

Die Bedeutung von Religiosität und Spiritualität für die Behandlung von Patienten in der psychosomatischen Rehabilitation

von Dr. Sebastian Murken

Sonderdruck nur zum persönlichen Gebrauch.

Aus:

Murken, S., Rüdell, H. & Laux, U. (Hrsg.) (2003). *Spiritualität in der Psychosomatik. Konzepte und Konflikte zwischen Psychotherapie und Seelsorge. CD-ROM Dokumentation der Tagung am 21./22. September 2001 in Bad Kreuznach.*

Bestellungen unter:

http://www.psychology-of-religion.de/deutsch/aktuelles/cd_f.htm

1. Religiosität und Psychotherapie

Im Behandlungsansatz der psychosomatischen Rehabilitation wird versucht, den erkrankten Menschen als bio-psycho-soziale Ganzheit zu sehen und dabei das Wechselspiel biologisch-konstitutioneller Gegebenheiten mit psychischen und sozialen Komponenten zu erfassen. Trotz dieser „ganzheitlichen“ Sichtweise fällt auf, dass die individuellen Glaubensvorstellungen einer Person oft wenig berücksichtigt werden. Religiöse Glaubensinhalte, Gefühle und Verhaltensweisen eines Menschen scheinen Lebensbereiche zu sein, die einerseits von Patienten kaum angesprochen werden, andererseits scheuen sich auch viele Therapeuten, Glaubensfragen zum Thema psychosomatischer Behandlung zu machen.

Die Gründe hierfür sind vielfältig: Zum einen hat sich wiederholt gezeigt, dass Therapeuten weniger religiös sind als ihre Klienten (Bergin & Jensen 1990) und daher von vornherein annehmen, dass religiöser Glaube auch im Leben ihrer Klienten keine wesentliche Rolle spielt. Zum anderen besteht oft eine große Unsicherheit, wie mit Glaubensvorstellungen umzugehen ist, da diese, wenn sie nicht geteilt werden, leicht als Aberglaube, Irrationalität oder Psychopathologie abgetan werden können (Allman, De La Roche, Elkins & Weather 1992). Diese allgemeine gesellschaftliche Grundhaltung in einer rational-aufgeklärten Gesellschaft verstärkt auch die Zurückhaltung der Patienten, über diesen Bereich zu sprechen, da sie fürchten, damit nicht ernst genommen oder zumindest als absonderlich angesehen zu werden. Somit sind Religiosität und Glaube in einem Ausmaß in die Privat- und Intimsphäre gerückt, wie dies für kaum einen anderen Lebensbereich gilt. Während es heute fast selbstverständlich geworden ist, in Therapie oder auch Partnerschaft z.B. über Sexualität und sexuelle Phantasien zu sprechen, sind die eigenen religiösen Vorstellungen ein weitgehendes Tabu geblieben (Küng 1988).

Religion kann in Anlehnung an Waardenburg (1986) durch drei wesentliche Merkmale charakterisiert werden:

1. Religiös gedeutete *Wirklichkeiten*: Neben der sinnlich erfahrbaren Wirklichkeit wird eine „übernatürliche“, transzendente Wirklichkeit angenommen. Dies umfaßt häufig den Glauben an höhere, transzendente Wesen.
2. Religiös gedeutete *Erfahrung*: Erfahrungen werden vom einzelnen und/oder seiner Kultur in bezug auf religiöse Wirklichkeit (s.1.) gedeutet.

3. Religiös gedeutete *Normen*: Moralische Bestimmungen, Regeln und Gesetze, die den Kosmos, die Gesellschaft und das Verhalten des einzelnen betreffen werden gesetzt. Sie sind in ihrem Absolutheitsanspruch durch eine höhere Instanz gerechtfertigt.

Durch die Gesamtheit dieser Merkmale wird Religion konstituiert. Religiös ist also die Haltung eines Menschen, der die Gegebenheiten seines Lebens und seiner Welt, zumindest teilweise, auf eine transzendente Wirklichkeit bezieht. Seine persönliche Religiosität ist dabei in die Glaubens- und Formenwelt einer bestimmten Religion und Religionsgemeinschaft eingebunden, deren Mythen, Riten und Vorstellungen er teilt.

Diesem Verständnis von Religiosität steht heute zunehmend eine Art von Transzendenzbezug gegenüber, der zwar die beiden ersten der oben genannten Merkmale erfüllt, sich dabei jedoch nicht mehr auf ein bestimmtes Normen- und Traditionssystem bezieht. Diese oft als Spiritualität bezeichnete Form des Transzendenzbezuges beinhaltet vielfach sehr persönliche, aus verschiedenen Quellen gespeiste Glaubensvorstellungen. Aus psychologischer Sicht ist es wichtig, auch spirituelle Formen von Religiosität zu kennen und zu untersuchen, da sich zunehmend mehr Menschen in diesem Sinne als gläubig verstehen. Der in der öffentlichen Diskussion zunehmend gebrauchte Begriff „Esoterik“ ist wenig aussagekräftig und soll daher hier nicht berücksichtigt werden.

Die Vernachlässigung der religiösen Thematik in Psychologie und Psychotherapie ist ein bedauerliches Desideratum. Wenn Psychotherapeuten, wie behauptet, „moderne Sinnanbieter als Erben der Religion“ sind (Hahn & Willems 1993) und damit die Nachfolge religiöser Heilungsprozesse antreten (Frank 1985), so ist die Auseinandersetzung mit der Bedeutung von Religiosität für Denken, Fühlen und Verhalten unumgänglich, zumal innerhalb der Psychologie und Psychotherapie die zentrale Bedeutung *subjektiver Theorien* zunehmend herausgestellt wird.

Während es im deutschen Sprachraum bisher kaum wissenschaftliche Literatur zu diesem Thema gibt (Bassler 2000, Scharfetter 1991, Zwingmann, Moosbrugger & Frank, 1995), findet in den USA in den letzten Jahren eine intensive Debatte zum Thema „Religiosität und Psychotherapie“ statt (Cornett, 1998, Lovinger 1984, 1990, Randour 1993, Spero 1985, Sperry, 2001, Shafranske 1996), was auch

schulenspezifische Auseinandersetzungen mit diesem Thema einschließt (Miller & Martin 1988, Finn & Gartner 1992). In der letzten Revision des DSM wurde sogar eine eigene diagnostische Kategorie entwickelt:

„Religiöses oder Spirituelles Problem

Diese Kategorie kann verwendet werden, wenn im Vordergrund der klinischen Aufmerksamkeit ein religiöses oder spirituelles Problem steht. Beispiele sind belastende Erfahrungen, die den Verlust oder das Infragestellen von Glaubensvorstellungen nach sich ziehen, Probleme im Zusammenhang mit der Konvertierung zu einem anderen Glauben oder das Infragestellen spiritueller Werte, auch unabhängig von einer organisierten Kirche oder religiösen Institution.“ (Saß, Wittchen & Zaudig 1996, 772)

In der Praxis ist es jedoch eher selten anzutreffen, dass die religiöse Problematik im *Vordergrund* steht. Meist ist die Religiosität im *Hintergrund* relevant, wird jedoch wenig sichtbar, wenn der Therapeut diesen Bereich nicht aktiv anspricht. Beide Aspekte - Religion als Vordergrund- oder als Hintergrundproblematik werden in Abschnitt 3 an je einem Fallbeispiel illustriert.

Zunächst einmal sollen jedoch einige Daten aus einer eigenen Untersuchung vorgelegt werden, die erstmals repräsentativ die Bedeutung der Religiosität für psychosomatische Patienten beschreiben.

2. Religiosität bei Patienten in der psychosomatischen Rehabilitation

Um der Frage nachzugehen, ob und in welcher Weise Religiosität bei Patienten mit psychischen und psychosomatischen Erkrankungen eine Rolle spielt, wurden 1994/95 im Rahmen eines größeren Projekts (Murken, 1997a) ein halbes Jahr lang alle neu aufgenommenen Patienten der Psychosomatischen Fachklinik St.Franziska-Stift in Bad Kreuznach gebeten, einen Fragebogen zu ihrer Religiosität auszufüllen. An der Untersuchung nahmen 347 (74.6%) Frauen und 118 (25.4%) Männer teil; das mittlere Lebensalter betrug 39.8 Jahre (SD = 10.6 Jahre).

Die Zugehörigkeit der Stichprobe zu Religionsgemeinschaften ist in Tabelle 1 dargestellt. In der letzten Spalte der Tabelle sind zum Vergleich die entsprechenden Zahlen aus der *Allgemeinen Bevölkerungsumfrage der Sozialwissenschaften* (ALLBUS, N = 2306) von 1992 (Westdeutschland) gegenübergestellt (zit. nach Daiber, 1995, S. 62).

Tabelle 1: Verteilung der Stichprobe nach Konfessionszugehörigkeit

Konfessionszugehörigkeit	n	%	ALLBUS 1992 (%)
römisch-katholisch	205	44.1	42.3
evangelisch-lutherisch	149	32.0	41.7
evangelische Freikirche	14	3.0	1.0
andere christliche Gemeinschaft ¹	10	2.2	1.6
andere nicht-christliche Gemeinschaft	5	1.1	1.0
ohne Bekenntnis, schon immer	16	3.4	} 12.3
ohne Bekenntnis, ausgetreten	61	13.1	
keine Antwort	5	1.1	

Gesamt	465	100	100

Die Verteilung der Patientenstichprobe entspricht in etwa der Verteilung in der Bevölkerung, wobei der Anteil der Patienten ohne Bekenntnis mit insgesamt 16.5% etwas über den 12.3% der Allgemeinbevölkerung liegt. Dies lässt sich durch die eingeschränkte Altersstreuung der klinischen Population erklären. Während in der

¹ Neuapostolisch (4x), Zeugen Jehovas (2x), jeweils einmal griechisch-orthodox, russisch-orthodox, Mormone, ohne Angabe.

untersuchten Stichprobe weniger als 2% (n = 9) älter als 60 Jahre sind, macht in der Gesamtbevölkerung der Anteil der über 60jährigen ca. 20% aus (Statistisches Bundesamt, 1991, S. 66).

Mitglieder neuer religiöser Bewegungen (NRB) oder sogenannter „Sekten“ kamen in der Stichprobe nicht vor und spielen auch nach dem klinischen Eindruck im Patientengut keine Rolle. Klinisch relevant und beachtenswert ist fast immer die Zugehörigkeit zur Neuapostolischen Kirche und zu den Zeugen Jehovas, deren Anteil mit ca. 1,5% der Stichprobe jedoch sehr klein ist. Insgesamt ist jedoch vor pauschalisierenden, gruppenbezogenen Einschätzungen zu warnen, da der individuelle Verarbeitungprozess entscheidend ist (Murken, 1997b).

Im folgenden wird in Tabelle 2 - Tabelle 5 die Selbsteinschätzung der Stichprobe in bezug auf religiöse Fragen deskriptiv dargestellt. In Tabelle 2 wird in differenzierter Weise deutlich, inwieweit die Patienten an Gott glauben. Dabei zeigt sich, dass lediglich 8% der Befragten der Aussage „Ich glaube nicht an Gott“ zustimmen, während die meisten einen eher vorsichtigen Standpunkt einnehmen und ca. ein Viertel der Befragten unzweifelbar an Gott glaubt.

Tabelle 2: Zustimmung zu vorgegebenen Antwortmöglichkeiten zum Glaube an Gott

Aussagen zu Gott	n	Häufigkeit (%)
Ich glaube nicht an Gott.	37	8.0
Ich weiß nicht, ob es einen Gott gibt, und glaube auch nicht, dass es möglich ist, dieses herauszufinden.	30	6.5
Ich glaube nicht an einen leibhaftigen Gott, aber ich glaube, dass es irgendeine höhere Macht gibt.	100	21.5
Manchmal glaube ich an Gott, manchmal nicht.	56	12.0
Obwohl ich meine Zweifel habe, meine ich, dass ich doch an Gott glaube.	118	25.4
Ich weiß, dass es Gott wirklich gibt, und habe daran keine Zweifel.	115	24.7
keine Antwort	9	1.9

Gesamt	465	100.0

Die in Tabelle 3 dargestellten Ergebnisse zeigen, dass der Gottesglaube im Verlauf des Lebens Wechseln unterliegt. So haben 21.9% der Patienten den Glauben an Gott im

Laufe ihres Lebens verloren, während 12.5% der Befragten im Laufe ihres Lebens zu einem Glauben an Gott fanden. Somit liegen hier das erste Mal konkrete Zahlen für Wechsel im Gottesglauben vor, wobei die Bedeutung für die individuelle Biographie nur in Einzelfallanalysen erfasst werden kann. Die Bedeutung von Bekehrungen für das gesamte psychische Gefüge einer Person ist jedoch eine gut belegte Tatsache (z.B. Ullman 1989), so dass auch die Erfassung von Veränderungen im Glauben für das Verständnis biographischer Prozesse äußerst wichtig sein können.

Tabelle 3: Glaube an Gott in Vergangenheit und Gegenwart

Welche Aussage beschreibt Ihren Glauben an Gott am besten?	n	Häufigkeit (%)
Ich glaube nicht an Gott und habe niemals an ihn geglaubt.	29	6.2
Ich glaube nicht an Gott und habe aber früher an ihn geglaubt.	102	21.9
Ich glaube an Gott, habe aber früher nicht an ihn geglaubt.	58	12.5
Ich glaube an Gott und habe immer an ihn geglaubt.	257	55.3
keine Antwort	19	4.1

Gesamt	465	100.0

Hinweise zur religiösen Praxis finden sich in Tabelle 4. Dort ist die Häufigkeit des Betens dargestellt. Die Zahlen lassen sich dergestalt zusammenfassen, dass insgesamt 31.2% der Patienten öfter als zwei- bis dreimal monatlich beten, 30.7% beten selten und 35.7% nie. Der hohen Zustimmung zum Glauben an Gott oder eine höhere Macht steht also eine deutlich geringere Gebetspraxis gegenüber.

Tabelle 4: Verteilung der Stichprobe in bezug auf die Gebetshäufigkeit

Wie oft ungefähr beten Sie?	n	Häufigkeit (%)
Nie	166	35.7
Weniger als einmal im Jahr	23	4.9
Etwa ein- bis zweimal im Jahr	33	7.1
Mehrmals im Jahr	87	18.7
2- bis 3mal im Monat	58	12.5
Fast jede Woche	27	5.8
Jede Woche	14	3.0
Mehrmals in der Woche	46	9.9
keine Antwort	11	2.3

Gesamt	465	100.0

Für den therapeutischen Prozess stellt sich die Frage, inwieweit Religiosität und Gottesbeziehung tatsächlich als relevant für den Alltag angesehen werden. Die folgende Tabelle 5 zeigt die Antworten auf vorgegebene Aussagen zur Bedeutung der Religiosität. Dabei wird deutlich, dass sich ca. 30% der Patienten von Gott bei ihren Problemen unterstützt erleben und das Gefühl haben, von Gott Kraft zu bekommen. Aus der subjektiven Sicht der Patienten ist ihr Glaube demnach eine wichtige Coping-Strategie beim Umgang mit inneren und äußeren Anforderungen. Der Kontrast zur geringen Thematisierung dieses Bereichs auch im therapeutischen Alltag unserer Klinik macht deutlich, wie schwer es zu sein scheint, über Glaube und Gottesbeziehung zu sprechen.

Tabelle 5: Wahlantworten auf vorgegebene Fragen zur Religiosität in Prozent (n)

	Diese Aussage stimmt ...					
	völlig	ziemlich	teilweise	ein wenig	nicht	
Gott gibt mir Kraft.	18.0 (83)	13.6 (63)	21.0 (97)	22.9 (106)	24.5 (113)	100 (462)
Ich glaube, dass Gott mich bei meinen Problemen unterstützt.	14.7 (68)	13.9 (64)	20.3 (94)	22.9 (106)	28.1 (130)	100 (462)
Gebet oder Meditation haben mir in Zeiten von Krankheit geholfen. mit meiner Situation zurechtzukommen.	14.5 (67)	12.7 (59)	17.3 (80)	21.4 (99)	34.1 (158)	100 (463)
Ich glaube, dass Krankheit ein Zeichen dafür sein könnte, dass Gott meine Stärke und meinen Glauben prüft.	7.8 (36)	6.5 (30)	20.0 (93)	20.7 (96)	45.0 (209)	100 (464)
Was ich von meinem Glauben habe, ist Trost bei Kummer und Sorgen.	7.5 (35)	13.1 (61)	19.0 (88)	24.1 (112)	36.2 (168)	100 (464)
Meine Beziehung zu Gott hilft mir, mich nicht mehr einsam zu fühlen.	7.3 (34)	9.3 (43)	19.4 (90)	21.8 (101)	42.1 (195)	100 (463)

Die in den Tabellen 2 bis 5 dargestellten Antworten auf vorgegebene Fragen zeigen deutlich, dass Religiosität und Glaube für viele Patienten in der psychosomatischen Rehabilitation eine wichtige Rolle spielt. Die Beziehung zu Gott wird als lebendig und z.T. auch als hilfreich erlebt. Für ca. 60% aller Befragten ist das Gebet, zumindest gelegentlich, eine Möglichkeit ihren Glauben auszudrücken. So wird insgesamt deutlich, dass sich die überwiegende Mehrheit der Patienten mit Fragen von Religion und Glauben auseinandersetzen.

3. Fallbeispiele

Während die obigen Ergebnisse die allgemeine Relevanz individueller Religiosität für den psychotherapeutischen Prozess belegen, interessiert für die spezielle Psychotherapie die individuelle Glaubensvorstellung der Patienten und deren Bedeutung für Denken, Fühlen und Verhalten. Dies soll anhand zweier Fallbeispiele dargestellt werden. In Fall 1 steht die religiöse Dynamik eher im Vordergrund, in Fall 2 dagegen im Hintergrund der Problematik.

Fall 1:

Die 50jährige Frau Z. kam 1994 das erste Mal zur stationären Behandlung in unsere Klinik. Kurz zuvor sei sie 'zusammengebrochen' und könne nun nicht mehr weiter. Sie wolle egoistischer werden und sich körperlich wieder kräftigen. Sie habe bereits drei Jahre zuvor im Rahmen einer unbefriedigenden Ehe einen Suizidversuch mit Tabletten unternommen. Auch jetzt habe sie diese Phantasien, sie wolle niemandem mehr lästig sein. Die Pat. war arbeitslos, und die Kündigung ihrer Wohnung stand bevor. An Beschwerden berichtet sie Übergewicht (87 kg, 164 cm), starke Migräne, Alkoholmißbrauch, Eßanfälle und Automaten Spielsucht.

Die Pat. berichtet, dass schon ihre Geburt „ein Mißgeschick“ gewesen sei. Sie sei unehelich geboren, ihr Vater sei 9 Jahre jünger als die Mutter gewesen. Die Eltern heirateten, als die Pat. ein Jahr alt war. Zuwendung und Aufmerksamkeit habe sie nur durch Leistung erhalten. Insbesondere der Großvater habe immer das Beste von ihr erwartet. Sie sei in der Grundschule eine sehr gute Schülerin gewesen, auf dem Gymnasium, auf das sie eigentlich nicht wollte, sei sie jedoch überfordert gewesen und habe sehr gelitten. In Kindheit und Jugend erinnert die Pat. kaum Freundschaften. Sie sei immer isoliert gewesen. Im Alter von 17 Jahren hatte sie ihre erste Beziehung, welche die Mutter verbot. Der Freund nahm sich daraufhin das Leben, was die Pat. „aus der Bahn warf“. Sie habe sich mit Alkohol betäubt und auch ihre Arbeitsstelle verloren. Ihr Leben stabilisierte sich wieder, als sie eine erneute Partnerschaft einging. Der Mann starb bei einem Unfall kurz nach der Geburt der gemeinsamen Tochter. Zwei Jahre später (1982) folgte die erste Ehe mit einem 19 Jahre älteren Mann, die kurz nach der Geburt der zweiten Tochter 1983 mit Trennung und Scheidung endete.

In dieser Zeit hatte Frau Z. die erste Begegnung mit den Zeugen Jehovas (ZJ). Nach einer Enttäuschung mit der evangelischen Amtskirche sei sie auf jede Form institutioneller Religion sehr wütend gewesen und habe die missionierenden ZJ erst einmal beschimpft, sei dann jedoch beeindruckt gewesen, wie freundlich und ruhig ihr alles erklärt worden sei. Sie habe sich dort einerseits sehr schnell aufgehoben und heimisch gefühlt, andererseits sei es ihrem Wissensdurst entgegen gekommen, auf alle Fragen eine Antwort zu bekommen. Nach

einer Annäherungszeit von etwa 5 Jahren läßt sich Frau Z. taufen und wird Mitglied der ZJ. Die 2. Ehe mit einem Mitbruder der ZJ scheitert nach einem halben Jahr.

Frau Z. schildert sich als eine Person, die schon immer auf religiöser Suche gewesen sei und die schon als Kind in ihrer Einsamkeit viel mit Gott gesprochen habe. Sie spüre allerdings zunehmend Einschränkungen in der Lebensgestaltung durch die Zugehörigkeit zur Gruppe der ZJ. Diese liegen zum einen in dem hohen geforderten zeitlichen Aufwand der 4 bis 5mal wöchentliche Teilnahme an Veranstaltungen sowie an der Forderung der ZJ, Kontakte zu „weltlichen“ Menschen, auch zu Familienmitgliedern, zu minimieren. Auch die Erwartung der ZJ, klassische kirchliche Feste (Ostern, Weihnachten) nicht zu feiern, bringt sie in Konflikt mit den Wünschen und Erwartungen ihrer Töchter. Sie berichtet, gelegentlich „heimlich“ an Gottesdiensten der evangelischen Kirche teilzunehmen.

Zwei Jahre nach ihrem ersten Aufenthalt kommt Frau Z. erneut in unsere Klinik. Sie hat inzwischen eine ambulante Therapie begonnen und sich von den ZJ gelöst. Ihre finanziellen Probleme sind etwas geordneter, sie erwägt eine Umschulung, ihr Gewicht liegt mittlerweile bei 110 kg, eine depressive Selbstwertproblematik besteht weiterhin.

Die Analyse dieses Falles folgt der Frage, wie die Religiosität der Pat. im Kontext ihrer Biographie und Psychodynamik zu verstehen ist, und inwieweit dies therapierelevant ist.

Die Kindheit der Pat. ist geprägt von instabilen Objektbeziehungen, Verlusterlebnissen und Unterwerfung unter die Erwartungen des Großvaters. Selbstwertbestätigung erfährt die Pat. einerseits durch Leistung, andererseits liest sie viel und phantasiert sich immer wieder in Traumwelten. Auch die weitere Beziehungsentwicklung ist durch Instabilität geprägt, zwei geliebte Partner sterben. In beruflichen Angestelltenverhältnissen läßt sich Frau Z. immer wieder bis zur völligen Erschöpfung ausnutzen. Zum Zeitpunkt der größten Krise begegnet sie den Zeugen Jehovas, bei denen sie sich angenommen und gewollt erlebt. Sie spürt Interesse an ihrer Person, erfährt im gemeinsamen Bibelstudium Antworten auf existentielle Fragen und bekommt durch die Teilnahme an vielfältigen wöchentlichen Aktivitäten eine äußere Lebensstruktur, die ihr Halt gibt. Das Verhalten ihres Ehemanns aus dem Kreis der ZJ enttäuscht sie jedoch sehr und läßt sie erstmals an der moralischen Integrität der ZJ zweifeln.

Mit dem durch psychotherapeutische Unterstützung gewonnenen Zugewinn an Selbstwertstabilität und Autonomiegefühl erlebt Frau Z. die zunächst als haltend und stützend empfundenen Strukturen und Gebote der ZJ zunehmend als Einschränkungen. Sie spürt einen wachsenden Widerstand, sich führen zu lassen und möchte ihr Leben selbst in die Hand nehmen. Auch möchte sie sich ihre eigenen Gedanken zu

Angelegenheiten der Welt machen und nicht alles fraglos übernehmen müssen. Dies führt im Laufe der ambulanten Therapie zwischen den Klinikaufenthalten zu einer Distanzierung von den ZJ und einer Wiederannäherung an die evangelische Kirche. Der Glaube und ihre Gottesbeziehung sind ihr nach wie vor wichtig. Die parallel zur Ablösung von den ZJ laufende Verschlimmerung ihrer Eßstörung mit deutlicher Gewichtszunahme zeigt, dass Frau Z. ohne die struktursetzende Gemeinschaft noch immer große Schwierigkeiten hat, mit ihren Impulsen, Spannungszuständen, Wünschen und Bedürfnissen umzugehen.

Rückblickend wird nach der zweiten Rehabilitationsmaßnahme deutlich, warum es während des ersten Aufenthaltes nicht gelang, die Patientin zu einer Umschulung oder berufsfördernden Maßnahme zu bewegen. In Erwartung des von den ZJ verkündeten nahenden Endgerichts („Harmagedon“) war Frau Z. zu diesem Zeitpunkt überzeugt, dass es sich angesichts des nahenden Weltgerichts nicht mehr lohnen würde, eine neue Berufsausbildung anzufangen. Der Autonomie-Abhängigkeitskonflikt der Patientin wird an diesem Punkt besonders deutlich.

Warum hat sich Frau Z. von den ZJ gelöst? In dem Maße, in dem es der Pat. gelang, durch die äußere Struktur, die soziale Einbindung und die praktische Hilfe der ZJ ihr Leben zu ordnen und Selbstbewußtsein zu entwickeln, gelang es ihr auch, eigene Wünsche, Bedürfnisse und Grenzen wahrzunehmen. Dabei halfen der erste stationäre Aufenthalt und die folgende ambulante Psychotherapie. Mit der Stabilisierung ihres Selbstwertgefühls entdeckte Frau Z. die inneren und äußeren Möglichkeiten der Freiheit und fühlte sich von der engen Reglementierung der ZJ zunehmend eingeengt. Es gelang ihr, sich von der Gemeinschaft zu lösen, eine ihr gemäße Gottesbeziehung weiterzuentwickeln und bei aller Kritik sich in der Rückschau auch die positiven Seiten ihrer Mitgliedschaft zu erhalten. Ihr Leben bleibt weiterhin schwierig. Bei einem deutlichen Zuwachs an Handlungskompetenz hat sich einerseits ein Teil der Symptomatik deutlich gebessert (Migräne, Spielsucht), andererseits gelingt es Frau Z. eher, eigene Wünsche und Bedürfnisse wahr- und ernstzunehmen sowie diese zu verwirklichen.

Während Frau Z. schon durch ihre Zugehörigkeit zu einer religiösen Sondergemeinschaft als Beispiel dafür gelten kann, dass Religiosität im Vordergrund steht, illustriert das folgende Beispiel den klinisch häufigeren Fall, in dem Religiosität eher im Hintergrund ist.

Fall 2:

Bei Aufnahme in unsere Klinik leidet die 32-jährige Frau X. verstärkt unter Ängsten und Zwängen. Auslöser sei die in der Presse diskutierte Möglichkeit gewesen, sich durch Immunglobulin mit dem HIV-Virus zu infizieren. Auch nach negativem Testergebnis verschwanden die Ängste nicht. Blut und Blutflecken wurden die stärksten Angstausröser, jedoch auch die Vorstellung, jemanden mit dem Auto zu überfahren oder durch Feuchtigkeit anderen einen Stromschlag zufügen zu können. Alle diese Vorstellungen ziehen elaborierte Zwangshandlungen nach sich. Die Gemeinsamkeit besteht in der Angst, andere Menschen zu schädigen. Frau X. ist sich der Zwanghaftigkeit und Sinnlosigkeit ihrer Handlungen voll bewußt und leidet stark darunter, trotz dieser Einsicht keine Kontrolle zu gewinnen. Sie spürt, wie die Zwänge zunehmend ihren Lebensalltag einschränken und wie ihre Selbstsicherheit verloren geht. Zugleich berichtet sie über vermehrte körperliche Beschwerden wie Kopfschmerzen, Magenschmerzen, Durchfall und Schlafstörungen.

Die Pat. wuchs mit ihrer Schwester (-3) und ihren Eltern in einer kleinen Zweizimmerwohnung mit nur einem Schlafzimmer auf. Der alkoholranke Vater tyrannisierte die Familie, so dass die Pat. unter großer Angst oft Gewaltszenen zwischen den Eltern miterlebte. Als besonders erschreckend und ekelhaft erlebte sie den elterlichen Geschlechtsverkehr.

Ab dem 12. Lebensjahr der Pat. zog die Familie in eine Dreizimmerwohnung, so dass die Kinder ein eigenes Kinderzimmer bekamen. Die Kinder hatten dort aber Angst (und Schuldgefühle), weil sie die Mutter nicht mehr vor den nächtlichen Übergriffen des Vaters beschützen konnten. Nach einem weiteren Jahr ließen sich die Eltern scheiden.

Die Pat. erinnerte sich, dass sie schon in ihrer Kindheit Zwangshandlungen ausführte. So überprüfte sie jeden Abend, ob der Bettvorleger richtig lag, damit ihre Eltern sich nicht verletzen, vergewisserte sich, dass die Bettdecke nicht über der Nase der kleinen Schwester lag, dann betete sie immer in der gleichen Haltung und überprüfte, dass kein Staub auf der Lampe lag, aus Angst, dass dadurch ein Brand entstehen könnte.

Nach dem Auszug des Vaters zog der sehr kontrollierende Großvater zur Familie. Nach einem Streit am Mittagstisch, verließ er das Haus und kam nicht mehr wieder. Er hatte sich im Fluß der Stadt ertränkt und wurde erst Wochen später gefunden. Die Pat. erlebte dies quälend und schuldhaft.

Nach einer Ausbildung zur Versicherungskauffrau heiratete die Pat. im Alter von 25 Jahren. Sie hat eine 6-jährige Tochter, die als Wunschkind geboren wurde. Die Schwangerschaft erlebte die Pat. als die schönste Zeit ihres Lebens. Während der Entbindung, die durch Kaiserschnitt vorgenommen werden mußte, erlebte sie existentielle Todesängste. Seit die Tochter im Kindergarten ist, arbeitet die Pat. wieder halbtags.

Im Therapieverlauf konnte sich die Pat. mit anfänglicher medikamentöser Unterstützung (Fluctin) relativ schnell von ihren Ängsten, Zwangsgedanken und -handlungen lösen. Diese wurden immer dann aktualisiert, wenn sie eigene Wünsche und Bedürfnisse wahrnahm und diese in Konflikt zu den Bedürfnissen anderer sah. So reagierte sie mit starken Ängsten und

Schuldgefühlen der Tochter gegenüber, als sie den Wunsch verspürte, den Klinikaufenthalt zu verlängern. Zunehmend wurde deutlich, dass die Ängste und Zwänge zur Abwehr sexueller und aggressiver Impulse dienen. So konnten auch anfangs nicht bewusste Schwierigkeiten in der Ehe bearbeitet werden.

Dieser klinisch nicht ungewöhnliche Fall gab zunächst keinen eindeutigen Hinweis auf die Bedeutung der Religiosität für Frau X. Erst die vertiefte Exploration unter Zuhilfenahme eines projektiven Tests zur Erfassung religiöser Dynamik (Saur & Saur 1993) machte die Intensität und Qualität ihrer Gottesbeziehung deutlich:

In der Kindheit habe die geliebte Oma in schweren Zeiten immer wieder auf die Kraft des Betens verwiesen und die Mutter habe ihr gesagt, wer als Kind viel leide, müsse als Erwachsener nicht leiden. So habe sie versucht, durch Beten ihre Situation zu verändern oder habe zumindest auf eine bessere Zukunft gehofft. Sie sei in ihrem „Kinderglauben“ sehr enttäuscht worden. Zusammenfassend wird deutlich, dass Frau X. bis in die Gegenwart ein sehr strenges, strafendes Gottesbild hat und damit die Vorstellung, Hoffnung auf Vergebung und die Befreiung von Ängsten bestehe nur, wenn man gut vor Gott ist, sich aufopfert und keine eigene Lust oder Aggression empfindet. Die eigenen Impulse werden jedoch immer wieder schuldhaft erlebt, so dass die Pat. fast ständig Gottes Strafe erwartet, denn wer schuldig ist, könne nicht gleichzeitig unter Gottes Schutz stehen. Dies führt zu den verzweifelten Versuchen der Schuldvermeidung, die letztlich allen ihren Zwangsgedanken und -handlungen zugrunde liegen.

Erst die vertiefte Exploration machte in diesem Fall deutlich, wie eng die Biographie und Symptomatik der Patientin mit ihren religiösen Vorstellungen verwoben ist. Die biographisch verständlichen Gefühle von Schuld und Angst sowie Sehnsucht nach Angenommensein und Zugehörigkeit spiegeln sich in ihrer bewussten und vorbewussten Gottesbeziehung. Für die Therapie war es daher wichtig, die projizierten Eigenschaften des leiblichen Vaters auf Gott aufzudecken, zu versuchen, „tatsächliche“ Schuld von neurotischen Schuldgefühlen zu unterscheiden und in Zusammenarbeit mit dem Seelsorger der Klinik ein alternatives, liebendes und sorgendes Gottesbild denk- und erfahrbar zu machen. Dies alles führte im Rahmen der gesamten Therapie zu einer Reduktion der Ängste, Zwänge und Schuldgefühle. Zudem konnte die Patientin ihr Gottesbild modifizieren und sich, analog dem erweiterten Handlungsspielraum in ihren mitmenschlichen Beziehungen, auch in ihrer Gottesbeziehung einerseits angenommener

und andererseits autonomer erleben. Die Bearbeitung der primär im Hintergrund stehenden religiösen Dynamik war in diesem Fall ein wichtiger Teil des therapeutischen Prozesses.

4. Thesen zum Umgang mit Religiosität in der Psychotherapie

Die dargelegte, bisher vernachlässigte Bedeutung der Religiosität für Patienten in der psychosomatischen Rehabilitation einerseits sowie für den psychotherapeutischen Prozess andererseits erfordern eine vertiefte Achtsamkeit für diese Thematik. Die dazu notwendigen Grundvoraussetzungen werden im folgenden thesenartig zusammengefasst:

- Der Therapeut sollte sich seiner eigenen Haltung zur Religion und seiner Annahmen über die Struktur der Wirklichkeit bewusst werden. Dies ist insbesondere für die Handhabung der Gegenübertragung auf religiöse Vorstellungen entscheidend.
- Die Religiosität der Patienten sollte vom Therapeuten bewusst angesprochen und exploriert werden, da dieses Thema, trotz hoher Relevanz, nur selten von Patienten selbst angesprochen wird.
- Sind Patienten Mitglieder religiöser Sondergemeinschaften (z.B. Neuapostolische Kirche, Zeugen Jehovas, Bahá'í), so sind Grundkenntnisse über die Inhalte und Strukturen der jeweiligen Religion unentbehrlich. Dies gilt auch bei der Prägung durch spezifische Weltanschauungen (z.B. Anthroposophie, Rosenkreuzer, christliche Erweckungsbewegungen, Astrologie usw.). Nur die Kenntnis der entsprechenden Werte, Normen, Praktiken und Heilsversprechen ermöglicht es, individuelle Verarbeitungsprozesse zu verstehen.
- Folgende exemplarische Leitfragen können Therapeuten helfen, die Religiosität der Patienten in die Therapie einzubeziehen:
 - Was bedeutet die Religiosität für das Denken, Fühlen und Handeln des Patienten?
 - Welche Bedeutung hat die Religiosität für das Beziehungssystem des Patienten?
 - Wie ist die Religiosität in Zusammenhang mit bestimmten Motiven und Bedürfnissen (Selbstwertregulation, Angstreduktion, soziale Integration usw.) zu verstehen?

- Welche Erfahrungen wurden mit der Institution Kirche und ihren Repräsentanten gemacht?

Etwa ein Drittel aller untersuchten psychosomatischen Patienten beschreiben sich als sehr religiös und messen diesem Lebensaspekt eine bedeutende Rolle zu. Demgegenüber steht eine nur geringe Anzahl an Therapien, in denen Religiosität und Weltanschauungsfragen zum Thema werden. Die Berücksichtigung der dargestellten Leitfragen im therapeutischen Prozess kann dazu beitragen, Religiosität als psychodynamisch wichtige Dimension zu erkennen, ihren unterstützenden oder belastenden Stellenwert im Verarbeitungsprozess einer Person zu bestimmen und in die Bearbeitung psychischer Konflikte zu integrieren.

Literaturverzeichnis

- Allman LS, De La Roche O, Elkins DN, Weather RS (1992) Psychotherapists' attitudes towards clients reporting mystical experiences. *Psychotherapy* 29: 564-569.
- Bassler, M (Hrsg.) (2000): *Psychoanalyse und Religion. Versuch einer Vermittlung*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Bergin AE, Jensen JP (1990) Religiosity of Psychotherapists: A National Survey. *Psychtherapy* 27: 3-7.
- Cornett, C. (1998): *The soul of psychotherapy. Recapturing the spiritual dimension in the therapeutic encounter*. New York: The Free Press.
- Daiber KF (1995) *Religion unter den Bedingungen der Moderne. Die Situation in der Bundesrepublik Deutschland*. Marburg: Diagonal.
- Diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen DSM-IV (1996). Übersetzt nach der vierten Auflage des Diagnostic and statistical manual of mental disorders der American Psychiatric Association. Deutsche Bearbeitung von H Saß, H-U Wittchen, M Zaudig. Göttingen: Hogrefe.
- Finn M, Gartner J (eds.) (1992) *Object relations theory and religion: Clinical applications*. Westport, CT: Praeger.
- Frank, JD (1985) *Die Heiler. Über psychotherapeutische Wirkungsweisen vom Schamanismus bis zu den modernen Therapien*. München: dtv.
- Hahn A, Willems H (1993) Schuld und Bekenntnis in Beichte und Therapie. *Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie* 33: 311-330.

- Küng, H (1988) Religion - das letzte Tabu? Über die Verdrängung der Religiosität. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie* 38: 103-111
- Lovinger, RJ (1984) *Working with religious issues in therapy*. New York: Jason Aronson.
- Lovinger RJ (1990) *Religion and counseling: The psychological impact of religious belief*. New York: Continuum Publ.
- Miller WR, Martin JE (eds) (1988.) *Behavior therapy and religion: Integrating spiritual and behavioral approaches to change*. Newbury Park, CA: Sage
- Murken S (1997a) *Gottesbeziehung und psychische Gesundheit. Die Entwicklung eines Modells und seine empirische Überprüfung*. Münster: Waxmann.
- Murken S (1997b) *Ungesunde Religiosität - Entscheidungen der Psychologie?* In: T Frick, GM Klinkhammer, S Rink (Hrsg) *Kritik an Religionen?* Marburg: Diagonal, 155-170.
- Randour ML (Ed.) (1993) *Exploring sacred landscapes: Religious and spiritual experiences in psychotherapy*. New York: Columbia University Press.
- Saur MS, Saur WG (1993) *Spiritual themes and religious response test (STARR): Preliminary manual*. Chapel Hill, NC: Authors.
- Scharfetter Ch (1991) *Der spirituelle Weg und seine Gefahren*. Stuttgart: Enke.
- Shafranske EP (Ed.). (1996) *Religion and the clinical practice of psychology*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Spero MH (Ed) (1985) *Psychotherapy of the religious patient*. Springfield, IL: Charles C. Thomas.
- Sperry, L. (2001): *Spirituality in clinical practice. Incorporating the spiritual dimensions in psychotherapy and counseling*. Philadelphia, PA: Brunner-Routledge.
- Statistisches Bundesamt (Hrsg.) (1991) *Jahrbuch 1991 für das vereinte Deutschland*. Stuttgart: Metzler-Poeschel.
- Ullman C (1989) *The transformed self: The psychology of religious conversion*. New York: Plenum.
- Waardenburg J (1986) *Religion und Religionen. Systematische Einführung in die Religionswissenschaft*. Berlin: de Gruyter.
- Zwingmann Ch, Moosbrugger H, Frank D (1995) *Religiosität - (k)ein Thema der deutschsprachigen Psychologie? (Arbeiten aus dem Institut für Psychologie 9/1995)*. Frankfurt am Main: Johann Wolfgang Goethe-Universität, Inst. für Psychologie.

Kurzvita:

Murken, Sebastian, Dr. rer. nat., Dipl.-Psych., M.A., Religionswissenschaftler und Psychologischer Psychotherapeut im St.Franziska-Stift seit 1.9.1992. Forschungen, Veröffentlichungen und Lehraufträge im Bereich Religionspsychologie, speziell Religiosität und Gesundheit/Krankheit.