



**Universität
Zürich** ^{UZH}

Professur für Spiritual Care

Spiritual Care im psychiatrischen Kontext

Klinik Zugersee, 23.06.2022

Prof. Dr. theol. Simon Peng-Keller



Gliederung

1. Spiritual Care als (Re-)Integration der spirituellen Dimension in die Gesundheitsversorgung
2. «Spiritual Care» als psychiatrische Aufgabe?
3. Psychotherapeutisch-psychiatrische Spiritual-Care-Kompetenzen?
4. Spezifische Problemfelder



Fallbeispiel: Frau A.

- **Psychosoziale Anamnese:** Frau A., 47-jährig, aus dem Kosovo stammend, seit 1995 mit ihrer Familie in Deutschland lebend, gut integriert, Ausbildung zur Pflegefachfrau, in belastender Ehe lebend, verschiebt Scheidungsabsichten aufgrund des Drängens der Schwiegermutter.
- **Psychische Belastung:** Kommt kurz nach dem Gespräch mit der Schwiegermutter erstmals in ambulante psychiatrische Behandlung wegen starken Ängsten, Zittern am ganzen Körper, Konzentrationsschwäche, Kraftlosigkeit, Brustdruck und Taubheitsgefühlen in den Armen, Arbeitsunfähigkeit.
- **Spirituelle Anamnese:** Praktizierende Muslima – gut eingebettet in muslimischer Gemeinde – findet im Gebet Halt und Ruhe – deutet ihre belastende Ehesituation als Prüfung Gottes – Wallfahrt nach Mekka – ungebührliche Annäherung des Gruppenleiters – nimmt nach der Wallfahrt «fremdbestimmt» einmalig Kontakt mit diesem auf – entwickelt Überzeugung, abgehört zu werden und bedroht zu werden – erklärt sich dies dadurch, dass der Gruppenleiter ihr einen Dschinn geschickt habe, der nachts im Schlaf auf ihrer Brust sitze, weshalb sie sich bemüht, möglichst wenig zu schlafen.



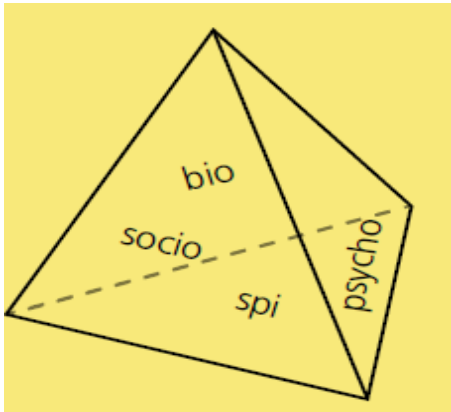
**Universität
Zürich** ^{UZH}

Professur für Spiritual Care

1. Spiritual Care als (Re-)Integration der spirituellen Dimension in die Gesundheitsversorgung

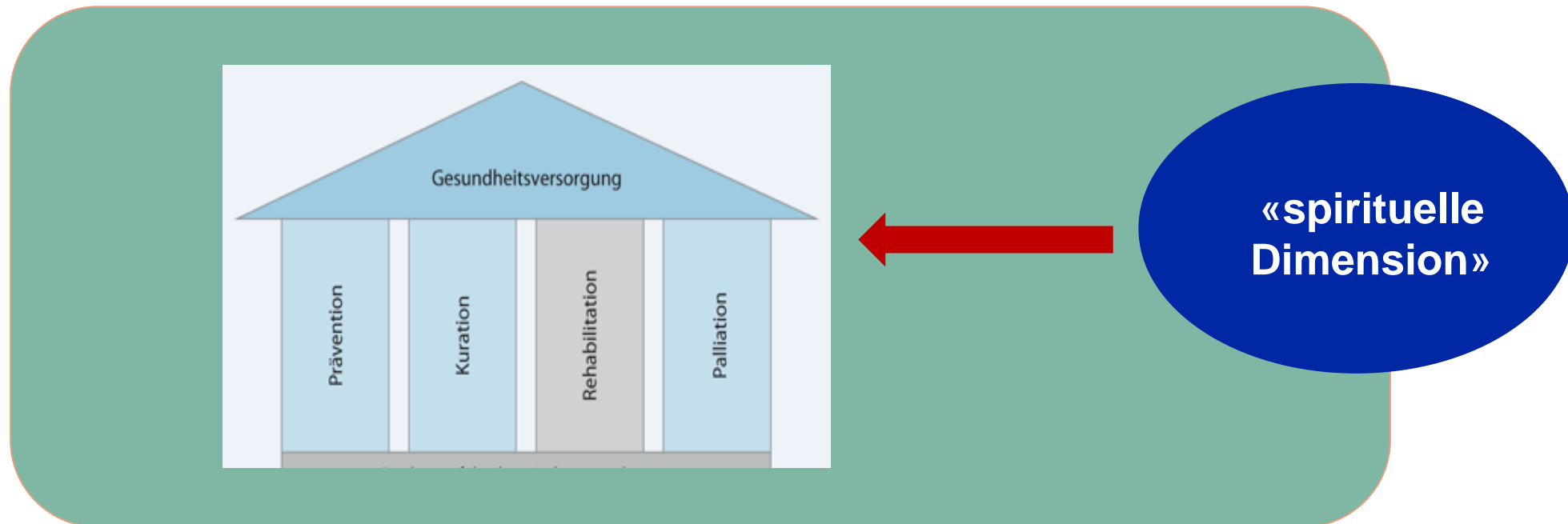


Faktoren der (Re-)Integration der «spirituellen Dimension» im 20./21. Jht.



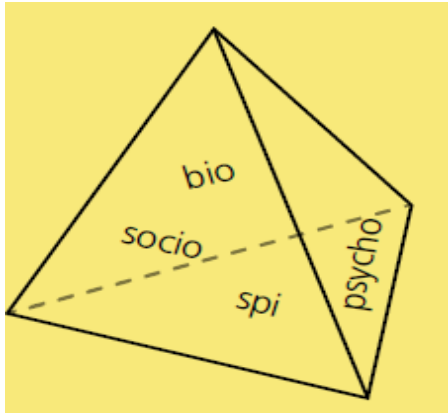
- **Medizin- und gesundheitsreformerische Bewegungen:** von Bircher-Benner über C.G. Jung und Viktor Frankl bis zu MBCT/MBSR und «positiver Psychologie»
- **WHO:** 37. Weltgesundheitsversammlung (1984!), Resolution mit der Empfehlung, die «spirituelle Dimension» in alle Bereiche der Gesundheitsversorgung zu integrieren
- **Forschung:** Zunahme an Forschung und empirischer Evidenz seit den 1980er Jahren
- **Gesellschaftlicher Wandel:** neues Interesse für Spiritualität und Religion
- **Im Schweizerischen Gesundheitswesen:**
 - Spiritual Care als wesentlicher Bestandteil von Palliative Care (BAG)
 - PROFILES: spirituelle Aspekte in Anamnese einbeziehen; Erkennen von «spiritual distress»

Spiritual Care = evidenzbasierter Einbezug der spirituellen Dimension in die interprofessionelle Care



→ Vielfältige Modelle und Formen von Spiritual Care!

Faktoren der (Re-)Integration der «spirituellen Dimension» im 20./21. Jht.



- **Medizin- und gesundheitsreformerische Bewegungen:** von Bircher-Benner und «New Thought» über C.G. Jung und Viktor Frankl bis zu MBCT/MBSR und «positive Psychologie»
- **WHO:** 37. Weltgesundheitsversammlung (1984!), Resolution mit der Empfehlung, die «spirituelle Dimension» allgemein in die Gesundheitsversorgung zu integrieren – Initiative kam aus dem globalen Süden

Simon Peng-Keller/
David Neuhold (Hg.)

Spiritual Care im globalisierten Gesundheitswesen

Historische Hintergründe und aktuelle
Entwicklungen

wbg Academic

OXFORD

The Spirit of Global Health

The World Health Organization
and the 'Spiritual Dimension'
of Health, 1946–2021



Simon Peng-Keller,
Fabian Winiger, and Raphael Rauch

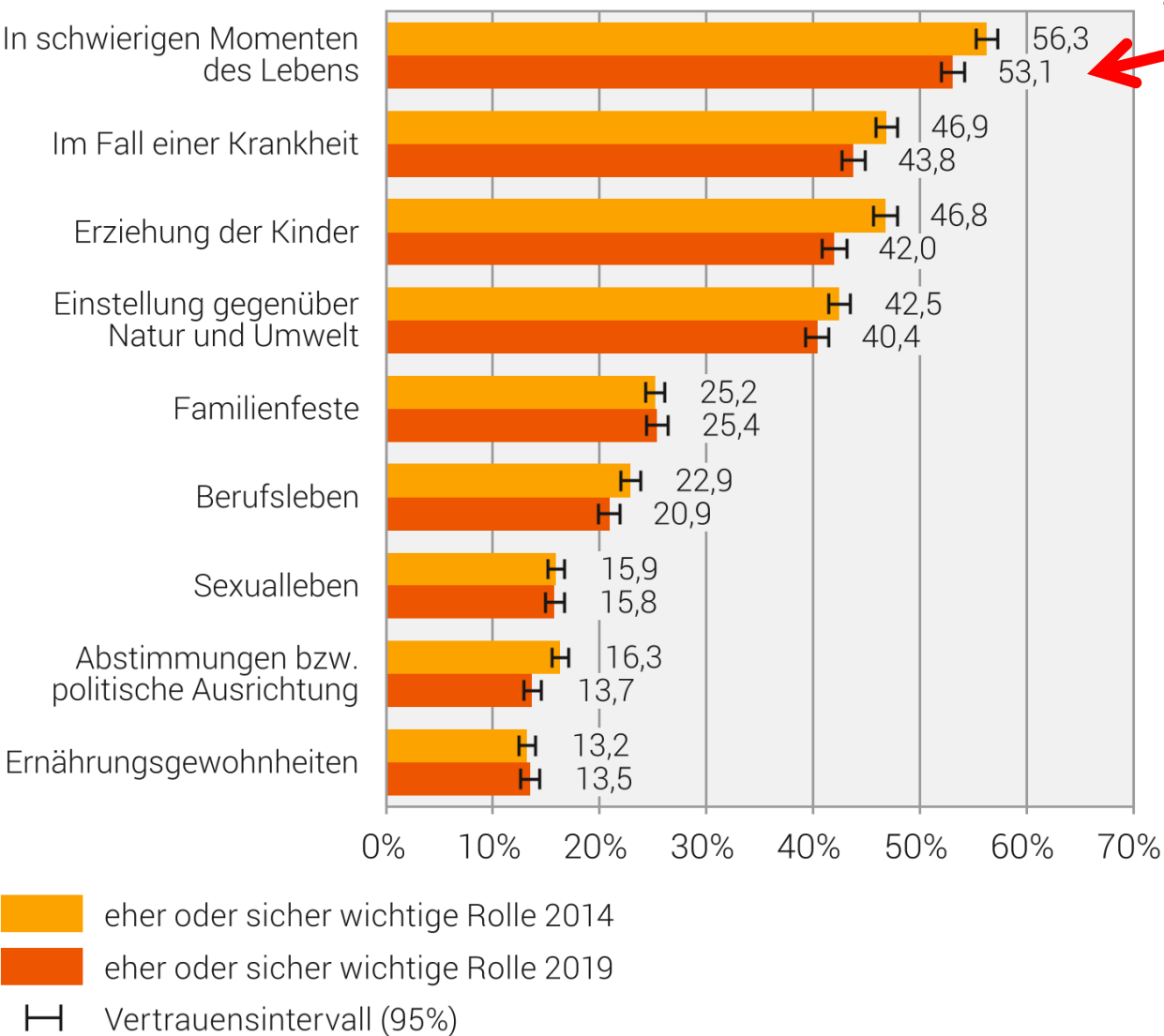


Gründe, weshalb S/R in die Gesundheitsversorgung (inkl. Psychiatrie) einbezogen werden sollte:

1. S/R ist auch in unserer Gesellschaft für viele Menschen eine wichtige Ressource, um mit Krankheit, Tod und Trauer umzugehen!

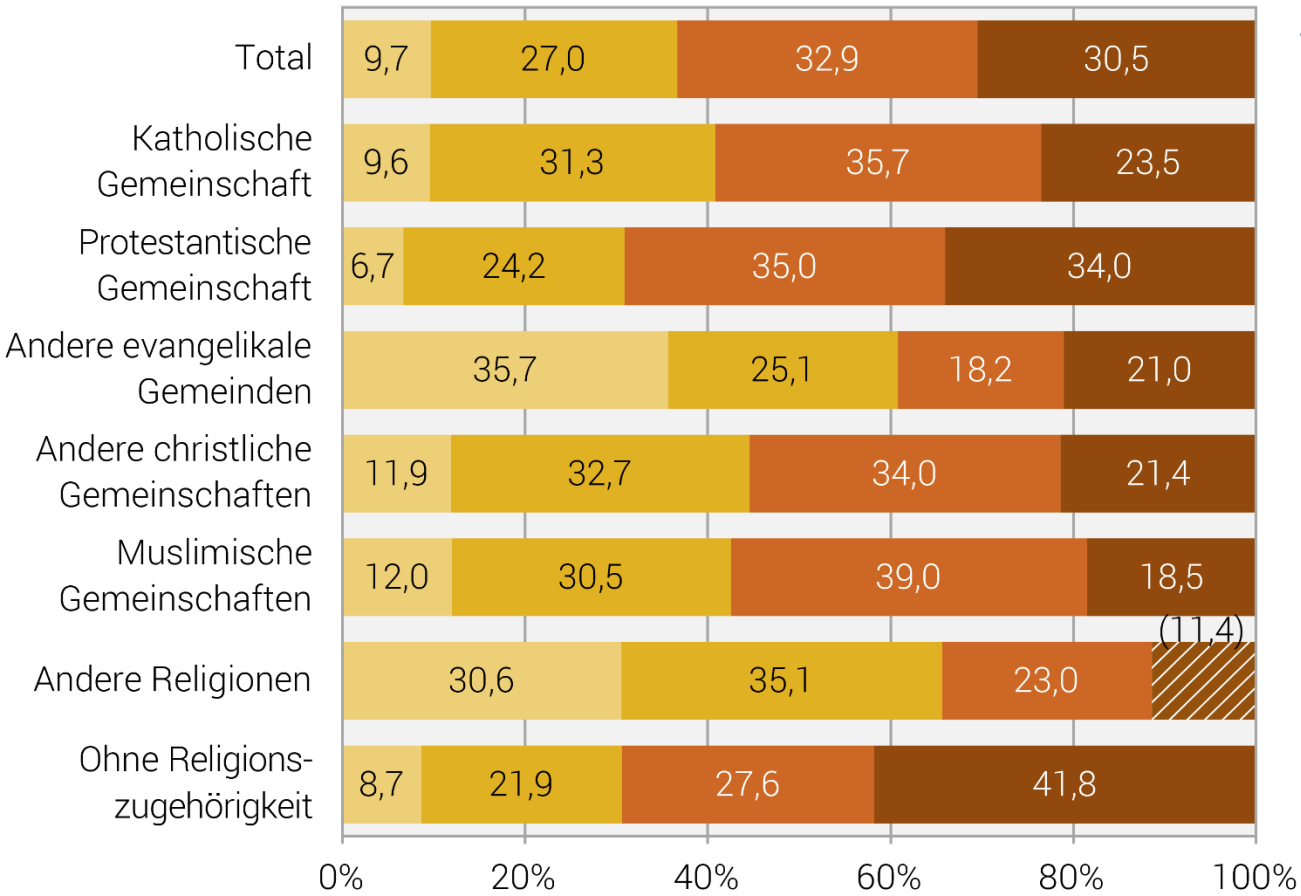
Bedeutung von Religion und Spiritualität im Alltag

Ständige Wohnbevölkerung ab 15 Jahren



- Religiosität/Spiritualität ist vielen Menschen in der Schweiz in schweren Krankheitssituationen nach wie vor wichtig!
- → spirituelle Bedürfnisse und Bedarf an Seelsorge
- → **Wie/Woran erkennt man, ob eine Patientin oder ein Patient ein spirituelles Bedürfnis hat?**

Ständige Wohnbevölkerung ab 15 Jahren



- Religionszugehörigkeit sagt wenig darüber aus, wie eine Person sich versteht und welche spirituellen Bedürfnisse sie in einer bestimmten Situation

«Würden Sie sich selbst als eine spirituelle Person bezeichnen?»

sicher ja
 eher ja
 eher nein
 sicher nicht

Die schraffierten Flächen sind mit Vorsicht zu interpretieren, da die Fallzahl dort unter 30 liegt.

Spiritual Care Matters

An Introductory Resource for all NHSScotland Staff



Spiritual Care als Aufgabe öffentlicher Gesundheitsversorgung?!

**NHS Pastoral, Spiritual,
and Religious Care
(Chaplaincy) Services**

Recruitment Toolkit



But ALL staff still have a vital role to play





Gründe, weshalb S/R in die Gesundheitsversorgung (inkl. Psychiatrie) einbezogen werden sollte:

1. S/R ist auch in unserer Gesellschaft für viele Menschen eine wichtige Ressource, um mit Krankheit, Tod und Trauer umzugehen!
2. **S/R Überzeugungen, Haltungen, Praktiken und Erfahrungen haben einen (positiven oder negativen) Einfluss auf (das Erleben/Deuten von) Krankheit/Gesundheit und auf Heilungsprozesse!**

Simon Peng-Keller, Ansätze ärztlicher Spiritual Care, in: Praxis 106:24 (2017), 1339–1343.



Gründe, weshalb S/R in die Gesundheitsversorgung (inkl. Psychiatrie) einbezogen werden sollte:

1. S/R ist auch in unserer Gesellschaft für viele Menschen eine wichtige Ressource, um mit Krankheit, Tod und Trauer umzugehen!
2. S/R Überzeugungen, Haltungen, Praktiken und Erfahrungen haben einen (positiven oder negativen) **Einfluss auf** (das Erleben/Deuten von) **Krankheit/Gesundheit und auf Heilungsprozesse!**
3. **Durch den Einbezug von S/R kann sich die therapeutische Beziehungsqualität verändern (ggf. vertiefen)!**

Simon Peng-Keller, Ansätze ärztlicher Spiritual Care, in: Praxis 106:24 (2017), 1339–1343.



Fallbeispiel: Frau A.

- **R/S als Ressource:**
 - Sinnstiftende und haltgebende Überzeugungen, Praktiken und Beheimatung
 - Erfahrung der Ruhe und des Haltenseins im Gebet
- **R/S als Belastung:**
 - Schwieriger Ehemann als «Prüfung Gottes» → Hinausschieben der Trennung
 - Dämonologische Krankheitsdeutung (von religiösem Umfeld unterstützt) → Schlafdeprivation

Ibrahim Rüschoff, Vom Sinn des Dschinn, in: Frick E, Ohls I, Stotz-Ingenlath G, Utsch M (Hg.) (2018) Fallbuch Spiritualität in Psychotherapie und Psychiatrie, Göttingen, 83-85.



**Universität
Zürich** ^{UZH}

Professur für Spiritual Care

2. «Spiritual Care» als psychiatrische Aufgabe?



Umfrage an der PUK Zürich zu Spiritual Care (2019):

	Frequency	Percent
Valid Pflegefachperson	26	45.6
Arzt / Ärztin	16	28.1
Psychologe / Psychologin	10	17.5
Andere	5	8.8
Total	57	100.0

Heidi Petry, Horst Rettke, Rahel Naef, Michael Rufer, Jutta Ernst, Simon Peng-Keller, Spiritual Care als Bestandteil interprofessioneller Akutbehandlungen: Einstellungen und Praktiken von Gesundheitsfachpersonen, in: Schweizerisches Archiv für Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie Swiss 171 (2020), 1-6.



Wie oft würden Sie von sich aus nach spirituellen/religiösen Belangen fragen, wenn ein Patient unter Angststörung oder Depressionen leidet?

	Frequency	Percent
Valid niemals	12	21.1
selten	9	15.8
gelegentlich	19	33.3
oft	13	22.8
immer	4	7.0
Total	57	100.0



Wie oft würden Sie von sich aus nach spirituellen/religiösen Belangen fragen, wenn ein Patient mit dem Lebensende konfrontiert ist?

	Frequency	Percent
Valid niemals	2	3.5
selten	6	10.5
gelegentlich	11	19.3
oft	20	35.1
immer	18	31.6
Total	57	100.0



Gründe, die es mir erschweren, Patienten und Angehörige spirituell zu betreuen: «Ich habe keine Zeit»

		Frequency	Percent
Valid	Unchecked	39	68.4
	Checked	18	31.6
	Total	57	100.0



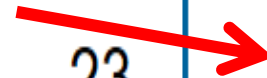
«Mir persönlich bedeutet Religion/ Spiritualität nicht viel»

		Frequency	Percent
Valid	Unchecked	35	61.4
	Checked	22	38.6
	Total	57	100.0



«Ich bin nicht ausreichend geschult»

		Frequency	Percent
Valid	Unchecked	34	59.6
	Checked	23	40.4
Total		57	100.0





«Ich denke nicht, dass Patienten von meiner Berufsgruppe spirituell betreut werden wollen.»

		Frequency	Percent
Valid	Unchecked	33	57.9
	Checked	24	42.1
	Total	57	100.0



«Ich glaube, dass, Spiritual Care die Aufgabe von anderen Fachpersonen ist» (bzw. «Ich sehe es nicht als Bestandteil meiner professionellen Rolle an»)

		Frequency	Percent
Valid	Unchecked	29	50.9
	Checked	28	49.1
	Total	57	100.0



Wie sehen es die Patientinnen/Patienten?

Genfer Studie: 25% der Patientinnen/Patienten wünschen, dass S/R im Rahmen ihrer psychiatrischen Behandlung einbezogen wird.

Table II. Wishes to address spiritual or religious issues in their psychiatric care among 147 outpatients with severe mental disorders.

Questions	Answers	<i>n</i>	%
1. Do you wish addressing spiritual or religious issues in your psychiatric care?	YES	37	25
	NO	98	67
	NO, but with a religious professional only	12	8
2a. Do you share spiritual or religious issues with someone?	YES	64	44
	NO	83	56
2b. If yes, with whom?	only relatives	36	56
	a chaplain or a religious professional	24	38
	only the psychiatrist	4	6
3. Do you want to meet the psychologist leading the “Spirituality and Recovery Group”?	YES	24	16
	NO	123	84



Sylvia Mohr & Philippe Huguelet (2014) The wishes of outpatients with severe mental disorders to discuss spiritual and religious issues in their psychiatric care, International Journal of Psychiatry in Clinical Practice, 18:4, 304-307, DOI:

[10.3109/13651501.2014.902071](https://doi.org/10.3109/13651501.2014.902071)



Drei zentrale Herausforderungen:

1. **Anamnese:** Bei welchen Patient:innen ist der Einbezug von r/s Aspekten wichtig und gewünscht?
2. **Therapie:** In welcher Weise kann R/S in die Therapie einbezogen werden?
3. **Interprofessionalität:** Verantwortlichkeiten? Institutionelle Regelungen?



Fallbeispiel: Frau A.

- Frau A. sucht sich bewusst einen muslimischen Psychiater aus, da sie sich nur einem muslimischen Arzt anvertrauen könne.
- «In der Sprechstunde berichtete sie anfangs nur unter grossen Schwierigkeiten von ihrem Erleben, da sie bezüglich der Reaktion des Therapeuten nicht sicher war und fürchtete, für ‘verrückt’ gehalten zu werden.»
- Im Verlauf der psychiatrischen Behandlung teilt sie dem Psychiater mit, sie sei auch «bei einem Imam in Behandlung, der mit ihr den Koran gelesen und den Dschinn ausgetrieben habe. Sie fühle sich befreit, sei ruhiger und schlafe besser.»
- Sie akzeptiert neben der religions-immanenten Behandlung auch eine psychiatrische Unterstützung (lehnt jedoch eine medikamentöse Therapie «vorerst» ab)

Ibrahim Rüschoff, Vom Sinn des Dschinn, in: Frick E, Ohls I, Stotz-Ingenlath G, Utsch M (Hg.) (2018) Fallbuch Spiritualität in Psychotherapie und Psychiatrie, Göttingen, 83-85.

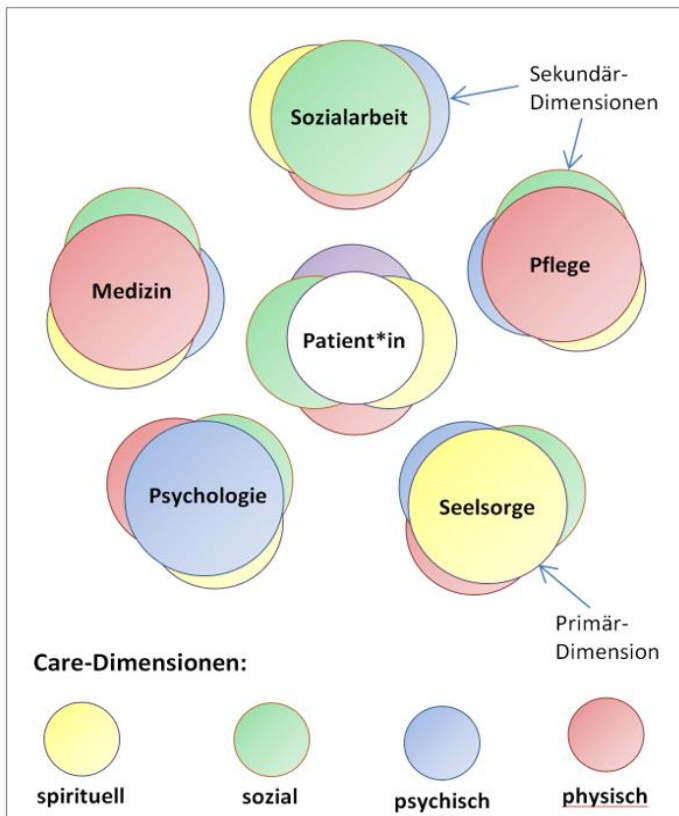


**Universität
Zürich** ^{UZH}

Professur für Spiritual Care

3. Psychotherapeutisch-psychiatrische Spiritual-Care-Kompetenzen?

Differenziertes interprofessionelles Zusammenspiel zwischen seelsorglicher («spezialisierte») und gesundheitsberuflicher Spiritual Care



«Spiritual Care» als...

1. ... Kernkompetenz → Seelsorge als spezialisierte Spiritual Care
2. ... Sekundärdimension → gesundheitsberufliche Spiritual Care





Psychotherapeutisch-psychiatrische Spiritual-Care-Kompetenzen

1. Empathischer und wertschätzender therapeutischer Umgang mit Klienten mit unterschiedlichen weltanschaulichen und r/s Prägungen
2. Fähigkeit, im Rahmen der Anamnese/Therapie auch r/s Aspekte (Ressourcen/Belastungen) in passender Weise anzusprechen und einzubeziehen.
 - Erkennen und Einbezug von r/s Ressourcen
 - Erkennen von spezifischen r/s Belastungen, Krisen und Störungen und therapeutische Unterstützung im Umgang damit
3. Interprofessionelle Zusammenarbeit mit Seelsorgenden und religiösen Experten

Vieten, C., Scammell, S., Pilato, R., Ammondson, I., Pargament, K. I., & Lukoff, D. (2013). Spiritual and religious competencies for psychologists. *Psychology of Religion and Spirituality*, 5(3), 129-144.



Positionspapier der DGPPN: Empfehlungen zum Umgang mit Religiosität und Spiritualität in Psychiatrie und Psychotherapie (2017)

Anamnese. Die Erfassung der Wertvorstellungen und religiösen Überzeugungen sowie deren Relevanz im Leben gehört zur psychiatrisch-psychotherapeutischen Anamnese.

R/S im Behandlungsplan. Der Behandler sollte in der Lage sein, R/S als Ressource und/oder Belastungsfaktor für Patienten zu erkennen und in die Behandlungsstrategie einzubinden. Dies gilt auch, wenn er selbst areligiös ist oder einer anderen Weltanschauung verpflichtet ist als der Patient. [...] Die Akzeptanz von R/S-Überzeugungen bei Patienten findet dort ihre Grenzen, wo Selbst- und Fremdgefährdung vorliegen.

M. Utsch et al., Empfehlungen zum Umgang mit Religiosität und Spiritualität in Psychiatrie und Psychotherapie, abrufbar unter:

<https://www.degruyter.com/downloadpdf/j/spircare.2017.6.issue-1/spircare-2016-0220/spircare-2016-0220.pdf>



Positionspapier der DGPPN: Empfehlungen zum Umgang mit Religiosität und Spiritualität in Psychiatrie und Psychotherapie (2017)

Professionelle Grenzen. Psychiater und Psychotherapeuten haben sich durch ihre Berufsethik verpflichtet, innerhalb des Methodenspektrums ihrer Profession tätig zu sein. Dies schließt religiöse oder spirituelle Interventionen aus. Dies stellt eine sinnvolle und notwendige Selbstbeschränkung dar. Dabei muss trotzdem sichergestellt werden, dass die R/S des Patienten der Therapie Raum haben kann. Die Task Force hält es für geboten, dass die deutschsprachige Psychiatrie und Psychotherapie sich stärker mit R/S beschäftigt als bisher.

Neutralität. Der Behandler sollte auf eine respektvolle Weise religiös neutral bleiben, aber aufgeschlossen sein für einen möglichen Transzendenzbezug seines Patienten. Psychiatrische und psychotherapeutische Behandlungen einerseits und Seelsorge und spirituelle Führung andererseits sollten unterschieden werden und getrennt bleiben. Eine Zusammenarbeit im Interesse des Patienten kann aber in vielen Fällen sinnvoll sein.

<https://www.degruyter.com/downloadpdf/j/spircare.2017.6.issue-1/spircare-2016-0220/spircare-2016-0220.pdf>



**Universität
Zürich** ^{UZH}

Professur für Spiritual Care

4. Spezifische Problemfelder



- 1. Legitimität von psychotherapeutischen Ansätzen, die inspiriert sind von spirituellen Vorstellungen und Praktiken?**
 - Z.B. Transpersonale Psychologie, achtsamkeitsbasierte Verfahren...
 - Vgl. Debatte zwischen Peter Schulthess und David Boadella (à jour – 2015-2016)
- 2. Legitimität von spirituellen «Interventionen» im Kontext psychotherapeutisch-psychiatrischer Praxis?**
 - z.B. Gebet, Meditation, Rituale...
- 3. Umgang mit unterschiedlichen Deutungsperspektiven**
 - Problem 1: Spiritualisierung von psychopathologischen Phänomenen
 - Problem 2: Pathologisierung von spirituellen Phänomenen



Eine siebzigjährige Frau wird aufgrund einer ausgeprägten depressiven Symptomatik in die gerontopsychiatrische Station eines Bezirkskrankenhauses gebracht. Die Angehörigen berichten, dass sie seit Wochen nur noch wenig esse, häufig weine und unter einer Interessenlosigkeit und Motivationschwäche leide. Der zuständige Psychiater diagnostiziert eine schwere depressive Episode mit einer psychotischen Symptomatik, wobei es um religiös wahnhaftige Ideen gehe. Letzteres bezieht sich auf die Aussage der Frau, der Herr Jesus spreche nicht mehr zu ihr. In den gleichen Worten schildert sie tags darauf ihre Not auch gegenüber dem Stationsarzt. Der genauere Sinn dieser Aussage erhellt sich im Laufe der weiteren Exploration. Die Frau hat zeitlebens täglich in der Bibel gelesen und dadurch viel Kraft und Trost geschöpft. Eine zunehmende kognitive Beeinträchtigung hat nun dazu geführt, dass sie mehr und mehr Mühe hatte, das Gelesene zu verstehen und zu behalten.

Stefan Roider, Fallbericht in: Frick E, Ohls I, Stotz-Ingenlath G, Utsch M (Hg.) (2018) Fallbuch Spiritualität in Psychotherapie und Psychiatrie, Göttingen, S. 29f.



Fallbeispiel: Frau A.

- **Diagnose:** paranoid-halluzinatorische Schizophrenie
- **Mitteilung an Patientin:** «Der Therapeut teilte behutsam mit, dass es im Islam zwar den Glauben an die Existenz von Dschinnen gebe, ihre Symptome aus wissenschaftlicher Sicht jedoch auch mit einer Veränderung der Wahrnehmung erklärt werden können, die man vielleicht medikamentös behandeln könne.»
- **Differenzierte Validation der religiösen Deutung:** ängstigende Symptomatik erhält durch den angenommenen Einfluss des Dschinn einen Sinn, der Patientin davor bewahrt, den Boden komplett unter den Füßen zu verlieren



Kitab al-Bulhan, Ms. Bodl. Or.
133. Fol. 30b (14. Jht.)

Ibrahim Rüschoff, Vom Sinn des Dschinn, in: Frick E, Ohls I, Stotz-Ingenlath G, Utsch M (Hg.) (2018) Fallbuch Spiritualität in Psychotherapie und Psychiatrie, Göttingen, 83-85.



University of
Zurich^{UZH}

Vielen Dank für die
Aufmerksamkeit!

