

Spiritual Care – sorgt die Psychiatrie für die Seele?

Eckhard Frick sj

Klinikum rechts der Isar der Technischen Universität München
Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie
Professur für Spiritual Care und psychosomatische Gesundheit

Referat Religiosität und Spiritualität der DGPPN

Spiritual Care – sorgt die Psychiatrie für die Seele?

1. Psych* ohne Seele?

2. R/S: Ärztliche Überzeugungen und Handlungen

3. Spiritual Care-Kompetenz

4. (Religions-)Psychopathologie → Spiritual Care

5. G*tt (w/m/d): Normatives Gottesbild?

6. Nachholbedarf?

Martens Garten.

Margarete. Faust.

Margarete.
Versprich mir, Heinrich!



Marthens Garten.

Margarete. Faust.

Faust.
Was ich kann!

Verstreich mir, Heintz.

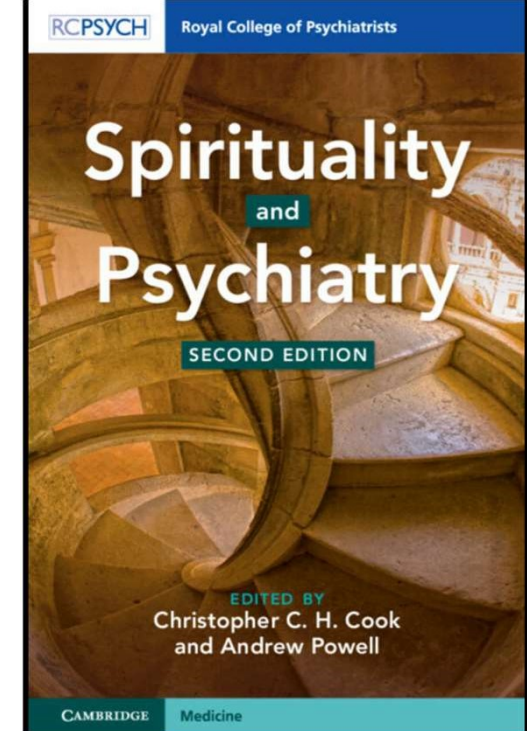
Margarete.
Nun sag', wie hast du's mit der Religion?

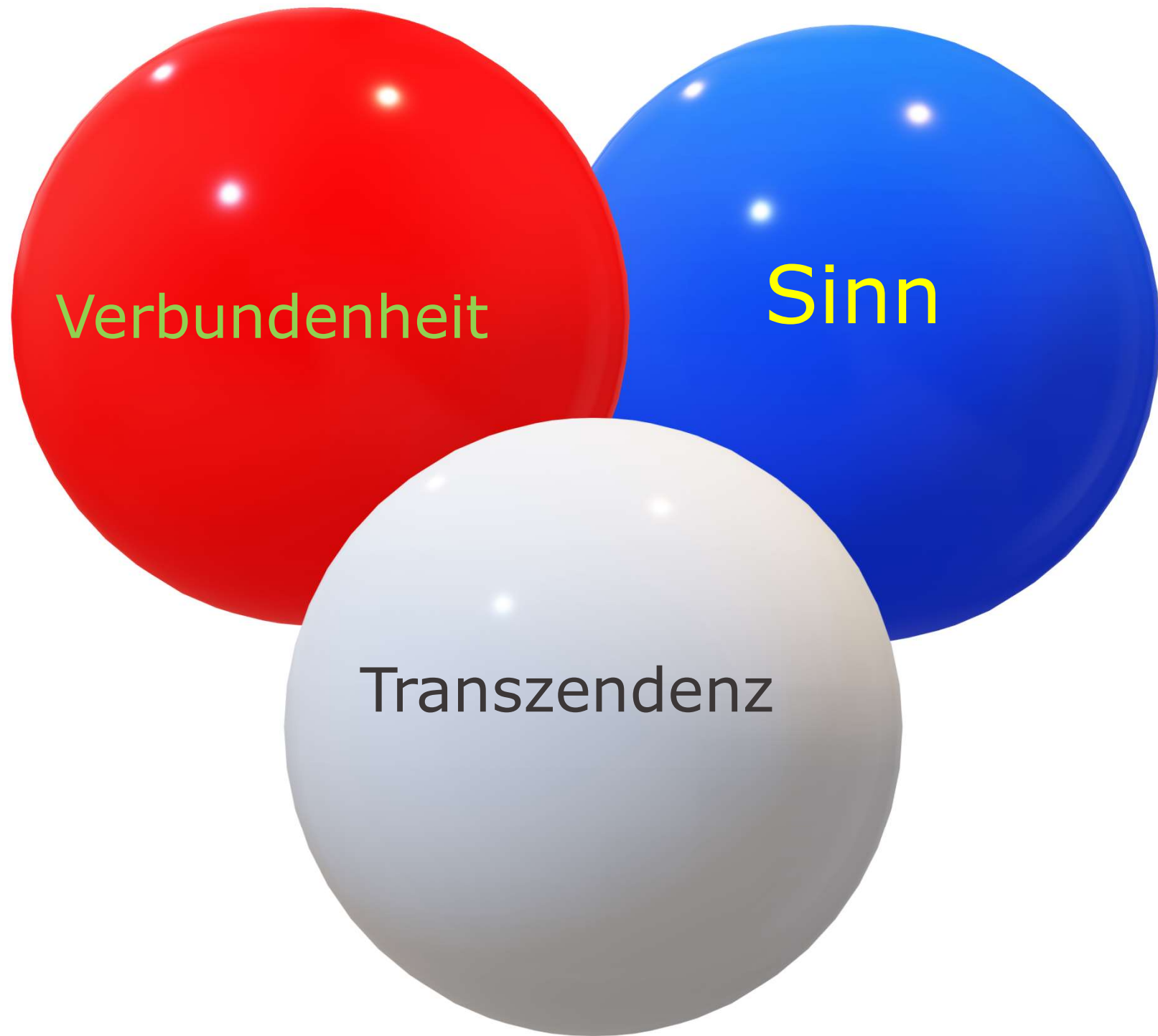


Aber heißt denn Psychologie nicht *Lehre von der Seele*? Wie ist denn eine Wissenschaft denkbar, welche es zweifelhaft läßt, *ob sie überhaupt ein Objekt* hat? Nun, da haben wir aber ein schönes Pröbchen der Verwechslung von Name und Sache! Wir haben einen überlieferten Namen für eine große, aber keineswegs genau abgegrenzte Gruppe von Erscheinungen. **Dieser Name ist überliefert aus einer Zeit, in welcher man die gegenwärtigen Anforderungen strenger Wissenschaft noch nicht kannte. Soll man ihn verwerfen, weil das Objekt der Wissenschaft sich geändert hat? Das wäre unpraktische Pedanterei. Also nur ruhig eine Psychologie ohne Seele angenommen!** (Lange 1866: 464)

Mitchell S, Roberts G (2022) Psychosis. In: Cook CCH, Powell A (Hg.) Spirituality and Psychiatry. Cambridge: Cambridge University Press. 49-70.

- Spirituality and psychosis stretch reason to its limits; they share a sense of mystery and each is notoriously difficult to define.
- The early stage of psychosis is often characterised by a turmoil of disintegrative experiences. This so-called ‘pre-psychotic panic’ is extremely unpleasant and may be followed by an uncanny sense of strangeness and significance, accompanied by the unravelling of previously accepted patterns of meaning.





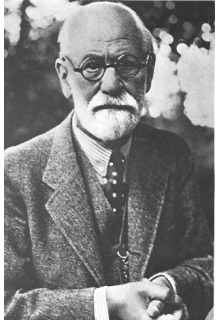


An Freud

10.9.26

Ohne Zweifel wird es ein außerkirchliches Seelsorgeramt geben, sogar ein nichtreligiöses. Wenn nur Menschen gut und glücklich gemacht werden, mit oder ohne Religion, wird der liebe Gott freundlich lächelnd dieser Arbeit zunicken.

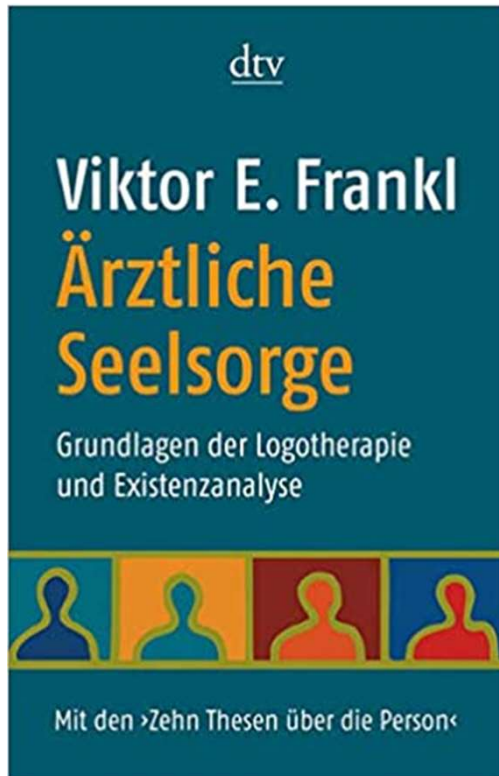
An Pfister



25.11.28

Ich weiß nicht, ob Sie das geheime Band zwischen der ‚Laienanalyse‘ und der ‚Illusion‘ erraten haben. In der ersten will ich die Analyse vor den Ärzten, in der anderen vor den Priestern schützen. **Ich möchte sie einem Stand übergeben, der noch nicht existiert, einem Stand von weltlichen Seelsorgern, die Ärzte nicht zu sein brauchen und Priester nicht sein dürfen.**
Herzlich Ihr alter Freud

Jaspers, Die Idee des Arztes (1953)



„Heute treten prominente Ärzte auf, die den Kranken zum Sinn seines Lebens führen wollen. Denn in aller Krankheit, ob es sich um Neurosen handelt oder Infektion oder Karzinom, sehen sie eine Symbolik. Diese zu verstehen und die durch sie kundgegebenen Probleme der kranken Seele zu lösen, das sei ärztliche Aufgabe. [...]

Jaspers, Die Idee des Arztes (1953)

Ärztliche Heilung ist nicht das Bringen des Seelenheils. Die Vermengung von *Arzt* und *Seelsorger* muß die Aufgabe beider verwirren. Eine Modernität leer gewordener Menschen läuft vergeblich Heilserwartungen nach, die solche Psychotherapeuten erwecken. Das ärztlich Mögliche wird versäumt, das seelisch Begehrte nicht erreicht.

Review

Anke Lauke*

Umgang mit Schuld in der humanistischen Seelsorge

Addressing guilt in humanist chaplaincy

<https://doi.org/10.1515/spircare-2021-0100>

Vorab online veröffentlicht 17.11.2022

Zusammenfassung: Bei der Bewältigung von Schuld-erfahrungen kann gerade für nicht-religiöse und konfessionslose Menschen eine humanistisch-seelsorgliche Begleitung hilfreich sein. Humanistische Seelsorge ist eine professionelle Begleitung im Umgang mit Sinn- und ethischen Fragen auf Basis humanistischer Weltanschauung.

Abstract: When confronted with guilt, humanist chaplaincy can be helpful (especially) for non-religious people. Humanist chaplaincy is professional chaplaincy based on a humanist world-view and providing counselling for existential and ethical questions.

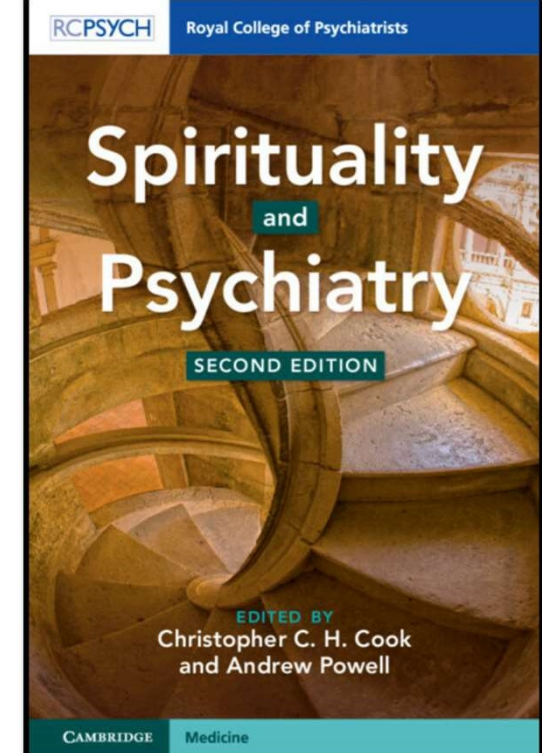
In this article three aspects of guilt are distinguished. Firstly, Interpersonal guilt – caused by harming others – can be responded to by widening the space for exploration of clients' moral orientation and thereby reflecting possible

C.G. Jung (GW 11, § 505)

Das Problem des seelisch Leidenden ginge eigentlich den Seelsorger in viel höherem Maße an als den Arzt. Aber der Kranke sucht wohl in den meisten Fällen zunächst den Arzt auf, weil er meint, er sei körperlich krank, und weil gewisse neurotische Symptome durch Medikamente wenigstens gelindert werden können. **Auf der andern Seite fehlen dem Seelsorger in der Regel die Kenntnisse, die ihn befähigen würden, den seelischen Hintergrund der Krankheit zu durchschauen; auch besitzt er nicht die Autorität, den Kranken davon zu überzeugen, daß sein Leiden seelisch ist.**

Mitchell S, Roberts G (2022) Psychosis. In: Cook CCH, Powell A (Hg.) Spirituality and Psychiatry. Cambridge: Cambridge University Press. 49-70.

- Spirituality and psychosis stretch reason to its limits; they share a sense of mystery and each is notoriously difficult to define.
- We should consider the possibility that a person might be having both a spiritual and a psychotic experience, or the possibility that in psychosis, at the limits of reason, there may be a crack that lets in the light.
- The value of spirituality both to practitioners and to people experiencing psychosis is in its support for health, healing and wholeness, as an inspiration for acceptance, respect and understanding, and as a source of kindness and compassion, even love.



Spiritual Care – sorgt die Psychiatrie für die Seele?

1. Psych* ohne Seele?

2. R/S: Ärztliche Überzeugungen und Handlungen

3. Spiritual Care-Kompetenz

4. (Religions-)Psychopathologie → Spiritual Care

5. G*tt (w/m/d): Normatives Gottesbild?

6. Nachholbedarf?


Systematic Review and Meta-Analysis

Medicine®

OPEN

Physicians' religious/spiritual characteristics and their behavior regarding religiosity and spirituality in clinical practice

A meta-analysis of individual participant data

Alex K. Kørup, MD^{a,b,*}, Jens Søndergaard, MD, PhD^a, Giancarlo Lucchetti, MD, PhD^c, Parameshwaran Ramakrishnan, MD, MDiv^{d,e}, Klaus Baumann, Dr. theol^f, Eunmi Lee, PhD^f, Eckhard Frick, MD, Dr.med^{g,h}, Arndt Büssing, MD, PhDⁱ, Nada A. Alyousefi, MBBS, PhD^j, Azimatul Karimah, MD^k, Esther Schouten, MD, Dr.med^l, Inga Wermuth, MD, Dr.med^m, René Hefti, MD, Dr.med^{n,o}, Rocío de Diego-Cordero, PhD^p, Maria Cecilia Menegatti-Chequini, PhD^q, Niels Christian Hvidt, Cand.theol Theol.Dr^{a,r}

NERSH

Welcome to the Network for Research in Spirituality and Health (NERSH). This Network is an open Network. We invite you to participate in our projects, to use our research tools, and to visit the links to publications.



➤ BACKGROUND



From 2012 to 2014 the Freiburg Institute for Advanced Studies (FRIAS) hosted an interdisciplinary research group of ... [\[Read more....\]](#)

➤ PUBLICATIONS



Common publications until now: Alex Kørup, Jens Søndergaard, Nada A Alyousefi, Giancarlo Lucchetti, Klaus Baumann, Eunmi Lee, Azimatul Karimah, Parameshwaran Ramakrishnan, Eckhard ... [\[Read more....\]](#)

➤ TOOLBOX



ASP - Aspects of Spirituality - Arndt Büssing
SpREUK - Spiritual and Religious Attitudes in Dealing with Illness - Arndt Büssing
NERSH Questionnaire: NERSH ... [\[Read more....\]](#)

Religion/Spiritualität (R/S)

(R/S1) Ich bemühe mich sehr, meine religiösen Überzeugungen in allen Bereichen meines Lebens umzusetzen.

(R/S2) Meine religiösen Überzeugungen bilden die Grundlage meiner Einstellung zum Leben.

(RS/S3) Unabhängig von Ihrer Einstellung zu bestimmten Glaubensvorstellungen oder Religionen, wie würden Sie sich selbst bezeichnen?

[1] Sehr spirituell

[2] Mäßig spirituell

[3] Wenig spirituell

[4] Überhaupt nicht spirituell

Self-reported behavior regarding R/S in clinical practice (R/S-B)

(B1) Fragen Sie jemals nach religiösen/spirituellen Belangen eines Patienten/Angehörigen?

(B2) Wann ist es, wenn überhaupt, für einen Mitarbeiter angemessen, über die eigenen religiösen Überzeugungen oder Erfahrungen mit einem Patienten/Angehörigen zu sprechen?

(B3) Ich bestärke den Patienten/Angehörigen in seinen eigenen religiösen/spirituellen Überzeugungen und Gebräuchen.

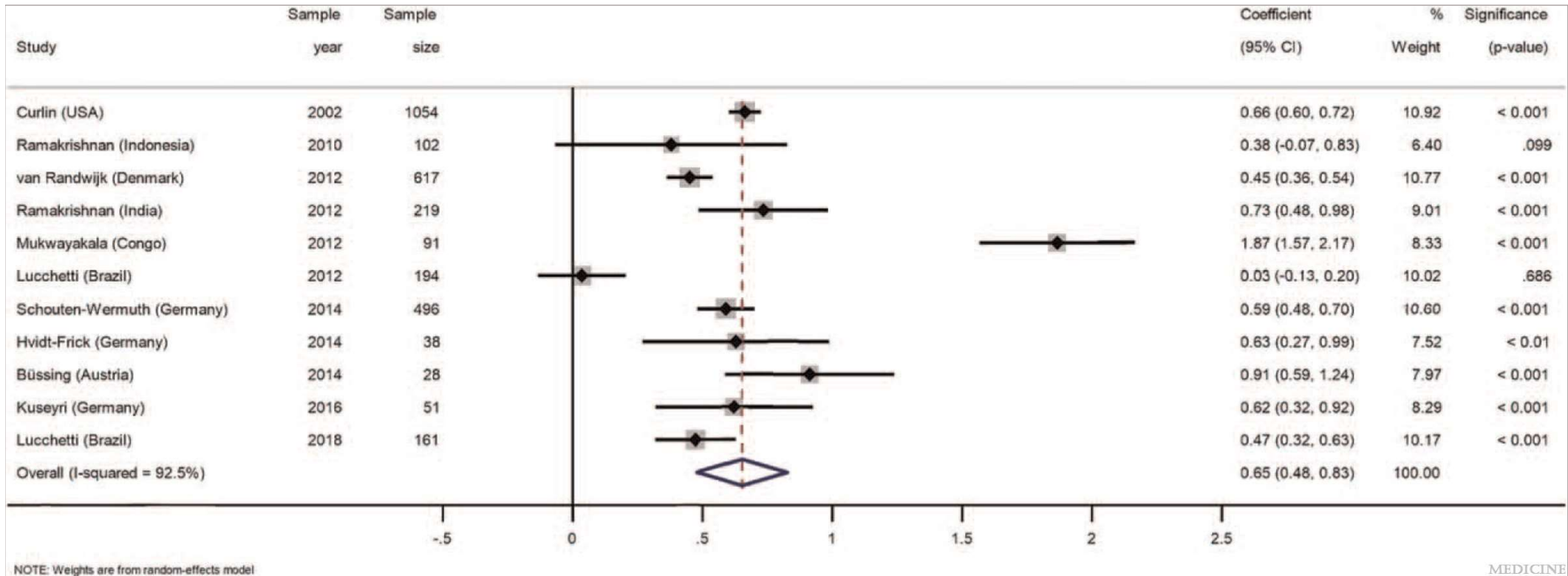
(B4) Ich versuche, auf taktvolle Weise das Thema zu wechseln.

(B5) Wann ist es, wenn überhaupt, angemessen für einen Mitarbeiter, mit einem Patienten/Angehörigen zu beten?

Kørup, Alex K.; Søndergaard, Jens; Lucchetti, Giancarlo; Ramakrishnan, Parameshwaran; Baumann, Klaus; Lee, Eunmi; Frick, Eckhard; Büssing, Arndt; Alyousefi, Nada A.; Karimah, Azimatul; Schouten, Esther; Wermuth, Inga; Hefti, René; de Diego-Cordero, Rocío; Menegatti-Chequini, Maria Cecilia; Hvidt, Niels Christian

Medicine100(52):e27750, December 30, 2021.

doi: 10.1097/MD.00000000000027750



MEDICINE

Forest plot of associations between physician religiosity/spirituality (R/S) and their self-reported behavior regarding R/S in clinical practice (R/S-B). Weights are from random effects model.

Kørup, Alex K.; Søndergaard, Jens; Lucchetti, Giancarlo; Ramakrishnan, Parameshwaran; Baumann, Klaus; Lee, Eunmi; Frick, Eckhard; Büssing, Arndt; Alyousefi, Nada A.; Karimah, Azimatul; Schouten, Esther; Wermuth, Inga; Hefti, René; de Diego-Cordero, Rocío; Menegatti-Chequini, Maria Cecilia; Hvidt, Niels Christian

Medicine100(52):e27750, December 30, 2021.

doi: 10.1097/MD.00000000000027750

Table 4 – Psychiatrists vs. non-psychiatrists' characteristics including mean scores of physician religiosity/spirituality (R/S) and self-reported behavior regarding R/S in clinical practice (R/S-B)

	N	Age		Gender (%)		R/S		R/S-B	
		Mean	SD	Female	Male	Mean	95% confidence interval	Mean	95% confidence interval
Non-psychiatrists	2,977	42.3	11.9	1,236 (42)	1,741 (58)	7.0	6.92-7.10	7.5	7.38-7.61
Psychiatrists	182	46.1	12.2	80 (44)	102 (56)	7.2	6.83-7.52	8.3	7.93-8.71

Forest plot of associations between physician religiosity/spirituality (R/S) and their self-reported behavior regarding R/S in clinical practice (R/S-B). Weights are from random effects model.

From: Religion, Spirituality, and Medicine: Psychiatrists' and Other Physicians' Differing Observations, Interpretations, and Clinical Approaches

Am J Psychiatry. 2007;164(12):1825-1831. doi:10.1176/appi.ajp.2007.06122088

TABLE 1. Characteristics of Survey Respondents^a

Variable	Psychiatrists (N=100)		Other Physicians (N=1,044)		Analysis
	Mean	SD	Mean	SD	
Age (years)	50.9	8.0	48.8	8.3	p (t test) 0.02
Women	N 35	% 35	N 265	% 25	p (χ^2) 0.04
Race/ethnicity					0.61
Asian	9	9	129	12	
Black non-Hispanic	1	1	25	3	
Hispanic/Latino	6	6	51	5	
White non-Hispanic	80	80	791	77	
Other	4	4	26	2	
Foreign medical graduates	23	23	201	19	0.38
Region					0.13
Northeast	32	32	232	22	
South	31	31	355	34	
Midwest	18	18	258	25	
West	19	19	197	19	
Primary specialty					—
Family practice	—	—	158	15	
General internal medicine	—	—	129	12	
Medicine subspecialties	—	—	231	22	
Obstetrics and gynecology	—	—	80	8	
Pediatrics and subspecialties	—	—	147	4	
Surgical subspecialties	—	—	100	10	
Other	—	—	197	19	
Religious affiliation					<0.001
None ^b	17	18	100	10	
Protestant	28	29	399	40	
Catholic	10	10	234	23	
Jew	29	30	152	15	
Other	13	13	125	12	
Intrinsic religiosity					0.11
Low	45	47	362	36	
Moderate	21	22	271	27	
High	30	31	369	37	
Spirituality					0.46
Low	21	22	272	27	
Moderate	51	54	484	47	
High	23	24	269	26	

^a Totals do not all sum to 1,144 because of partial nonresponse.

^b Includes atheist, agnostic, and none.

TABLE 2. Psychiatrists Versus Nonpsychiatrists: The Relationship Between Religion/Spirituality and Health

Questionnaire Item ^a	Response Category	Psychiatrists (weighted %)	Other Physicians (weighted %)	Analysis
				p (χ^2)
Patients mention religion/spirituality				
How often have your patients mentioned religion/spirituality issues such as God, prayer, meditation, the Bible, etc.? ^b				<0.0001
	Rarely or never	9	25	
	Sometimes	46	51	
	Often or always	46	23	
Potential positive influences of religion/spirituality				
Is the influence of religion/spirituality on health generally positive or negative?				0.04
	Positive	76	85	
	Negative	2	1	
	Equal	21	12	
	Has no influence	1	2	
Religion/spirituality helps patients to cope with and endure illness and suffering. ^c				0.96
	Rarely or never	1	1	
	Sometimes	22	23	
	Often or always	77	76	
Religion/spirituality gives patients a positive, hopeful state of mind. ^c				0.08
	Rarely or never	2	1	
	Sometimes	34	25	
	Often or always	64	74	
How often have your patients received emotional or practical support from their religious community? ^b				0.09
	Rarely or never	2	4	
	Sometimes	51	40	
	Often or always	47	56	
Potential negative influences of religion/spirituality				
Religion/spirituality causes guilt, anxiety, or other negative emotions that lead to increased patient suffering. ^c				<0.0001
	Rarely or never	18	57	
	Sometimes	63	37	
	Often or always	19	7	
Religion/spirituality leads patients to refuse, delay, or stop medically indicated therapy. ^c				0.25
	Rarely or never	63	69	

Curlin et al. 2007

Psychiatrists are less religious than other physicians. However, they generally endorse positive influences of religion/spirituality on health are more likely than other physicians to

they are more likely than other physicians to

- note that religion/spirituality sometimes causes negative emotions
- encounter religion/spirituality issues in clinical settings
- addressing religion/spirituality issues with patients

Spiritual Care – sorgt die Psychiatrie für die Seele?

1. Psych* ohne Seele?

2. R/S: Ärztliche Überzeugungen und Handlungen

3. Spiritual Care-Kompetenz

4. (Religions-)Psychopathologie → Spiritual Care

5. G*tt (w/m/d): Normatives Gottesbild?

6. Nachholbedarf?



Home

Introduction

Questionnaire

Language Versions and Collaborators

Contact

Home

Spiritual Care Competence Questionnaire

[Data Protection Declaration](#)

[Legal Notice](#)

Home of the Spiritual Care Competence Questionnaire

The *Spiritual Care Competence Questionnaire (SCCQ)**, created by [Eckhard Frick](#) and [Arndt Büssing](#), quantifies specific Spiritual Care competences in different professions.

While other instruments were designed to measure these competences together with religious convictions, primarily of nurses, the SCCQ was designed to be used in both, health professionals and pastoral workers, and was validated in these groups, too.

The SCCQ does not assume that the Spiritual Care provider has to be religious, and is thus also applicable in persons from more secular societies, too.

*Frick E, Theiss M, Rodrigues Recchia D, Büssing A (2019) Validierung einer deutschsprachigen Skala zur Messung der Spiritual Care Kompetenz. *Spiritual Care* 2019; 8(2) aop (<https://doi.org/10.1515/spircare-2018-0066>)

Nervenarzt

<https://doi.org/10.1007/s00115-020-00975-0>

© Der/die Autor(en) 2020

Eckhard Frick¹ · Philipp Ziemer¹ · Stephan Heres² · Karl Ableidinger³ · Franz Pfitzer⁴ · Arndt Büssing⁵¹ Klinik und Poliklinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Klinikum rechts der Isar, Technische Universität München, München, Deutschland² kbo-Isar-Amper-Klinikum gGmbH, Akademisches Lehrkrankenhaus der LMU München, Haar bei München, Deutschland³ Landeskrankenhaus Amstetten-Mauer, Mauer, Österreich⁴ Klinik Chiemsee Winkel, Seon-Seebruck, Deutschland⁵ Professur für Lebensqualität, Spiritualität und Coping, Universität Witten/Herdecke, Witten, Deutschland

Spirituelle Kompetenz in Psychiatrie und Psychotherapie – Hindernisse und Erfolgsfaktoren

Hintergrund

Das DGPPN-Positionspapier zum Umgang mit Religiosität (R) und Spiritualität (Sp) in Psychiatrie und Psychotherapie [29] formuliert Anforderungen und Grenzen hinsichtlich der Einbeziehung religiös(r)-spiritueller(sp) Elemente in die Behandlung. Mangelnde Kenntnisse und fehlende spirituelle Kompetenz (SpK) werden immer wieder als Hindernisse genannt, die der Implementierung von „spiritual care“ (SpC) im Wege stehen [1–3, 20, 30]. Die Positionspapiere der DGPPN [29] und der WPA [18] machen deutlich, dass in der aktuellen psychiatrischen Fort- und Weiterbildung die Wissensvermittlung bezüglich R/S und deren Auswirkungen auf das Er-

wichtiges Thema in der Psychotherapie halten, aber nur ca. ein Fünftel routinemäßig eine sp Anamnese erhebt. Eine solche sp Kurzanamnese ist insbesondere im US-amerikanischen Raum in vielen Bereichen etabliert [24] und wird zunehmend auch im deutschsprachigen Raum praktiziert [12]. Die eigene Nähe zur R korreliert positiv mit der Tendenz, die Kurzanamnese in die Therapie einzubinden. Bei ca. einem Drittel der Therapeuten besitzt R einen wichtigen Stellenwert innerhalb der eigenen Weltanschauung („personal bias“; [17]).

Freund und Kollegen [11] befragten psychiatrische Weiterbildungsermächtigte in Deutschland. Insgesamt bezeichneten sich 60% der antwortenden Weiterbildungsermächtigten selbst

de versucht, r/sp Patientenbelange an die Seelsorge zu delegieren.

Die aktuelle Studie erfragt erstmals im deutschen Sprachraum sowohl einzelne Bereiche der selbsteingeschätzten Spiritual-care-Kompetenz (SpCK) aller psychiatrisch-psychotherapeutischen Berufsgruppen als auch das globale Urteil dieser Experten bezüglich der SpK ihrer Berufsgruppe. Mittels eines standardisierten und validierten Befragungsinstrumentes werden die folgenden Forschungsfragen bearbeitet:

1. Wie schätzen Psychiater und andere an der psychiatrischen Akutversorgung beteiligte Berufsgruppen ihre Zuständigkeit bzw. Nichtzuständigkeit für SpC ein?



Fragebogen zur empfundenen spirituellen Kompetenz in Gesundheitsberufen (SCCQ)



Die folgenden Fragen beschäftigen sich mit der selbsteingeschätzten spirituellen Kompetenz der Gesundheitsberufe. Für Sie selber hat das Ausfüllen des Fragebogens keinen unmittelbar erkennbaren Nutzen – aber es stößt einen wichtigen Reflexionsprozess an. Die gewonnenen Informationen sind wichtig, um Möglichkeiten einer besseren Unterstützung sowohl der betreuten Patienten als auch die der Personen in den verschiedenen Gesundheitsberufen zu planen, die somit zu einer Verbesserung der Patientenversorgung sowie der Berufs- und Lebenszufriedenheit beitragen können.

Die Teilnahme an der Befragung ist freiwillig. Alle im Rahmen der Befragung anfallenden Daten werden **streng vertraulich** behandelt und nur in **anonymisierter Form** bearbeitet. Es wird ausdrücklich betont, dass alle Informationen, die Sie hier gemacht haben, nicht mehr mit Ihnen in Verbindung gebracht werden können. **Die Belange der Schweigepflicht und des Datenschutzes werden voll gewahrt.**

Bitte lesen Sie sich die Fragen gut durch und versuchen Sie zügig und ohne lange nachzudenken eine Antwort zu finden und auf dem Bogen passend anzukreuzen (für jede Frage bitte nur ein Kreuz). Wir möchten Sie bitten, möglichst alle Fragen zu beantworten – dennoch können Sie selbstverständlich auf die Beantwortung einzelner Fragen verzichten!

Für Ihre Hilfe und Kooperation unseren herzlichen Dank!

Eckhard Frick sj und Arndt Büssing

Geschlecht: weiblich männlich

Alter: Jahre

Familienstand: verheiratet mit Partner/in zusammenlebend
 geschieden alleinstehend verwitwet

Religionszugehörigkeit:
 Katholisch Protestantisch Muslimisch Jüdisch andere: keine

Ich bin ein (aktiv) gläubiger Mensch: ja, unbedingt ja, etwas eher nein nein, gar nicht

Ich bete bzw. meditiere: ja, regelmäßig hin und wieder eher selten nein, gar nicht

Profession: Arzt Pflege andere:

Fachbereich: Innere Medizin Chirurgie / Orthopädie Geriatrie / Palliativmedizin
 Kinderheilkunde Gynäkologie / Geburtshilfe Psychiatrie / Psychotherapie andere:
.....

Berufstätig seit: Jahren

Durchschnittliche Arbeitszeit? Stunden pro Woche

Beruf. Zufriedenheit: sehr zufrieden zufrieden es geht unzufrieden sehr unzufrieden

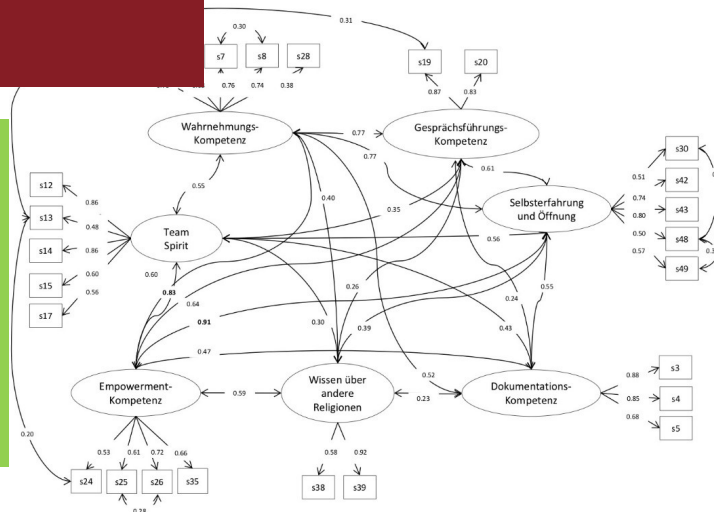
Bitte beurteilen Sie bei den folgenden Aussagen, wie sehr diese auf Sie persönlich zutrifft und kreuzen Sie entsprechend an. Seien Sie dabei bitte möglichst wahrhaftig, denn es gibt es keine „richtigen“ oder „falschen“ Antworten.		stimmt nicht	kaum	stimmt eher	stimmt genau
1	Ich traue mir zu, spirituelle Bedürfnisse von Patienten wahrzunehmen.	0	1	2	3
2	Ich traue mir zu, spirituelle Bedürfnisse von Angehörigen wahrzunehmen.	0	1	2	3
3	Ich kenne Instrumentarien (z.B. Themenliste) zur Erhebung einer spirituellen Kurz-Anamnese.	0	1	2	3
4	Ich kenne Instrumente / Fragebögen zur strukturierten Erfassung spiritueller Bedürfnisse.	0	1	2	3
5	Ich weiß, wie ich die spirituelle Anamnese meiner Patienten gut und nachvollziehbar dokumentieren kann.	0	1	2	3
7	Ich kann existentielle / spirituelle Bedürfnisse wahrnehmen, auch wenn die Patienten zur Religion wenig Bezug haben.	0	1	2	3
8	Ich kann auch mit religionsfernen Patienten über ihre existentiellen / spirituellen Bedürfnisse reden.	0	1	2	3
12	Wir sprechen regelmäßig im Team über die spirituellen Bedürfnisse der Patienten.	0	1	2	3
13	In unserer Einrichtung (Praxis, Klinik usw.) besteht eine große Offenheit für das Themenfeld Spiritualität.	0	1	2	3
14	Im Team tauschen wir uns regelmäßig über das Thema Spiritualität in der Patientenbegleitung aus.	0	1	2	3
15	Im Team tauschen wir uns regelmäßig über unsere eigene Spiritualität aus.	0	1	2	3
16	Es ist mir unangenehm, über spirituelle Themen zu reden.	0	1	2	3
17	Im Team haben wir Rituale (z.B. Abschieds- und Unterbrechungsrituale), um gemeinsam mit problematischen Situationen umzugehen.	0	1	2	3
19	Ich bin in der Lage, ein offenes Gespräch über existenzielle Themen zu führen.	0	1	2	3
20	Ich bin in der Lage, ein offenes Gespräch über religiöse Themen zu führen.	0	1	2	3
23	Wenn ich auf meinen Tag zurückschaue, denke ich regelmäßig an meine Patienten.	0	1	2	3
24	Ich ermögliche meinen Patienten die Teilnahme an religiösen Handlungen / Feiern.	0	1	2	3
25	Bei therapeutischen Entscheidungen achte ich auf religiöse / spirituelle Einstellungen, Haltungen und Überzeugungen des konkreten Patienten.	0	1	2	3
26	Ich unterstütze meine Patienten dabei, ihre spirituelle Überzeugungen und Haltungen zu reflektieren.	0	1	2	3
28	Ich bin in der Lage, Schmerzen / Leid von Patienten und ihren Angehörigen auszuhalten.	0	1	2	3
29	Ich bin mit meinen Gedanken und Gefühlen bei den Menschen, die ich begleite.	0	1	2	3
30	Meine eigene Spiritualität prägt meinen Umgang mit anderen/kranken Menschen.	0	1	2	3
31	Meine eigene Spiritualität/Religiosität hat keinerlei Bedeutung für meinen Beruf	0	1	2	3

Fortsetzung		stimmt nicht	kaum	stimmt eher	stimmt genau
34	Ich hätte gerne mehr Zeit, um mit meinen Patienten über deren spirituelle Bedürfnisse zu sprechen.	0	1	2	3
35	Ich achte auf den geeigneten Rahmen für spirituelle Gespräche.	0	1	2	3
38	Ich weiß gut Bescheid darüber, welche religiösen Besonderheiten von Patienten aus anderen Religionsgemeinschaften berücksichtigt werden müssen.	0	1	2	3
39	Ich achte darauf, dass die religiösen Besonderheiten von Patienten aus anderen Religionsgemeinschaften angemessen berücksichtigt werden.	0	1	2	3
41	Ich kenne geeignete Kontaktpersonen (z.B. christliche, muslimische, jüdische Seelsorger), an die ich bestimmte Patientengruppen bei Bedarf vermitteln kann.	0	1	2	3
42	Ich gehe regelmäßig auf Patienten zu, um deren spirituelle Bedürfnisse anzusprechen.	0	1	2	3
43	Ich eröffne verbal, aber auch non-verbal einen „Raum“, in dem der Patient ggf. spirituelle Anliegen einbringen kann, aber nicht gezwungen wird.	0	1	2	3
44	Ich weiß zu wenig über Religion / Spiritualität, um mich kompetent einbringen zu können.	0	1	2	3
45	Ich empfinde mich für religiöse / spirituelle Themen als nicht zuständig.	0	1	2	3
46	Ich habe keine Zeit für religiöse / spirituelle Themen.	0	1	2	3
47	Es ist kein geeigneter Raum vorhanden, um geschützt über spirituelle / religiöse Themen (die ja privat sind) zu sprechen.	0	1	2	3
48	Ich kümmere mich regelmäßig um die Vertiefung meiner eigenen Spiritualität (z.B. Besinnungstage, Meditation, Gottesdienstbesuch etc.).	0	1	2	3
49	Ich besuche regelmäßig Fortbildungsveranstaltungen zu spirituellen Themen.	0	1	2	3
55	Ich finde es wichtig, berührbar gegenüber dem Leid anderer zu sein – und dieses mitzutragen.	0	1	2	3
56	Eigene Schwächen und Verletzungen sind hilfreich für die spirituelle Kompetenz	0	1	2	3
57	Ich finde, dass meine Berufsgruppe eine besondere spirituelle Kompetenz besitzt.	0	1	2	3
58	Nämlich:				
59	Ich finde, dass meine Berufsgruppe nicht für Spiritual Care zuständig ist.	0	1	2	3
60	Weil:				

7 Ich kann existentielle/spirituelle Bedürfnisse wahrnehmen, auch wenn die Patienten zur Religion wenig Bezug haben.
 8 Ich kann auch mit religionsfernen Patienten über ihre existentiellen/spirituellen Bedürfnisse reden.
 28 Ich bin in der Lage, Schmerzen/Leid von Patienten und ihren Angehörigen auszuhalten.

19 Ich bin in der Lage, ein offenes Gespräch über existenzielle Themen zu führen.
 20 Ich bin in der Lage, ein offenes Gespräch über religiöse Themen zu führen.

12 Wir sprechen regelmäßig im Team über die spirituellen Bedürfnisse der Patienten.
 13 In unserer Einrichtung (Praxis, Klinik usw.) besteht eine große Offenheit für das Themenfeld Spiritualität.



30 Meine eigene Spiritualität prägt meinen Umgang mit anderen/kranken Menschen.
 43 Ich eröffne verbal, aber auch non-verbal einen „Raum“, in dem der Patient ggf. spirituelle Anliegen einbringen kann, aber nicht gezwungen wird.

25 Bei therapeutischen Entscheidungen achte ich auf religiöse/spirituelle Einstellungen, Haltungen und Überzeugungen des konkreten Patienten.
 26 Ich unterstütze meine Patienten dabei, ihre spirituellen Überzeugungen und Haltungen zu reflektieren.

38 Ich weiß gut Bescheid darüber, welche religiösen Besonderheiten von Patienten aus anderen Religionsgemeinschaften berücksichtigt werden müssen.
 39 Ich achte darauf, dass die religiösen Besonderheiten von Patienten aus anderen Religionsgemeinschaften angemessen berücksichtigt werden.

3 Ich kenne Instrumentarien (z.B. Themenliste) zur Erhebung einer spirituellen Kurz-Anamnese.
 4
 5 Ich weiß, wie ich die spirituelle Anamnese gut und nachvollziehbar dokumentieren kann.

Spiritual Care – sorgt die Psychiatrie für die Seele?

1. Psych* ohne Seele?
2. R/S: Ärztliche Überzeugungen und Handlungen
3. Spiritual Care-Kompetenz
- 4. (Religions-)Psychopathologie → Spiritual Care**
5. G*tt (w/m/d): Normatives Gottesbild?
6. Nachholbedarf?

Klassifikation (nach Demling *Spir Care* 2018)

- Gesunde R/S vs. Wahn: „Glaube lässt Diskussion etwa über Vernunftgründe grundsätzlich zu und ist erschütterbar. Wahn ist nicht korrigierbar durch Argumente („zwingende Schlüsse“) und gegenteilige Erfahrung, er ist „pathologische Gewissheit“. Religion ist Glaube, Wahn ist „Wissen“.
- Abnorme Religiosität
 - introvertiertes Frömmertum
 - religiöse „emotional überwertete Vorstellungen“
 - ekstatische Entäußerungen
 - religiöser Fanatismus
- „Pathologische“ Religiosität (psychotisch oder nicht psychotisch)
 - religiöser Wahn
 - abnorme, bis hin zur Beeinträchtigung von Lebensvollzügen gehende Angst vor einem „strafenden Gott“
 - schwerer „expansiver“ religiöser Fanatismus (Schneider 1928)
 - religiöse Erfahrungen, z. B. spezielle Sinneswahrnehmungen als „religiöse Auren“ bei Epilepsie, als Folge einer hirnrorganischen Krankheit
- „außergewöhnliche religiöse Phänomene“
 - subjektive außersinnliche Wahrnehmungen (Visionen, Auditionen, andere Sinneswahrnehmungen)
 - objektiv wahrnehmbare Erscheinungen wie Stigmatisierung oder Glossolalie
 - Ekstatische Phänomene

Existential neglect in Psychiatrie & Psychotherapie?

- In ärztlich-psychotherapeutischer Hinsicht professionell korrekt und höflich...
- ...aber: nicht feinfühlig genug, was für den kranken Menschen seine Erkrankung „existentiell“ bedeutet
- Existenz:
 - Leiden als Grenzsituation (Jaspers)
 - Infragestellung des Lebensentwurfs
 - Gefährdung der wirtschaftlichen und familiären „Existenz“
 - Quälend bewusstwerdende Sinnfrage

Clinical ethics



Courteous but not curious: how doctors' politeness masks their existential neglect. A qualitative study of video-recorded patient consultations

Kari Milch Agle Dahl,¹ Pål Gulbrandsen,^{2,3} Reidun Førde,⁴ Åge Wifstad⁵

¹Department of Research, Finnmark Hospital Trust, Hammerfest, Norway
²Institute of Clinical Medicine, University of Oslo, Oslo, Norway
³HØKH, Research Centre, Akerhus University Hospital, Norway
⁴Centre for Medical Ethics, University of Oslo, Oslo, Norway
⁵Department of Community Medicine, Faculty of Health Sciences, University of Tromsø, Tromsø, Norway

Correspondence to Kari Milch Agle Dahl, Department of Research, Finnmark Hospital Trust, Hammerfest 9616, Norway; kari.agle Dahl@helse-finnmark.no

Received 18 December 2010
 Revised 11 April 2011
 Accepted 14 April 2011
 Published Online First 24 May 2011

ABSTRACT

Objective To study how doctors care for their patients, both medically and as fellow humans, through observing their conduct in patient–doctor encounters.

Design Qualitative study in which 101 videotaped consultations were observed and analysed using a Grounded Theory approach, generating explanatory categories through a hermeneutical analysis of the taped consultations.

Setting A 500-bed general teaching hospital in Norway.
Participants 71 doctors working in clinical non-psychiatric departments and their patients.

Results The doctors were concerned about their patients' health and how their medical knowledge could be of service. This medical focus often over-rode other important aspects of the consultations, especially existential elements. The doctors actively directed the focus away from their patients' existential concerns onto medical facts and rarely addressed the personal aspects of a patient's condition, treating them in a biomechanical manner. At the same time, however, the doctors attended to their patients with courteousness, displaying a polite and friendly attitude and emphasising the relationship between them.

Conclusions The study suggests that the main failing of patient–doctor encounters is not a lack of courteous manners, but the moral offence patients experience when existential concerns are ignored. Improving doctors' social and communication skills cannot resolve this moral problem, which appears to be intrinsically bound to modern medical practice. Acknowledging this moral offence would, however, be the first step towards minimising the effects thereof.

INTRODUCTION

Caring for patients is a deep-rooted moral obligation in medicine, but what this means is unclear. Several empirical studies have shown that doctors rarely involve their patients in the clinical decisions made about them.^{1–4} Other research has highlighted how doctors focus on the technical and biomedical aspects of a case, and play down patients' own values and feelings.^{5, 6} In 2007–8, using observations and interviews, we studied how doctors handle the moral dimensions of their medical work.⁷ We found that doctors' medical practice reflected the moral responsibility to improve patients' health, while the personal and human dimensions of patients' suffering were systematically left out. The account of “the good doctor” usually also implies practical human understanding and empathy and has deep roots in our culture, which shapes both patient

expectations and doctors' self-understanding.^{8, 9} Patients and many doctors have welcomed the development of a more humanistic approach as a reaction to impersonal and scientific modern medicine.^{10, 11} A renewed focus on the patient perspective and on how disease affects people's lives has led to movements such as patient-centred medicine and shared decision-making,^{12–14} while also meaning that issues of ethics and communication, previously informal elements of a medical education, now are mandatory parts of the curricula in most Western medical schools.¹⁵

While a focus on patient autonomy and better communication has probably improved clinical encounters, it does not seem to have resolved the issue of professional caring. Lack of respect and empathy are among the most common complaints made by patients.^{16, 17} The ongoing nature of these problems suggests that they are not just isolated cases of malpractice. They might indicate a systematic problem in medical care; however, we still have a long way to go to understand the dimensions of professional care involved in the patient–doctor relationship.

To consider this issue, we designed a new qualitative study using videotaped, routine consultations in a hospital. Our aim was to study how the doctors' care for their patients was reflected in their conduct in order to shed light on what is involved in caring professionally for patients.

MATERIALS AND METHODS

We conducted a qualitative study on a representative sample of 380 videotaped encounters in a 500-bed general teaching hospital in Norway, which was a secondary analysis of an intervention study in 2007–8.¹⁸ The 71 doctors included in the study were randomly drawn from the population of doctors working in clinical non-psychiatric departments, and the encounters are a convenience-based sample of outpatient consultations, admittance and discharge consultations, ward rounds and consultations involving diagnostic procedures. The encounters were taped before, during and after the doctors had attended a course in clinical communication, and we excluded the recordings made after the intervention. We also excluded the minority of recordings that lasted more than 20 min because many of the longer consultations contained long periods of examination that were not visible on the tape and so were difficult to study.

The study group was constituted to include the broad expertise relevant to the research, with



This paper is freely available online under the BMJ Journals unlocked scheme, see <http://jme.bmj.com/site/about/unlocked.xhtml>

Spiritual Care – sorgt die Psychiatrie für die Seele?

1. Psych* ohne Seele?
2. R/S: Ärztliche Überzeugungen und Handlungen
3. Spiritual Care-Kompetenz
4. (Religions-)Psychopathologie → Spiritual Care
- 5. G*tt (w/m/d): Normatives Gottesbild?**
6. Nachholbedarf?

Der Mensch als *zælæm* Gottes

Genesis 1:26-27 ²⁶ Dann sprach Gott: Lasst uns Menschen machen als unser **Abbild**, uns ähnlich. Sie sollen herrschen über die Fische des Meeres, über die Vögel des Himmels, über das Vieh, über die ganze Erde und über alle Kriechtiere auf dem Land. ²⁷ Gott schuf also den Menschen als sein **Abbild**; als **Abbild** Gottes schuf er ihn. Als Mann und Frau schuf er sie.

BigS: 26Da sprach Gott: »Wir wollen Menschen machen – als unser **Bild**, etwa in unserer Gestalt. Sie sollen niederzwingen die Fische des Meeres, die Flugtiere des Himmels, das Vieh, die ganze Erde, alle Kriechtiere, die auf dem Boden kriechen.«
27Da schuf Gott Adam, die Menschen, als göttliches **Bild**, als **Bild** Gottes wurden sie geschaffen, männlich und weiblich hat er, hat sie(1), hat Gott sie geschaffen.

Hol7202 צֶלֶם

צֶלֶם: sf. צֶלְמוֹ, צֶלְמוֹת; pl. cs. צֶלְמוֹת, sf. צֶלְמוֹת, צֶלְמוֹת; — 1. statue 2K 11¹⁸; áalmŪ massókt cast-metal statues Nu 33⁵²; — 2. image, model 1S 6⁵; image, drawing Ez 23¹⁴; — 3. image (i.e. man in image of God) Gn 1^{26f.} (pg 306)

Sure „Die Frauen“ (Q 4:1)

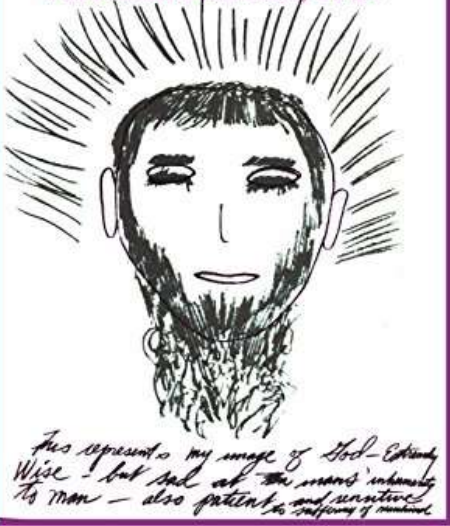
يَا أَيُّهَا النَّاسُ اتَّقُوا رَبَّكُمُ الَّذِي خَلَقَكُمْ مِنْ نَفْسٍ
وَاحِدَةٍ وَخَلَقَ مِنْهَا زَوْجَهَا وَبَثَّ مِنْهُمَا رِجَالًا كَثِيرًا
وَنِسَاءً وَاتَّقُوا اللَّهَ الَّذِي تَسَاءَلُونَ بِهِ وَالْأَرْحَامَ إِنَّ
اللَّهَ كَانَ عَلَيْكُمْ رَقِيبًا

Ihr Menschen, fürchtet euren Herrn, der euch aus einem einzigen Wesen (*min nafsīn wāḥidatin*) erschuf, dann machte Er aus diesem sein Partnerwesen und ließ aus ihnen beiden viele Männer und Frauen sich ausbreiten. Und fürchtet Gott mit dessen (Namen) ihr euch gegenseitig bittet – und die Verwandtschaftsbande. Gott wacht über euch.

The Birth of the Living God

A Psychoanalytic Study

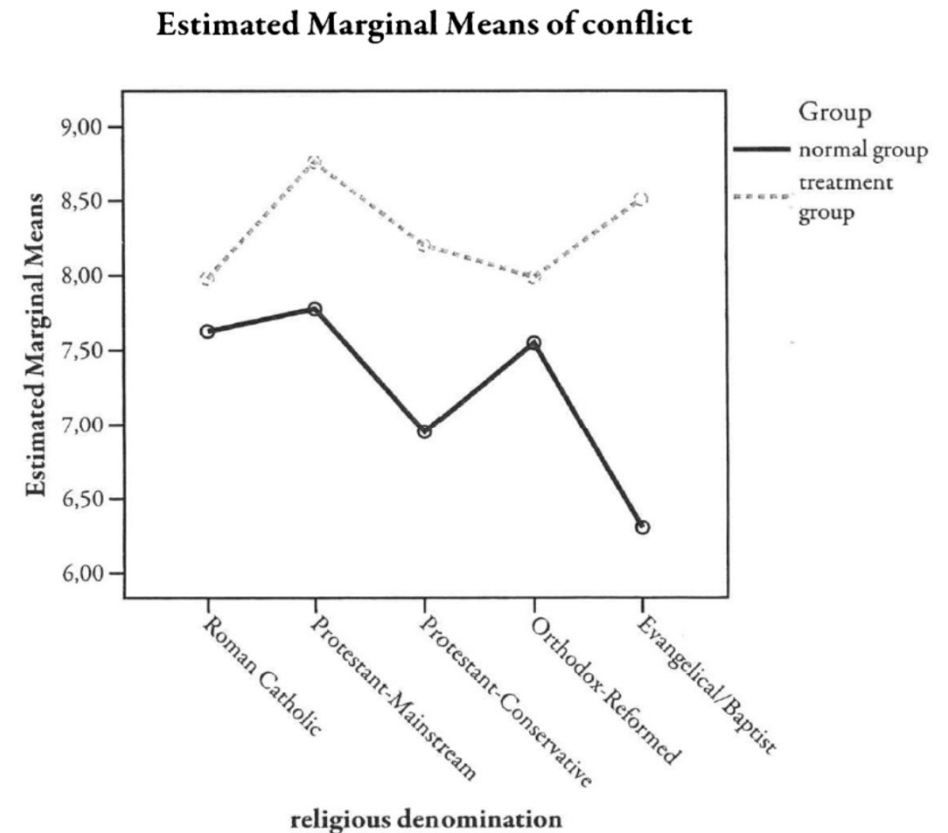
Ana-Maria Rizzuto, M.D.



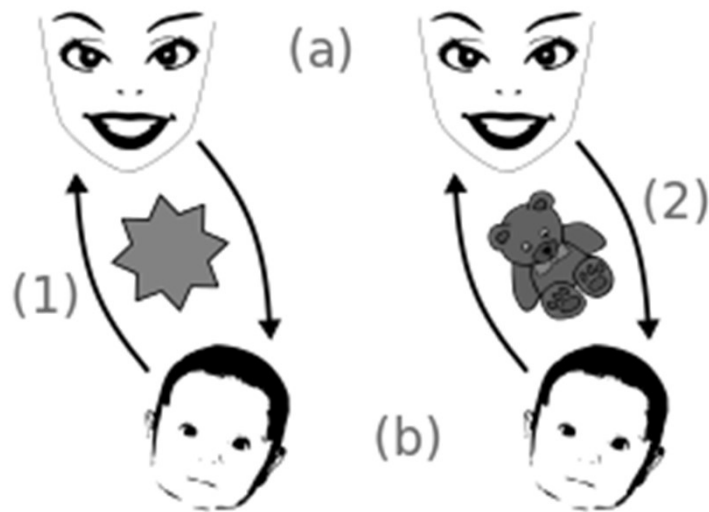
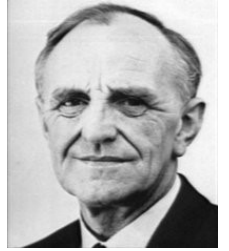
- Gott ist eine spezielle Objektrepräsentanz, die wie andere Übergangsobjekte (ob Spielzeuge, Kissen, Vorstellungen...) real-illusionär lebendig sind.
- Als Ü.O. gehört Gott nach innen, außen und auf die Grenze.
- Anders als Teddy- oder Plüschbären wird Gott aus Vorstellungsmaterial geschaffen und geht auf Erfahrungen mit den primären Bezugspersonen zurück.
- **„Often, when the human objects of real life acquire profound psychic meaning, God, like a forlorn teddy bear, is left in a corner of the attic, to all appearances forgotten. A death, great pain or intense joy may bring him back for an occasional hug or for further mistreatment and rejection, and then he is forgotten again“ (179).**

Schaap-Jonker et al.: The personal and normative image of the role of religious culture and mental health *Arch Religionspsychol* 2007

- N=544 (n=323 Frauen; n=244 in Psychotherapie)
- Erhebung des Gottesbildes mit der nl Version der *Skalen zur religiösen Beziehung* (Murken 1998)
- Mehrheit findet, dass sie weniger ängstliche/ärgerliche Gefühle gegenüber Gott hegen und Gott mehr als unterstützend denn als bestrafend erleben **sollte**
- Besonders orthodox-Reformierte empfinden Diskrepanz als **konfliktreich**
- Konflikt ist bei Pat. Unter den Evangelikalen stärker als bei Vergleichsgruppe

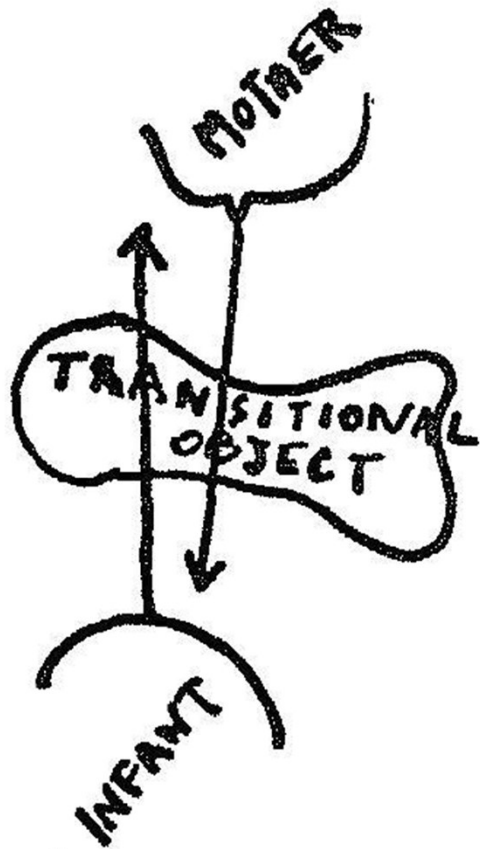
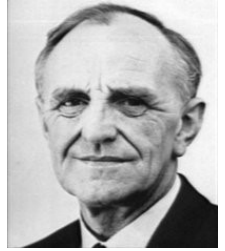


D.W. Winnicott: »*There is no such thing as a baby*«



- Transitional, intermediate, Übergangs-Raum
- Playing & reality
- Übergangsobjekt
- No challenging:

Nojhan, CC BY-SA 3.0 <<http://creativecommons.org/licenses/by-sa/3.0/>>, via Wikimedia Commons



- No challenging:

Of the transitional object it can be said that it is a matter of agreement between us and the baby that we will never ask the question: 'Did you conceive of this or was it presented to you from without?' The important point is that no decision on this point is expected. The question is not to be formulated.

Spiritual Care – sorgt die Psychiatrie für die Seele?

1. Psych* ohne Seele?
2. R/S: Ärztliche Überzeugungen und Handlungen
3. Spiritual Care-Kompetenz
4. (Religions-)Psychopathologie → Spiritual Care
5. G*tt (w/m/d): Normatives Gottesbild?
- 6. Nachholbedarf?**

WPA Position Statement on Spirituality and Religion in Psychiatry

 religionandpsychiatry.org/main/wpa-position-statement-on-spirituality-and-religion-in-psychiatry/

WPA Section on Religion, Spirituality and Psychiatry

The World Psychiatric Association (WPA) and the World Health Organization (WHO) have worked hard to assure that comprehensive mental health promotion and care are scientifically based and, at the same time, compassionate and culturally sensitive^{1,2}. In recent decades, there has been increasing public and academic awareness of the relevance of spirituality and religion to health issues. Systematic reviews of the academic literature have identified more than 3,000 empirical studies investigating the relationship between religion/spirituality (R/S) and health^{3,4}.

In the field of mental disorders, it has been shown that R/S have significant implications for prevalence (especially depressive and substance use disorders), diagnosis (e.g., differentiation between spiritual experiences and mental disorders), treatment (e.g., help seeking behavior, compliance, mindfulness, complementary therapies), outcomes (e.g., recovering and suicide) and prevention, as well as for quality of life and wellbeing^{3,4}. The WHO has now included R/S as a dimension of quality of life⁵. Although there is evidence to show that R/S are usually associated with better health outcomes, they may also cause harm (e.g., treatment refusal, intolerance, negative religious coping, etc.). Surveys have shown that R/S values, beliefs and practices remain relevant to most of the world population and that patients would like to have their R/S concerns addressed in healthcare⁶⁻⁸.



About us

Founded over 20 years ago, the Spirituality and Psychiatry Special Interest Group is one of the largest in the College with around 4500 members. This reflects the importance of this topic to the College membership and the growing evidence base around spirituality and mental health.

+ [Aims and objectives](#)

+ [Executive Committee](#)

+ [Events](#)

+ [Spirituality and Psychiatry Prize](#)

+ [How to join](#)



Professor Christopher CH
Cook, Chair

Freitag – 25.11.2022

13:30

Religiosität und Spiritualität



Chair

[M. Utsch \(Berlin, DE\)](#)[I. Ohls \(Hamburg, DE\)](#)[I. Rüschoff \(Rüsselsheim, DE\)](#)

Raum:

Raum R4

Topic:

Weitere Veranstaltung

Format:

DGPPN-Referatstreffen

Dauer:

90 Minuten

... Forschungsprojekte ab.

Empfehlungen für die Praxis

In einem 2016 unter enger Mitarbeit des Referats veröffentlichten Positionspapier gibt die DGPPN konkrete Empfehlungen zum Umgang mit der Thematik. Zentral ist, dass die Behandler im klinischen Alltag erkennen, ob der Glaube bei einer psychischen Erkrankung Teil des Krankheitsbildes ist oder sich als Ressource in die Behandlungsstrategie einbinden lässt. Die Fachgesellschaft hat insgesamt zehn Empfehlungen formuliert, die zum Beispiel die Neutralität, die professionellen Grenzen oder das Diversity Management und die Passung in der therapeutischen Beziehung betreffen.

Dokumentation

Michael Utsch*, Ulrike Anderssen-Reuster, Eckhard Frick, Werner Gross, Sebastian Murken, Meryam Schouler-Ocak, Gabriele Stotz-Ingenlath

Empfehlungen zum Umgang mit Religiosität und Spiritualität in Psychiatrie und Psychotherapie

Positionspapier der DGPPN

DOI 10.1515/spircare-2016-0220

Vorab online veröffentlicht 15. Dezember 2016

Ausgangslage

Die kulturelle Vielfalt in der Gesellschaft nimmt zu, vor allem durch Migration und die Differenzierung der Lebenswelten. Dies macht eine kultur- und religionssensible psy-

fische Tabus und Grenzen unwissentlich durch den Behandler verletzt werden. In der Akutpsychiatrie ist die Einbeziehung von Religiosität und Spiritualität (R/S) in die Anamnese und in die Differenzialdiagnose erforderlich, z.B. bei Suizidalität, religiösem Wahn, depressivem Schuldgefühl und bei Traumafolgestörungen.

Zur Begriffsklärung: Unter *Religion* wird in diesem Papier eine Gemeinschaft verstanden, die Traditionen, Rituale, Texte teilt (Christentum, Judentum, Islam, Buddhis-

<https://doi.org/10.1515/spircare-2016-0220>

Empfehlungen (DGPPN-Positionspapier)

1. *Interkulturelle Kompetenz*
2. *Spirituelle Anamnese*
3. *R/S im Behandlungsplan*
4. *Professionelle Grenzen*
5. *Grenzverletzungen aus R/S-Motiven*
6. *Neutralität*
7. *Passung in der therapeutischen Beziehung*

Empfehlungen (DGPPN-Positionspapier)

8. Aus-, Fort- und Weiterbildung

9. Forschung. Folgende Forschungsthemen erscheinen wichtig:

- (1) R/S-Bedürfnisse der Patienten*
- (2) R/S als Behandlungshindernis*
- (3) spirituelle Kompetenzen in den verschiedenen Gesundheitsberufen und Zusammenarbeit mit der Seelsorge.*

Die Gretchenfrage nach der Spiritualität kann Scham auslösen, weil...



sie „privat“ / intim ist

Patient(in) zurückfragen,
weidersprechen könnte

ein skeptischer „Dritter“ zuhört:
Chef, Kollegin, Angehörige,
eigenes wissenschaftliches Über-
Ich...



... aber wir können auch
 die *Fragen selbst liebhaben*
 wie *verschlossene Stuben*
 und wie *Bücher die in einer*
sehr fremden Sprache
geschrieben sind.

(R.M. Rilke an F.X. Kappus 16.7.1903)