Samuel Pfeifer

Religionssensibler therapeutischer Umgang mit Dämonenglaube und Okkultdeutung

Zitierweise: Pfeifer S. (2020): Religionssensibler therapeutischer Umgang mit Dämonenglaube und Okkultdeutung. In: Mönter N., Heinz A. und Utsch M. (Hrsg.): Religionssensible Psychotherapie und Psychiatrie. Basiswissen und Praxis-Erfahrungen. Stuttgart: Kohlhammer, S. 175 – 181.

Einleitung

Dämonische Deutungen bei psychischen Problemen sind häufiger als man denkt. Unter dem oberflächlichen Firnis eines wissenschaftlichen Weltbildes erleben Menschen ihr Leiden und das Böse in der Welt nach wie vor in höchst subjektiver Weise als bedrohlich, ja als dämonisch. In der psychiatrischen Sprechstunde tauchen derartige Deutungen erst dann auf, wenn Menschen Vertrauen gefasst haben, dass man ihre ungewöhnlichen Wahrnehmungen nicht gleich ablehnt. Und wer im Internet nach "Heilung und Befreiung" sucht, der findet subkulturelle Angebote im freikirchlichen, aber auch im esoterischen Kontext, wo ganz offen von "dunklen Mächten" gesprochen wird.

Und immer wieder finden sich Priester, Pastoren und Heiler, die es als ihre Aufgabe sehen, Menschen von dunklen Mächten zu befreien oder zu exorzieren. In einer Studie bei 343 hochreligiösen Patienten in der Schweiz (Pfeifer 1994) ergab sich eine überraschende Häufigkeit dämonischer Deutungen und der Inanspruchnahme von Befreiungsritualen.

Deutsche Berichte über einen Exorzismus greifen oft auf den klassischen Fall von Anneliese Michel im Jahre 1976 zurück (Ney-Hellmuth 2014). Dabei wurde lange Zeit die aktuelle religiöse Subkultur vernachlässigt, in der sich bis heute derartige Deutungen und Rituale finden (Wegner 2009). Erst in den vergangenen Jahren wurde durch die neuerliche Betonung des Exorzismus in der katholischen Kirche wieder ein Schlaglicht auf diese Fragestellung geworfen (Amorth 2002; www.exorzismus.net). Allerdings ist hier anzumerken, dass in Deutschland auch innerhalb der katholischen Kirche größte Zurückhaltung gegenüber diesen Ritualen besteht. Hingegen tauchen dämonische Deutungen vermehrt auch bei Patienten mit Migrationshintergrund auf.

19.1 Wie kommt es zu dämonischen Deutungen?

In vielfältigen Gesprächen mit psychisch leidenden Menschen habe ich versucht, besser zu verstehen, wie es überhaupt zu dämonischen Deutungen ihres Leidens kommt. Hilfreich ist hier die Konzeptualisierung von Arthur Kleinman (1988), der zwischen "disease" und "illness" unterscheidet. In der wissenschaftlichen Medizin wird eine Diagnose gestellt, die ein möglichst klar umrissenes Krankheitsbild beschreibt ("disease"). Die betroffenen Menschen aber erleben ihre Symptome in subjektiver Weise, oftmals in einer Verbindung von körperliche Missempfindungen und seelischem Druck. Was sich in diagnostischen Manualen so objektiv und sachlich liest, ist im inneren Erleben einer Person oft erschreckend, beklemmend, ja existenzbedrohend. So stellt sich die Frage einer personalen negativen Einflussnahme, die nicht selten als "dämonisch" bezeichnet wird. Dazu kommt

die kulturelle und spirituelle Offenheit, derartige negative Kräfte als krankheitsrelevant in das persönliche Deutungsmuster zu übernehmen.

Aus Gesprächen mit Patienten, die eine dämonische Ursache ihres Leidens vermuteten, ergab sich oftmals eine subjektiv empfundene Diskrepanz zwischen ihrem äußerlich unauffälligen, "anständigen" und geordneten Leben und psychischen Phänomenen, die in diesem Kontext so gar nicht erklärbar waren. Häufige Gründe waren: Stimmungsschwankungen, Wutausbrüche, hasserfüllte Abwertung einer geliebten Person, unkontrollierbare Ängste, Bewusstseinsveränderungen mit Gedächtnislücken (Dissoziation), der unwiderstehliche Drang nach Drogen oder Sex, Unsicherheiten über die eigene Person, plötzlich einschießende Impulse zur Selbstverletzung, optische Halluzinationen, Stimmenhören oder Wahnerleben. (Der psychiatrisch Vorgebildete erkennt unschwer Symptome einer emotionalen Instabilität, von Persönlichkeitsstörungen, einer möglichen Traumatisierung, einer dissoziativen Störung oder einer psychotischen Erkrankung). Die Betroffenen erleben diese Störungen sehr intensiv, und gleichzeitig externalisiert als fremd und bedrohlich, wie einen persönlichen Angriff. Nicht selten hört man folgende Aussage: "Das bin ja gar nicht mehr ich selbst. Da ist etwas anderes, ja eine andere Person in mir, die mich bestimmt!" Besonders intensiv kann ein solcher Zustand bei dissoziativen Störungen erlebt werden (Spitzer und Dammann 2017), doch haben eigene Untersuchungen gezeigt, dass dämonische Deutungen sowohl bei Psychosen als auch bei nicht-psychotischen Zustandsbildern auftreten können (Pfeifer 1999).

19.2 Was ist der religiöse Unterbau von dämonischen Deutungen?

Der religiöse Unterbau dämonischer Deutungen geht bis tief ins Altertum zurück. In den christlichen Religionen aller Schattierungen wird auf die Berichte in den Evangelien zurückgegriffen. Später wurden immer wieder Versuche unternommen, verbindliche Kriterien für eine Besessenheit zu formulieren. Klassisch ist der "Malleus Maleficarum" (Der Hexenhammer) aus dem Jahr 1486 (Sprenger und Institoris 1982). Definiert wird eine Besessenheit als die Inbesitznahme eines Menschen durch eine fremde geistige (dämonische) Kraft, die durch den Besessenen ständig oder zeitweilig handelt. Übliche Ursachen der so verstandenen Besessenheit sollen Verfluchungen, Teufelspakte u. a. sein. Man würde sie erkennen an Symptomen wie übermenschlichen Kräften, fremden Sprachen, dem Zurückschrecken vor heiligen Gegenständen, Weihwasser etc.

Daneben hat sich im evangelischen Raum ein zweiter Begriff herausgebildet, die "Okkulte Belastung", auch als "dämonische Umsessenheit" bezeichnet. Man versteht darunter die dämonische Beeinflussung eines Menschen, die nicht den Grad einer Besessenheit erreicht. Die Ursachen werden in der Berührung mit "okkulten Sünden" gesehen (breites Spektrum von magischen Handlungen, Lesen okkulter Literatur, Drogen, sexuelle Handlungen, Tabubruch etc.). Nicht selten wird eine "Belastung durch Vorfahren" postuliert.

Die "Diagnostik" in evangelischen Leitlinien wird z. T. in langen Checklisten (Kraft 1995, S. 119ff.) auf eine vermeintlich objektive Basis gestellt. Dabei finden sich neben negativ konnotierten Handlungen (wie etwa Mord) in freier Abfolge psychische Befindensprobleme, die eine stigmatisierende Herabwürdigung von leidenden Menschen nach sich ziehen. Zitate aus der Liste: "Selbstmord, Mord; Zerstörung, Gewalt, Finsternis; Furcht vor… zum Beispiel Ablehnung, Schmerz, Selbstablehnung, Wertlosigkeit, Perfektionismus; Schuld, Scham, Peinlichkeit, Empfindlichkeit; Sorge, Ängstlichkeit, Täuschung, Lügen; Kritik, Verdammnis, richtendes Denken; Ehebruch, Verführung; Vergewaltigung, Gewalt; Depression, Wut, Niederlage" etc. Der amerikanische Autor hatte diese Liste nicht nur aufgrund anderer Literatur zusammengestellt, sondern auch (ähnlich katholischer Vorgehensweisen) durch ein direktes "Ansprechen von Dämonen" erhoben.

19.3 Rituale der Befreiung

Die Befreiung von dämonischen Belastungen soll durch verschiedene Rituale vermittelt werden. Dabei werden folgende Vorgehensweisen mit variabler Intensität geschildert:

- a) Einfaches Befreiungsgebet im Rahmen der Einzelseelsorge.
- b) Anleitung zur Abwehr "dämonischer Attacken".
- c) "Befreiungsdienst": mehrere Personen beten (z. T. lautstark) für die "belastete" Person, in manchen Fällen kombiniert mit Handauflegung.
- d) Dämonenaustreibung im engeren Sinne (z. T. ähnlich dem Vorgehen nach dem Rituale Romanum)
- e) Katholischer "großer" Exorzismus (Siegmund 2005): dieser wird gemäß dem Rituale Romanum nach einem bestimmten Schema gegliedert: Bedrohung; Namenserfragung (kennt der Exorzist den Namen des Dämons, hat er der Tradition folgend Macht über ihn); Ausfahrwort und Rückkehrverbot.

19.4 Transkulturelle Formen dämonischer Interpretationen

Die transkulturelle Forschung und die vermehrten Behandlungserfahrungen bei Menschen mit Migrationshintergrund haben gezeigt, dass sich dämonische Deutungen nicht nur im christlichen Kontext finden, sondern in allen Religionen. Insbesondere im Islam werden psychische Störungen häufig durch den Einfluss eines "Jinn" gedeutet. Häufig wird die Störung auf einen Zauber oder einen Bann zurückgeführt. Eine Untersuchung in Saudi-Arabien (Al-Habeeb 2003) ergab, dass die Vermutung einer "Jinn-possession" besonders häufig erfolgt bei multiplen unerklärlichen körperlichen Schmerzen, bei diffusen Ängsten, bei Zwängen und zwanghaften religiösen Zweifeln, bei psychotischen Störungen, Absenzen oder bei krampfartigen Störungen. Auch Schlafstörungen werden häufig auf einen Jinn-Einfluss zurückgeführt. Eine wissenschaftlich umfassende Darstellung in deutscher Sprache gibt Hentschel (1997). Den jeweils aktuellen Stand islamischer Lehre kann man in Lehrvideos auf Youtube abrufen, wenn man die Stichworte "Islam, Jinn, Magic" eingibt.

In ihrem hilfe-suchenden Verhalten suchen muslimische Patienten nicht selten einen Hodscha, Imam oder Heiler auf, der Schutz durch Koranverse, durch Amulette und religiöse Rituale anbietet.

Auch im Hinduismus sind dämonische Deutungen psychischer Störungen weit verbreitet (Pakaslahti 2009). Ein Dokumentationsfilm der finnischen Soziologen Aaltonen und Pakaslahti (2000) schildert eindrücklich das Schicksal eines 14-jährigen Mädchens, Kusum, in einem Vorort von Neu-Delhi, bei dem auffälliges Verhalten (Essstörung, Gewichtsabnahme, Schlafstörungen, sozial unangepasste Aggression) spirituell gedeutet wurde. Nachdem der Hausarzt keine Ursache finden konnte, sucht die Familie einen Heiler auf, der die Ratsuchenden in einem Gruppenritual in eine ekstatische Trance versetzt, die als Beleg für eine Besessenheit gedeutet wird. In einem kathartischen Ritual mit Krämpfen, Schreien und Gebeten zu Hanuman findet das Mädchen schliesslich in ein angepasstes Leben zurück.

Tabelle: Transkulturelle Gemeinsamkeiten exorzistischer Rituale

- Auffälliges, evtl. anstößiges Verhalten mit und ohne spirituelle Aspekte (nicht unbedingt psychiatrisch klassifizierbar)
- Die üblichen medizinischen Heilmaßnahmen bringen keine Linderung.
- Umfeld oder Betroffene äußern die Vermutung einer spirituellen/dämonischen Ursache.
- Vermutung von Ursachen beim Betroffenen (religiöser oder moralischer Tabubruch, «Eintrittspforte») oder im Umfeld (Fluch, Zauberei, böses Auge)
- Konsultation einer Heilperson (Imam, Heiler, Priester, Begabter in Befreiungsdienst)
- Diagnostisches Prozedere ruft z.T. auffällige Reaktionen hervor, die die Vermutung dämonischer Ursache bestätigen
- Ritual der jeweiligen religiösen Tradition (mit und ohne Hilfsmittel wie z. B. Weihwasser, Amulett, Koranverse, Götterbilder etc.)

• Nach der Linderung der Beschwerden dankt die betroffene Person ihrer jeweiligen Gottheit (und evtl. auch dem Heiler).

19.5 Therapeutischer Umgang mit okkulter Deutung

Ein wesentlicher therapeutischer Leitgedanke besteht in dem geflügelten Wort: "Nur was wir würdigend ansehen, öffnet sich uns". Die Patienten müssen spüren, dass man ihr subjektives Leiden und ihr Ringen um eine Deutung der Ursachen ernst nimmt und nicht gleich als Wahn oder mittelalterlichen Aberglauben abtut. Hilfreich ist es, sich genau schildern zu lassen, aufgrund welcher Störungen eine dämonische Beeinflussung vermutet wird. Dazu kommt eine Abklärung der allgemeinen psychopathologischen Begleit-Symptomatik.

Dabei gilt es zuerst einmal zu klären, ob das Erklärungsmuster im Rahmen einer wahnhaften Erkrankung auftritt (Perreira et al. 1995; Pfeifer 2018). Aber auch hier ist die Erklärung nicht immer Teil des Wahns selbst, sondern ein Versuch, den Ängsten einen Sinn zu geben. Die dämonische Erklärung wird in der Regel durch die religiöse oder esoterische Subkultur geprägt.

Wahnhafte Störungen machen aber nur einen kleinen Teil der okkulten Erklärung aus. Die klinische Erfahrung zeigt, dass häufig somatoforme Symptome, Alpträume, Schlafstörungen, emotionale Schwankungen und Ängste ohne psychotische Störung dämonisch interpretiert werden.

Im therapeutischen Gespräch gilt es Empathie in das Leiden des Patienten und Offenheit für seine religiöse Welt zeigen. Gleichzeitig können sinnvolle Alternativen zur Okkult-Deutung vermittelt werden. Wesentlich ist eine einfühlsame Psychoedukation mit dem Ziel einer Entkopplung von Symptom und dämonischer Attribution: Die Symptome sind natürliche Reaktionen des menschlichen Geistes unter starker Anspannung und Stress. Schreckliche Bilder und Ängste sind zwar nicht unmittelbar verständlich, aber auch nicht gleich dämonisch. Ein Druck auf der Brust oder ein Engegefühl kann sich zwar bedrohlich anfühlen, ist deshalb aber nicht unbedingt dämonisch. Das spirituelle Leben kann durch psychische Krankheit (z. B. Depression) eingeschränkt werden, ohne dass die vermeintliche Gottesferne bereits durch dunkle Mächte erzeugt wird. Dem Patienten wird damit ein Reframing/eine Neuausrichtung vermittelt: Spiritualität als Teil eines umfassenderen Krankheits- und Bewältigungsmodells.

Die Betroffenen erleben oft nur schon durch die Erklärung und den Zuspruch eine Beruhigung. Eine ergänzende Medikation kann bei Bedarf zusätzliche Linderung bringen. In manchen Fällen ist eine Zusammenarbeit mit dem Seelsorger/Imam anzustreben, falls dies möglich ist.

Selbst bei dramatischen Schilderungen gilt es eine nüchterne Betrachtung in Bezug auf Krankheitssymptome und Diagnostik beizubehalten, die von Eugen Bleuler (1921/1975) einmal als Diszipliniertes Denken in der Medizin bezeichnet wurde. Gleichzeitig muss sich auch die moderne Medizin eingestehen, dass sie zwar Modelle der Krankheitsentstehung hat, aber bei weitem nicht alle Aspekte des individuellen Leidens schlüssig erklären kann.

Besonders problematisch ist die Diskussion, wie denn nun der Therapeut eine nicht-ärztliche Intervention durch einen "Befreiungsdienst", einen Exorzismus oder das Aufsuchen eines Hodschas einschätzt. Eine vorsichtig positive Konnotation kann dort hilfreich sein, wo das Ritual erfolgreich war (Bull et al. 1998). Oftmals aber kehren Patienten enttäuscht zum Arzt zurück, weil es trotz des Befreiungsdienstes nicht zu einer Besserung kam und die Hoffnung auf Heilung enttäuscht wurde. Wann immer möglich, sollte die Kontinuität der Betreuung aufrechterhalten werden, auch wenn punktuell eine subkulturelle Parallelbehandlung erfolgt. Wegleitend für den Therapeuten ist die Frage: "Wie kann ich die betroffenen Menschen in ihrer Not ernst nehmen, ihnen Gegenüber sein, und ihnen helfen, besser mit ihren Störungen umzugehen?"

Literatur

Aaltonen J, Pakaslathi A (2000) Kusum. Dokumentarfilm des Finnischen Fernsehens. 69 min. (Auszüge auf Youtube: https://www.youtube.com/watch?v=XX8Rt3Mx1rc&t=318s, Zugriff am 28.05.2018.)

Al-Habeeb TA (2003) A Pilot Study of Faith Healers' Views on Evil Eye, Jinn Possession, and Magic in the Kingdom of Saudi Arabia. J Family Community Med. 2003 Sep-Dec; 10(3): 31–38.

Amorth G (2002) Exorzisten und Psychiater. Stein am Rhein: Christiana Verlag.

Bleuler E (1921/1975) Das Autistisch-undisziplinierte Denken in der Medizin und seine Überwindung. 4. Auflage 1975. Heidelberg: Springer.

Bull DL, Ellason JW, Ross CA (1998): Exorcism revisited: Positive outcomes with Dissociative Identity Disorder. Journal of Psychology and Theology 26:188–196.

Hentschel K (1997) Geister, Magier und Muslime. Dämonenwelt und Geisteraustreibung im Islam. München: Eugen Diederichs Verlag.

Kleinman A (1988) Rethinking Psychiatry. From Cultural Category to Personal Experience. New York: The Free Press.

Kraft C (1995) Frei von dunklen Schatten. Grundlagen für den Befreiungsdienst in der Seelsorge. Asslar: Projektion J.

Ney-Hellmuth P (2014) Der Fall Anneliese Michel. Kirche, Justiz, Presse. Würzburg: Königshausen & Neumann.

Pakaslahti A (2009) Health-seeking behavior for psychiatric disorders in North India. In: Incayawar M, Wintrob R, Bouchard L, Bartocci G (Hrsg.) Psychiatrists and traditional healers: Unwitting partners in global mental health. Oxford, UK: John Wiley & Sons. S. 149–166.

Pereira S, Bhui K, Dein S (1995) Making sense of 'possession states': psychopathology and differential diagnosis. Br J Hosp Med 53:582–586.

Pfeifer S (1999) Demonic attributions in non-delusional disorders. Psychopathology 32:252–259.

Pfeifer S (1994) Belief in demons and exorcism. An empirical study of 343 psychiatric patients in Switzerland. Br J Med Psychology 67:247–258. (Online: http://www.seminare-ps.net/DL/_Okkulte_Belastung_Psychiatrie_Seelsorge.html)

Pfeifer S (2018) Der religiöse Wahn. In Utsch M, Bonelli RM, Pfeifer S (Hrsg.) Psychotherapie und Spiritualität: Mit existenziellen Konflikten und Transzendenzfragen professionell umgehen. 2. Auflage. Berlin, Heidelberg: Springer.

Siegmund G (1981/2005) Der Exorzismus der Katholischen Kirche Ecclesia Catholica. Authentischer lateinischer Text nach der von Papst Pius XII. erweiterten und genehmigten Fassung mit deutscher Übersetzung. Stein am Rhein: Christiana-Verlag.

Spitzer C, Dammann G (2017) Dissoziativer Stupor und Trance- und Besessenheitszustände. In Eckhardt-Henn A, Spitzer C (Hrsg.) Dissoziative Bewusstseinsstörungen. 2. Auflage. Stuttgart: Schattauer. S. 256–266.

Sprenger J, Institoris H (1982). Der Hexenhammer. München: dtv.

Wegner M (2009) Exorzismus heute. Der Teufel spricht deutsch. Gütersloh: Gütersloher Verlagshaus.

www.exorzismus.net – eine reichhaltige Dokumentation katholischer Quellen zu Besessenheit und Exorzismus (Zugriff am 27.05.2018).

E-BOOK



Mönter / Heinz / Utsch (Hrsg.)

Religionssensible Psychotherapie und Psychiatrie

Basiswissen und Praxis-Erfahrungen

Preis: EUR 31,99



In den Warenkorb

Ebenfalls erhältlich als EPUB







Bibliografische Daten

978-3-17-035626-9 Artikelnummer:

Auflage: 1. Auflage Seiten: 246

8 Abb., 2 Tab. Illustrationen etc.:

Erschienen: 2020

Produktbeschreibung

Globalisierung und Migrationsbewegungen tragen zu einer verstärkten Beachtung religiöser und spiritueller Fragen in unserer Gesellschaft bei. Das bringt auch für die Psychotherapie und die psychiatrische Behandlung verschärfte Herausforderungen mit sich. In diesem Werk werden das Hintergrundwissen zu diesem Veränderungsprozess wie auch Krankheits- und Gesundungsmodelle der verschiedenen religiösen und spirituellen Traditionen vorgestellt und Beispiele angewandter religionssensibler Psychotherapie kritisch bewertet. Der Herausgeberband beleuchtet damit einen lange übergangenen und zunehmend wichtigen Aspekt psychotherapeutischer und psychiatrischer Praxis.

Brigitte Boothe

Buchbesprechung:

Norbert Mönter / Andreas Heinz / Michael Utsch (Hrsg.): Religionssensible Psychotherapie und Psychiatrie – Basiswissen und Praxis-Erfahrungen, Kohlhammer-Verlag, Stuttgart 2020, ISBN 978-3-17-035625-2, 246 Seiten, 35 Euro. Unter Mitarbeit von Susanne Ackers, Jihad Alabdullah, Härtwig Alkan, Peter Antes, Hans-Jörg Assion, Thomas Beelitz, Lasse Brandt, Raul Ceylan, Joachim Demling, John Haynes, Angelika Heiden, Andreas Heinz, Beate Jakob, Martin Kellner, Gunther Klosinski, Wielant Machleidt, Lieselotte Mahler, Christiane Montag, Norbert Mönter, Konrad Peifer, Hamid Peseschkian, Samuel Pfeifer, Martin Plöderl, Walter Rothschild, Ibrahim Rüschoff, Sabrina Scherzenski, Meryam Schouler Ocak, Nicolai Stern, Michael Utsch, Gerald Virtbauer, Gertrud Wagemann, Christian Zechert, Hartmut Zinser. Mit einem Geleitwort von Gerd Rudolf.

Die Herausgeber des Bandes - Norbert Mönter, Andreas Heinz und Michael Utsch - repräsentieren in Forschung, Lehre, Praxis und gesellschaftlichem Engagement das Können und Wissen, das im Buch breitgefächtert vermittelt und reflektiert wird¹: Im Kontext von Migration, Multikulturalität, Diversität der religiösen und spirituellen Orientierungen sollen Psychiatrie, Psychotherapie und Seelsorge in sich erneuernder Professionalität psychisch belasteten Personen helfen. Helfer lernen von Patienten. Interkulturalität befördert die kritische Auseinandersetzung mit überkommenen Konzepten von Krankheit und Gesundheit. Der Kontakt mit religiös inspirierten Lebensformen bedeutet eine Horizonterweiterung, was hilfreiche Beziehungen angeht, was Vertrauen bedeutet, was Hoffnung heisst oder Sinn des Leidens ist. Überhaupt ermöglicht die personenzentrierte, dialogische und auf das Gespräch gerichtete Haltung, dass eher einseitige Beziehungsmuster *Pflegling-Versorgungsinstanz* oder *Fehlanpassung-Kontrollinstanz* oder *defizitäre Struktur - Edukative Instanz* zugunsten einer professionellen Haltung wechselseitiger Verständigung überwunden wird.

¹Dr. med. Norbert Mönter ist Arzt für Neurologie und Psychiatrie, Psychotherapie, Psychoanalyse. Er ist unter anderem Initiator des Berliner psychiatrisch-religionswissenschaftlichen Colloquiums, Initiator und Gründungsmitglied des seit 2003 bestehenden Vereins für Psychiatrie und seelische Gesundheit - einer Initiative für eine verbesserte psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung von Menschen mit schizophrenen oder affektiven Psychosen, Mitbegründer des Gesundheitszentrums für Flüchtlinge (GZF), und Leiter des interreligiösen PIRA-Projekt (Psychiatrie – Information – Beratung – Austausch) vermutlich bundesweit noch singulär. Prof. Dr. med. Dr. phil. Andreas Heinz, Neurobiologe, Psychiater, Psychotherapeut und Philosoph, ist Direktor der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Berliner Charité Campus Mitte, derzeit Präsident der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN), Projektleiter im internationalen Forschungsprojekt "Seelische Gesundheit und Migration", Inhaber des Leibniz Chair am Leibniz-Institut für Neurobiologie Magdeburg, unter anderem Leiter des Bereichs Migration, psychische und körperliche Gesundheit und Gesundheitsförderung am Berliner Institut für empirische Integrations- und Migrationsforschung.

Prof. Dr. Michael Utsch, Psychologe und Psychotherapeut, ist Honorarprofessor an der Evangelischen Hochschule Tabor in Marburg, Referent der Evangelischen Zentralstelle für Weltanschauungsfragen in Berlin, Leiter des DGPPN-Referats "Religiosität und Spiritualität" und Redaktionsmitglied der Fachzeitschrift "Spiritual Care".

Die Herausgeber und Autor*innen legen ein substantielles Werk vor, das auf 246 Seiten unterschiedliche Themenfelder und Disziplinen vorstellt und verbindet: Es geht um Religion, Multikulturalität und Vielfalt religiöser Bekenntnisse, religiöse Bildung, Spiritualität, Glauben, Diversität ritueller Praktiken. Wie bedeutsam religöse und spirituelle Haltungen sind, welche Rolle das Vertrauen im Kontext des Spirituellen und Religiösen hat, wurde für die säkularisierten Lebenswelten der Postaufklärung durch die direkte Konfrontation mit vor allem muslimischen Kulturen und gelebten Traditionen, aber auch in gesellschaftlich-sozialen Spannungen und politischen Konflikten deutlich. Für nicht kirchlich gebundene Agnostiker der westlichen Welt haben bekanntlich aussereuropäische Traditionen und Kulte beispielsweise der Selbstwerdung, Selbstüberschreitung, Selbstdiziplinierung, des ärztlichen Handelns jenseits der Schulmedizin bis hin zu reinigenden Riten und heilenden Körperpraktiken grosse Attraktion. Die wachsende Aufmerksamkeit für Religion und Spiritualität in Wissenschaft und Gesellschaft ist als Überwindung von Ressentiment und als wertschätzende Offenheit zu begrüssen. Andererseits heben die Herausgeber ausdrücklich hervor, dass Religion mit Gewalt, Unterdrückung, innerer und äusserer Unfreiheit verbunden sein kann und dass Spiritualität unter bestimmten Bedingungen Welt- und Selbstflucht begünstigt. Sie verweisen auf den weltweiten Missbrauch abhängiger Personen in religiösen Macht- und Autoritätsverhältnissen, lassen aber offen, warum das Thema im Buch keine eigenständige Berücksichtigung finden konnte. Die theologische und religionswissenschaftliche Reflexion verbindet sich im Buch mit Behandlung, Pflege, Seelsorge und sozialem Support in psychiatrischen Institutionen sowie mit Behandlungs-, Beratungs- und Versorgungsangeboten in den ambulanten Angeboten der Psychiatrie, Psychotherapie und Seelsorge. Entscheidend ist dabei die systematische Integration von Religion und Spiritualität in Behandlung, Beratung, Unterstützung und Begleitung psychisch erkrankter Personen,

Das Werk gliedert sich in vier Abschnitte. Der erste Abschnitt "Religionssensible Psychotherapie im Kontext neuer Entwicklungen von Psychiatrie und Psychotherapie" widmet sich zunächst der Frage, inwiefern in Psychiatrie und Psychotherapie der Einbezug von Religion und Spiritualität überhaupt relevant ist, wie das mit der gesellschaftlichen Präsenz religiöser und spiritueller Pluralität und der Geschichte wie den Theorien psychiatrischer Krankheit und Behandlung zusammenhängt. Psychiater und Psychotherapeuten sind mit anspruchsvollen Herausforderungen konfrontiert, die auch innovative Herangehensweisen verlangen. Die Ausdrucks- und Gestaltungsformen religiöser und spiritueller Geistigkeit lassen sich im therapeutischen Gespräch heute nicht ignorieren, nicht pathologisieren, nicht als infantil oder primitiv entwerten und auch nicht zur Bekenntnisgemeinschaft nutzen. Was die Erforschung religiöser und spiritueller Geistigkeit betrifft, so sind unter anderem psychoanalytische Modelle des Psychischen neu zu denken; es ist aber auch innovative empirische Forschung, zum Beispiel neurowissenschaftlicher Art zu erwarten. Der Beitrag der Autor*innen Brandt, Montag und Haynes mit dem Titel "Religiosität und Spiritualität aus neurowissenschaftlicher Sicht" gibt interessante Einblicke. "Glauben ist menschlich", schreibt Mönter in seinem Einführungskapitel scheinbar schlicht, aber die Feststellung hat es in sich. Wenn die im Lebensalltag - nicht nur im religiösen Geschäft - beheimatete Fähigkeit, jemandem zu glauben, jemandem zu vertrauen, sich sicher oder geborgen zu fühlen, Wünsche und Hoffnungen zu entwickeln, wenn all dies ein unverzichtbarer Teil von Vernunft und Gemüt ist - immerhin würde man das bindungstheoretisch annehmen oder auch im Kontext des Eriksonschen "Urvertrauens" vermuten - , dann handelt es sich um essentielle Aspekte des Denkens und Fühlens, die theoretisch, psychotherapeutisch, beziehungsdynamisch angemessen zu konzipieren und zu integrieren sind. Glaube, Hoffnung, Liebe - das ist nicht nur das Höchste, Grösste, Heiligste, das ist brauchbar auch in den Niederungen banaler Diesseitigkeit.

Der Agnostizismus gehörte nicht zur jungianischen Tiefenpsychologie, wohl aber zur Psychoanalyse Freudianischer Prägung, zu akademisch wissenschaftlich basierten Therapieschulen und anderen Orientierungen, die nicht unter Esoterikverdacht geraten wollen. Religion schien zum "vermeintlich Irrationalen" (S. 34) zu gehören, formuliert Heinz in seinem Beitrag "Religiöse und spirituelle Bedürfnisse in einer personenzentrierten Psychiatrie und Psychotherapie - Perspektiven und Fallstricke". Wenn sie daher wertlos ist, scheint man auch nichts darüber wissen zu müssen, und so steht es schlecht mit der religiösen Bildung, innerhalb und ausserhalb der christlichen Traditionen. Es ist ein Verdienst des Buches, entsprechendes "Basiswissen" zu vermitteln, wie es schon im Untertitel heisst, dazu exemplarisch Mönters Beitrag "Haltung und Wissen als Basis religionssensibler Psychotherapie und Psychiatrie" (S. 64-74) sowie der gesamte zweite Abschnitt "Religionssensibilität: auch eine Frage des Wissens". In diesem Abschnitt informieren die einzelnen Beiträge über psychische Krankheitsbilder in unterschiedlichen Religionen, was jeweils psychische Gesundheit bedeutet und welche kurativen Möglichkeiten die jeweilige Religion als hilfreich und heilend bereitstellt. "Der dritte, mit drei Beiträgen eher kurze Abschnitt ist betitelt mit "Pathologische Entwicklungen im religiösen Kontext". Er informiert über Probleme im Kontext religiöser Sozialisation bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen (Klosinski), über psychische Störungen unter dem Einfluss christlicher Kirchen (Demling) und über "Salafismus und psychische Störung" (Rüschoff). Dass und wie Religion, Konfession, kirchliche Praxis und Sozialisation zum psychischen Risiko- und Belastungsfaktor werden kann, wird in diesen Beiträgen herausgearbeitet. Schwerpunkt des vierten Abschnitts ist die "Praxis religionssensibler Psychiatrie und Psychotherapie". Die Ausführungen stehen im Zeichen multikultureller und multispiritueller oder - religiöser Offenheit. Volksmedizinisches Wissen wird vermittelt (Assion). Ob und inwieweit Yoga, Medititation und Gebet therapeutisches Potential haben, wird exploriert (Montag, Haynes & Brandt). Ob und wie ein hilfreicher Umgang mit Dämonen- und Okkultglaube therapeutisch gelingen kann, macht Samuel Pfeifer an eindrucksvollen Beispielen anschaulich. Die Thematik Destruktion, Gewalt und Ideologien vermeintlicher Vernichtungsberechtigung untersucht Ceylan in entsprechenden islamischen Strömungen. Zur Thematik des Suizids im Islam liefert Schouler-Ocak einen informativen Beitrag. Er lässt sich sinnvoll mit der Bestandsaufnahme zu Suizid, Prophylaxe und Behandlung von Mönter und Utsch verbinden. Seelsorge in Psychiatrie und Psychotherapie (Beelitz), die Vorstellung des Projekts PIRA (Psychiatrie - Information - Religion - Austausch) von Mönter, Alabdullah, Alkan-Härtwig und Scherzenski ergänzen die Reihe. Den Abschluss bildet ein konzeptuell differenzierter, zugleich praxisbezogener Beitrag von Machleidt, der die Zukunft einer Psychiatrie und Psychotherapie mit entfalteter Religionssensibilität entwirft. Ein "Epilog" hebt hervor: Religion kann psychisch belastend, beeinträchtigend und schädlich sein; dann geht es um psychotherapeutische Hilfe, die den Patienten zu neuer Lebensentfaltung verhelfen will. Ist Religion eine Ressource, dann ist sie in vielfältiger Weise in die psychotherapeutische Arbeit einzubeziehen.

Im vorliegenden Buch kommt differenziertes Wissen in Theorien, Konzepten, Praxis und Forschung zusammen. Dabei geht es jeweils um bündige und breit gefächerte Information auf neuem Stand; die knappe und konzise Wissensvermittlung ist informativ und weiterführend.

Hohes Niveau der Konzeptdiskussion, überzeugender Religions- und Spiritualitätsbezug im Schwerpunkt Psychiatrie und Psychotherapie, anschauliche und eindrucksvoll reflektierte Beispiele aus der Praxis - Einblick in Vielfalt der Forschung: eine eindrucksvolle Zusammenschau auf hohem Niveau. Die Übersicht und Bestandsaufnahme wird für Dozierende, Psychiater, Psychotherapeuten, Pflegende und Seelsorger sowie Weiterbildungskandidaten von hohem Wert sein. Wie Religionssensibilität hilft, wird in zwei Erfahrungsberichten von Ange-

hörigen und Betroffenen diskutiert. Wertvoll ist auch der Epilog, ein "Plädoyer für eine Psychiatrie ohne Berührungsängste - mitten in einer multireligiösen und multikulturellen Gesellschaft". Noch einmal wird darauf hingewiesen, dass Geist und Beziehung, diesseits und jenseits des Religiösen auf Vertrauens- und Glaubensbereitschaft basieren und dass für gute psychotherapeutische Praxis professionelle Unabhängigkeit, weltanschauliche Neutralität und Verantwortung für das Wohl des Patienten gehört. Oder genauer: Zur Professionalität des Therapeuten gehört sowohl die reflexive Distanznahme, was Einstellungen, Werthaltungen, Wunschbilder, Ideale und Konfessionen angeht, als auch die Mobilisierung seiner imaginativen, empathischen, narrativen Fähigkeiten, um am Kosmos des Spirituellen und Religiösen im Mitspielen und Mitfühlen zu partizipieren. Worum geht es? - Beziehungssensibel sein und offen für Erfahrung.