

DIE STATIONÄRE BEHANDLUNG RELIGIÖSER UND SPIRITUELLER STÖRUNGEN

Dr. Joachim Galuska, Dorothea Galuska, in: *Handbuch Spirituelle Krisen (in Vorbereitung, erscheint vorauss. Frühjahr 2016)*

In der stationären Behandlung sind religiöse und spirituelle Probleme und Störungen dann relevant, wenn sie entweder im Rahmen der Behandlungsbedürftigkeit einer psychischen oder psychosomatischen Erkrankung ein nicht zu vernachlässigendes Thema darstellen oder selbst zu einer stationär behandlungsbedürftigen Erkrankung geführt haben. Eine stationäre Behandlung wird nur bei einer tiefgreifenden Störung und bei einer komplexen stationären Behandlungsbedürftigkeit stattfinden. Unsere Erfahrungen beziehen sich dabei auf die Behandlung solcher Patienten in den Heiligenfeld Kliniken seit über 20 Jahren. Im Folgenden wollen wir unsere konzeptionellen Hintergründe mit Beispielen aus der Praxis erläutern.

Angesichts der Vieldeutigkeit der Begriffe möchten wir unser Verständnis zunächst formulieren: Religiosität und Spiritualität verstehen wir als den jeweiligen inneren Bezug auf etwas Jenseitiges. Religiosität bezieht sich auf Glaubensinhalte, wie sie in Texten der religiösen Systeme, an die man glaubt, formuliert sind, und religiös-rituelle Praxis, wie Gottesdienst, Andacht oder Gebet.

Spiritualität bezieht sich auf Erfahrungen des Jenseitigen, Größeren, Göttlichen oder Unbekannten, also auf Erfahrungen der Transzendenz. Transzendenz könnte man verstehen als erfahrene Überschreitung des Alltäglichen, Persönlichen und Weltlichen.

Während Religiosität sich also auf kulturell vermittelte Inhalte und Praxis bezieht, stellt Spiritualität individuelle subjektive Erfahrungen und Überzeugungen in den Vordergrund. Unter religiösen Störungen

werden alle Störungen verstanden, die im Zusammenhang mit Glaubensfragen stehen und sich in Form psychischer oder psychosomatischer Störungen auswirken. Unter spirituellen Störungen werden alle Störungen zusammengefasst, die sich auf spirituelle Erfahrungen im weiteren Sinne beziehen und die zu psychischen oder psychosomatischen Störungen führen.

Entwicklungstheorie

Das menschliche Bewusstsein und das seelische Leben entwickelt sich gemäß Blanck und Blanck (1982) in Form verschiedener Entwicklungslinien, die sich auf die eigene Identität, die Beziehung zu anderen Menschen, die kognitive, affektive und moralische Entwicklung beziehen. Dieses Konzept der Entwicklungslinien wurde von Ken Wilber (2001) erweitert und ergänzt.

Insbesondere beschrieb er die Entwicklung über das Niveau der reifen Struktur eines erwachsenen Menschen hin zur Transzendenz und ergänzte die Entwicklungslinien um weitere Linien, insbesondere die religiös-spirituelle Entwicklung. (siehe Abbildung Entwicklungslinien)

In der religiös-spirituellen Entwicklung ist auffällig, dass das Jenseitige, etwa unser Verständnis von Gott oder der Aufbau einer jenseitigen Welt, mit den gleichen Denk- und Vorstellungsstrukturen konzeptualisiert wird, wie wir das Diesseits, also diese Welt, verstehen.

Das Kind lebt in einer Welt von Bildern, Mythen und Geschichten mit Familien- und Schulerfahrungen. Seine religiöse Welt besteht demzufolge aus Geschichten, Engeln, einem Christkind, einer Hei-

ligen Familie, aus Wundern, Himmelfahrt usw. Helmut Reich (2004) beschreibt die Entwicklung der Gottesbilder im Kindesalter wie folgt:

„Für Kinder bis etwa sechs Jahre (und für einige darüber hinaus) hatte der im Himmel wohnende Gott alles (wie ein Handwerker) gemacht, einschließlich Artefakte wie Hochhäuser, Autos und Uhren.“

„Für Sieben- bis Neunjährige (und einige darüber hinaus) hatte Gott zwar die Natur erschaffen, aber die Artefakte sind von Menschen gemacht.“

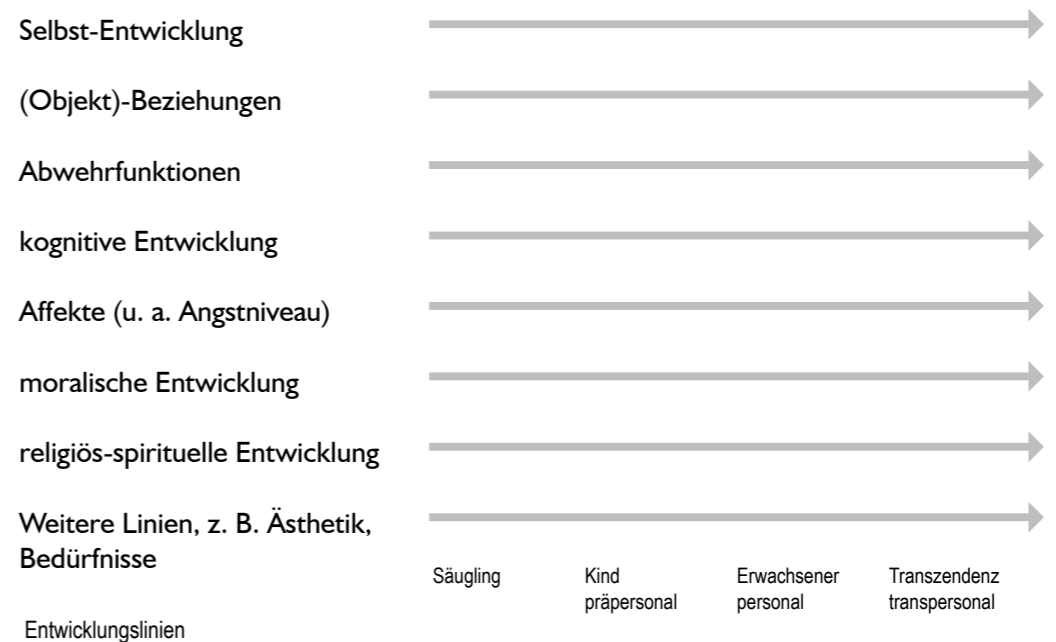
„Im Alter von zehn bis sechzehn Jahren kommt dem nicht mehr näher lokalisierten Gott weitgehend nur noch eine Rolle „hinter den Kulissen“ zu (wie dafür zu sorgen, dass es genügend regnet, dass die Geburt von Säuglingen gut verläuft usw.): die Natur und die Menschen gehen ihren Tätigkeiten weitgehend selbständig und unabhängig nach.“

„Ab etwa sechzehn Jahren wird die Stufe 4 erreicht: Gott ist nicht mehr der (artificialistische) Weltbaumeister, sondern Liebe, Kraft, das Gute usw.“

Der Erwachsene besitzt bereits Abstraktions- und Symbolisierungsfähigkeit, Berufs- und Partnerschaftserfahrungen. Seine religiöse Welt besteht dann aus symbolischen Inhalten, reflektierten Glaubenssät-

zen, Lebensregeln und metaphysischen Kräften oder Prinzipien. Die magischen und mythologischen Inhalte der kindlichen religiösen Welt, wie Auferstehung, Himmelfahrt, Wunder, jungfräuliche Geburt usw. werden symbolisch verstanden und interpretiert. Sein Gottesbild ist abstrakt, z. B. als schöpferisches Prinzip, als Seins-Grund oder das Gute, oder es ist ein persönliches Gegenüber im Sinne eines transzendenten Du.

Transzendente Spiritualität relativiert schließlich alle Konzepte und ist zur vollkommenen Offenheit für das „Mysterium“, das Geheimnis oder das Unbekannte bereit. Die religiöse bzw. spirituelle Erfahrung ist eine unmittelbare Erfahrung von Transzendenz in Form von Stille, Unendlichkeit, Freiheit, Offenheit, Verbundenheit usw. oder des Göttlichen und Absoluten selbst. Der Gottesbezug geschieht jenseits jeder Konzeptionalisierung im Sinne des Absoluten oder Unbekannten als Vereinigung mit Gott oder dem Göttlichen bzw. als Erfahrung von Non-Dualität. Der Übergang von der kindlichen zur erwachsenen Religiosität kann mit vielfältigen Problemen verbunden sein. Ganze religiöse Weltbilder müssen sich wandeln und die traditionellen religiösen Systeme bieten oft in dieser Veränderung wenig Hilfe. Auch der Übergang von der erwachsenen zur transzendenten Religiosität und Spiritualität stellt eine Herausforderung dar. Willigis Jäger (1991) spricht



Entwicklungslinien

vom „Gottesverlust“ im Sinne des Verlustes jedes Gottesbildes, das bis dahin einen Halt geboten hat.

Strukturtheorie

Schon Blanck und Blanck (1982) beschrieben die Auswirkungen struktureller Defizite für die weitere psychische Entwicklung. Die strukturbezogenen Konzepte der Ich-Psychologie und der Objektbeziehungstheorie (Kernberg, 1996) wurden vom Arbeitskreis OPD (1996) im Rahmen der Operationalisierten Psychodynamischen Diagnostik systematisiert und operationalisiert. Dieses System beschreibt neben Krankheitserleben und Behandlungsvoraussetzungen, Beziehungsdiagnostik, Konflikt Diagnostik und ICD-10 Diagnostik eine Strukturdiagnostik. Die Achse „Struktur“ unterscheidet neben der guten Integration eines gesunden Menschen, eine mäßige Integration, eine geringe Integration und ein Desintegration. Die strukturelle Integration bezieht sich vorwiegend auf den Umgang mit der eigenen seelischen Innenwelt und den mitmenschlichen Beziehungen.

Grundsätzlich wird das gesamte Erleben - also auch religiöse und spirituelle Inhalte - gemäß der eigenen Entwicklungsstruktur mehr oder weniger integriert. Wird beispielsweise ein Glaubensinhalt oder eine spirituelle Erfahrung nicht angemessen integriert, kann sie zunächst konflikthaft verarbeitet werden. Innere Konflikte mit Glaubensinhalten oder Erfahrungen im religiösen Kontext können verdrängt werden und zu „neurotischen“ Symptombildungen, wie etwa Angstzuständen, führen.

Fallbeispiel

Ein etwa 30-jähriger evangelischer Pfarrer kam mit Depressionen und Burnout-Entwicklung in unsere Klinik. Trotz Reduktion seines Stellenumfanges fühlte er sich zunehmend erschöpft, und er war seit drei Monaten krankgeschrieben. In der Exploration seiner Lebensgeschichte fand sich eine Tradition männlicher Geistlicher. Auch er hatte diesen Beruf aus Berufung gewählt. Mit seiner Ehefrau, die ebenfalls evangelische Theologin war, führte er eine nicht erfüllende Ehe. Früh in seinem Leben erlebte er mystische Er-

fahrungen, die ihn ermutigten, sein Studium der Theologie zu widmen. Als er dort an institutionelle Grenzen stieß und u. a. kaum Raum für die ihm wichtige spirituelle Dimension fand, war er zunächst enttäuscht, später frustriert und zunehmend depressiv. Im bewussten Erspüren und Ausdrücken seiner Gefühle ungeübt, fehlte ihm das Handwerkszeug für echte und konstruktive Auseinandersetzung. Weder konnte er seine Bedürfnisse noch seine Grenzen formulieren. Besonders gegenüber Autoritäten (Vater, Professoren, anderen Theologen) fühlte er sich einerseits machtlos, andererseits aber innerlich überlegen durch seine für ihn tiefere und wesentlichere Beziehung zu Gott, die aber im Rahmen der Institution Kirche - nach seinem Empfinden - kaum lebbar war. Auch in seiner Ehe vermisste er die für ihn „heilige Dimension“. Seine Gottesbeziehung lebte er zurückgezogen im Gebet und in der Stille oder im Spielen von Musik. Sein heimlicher Wunsch war es, ganz neu zu beginnen, sich von Kirche und Frau zu trennen und ein Musiker zu werden, der seine Hingabe an Gott in seiner Musik ausdrückt. Wir gestalteten seine Therapie-Angebote mit einer Mischung aus aufdeckenden Therapien, u. a. Aggressionsarbeit, Psychoedukation über Depression und Burnout sowie kreativen Therapien mit Rhythmus und Stimme.

Spirituelle Erfahrungen im weiteren Sinne, wie z. B. eine Öffnung für energetische Zustände, können abgewehrt werden und so zu psychosomatischen Beschwerdebildern in Form von Schmerzen führen. Tiefgreifender jedoch wäre eine innere Dissoziation des Erlebens bei einer geringeren Integrationsfähigkeit. Hier werden religiös oder spirituell interpretierte Persönlichkeitsanteile abgespalten, projektiv interpretiert und entfalten ein Eigenleben.

Fallbeispiel

Ein junger Mann kam wegen Angstzuständen und Abbruch seines Studiums zu uns. Im Kontakt mit ihm fielen auch dissoziative Momente auf. Seine intellektuelle Begabung war sehr hoch, aber er wirkte zurückgezogen in eine eigene innere Welt. Er berichtete, dass er schon früh in seinem Leben das Gefühl hatte, anders zu

sein und nicht zu seiner wirklichen Familie zu gehören. Er habe häufig in Traum- und Phantasiewelten gelebt. Er sei sehr einsam und irgendwie „verloren“, dabei aber auch sehnsüchtig nach „wirklichem“ Kontakt, von dem er zunächst nicht sagen konnte (oder mochte?) was er darunter verstand. Im Rahmen der spirituellen Krisengruppe entdeckte er, dass die Sprache seiner Seele eine energetische Form der Wahrnehmung und auch Verbindung sei. Diese Sprache hätte aber nie jemand mit ihm geteilt. Deshalb habe er sich auch selbst abgelehnt und Ängste vor dieser Art der Wahrnehmung entwickelt. Weder wusste er, wie er sich im „normalen Leben“ verankern konnte, noch wie der für ihn realere energetische Modus erreichbar oder wieder zu verändern sei. Für ihn bedeutete es eine enorme Erleichterung, dass es außer ihm Menschen gab, die diese Erfahrung teilen konnten, und er wurde sehr neugierig auf Methoden der Selbststeuerung, in denen er Zugänge zu subtileren Wahrnehmungen finden konnte. Gleichzeitig sah er die Notwendigkeit, sich mit seiner Einsamkeit anvertrauen zu lernen und Bedürftigkeiten ausdrücken zu können. Sein Hauptthema war, zu sich und seinen Eigenheiten zu stehen, sie nicht mehr als „falsch“ oder beängstigend zu beurteilen, sondern einen für sein Leben unterstützenden Weg mit seinen Gaben zu wählen. Er studierte später Psychologie und wirkt heute sehr integriert. Die spirituelle Dimension hat auch über eine ernsthafte regelmäßige Meditationspraxis einen festen Platz in seinem Leben gefunden.

Eine Desintegration kommt zustande, wenn die Persönlichkeit durch religiöse Inhalte oder spirituelle Erfahrungen im weiteren Sinne überflutet wird und psychotisch zusammenbricht. „Teuflische“ oder auch „Göttliche Energien“, Botschaften von jenseitigen Mächten oder von eigenen Wesenheiten überschwemmen das eigene Erleben und können nicht mehr geordnet, gesteuert und begrenzt werden. Stille kann dann als Unheimlichkeit erlebt werden, Leere als vernichtend und todbringend. Vielleicht tobt ein Kampf von Heerscharen guter und böser Kräfte, die als Stimmen zu hören sind und die Botschaften oder Befehle geben. Auch reli-

giöse Wahnvorstellungen, ein Prophet, der Messias oder der Teufel zu sein, sind möglich.

Zusammengefasst erfordern religiöse und spirituelle Störungen:

- Eine entwicklungspsychologische Betrachtung
- Eine strukturbezogene Diagnostik
- Eine Betrachtung der gesamten Persönlichkeit und eine Diagnostik gemäß der ICD-10

Allgemeine Grundsätze zur Begleitung und Behandlung religiöser und spiritueller Störungen

Grundsätzlich erfordert der Umgang mit religiösen und spirituellen Themen eine Offenheit des Therapeuten und eine basale Kompetenz für die entsprechenden Themen und Fragen. David Lukoff, der im amerikanischen Sprachraum entscheidend zur Einführung der DSM-Kategorie „religiöses oder spirituelles Problem“ beigetragen hat, nennt folgende Elemente für eine spirituelle Unterstützung (2007): Information des Patienten darüber, dass Heilung eine spirituelle Reise mit potentiell positivem Ergebnis sein kann.

Ermutigung des Patienten, einen spirituellen Weg oder eine religiöse Gemeinschaft einzugehen, die den eigenen Erfahrungen und Werten konsistent ist.

Ermutigung des Patienten, Unterstützung in der Führung von glaubwürdigen, religiösen oder spirituellen Führern zu suchen. Ermutigung des Patienten, sich in religiösen oder spirituellen Praktiken, die mit ihren eigenen Glaubensinhalten übereinstimmen, zu engagieren (z. B. Gebet, Meditation, Bücher, Gottesdienste, Rituale). Weiterentwicklung der eigenen Spiritualität, einschließlich der eigenen Sinnsuche, einhergehend mit Glaube und Hoffnung in etwas Transzendentes.

Kern des Umgangs mit religiösen und spirituellen Themen ist unseres Erachtens nach ein eigener spiritueller oder religiöser Bezug. Zugleich ist eine Offenheit für die unterschiedlichen religiösen Systeme und spirituellen Wege nötig. Aufgabe des

Therapeuten ist nicht, den Patienten zur Überzeugung des Therapeuten zu führen, sondern ihm zu helfen, seine Themen und Störungen im Rahmen seiner eigenen „Weltanschauung“ zu integrieren. Dies stößt natürlich gelegentlich an Grenzen bei sehr fundamentalistischen Überzeugungen, bei der Bereitschaft der Patienten, diese in Frage zu stellen, zunächst einmal gesucht werden muss. Grundsätzlich ist für die therapeutische Grundhaltung im Umgang mit religiösen und spirituellen Störungen eine innere Verankerung in der eigenen Präsenz des Therapeuten hilfreich. Wir verstehen Präsenz als die unmittelbare Vergegenwärtigung des Anwesendseins, des Existierens. Der entsprechende Bewusstseinszustand wird in der Regel erfahren als in sich ruhend, offen, weit und empfänglich für alle möglichen Inhalte. Er ist nicht identifiziert mit Konzeptualisierungen und damit in der Lage, in einer mehrperspektivischen Weise mit ihnen umzugehen. Aus Präsenz und Achtsamkeit heraus Patienten zu begegnen, nennen wir eine „beseelte Psychotherapie“ (Galuska, 2006, 2011, 2013). Die in der Präsenz und der eigenen Seele verankerte Grundhaltung besitzt im Grunde einen inneren spirituellen Bezug und kann somit die entsprechende Thematik bei Patienten einladen und zu einer entsprechenden empathischen Resonanz im Therapieprozess führen.

Die Diagnostik ist grundsätzlich ganzheitlich und mehrperspektivisch. Dies erfordert die Erfassung der gesamten Situation des Patienten physischer, psychischer und sozialer Art, die Diagnose der Störung gemäß der ICD-10 oder des DSM-IV, die Diagnose der Struktur der Gesamtpersönlichkeit (gut integriert bis desintegriert), die Beschreibung und Diagnostik der religiösen und spirituellen Themen, Erfahrungen und Störungen und die Diagnostik der Entwicklungsstufe bzw. der entwicklungsbezogenen Thematik auf der religiös-spirituellen Entwicklungslinie.

Das therapeutische Vorgehen ist grundsätzlich zweigleisig

Die Behandlung und Begleitung der Gesamtpersönlichkeit.

Diese hat sich vorwiegend an dem Strukturniveau des Patienten auszurichten und ist bei einem höheren Grad an Integration und Integrationsfähigkeit eher konfliktorientiert, mobilisierend, erlebnisaktivierend und durcharbeitend ausgerichtet. Bei einem geringeren Strukturniveau sind eher erklärende, strukturierende, stabilisierende und unterstützende Maßnahmen erforderlich. Je nach Schwere der behandlungsbedürftigen Störung kann die Intensität von ambulanter Beratung über ambulante psychotherapeutische oder psychiatrische Behandlung bis hin zur stationären Behandlung gehen.

Die Würdigung, Begleitung und psychotherapeutische Betreuung der religiösen und spirituellen Inhalte und Probleme des Patienten, zunächst einmal im Rahmen seiner eigenen Systeme. Hier muss geprüft werden, ob eine Begleitung durch einen Seelsorger oder einen spirituellen Lehrer ausreicht oder eine zusätzliche fachpsychotherapeutische Kompetenz dafür erforderlich ist. Ggf. ist es auch erforderlich, die Themen und Problemkreise des Patienten begrifflich zu relativieren und in einen aufgeklärten, religionsunabhängigen Sprachraum zu übersetzen, um eine Distanzierung von fixierenden Identifikationen zu erreichen.

Die allgemeinen Ziele in der Begleitung und Behandlung religiöser und spiritueller Störungen sind:

- die Integration der religiösen Orientierung, der spirituellen Dimension bzw. der spirituellen Erfahrungen in die Gesamtpersönlichkeit
- die Erarbeitung von Kompetenzen und Techniken im Umgang mit religiösen bzw. spirituellen Themen und Phänomenen.
- die Weiterentwicklung der Persönlichkeit in ihrer Sinnfindung, Seelenverankerung und Transzendenz-Integration



Besonderheiten der stationären Behandlung religiöser und spiritueller Störungen

Stationäre Psychotherapie wirkt nicht primär durch die Addition der einzelnen therapeutischen Maßnahmen, sondern als Ganzes, als komplexes Behandlungsfeld. Besondere Bedeutung hat dabei eine für Spiritualität und Religiosität offene Atmosphäre, ein ganzheitliches Menschenbild im Sinne des biopsychosozialen Modells, ein mehrschichtiges multimodales und multimethodisches Therapieangebot und eine hohe Behandlungsintensität und Behandlungskomplexität.

Allgemein gesagt hat in den Heiligenfeld Kliniken jeder Patient und jede Patientin einen vielschichtigen komplexen Therapieplan aus individuell zugeschnittenen Therapien und allgemein für alle verbindlichen Maßnahmen. Ein Bezugsarzt oder Bezugspsychologe behandelt, plant und führt durch die Therapie. Im Vordergrund steht die Psychotherapie, einzeln und vor allem im Rahmen von Gruppenpsychotherapie. Die medizinische Diagnostik und Behandlung, auch mit Medikamenten, folgt wissenschaftlich anerkannten Leitlinien. Körpertherapien, Musik-, Kunst- und Kreativtherapien werden als wichtige Zugänge zum persönlichen Erleben eingesetzt. Diverse Meditationen und Achtsamkeitsübungen sind Angebote zur Besinnung und Vertiefung spiritueller Kompetenzen. Durch Informationen und Übungen im Rahmen von Psychoedukation werden Formen der Selbstführung und der Krankheitsbewältigung gelernt. In kleinen und großen Gruppen der therapeutischen Gemeinschaft kann soziales Lernen stattfinden und mitmenschliche Unterstützung erfahren werden. Alltagstraining, Arbeitstraining und Sozialberatung bereiten auf das gesellschaftliche Leben vor, die Nachsorge unterstützt es.

Neben diesen allgemeinen Behandlungsstrukturen folgt die Behandlung religiöser und spiritueller Störungen einer klinikinternen Leitlinie. Der klinische Pfad bezieht sich auf die besonderen Abläufe für Patienten, bei denen religiöse oder spirituelle Probleme im Vordergrund stehen. Religiöse oder spirituelle Probleme wer-

den jedoch nur im Zusammenhang mit einer behandlungsbedürftigen psychischen oder psychosomatischen Erkrankung (F-Diagnose gemäß ICD-10) zusätzlich diagnostiziert und behandelt. Die allgemeinen diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen für diese Erkrankungen folgen eigenen Pfaden, die zusammen mit dem Pfad für religiöse und spirituelle Störungen zu einer Gesamt-Behandlungsstruktur integriert werden. Bei den dargestellten Abläufen handelt es sich um „Behandlungsmuster“, die auf den Einzelfall bezogen im Sinne variabler Module ein individuelles Behandlungsprogramm ergeben.

Neben den Behandlungsindikationen für die behandlungsbedürftigen psychischen oder psychosomatischen Erkrankungen gibt es pfadspezifische Indikationen zur Behandlung religiöser und spiritueller Störungen:

- mangelnde „Erdung“
- mangelnde Selbststeuerung aufgrund der religiösen bzw. spirituellen Problematik mit unzureichender Alltagsbewältigung und defizitären praktischen Lebensbezügen
- mangelnde Verarbeitung von mystischen Erfahrungen bzw. Transzendenz-Erlebnissen
- mangelnde Identität in der Glaubensorientierung
- Abhängigkeit von Sekten bzw. Thematik des Sektenausstiegs
- mangelnde Verarbeitung von religiöser Abhängigkeit oder religiösem Missbrauch
- mangelnde Abgrenzung gegenüber energetischen, medialen oder paranormalen Erfahrungen (erhöhter Sensitivität), auch bei krisenhafter sensibler Öffnung
- ausgeprägte Schuldgefühle, Angst vor Verurteilung oder Bestrafung aufgrund religiöser Erziehung („ekklesiogene Neurose“) oder sonstiger religiöser Indoktrination
- autodestruktive Praktiken religiösen Hintergrundes
- mangelnde Verarbeitung von Nahtoderfahrungen
- mangelnde Verarbeitung von Meditationserfahrungen

- mangelnde Verarbeitung von Erfahrungen mit psychoaktiven Substanzen
- religiös oder spirituell gefärbte Psychosen
- Gefühl des Ich-Verlustes bzw. Seelenverlustes

Typische Behandlungsziele bei religiösen und spirituellen Störungen sind:

- Einsicht in biographische Zusammenhänge, insbesondere Verständnis der religiösen Entwicklungslinie
- Bearbeitung der Auslöser der spirituellen oder religiösen Krise
- Aufbau eines stabilen Selbstkonzeptes mit positivem Selbstgefühl und Selbstakzeptanz
- Aufbau einer stabilen Identität unter Berücksichtigung der religiösen und spirituellen Erfahrungen mit einem passenden Glaubenssystem
- Integration der Sensitivität, der energetischen, paranormalen oder spirituellen Erfahrungen in die Persönlichkeit und ihr Leben
- Aufarbeitung einer Abhängigkeitsproblematik und Entwicklung zur Fähigkeit von realistischen Beziehungen, insbesondere im Lehrer-Schüler-Verhältnis
- (Wieder-)Errichten und Sichern stabiler Körpergrenzen
- Integration von Schattenaspekten und Fähigkeit zum Umgang mit dem „Bösen“ und dem Tod
- positive und angemessene Einstellungen zu Beziehungen, Familie, Geld und Arbeit im Zusammenhang mit einem ganzheitlichen Verständnis von Spiritualität und Welt
- Verstehen des tieferliegenden Anliegens des Patienten, welches sich häufig hinter dem „Label“ Kundalini-Syndrom, „Out-of-Body“, Besetzung, Channeling, Energieübertragung, Medialität, Rückführung, Hypersensibilität, Geister/Engel u. v. m. versteckt

Die Grundprinzipien der Behandlung religiöser und spiritueller Störungen sind:

- die Würdigung der religiösen und spirituellen Dimension und ihrer Bedeutung für die Patienten
- die zweigleisige Behandlung, sowohl

der religiösen und spirituellen Problematik, als auch der zusätzlich vorliegenden psychischen bzw. psychosomatischen Erkrankung

- insbesondere Beachtung der narzisstischen Problematik, einer Spiritualisierung psychischer Konflikte, der Idealisierung von Bezugstherapeuten oder spirituellen Lehrern, der Spaltungseigung zwischen Glaubenssystemen bzw. Spiritualität und Alltag und einer mangelnden Offenheit oder Scheu, die religiöse bzw. spirituelle Problematik zu beschreiben

Notwendige und typische Behandlungsmaßnahmen bei religiösen und spirituellen Störungen sind:

- Gruppenpsychotherapie in der „spirituellen Gruppe“ oder in einer Strukturgruppe (Kerngruppe), deren Therapeuten eine spirituelle Kompetenz aufweisen
- störungsspezifische Gruppe für religiöse und spirituelle Störungen
- intensive Transfergruppenarbeit gegen Ende des Klinikaufenthalts
- die medikamentöse Therapie folgt der Leitlinie der F-Diagnose
- gezielte Einzelberatung durch spirituell erfahrene Therapeuten
- ggf. telefonische Beratung bei der parapsychologischen Beratungsstelle Freiburg oder in der katholischen oder evangelischen Seelsorge
- stille Meditation
- Achtsamkeitstraining
- Selbststeuerungsgruppe zu Beginn der Behandlung
- Lebensführungsgruppe
- Desensibilisierungstherapie und strukturbildende Bewegungstherapie zum „Grounding“
- ggf. Heilkraft der Stimme
- ggf. Atemgruppe

Die Behandlungsdauer hängt in der Regel von der Hauptdiagnose (F-Diagnose) und dem Strukturniveau ab und beträgt meist fünf bis zehn Wochen.

Klinische Einteilung religiöser und spiritueller Störungen

In der klinischen Praxis differenzieren wir religiöse und spirituelle Störungen gemäß der zunehmenden Desintegration religiöser, subtiler oder spiritueller Erfahrungen wie folgt:

Religiöse Störungen:

- „religiöses Problem“ (im Sinne des DSM-IV)
- ekklesiogene Neurose
- dissoziative Störungen religiöser Art
- Psychosen mit religiöser Thematik

Störungen in der Verarbeitung energetischer Empfindungen:

- „Kundalini-Syndrom“
- Blockierung subtiler Energien
- dissoziative energetische Empfindungen
- psychotische Überflutung mit „subtile Energien“

Störungen im Zusammenhang mit außersinnlichen Wahrnehmungen:

- Krise der „sensitiven Öffnung“
- konflikthafte Verarbeitung medialer Erfahrungen
- Vermischung außersinnlicher Wahrnehmungen mit unbewussten persönlichen Themen
- Besetzungsempfinden fremder Wesenheiten
- psychotische Wahnbildungen

Spirituelle Krisen und Störungen im engeren Sinne:

- Krise der spirituellen Öffnung
- Sinnkrise
- „dunkle Nacht der Seele“
- Spaltung in Spiritualität und Alltag
- dissoziative Fixierungen auf spirituelle Erfahrungen
- psychotische Dekompensation mit spirituellen Inhalten

Grundsätzlich gilt: Je geringer der Grad an Integration, umso stärker sind grundsätzliche und allgemeine strukturbildende Maßnahmen zur Stabilisierung und Strukturierung der Persönlichkeit erforderlich.

Die stationäre Behandlung religiöser Störungen

Religiöse Störungen entstehen im Rahmen der religiös-spirituellen Entwicklung insbesondere im Übergang von kindlicher zur erwachsener Religiosität, wie oben beschrieben. Darüber hinaus entstehen sie durch negative Auswirkungen von Glaubensinhalten, wie etwa einer sexualfeindlichen oder strengen strafenden Moral, durch negative oder traumatisierende Erfahrungen im Rahmen der religiösen oder der kirchlichen Erziehung oder durch Traumatisierungen durch Repräsentanten von Glaubensgemeinschaften. Hier werden Begriffe wie „ekklesiogene Neurose“, „ekklesiomorphe Neurose“ oder „Gottesvergiftung“ gebraucht. Darüber hinaus meint dies alle Störungen im Zusammenhang mit der konflikthaften Auseinandersetzung mit dem eigenen Glauben im Sinne der DSM-IV Kategorie „religiöses-spiritueller Problem“. Solche Störungen fielen in früherer Zeit in den Bereich kirchlicher Seelsorge. Heutzutage zeigt sich jedoch, dass zunehmend mehr psychotherapeutische Hilfe, Hilfe im Freundes-, Familien- oder Bekanntenkreis oder eigenständige Aktivitäten im Falle solcher Krisen in Anspruch genommen werden (Belschner und Galuska, 1999). Im Folgenden wollen wir beispielhaft den Umgang mit einer solchen Störung im Rahmen der stationären Behandlung beschreiben:

Fallbeispiel

Eine 49-jährige Patientin kam mit ausgeprägter Angstsymptomatik und Schlafstörungen in die Klinik. Im Kontakt fiel eine deutliche Abgrenzungsproblematik auf. Seit ihrer Geburt war sie Mitglied in einer christlichen Sekte. Von ihrem Vater, der eine hochangesehene Autorität in dieser Sekte war, wurde sie mehrfach als Kind missbraucht. Ihre Mutter wurde vom Vater geschlagen. In der Patientin mischten sich tiefgreifende Ängste (die u. a. nachts deutlich wurden), Schuldgefühle sowie nicht bewusster Zorn und Hass. Nach einem dramatischen Sektenausstieg mit dem totalen Kontaktabbruch zu allen dort verbleibenden Familienmitgliedern, einschließlich ihres Ehemannes und eigener fast erwachsener Kinder, versuchte sie

sich ein komplett neues Leben aufzubauen und scheiterte an der emotionalen Wucht ihrer Vergangenheit.

Im Kontakt spürten die Therapeuten ein grundsätzliches Misstrauen von ihr, ob das Gesprochene und Vereinbarte auch wirklich verlässlich sei und nicht „hinter ihrem Rücken“ anders gelebt würde. Je intensiver und unmittelbarer ihre Begegnungen im Feld der Therapie wurden, desto stärker traten ihre Ängste auf, besonders vor fantasierter Gewalt und Schuldzuschreibung.

In der psychotherapeutischen Kerngruppe erlaubte sich die Patientin erstmals von den sexuellen Übergriffen ihres Vaters zu berichten. Vorsichtig äußerte sie ein Unrechtsempfinden und erste Anflüge von Zorn. Gleichzeitig wurden Mitgefühle in ihr wach, für sich selbst als „doppelt bestrafte Kind“ – vom Vater missbraucht und von ihm als vor Gott schuldig dafür geschrieben.

Im Rahmen der Selbststeuerungsgruppen war die Patientin mit ihrer deutlichen Abgrenzungsproblematik und ihrer Unfähigkeit zum Ausdruck eines klaren „Neins“ konfrontiert. Sie nahm über mehrere Wochen an den gleichen Übungsabläufen teil, bevor sie einen für sich selbst spürbaren stimmigen Abstand fühlen konnte und diesen ihrem Übungs-Partner gegenüber gestalten und sichern konnte.

In der Indikationsgruppe „spirituelle und religiöse Krisen“ berichtete sie über manipulative Verdrehungen durch die Mitglieder ihrer Sekte, die ihre Individuationsbestrebungen als teuflische Kräfte und Impulse umdeuteten und diese mittels Straf- und Bußübungen, Androhung von sozialem Ausschluss und ewiger himmlischer Verdammnis ahndeten. Eine tiefe innere Verunsicherung ließ in der Patientin lange keine andere Sichtweise zu, als dieser Beurteilung angstvoll-depressiv zuzustimmen.

Unter der Ermutigung ihrer Mitpatienten begann sie Aufzeichnungen über ihre Lebensgeschichte und Details der von ihr erlebten Indoktrination zu verfassen. Mehr und mehr konnte sie über das Schreiben Abstand zu ihrer Geschichte finden und

eine eigene Sprache wählen, die ihre religiösen Gefühle ausdrückten. In diesem Prozess gelang es ihr zu unterscheiden, dass sie sich zwar von der Glaubensgemeinschaft, aber nicht von Gott abgewendet hatte. So fand sie auch im Rahmen unserer Meditationsangebote neue Formen von Hingabe und Gebet. Im späteren Verlauf ihrer 12-wöchigen Behandlung wählte sie die Aggressionsgruppe mit Schwertarbeit, um sich noch klarer abgrenzen zu können, und gleichzeitig die Wassergruppe, in der sich Patienten gegenseitig im körperwarmen Wasser tragen, um ihre Fähigkeit zu stärken, loszulassen und sich anzuvertrauen.

Zu Beginn der Behandlung mussten wir zunächst ein tragfähiges und vertrauensvolles Therapiebündnis herstellen. Die Patientin benötigte viele genaue Erläuterungen und Bestätigungen, dass wir als Klinik keine neue äußere Doktrin vertreten, sondern sie in ihrem eigenen Weg unterstützen würden. Später ging sie v. a. mit ihren Mitpatienten in sehr fruchtbare Auseinandersetzungen, in denen ihre feine Beobachtungsgabe deutlich wurde. Am Ende ihrer Behandlung überraschte sie uns mit einem druckreifen Buchmanuskript, in dem sie sich zunehmend kritisch gegenüber ihrer Glaubensgemeinschaft äußert. Das Manuskript wurde veröffentlicht.

Spirituelle Störungen im engeren Sinne

Spirituelle Störungen im engeren Sinne treten vorzugsweise im Übergang zur transzendenten Spiritualität auf. Intensive spirituelle Erfahrungen können eine Erschütterung der Persönlichkeitsstruktur bewirken, die man als Krise der spirituellen Öffnung bezeichnen könnte. Wenn es nicht gelingt, diesen Erfahrungsqualitäten einen Platz in der bisherigen Identität zu geben, wird sich ein innerer Spannungszustand herstellen zwischen Identitätsanteilen, die sich um diese Erfahrungen herum gruppieren, und anderen, die dazu im Widerspruch stehen. Dann kann es einerseits zu einer Abwertung der Transzendenzthematik kommen, die sich in Form einer Verleugnung dieses Bereiches äußern kann, oder es kann zu einer Sinn- oder Wandlungskrise kommen, die mit

der Weltbilderschütterung zusammenhängt. Eine tiefergehende Störung liegt in der Spaltung zwischen Spiritualität und Alltag vor, häufig in dem Sinne, dass das alltägliche Leben vernachlässigt wird oder sich gar eine Verachtung gegenüber allem Weltlichen ausbreitet angesichts der Tiefe und Intensität spiritueller Erfahrungen. Die zunehmend vereinsamende Lebensausrichtung und suchtartige Fixierung auf höhere Bewusstseinszustände kann eine solche Dissoziation noch verstärken. Im Extremfall kann es auch zu einer psychotischen Dekompensation kommen, wenn das eigene Erleben von spirituellen Inhalten überflutet wird und die Erfahrung nicht mehr angemessen integriert und interpretiert werden kann. Auch hier wollen wir das Vorgehen im Rahmen stationärer Behandlung anhand eines Beispiels erläutern:

Fallbeispiel

In der Zeit von intensiver spiritueller Selbstsuche und Selbsterfahrungsgruppen führte es eine äußerst begabte und sich recht exzentrisch ausdrückende Frau Mitte 40 in unsere Klinik. Sie hatte im Rahmen der Osho-(ehem. Bhagwan)-Szene intensivste innere Öffnungs- und Heilungserlebnisse erfahren, u. a. aber auch grenzüberschreitende Körpererfahrungen und ausagierende Gruppensitzungen erlebt. Immer weniger kam sie mit ihrem realen Leben zurecht. Impulsdurchbrüche und Verweigerung ihrer Verantwortungen als Mutter und in ihrer Arbeit waren die Folge. Die Beziehung zu ihrer fast erwachsenen Tochter verschlechterte sich, und die Patientin empfand keinen Antrieb mehr, in einer „ego-getriebenen“ Welt zu arbeiten. Sie flüchtete sich in dynamische Meditationen und Selbsterfahrungsgruppen, die sie stark idealisierte. Diese Spaltung verdeutlichte sich zu Beginn ihrer Behandlung in einer ausgeprägten Idealisierungs- und Entwertungshaltung gegenüber Individuen, Gruppen oder in Bezug auf die ganze Klinik. Gleichzeitig war ihr Interesse und ihre Wertschätzung an allem Spirituellen glaubhaft und nachvollziehbar.

Sehr langsam und immer wieder erklärend haben wir ihre Aufmerksamkeit und Sehnsucht von extremen Erfahrungen zu

einer grundsätzlichen inneren Selbstbeobachtung umgelenkt, z. B. nahm sie täglich an strukturbildender Körperarbeit teil, statt die von ihr favorisierte kathartische Atemarbeit zu besuchen.

Es schien, als könne und wolle sie sich nur an Grenzen und im Überschreiten von Grenzen fühlen und ausdrücken. In der Aufarbeitung ihrer Lebensgeschichte fanden sich viele Situationen, die als körperliche und verbale Übergriffe und Dramen erlebt wurden und zu teilweise dissoziativer Verarbeitung im Sinne einer frühen Traumatisierung führten. Die Patientin wies alles Menschliche, Unperfekte oder Ambivalente zurück und suchte Halt in spirituellen, heilen Dimensionen, die sie aber mehr phantasiehaft ersehnte, als direkt wahrnahm.

Mehrfach war sie Thema in Teamsupervisionen, da sie mit ihren unterschiedlichen Wertungen und Handlungen starke Gegenübertragungen auslöste. Erst die ernsthafte Anerkennung ihrer spirituellen Suche im Rahmen von Einzel- und Gruppentherapie und eine konsequente Unterstützung dieses Weges durch angemessene Meditationsformen (integrierende Strukturen wie den Tanz der vier Himmelsrichtungen oder Gehmeditationen) sowie eine mitfühlende Spiegelung ihrer Strukturschwäche ließen allmählich ihre verbalen und aggressiven Impulsdurchbrüche weniger werden. Jede äußere Führung und Begrenzung wurde ihr auch als Handwerkszeug zur eigenen Selbststeuerung im Sinne von Erdung, Zentrierung und Balancierung erklärt. Besonders in der TaKeTiNa-Rhythmus-Gruppe konnte sie eine Integration von Erdung über den Grundrhythmus ihrer Füße, Gestaltung von Kontakt über das Klatschen ihrer Hände und Öffnung zum Größeren „sie Überschreitenden“ über das Singen finden. Diese Nachmittage waren ihr sehr wertvoll, „heilig und schmerzvoll zugleich“ – eine Formulierung, die einen Integrationsprozess anzeigte. Zunehmend konnte sich die Patientin wieder „weltlichen“ Dingen zuwenden, auch normale, „unspirituelle Gespräche“ führen und die Beziehung mit ihrer Tochter wieder aufnehmen. Hier wurde deutlich, wie viel Extreme ihr Le-

ben ausgemacht hatten und wie wenig sie geübt war, Zwischentöne zu finden und Übergänge zu gestalten.

In kreativen Übungen sahen wir eine ausgesprochene künstlerische Begabung in der Gestaltung von Bildern und dem Schreiben von Märchen und Geschichten. In diesem Ausdruck konnten wir einige wesentliche Therapieschritte ablesen: Bilder wurden sanfter, pastelliger und weniger kontrastreich und ihre Geschichten bekamen mehr Komplexität, langsame Anfänge und nach den Heldentaten und Gefahren auch ein Leben danach.

Die Patientin gewann deutlich an Selbstwert und fragte sich jetzt nicht mehr, wer ihr welche Heilung angedeihen lassen könnte, sondern wie sie sich selbst mit ihren Werten und Kompetenzen in die Gemeinschaft einbringen könnte. Da ihre stationäre Behandlung mehrere Monate dauerte, wurde sie zur klinikerfahrenen Patin für Neue und gestaltete Abende für ihre Mitpatienten, in denen sie zum Erzählen einer eigenen Form von spirituellen Geschichten inspirierte. Nach ihrer Behandlung zog sie in eine nicht sektenhafte spirituelle Lebensgemeinschaft.

Fazit für die Praxis

In der stationären Behandlung religiöser und spiritueller Störungen ist die religiöse und spirituelle Problematik im Rahmen der gesamten Entwicklung der Persönlichkeit und ihrer Struktur zu betrachten und zu behandeln. Die Diagnostik muss sowohl störungsspezifisch die psychische Störung gemäß eines anerkannten Klassifikationssystems (wie dem der ICD-10) sein, als auch strukturbezogen den Grad der Integration bzw. Desintegration erfassen und schließlich die religiöse bzw. spirituelle Problematik beschreiben. Auch das therapeutische Vorgehen ist entsprechend zweigleisig: Sowohl die Gesamtpersönlichkeit als auch die religiösen bzw. spirituellen Themen erfordern eine fachgerechte Behandlung und Begleitung. Die Ziele sind immer die Integration der religiösen und spirituellen Dimension in die Gesamtpersönlichkeit. Im stationären Rahmen wird dies gewährleistet durch eine entsprechende Komplexität des Behandlungssettings. Behandelnde Therapeuten benötigen damit sowohl eine entsprechen-

de fachliche psychotherapeutische Qualifikation, als auch ausreichende Erfahrungen in der Begleitung religiöser und spiritueller Themen.

Literatur

- Arbeitskreis OPD (1996), Operationalisierte psychodynamische Diagnostik, Huber, Bern.
- Belschner, W., Galuska, J. (1999), Empirie spiritueller Krisen – erste Ergebnisse aus dem Projekt RESCUE, Transpersonale Psychologie und Psychotherapie 1/99, S. 78-94.
- Blanck, G., Blanck, R. (1982), Angewandte Ich-Psychologie, Klett-Cotta, Stuttgart.
- Galuska, J. (2006), Beseelte Psychotherapie, Transpersonale Psychologie und Psychotherapie, 2/2006, S. 64-70.
- Galuska, J. (2011), Die Entwicklung des Bewusstseins einer beseelten Psychotherapie, in Dorst B. et al (Hrsg.) Übergänge – Krisen – Visionen, Patmos-Verlag, S. 124-138.
- Galuska, J. (2013), Psychotherapie und Bewusstsein, in Galuska J. (2013) Bewusstsein, MMU Berlin.
- Jäger, W. (1991), Suche nach dem Sinn des Lebens, Via Nova, Petersberg.
- Lukoff, D. (2007), Spirituality in the recovery from persistent mental disorders, Southern Medical Journal, Vol. 100, Number 6, 2007.
- Reich, KH. (2004), Spiritualität von Kindern, Transpersonale Psychologie und Psychotherapie 2/2004, S. 19-30.
- Wilber, K. (2001), Integrale Psychologie, Arbor, Freiamt