

Originalia

Samuel Pfeifer*

Religiöse Patienten und säkulare Therapeuten – ein ethisch-professionelles Spannungsfeld

Religious patients and secular therapists – an ethico-professional area of conflict

DOI 10.1515/spircare-2016-0123

Vorab online veröffentlicht 10. Dezember 2016

Zusammenfassung: Für viele Menschen ist eine Psychotherapie von Ängsten besetzt. Dabei spielen individuelle Befürchtungen und subkulturelle Vorbehalte eine große Rolle. Die Frage der Akzeptanz und der Werte sind gerade für den religiösen Patienten von wesentlicher Bedeutung. Die Forschung hat gezeigt, dass Psychotherapie nicht völlig wertfrei sein kann. Obwohl sich Therapeuten in andere Lebensentwürfe einzufühlen versuchen, können sie ihren eigenen Standort nie ganz verlassen. Dies bewirkt in der Beziehung ein anstrengendes Netz von Gegenübertragung und Werte-Abwägungen. Therapie wird zur Kunst, sich im Diskurs auf eine gemeinsame Definition der Veränderung zu einigen und zu überprüfen, wo bisherige Leitlinien sich als dysfunktional erweisen und modifiziert werden müssen. Der Artikel gibt einen Überblick über die möglichen Themen und zeigt Leitlinien für die Arbeit mit religiösen Patienten auf.

Schlüsselwörter: Psychotherapie, Religion, Psychopathologie, Werte, Ethik

Abstract: Seeking help through psychotherapy is associated with anxieties in many people, individual fears and subcultural reservations playing a major role. Questions of acceptance and values are of particular importance to religious patients. Research has shown that psychotherapy can never be completely value-free. Although therapists try to empathize with unfamiliar psychodynamics in their patients, they will never be able to completely leave their own sociocultural background. This causes a strenuous network of countertransference and value considerations. Therapy becomes an art of discourse in order to reach an agreement about change and coping with the client. Toget-

her, therapist and client will have to examine, where personal patterns and guidelines (including religious ones) can be dysfunctional and may have to be modified. The article gives an overview of the issues and ethical guidelines for therapy with religious patients.

Keywords: Psychotherapy, Religion, Psychopathology, Values, Ethics

Psychotherapie erfordert immer ein besonderes Vertrauensverhältnis. Da begibt sich ein Mensch in einer äußerst vulnerablen Situation, ausgelöst durch Leiden, Verletzung oder Versagen, in ein Abhängigkeitsverhältnis zu einer Person, die ihm helfen soll, seine Schwierigkeiten zu lösen. Implizit besteht ein Machtungleichgewicht. Klienten öffnen ihr sehr persönliches Denken und Fühlen, offenbaren innere Schwächen, bekennen ihr Scheitern, legen ihre Ängste dar. Sie machen sich verletzlich. Viele Menschen empfinden deshalb eine hohe Schwelle für eine Psychotherapie (Edwards et al. 2007). Dies gilt ganz allgemein, doch vermehrt noch für Menschen, die den Eindruck haben, ohnehin schon in ihrer Umgebungskultur kritisch wahrgenommen zu werden. Insbesondere religiöse Menschen haben eine Scheu, ihr Innenleben vor einer Therapeutin oder einem Therapeuten auszubreiten. Vielfach hat dies mit der Angst zu tun, sie würden in ihren Werten nicht akzeptiert und nicht verstanden.

Therapeuten zeigen in der Tat eine deutlich distanziertere Haltung zur Religion als die Durchschnittsbevölkerung. Wiederholt haben Studien – primär in den USA – aufgezeigt, dass Therapeuten weniger hohe Religiositäts-Scores haben als ihre Patienten (Bergin & Jensen 1990; Bilgrave & Deluty 1998; Shafranske 2000; Smith & Orlinsky 2004). Eine breit angelegte deutsche Studie (Hofmann & Walach 2003) relativierte diese Befunde für Deutschland zu einem gewissen Grad, zeigte aber auch auf, dass nur etwa ein Fünftel in der Therapie religiösen Themen begegnet. Zudem lässt die hohe Zahl von Non-Respondern vermuten,

*Korrespondenzautor: Samuel Pfeifer, Marburg,
E-Mail: samuelpfeifer@gmail.com

dass Therapeuten „ohne spirituelles Musikgehör“ wohl eher auf eine Beantwortung der Fragen verzichten haben.

Die Tendenz einer religionsfernen Haltung vieler Therapeuten mag in der dezidiert antireligiösen Haltung des Begründers der Psychoanalyse zu suchen sein. So schreibt der Psychoanalytiker Herbert Will: „Die Freud’sche Psychoanalyse scheint sich schwer zu tun, Religion als Teil der menschlichen Lebenswelt und als Forschungsgegenstand anzuerkennen.“ Seiner eigenen Frau habe er zeitlebens verboten, auch nur die Sabbatkerzen in seinem Haus anzuzünden. In seiner Religionsauffassung habe Freud das Ziel gehabt, „ihren Gegenstand abzuschaffen oder zumindest für ein neurotisches Menschheitsrelikt zu erklären“ (Will 2014: 1). Auch der Begründer des radikalen Behaviorismus, B.F. Skinner (1904–1990), war ein bekennender Atheist, der einmal schrieb: „Die Wissenschaft, und nicht die Religion, hat mich die brauchbarsten Werte gelehrt, darunter intellektuelle Aufrichtigkeit. Es ist besser ohne Antworten zu bleiben als diejenigen zu akzeptieren, die lediglich die Verwirrung auflösen“ (übersetzt, Skinner 1987 online, vgl. auch Baars 2003)¹. Und schließlich sei hier auch Albert Ellis, Begründer der Rational-Emotiven Therapie genannt, der zeitlebens eine starke religionskritische Haltung vertrat (Ellis 1980; 1985).

Areligiosität in Ausbildung und Praxis

Aufklärung und Wissenschaftsgläubigkeit, gepaart mit negativen religiösen Erfahrungen oder religionskritischer Sozialisation, haben wohl maßgeblich dazu beigetragen, dass Psychotherapeuten sich in ihrer Ausbildung kaum je mit der Möglichkeit beschäftigen, dass Religion auch positive Beiträge zur Lebensbewältigung leisten könnte. Während sie sich detailliert darin üben, intimste Bereiche und dunkle Geheimnisse auszuloten, fehlen ihnen im Umgang mit der Religion oft die Worte. In der bereits erwähnten Studie deutscher Psychotherapeuten (Hofmann & Walach 2003) gaben 81 Prozent an, dass religiöse Themen in der Ausbildung kaum oder gar nicht erwähnt wurden. Dabei ist dies gar nicht immer einer expliziten Religionsfeindlichkeit geschuldet, sondern schlicht einer mangelnden sozio-kulturellen und emotionalen Selbsterfahrung.

¹ „Science, not religion, has taught me my most useful values, among them intellectual honesty. It is better to go without answers than to accept those that merely resolve puzzlement.“

Obwohl in den letzten beiden Jahrzehnten eine gewisse Öffnung für religiöse Inhalte stattgefunden hat (Freund 2014), äußern sich andere kritisch dazu. Der „verantwortungsvolle Therapeut“ (Zeiger & Lewis 1998) müsse eine klare Linie zwischen religiösem und psychologischem Material ziehen, um den therapeutischen Prozess nicht unnötig zu komplizieren. Übertragung, Widerstand und Gegenübertragung könnten dadurch in eine unentwirrbare Komplexität geraten. Peteet (2012) führt im klinischen Kontext auch folgende Faktoren auf: „fragmentation of care, inexperience of clinicians and spiritual care providers, ideological bias, boundary and ethical concerns, and the lack of an accepted conceptual framework for integrated treatment“. Als Folge dieser Haltung kommt es beim Therapeuten zu einer Unfähigkeit, religiöses Erleben zu würdigen oder in vorsichtig explorierende Worte zu fassen.

Religiöse Patientinnen und Patienten spüren diese Sprachlosigkeit oft in schmerzlichem Maße. Mehr noch, sie erleben die als therapeutische Abstinenz rationalisierte Areligiosität in der Psychotherapie als das Auslassen wesentlicher Bereiche und Erfahrungshorizonte ihres Lebens und Leidens. Nicht selten wird dies als kritische Abwertung ihrer Person und ihrer Wertehaltung interpretiert.

Im Folgenden sollen drei Themen näher beleuchtet werden:

- a) Religiöse Patienten – Kennzeichen, Bedürfnisse, Fragestellungen
- b) Schwellenängste religiöser Menschen gegenüber einer Psychotherapie
- c) Ethische Leitlinien für die Thematisierung religiöser Fragen in der Psychotherapie

Religiöse Patienten – Kennzeichen, Bedürfnisse, Fragestellungen

Was sind das überhaupt: religiöse Patienten? Es gibt eine Vielzahl von Messinstrumenten, die religiöses Leben zu operationalisieren versuchen (Zwingmann & Moosbrugger 2004; Huber 2008). Allerdings hat sich in den letzten zwei Jahrzehnten eine Veränderung in der Begrifflichkeit ergeben, so dass heute vermehrt von Spiritualität gesprochen wird – eine Thematik, die andernorts breit erläutert wird (Hill et al. 2000; Bucher 2014). In der christlichen Tradition hat sich die Unterscheidung einer extrinsischen (aufgesetzt-äußerlichen) Religiosität von einer intrinsischen (verinnerlichten) Glaubenshaltung bewährt. Sie zeigt sich durch Glaubensüberzeugungen, bevorzugte Literatur und das Bedürfnis den eigenen Glauben zu teilen. Äußerlichkeiten spielen in der christlichen Tradition keine allzu

große Rolle. Anders ist dies im Judentum, wo Kleiderregeln, Speisevorschriften und Fastenrituale wesentliche Kennzeichen gelebter Religion darstellen. Ähnliches kann von Menschen aus muslimischer Tradition gesagt werden (Rezapour & Zapp 2011, Kizilhan 2015), die oft schon durch das Tragen typischer Kleidung als religiös geprägte bzw. observante Menschen auffallen. Hier ergibt sich die Gefahr eines Gegenübertragungs-Bias, aus dem subkulturell-religiösen Äußeren bereits Rückschlüsse auf die religiösen und sozialen Werte einer Person zu ziehen.

Es wäre vermessen, würde man hochreligiöse Menschen, die eine Therapie aufsuchen als Maßstab für Glück oder Unglück einer intensiven Religiosität nehmen. Selbst wenn für den weniger religiösen Betrachter vieles fremd erscheint, einengend oder bevormundend wirkt oder gar bizarre Züge zu tragen scheint, so schließt dies eine hohe Lebenszufriedenheit über weite Strecken hinweg nicht aus.

Dabei gilt es zu beachten, dass Menschen, die in eine Therapie kommen, primär ein Indexproblem mit sich bringen, oftmals ein tiefes Leiden, das sie nach langem Abwägen schließlich Hilfe suchen lässt. Nur selten thematisieren religiöse Menschen ihren Glauben gleich zu Beginn in einer Psychotherapie. Die soziale Erwünschtheit lässt sie zuerst vorsichtig abtasten, ob sich die Therapeutin für diese Thematik offen zeigt.

In der Psychotherapie begegnen uns also leidende Menschen, die einerseits eine intensive Religiosität leben und sich an deren Ideale und Verheißungen klammern. Aber es sind auch ganz normale Menschen mit ihren Sehnsüchten und Enttäuschungen, mit ihren Erfolgserlebnissen und ihren Schwächen. Oftmals möchten sie nur schon sicher sein, dass ihr Glaube respektiert wird, ohne dass dieser explizit in der Therapie besprochen wird. Ein Unterschied besteht offenbar auch zwischen den Themen, die religiöse Menschen in der Einzeltherapie besprechen möchten (Rose et al. 2001) und einer Scheu, über religiöse Themen in einer Gruppentherapie zu sprechen (Post 2010).

In einer breit angelegten Studie hat Grosse Holtforth (2001) die Ziele erforscht, die Menschen zu Beginn einer Psychotherapie haben. An erster Stelle standen Problem- bzw. Symptombewältigung, dann die Klärung und Verbesserung von Beziehungen, die Verbesserung des Wohlbefindens sowie die persönliche Entwicklung. Auffallend war in der Studie, dass nur wenige Patienten explizit und spontan nach dem Sinn des Lebens fragten.

Doch Spiritualität ist nicht nur positiv besetzt: Wenn Klienten einmal das Vertrauen gefunden haben, so berichten sie nicht nur von Momenten religiöser Erfüllung, sondern auch von seelischen Verletzungen und unerhörten Gebeten (Pfeifer 2009). Oftmals ist eine psychische Krise der Beginn einer Selbstreflexion, in der das gesamte Welt-

bild, die bisherigen Ideale und Lebensziele hinterfragt und neu geordnet werden. Hier sind einige besondere Fragestellungen religiöser Menschen:

1. Die Frage der Theodizee: Warum lässt Gott das zu? (negative Ereignisse, Traumatisierung, allgemeine Verminderung des persönlichen Wohlbefindens)
2. Die Hoffnung auf Wunder: Könnte nicht durch eine spirituelle Intervention, einen besonderen Segen, eine religiöse Wallfahrt ein Wunder in meinem Leben geschehen? (Diese Erwartungen formen auch die „pathways to care“, das Inanspruchnahmeverhalten von heilenden Angeboten, vergleichbar traditionellen medizinischen Konzepten ohne religiösen Überbau).
3. Die Deutung religiöser Erfahrungen im Wahn: Könnte es nicht doch sein, dass spirituelle Wesenheiten / Kräfte mit mir Kontakt aufnehmen? Dämonische Deutungen sind sowohl im christlichen als auch im muslimischen Kontext nicht selten (Rowan & Dwyer 2015, Islam & Campell 2014). Umgekehrt stellt sich aber auch das Problem: Wird nicht nur mein Wahn als Krankheit gedeutet, sondern auch mein Glaube, der mich in dieser Krankheit stärkt (Borras et al. 2007)?
4. Die Interpretation psychischer Konflikte als „geistlicher Kampf“. Hier sei auf das Konzept der „spiritual struggles“ (Exline & Rose 2013) hingewiesen, die in jüngerer Zeit intensiver erforscht werden (Exline et al. 2014).
5. Die Bedeutung des Gebetes: Im christlichen Kontext als Zwiesprache mit Gott, im muslimischen Kontext als religiöse Pflicht und Tagesstruktur (vgl. Pfeifer 2014).
6. Ethisch-moralische Leitlinien / Tabus: Von den christlichen „Todsünden“ bis zu Fragen der Abgrenzung von anderen Weltanschauungen (z.B. Konversionsverbot im Islam, Partnerwahl in der gleichen Subkultur etc.) – Eine Übertretung zieht den Ausschluss aus der familiären und subkulturellen Gemeinschaft nach sich und verwehrt den Zugang zum ewigen Leben.
7. Nachfühlbare und ungewöhnliche Coping-Strategien religiös/spiritueller Menschen: „Soaking“ (das Hören von beruhigender christlicher Musik), Besuch eines Segnungsgottesdienstes mit Handauflegung, regelmäßige Lesungen von Koranversen, Tragen eines Amulettes zur Abwehr böser Kräfte oder negativer Energien, Nutzen von esoterischen Techniken zur Spannungsreduktion und zur Abwehr negativer Einflüsse (man beachte hier auch den fließenden Übergang zwischen eindeutig religiösen Strategien und traditionell-magischen Praktiken).

Fallbeispiele

Die oben beschriebenen Konflikte und Fragestellungen sollen kurz in einigen Fallbeispielen illustriert werden.

„*Spiritual struggle*“ und *Theodizee-Frage*: Ein 22-jähriger Student kommt in einer depressiven Krise in die Therapie. In seiner Kirche wirkt er als Worship-Leiter. Wenn es ihm gut geht, dann kann er mit seiner Musik andere mitreißen und im Glauben inspirieren. Aber in der Depression verlässt ihn die Kraft. Er leidet an der Ungerechtigkeit des Lebens, am Hunger in Afrika und an seiner eigenen Zerrissenheit. „Dann ringe ich mit Gott. Warum hast du uns so verletzlich geschaffen? Warum greifst du nicht ein in den Nöten dieser Welt? Warum lässt du diese Ungerechtigkeit zu?“ Wir kommen in ein angeregtes Gespräch über die Unwägbarkeit der menschlichen Existenz und über die Frage, welche Rolle Gott in dunklen Zeiten spielt. Eine letztgültige Lösung lässt sich nicht finden, doch das offene Gespräch über seine Zweifel empfindet er als hilfreich. Parallel dazu erfolgt eine fachgerechte medikamentöse Einstellung.

Vermutung eines dämonischen Einflusses: Ein 36-jähriger Musiker aus Brasilien lebt seit über 10 Jahren in Deutschland und ist kürzlich zum Glauben gekommen. Er ist gutaussehend, hat einen durchtrainierten Körper, berichtet von verschiedenen Frauenbeziehungen und einem lebhaften Sexualleben. Doch er hat in der Liebe kein Glück. Eine Ehe ging nach 5 Jahren in Brüche; unzufrieden mit dem Leben in Europa kehrt er nach Brasilien zurück, aber auch dort ist er unglücklich und zeigt ein auffälliges Verhalten: Er seufzt laut, schlägt mit der Faust gegen Möbel, schreit seine Not hinaus; seine sexuelle Lust lässt nach. Der Vater mit indigenen Wurzeln empfiehlt ihm den Besuch eines Schamanen – dieser vollführt Opferrituale, gibt ihm ein Amulett, und äußert folgende Deutung: „In deinem Leben gibt es mehrere Frauen, eine davon hat dich verflucht, deshalb hast du diese negativen Gefühle“. Seine Mutter, eine „*Evangelicada*“ ist entsetzt: „Durch diesen Schamanen bist du dämonisiert! Du brauchst einen Befreiungsdienst!“ – Er ist hin und hergerissen, wie er seine Gefühlsausbrüche verstehen soll und konsultiert auf Anraten seiner aktuellen Freundin einen Therapeuten.

Ethisch-moralischer Konflikt: Eine 50-jährige Frau mit einer bipolaren Störung thematisiert Konflikte aus ihrem Leben. Als 21-jährige Studentin wird sie von einem älteren Mann geschwängert, sie lässt in der 10. Woche abtreiben. Damals sei sie nicht gläubig gewesen, fühlte sich aber sehr belastet und musste den Studienort im Ausland fluchtartig verlassen. Sie fand Zuflucht bei einer Familie in einem Schweizer Dorf, wo sie einen Priester kennenlernte, bei dem sie bewusst beichtete und einen persönlichen Zugang

zum Glauben fand. In der Folge tritt sie in eine Ordensgemeinschaft ein und studiert Theologie. Ihre depressiven Phasen erschweren das kommunale Leben; sie wechselt mehrfach das Kloster und wird schließlich in einer manischen Episode gebeten, den Orden zu verlassen. Zurzeit lebt sie in einer schwierigen Partnerschaft. Sie leidet unter ihrem Versagen und ihren Verfehlungen, sie habe ihre Gelübde gebrochen und könne nicht mehr zurück ins Kloster. Sie fragt sich, ob Gott ihr vergeben kann und ob es noch eine Zukunft für sie gibt. Alle diese Fragen werden zum Teil sehr drängend in die Therapie eingebracht. Im Verlauf zeigt sich, dass der Glaube nicht nur belastend für sie ist. Allerdings gehen die emotionalen Schwankungen auch mit einer vielschichtigen Spiritualität einher, die von der Geborgenheit im kontemplativen Orden bis hin zur Suche nach Heilung in einem charismatischen Umfeld reichen.

Ängste vor der Psychotherapie

Die Erforschung der Hindernisse für die Inanspruchnahme einer fachgerechten Therapie hat gerade bei Minoritäten und subkulturellen Gruppen die Angst vor mangelnder kultureller oder religiös/spiritueller Sensibilität herausgeschält (vgl. die Meta-Analyse von Scheppers et al. 2006). Zudem finden sich ganz allgemein folgende Faktoren als Barrieren für eine Therapie: Eine mangelnde Bereitschaft seine Probleme jemand anzuvertrauen, die Angst vor Stigma und Peinlichkeit, negative Vorstellungen von einer Therapie sowie kulturelle Faktoren (Collins et al. 2004). Zu ähnlichen Ergebnissen kommen auch Mohr et al. (2006). Nach ihrer Befragung von Patienten in England sind wesentliche Hinderungsgründe: Hemmungen über persönliche Themen zu sprechen; Befürchtungen, vor einer fremden Person die emotionale Contenance zu verlieren; Zurückhaltung, private Themen mit einer unbekanntenen Person zu besprechen; die Sorgen, was wohl Angehörige und Freunde davon halten würden. Diese Hinderungsgründe können völlig individuell sein, bei gläubigen Menschen erhalten sie aber zusätzlich eine religiöse Konnotation (Narramore 1994).

Schließlich spielen auch die Vorstellungen über die Natur und Ursache einer Störung (Health Beliefs) eine wichtige Rolle (Prins et al. 2008). Wenn eine religiöse Person etwa glaubt, die Depression sei durch mangelnden Glauben verursacht, so kann dies ein Hinderungsgrund für die Inanspruchnahme einer Therapie sein. Die Thematik wird auf verschiedenen christlichen Internetplattformen diskutiert, z. B. bei The Christian Post (2016). Auch islamische Internetforen nehmen das Thema auf, wobei hier

noch eher eine konservative religiöse Haltung spürbar ist (Islam Religion Page 2015).

Die Zurückhaltung gegenüber einer Psychotherapie wird für Migranten in Deutschland wie folgt begründet: Die Ärzte kennen meine Religion nicht und werden mich nicht verstehen; die Ärzte werden mir Ratschläge geben, denen ich als Muslim nicht folgen kann; die Therapie wird mich von meiner Religion entfernen; ich habe Angst, dass die Ärzte meine Religion nicht respektieren; stets wird meine Religion für meine Probleme verantwortlich gemacht (Laabdallaoui & Rüschoff 2010).

Ganz ähnliche Vorurteile (und auch negative Erfahrungen, die nicht völlig aus der Luft gegriffen sind) werden im interkulturellen religiösen Kontext formuliert (Dein 2004). Auf Seiten des nicht-religiösen Therapeuten kann es zu einer Gegenübertragung kommen, die dem therapeutischen Prozess abträglich ist. So beschreiben Greenberg & Witztum (1991) folgende Faktoren (im jüdisch-orthodoxen Kontext): Übermäßige Neugier, die sich in einer Vielzahl von detaillierten Fragen über die Glaubensinhalte und -praktiken äußert; Ignorieren von kulturellen Einflüssen und Spannungsfeldern, sodass die Patientin behandelt wird, als würde sie zur Kultur des Therapeuten bzw. zur übergeordneten allgemeinen Mehrheitskultur gehören; aggressives Verhalten gegenüber dem Patienten, insbesondere, wenn dieser sich nicht an therapeutische Vorschläge hält oder die Problemdefinition des Therapeuten nicht übernimmt. Allerdings gibt es auch Hinweise darauf, dass ein zu starkes religiöses Mitschwingen des Therapeuten nicht unproblematisch ist. So beschreibt Spero (1981) im psychoanalytischen Kontext bei orthodoxen jüdischen Patienten die Gegenübertragung in dieser besonderen Subkultur mit starken familiären Vernetzungen. Wohl teile der religiöse Therapeut den kulturellen und religiösen Sprachgebrauch und die Erfahrungen der Sozialisation, doch löse er möglicherweise beim Gegenüber, das an religiösen Konflikten leidet, den Reflex einer rabbinischen Autorität aus, die es verunmöglicht, dass der religiöse Patient seine inneren Kämpfe neutral und unbelastet ausbreiten und diskutieren kann.

Der Therapeut, sei er völlig säkular oder durch seine eigene Geschichte in einer religiösen Tradition geprägt, muss also das angepasste Verhältnis von Nähe und Distanz finden. Beide Extrempole, nämlich eine völlige Ausblendung, aber auch eine zu starke Betonung religiöser Themen, können zu Störfaktoren der Therapie werden. Es hat sich als hilfreich erwiesen, den religiösen Menschen primär von seinem existenziellen Leiden her zu betrachten (vgl. Tab. 1).

Tab. 1: Der hochreligiöse Patient in der Psychotherapie ist ...

-
- ein leidender Mensch (oftmals mit religiös geprägten „idioms of distress“, d. h. besonderen Begrifflichkeiten, die in spiritueller Sprache seelisches Leiden umschreiben)

 - ein kulturell geprägter Mensch (Westman et al. 1992)

 - ein Mensch im Konflikt (mit sich selbst, seinen religiösen Werten und mit seinem Umfeld)

 - ein Mensch, der seine Schwachheit erlebt, in denen sich die Versprechungen und die Bewältigungsstrategien der Religion als uneinlösbar erweisen

 - ein Mensch mit seinen Strebungen nach Liebe und Glück (evtl. im Widerspruch zu religiösen Regeln)

 - ein Mensch mit seinem „Schatten“, destruktiven Anteilen, Regungen und Strebungen, die sich nicht mit seiner religiösen Ethik in Einklang bringen lassen

Ethische Leitlinien

In der Behandlung von Menschen mit einer hohen Religiosität stellen sich drei zentrale Fragen, nämlich die kulturelle Sensibilität, die ethische Verantwortung und die Fokussierung auf die Problematik, die eine Person in die Therapie einbringt. Psychotherapie ist nicht primär spirituelle Begleitung, sondern ein wissenschaftlich begründeter, reflektierter Weg, Leiden zu lindern, eine Person zu festigen und ihr einen Sinn für das Leben zu vermitteln. Damit sollen die personale Existenz gestärkt, Beziehungen gefördert und die Bewältigung von Leiden verbessert werden. Spiritualität wird exploriert, wenn sie vom Patienten thematisiert wird, immer aber mit dem Ziel einer ganzheitlichen Lebensbewältigung. Kulturelle Sensibilität muss jedoch immer durch eine leitlinien-gerechte Diagnostik ergänzt werden. Manchmal besteht die Gefahr einer Überdiagnostik: religiöse Äußerungen werden dann allzu schnell als Zeichen für eine Psychose genommen und entsprechend mit Neuroleptika behandelt. Andererseits dürfen religiöse Äußerungen nicht dazu verleiten, eine Psychose nur als „spirituelle Krise“ fehlzudeuten.

Hierzu ein Beispiel: Ein 27-jähriger Mann wird gegen seinen Willen in eine Klinik eingewiesen, nachdem er in einem schwersten Zustandsbild von Selbstvernachlässigung gefunden wurde. Der hochintelligente Student hatte sich von allen sozialen Kontakten zurückgezogen und lebte in seiner Einzimmerwohnung nur noch von hartem Brot und saurer Milch. Beim Eintritt bestand er darauf, dass er zum Buddhismus konvertiert sei und dass er das Ziel habe, eine Pilgerfahrt nach Tibet zu machen. Der formale Gedankengang erschien geordnet, seine Argumente konnten nicht a priori als pathologisch eingeordnet werden. Aller-

dings fiel auf, dass er keinen Kontakt mit anderen Buddhisten in der Stadt hatte, keine Bücher über den Buddhismus las, keine religiösen Symbole aufstellte und relativ wenig über den Buddhismus wusste. Schließlich wurde entschieden, dass es keinen ausreichenden Grund gab, eine wahnhaftige Störung aus dem schizophränen Spektrum zu diagnostizieren. Man erlaubte ihm, die geplante Reise nach Tibet anzutreten. Allerdings traf er keinerlei Vorbereitungen, hatte keine Adressen und konnte nicht darlegen, wie er mit allfälligen Schwierigkeiten auf der Reise umgehen würde. Zwei Tage nach seiner Abreise aus der Schweiz rief er seinen Vater an und bat ihn, ihn heimzuholen. Der Grund: Er hatte die Nacht im Münchner Olympiapark verbracht und war von zwei Mücken gestochen worden. Nach diesem Vorfall war die Pilgerreise kein Thema mehr, die Symptome einer schizophränen Erkrankung traten aber zunehmend deutlich hervor. Kommentar: Obwohl der Patient eindeutig auffällig war, hatte man im Sinne der kulturellen Sensibilität darauf verzichtet, die psychose-typischen Symptome ausreichend zu gewichten. Bei näherer Betrachtung passten zwei Aspekte nicht zu einer kulturell kongruenten Religiosität:

- a) Die schwere Selbstvernachlässigung, der bizarre Lebensstil, der Abbruch aller früheren Studienziele und der Verlust aller sozialen Kontakte.
- b) Der Mangel an typischen ergänzenden Elementen eines religiösen Lebensentwurfs.

Schließlich führten die inkongruenten bizarren Gründe für den Abbruch der „Pilgerreise“ dazu, dass die religiösen Anteile zwar als spirituelles Element (nicht als Wahnidee) gewürdigt wurden, aber dennoch im Gesamtkontext einer Erkrankung aus dem Schizophrenen Formenkreis. Die Begleitumstände der „Pilgerfahrt“ wiesen deutlich auf ein pathologisches Geschehen hin, so sehr der Glaube auch ernsthaft war. Hilfreich für die Differentialdiagnose religiöser Aspekte bei psychotischen Erkrankungen ist der Algorithmus von Siddle et al. (2002).

Die ethisch-professionellen Spannungsfelder wurden von Plante (2007) unter dem Akronym „RRICC“ beschrieben: Respect, Responsibility (Verantwortung), Integrity, Competence und Concern. Der Therapeut ist in erster Linie dem Wohlbefinden des Patienten verpflichtet. Es gilt sorgfältig abzuwägen zwischen Einhaltung von religiösen Pflichten und Schaden für Gesundheit und Seele. Integrität bedeutet aber auch, sich nicht in Rollenkonflikte verwickeln zu lassen. So kann es sein, dass eine Patientin von einem Priester überwiesen wird, jedoch mit dem Auftrag, sie so weit wiederherzustellen, dass sie die Anforderungen der religiösen Gemeinschaft wieder erfüllen kann. Eine sorgfältige Klärung des Auftrages, der Rollenverteilung

und der Eigenständigkeit der Patientin ist ethisch unabdingbar.

Religiöse Themen in der Therapie

Es ist unbestritten, dass das Ansprechen religiöser Themen in der Therapie mit spirituell geprägten Menschen als hilfreich und fördernd für die Lebensbewältigung erlebt wird (vgl. die Metaanalyse von Paukert et al. 2011). Allerdings stellt sich die Frage, ob auch säkulare Therapeuten lernen könnten, gewisse Themen religiöser Patienten mit Hilfe von spirituellen Leitlinien aufzugreifen. Würde eine Werte-Kongruenz bessere Therapieresultate ergeben? Eine interessante Studie zu dieser Thematik wurde von Propst & Ostrom (1992) verfasst. Sie untersuchten unterschiedliche Dyaden von gläubigen Patienten mit säkularen Therapeuten oder von gläubigen Patienten mit Therapeuten, die deren Werte teilten. Überraschenderweise kam es nicht nur dort zu einem positiven Outcome, wo es eine persönliche Wertekongruenz gab, sondern auch bei säkularen Therapeuten, die in der Therapie die spirituellen Fragen ihrer Patienten in sensibler und interessierter Weise aufnahmen. Schlechtere Ergebnisse ergaben sich im Sinne einer umgekehrten U-Kurve, nämlich beim völligen Ausblenden religiöser Themen („Neutralität, Abstinenz“), aber auch bei einer zu starken Betonung spiritueller Themen in der Therapie.

Was sind nun die möglichen Themen, die sich bezüglich Religion in der Psychotherapie ergeben können? Grundsätzlich sind sie so vielfältig wie das Leben selbst und in diesem Sinne nicht anders als die ganze Breite psychotherapeutischer Fragestellungen. Die Gemeinsamkeit ist letztlich die religiös/spirituelle Prägung gewisser Fragestellungen, ähnlich einer farblichen Tönung in einem Bild. Kompliziert wird die Sachlage noch zusätzlich durch die Beobachtung, dass es bei religiösen Menschen ein Mosaik von Bedeutungszuweisungen gibt, die keinesfalls immer religiös/spirituell geprägt sind. Es mag sein, dass eine Patientin ihre Krankheit als „Strafe Gottes“ interpretiert, während andere (speziell in einer Psychose) vielleicht äußern: „Gott hat mich für eine besondere Herausforderung erwählt“ (Popovsky 2010). Religiöse Menschen können aber auch das Krankheitsgeschehen von ihrem Glauben weitgehend abkoppeln, und allenfalls die Krankheit oder z.B. schädliche Erdstrahlen als Auslöser vermuten. Fazit: Nicht immer ist die Religion auch die einzige Erklärung. Dort aber, wo sie prägend wird, erfordert dies in der Therapie ein feines Hinhören und ein kritisches Abwägen der Gewichtung einer Thematik. Abbildung 1 gibt einen schematischen Überblick möglicher Themen.

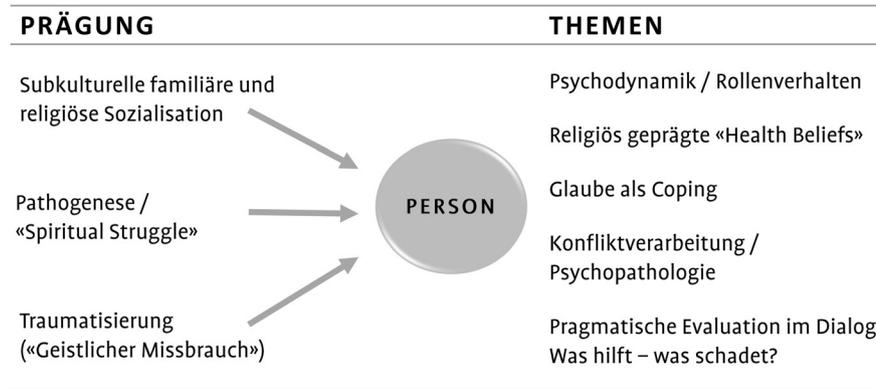


Abb. 1: Religionsbezogene Themen in der Psychotherapie.

In einem Übersichtsartikel haben Barnett & Johnson (2011) Leitlinien für den Einbezug spiritueller Werte in der Therapie erarbeitet. Tabelle 2 zeigt in modifizierter Form den Algorithmus des Vorgehens. Als ethische Leitlinie könnte Religion als metatherapeutisches Thema betrachtet werden: „Reden über Religion“, aber nicht „Praktizieren als religiöses Ritual“.

Tab. 2: Ethische Leitlinien für die Integration spiritueller Themen in der Psychotherapie (in Anlehnung an Barnett & Johnson 2011)

1. Spirituelle Fragen werden nur dann Thema der Psychotherapie, wenn sie vom Patienten angesprochen werden. Dabei kann Religion oder Spiritualität als prägender Faktor der Lebensgeschichte oder als aktuelle Einflussgröße bei persönlichen Fragen und Konflikten zur Sprache kommen (Beispiele: Ablösung von der Familie, wobei ein vermehrtes oder vermindertes Interesse an Religion mitspielt, moralische Fragen, Konflikte mit engen Bekannten, der bisherigen Peer-Group etc.).
2. Religion wird nicht zur gemeinsamen spirituellen Handlung / zum Ritual im Rahmen des therapeutischen Settings. Religion wird auch nicht zum zentralen Diskussionsthema, wenn sie nicht existenziell mit der Lebensbewältigung bzw. mit dem therapeutischen Ziel in Verbindung steht.
3. Respektvolles Assessment der religiösen Überzeugungen und Vorlieben des Patienten (beispielsweise unter Einbezug des Instrumentes der Spirituellen Anamnese / SPIR; Frick et al. 2006 / www.spiritualcare.de).
4. Sorgfältiges Überprüfen allfälliger Zusammenhänge zwischen dem aktuellen Problem und den religiösen und spirituellen Überzeugungen.
5. Einbeziehen dieser Befunde in den Prozess des „informed consent“ (Einbezug religiöser Fragen / Interventionen in den Therapieplan).
6. Überprüfung der eigenen Gegenübertragungsgefühle in Bezug auf die Religiosität/Spiritualität des Patienten.
7. Ehrliche Selbsteinschätzung der eigenen Fallkompetenz.

8. Evtl. Konsultation von Experten in Bezug auf Verbindung von Religion und Psychotherapie; Konsultation von Geistlichen falls angemessen, klinisch indiziert und der Patient damit einverstanden ist.
9. Integration von spirituell-religiösen Interventionen in den Behandlungsplan nach Abwägen von deren Vor- und Nachteile, z. B. ein Moment der Stille oder ein kurzes Gebet im Einzelfall, wenn vom Patienten gewünscht und vom Therapeuten in seiner Gewichtung reflektiert (Walker & Moon 2011).
10. Evaluation des Outcomes und allfällige Anpassung des Behandlungsplanes.

Fallbeispiel: Anhand einer Begegnung im konsiliarärztlichen Dienst soll illustriert werden, wie der Glaube im Gespräch zum Thema werden kann: Die 75-jährige Frau war mit einem entgleisten Diabetes ins Krankenhaus eingewiesen worden. Sie wirkte depressiv, ja latent suizidal – und ein Konsiliararzt wurde hinzugezogen, um den Einfluss psychischer Faktoren zu beurteilen. Frau B. wirkte rüstig, mental agil, aber auch deutlich depressiv. Mehrfach brach sie in Tränen aus, wenn sie vom Tod ihres Mannes (vor sechs Jahren) erzählte, der ihr Ein und Alles gewesen sei. Sie pflegt kaum noch Kontakte, geht nur in der Morgen- und Abenddämmerung spazieren; einzig die Familie ist ihr wichtig. Und dann, fast wie aus einer anderen Schicht: „Ich bin Buddhistin.“ Sorgfältig tastend kommt ein Gespräch in Gang, was es bedeutet Buddhistin zu sein. Sie liest offenbar viel, meditiert häufig, versucht Chakra-Arbeit zu machen, erklärt dem Arzt in einem dynamischen Redefluss die Bedeutung des Leidens in der Lehre vom Karma. Es wird deutlich, dass der Buddhismus für sie eine echte Ressource ist, über die sie viel nachdenkt. An einem Punkt wirft sie ein: „Ich weiss ja, dass Selbsttötung nicht im Sinne meiner Religion wäre“ (Coping). Darum habe sie schon lange nicht mehr einen aktiven Suizidversuch unternommen, lasse sich aber einfach gehen. Und etwas später: „Ich weiss, warum ich zuckerkrank geworden bin. Ich

habe mein Karma geschädigt, indem ich zu wenig gütig mit mir selbst war“ (Explanatory Models, Health Beliefs). Im Gespräch war sie richtiggehend aufgetaut und wirkte gar nicht mehr depressiv. Der Arzt empfiehlt ihr, regelmäßig einen Psychotherapeuten aufzusuchen, mit dem sie ihr Leben und ihre Werte besprechen kann (Support) – vielleicht gelingt es ihr, ihre spirituellen Werte auch im Sinne von mehr Selbstfürsorge positiv in ihr Leben einzubringen.

Die interkulturelle Kompetenz kann durch eine Vertrautheit mit Religion (sei dies durch Begegnungen oder durch eine intensive Selbsterfahrung) gefördert werden. Für das orthodoxe Judentum haben Bilu & Witztum (1993; 1995) einen sehr anschaulichen Leitfaden zum Verständnis von Patienten aus diesem Hintergrund geschrieben. Die unterschiedlichen Werte von Patient und Psychotherapeut erfordern dabei ein sorgfältiges Abwägen von Begrifflichkeiten und therapeutischen Zielsetzungen (Worthington 1988; Barnett & Johnson 2011). Es mag sein, dass ein Therapeut in der Begegnung mit religiösen Menschen selbst einen Weg der inneren Entwicklung macht. Doch die Therapeutin muss sich dabei in ihren Überzeugungen nicht völlig verbiegen, sie hat ihre eigene Geschichte, ihre Werte, ihre professionelle Ethik. Integrität bedeutet dabei auch, dass der Therapeut dazu stehen darf, dass er zwar nicht alle Glaubenssätze teilen kann, aber versucht, sich in die Welt des Patienten einzufühlen. Wenn eine klare therapeutische Haltung verbunden wird mit einer warmherzigen Anteilnahme am persönlichen Befinden der Person, dann kann die Therapie mit hochreligiösen Menschen nicht nur erfolgreich sein, sondern auch für den Therapeuten im besten Sinne „inspirierend“ sein.

Literatur

- Baars BJ (2003) The double life of B. F. Skinner: Inner conflict, dissociation, and the scientific taboo against consciousness. *Journal of Consciousness Studies* 10:5–25.
- Barnett JE, Johnson WB (2011) Integrating spirituality and religion into psychotherapy: Persistent dilemmas, ethical issues, and a proposed decision-making process. *Ethics & Behavior* 21: 147–164.
- Bergin A, Jensen J (1990) Religiosity of psychotherapists: A national survey. *Psychotherapy* 27:3–7.
- Bilgrave D, Deluty R (1998) Religious beliefs and therapeutic orientations of clinical and counseling psychologists. *Journal for the Scientific Study of Religion* 37:329–349.
- Bilu Y, Witztum E (1993) Working with Jewish Ultra-Orthodox patients: Guidelines for a culturally sensitive therapy. *Culture Medicine and Psychiatry* 17:197–233.
- Bilu Y, Witztum E (1995) Between sacred and medical realities: Culturally sensitive therapy with Jewish ultra-orthodox patients. *Science in Context* 8:159–173.
- Borras L, Mohr S, Brandt PY, Gilliéron C, Eytan A, Huguelet P (2007) Religious beliefs in schizophrenia: their relevance for adherence to treatment. *Schizophrenia Bulletin* 33:1238–1246.
- Bucher A (2014) *Psychologie der Spiritualität*. Weinheim: Beltz.
- Collins KA, Westra HA, Dozois DJ, Burns DD (2004) Gaps in accessing treatment for anxiety and depression: challenges for the delivery of care. *Clinical Psychology Review* 24:583–616.
- Dein S (2004) Working with patients with religious beliefs. *Advances in Psychiatric Treatment* 10:287–294.
- Edwards S, Tinning L, Brown JS, Boardman J, Weinman J (2007) Reluctance to seek help and the perception of anxiety and depression in the United Kingdom: a pilot vignette study. *Journal of Nervous and Mental Disease* 195:258–261.
- Ellis A (1980) Psychotherapy and atheistic values: A response to A. E. Bergins „Psychotherapy and religious values“. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 48:635–639.
- Ellis A (1985) The case against religion: A psychotherapist's view. And: The case against religiosity. Austin, TX: American Atheist Press.
- Exline JJ, Pargament KI, Grubbs JB, Yali AM (2014) The religious and spiritual struggles scale. Development and initial validation. *Psychology of Religion and Spirituality* 6:208–222.
- Exline JJ, Rose ED (2013) Religious and spiritual struggles. In Paloutzian RF, Park CL (Hg.) *Handbook of the psychology of religion and spirituality*. New York: Guilford. 315–330.
- Freund H (2014) *Verhaltenstherapie und Spiritualität*. *Spiritual Care* 3:128–139.
- Frick E, Riedner C, Fegg M, Hauf S, Borasio GD (2006) A clinical interview assessing cancer patients' spiritual needs and preferences. *European Journal of Cancer Care* 15:238–243.
- Greenberg D, Witztum E (1991) Problems in the treatment of religious patients. *American Journal of Psychotherapy* 45:554–565.
- Griffith J (2013) *Religion hilft, Religion schadet: Wie der Glaube unsere Gesundheit beeinflusst*. Darmstadt: Wissenschaftliche Buchgesellschaft.
- Grosse Holtforth M (2001) Was möchten Patienten in ihrer Therapie erreichen? – Die Erfassung von Therapiezielen mit dem Berner Inventar für Therapieziele (BIT). *Verhaltenstherapie und Psycho-soziale Praxis* 33:241–258.
- Hill PC, Pargament KI, Hood RW, McCullough ME, Swyers JP, Larson DB, Zinnbauer BJ (2000). Conceptualizing religion and spirituality: Points of commonality, points of departure. *Journal for the Theory of Social Behaviour* 30:51–77.
- Hofmann L, Walach H (2011). Spirituality and religiosity in psychotherapy – A representative survey among German psychotherapists. *Psychotherapy Research* 21:179–192.
- Huber S (2008). Kerndimensionen, Zentralität und Inhalt. Ein interdisziplinäres Modell der Religiosität. *Journal für Psychologie* 16 (3):1–17.
- Islam F, Campbell RA (2014) „Satan has afflicted me!“ Jinn-possession and mental illness in the Qur'an. *Journal of Religion and Health* 53:229–243.
- Islam Religion Page (2015) Depression vs. Contentment: An Islamic perspective (online). (Zitierdatum: 21.01.2016), abrufbar unter <http://www.ezsoftech.com/akram/depression.asp>.
- Kizilhan JI (2015) Religion, Kultur und Psychotherapie bei muslimischen Migranten. *Psychotherapeut* 60:426–432.
- Laabdallaoui M, Rüschoff I (2010) *Umgang mit muslimischen Patienten*. Bonn: Psychiatrie-Verlag.

- Mohr D, Hart SL, Howard I, Julian L, Vella L, Catledge C, Feldman MD (2006) Barriers to psychotherapy among depressed and nondepressed primary care patients. *Annals of Behavioral Medicine* 32:254–258.
- Narramore B (1994) Dealing with religious resistance in psychotherapy. *Journal of Psychology and Theology* 22:249–258.
- Paukert AL, Phillips LL, Cully JA, Romero C, Stanley MA (2011) Systematic review of the effects of religion-accommodative psychotherapy for depression and anxiety. *Journal of Contemporary Psychotherapy* 41:99–108.
- Peteet JR (2012) Spiritually integrated treatment of depression: a conceptual framework. *Depression Research and Treatment*. *Depression Research and Treatment*. <http://dx.doi.org/10.1155/2012/124370>.
- Pfeifer S (2009) Wenn der Glaube zum Konflikt wird. Wege zur inneren Heilung. Basel: Brunnen.
- Pfeifer S (2014) Das Gebet – Psychodynamik, Wirksamkeit, Therapie. In: Utsch M, Bonelli R, Pfeifer S (Hg.). *Psychotherapie und Spiritualität. Mit existenziellen Konflikten und Transzendenzfragen professionell umgehen*. Berlin: Springer.
- Plante TG (2007) Integrating spirituality and psychotherapy: ethical issues and principles to consider. *Journal of Clinical Psychology* 63:891–902.
- Popovsky MA (2010). [Special issues in the care of ultra-orthodox Jewish psychiatric in-patients](#). *Transcultural Psychiatry* 47:647–672.
- Post BC (2010). Religious and spiritual issues in group counseling: Clients' beliefs and preferences of university counseling center clients and therapists (online). Iowa State University: Graduate Theses and Dissertations, (Zitierdatum 28.02.2016), abrufbar unter <http://lib.dr.iastate.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=3981&context=etd>.
- Prins MA, Verhaak PF, Bensing JM, van der Meer K (2008) Health beliefs and perceived need for mental health care of anxiety and depression – the patients' perspective explored. *Clinical Psychology Review* 28:1038–1058.
- Propst LR, Ostrom R, Watkins P, Dean T, Mashburn D. (1992) Comparative efficacy of religious and nonreligious cognitive-behavioral therapy for the treatment of clinical depression in religious individuals. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 60:94–103.
- Rezapour H, Zapp M (2011) *Muslime in der Psychotherapie. Ein kultursensibler Ratgeber*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Rose E, Westefeld J, Ansley T (2001) Spiritual issues in counseling: Clients' beliefs and preferences. *Journal of Counseling Psychology* 48:61–71.
- Rowan K & Dwyer K (2015) Demonic possession and deliverance in the diaspora: phenomenological descriptions from Pentecostal deliverers. *Mental Health, Religion & Culture* 18:440–455.
- Scheppers E, van Dongen E, Dekker J, Geertzen J, & Dekker, J (2006). [Potential barriers to the use of health services among ethnic minorities: A review](#). *Family Practice* 23:325–348.
- Shafranske E (2000) Religious involvement and professional practices of psychiatrists and other mental health professionals. *Psychiatric Annals* 30:525–532.
- Siddle R, Haddock G, Tarriner N, Faragher EB (2002) Religious delusions in patients admitted to hospital with schizophrenia. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 37:130–138.
- Skinner BF (1987) What Religion means to me (online). *Scientific Mindfulness*, (Zitierdatum 3.1.2016), abrufbar unter: <http://www.scientificmindfulness.com/2010/03/skinner-on-religion.html>.
- Smith DP, Orlinsky DE (2004) Religious and spiritual experience among psychotherapists. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training* 41:144–151.
- Spero MH (1981) Countertransference in religious therapists of religious patients. *American Journal of Psychotherapy* 35:565–575.
- The Christian Post (2016) Seeking Treatment for Depression Doesn't Mean You Lack Faith (online). CP Living, (Zitierdatum 21.01.2016), abrufbar unter <http://www.christianpost.com/news/seeking-treatment-for-depression-doesnt-mean-you-lack-faith-44943/>.
- Walker DF, Moon GW (2011) Prayer. In: Aten JD, McMinn MR, Worthington EL (Hg.) *Spiritually oriented interventions for counseling and psychotherapy*. Washington DC: American Psychological Association. 139–168.
- Westman AS, Brackney BE, Bylsky NC (1992) Religious beliefs are socialized in the same way as are other beliefs. *Psychological Report* 70:1107–1110.
- Will H (2014) Vom Niedergang der Weltanschauungen. Freuds Atheismus im Kontext betrachtet. *Psyche – Zeitschrift für Psychoanalyse* 68:1–30.
- Worthington EE (1988) Understanding the values of religious clients: a model and its application to counseling. *Journal Counseling Psychology* 35:166–174.
- Zeiger M, Lewis JE (1998) The spiritually responsible therapist: Religious material in the psychotherapeutic setting. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training* 35:415–424.
- Zwingmann C, Moosbrugger (Hg.) (2004) *Religiosität: Messverfahren und Studien zu Gesundheit und Lebensbewältigung. Neue Beiträge zur Religionspsychologie*. Münster: Waxmann.

Biografische Angaben

Samuel Pfeifer

Samuel Pfeifer, Prof. Dr. med., Masterprogramm Religion und Psychotherapie, Evangelische Hochschule Tabor in Marburg; Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, langjähriger Chefarzt der Klinik Sonnenhalde in Riehen / Schweiz (1987–2012). Mitglied im Editorial Board der Zeitschrift „Mental Health, Religion and Culture“, Mitverfasser des Lehrbuchs „Psychotherapie und Spiritualität“ (Springer).