



# Spirituelle Interventionen in der Psychotherapie am Beispiel Gebet

Prof. Dr. med. Samuel Pfeifer

Die folgende Präsentation ist Teil des Unterrichtsmaterials für das

## **Modul TM305**

# **Psychotherapie und Seelsorge im Dialog**

im Rahmen des Masterstudiums «Religion und Psychotherapie» an  
der Evangelischen Hochschule Tabor in Marburg

[www.studium-religion-psychotherapie.de](http://www.studium-religion-psychotherapie.de)

# M.A. Religion & Psychotherapie

AN DER EV. HOCHSCHULE TABOR IN MARBURG



«Mein Anliegen: Fachliche Kompetenz, christliche Werte, Kommunikation in einer pluralen Welt»

PROF. DR. SAMUEL PFEIFER

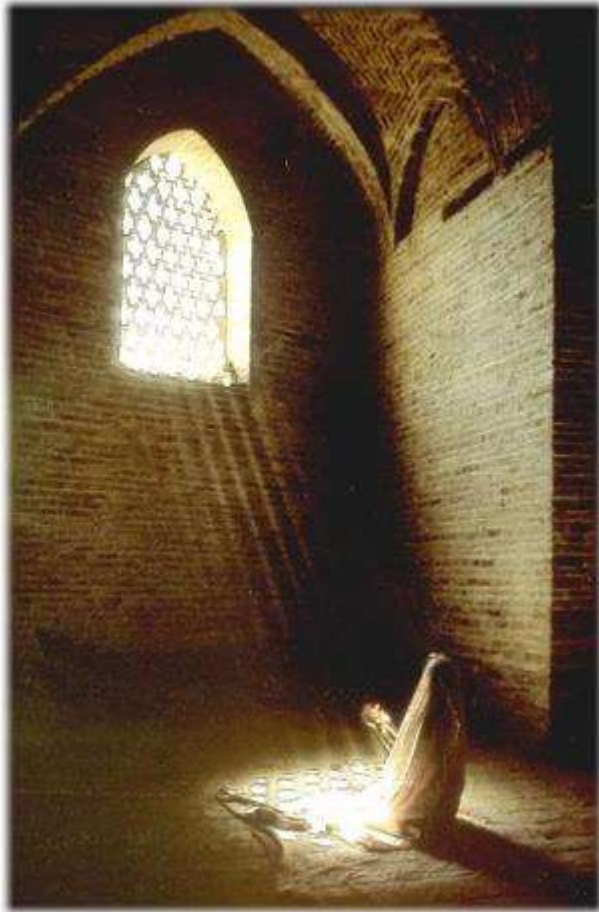
berufsbegleitend  
auch einzelne Module



[www.studium-religion-psychotherapie.de](http://www.studium-religion-psychotherapie.de)



# Grundlegender Ausdruck der Spiritualität



- Das Gebet ist die häufigste Form der Spiritualität in allen Religionen und Kulturen
- Insbesondere in der Not, in Krankheit und Bedrohung wenden sich rund 80 % der Befragten dem Gebet zu

# Unterschiedliche Ausdrucksformen





# Ist Gebet unethisch?

BJPsych

The British Journal of Psychiatry (2011)  
199, 94–98. doi: 10.1192/bjp.bp.111.096529

## In debate

### Praying with a patient constitutes a breach of professional boundaries in psychiatric practice

Rob Poole/Christopher C. H. Cook

#### Summary

The extent to which religion and spirituality are integrated into routine psychiatric practice has been a source of increasing controversy over recent years. While taking a patient's spiritual needs into account when planning their care may be less contentious, disclosure to the patient by the psychiatrist of their own religious beliefs or consulting clergy in the context of treatment are seen by some as potentially harmful and in breach of General Medical Council guidance. Here, Professor Rob Poole and Professor Christopher Cook debate whether praying with a patient

constitutes a breach of professional boundaries in psychiatric practice.

#### Declaration of interest

R.P. is an atheist / C.C.H.C. is in receipt of a grant from the Guild of Health; he is an Anglican priest and lectures in spirituality and pastoral studies at St John's College, Durham, and is Director of the Project for Spirituality, Theology and Health at Durham University. He is also Chair, Spirituality & Psychiatry Special Interest Group, Royal College of Psychiatrists.

# Definition

- » Kontaktaufnahme zu einem „culturally postulated superhuman“ (CPS), mit dem Ziel von Beziehung und Beeinflussung. Oft geht das Gebet mit Gefühlen der Erhabenheit, Ergriffenheit, oder der Einheit mit einer höheren Macht einher.
- » Inhaltlich ist das Gebet verwoben mit „Mythen“, gemeinsamen erklärenden oder rechtfertigenden Traditionen aus religiöser Sicht. Zudem ist das Gebet ein wichtiger erweiterter (gemeinschaftlicher) Ausdruck der persönlichen Spiritualität. (Spilka 2005)

## Definition 2

- » Das Gebet ist eine zentrale Handlung aller theistischen Religionen. Im Gebet wendet sich der Mensch an die Gottheit. Insofern ist das Gebet eine Kommunikation des Menschen mit Gott mit der Intention der Erhörung. Die Gebetsanliegen umfassen Anbetung, Lob und Preis, Dank und Bitte, Hilferuf und Klage.
- » Das Gebet ist zu unterscheiden von der Beschwörung einerseits und der Kontemplation andererseits.
- » Gebete erfolgen gemeinschaftlich, öffentlich oder privat.
- » Gebete können formell erfolgen, frei formuliert oder schweigend (Quäker). Tradierten Gebetsformen kommt eine hohe Wertschätzung zu (z.B. Vaterunser, Rosenkranz, Shma Israel etc.).



# Gebetsformen – Vier Kategorien

- » Gespräch mit Gott
- » Bittgebete (für sich selbst, für andere) am häufigsten
- » Rituelle Gebete (z.B. Tagzeitengebete)
- » Meditative Gebete (Verbindung mit dem Göttlichen, Nachdenken über Gott)

• *nach Poloma & Gallup 1991 – Varieties of Prayer – A Survey Report*

# Variable Intensität



# Trauma, Gebet und Gemeinschaft

## ***Gemeinschaftliches Gebet:***

- » «Das erste, was das Gebet bewirkt: es bringt uns in Berührung mit anderen Menschen, mit Leuten, die das selbe Anliegen haben, dieselben Werte und Träume.»
- » «Das Gebet erinnert uns, dass wir Teil einer Gemeinschaft sind.»
  - *(nach H. Kushner 1991)*



# Psychodynamik

- » Religiöse Patienten empfinden Gebet als notwendig für «christliche Beratung».



# Fallvignette 1

» Das Gebet schafft ein übermässiges Gefühl der Nähe:

- *Herr W. hatte wieder einen Rückfall seiner psychischen Erkrankung erlebt, die ihn über Monate arbeitsunfähig machte. Die Not war mit Händen greifbar. Im Gespräch diskutierte der Arzt die Symptome, die Medikation und seine Tagesstruktur. Doch da war auch sein starker Glaube, der ihn und seine Frau durchtrug. Am Ende des Gesprächs bat er um ein Gebet. Der Therapeut entsprach seinem Wunsch und formulierte ein freies Fürbittegebet. Als er geendet hatte, sagte der Patient: „Herr Doktor, Ihr Gebet hat mir so wohl getan. Können wir uns nicht Du sagen?“ Der Therapeut musste ihm dann erklären, dass es in der Arzt-Patienten-Beziehung schwierig sei, einem Patienten das Du anzubieten. Er sei aber dennoch weiterhin mit Engagement für ihn da.*

# Pos. Funktionen des Gebetes in der Therapie

- Divine agent assumption: Gebet in der Therapie lädt eine höhere Macht ein, aktiv in den Heilungsprozess einzugreifen.
- Gebete aus mystischen Traditionen werden vorgelesen, um die Selbstannahme bei älteren Erwachsenen zu fördern. (Magee, 1994).
- Gebete bilden sowohl Struktur als auch Stimulation für geistig eingeschränkte ältere Menschen. (Abramowitz 1993)
- Gebet kann die Ich-Integration fördern und kann eine Öffnung der tieferen Gedanken und Gefühle eines Klienten bewirken (Helminski 1992).
- Gebet kann den Rapport mit Klienten fördern, Entspannung bewirken, Struktur in einer Familie schaffen und die Selbstreflexion eines Klienten verbessern.



# Ethische Aspekte des Gebetes in der Psychotherapie

Walker, D.F., & Moon, G.W. (2011). Prayer. In: Aten, J.D., McMinn, M.R., & Worthington, E.L., Hrsg. Spiritually oriented interventions for counseling and psychotherapy. Washington DC: American Psychological Association.

# Sind spirituelle Themen zulässig?

- » Richtlinien in Österreich
- » Abgrenzung von wissenschaftlich belegter Psychotherapie als Heilmethode und esoterischen, spirituellen Interventionen (Achtsamkeit, schamanische Rituale etc.)
- » FRAGE der ethischen Leitlinien: wann und unter welchen Umständen darf über spirituelle Fragen geredet werden, wann dürfen spirituelle Elemente integriert werden?

# Richtlinie Österreich [\(Bundesministerium für Gesundheit 2014\)](#)

Von der Psychotherapie zu unterscheiden und strikt zu trennen sind alle Arten von esoterischen, spirituellen und religiösen Methoden, wie z.B. Humanenergetik, Geistheilung, Schamanismus und viele andere. Diese können nicht Teil einer Psychotherapie sein.

Wenn also Patientinnen (Patienten) das Thema Religion, Gebete, spirituelle Rituale als für sich selbst wesentlich „mit in die Stunde bringen“, gilt es – wie wohl bei allen anderen Themen auch – gemeinsam mit der Patientin (dem Patienten) zu verstehen, welche Bedeutung dieses für sie (ihn) und in ihrem (seinem) Leben hat und unter Umständen einen Bezug zur konkreten (Leidens-)Situation herzustellen.

Aktives Einbringen solcher Ansätze und Handlungen wie beispielsweise Gebete, esoterische Rituale durch die Psychotherapeutin (den Psychotherapeuten) verstößt gegen die psychotherapeutische Berufsethik im oben beschriebenen Sinn.

[http://www.wpv.at/files/attachments/beilage\\_richtlinie.pdf](http://www.wpv.at/files/attachments/beilage_richtlinie.pdf)



# Sind spirituelle Themen zulässig?

- » Die Richtlinie ist hilfreich, weil sie Heilsversprechungen und das aktive Einbringen esoterischer und spiritueller Rituale in eine Psychotherapie unterbinden will. Sie verweist auf den psychotherapeutischen Berufskodex, der unmissverständlich deutlich macht, dass die persönliche Weltanschauung der/des Behandelnden nicht aktiv und steuernd in den Behandlungsprozess einfließen darf. Wenn jedoch spirituelle oder religiöse Fragen von Patienten thematisiert werden, sei es Aufgabe der Psychotherapie, die Bedeutung dieser Fragen gemeinsam mit dem Patienten zu verstehen. (M. Utsch, EZW)

# Ethische Leitlinien

- » Den eigenen Standort bzgl. Spiritualität kennen. Weites Kontinuum von impliziter bis expliziter Integration.
  - *Implizite Integration: erfordert nicht unbedingt eine eigene Religiosität, sondern Respekt für die Werte des Patienten und eine Bereitschaft, solche Themen in der Therapie würdigend zuzulassen. Wenn ein Patient/Klient sich in religiöser Sicht mehr wünscht – Überweisung an eine Person seines Glaubens (Pastor, Priester, Rabbi), die mit ihm in seiner Tradition beten kann.*
  - *Explizite Integration: Therapeut spricht bewusst auch spirituelle Themen an und wendet bei Bedarf auch religiöse Elemente in der Therapie an: Zitat von Bibeltexten, Sprechen eines Gebetes.*

# Ethische Aspekte

## » Klinische Situation einschätzen:

- *Auch wenn ein Patient aus einer intensiven religiösen Tradition kommt, kann es sein, dass er in seiner depressiven Phase oder in seinem Konflikt nicht das Bedürfnis hat, religiöse Themen anzusprechen, diese vielleicht sogar als konflikthaft oder bedrückend erlebt. Eine schwere Depression muss zuerst einmal klinisch behandelt werden.*

## » Einschätzung der therapeutischen Ziele, der Bedürfnisse und der Erwartungen:

- *Die Beurteilung der klinischen Situation und der therapeutischen Ziele zu Beginn der Therapie braucht eine breite Einschätzung aller Faktoren, bei denen spirituelle Aspekte nur ein Teil des Ganzen sein dürfen*
- *Zwei Elemente: Therapieziele (ob säkular oder spirituell) und die Techniken, die zu deren Erreichung notwendig sind.*



# Gefahr 1: Aufdrängen von Werten

- » Wahrnehmung der eigenen Glaubenshaltungen, Werte und Bedürfnisse. Weil das Gebet mit einem Klienten in subtiler Weise Werte transportiert, insbesondere im kombinierten Modus, ist es wichtig, die Werte des Klienten und seiner selbst zu kennen. Oft werden im Gebet Anliegen eingebracht (für den Patienten und evtl. auch für den Therapeuten selbst), die leicht manipulierbar sind. Es wäre unethisch, wenn der Therapeut mit einer Patientin in einer Form beten würde, die dieser nicht vertraut ist oder die ihr unangenehm wäre.

## Gefahr 2: Mangelhafte Aufklärung

- » Bevor man mit einem Patienten betet, sollte man nicht nur wissen, welches seine „Gebetskultur“ ist, sondern sollte auch mit ihm darüber sprechen, ob er ein Gebet wünscht und was man anbieten kann. Dabei kann man auch diskutieren, ob man sich als Therapeut wohl fühlt, mit ihm oder ihr zu beten.

## Gefahr 3: Eingeschränkter Fokus auf Religion

- » Menschen kommen in eine fachliche Therapie, weil sie meist unter einer ganzen Reihe von Symptomen und Problemfeldern leiden. Es wäre unethisch, diese nur auf das Religiöse einzuschränken, selbst wenn eine ratsuchende Person ihre Problematik anfänglich vielleicht in einem religiösen Kontext präsentiert



## Gefahr 4: Mangelnde spirituelle Kompetenz

- » Techniken, in denen man nicht geschult / erfahren / kompetent ist.
  - *Die ethischen Leitlinien besagen, dass ein Therapeut sich der kulturellen, individuellen und der Rollenunterschiede bewusst ist, inklusive derer durch Alter, Geschlecht, Rasse, Volkszugehörigkeit, Nationalität und Religion.*
  - *Selbst wenn ein Therapeut eigene Erfahrung mit dem Gebet hat, so mag diese in Hinblick auf die Verschiedenheit der Gebetsformen begrenzt sein. Die folgenden Bei-spiele zeigen Wege des Respektes vor anderen Gebetsformen.*

# Beispiele für kulturelle Anpassung

## » Drei Beispiele:

- *a) Eine Therapeutin praktiziert selbst eher eine meditativ-hörende Gebetsform, hat aber eine Patientin, die gewohnt ist, ihre Gebete in Worte und Bitten zu fassen. Die Patientin bittet sie, am Schluss mit ihr zu beten. Kompromiss: „Ich schlage ihnen vor, dass Sie in ihrer gewohnten Weise laut beten. Ich werde still dabei sein und innerlich beten.“*
- *b) Ein muslimischer Patient nimmt die fünf Tagesgebete sehr ernst. Der Therapeut achtet darauf, seine Termine so zu vergeben, dass für den Patienten kein Konflikt mit seinem Gebetsrhythmus entsteht.*
- *c) Der Therapeut eines jüdisch-orthodoxen Patienten hat gelernt, seinen Kopf zu bedecken, wenn der Patient beten möchte. Damit bekundet er seinen Respekt vor dem Gebet, obwohl er selbst die hebräischen Gebete nicht kennt.*

# Gefahr 5: Gebet statt Psychotherapie

- » Missbrauch von Gebet und Bibellese an Stelle der Bearbeitung von schmerzlichen Problemen.
  - *Manche Ratsuchende und manche religiös orientierte Therapeuten neigen dazu, in kurzschlüssiger Weise einfach zu beten oder einen Bibeltext zu zitieren, wenn es notwendig wäre, schmerzliche und uneingestandene Probleme praktisch anzugehen.*

# Gefahr 6: Spir. Intervention statt medik. Therapie

- » Anwendung religiöser Interventionen statt der konsequenten Anwendung der notwendigen therapeutischen Massnahmen (inkl. Medikamente).
  - *Dies gilt speziell für Patienten mit Psychosen und manisch-depressiven Erkrankungen, sowie für agitierte Patienten mit Suizidalität, um nur einige wenige Beispiele zu nennen.*



## Gefahr 7: Anmassung religiöser Funktion

- » Übernahme einer religiösen Funktion, wenn eigentlich eine Überweisung an einen Pastor der Denomination des Patienten.
  - *Das Gebet mit einem Patienten kann zwar hilfreich und angemessen sein. Der Therapeut sollte sich nicht eine priesterliche Rolle anmassen und in keinem Fall weiter gehende Rituale anwenden (wie z.B. Salbung mit Öl, Darreichung des Abendmahls oder einen sog. „Befreiungsdienst“). Derartige Rituale gehören strikt in das Aufgabengebiet des Pastors / Priesters der Ursprungs-Denomination eines Patienten. Dies gilt auch dann, wenn der Patient derartige Interventionen wünscht.*

# Diskussion

1. In welchem Kontext fühlen Sie sich wohl, spirituelle Themen in der Psychotherapie zuzulassen?
2. Treffen Sie die Entscheidung aufgrund von klaren Kriterien oder von situativ geprägten „Gefühlen“?
3. Wann würden Sie auch bei religiösen Patienten bewusst auf eine spirituelle Intervention (Gebet, Diskussion über spirituelle Implikationen) verzichten?

# Literatur

- Andreescu, A. (2011). Rethinking Prayer and Health Research: An Exploratory Inquiry on Prayer's Psychological Dimension. *International Journal of Transpersonal Studies* 30(1-2), 23-47.
- Ano, G.G., & Vasconcelles, E.B. (2005). Religious coping and adjustment to psychological distress. *Journal of Clinical Psychology*, 61, 461-480.
- Baenziger, S., VanUden, M., & Janssen, J. (2008). Prayer and coping: The relation between variables of praying and religious coping styles. *Mental Health, Religion & Culture*, 11(1),101-118.
- Bonchek, A. and Greenberg, D. (2009). Compulsive prayer and its management. *Journal of Clinical Psychology*, 65: 396–405.
- Cohen, C. B., Wheeler, S.E., Scott, D.A., Edwards, B.S. & Lusk, P. (2000). Prayer as Therapy – A Challenge to Both Religious Belief and Professional Ethics. *Hastings Center Report*, 30(3), 40-47.
- Dein, S., & Littlewood, R. (2008). The psychology of prayer and the development of the Prayer Experience Questionnaire. *Mental Health, Religion & Culture*, 11(1),39-52.
- Dossey, L. (2000). Prayer and Medical Science. A Commentary on the Prayer Study by Harris et al and a Response to Critics. *Archives of Internal Medicine* 160,1735-1738.
- Dubach A., & Campiche R., Hrsg. (1992). *Jeder ein Sonderfall? Religion in der Schweiz*. Zürich: NZN-Verlag.
- Fenwick, P. (2004). Scientific Evidence for the Efficacy of Prayer. [http://www.rcpsych.ac.uk/PDF/fenwick\\_%208\\_4\\_04.pdf](http://www.rcpsych.ac.uk/PDF/fenwick_%208_4_04.pdf), Zugriff am 28.02.2012.
- Harris, W.S., Gowda, M., Kolb, J.W., et al. (1999). A randomized, controlled trial of the effects of remote intercessory prayer on outcomes in patients admitted to the coronary care unit. *Archives of Internal Medicine* 159:2273-2278.
- Hathaway, W.L. (2003). Clinically significant religious impairment. *Mental Health, Religion & Culture* 6:113–130.
- Krucoff, M.W., Crater, S.W., Gallup, D., et al. (2005). Music, imagery, touch, and prayer as adjuncts to interventional cardiac care: the Monitoring and Actualisation of Noetic Trainings (MANTRA) II randomised study. *Lancet* 366(9481):211-217.
- Magaletta, P.R. & Brawer, P.A. (1998). Prayer in Psychotherapy: a model for its use, ethical considerations, and guidelines for practice. *Journal of Psychology and Theology*, 26(4), 322-330.
- Maltby, J., Lewis, C.A., & Day, L. (2008). Prayer and subjective well-being: The application of a cognitive-behavioural framework. *Mental Health, Religion and Culture* 11(1),119-129.
- Marwick, C. (1995). Should physicians prescribe prayer for health? Spiritual aspects of well-being considered. *JAMA* 273(20), 1561-1562.
- McCullough, M.E. & Larson, D.B. (1999). Prayer. In: Miller, W.R., Hrsg. *Integrating Spirituality into treatment. Resources for practioners*. Washington DC: American Psychological Association, 85–110.
- McCullough, M.E., Hoyt, W.T., Larson, D.B., Koenig, H.G., & Thoresen, C. (2000). Religious involvement and mortality: a meta-analytic review. *Health Psychology* 19(3):211-222.
- Pargament, K. I. (1997). *The psychology of religion and coping. Theory, research, practice*. New York: Guilford Press.
- Poloma. M. M., Pendleton, B. F. (1991). The effects of prayer and prayer experiences on measures of general well-being. *Journal of Psychology and Theology*, 1, 71-83.
- Poole, R. & Cook, C.C.H. (2011). Praying with a patient constitutes a breach of professional boundaries in psychiatric practice. *British Journal of Psychiatry* 199, 94–98.
- Richards, D.G. (1991). The phenomenology and psychological correlates of verbal prayer. *Journal of Psychology and Theology*, 19,354-363.
- Roberts, L., Ahmed, I., Hall, S., & Davison, A. (2009). Intercessory prayer for the alleviation of ill health. *Cochrane Database Systematic Review* Apr 15;(2):CD000368.
- Spilka, B. (2005). Religious Practice, Ritual, and Prayer. In: Paloutzian, R.F., & Park, C.L., Eds.: *Handbook of the psychology of religion and spirituality*. New York: Guilford.
- Tan, S.Y. (1996). Religion in clinical practice: Implicit and explicit integration. In: Shafranske, E.P., Hrsg., *Religion and the clinical practice of psychology*, S. 365-387. Washington CD: American Psychological Association.
- Tan, S.Y. (2007). Use of prayer and scripture in cognitive-behavioral therapy. *Journal of Psychology and Christianity* 26:101-111.
- Walker, D.F., & Moon, G.W. (2011). Prayer. In: Aten, J.D., McMinn, M.R., & Worthington, E.L., Hrsg. *Spiritually oriented interventions for counseling and psychotherapy*. Washington DC: American Psychological Association.



[www.seminare-ps.net](http://www.seminare-ps.net)

Hier finden Sie viele Powerpoints zu aktuellen Themen aus  
Psychotherapie und Seelsorge

31