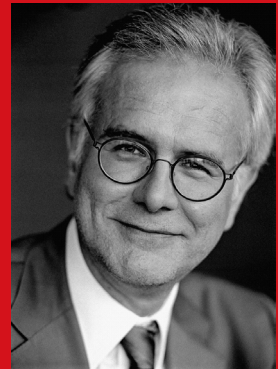


3. DEUTSCHER PATIENTENKONGRESS DEPRESSION

für Betroffene und Angehörige

12.–13. September 2015

**Dokumentation zu Vorträgen und Workshops
von Betroffenen, Angehörigen und Fachleuten,
Film und Lesung.**



Moderation:
Harald Schmidt

Inhaltsverzeichnis

Vorwort	4	Workshop 7a: Depression am Arbeitsplatz – aus der Sicht betrieblicher Sozialarbeit.	41
Vorträge	5	Workshop 7b: Depression am Arbeitsplatz – aus der Sicht betrieblicher Sozialarbeit.	44
Mit der Depression leben	6	Workshop 8: Depression in Studium und Ausbildung	48
Die Behandlung der Depression – Bewährtes und Neues	7	Workshop 9: Psychoedukation bei Depression. . .	51
Depression aus Sicht der Angehörigen	8	Workshop 10a: Selbsthilfegruppen – vom Ich zum Wir	55
Welche Möglichkeiten bietet das Internet für Menschen mit Depression?	9	Workshop 10b: Selbsthilfegruppen – vom Ich zum Wir	57
Die Versorgungssituation bei Depression in Deutschland	10	Workshop 11: Betroffene beraten Betroffene . . .	60
Depression aus Sicht des Arbeitsgebers	11	Workshop 12: Resilienz – mit innerer Wider- standskraft in Balance kommen.	63
Depression bei Kindern und Jugendlichen	12	Workshop 13a: Das Konzept der Achtsamkeit. . .	67
Psychotherapie UND Depression	13	Workshop 13b: Das Konzept der Achtsamkeit. . .	71
Lebenslust: Über Risiken und Nebenwirkungen des Gesundheitswahns	14	Workshop 13c: Das Konzept der Achtsamkeit. . .	73
Workshops	15	Workshop 14: Depression und Suizidalität.	76
Workshop 1: Diagnose und Behandlung der Depression	16	Workshop 15: Multimodale Lauftherapie (MML) – praktische Implikationen und Forschungsergebnisse.	80
Workshop 2a: Medikamentöse Behandlung der Depression	19	Workshop 16: Qigong – inneres Lächeln trotz(t) Depression	84
Workshop 2b: Medikamentöse Behandlung der Depression	22	Workshop 17: MUT-TOUR – Öffentlichkeitsarbeit der Initiative und die Selbsthilfe durch Sport, Natur und Gemeinschaft.	86
Workshop 3: Psychotherapie bei Depression	25	Workshop 18: „Wo drückt der Schuh wirklich?“ – die häufigsten Fragen an die E-Mail-Beratung der Deutschen DepressionsLiga e. V.	89
Workshop 4a: Schlafhygiene bei Depression	28	Workshop 19: iFightDepression – Selbstmanagement im Internet	93
Workshop 4b: Schlafhygiene bei Depression	31	Workshop 20: Depression im Alter	96
Workshop 5: Depression bei bipolarer Erkrankung	35		
Workshop 6: Arbeit und Depression – Risiko und/oder Schutz?	38		

Workshop 21a: Depression bei Kindern und Jugendlichen	98
Workshop 21b: Depression bei Kindern und Jugendlichen	100
Workshop 22: Männer weinen nicht – Depression bei Männern	103
Workshop 23a: Wie gehe ich als Angehöriger mit Depression um?	106
Workshop 23b: Wie gehe ich als Angehöriger mit Depression um?	108
Workshop 23c: Wie gehe ich als Angehöriger mit Depression um?	111
Workshop 24: Kinderwunsch bei Depression.	114
Workshop 25: Wenn die Lust fehlt – Depression und Sexualität	116
Workshop 26: Depression und Religion	119
Workshop 27: „Psychosoziales Coaching“ – ein Modellprojekt	123
Workshop 28: Tränen statt Mutterglück – postpartale Depression	128
Workshop 29: Geschichte der Psychiatrie	131
Workshop 30: Depression und Schule	136
Workshop 31: Mit allen Sinnen – Genuss-training für Menschen mit Depression.	139
Workshop 32: Gedanken und Gefühle rund um das Essen	142
Sonntagsprogramm	147
Dia-Vortrag MUT-TOUR mit Initiator Sebastian Burger	148
Film-Prelaunch „Die Mitte der Nacht ist der Anfang vom Tag“	149
Lesung mit Brigitte-Autorin Heide Fuhljahr	150
Vortrag: Depressionen: Fakten, Irrtümer, Kontroversen	151

Vorwort

Liebe Leserinnen und Leser,

über ein Jahr Vorbereitung, über 1 200 Gäste, 11 Vorträge, 50 Workshops und eine gleichsam humor- wie taktvolle Moderation durch unseren Schirmherrn Harald Schmidt – das war der 3. Deutsche Patientenkongress Depression, der im September 2015 im Gewandhaus zu Leipzig stattfand. Ziel der Kongressveranstaltung ist es, den Erkrankten und ihren Angehörigen wichtige Informationen und unterschiedliche Aspekte zur Volkskrankheit Depression anzubieten, in Austausch zu kommen und über das Medienecho den Betroffenen eine öffentliche Stimme zu geben.

Nicht nur das Programm, auch die vielen Möglichkeiten zu persönlichem Kennenlernen und Erfahrungsaustausch fanden bei den Teilnehmern großen Anklang. Zahlreiche Informationsstände, u. a. der regionalen Bündnisse gegen Depression, und ein kulturelles Rahmenprogramm mit musikalischen Darbietungen, Lesung, Film-Prelaunch, Abendveranstaltung, Preisverleihungen und einem kabarettistischen Vortrag von Bestseller-Autor Manfred Lütz sorgten für Abwechslung.

Im Jahr 2015 fand der Kongress erstmalig an zwei Tagen statt. Zeitgleich wurden viele Workshops zu sehr unterschiedlichen Themen parallel angeboten. Deshalb ist es uns ein Anliegen, die Inhalte des Kongressprogramms hier gebündelt in einem Tagungsband vorzulegen. Dieser soll es allen Interessenten ermöglichen, die wichtigsten Punkte der Vorträge und aller Workshops nachzulesen.

Für die Hauptvorträge haben wir uns für eine besondere Form der Dokumentation entschieden. Dank der Künstlerin Sophia Halamoda entstanden während der Vorträge graphische Darstellungen, die die Hauptaussagen der Referenten illustrativ zusammenfassen. Für die Inhalte der Workshops stehen ausführliche schriftliche Dokumentationen zur Verfügung, die von Leipziger Studenten verfasst wurden.

Auch im Namen aller Referenten und Workshop-Leiter sowie des gesamten Kongress-Teams der Stiftung Deutsche Depressionshilfe wünschen wir Ihnen viel Freude und eine informative Lektüre!

Herzlichst

Prof. Dr. Ulrich Hegerl
Vorstandsvorsitzender
Stiftung Deutsche Depressionshilfe

PD Dr. Christine Rummel-Kluge
Geschäftsführerin
Stiftung Deutsche Depressionshilfe

Hinweis:

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird teilweise auf eine geschlechtsneutrale Sprachform verzichtet. Die Verwendung der männlichen Form soll dabei explizit als geschlechtsunabhängig verstanden werden.

Workshop 26: Depression und Religion

Prof. Dr. Sebastian Murken, Universität Marburg

Samstag, 12. September, 16.45–18.15 Uhr
& Sonntag, 13. September, 09.30–11.30 Uhr



Wie hängen Religiosität und Spiritualität mit Depression zusammen? Kann Religion bei der Bewältigung einer Depression hilfreich sein, oder hat der Glaube unter gewissen Bedingungen schädliche Wirkung? Das sind die zentralen Fragen des Themas, denen die Teilnehmer des Workshops „Depression und Religion“ mit dem Religionspsychologen, Psychotherapeuten und Honorarprofessor für Religionswissenschaft, Prof. Dr. Sebastian Murken, gemeinsam auf den Grund gehen wollen. Was kann die Religionspsychologie in der Beantwortung dieser Fragen leisten? Die Disziplin der Religionspsychologie beschäftigt sich mit dem Zusammenhang zwischen Religion und dem menschlichen Fühlen, Denken und Verhalten. Wie beeinflusst auf der einen Seite die Religion den Menschen und auf der anderen Seite der Mensch die Religion? Gegenstand des Interesses ist hierbei nicht, ob Gott existiert, sondern wie er wirkt.

Wo stehen wir in der Gesellschaft?

Im Bezug auf Religiosität lässt sich die Gesellschaft in vier Gruppen unterteilen. Für die erste Gruppe, die etwa ein Drittel der deutschen Bevölkerung ausmacht, sind Spiritualität und Glaube irrelevant. Diese Menschen sind nicht atheistisch, das heißt, nicht aktiv ablehnend, aber religiöse Überzeugungen spielen in ihrem Leben keine Rolle. Sie werden auch die *religiös Indifferenten* genannt. Die zweite Gruppe sind die konfessionell Gebundenen. Sie sind Mitglied einer Kirche oder einer religiösen Gemeinschaft, ihre Religion ist aber inhaltlich für ihr Verhalten oder Fühlen irrelevant. Ihre Haltung ist nicht an religiöse Dogmen gebunden, weshalb sie auch die *lauwarm Religiösen* genannt werden. Sie wollen ihre Kirche nicht missen, ihr aber auch nicht zu viel Bedeutung zuschreiben. Die dritte Gruppe besteht aus Hochreligiösen und (in nicht wertendem Verständnis) Fundamentalisten. Für sie ist die Religion handlungsbestimmend und von großer Bedeutung für ihr Leben. Zwischen dem eigenen Verhalten und der Konvention der Religionsgemeinschaft findet fortwährend ein innerer Abgleich statt. Bei Abweichung gerät der Betreffende in eine Spannung. Überzeugungen von Hochreligiösen sind abgeleitet aus einem Offenbarungswissen, zum Beispiel aus der Bibel oder dem Koran. In Westdeutschland macht die Gruppe circa ein Achtel, das heißt etwa zehn bis fünfzehn Prozent, der Bevölkerung aus – in Ostdeutschland sind es weniger. Die vierte Gruppe besteht aus Menschen, die sich selbst als „spirituell“ verstehen. Sie glauben an eine höhere Macht – „dass es da

draußen etwas gibt“ – aber definieren dies nicht nach dem Verständnis einer religiösen Gemeinschaft. Diese Einstellung, die immer mehr an Popularität gewinnt, lässt sich Patchwork-Religiosität nennen. Der Spirituelle kann verschiedene Praktiken wählen, wie zum Beispiel Meditation, Yoga, Engelglaube oder Energieheilung, ohne dass diese sich gegenseitig ausschließen. Der Glaube ist individuell konstituiert und bedürfnisorientiert. Er hat nicht den Forderungscharakter der klassischen Religionen und drückt sich nicht in Pflichten, wie zum Beispiel den zehn Geboten, aus. Ein dogmatischer Glaube fordert prinzipiell den Ausschluss anderer Glaubensrichtungen. Die Unterscheidung in diese vier Gruppen dient einer heuristischen Einteilung. In der Realität gibt es aber eine gewisse Überschneidung zwischen der Gruppe der kirchlich (lauwarm) gebundenen Gläubigen und der der Patchwork-Religiösen.

Welche Rolle spielt der Glaube für die Lebensgestaltung und -bewältigung?

Aus einer solchen Themenstellung ergeben sich immer auch Berührungspunkte mit den existenziellen Fragen des Menschseins. Besonders im Kontext von schweren Krankheiten treten spirituelle Bedürfnisse und religiöse Fragen hervor, von denen sich Menschen Antworten auf die Heilserwartung erhoffen. Führt mich ein Glaube zum besseren Leben? Kann mich mein Glaube heilen? Glaubensfragen wie diese sind eng verbunden mit Sinnkonstruktion. Wie ziehen Menschen Sinn aus ihrem Leben? Eine Depression dagegen ist gekennzeichnet von Sinnverlust. Die Betroffenen haben das Gefühl, nichts hat mehr Sinn.

Welche Wechselwirkungen lassen sich zwischen Glaube und Spiritualität auf der einen Seite und Schicksalsschlägen und psychischen Erkrankungen auf der anderen Seite ausmachen? Ein allgemeines Modell psychischer Störung ist das sogenannte *Coping-Modell*. Aus der klassischen Stressforschung kommend, geht es davon aus, dass wir in unserem Leben unzähligen Anforderungen ausgesetzt sind. Zu einer psychischen Erkrankung kommt es dann, wenn wir mit der Bewältigung dieser Aufgaben nicht mehr zurechtkommen und unser Organismus unerwünscht reagiert. Der moderne Mensch ist mehr denn je mit wachsenden Anforderungen konfrontiert. In gleicher Weise steigt die Zahl der an Depressionen Erkrankten. In dieser Beziehung zeigt sich das Doppelgesicht der neuen Freiheit. Unsere Wahl-

freiheiten erzeugen Entscheidungsdruck, denn sich zu entscheiden erfordert ein Abwägen, sich Festlegen und auch Verzicht.

Drei Bewältigungsbereiche lassen sich grundsätzlich unterscheiden: Den ersten Bereich machen kritische Lebensereignisse wie Unfälle, Krankheiten oder Todesfälle aus. Aber auch positive Ereignisse wie ein Umzug, eine Beförderung oder die Geburt eines Kindes können einschneidend und mit der Anforderung verbunden sein, ein neues Gleichgewicht zu finden. Zum zweiten Bereich gehören chronische Stressoren wie Armut, Umweltbelastungen, Verkehrslärm, die Betreuung eines behinderten Kindes oder die Pflege kranker Eltern. Zum dritten Bewältigungsbereich zählen die kleinen Ärgernisse des Alltags, *daily hassles*, wie Konflikte in der Familie oder im Job, lange Fahrtwege, anstehende Reparaturen und Erledigungen, die täglich bewältigt werden müssen. Schließlich beansprucht die moderne Selbstverwaltung einen großen Zeitaufwand. Die kleinen Stressfaktoren des Alltags sind nicht zu unterschätzen, denn wenn sie sich häufen, können sie zu einer kumulativen Belastung werden und so einer seelischen Krise den Weg bahnen. Diese drei Bewältigungsbereiche lassen sich heute um einen vierten erweitern: das Selbstmanagement des Lebensglücks. Das Glück liegt in deiner Hand, wenn du dich nur anstrengst! – eine Anforderung unserer Gesellschaft, die einen zusätzlichen inneren Druck aufbaut. Neben dem beruflichen Karriereweg muss schließlich auch das persönliche Gemeinschafts- und Wohnmodell gewählt und gemanagt werden. Viele soziale Strukturen vergangener Zeiten, die dem Menschen Halt gaben und Entscheidungen abnahmen, fehlen heute. Das Leben, das früher eher gebahnt war, ist heute in dieser Hinsicht mit zusätzlichen Herausforderungen verbunden.

Nach dem oben genannten Modell verläuft der Bewältigungsmechanismus, das *Coping*, nach folgendem Schema: Es gibt verschiedene Stressoren und Anforderungen. Diese erfordern ein Handeln, welchem wiederum ein bestimmtes Befinden – bei Nichtbewältigung ein Unwohlbefinden – folgt. Doch wovon hängt es nun ab, ob man gut bewältigt? Nach dem Bewältigungsschema liefern die äußeren Anforderungen einen gleichen Reiz, der aber unterschiedlich verarbeitet werden kann. Ein voller Terminkalender vermag dem einen an die Substanz zu gehen, während es dem anderen einen Motivationsschub versetzt.

Was gibt es für innere Möglichkeiten und Ressourcen mit Herausforderungen umzugehen? Kann der Glaube dabei Hilfe oder auch Hindernis sein? Diese Frage lässt sich aus verschiedenen Richtungen beleuchten. Nach einem ersten Erklärungsansatz nimmt die Depression auf die Religion Einfluss, da die Depression alle Be-

reiche des Lebens betrifft. Der Betroffene hat weniger Interesse zu beten, zur Kirche zu gehen und die Gottesbeziehung leidet. Von ähnlichen Erfahrungen berichtet ein Betroffener: Ist die Depression stärker, komme er nicht zum Gottesdienst und nicht in seine Gemeinde. Ist die Depression dagegen schwächer, schaffe er es zum Gottesdienst, könne auf andere zugehen, das Gespräch suchen und vielleicht um ein Gebet bitten.

Auch in der Gegenrichtung ist eine Beeinflussung denkbar: die Religion beeinflusst die Depression, oder noch stärker: die Religion verursacht die Depression. In der religionskritischen Zeit der 1970er Jahre sprach man sogar vom Phänomen der „ekklesiogenen Neurose“, der kirchlich verursachten psychischen Störung. Hinter diesem Ausdruck steckt die Annahme, bestimmte religiöse Vorstellungen – wie zum Beispiel vom Bereich des Sexuellen als etwas Sündhaftem und Verbotenem – führen automatisch zur Erkrankung. Ein Betroffener teilt seine Erfahrungen mit: Er habe in seinem Leben verschiedene Phasen als religiöser Mensch erlebt. Durch die Psychotherapie habe er herausgefunden, dass Religion in seiner Entwicklung eine große Rolle gespielt hat. Er sei in einem katholischen Elternhaus aufgewachsen, wo ihm große moralische Anforderungen eingepflegt worden seien. Er selbst habe die eigenen Anforderungen und den moralischen Druck noch verstärkt, als er in eine charismatische Gemeinde eingetreten sei. Nach sieben Jahren habe er sich schließlich abgewendet, denn seine Homosexualität wurde in der Gemeinde nicht akzeptiert und stellte ein großes Problem dar. Der Konflikt seiner Religionszugehörigkeit habe seine Depression nicht aufgelöst, wohl aber befördert. Mittlerweile könne er seinen christlichen Glauben als Freiheit erleben. Er habe das Gefühl, seine Beziehung zu Gott führe ihn zu echter Freiheit.

Ein weiterer Aspekt ist der Umgang der Religionsgemeinschaft selbst mit Depression. Wird sie als Glaubensschwäche abgetan oder als Besessenheit von Dämonen gedeutet? Oder distanziert sich die Glaubensgemeinschaft mit dem gut gemeinten Ratschlag, man solle besser zum Facharzt gehen? Von Bedeutung sei, so Sebastian Murken, dass die Erkrankung von der Gemeinschaft anerkannt würde. Die Gemeinschaft der Zeugen Jehovas zum Beispiel erkenne an, dass andere Zeugen Jehovas psychisch erkranken können – was wichtig sei, um Therapien zu ermöglichen. Es gibt jedoch auch ein Stigma in der Gesellschaft, durch das ein psychisch Erkrankter mit seiner Zugehörigkeit zu seiner Religionsgemeinschaft schnell selbst für seine Erkrankung verantwortlich gemacht wird. Auch innerhalb eines Glaubenssystems sollten Krankheiten anerkannt werden, ohne dabei den Glauben an sich in Frage zu stellen. Letztendlich ist Religiosität immer mit Kosten und Nutzen verbunden, die es abzuwägen gilt. Bei-

spielsweise ist die Enthaltensamkeitsvorschrift mit einer Reinheitsvorstellung aber auch mit einem Verzicht verbunden.

Des Weiteren lässt sich die Frage diskutieren: Wird der Glaube in der Krise stärker oder schwächer? Eine Betroffene berichtet, sie sei katholisch getauft worden. Später habe sie evangelisch geheiratet und sei Frau eines evangelischen Pfarrers geworden. Ein großer Schicksalsschlag war der Tod ihrer Tochter nach der Geburt. Sie habe in dieser schweren Zeit viele positive Erfahrungen in der kirchlichen Gemeinschaft gemacht: Das Gefühl des Getragenseins in der Gemeinde habe ihr geholfen. Ein weiterer Schicksalsschlag war die Trennung von ihrem Mann. Schließlich war sie dann auch mit dem Verlust der Gemeinde konfrontiert und es kam die Frage danach auf, wie beständig Verbindungen überhaupt seien. Sie begann nach Neuem zu suchen, was ihr helfen könne. Dabei entdeckte sie die Meditation für sich. Das Auf und Ab ihres Lebens sei stets von einer Spiritualität begleitet gewesen, die sich jedoch auch immer verändert habe.

Ein anderer Betroffener erzählt von seiner Herkunft aus einer katholisch geprägten Familie. Er sei nicht in strenger Weise erzogen worden, habe aber immer wieder Zeiten des Zweifels in Bezug auf Gott und die Kirche durchlebt, besonders als er viele nahe Menschen durch den Tod verlor. Was ihm immer wieder Trost gespendet habe, war die geistliche Musik, die er als Befreiung erfuhr. So habe er den Tod besser annehmen können. Auch die Bibeltexte wie etwa das Bild des Samenkorns, das sterben muss, um aufgehen zu können, hätten ihm Zuversicht in Zeiten der Trauer gegeben. Er habe sich auch betätigt und selbst Kreuze gefertigt, wenn es ihm schlecht ging.

Ein weiterer Betroffener berichtet, er habe seit seiner Erkrankung positive Erfahrung mit kontemplativer Meditation gemacht. In der realen Welt sehe er sich immer wieder Ängsten ausgesetzt, die seine Depression förderten. Diese Technik ver helfe ihm zu Ruhe und mehr Vertrauen.

Der Einfluss des Glaubens auf die psychische Gesundheit wurde bereits in verschiedenen wissenschaftlichen Studien in seiner Ausprägung und Wirksamkeit untersucht, so zum Beispiel in der Frage, ob es hilfreich oder schädlich ist, in einer Sekte zu sein oder einen Englauben zu praktizieren. Die Ergebnisse einer eigenen Studie Sebastian Murkens legen nahe, dass die psychische Gesundheit weniger von der Stärke des Glaubens als von den individuellen Glaubensinhalten und dem Gottesbild der Personen abhängt. Im Rahmen dieses Forschungsprojekts wurden Brustkrebspatientinnen in Bezug auf ihre Gläubigkeit und die Krankheitsver-

arbeitung hin untersucht. Es zeigte sich, dass es den Patientinnen umso besser geht, je weniger depressiv sie mit der Krankheit umgehen. Die Wirkung des Glaubens wird dabei direkt über die Depression vermittelt. Zwei Gruppen ließen sich hinsichtlich des Inhalts der religiösen Vorstellung ausmachen. Eine Gruppe mit sehr gläubigen Patienten schrieb ihre Krankheit einer religiösen Ursache zu: Die Krankheit wurde als Strafe für Schuld gedeutet. Diese Patienten waren in ängstlicher Weise bemüht zu verstehen, rangen mit der göttlichen Macht und waren verunsichert im Glauben. Sie hatten ein ausgeprägtes, aber selektives Bibelwissen und bezogen sich insbesondere auf das Bild eines strafenden, rächenden und fordernden Gottes. Andere Patienten wiederum hatten ebenfalls einen festen Glauben, aber einen sehr viel positiveren Gottesbezug. Sie fanden in ihrem Glauben tiefen Trost und Hoffnung. Eine Patientin konnte im Gottvertrauen sagen: „Tiefer als in Gottes Hand kann ich nicht fallen.“ Diese Patienten versuchten ihr Schicksal freudig anzunehmen und verfielen nicht in Depression. Das eigene Gottesbild kann also großen Einfluss auf das Befinden und die Verarbeitung von schwierigen Lebensereignissen nehmen. Ob es sich dabei um einen herrschsüchtigen oder aber einen mildtätigen Gott handelt, ist nicht Gegenstand der freien Wahl, sondern Ergebnis einer religiösen Sozialisation.

Wenn positive Wirkungsweisen des Glaubens eine Ressource darstellen, lässt sich Religion dann möglicherweise auch gezielt als Therapeutikum einsetzen? Im amerikanischen Raum wurde bereits die Möglichkeit diskutiert, religiöse Aktivitäten wie Gebete ärztlich verschreiben zu lassen. In der Tat, Beten kann helfen, sofern es positive Momente wie Hoffnung, Vertrauen, positive Beziehung stärkt. Es kann aber auch belasten, wenn es Angst, Schuld und Zweifel bestätigt. Beide Potenziale sind in Religion angelegt.

Als problematisch sind besonders religiöse Vorstellungen wie „Der sündige Gedanke sei so sündig wie die sündige Tat“ anzusehen. Hierbei wird Imagination mit Realität gleichgesetzt. Die menschliche Vorstellungskraft lässt sich jedoch nicht ohne Weiteres reglementieren; Träume lassen sich nicht abschließen. Für die psychische Gesundheit sind Phantasieräume sehr wichtig. Werden sie abgeriegelt, ist der Weg in eine Zwangserkrankung gebahnt. Menschliches Denken und Handeln ist geprägt von Impulsen, zu denen auch sexuelle oder aggressive Impulse gehören. Diese können mitunter unangenehm sein. Auch wenn sie nicht ausgelebt werden müssen, so sind sie doch vorhanden. Werden sie jedoch durch religiöse Vorschriften unterdrückt, führt dies zu seelischem Leid. Ausschlaggebend ist dabei immer, um was für eine Religion es sich handelt, wie sie inhaltlich ausgestaltet ist und wie sich die Einzelkomponenten gegenseitig beeinflussen.

Zwischen den verschiedenen Religionen gibt es sowohl strukturelle Ähnlichkeiten als auch Unterschiede. Während sich die christlich geprägte Gesellschaft seit der Reformation und der Aufklärung sehr verändert hat und der christliche Glaube mittlerweile ein Subsystem unter vielen darstellt, fordert der Islam nach wie vor eine unbedingte Unterwerfung der Gläubigen. Eine religiöse Wahl ist nicht vorgesehen. Anhänger radikaler Strömungen, seien sie Muslime oder Christen, haben durch den Absolutheitsanspruch ihrer Religion keine Möglichkeit zur Relativierung der Glaubensinhalte. Für Veränderungen, dynamische Entwicklungen oder Aushandlungsmöglichkeiten gibt es so keinen Raum. Ist die Religiosität nicht entartet, lassen sich immer Schaden und Nutzen abwägen: Gewinn und Verlust sollten ausgeglichen sein.

Was aber, wenn man keinen Gewinn mehr durch seine Religion habe, aber auch nicht von ihr loskomme, gibt eine Betroffene zu bedenken? Sie berichtet über ihre Erfahrungen als Mitglied einer freikirchlichen Gemeinde. Als sie keinen Sinn mehr in der Verbindung sah, sei sie ausgetreten. Noch immer habe sie Schwierigkeiten, sich zu distanzieren. Es mache ihr große Angst, sich zu lösen. Bei ihrem Psychotherapeuten fühle sie sich mit diesem Problem nicht verstanden. Sie habe einen Glauben, aber könne diesen nicht definieren. Sie sei auch wütend auf die Religion.

Die Integration von religiösen Fragen in die Psychotherapie sei, so Murken, in der Praxis oft schwierig. Viele Patienten wollen nicht über ihre Glaubensvorstellungen sprechen, weil sie fürchten, für verrückt erklärt und abgelehnt zu werden. Nicht wenige Therapeuten scheuen sich nachzufragen, weil sie annehmen, der Patient würde selbst ansprechen, was von Bedeutung für ihn ist. In diesem Punkt bestehe Nachholbedarf bei den Therapeuten. Mitunter kann auch die Zusammenarbeit mit Seelsorgern sinnvoll sein, wenn sich religiöse Patienten dann besser verstanden fühlen. Eine Reihe von Kliniken bietet mittlerweile christlich basierte Behandlungsangebote im psychiatrisch und psychotherapeutischen Bereich an, die dem religiösen Patienten erleichtern können, sich auf Therapieprogramme einzulassen und ihren Glauben aktiv in der Krankheitsbewältigung einzusetzen.

Eine 80-jährige Patientin teilt ihre Erfahrungen zu einer Suchttherapie wegen Alkohol- und Tablettenabhängigkeit mit: Ihr Psychotherapeut sei Pietist gewesen und habe ihr versichert, dass Jesus auch für ihre Sünden am Kreuz gestorben sei. Dieser Satz trage für sie große Bedeutung und helfe ihr, mit den starken Schuldgefühlen ihrem Sohn gegenüber umzugehen. Sie sei katholisch erzogen und habe immer viel gebetet. Nach wie vor habe sie einen starken Glauben. Das Bild ihres Gottes sei das eines guten Gottes, der ihr ihre Sünden verzie-

hen habe. Sie selbst könnte sich aber bisher noch nicht verzeihen. Sie sei zu Recht bestraft worden, weil sie an bestimmten Punkten in ihrem Leben falsch gehandelt habe. Sie sei der Überzeugung, dass Gott sie trotz ihrer Schuld liebe, aber sie zweifele daran, ob sie die Sünde je loswerden könne.

Ein anderer Betroffener berichtet, durch den Alkoholismus zum Glauben gekommen zu sein. Er besuche einen religiös orientierten therapeutischen Gesprächskreis. Er sei bekennender Christ, in der Therapie sei es ihm aber wichtig, selbst im Vordergrund zu stehen. Durch die Auseinandersetzung mit der Bibel, speziell dem Buch Hiob, habe er Zuversicht erfahren. Er habe die Gewissheit erhalten, Gott segne ihn am Ende.

Die Selbsthilfeorganisation der Anonymen Alkoholiker nutzt Religion als therapeutisches Instrument im Rahmen eines Zwölf-Schritte-Programms. Dieses Programm bietet eine religiöse Struktur, die aber offen für verschiedene Glaubensinhalte ist. Ein Schritt davon beinhaltet, eine demütige Haltung einzunehmen, eine höhere Macht als die eigene anzuerkennen und sich wirksam mit ihr in Verbindung zu setzen. Diese Orientierung kann Halt und Vertrauen geben und eine Unterstützung bei der Bewältigung des Alkoholismus bieten. Der Tiefenpsychologe C.G. Jung bringt dies mit der Formel „*Spiritus contra Spiritum*“ zum Ausdruck: Geist gegen Weingeist – eine höhere Macht gegen den Alkohol.

Es gibt also die Erfahrung des Haltenden und Hoffnung Gebenden und es gibt die Erfahrung des Zweifels: Bin ich gut genug? Kann ich den Anforderungen gerecht werden? Religion vermag Grenzen zu setzen aber auch Sicherheit zu geben.

Dokumentation: Luise Zippel

Impressum

Herausgeber

Stiftung Deutsche Depressionshilfe
Sammelweisstraße 10
D-04103 Leipzig
Tel.: 0341-97 24 493
Fax: 0341-97 24 599
E-Mail: info@deutsche-depressionshilfe.de
Homepage: <http://www.deutsche-depressionshilfe.de/>

V.i.S.d.P.

Prof. Dr. Ulrich Hegerl, Vorstandsvorsitzender Stiftung Deutsche Depressionshilfe

Redaktion

PD Dr. Christine Rummel-Kluge, Geschäftsführerin Stiftung Deutsche Depressionshilfe
Die Verantwortlichkeit der Inhalte der jeweiligen Workshop-Dokumentation liegen bei dem jeweiligen Workshop-Leiter.

Gestaltung und Satz

Ulrike Tenner

© 2017

Copyright Angaben

- Fotos Kongress: © Alexander Schmidt/ punctum
- Portraitfotos Referenten: © privat, außer Portraitfoto A. Tautz: © Andreas Kühlken, Portraitfoto U. Hegerl: © Stefan Straube, Portraitfoto C.Rummel-Kluge: © Susanne Wagner, Portraitfoto M.Holtmann: © mika-fotografie
- Portraitfotos Workshop-Leiter: © Stefan Hoyer/ punctum, außer Portraitfoto von M. Strauß: © Studioline GMBH, Portraitfoto von J. Rauschenbach: © Stefan Straube
- Portraitfotos der Workshop-Leiter H. Steinberg, A. Genepper, U. Berninger, M. Döhnert, J. Kunze, S. Mertel, C. Schick, A. Schmidtke, N. Koburger: © privat
- Graphic Recordings: © Sophia Halamoda

STIFTUNG
**DEUTSCHE
DEPRESSIONS
HILFE**



In Kooperation mit:



Mit freundlicher Unterstützung von:

