

3

Spirituelle Deutungen psychischer Schwierigkeiten – Chancen und Gefahren

*Samuel Pfeifer
Psychiatrische Klinik Sonnenhalde,
Riehen bei Basel*

ABSTRACT: Die Frage nach dem Warum gehört zum menschlichen Dasein schlechthin. Je intensiver die Seelenqual, desto eher neigt der Mensch dazu, sich ein Erklärungsmodell zu konstruieren, das ihm hilft, sich selbst und seine Schwierigkeiten zu begreifen. Religiöse Menschen ziehen auch spirituelle Deutungen zur Lösung der Warum-Fragen heran, z.B. „mangelndes Gebet, „mangelnder Glaube“, „Strafe Gottes“, „Versuchung durch den Widersacher“ oder „okkulte Belastung“. Doch auch in der Therapie können spirituelle Deutungen und Vorgehensweisen eingesetzt werden: Trost durch geistlichen Zuspruch, Gebet oder Abendmahl sind klassische Formen. „Geistliche Bilder“ oder das Aufdecken dämonischer Einflüsse als Erklärung für Leiden oder uneingestandene Regungen sind eher dramatisch. Dabei gibt es vielfältige Parallelen zu transkulturellen Ritualen und psychotherapeutischen Phänomenen. Eigene empirische Studien und ein Überblick über die Literatur zeigen, dass spirituelle Interventionen vom Einzelnen ganz unterschiedlich erlebt werden. Es wird diskutiert, welche Faktoren bestimmen, ob spirituelle Deutungen und Interventionen hilfreich oder problematisch sind.

Einleitung

Das Buch Hiob beschreibt wie kaum ein anderes Buch eindringlich die Frage nach dem Sinn des Leidens. Die Gespräche des leidgeprüften Mannes mit seinen Freunden drehten sich immer wieder nach der Frage des Warum, in vielerlei Hinsicht um die Deutung des Leidens im Kontext des Glaubens. Doch die Geschichte scheint wie auf zwei Schienen zu laufen: Da sind einerseits Naturkatastrophen, Kriegshandlungen und plötzlich hereinbrechende Krankheiten. Dahinter aber tut sich ein ganz anderes Szenario auf: Der Teufel selbst tritt auf im großen Welttheater und fordert Gott heraus: „Hiob wird Dich verfluchen, wenn Du ihm sein Glück und seinen Reichtum raubst.“ Hinter der Tragik Hiobs steht also letztlich eine spirituelle Erklärung.

So darf es uns nicht erstaunen, dass viele gläubige Menschen im Leiden die Frage nach dem Warum stellen, mehr noch, die Frage nach der spirituellen Deutung ihres Erlebens. Das Bild „Nachtmahr“ des in London wirkenden Schweizer Malers Heinrich Füssli (1741 – 1825) lässt etwas erahnen von der Intensität des Erlebens im Alptraum. Hier geht es nicht mehr nur um innere psychische Vorgänge, nein, da kommt es zu persönlichen Angriffen. Da krampft sich nicht nur das Herz zusammen, nein, da hockt ein Dämon auf der Brust. Da fühlt man sich nicht nur allein und ausgeliefert, nein, da glotzt einer aus der Ecke und weidet sich am angstvollen Elend der Schläferin. Das psychologische Phänomen schlechten Schlafes, verbunden mit angstvollen Träumen, wandelt sich zum Drama, in dem böse Geister direkt für das subjektive Befinden verantwortlich sind. Und in der Tat hört man von Patienten immer wieder einmal solche Deutungen, die weit über das in Medizin und Psychologie anerkannte Modell der bio-psycho-sozialen Kausalität hinausgehen. Wie lassen sich spirituelle Deutungen einordnen und allenfalls nutzen?

A) Definitionen

Spiritualität: „ist die Lebenseinstellung auf das letztlich unfassbare Geistige (Gott, z.T. im überkonfessionellen Sinne). Für den spirituellen Menschen ist dieser Bereich Ursprung und Ziel seines Lebens, das seine Lebensführung, Verantwortlichkeit und Ethik fundamental bestimmt. Auf dem spirituellen Weg versucht er sein Bewusstsein allumgreifend zu entfalten.“ (nach C. Scharfetter 1999).

Christliche Spiritualität wurde einmal als „die gelebte Grundhaltung der Hingabe des Menschen an Gott“ bezeichnet, oder als die „Integration des gesamten Lebens in eine vom Glauben getragene und reflektierte Lebensform“, oder schließlich

als „die Verwirklichung des Glaubens unter den konkreten Lebensbedingungen“ (nach Ruhbach 1994).

Spiritualisierung möchte ich folgendermaßen definieren: Vorgänge und Erlebnisse werden (einseitig) in einem religiösen Kontext gedeutet. Diese Deutung bezieht sich auf die Ursachen und auf die Veränderung (Therapie) von Problemen. Subjektives Erleben wird in einen spirituellen Gesamtzusammenhang eingebettet.

Einige Beispiele sollen den Prozess der Spiritualisierung verdeutlichen. Dabei wird bewusst eine Auswahl aus verschiedenen Facetten spiritueller Subkultur in unserer Gesellschaft getroffen.

- *Ein 22-jähriger Mann entwickelt einen akuten schizophrenen Schub mit intensiven Ängsten, die schließlich zur Hospitalisation führten. Der Patient hört Stimmen, ist rastlos und schlaflos. Um sich zu schützen, ritzt er Kreuze in die Wände und vollführt bizarre Rituale. Während des Tages fühlt er sich von Jesus und seinen Engeln beschützt. Während der Nacht aber kann er nicht schlafen, weil er sich von Dämonen bedroht fühlte.*
- *Eine 34-jährige Mutter von drei Kindern, deren Vorgeschichte auf eine emotional instabile Persönlichkeit hindeutet, entwickelte eine Erschöpfungsdepression. „Ich verlor meine Energie, soweit noch vorhanden, gänzlich. Mein Seelenmüll wuchs stetig an, denn Satan verstand es gut, einen Keil in meine Ehe und Familie zu schlagen. Es wurde dunkel in mir, und Ängste verfolgten mich, wobei mir die Alpträume und die Höhenangst am meisten zusetzten.“ Dazu kamen impulsive Zwangsgedanken, ihr kleinstes Kind aus dem Fenster zu werfen. „Das bin nicht ich selbst! Das will ich doch gar nicht! Sagen Sie mir, sind das Dämonen?!“*
- *Eine 75-jährige Diakonisse, die eigentlich immer ein zuversichtliches Glaubensleben hatte, entwickelt mehrere Gesundheitsprobleme: Schwerhörigkeit, Hüftprothese, Netzhautblutungen mit Erblindung eines Auges. Es kommt zu einer ausgeprägten Depression. „Ich habe nicht richtig geglaubt, sonst hätte Gott das nicht zugelassen.“ Beweis: „Er hört meine Gebete nicht. Ich bin verdammt!“*
- *Ein 72-jähriger Mann, religiös geprägt von buddhistischer Weisheit, hat neben seiner Frau seit einigen Jahren eine Freundin. „Ich weiß, dass das nicht gut ist. Ich muss mich von ihr trennen, um mein Karma nicht weiter zu schädigen.“ Es handelte sich um eine depressive Entwicklung in der Trennungssituation, gleichzeitig kam es aber auch zu einer spirituellen Auseinandersetzung mit dem Leben nach dem Tod.*
- *Eine 45-jährige Frau mit einem Residualzustand nach Psychose macht mit in einem parapsychologischen Zirkel. Die Mitglieder sprechen ihr mediale Kräfte zu und ermutigen sie während der Krankheitsphasen. Gleichzeitig wird die Vermutung geäußert, die Patientin werde wegen ihrer medialen Gaben von bösen Kräften angefochten, damit sie das Gute nicht vollbringen könne. Mehrfach wurden rituelle Beschwörungen durchgeführt, die mithelfen sollen, böse Kräfte zu ban-*

nen. Die Patientin trägt auch einen Edelstein als Amulett, der diesem Ziel dienen soll.

Die Beispiele zeigen eine breite Variation religiöser Deutungen von psychischen Problemen. Manchmal sind religiöse Problembeschreibungen dramatischer Natur. Oftmals aber wird das Befinden einfach anders – nämlich in Termini des Glaubens – ausgedrückt. Dahinter steht immer wieder das Bedürfnis, eine Ursache für das Leiden zu finden, um es besser zu bewältigen. In der Fachsprache spricht man von Kausa-lattribution.

B) Kausalattribution und Lebensbewältigung

Das Bedürfnis nach Kausalattributionen scheint zu den grundlegenden Neigungen des Menschen zu gehören. Je komplexer ein Thema, je stärker es mit subjektivem Leiden verbunden ist, je weniger es kontrollierbar ist, je mehr es zu einer schmerzlichen Dissonanz zwischen starken persönlichen Überzeugungen und der existentiellen Realität individueller Seelenqual kommt, desto eher neigt der Mensch dazu, ein Erklärungsmodell zu konstruieren, das seine Spannungen vermindert.

Seelische Störungen sind nicht zuletzt deshalb so schwer zu bewältigen, weil sie sich nur sehr unvollkommen erklären lassen und weil die Betroffenen sich oft außer-stande fühlen, ihre Empfindungen und Denkmuster aktiv kontrollieren zu können. Diese wären aber wesentliche Voraussetzungen für externe oder interne Kausalattributionen, die dem Ziel dienen, das Leiden kontrollierbarer zu machen und die damit verbundene Spannung zu vermindern (ein sehr schöner Überblick über Attributionstheorie findet sich bei Spilka & McIntosh 1995).

Erklärungsmuster sind auch wichtig für die Psychotherapie. Jerome Frank (1971) hat darauf hingewiesen, dass es allen psychotherapeutischen Schulen gemeinsam sei, ihren Patienten eine Erklärung oder einen Mythos zu vermitteln, der die Ursachen ihres Leidens erhellt und dadurch einen Weg zur Überwindung aufzeigt. Um effektiv zu sein, müsse der „therapeutische Mythos“ kompatibel mit der kulturellen Weltanschauung sein, die von Patient und Therapeut geteilt würde. Die Geschichte der Psychotherapie ist im Grunde genommen eine Geschichte von Erklärungssystemen mit dem Ziel psychisch Leidende zu verstehen und zu heilen.

Je nachdem, wo Menschen die Ursache eines Leidens oder eines Unglücks (Locus of control) sehen, folgen ganz unterschiedliche Reaktionen. Da bricht in einem afrikanischen Dorf durch Unvorsichtigkeit und Funkenflug ein Feuer aus, das zwei Hütten zerstört. Doch die Bewohner sehen die Ursache nicht im Zufall. Sie suchen die Schuld bei den Betroffenen: „Was haben sie wohl verbrochen, dass sie so hart

bestraft werden?“ Die Folge: Statt Zusammenarbeit und Unterstützung kommt es zu Vorwürfen und sozialer Ächtung.

Wie aber wirken sich Fragen nach Sünde und okkulten Belastungen (spirituelle Deutung) auf die Seelsorge aus?

Spirituelle Kausalattributionen

Angermeyer & Klusmann (1988) untersuchten die Ursachenzuschreibungen von Patienten mit funktionellen Psychosen, wobei unter anderem auch mögliche esoterische Ursachen erfragt wurden (Mangel an Vitaminen, Umweltverschmutzung, Besessenheit durch böse Geister, schädliche Erdstrahlen, Bestrafung von Gott und ungünstiges Horoskop). Im offenen Interview erwähnte nur etwa 1 Prozent der 198 Patienten eine solche Annahme. Im strukturierten Fragebogen sahen aber 54,9 Prozent solche esoterische Faktoren als „mögliche Ursache“ ihrer Erkrankung, 22,3 Prozent sogar als wahrscheinliche oder sehr wahrscheinliche Ursache. 3,1 Prozent sahen in einer „Besessenheit durch böse Geister“ die „wahrscheinliche / sehr wahrscheinliche“ Ursache, 10,9 Prozent eine „mögliche“ Ursache.

Eigene Untersuchungen

Im folgenden möchte ich Ihnen eine eigene Untersuchung an 343 psychiatrischen Patienten vorstellen, die ich in einem Zeitrahmen von 10 Jahren untersucht hatte (Pfeifer 1994 und 1999). Viele waren von Seelsorgern überwiesen worden, die Seminare zum Thema „Psychiatrie und Seelsorge“ besucht hatten. Alle Patienten beschrieben sich selbst als „gläubig“. Nicht wenige dieser Patienten fragten mich spontan, was ich über eine mögliche dämonische Verursachung ihres Leidens dachte. Manche berichteten mir von Gebeten und Ritualen, von denen sie sich Befreiung von „okkulten Belastungen“ erwartet hatten.

Ich wurde durch diese Berichte angeregt, religiöse Patienten regelmäßig über derartige Erfahrungen und Vorstellungen zu befragen. Wenn diese nicht spontan geäußert wurden, verwendete ich folgende Formulierung: „Sie haben erwähnt, dass der Glaube für Sie wichtig sei. Manche Christen denken, dass ihre Probleme durch einen okkulten oder dämonischen Einfluss verursacht würden. Haben sie jemals eine solche Vermutung über Ihre Probleme gehört oder denken Sie, dass ein solcher Faktor der Grund für Ihre Probleme sein könnte?“

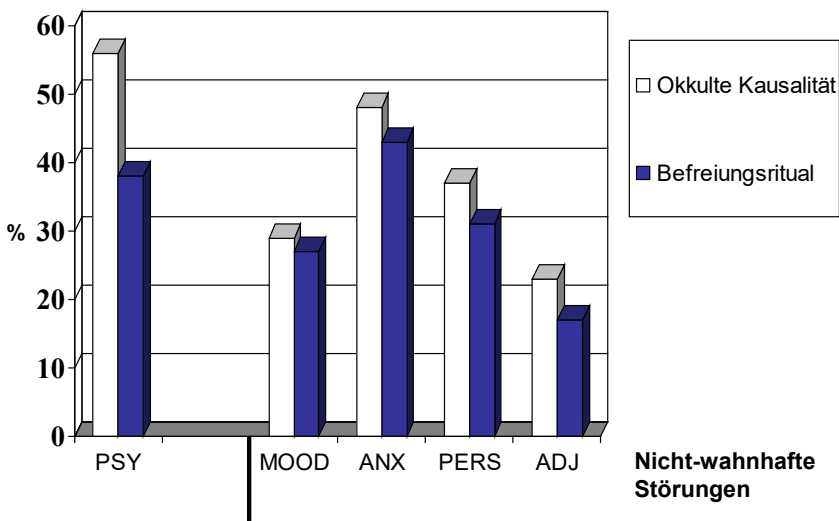
Wurde die Frage positiv beantwortet, so lautete meine nächste Frage: „Manche Christen denken, es sei wichtig, Befreiung von einer solchen Belastung zu suchen. Haben sie jemals um ein solches Befreiungsgebet nachgesucht oder sich einem Befreiungsdienst unterzogen?“ Oftmals gaben die Patienten dann detaillierte Be-

schreibungen der Gebete oder Rituale (auch „Befreiungsdienst“ genannt). Um aber die Patienten nicht auf die Thematik des Dämonischen zu fixieren, wurde keine intensivere Befragung durchgeführt.

Bei den Diagnosen (nach DSM-III-R) wurden fünf Kategorien gebildet: 1. PSY (psychotische bzw. schizophrene Störungen), 2. MOOD (Depressive Störungen), 3. ANX (Angststörungen (inklusive Zwangsstörungen)), 4. PERS (Persönlichkeitsstörungen), 5. ADJ (Anpassungsstörungen). Weitere methodische und demographische Details finden sich bei Pfeifer (1994). Hier seien nur die Hauptresultate referiert: Die Untersuchungsgruppe bestand aus 114 Männern und 229 Frauen (insgesamt 343) im Alter von 16 – 70 Jahren (Durchschnitt 34,8 Jahre). Zu den Landeskirchen zählten sich 139 Patienten (111 reformiert, 28 katholisch), aus traditionellen Freikirchen (TFC) kamen 164 Patienten, aus charismatischen Freikirchen (CFC) kamen 40 Personen.

129 der 343 Patienten (37,6 %) glaubten an eine mögliche dämonische Verursachung ihrer Probleme. 104 Patienten (30,3 % des ganzen Samples) suchten Hilfe durch ein Befreiungsgebet oder ein Befreiungsritual. Patienten, die an eine okkulte Kausalität glaubten, waren häufiger aus ländlichen Gegenden und hatten

Abbildung 2: Häufigkeit der Vermutung einer „okkulten“ Kausalität und der Durchführung eines Befreiungsrituals bei verschiedenen Diagnosen (Erläuterungen im Text)



einen niedrigeren Ausbildungsgrad. Als wesentliche Faktoren zeigten sich zwei Variablen: Die Art der Störung und die religiöse Subkultur. Rituelle Gebete um Befreiung waren signifikant korreliert mit der Kirchengemeinschaft, wo die größte Häufigkeit bei Mitgliedern der charismatischen Freikirchen (CFC) zu finden war (52 %). Insgesamt fand sich eine deutlich höhere Tendenz in Freikirchen, psychische Probleme als dämonisch verursacht zu betrachten.

Allerdings korrespondieren die Patienten-Vorstellungen über dämonische Einflüsse nicht immer mit den Kriterien für eine Besessenheit im engeren Sinne. Sie scheinen eher ein Versuch zu sein, Erklärungen für die belastende Erfahrung von Angst, Depression und körperlichen Missempfindungen im Rahmen ihrer religiösen Überzeugungen zu entwickeln. Überraschend war allerdings, dass sich dämonische Deutung nicht nur bei wahnhaften Patienten in hohem Masse fanden, sondern in allen diagnostischen Gruppen. Je intensiver das Gefühl eines ich-dystonen Einflusses, desto häufiger kam es zur Vermutung eines „okkulten“ Einflusses.

Spiritualisierung und Depression

Spirituelle Deutungen äußern sich längst nicht immer in dämonischen Vermutungen. So schreibt mir eine 45-jährige Frau mit einer ausgeprägten Depression: „Wenn es mir schlecht geht, habe ich den Eindruck, von Gott verlassen zu sein. Ich spüre seine Gegenwart nicht und kann deshalb auch nicht glauben, dass er mich liebt. Der Glaube ist nur noch Anstrengung, ein einziger Wüstenweg. Und doch sehne ich mich nach ihm und nach seinem Eingreifen in meine Lebenssituation. – Wenn es mir aber wieder gut geht, dann redet er wieder mit mir; dann weiß ich, er steht zu seinen Verheißungen, er ist real.“

Eine wesentliche empirische Studie über den Glauben bei 110 depressiven Patienten verdanken wir Hole (1977). Dabei zeigte sich: Eine Depression überschattet nicht nur das Leben allgemein, sondern auch das Glaubensleben, das für den religiösen Menschen von besonderer Bedeutung ist. Von vielen Betroffenen wird sie als Glaubensverlust erlebt, als Verdunkelung des Lichtes, das sonst das Leben erhellt, als Versiegen der Lebensenergie, die über natürliche Ressourcen hinausging, als Rückzug Gottes aus der bisherigen Erfahrung des Getragen- und Geführtwerdens. Diese subjektiv empfundene Gottverlassenheit wiegt für den religiösen Menschen oft schwerer als alle anderen Defizite und Verluste. Die depressiven Leitsymptome der Freud- und Hoffnungslosigkeit trüben auch die Freude an Gott und die christlich inspirierte Hoffnung für das Leben; die mangelnde kommunikative Resonanzfähigkeit wird auch im Gebet spürbar und führt zum subjektiven Eindruck, Gott könne nicht mehr hören und erhören; die rasche Erschöpfbarkeit und der soziale Rückzug verhindern die Teilnahme an Gottesdiensten und sozialen Aktivitäten der Kirche und erhöhen das Gefühl der Isolation.

Im ärztlich-therapeutischen Gespräch wird bald klar, dass auch gläubige Patienten nicht nur geistliche Ursachen für ihre Probleme sehen. Vielmehr bildet sich ein Mosaik von Vorstellungen über die Gründe, die zu einer Krankheit geführt haben. Dieses Mosaik der Kausalattribution wird in einer Dissertation von Pfister & Thiel (1999) ausführlich exploriert. Hier sind die häufigsten Elemente: a) bio-psycho-soziales Modell der vorherrschenden medizinischen Lehre; b) Konflikte aus eigenen Erfahrungen; c) Kulturelle Traditionen; d) Alternative Ernährungs- und Körpertherapien; e) Glaubensüberzeugungen und f) esoterisch-magische Vorstellungen. Eine spirituelle Deutung kann dabei soziale, psychische und somatische Symptome in wechselndem Ausmaß überlagern und wird dem Arzt oft gar nicht mitgeteilt. Aber neben dem Stärkungsmittel des Hausarztes stellt eine Person vielleicht noch einen Bergkristall als Kraftquelle in ihr Schlafzimmer.

C) FORMEN UND FUNKTION DER SPIRITUALISIERUNG

Ich möchte vier Formen der „Spiritualisierung“ unterscheiden:

- Spirituelle Formen der inneren Kommunikation: „Ich rede mit Gott; Gott redet zu mir.“ (im Gebet, aber auch im allgemeinen Denken, nicht wahnhaft).
- Spirituelle Deutung von natürlichen Strebungen und unangepasstem Verhalten; z.B. sexuelle Versuchung oder Ausbrüche von Jähzorn werden dämonisch gedeutet (speziell in charismatischen Kreisen, vgl. Csordas 1994)
- Spirituelle Deutung von Leiden (psychisch und somatisch), d. h. Kausalattribution ohne wahnhaftige Anteile; z.B. „Anfechtung“, „Läuterung“, „Strafe“, „Prüfung“.
- Religiöse Wahnideen bei Schizophrenie mit z.T. bizarren Inhalten; z.B. eine Patientin fügt sich am Karfreitag eine tiefe Wunde zu und sagt als Begründung „ich muss mein Blut geben, wie Jesus das für mich getan hat“

Dabei lassen sich verschiedene Funktionen der Spiritualisierung unterscheiden:

1. Deutung des Leidens (Kausalattribution): eine Schlafstörung wird als (dämonische) „Anfechtung“ gedeutet
2. Abwehr von Ängsten und Veränderung: z.B. Gebetskreis statt Veränderung eines negativen Verhaltensmusters oder die spirituelle Verbrämung von Wunschenken („Gott hat mir gezeigt, dass sie meine Frau werden soll!“ – obwohl sie bereits eine andere Beziehung hat)
3. Bewältigung (Coping): So kann der Zuspruch eines prophetischen Wortes eine Person in ihrem Leiden stärken. Ein Landwirt schilderte mir, wie er innere Ängste und Suizidimpulse dadurch bekämpfe, dass er „dem Feind innerlich ge-biete“: „Weiche von mir, du hast kein Anrecht an mir! Jesus ist Sieger.“ In

seinem Fall war dieses Vorgehen stützend und suizidprophylaktisch.

In diesen verschiedenen Formen der Spiritualisierung lässt sich auch eine unterschiedliche Intensität feststellen. Vielfach sind die Äußerungen nachfühlbar: z.B. „ich bete zu wenig!“, „ich fühle mich von Gott verlassen!“ oder im außerchristlichen Kontext: „Ich schädige mein Karma!“ Manche Formen wirken aber extrem und schwer nachvollziehbar. Da wird gesprochen vom Dämon des Stolzes oder der Be-gierde, oder es werden Schlafstörungen, Zwangsgedanken und andere psychische Symptome dämonisch gedeutet.

D) FORMEN SPIRITUELLER THERAPIE

Es gibt nicht nur Deutungen, sondern auch spezifische Vorgehensweisen spiritueller Therapie. Diese werden in vielfältiger Weise in allen Kulturen und Religionen beschrieben (McGuire 1988). Die folgenden Beispiele beschränken sich bewusst auf den christlichen Raum.

- a) Traditionell und häufig sind Gebet, Beichte, Abendmahl (Eucharistie) oder Segen durch Handauflegung
- b) Übergangsobjekte zur Abwehr von Unglück: Heiligenbilder, Amulette, Kreuz, Schutzbringer etc.
- c) Aktivitäten: Wallfahrten, Teilnahme an religiösen Festen, religiöse Übungen, Aufsuchen von speziellen Heilern (oder begabten Freibetern)
- d) Besondere Formen der Seelsorge: „Bilder“, Prophetie, Freibetung, „Gebieten“ (selbst oder durch andere), Exorzismus.

Gerade die charismatische Seelsorgeform der „Bilder“ kann für Patienten sehr hilfreich sein. So erzählte mir ein 35-jähriger Mann mit vielfältigen Ängsten und depressiven Verstimmungen: „Der Seelsorger sah mich inmitten von rostigen zerbrochenen Ketten stehen. Die Ketten waren noch da, aber sie waren gebrochen. Das gab mir Hoffnung!“ – Allerdings dürfen auch die Gefahren nicht verschwiegen werden: Bei emotional instabilen Patienten können Bilder auch intensive Gefühle und Erinnerungen aufwühlen, die zu tiefen Krisen führen.

Als Nebenbefund ist aber häufig eine Vermischung von spiritueller Hilfe mit Volksaberglauben (speziell im katholischen und orthodoxen Raum) oder mit analytisch orientierter Populärpsychologie (z.T. in charismatischer Literatur) zu beobachten.

IMPLIKATIONEN FÜR DIE THERAPIE

Wegleitend für den Umgang mit Spiritualisierung erscheint mir das Wort „*Nur was wir würdigend ansehen, öffnet sich uns.*“ (nach Ulrich Schaffer) Es gilt die Menschen anzunehmen, auch diejenigen mit ungewöhnlichen Formen der Leidensverarbeitung. Gerade hier ist es wichtig, die eigene Gegenübertragung im Auge zu behalten, um nicht aus eigenen negativen Erfahrungen mit Religion a priori eine ablehnende Haltung zu vermitteln.

Wesentlich ist ein Gleichgewicht zwischen Offenheit für subjektive Modelle des Patienten und einem sorgfältigen Achten auf die Gesamtsituation der Person. An erster Stelle steht auch hier die Diagnostik (Assessment), dann die Bewertung (Evaluation) und schließlich die Erarbeitung einer tragfähigen therapeutischen Vorgehensweise (Procedere).

4.1. Diagnostik – Assessment

In der Diagnostik gilt es zuerst einmal herauszufinden, ob die spirituelle Deutung ein Begleitphänomen ist, oder ob sie dem Betroffenen als grundlegendes Erklärungsmodell dient. Wie umfassend / beherrschend ist es? Welche Bedeutung hat die Spiritualität für die Psychodynamik? Wird sie als Weg zur Bewältigung oder als pathologische Abwehr gebraucht (dafür gibt es bereits biblische Vorbilder, vgl. Jakobus 1:13)?

Ist die Spiritualisierung Teil eines Wahns? Hier müssen die Kriterien der psychiatrischen Diagnostik unter einer adäquaten Gewichtung des kulturellen Hintergrundes angewendet werden (wird die Deutung von der Umgebung mitgetragen? Ist die Patientin noch funktionsfähig? Sind weitere Störungen des Denkens, der Affektivität, der Psychomotorik vorhanden?).

Und schließlich ist zu fragen: Welche therapeutischen Konsequenzen ergeben sich aus der Spiritualisierung? Kann die Spiritualisierung als Grundlage für therapeutische Vorgehensweisen genutzt werden?

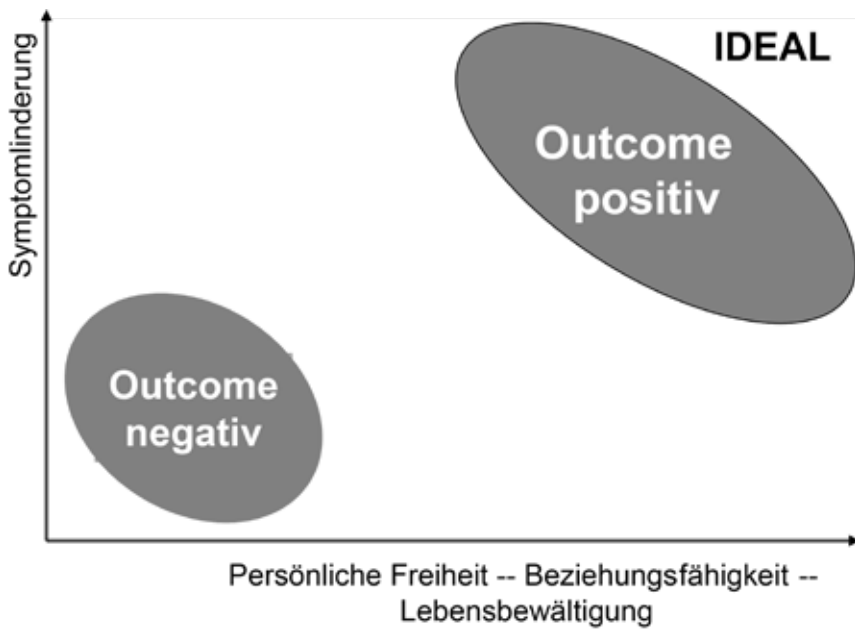
4.2. Bewertung - Evaluation

Diese sollte in Zusammenarbeit mit dem Ratsuchenden vorgenommen werden, in einem sensiblen Erspüren der Bedeutung für die Person. Dies ist selbst für einen Therapeuten mit eigener christlicher Spiritualität nicht immer leicht, weil unterschiedliche Frömmigkeitsstile Spannungsfelder erzeugen können. Oftmals ist es nicht möglich, das spirituelle Modell des Ratsuchenden einfach zu akzeptieren, zu-

mal auch der Therapeut / die Therapeutin das Recht, ja sogar die moralische Pflicht hat, ihren eigenen spirituellen Standort zu kennen und in Integrität dazu zu stehen, auch wenn dies nicht im Sinne eines verbalen Glaubensbekenntnisses geschehen kann. Die theologische Gewichtung der Frage „Was ist Wahrheit?“ ist zwar nicht unwesentlich, kann aber im therapeutischen Kontext nur in Ausnahmefällen diskutiert werden. Vielmehr stellt sich die Frage: Welchen Einfluss auf das Wohlbefinden, die Lebensbewältigung und die psychosoziale Entwicklung eines Menschen? Idealerweise sollte eine spirituelle Intervention zu einer deutlichen Symptomlinderung führen und gleichzeitig der Person persönliche Freiheit vermitteln, eine vermehrte Beziehungsfähigkeit und eine verbesserte Lebensbewältigung. Dies kann selbst bei Vorgehensweisen eintreten, die vom Therapeuten nicht unbedingt mit Überzeugung empfohlen würden, z.B. einem sogenannten „Befreiungsdienst“ (vgl. Bull et al. 1998).

In der Evaluation dieser Ressourcen ist es wesentlich, zwischen funktionalen und dysfunktionalen Formen der Religiosität zu differenzieren (Spilka 1989). Küng (1987) spricht von „wahrer Religiosität“, die sich überall dort finde, „wo Religion psychohygienisch oder soziohygienisch nicht eine versklavende, sondern ein be-

Abbildung 2: Beeinflussung psychosomatischer Syndrome auf der biologischen und auf der psychotherapeutisch-seelsorglichen Ebene.



freien-de, nicht eine schädigende, sondern eine heilende, nicht eine labilisierende, sondern eine echt stabilisierende Funktion hat, wo sie also Grundlage ist für wahre Selbstverwirklichung und zielgerichtete Aufgabenbewältigung im persönlichen wie im gesellschaftlichen Bereich“ (S. 141).

In Bezug auf die subjektive Verarbeitung der Depression kann eine positive Religiosität sich darin auswirken, dass der Patient beispielsweise seine Depression wieder-erkennt im Schicksal eines Hiob, oder seinen Zustand im Meditieren über einem Psalm reflektiert (Bohren, 1990). Biblische Bilder und religiöse Symbole können dann zu Metaphern der Identifikation und der Hoffnung werden, die auch in den Zeiten quälenden Grübelns ein völliges Verzweifeln verhindern (Nägeli, 1984). So kann der Glaube im Einzelfall auch zu einem entscheidenden Faktor in der Suizid-prophylaxe werden, indem sich der drängende Suizidimpuls zur Erlösungssehnsucht ohne suizidale Eigenhandlung wandelt.

4.3. *Procedere*

In der therapeutischen Arbeit mit gläubigen Menschen ist es wesentlich, Einfühlung in das Leiden des Patienten und Offenheit für seine religiöse Welt zu zeigen. Dazu gehört nicht nur eine positive Gewichtung, sondern vielleicht auch das Gespräch über Enttäuschungen des Glaubens. Falls nötig und möglich, kann die Zusammenarbeit mit dem Seelsorger vor Ort eine hilfreiche Ergänzung sein. Er oder sie kann häufigere Treffen anbieten, kann die betroffene Person auch integrieren in hilfreiche Gruppenangebote der Gemeinde.

Wesentlich erscheint mir die Psychoedukation, die dem Betroffenen einen breiteren Horizont zur Deutung seines Leidens eröffnet. Das geistliche Leben kann durch psychische Krankheit (z.B. Depression) eingeschränkt werden. In der Depression kommt es zum Einfrieren der Gefühle, zu Einengung der Gedanken. Oft entsteht der Eindruck, ja die Überzeugung, dass Gebete nicht gehört werden, dass das Wort Gottes „nicht zum Herzen spricht“; dass Menschen überwältigt werden von ihrer Schuld(obwohl sie diese schon längst bereut und unzählige Male bekannt haben). Nach dem Abklingen der Depression wird auch das geistliche Leben wieder lebendig (auch ohne spezifische geistliche Anstrengung!). Wesentlich erscheint auch ein Erklärung für das Zusammenwirken von Leib und Seele: unsere psychische Befindlichkeit beeinflusst auch unser spirituelles Leben, ähnlich einem verstimmtten Klavier: selbst der beste Pianist kann dem Instrument keinen reinen Klang entlocken, bis es wieder gestimmt ist.

Eine weitere Vorgehensweise möchte ich als „Reframing“ bezeichnen: Spiritualität wird darin als ein Teil (und nicht als alleiniger Faktor) eines umfassenderen Krankheits- und Bewältigungsmodells verstanden. Hier stellt sich auch die Frage, wie die betroffene Person selbst die spirituelle Deutung erlebt: als Hilfe oder

als Last? Als Unterstützung oder als Gruppendruck (Johnson & Van Vonderen 1996)?

Manchmal kann man biblische Bilder und Metaphern zur Unterstützung einer therapeutischen Aussage verwenden. Ein Beispiel: *Eine junge Frau, die als Kind sexuell missbraucht worden war, wird von ihrem Seelsorger gedrängt, ihren Eltern sofort zu vergeben. In ihr bäumt sich alles auf. Ist sie ungehorsam? Ist ihr Herz so verfinstert, dass sie nicht vergeben will? Hilfreich war hier die Geschichte von Jakob und Esau, die sich erst nach vielen Jahren wieder begegnen und vergeben konnten.*

Manchmal werden sich aber auch Situationen ergeben, wo man keinen gemeinsamen Nenner findet. Theologische Streitgespräche sind nicht sinnvoll und therapeutisch nur selten hilfreich. So gilt es manchmal schlichtweg „to agree to disagree“, also festzustellen, dass man unterschiedlicher Meinung ist. Dies wird insbesondere dort der Fall sein, wo sich eine Patientin immer wieder gegen den Rat des Therapeuten in destruktive Exorzismen begibt oder einen esoterischen Geistheiliger aufsucht, obwohl seelische Konflikte voraussehen sind. Allerdings sollte auch das Angebot bestehen, bei Bedarf wiederzukommen, wenn sich das Problem nicht löst, oder eine neue seelische Not bzw. ein Rezidiv einer psychischen Krankheit auftritt.

Ziel einer jeden Therapie wäre im Rahmen der allgemeinen Lebensbewältigung das Erreichen einer funktionalen Spiritualität, die durch folgende Elemente gekennzeichnet wäre:

- sie lebt aus dem Bewusstsein einer persönlichen Gottesbeziehung.
- stärkt das Selbstvertrauen und die persönliche Entfaltung (im Vertrauen auf Gott).
- sie ermöglicht eine reife Gestaltung von Beziehungen und der „sozialen Nische“ (Willi et al., 1999) inklusive der „Glaubensnische“.
- nimmt Hilfe zur Lebensbewältigung an.

Die obigen Ausführungen haben deutlich gemacht, dass es sich beim Umgang mit spirituellen Deutungen um einen Balanceakt handelt, den letztlich jeder Therapeut und jede Therapeutin selbst ausgestalten muss. Hilfreich erscheint mir ein Zitat von Hans Küng (1987, S. 139), der einmal folgende Worte geschrieben hat:

„Ich plädiere nicht für eine religiöse Psychotherapie oder eine Psychotherapie nur für Religiöse, sondern für eine Therapie, die – unter anderen spezifisch menschlichen Ausdrucksformen – auch das Phänomen Religion ernst nimmt. Ich plädiere für eine Therapie, die . . . im Detail zu explorieren versucht, was die ganz individuelle, oft sehr unorthodoxe und sich im Laufe des Lebens meist stark verändernde «heart religion» für den Patienten, die «Religion seines Herzens» ist.“

Literaturverzeichnis

- ANGERMEYER, M.C., & KLUSMANN, D. (1988): The causes of functional psychoses as seen by patients and their relatives. I: The Patients' point of view. *Euro-pean Archives of Psychiatry and Neurological Sciences* 238:47–54.
- BOHREN, R. (1990). In der Tiefe der Zisterne. München: Chr. Kaiser.
- BULL, D.L., ELLASON, J.W., & ROSS, C.A. (1998): Exorcism revisited: Positive outcomes with Dissociative Identity Disorder. *Journal of Psychology and Theology* 26, S. 188-196.
- CSORDAS, T.J. (1994). The sacred self. A cultural phenomenology of charismatic healing. Berkeley CA: University of California Press.
- FRANK, J.D. (1971). Therapeutic factors in psychotherapy. *American Journal of Psychotherapy*, 25:350-361.
- HOLE, G. (1977). Der Glaube bei Depressiven. Eine empirische Untersuchung. Stuttgart: Enke.
- JOHNSON, D. & VAN VONDEREN, J. (1996): Geistlicher Missbrauch. Die zerstörende Kraft der frommen Gewalt. Wiesbaden: Projektion J.
- KÜNG, H. (1987): Freud und die Zukunft der Religion. München: Piper.
- McGuire M. (1988). Religious healing in suburban America. New Brunswick: Rutgers University Press.
- NÄGELI, S. (1984). Du hast mein Dunkel geteilt. Gebete an unerträglichen Tagen. Freiburg: Herder.
- PFEIFER, S. (1994). Belief in demons and exorcism. An empirical study of 343 psychiatric patients in Switzerland. *British Journal of Medical Psychology* 67:247–258.
- DERS. (1999). Demonic attributions in nondelusional disorders. *Psychopathology* 32:252–259.
- PFISTER, S. & THIEL, S. (1999). Religiosität und subjektive Krankheitstheorie. Eine empirische Untersuchung bei 53 psychiatrischen PatientInnen. Dissertation Medizinische Fakultät der Universität Bern.
- RUHBACH G. (1994). Spiritualität. In: Burckhardt H. und Swarat U., Hrsg.: Evangelisches Lexikon für Theologie und Gemeinde, Band 3. Wuppertal / Zürich: R. Brockhaus; S. 1880-1883.
- SCHARFETTER, C. (1999). Spiritualität – Wege und Irrwege. *Psychologie Heute* 6, 1999, S. 21-26.
- SPLKA, B. (1989): Functional and dysfunctional roles of religion: an attributional approach. *Journal of Psychology and Christianity* 8:5-15.
- SPLKA, B., & MCINTOSH, D.N. (1995). Attribution theory and religious experience. In: Hood, R.W. (Hrsg.) *Handbook of religious experience*. Birmingham AL: Religious Education Press.
- WILLI J., TOYGAR-ZURMÜHLE A. & FREI R. (1999). Die Erfassung der persönlichen Nische als Grundlage der supportiven Psychotherapie. *Nervenarzt* 70:847-854.