Der Abt schien ein wenig verunsichert: „Warum sprecht Ihr so beharrlich von schlimmen Verbrechen, ohne Euch zu ihren teuflischen Ursachen äußern zu wollen?“ „Weil das Schlussfolgern von den Wirkungen auf die Ursache eine so schwierige Sache ist, dass allein Gott der Richter sein kann. Uns Menschen fällt es bereits dermaßen schwer, einen ursächlichen Zusammenhang herzustellen zwischen einer so offenkundigen Wirkung wie etwa dem Brand eine Baumes und dem Blitz, der ihn verbrannte, dass der Versuch, lange Ketten von Ursachen und Wirkungen zu konstruieren, mir ebenso wahnhaft erscheint, wie der Versuch, einen Turm zu bauen, der bis zum Himmel reicht.“

Umberto ECO, Der Name der Rose.

Veröffentlichung und richtige Zitierweise:
Pfeifer S. (2005). Psychopathologie und Kausalattribution. Besessenheit als Metapher für psychisches Leiden. In: De Waardt H. et al. (Hrsg.): Dämonische Besessenheit. Zur Interpretation eines kulturhistorischen Phänomens. Verlag für Regionalgeschichte, Bielefeld. ISBN 3-89534-489-3. – S. 293 – 305.

5 Besessenheit als Metapher für psychisches Leiden.

Empirische Befunde und therapeutische Implikationen.

Samuel Pfeifer
Psychiatrische Klinik Sonnenhalde, Riehen bei Basel

ABSTRACT: Psychisches Leiden kann so quälend werden, dass die betroffene Person es als fremd und von außen gemacht erlebt. Je nach kulturellem und religiösem Hintergrund wird die Ursache in dämonischen Kräften gesehen. In einer eigenen empirischen Studie bei 343 vorwiegend protestantischen Patienten, die sich selbst als religiös bezeichneten, fand sich bei 37,6 Prozent eine dämonische Kausalattribution. In 30,3 Prozent wurde Hilfe durch rituelle Gebete um Befreiung (mit mehr oder weniger exorzistischem Gepräge) gesucht.

Es wird die Funktion dieser dämonischen Attributionen und der damit verbundenen Riten beschrieben. Oftmals handelt es sich nicht um festgelegte Überzeugungen, sondern um subjektiv geprägte Deutungsmuster, die parallel zu anderen, medizinisch geprägten Erklärungsmodellen bestehen. Obwohl viele Patienten Befreiungsrituale als positiv erlebten, konnte aus ärztlicher Sicht keine Verbesserung der krankheitsbedingten Symptomatik beobachtet werden. Schädliche Auswirkungen wie z.B. eine psychotische Dekompensation, waren verbunden mit starkem emotionalem oder physischem Druck und gleichzeitigem Weglassen einer medizinischer Behandlung.

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?

Seelische Störungen sind nicht zuletzt deshalb so schwer zu bewältigen, weil sie sich nur sehr unvollkommen erklären lassen und weil die Betroffenen sich oft außerstande fühlen, ihre Empfindungen und Denkmuster aktiv kontrollieren zu können. Diese Konstellation stellt eine wesentliche Voraussetzungen für Kausalattributionen, die dem Ziel dienen, das Leiden kontrollierbarer zu machen und die damit verbundene Spannung zu vermindern [1].

Erklärungsmuster sind auch wichtig für die Psychotherapie. Jerome Frank [2] 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 attributiver Erklärungssysteme mit dem Ziel von Verständnis und Heilung für psychisch Leidende.

Die neuere Literatur über Psychopathologie und Besessenheit hat gezeigt, dass der Glaube an dämonische Einflüsse auch in der Gegenwart in vielen Kulturen sehr verbreitet ist [3]. In der arabischen Sprache wird umgangssprachlich noch heute ein Mensch mit einer psychischen Krankheit als „madschnun“, also von einem „dschinn“ besessen bezeichnet.

Während über die katholische Lehre von der Besessenheit umfangreiches Material besteht, scheint die Tatsache wenig bekannt, dass sich auch im protestantischen Raum eine weit verbreitete Vorstellung über dämonische Ursachen psychischer Probleme findet.

Der bekannteste Bericht über einen Exorzismus im evangelischen Umfeld wurde im Jahre 1844 von Johann Christoph Blumhardt[4] veröffentlicht, einem lutherischen Pfarrer mit pietistischer Tradition. Im Fall der jungen Lehrerin Gottliebin Dittus dokumentierte er detailliert die dramatischen Manifestationen der „Besessenheit“ und den Prozess des Exorzismus, der sich über zwei Jahre hinzog. Sie wurde schließlich von ihrem Leiden erlöst und führte seither ein ruhiges Leben ohne weitere dämonische Belästigungen. Der Fall stimulierte über hundert Jahre hinweg theologische und psychologische Debatten. Der Basler Psychoanalytiker Gaetano Benedetti [5] interpretierte die Symptome als komplexe Manifestation einer hysterischen Konversionsneurose und bescheinigte Blumhardt ein umsichtiges Vorgehen mit psychodynamisch hilfreichen Interventionen.

Blumhardts offizieller Bericht an den Bischof erzielte breite Aufmerksamkeit und führte viele dazu, psychische Probleme als dämonen-induzierte Phänomene zu betrachten, die einer „Lossprache“ bedurften. Als Reaktion darauf hat Werner [6] ein Büchlein publiziert, das Theologen aus psychiatrischer Sicht helfen sollte, psychische Störungen („Irresein“) von Besessenheit zu unterscheiden. Seine Schlussfolgerung: „Irresein ist nicht Besessenheit, sondern Besessenheit ist „Irresein.“ (S. 34). Historisch interessant ist die Tatsache, dass eine ähnliche Schlussfolgerung schon im 16. Jahrhundert durch den Medicus Johannes Weyer publiziert wurde, der damals am Hofe zu Düsseldorf wirkte [7].

Dennoch glauben immer noch viele Menschen in evangelischen Kirchen und Freikirchen an die Lehre von der „okkulten Belastung“ und sehen die Ursachen psychischer Schwierigkeiten in einer dämonischen Beeinflussung. Im Grunde han-

delt es sich um eine Laien-Theorie der Psychopathologie innerhalb eines protestantischen Glaubens, der theologisch aber weit über die vorhandenen Texte im Neuen Testament hinausgeht. Die Kriterien zur Feststellung einer „okkulten Belastung" beinhalten nicht nur Verhaltensänderungen, sondern auch Informationen über den Familienhintergrund und die Vorgeschichte der betroffenen Person, inwieweit sich diese in „okkulte Praktiken" eingelassen habe. Eine breite Darstellung dieser Vorstellungen findet sich in dem Werk des evangelischen Theologen Kurt Koch [8].

Kausalattribution und Krankheitstheorie

Angermeyer & Klusmann [9] 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 Ursachen als „mögliche Ursache" ihrer Erkrankung, 22,3 Prozent sogar als wahrscheinliche / sehr wahrscheinliche Ursache. 3,1 Prozent sahen in einer „Besessenheit durch böse Geister" als „wahrscheinliche / sehr wahrscheinliche" Ursache, 10,9 Prozent als „mögliche" Ursache.

Im folgenden möchte ich eine eigene Untersuchung an 343 psychiatrischen Patienten vorstellen, die sich selbst als religiös bezeichneten. Nicht wenige dieser Patienten fragten mich spontan, was ich über eine mögliche dämonische Verursachung ihres Leidens dächte. Manche berichteten von Gebeten und Ritualen, von denen sie sich Befreiung von „okkulter Belastung" erwartet hatten. Methodische und demographische Details finden sich bei Pfeifer [10]. Diagnostisch wurden fünf Kategorien gebildet: 1. PSY (psychotische bzw. schizophrene Störungen), 2. DEP (Depressive Störungen), 3. Angststörungen (inklusive Zwangsstörungen), 4. PERS (Persönlichkeitsstörungen), 5. ADJ (Anpassungsstörungen). Es wird zwischen vier konfessionellen Gruppen unterschieden: RCC = Römisch Katholische Kirche, SRC = Schweizerische Reformierte Kirche, TFC = Traditionelle Freikirche, CFC = Charismatische Freikirche.

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, SD = 11,4). Die Kirchenzugehörigkeit war vorwiegend evangelisch, wobei 111 Patienten sich zur SRC zählten, 28 zur RCC (Landeskirchen). 164 Patienten zählten sich zu traditionellen Freikirchen und 40 waren Mitglieder charismatischer Freikirchen.

129 der 343 Patienten (37,6 %) glaubten an eine mögliche dämonische Verursachung ihrer Probleme. 104 Patienten (30,3 % des ganzen Samples) suchten

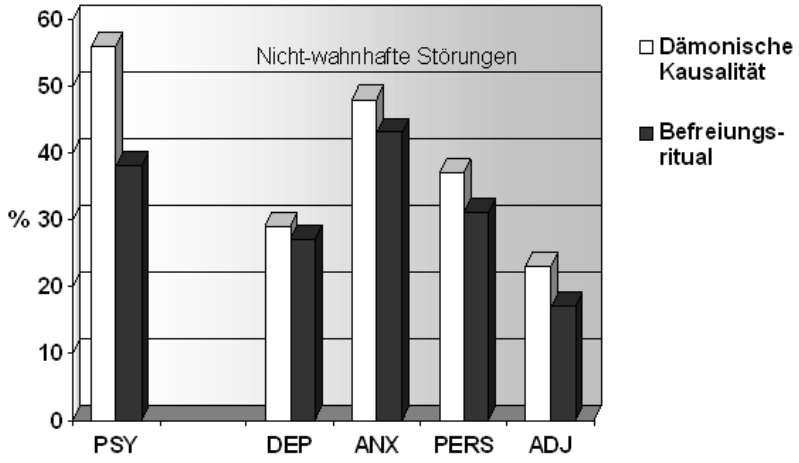
Hilfe durch ein Befreiungsgebet oder ein Befreiungsritual. Patienten, die an eine okkulte Kausalität glaubten, waren signifikant häufiger aus ländlichen Gegenden und hatten einen niedrigeren Ausbildungsgrad. Rituelle Gebete um Befreiung waren signifikant korreliert mit der Kirchenzugehörigkeit, wo die größte Häufigkeit bei Mitgliedern der CFC zu finden war (52 %). Insgesamt fand sich eine deutlich höhere Tendenz in freien Kirchen, psychische Probleme als dämonisch verursacht zu betrachten.

Abbildung 1 zeigt die Häufigkeit dämonischer Kausalitätsattributionen und Freibetungsritualen in Bezug zu den diagnostischen Kategorien.

Die Häufigkeit dämonischer Kausalattributionen mag auf den ersten Blick hoch erscheinen. Berücksichtigt man aber die Tatsache, dass nur hoch-religiöse Patienten untersucht wurden, so findet man in einer soziologischen Untersuchung von Campiche & Dubach [11], dass in der Schweiz ca. 7 % dieser Gruppe zuzuordnen sind. Wenn also 129 von 343 Patienten an eine dämonische Kausalität glaubt, so ergibt dies einen Prozentsatz von 2,6 % der Bevölkerung, was sich sehr gut mit anderen Untersuchungen in Einklang bringen lässt [12].

In den psychiatrischen Diagnosemanualen findet sich nur selten die Erwähnung von Besessenheit, und wenn, dann primär im Zusammenhang mit wahn-

Abbildung 1: Glaube an dämonische Kausalität bei verschiedenen Krankheitsbildern (in Prozent). PSY = Psychosen, DEP = Depressionen, ANX = Angststörungen, PERS = Persönlichkeitsstörungen, ADJ = Anpassungsstörungen.



haftem Denken oder bei der „Multiplen Persönlichkeitsstörung“ [13], die heute eher als „Dissoziative Identitätsstörung“ bezeichnet wird. Immerhin wird in letzter Zeit mehr Gewicht auf eine „kulturelle Sensitivität“ gelegt [14], die auch in der vierten Revision des Diagnostischen und Statistischen Manuals Psychischer Störungen (DSM-IV) ihren Ausdruck findet.

Allerdings korrespondieren die Patienten-Vorstellungen über dämonische Einflusse 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. So fand sich in der eigenen Untersuchung kein spezifisches kultur-gebundenes Syndrom, zumal die Zustandsbilder der Patienten sehr wohl nach den Traditionen psychiatrischer Nosologie diagnostiziert werden konnten.

Diagnose und dämonische Kausalattribution

Überraschend war allerdings, dass sich dämonische Kausalattributionen nicht nur bei wahnhaften Patienten in hohem Masse fanden, sondern in allen diagnostischen Gruppen. Je intensiver das Gefühl eines ego-dystonen Einflusses, desto häufiger kam es zur Vermutung eines „okkulten“ Einflusses. Es soll nun ein kurzer Abriss über die Besonderheiten der einzelnen diagnostischen Gruppen gegeben werden.

a) SCHIZOPHRENIE UND WAHNHAFTE STÖRUNGEN: Bei schizophrenen Patienten fanden sich in der Tat vielfältige Wahnideen, die auch die Vorstellung von Satan und Dämonen enthielten. Viele Patienten und ihre Angehörigen suchten aber auch nach Erklärungen für ihre Krankheitserfahrung ohne wahnhaften Überbau. Es scheint also wichtig zu sein zwischen Wahnideen, überwertigen Ideen und religiösen Vorstellungen zu unterscheiden.

b) DEPRESSIVE STÖRUNGEN: Trotz der breiten Aufklärung über die Natur depressiver Störungen und die Möglichkeiten einer medikamentösen Behandlung, sah etwa ein Viertel der depressiven Patienten auch eine spirituelle Ursache. So wurde beispielsweise der depressiv bedingte Verlust von Energie, Interesse und Freude an religiösen Aktivitäten als ein Zeichen eines dämonischen Einflusses gewertet, besonders in charismatischen Gruppen, wo die Betonung auf den emotionalen Beweis des Kontaktes mit Gott gelegt wird („den Herrn erfahren“).

c) ANGSTSTÖRUNGEN (inklusive Panik- und Zwangsstörungen): Hier fand sich eine erstaunlich hohe Zahl von dämonischen Kausalattributionen. Dies wird verständlich, wenn man daran denkt, dass ego-dystone, ja sogar blasphemische Zwangsgedanken für die Betroffenen sehr belastend sind und deshalb rasch als dämonische „Anfechtung“ interpretiert werden. Das Selbe gilt für Panikattacken mit intensiven Körpermissempfindungen, die von den Betroffenen als fremd, unkontrollierbar und Lebensbedrohlich erlebt werden.

d) PERSÖNLICHKEITSSTÖRUNGEN: Okkulte Attributionen waren besonders häufig bei Patienten mit histrionischen und Borderline-Persönlichkeitsstörungen. Dies entspricht vielen historischen Berichten, wo hysterisches Verhalten besonders häufig Anlass zur Vermutung einer Besessenheit gab. Eine Fallvignette soll illustrieren, wie ein solches Zustandsbild sich äußern kann:

> *J.G., eine 36-jährige katholische Ordensfrau, hochintelligent mit einem Universitäts-Abschluss, ohne religiösen Hintergrund in ihrer Herkunftsfamilie. Die Borderline-Diagnose ergibt sich aus folgenden Symptomen: schon seit der Adoleszenz emotionale Instabilität mit häufigen Stimmungsschwankungen, Reizbarkeit, Angst, Schlafstörungen, häufigen Wutausbrüchen, gefolgt von intensiver Reue. Die Patientin trat dem Schwesternorden bei, um inneren Frieden zu finden und sich selbst der Disziplin zu unterwerfen. Jedoch kam es bald zu intensiven Konflikten mit ihren Vorgesetzten und Mitschwestern, manchmal mit unangemessenen Wutausbrüchen, dann wieder mit ausgeprägten depressiven Zuständen und Selbstverletzungen im Sinne von Suizidandeutungen. Der Orden wurde durch die katholisch-charismatische Bewegung beeinflusst, und das Verhalten wurde als „dämonische Umsessenheit“ gedeutet (nicht als Besessenheit im engsten Sinne des Wortes). Die Patientin unterzog sich verschiedenen exorzistischen Ritualen mit einer Mischung aus echter Hoffnung auf Befreiung und einer masochistischen Neigung, mit der sie sich den exorzistischen Beschimpfungen der „Dämonen“ in ihr aussetzte. Nachdem sich der Zustand nicht verbesserte, wurde sie in ein anderes Kloster versetzt, wo es nach weiteren Problemen zu einem ernsthaften Suizidversuch kam, der zu einer psychiatrischen Konsultation führte.*

Gerade bei sexuellen Konflikten kam es häufig zu dämonischen Attributionen. Parallelen finden sich in einem Bericht über Verhexungsideen bei süditalienischen Gastarbeitern in der Schweiz [15]. Diese entwickelten sich insbesondere, wenn sie sich trotz kultureller und religiöser Tabus sexuell von einer Frau angezogen fühlten. Die Attribution eines dämonischen Einflusses kann also gedeutet werden als unbewusste Form der Verleugnung von Trieben und Verhaltensweisen, die in der religiösen Kultur nicht akzeptabel sind und auch den persönlichen Idealen widersprechen. Ein zusätzliches Gefühl eines ich-fremden Einflusses ist die suchtartige Intensität, die sich bei sexuellem Verlangen entwickeln kann, die anscheinend der bewussten Kontrolle entzogen sind. Ähnliche dämonische Interpretationen finden sich auch in Bezug auf Drogenabhängigkeit in evangelischen Drogen-Rehabilitations-Programmen, wo man dann nach „okkulten Ursachen“ fahndet und entspre-

chende Befreiungsrituale durchführt.

e) ANPASSUNGSSTÖRUNGEN: Hierbei handelt es sich ja um Störungen, bei denen die psychosozialen Auslöser deutlich hervortreten und den Patienten bewusst sind. Erklärbar werden die dämonischen Attributionen, wenn man bedenkt, dass in charismatischen Kreisen jede Widrigkeit des Lebens als Wirken Satans verstanden wird. Eine eindrückliche Beschreibung der charismatischen Dämonologie findet sich in einer soziologischen Studie von Thomas Csordas[16]. Konflikte mit anderen Menschen werden dann als geistlicher Konflikt gedeutet, speziell wenn die Einstellungen und Verhaltensweisen der andern Person theologisch inkongruent mit den Lehren einer Gruppe sind.

Oft ist die Überzeugung, dämonisch belastet zu sein, keine feste Überzeugung. Sie bildet viel eher ein Element in einem Mosaik verschiedener Krankheitsüberzeugungen, ein religiöses Element im Rahmen der „help-seeking pathways“ [17]. Wenn die exorzistischen Rituale ohne Erfolg bleiben, kommt es nicht selten zur Enttäuschung und zur Abkehr von diesen Vorstellungen. Oft kann auch eine umfassende therapeutische und medikamentöse Behandlung den Betroffenen klar machen, dass sie damit mehr Lebensqualität haben, ohne notwendigerweise auf eine persönliche Religiosität zu verzichten.

Obwohl bisher vor allem Fälle beschrieben worden sind, wo religiöse Patienten an eine dämonische Ursache glauben, ist es wichtig zu betonen, dass viele nicht an eine solche dämonische Beeinflussung glaubten, unabhängig von ihrer Kirchenzugehörigkeit.

Der Krankheitsverlauf schien, zumindest in der von mir untersuchten Patientengruppe mit ausgeprägtem Schweregrad, durch die Befreiungsrituale nicht beeinflusst worden zu sein. Parallelen zu diesem Befund finden sich auch in Berichten über Heilrituale in anderen Kulturen [18]. Nichtsdestotrotz gibt es je nach Durchführung des Rituals und nach dem Zustand eines Patienten Berichte von positiven Erfahrungen und Funktionen im subkulturellen Umfeld des Patienten [19]. In der hier untersuchten Gruppe war eine positive Erfahrung verbunden mit einer ruhigen, ermutigenden Atmosphäre, die nicht einzig auf eine dämonen-induzierte Pathologie fixiert war, sondern daneben auch andere Erklärungsmodelle zuließ, die Konsultation eines Arztes und die Einnahme von Medikamenten ermutigte und verbunden war mit einer tragenden Seelsorge-Beziehung, die geistliche und praktische Unterstützung vermittelte. Negative Erfahrungen waren verbunden mit einer streng dogmatischen und autoritären Haltung des Heilers, die Fokussierung auf Dämonen allein (unter Ausschluss anderer Modelle), wiederholte und lang dauernde exorzistische Sitzungen in einer emotional aufgeladenen Atmosphäre, in der angebliche Dämonen angeschrien und ausgelacht wurden. In einigen seltenen Fällen wurden solche Praktiken verbunden mit körperlichen Handlungen, die dazu dienen sollten, den dämonischen Einfluss wegzuwaschen (ein Fall) oder die

Berührung an intimen Körperbereichen, was einer sexuellen Grenzüberschreitung gleichkam (drei Fälle). Negative Erfahrungen traten auf, wenn sich die Symptome nicht besserten und die Patienten zusätzliche Schuldgefühle, Ängste und Verzweiflung entwickelten. Oftmals wurden unspezifische Gefühls- und Körperreaktionen (z.B. Zittern, Kloßgefühl im Hals) als Beweis dämonischer Aktivität gedeutet, was die Angst noch erhöhte. Besonders bei psychotischen Zustandsbildern, die nicht erkannt wurden, bestand die Gefahr einer Verschlimmerung mit nachfolgender psychiatrischer Hospitalisation [20]. Eindrückliche Parallelen solcher Negativerfahrungen wurden bei Teilnehmern von emotional aufwühlenden und/oder autoritär geführten Gruppenpsychotherapien berichtet [21].

Therapeutischer Umgang mit spirituellen Deutungen

Die Konstruktion der Bedeutung auf dem Hintergrund gemeinsamer kultureller Werte ist ein universales Phänomen [22]. Oftmals sind Ärzte und alternative Heiler Partner im Gesundheitswesen, ohne dass sie es voneinander wissen. Es erscheint deshalb wichtig, um solche Kausalattributionen zu wissen, selbst wenn sie auf den ersten Blick mit medizinischen und psychologischen Modellen inkompatibel erscheinen. Die beschriebenen Vorstellungen und Praktiken sind religiöse Formen alternativen Heilens, die ihren festen Platz in den facettenreichen Aspekten der postmodernen Kultur des Westens haben [23]. In ihrem hilfe-suchenden Verhalten („help seeking behaviour“) konsultieren viele religiöse Patienten den Arzt und den christlichen Seelsorger und verbinden Medikamente mit Gebeten um die Befreiung von dämonischen Mächten.

Psychiater und Psychotherapeuten sollten diese Vorstellungen kennen. Eine verständnisvolle Haltung mit einem vorurteilsfreien Respekt für religiöse Werte hilft oftmals die Tür für eine vertiefte Exploration anderer Modelle zu öffnen und vielleicht besser damit umzugehen. Hier sind einige Stichworte, die mir besonders wichtig erscheinen:

- Einfühlung in das Leiden des Patienten und Offenheit für seine religiöse Welt zeigen.
- Zusammenarbeit mit dem Seelsorger (falls möglich)
- Psychoedukation: Das spirituelle Leben kann durch psychische Krankheit (z.B. Depression) deutlich eingeschränkt und überschattet werden.
- Reframing: Spiritualität als Teil eines umfassenderen Krankheits- und Bewältigungsmodells
- Evaluation: Spirituelle Deutung als Hilfe oder als Last? Unterstützung oder Gruppendruck?
- Nutzen biblischer Bilder und Metaphern (mit Bedacht; keine Streitgespräche!)

– Manchmal: „Agree to disagree“ und dennoch zur Verfügung stehen, wenn Not da ist.

Besonderes Augenmerk ist denen zu widmen, die ein therapeutisches Versagen von Befreiungsritualen erlebt haben. Wenn man den Wert einer Kirche oder Gruppe für die Lebensbewältigung eines Menschen evaluiert, so sollte man unterscheiden zwischen hilfreichen Faktoren (z.B. Gemeinschaftsgruppen oder regelmässige unterstützende Seelsorge durch den Pastor) und schädlichen Einflüssen (insbesondere rigide und autoritär einengende Formen der Seelsorge).

Die therapeutische Arbeit mit religiösen Patienten fordert oft dazu heraus, ein gemeinsames Modell der Sinnhaftigkeit und der Bewältigung zu entwickeln, das auch diejenigen Anteile des religiösen Lebens eines Patienten (seinen subkulturellen Kontext) einschließt, die seinen Bedürfnissen zuträglich sind [24]. Der Arzt wird konsultiert, um ein Übersetzer des Unerklärlichen und Bedrohlichen zu sein: „Die Entscheidung medizinischen Rat zu suchen, ist die Bitte um Interpretation . . . Patient und Arzt rekonstruieren miteinander die Bedeutung eines Ereignisses in einer gemeinsamen Mythpoesis . . . Wenn die Puzzle-Teile ihren Platz finden; wenn subjektive Erfahrung und ärztliche Interpretation sich annähern; wenn der Patient eine kohärente ‚Erklärung‘ erhält, in der er sich nicht mehr als Opfer de Unerklärlichen und Unkontrollierbaren fühlt, dann, ja dann sind seine Symptome in der Regel ausgetrieben.“ [25]

Korrespondenzadresse:

Dr. med. Samuel Pfeifer
Psychiatrische Klinik Sonnenhalde
Gänshaldenweg 22 - 32
CH-4125 Riehen

E-Mail: pfeifer@sonnenhalde.ch

Anmerkungen

1. Bernard WEINER, An attributional theory of motivation and emotion, New York 1986.
2. Jerome FRANK, Therapeutic factors in psychotherapy. American Journal of Psychotherapy, 25 (1971), S. 350-361.
3. Colleen A. WARD (Hrsg.), Altered states of consciousness and mental health: A cross-cultural perspective, London 1989.
4. Johann Christoph BLUMHARDT, Blumhardts Kampf. Die Krankheits- und Heilungsgeschichte der G. Dittus in Moettlingen, 15. Auflage, Stuttgart 1844/1975.
5. Gaetano BENEDETTI, Blumhardts Seelsorge in der Sicht heutiger psychotherapeutischer Kenntnis, in: Reformatio 9 (1960), S. 474 487 (Teil I) und S. 531 539 (Teil II).
6. H. WERNER, Irresein und Besessensein. Eine Handreichung der Psychiatrie an die Theologie. Bonn, 1867.
7. Johann WEYER, De praestigiis daemonum. (edited by Benjamin G. Kohl and H.C. Erik Midelfort). Pegasus Press, Asheville NC 1998.
8. Kurt KOCH, Seelsorge und Okkultismus. 25. Auflage, Basel 1982.
9. Manfred C. ANGERMEYER & D. KLUSMANN, The causes of functional psychoses as seen by patients and their relatives. I. The patients' point of view, in: European Archives of Psychiatry and Neurologic Sciences 238(1988), S. 47-54.
10. Samuel PFEIFER, Belief in demons and exorcism. An empirical study of 343 psychiatric patients in Switzerland, in: British Journal of Medical Psychology 67 (1994), S. 247-258.
11. Alfred DUBACH & Roland J. CAMPICHE (Hrsg.), Jeder ein Sonderfall? Religion in der Schweiz, Zürich 1993.
12. ANGERMEYER & KLUSMANN (wie Anmerkung 10)
13. Colin A. ROSS, Multiple personality disorder: diagnosis, clinical features and treatment, New York 1989; James G. FRIESEN. Uncovering the mystery of MPD. Ist shocking origins, ist surprising cure. San Bernardino (CA) 1991.
14. David LUKOFF, Francis LU, & Robert TURNER, Towards a more culturally sensitive DSM-IV: psychoreligious and psychospiritual problems, in: Journal of Nervous and Mental Disorders 180(1992), S. 673-682.
15. Mario RISSO & Wolfgang BOEKER, Delusions of witchcraft: a cross-cultural study, in: British Journal of Psychiatry 114 (1968), S. 963-972.
16. Thomas J. CSORDAS, The sacred self. A cultural phenomenology of charismatic healing, Berkeley 1994.
17. Lloyd H. ROGLER & Dharma E CORTES, Help-seeking pathways: a unifying concept in mental health care, in: American Journal of Psychiatry 150 (1993), S. 554-561.
18. Kaja FINKLER, Non-medical treatments and their outcomes, in: Culture, Medicine and Psychiatry 4 (1988), 271-310.
19. Ezra E.H. GRIFFITH, The significance of ritual in a church-based healing model, in: American Journal of Psychiatry 140 (1983), S. 568–572; Dennis L. BULL, Joan W. ELLASON & Colin A. Ross, Exorcism revisited: Positive outcomes with Dissociative Identity Disorder, in: Journal of Psychology and Theology 26 (1998), S. 188-196.
20. Andrew SIMS, Demon possession: medical perspective in a western culture, in: Bernhard PALMER (Ed.), Medicine and the Bible. Exeter 1986.
21. Irvin D. YALOM & Morton A. Lieberman, A study of encounter group casualties, in: Archives of General Psychiatry 25 (1971), S. 16-30.
22. Arthur KLEINMAN, Leon EISENBERG & Byron GOOD, Culture, illness, and care. Clinical lessons from anthropologic and cross-cultural research, in: Annals of Internal Medicine 88 (1978), S. 251-258.
23. Leon EISENBERG, et al., Unconventional medicine in the United States, in: New England Journal of Medicine 328 (1993), S. 246-352.
24. Arthur KLEINMAN, The illness narratives. Suffering, healing and the human condition, New York 1988.
25. Leon EISENBERG, The physician as interpreter: Ascribing meaning to the illness experience, in: Comprehensive Psychiatry 22 (1981), S. 239-300; Zitat S. 245.

Ausgewählte Literatur zum Thema

1. Abas MA, Broadhead JC: Depression and anxiety among women in an urban setting in Zimbabwe. Psychol Med 1997; 27:59-71.
2. Alonso L, Jeffrey WD: Mental illness complicated by the santeria belief in spirit possession. Hosp Comm Psychiatry 1988; 39:1188–1191.
3. American Psychiatric Association: Diagnostic and statistical manual of mental disorders (3rd edn. revised). Washington DC, American Psychiatric Association 1987.
4. American Psychiatric Association: Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 4th ed. Washington DC, American Psychiatric Association 1994.
5. Angermeyer MC, Klusmann D: The causes of functional psychoses as seen by patients and their relatives. I. The patients' point of view. Eur Arch Psychiatry Neurol Sci 1988; 238:47-54.
6. Bartlett A: Behavioural perspectives on a Sri Lankan healing ritual. Int J Soc Psychiatry 1988; 35:245–251.
7. Berrios G: Delusions as „Wrong beliefs": A conceptual history. Br J Psychiatry 1991; 159 (suppl 14):6–13.
8. Bilu Y: Demonic explanations of disease among Moroccan Jews in Israel. Cult Med Psychiatry 1979; 3:363-380.
9. Castillo RJ: Spirit possession in South Asia, dissociation or hysteria? Cult Med Psychiatry 1994; 18:1–21.
10. Claus PJ: Spirit possession and spirit mediumship from the perspective of Tulu oral traditons. Cult Med Psychiatry 1979; 3:29–52.
11. Csordas TJ: Health and the holy in African and Afro-American spirit possession. Soc Sci Med 1987; 24:1–11.
12. Csordas TJ: The sacred self. A cultural phenomenology of charismatic healing. Berkeley, University of California Press, 1994.
13. Dubach A, Campiche RJ. [Everyone a special case? Religion in Switzerland] Jeder ein Sonderfall? Religion in der Schweiz. Zürich, Switzerland, NZN Verlag, 1993.
14. Ferracuti S, Sacco R, Lazzari R: Dissociative trance disorder. clinical and Rorschach findings in ten persons reporting demon possession and treated by exorcism. J Pers Assess 1996; 66:525-539.
15. Furnham A, Bower P: A comparison of academic and lay theories of schizophrenia. Br J Psychiatry 1992; 161:201-210.
16. Gaines AD : Culture-specific delusions. Sense and nonsense in cultural context. Psychiat Clin North Am 1995;18:281-301.
17. Goff DC, Brotman AW, Kindlon D, Waites M, Amico E: The delusion of possession in chronically psychotic patiens. J Nerv Ment Dis 1991; 179:567–571.
18. Grisaru N, Budowski D, Witztum E: Possession by the ‚Zar' among Ethiopian immigrants to Israel: psychopathology or culture-bound syndrome? Psychopathology 1997; 30:223-233
19. Hale, AS, & Pinniti NR (1994). Exorcism resistant ghost possession treated with clopenthixol. Br J Psychiatry 1994; 165:386–388.
20. Hamdi E, Amin Y, Abou-Saleh MT: Problems in the validation of endogenous depression in the Arab culture by contemporary diagnostic criteria. J Affect Dis 1997; 44:131–143.
21. Hoge DR, De Zuluetta E: Salience as a condition for various social consequences of religious commitment. J Sci Stud Relig 1985; 25:21–38.
22. Hohmann AA, Richeport M, Marriott BM, Canino GJ, Rubio-Stipec M, Bird H: Spiritism in Puerto Rico. Results of an island-wide community study. Br J Psychiatry 1990; 156:328–335.
23. Iida J (1989) The current situation in regard to the delusion of possession in Japan. Jap J Psychiatry Neurol 43:19–27.
24. Jacobsson L, Merdasa F: Traditional perceptions and treatment of mental disorders in western Ethiopia before the 1974 revolution. Acta Psychiatr Scand 1991; 84:475–481.
25. Jones E, Watson JP: Delusion, the overvalued idea and religious beliefs: a comparative analysis of their characteristics. Br J Psychiatry 1997; 170:381–386.
26. Keshavan MS, Narayanan HS, Gangadhar BN: Bhanamati Sorcery and psychopathology in South India. A clinical study. Br J Psychiatry 1989; 154:218–220.
27. Kleinman A: Patients and healers in the context of culture. Berkeley, University of California Press, 1980.
28. Levy A: Forensic implications of the difficulties of defining delusions. Med Law 1996;15:257-260.
29. Littlewood R: From category to context: a decade of the 'New cross-cultural psychiatry'. Br J Psychiatry 1990; 156:308–327.
30. Lukoff D, Lu F, Turner R: Towards a more culturally sensitive DSM-IV: psychoreligious and psychospiritual problems. J Nerv Ment Dis 1992; 180:673-682.
31. Murphy HBM: Depression, witchcraft beliefs and super-ego development in pre-literate societies. Can J Psychiatry 1979, 24:437–449.
32. Neki JS, Joinet B, Ndosi N, Kilonzo G, Hauli JG, Duvinage G: Witchcraft and Psychotherapy. Brit J Psychiatry 1986; 149:145 155.
33. Patel V, Gwanzura F, Simunyu A, Lloyd K, Mann A: The phenomenology and explanatory models of common mental disorder: a study in primary care in Harare, Zimbabwe. Psychol Med 1995; 25:1191–1199.

34. Pereira S, Bhui K, Dein S: Making sense of 'possession states': psychopathology and differential diagnosis. Br J Hosp Med 1995; 53:582–586.
35. Pfeifer S: Belief in demons and exorcism. An empirical study of 343 psychiatric patients in Switzerland. Br J Med Psychol 1994; 67:247–258.
36. Prince R, Tcheng-Laroche F: Culture-bound syndromes and international disease classifications. Cult Med Psychiatry 1987; 11:3–19,
37. Risso M, Boker W: Delusions of witchcraft: a cross-cultural study. Br J Psychiatry 1968; 114:963-972.
38. Rogler LH, Cortes DE: Help-seeking pathways: a unifying concept in mental health care. Am J Psychiatry 1993; 150:554-561.
39. Ross CA: Multiple personality disorder: diagnosis, clinical features an treatment. New York, John Wiley & Sons, 1989.
40. Safa K: Reading Saedi's Ahl-e Hava: Pattern and significance in spirit possession beliefs on the southern coasts of Iran. Cult Med Psychiatry 1988; 12:85-111.
41. Sharp LA: Exorcists, psychiatrists, and the problems of possession in northwest Madagascar. Soc Sci Med 1994; 38:525–542.
42. Spilka B, McIntosh DN: Attribution theory and religious experience. In: Hood RW (ed): Handbook of religious experience. Birmingham, Religious Education Press, 1995.
43. Tanenberg-Karant M, Fennig S, Ram R, Krishna J, Jandorf L, Bromet EJ: Bizarre delusions and first-rank symptoms in a first-admission sample: a preliminary analysis of prevalence and correlates. Compr Psychiatry 1995; 36:428-434
44. Vlachos IO, Stavroula B, Hartocollis P: Magico-religious beliefs and psychosis. Psychopathology 1997; 30:93-99.
45. Ward C (ed): Altered states of consciousness and mental health: A cross-cultural perspective. London, Sage Publications, 1989.
46. Weiss M: Explanatory model interview catalogue (EMIC): Framwork for comparative study of illness. Transcult Psychiatry 1997; 34:235–263.
47. Westermeyer J: Psychiatric diagnosis across cultural boundaries. Am J Psychiatry 1985; 142:798–805.
48. Whitwell FD, Barker MG: „Possession" in psychiatric patients in Britain. Br J Med Psychol 1980; 53:287-295.
49. Yap PM: The possession syndrome: A comparison of Hong Kong and French findings. J Ment Sci 1960; 106:114-137.

Publikation dieses Aufsatzes:

Pfeifer S. (2005). Psychopathologie und Kausalattribution. Besessenheit als Metapher für psychisches Leiden. In: De Waardt H. et al. (Hrsg.): Dämonische Besessenheit. Zur Interpretation eines kulturhistorischen Phänomens. Verlag für Regionalgeschichte, Bielefeld. ISBN 3-89534-489-3 – S. 293 – 305.