie auch bei einer Nichtwahl zum Kirchenvorstand geben kann? Dann sind bei RTL II professionelle Berater da, die die Teilnehmer auffangen.

Big Brother als Überwacher? – Nein, als Vaterersatz!

Darf man überhaupt eine Sendung „Big Brother“ nennen, wenn doch dieser Name für unmenschliche Überwachung durch einen totalitären Staatsapparat steht, wie George Orwell ihn in seinem Zukunftsroman „1984“ warnend vor Augen gestellt hat? Offenbar löst der Name in der Zeit nach dem Ende des Kalten Krieges keine Ängste mehr aus, wie das in meiner Jugendzeit der Fall gewesen wäre. Totalitarismus ist keine Erfahrung der Jüngeren mehr. Heutige Kinder kennen von Orwell zwar noch „Animal Farm“, aber „1984“ ist ihnen kein Begriff. Sie haben keine Angst vor dem Großen Bruder, der alles sieht, sondern sehnen sich offenbar mehr als frühere Generationen danach, gesehen und nicht übersehen zu werden.

Und bezeichnend für eine „vaterlose Gesellschaft“, in der es immer mehr alleinerziehende Mütter gibt und in der jedenfalls die Mütter die Hauptautorität für Kinder darstellen, ist die Sehnsucht nach dem „Großen Bruder“, der für mich da ist, nicht nach dem Vater, nicht nach den Eltern. Der Gottesdienst als Ritual hat für die meisten Kids keinen Sitz im Leben mehr, außer vielleicht in den Freikirchen. Zeitweise schien BigBrother vielen ein neues Ritual der Selbstvergewisserung, der Wertfindung, der Identität in Übereinstimmung und Abgrenzung, im Austausch mit anderen, anzubieten. BigBrother war Thema auf dem Schulhof und im Bus.

Wenn religiöse Sehnsüchte, die die Kirche nicht mehr befriedigt, in Sendungen wie BigBrother zum Ausdruck kommen, kann es sinnvoll sein, im kirchlichen Unterricht an das, was Kinder und Jugendliche sowieso beschäftigt, anzuknüpfen. Das gelang im Jahr 2000 in einem Konfirmandenkurs „Big Brother oder guter Vater im Himmel“, in dem wir unter anderem die Erfahrung im Psalm 139: „Gott sieht mich, ich kann ihm nicht entfliehen, ich bin bei ihm geborgen“ mit Zlatkos und Jürgens Hit „Großer Bruder, du bist für mich da“ verglichen.

Randbemerkung: Schwesterkirchen

Im drittletzten Abschnitt: eine Randbemerkung. In der ökumenischen Diskussion spielt in den Septembertagen des Jahres 2000 der Begriff der „Schwesterkirchen“ eine große Rolle. Ist Gott unser Vater und Jesus unser Großer Bruder, dann sind alle Menschen Geschwister. Der Große Bruder jedenfalls einer, der uns dient und nicht niedermacht. Die katholische Kirche scheint innerhalb derer, die an Jesus Christus glauben, die Rolle einer Großen Schwester übernommen zu haben, die die anderen Geschwisterkirchen bevormundet – bis dahin, ihnen abzusprechen, Schwesterkirchen zu sein. Das Problem der „Erklärung Dominus Iesus“ der „Kongregation für die Glaubenslehre“ der katholischen Kirche liegt meines Erachtens darin, dass ein spezieller konfessioneller Zugangsweg zu Christus verabsolutiert wird, ohne anzuerkennen, dass es sich lediglich um eins von mehreren möglichen Paradigmen des einen Glaubens an Christus handelt, die Hans Küng in seinem Buch „Geschichte und Wesen des Christentums“ hervorragend herausgearbeitet hat. Von der Unterscheidung und Zuordnung zwischen Dialog und Mission im Blick auf die nichtchristliche Welt, die das Zentrum des gleichen Dokuments bildet, können allerdings auch wir evangelischen (und evangelikalen) Christen und eine große Scheibe abschneiden: Hier kommt eine Geschwisterlichkeit aller Menschen unter dem einen Vater im Himmel in den Blick, die größte Verbindlichkeit im eigenen Glauben mit größtem Respekt vor der Freiheit des Andersglaubenden verbindet.

Und die Gegner? Was haben sie von Big Brother?

Ein Großteil des Bildungsbürgertums war schon immer gegen „triviale“ Unterhaltung – Karl May, TKKG, Mary Scott, Enid Blyton – Talkshows, die ein Bedürfnis nach persönlichem Austausch und Lebenshilfe widerspiegeln, das wir Kirchengemeinden und Seelsorger nicht mehr befriedigen, und Fernsehserien, die manchmal wertvolle erzieherische Hinweise und anrührende Szenen liefern.

In der Kirche und in der Schule rümpften Pfarrer und Lehrer die Nase über Bigbrother. Das könnte auch ein Indiz dafür sein, dass viele die Lebenswelt der Jugendlichen nicht mehr kennen oder so wahrnehmen wollen, wie sie ist. Dabei sind die Jugendlichen in ihren Sehnsüchten uns größtenteils wahrscheinlich ähnlicher als wir denken. Vielleicht ist BigBrother sogar ein Versuch, endlich einmal etwas zu haben, was die Generation der Rock-Opas mit Computer, Internet und Jeans nicht auch verinnerlicht.

Wir können uns empören. Auch das gehört dazu und wird die BigBrother-Fans nicht stören, eher erheitern und in ihrer eigenen Identität stärken. Wir outen uns damit als out.

Wir können kritisieren und trotzdem realistisch davon ausgehen: BigBrother spricht Bedürfnisse an – und zwar nicht nur Profitgier und niedere Instinkte, sondern reale Bedürfnisse, auf die wir in der Kirche nicht mehr angemessen reagieren. Nehmen wir die Herausforderung an, indem wir unsere Rituale überprüfen und als Orte der Selbstfindung erneuern.

Im Lehrerzimmer hörte ich von krassen Vorurteilen: BigBrother sei satanistisch – wegen des Titelsongs: „Leb, wie du dich fühlst!“ Und wenn du dich wie ein Killer fühlst? Nein, diese Konnotation ist der Mehrheit der Teilnehmer und Zuschauer völlig fremd, auch Voyeurismus scheint nur einige ältere männliche Zuschauer angelockt (und enttäuscht) zu haben. Ernstnehmen der Gefühle in einer von Aktienkursen und Ellbogen beherrschten Welt – ist das nicht hoffnungsvoll? Natürlich wird dadurch nicht automatisch alles gut – siehe oben: der eine lebt als Playboy auf Kosten anderer und verhält sich auch im Container wie ein „Kotzbrocken“, der andere lebt echte Freundschaft und ist nicht auf die große „Kohle“ fixiert.

„Dem Volk aufs Maul schauen“

Wer heute dem Volk aufs Maul schauen will, muss sich manchmal auch der Mühe unterziehen, sich in „triviale“ Denk- und Vorstellungsformen einzufühlen und die Bedürfnisse zu erspüren, die hinter den verzerrten Formen von Leben ihr eigenes Recht behalten. Ob Paulus uns heute raten würde, bis zu einem gewissen Grad auch den BigBrother-Fans ein BigBrother-Fan zu werden?

„Wie lange die BigBrother-Euphorie anhält – man kann es nicht sagen.“ So formulierte ich im Jahr 2000. „Vielleicht kommt das neue Konzept – mehr Action, mehr Sex – bei den Kids ja überhaupt nicht an“, schrieb ich ein Jahr später, und behielt damit Recht. „Vielleicht ist die zweite Staffel trotz allem eine Enttäuschung, weil erste Erfahrungen immer etwas Uneinholbares haben“, das bewahrheitete sich spätestens mit Staffel 3 und allen folgenden. BigBrother geht vorbei wie die Begeisterung meiner Schüler in der 5. und 6. Klasse für die Teletubbies, kurz bevor BigBrother begann. Kinder und Jugendliche suchen zeitweise eine Einfachheit bis an die Grenze der Verblödung, grenzen sich ab, finden etwas wieder, nuckeln an Schnullern und hören wieder damit auf. Auch Pokemons sind sterblich, stand im „Evangelischen Pressedienst“, sie bieten Struktur, Ritual, Überschaubarkeit, eine Welt, die man auswendig lernen kann, wobei man sich gleichzeitig gegen die abgrenzt, die nicht Bescheid wissen. Eingeweihtsein, Stufen der Erkenntnis – so etwas gab und gibt es auch in der Welt der Erwachsenen. In Trivialitäten können sich geniale Ideen verbergen.

Seelsorge

In der Abteilungs-Fortbildung der Gerontopsychiatrie an der Landesnervenklinik Alzey referiere ich am 29. Juni 1995 über Seelsorge in biblischer Sicht und nach heutigen Konzepten der Verkündigung oder Beratung, ausgehend von Überlegungen, wie die Seele in der israelitisch-jüdischen Tradition und im griechisch geprägten Denken betrachtet wurde.



Altarbild in der Klinik-Kapelle Alzey: „Und als Jesus das Volk sah, jammerte es ihn; denn sie waren verschmachtet und zerstreut wie die Schafe, die keinen Hirten haben.“

Ich möchte Ihnen heute ein paar grundsätzliche Überlegungen zum Thema „Seelsorge“ nahebringen. Falls ich anfangs, Sie mit theologischem Fachvokabular zuzudecken, so wie ich mich manchmal drüben im Personalwohnheim bei einem medizinisch-psychiatrischen Fachvortrag zugedeckt fühle, dann fragen Sie bitte gleich nach. Und auch sonst – wenn Sie etwas anmerken möchten, können Sie jederzeit einhaken.

Meine erste Frage zum Thema „Seelsorge“ ist folgende: Woher kommt eigentlich dieses merkwürdige Wort „Seel-Sorge“? Es scheint aus einer Zeit und einer Denktra-

dition zu stammen, die dualistisch zwischen Leib und Seele trennte und dem Arzt die Sorge für den Leib zuschrieb, während dem Pfarrer die Sorge für die Seele übrig blieb. In einer Zeit, in der Psychotherapeuten mehr und mehr den Bereich der seelischen Heilung übernommen haben, könnte man sich fragen: Ist der kirchliche Seelsorger damit nicht überflüssig geworden?

Wenn ich von Seelsorge spreche, dann meine ich christliche Seelsorge. Christliche Seelsorge hat eine lange Geschichte hinter sich, aus der ich fünf Punkte herausgreife und den Versuch mache zu zeigen: Was hat damals Seelsorge bedeutet?

Seele und Leib in der israelitisch-jüdischen Tradition

Zunächst einige Anmerkungen zur israelitisch-jüdischen Tradition, die das Christentum mit dem ersten Teil der Bibel, dem sog. Alten Testament, übernommen hat. Viele wissen nicht mehr, dass das alte Volk Israel das Wort Seele noch absolut nicht dualistisch verstand. Mit diesem Wort wurde der Bereich des Fühlens bezeichnet, den man aber nicht losgelöst vom Körper dachte, es war eine Umschreibung für die Persönlichkeit des Menschen, für sein Leben als Ganzes. Die Juden damals kannten zunächst nicht einmal ein Leben nach dem Tode und hatten daher auch keine Vorstellung davon, dass im Tod eine unsterbliche Seele den Körper verlässt und dann irgendwo weiterlebt. Diese Vorstellung hat sich in einem ganz anderen Kulturkreis, nämlich dem griechischen, entwickelt und hat dann erst später das Christentum massiv beeinflusst. Wenn die Juden dann doch anfangen, an eine Auferstehung zu glauben, dann meinten sie eine Auferstehung des ganzen Menschen mit Leib und Seele; sie verstanden das so: Wenn Gott am Anfang aus dem Nichts eine ganze Welt schaffen konnte, dann müsste er auch fähig sein, einen schon dagewesenen Menschen noch einmal neu zu schaffen – und zwar in einer für uns unvorstellbaren Weise in einer ganz anderen Dimension der Wirklichkeit – aber jedenfalls auch als Mensch mit Seele und Leib. Es gab in der damaligen israelitisch-jüdischen Kultur auch keinen Unterschied zwischen Medizin und Seelsorge; die Priester hatten neben ihren religiösen Funktionen auch die Funktion des Gesundheitsamtes, zum Beispiel mussten sich Aussätzige bei ihnen melden und wurden dann je nachdem für unrein oder rein erklärt und ggf. unter strenge Quarantäne gestellt.

Seelsorge war damals keine individuelle Angelegenheit, sondern es galt vor allem, sich als Teil des von Gott erwählten Volkes geführt zu wissen und zu bewähren. Dabei hatten die Priester mit dem Opferkult eine eher bewahrende Funktion, während es immer auch die kritische Stimme der Propheten gab, die sozusagen gegen den Strom der öffentlichen Meinung dem Volk ins Gewissen redete oder auch Katastrophenstimmungen entgegenwirkte.

Wie wenig Vorbehalte die jüdische Tradition gegenüber der Körperlichkeit hatte, zeigt sich auch daran, dass sie nicht grundsätzlich sexfeindlich eingestellt war. Wenn es Einschränkungen auf dem Gebiet der Sexualität gab, dann nicht aufgrund der Annahme, dass der Körper weniger wert sei als die Seele, sondern aufgrund anderer, höhergewerteter Ziele: einmal galt die Fortpflanzung als höchstes Gut, weil das Bestehenbleiben und das Wachsen des Volkes Israel eine der wichtigsten Verheißungen war, mit denen das Volk Israel sich von seinem Gott beschenkt wußte, und dazu mussten jeder Mann und jede Frau ihren Beitrag leisten. Außerdem waren den Israeliten die sexuell gefärbten Fruchtbarkeitsriten der Nachbarvölker deswegen ein Greuel, weil sie damit einerseits Naturmächte vergötterten, und andererseits eben diese selbstgemachten Götter magisch unter ihre Kontrolle bringen wollten. Daher die radikale Absage an alle Arten von Tempelprostitution. Daneben gab es auch schon die Einsicht, dass jede Art von sexuellem Kontakt die Kommunikation des ganzen Menschen impliziert – das sieht man zum Beispiel an dem schönen biblischen Wort „Erkennen“ für „Miteinanderschlafen“ oder in dem Wort aus der Paradiesgeschichte „sie werden ein Fleisch sein“. Aber prüde ist das Alte Testament absolut nicht, nichts Menschliches ist der Bibel fremd, ich fand in den Büchern Mose sogar eine Anleitung, wie man im Lager in der Wüste einen geeigneten Abtritt bauen soll.

Seelsorge der Barmherzigkeit bei Jesus

Ich komme nun zum Christentum selbst, und zunächst zur Zeit Jesu. Grundsätzlich muss man sagen, dass Jesus und seine Jünger als Juden das ganzheitliche jüdische Denken geteilt haben. Um das zu erläutern, möchte ich einige Bibelverse zitieren. Im Evangelium nach Matthäus wird zum Beispiel von Jesus erzählt (9, 35-36): „Und Jesus ging ringsum in alle Städte und Dörfer, lehrte in ihren Synagogen und predigte das Evangelium von dem Reich und heilte alle Krankheiten und alle Gebrechen. Und als er das Volk sah, jammerte es ihn; denn sie waren verschmachtet und zerstreut wie die Schafe, die keinen Hirten haben.“ Und ein paar Verse weiter heißt es, dass mit dem gleichen, was Jesus tun konnte, auch seine Schüler und Nachfolger beauftragt wurden (10, 1): „Und er rief seine zwölf Jünger zu sich und gab ihnen Macht über die unreinen Geister, dass sie die austrieben und heilten alle Krankheiten und alle Gebrechen.“ (10:7): „Geht aber und predigt und sprecht: Das Himmelreich ist nahe herbeigekommen.“

In diesen Versen kommt zum Ausdruck: Erstens hat Jesus Leib und Seele im Blick. Er will die Menschen nicht auf ein besseres Jenseits vertrösten, sondern will sie schon hier heil machen an Leib und Seele. Zweitens: Das tun er und seine Jünger, indem sie die sichtbare leiblich-seelische Wirklichkeit mit der unsichtbaren Wirklichkeit Gottes

konfrontieren. Gott ist nahe, man kann ihm vertrauen, darum hat das Leben einen anderen Sinn, darum ist Krankheit keine Strafe mehr, darum schließt Krankheit nicht aus der Gemeinschaft aus, darum können psychosomatische Krankheiten geheilt werden, die aus einem Mangel an Liebe und Vertrauen entstanden sind. Bildlich gesprochen werden bei diesen Heilungen die „unreinen Geister“ der Angst, des Hasses, der Schuld und anderer krankmachender Zwänge ausgetrieben. Damals hat man natürlich psychosomatische Heilungen als übernatürliche Wunder aufgefasst und hat dann messerscharf geschlossen: Wenn Jesus Gottes Sohn ist, dann muss er alle Krankheiten, auch körperliche, eben auch übernatürlich heilen können. Das ist von heute her gesehen ein Irrtum, der man uns Kirchenleuten seit der Zeit der Aufklärung massiv und mit Recht um die Ohren geschlagen hat.

Was uns Matthäus über Jesus sagt, ist also mit Sicherheit nicht als Tatsachenbericht wahr. Jesus hat bestimmt nicht alle Kranken damals geheilt; das kann man schon daraus entnehmen, dass der gleiche Evangelist Matthäus auch die Geschichte überliefert, dass Jesus in seiner Heimatstadt Nazareth kein Wunder vollbringen konnte, weil man dem Zimmermannssohn dort von vornherein so etwas nicht zutraute. Aber wahr ist, dass Jesus von einem Glauben an Gott erfüllt war, der es nicht zuließ, dass irgendein Kranker, egal ob seelisch oder körperlich krank, egal ob durch eigenes oder fremdes Verschulden, ohne Hoffnung bleiben sollte. Krankheit im Sinne Jesu ist niemals gottgewollt, ist immer etwas, gegen das man kämpfen muss, und nur wenn man an die Grenzen der Machtlosigkeit stößt, ist etwas anderes dran: nämlich ein schlichtes menschliches Annehmen dessen, was man nicht ändern kann. So wie es Jesus später auch tat, als er zum Tode verurteilt wurde. Für Jesus gab es die Hoffnung über den Tod hinaus, aber diese Hoffnung war eigentlich die Hoffnung auf ein Weiterbestehen einer Beziehung: Wer auf Gott vertraute, der durfte sich auch weiter in Gottes Liebe geborgen wissen, selbst wenn er stirbt.

Was den Juden und auch den ersten Christen besondere Sorge bereitete, das war die Frage: Bin ich eigentlich Gott recht, so wie ich bin, oder hätte er Grund, mich zu verstoßen? Die Pharisäer und Essener antworteten damals auf diese Frage: Du musst dich an Gottes Gebote halten, dann bist du Gott recht. Die Zeloten sagten: Du musst in der Befreiungsbewegung gegen die heidnischen Besatzer kämpfen, dann wird Gott wieder im Land herrschen und du hast genug für Gott getan. Und Jesus drehte diese Logik einfach um und sagte: Gott ist euch nahe, ohne dass ihr zuvor eine Bedingung erfüllen müsst, denn er liebt euch so, wie ein guter Vater seine Kinder liebt. Und wenn ihr mit einem solchen Gottvertrauen in der Welt leben könnt, dann werdet ihr auch mit den Menschen barmherzig umgehen und grade auf diese Weise auch die Gebote Gottes erfüllen. So könnte man also die Art umschreiben, in

der Jesus „Seelsorge“ trieb – er verkündete den Gott, der ganz nahe und barmherzig ist, wie ein guter Vater oder eine gute Mutter, und er ging mit den Menschen auch selber entsprechend um – daher seine Fähigkeit zu heilen und seine auch für menschliche Beziehungen heilsame Ausstrahlung.

Unsterbliche Seele im griechisch geprägten Denken

Als sich dann aus den ersten kleinen christlichen Gemeinschaften die Kirche entwickelte und den Glauben an den ursprünglich nur von den Juden angebeteten Gott auch in den weltweiten hellenistisch-römischen Raum hinein verbreitete, da übernahm die Kirche dann auch viel vom griechisch geprägten Denken. Zum Beispiel auch von der geistigen Strömung, die man Gnosis (das heißt wörtlich: Erkenntnis) nannte. Diese Bewegung war im Wesentlichen davon geprägt, dass man alles Irdische, Weltliche, Materielle für minderwertig und böse hielt, und nur das höhere Geistige habe Bestand. Kein Wunder, dass man bald den von einer jungen Frau (im hebräischen Sinn war das einfach eine gebärfähige Frau) geborenen Jesus als von einer Jungfrau geboren verkündete (Jungfrau im griechischen Sinne des Unberührtseins). Das Ziel des Glaubens verschob sich nun auch in dem Sinne, als es gar nicht mehr um die Frage ging: Bin ich Gott recht mit dem, was ich tue oder wie ich ihm vertraue, sondern es ging mehr um die Angst vor der Sterblichkeit und Endlichkeit. Der Glaube und die Sakramente wurden mehr und mehr zu einem „Pharmakon athanasias“, zu einem Medikament der Unsterblichkeit; und eine lange Kirchengeschichte begann, in der man im Gegensatz zur Lehre Jesu mehr getröstet als getröstet und mehr das Jenseits gepredigt als die Menschen im Diesseits ernstgenommen hat. Das hat natürlich auch damit zu tun gehabt, dass schon nach wenigen Jahrhunderten die christliche Kirche zur Staatsreligion des römischen Reiches und später im ganzen Abendland wurde. Ohne Frage ist dabei auch der christliche Glaube missbraucht worden, um staatliche Macht zu stützen. Kirche und Staat haben sich dann im Mittelalter zwar sehr viele Machtkämpfe geliefert, aber dennoch zogen sie den unteren Volksschichten gegenüber am gleichen Strang. Der Jesus der kleinen Leute, der Ausgestoßenen und Kranken blieb in dieser langen Kirchengeschichte immer nur kleineren Gruppierungen innerhalb der Kirche lieb und wert, zum Beispiel dem Franziskus und seinen Mönchen.

Seelsorge als Verkündigung an den Einzelnen

Ich mache nun einen weiten Sprung bis in unser Jahrhundert. Nachdem Aufklärung und Säkularisation schon lange die kirchlich-christliche staatstragende Religion mehr und mehr in die Enge getrieben hatte, erlitt am Ende des ersten Weltkriegs das

Bündnis von Thron und Altar auch in Mitteleuropa einen gewaltigen Knacks – der deutsche Kaiser dankte ab, mit ihm sein Gottesgnadentum, und die Arbeiterbewegung, wenn auch in ihrer gemäßigten Form, übernahm Regierungsverantwortung. Dem Glauben an einen aufs Jenseits vertröstenden Gott der Reichen wurde eine Absage erteilt: Helfen kann den unterdrückten Menschen „kein Gott, kein Kaiser und Tribun, uns von dem Elend zu erlösen, das können nur wir selber tun“. Und in dieser Zeit gab es nun eine neue Bewegung in der Kirche, die von Karl Barth und Eduard Thurneysen, zwei evangelischen Schweizern, ins Leben gerufen wurde, die sog. Dialektische Theologie. Gemeint war damit nicht die Hegel-Marxsche Geschichtsdiagnostik, sondern die einfache These: Gott ist ganz anders als all unsere menschlichen Vorstellungsmöglichkeiten, er ist so viel größer und steht uns Menschen so sehr absolut gegenüber, dass man dieses Gegenüber nur mit dem abstrakten Begriff der dialektischen Gegensätzlichkeit umschreiben kann. Das Faszinierende an dieser Auffassung liegt sozusagen in einer Neuauflage der Funktion der alttestamentlichen Propheten: Direkt von Gottes Wort her meldeten sich nun kirchliche Vertreter gegen den deutschen Nationalismus, gegen Kriegstreiberei und gegen soziale Missstände zu Wort. Dazu muss man erwähnen, dass das damals absolut nicht selbstverständlich war. Im Ersten Weltkrieg gehörten die meisten Pfarrer noch zu denen, die in Kriegspredigten begeistert dazu aufriefen, für Gott und Kaiser und Vaterland in den Krieg zu ziehen.

Die dialektischen Theologen sagten auch: Jede Religionskritik hat recht gegen eine Religion, die einfach nur die bestehenden ungerechten Verhältnisse rechtfertigt und stützt. Jesus hat gar keine neue Religion gründen wollen, sondern den einen, realen Gott gepredigt, der ganz anders ist als unsere menschlichen Vorstellungen von Religion. Wer also wirklich Christ sein will, der muss wieder bei Jesus anknüpfen und wirklich den Menschen an Leib und Seele helfen wollen. Für die Seelsorge bedeutete das, dass zum Beispiel Eduard Thurneysen in seinem Buch „Praktische Seelsorge“ den Pfarrern einen Leitfaden an die Hand zu geben versuchte, wie man die Menschen in ihren alltäglichen Problemen wirklich ernstnimmt und ihnen zugleich das Wort Gottes ganz konkret verkündet.

Mit dem Wort Gottes war dabei gemeint: Dass Gott zu den Menschen Kontakt aufnimmt, zu ihnen spricht, Ja zu ihnen sagt, barmherzig mit ihnen ist, dass sie eine Geschichte mit ihm erleben können. Dass Gott auf der anderen Seite auch alles in Frage stellt, was Menschen ohne Gott auf die Beine zu stellen versuchen, zum Beispiel Nationalismus, egoistische Selbstverwirklichung, Nihilismus usw. (Eine besonders schwierige Frage ist dabei die Frage nach dem Zusammenhang von Sünde und Beich-

te und Krankheit. Darauf heute einzugehen, würde zu weit führen, das wäre vielleicht einmal Thema eines eigenen Referats.)

Es gab nun zwar gutwillige Seelsorger, die ihrem Gegenüber rein menschlich begegnen wollten; aber die Frage blieb, ob sie das eigentlich noch konnten, wenn sie gleichzeitig diesen Anspruch hatten, ihnen sozusagen das Wort Gottes in einer Einzelpredigt ausrichten zu müssen. Sie haben vielleicht von Vergebung und Trost geredet, haben gemeint, in einem guten Seelsorgegespräch müsse schließlich auch gebetet werden, haben vielleicht einen Bibelspruch für jeden Situation parat gehabt. Das Problem war dabei: Gerät der Seelsorger nicht in die Gefahr, seinen Gemeindegliedern die Verkündigung einfach so überzustülpen?

Gegenüber Karl Barth und seiner Dialektischen Theologie hat es eine Gegenbewegung gegeben, vor allem in der Gestalt des Theologen Paul Tillich, der gesagt hat: Es ist zwar richtig, dass Gott den Menschen unendlich überlegen ist, aber dennoch muss es in der menschlichen Wirklichkeit sozusagen Anknüpfungspunkte geben, durch die Gott zu den Menschen überhaupt reden kann. Das kann nur über Symbole geschehen, das sind Dinge der menschlichen Realität, die durchscheinend werden für göttliche Dinge – die sog. Transzendenz. Wenn Gott sich real offenbart, dann tut er das in der einzigen Wirklichkeit, die uns empirisch zugänglich ist. Dann allerdings muß eine verantwortlich ausgeübte Seelsorge sich auch Rat suchen bei den empirischen Wissenschaften.

Beratende Seelsorge als Seelsorge in Beziehung

Darum hat es nach dem Zweiten Weltkrieg zunächst in den USA eine Seelsorgebewegung gegeben, die psychologische Fragestellungen in die Ausbildung der Seelsorger einbezogen hat. Es entstand ein ganz neuer Zweig der Praktischen Theologie, die Pastoralpsychologie. Unter dem Stichwort „Pastoral counseling“ oder „beratende Seelsorge“ begann man, auf Erfahrungen der empirischen Humanwissenschaften zurückzugreifen, um Seelsorge auch methodisch zu „lernen“. Howard J. Clinebell hat zum Beispiel 1966 ein ganzes Buch mit „Modellen beratender Seelsorge“ vorgestellt (1971 wurde es in der BRD veröffentlicht). Anfang der siebziger Jahre kam diese Seelsorgebewegung dann auch nach Deutschland.

Das Besondere daran war nicht eigentlich eine neue Theologie, sondern die Frage der Methode. Wie kann man denn in einer seelsorgerlichen Beziehung einem anderen vermitteln, dass Gott ihm barmherzig ist, ohne ihn anzupredigen, ohne ihm von oben herab zu verkünden, dass ich besser weiß als er, was ihm gut tut? Die Antwort darauf war für uns Studenten und junge angehende Pfarrer damals, dass wir zunächst einmal ganz bescheiden wurden. Wir fingen an, zuhören zu lernen, in Grup-

pen uns selbst zu erfahren mit den eigenen inneren Konflikten. Ich zum Beispiel lernte, dass es ein himmelweiter Unterschied ist, ob ich einem Menschen nur predige: „Gott liebt dich!“ – oder ob dieser Mensch in einer realen Beziehung, vielleicht in einem Gespräch mit mir erfährt: „Hier darf ich sein, wie ich bin, hier werde ich ernstgenommen und angenommen.“

Ich hatte das Glück, dass damals in meinem ersten Studiensemester, im Wintersemester 1971/72, ein Vertreter dieser neuen Seelsorgebewegung gerade an die Kirchliche Hochschule in Bethel kam: Professor Dietrich Stollberg. Ohne ihn säße ich wahrscheinlich nicht hier. Denn 1. lernte ich durch ihn: Es geht im christlichen Glauben nicht um dogmatische Richtigkeiten, sondern um die Erfahrung von Annahme und konkreter Orientierung. 2. war ich durch sein Beispiel so fasziniert von den Möglichkeiten der Seelsorge, dass ich meinen Berufswunsch änderte und nicht Lehrer, sondern Pfarrer wurde. Und 3. verlor ich durch ihn die Scheu vor Selbsterfahrungsgruppen. Er hat damals eins seiner Proseminare als Selbsterfahrungsgruppe abgehalten, dafür gab's sogar einen Schein, aber viel wichtiger war – ich habe dort eine Menge meiner früheren Gehemmtheit und Unsicherheit loswerden können. Es war auch der erste Schritt für meine intensive Auseinandersetzung mit der Psychologie; zehn Jahre später begann ich dann, beeinflusst durch Helmut Harsch, bei Thomas Weil eine transaktionsanalytische Ausbildung.

Das Wichtigste an der neueren Seelsorgebewegung ist, dass Seelsorgeausbildung nicht einfach nur mündliche oder schriftliche Weitergabe aus dem Erfahrungsschatz älterer Seelsorger ist, sondern dass man in sog. CPT oder KSA-Kursen Besuche auf Krankenstationen macht, die dann in Fallbesprechungsgruppen anhand von Protokollen durchgesprochen werden. Indem man sich selber in Beziehungen besser kennenlernt, kann man im Laufe der Zeit merken, wie man sich selber im Wege steht, wie man besser Kontakt aufnehmen kann, Begleiter sein kann, ermutigen, klären helfen kann.

Der Begriff „beratende Seelsorge“ oder auch „therapeutische Seelsorge“, der bei der neueren Seelsorgebewegung verwendet wird, führt nun natürlich zu weiteren Problemen. Nämlich: wo liegt nun die Grenze zur nicht-seelsorgerlichen Beratung, wo die Grenze zwischen Seelsorge und Therapie?

Die Antwort ist: Es gibt keine grundsätzliche, klar definierbare Trennungslinie zwischen beidem. Stollberg sagt sogar: „Seelsorge ist phänomenologisch nichts anderes als Psychotherapie im Kontext der Kirche. Theologisch ist Seelsorge allerdings das Sakrament echter Kommunikation, welches sich die an der Seelsorge Beteiligten gegenseitig spenden“.

Worin also lässt sich doch ein Unterschied zwischen Seelsorge und Psychotherapie festmachen? Mir fallen drei Unterscheidungsmerkmale ein:

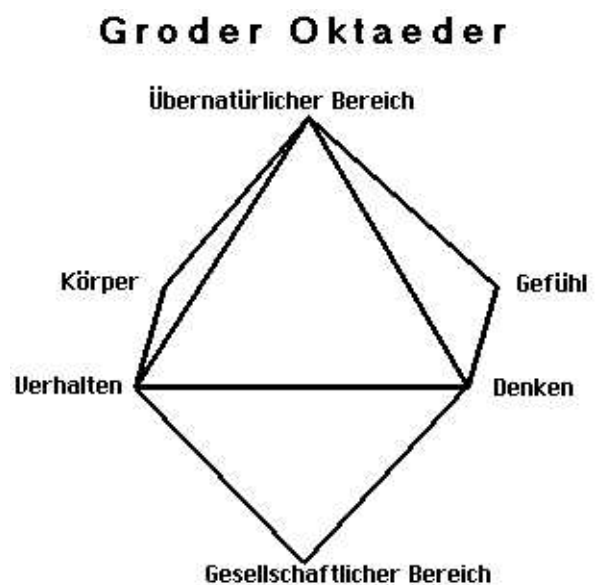
Das eine betrifft die religiöse Dimension, die für die Seelsorge konstitutiv ist. Wer zum Seelsorger geht, kann und darf erwarten, dass in der Seelsorge die Frage nach dem Glauben, nach dem Sinn des Lebens, nach Schuld und Vergebung und andere religiöse Fragen eine Rolle spielen. Ein Psychotherapeut, der selber Christ ist, könnte allerdings genau in der gleichen Weise auch seine Therapie machen.

Dazu ist mir eine Graphik eingefallen, die ich einmal in einem Transaktionsanalytischen Sammelband gefunden habe, von Martin Groder: Das „Groder-Oktaeder“ (im Artikel „Asklepeion: Eine Integration psychotherapeutischer Verfahren“ von Martin Groder; in: Graham Barnes et al., Transaktionsanalyse seit Eric Berne, Band I: Schulen der Transaktionsanalyse, Theorie und Praxis, S. 187.)

Die Grafik zeigt den Groder Oktaeder, dessen vier Ecken der Grundfläche die Dimensionen des Körpers, Gefühls, Denkens und Verhaltens repräsentieren. Darunter liegt die Spitze des gesellschaftlichen, darüber wölbt sich die Spitze des übernatürlichen Bereichs.

Das zweite Unterscheidungsmerkmal betrifft den Seelsorger als Amtsträger bzw. als Vermittler von etwas letztlich Unverfügbarem – viele Menschen vertrauen auf den Pfarrer, wenn er ihnen Gottes Vergebung zuspricht oder Gottes Wort von der Kanzel sozusagen in höherem Auftrag verkündet. Im Unterschied zu jedem Therapeuten biete ich als Pfarrer auch die Rituale und Gemeinschaftsangebote einer Kirchengemeinde an. Man könnte auch sagen, dass der Seelsorger sozusagen seine religiöse Gemeinschaft hinter sich weiß (jedenfalls in der Regel) – und meistens auch das Vertrauen auf seinen Gott.

Und das dritte Merkmal ist besonders praktisch wichtig für uns hier in der Klinik – es betrifft einfach die Frage des Settings. Es gibt zwar auch Seelsorger, die fordern, dass der Seelsorger grundsätzlich als einer unter mehreren Therapeuten in das therapeutische Team integriert sein sollte, zuständig im Besonderen für die spirituelle Dimension, die sich auch in einem Krankheitsbild manifestieren kann, aber ich denke da etwas anders. Da zumindest in Deutschland die Heilkunde nur von Ärzten oder



Heilpraktikern ausgeübt werden darf, gehe ich davon aus, dass die therapeutische Aufgabe im Sinne der Diagnose und Behandlung von Krankheiten ausdrücklich nicht zu meinem Aufgabenbereich in der Klinikseelsorge gehört.

Gleichwohl kann seelsorgerliche Arbeit ergänzend hilfreich sein, wiederum in doppelter Hinsicht:

- wieder in einem inhaltlichen Sinn, wenn Patienten spezielle religiöse Fragen und Probleme haben, oder wenn sie religiös geprägt sind und sich durch religiöse Angebote ansprechen lassen; außerdem auch wenn eine ethische-religiöse Klärung zur Debatte steht,
- oder in einem mehr formalen Sinn, wenn Patienten den Kontakt zu einem nicht-therapeutischen Ansprechpartner suchen, den Seelsorger also einfach als einen Menschen nutzen, der Zeit für sie hat, zuhört, bei dem sie sich aussprechen können – sozusagen in einem therapiefreien Raum.

Ein schönes Bild für die Aufgaben eines Seelsorgers fand ich übrigens bei Irmela Hoffmann (in ihrem Buch „Ermutigung zur Nachfolge. Erfahrungen und Einsichten aus befreiender Seelsorge“, Gießen/Basel 1981). Sie hat geschrieben, ein Seelsorgegespräch vollziehe sich sozusagen in einem Raum mit vier Wänden,

- der Klagemauer (an der man erst einmal sein Herz ausschütten kann),
- der Stellwand (hier passiert die Konfrontation mit dem tieferliegenden Problem, dem es sich zu stellen gilt),
- der Glaswand (durch die sozusagen die Sonne hereinscheint, also eine Ermutigung oder Tröstung von Gott) und
- der Wand mit der Tür (die nach draußen führt, hin zu neuen Aufgaben oder Perspektiven). In diesem Modell wäre sozusagen die Glaswand das mit der religiösen Hoffnungsperspektive das Spezifikum der Seelsorge.

Idealtypisch wäre es vielleicht wünschenswert, dass der spirituelle Bereich grundsätzlich im therapeutischen Team selbst vertreten sein müsste, wie das in Amerika offenbar häufig der Fall ist. Aber in einer säkularisierten Gesellschaft ist nun einmal die religiöse Entscheidung Privatsache – und das mit guten Gründen. Von daher hat es sicher auch seinen guten Sinn, dass der Seelsorger als Vertreter der „höheren Macht“, der „spirituellen Dimension“ diese schillernde Position hat, in der er seine konkrete Rolle immer wieder neu bestimmen muss.

Umgang mit dem Sterben auf der Station

13. Februar 1991

Wie ist es zu dieser Veranstaltung gekommen? Zwei Motive haben dabei eine Rolle gespielt. Zuerst einmal liegt schon seit fast zwei Jahren, seit meinem Dienstantritt hier in der Klinik, dieses Thema in der Luft: „Umgang mit dem Sterben auf der Station“. Ein Thema, dem sich keiner auf der Station entziehen kann, weder Patienten noch Pflegekräfte, weder Arzt noch Seelsorger.

Zum andern bin ich – ebenfalls gleich von Anfang an – immer wieder darauf angesprochen worden, dass sich vor allem Pflegekräfte an einem Punkt alleingelassen fühlen: nämlich bei der Frage, wie sie mit all den seelischen Belastungen fertig werden sollen, die die Arbeit auf der Station mit sich bringt. Ärzte und Therapeuten haben mich weniger darauf angesprochen, aber vielleicht geht es ihnen im Grunde ähnlich. Ich weiß jedenfalls von mir, dass ich mit den seelischen Belastungen, die ich in meiner Arbeit erfahre, nicht fertig werden würde, wenn ich keine Gelegenheit hätte, mir selber in einer Supervisionsgruppe erfahrenen Rat zu holen und mich auszutauschen mit Leuten, die ebenfalls in einem helfenden Beruf arbeiten.

Wie nötig es ist, dass auch Helfer nicht immer nur helfen und geben und selber ohne Hilfe bleiben, zeigt ganz drastisch z. B. der Fall des Wolfgang Lange im Landeskrankenhaus Gütersloh. Sie haben sicher davon gehört. Am 7. Januar war in der „Frankfurter Rundschau“ zu lesen: „Um auf seine »Überarbeitung« aufmerksam zu machen, will der 34jährige Krankenpfleger Wolfgang Lange... 14 überwiegend alte Patienten mit Luft-Injektionen in die Venen getötet haben“. Die »unzureichende Personalausstattung« auf seiner Station war sicher nur eine der Ursachen für dieses Gefühl der Überlastung. Vor fünf Jahren bereits war ein ähnlicher Fall in einer Wuppertaler Klinik bekannt geworden; damals hatte die Krankenschwester Michaela Röder mehrere Patienten mit Luft-Spritzen getötet. Sie hatte „ihre Taten als »Sterbehilfe« für unheilbar kranke und schwer leidende Menschen ausgegeben.“

Das sind extreme Fälle, die glücklicherweise selten vorgekommen sind. Aber ist es nicht auch ein Alarmzeichen, dass sich immer weniger junge Menschen für die Ausbildung im Pflegedienst bewerben? Dass immer mehr Pflegekräfte lange vor Erreichen der Altersgrenze aus dem Dienst ausscheiden? Dass sich Resignation ausbreitet, nachdem man lange über den Personalmangel geklagt hat, bis mancher selber das Handtuch wirft?

Schon vor 17 Jahren hatte der amerikanische Psychiater Freudenberger das „Burnout-Syndrom“ beschrieben, das häufig bei Menschen auftritt, die in helfenden Be-

rufen tätig sind. „Burnout“ heißt so viel wie „Ausbrennen“; und gemeint ist damit Folgendes:

- dass man sich ständig erschöpft und überfordert fühlt;
- dass man in seiner Tätigkeit kaum persönliche Erfüllung findet;
- dass man abstumpft gegenüber eigenen und fremden Gefühlen;
- dass man Widerstand entwickelt gegen jede Veränderung (weil man von jeder Veränderung noch mehr Arbeit, noch mehr Belastungen, erwartet).

Das letzte Element dieses inneren „Ausbrennens“, dieser Widerstand, ist auch eine Erklärung dafür, warum das Interesse z. B. an Gesprächsgruppen unter Pflegekräften so gering zu sein scheint, vielleicht gerade bei denen, die einen solchen Austausch am nötigsten bräuchten; denn zunächst stellt solch ein Angebot ja wieder einen neuen Termin dar; mit Gefühlen in Kontakt kommen oder gar von sich selbst zu reden, erfordert eine große Überwindung; und schließlich ist es doch die große Frage: bringt das Ganze denn überhaupt etwas?

Nun gut, ich weiß nicht, ob Sie an sich selbst ähnliche Beobachtungen machen können, wie sie dieser Amerikaner bei vielen Krankenpflegekräften festgestellt hat. Die Gefahren sind aber wohl deutlich, die fast jedem Helfer drohen, gerade wenn er ständig unter der Bedingung eines personellen Engpasses arbeiten muss.

Diese Veranstaltung heute könnte ein Anfang sein, um einen solchen Austausch über Belastungen, die in der Arbeit auf der Station auftauchen, in Gang zu setzen. Solch ein Austausch kann auf die Dauer zweierlei Folgen haben: Zum einen könnte man gemeinsam vielleicht doch etwas erreichen, um die äußere Arbeitssituation zu verbessern. Zum andern, und das halte ich fast für noch wichtiger, kann man sich damit auseinandersetzen, wie man innerlich mit dem umgeht, was einen belastet. Der eine stumpft ab – aber ist das eine Lösung? Ein anderer schluckt dauernd seine Probleme herunter – und heraus kommt ein Magengeschwür, oder ein Alkoholproblem. Ein weiterer regt sich ständig auf, rennt an gegen Mauern, gibt irgendwann resigniert auf. Wieder ein anderer schleppt tagelang Belastungen mit sich herum und wäre dankbar für einen geschützten Raum – in einer Gruppe, in der nichts nach außen weitergetragen wird –, um sich einmal aussprechen zu können.

Als Einstieg für einen solchen Austausch haben wir das vorhin genannte Thema gewählt, das wohl niemanden unberührt lässt. Am Thema „Sterben auf der Station“ verdichten sich viele der Belastungen der helfenden Kräfte, und viele Fragen sind nicht leicht zu klären und zu bewältigen: Was kann man für einen sterbenden Patienten tun, wann kann man nichts mehr tun? Und was tut man dann, wenn man

nichts mehr tun kann? Wie steht es, wenn der Patient bei Bewusstsein ist, mit der Wahrheit am Krankenbett? Wie kann man die Qualen eines unter großen Schmerzen leidenden Patienten mit ansehen?

Für diese Frage nach dem Umgang mit dem Sterben auf der Station hat man mich als einen Pfarrer ausgewählt. Dafür hält man offensichtlich immer noch den Pfarrer für zuständig, der wird, zumindest im katholischen Bereich, gerufen, wenn einer stirbt, der macht ja auch Beerdigungen, der redet vom ewigen Leben, usw.

Nun muss ich sagen: Ich persönlich bin überhaupt nicht gern der „Todesengel“, bei dessen Auftauchen ein Patient erschrickt: „Steht es mit mir schon so schlimm?“ Ich hoffe, dass inzwischen den meisten Patienten rasch deutlich ist, dass ich mich mindestens genau so intensiv um die Lebenden kümmere, mit ihnen spreche, mit ihnen Andachten halte, und dass es mir nicht darauf ankommt, jeden Patienten vor seinem Tod noch mit irgendwelchen kirchlichen Riten zu bearbeiten. Mich ruft man auch gar nicht so oft zu den Sterbenden. Vielleicht weil ich als evangelischer Pfarrer für solche Fälle ja auch nicht so viel in der Hand habe wie der katholische Priester. Die Krankensalbung gibt es bei uns nicht; für ein Krankenabendmahl ist es so kurz vor dem Tod oft auch zu spät.

Aber es kann auch gut und sinnvoll sein, zu einem Sterbenden zu gehen und – nichts in der Hand zu haben. Einfach da zu sein, nur mit sich selbst und mit dem, was in einem vorgeht.

Das kann gut und sinnvoll sein, weil dieses „Nichts-in-der-Hand-Haben“ ja genau der Situation dessen entspricht, der sterben muss. Auch er hat nichts in der Hand, er muss alles loslassen, kann nichts mitnehmen. Und wir, als die, die einem Sterbenden begegnen, können nichts mehr tun von dem, was wir so gern tun würden: heilen, zum Leben ermutigen, Hoffnung machen in dem Sinne: Es wird schon wieder. Da kann man eigentlich nur da sein, dieses hilflose Gefühl aushalten und dem Patienten vermitteln: Jetzt, in diesem Augenblick bin ich für Sie da, ich werde wieder gehen müssen, aber jetzt halte ich ein Stück weit mit Ihnen aus, was hier vor sich geht, was in mir, was in Ihnen vorgeht.

Nun möchte ich Ihnen eine Frage stellen, die Sie bitte jetzt einmal im Stillen ganz persönlich für sich beantworten möchten. „Wie nehmen Sie Kontakt zu einem sterbenden Patienten auf? Und was geht in Ihnen dabei vor?“ Sind Sie froh, eine Infusion anlegen zu können, eine Handreichung machen zu können? Was wäre, wenn Sie einfach mit leeren Händen hinkämen? Malen Sie sich einmal so eine Situation aus und versuchen Sie, sich einzufühlen.

* * * * *

Ich möchte noch einmal betonen: Sie als Pflegekräfte haben hier viel mehr den Kontakt mit den Sterbenden als alle anderen auf der Station. Deshalb möchte ich hier nicht reden als der, der mehr Ahnung hat als Sie.

Auch in den Veröffentlichungen zum Thema Sterben gibt es meines Wissens wenig, was in der Situation auf unseren Stationen hier weiterhilft. Sie kennen vielleicht Bücher von Frau Kübler-Ross. Sehr beeindruckende Auseinandersetzungen mit dem Thema des Todes und des Sterbens. Sie hat hervorragende Arbeit geleistet, um das Tabu des Todes zu durchbrechen und hat die Würde des Sterbens wiederentdeckt.

Nur leider können wir viele dieser Thesen für unseren Bereich gar nicht anwenden. Weil viele unserer Patienten eben ihr Sterben gar nicht so bewusst erleben. Sie sind oft schon lange sehr beeinträchtigt, dämmern dahin; fragen kaum oder nie nach Leben und Tod. Das heißt aber nicht, dass sie sich nicht damit beschäftigen. Nicht umsonst sind bei vielen Patienten gerade im Haus Alsenztal solche Kirchenlieder besonders beliebt, die auch den Aspekt des Sterbens mit drin haben: „Jesu, geh voran“ z. B., wo es heißt: „führ uns an der Hand bis ins Vaterland“. Oder: „So nimm denn meine Hände und führe mich bis an mein selig Ende und ewiglich.“ Sie erinnern sich vielleicht an Frau X., sie hat dieses Lied noch kurz vor ihrem Tod auf dem Sterbebett gesungen, dieselbe Frau X. die auch sonst viel gesungen und immer nach einem Zigarettchen gefragt hatte.

Ich habe bisher auf unseren Stationen hier nur in Einzelfällen eine Patientin oder einen Patienten in seinem Sterben so begleiten können, dass ich den Eindruck hatte, ich helfe ein wenig bei diesem Abschied.

In den meisten Fällen bleibt man mit einem Gefühl der Ohnmacht zurück, entweder weil man wirklich nichts tun konnte, keinen Kontakt mehr aufnehmen konnte zum Patienten, oder weil einfach die Zeit fehlte, um sich dem Sterbenden mehr zuzuwenden.

Die seelischen Belastungen durch das Miterleben des fremden Sterbens ergeben sich manchmal gerade durch diese Spannung: man möchte mehr tun, kann aber nicht; oder man kann die Realität einfach nicht mehr ertragen und versucht sie von sich zu schieben. Das aber geht nicht gut auf die Dauer.

Dazu möchte ich Ihnen ein Beispiel erzählen aus einer anderen Klinik. Eine Schwester klagte dort in einem Gesprächskreis darüber, dass der Gedanke an einen Patienten, der bereits vor Jahren auf ihrer Station gestorben sei, sie immer noch sehr belastete. Sie komme einfach nicht darüber hinweg. Im Gespräch stellte sich heraus, dass

es ein jüngerer Patient gewesen war, zu dem sie keinen rechten Draht gefunden hatte. Sie machte sich in gewisser Weise dafür verantwortlich, dass er bis zum Schluss die Tatsache verdrängte, sterben zu müssen; und sie stellte nun fest, dass sie sich nie eingestanden hatte, wie zornig sie war auf ein Schicksal oder einen Gott, der einen Menschen so früh aus dem Leben reißt, obwohl seine Frau und seine Kinder ihn noch nötig gebraucht hätten.

Die Gesprächsgruppe half dieser Schwester, sich über ihre eigenen Gefühle klar zu werden; sie konnte sie vor anderen aussprechen, ohne z. B. dafür kritisiert zu werden, dass sie einen Zorn auf Gott hatte; sie akzeptierte schließlich auch, dass sie damals wirklich nicht mehr tun konnte – sie konnte den Patienten ja nicht zwingen, sich seinem Sterben bewusst zu stellen.

Kurze Zeit später empfand sie den Gedanken an diesen Patienten nicht mehr als belastend; sie konnte ihn sozusagen verspätet „beerdigen“, von ihm wirklich Abschied nehmen.

Die Realität annehmen, sich den eigenen Gefühlen stellen, die da sind, sich dem Sterben eines Patienten stellen, das man nicht verhindern kann – das erinnert mich übrigens auch an ein Wort Jesu aus meiner letzten Sonntagspredigt: „Wer mir nachfolgen will, der verleugne sich selbst und nehme sein Kreuz auf sich und folge mir nach.“

Das ist ein oft missverstandenes Wort, weil man immer denkt, „sich selbst verleugnen“ heiße: völlig selbstlos nur an die anderen Menschen denken. Ich verstehe das Wort wörtlich so: Sich selbst verleugnen heißt: Ich kenne mich selbst nicht, jedenfalls noch nicht ganz. Sich selbst verleugnen heißt: sich selbst einmal ganz anders kennenlernen.

Wenn jemand, der in einem helfenden Beruf arbeitet, immer schon mehr an die anderen denkt als an sich selbst, der kann vielleicht die andere Seite in sich kennenlernen, dass er auch für sich etwas braucht. Sich selbst verleugnen heißt dann: anerkennen, dass man nicht immer nur geben kann, sondern auch ein Recht hat, etwas zu bekommen, zu genießen, sich selbst liebzuhaben.

Ich denke, dass jeder das braucht, sich immer wieder einmal zu befragen: habe ich nicht noch andere Seiten, andere Gefühle, die auch ihr Recht fordern. Es können Gefühle sein, die mir unangenehm und schmerzlich sind, eine unterdrückte Traurigkeit, ein versteckter Zorn, ein Schuldgefühl, eine andauernde Selbstüberforderung.

Ein Leiden entsteht jedenfalls oft daraus, dass man eine bestimmte Realität, ein „Kreuz“, wie Jesus sagt, nicht anerkennen will, obwohl man einfach nicht darum her-

umkommt. Das können äußere Realitäten sein – wie der Tod eines Patienten. Oder innere Realitäten – wie die Gefühle, mit denen ich auf einen Todesfall reagiere. Und verdrängen lassen sich Realitäten nicht, auch dann nicht, wenn es sich um unsere eigenen Gefühle handelt. Die melden sich wieder, notfalls an anderer Stelle, notfalls durch Krankheiten.

Ich weiß nicht, ob ich Sie durch diese Äußerungen nun angeregt habe, sich in ein Gespräch zur Sache einzulassen. Oder ob ich Sie eher abgeschreckt und genervt habe, weil ich Fragen angeschnitten habe, die für Sie gar nicht so interessant sind. Pfarrer haben auch manchmal die Eigenart, auf Fragen zu antworten, die niemand gestellt hat. Deshalb sind jetzt Sie dran – Sie haben das Wort!

* * * * *

Am Schluß der Veranstaltung möchte ich nun noch einmal ein paar Fragenkomplexe andeuten, um die es in folgenden Fortbildungsveranstaltungen gehen könnte. Wir können gemeinsam entscheiden, ob wir überhaupt weitermachen wollen, und mit welchen Fragen wir uns weiter beschäftigen wollen.

Lassen Sie mich noch einmal ein paar mögliche Fragen für uns hier und heute (oder auch für einen späteren Zeitpunkt) auflisten:

- Wie erleben wir eigentlich als Pflegekräfte, als Ärzte, als Therapeuten, als Pfarrer das Sterben auf der Station? Welche Unterschiede nehmen wir wahr: ob einer bewusst stirbt, d. h. in welchem Grad der Bewusstheit, ob einer leicht oder schwer Abschied vom Leben nimmt. Und dann vor allem die Frage: Wie nimmt uns dieses Sterben mit? Wann belastet es uns mehr, wann weniger? Mussten wir die Entscheidung treffen, unsere Gefühle eher wegzudrängen oder haben wir Möglichkeiten, anders mit unseren Gefühlen umzugehen?
- Wie gehen wir eigentlich mit dem Thema „Tod“ im eigenen, persönlichen Bereich um? Wie werden wir damit fertig, wenn ein mir nahestehender Mensch stirbt? Was geht in uns vor, wenn wir an unseren eigenen Tod denken, der uns unausweichlich einmal treffen wird? Ich bin davon überzeugt, dass die Art, wie wir selber mit diesem Thema umgehen, auch Auswirkungen darauf hat, wie wir dem Tod auf der Station begegnen.
- Spielen die Angebote der religiösen Tradition, mit dem Tod umzugehen, für uns noch eine Rolle? Oder sind wir auf der Suche nach neuen Wegen, diese Erfahrung zu bewältigen? Der Glaube an die Auferstehung der Toten hat heute viel von seiner ursprünglichen Kraft verloren; manche suchen Zuflucht in

Reinkarnationstheorien, manche glauben an den Tod als endgültiges Ende des Lebens.

- Eng verbunden mit diesen Fragen ist die Frage nach dem Sinn des Lebens. Ein erfülltes Leben loszulassen, fällt uns leichter als das sinnlose Ende eines sinnlosen Lebens vor Augen zu haben. Aber wann ist ein Leben erfüllt, wann ist es sinnvoll? Und wie gehen wir damit um, dass manche sich am liebsten selbst umbringen würden und dass andere verzweifelt an ihrem Leben hängen?
- Wie steht es – über unser heutiges Thema hinaus – mit anderen Belastungen, die uns als helfenden Kräften in der Klinik das Leben schwer machen? Wären Sie an einer regelmäßigen Möglichkeit interessiert, sich über solche Themen auszutauschen?
- Noch ein letzter, ganz konkreter Punkt. Ich weiß, dass es nicht allen möglich ist, hierher zu kommen, selbst wenn sie es wollen. Wenn eine Station unzureichend besetzt ist, kann sich auch in der Übergabezeit niemand frei machen. Ich weiß von Belastungen, die nicht mehr als tragbar erscheinen; und ich weiß, dass manche Pflegekräfte resignieren, sich nicht mehr beklagen, weil sie denken, es sei eh zwecklos, es könne doch nichts gemacht werden, und sie möchten auch nicht als Querulanten dastehen, die immer nur meckern.

Ein Nachtrag:

Einmal fragte mich eine Patientin, die gerade von der Schwester in einem langen Gespräch darauf vorbereitet worden war, dass sie nicht mehr gesund werden würde: Wollen Sie mir auch noch schwere Gedanken machen? Da musste ich letzten Endes zustimmen: Ja, ich würde Ihnen doch nicht helfen, wenn ich Ihnen etwas vormachte. Als dann aber die Patientin sagte: Dann wäre ja alles umsonst gewesen, mein ganzer Kampf gegen die Krankheit, alles wäre dann aus. Da habe ich Einspruch erhoben: Ich sehe das etwas anders. Ein Kampf ist zwar vorbei, der Kampf, um gesund zu werden. Aber eine andere Aufgabe ist noch da, nämlich loszulassen, das Leben herzugeben, Abschied zu nehmen, vielleicht noch etwas zu beenden, was noch offen ist in einer Beziehung. Und dieses Loslassen ist nicht weniger wichtig als vorher ein Leben lang das Festhalten und Bewahren und Kämpfen gewesen war. Ich habe mit dieser Frau nur dieses eine Gespräch geführt. Später hörte ich, dass sie am gleichen Tag noch weinen konnte; ich nehme an, dass darin ein Stück von diesem Loslassen geschehen ist, dass sie nicht mehr so verkrampft an ihrem Leben gehangen hat wie zuvor. Am Tag danach ist sie gestorben.

Klinikseelsorge in der Psychiatrie

Vortrag am 30. Januar 1991

im Gesprächskreis der evangelischen Kirchengemeinde Armsheim/Rheinhessen

Vielen Dank zunächst einmal für die Einladung in Ihren Gesprächskreis! Als ich kürzlich in unserem Bibelkreis in der Nervenlinik erwähnte, dass ich heute hier in Armsheim sein würde, da ist mir so rausgerutscht: „Da mache ich Reklame für die LNK!“ (LNK = Landesnervenlinik) Ja, so etwas Ähnliches habe ich vor; jedenfalls geht es mir darum, Verständnis zu wecken für die Patienten, die dort für eine kürzere oder längere Zeit leben müssen.

Doch am Anfang soll wie immer die Andacht stehen. Ich möchte auch hier schon einen Bezug zu meiner Arbeit in der Klinik herstellen und mit einem Lied beginnen, das ich dort fast jeden Monat mindestens fünfmal singe: „Großer Gott, wir loben dich!“ (Evangelisches Gesangbuch 331)

Großer Gott, wir loben dich

Ein paar Vorbemerkungen. Dieses Lied gehört nicht unbedingt zu meinen Lieblingsliedern. Es ist aber eins von den Liedern, die unter den alten Patienten im Haus Alsenzthal noch weitgehend bekannt sind, selbst bei den Männern, selbst bei manchen von den verwirrten Patientinnen und Patienten. Wenn ich dort Andacht halte und frage: Wollen wir das Lied singen „Großer Gott, wir loben dich!“ dann kommt immer Zustimmung, und mancher singt mit oder bewegt wenigstens die Lippen, von dem man es nicht gedacht hätte.

Nun mag dem einen oder andern die Frage kommen: Wie kann man denn angesichts des Elends da oben in der Nervenlinik überhaupt Gott loben?

Und da haben wir dieses meistgebrauchte Wort, das ich von Besuchern höre, wenn sie zu uns in die Klinik kommen (oder wenn Leute überhaupt nur an die LNK denken): Was für ein Elend! Diese armen Menschen!

„Elend“ – dieses Wort kommt auch in dem Psalm vor, den Jesus am Kreuz gebetet hat. Im Psalm 22, der mit den Worten beginnt:

2 Mein Gott, mein Gott, warum hast du mich verlassen?

Ich schreie, aber meine Hilfe ist ferne.

Ja, das ist die Erfahrung auch manches Patienten in der Klinik: Gottverlassenheit, verzweifelte Sehnsucht nach Hilfe. Das kann man schon ein Elend nennen.

Aber an der Stelle, wo dieses Wort Elend nun wirklich wörtlich im Psalm vorkommt, im Vers 25, da ist es eingebettet in einen anderen Zusammenhang:

25 Denn Gott hat nicht verachtet noch verschmäht das Elend des Armen und sein Antlitz vor ihm nicht verborgen; und als er zu ihm schrie, hörte er's.

Und davon möchte ich zu Ihnen reden in dieser Andacht: von dem Elend, dem man sich nähern, dem man sich aussetzen kann, dadurch, dass man weiß: Gott verachtet nicht den Elenden. Wissen Sie: wenn jemand sagt – „Was für ein Elend!“ – dann höre ich oft den Wunsch heraus: „Wäre ich doch bloß schnell wieder weg hier! Ich kann das nicht ertragen! Ich möchte das nicht mit ansehen, wie Menschen so leiden müssen!“

Gott sagt das nicht. Gott verschmäht nicht das Elend des Armen. Er verbirgt nicht sein Antlitz vor ihm. Er schaut hin und lässt sich anschauen. Und er hört hin auf das Schreien des Verzweifelten. – Und dieses Hinschauen, Hinhören, das kann man von Gott abkucken, das kann man von Gott lernen.

Was geschieht dann? Dann bekommt das Elend einen Namen. Aus namenlosem Elend werden die persönlichen Schicksale von Personen, von Männern und Frauen, die ihre eigene Geschichte haben, die auch ihre eigene Art haben, mit ihrem Schicksal fertig zu werden.

Dann sehe ich neben verbitterten Gesichtern auch eines, das mich jedesmal anlacht, wenn ich ans Bett trete. Dann höre ich auf die Frage: „Wie geht's?“ zwar manchmal die Antwort: „mir geht's dreckig“, aber oft auch andere Töne: „ich bin zufrieden“ – „ich bin ja in guten Händen“ – „man darf doch die Hoffnung nicht aufgeben“.

Was geschieht noch, wenn man genauer hinschaut in das, was wir das Elend der Patienten nennen? Unsere gesellschaftsüblichen Werte werden auf den Kopf gestellt. „Selig die Armen, die vor Gott nichts in der Hand haben!“ sagt Jesus in der Bergpredigt. „Selig die Leidtragenden, ja gerade sie, sie werden getröstet!“ (Matthäus 5, 3-4, eigene Übersetzung) Und wie Paulus es in einer persönlichen Offenbarung von Christus hörte: „Meine Kraft ist in den Schwachen mächtig!“ (2. Korinther 12, 9) In der Nervenlinik werden viele Menschen mit dieser harten Wahrheit konfrontiert: Ich kann nicht mehr so wie früher. Ich habe mich nicht mehr vollkommen unter Kontrolle. Ich war doch immer stark, konnte mich immer zusammenreißen, und jetzt bin ich hier, bin schwach, bin auf Hilfe angewiesen. Für viele ist das ein Schock, ein Zusammenbruch von allem, was bisher ihr Leben ausgemacht hat.

Doch für manche beginnt dann die langsam keimende Einsicht: schwach sein – vielleicht ist das ja gar nicht die absolute Katastrophe. Vielleicht gehört das ja sogar zum Leben dazu. Vielleicht hat man sich ja immer etwas vorgemacht, als man dachte, man könne sich im Leben eigentlich nur auf sich selbst verlassen und man brauchte niemanden sonst. Und manche fangen an, umzulernen, Hilfe annehmen zu lernen, zufrieden zu sein mit kleinen Schritten, die man gehen kann.

Dass Gottes Kraft in den Schwachen mächtig ist, hat Gott selbst erfahren. Gott selbst, der persönlich in der Gestalt Jesu am Kreuz gehangen hat. Gott selbst, der die Verzweiflung der Gottverlassenheit am eigenen Leibe gespürt hat. Jesus hat ja diesen Psalm 22 selber gebetet:

2 Mein Gott, mein Gott, warum hast du mich verlassen?
Ich schreie, aber meine Hilfe ist ferne.

Er hat im folgenden Vers Sätze ausgesprochen, die ich auch schon von Patienten gehört habe:

3 Mein Gott, des Tages rufe ich, doch antwortest du nicht,
und des Nachts, doch finde ich keine Ruhe.

Und doch konnte Jesus im gleichen Atemzug doch ein Gotteslob anfügen:

4 Du aber bist heilig, der du thronst über den Lobgesängen Israels.

Und wissen Sie: das gleiche erlebe ich auch in der Klinik: nirgendwo sonst habe ich bisher erlebt, dass das Lob Gottes so nahe gelegen hätte.

Nicht dass jeder dort ein gläubiger Mensch wäre. Aber das Fragen nach Gott liegt anscheinend viel näher, als wenn man in seinen Alltagsgeschäften kaum zum Atemholen kommt.

Und es ist ja nicht so, dass unser Lob Gottes das Leiden der Menschen ausklammert: Wir loben ja den „starken Helfer in der Not“. Wir stellen kritische, zweifelnde Fragen, es werden in Gebeten auch Klagen und Anklagen formuliert. Doch Gott hält das aus, denn „er hat nicht verachtet noch verschmäht das Elend des Armen und sein Antlitz vor ihm nicht verborgen; und als er zu ihm schrie, hörte er’s.“ Amen.

Wir singen das Lied 638 aus dem Evangelischen Gesangbuch:

Ich lobe meinen Gott, der aus der Tiefe mich holt, damit ich lebe

Ich möchte noch einmal bei einer Bemerkung anknüpfen, die ich vor meiner Andacht gemacht habe: ich singe „Großer Gott, wir loben dich“ jeden Monat mindestens fünfmal. Das möchte ich doch etwas genauer erläutern.

Das hängt nämlich mit einem meiner Hauptarbeitsbereiche zusammen, mit meiner Tätigkeit im Bereich der sog. Gerontopsychiatrie, d. i. die nervenärztliche Betreuung der über 65-jährigen Patienten in der LNK Alzey. Auf diesen fünf Stationen biete ich mindestens einmal im Monat (wenn es geht, sogar 14-tägig) eine Andacht an, und da ist eben – wie gesagt – eins der Lieblingslieder dieses Lied. „Lobe den Herren“ kommt auch fast jedesmal vor, und besonders beliebt ist „So nimm denn meine Hände“. Dann singen wir aber auch Volkslieder.

Im inhaltlichen Teil, bei den Texten und Gebeten, da muss ich Unterschiede machen, je nachdem, auf welcher Station ich bin. Es gibt da drei geschlossene Stationen mit mehr oder weniger verwirrten Patientinnen bzw. Patienten. Da lese ich meist eine einfache Geschichte vor, z. B. aus den Vorlesebüchern Religion, um einfach ein bisschen Abwechslung und einfachen Stoff für eine geistige Anstrengung zu bieten. Oder ich versuche es mit kleinen Ratespielen, zeige auch mal Dias. Ähnlich auf der Langzeitstation, wo manche Patientinnen schon seit Jahrzehnten in der Klinik sind; deren Leben Tag für Tag nach dem gleichen Schema abläuft; die freuen sich einfach sehr über jede Abwechslung. Etwas anders ist es auf der offenen Station (ich rede immer noch von dem Bereich der über 65-jährigen): dort steht die Bibelauslegung im Vordergrund, abgestimmt auf die Probleme der Patienten, die zum größeren Teil unter Depressionen leiden.

Ich habe einfach mal mit diesem Teil meiner Arbeit angefangen, weil ich hier bei Ihnen ja auch so eingestiegen bin, mit einer Andacht, mit Gitarrenspiel. Weitaus im Vordergrund steht bei meiner Arbeit als Krankenhausseelsorger jedoch das Einzelgespräch. Das kann ganz verschieden aussehen. Auf der offenen Station gibt es manchmal lange Gespräche über die Lebensgeschichte eines einzelnen. Gespräche über Glaubensfragen: Warum lässt Gott mich so leiden? Warum lässt er den Golfkrieg zu? Warum hilft er mir nicht? Auf den geschlossenen Stationen sind Gespräche nicht immer so einfach zu führen, weil die Krankheiten schwerer sind, der Bezug zur Wirklichkeit oft stark beeinträchtigt ist. Hier sind es oft kurze Kontakte, regelmäßig jede Woche einmal, die eine große Rolle spielen, und wenn es nur die gleichen Worte sind: „Wie geht’s?“ oder ein Händedruck, oder ein Gebet, das ein Patient, der sonst kaum noch sprechen kann, vielleicht sogar mitmurmelt.

Mein zweiter Arbeitsbereich liegt im Bereich der akuten bis mittelfristigen Psychiatrie. Es ist so: wenn jemand im Alter zwischen 18 und 65 plötzlich seelisch überhaupt nicht mehr zurechtkommt, wenn kein Nervenarzt mehr helfen kann, also z. B. wenn einer Stimmen hört, sich ständig grundlos verfolgt fühlt, völlig ausrastet, sich nicht mehr unter Kontrolle hat, oder wenn einer einen Nervenzusammenbruch erleidet, versucht hat, sich umzubringen, dann kann es sein, dass er freiwillig oder gezwungen auf eine der Akutabteilungen in der Nervenklinik im Haus Nahetal kommt. Dort findet er neben den Ärzten, dem Pflegepersonal, der Sozialarbeiterin und den Leuten von der Beschäftigungstherapie einmal in der Woche auch einen Seelsorger vor, der auf die Station kommt, mit dem man reden kann (aber nicht muss), und der wirklich sehr gern und viel in Anspruch genommen wird, um wirklich buchstäblich über Gott und die Welt zu reden.

Manche werden nach ein paar Wochen wieder entlassen, andere müssen länger bleiben, die meisten kommen nach einiger Zeit, wenn es ihnen etwas besser geht, auf einer der offenen Stationen ins Haus Jakobsberg. Da gibt es nun auch noch Psychologen, die eine Gesprächstherapie anbieten – einzeln und in der Gruppe. Es geht praktisch darum, denjenigen, die den Ursachen ihrer seelischen Störungen auf den Grund gehen wollen, dazu eine erste Hilfestellung zu leisten.

Als Seelsorger arbeite ich auf dieser Station gut mit dem ärztlich-psychologischen Team zusammen. Denn man kann hier nicht nur nebeneinander oder gar gegeneinander arbeiten, sonst könnte man Patienten schaden. D. h. wenn ich weiß, dass jemand regelmäßige Einzelgespräche beim Psychologen hat, werde ich darauf achten, meine Gespräche mit diesem Patienten nicht zu sehr ausufern zu lassen – sonst könnte es passieren, dass er sich z. B. in die Seelsorge immer dann flüchtet, wenn die Therapie für ihn zu anstrengend wird. Wir ergänzen uns mittlerweile ganz gut; Psychologen schicken auch mal Patienten zu mir, wenn es um Fragen geht, für die sie sich nicht kompetent fühlen, z. B. die Frage nach Schuld und Vergebung, oder die Frage: Woher bekomme ich im Leben einen Halt?

Auf dieser offenen Station ist es auch, wo wir eine regelmäßige Bibelgesprächsgruppe haben. Da kommen nicht viele Leute, zwischen vier und acht, allerhöchstens mal zehn Leute, aber es ist ein immer sehr fruchtbares und sowohl bibelorientiertes als auch lebensnahes Gespräch.

Ich bin auch noch in anderen Bereichen tätig, z. B. auf einer Station, wo alkohol- und drogenabhängige Patienten entgiftet werden; außerdem betreue ich noch zwei Stationen im Kreiskrankenhaus; aber darauf möchte ich jetzt nicht so ausführlich eingehen.

Erwähnen möchte ich noch, wo ich nicht arbeite: im Bereich der Neurologie, im Bereich der eher geistig behinderten und Langzeitpatienten, und im Bereich der aus psychischen Gründen straffällig gewordenen Patienten. Diese Bereiche werden von meinen beiden Kollegen betreut, die ebenfalls in der LNK arbeiten (da ist noch ein katholischer und ein evangelischer Seelsorger). Auch die Tagesklinik und die Wohngruppen, die es außerhalb der Klinik in Alzey gibt, werden von meinen Kollegen betreut.

Etwas, was alles andere übergreift, ist die Gottesdienstarbeit. Denn in den Gottesdienst am Sonntag in unserer Klinik-Kapelle können grundsätzlich alle Patienten gehen. Gottesdienst in der LNK ist für mich etwas sehr Schönes. Da weiß ich: Wer dort sitzt, der braucht wirklich Gottes Nähe oder Gottes Zuspruch, oder er fragt jedenfalls inmitten vieler Zweifel irgendwie nach Gott.

Gottesdienst in der LNK halten bedeutet etwas Ähnliches, wie wenn man in der Gemeinde Familiengottesdienst hat. Es gilt, denen, die geistig nicht allen Gedankengängen folgen können, doch jedenfalls bildhaft anschaulich etwas anzubieten, von dem sie seelisch satt werden. Und es gilt, die geistig anspruchsvollen Patienten nicht zu unterfordern. Allerdings – in einem sind alle gleich: Sie brauchen – und darin fühle auch ich mich ihnen gleich – geistliche Nahrung für ihre Seele. Vielleicht ist es dort in der Klinik nur noch deutlicher als woanders: Predigt, Gottesdienst, darf nicht in erster Linie Forderung, Gesetzespredigt, Aufruf und Appell sein. Nein, Predigt muss Nahrung für die Seele sein, und wer gesättigt und gestärkt ist, der verträgt auch den einen oder anderen Anstoß zum Nachdenken, zum Umlernen, zu bestimmten veränderten Schritten in seinem Leben. Aber das gilt eigentlich auch für Gesunde nicht anders als für Patienten.

Letzte Bemerkung, bevor Sie mich mit Fragen löchern können, und ich Ihnen auch einige Fragen stellen möchte: Ich sagte, dass grundsätzlich alle Patienten in der Gottesdienst kommen können. Dazu gibt es zwei Einschränkungen. Es dürfen nur die kommen, die Ausgang haben. Und es können nur die kommen, die einigermaßen gut zu Fuß sind und so gut orientiert sind, dass sie auch wieder zu ihrem Haus zurückfinden. Mit anderen Worten: es würden durchaus noch einige Patienten mehr zur Kirche kommen, wenn jemand da wäre, der sie abholte und wieder in ihr Haus zurückbrächte. Seit einiger Zeit sind wir auf der Suche nach Leuten, die Lust und Zeit hätten, um sich in dieser Weise vielleicht einmal im Monat für Patienten einzusetzen.

Und nun fragen Sie zurück! Was möchten Sie noch wissen zu meiner Arbeit in der Nervenlinik? Oder haben Sie noch Fragen zu meiner Andacht?

* * * * *

Nun habe ich noch eine Frage an Sie: Wenn Sie von der Nervenlinik hören, was haben Sie dann für ein Gefühl, was geht Ihnen durch den Sinn?

* * * * *

Vorschläge:

- Gottesdienstabholdienst?
- Teilnahme oder Mitgestaltung im Gottesdienst?
- Teilnahme einzelner bei Andacht oder Bibelkreis?

Petrus, Jesus und die Depression

Vortrag am 30. Januar 1991

im Gesprächskreis der evangelischen Kirchengemeinde Armsheim/Rheinhessen

Vielen Dank für die Einladung zu Ihrem Frauenhilfsnachmittag! Einige von Ihnen kenne ich bereits; wir haben ein paar Nachmittage miteinander verbracht zum Thema „Besuchsdienst in der Gemeinde“.

Sie haben mich gebeten, diesen Vortrag unter das Thema „Depressionen“ zu stellen, da ich in der Landesnervenklinik Alzey viel Kontakt mit Menschen habe, die an Depressionen leiden. Da ich kein Arzt und kein Psychologe bin, sondern Seelsorger, möchte ich nun aber nicht von der rein psychologischen oder ärztlichen Seite auf dieses Thema eingehen, sondern ich möchte das, was ich sage, mit einer Bibelarbeit verknüpfen und auch mit Liedern, die wir zwischendurch singen.

Damit wir uns nicht durch das Thema „Depressionen“ in unserem Gefühl hinunterziehen lassen, möchte ich zu Beginn ein Loblied mit Ihnen singen – ein Lied übrigens, das wir auch bei unseren Andachten im Haus Alsenztal in der Nervenklinik regelmäßig singen: „Großer Gott, wir loben dich!“ (Evangelisches Gesangbuch 331) Das Haus Alsenztal ist übrigens das Haus der älteren Patienten (über 65 Jahre), wo u. a. auch viele Patienten behandelt werden, die an Depressionen leiden.

Großer Gott, wir loben dich

Ich beginne meinen Vortrag mit dem Predigttext des vorvorigen Sonntags aus dem Evangelium nach Markus 8, 31-38:

31 Und Jesus fing an, sie zu lehren:

Der Menschensohn muss viel leiden und verworfen werden
von den Ältesten und Hohenpriestern und Schriftgelehrten
und getötet werden und nach drei Tagen auferstehen.

32 Und er redete das Wort frei und offen.

Und Petrus nahm ihn beiseite und fing an, ihm zu wehren.

33 Er aber wandte sich um, sah seine Jünger an
und bedrohte Petrus und sprach: Geh weg von mir, Satan!
denn du meinst nicht, was göttlich, sondern was menschlich ist.

34 Und er rief zu sich das Volk samt seinen Jüngern und sprach zu ihnen:
Wer mir nachfolgen will, der verleugne sich selbst
und nehme sein Kreuz auf sich und folge mir nach.

35 Wer sein Leben erhalten will, der wird's verlieren.
Und wer sein Leben verliert um meinetwillen
und um des Evangeliums willen, der wird's erhalten.

Liebe Zuhörerinnen!

„Der Menschensohn muss viel leiden“, das ist das erste, was die Jünger in diesem Text hören, das erste, was Jesus hier von sich selbst sagt. Die Jünger dürfen ein wenig vorausschauen in die Zukunft: Jesu Leidensweg beginnt, auf lateinisch: seine Passion. Auch im Kirchenjahr stehen wir am Anfang der Passionszeit.

Wir befassen uns eigentlich gar nicht so gern mit dem Leiden. Wenn im Fernsehen immer nur vom Krieg die Rede ist, wenn uns die Bekannten immer nur von ihren Krankheiten erzählen, wenn uns jemand immer nur sein Leid klagt, dann wird es uns oft zu viel. Aber wir können nicht immer ausweichen. Spätestens, wenn uns selbst eine Krankheit trifft, wenn es uns selbst schlecht geht, dann sind wir ja direkt betroffen. Aber auch die Leiden anderer Menschen nehmen uns seelisch mit, vor allem, wenn wir sie gut kennen, oder auch wenn wir die Bilder von grausam leidenden Menschen im Fernsehen mit ansehen.

Eine Form des Leidens soll das Thema dieses Nachmittags sein: ein Leiden mit dem lateinischen Namen Depression. Welche Beschwerden sind mit diesem Wort eigentlich gemeint? Das Wort „Depression“ heißt eigentlich: Niederdrücken, unterdrücken. Und gemeint ist eine niedergedrückte Stimmung, die den ganzen Menschen erfassen kann, die auch den Körper in Mitleidenschaft ziehen kann. Das sieht nicht bei jedem Menschen gleich aus, sondern es können sehr unterschiedliche Symptome auftreten. Zum Beispiel: „Stimmungsschwankungen von Tag zu Tag..., Augenblicke, in denen (man) ein Gefühl der Sinnlosigkeit erlebt, empfindlicher ist als sonst und leicht zu Tränen neigt... eine Verdüsterung der Laune, Schlafstörungen, ein Verlust der Selbstachtung und des Überblicks. ...Müdigkeit, Energieverlust, der Wunsch, das Zusammensein mit anderen zu vermeiden, ...geringer Appetit und Gewichtsverlust, Überempfindlichkeit, Furchtsamkeit und Reizbarkeit sowie körperliche Beschwerden ohne irgendeinen diagnostizierbaren Grund“ (aus Frederic Flach, Depression als Lebenschance, Reinbek bei Hamburg 1975, S. 13f.).

Aber bevor wir uns fragen, woher denn solche Beschwerden kommen mögen, möchte ich wieder einen Blick zurück auf den biblischen Text werfen.

Die Jünger Jesu kannten das Leid der kleinen Leute, das Leid des Volkes, das von den Steuereintreibern ausgebeutet und den römischen Soldaten unterdrückt wurde, das Leid der Armen, die Betteln gehen mussten, das Leid der Kranken, die aus der Gemeinschaft ausgestoßen waren. Ob es damals auch schon Depressionen gab? Man könnte vielleicht an das Leid der Menschen denken, die sich von bösen Mächten gefangen fühlten, von den Dämonen des Bösen oder von den Gespenstern der Furcht und Angst oder der Schwermut.

Wie dem auch sei – die Jünger Jesu hatten angesichts all dieses Leides eine neue Hoffnung. Sie hatten sich Jesus angeschlossen. Sie spürten, dass von ihm eine Kraft ausging, die von Gott kommen musste. Petrus sprach es aus, es wird berichtet kurz vor unserem Text: „Jesus, du bist der Christus, der Messias, auf den wir warten, der uns von allem Leid retten soll!“

Mit dem, was wir im Bibeltext gehört haben, antwortet Jesus auf diese Erwartung. „Und er fing an, sie zu lehren.“ So fängt unser Text an. Jesus will ihnen etwas Neues sagen. Es ist eine schwere Lektion, die er ihnen erteilen will. Er will ihnen etwas beibringen, mit dem sie nicht sofort einverstanden sein werden. Sie sind ja schon eine ganze Zeitlang bei Jesus in der Lehre, aber es wird ihnen schwerfallen, überhaupt zu verstehen, was Jesus jetzt meint.

Er widerspricht Petrus nicht in dem Punkt, dass er, Jesus, der Messias sei. Ja, er kommt von Gott, er ist der Christus, der Messias, der Retter von allem Leid. Nur dass Jesus dafür einen schlichteren Namen wählt: „Menschensohn“ nennt er sich. Aber die Art, wie er das Leid besiegen wird, ist ganz anders als sich die Jünger das vorstellen. „Der Menschensohn muss viel leiden.“ So beginnt Jesus sein neues Lehrstück für die Jünger. Jesus kündigt an, dass er selber leiden muss, um das Leiden zu besiegen. Ja, er sagt denen, die in ihm den starken Retter in der Not sehen, ganz klar und deutlich: Seht zu, ob ihr euch nicht in mir täuscht! Seid ihr auf der Suche nach einem Gott, der alle Probleme mit einem Schlag aus der Welt schafft? Sucht ihr einen Messias, der immer nur stark ist? Aber ihr werdet nur einen Gott finden, der leiden muss, sagt Jesus, denn das ist mein Weg, daran führt nichts vorbei. Es ist so, als ob man zu einem Arzt kommt, um behandelt zu werden, und der Arzt sagt: Ich bin selber auch krank.

Jesus nennt auch Namen, er sagt, von wem ihm Gefahr droht. Es sind die, die etwas zu sagen haben. Die politischen und religiösen Anführer des Volkes, sie sehen in ihm nicht den Messias, sondern einen Unruhestifter und Aufrührer. Ja, der Menschensohn muss, so sagt Jesus, „verworfen werden von den Ältesten und Hohenpriestern und Schriftgelehrten.“

Mit anderen Worten: Jesus sieht klaren Auges, dass er vor der Welt scheitern wird. Er wird es nicht schaffen, alle Menschen auf den Weg des Friedens und der Liebe zu führen. Er will ja niemanden zwingen, und die Menschen werden ihn zum größeren Teil ablehnen, selbst seine Jünger werden ihn verlassen vor lauter Angst. Jesus rechtfertigt nicht dieses Leiden. Er sagt nicht, dass es irgendeinen Sinn hat. Er sieht nur, dass es unvermeidlich ist. Es führt kein Weg daran vorbei. Bis zum bitteren Ende wird Jesus leiden müssen, so sieht er es voraus; zum Schluss wird er sogar „getötet werden“.

Besonders betont wird nun, wie Jesus hier zu den Jüngern redet: „Und er redete das Wort frei und offen.“

Das ist wirklich etwas Besonderes. Wer von uns redet schon gern darüber, dass wir mit etwas nicht fertig werden, dass wir zu schwach sind, um irgendetwas zu schaffen, dass wir uns innerlich elend fühlen? Jesus tut das; er spricht offen von seinem Weg ins Leiden. Auch später, im Garten Gethsemane, hofft er eigentlich darauf, dass seine Jünger seine Verzweiflung mitbekommen, dass sie mit ihm wach bleiben und in seiner Angst vor dem Tod einfach bei ihm sind.

An diesem Punkt können wir nun vielleicht etwas begreifen vom Wesen der Depression. Der amerikanische Psychiater Frederic Flach sagt von der Depression: Sie ist „auf manche Situationen des Lebens... die einzig gesunde Reaktion“ (S. 13). Er meint damit: All die Symptome, die ich vorhin aufgezählt habe, sind oft das normalste von der Welt.

Wenn z. B. ein Kind zum Jugendlichen heranwächst, dann reagiert es oft mit Depressionen, mit Launen, mit schwankenden Stimmungen. Denn es will zwar erwachsen werden, aber es ist nicht leicht, von der Kindheit Abschied zu nehmen, sich von den Eltern zu lösen und mit der größeren Verantwortung fertigzuwerden, die man jetzt aufgebürdet bekommt. Irgendwann sind diese depressiven Verstimmungen dann auch wieder vorbei.

Umgekehrt, wenn Eltern erleben, dass die Kinder erwachsen geworden und aus dem Haus sind, dann stehen auch sie vor einer neuen Situation. Eine Lebensaufgabe liegt hinter ihnen, die Erziehung der Kinder, die Gestaltung eines Lebens zu zweit oder allein, ohne die Kinder, muss nun bewältigt werden. Auch da ist es zunächst ganz normal, mit einer Depression zu reagieren, sich schlecht zu fühlen. Nach mehr oder weniger langer Zeit kann auch diese Depression überwunden sein.

Man kann auf einen Verlust, z. B. auf den Tod eines geliebten Menschen, mit einer Depression reagieren, manchmal kann es aber auch ein Zuviel des Guten sein, das einen völlig überlastet und schließlich depressiv macht, z. B. wenn jemand beruflich befördert wird, zugleich ein Haus fertigstellt, während der Sohn das Abitur macht und die Tochter gerade Mutter wird.

Solche akuten Depressionen sind nichts Schlimmes, sie sind oft sogar notwendig, um mit einem Verlust, einer erhöhten Belastung, einer entscheidenden Veränderung im Leben fertig zu werden. Ja, wir können sogar sagen: Wenn jemand allzuleicht mit einer Belastung fertig wird, wenn einer alles einfach so wegsteckt, dann ist das gar kein so gutes Zeichen. Es kann nämlich sein, dass sich die verdrängte Belastung später doch noch meldet – und dann weiß man oft gar nicht mehr, warum jemand jetzt krank wird. Eine Frau sagte mir z. B.: „Ich habe gar nicht geweint, als ich zehn Jahre

alt war und mein Vater starb“. Das war kein Zeichen von besonderer seelischer Robustheit und Gesundheit gewesen, sondern das kleine Mädchen hatte damals einfach niemanden gehabt, bei dem es sich hätte ausweinen können, es konnte über Jahrzehnte hin keine Tränen vergießen und musste später wegen einer chronischen Depression behandelt werden.

Viele Menschen nehmen gar nicht wahr, dass sie depressiv sind. Sie schämen sich ihrer Schwachheit. Sie finden es peinlich, sich schlecht zu fühlen, nicht gut drauf zu sein, in ihrer Leistung nachzulassen, nicht mehr so zu können wie früher. Aber gerade dann, wenn man eine gesunde depressive Reaktion verdrängt, dann kann aus der harmlosen akuten Depression leicht eine chronische werden, die ärztlich behandelt werden muss. Dann ist es oft nicht leicht, die ursprünglichen Ursachen herauszufinden.

Manche Menschen, die eigentlich depressiv sind, die sich ihre Schwäche aber nicht eingestehen wollen, werden mit der Zeit körperlich krank. Das finden sie vielleicht sogar weniger schlimm, als wenn sie wegen einer Depression behandelt werden müssen. Wenn ein Organ versagt, das ist wenigstens eine anerkannte Krankheit; da würde niemand sagen: „Ach, nur eine Depression, das bildest du dir nur ein.“

Was tut man nun, wenn man merkt, in mir steckt so ein depressives Gefühl?

Am besten ist es, wenn man dem Beispiel Jesu folgt: frei und offen darüber sprechen. Nicht unbedingt mit jedem, aber mit jemandem, zu dem man wenigstens ein bisschen Vertrauen hat. Das kann ein Arzt sein, ein Pfarrer, ein Psychologe, aber auch ein Freund, eine Freundin, jemand aus der Verwandtschaft. Bei Jesus waren es auch zunächst die Jünger, die vertrautesten Menschen, zu denen er von seinem Leiden spricht. Vielleicht ist es auch bei Jesus so, dass er erst einige Zeit mit ihnen zusammen sein musste, bis er „frei und offen“ mit ihnen über dieses Thema reden konnte. Das wissen wir ja auch, dass wir uns nicht mit jedem aussprechen können über das, was uns bedrückt, viel Vertrauen ist nötig, um das zu wagen.

Bei diesem freien und offenen Sprechen sagt Jesus aber nun noch etwas, was ich vorhin ausgelassen hatte. Ein kleines Wörtlein, das man wohl auch leicht überlesen kann, das aber sehr wichtig ist: Im gleichen Atemzug, in dem Jesus sagt: „Der Menschensohn wird leiden und getötet werden“, spricht er von einer fast unglaublichen Hoffnung: „Und nach drei Tagen“ wird er „auferstehen.“

Leiden ist für Jesus nicht das Letzte. Leiden ist ein Weg, und am Ende steht nicht als Letztes der Tod, sondern „Auferstehung“. Jesus wird also leiden müssen, wird verworfen werden, wird getötet werden, und nach drei Tagen auferstehen. So beschreibt er den Weg, der vor ihm liegt. Es wird ein harter Weg sein, ein trauriger, ein

Weg voller Schmerzen; doch auch ein Weg voller Hoffnung, denn das letzte Wort heißt nicht Tod, sondern „auferstehen“.

Das war für die Jünger schwer zu begreifen (und vielleicht auch für uns): Durch Leiden zum Leben? Der Weg zum Glück soll durch großes Unglück hindurchführen? Ein Schmerz muss erlitten, muss gefühlt werden, damit man gesund wird?

Ich möchte an dieser Stelle mal eine Pause machen in meinem Vortrag, um mit Ihnen gemeinsam ein Lied zu singen, das genau davon handelt. Es ist eine alte christliche Weisheit, dass man gerade durch Trübsal zu Gott kommt, und sie wird in dem Lied „Jesu, geh voran“ vielleicht am deutlichsten ausgesprochen (Evangelisches Gesangbuch 391).

Jesu, geh voran

Manche verstehen auch jetzt noch nichts, nach Jesu offenem Wort. Petrus wird als Beispiel dafür genannt, Petrus, der Draufgänger, der sich immer stark fühlt, der von Angst und Schwachheit und Leiden nichts wissen will. Was tut Petrus nach der kurzen Predigt, die er von Jesus gehört hat? „Und Petrus nahm ihn beiseite und fing an, ihm zu wehren.“ Ist doch klar. Petrus kann es nicht haben, überhaupt nur an das Leiden zu denken. Sein Meister soll leiden müssen? Jesus, den er gerade als Messias angeredet hat, soll getötet werden? Dann müsste ja Gott selber schwach sein. Das geht dem Petrus einfach nicht in den Schädel hinein. Also widerspricht er Jesus. Aber nicht etwa so offen und frei, wie Jesus mit ihnen geredet hatte. Nein, Petrus nimmt Jesus beiseite. Er will ihn nicht offen zur Rede stellen. Unter vier Augen will er diese Sache mit Jesus klären. Vielleicht hat er sich ja doch verhört.

Können wir den Petrus nicht gut verstehen? Können wir einen Gott ertragen, der leidet? Hätten wir nicht lieber einen Gott, der stark auftritt, der die Krankheiten ein für allemal aus der Welt schafft, der es den Schurken einmal zeigt, der Saddam Hussein beseitigt, der überall für Frieden sorgt? Viele Einsprüche gibt es gegen einen Gott, der scheinbar nicht eingreift, wo Unrecht geschieht oder wo Menschen keinen Sinn mehr in ihrem Leben sehen.

Was ist dieser Petrus für ein Mensch? Er wirkt doch so stark. Er ist später der, der die Gemeinde leitet. Er ist immer vorneweg bei den Jüngern, vor allem mit dem Mund, aber er setzt sich auch ein, z. B. will er Jesus mit dem Schwert verteidigen, als die Soldaten im Garten Gethsemane kommen.

Ich möchte die Behauptung wagen, dass genau dieser Petrus im Grunde ein depressiver Mensch ist. Es ist die Sorte Depression, die manchmal genau ins Gegenteil umschlägt, nämlich in eine Überdrehtheit oder Manie. Auch wenn man ihm das lange Zeit nicht anmerkt, kommt doch irgendwann der Zeitpunkt, wo er zusammenbricht

und wo von seiner scheinbaren Stärke nichts mehr zu merken ist. Am klarsten wird das in der Geschichte beschrieben, wo wie in einem Traumbild Jesus auf dem Meer wandelt – wir mögen an ein Meer von Angst oder Tränen oder Verzweiflung denken, und wo Petrus zu ihm sagt: „Herr, bist du es, wo befiehl mir, zu dir zu kommen auf dem Wasser.“ Petrus schafft es auch, ein paar Schritte zu gehen auf diesem Meer, aber dann sieht er den starken Wind, erschrickt und beginnt zu sinken. Petrus hat sich immer dagegen gesträubt, schwach zu sein und schwach zu erscheinen. Aber er musste da hindurch. Niemand ist immer nur stark. Es war für ihn sicher die furchtbarste Erfahrung in seinem Leben. Doch zugleich macht er auch die schönste Erfahrung, als er endlich zugibt, schwach zu sein und Hilfe zu brauchen. Er schreit: „Herr, hilf mir!“ – und Jesus „streckt sogleich die Hand aus und ergreift ihn!“

Was tut Jesus in der anderen Geschichte, an der wir heute entlanggegangen sind? Wie geht er auf den Einwand des Petrus ein? „Er aber wandte sich um.“ Er macht die Geheimnistuerei von Petrus nicht mit, wendet sich von ihm ab, wendet sich wieder allen Jüngern zu. Das ist eine Sache, die nicht nur Petrus angeht, sondern auch die anderen. Er „sah seine Jünger an“. Offen und frei steht er ihnen gegenüber, wie schon zuvor, „und bedrohte Petrus und sprach: Geh weg von mir, Satan!“ So eine harte Reaktion hätten wir wohl doch nicht von Jesus erwartet. Wie kann er seinen Jünger „Satan“ nennen? Wie kann er ihn fortschicken? Und wenn wir selbst genau wie Petrus gegen das Leiden Jesu Einwände erheben, wenn wir mit diesem Gott nichts anfangen können, der sich so schwach und klein macht? Sieht Jesus dann auch in uns das Böse am Werk? Würde er uns dann auch „Satan“ nennen? Würde er uns auch fortschicken?

Jesus will dem Petrus etwas klarmachen, was ihm so wichtig ist, dass er diese harte Sprache gebraucht. Er will sagen: Wer einen starken Messias will, der mit Gewalt Frieden schafft, der ist auf einem falschen Weg. Frieden gibt es nur mit friedlichen Mitteln, Liebe unter Menschen kann man nicht erzwingen. Also führt kein Weg darum herum, der Gottessohn wird leiden müssen, er wird sich nicht mit Gewalt oder durch Flucht dem Leiden entziehen können. Gott in Jesus ist ein leidender Gott. Wer den nicht will, betet einen falschen Gott an, ja, er wendet sich gegen den wahren Gott. Das sagt Jesus dem Petrus auch ganz deutlich: „Du meinst nicht, was göttlich, sondern was menschlich ist.“

Petrus will nämlich einen scheinbar selbstverständlichen, einfacheren Weg gehen: Er sucht einen Ausweg, der um das Leiden herumführt. Ich sehe den Petrus vor mir, ein paar Tage später im Garten Gethsemane, als Jesus von den Soldaten festgenommen wird. Da will er Jesus helfen und schlägt wild mit dem Schwert auf die Soldaten ein. Er richtet nicht viel aus, trifft nur einen Soldaten am Ohr. Und als Jesus ihm Einhalt gebietet und sogar dem Soldaten hilft, da weiß Petrus gar nicht mehr, was er ma-

chen soll. Er läuft weg, und wenig später wird er dreimal sagen: „Ich kenne diesen Menschen nicht!“ – der Tiefpunkt der Schwäche des Petrus, für die er sich um so mehr schämt, als der Hahn dreimal kräht.

Daher also schon hier das scharfe Wort Jesu an Petrus: „Geh weg von mir, Satan!“ Petrus scheint ihm wie besessen von einer bösen Macht. Es ist im Grunde der Glaube an die eigene menschliche Stärke, der Glaube, dass man schon alles schaffen kann, wenn man sich nur ordentlich zusammenreißt und sich durchsetzt. Von dieser Haltung soll Petrus sich freimachen, damit soll er Jesus fortbleiben, dass er nur an einen Messias glauben kann, der nur ein Spiegelbild der natürlichen menschlichen Stärke ist.

Ich glaube nicht, dass Jesus in Petrus buchstäblich einen Teufel sieht. Er schickt ihn ja auch nicht wirklich weg. Er übt allerdings eine sehr harte Kritik an seiner Lebenshaltung. Er will Petrus auf einen anderen Weg führen. Viel später, erst nach Jesu Tod, erst nachdem Petrus Jesus dreimal verleugnet haben wird, dann erst wird Petrus aufgehen, dass der Weg Jesu auch für ihn ein guter Weg ist. Da spürt Petrus endlich, dass Jesus nicht zu ihm sagen würde: „Mit so einem Feigling will ich nichts mehr zu tun haben!“ Obwohl er Jesus enttäuscht hat, liebt Jesus ihn immer noch. Jesus trägt ihm nichts nach und vertraut ihm sogar die Leitung seiner Gemeinde in Jerusalem an.

Wenn also Petrus insgeheim ein depressiver Mensch ist, der immer alles allein schaffen will und der sich dabei maßlos überfordert, der schwankt zwischen: „Ich kann alles!“ und „Ich schaffe gar nichts!“ – dann hat Jesus für ihn genau das richtige Rezept: Jesus macht ihm klar, dass er gar nicht immer alles schaffen muss, dass er auch einmal schwach sein darf. Jesus vergibt ihm, dass er ihn verleugnet hat. Und er traut ihm etwas zu, was er durchaus schaffen kann, er soll die Gemeinde leiten, und er wird es tun – gemeinsam mit anderen.

Noch einmal unterbreche ich meinen Vortrag, und wir singen aus dem Lied im Evangelischen Gesangbuch „Kommt, Kinder, lasst uns gehen“ die drei sehr schönen Strophen 6 bis 8.

Kommt, Kinder, lasst uns gehen

Auf einen Satz in dem Bibeltext von vorhin will ich noch eingehen, und zwar auf das Wort Jesu: „Wer mir nachfolgen will, der verleugne sich selbst und nehme sein Kreuz auf sich und folge mir nach.“

Falsch verstanden, kann man sich mit diesem Wort erst recht deprimieren. Denn – „sich selbst verleugnen“ – normalerweise verstehen wir darunter, dass man nicht an sich selbst denkt, sondern nur an die anderen. Sicher: Ein Leben mit anderen, ein Le-

ben für andere, ist ein reicheres Leben, als wenn man einsam und egoistisch nur um sich selber kreist.

Aber in diesem Sinne sich selbst verleugnen, das kann eigentlich nur jemand, der sich selbst lieb hat, der sich selbst geliebt weiß. Erst dann weiß er: ich komme nicht zu kurz, wenn ich auf etwas verzichte.

Es gibt aber auch Menschen, die sind sozusagen von Natur aus immer nur für andere Menschen da, nicht weil sie sich geliebt fühlen, sondern umgekehrt, weil sie eine bedingungslose Liebe nie erfahren haben. Stattdessen haben sie die Erfahrung gemacht: Wenn ich nur genug für die anderen tue, wenn ich Rücksicht auf Mama und Papa nehme, wenn ich immer für meine Geschwister da bin, wenn ich immer alles allein schaffe, dann bekomme ich vielleicht auch mal ein bisschen Anerkennung, dann habe ich auch ein Recht, da zu sein. Diese Menschen sind auch in verborgener Weise depressiv, weil sie irgendwann innerlich ausbrennen.

Richtig verstanden, heißt „sich selbst verleugnen“ für diese Menschen etwas ganz anderes, als wir normalerweise annehmen: Anzuerkennen, dass auch sie selber bedürftig sind, dass auch sie selber Liebe brauchen.

Ich meine: Sich selbst verleugnen – das kann man auch so übersetzen: Ich kenne mich selbst nicht. Ich kenne mich selbst vielleicht noch nicht ganz. Ich bin vielleicht gar nicht nur so, wie ich es mir immer eingeredet habe. Vielleicht schlummern noch andere Seiten in mir, die ich bisher nicht wahrgenommen habe, vielleicht bin ich manchmal schwach und depressiv und das ist gar nicht so schlimm...? Vielleicht liegen große Chancen darin, mich so zu akzeptieren, wie ich bin!

Verborgene Seiten in mir, die ich gar nicht so gerne habe – vielleicht sind sie auch so etwas wie ein Kreuz, das ich auf mich nehmen muss. Ich habe vielleicht schon lange meinem „Kreuz“ ausweichen wollen, meiner Lebensaufgabe, die mir gestellt ist, meinem Lebensproblem, meiner schwachen Stelle, meinem blinden Fleck, mit dem ich mich auseinandersetzen muss oder mit dem ich leben muss. Nur wenn ich mein Kreuz auf mich nehme, komme ich wirklich zu mir selbst. Nur wenn ich mein Kreuz auf mich nehme, werde ich dem gerecht, was Gott mit mir vorhat.

Sein Kreuz auf sich nehmen: Das kann für einen Menschen, der immer gern alles unter Kontrolle hat, bedeuten: Endlich akzeptieren, dass er auch einmal schwach ist. Jemand, der sich für wertlos hält, kann sein „Kreuz“ darin finden, endlich einmal Ja zu sich selbst zu sagen, sich nicht mehr kleiner zu machen, als er ist, die Liebe anzunehmen, mit der Gott ihn liebt. Sich selbst verleugnen, sein Kreuz auf sich nehmen, das kann also für jeden Menschen anders aussehen. Von dem einen wird erwartet, dass er endlich seine Trägheit überwindet und etwas tut. Und ein anderer muss gerade das Gegenteil lernen: sich in sein Schicksal fügen, eine Beeinträchtigung in sei-

nem Leben annehmen, z. B. mit einer Krankheit leben, weil er daran beim besten Willen nichts ändern kann. In jedem Fall geht es aber darum, einen Teil seines Lebens, den man bisher nicht gelebt hat, zu leben. Ich wollte doch nie schwach sein – und jetzt muss ich akzeptieren, dass ich nicht immer stark bin. Dass ich vielleicht nie wieder so bin wie früher. Und doch kann mein Leben sinnvoll sein. Ich konnte mich doch nie durchsetzen, habe nie gewagt, Nein zu sagen. Und jetzt muss ich lernen, dass ich mich doch wehren kann, weil ich mich sonst über meine Kräfte ausnutzen lasse.

Jesus fordert uns nicht zur Selbstverleugnung auf, um uns kleinzukriegen und selber groß dazustehen. Er will uns vielmehr diese Lehre erteilen: „Wer sein Leben erhalten will, der wird's verlieren. Und wer sein Leben verliert um meinetwillen und um des Evangeliums willen, der wird's erhalten.“ Also noch einmal betont er: Gerade wenn man jedem Schmerz und jeder Depression ausweichen will, dann reitet man sich immer tiefer in Probleme hinein. Aber wenn man sich den Schmerzen und Problemen des Lebens stellt, wenn man akzeptiert, dass man auch einmal schwach ist und Hilfe braucht, dann wird man erfahren: das Leben geht doch weiter, und zwar ein erfülltes Leben. Man muss manchmal von lieb gewordenen Dingen Abschied nehmen, man muss manche Tränen weinen, die man nie weinen wollte, man kann manchmal nur mit kleineren Kräften weitermachen als zuvor. Und dann gewinnt man neues, reicheres Leben.

Wir singen das Lied 611 im Evangelischen Gesangbuch:

Harre, meine Seele

So weit erst einmal dieser Vortrag über Depressionen – anhand biblischer Worte von Jesus über das Leiden des Menschensohnes, über die Gestalt des Petrus, über das Sich-Selbst-Verleugnen und über das Kreuz, das man auf sich nehmen muss. Ich hoffe, dass es nicht allzu unverständlich war und möchte Sie bitten, alle Fragen, die Sie haben, „offen und frei“ zu äußern.

Wenn Sie von sich aus keine Fragen mehr haben, können wir im Gespräch noch näher darauf eingehen, welche unterschiedlichen Formen der Depression es gibt (Jammer-Depression und manisch-depressive Haltung), wie man mit jemandem umgeht, der depressiv ist (Frederic Flach, S. 182), und mit welchen Methoden Depressionen behandelt werden können.

Gebet, Vaterunser und Segen

Jacqui Lee Schiff: „Alle meine Kinder“

Am 11. Juli 1996 referierte ich in der Abteilungs-Fortbildung der Gerontopsychiatrie an der Landesnervenklinik Alzey über das Buch von Jacqui Lee Schiff und Beth Day, „Alle meine Kinder: Heilung der Schizophrenie durch Wiederholung der Kindheit“, Kaiser, München, 1970.

Die theoretischen Grundeinsichten der transaktionsanalytischen „Schiff-Schule“ haben Jacqui Schiff und andere im „Cathexis Reader“ dargestellt („Cathexis Reader. Transactional Analysis. Treatment of Psychosis“, Harper & Row, New York, Evanston, San Francisco, London, 1975).

Das Persönlichkeitsmodell der Transaktionsanalyse wurde von Eric Berne grundlegend in seinem zuerst 1961 erschienenen Buch „Transactional Analysis in Psychotherapy“ umrissen. Es ist erst 2001 in deutscher Übersetzung bei Junfermann erschienen: Eric Berne, Die Transaktionsanalyse in der Psychotherapie. Eine systematische Individual- und Sozial-Psychiatrie, Paderborn, 2001.

Weitere Informationen zur Transaktionsanalyse unter <https://dgta.de>.

Heute möchte ich Ihnen ein Buch vorstellen, das mich bereits vor fünfzehn Jahren fasziniert hat, als ich meine transaktionsanalytische Zusatzausbildung begann. Es ist ein Klassiker der transaktionsanalytischen Literatur und schildert in erzählender Form die Anfänge der sogenannten „Schiff-Schule“, die in den Sechziger Jahren als eine von mehreren Richtungen innerhalb der amerikanischen Bewegung der Transaktionsanalyse entstand.

Jacqui Lee Schiff, die Mutter dieser Therapieform für Schizophrene, ist innerhalb der Transaktionsanalyse eine ebenso faszinierende wie widersprüchliche Gestalt. Viele ihrer Denkmodelle und Methoden gehören mittlerweile zum Standard der Transaktionsanalyse, Jacqui Schiff selber wurde jedoch inzwischen aus der Internationalen Gesellschaft für Transaktionsanalyse ausgeschlossen. In Deutschland gibt es eine Reha-Klinik in Denkendorf, die sich auf ihre Methoden beruft und von ihr nach wie vor Supervision erhält. Ich kenne außerdem einen Therapeuten in Mainz, Ravi Welch, der die von ihr initiierten und inzwischen weiterentwickelten Methoden anwendet und lehrt; der Psychosoziale Dienst in Alzey hat übrigens auch einmal seine Supervision in Anspruch genommen.

Zur Transaktionsanalyse von Eric Berne

Um die „Schiff“-Schule als einen Flügel der Transaktionsanalyse zu verstehen, muss ich zumindest ein paar Worte über die Transaktionsanalyse selbst verlieren. Eric Berne hatte dieses Persönlichkeitsmodell in Anlehnung an psychoanalytische Denk- und

Therapiemodelle entwickelt, verzichtete aber auf die mit dem Konstrukt des Freud'schen ES verbundene Triebtheorie, sondern beschränkte sich zunächst darauf, von beobachtbarem Verhalten, von erlebbarem Denken und Fühlen und von der Wahrnehmung dessen auszugehen, was psychologisch zwischen zwei Personen ausgetauscht wird. Dieser Austausch, amerikanisch mit dem fürchterlichen Wort „Transaktion“ bezeichnet, hat diesem Persönlichkeitsmodell bzw. dieser Therapiemethode ihren Namen gegeben. Sie geht davon aus, dass wir als erwachsene Menschen in unserem Ich nicht immer nur auf

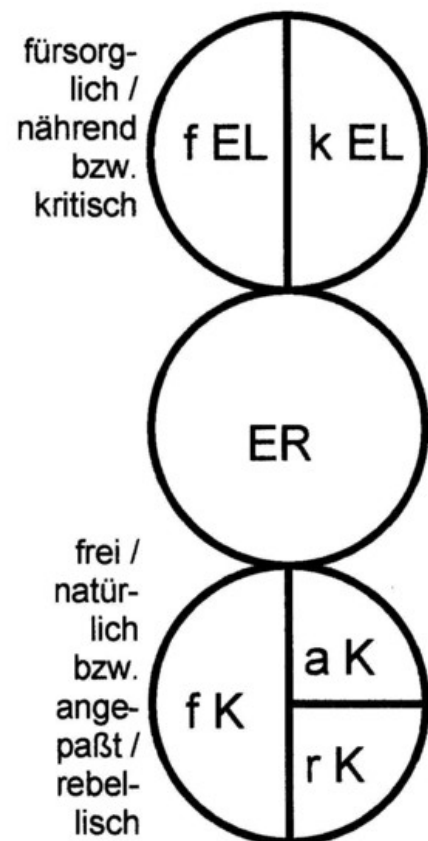
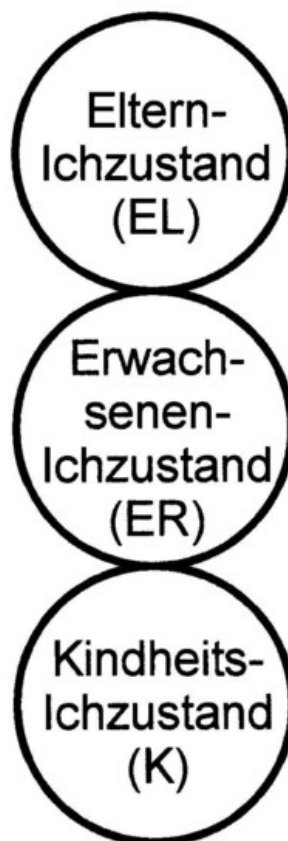
das Hier und Jetzt bezogen sind und unser Leben mit heute angemessenen Mitteln zu meistern suchen – das wäre unser Erwachsenen-Ichzustand, sondern dass wir häufig auf Bewältigungsmuster zurückgreifen, die entweder einem früheren Zustand unseres eigenen Ich entsprechen – das wäre der Kindheits-Ichzustand – oder dem Ich einer früheren Bezugsperson – das wäre ein Eltern-Ichzustand. Nach Eric Berne, dem Schöpfer der Transaktionsanalyse, sind solche Ich-Zustände phänomenologisch klar abgrenzbare Zusammenhänge von Denken, Fühlen und Verhalten, zwischen denen eine Person hin- und herwechseln kann. Ziel der transaktionsanalytischen Therapie ist es nach Berne, das Erwachsenen-Ich von den so-

genannten Trübungen durch die gespeicherten Ich-Zustände aus alten Tagen zu befreien, so dass man zu mehr Autonomie und Spontaneität und echter Intimität in Beziehungen fähig wird, unbelastet durch Fixierungen der Charakterstruktur, die man in der Kindheit als Antwort auf unzureichende elterliche Zuwendung oder Grenzsetzung entwickelt hat. Dies könnte man eine „Erwachsenen-Ich-zentrierte“ Zielsetzung nennen.

Modelle der Ichzustände in der Transaktionsanalyse

Ursprungsmodell
nach Eric Berne

Verhaltenstherapeutisch
vereinfachtes
Funktionsmodell



Dieses ursprüngliche Ichzustands-Modell von Berne ist allerdings später bei den meisten Transaktionsanalytikern nicht aufrechterhalten worden. Die meisten haben die Ichzustände funktional verstanden, haben also das Kindheits-Ich vorwiegend als den fühlenden Teil auch der erwachsenen Persönlichkeit aufgefaßt, der frei oder auch angepaßt bzw. rebellisch sein kann, das Erwachsenen-Ich als den denkenden, informationsverarbeitenden Teil und das Eltern-Ich als die Instanz der Fürsorglichkeit bzw. der Werte- und Grenzsetzung. Als Therapieziel wird hier meist der Aufbau eines ausgewogenen Verhältnisses zwischen den einzelnen Persönlichkeitsanteilen angegeben, also zum Beispiel, dass jemand lernt, mehr sein „Freies Kind“ mit Energie zu besetzen anstelle des „Angepassten Kindes“ oder sich weniger aus dem „Kritischen Eltern-Ich“ heraus Vorwürfe zu machen und stattdessen sein „Fürsorgliches Eltern-Ich“ zu besetzen und gut für sich zu sorgen.

Heilung der Schizophrenie durch Neubeelterung?

Nun aber zum Buch: „Alle meine Kinder“, das zuerst im Jahre 1970 erschien. „In diesem Buch berichtet Jacqui Lee Schiff davon, wie sie zusammen mit ihrem Mann Moe Schiff entdeckte, dass schizophrene Jugendliche durch eine neue Erfahrung von elterlicher Zuwendung und Wiederholen ihrer Kindheit geheilt werden können“. Mein früherer Professor für Seelsorge am Theologischen Seminar in Friedberg, Helmut Harsch, durch den ich übrigens 1977 auf die Transaktionsanalyse aufmerksam wurde, schrieb dazu 1980 im Vorwort zur 2. Auflage: „Sollte dies tatsächlich zutreffen, wiederholbar und lehrbar sein, dann wäre dies eine aufregende Sache, wert, beachtet und aufgenommen zu werden“ (S. 6).

Jacqui und Moe Schiff waren psychiatrisch ausgebildete Sozialarbeiter, die mit den Betreuungsmöglichkeiten für schizophrene Jugendliche in Virginia/USA unzufrieden waren.

Vor allem Jacqui Schiff war es, die bei Schizophrenen starke Regressionswünsche wahrnahm. Sie folgerte, dass diese Patienten in ihrem Eltern-Ich keine hilfreichen oder grenzsetzenden Botschaften verinnerlicht hatten, um ihr Leben zu meistern. Sie schreibt: „Als wir im San-Francisco-Seminar (das ist das Seminar für Transaktionsanalyse von Eric Berne gewesen) die drei Ich-Zustände... diskutierten, konnte ich keinen Sinn darin entdecken, dass der Eltern-Ich-Teil der Persönlichkeit als feststehend und unveränderbar betrachtet wurde. Wir ändern doch unsere Wertvorstellungen selbst noch im hohen Alter. Damals argumentierte ich – wenn auch ein wenig zaghaft –, dass jede Struktur, die aus der Umwelt (von außerhalb des eigenen Selbst) durch Nachahmung von anderen (Eltern und Elternfiguren) gewonnen wurde, wahrscheinlich wieder aufgelöst und neu aufgebaut werden könnte. Warum sollte es nicht möglich sein, wenn das Eltern-Ich eines kranken Kindes auf Fehlwahrnehmung-

gen von sich selbst und der Welt aufgebaut wurde, diese kranken Botschaften zu löschen und durch eine Reihe gesunder zu ersetzen?“ (S. 42)

Und Jacqui Schiff blieb bei ihrer Überzeugung, „dass das Eltern-Ich durch eine Therapie, die auf einem Neu-Beeltern des Kindes beruhte, neu strukturiert werden könnte. Die Hauptmerkmale der Schizophrenie sind“ – ihr zufolge – „Verhaltensweisen, die der Realität nicht angemessen sind, geistige Verwirrung und Regression. Mir schien es wahrscheinlich“, so schreibt sie, „dass der Schlüssel zur Heilung der Krankheit in der Tendenz des Patienten zur Regression liegen könnte. Mit Regression ist eine Rückkehr in die Kindheit gemeint; sie wird als ‚verrückt‘ oder pathologisch betrachtet und in der konventionellen Behandlung abgelehnt, da sowohl Therapeuten wie auch Nervenkliniken nicht darauf eingerichtet sind, mit Kleinkindern umzugehen“ (S. 42f.).

Ein schizophrener junger Mann sucht neue Eltern

Soweit war das alles noch Theorie. Und dann – im Jahre 1966 – begegnete Jacqui Schiff in ihrer therapeutischen Praxis einem jungen Patienten namens Dennis, 19 Jahre alt, der an einer paranoiden Schizophrenie litt. „Dennis war eine stadtbekannte Figur in Charlottesville – ein großer dürrer Junge mit langen, schmutzig blonden Haaren und einem vollen ungepflegten Bart, der mit der steifen, vorwärts geneigten Art des Paranoiden ging. Seine Kleider, die so schmutzig waren, dass sie buchstäblich auf seinem Körper vermoderten, bestanden aus zerfetzten Jeans, einem uralten Pfadfinderhemd und einem schlappigen schwarzen Hut... Er wäre nie auf die Idee gekommen, ohne irgendeine Waffe auf die Straße zu gehen; er schlief mit einem geladenen 38er Revolver – dicht neben seinem Kopf“. Jacqui Schiff brauchte nicht lange, „um festzustellen, dass er paranoid war, im Wahn lebend, mörderisch – und gefährlich“ (S. 33). „Er hatte verschiedene Behandlungen an der Universitätsklinik während der letzten sechs Monate hinter sich, und er war auch stationär behandelt worden, nachdem er den Inhalt einer Flasche Aspirin geschluckt hatte. In den letzten Tagen hatte er Mitstudenten mit einem Dolchmesser gejagt und sich ein Stück eines Fingers abgehackt und es einem Freund überreicht... Dennis wußte: Er war krank. Er wußte, dass er Hilfe brauchte. Aber er wußte nicht, wohin er sich wenden sollte. Ich war erstaunt, dass er immer noch ein kraftvolles, vorwärtsdrängendes Verlangen nach Überleben hatte – und dies trotz seines geistigen und physischen Verfalls und trotz seines schnell dahinschwindenden Kontakts mit der Realität. Er wollte nicht nur leben. Er wollte – und dies gegen den Augenschein, der gegen ihn sprach –, dass man ihm wirklich glaubte, dass er gesund werden konnte“ (S. 34).

Dennis selbst beschrieb später, was er bei dieser ersten Begegnung mit Jacqui Schiff empfunden hatte: „Ich bin sicher, sie kann mir helfen. Ich habe so lange nach Hilfe gesucht, und dies ist das erste Mal, dass jemand mir gezeigt hat, dass er weiß, was

ich benötige. Es ist eine solche Erleichterung, jemanden zu finden, der bestätigt, daß ich krank bin. Wenn ich es meinem Freund, dem Pfarrer sagte, antwortete er immer und blieb dabei: ‚Du bist völlig normal – vielleicht ein wenig durcheinander.‘ Er denkt, es ist wichtig, um die linken politischen Aktivitäten auf dem Universitätsgelände in Gang zu halten, dass ich nicht verrückt bin, und dass ich aktiv bleibe... Ich befürchte, dass ich bald jemanden töten werde, und dass ich dann in eine geschlossene Anstalt eingeliefert werde“ (S. 34).

Jacqui Schiff „saß da und beobachtete diesen grotesken Jugendlichen: zuckend, schmutzig, Gewalttätigkeiten und Obszönitäten ausstoßend – trotzdem ging mir dauernd durch den Kopf, dass irgendwo unter all diesem Schmutz und der Krankheit ein 19 Jahre alter Junge existierte. Und noch irgendwo anders war das vernachlässigte Kind, das immer noch an die schrecklichen Augenblicke von Furcht und Not verhaftet ist, als dies alles begann“. Schiff schreibt: „Als ich mit dem Stationsarzt der Klinik sprach, der Dennis untersucht hatte, sagte er mir, dass er nicht daran interessiert sei, diesen Patienten zu behandeln – er betrachtete ihn als gefährlich. Er gab ihm eine völlig negative Prognose. Er warnte mich davor, irgendwann mit Dennis allein zu bleiben. Er und auch sein Kollege... bestätigten mir, dass Dennis eindeutig an paranoider Schizophrenie leide.“ Dennoch vereinbarte Frau Schiff Therapietermine mit Dennis – Einzelgespräche und eine Gruppentherapiesitzung einmal in der Woche. Das lief ein halbes Jahr lang, und Dennis hielt sich zuverlässig an seine Termine.

Allmählich erhärtete sich die Vermutung, „dass seine Erkrankung etwas mit der Trennung von seiner Mutter zu tun haben musste. Als Dennis elf Jahre alt war, wurde seine jüngere Schwester geboren. Dennis erlebte das Fortgehen seiner Mutter ins Krankenhaus und ihre Heimkehr mit ihrem neuen Baby als Verlassenwerden. Er reagierte, indem er beide, die Mutter und das Baby, ablehnte. Seine Mutter übergab Dennis völlig in die Obhut seines Vaters, da sie möglicherweise überfordert war durch zwei so kleine, altersmäßig so nah beieinander liegende Kinder. Dennis' Vater war körperbehindert und hatte ein ernsthaftes psychiatrisches Problem. Er war schlecht für die Rolle des nährenden Elternteils geeignet. So wuchs Dennis auf, terrorisiert durch seinen Vater, dem gegenüber er beides empfand: Liebe und Hass. Er hungerte nach Bemutterung, die er nie bekam. Dagegen nahm er seine Mutter nur als die Frau seines Vaters wahr, die ihrerseits zu ihm nur wenig oder gar keine Beziehung hatte. – Wenn ein Kind aufwächst, verinnerlicht es von seinen Eltern zahllose Botschaften über sich selbst und seine Umwelt, die dann Teil seines eigenen Eltern-Ichzustandes werden. Dennis' Erfahrungen als Kind führten dazu, dass er glaubte, seine Mutter sei kalt und zurückweisend, ihr seien Mädchen (seine jüngere Schwester) lieber, und sie wäre unfähig, sich gegenüber seinem beherrschenden Vater durchzusetzen. Sein Vater war Alkoholiker, von dem Dennis auch annahm, dass er mörderisch und brutal sei. All dies hatte zur Folge, dass Dennis sich selbst und die

ihn umgebende Welt mit drei für ihn feststehenden Botschaften definierte: ‚Ich bin nicht in Ordnung‘ (meine Mutter liebt mich nicht), ‚Eltern kommen zuerst‘ (in jedem Konflikt zwischen dem, was Dennis sich gewünscht hatte oder brauchte, und dem, was seine Eltern brauchten, wurden seine eigenen Wünsche ignoriert) und ‚die Welt ist ein böser Ort‘ (die Gespräche seiner Eltern hatten sich in der Regel um schlechte Menschen gedreht, um Untaten und ihre eigene Isolation gegenüber der Gesellschaft...)“ (S. 41f). – Später entdeckten die Schiffs, „dass diese drei Eltern-Botschaften bei allen Schizophrenen anzutreffen sind: „Ich bin nicht in Ordnung“, „Eltern kommen zuerst“, „Die Welt ist ein böser Ort“. Sobald es möglich ist, eine von ihnen zu löschen, kann der Patient anfangen, gesund zu werden“ (S. 42). Aber wie sollte das möglich sein?

Schließlich tauchte in der Therapie von Dennis eine Phantasie auf, die sich mehrfach veränderte. Zuerst „wurde er von seinem Vater ausgepeitscht“. Dann „war Dennis ungefähr sechs Jahre alt und jetzt war er es, der den Vater auspeitschte. Sein Vater lag nackt auf dem Boden. Die Mutter war anwesend, aber uninteressiert. Dennis bat seine Mutter, doch dazwischenzutreten und

ihn vor seinem aggressiven Verhalten seinem Vater gegenüber zu beschützen, aber sie weigerte sich“. Diese Phantasie hatte offenbar etwas mit einer Erinnerung zu tun, daß er mit sechs oder sieben Jahren „einmal auf der Kante des Bettes seiner Mutter saß und sein Vater hereinkam und ihn wegstieß und ihm sagte, er solle von seiner Mutter wegbleiben“ (S. 36f.).

Indem er das seiner Therapeutin, Jacqui Schiff, erzählte, begann er heftig zu zittern und zu schreien: „Du holst besser wen zur Hilfe!... Gleich passiert was!“ Jacqui Schiff spürte, daß Dennis „auf der Kippe zu einem psychotischen Ausbruch irgendeiner Art“ war. „Wenn dieser Zustand in einer Klinik oder bei einem Psychiater erreicht ist, wird der Patient entweder veranlasst, ihn zu unterdrücken, oder er wird soweit durch Medikamente beruhigt, dass er ihn nicht ausagieren kann. Ich fühlte jedoch, dass, wenn wir fähig wären, der Psychose ansichtig zu werden, sie uns einen Schlüssel liefern könnte für das, was Dennis benötigte, um gesund zu werden“ (S. 37). Sie holte ihren Mann zu Hilfe – und sofort bekam Dennis vor ihm Angst: „Ich wollte ihr nichts tun...“, wimmerte er. „Hab keine Angst, mein Sohn“, sagte Moe. „Ich pass schon auf, dass du sie nicht verletzt.“ „Ich hasse sie! Ich hasse sie!“ schrie Dennis

Drei Eltern-Botschaften von Schizophrenen:

"Ich bin nicht in Ordnung"

"Eltern kommen zuerst"

"Die Welt ist ein böser Ort"

plötzlich explodierend. „Sie ist eine verdammte Hure! Ich hasse alle Frauen!“ Moe stoppte einen Fluchtversuch und hielt Dennis zurück. Jacqui sagte zu Dennis: „Ich werde dich nicht anfassen..., aber du kannst mich anfassen“, und streckte ihre Hand aus. Dennis wollte zunächst nicht. „Wenn ich dich anfassen würde, würdest du wirklich sein!“ Schließlich sagte Moe zu ihm: „Wenn du Zutrauen zu mir hast, mein Sohn..., dann musst du mir glauben, wenn ich dir sage, dass du ohne Schaden für dich zu ihr gehen kannst. Tu‘, zu was es dich drängt, mein Sohn“ (S. 38).

Was nun passierte, erzählt Jacqui Schiff so: „Jetzt zitterte Dennis so stark, dass seine Zähne klapperten. Er weinte. Plötzlich schoss sein Arm vorwärts – ich dachte zuerst, um mich zu schlagen – und er packte meine Hand. – Als er mich berührte, hörte er auf zu zittern und zu weinen. Er starrte sehr verwirrt auf meine Hand. ‚Bin ich wirklich, Dennis?‘ fragte ich ihn. ‚Nein‘, sagte er, ‚nur deine Hand ist wirklich‘. ‚Was wäre dir am liebsten, mein Sohn?‘ drängte ihn Moe freundlich. Ohne ein weiteres Wort nahm Dennis ruhig die Lage eines Fötus ein, rollte sich in meinen Schoß und versuchte, still zu werden. – Wir starrten ihn voller Erstaunen an. Beide waren wir auf einen Ausbruch entsetzlicher Wut vorbereitet. Das Gesicht von Dennis jedoch war gelassen. Trotz des Bartes war es ganz deutlich das Gesicht eines Babys von ungefähr neun Monaten, ein saugendes Baby. Sein Körper mit seinen 180 cm war unkoordiniert, gerade so wie der Körper eines Kindes, bevor es die Kontrolle über seine Muskeln gewinnt. Durch meine Erfahrung mit meinen eigenen Kindern kannte ich die Bewegungen, die er mit seinem Mund und seiner Zunge machte, so als ob er seine Zunge um eine Brustwarze ringelte. Ein Erwachsener kriegt das nicht mehr zustande. Nur ein saugendes Baby kann das. Oder ein regressiver Schizophrener. – Als Moe versuchte, den großen Jungen von meinem Schoß zu ziehen, begann Dennis zu schreien. Aber nicht mehr so, wie er vorher geschrien hatte in seiner Angst des Erwachsenen. Jetzt war es das Schreien eines sehr kleinen Kindes – das gleichmäßige Heulen, mit dem ein Baby weint, bevor es gelernt hat, sein Schreien als gezielte Forderung nach mehr Fürsorge zu benutzen. Er war auch noch zu klein für wirkliche Tränen. Ein einzelner Tropfen zeigte sich auf seinen langen Wimpern und rann langsam seine Wange hinunter. – Moe und ich schauten einander über den Kopf des Jungen hinweg an. Das war der Augenblick, in dem wir dieses Kind zu lieben begannen und uns schweigend verpflichteten, für es zu sorgen. – ‚Ich vermute, er wird bei uns bleiben‘, sagte ich. Wir beobachteten Dennis fast eine Stunde lang, während er zufrieden in meinen Armen schlief“ (S. 39). „Sein Körper, der bei all meinen früheren Kontakten mit ihm starr, voller Wut und weit über sein Alter hinaus alt gewesen war, war jetzt weich, gelöst und voller Frieden“ (S. 40).

Das war die Geburtsstunde der neuen Therapieform für Schizophrene, des sogenannten „Neu-Beelterns“. Und die Familie Schiff, die bereits drei eigene Kinder hatte – elf, neun und sechs Jahre alt –, nahm im Jahre 1966 ein weiteres Kind in ihre Fami-

lie auf, den schizophrenen Dennis, 19 Jahre alt. Er blieb nicht das letzte adoptierte schizophrene Kind der Schiffs, zum Zeitpunkt, als das Buch geschrieben wurde, also nach etwa drei Jahren, beherbergten sie zwanzig Kinder in ihrer Wohnung. Aber zurück zu den Anfängen, zu Dennis!

Familienstruktur für einen regredierten Erwachsenen

Ich kenne diese Situation aus eigener Erfahrung: dass man manchmal nicht einen Patienten aussucht, um ihm eine bestimmte Form von Zuwendung zu geben, sondern dass man sozusagen von ihm adoptiert wird. Mehr oder weniger spontan reagiert man darauf, indem man einwilligt: Ja, ich bin bereit, für dich ein Stück Verantwortung zu übernehmen! Aber wie man damit jetzt umgeht, ohne die Kontrolle über die ganze Situation zu verlieren, das muss man erst noch lernen.

Auch Jacqui Schiff fragte sich nun, wie sie wohl für Dennis sorgen könnte. „Normalerweise wird Regression missbilligt; deshalb gab es auch keine Richtlinien für diese Situation... Auf den ersten Blick schien schon der Versuch undurchführbar, mit einem 180 cm großen Kind zurechtzukommen. Kann es laufen? Kann es allein ins Badezimmer gehen? Kann es mit einer Gabel essen? Was würde geschehen, wenn irgendein Konflikt zwischen uns beiden entstand? Würde es wie ein Baby reagieren – oder wie ein pathologischer, voll erwachsener Mann?“ (S. 40) Vor allem wußte Jacqui Schiff, „dass das 'natürliche Kind' in ihm, das so lange die nährenden Fürsorge, die es brauchte, entbehrt hatte, kein gesundes Kind war“. Sie fragte sich, „was wohl geschehen würde, wenn er all den Hass, den er in sich gegenüber seinen eigenen Eltern empfand, auf (sie) und Moe übertrug“ (S. 40f).

Die ersten Probleme bestanden darin, dass Dennis bei seinem Einzug in die Schiff'sche Wohnung sein gesamtes Waffenarsenal mitbrachte, keine Tischmanieren kannte und seine schmutzige Kleidung nicht ablegen wollte.

Die Schiffs begriffen sehr schnell, „dass alle Versuche völlig zwecklos waren, mit (ihrem) neuen Kind logisch zu argumentieren. Dennis überging automatisch alle logischen Argumente. Er ging auch nicht auf Erklärungen ein. Auf Autorität jedoch sprach er an“ (S. 45). Als Moe ihm zum Beispiel einfach kurzerhand die Waffen wegnahm, schien Dennis auf eine doppelte Weise erleichtert: zum einen weil nun sein Zugang zu Waffen kontrolliert wurde, der sich als „böses“ Kind zu sehen gelernt hatte, zum andern weil er nun eine andere Botschaft als früher erhielt: Hier hast du es nicht mehr nötig, dich selber mit Waffen zu schützen.

Die Familienstruktur, in die Dennis hineinkam, war ziemlich die gleiche, in der bereits die eigenen Kinder der Schiffs aufgewachsen waren. Jacqui Schiff schreibt dazu: „Beide sind wir überzeugt, dass Kinder dann gesund aufwachsen, wenn sie in einer gesunden Umgebung leben. Für unsere Kinder definieren wir das Heim als einen

Raum, in dem wir mit ihnen Liebe, Vertrauen, Arbeit und Spiel teilen. Es ist ein Raum, in dem Probleme gelöst werden und wo mit Gefühlen umgegangen wird. Wir ermutigen die Kinder, über ihre Gefühle zu sprechen; wenn sie ein Problem haben, erwarten wir, dass sie fähig sind, offen mit uns darüber zu reden. Wir achten sehr sorgfältig darauf, dass wir die Kinder niemals anlügen, und wir vermitteln allen Mitgliedern der Familie unsere Erwartung, ehrlich und offen miteinander zu sein“ (S. 51). Moe und Jacqui Schiff führten einen jüdischen Haushalt; vielleicht hängt es damit zusammen, dass sie die Rollen von Mutter und Vater im Haushalt sehr klar voneinander abgrenzten. „Wenn ein Kind gerade regrediert ist, braucht es mehr als alles andere die Sorge und Aufmerksamkeit einer Mutter. Es braucht, dass es gehalten, gestreichelt, gebadet und gefüttert wird. Aber auch schon einem Baby kann eine Mutter wichtige Dinge sagen wie: ‚Du bist ein Junge – ein schöner Junge.‘ ‚Du bist nicht böse. Du bist ein liebes Baby.‘... Die Botschaften müssen einfach sein, denn ein Baby versteht nicht viel. Es weiß aber, ob die Botschaften in Ordnung sind und ob sie bewirken, dass ihm besser zumute ist. Es braucht immer noch den Schutz vor dem verrückten Eltern-Ich in seinem Kopf, das ihm Dinge sagt, die dazu führen, dass es sich krank und unbehaglich fühlt. Das Kind erfährt einen beträchtlichen Konflikt, wenn die verrückte Stimme in seinem Kopf die schlechten Botschaften verstärkt vorbringt, es aber die neue Mutter nicht für Dinge verlieren will, von denen es weiß, dass sie ungesund sind. So entscheidet es sich, dass verrückte Eltern-Ich loszuwerden. – Für das Kind muss gesorgt werden und es muss sauber gemacht werden. Es muss davor geschützt werden, sich selbst und andere zu verletzen. Das Einüben von Gewohnheiten ist ein wesentlicher Teil des Erwachsenwerdens, und man kann damit beginnen, wenn das Kind noch sehr klein ist. – Der Vater ist größer und stärker und lauter als die Mutter. Er stellt Anforderungen an sie, die manchmal denen des Kindes vorgehen, und er trifft Entscheidungen, die das Kind betreffen. Er und die Mutter haben eine sexuelle Beziehung, die geheimnisvoll und überwältigend ist. – Der Vater ist es, der in die Welt hinausgeht und, wenn er wiederkommt, den Kindern berichtet, wie sie beschaffen ist. Er sagt ihnen, was sie tun sollen und wie sie es tun sollen. Er teilt seine Männlichkeit mit seinen Söhnen, indem er ihnen erzählt, was von Männern erwartet wird und wie Männer sein sollen. Der Vater ist auch das Objekt der frühesten sexuellen Gefühle seiner Tochter und er hilft ihr zu dem Wissen, dass es schön ist, ein Mädchen zu sein“ (S. 51f).

Man kann über die Art der Rollenverteilung in der Schiff'schen Familie geteilter Meinung sein, entscheidend für den Erfolg der Neu-Beelterung in dieser Familie ist jedoch die Tatsache, dass hier überhaupt sehr klare Strukturen und Grenzen existierten, die ein schizophrener Jugendlicher in seiner früheren Kindheit nicht erfahren hatte.

Permission – Potency – Punishment – Protection

Was die Schiffs in ihrer allmählich immer größer werdenden therapeutischen Familie taten, kann man mit Hilfe der vier „P“s verdeutlichen. Sie gaben den Kindern viele Erlaubnisse, englisch „permission“, zum Beispiel regredieren zu dürfen, kindliche Bedürfnisse erfüllt zu bekommen, vielleicht überhaupt erstmalig zu spüren, wie sich Hunger und Durst anfühlen, gefüttert werden mit der Babyflasche, gewickelt werden wie ein Kind vor der Reinlichkeitsphase, OK-Botschaften zu bekommen über die eigene Identität und vieles mehr. Damit diese neuen Erlaubnisse überhaupt eine Chance haben, sich gegenüber den alten Verböten, bedürftig sein, fühlen oder überhaupt da sein zu dürfen, durchsetzen können, ist ein festes, starkes, selbstbewusstes Auftreten der Therapeuten bzw. Elternfiguren notwendig, englisch „potency“. Zugleich droht aber bei jeder Erlaubnis, die potente neue Eltern ihrem psychisch kranken Kind geben, die Gefahr, daß die verinnerlichten alten Eltern das Kind für die Übertretung des Verbots bestrafen: englisch „punishment“. D. h. es fällt schwer, auch ein noch so schreckliches Eltern-Ich zu verabschieden, weil es ja immerhin ein Leben lang vertraut gewesen und eine bestimmte Struktur vermittelt hat. Demzufolge werden die neuen Erlaubnisse zunächst auch als Bedrohung erlebt: Als ob die ganze Welt unterginge, so wie sie bisher erlebt worden ist. Und um den Rückfall in Selbstbestrafungen oder anderes psychotisches Verhalten, wie Rückzug, Gewalt, katatonische Starre usw. zu vermeiden, ist es unerläßlich, für den Schutz aller Familienmitglieder zu sorgen, englisch „protection“.

Dieser Schutz bestand zunächst darin, dass psychotisches Verhalten wie Denkstörungen und Wahninhalte, aggressives und selbstzerstörendes Verhalten konfrontiert wurden. Zum Beispiel erzählt Jacqui Schiff von Elisabeth, ihrer hebephrenen Adoptivtochter, dass sie sie eines Tages „zu einem merkwürdigen Halbrund zusammengekauert“ fand, „ihren

Kopf zwischen die Knie gezwängt. ‚Was, in aller Welt, tust du denn jetzt?‘ fragte ich sie. ‚Ich verwandle mich in einen Stein‘, erklärte sie mir, ohne sich im geringsten zu bewegen. ‚Warum?‘ ‚Steine fühlen nichts!‘ ‚Aber du bist doch kein Stein‘, sagte ich zu ihr. ‚Du bist ein Mädchen, und du musst Gefühle haben!‘ Nur zögernd rollte sie sich auseinander und schaute mich an; ihre großen Augen schwammen in Tränen.

Die vier "P"s:

Permission
Erlaubnis

Protection
Schutz

Potency
Macht der
neuen
Elternfigur

Punishment
Gefahr durch
verinnerlichte
Eltern

„Ich kann aber auch ein Stein sein!“ machte sie geltend. „Elisabeth“, sagte ich, „Steine sind leblose Dinge. Sie haben keinerlei Gefühle. Leblose Dinge können nicht fühlen.“ „Das ist richtig, stimmte sie mir freudig zu. „Deshalb möchte ich ja ein Stein sein!“ „Du bist aber kein lebloses Ding“, sagte ich zu ihr. „Du bist ein Mädchen, und du kannst es einfach nicht vermeiden, Gefühle zu haben! Mädchen haben immer Gefühle!“ „Bin ich das?“, sagte sie betrübt. „Tun sie das?“ Wie üblich konnte sie es nicht lange durchhalten, bei einem Thema zu bleiben“ (S. 94). Das war nur ein kleines Beispiel über die Konfrontation einer Schizophrenen mit der Realität durch ihre neuen Elternpersonen.

Was aber, wenn ein Ausbruch psychotischer Gewalt drohte? Dann war in der Familie Schiff dafür gesorgt, dass immer genügend Familienmitglieder erreichbar waren, die die ausagierende Person so lange festhielten, bis sie wieder klar denken konnte. Es war die unberechenbare Elisabeth, die unter ständiger Überwachung gehalten werden musste, die die Schiffs dazu brachte, ihr „System der Überwachung und des Festhaltens“ zu entwickeln. „Einem Kind wurde die Aufgabe zugeordnet, jederzeit bei ihr zu sein, sie zu beobachten und, sofern irgendetwas geschehen sollte, um Hilfe zu rufen. Das ist das, was wir ‚Selbstmord-Überwachung‘ nennen – im Gegensatz zur ‚Wohnraum-Überwachung‘, bei der die Kinder oder Jugendlichen mit Verhaltensproblemen nur dann überwacht werden müssen, wenn sie sich außerhalb der Wohnräume befinden – eine Tätigkeit, die ein Mitarbeiter oder ein älteres Kind für mehrere Kinder gleichzeitig ausüben kann“ (S. 95).

Die Methode des Festhaltens besteht darin, dass immer genügend Familienmitglieder in erreichbarer Nähe sind, um ein anderes daran zu hindern, sich selbst oder andere zu verletzen. Von Elisabeth berichtet Jacqui Schiff: „Für ihre Größe war sie außerordentlich stark. Wenn sie erregt war, biss und kratzte sie und verletzte sich selbst und jeden, der in ihrer Nähe war. Es brauchte normalerweise sechs starke Leute, um sie auf einem Stuhl festzuhalten. Sie konnte wie wahnsinnig fünfzehn oder zwanzig Minuten lang kämpfen, um sich dann zu beruhigen und uns zu berichten, was gerade vorgegangen war“ (S. 96). Ich kenne die Methode des Festhaltens aus späteren Zeiten so, dass jemand auf dem Boden, etwa auf einer Matratze, die auch therapeutischen Zwecken dient, von ich glaube sogar acht Leuten festgehalten wird, so lange, bis der Betreffende wieder klar denken kann.

Natürlich brauchte es manchmal auch kleine Wunder, damit nicht in außerordentlichen Situationen doch etwas passierte. So zum Beispiel, als eines Abends während eines Gewittersturms plötzlich alle Lichter ausgingen. Jacqui Schiff saß gerade mit gemeinsam mit dreien ihrer schizophrenen Töchter, Elisabeth, Rosita und Shirley, dem einzigen schwarzen Mädchen in der Familie, im Wohnzimmer. Sie berichtet: „Als wir noch ringsum nach Kerzen und Streichhölzern suchten, hörten wir den leichten Tritt dahineilender Füße, denen andere eilige Schritte folgten. Am Ende des Gan-

ges gab es dann einen lauten Krach und mehrere Schreie. – Wir rannten in das Badezimmer der Mädchen; einer der Jungen war uns mit einer Taschenlampe voraus. Elisabeth und Shirley lagen auf dem Boden, im Ringkampf miteinander verschlungen und rollten auf lauter Glassplittern hin und her, während Shirley um Hilfe schrie. – Als wir sie auseinandergerissen und wieder auf die Füße gestellt hatten, sahen wir, dass sich beide Mädchen böse geschnitten hatten. Später, nachdem sie verbunden waren und sich beruhigt hatten, erfuhren wir die ganze Geschichte. – „Als alle Lichter ausgingen, dachte ich, Mensch, wenn ich jetzt Lust hätte, mich umzubringen, wäre es genau der richtige Zeitpunkt dafür!“ erklärte Shirley und blickte Elisabeth mit einer seltsamen Grimasse an. „Ich hatte nur in diesem Augenblick keine Lust dazu. Da hörte ich Elisabeth aus dem Zimmer laufen, und ich wußte ganz genau, was sie vorhatte. So lief ich hinter ihr her...“ Als Shirley das Badezimmer erreichte, hatte Elisabeth bereits ein Glas gepackt und es über dem Waschbecken zerschlagen. Sie war gerade dabei, ihre Handgelenke mit einem spitzen Splitter aufzuschlitzen, als Shirley in den Raum stürzte und auf sie lossprang. Die beiden Mädchen fielen zusammen auf den Boden, wobei das Glas unter ihnen zersplitterte. Das war die Seite von Shirleys Persönlichkeit, die sie so unendlich liebenswert machte – daß sie sogar zu solchen Heldentaten fähig war, um das Leben eines Menschen, den sie liebte, zu retten, obwohl sie ihr eigenes Leben so gering achtete“ (S. 118f).

Positives und negatives „Streicheln“

Indem die Schiffs erst Dennis und dann viele andere schizophrene Jugendliche in ihre Familie aufnahmen, verletzten sie eine ganze Reihe von Tabus.

Sie praktizierten zum Beispiel intensive Körpertherapie mit schizophrenen Patienten, das heißt, sie berührten sie, um ihnen Zuwendung zu geben, was in der Sprache der Transaktionsanalyse „Streicheln“ genannt wird. Damit ist zwar grundsätzlich „alles tröstende, konstruktive und stützende Verhalten“ gemeint (S. 31), aber in der Familie Schiff wurden die schizophrenen Kindern genau wie eigene Kinder in den Arm genommen, gestreichelt, in besonderen Phasen der Regression sogar mit der Flasche gefüttert oder gewickelt.

Neben dem positiven Streicheln wurde in der Schiff'schen Familie aber auch negatives Streicheln angewendet, im Klartext: die schizophrenen Kinder wurden, so groß sie waren, zuweilen auch übers Knie gelegt und bekamen ihre körperliche Züchtigung auf den Hintern. Schlagen als Strafe ist für mich, der ich der „Eltern“-Zeitschrift-Leser-Generation der 70er Jahre angehöre und zeitweise Mitglied des Kinderschutzbundes gewesen bin, immer ein zwiespältiges Thema gewesen: Theoretisch war ich ein Gegner des Schlagens, bis ich selber Kinder hatte und dann doch nicht ohne den Klaps auf den Po oder auf die Finger auskam. Ich muss zugeben, dass mich die Theorie und Praxis der körperlichen Züchtigung bei den Schiffs damals nachdenk-

lich gemacht und auch in der Art und Weise beeinflusst hat, wie ich selber in unserer eigenen Familie mit dem Thema des Schlagens umgegangen bin. Originaltext Jacqui Schiff: „Während sich Kinder entwickeln, müssen sie auch bestraft werden. Wir sind der Meinung, dass Bestrafung notwendig ist und mit Absicht geschehen sollte: nämlich darauf gerichtet, ein spezifisches Verhalten zu korrigieren. Wenn ein Kind lügt, stiehlt, davonläuft oder einen anderen Menschen mißhandelt, wird es sofort bestraft. Wir gehen dabei von der Voraussetzung aus, dass damit die Angelegenheit erledigt ist, und dass das Kind es nicht wieder tun wird. Es muss unbedingt vermieden werden, dass das Kind als 'nicht o. k.' bezeichnet wird, oder dass es sich schuldig fühlen muss. – Unter Fachleuten wird oft die Frage diskutiert, ob man Schläge als Strafe bei regredierten ‚Babys‘ oder bei normalen Kindern benutzen darf oder soll. In die Erziehung von beiden Arten von Kindern haben wir stets auch Schläge einbezogen; wir meinen, wir haben dabei eine Menge über den effektiven (aber auch den ineffektiven) Einsatz körperlicher Bestrafung gelernt. – Schläge sind deshalb wirksam, weil das Kind, während es Schmerzen spürt, unfähig ist, den Eindruck dessen, was ihm gesagt wird, abzuwehren oder sich in anderer Weise davor abzuschirmen. Auf diese Weise kann sich dem Kind, während es die Schläge empfängt, ein einfacher direkter Befehl wie zum Beispiel ‚Du sollst nicht stehlen‘ völlig gegen seinen Willen eindrücklich und auf Dauer einprägen und verinnerlichen. – Viele Eltern machen beim Schlagen eines Kindes den Fehler, dass sie es als eine Art Ausgleich für das Unrecht (d. h. als eine Bestrafung) ansehen oder als eine Form, in der sie ihre eigene Wut äußern können. Eltern, die während des Schlagens ihr Kind beleidigen, indem sie es beschimpfen oder ihm eine schlechte Zukunft prophezeien, können sicher sein, dass sich das Kind diese Botschaften ebenso verinnerlichen wird... Botschaften... wie: ... ‚Ich kann Lügner nicht ausstehen!‘ ‚Es ist hässlich und gemein, so etwas zu tun!‘ ‚Schäm dich!‘ usw. Alle diese Botschaften wurden als Selbstdefinitionen im Kopf des Kindes verinnerlicht. Noch mehr Unheil richten Botschaften an wie: ‚Willst du heranwachsen, um ein Dieb zu werden und im Gefängnis zu landen?‘ oder ‚Wenn du so weiter machst, wird aus dir noch ein Landstreicher!‘... – Ein anderer Fehler, den Eltern oft machen, wenn sie Kinder schlagen, besteht darin, dass sie das Kind wohl strafen, aber sie drücken in keiner Weise ihre ernsthafte Erwartung aus, dass diese Strafe das Verhalten des Kindes wirksam verbessern soll. Auch dieser Mangel an Erwartung wird dem Kind mitgeteilt; es leitet daraus die Wahrnehmung ab, dass sein Verhalten hoffnungslos schlecht ist und außerhalb der Reichweite der elterlichen Kontrolle liegt; so wird es automatisch – als Ergebnis dessen, was zu ihm während des Schlagens gesagt wurde, während es äußerst beeinflussbar war – darauf programmiert, sein Verhalten fortzusetzen“ (S. 52f). Das Schlagen soll kurz und schmerzhaft genug erfolgen; das Kind muss wirksam genug festgehalten werden, damit es nicht zu einem Ringkampf kommt; und um sicher zu sein, dass das Kind die Einschärfung verstanden hat, soll das Kind „versprechen, dass es sein Verhalten

nicht wiederholt. Nicht: ‚Ich werde gut sein‘, sondern ‚Ich werde nicht mehr stehlen‘“ (S. 54).

Wie gesagt, ich habe daraus viel gelernt. Allerdings meine ich doch, dass die Schiffs zu wenig die Möglichkeiten des Erklärens und der Einschärfung von Verboten etwa auch durch nachdrückliches Sprechen berücksichtigt haben. Ich glaube, dass die Schiffs hauptsächlich mit Kindern zu tun hatten, denen überhaupt zu wenig Grenzen gesetzt und die vernachlässigt wurden. Kinder, die körperlich misshandelt wurden, entwickeln sehr wohl auch Methoden, um sich den Einschärfungen während des Schlagens zu entziehen – bzw. um das Schlagen zu suchen als eine vertraute Art, sich selbst zu bestrafen und zu schädigen und das Fühlen sehr verborgener Gefühle zu vermeiden.

Ganz nebenbei verletzen die Schiffs auch noch das Tabu der Rassenschranken, indem sie, wie ich schon andeutete, auch ein schwarzes Mädchen in ihre Familie aufnahmen, Shirley. Shirley war übrigens eine Katatonikerin, die aufwuchs „mit dem sich unentwegt wiederholenden Gedanken: ‚Ich wollte, ich wäre nie geboren‘.“ (S. 112). Um sie zu behandeln, musste sie davon überzeugt werden, „dass es einen Gewinn für sie bringt, noch einmal geboren zu werden..., dass die Welt nicht der feindliche, hässliche Ort ist, als den er sie bisher erfahren hat“ (S. 113). Als Shirley übrigens einmal während einer dramatischen Durcharbeitung ihrer traumatischen Geburtserlebnisse aus dem Haus rannte und Vater Moe und die Jungen hinter ihr her liefen, fuhr plötzlich ein Auto voll von Farbigen vorbei, „die die Schar der Weißen sahen, die ein fliehendes schwarzes Mädchen verfolgten. Mit quietschenden Bremsen hielten sie neben Shirley, offensichtlich bereit, sie zu verteidigen. Für einen spannenden Moment sah es nach dem Ausbruch eines Rassenkrawalls aus. – Da ergriff Shirley die Situation: ‚Ihr fahrt weiter, hört ihr!‘, schrie sie, ‚ihr lasst uns in Ruhe. Das geht euch nichts an!‘ – Verwirrt schauten die Farbigen noch eine Weile zu; dann fuhren sie langsam davon“ (S. 117).

Unterschiedliche Erfahrungen mit Nervenkliniken

Als letzten Punkt möchte ich noch erwähnen, wie die Schiff'sche Familie mit der Institution der Nervenlinik umging. In manchen Fällen brachten sie durchaus einen hochgradig erregten Jugendlichen in die Notaufnahme der Klinik und ließen ihn medikamentös behandeln. Als sie ihren Wohnsitz in ein geräumiges Haus nach Fredericksburg verlegt hatten, begannen sie intensiv mit einem jungen Arzt namens Don Reed zusammenzuarbeiten, der ihnen half, in Notfällen die Kinder auch zu Hause medikamentös zu versorgen, so dass die Öffentlichkeit auch weniger dramatische Vorfälle mitbekam (S. 120).

Ansonsten berichtet Jacqui Schiff aber auch von manchen negativen Erfahrungen ihrer schizophrenen Kinder mit Kliniken: „Unsere Tochter Barbara hatte in der Zeit, in

der sie in einer Klinik Tagespatientin war und regelmäßig vom Arzt besucht wurde, ihn angebettelt, sie zu bemuttern; der Arzt hatte dies jedoch abgelehnt und Barbara erklärt, dass sie ‚ein pathologisches Bedürfnis nach Liebe‘ hätte. Als es ihr nach langer Zeit endlich möglich war, mit ihren Gefühlen in Kontakt zu kommen und zu weinen, befahl ihr eine Schwester, ‚ruhig zu sein‘.

Einige Kliniken behaupten, sie hätten bei Schizophrenen mit der Schockbehandlung Erfolg. Unsere Tochter Bunny, die zahlreiche Schockbehandlungen erhalten hat, beschreibt dies folgendermaßen: ‚Diese grässliche Maschine... die Leute ...sagen, ja es hat geholfen; sie sagen es nur deshalb, weil sie den Gedanken nicht aushalten können, dass das alles für die Katz war, durch das sie hindurchgegangen sind...‘ – ... Es kann so aussehen, dass sich Schizophrene nach der Schockbehandlung besser verhalten – und das aus dem gleichen Grund, wie ein kleines Kind sofort ruhig ist, wenn man es schwer bestraft hat: man hat es buchstäblich in ein annehmbares Verhalten hineingeschockt. Sie sind aber nicht weniger krank“ (S. 134).

Was wurde aus dem Konzept der Neu-Beelterung?

Die Schiffs erzielten in vielen Fällen Erfolge mit ihrer Methode. Bereits im Buch „Alle meine Kinder“ wird jedoch auch erwähnt, dass sie auch eins ihrer Kinder aufgeben mussten: Rosita (S. 146f). Die dauerhafte Heilung war vor allem gefährdet, wenn die neubeelterten Kinder ihre Kontakte zur Herkunftsfamilie wieder aufnehmen wollten; das ging in der Regel nicht gut. In einigen Fällen adoptierten die Schiffs ihre Kinder auch rechtlich und gaben ihnen neue Namen.

Der zuerst neu-beelterte Dennis nahm in seiner neuen Familie den neuen Namen Aaron Wolfe Schiff an und entwickelte gemeinsam mit seiner Mutter eine ganze Reihe theoretischer Konzepte zur Therapie schizophrener Patienten. Einen anderen neu-beelterten, ursprünglich schizophrenen Sohn der Familie Schiff mit dem neuen Namen Shea habe ich auf einer Tagung der „Europäischen Gesellschaft für Transaktionsanalyse“ im sauerländischen Willingen 1982 selber kennengelernt, wo er Vorträge über den Umgang mit Schizophrenie gehalten hat.

Einige Zeit nach Erscheinen des Buches „Alle meine Kinder“ ist der Schiff'sche Ansatz entscheidend verändert worden – insofern, als man die neugewonnenen Einsichten über die Therapie von Schizophrenen aus einem privaten Familienverband heraus auf ein anderes Setting übertrug. Jacqui Schiff trennte sich von ihrem Mann Moe und gründete mit dem größten Teil ihrer Familie in Oakland bei San Francisco das sogenannte „Cathexis Institute“, das als eine Art Schule geführt wurde, in der 25 schizophrene Jugendliche jeden Nachmittag zusammenkamen, um an ihrer Heilung zu arbeiten. In einem Prozess, der in der Regel über fünf Jahre läuft, wurde hier viel länger an der Enttrübung des Erwachsenen-Ichzustands gearbeitet, bevor man regressive Prozesse zuließ.

Psychische Krankheiten und Entwicklungspsychologie

Am 19. September 1996 referierte ich in der Abteilungs-Fortbildung der Gerontopsychiatrie an der Landesnervenklinik Alzey über Inhalte, die auf das Seminar „Psychisch krank?“ vom 1. bis 3. September und 24. bis 26. November 1989 mit Thomas Weil vom „Institut für Transaktionsanalyse und Integrative Tiefenpsychologie Kassel“ zurückgehen und auf Erkenntnissen einer transaktionsanalytischen Schulrichtung basieren, die von Jaqui Lee Schiff und anderen in den USA begründet wurde. Die grundlegenden Einsichten der „Schiff-Schule“ haben Jacqui Schiff und andere in dem Buch „Cathexis Reader. Transactional Analysis. Treatment of Psychosis“ dargestellt (erschienen 1975 bei Harper & Row, New York, Evanston, San Francisco, London).

Als ich Ihnen in meinem letzten Referat anhand des Buches „Alle meine Kinder“ einen von Jacqui Schiff und ihrer Familie entwickelten Ansatz zur Therapie von jungen schizophrenen Patienten vorstellte, versprach ich Ihnen in einem zweiten Teil einige der Schiff'schen Konzepte vorzustellen. Als ich nun daranging, dieses Referat vorzubereiten, merkte ich, dass ich mich thematisch sehr einschränken musste, da die Schiffs sehr viele brauchbare Theorien und Praxisansätze veröffentlicht haben. Ich erwähnte beim letztenmal schon ihre Theorie der schizophrenogenen Basisbotschaften (wie zum Beispiel: „Du bist nicht O.K.“; „die Welt ist ein schlimmer Ort“; „Bedürfnisse der Eltern gehen vor“); zentral ist ferner ihre Theorie der Passivität und der Symbiose und der mit der Schizophrenie einhergehenden Denkstörungen. Darauf möchte ich heute allerdings doch nicht eingehen, sondern auf einen anderen Denkansatz, der unter anderen auch auf die Schiffs zurückgeht. Und zwar ist dies ein entwicklungspsychologischer Ansatz bei der Analyse der Entstehung und der Therapie psychischer Krankheiten. Bei diesem Ansatz wird versucht, ein psychisches Krankheitsbild mit den grundlegenden Themen einer bestimmten Entwicklungsphase des Kindes zu verknüpfen.

Gerade in meiner nicht-therapeutischen, sondern seelsorgerlichen Arbeit mit Patienten war für mich dieser Ansatz sehr wertvoll. Ich kann, wenn ich auf bestimmte entwicklungspsychologische Themen aufmerksam werde, mich darauf einstellen, wie der Patient mir möglicherweise begegnen wird, welche Gefahren ich im Auge behalten sollte, was dieser Patient möglicherweise in der Beziehung zu mir brauchen könnte und welche Verhaltensweisen ich auf jeden Fall vermeiden sollte. Und ich konnte in einigen Fällen erstaunliche Verknüpfungen herstellen zwischen bestimmten Krank-

heitsbildern und einer Reihe von biblischen Texten, die ich in Predigten ausgelegt oder im Bibelkreis mit Patienten besprochen habe.

Wenn ich in meinem Streifzug durch eine Auswahl seelischer Krankheitsbilder nur auf psychotherapeutisch relevante Dinge eingehe, soll damit nicht gesagt sein, dass ich alles für psychotherapeutisch behandelbar hielte; vielmehr verzichte ich auf die Darstellung von Dingen aus der allgemeinen psychiatrischen Diagnostik, über die Sie besser Bescheid wissen als ich selbst, die exogenen Psychosen zum Beispiel lasse ich ganz weg.

Was ich Ihnen vorstellen möchte, geht auf zwei Wochenendseminare zum Thema „Psychisch krank?“ zurück, an denen ich im Jahre 1989 bei Thomas Weil teilgenommen habe, einem Transaktionsanalytiker aus Kassel. Von dem was er uns damals in ca. 30 Stunden beigebracht hat, möchte ich heute nur einige große Linien darstellen, auf die ich selber auch im Kontakt zu Patienten immer wieder aufmerksam geworden bin.

Beginnen möchte ich mit der Schizophrenie, innerhalb derer bereits die Familie Schiff vier verschiedene Krankheitsbilder unterschieden hat, die jeweils von der jeweiligen Grundthematik her bestimmten kindlichen Entwicklungsstufen zugeordnet werden können: Hebephrenie, Paraphrenie, Paranoia, und außerdem noch die Katatonie.

Hebephrenie

Hebephrenie, zu deutsch wörtlich „Jugend-Irresein“, die meistens vor dem 20. Lebensjahr ausbricht, ist erkennbar an ungeniertem, distanzlosem, albern schnippischem Benehmen, an Überschwang, heftigen Erregungszuständen, starken Stimmungsschwankungen. Hebephrene sind oft auffallend nett, Unschuldengel, verführerische liebebreizende kleine Mädchen. In der Beziehung zu einer beratenden Person ist zuerst große Kooperationsbereitschaft da. Wenn man meint, sich der Beziehung sicher zu sein, wird man jedoch „gelinkt“. Sie können dann auch unvermittelt sehr gewalttätig reagieren.

Das Grundthema der Hebephrenie ist das Thema der ersten drei Lebensmonate „Sein oder Nichtsein“, in denen Körper und Psyche noch eine Einheit bilden und in denen an sich die fundamentale Grundversicherung des Daseins aufgebaut werden soll (Urvertrauen). Das hebephrene Thema im Sinne einer psychischen Störung entsteht dann, wenn beim Ausdruck der Urbedürftigkeit anstelle der Befriedigung der Bedürfnisse ständig Lebensbedrohung empfunden wird. Das hebephrene Grundgefühl (das verdrängt ist) ist ein alles umgreifender Schmerz. Statt satt zu werden, fühlt sich das Kind verschlungen durch Ansprüche der Mutter, auf die es unter Hint-

anstellung eigener Bedürfnisse Rücksicht zu nehmen lernt. Und heimlich staut sich unter der Oberfläche der Nettigkeit eine mörderische Wut an. Dementsprechend tauchen in Schilderungen von Hebephrenen häufig orale Bilder auf (Tür als Mund, der verschlingen will; Angst vor Verschlucktwerden). Hebephrene kennen weder das Gefühl „Hunger“ als somatisches Gefühl im Magen noch das Gefühl „Sattsein“.

Hebephrene haben ferner eine Kontrolle über das Schmerzempfinden bis hin zu Schmerzunempfindlichkeit. Auch Stuhl- und Harnverhalten bis zum Geht-nicht-mehr – alles aus Rücksicht auf die Mutter. Deshalb kommen oft auch Selbstverletzungen vor, um sich zu vergewissern, dass man überhaupt noch am Leben ist. Sie wollen wenigstens Macht über sich selbst haben, wenn schon nicht über andere (bis an die Grenze des Suizids).

Hebephrenen kann man vom eigenen Umgang mit Bedürftigkeit und Ängsten erzählen. Man sollte ihnen nur begrenzte Angebote machen, damit sie verdauen können, was man ihnen anbietet. Wichtig ist: Hilfe zur Alltagsbewältigung! Auch Therapeuten müssen nicht immer mit der oft mörderischen Wut arbeiten, die über Bedürftigkeit und Schmerz angelagert wurde, sondern können gleich sozusagen einen „Bypass“ zur Bedürftigkeit legen.

In der Bibel fand ich zum hebephrenen Thema der Ambivalenz zwischen Bedürftigkeit und Verschlungenwerden zum Beispiel die Geschichte des Jona, der sich von Gott mit einem Auftrag überfordert wird und über das Meer das Weite sucht. Dort aber erfährt er erst recht das Verschlungenwerden durch den Gott, dem er nicht entfliehen kann, weil er auf ihn angewiesen ist: „Der HERR ließ einen großen Fisch kommen, Jona zu verschlingen (Jona 2, 1)“. Und hier lernt Jona nun, zu seiner Bedürftigkeit zu stehen und sie zu äußern: „Und Jona betete zu dem HERRN, seinem Gott, im Leib des Fisches und sprach: Ich rief zu dem HERRN in meiner Angst, / und er antwortete mir. Ich schrie aus dem Rachen des Todes, / und du hörtest meine Stimme“ (Jona 2, 2-3)¹.

1 Außerdem passt zum hebephrenen Thema die urgeschichtliche Erzählung von Eva und der verschlingenden Schlange, die vor dem nährenden und fürsorglichen Gott mit der Frage Angst erzeugt: „Sollte Gott gesagt haben: Ihr sollt nicht essen von allen Früchten im Garten?“ (1. Mose 3, 1). Die Antwort, die Jesus ein für allemal auf die Frage gegeben hat, ob ein Lebewesen vom andern sich nähren, ein Mensch vom andern leben darf, statt von diesem andern verschlungen zu werden, ist im Symbol des Abendmahls gegeben: „Nehmet, das ist mein Leib..., das ist mein Blut des Bundes, das für viele vergossen wird“ (Markusevangelium 14, 22+24). So hat Eugen Drewermann dieses Symbol in seinem Buch „Der Krieg und das Christentum“ ausgelegt. Im neuen Lied des Evangelischen Gesangbuchs von Hessen und Nassau, Nr. 546, kommt auch eine entsprechende Strophe vor (4): „Die Menschen müssen füreinander sterben. Das kleinste Korn, es wird zum Brot, und einer nährt den andern“.

Paraphrenie

Die Schiff-Schule siedelt entwicklungspsychologisch zwischen Hebephrenie und Paranoia die Paraphrenie an. Paraphrene (in der Mehrzahl Frauen) wollen nicht auffallen, ziehen sich gern zurück. Wenn sie eskalieren, eskalieren sie nach innen. Ihre Suizidversuche gelingen in der Regel! Paraphrene Patientinnen sind diejenigen, an die man sich in der Gruppe am schwersten erinnert.

Das paraphrene Thema entsteht in der Zeit zwischen dem 3. und 7. Lebensmonat, in der späteren oralen Phase, in der eine tragfähige Beziehung zur Mutter und überhaupt Sozialkontakt aufgebaut wird. Die Hände werden entdeckt, und eine Sehnsucht nach Gesehen-, Aufgenommen- und Gehaltenwerden entsteht. Paraphrene haben oft depressive Mütter, die primär-oral gut füttern können, aber sich jetzt als Gegenüber zurückziehen, nicht streicheln, nicht anlächeln, nicht das Baby-Lächeln erwidern. Paraphrene entwickeln dann ein inneres Selbst-Streichel-System durch Autismus oder Phantasiebildungen, sie werden pfllegeleicht, machen keine Umstände. Wenn sie nichts beanspruchen, kriegen sie am meisten. Sie sind oft blass, puppenhaft, zart, leiden in sich. Ihr Grundgefühl (das weggedrückt wird) ist eine große Traurigkeit. Sie können daher nicht weinen, sich nicht verabschieden, sie haben Angst vor dem Ende einer Begegnung („Es ist hier so schön, deshalb kann ich nicht wiederkommen“). Zu viel Aufmerksamkeit empfinden sie als Überforderung. Sie haben oft auch Probleme mit der Sexualität, erleben sich häufig asexuell oder bisexuell undifferenziert. Und sie haben Probleme, in den Spiegel zu schauen. Paraphrene wirken oft depressiv, aber ihre Phantasie ist nicht tot wie bei endogenen Depressiven, und ihnen fehlt die manisch-grandiose Anspruchshaltung der Zyklotymen.

Die Kontaktaufnahme zu Paraphrenen ist schwierig, aber mit Geschichten und Bildern geht es. Man muss Möglichkeiten zur Distanzierung offen lassen, des Hineinschauens in eine Geschichte und des wieder Rausgehens. „Überleg dir, wie weit du mich heranlässt.“ „Der Abschied nachher kann hart, ungewohnt sein.“ „Ich möchte gern an deiner Welt Anteil nehmen, du musst nicht an meiner Welt teilnehmen.“ Besonders wichtig ist die Botschaft: „Du kannst wiederkommen.“ Um die Traurigkeit freizusetzen, kann der Therapeut erlauben, dass die Patientin sein Gesicht mit den Händen anfassen darf. Umgekehrt kann eine sanfte Massage ihrer Muskeln um das Auge herum sie zu einem anfangs sehr stillen, wimmernden Weinen ermutigen.

In der biblischen Geschichte spielt häufig das Gesehenwerden von Menschen eine Rolle, die sonst übersehen werden, zum Beispiel von Zachäus, der, klein von Gestalt, Jesus nur von einem Baum aus beobachten wollte, ohne selbst gesehen zu werden. Doch „als Jesus an die Stelle kam, sah er auf und sprach zu ihm: Zachäus, steig eilend

herunter; denn ich muss heute in deinem Haus einkehren“ (Lukas 19, 5). An einer anderen Stelle heißt es von Jesus: Er „sah die große Menge; und sie jammerten ihn, denn sie waren wie Schafe, die keinen Hirten haben. Und er fing eine lange Predigt an“ (Markus 6, 34). Wie gesagt, für paraphrene Menschen ist das Erzählen und Hören von Geschichten ein ganz wichtiger Schlüssel zur Kontaktaufnahme².

Paranoia

„Para“ heißt griechisch so viel wie „neba der Kapp“. Paranoiker sind anfangs anstrengende Patienten als Meister der Projektion, die auch die Schwachpunkte ihres Gegenübers erkennen. Allerdings können sie später zu den dankbarsten Patienten werden. Paranoiker unterstellen immer, dass die anderen sie ablehnen. Bevor aber die anderen sie ablehnen können, gehen sie selbst, und zwar so, dass die anderen sich schuldig fühlen sollen. Sie suchen damit den Schmerz einer uralten Ablehnungserfahrung zu kontrollieren, indem sie einer möglichen neuen Ablehnung zuvorkommen. Im Grunde aber sehnen sie sich nach Nicht-Ablehnung.

Das paranoische Thema ist entwicklungspsychologisch beim 7. bis 9. Monat angesiedelt, wenn der Sozialkontakt hergestellt, von der Vertrauensperson aber enttäuscht worden ist (Vertrauensbruch).

Paranoiker leiden demonstrativ. Sie führen sich wie jammernde Gerechte auf: „Ihr seid schuld, dass es mir so schlecht geht.“ Man kann aber um diese Position des „jammernden Gerechten“ (Redefining Hexagon) konkurrieren, indem man auch jammert: „Wenn du dich so elend machst, dann fällt es mir sehr schwer, dich zu trösten.“

Paranoiker haben Angst vor großer Nähe. Berührungen werden als Angriff ausgelegt. Sie haben keine Vorstellung von Nähe als Wärme, nur als Angriff oder Verletzung. Und sie haben Angst vor der Angst. Angst ist für sie ein Zeichen höchster Bedrohung, ihr Grundgefühl, das weggedrängt werden muss. Ein Wahn wird als Vorsichtsmaßnahme entwickelt, um möglichen Verfolgungen zuvorzukommen.

Eine neue Erfahrung für Paranoiker ist es, im Gespräch mit ihnen von Angst zu sprechen, auch von eigener Angst, und dann speziell von der Angst um den Patienten. Bisher hat man immer Angst vor ihnen gehabt und sich wegen ihnen schuldig gefühlt.

2 In der Geschichte von Kain und Abel (1. Mose 4, 4-5) kommt auch das Gesehenwerden vor: „Und der HERR sah gnädig an Abel und sein Opfer, aber Kain und sein Opfer sah er nicht gnädig an. Da ergrimmte Kain sehr und senkte finster seinen Blick.“

In der Bibel finde ich zu diesem Krankheitsbild als klassische Parallele den sogenannten „besessenen Gerasener“, der folgendermaßen beschrieben wird: Als Jesus in „die Gegend der Gerasener“ kam, „lief ihm alsbald von den Gräbern her ein Mensch entgegen mit einem unreinen Geist, der hatte seine Wohnung in den Grabhöhlen. Und niemand konnte ihn mehr binden, auch nicht mit Ketten; denn er war oft mit Fesseln und Ketten gebunden gewesen und hatte die Ketten zerrissen und die Fesseln zerrieben; und niemand konnte ihn bändigen. Und er war allezeit, Tag und Nacht, in den Grabhöhlen und auf den Bergen, schrie und schlug sich mit Steinen. Als er aber Jesus sah von ferne, lief er hinzu und fiel vor ihm nieder und schrie laut: Was willst du von mir, Jesus, du Sohn Gottes, des Allerhöchsten? Ich beschwöre dich bei Gott: Quäle mich nicht!“ (Markusevangelium 5, 2-7). Als Jesus ihm ohne Angst gegenübertritt, empfindet er das zunächst als Verfolgung, als Qual. Er, der gewohnt war, dass alle Angst vor ihm haben, fühlt sich nun seiner eigenen Angst ausgesetzt. Danach setzt sich Jesus, modern gesprochen, mit den Wahnhaltungen des Kranken auseinander: „Und die unreinen Geister baten ihn und sprachen: Lass uns in die Säue fahren! Und er erlaubte es ihnen. Da fuhren die unreine Geister aus und fuhren in die Säue, und die Herde stürmte den Abhang hinunter in den See, etwa zweitausend, und sie ertranken im See“ (Markusevangelium 5, 12-13). Ich sehe darin ein phantastisches Bild, wie psychotisches Erleben eines Menschen entmachtet werden kann, wenn es nicht mehr dazu benötigt wird, irgendwelche Ängste vor Ablehnung oder ähnlichem zu kompensieren.

Paranoiker haben auffallend häufig eine Beziehung zu Tieren, mit denen sie reden. Oder sie fühlen in sich ein Tier oder viele Tiere, wie der Schizophrene in der biblischen Geschichte, oder fühlen sich als Tier. Hebephrene dagegen haben eher pflanzliche Phantasien, die keinen Sozialkontakt voraussetzen.

Die drei Grundformen der Schizophrenie kann man übrigens ganz knapp anhand ihrer grundlegenden Angst unterscheiden: Hebephrene haben Angst, ausgesetzt zu werden. Paraphrene haben Angst, ausgelacht zu werden. Paranoiker haben Angst, zurückgewiesen zu werden.

Katatonie

Gesondert möchte ich noch auf das Thema der Katatonie eingehen, auf Patienten, die sich tot stellen, in vollkommene Starre und Leblosigkeit verfallen (bei starkem Muskeltonus – im Gegensatz zur Passivität der endogen depressiven Patienten, die mit schlaffem Muskeltonus einhergeht). Außer der völligen Starre, einem Sperrungszustand kann auch ein Angriff (gegen sich oder andere) erfolgen.

Der Katatone fühlt sich durch die Geburt verraten: entweder war es vorher paradiesisch oder wenigstens immer noch vergleichsweise besser als nachher. Ihm fehlt die gute Erfahrung, in dieser Welt willkommen geheißen und empfangen zu werden. In der Bibel taucht das katatone Thema auf, wenn der Tag der Geburt verflucht wird (z. B. bei Hiob oder in den Psalmen). Die katatone Schein-Lösung des Problems ist die Regression in einen Zustand vor dem Problem, sogar vor die Zeugung bzw. des nicht Daseins, nicht einmal in den Mutterleib (weil der Mutter vorgeworfen wird, dass sie ihn geboren hat).

In der Therapie schlägt Thomas Weil eine „Kuscheltherapie“ unter der Decke vor, wobei es (bei männlich/weiblicher Ko-Therapie) die Therapeutin den Patienten eng umklammert und festhält, bis der Wunsch vom Patienten selber kommt: „Ich will raus!“ Und dann wird er anders empfangen von dem Therapeuten und der Gruppe und willkommen geheißen. Das Halten und Festhalten ist bei dieser symbolischen Neu-Geburt ganz wichtig.

Wegen der hohen Suizidgefahr muß allerdings vor dem Angebot von Nähe und der Einladung zur Regression zunächst ganz viel Hilfe zum Leben im Alltag, fürs Verhalten im Hier und Jetzt, fürs Denken und Fühlen gegeben werden.

Gerade am letzten Sonntag habe ich in einer Predigt an die Geschichte des Gelähmten aus dem Markusevangelium, Kapitel 2, das Thema des Willkommenseins in der Welt angeknüpft. Der Mann hat offenbar immer erfahren, nicht willkommen zu sein, wird als Sünder angesehen, der mit seiner Behinderung zu Recht von Gott gestraft ist, und das scheint sich zu wiederholen, als er die Hilfe Jesu sucht, aber wegen Überfüllung nicht zu Jesus ins Haus vordringen kann. Immerhin hat der Gelähmte vier Männer dazu veranlasst, ihn zu tragen und ihm alle Verantwortung abzunehmen, sogar für das Denken und das Glauben: „Und es kamen einige zu ihm, die brachten einen Gelähmten, von vierten getragen. Und da sie ihn nicht zu ihm bringen konnten wegen der Menge, deckten sie das Dach auf, wo er war, machten ein Loch und ließen das Bett herunter, auf dem der Gelähmte lag. Als nun Jesus ihren Glauben sah, sprach er zu dem Gelähmten: Mein Kind, deine Sünden sind dir vergeben“ (Markus 2, 2-5).

Symbolisch ermöglichen es die vier Männer dem Kranken, in die Geborgenheit des Mutterleibes zurückzukehren. Und Jesus redet den erwachsenen Mann auch folgerichtig als das regredierte Kind an. Zugleich führt er ihn aus der Regression heraus, indem er ihn selbst und nicht die Männer anredet, die bisher sogar für den Kranken geglaubt hatten. Und wenn er ihm ohne irgendein vorheriges Schuldbekenntnis die Sünden vergibt, dann heißt er ihn herzlich willkommen in Gottes Welt: „Du musst

dich nicht mehr schämen, dass du auf der Welt bist! Du bleibst nicht festgenagelt auf deinem Bösesein. Nun bist du aber auch verantwortlich für dein Leben“. Und Jesus entlässt ihn aus der Geborgenheit der Regression und der Lähmung in eine Welt, in der er willkommen ist und sich bewegen kann: „Ich sage dir, steh auf, nimm dein Bett und geh heim!“ (Markus 2, 11)³.

Zyklothymien und Depression

Die manisch-depressiven Krankheitsbilder, die die zweite große Gruppe der Psychosen ausmachen, und die neurotische Depression behandle ich gemeinsam, da beide auf der gleichen Entwicklungsphase basieren und die Unterschiede in der unmittelbaren Gegenüberstellung leichter zu skizzieren sind. Grundsätzlich gilt hier übrigens genau wie bei den bisher genannten entwicklungspsychologischen Themen, dass es jede dieser Erkrankungen auf psychotischem oder auch neurotischem Niveau geben kann (ein Normalneurotiker wie wir alle kann zum Beispiel eine paraphrene Furcht davor haben, ausgelacht zu werden, oder das paranoide Gefühl, häufig abgelehnt zu werden).

Nach den Schiffs wurzeln Störungen, die mit Depression zu tun haben, zwischen dem 8. bis 18. Lebensmonat, in der Zeit des Krabbelalters, in der Kinder zum ersten mal testen, was sie selber tun können. Dabei brauchen sie Anerkennung für das, was sie schon allein können, und zugleich Anleitung und Hilfe in kleinen Schritten für das, was sie noch lernen müssen. Bei Depressiven ist in der Regel eine solche Anleitung unterblieben oder sie war erdrückend („lass mich mal machen, du kannst das noch nicht!“ – „du müsstest es aber können!“).

Mit dieser Ausgangssituation gehen nun verschiedene Menschen unterschiedlich um, unterverantwortlich oder überverantwortlich. Der sog. neurotische Jammerdepressive entwickelt eine Grundhaltung, in der er sich zum kleinen, hilflosen Kind macht und die anderen durch sein Jammern dazu erpresst, dass sie für ihn denken und sorgen. Die Schiffs sprechen hier von einer Fixierung in einer Symbiose 1. Ordnung, das heißt: der Patient hält die kindliche Abhängigkeit gegenüber anderen Personen aufrecht und nutzt nicht seine eigenen erwachsenen und strukturierenden Funktionen.

3 Auch das Thema des Wiedergeborenwerdens als Bild für die Taufe und das neue Leben der Christen passt hierher, z. B. die Frage des Nikodemus im Johannesevangelium 3, 4: „Wie kann ein Mensch geboren werden, wenn er alt ist? Kann er denn wieder in seiner Mutter Leib gehen und geboren werden?“ Symbolisch kann er.

Demgegenüber lernt der Manisch-Depressive eine andere Grundhaltung, nämlich, auf sich allein gestellt durchs Leben zu gehen und sich alles im Wesentlichen selbst beizubringen. Hier sprechen die Schiffs von einer Symbiose 2. Ordnung, d. h., ein kleines, noch unreifes Eltern- und Erwachsenen-Ich des Kindes übernimmt unbewusst Verantwortung für das Kindheits-Ich der Elternfigur, die unfähig ist, dem Kind genug Zuwendung und Struktur zu geben. Ziel dieser Selbstüberforderung, dieses ständigen Immer-nur-Gebens, ist natürlich, indirekt doch irgendwann etwas zurückzubekommen, aber in der Regel ist das viel zu wenig, und wenn er wirklich etwas bekommt, gibt er es meist gleich wieder her.

Wenn dieser Mensch erlebt, dass er doch nicht alles kann, ihm die manische Illusion genommen wird, die grandiose Selbstüberschätzung an Grenzen stößt, verbucht er sich dies, in Depression abstürzend, als: „Ich kann gar nichts.“ In der manisch-depressiven Logik gibt es nur ein „Alles oder Nichts, Ganz oder Gar-Nicht, Himmelhochjauchzend – Zu-Tode-Betrübt“. Gerade bei den manisch-depressiven Psychosen bricht die Krankheit oft auf dem Gipfel des Erfolgs aus, wenn man sich aufgrund einer grandiosen Anspruchshaltung so sehr leerbrennen lässt, dass man depressiv abstürzt. Dabei muss es noch nicht einmal auffallen, dass ein großes Engagement eine manische Komponente hat.

Phänomenologisch unterscheidet man ja zwischen monopolen und bipolaren Verläufen, je nachdem, ob sich Depression und Manie abwechseln oder nur eine Manie oder nur eine Depression auftritt. Entwicklungspsychologisch betrachtet, gibt es jedoch keine Depression ohne Manie. Thomas Weil geht bei den sog. „endogenen Depressiven“ von einer „Hirnmanie“ aus, das heißt einer Manie, die äußerlich nicht in Erscheinung tritt, die aber aufgrund der inneren (vielleicht nur im inneren Dialog laufenden) grandiosen Anspruchshaltung wirkt. Mit ihr verlangt sich der Kranke so wahnsinnig viel ab, dass er hinterher depressiv abstürzt. Manische, chronische Überforderung, zum Beispiel sichtbar in Schlaflosigkeit, Arbeitswut, äußert sich dann irgendwann physisch. Für die Therapie ist es wichtig, nicht den Patienten ein wenig weniger depressiv zu machen, wenn er seine dahinterliegende grandiose Anspruchshaltung behält. Sonst führt das eher noch zu einer Steigerung der Grandiosität, nämlich zu glauben, dass er noch mehr kann, zum Beispiel jetzt besser als früher für sich sorgen zu können, und langfristig zu noch mehr Abstürzen. Skepsis bei irgendeiner Form von Euphorie bei Depressiven ist angebracht. Suizidgefahr besteht bei schwerer Gestörten beim Übergang von der depressiven in die manische Phase, weil sie dann die nötige Energie dazu haben, die in der Depression fehlt.

Die Jammerdepressiven sind nerviger, aber mehr im Kontakt mit der Umwelt, zum Beispiel indem sie Zuwendung erpressen. Die hirnmanische innere Anspruchshal-

tung wird sofort mit Kapitulation beantwortet – mit einer Flucht in die Regression vor die Entwicklungsphase, in der das Problem entstand, nämlich in die Phase der Konfluenz, des Eins-Seins mit der Mutter. Andere sollen für mich sorgen, ich will nicht erwachsen werden. Es darf mir in der Klinik nicht besser gehen, dann werde ich entlassen. Hier hilft es, wenn man diesen Jammerdepressiven sozusagen an die Hand nimmt und ihm in kleinen Schritten zeigt, wie man etwas macht. Wenn man ihn zur Realitätsprüfung anleitet: Was gibt es noch zwischen Alles oder Nichts, zwischen Schwarz und Weiß? Die Haltung von Beppo Straßenkehrer aus der Erzählung von Momo ist ein Leitbild: Immer nur den nächsten Besenstrich machen, nicht die ganze lange Straße anschauen, die noch zu kehren ist!

In der Bibel entdecke ich einen Jammerdepressiven in dem Mann, der seit 38 Jahren krank ist und am Teich Bethesda auf ein Wunder wartet, das war damals in Jerusalem so etwas wie heute Lourdes. „Als Jesus den liegen sah und vernahm, dass er schon so lange gelegen hatte, spricht er zu ihm: Willst du gesund werden? Der Kranke antwortete ihm: Herr, ich habe keinen Menschen, der mich in den Teich bringt, wenn das Wasser sich bewegt; wenn ich aber hinkomme, so steigt ein anderer vor mir hinein“ (Johannes 5, 6-7). Obwohl der Mann auf die Frage Jesu gar nicht antwortet, hilft ihm Jesus, indem er ihm eine klare Anweisung gibt: „Jesus spricht zu ihm: Steh auf, nimm dein Bett und geh hin!“ (5, 8). Aber der denunziert seinen Helfer bei der Tempelpolizei, weil er am Sabbat geheilt hat. Ein Heil-Erfolg?

Manisch Depressive neigen zum Autismus, koppeln sich stärker von der Realität ab, daher kommen hier mehr psychotische Fälle vor. Sie blenden die eigene Bedürftigkeit im Zuge ihres Helfersyndroms aus. Der Transaktionsanalytiker Birger Gooß hat einmal gesagt: Die meisten Angehörigen helfender Berufe haben die gleiche psychische Grundstruktur wie endogen Depressive – vielleicht rührt es daher, dass die sogenannte endogene zylothyme manisch-depressive Psychose über so lange Zeit als dem psychotherapeutischen Verstehen nicht zugänglich galt.

Was hilft Manisch-Depressiven? Der Kontakt mit der eigenen Bedürftigkeit, die Ermutigung, sich Hilfe und Anleitung zu suchen. Ein zyklischer Heilungsansatz statt eines linearen: Es darf dir auch mal wieder schlecht gehen! Du darfst deine Überlebensstrategien ruhig auch zukünftig anwenden – sie sollen nicht rasch wegtherapiert werden, es sollen vielmehr zusätzliche Wahlmöglichkeiten hinzugefügt werden. Wenn solch ein Kranker anfängt zu jammern, nein, zu klagen, dann sollte man ihm dafür viel Raum geben. Es ist ein Vertrauensbeweis des Manisch-Depressiven, einer helfenden Person auch mit seiner nervigen Seite zur Last zu fallen. Wenn überhaupt irgendwo, ist hier im Gespräch das Spiegeln der Gefühle angebracht. Forderungen zu stellen, wäre falsch, da sie die inneren überfordernden Ansprüche wieder stützen

würden. Langsam nur kann dieser Patient lernen, Dinge zu tun, ohne sich selber zu überfordern, Gefühle der Trauer, der Lust und der Wut auszudrücken und auch Bedürfnisse zu äußern. Wenn man beschenkt wird von diesem Patienten, kann man fragen: „Manchmal schenke ich anderen das, wonach ich mich selber am meisten sehne. Wie ist das bei Ihnen?“

Die klassische Geschichte eines Manisch-Depressiven ist die Geschichte des Petrus, der sich stark genug fühlt, Jesus bis zum Letzten zu verteidigen, der ihn dann aber, als ihm verboten wird, das Schwert zu benutzen, und als die Sache Jesu verloren scheint, kläglich verleugnet. In einer Auferstehungsgeschichte im letzten Kapitel des Johannesevangeliums (21) stellt ein Erzähler dar, dass Petrus erst nach Jesu Tod genug innere Stärke entwickelt, auch sein Versagen einzugestehen und Vergebung von Jesus anzunehmen. Noch klarer wird die Charakterstruktur des Petrus in einer symbolischen Episode widergespiegelt, die Matthäus der Erzählung von Jesu Wandel auf dem Meer anfügt. Da traut es sich Petrus zu, es seinem Herrn und Meister nachzutun und er ruft ihm zu: „Herr, bist du es, so befehl mir, zu dir zu kommen auf dem Wasser“ (14, 28), ein durchaus manisch wirkendes Unterfangen.

Als Petrus sein Vorhaben dann auch wirklich wahrmacht – er schafft sogar einige Schritte auf dem Wasser – verliert er aber kraft der Realität doch den Boden unter den Füßen: „Als er aber den starken Wind sah, erschrak er und begann zu sinken und schrie: Herr, hilf mir! Jesus aber streckte sogleich die Hand aus und ergriff ihn“ (14, 30-31).

Diese Bibelstelle hat bereits auf eine ganze Reihe von leergebrannten Depressiven in unserem Bibelkreis Eindruck gemacht. Man fühlt sich stark und muss erleben – irgendwann ist man mit seiner Kraft am Ende, man bricht zusammen, findet sich vielleicht auf der geschlossenen Station wieder, man geht unter in seiner Angst, Verzweiflung, Leere oder was auch immer. Und jetzt zu erleben: Das ist nicht das Ende! Da ist ein Hilferuf möglich! Da ist eine Hand, die mich herauszieht! Das eröffnet eine neue Perspektive und führt heraus aus dem Denken in Alles-oder-Nichts-Kategorien.

Damit möchte ich meine Auswahl von Krankheitsbildern, die ich entwicklungspsychologisch betrachte und mit biblischen Texten parallelisiere, beenden. Ich danke Ihnen für Ihre Aufmerksamkeit beim Zuhören und freue mich über Rückfragen, Kritik und weiterführende Ideen!

Die politische Dimension in der Biographie

Im Jahresbericht 1991 über meine Arbeit als Klinikseelsorger befasste ich mich mit politischen Implikationen, die viele Bereiche der Arbeit in der Klinik durchdringen, insbesondere die Biographien von Patientinnen, Patienten und Mitarbeitenden. In dieser Veröffentlichung habe ich die die Biographien der erwähnten Personen so verfremdet, dass sie nicht erkannt werden können. Auch die Abkürzungen der Namen entsprechen nicht den tatsächlichen Anfangsbuchstaben.

Zunächst einmal sträubte sich in mir alles, meinen Jahresbericht unter das obige Thema zu stellen. Nicht weil ich etwas gegen politische Fragestellungen hätte (galt ich doch jahrelang als der „grüne Pfarrer“ in meiner früheren Gemeinde). Aber in meiner seelsorgerlichen Arbeit in der Klinik stand dieser Aspekt dermaßen im Hintergrund, dass ich Mühe hatte, ihn als roten Faden für einen einigermaßen repräsentativen Überblick über meine Arbeit zu verwenden. Allerdings sind mir bei näherer Überlegung doch eine ganze Reihe von Begegnungen mit Patienten eingefallen, in der der obige Aspekt in gewisser Weise eine Rolle spielte. Je mehr ich mich ins Thema vertiefte, um so mehr fiel mir auf, in welchem Maße politische bzw. strukturelle Fragestellungen viele Bereiche der Arbeit in der Klinik durchdringen.

Durch totalitäre Systeme beeinflusste Biographien

Nationalistisch gefärbter Hass

als Kompensation für Verletzlichkeit und Demütigung

Zum Thema Opfer/Täter, politisch gesehen, mit dem besonderen Blick aufs Dritte Reich, ist mir als erstes die Begegnung mit einem alt gewordenen Offizier, Herrn A. eingefallen, der nach dem Tode seiner Frau suizidal wurde Herr A. erwähnte seinen Hass auf die Russen, die den Deutschen so viel angetan hätten, und verstieg sich sogar zu der Äußerung: Wenn es noch einmal Krieg mit den Russen gäbe, würde er keine Gefangenen nehmen, sondern alles niedermachen. Ganz dicht neben diesen rachsüchtigen, brutalen Äußerungen nahm ich sehr sensible, gefühlsbetonte Seiten an diesem Mann wahr, wenn er weinend von seiner Frau erzählte, die für ihn alles bedeutet habe, wenn er von seinem Glauben an Gott sprach oder wenn er über die seiner Ansicht nach entwürdigende Behandlung durch seinen Sohn oder durch die Schwestern auf der Station klagte.

Was war Herr A. damals als Soldat? Opfer oder Täter? Oder beides? Was war er in seiner Ehe? Was ist er heute in seiner Familie? ...

Ich spürte in meinem ersten Gespräch mit ihm, als er seinen Hass auf die Russen äußerte, zunächst den Impuls, ihn reden zu lassen, ohne ihm zu widersprechen, da er nicht so belastbar schien und da er ja auch nicht mehr die Gelegenheit haben würde, seinem Hass auch entsprechende Taten folgen zu lassen. Aber so unangenehm es mir auch war, ich nahm meinen Mut zusammen und äußerte als der so viel Jüngere an einer späteren Stelle meinen Einwand zu seiner Einstellung (ich zitiere aus meiner Erinnerung): „Herr A., mir ist vorhin etwas aufgefallen an dem, was sie erzählt haben, das kriege ich nicht ganz zusammen. Sie haben erzählt, dass Sie an Gott glauben, dass Sie Christ sind, und Sie haben von ihrem Hass auf die Russen gesprochen. Aber nun hat doch Jesus gesagt, dass man sogar die Feinde lieben soll. Wie passt das bei Ihnen zusammen?“

Herr A. sagte daraufhin, er habe das vielleicht etwas härter ausgedrückt, als er das gemeint habe, aber ich müsste doch verstehen, was den Deutschen damals von Russen angetan worden sei; er schilderte mir auch konkrete Vorfälle mit russischen Soldaten, die mir seine Betroffenheit verständlich machten. Grausamkeiten nahm er zunächst nur bei den Russen wahr. Er berichtete dann aber auch von deutschen Racheakten an Russen, die mit den von anderen begangenen Grausamkeiten gar nichts zu tun hatten. Und mir schien es, als ob hier so etwas wie eine Einsicht aufkeimte, in der Richtung, dass vielleicht auch manche Russen Grund gehabt haben könnten, die Deutschen für grausam zu halten.

Mir schien es unangebracht, dieses Thema noch weiter zu vertiefen, um den Patienten nicht zum Opfer inquisitorischer Fragen zu machen. Aber die sanfte Konfrontation mit meiner abweichenden Meinung war eine gute Basis für meine weitere Beziehung zu Herrn A.

Später nahm ich einen Zusammenhang wahr zwischen der Art, in der Herr A. sich im Krieg als Opfer russischer Gewalttaten erlebt hatte, durch die er sich dazu berechtigt fühlte, seinerseits Gleiches mit Gleichem zu vergelten (sein Christentum war eher an der Regel „Auge um Auge“ orientiert als an christlicher Feindesliebe), und seiner Art, sich in der Familie und auf der Station als Opfer zu fühlen – und zugleich seine Umgebung zu tyrannisieren. Ich bemühte mich, wann immer er von Gefühlen sprach, seine Verletztheit ernstzunehmen und ihn zu unterstützen, zu seinem Recht zu kommen, zugleich aber ihn darauf aufmerksam zu machen, wo er seinerseits anderen Personen zu nahe trat. Als er ankündigte, dass er seinen Sohn enterben wollte, wenn der ihn nicht bei sich aufnähme, sprach ich ihn darauf an, ob das wohl ein gutes Zusammenleben werden könnte, wenn er seinen Sohn mit solchem Druck dazu zwingen wollte. Was er darauf erwiderte, weiß ich nicht mehr; bei seiner Entlassung

jedenfalls erfuhr ich von ihm, dass er bei seinem Sohn – zumindest für einige Zeit – leben könne.

Später erzählte mir die Stationspsychologin beiläufig, dass sie gerade am Beispiel von Herrn A. beobachtet habe, wie ein selbstbewusst und fordernd auftretender Patient von einem Teil des Personals „geduckt“ werde. Man habe veranlasst, ihm mehr (beruhigende) Medikamente zu geben, dadurch aber habe er irgendwann (als Nebeneffekt) Durchfall bekommen und sich die Kleider verunreinigt. Ein Mann wie Herr A. habe sich dadurch tief gedemütigt gefühlt. Dieses Verhalten des Personals sei um so unverständlicher, als man passive Patienten mit großer Mühe zur Selbständigkeit zu führen versuche. Auf die Frage, inwiefern das Personal in einem ähnlichen Täter-Opfer-Dilemma steckt, gehe ich unter Punkt 5.2. näher ein.

Gewalttätigkeit als Folge einer Inhaftierung unter polizeistaatlichen Bedingungen

Szenenwechsel: Einen anderen Patienten, Herrn B., ..., der eine ganze Reihe von Jahren in einem DDR-Gefängnis hinter sich hatte, traf ich zunächst bei mehreren Aufhalten in der geschlossenen akutpsychiatrischen Station an, später auf einer mittelfristigen Station. Er war ... amnestiert worden, gleich in den Westen übergesiedelt und kam hier offensichtlich mit seiner neugewonnenen Freiheit nicht zurecht. Es waren immer Gewalttätigkeiten oder Gewaltandrohungen, die zu seinen Einweisungen in die Klinik (bzw. von der offenen wieder auf die geschlossene Station) führten.

Was mir nie klar wurde, ist der eigentliche Grund für seine Haft in der DDR. Wieder die Frage: War er ursprünglich ein „Täter“ gewesen, der zu Recht bestraft worden war? Oder war er damals als Jugendlicher nur das „Opfer“ einer Unrechtsjustiz gewesen, die ihn erst später auch zum „Täter“ werden ließ? Wegen Republikflucht habe er eingesessen, sagte er mir. Außerdem sei ihm auch insofern Unrecht geschehen, als man in seiner Gefängniszeit eine operative Behandlung ... so unfachmännisch durchgeführt habe, dass er für immer entstellt sei. Seine Entstellung war auch einer der Gründe dafür, dass er immer wieder Anlässe fand, sich mit Gewalt zu wehren, wenn man Bemerkungen über sein Aussehen machte (oder er sich das nur einbildete). Ein anderer Grund für seine Neigung zur gewaltsamen Reaktion war der, dass er manche Erlebnisse auch im „freiheitlichen Westen“ so deutete, als ob hier im Grunde auch ein Unrechtsregime an der Macht sei – z. B. seine polizeiliche Einweisung in die Nervenklinik, die Behandlung durch einzelne, etwas ruppige Pfleger, bis hin zum gerichtlichen Beschluss über sein Verbleiben in der Anstalt.

In meinen Gesprächen mit ihm war ich darauf bedacht, ihn wissen zu lassen, dass ich ihn wegen seines Aussehens weder abweisen würde noch allzu schonend behandeln wollte. Als er am Anfang nur immer schimpfte, besonders auf einen bestimmten

Pfleger, der ihn „gefressen“ habe, und auf immer wiederkehrende Ungerechtigkeiten auch hier in der BRD, die er nun wirklich satt habe, da fragte ich ihn behutsam nach seinem eigenen Anteil an diesen Konflikten. Und ich machte ihm z. B. deutlich, dass es einfach nicht OK sei, sich mit Gewalt gegen eine Schwester Ausgang zu verschaffen, wenn ihm etwas gegen den Strich gehe. Irgendwie sah er das dann auch ein – bis zum nächsten Vorfall. Als er dann irgendwann mit einem Gerichtsbeschluss für längere Zeit auf der „Geschlossenen“ saß, schien aber endlich die Einsicht bei ihm zu wachsen, dass er nun endlich auch an seinem eigenen Verhalten etwas ändern müsse.

Es gab dann noch einmal einen Rückfall in alte Verhaltensweisen, als Herr B. sich in eine Patientin verliebte, die er recht schnell heiraten wollte. Als die Patientin dabei nicht mitzog, fing er an, sie unter Druck zu setzen. Mich wollte er einspannen, um Kontakt mit ihr herzustellen, die mittlerweile auf eine anderen Station gekommen war. Aber nach Gesprächen mit der Patientin, die sich zu krank fühlte für eine dauerhafte Beziehung zu ihm, sah ich meine Aufgabe eher darin, mit ihm darüber zu sprechen, dass er sich hier Illusionen machte und wieder einmal mit einer Enttäuschung fertig werden musste. Er sah schließlich ein, dass Druck und Gewalt keine Mittel sind, um sich vor Enttäuschungen zu schützen und dass man die Liebe einer Frau nicht erzwingen kann.

Psychische Erkrankungen im Zusammenhang mit der Flucht aus unerträglichen politischen Verhältnissen

Das erste Opfer der politischen Verhältnisse in der DDR hatte ich übrigens vor der Wende ... auf der gleichen geschlossenen Abteilung der Akutpsychiatrie kennengelernt. Eine junge Frau, ..., war aus der DDR geflohen, weil sie den dauernden Druck dort nicht mehr ausgehalten hatte und meinte, dort keine Zukunft zu haben. Frau C. war gemeinsam mit ihrem Freund geflohen, der hatte sie aber bald nach der Ankunft im Westen verlassen. Nun war sie zwar bei irgendwelchen Verwandten untergekommen, fühlte sich aber sehr einsam und sehnte sich eigentlich nach ihrer Familie in der DDR zurück. Eine Depression mit Selbstmordabsichten war die Folge, deswegen kam sie in die Klinik. Sie wusste nicht, was sie tun sollte, erwartete auch Ratschläge von mir. Ich fragte zurück, was es für sie bedeuten würde, sich so oder so zu entscheiden; damals schien es ja noch eine unwiderrufliche Sache zu sein, wenn sie wirklich wieder in Honeckers Reich zurückkehren würde; aber umgekehrt war die Frage, ob sie psychisch stabil genug war, um hier im Westen allein ein neues Leben aufzubauen. Wie sie sich letztlich entschied, weiß ich nicht; sie wollte damals zunächst bei den offiziellen Stellen anfragen, wie es überhaupt mit der Möglichkeit ei-

ner Rückkehr stand. Mittlerweile mag sie längst unter veränderten Umständen wieder in ihrer früheren Heimat Fuß gefasst haben.

Das Ehepaar D., ..., das ... aus Rumänien (Banat) in die Bundesrepublik übergesiedelt war, kurz vor den revolutionären Ereignissen in ..., hat erst vor ein paar Tagen mit mir Kontakt aufgenommen (er ist seit längerer Zeit als schizophrener Patient auf einer mittelfristigen Station untergebracht; sie kam später auf eine offene Akut-Station). Sie versprachen sich von mir Hilfe bei der Wohnungssuche und im Umgang mit Geldforderungen; außerdem erwähnte Frau D. Glaubensprobleme, die sie mit mir allein besprechen wolle. Im Blick auf Wohnungs- und Geldprobleme verwies ich die beiden an die Sozialarbeiterin, die zwar vielleicht auch nicht viele, aber immerhin mehr Möglichkeiten habe als ich, in diesen Fragen zu helfen (ich fragte später kurz bei der Sozialarbeiterin nach, und sie bestätigte mir, dass man diese Dinge in den Griff bekommen könne).

Mit Frau D. führte ich dann zwei Gespräche allein. Sie und ihr Mann waren schon vorher psychisch krank gewesen und waren vor allem deshalb hierher gekommen, um die besseren Möglichkeiten zur Behandlung ihrer Krankheit wahrzunehmen. Sie mussten nun aber feststellen, dass ihnen die als unpersönlich erfahrene Klinik-Medizin und die Einsamkeit in einem Leben ohne ihre gewohnten intensiven Familienbeziehungen noch mehr zusetzten. Frau D. entwickelte so starke Ängste, dass sie sich mehrfach zum Suizid gedrängt fühlte. Zu mir kam sie wegen schwerer Glaubenszweifel, die auch eine Ursache in den politischen Verhältnissen ihrer Heimat haben: im Banat waren die deutschstämmigen Familien alle katholisch, aber die christliche Erziehung war von Staats wegen verpönt. Nur ihre Großmutter habe sie im christlichen Glauben unterwiesen, so recht und schlecht sie es eben vermochte, mit der Folge, dass eine starke Bindung an einen als sehr fordernd und strafend empfundenen Gott mit dem Gefühl einherging, von Gott und der Bibel eigentlich viel zu wenig zu wissen. Dass ein Gott, der Menschen so krank werden lasse, die Menschen liebe, das kann sich Frau D. einfach nicht vorstellen. Ich spüre einen Zwiespalt zwischen ihrer starken, unmittelbaren Gottesbeziehung, die sich z. B. darin äußert, dass sie – wenn sie allein ist – zu Gott unter Tränen schreien und klagen kann, und den scheinbar religiös begründeten Einschränkungen, denen sie sich unterwerfen zu müssen glaubt, etwa dass man nur leise und in vorformulierten Texten zu Gott beten dürfe.

Meine Aufgabe in diesem Kontext sehe ich darin, sie in ihrer persönlichen Beziehung zu Gott zu stützen und ihr dabei auch neue Erfahrungen mit Gott und mit der Bibel zu ermöglichen. Sie folgte dann auch meiner Einladung zum Bibelgesprächskreis, den ich einmal wöchentlich für die offenen Akut-Stationen anbiete, und kann dort hoffentlich im Gespräch mit der Bibel und mit anderen Christen neu erfahren, wie

menschenfreundlich Gott ist und dass es auch in der Klinik nicht nur unpersönlich zugehen muss. Anderen Patienten ging es jedenfalls schon so, dass sie sowohl die beschützend-anehmende Atmosphäre im Bibelkreis als auch das inhaltliche Sich-Ansprechen-Lassen durch biblische Worte, Bilder und Geschichten als sehr befreiend, stützend, ermutigend und heilsam erlebten (die Teilnahme ist freigestellt, und es kommen immer zwischen drei bis acht Patienten bzw. Patientinnen).

Ich erinnere mich an eine weitere Frau, die aus Rumänien ausgesiedelt war: Frau E. war im Alter von über ... Jahren mit ihrer Familie aus Siebenbürgen gekommen und in ... ansässig geworden. Sie wurde ähnlich wie Frau D. nicht so leicht mit der völlig anderen Mentalität der Bundesbürger fertig; ihr fehlten vor allem der gewohnte dörflich-nachbarschaftliche Zusammenhalt der alten Heimat und die intensive Frömmigkeitspflege. So sehnte sich Frau E. geradezu nach Gesprächen über Gott und nach einem Menschen, mit dem sie z. B. die alten, vertrauten Lieder singen und beten konnte. Die Andachten, die ich auf den gerontopsychiatrischen Stationen mittlerweile im 14-tägigen Rhythmus anbiete, waren ihr eine große seelische Bereicherung.

In diesem Zusammenhang stellt sich mir als „kirchenpolitische“ Frage, wie die Aufgabe zu bewältigen ist, die große Zahl von stark traditionell geprägten Christen aus Osteuropa, die nach Deutschland eingewandert sind, in einer Volkskirche zu betreuen, die zugleich auf Weltoffenheit und Weltverantwortung bedacht ist. In meiner Gemeindetätigkeit vor der Klinikpfarramtszeit hatte ich oft den Eindruck, dass es kein Einzelfall ist, wenn gerade die aus Rumänien stammenden Christen in unseren volksskirchlichen Strukturen nur schwer eine geistliche Heimat finden.

Der Einfluss des sozialen Netzes in der Bundesrepublik auf Biographien von Patienten

Die politische Dimension spielt allerdings nicht nur in der Biographie von Menschen eine Rolle, die in einem der totalitären Regime unseres Jahrhunderts gelebt haben. Auch die Strukturen eines demokratisch verfassten Staatswesens üben einen Einfluss auf die psychische Verfassung von Menschen aus und auf die Art, wie sie mit Problemen unterschiedlicher Art umgehen.

Alkoholabhängigkeit als Problem persönlicher Verantwortung und als Problem für Träger von sozialen Hilfen

Im Bereich des Alkohol- und Drogenentzugs treffe ich auf die Täter-Opfer-Problematik gleich in mehrfachem Sinne. Einerseits kann man die gesellschaftlichen Trinksitten und die Einschätzung des Alkohols als eines legalen Stimmungsveränderers als

mit ursächlich für die große Zahl von Abhängigen mit ansehen. Andererseits benutzen abhängige Patienten gern auch gesellschaftliche Missstände als eine weitere Begründung für ihr Trinkverhalten.

Ich nehme auf dieser Station etwa alle 14 Tage an den täglich (ohne Therapeuten) stattfindenden Gruppengesprächen teil (die für die Patienten dieser Station Pflicht sind), um mich den nur kurz auf der Station verweilenden Patienten bekannt zu machen. Relativ selten sprechen mich anschließend Patienten wegen eines Gesprächs an.

Gelegentlich werde ich auch ins Gruppengespräch einbezogen. Z. B. einmal von Herrn F. „Helfen Sie eigentlich nur mit Worten, Herr Pfarrer“, sprach er mich an, „oder auch mit Taten?“ Ich fragte ihn, wie er das meine. Ja, ob ich z. B. auch helfen könne, ihm und seinesgleichen – er sei obdachlos – eine Bleibe zu besorgen. An dieser Stelle musste ich passen und verwies auf den Sozialarbeiter. „Den könnense in der Pfeife rauchen“, bekam ich zur Antwort. „Also doch nur mit Worten“, beschied er mich abschließend.

Ich muss sagen, dass ich fast geneigt war, nun mich selber als Opfer seines Angriffs auf den untätigen Vertreter der Kirche bzw. als Opfer meines schlechten sozialen Gewissens anzusehen. Aber ich habe dort auf der Station keinen sozialarbeiterischen Auftrag und muss mich mit der machtlosen Position dessen begnügen, der tatsächlich nur „mit Worten“ helfen kann – im Gespräch und im gemeinsamen Aushalten von Schwäche und Machtlosigkeit usw.

Aber hier bleibt nun trotzdem die andere Frage wach – ganz im Sinne unseres Leitthemas: Wie gehen wir damit um, dass Menschen, die in, trotz oder durch unser politisch-gesellschaftliches System zu Opfern werden, diese Anfrage an die Kirche richten: helft ihr nur mit Worten oder gelegentlich auch mit Taten? Als einzelner Seelsorger bin ich in der Regel überfordert und auch nicht die richtige Adresse, um hier die große Hilfe zu leisten. Aber die kirchliche Gemeinschaft als Ganze kann ihre Prioritäten zu überprüfen und schauen, ob im Bereich der Nichtsesshaftenhilfe noch weitere Angebote möglich und sinnvoll sind.

Soziale Anspruchshaltung als Versuch, die eigene Machtlosigkeit zu überwinden

Auf einer der geschlossenen akutpsychiatrischen Stationen traf ich Herrn G., ..., der dort eingewiesen worden war, weil er der für ihn zuständigen Sozialarbeiterin auf dem Sozialamt sexuelle Anträge machte, bis hin zu eindeutigen Vergewaltigungsandrohungen. Herr G. fühlte sich als Opfer einer Gesellschaft, in der er – als „abgebrochener“ Student – keinen Arbeitsplatz fand und in der die ihm zustehende Sozialhilfe nicht für seine grundlegenden Lebensbedürfnisse ausreichte. Zu diesen elementaren

Bedürfnissen zählte Herr G. auch den Besitz diverser Musikinstrumente, die er sammelte wie andere Leute Briefmarken.

Zu mir nahm er Kontakt auf, weil er gern auf der Kirchenorgel spielen wollte. Als ich von seinem suchartigen Musikinstrumenten-Gebrauch hörte, hielt ich es jedoch für angebracht, diesen Wunsch nicht zu erfüllen (zumal er ohnehin keinen Ausgang hatte), sondern lieber über seine Art, mit Dingen und Menschen umzugehen, zu sprechen. Überdeutlich wurde in den Gesprächen, dass Herr G. auf alle mögliche Art und Weise versuchte, alle Welt unter Kontrolle zu bringen: seine Gesprächspartner z. B. dadurch, dass er pausenlos, ohne Punkt und Komma, redete; seine Gefühle durch extensives, lautstarkes Musizieren bis hin zur Demolierung der Instrumente; seine sexuellen Wünsche durch verschiedene Methoden, Frauen zunächst als Objekten begegnen zu können, bis er sie für sich einnehmen konnte (so hatte er versucht, ein Foto-Studio aufzumachen, um Frauen für Akt-Fotos zu gewinnen – nicht ohne Hintergedanken).

Meine Beziehung zu Herrn G. entwickelte sich zwiespältig. Zum einen reagierte er mit Tränen, als ich ihm meine Phantasie mitteilte, dass ich hinter seinen Bemühungen, alles in den Griff zu kriegen, einen verzweiferten kleinen Jungen wahrnehme, der traurig ist über seine Schwäche und Machtlosigkeit und der sich so sehr danach sehnt, geliebt zu werden, so wie er ist. Ich sagte ihm, dass er es doch nicht nötig habe, sich größer und stärker darzustellen, als er sich fühle. Zumal er sich selbst deutlich kleiner und schwächer wahrnahm, als er z. B. auf mich wirkte.

Als er jedoch in weiteren Gesprächen wieder sehr kontrolliert sprach und nach Möglichkeiten suchte, die Sozialhilfe zu überlisten, weigerte ich mich, dieses Spiel weiter mitzuspielen. Wenn er wollte, würde ich gern über seine Tränen sprechen, und wie er mit dem Schwach-Sein umgehen könne, ohne sich entwürdigt vorzukommen. Aber dazu war er, jedenfalls während dieses Klinikaufenthalts, (noch?) nicht bereit.

In diesem Fall schien mir klar, dass Herr G. nicht wirklich das Opfer von unrechtmäßigem Verhalten einer Behörde geworden war. In anderen Fällen, wenn jemand über Sozialämter u. ä. klagte, verwies ich normalerweise an die Kollegen von der Sozialarbeit, weil ich mich nicht kompetent genug fühle, um die Feinheiten der behördlichen Abläufe zu durchblicken.

Einfluss der Einstufung als Pflegefall auf den Verlauf einer Krankheit

Manchmal sind soziale Anspruchshaltungen gar nicht so leicht zu erkennen. Ich hatte z. B. über ein Jahr lang regelmäßig Kontakt mit einer Patientin, zwischen fünfzig und sechzig Jahre alt, die nach dem Tode ihres Mannes in soziale Not geraten war und über Depressionen klagte. Frau H. sprach sich gern bei mir und anderen aus, be-

harrte jedoch standhaft auf ihrer Ansicht, dass ihr doch nicht zu helfen sei. Weder Gott noch ein Pfarrer noch Ärzte noch Sozialarbeiter könnten ihr helfen. So drehten sich auch meine Gespräche mit ihr immer wieder im Kreise, und es gehörte eine Menge Geduld dazu, sie nicht als hoffnungslosen Fall oder als unverbesserliche Querulantin völlig links liegen zu lassen.

Das Stationsteam nahm bald an, dass es Frau H. in der Klinik im Grunde „zu gut“ ging, weil sie ja hier versorgt sei, sich nicht um ihre alltäglichen Sorgen kümmern müsse und auch der Entscheidung enthoben sei, vielleicht in ein Altenheim zu gehen und auf Sozialhilfe angewiesen zu sein. Denn immer wenn man annahm, dass sich bei ihr eine Besserung zeigte und sie entlassen werden sollte, wurde ihr Zustand wieder akut suizidal, und man musste sie weiter in der Klinik behandeln. Das änderte sich erst, als die Krankenkasse sie nach einem Jahr als Pflegefall einstufte und es für sie keinen Unterschied mehr machte, ob sie weiter in der Klinik oder z. B. in einem Altenheim untergebracht wäre. Da entschied sie sich sehr schnell für die Aufnahme in einer Langzeiteinrichtung, die ihr wenigstens noch Gelegenheit für bestimmte leichte Tätigkeiten bot.

Ein weiteres Beispiel zeigt, wie auch Angehörige von Patienten zuweilen von einer Anspruchshaltung geprägt sind, die die Suche nach der bestmöglichen Perspektive für den Patienten erschwert. Ich begegnete Frau I. gelegentlich, wenn sie ihren Mann besuchte, erst auf der offenen, später auf der geschlossenen Männerstation der Gerontopsychiatrie. Herr I. hatte sich durch ein hirnorganisches Psychosyndrom so sehr in seiner Persönlichkeit verändert, dass seine Frau ihn zu Hause im Grunde nicht mehr pflegen konnte. Die Kinder der Familie, die alle in gutsituierten Verhältnissen an anderen Orten wohnten, sahen das allerdings anders, weil sie den Vater ja nicht in seinen unruhigen und aggressiven Verhaltensweisen rund um die Uhr erlebten. Herr I. wäre auf die Dauer in einer Pflegeeinrichtung besser aufgehoben gewesen, die aber die Angehörigen sehr viel teurer gekommen wäre als der jetzige Klinikaufenthalt. Ich spürte, wie Frau I. einerseits darunter litt, ihrem Mann zu Hause nicht mehr gerecht werden zu können, wie sie andererseits auch keine Entscheidung treffen wollte, die ihren Kindern große finanzielle Opfer abverlangen würde. So blieb es lange Zeit bei einem Hin und Her von Entlassung aus der Klinik und Wiedereinweisung, bis auch in diesem Fall die Krankenkasse feststellte: Herr I. ist ein Pflegefall und im Krankenhaus nicht mehr richtig untergebracht.

Die zuletzt angeführten Beispiele führen zu den inzwischen ja auch in der Öffentlichkeit diskutierten Überlegungen, wie das Risiko, zum „Pflegefall“ zu werden, finanziell abgesichert werden kann. Es ist sicherlich menschenwürdiger, wenn beim Übergang von der Krankenbehandlung zur reinen Pflege das Gerangel zwischen Kostenträgern

oder Familienangehörigen vermieden werden kann. Andererseits kann man es kaum verhindern, dass auch eine verbesserte Pflegekostenabsicherung von manchen Patienten im Sinne einer sozialen „Hängematte“ missbraucht wird. Manchem würde die Motivation fehlen, alle noch verfügbaren Kräfte zu einer Besserung seines Gesundheitszustandes zu mobilisieren, wenn es allzu einfach wäre, sich als Pflegefall zur Ruhe zu setzen.

PatientInnen als Gewaltopfer und Gewalttäter

Opfer und Täter – nirgendwo scheint man diese Charakterisierungen einfacher anwenden können als im Bereich von Straftaten. Aber es kommt vor, dass Opfer sich aus unbewussten Motiven heraus in Situationen begeben, in denen sie Gewalttaten geradezu provozieren; und es gibt auch Opfer von Gewalt, die ihre Situation dazu ausnutzen, nun ihrerseits andere Menschen zum Opfer ihrer Ansprüche zu machen. Umgekehrt gibt es Menschen, die zu Tätern werden, weil sie sich der Bewältigung ihrer Lebensumstände nicht gewachsen fühlen.

Ausnutzung der Tatsache, ein armes Opfer zu sein

Ich erinnere mich an Frau J., ..., die gelegentlich an unserem Bibelkreis teilnahm, ohne dass sie sich persönlich sehr stark einbrachte, und die eines Tages ganz dringend einen Termin mit mir ausmachen wollte. Bei dem vereinbarten Gespräch erzählte sie mir, wie sie von einem Mann fast erwürgt worden sei, der es auf eine feste Beziehung mit ihr abgesehen hatte, von ihr aber abgewiesen worden war. Nun habe sie eine wahnsinnige Angst davor, dass dieser Mann nach seiner Entlassung aus dem Gefängnis sie wieder bedrohen könnte. Ihre Therapeutin, die Stationspsychologin, habe ihr vorgeschlagen, doch einmal diesen Mann im Gefängnis aufzusuchen und mit ihm zu reden (im Beisein des Bewährungshelfers). Dann könne sie realistischer einschätzen, wie berechtigt ihre Angst sei. Nun versuchte Frau J., mich dazu zu bewegen, mit ihr gemeinsam nach ... ins Gefängnis zu fahren; die Psychologin hielt das auch für gut, damit sie zusätzliche Unterstützung durch mich bei dem Gespräch habe.

Ich bekam ein ungutes Gefühl bei der ganzen Sache. Erstens eine ganz spontane Angst vor einem solchen Gespräch mit einem Gewalttäter, dessen Seelsorger ich nicht einmal war. Zweitens eine Unsicherheit bezüglich der Psychologin – sollte sie wirklich so einen Vorschlag gemacht haben, ohne es vorher mit mir abzusprechen? Und drittens große Zweifel am Sinn eines solchen Gesprächs überhaupt – würde sich die Angst der Patientin nicht noch verstärken, wenn sie dem Täter noch einmal gegenüber stünde? – würde sie ihm nicht signalisieren, dass sie ihn doch sehr wichtig

nähme, und ihn möglicherweise gerade dadurch zu weiteren Annäherungsversuchen provozieren? Unsicherheit „zwei“ und Zweifel „drei“ äußerte ich gegenüber der Patientin – und wir vereinbarten, dass ich zuerst einmal Rücksprache mit der Psychologin halten würde (zwei Wochen später, weil diese nämlich gerade in den Urlaub abgereist war), bevor wir weitere Schritte unternehmen würden. Dass ich Angst „eins“ nicht recht wahrnehmen wollte bzw. dachte, ich dürfe mich doch als Seelsorger in so einer Situation nicht einfach aus Angst „drücken“, das sollte sich dadurch rächen, dass mir dieses ungute Gefühl doch noch eine ganze Weile nachging.

In dem Gespräch mit der Psychologin über das Ansinnen von Frau J. stellte sich übrigens heraus, dass die Psychologin überhaupt keinen derartigen Vorschlag gemacht hatte und im übrigen meine Bedenken teilte. Wir hatten beide den Eindruck, dass Frau J. – wieder einmal? – ihre Fähigkeit unter Beweis gestellt hatte, zwei Autoritäten gegeneinander auszuspielen bzw. für ihre Zwecke einzuspannen. Frau J. kam noch einmal in den Bibelkreis, sprach mich aber nicht mehr auf ihren Wunsch an; von mir aus kam ich auch nicht mehr darauf zurück. Haben wir – die Psychologin und ich – sie einmal mehr in ihrem Glauben bestärkt, sie sei und bleibe eben ein armes Opfer und auf Autoritäten sei eben doch kein Verlass? Manchmal bleiben Zweifel...

Unbewusste Mechanismen, durch die ein Opfer potentielle Täter zur Tat verführt

Eine andere Frau von ... kam in die Klinik, weil sie bereits mehrfach vergewaltigt worden war und mit den Folgen der Vergewaltigungen nicht fertig wurde. Frau K. suchte mich oft in meiner Sprechzeit auf („Sie als Pfarrer sind für mich keine Bedrohung“) und nahm auch regelmäßig am Bibelkreis teil. Mir fiel im Laufe der Zeit auf, dass sie es verstand, immer wieder andere Patienten und das Stationspersonal gegen sich einzunehmen, indem sie ein provozierendes Verhalten an den Tag legte.

Je mehr ihr Vertrauen zu mir wuchs, um so mehr konnte ich ihr den Gedanken nahebringen, dass sie selbst eine gehörige Portion dazu beitrug, wenn andere Menschen ihr zu nahe traten. Das konnte ich allerdings erst tun, nachdem ihr klar war, dass ich sie nicht moralisch verantwortlich machen wollte für das Verhalten derer, die sie missbraucht hatten.

Sie war schließlich für die schmerzliche Einsicht offen, dass es eigentlich das kleine Mädchen in ihr war, das sich danach sehnte, ihren Vati irgendwie für sich zu gewinnen. (Der reale Vater hatte sich zu Beginn ihrer Pubertät von ihr abgewandt – vielleicht um sich davor zu schützen, sie zu missbrauchen. Aber wie sollte die kleine Tochter den plötzlichen Wechsel im Verhalten ihres Vaters deuten?) Und nun steckte sie in einem fürchterlichen Dilemma: entweder Männer dazu zu verführen, ihr zu nahe zu treten – dann hatte sie „den Vati“ für sich gewonnen, um den Preis der Ge-

fühle des Missbrauchtwerdens und des Ekels vor Männern überhaupt. Oder auf die Nähe von Männern überhaupt zu verzichten – um den Preis, dass ihre Sehnsucht nie befriedigt werden würde und dass sie auch nie ein schönes Sexualleben mit ihrem Mann würde führen können.

Ich habe den Eindruck, dass es Frau K. mit der Zeit gelang, zu unterscheiden zwischen der väterlichen Nähe, die sie brauchte, um sich in der Welt zurechtzufinden und zu sich selbst zu stehen, und der sexuellen Nähe, die in eine Vater-Tochter-Beziehung nicht hineingehört und gegen die eine Tochter sich auch mit dem ganzen ihr zur Verfügung stehenden Zorn (und vielleicht mit mütterlichem oder seelsorgerlichem Beistand) wehren darf. In den Bibelgesprächen war es das Bild des liebenden, fürsorglichen Vatergottes, das sie besonders ansprach. Und vielleicht hat es ihr auch geholfen, sich zeitweise an mich als den männlichen Seelsorger anlehnen zu können, wobei ich ihr klar zu verstehen gab, dass ich mich von ihr nicht verführen lassen würde.

Ein Jahr nach ihrer Therapie rief mich Frau K. vor ein paar Tagen an und erzählte mir, es gehe ihr gut und sie sei jetzt als Künstlerin tätig – und zwar als eine sehr gute!

Es stellt sich an Beispielen wie diesem heraus, dass unsere angeblich im Blick auf Sexualfragen so frei gewordene Gesellschaft noch immer einen riesengroßen Nachholbedarf an sexualethischer Reife hat. Väter müssen z. B. lernen, verantwortlich mit ihren Gefühlen gegenüber ihren heranwachsenden Töchtern umzugehen, d. h. sie weder sexuell zu missbrauchen noch ihnen ihre väterliche Liebe und Nähe zu entziehen.

Gewalttat als Folge unbewältigter Lebensverhältnisse

Frau L., ..., ist ein Beispiel dafür, wie eine Frau zur Täterin werden kann, die im Grunde selber ein Opfer ihrer Lebensumstände ist. Sie kam in die Psychiatrie, als sie in einer Phase totaler Überlastung und inneren Ausgebranntseins sich selbst und ihre kleine Tochter umbringen wollte. Ihr Therapeut, ein Oberarzt, versuchte sie zur Einsicht zu führen, dass sie einerseits lernen müsse, die Dinge gelassener auf sich zukommen zu lassen, dass sie andererseits endlich eine Entscheidung über ihre Ehe fällen müsse. In Gesprächen mit mir spielten ihre Schuldgefühle und ihre Glaubenszweifel eine große Rolle. Sie hätte gerne an Vergebung geglaubt, konnte sich aber nicht vorstellen, dass Gott sie noch lieb haben könne. Sie hätte gern die Dinge gelassener auf sich zukommen lassen, auch die Entscheidung, ob sie um ihre Ehe kämpfen oder die Trennung anstreben solle; aber sie fühlte sich zu schwach, um eine Entscheidung fällen zu können. Wie soll man „loslassen“ können, ohne irgendwo anders einen „festen Halt“ zu haben? Unsere Gespräche drehten sich bald im Kreise, und Frau L. fand es besser, sich auf die Therapie mit dem Oberarzt zu konzentrieren.

Mit mir hatte Frau L. allerdings weiterhin Kontakt im Gottesdienst oder bei kurzen Begegnungen. Ich versuchte, ihr zu vermitteln, dass ich sie nicht verurteilte, obwohl ich ihr das Schuldgefühl wegen der versuchten Tötung nicht ausreden wollte. Denn: obwohl Frau L. als Opfer des Zustands ihrer Ehe und ihrer psychischen Krankheit zur Täterin geworden war, trug sie doch auch ihr Stück Verantwortung für ihre Tat. Vergebung, so dachte ich, könne es ihr ermöglichen, neu anzufangen, ihre Probleme zu bewältigen.

Lange Zeit hindurch schien es so, dass ihr weder in der Therapie des Arztes noch in der Seelsorge durch den Pfarrer neue Kräfte erwachsen, um mit ihrer Krankheit fertigzuwerden, entscheidungsfreudiger zu werden und ihre Verantwortung für sich und die Familie wieder wahrzunehmen. Erst als man auf die Idee kam, sie im Rahmen der Arbeitstherapie im Sekretariat der Klinikverwaltung als Sekretärin zu beschäftigen, wuchs langsam ihr Selbstbewusstsein, und sie wurde bald entlassen. Verurteilt wurde sie übrigens nicht.

Selbsttötung als letzter „Ausweg“ in einer Suchtkarriere

Auf der Entzugs-Station lernte ich Frau M., ..., kennen, eine heroinabhängige Patientin, die mich zu sich rufen ließ. Ihr Freund war kurz zuvor durch eine Überdosis Heroin unfreiwillig aus dem Leben geschieden, und sie fühlte sich schuldig deswegen, weil sie dabei gewesen war und nichts dagegen unternommen hatte. Sie habe sich dann auch wieder etwas gespritzt, weil sie mit all dem nicht fertig wurde, und kam in die Klinik.

Auf die Frage, ob sie denn jetzt endgültig mit den Drogen aufhören wolle, wollte sie sich nicht festlegen. Nein, sie brauche eigentlich keinen Stoff mehr; nur für den Notfall wollte sie sich doch so ein Hintertürchen offen lassen. Sie gab sich zwiespältig. Einerseits sehr souverän – sie wisse genau, dass man hier auf der Station jeden Stoff besorgen könne, sie habe sogar selbst etwas im Schrank; sogar zwei Messer hätte sie durch die Kontrolle geschmuggelt. Auf die Frage, wozu sie die denn brauche, meinte sie, die hätte ihr ein Freund gegeben, aber sie selber brauche sie nicht.

Ich legte ihr zwei Dinge nahe: Zum einen, dass sie doch bitte die Messer abgeben solle, um niemanden in Gefahr zu bringen. Zum andern, dass ich nur zwei Möglichkeiten für sie sähe: entweder dass sie eine Langzeittherapie macht oder dass sie sich über kurz oder lang mit der Droge umbringt. Das mit dem Messer brachte sie in Ordnung. Für eine Langzeittherapie konnte sie sich aber nicht entscheiden. Sie „entließ“ sich kurz darauf selbst.

Ich sah sie noch einmal wieder, als sie jemand anders von der Station besuchte. Sie wirkte verzweifelt, ohne Hoffnung. Ich versuchte noch einmal, sie zu einer Therapie

zu bewegen. Sie meinte, sie habe AIDS, was denn ihr Leben überhaupt noch für einen Sinn habe. Ich äußerte meine Betroffenheit, und suchte ihr zu vermitteln, dass der Sinn eines Lebens nicht in der Länge oder Kürze der Lebensjahre liege. Ich glaube, ich erzählte ihr auch von Jesus, der nicht alt wurde und dessen Leben trotzdem sinnvoll war. Darum zu kämpfen, clean zu werden und zu bleiben, das sei ihr Lebenssinn – und vielleicht noch mehr. Letzten Endes sei ich machtlos dagegen, wenn sie sich wirklich etwa antun wolle. Aber ich gab ihr zu verstehen, dass ich mir Sorgen um sie machte und dass ich traurig wäre, wenn sie sterben würde. An diesem Tag sah ich sie zum letztenmal.

Einige Monate später hörte ich von einer anderen Patientin, dass Frau M. gestorben sei. Vor Weihnachten habe sie sich den „goldenen Schuss“ gesetzt. Ich war traurig.

Betroffenheit durch den Golfkrieg

Am ersten Tag des Golfkriegs traf sich nachmittags der Bibelgesprächskreis. In der Anfangsrunde, in der wir jedesmal zunächst schauen, was die einzelnen TeilnehmerInnen an Vorschlägen, Fragen und Themenwünschen mitgebracht haben, herrschte diesmal die Betroffenheit durch den Beginn des Golfkriegs vor. Die Art der Betroffenheit war jedoch unterschiedlich. Eine junge Frau erzählte vom amerikanischen Mann ihrer Freundin, der jetzt an den Golf müsse und nicht wisse, ob er zurückkehren werde. Eine andere Patientin sprach davon, wie sie gebetet habe, dass Gott diesen Krieg nicht zulassen solle. Mehrere depressive Patientinnen sagten, dass sie möglichst wenig an den Krieg zu denken versuchten. Eine Frau äußerte sich so: sie sei froh, dass sie in der Klinik als Patienten das Recht hätten, sich um die Weltpolitik nicht zu kümmern. Sollen die Gesunden sich Gedanken darum machen!

Mir ging es an diesem Tag so, dass ich zwar Angst und Betroffenheit spürte, aber nicht Panik. Irgendwie fühlte ich ein ganz tief gegründetes Vertrauen zu Gott. Ich musste an das (von Hoimar von Ditfurth bereits vor Jahren aufgegriffene) Wort Martin Luthers vom Apfelbäumchen denken, das ich pflanzen kann, selbst wenn morgen die Welt untergeht. Davon erzählte ich anderen, und mehr vermochte ich in diesen Tagen nicht zu tun.

Ich war nicht in der Lage, mich intensiver in die Lage derer zu versetzen, die im Golfkrieg leiden und sterben. Ich hatte auch Schwierigkeiten, mich hundertprozentig für die pazifistische Position meiner Dekanatskollegen, unseres Propstes und unserer Kirchenleitung stark zu machen, da ich die Argumentation vor allem der Israelis gut verstehen konnte, dass man der Gewalt eines Aggressors doch irgendetwas entgegensetzen müsse. Aber was? Die amerikanische Reaktion war ja alles andere als ver-

hältnismäßig... Ich stelle meine Gedanken so ausführlich dar, weil ich ähnlich zwiespältige Empfindungen auch in Gesprächen mit Patienten feststellen konnte, bereits in den Tagen vor dem Golfkrieg, aber auch später.

Bei den Andachten im gerontopsychiatrischen Bereich und auch im sonntäglichen Gottesdienst in der Klinik-Kapelle sprach ich das Thema nicht allzu ausführlich an, um Patienten nicht tiefer in eine Angst hineinzutreiben, mit der umzugehen ich ihnen in dieser Situation nicht helfen konnte. Vertrauens- und Fürbittlieder spielten in dieser Zeit eine besondere Rolle (z. B. „Nun lasst uns gehn und treten“, „Harre meine Seele“, „Jesu, geh voran“), mit denen ich zum Ausdruck bringen wollte: Wir sind nicht von Gott verlassen, trotz allem. Wir können für die beten, die ihm Krieg sterben, auch für die Soldaten, die am Krieg beteiligt sind, obwohl wir den Krieg nicht verherrlichen können und obwohl wir nicht begreifen können, warum Gott solche Kriege zulässt.

Ich muss an dieser Stelle zugeben, dass es mir entgegenkommt, in der Nervenklinik mich nicht so sehr unter dem Druck zu fühlen, politisch zu predigen, politisch aktiv zu sein. In der Gemeinde hatte ich lange Zeit den Anspruch, ich müsse auch einen Beitrag dazu leisten, dass die Friedens- und Umwelt-Verantwortung der Gemeinde nicht zu kurz kommt. Mit der Gefahr, dass ich entweder mich überforderte, indem ich als Einzelkämpfer gegenüber dem Kirchenvorstand unermüdlich Friedens- und Umweltthemen einbrachte, die kaum jemanden interessierten, oder dass ich die Gemeindeglieder überforderte, die einfach in Ruhe gelassen werden wollten mit Themen, im Blick auf die sie sich machtlos fühlten. Ich bin nach wie vor ein politisch denkender Mensch, habe aber mit der Zeit gelernt, behutsam mit politischen Themen umzugehen, vor allem in Situationen, in denen kein Gespräch möglich ist, wie z. B. während der Predigt. Auf keinen Fall darf die politische Einstellung als Kriterium für wahre Christlichkeit herangezogen werden. Und ich denke auch, dass nicht jeder zu jeder Zeit in der Lage und willens sein muss, sich politisch zu engagieren.

In besonderer Weise war übrigens eine Patientin, Frau N., von Auswirkungen des Golfkriegs betroffen, deren Ex-Freund zu den in der Türkei stationierten Bundeswehreinheiten gehörte und der ihr von dort einen Liebesbrief schrieb, um die Beziehung noch einmal neu zu beginnen. Sie war hin- und hergerissen zwischen dem Impuls, es doch noch einmal mit ihm zu versuchen – auch um ihn nicht zu enttäuschen, der jetzt in einer so bedrohlichen Situation leben musste –, und dem deutlichen Gefühl, dass er sie nicht wirklich mit Leib und Seele, sondern nur körperlich begehrte. Ich ermutigte sie, nicht ihrem schlechten Gewissen, sondern ihrem Gefühl zu folgen, das sie vor einer weiteren Beziehung zu dem jungen Mann warnen wollte.

Biographien unter dem Einfluss einer psychiatrischen Klinik

Auch durch den Aufenthalt in einer psychiatrischen Klinik selbst können Menschen zu Opfern gemacht werden. Zum Beispiel ganz einfach und ganz legal durch die Unterbringung in geschlossenen Stationen oder durch Fixierungen. Oder auch durch die als Stigma empfundene Selbst- und Fremdeinschätzung als jemand, der „nervenkranke“ ist und zu den „Bekloppten“ gesteckt wird.

Patienten als Opfer im Beziehungsgeflecht der Mitarbeiter auf einer psychiatrischen Station

Als ein Beispiel möchte ich Frau O. erwähnen; die Begegnungen mit ihr habe ich in folgendem Gesprächs-Protokoll nachgezeichnet, das ich zu Supervisionszwecken angefertigt hatte:

Frau O., zwischen 70 und 80 Jahre alt, war Patientin auf der offenen gerontopsychiatrischen Station unserer Klinik, bis sie wegen Suizidgefahr auf die geschlossene verlegt wurde. Ich erinnere mich an kurze Kontakte mit ihr auf dem Flur, bei denen aber kein intensiveres Gespräch zustandekam. Sie ging oft unruhig den Gang auf und ab, sie jammerte und weinte viel, wobei man ihre Worte oft kaum verstehen konnte, gelegentlich äußerte sie: „Sie können mir auch nicht helfen“. An den Andachten, die ich auf der Station anbot, nahm sie gelegentlich teil.

Eines Tages spricht mich Frau O. zum erstenmal von sich aus an, auf dem Flur ihrer Station (O = Frau O; S = Seelsorger; K = Krankenschwester).

O1: Herr Pfarrer, könnten Sie mir nicht einen Schuhlöffel besorgen?

S2: Einen Schuhlöffel? Gibt es denn hier auf der Station keinen?

O3: Nein, die Schwestern sagen, es ist keiner da. Und sie wollen mir auch keinen besorgen. (fängt an zu weinen)

In diesem Augenblick kommt eine Schwester vorbei und hört zufällig, was Frau O. sich von mir erbeten hat.

K4: Frau O., wir können doch nicht extra wegen einem Schuhlöffel in die Stadt gehen und einen kaufen! Und außerdem haben Sie Ihre Schuhe doch auch so anbekommen. Mit ein wenig Geduld geht das auch. (sie geht gleich weiter)

O5: (undeutlich wegen des Weinens und ein wenig aggressiv) Das sagt sich so leicht; da muss ich immer so lange machen und mich bücken und das geht so schwer. Können Sie mir nicht einen Schuhlöffel besorgen, Herr Pfarrer?

S6: Ich glaube, ich komme heute oder morgen noch in die Stadt, da schaue ich mal, ob ich einen kriege. Übermorgen bin ich wieder hier im Haus und kann ihn vorbeibringen.

Als ich der Schwester etwas später begegne, fragt sie mich:

K7: (lächelnd, ein wenig herausfordernd) Hat sie Sie rumgekriegt, einen Schuhlöffel zu besorgen? Sie nervt uns dauernd wegen irgendwas. Und wenn sie's bei uns nicht kriegt, versucht sie's bei jemand anderem.

S8: Ich hab mir das schon überlegt. Sonst hat sie eigentlich immer nur gejammert, aber heute hat sie einen ganz bestimmten Wunsch geäußert. Und es ist ja eine Hilfe für sie, um etwas selber zu tun.

K9: Na ja, jedenfalls wir haben keine Zeit, in die Stadt zu fahren und auch noch Schuhlöffel zu besorgen.

S10: Das würde ich auch nicht von Ihnen erwarten. Aber ich komme sowieso noch in die Stadt.

Einige Zeit später treffe ich die Schwester nochmal im Stationszimmer.

K11: Sie müssen das nicht falsch verstehen, was ich vorhin sagte. Aber Frau O. liegt uns wirklich ständig in den Ohren, sie will dies, sie will das, und irgendwann kriegt sie irgendwann dazu, dass er tut, was sie will. Und manchmal, wenn man nicht drauf eingeht, ist es ihr dann gar nicht mehr so wichtig.

Als ich zwei Tage später den Schuhlöffel auf die Station bringe, ist Frau O. gerade bei der Beschäftigungstherapie; ich lasse ihn da, die Schwestern sagen, dass sie ihn ihr geben. In der Woche darauf begegne ich Frau O. wieder, anlässlich einer Andacht, und erfahre, dass sie den Schuhlöffel noch nicht erhalten hat. Ich frage die Schwester danach.

K12: Ach, wir dachten, dass der Schuhlöffel im Stationszimmer bleibt für die Patienten, die ihn brauchen. Sehen Sie, Frau O. hat seitdem gar nicht wieder danach gefragt.

Ich sage Frau O., die mich noch einmal darauf anspricht, dass sie doch im Stationszimmer nachfragen solle.

Wieder ein paar Tage später treffe ich Frau O. im Flur an, als sie gerade auf ihr Zimmer gehen will.

S13: Guten Tag, Frau O. Wie geht es Ihnen denn?

O14: Ach, ganz schlecht. (fängt an zu weinen)

S15: Möchten Sie mir sagen, warum es Ihnen so schlecht geht?

O16: Ich darf nicht mehr allein nach draußen.

S17: Warum denn nicht?

O18: Ich war gestern runter gegangen zum Malen, aber da hatte ich nicht daran gedacht, dass es früher ist als sonst, und da ging ich um drei Uhr runter, und da war es schon fertig; und weil ich so aufgeregt war, bin ich aus dem Keller die eine Treppe rauf und dann gleich in die erste Station links rein. (während ihre eigene Station noch ein Stockwerk höher liegt) Und deshalb sperrt man mir jetzt den Ausgang. Und wenn jetzt am Wochenende meine Tochter kommt, darf sie mich noch nicht mal mit nach Hause nehmen, auf den Friedhof und so.

S19: Das weiß ich jetzt auch nicht, warum der Arzt das angeordnet hat. Was für einen Grund könnte er dafür haben?

O20: (aggressiv) Für den Arzt bin ich doch nur eine Null. Da habe ich nichts zu melden.

S21: Ich verstehe, dass Sie sich verletzt fühlen. Allerdings hätte ich eigentlich von unseren Ärzten hier nicht gedacht, dass sie die Patienten so gering achten.

O22: Doch, doch. Ich hab mich doch bloß im Stockwerk geirrt, bin da in unten in die Station eingelaufen, und dann heißt es gleich: kein Ausgang mehr, sie darf nicht mehr allein raus.

S23: Fragen Sie doch noch mal den Arzt, vielleicht dürfen Sie dann doch mit Ihrer Tochter am Wochenende auch mal mit nach Hause fahren.

O24: Ich seh den Arzt ja nie. Und vielleicht kommt meine Tochter auch gar nicht; sie hat angerufen, wenn es am Wochenende schneit, dann können sie nicht kommen.

Etwas später kommt sie dann noch auf den Schuhlöffel zurück, den sie inzwischen bekommen hat. Sie bedankt sich und bezahlt auch dafür.

Von der Stationsschwester erfahre ich, dass Frau O. auch deshalb keinen Ausgang mehr habe, weil sie in den Telefonzellen der Klinik enorm viel Geld vertelefoniere und in dieser Beziehung keine Grenzen mehr kenne.

Ich breche das Protokoll hier ab, anhand dessen man sehr ausführlich das konfliktreiche Beziehungsgeflecht im psychiatrischen Krankenhaus zwischen Patienten – Pflegepersonal – Angehörigen – Ärzten – und dann irgendwo dazwischen auch noch dem Pfarrer untersuchen könnte (was wir auch in der Supervision getan haben, was aber hier den Rahmen des Berichtes sprengen würde). Wichtigstes Ergebnis der Supervision für mich war, dass ich als Seelsorger, der auf der Station nicht das therapeutische Konzept mitträgt oder verändern kann, in einer relativ machtlosen Position bin, in der ich aber der Patientin gerade so auch sehr nahe sein kann.

Darüber hinaus führt die Frage, wie man – politisch – die personelle Ausstattung der psychiatrischen Krankenpflege so verbessern kann, dass es nicht aus Überlastung des Personals dazu kommt, dass sich Patienten menschenunwürdig behandelt fühlen.

Pflegekräfte als Opfer der Personalsituation in einer psychiatrischen Klinik

Zwischen der Ebene des direkten Kontakts des Seelsorgers zur Patientin und der Ebene politischer Veränderungen liegen aber noch andere Möglichkeiten. Denn einerseits fühlt sich zwar die Patientin als das Opfer des Arztes und der Schwestern (mit ihr auch die Angehörigen), aber andererseits wird das Verhalten des Personals ebenfalls aus einer Opferrolle heraus verständlich. Durch den ständigen Personal-mangel, vielleicht auch durch einen Mangel an Erfolgserlebnissen, was die Heilung von Patienten angeht, bleibt den Pflegekräften nicht viel Zeit, sich um die vielen kleinen Extrawünsche einer „schwierigen“ Patientin zu kümmern. Fängt ein Pfarrer an, das zu tun, wird er eher als Störenfried erlebt, der auch noch ein schlechtes Gewissen macht. Eben diesem Eindruck kann ich als Seelsorger nun aber entgegentreten, z. B. indem ich deutlich mache, dass ich nicht nur „Patientenpfarrer“, sondern „Krankenhauspfarrer“, somit auch Seelsorger für die Mitarbeiter der Klinik bin.

Zum Beispiel spricht mich Pfleger P., ein Pfleger der Geronto-Männerstation, oftmals auf die Belastungen an, die er durch seine Tätigkeit mit sich herumschleppt. Etwa wenn Patienten auf der Station im Sterben liegen und niemand Zeit hat, sich zu ihnen zu setzen. Oder wenn sich einer mal für einen Patienten mehr Zeit nimmt, die anderen aber dann die restliche Arbeit für ihn mit erledigen müssen. Manche Patienten sterben plötzlich, von denen man sich noch gar nicht verabschieden wollte; andere müssen sich lange quälen und man weiß nicht warum. Wenn man nicht über diese Belastungen sprechen könne, fresse man alles in sich herein, und über kurz oder lang melden sich Folgeerscheinungen – psychosomatische Reaktionen, ständiges Unlustgefühl usw.

Gespräche wie dieses mit Pfleger P. führten mich dazu, gemeinsam mit dem Oberarzt der Station einmal im Rahmen der hausinternen Fortbildung das Thema „Sterbende begleiten“ anzusprechen. Dabei war ein gewisses Interesse spürbar, später auch einmal andere Themen mit mir gemeinsam in einer Fortbildung zu behandeln.

Im Kreiskrankenhaus, in dem ich die beiden „Nachsorgestationen“, Innere 3 und Chirurgie 3, betreue, hatte eine solche Fortbildung zum Thema „Gespräche mit Sterbenden und ihren Angehörigen“ an drei Nachmittagen bereits im Herbst letzten Jahres stattgefunden. Die Zahl der TeilnehmerInnen schwankte zwischen zehn und vier, und einige nutzten das Angebot zu einer sehr intensiven Aufarbeitung belastender

Erfahrungen im Umgang mit sterbenden Patienten. Als mein Kollege und ich versuchten, dieses Angebot in Absprache mit der Pflegedienstleitung zu einem regelmäßigen Gesprächskreis auszuweiten, war die Resonanz allerdings gleich null. Zufällig mitgehörter Kommentar eines Zivildienstleistenden: „Das ist ein Gesprächskreis für solche, die nicht so recht mit der Arbeit auf der Station klarkommen“. Wie dem auch sei, ob wir falsch geworben haben oder ob es wirklich so schwierig ist, sich über die Belastungen in der Arbeit regelmäßig auszutauschen – wir haben das Angebot zunächst einmal einschlafen lassen. Möglicherweise werden auch in Zukunft punktuelle Veranstaltungen zu besonderen Themen eher angenommen als supervisionsähnliche Veranstaltungsreihen.

Zurück zur Nervenklinik: Schwester Q. klagt über die belastende Situation auf der einzigen Langzeit-Geronto-Station, die eigentlich als „mobile Station“ gilt, d. h. mit Patienten belegt ist, die sich weitgehend selbst anziehen und waschen können und nicht bettlägerig oder stark pflegebedürftig sind. Das hat zur Folge, dass die Station meist nur mit einer Pflegekraft besetzt ist bzw. dass, wenn einmal zwei Schwestern anwesend sind, bei Engpässen auf anderen Stationen zunächst einmal hier die Zweitkraft abgezogen wird. Schwester Q. hat sich schon lange darüber beklagt, dass die Patienten, je älter und hilfloser sie werden, immer mehr auch pflegerische Hilfestellungen benötigen, und dass sie vor allem auch jemanden bräuchten, der sich Zeit nimmt, mal mit ihnen etwas zu unternehmen, sich zu ihnen zu setzen usw. Dazu hat eine einzelne Kraft auf der Station aber keine Zeit – eine unbefriedigende Situation. Zur Möglichkeit einer Aussprache über diese Probleme in der internen Klinik-Fortbildung merkt Schwester Q. an, dass sie sowieso an keiner Fortbildung teilnehmen könne, da sie in der Regel die „Übergabezeit“ – mittags zwischen 13.30 und 14.30 Uhr, der besten Zeit für die interne Fortbildung – dazu benötige, dringende Besorgungen für die Station zu erledigen. – Ich als einer der Klinikseelsorger bemühe mich seither, auch als Sprachrohr solcher Klagen gegenüber dem Oberarzt und Klinikchef zu fungieren – mit wieviel Erfolg, ist noch nicht abzusehen.

Eine weitere Schwester, Schwester R., die im Begriff war, ihren Mann aufgrund seiner Alkoholprobleme zu verlassen, suchte einerseits selber meine seelsorgerliche Begleitung und machte andererseits auch ihren Mann darauf aufmerksam, dass er sich an mich wenden könne, wenn er sich bei jemandem aussprechen wolle.

Neben dieser persönlichen Begleitung einzelner Mitarbeiter und neben den Gruppengesprächen im Rahmen der Mitarbeiterfortbildung finde ich es ungeheuer wichtig, auf den Stationen nicht den Eindruck der Besserwisserei hervorzurufen, sondern mich auch in die Probleme des Personals einzufühlen. Ich halte bewusst den Kontakt zu den Schwestern und Pflegern, frage nach einzelnen Patienten, trinke gelegentlich

Kaffee mit; dabei werde ich dann gelegentlich z. B. auch darauf angesprochen, ob nicht Gemeindeglieder auch mal Patienten zum Gottesdienst abholen könnten und ähnliches.

Dieser Kontakt mit dem Pflegepersonal ist auch um der Patienten willen wichtig, aus zwei Gründen: einmal weil man diejenigen unter den Pflegekräften, die etwas unsensibel sind, ja nicht dazu zwingen kann, behutsamer mit Patienten umzugehen, sondern nur im vertrauensvollen Umgang miteinander gelegentlich auf dieses oder jenes Problem hinweisen kann. Und zum zweiten, um mir als Pfarrer nicht die Möglichkeiten zu verbauen oder zu erschweren, selber sinnvolle Arbeit auf den Stationen zu tun.

Zum ersten Punkt: Ich bin ja nicht der einzige, der auf der Station seelsorgerlich mit den Patienten umgeht; jede Handreichung, jedes Wort, das vom Pflegepersonal zu den Patienten gesagt wird, jede Minute Zeit, die sie sich für die Patienten nehmen, ist eine stetige Chance auch zur Sorge für die Seele der Patienten. Gerade auf den gerontopsychiatrischen Stationen spüre ich immer wieder, dass meine eigene seelsorgerliche Anwesenheit demgegenüber oft nur ein Tropfen auf den heißen Stein sein kann.

Und zum zweiten: Insgesamt habe ich den Eindruck, dass meine Arbeit auf den Stationen nicht als Einmischung in Angelegenheiten gesehen wird, die mich nichts angehen. Ich bin halt jemand, der für Gespräche mit Patienten etwas mehr Zeit hat als die anderen Mitarbeiter; und insbesondere schätzt man sehr die Andachten, in der beim Singen, Beten, Zuhören zum einen eine Menge alter Erinnerungen mobilisiert wird, zum andern hier und jetzt ein Stück Trost und Ermutigung, oder schlicht eine Abwechslung angeboten wird.

Die Biographie des Krankenhauspfarrers unter dem Einfluss der psychiatrischen Klinik

Letzter Punkt: Wie wirkt sich die Arbeit in der Klinik auf mich als Seelsorger selbst aus? Immerhin war es die Befürchtung mancher Gemeindeglieder vor meinem Weggang aus der Gemeinde: „Die Belastung in der psychiatrischen Klinik ist zu groß. Der dauernde Umgang mit psychisch Kranken – das färbt ab!“ Und auch jetzt höre ich oft von Besuchern in der Klinik: „Wie halten Sie das nur aus, täglich dieses Elend zu sehen?“

Nach zwei Jahren in Alzey kann ich sagen: Ich halte die Belastungen in meiner jetzigen Arbeit besser aus als die Beanspruchungen damals in der Gemeindegemeinschaft. Vielleicht liegt es daran, dass ich mich gern intensiv in seelsorgerlichen Beziehungen en-

gagiere und dass ich mich in der Gemeinde der Verzettelung in unzähligen gemeindlichen Arbeitsfeldern nicht so gut erwehren konnte. Außerdem genieße ich es, regelmäßiger und intensiver in und mit meiner Familie leben zu können, z. B. freie Abende, und gelegentlich auch freie Wochenenden zu haben.

Tagtäglich in der Psychiatrie zu arbeiten, ist mir auch deshalb nicht nur eine Belastung, weil ich das, was viele Außenstehende nur hilflos und entsetzt als „dieses Elend“ bezeichnen können, genauer anzuschauen gelernt habe – in der Nachfolge des Gottes, der „das Elend des Armen nicht verachtet noch verschmäht und sein Antlitz vor ihm nicht verborgen hat“ (Psalm 22, 25). Denn dann sehe ich eben nicht mehr namenloses Elend, sondern menschliche Gesichter, menschliche Schicksale, die mir nicht nur fremd gegenüber stehen, sondern die mir verwandt sind – darin, dass wir alle angewiesen sind auf den Vater Jesu Christi, der uns lieb hat.

Die gute Zusammenarbeit mit den Seelsorgerkollegen – sowohl in der Nervenklinik als auch im Krankenhaus, sowohl zur evangelischen als auch zur katholischen Seite hin – spielt natürlich auch eine Rolle. Wie angenehm ist es, sich unter „Amtsbrüdern“ nicht wie Kain und Abel zu fühlen, sondern in einem fruchtbaren Austausch zu stehen und sich gegenseitig zu unterstützen! Wichtig ist für mich auch die regelmäßige Supervision der Arbeit, wobei ich nach wie vor ein doppeltes Angebot nutze: einmal die Supervisionsgruppe speziell für Psychiatrieseelsorger im Seminar für Seelsorge in Frankfurt, geleitet von Dieter Roos (bis Ende 1990 mit Ingrid Adam zusammen), und außerdem die transaktionsanalytische Supervision bei Thomas Weil, ebenfalls nach wie vor in Frankfurt, die die ganze Bandbreite helfender Berufe vom Therapeuten über den Sozialarbeiter, Erzieher und Lehrer bis hin zum Pfarrer anspricht.

Was mich zu einem letzten kirchenpolitischen Ausblick hinführt: Wie ist es zu erreichen, dass überall in den kirchlichen Arbeitsfeldern

- die hauptamtlichen Mitarbeiter sich nicht verzetteln und aufreiben müssen,
- dass es selbstverständlich wird, sich als Seelsorger auch selbst seelsorgerliche Begleitung zu suchen (die katholische Kirche ist uns da um eine Nasenlänge voraus, vielleicht aus der Tradition des „Beichtvaters“ heraus, indem Bischof Lehmann kürzlich Leitlinien zu einer solchen geistlichen und fachlichen Begleitung von Priestern und Mitarbeitern herausgegeben hat),
- dass die Dekanatskonferenzen zu einem Ort werden, wo man sich – trotz aller sachlichen Differenzen – gegenseitig stützt und Mut macht, statt sich fertigzumachen?

Klinikseelsorge und Kirchengemeinde

Der Jahresbericht 1992 zur Klinikseelsorge für den zuständigen Oberkirchenrat sollte ein besonderes Augenmerk auf die Frage richten, wie ich, Pfarrer Helmut Schütz, als Klinikseelsorger in einem übergemeindlichen Dienst mit dem Gegenüber oder auch dem Zusammenspiel zwischen der Kirche als örtliche Kirchengemeinde und als Klinikgemeinde umgehe.

Helmut Siegel hat in der „Zeitschrift für Gottesdienst und Predigt“ (Heft 3, 1993, S. 19) gefragt: „Was bitte, ist ‚die Gemeinde‘?“ Eingedenk dessen, dass schon die Fragestellung, die für unseren diesjährigen Jahresbericht vorgeschlagen wurde, eben diesen Begriff enthält, der in seiner Bedeutung gar nicht (mehr) eindeutig zu definieren ist, werde ich auch in meinem Bericht immer wieder hin- und herwandern zwischen verschiedenen Vorstellungen und Begriffen von „Gemeinde“ als Ortsgemeinde oder als Gottesdienstversammlung oder als Gemeinschaft im Namen Jesu Christi. Ich habe einfach alles niedergeschrieben an mir bedeutsam erscheinenden Erfahrungen, die in irgendeinem Sinn meinen Klinik-Arbeitsbereich in Richtung auf Ortsgemeinde(n) hin überschreiten.

Die Klinik als „Heimatgemeinde“ von Patienten

Kommt ein Patient in die Klinik, so stammt er – wenn er evangelisch ist – aus einer „Heimatgemeinde“ in dem Sinne, dass er irgendwo Mitglied einer evangelischen Parochie ist. In manchen Fällen hat er sich dort auch der Gemeinde verbunden gefühlt, ist vom Pfarrer betreut worden und hat an Gemeindeveranstaltungen teilgenommen. (Selten werde ich von einem Gemeindepfarrer oder einer Frauenhilfsvorsitzenden informiert: „Eins unserer Gemeindeglieder ist bei Ihnen in der Klinik, würde Sie bitte mal hingehen?“) In den meisten Fällen jedoch hat nie ein ausgeprägter Kontakt zur sog. „Heimatgemeinde“ bestanden, sei es aus Desinteresse an der Kirche, sei es auch aus einer Scheu heraus, sich mit seiner psychischen Erkrankung vor anderen Menschen zu zeigen. Gelegentlich werden auch ausdrücklich negative Erfahrungen mit Pfarrern oder kirchlichen Gruppen berichtet, z. B. dass übereinander getratscht wird oder dass aus bestimmten Gründen Amtshandlungen verweigert werden.

Im Sinne einer Parochie sind die Patienten in einer Klinik keine „Gemeinde“ für sich. Sie stammen aus unterschiedlichsten Kirchengemeinden, z. T. gehören sie anderen Konfessionen oder religiösen Gemeinschaften oder gar keiner Kirche (mehr) an. Im Sinne von christlicher Gemeinschaft findet in der Klinik jedoch überall da „Gemeinde“ statt, wo zwei oder drei oder auch mehr Personen „im Namen Jesu miteinander versammelt sind“, z. B. in Seelsorgegesprächen, in der Beichte, im Singkreis oder Bi-

belgesprächskreis, in Gottesdienst und Abendmahl in der Kapelle, in Stationsandachten oder in kirchlichen Nachmittagskaffeeveranstaltungen für Langzeitpatienten. Manche Menschen, die der Kirche entfremdet waren, finden in diesen Kontakten zu anderen Christen erstmalig wieder einen Zugang zu dem, was der Glaube für ihr Leben bedeuten kann, manche erleben z. B. die Gemeinschaft im Bibel- oder Singkreis oder im Gottesdienst in der Klinikkapelle so sehr als eigentliche „Heimatgemeinde“, dass sie sogar nach ihrer Entlassung als Gäste sporadisch oder regelmäßig an diesen Veranstaltungen teilnehmen.

Für Langzeitpatienten, die nicht mehr „enthospitalisiert“ werden, also in kein Rehabilitationsprogramm und kein Konzept des „Betreuten Wohnens“ hineinpassen, die also ihr Leben lang in der Klinik wohnen müssen, ist die Klinik ohnehin „Heimat“ im Sinne des Gefühls: „hier bin ich zu Hause“. Offiziell gehören sie zwar zur Kirchengemeinde Alzey (soweit sie hier ihren Hauptwohnsitz haben), und sie dürfen dort z. B. auch den Kirchenvorstand mitwählen, aber an Veranstaltungen im Martin-Luther-Haus oder in der Nikolaikirche nimmt kaum jemand teil.

Damit eine solche Anstaltsgemeinde kein Ghetto wird, undurchlässig für Begegnungen mit anderen Teilen der diese Klinik einbettenden Parochie oder auch mit Menschen aus anderen Kirchengemeinden, feiert bei uns einmal im Jahr, am Himmelfahrtstag, die Kirchengemeinde Alzey ihren Hauptgottesdienst bei uns oben auf dem Klinikgelände; und die Kirchen- und Posaunenchor der umliegenden Gemeinden unterstützen uns regelmäßig, einmal im Monat, bei der musikalischen Gestaltung der Gottesdienste. Auch am „Tag der Psychiatrie“, der jedes Jahr im Juni auf dem Klinikgelände als ein großes Sommerfest gefeiert und immer mit einem ökumenischen Gottesdienst in der Klinikkapelle eröffnet wird, finden Begegnungen zwischen Patienten und Gemeindegliedern aus umliegenden Kirchengemeinden statt.

Probleme von psychisch Kranken in „normalen“ Ortsgemeinden

Wird ein Patient entlassen, so wünscht er sich manchmal, dass ich einen ersten Kontakt herstellen möchte zum Gemeindepfarrer der Ortsgemeinde, wo der Patient wohnt. Die Schwellenangst, sich einer örtlichen Kirchengemeinde anzuschließen, ist oft sehr groß, und es hilft manchmal einem Patienten, wenn man den Kollegen angerufen und ihm signalisiert hat, dass da ein Mensch aus der Klinik zurück nach Hause kommt, der vielleicht dankbar wäre, wenn der Pfarrer von sich aus auf ihn zukäme.

Seelsorgerlich ausgerichtete Gruppen und Kreise in Gemeinden

Leider fehlen in vielen Gemeinden Gruppen oder Kreise, die psychisch Kranken ein Stückchen Heimat bieten könnten – wo sie angenommen werden, wie sie sind, mit ihren Beeinträchtigungen, mit ihrer Zurückhaltung, mit ihrer Angst, und wo sie vielleicht sogar die Möglichkeit haben, sich mit ihren Problemen einzubringen. Ein Bibel-

gesprächskreis wie bei uns in der Klinik, in dem sich die Teilnehmer sehr rasch öffnen und genug Vertrauen aufbringen, um auch über persönliche Dinge zu reden, ist auf Gemeindeverhältnisse nicht so leicht zu übertragen. Die räumliche Nähe innerhalb einer Ortsgemeinde kann eine vertrauensvolle Nähe geradezu verhindern; man öffnet sich nicht gern mit geheimsten Nöten und Problemen dem Nachbarn, den man vielleicht am nächsten Tag beim Metzger begegnen wird; man weiß leider oft auch nicht genau, ob die Vertraulichkeit über das, was man in einer kirchlichen Gruppe äußert, wirklich gewahrt bleibt. Andererseits: sollte es nicht Aufgabe jeder kirchlichen Gemeinschaft sein, sei es einer Klinikgemeinde, sei es einer Ortsgemeinde, gerade den Menschen Heimat anzubieten, die Kontaktschwierigkeiten haben, unter Depressionen oder anderen psychischen Krankheiten leiden?

„Fallen“ für psychisch Kranke im Gemeindegottesdienst

Auch der Gemeindegottesdienst in einer normalen Ortsgemeinde kann für psychische Kranke manche „Fallen“ enthalten, ich erinnere mich z. B. an eine Osternachtfeier, die mit einer über halbstündigen Dunkelheit begann, was einer mir bekannten Borderline-Patientin dermaßen Angst machte, dass sie fast aus der Kirche geflüchtet wäre. Auch der Austausch des Friedensgrußes vor dem Abendmahl – sich die Hand geben oder einem Nachbarn etwas zusprechen, stellt für viele psychisch kranke Menschen eine Überforderung dar.

Andererseits empfinde ich die übliche liturgische Gewohnheit, einen Gottesdienst gleich mit Lied und Votum zu beginnen, ohne eine persönlich gefärbte Begrüßung an den Anfang zu setzen, als nicht sehr einladend für eine Begegnung mit diesem Gott, mit dieser Gemeinschaft von Menschen – so als ob man sich erst eine Fremdsprache aneignen müsste, die Fremdsprache liturgischer Abläufe, um wirklich dazugehören zu können. (Konfirmandenunterricht wäre dann so ein Fremdsprachenkurs, aus dem die meisten allerdings mit dem Bewusstsein herauskommen: „Diese Sprache begreife ich nie, und ich möchte sie gar nicht erlernen“.)

Bei Vertretungsgottesdiensten in umliegenden Gemeinde spüre ich immer wieder, dass ich positive Resonanz gerade dann erfahre, wenn ich im Grunde genauso predige wie in der Klinik: indem ich versuche, auf die Gefühle und Bilder einzugehen, die ein Bibeltext in der Seele der Menschen wachruft, indem ich historisch-kritische und politische Fragen zwar im Hintergrund oder am Rande mit anklingen, aber nicht zum Hauptthema einer Predigt werden lasse, indem ich mich von dem Hauptanliegen leiten lasse, religiösen Druck möglichst abbauen zu helfen und zu einem kindlichen Vertrauen zu Gott einzuladen, von dem her man sich erst in einer vernünftigen Weise erwachsen und verantwortlich verhalten kann. Oft kam es nach solchen Gottesdiensten auch zu Gesprächen über die Klinik, über meine Arbeit; einmal wurde ich z. B. auf einen Patienten angesprochen, den eine Gottesdienstbesucherin kannte,

und ich erfuhr, wie dieser Mann in seiner Jugend von seinen Eltern misshandelt wurde.

Und wie ist es mit der Vielzahl von Schuldbekennnissen und Beichtgebeten in Gottesdiensten, gerade in der Passionszeit, die das lobenswerte Ziel haben, Menschen zur Einsicht in ihre Verantwortung zu bewegen, die sie sich manchmal nicht genügend bewusst machen? Mir wird mehr und mehr bewusst, dass psychisch kranke Menschen mit neurotischen Schuldgefühlen solche Gebete häufig dazu benutzen, ihre Schuldgefühle zu nähren, aber eben damit gerade ihrer eigenen Verantwortung ausweichen, da sie sich das Vorurteil bestätigen: „Ich bin sowieso nichts wert, ich kann mich eh nicht ändern, also brauche ich auch nichts anders zu machen.“

Im Karfreitagsgottesdienst war es mir in diesem Jahr daher unmöglich, in unserem Klinikgottesdienst einfach die übliche Beichtfrage nach der persönlichen Schuld der Gemeindemitglieder zu stellen. Zwei Tage zuvor im Bibelkreis war nämlich Thema gewesen, wie man neurotische Schuldgefühle und das Gefühl echter Verantwortung für begangene Schuld unterscheiden kann. Und es war deutlich geworden, dass psychisch kranke Menschen häufig geradezu ihr Schuldgefühl brauchen, um andere Gefühle zu vermeiden, die viel mehr schmerzen. Auf die Frage an eine Patientin, was denn wäre, wenn sie gar nicht unrein und schmutzig wäre, wenn sie selber gar nicht schuld daran wäre, dass ihr Vater sie schon als Kind ständig missbraucht habe, meinte sie, das wäre schlimmer, als wenn sie unrein und böse wäre, denn dann wäre ja das, was ihr Vater ihr angetan hätte, noch böser und unentschuldigbar gewesen; und sich das einzugestehen, täte noch viel mehr weh, als sich selber schuldig zu fühlen.

Im Karfreitagsgottesdienst versuchte ich daraufhin, ein alternatives Beichtgebet vor dem Abendmahl zu formulieren, das die Belastung durch eigene und fremde Schuld, die Belastung durch ein Schuldig-Geworden-Sein und die Belastung durch ein unschuldig Leiden gleichermaßen berücksichtigt:

Christus teilt sein Leben aus,
ist da für Schuldige und Unschuldige,
teilt unser Los und teilt mit uns seinen Leib und seine Seele.
Stellvertretend für alle, die schuldig wurden,
trägt er eine furchtbare Strafe,
wie nicht der Gott im Himmel,
sondern wie nur grausame Menschen sie ausdenken können.
Er ist in seinem Leiden nahe allen, die unschuldig leiden,
die sich gestraft fühlen, ohne schuldig zu sein.
Ich frage euch nun:
Wollt ihr zu Füßen des Kreuzes Jesu alles niederlegen,
was euch an Schuld belastet, an eigener oder fremder Schuld?

Wollt ihr um Vergebung bitten für das,
was an eurem Tun nicht gut, sondern böse war?
So sprecht – laut oder in eurem Herzen –: Ja, mit Gottes Hilfe!
Gott hört eurer Bekenntnis, und ich spreche euch im Auftrag Jesu
die Vergebung eurer Schuld zu.
Und wenn ihr leidet unter Schuldgefühlen,
die nicht von eurer eigenen Schuld herkommen,
so sage ich euch: Gott will nicht,
dass ihr euch euer Leben lang beschmutzt fühlt durch fremde Schuld.
Ihr seid rein!
Und er wird euch führen und euch Hilfe senden,
um aushalten zu können zu fühlen, was euch wirklich angetan wurde.
Gott, schenke uns mit deinem Abendmahl die Gewissheit,
dass du uns lieb hast,
dass du uns festhältst,
dass du uns niemals allein lassen wirst.
Stärke uns für unsere Wege, die wir vor uns haben. Amen.

Wein als „Stolperstein“ für Alkoholranke beim Abendmahl

Intensive Kontakte mit der Gemeinde als Parochie konnte ich im vergangenen Jahr auch dadurch aufnehmen, dass ich als Kommissionsmitglied am „Kirchlichen Besuchsdienst“ im Dekanat Ingelheim teilnahm. Ich will in diesem Zusammenhang nur auf einen Punkt näher eingehen, den ich sehr wichtig finde.

Zufällig hielten sich gerade zu dieser Zeit zwei Mitglieder der von unserer Kommission besuchten Gemeinde auf der Entgiftungsstation unserer Klinik auf. Einer von ihnen sagte mir am Montag nach dem Besuchsdienstwochenende: „Man wird ja überall zum Alkoholtrinken verführt, selbst in der Kirche...“. Ein drittes Mitglied der Gemeinde, ich kenne den Mann als seit langem trockenen Alkoholiker, vertraute mir am Rande der Visitation an, dass er schon lange nicht mehr in seiner Heimatgemeinde zum Abendmahl gehe, weil es dort keine Möglichkeit für alkoholabhängige Gottesdienstbesucher gibt, sich ohne Bloßstellung am Abendmahl zu beteiligen. Viele Alkoholiker gehen offenbar nur deshalb nicht zum Abendmahl, weil sie die Öffentlichkeit der Kirche nicht für den geeigneten Ort halten, sich zu ihrer Abhängigkeit zu bekennen, andererseits aber auch nicht durch den Schluck Wein unter einen Suchtdruck geraten wollen.

Dabei gibt es in der Gemeinde, die wir besuchten, sogar seit einiger Zeit ohnehin eine gemischte Form des Kelchempfangs beim Abendmahl: wer zur rechten Seite des Altars geht, bekommt den Einzelkelch, auf der linken Seite gibt es den Gemein-

schaftskelch; für die Kinder, die zum Abendmahl gehen, ist Traubensaft vorhanden. Wäre es nicht denkbar, z. B. in den Einzelkelchen generell Traubensaft anzubieten und nur im Gemeinschaftskelch Wein, um dieses Problem zu lösen? Oder wenigstens gelegentlich einen Abendmahlsgottesdienst nur mit Traubensaft anzubieten?

In der Klinik bieten wir ja beim Abendmahl nur Traubensaft an, was bisher von niemandem als Problem empfunden wurde. Wir sprechen vom „Becher“, vom „Kelch“, vom „Gewächs des Weinstocks“, und wir verwenden guten Traubensaft direkt vom Winzer, da wir ja in Rheinhessen direkt an der Quelle nicht nur des alkohol-vergorenen Rebensaftes sitzen. Hier Wein auszuschenken, würde jeder als unverantwortlich empfinden, da ja viele Patienten keinen Alkohol trinken dürfen, nicht nur Alkoholiker, sondern auch solche, die bestimmte Medikamente einnehmen müssen.

Wenn ich gelegentlich gemeinsam mit einer Patientin als einfacher Gottesdienstbesucher am Gemeindegottesdienst in ihrer Ortsgemeinde teilnehme, kann ich hautnah miterleben, wie es einer trockenen Alkoholikerin ergeht, die jeden Schluck Alkohol vermeiden muss, aber beim Abendmahl vor der Alternative steht, entweder nicht hinzugehen, oder sich zu offenbaren als eine, die den Kelch, ohne zu trinken, weitergehen lässt. Das hält sie nur aus, wenn ich sie nach vorn begleite und aus Solidarität auch nicht aus dem Kelch trinke. Selbst wenn im Gemeindebrief ein Abendmahl ohne Alkohol angekündigt wird, wirkt es verunsichernd, wenn dann im Gottesdienst in liturgischen Texten doch vom „Wein“ die Rede ist und nicht noch einmal ausdrücklich zum Abendmahl mit Traubensaft eingeladen wird.

Erfahrungen mit Kasualien in der Wechselwirkung zwischen Ortsgemeinde und Klinikseelsorge

Stirbt ein Langzeitpatient, wird die Beerdigung meist in der (früheren) „Heimatgemeinde“ durch den „Heimatspfarrer“ durchgeführt, dort wo die Angehörigen des Patienten wohnen. Nur wenn keine Angehörigen vorhanden sind (oder wenn die Angehörigen für die Beerdigung nicht aufkommen können oder wollen) und das Sozialamt die Beerdigung bezahlen muss, werden die Patienten vom Klinikpfarrer auf einem ausdrücklich für LNK-Patienten vorgesehenen Teil des Alzeyer Friedhofs bestattet. Das sind in der Regel Beerdigungen mit sehr kleiner Besucherzahl. Wie würde man beschreiben wollen, welche Gemeinschaft von Menschen die „Heimatgemeinde“ dieser fast vergessenen Patienten darstellt? Rückschlüsse kann man ziehen, wenn man sich anschaut, wer da zum Abschiednehmen kommt: manchmal nur zwei oder drei Personen, vielleicht ein entfernter Verwandter, vielleicht welche vom Pflegepersonal (die z. T. sogar in der Freizeit kommen!), vielleicht ein Arzt, der noch zwei, drei Patienten mitbringt. Das sind die Menschen, die Kontakt hatten zu diesem Menschen, und in diesen Kontakten hat sich für ihn auch „Gemeinde“ abgespielt – wenn überhaupt.

In einem Fall erlebte ich hautnah mit, wie problematisch sich manchmal der Kontakt von Angehörigen eines Patienten zur „Heimatgemeinde“ bzw. zur Kirche überhaupt ausnimmt. Als sich Herr S., ein Mann Anfang der Dreißig, auf grausame Weise das Leben genommen hatte, nachdem ich am selben Morgen noch mit ihm auf der Station gesprochen hatte, und ich in unserer Tageszeitung die Todesanzeige las, schrieb ich seinen Angehörigen einen Beileidsbrief. Daraufhin wurde ich angerufen, und im Gespräch stellte sich heraus, dass die Angehörigen, obwohl der Tote evangelisch gewesen war, trotzdem einen freireligiösen Grabredner von weither mit der Beerdigung beauftragt hatten. Man hatte offenbar Angst gehabt, der „Heimatspfarrer“ werde die Beerdigung eines „Selbstmörders“ nicht übernehmen (man hatte ihn nicht einmal angefragt). Die Angehörigen hatten im übrigen gar nicht gewusst, dass der Patient in der Klinik seit über zwei Jahren Kontakt mit mir als dem dortigen Klinikpfarrer gehabt hatte. Ich erklärte mich auf die Bitte der Angehörigen hin dazu bereit, an der Beerdigung teilzunehmen und aus meiner Sicht als Seelsorger des Patienten ein paar Worte zu sprechen. Nachher stellte sich heraus, dass ohne diesen meinen Beitrag bei der Beerdigung kein einziges Wort gefallen wäre, das in irgendeiner Weise einen Bezug zur Krankheit und zur besonderen Lebensproblematik dieses Menschen gehabt hätte. Der Grabredner wollte mir in einem telefonischen Anruf am Vorabend der Beerdigung am liebsten sogar untersagen, überhaupt zu erwähnen, dass der Patient seelisch krank gewesen war und sich selbst das Leben genommen habe; das entsprach Gottseidank nicht der Ansicht der Angehörigen, die einen Trost in der Trauer und in der Auseinandersetzung mit der Verzweiflung des Toten suchten, statt sich mit einem Trost durch bloße Verdrängung des Schrecklichen abzufinden.

Umgekehrt: Wenn ich vertretungsweise Kasualien in umliegenden Ortsgemeinden übernehme, ist es überraschend oft vorgekommen, dass ich zuvor bereits in irgendeiner Form Kontakt mit der betreffenden Familie gehabt hatte, sei es, dass Mitarbeiter der Klinik bei einer Trauung oder einer Beerdigung anwesend waren, sei es dass ich jemanden beerdigen musste, den ich zuvor bereits im Krankenhaus auf einer meiner Stationen besucht hatte. In diesen Fällen kann ich meine Vorerfahrungen mit diesen Menschen nutzen, um mich gut auf die jeweilige Kasual-Situation einzustellen.

Zweimal kam es vor, dass Krankenschwestern mich ansprachen, ob ich sie in ihrer Heimatgemeinde kirchlich trauen könnte, wahrscheinlich einfach aus dem Grund, weil sie zum Pfarrer ihrer Ortsgemeinde viel weniger Kontakt hatten als zu mir.

Bei einer kirchlichen Trauung war die junge Ehefrau zufällig die Nichte eines unserer Langzeitpatienten, und ich erfuhr, dass diese Frau ihren Onkel noch nie kennengelernt geschweige denn besucht hatte; der Bruder des Patienten (der sehr liebebedürftig und anhänglich ist, wie ich aus unseren Gottesdiensten weiß, an denen er regelmäßig teilnimmt) hatte offensichtlich den Rest seiner Familie systematisch von diesem behinderten Verwandten ferngehalten. So behutsam und taktvoll wie nötig,

aber auch hoffentlich so deutlich wie möglich, bemühte ich mich, im Traugespräch nebenbei die jungen Leute zu ermutigen, diesen Onkel doch wirklich einmal aufzusuchen, und in der Trauansprache darauf hinzuweisen, dass in der Gemeinde Jesu Christi Gesunde wie Behinderte ein Recht darauf haben, dazuzugehören.

Zur Zusammenarbeit mit kirchlichen Gruppen und Mitarbeitern im Dekanat

Die Einbettung der Klinikseelsorger innerhalb der kirchlichen Gremien – Pfarrerkonferenz, Dekanatsynode, Chorleitertreffen

An unserer Dekanatskonferenz bzw. -synode nehme ich gern teil. Dekanin und Synodalpräses haben eine vertrauensvolle Atmosphäre ohne persönlich verletzende Ausfälligkeiten entstehen lassen.

Was das Verhältnis von Gemeindepfarrern und übergemeindlichen Pfarrern angeht – in unserem Dekanat sind das nur wir Klinikseelsorger – gab es bisher kaum Konflikte. Vielleicht liegt das daran, dass es bei uns selbstverständlich ist, dass wir „Übergemeindlichen“ uns genau wie alle anderen Pfarrer an den Konferenzen und auch an besonderen Zusatzaufgaben beteiligen (von der neuen Synode wurde ich beispielsweise zum Dekanatsbeauftragten für die Öffentlichkeitsarbeit gewählt). Wir Psychiatriepfarrer zehren außerdem offenbar von dem „Psychiatrie-Bonus“, d. h. man sagt uns immer: „Sie haben ja wirklich eine schwere Aufgabe“, und gesteht uns daher zu, mehr Abende frei zu haben als sie selber und das Privatleben mehr vom Beruf trennen zu können. (Ein wenig ungerecht ist das schon gegenüber den Pfarrern, die einfach „nur“ im Akutkrankenhaus oder im Altenheim arbeiten oder eine andere übergemeindliche Aufgabe übernommen haben, aber für uns ist es natürlich gut, uns nicht dauernd für irgendetwas rechtfertigen zu müssen.) Und wenn einmal ein Kollege etwas, was ich sage, als zu sehr von „Psycho“ geprägt abtut, dann hat das eher etwas mit dem persönlichen Konflikt mit diesem Kollegen zu tun, und nur am Rande mit dem institutionellen Gefälle von Gemeindepfarrer zu Klinikseelsorger.

Mit den Chorleitern der Kirchen- und Posaunchöre der Umgebung wurde vereinbart, dass ich als Klinikseelsorger die Betreuung der einmal im Monat am Samstagabend von den Chören gestalteten Flurandachten auf allen sieben Stationen des DRK-Krankenhauses übernehme und mich bemühe, siebenmal in knapper Form den Patienten eine Art „Wort zum Sonntag“ zu vermitteln.

Erfahrungen bei von mir durchgeführten Seminaren und Veranstaltungen außerhalb der Klinik

Gern denke ich an eine Reihe von Veranstaltungen zurück, die ich in Zusammenarbeit mit Gemeindepfarrern und Beauftragten für Frauenhilfe oder Seniorenarbeit in

unserem Dekanat durchgeführt habe. Ich konnte in Vorbereitungsabenden für einen Besuchsdienst, in Frauenhilfsnachmittagen, in Bibelabenden, in einem Theologischen Gesprächskreis Gesichtspunkte in die alltägliche Arbeit der Kirchengemeinden einbringen, die ich in meiner alltäglichen Arbeit mit Patienten gewonnen hatte. Inhaltlich waren diese Veranstaltungen von Themenkreisen geprägt wie: „Was ist Depression?“ – „Umgang mit Alkoholikern“ – „Die Aufgaben der Klinikseelsorge“ – „Wie hält man es aus, täglich das Elend psychischer Krankheit mitanzusehen?“

In einer Gemeinde wurde ich von evangelikal geprägten Jugendlichen eingeladen, in einem Bibelabend im Zusammenhang des „Jahres mit der Bibel“ Rede und Antwort zu stehen; und es gelang, die Gegensätze zwischen fundamentalistischer und historisch-kritischer Bibelauslegung als Randproblem stehenzulassen und stattdessen lieber die innere Dynamik und das Sinn- und Bildhafte des Textes („Der Weg nach Emmaus“) zu uns sprechen zu lassen, so ähnlich wie ich es vom Klinik-Bibelgesprächskreis gewohnt bin. Nach einem anderen Bibelabend im Zusammenhang mit der Dekanatsbibelwoche wurde ich von einer Teilnehmerin um Auskunft gebeten, wie ich an ihrer Stelle mit einem psychisch kranken Menschen umgehen würde, der ihr an ihrer Arbeitsstelle Sorgen bereitet.

Ehrenamtliche Mitarbeit von Gemeindegliedern aus dem Dekanat in der Klinik

In Einzelfällen erwuchs aus solchen Veranstaltungen eine weitergehende Zusammenarbeit. So wurde ich gelegentlich von Mitgliedern einer Frauenhilfsgruppe darauf aufmerksam gemacht: Da ist jemand aus unserer Gemeinde bei Ihnen in der Klinik, würden Sie da mal hingehen? Und wenn die Frau wieder nach Hause kommt, betreuen wir sie gern, nur geben Sie uns doch bitte noch ein paar Tipps, wie wir gut mit ihr umgehen können!

Eine andere Frauenhilfsgruppe hatte gemeinsam mit meinem Vorgänger gelegentlich Kaffeenachmittage auf einer gerontopsychiatrischen Station gestaltet. Die Mitarbeiter auf den Stationen sahen diese Art von kirchlicher Arbeit allerdings mit gemischten Gefühlen – denn die Patienten hatten dann zur Abendbrotzeit keinen Hunger, wohl aber später am Abend oder in der Nacht, was den Stationsablauf ein wenig durcheinanderbrachte. Von der Frauenhilfe selbst hörte ich, dass die Frauen, die diese Nachmittage mitgestaltet hatten, danach immer einige schlaflose Nächte durchmachen mussten, weil sie dieses Erlebnis – ein ganzer Tagesraum voller hilfloser alter Menschen in ihrem Elend – so sehr mitgenommen hatte. Daraus schloss ich: Eigentlich ist mit solchen Veranstaltungen keinem gedient – weder den Patienten samt Pflegekräften in der Klinik noch den Frauenhilfsfrauen. Daraufhin wagte ich es, um eine andere Art von ehrenamtlicher Hilfe zu bitten: Ob es nicht möglich sei, dass einige der Frauen gelegentlich einmal ihre Teilnahme an einem Sonntagsgottesdienst in die Klinik verlegen könnten und dabei einen oder zwei Patienten aus der

Gerontopsychiatrie zum Gottesdienst abholen könnten. Dafür besteht ein echter Bedarf, denn viele der alten Patienten können nur in Begleitung den Gottesdienst besuchen. Das hat dann auch ein Vierteljahr lang geklappt. Zwei ältere Frauenhilfsmitglieder holten alle paar Wochen je eine Patientin von einer der Stationen im Haus Alsenztal zum Gottesdienst ab. Leider waren die beiden Frauen selber gesundheitlich so sehr belastet, dass sie mit ihrem Dienst bald wieder aufhören mussten. Von anderen Teilnehmern an besagter Veranstaltung hörte ich später hintenherum, dass man verletzt gewesen sei, dass ich ihren Dienst der vergangenen Jahre so wenig gewürdigt hätte. Sie wollten sich nicht gern von mir die Art vorschreiben lassen, wie ihre Hilfe auszusehen habe. An dieser Stelle muss ich wohl in Zukunft einfühlsamer auf die Ängste eingehen, die die Menschen in den Gemeinden mit psychischer Krankheit verbinden, behutsamer auch mit der Art umgehen, in der Gemeindekreise seit eh und je ihre Hilfe organisieren.

In einem anderen Bereich besteht schon seit Jahren eine gute Zusammenarbeit mit ehrenamtlichen Helferinnen aus umliegenden Gemeinden, nämlich im Langzeitbereich, in dem mein Kollege Schüßler als Hauptansprechpartner arbeitet. Hier brauche ich nicht ausführlicher zu werden, sondern verweise auf die Studie meines Kollegen vom vergangenen Jahr zum Thema „Schizophrene Langzeitpatienten“.

Wenn ein Landfrauenverein in ähnlicher Weise einmal im Jahr eine Gruppe von Patienten aus dem Langzeit- und Geronto-Bereich mit einem Bus abholt und ihnen einen geselligen Nachmittag gestaltet, dann ist auch das eine runde Sache, die seit mittlerweile zehn Jahren praktiziert wird und die sowohl den Helferinnen als auch den Patienten Freude macht.

Die Zusammenarbeit mit den Landfrauen bescherte übrigens nebenbei auch weitere Kontakte über die Klinik hinaus: so wurde ich einmal eingeladen, einige Seminarstunden im Rahmen einer Dorfhelferinnenausbildung der Landfrauen abzuhalten, und zwar zum Thema „Umgang mit Krankheit – Alter – Tod“.

Eine weitere besonders enge Zusammenarbeit besteht zwischen einer Lektorin unseres Dekanates, die sich oft unsicher fühlt, wenn sie in einer „normalen“ Kirchengemeinde einen Gottesdienst halten soll, die sich aber jedesmal freut, wenn sie bei uns in der Klinik, in einer sehr familiären Atmosphäre – wenn man es einmal gewohnt ist, den Patienten zu begegnen – eine Gottesdienstvertretung übernehmen kann. Wie mir Patienten berichten, ist die Abwechslung zwischen dem Predigt- und Gottesdienst-Stil von uns Pfarrern und der Art, wie diese Lektorin den Gottesdienst hält, eine sinnvolle Form, möglichst vielen Patienten in ihrer Eigenart gerecht zu werden.

Als einmal ein anderer junger Prädikant bei uns Gottesdienst hielt und er mir seine Predigt vorher zur Durchsicht gab, musste ich ihn allerdings darauf hinweisen, dass manche seiner Ausführungen unsere Klinik-Gottesdienstgemeinde wohl überfordern

würden – gar nicht so sehr von den geistigen Voraussetzungen her, sondern mehr von den psychischen. Er setzte seinen Predigt-Schwerpunkt gewöhnlich darin, die Gemeinde aufzurütteln und zum christlichen Handeln aufzurufen. Ich machte ihn darauf aufmerksam, dass es gerade bei uns in der Klinik noch viel stärker als woanders darauf ankomme, das Christsein nicht ursächlich am Handeln, sondern am Vertrauen und am Angenommensein festzumachen, gerade wenn man zeitweise oder auf Dauer nicht dazu in der Lage ist, große Leistungen zu vollbringen. Der junge Mann, mit dem ich bereits vorher während einer Vakanzvertretung in seiner Ortsgemeinde gern zusammengearbeitet hatte, nahm mir meine Kritik nicht übel; er arbeitete seine Predigt noch einmal um, und die Patienten merkten ihm an, dass er sich bemühte, persönlich auf sie einzugehen. (In diesem Zusammenhang fällt mir ein, wie der katholische Bischof Lehmann im vergangenen Jahr im Zusammenhang einer Visitation in unserer Kapelle u. a. auch zu den Patienten sprach; d. h. er sprach im Grunde nicht zu den Patienten, sondern über die Not der Patienten zu einer nicht anwesenden weiteren Öffentlichkeit, und das führte dazu, dass eine sehr sensible, geistig beeinträchtigte gut katholische Frau seit diesem Zeitpunkt nicht mehr zum katholischen, sondern nur noch zum evangelischen Gottesdienst kam.)

Eine weitere ehrenamtliche Mitarbeiterin habe ich dadurch gewonnen, dass ich eine Ex-Patientin, die in Alzey wohnt, auch nach ihrer Klinikentlassung seit über einem Jahr intensiv betreut habe. Inzwischen liest sie bei Andachten Texte vor, tröstet auch einmal auf ihre eigene Art eine ältere Dame oder ermutigt einen älteren Herrn zum Mitmachen. Außerdem gibt sie mir Rückmeldungen über bestimmte Reaktionen von Patienten, die ich als vortragender und Gitarre-spielender Akteur bei einer Andacht leicht übersehen könnte.

Mein persönlicher Standort als Nicht-Gemeindepfarrer und einfaches Gemeindeglied

Ich persönlich bin seit vier Jahren ein ganz normales Mitglied meiner Kirchengemeinde – und ich genieße die Distanz zur Parochie, wie sie sonst auch jedes Gemeindeglied hat. Ich brauche nicht in die Kirche zu gehen, wenn ich keinen Dienst habe, gehe aber auch gern einfach als Teilnehmer in den Gottesdienst, weil ich immer wieder selber geistlich auftanken möchte, fahre auch einmal im Dekanat herum, um einen anderen Pfarrer oder Lektor zu hören als an meinem eigenen Ort.

Als ich noch Gemeindepfarrer war, fühlte ich mich oft wie ein PR-Manager der Kirche, der dafür sorgen soll, dass möglichst viele Leute in die Kirche kommen. Ohne es zu wollen, machte ich mir selbst und anderen ein schlechtes Gewissen, wenn „der Laden nicht richtig lief“. Kein Wunder, dass die meisten distanzierten Kirchenmitglieder mir so oft mit der Entschuldigung kamen: „Ich gehe ja nicht oft in die Kirche,

aber ich bin trotzdem Christ.“ Heute kann ich diese Leute viel besser verstehen. Im Blick auf die Alzeyer Kirchengemeinde fühle ich mich auch als ein relativ distanzier-tes Gemeindemitglied. Ich gehe nur zu Veranstaltungen, wenn ich es wirklich möchte, ich ziehe mich zurück und schlafe auch einmal sonntags aus, wenn ich selber keinen Dienst habe. Viele evangelische Kirchenmitglieder besuchen nach ihrer Konfirmation selten die Kirche, nehmen aber dennoch, wenn es um religiöse, ökologische, soziale Fragen geht, einen durchaus christlich-fragenden Standpunkt ein. Sie setzen sich allerdings vielleicht mehr in Umweltschutzgruppen und Sportvereinen ein, als dass sie kirchliche Gruppen unterstützen. Früher sah ich solche Menschen als fast schon verlorene Randsiedler der Gemeinde an; heute beginne ich, ihr Verhalten als normal zu betrachten.

Gemeinde als Ortsgemeinde wird wohl wirklich mehr und mehr eine Fiktion, die dem Ortspfarrer und seinen „Schäfchen“ Druck macht, es sei denn, es gelingt, dass innerhalb dieser Parochie kleine Gruppierungen entstehen, in denen echte Gemeinschaft gelebt wird, in denen Menschen wirklich so eine Art geistliche Heimat finden. Gemeinde ist aber auch dort, wo sich z. B. Jugendliche in einem Projekt des Religionsunterrichts über die Unterschiede des Christentums zu anderen Religionen Gedanken machen oder wo Erwachsene für eine klar begrenzte Zeit an einem Seminar teilnehmen und sich dann auch wieder zurückziehen können, wo Mitarbeiter einen begrenzten Auftrag wahrnehmen und nicht die Angst haben müssen, dass sie nur den kleinen Finger reichen und man nimmt ihre ganze Hand. Gemeinde ist auf dem Alzeyer Roßmarkt, wenn die Umweltgruppe des Dekanats zu Gedanken über die Erhaltung der Schöpfung anregt, und sie ist eben auch da, wo in der Klinik das Wort und die Liebe Gottes für ein paar Menschen zur Ermutigung und Lebenshilfe wird.

Kirche kann nur (über-)leben als einladende, nicht als nötigende Kirche.