

Herausgegeben von der Schweizer Charta für
Psychotherapie in der Assoziation Schweizer
Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten



Psychotherapie-Wissenschaft Science Psychothérapeutique

🌐 WWW.PSYCHOTHERAPIE-WISSENSCHAFT.INFO

Kultur, Religion und Psychotherapie

Culture, religion et psychothérapie

Cultura, religione e psicoterapia

Herausgegeben von Mario Schlegel und Nicola Gianinazzi

9. Jahrgang

Heft 1 / 2019

ISSN 1664-9583



Psychosozial-Verlag

Impressum

Psychotherapie-Wissenschaft

ISSN 1664-9583 (Print-Version)

ISSN 1664-9591 (digitale Version)

9. Jahrgang Heft 1/2019

<https://doi.org/10.30820/1664-9583-2019-1>

Herausgeber

Schweizer Charta für Psychotherapie in der Assoziation
Schweizer Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten

Geschäftsstelle ASP

Riedtlistr. 8

CH-8006 Zürich

Tel. +41 43 268 93 00

www.psychotherapie.ch

Redaktion

Rosmarie Barwinski, Zürich

Nicola Gianinazzi, Lugano

Astrid Grossert, Basel

Margit Koemeda, Zürich

Mario Schlegel, Zürich

Peter Schulthess, Zürich

info@psychotherapie-wissenschaft.info

www.psychotherapie-wissenschaft.info

Hinweise für AutorInnen befinden sich auf der Homepage
der Zeitschrift: www.psychotherapie-wissenschaft.info

Verlag

Psychosozial-Verlag

Walltorstr. 10

D-35390 Gießen

+49 6421 96 99 78 26

info@psychosozial-verlag.de

www.psychosozial-verlag.de

Abo-Verwaltung

Psychosozial-Verlag

bestellung@psychosozial-verlag.de

Bezugsgebühren

Jahresabonnement 44,90 € (zzgl. Versand)

Einzelheft 24,90 € (zzgl. Versand)

Studierende erhalten gegen Nachweis 25 % Rabatt.

Das Abonnement verlängert sich um jeweils ein Jahr, sofern nicht eine

Abbestellung bis acht Wochen vor Ende des Bezugszeitraums erfolgt.

ASP-Mitglieder wenden sich wegen des Abonnements bitte

direkt an die ASP.

Anzeigen

Anfragen zu Anzeigen bitte an den Verlag:

anzeigen@psychosozial-verlag.de

Es gelten die Preise der auf www.psychosozial-verlag.de

einschbaren Mediadaten.

ASP-Mitglieder wenden sich bitte direkt an die Redaktion.

Digitale Version

Die Zeitschrift *Psychotherapie-Wissenschaft* ist auch online

einschbar: www.psychotherapie-wissenschaft.info



Die Beiträge dieser Zeitschrift sind unter der Creative Commons
Attribution-NonCommercial-NoDerivs 3.0 DE Lizenz lizenziert.

Diese Lizenz erlaubt die private Nutzung und unveränderte
Weitergabe, verbietet jedoch die Bearbeitung und kommerzielle

Nutzung. Weitere Informationen finden Sie unter:

creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/de

Sinnstiftung als gemeinsame Aufgabe von Religiosität/Spiritualität und Psychotherapie?

So lautet ein Zwischentitel im Artikel Wielant Machleidts, Emeritus und eine Koryphäe im Bereich der Erforschung interkultureller Psychiatrie und Psychotherapie sowie der Erfahrungen von Migration und Flucht. Ist Sinnstiftung ein gemeinsamer Brennpunkt der wissenschaftlichen Drittperson- und der subjektiven Erstpersion-Perspektive? In den letzten beiden Jahrzehnten hat sich zwischen diesen scheinbaren Gegensätzen sehr viel gewandelt. Machleidt gibt bezüglich dieser Fragen einen strukturierten Überblick über den heutigen Stand in der Psychotherapie, der sich aus wissenschaftlich belastbaren Forschungsergebnissen ableitet.

Mit diesem Themenheft möchten wir Berührungspunkte abbauen und den Einbezug von Religion und Spiritualität in die Psychotherapie – unter der Voraussetzung einer entsprechenden Ausbildung – in den Bereich des Denkbaren rücken. Damit richten wir uns auch an Kolleg*innen, die mit dieser immer aktueller werdenden Thematik noch nicht vertraut sind. In der Arbeit mit Patient*innen aus anderen Kulturen, die sich mit dem Thema Religion und Spiritualität überschneiden, hat sich hinsichtlich einer Kultursensibilität schon viel getan. In Fortsetzung des letzten Themenheftes zur «Kulturübergreifenden Psychotherapie» folgen nun weitere aktuelle und spannende Beiträge mit Fallbeispielen.

Wo sonst als in der psychotherapeutischen Praxis ist es wichtiger, dass das Verständnis auf wissenschaftlicher Ebene und das des individuellen Erlebens zusammenpassen, ja mehr noch, einander ergänzen? Sinnstiftung als Essenz der Religionen muss nicht näher gerechtfertigt werden, dies ist evident und gilt ebenso für die Psychotherapie. Ein zentrales Diktum der Jung'schen Psychotherapie stammt aus dem Jahre 1932: «Die Psychoneurose ist im letzten Verstande ein Leiden der Seele, die ihren Sinn nicht gefunden hat.» Jung hat als erster dem religiösen und spirituellen Erleben der Patient*innen den gebührenden psychologischen Stellenwert eingeräumt und damit Grundlagen für eine Religionspsychologie geschaffen.

Spiritualität und Religion in der Psychotherapie ist, etwas überspitzt ausgedrückt, fast ein Tabuthema. Das hängt auch damit zusammen, dass es in den meisten Ausbildungen keinen Inhalt darstellt. Wir möchten die Thematik in den Fokus rücken, weil ihre Integration bereits Schulen übergreifend stattfindet. Getreu dem Titel unserer Zeitschrift, versuchen wir das Tor auf wissenschaftlicher Ebene zu öffnen, indem wir aus der wissenschaftlichen Drittperson-Perspektive der Erstpersion-Perspektive leidender Patient*innen den ihr gebührenden Wert zugestehen.

Heute sind wir soweit, dass die Forschung so viel Licht in die Prozesse der psychischen Gesundheit gebracht hat, dass in der Psychotherapie die Angst vor einem Rückfall

in unwissenschaftliche, dämonisierende Theorien und Praktiken nicht mehr gerechtfertigt ist. Und aus der Philosophie des Geistes wissen wir, dass wir das Feld der Wissenschaftlichkeit keineswegs verlassen, wenn wir anerkennen, dass der Materialismus nicht alles erklären kann.

Das individuelle Erleben steht in der Psychotherapie im Zentrum. So lesen wir in Machleidts Aufsatz: «An individuell geprägte Verständnismodelle lassen sich keine medizinisch- bzw. psychologisch-wissenschaftliche Massstäbe anlegen. Sie sind an den subjektiven Erlebniswirklichkeiten und Verständnishorizonten der Patient*innen formulierte harmonisierende Konstrukte». Das ist absolut deckungsgleich mit dem salutogenetischen Prinzip Aaron Antonovskys. Auf diesem sicheren Boden können wir uns in das Thema «Kultur, Religion und Psychotherapie» hineinwagen.

Was passiert denn eigentlich konkret in Therapien, die die Dimension Religiosität/Spiritualität miteinbeziehen? Einen tiefen Einblick erhalten wir durch ein Buch mit dem Titel *Fallbuch Spiritualität in Psychotherapie und Psychiatrie*, herausgegeben von Eckhard Frick, Isgard Ohls, Gabriele Stotz-Ingenlath und Michael Utsch, allesamt Mitglieder der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN). Es ist während der Entstehung des vorliegenden Heftes erschienen – ein Glücksfall, der einen vertieften Einblick in das therapeutische Geschehen gibt. Darin werden 20 Patient*innengeschichten vorgestellt, die von Fachkolleg*innen kommentiert werden. Leser*innen zieht dieses Konzept gleichsam wie in einen Supervisionsprozess hinein; eine Erfahrung, die auch emotional berührt, weil es nicht nur um die Anwendung einer Theorie auf eine Fallvignette geht, sondern die Leser*innen qua Gegenübertragung auch zu Supervisor*innen macht und dadurch den Therapieprozess miterleben lässt. Anders als in den anderen Arbeiten im vorliegenden Heft, die sich mit kulturübergreifender Psychotherapie beschäftigen, geht es in diesem Buch auch um Patient*innen aus unserem Kulturkreis. Doch die Falldarstellungen liefern einen Einblick in den Einbezug von Spiritualität in der Psychotherapie. Von daher darf eine Rezension des Buches in diesem Heft nicht fehlen.

Dass in den letzten Jahren Spiritualität und religiöse Gebundenheit als Resilienzfaktoren immer mehr Anerkennung fanden, ist nicht zuletzt auch eine Folge der Migration und dem Zusammenprall unterschiedlicher Kulturen, was einen grossen psychotherapeutischen Bedarf verursacht hat.

Auf den bereits angesprochenen Beitrag Machleidts folgt eine Arbeit von Katrin Hartmann. Sie befasst sich nicht nur mit dem Therapieprozess selbst, sondern auch mit den sozialen Faktoren, mit denen Immigrant*innen konfrontiert werden. Diese Perspektive, nämlich die Analyse und Interpretation politischen Geschehens, wird von

der Psychotherapie allgemein sträflich vernachlässigt. Hartmann weist auf das Etikett hin, das dem Islam in unserer Kultur angeheftet wird. Sie entlarvt die angedichtete Gefährlichkeit durch demografische und geschichtliche Argumente als Stimmungsmache. Als feldforschende Soziologin im arabischen Raum ist sie dafür besonders qualifiziert und öffnet den Leser*innen abseits des Urteils im kollektiven Bewusstsein über den Islam die Augen. Als Psychoanalytikerin setzt sie sich aber auch mit ihrer eigenen «Fremdkörperkonstruktion» auseinander und beschreibt, warum sie im Titel ihres Beitrags («Psychoanalytische Psychotherapie mit Muslim*innen der Schweiz») ein «in» vor «der» herausnahm. Solch eine kleine Vignette der Bewältigung ihrer Fremdheitserfahrung durch Inklusion ist ein gutes Beispiel für die Voraussetzung der positiven Beziehungsknüpfung zu Patient*innen in interreligiösen Kontexten. Diese Art der Bewältigung ist ein Erfordernis, das auch Machleidt ausführlich begründet.

Der Beitrag von Inge Missmahl und Birte Brugmann beschreibt eine Psychotherapiemethode, die von Missmahl ursprünglich für kriegsgeschädigte, traumatisierte Menschen in Afghanistan entwickelt wurde. Einen Einblick in den Beginn dieser Entwicklung gibt ihr Artikel in Nummer 4/2006 dieser Zeitschrift: «Psychosoziale Hilfe und Traumaarbeit als ein Beitrag zur Friedens- und Versöhnungsarbeit am Beispiel Afghanistans». Das Value-based Counseling ist eine psychodynamische Kurzzeitintervention, die Kultur und Religion als sinnstiftendes Element nutzt. Die Methode ist maximal kultursensitiv, indem Patient*innen, die ihre Alltagstauglichkeit verloren haben, zur Wiedererlangung ihrer Handlungsfähigkeit Berater*innen aus derselben Kultur mit zum Teil ähnlichen Erfahrungen zur Verfügung stehen. In kurzer Zeit kann ein vertrauensvolles Verhältnisses entstehen, weil sich Patient*in und Berater*in auf Augenhöhe begegnen, denn es geht nicht um Diagnosen. Der Beratungsansatz vermeidet eine Pathologisierung von klinischen Symptomen, sondern bemüht sich um ein Verständnis der Symptome als Ausdruck unbewältigten sozialen Stresses. Dieser Ansatz fördert eine symmetrische Arbeitsbeziehung. Geeignete Berater*innen mussten zuerst nach einem eigens entwickelten Curriculum ausgebildet werden. Inzwischen sind es davon in Afghanistan um die 400 und weitere folgen nach. In Deutschland sind bis anhin über 90 Geflüchtete zu psychosozialen Berater*innen ausgebildet worden. Der wertebasierte Ansatz verhindert, dass die Methode nicht als ideologisch geprägt, sondern als jedem einzelnen Menschen zugewandt wahrgenommen wird. Sie wurde unter widrigsten Umständen und mit in jeder Hinsicht mangelnden Ressourcen, aber mit Unterstützung von NGOs und dem Deutschen Staat entwickelt. Vieles erscheint dabei für die konventionelle Psychotherapie gegen den Strich gebürstet, garantiert dafür aber, dass sie auch unter prekärsten Bedingungen, wie zum Beispiel Flüchtlingslager, eingesetzt werden kann. Mit den Werten und grundlegenden Theorien, die in diesem Heft vertreten werden, besteht jedoch Einklang. Die Methode kann als vorgeschaltete Intervention für eine längere Psychotherapie dienen, einer Chronifizierung der psychischen

Symptomatik entgegenwirken und dadurch in vielen Fällen eine längere Therapie obsolet machen.

Zwei weitere Beiträge aus der Sicht der italienischen Schweiz schliessen den thematischen Teil des Heftes ab.

Als italienischsprachige Schweizer eines historisch katholischen Kantons (Tessin) sind wir genetisch sensibel für die Themen Transkulturalität und Transreligiosität, während ich persönlich – unter Bezugnahme auf verschiedene Denker und Forscher – der Überzeugung bin, dass die Position, die eine vermeintliche «Neutralität» in der Psychotherapie verteidigt, zunehmend veraltet ist. Wenn man so neutral und objektiv wie möglich sein will – eine durchaus wichtige und erreichbare Sache –, muss diese Dimension als ein dynamischer Prozess zwischen zwei Menschen verstanden werden, die miteinander interagieren.

Eine aseptische, unkritische und unreflektierte Neutralität – ohne das Bewusstsein, dass selbst eine Verneinung stets etwas aussagt – ist am Ende kaum neutral.

In dieser Ausgabe finden Sie nun zwei Beiträge aus der italienischsprachigen Schweiz, als typisch helvetische transkulturelle Geste: Der erste Artikel stammt von meiner Kollegin Tania Re, Mitarbeiterin der Università della Svizzera Italiana (USI) und seinerzeit Inhaberin eines UNESCO-Lehrstuhls für Transkulturalität. Ihr Beitrag setzt bei den historischen Aspekten der Kunst des Asklepios (Äskulap) an, wonach die Medizin als Heilritual zu verstehen war. Sodann widmet sie sich den in Südamerika, Sibirien und Indien durchgeführten historisch-anthropologischen Forschungen über schamanische Kulturen, über die von ihnen verwendeten «Meisterpflanzen» und über ihre Praktiken, «aussergewöhnliche» Geisteszustände zu erreichen. Forschungen in den USA, Spanien und der Schweiz offenbaren einen bedeutenden Nutzen aus diesen Erfahrungen. Eine grosse Herausforderung für die Psychotherapie der Zukunft.

Der zweite Beitrag des Psychiaters und kognitiven Psychotherapeuten Michele Mattia ist von seiner Rede zu diesem Thema auf einem Kongress in Mexiko inspiriert. In seinem Artikel geht es um die schützenden (sogar schmerzstillenden) Aspekte der religiösen Überzeugungen der Patienten anhand von sechs interessanten klinischen Fällen. Er beschreibt Realitäten im Zusammenhang mit den drei Monotheismen (Judentum, Islam und Christentum), aber auch religiöse Erfahrungen im Zusammenhang mit Buddhismus, Hinduismus und der evangelischen Kirche. Der Autor betont die durchdringende Kraft der religiösen Dimension im Leben vieler Patienten und die geringe Aufmerksamkeit, die ihr von vielen Therapeut*innen immer noch geschenkt wird.

Abschliessend kommen wir wieder auf Machleidt zurück. Er fragt:

«Welchen Sinn macht die Rückkehr der Religion und Spiritualität in die Psychiatrie und Psychotherapie? Bei möglichen Antworten muss es vorrangig um einen therapeutischen Wissens- und Methodenzugewinn und eine professionelle Haltung gehen, die immer auch in einer Interferenz mit den ganz persönlichen Glaubensüberzeugungen und der Identität der Psychiater*innen und Psychotherapeut*innen steht.»

Das ist eine grosse Sache, denn es bedeutet, dass es in der Ausbildung zum/zur Psychotherapeuten/in, analog zur Selbsterfahrung in der Lehranalyse, um einen zusätzlichen Prozess geht, nämlich die Entwicklung einer eigenen Identität in existenziellen Sinnfragen. Selbstverständlich geschieht dies über die Ausbildung hinaus lebenslang. Dies gehört nun mal zu unserem Beruf. Wir brauchen das nicht

nur um uns selbst, sondern auch um die Patient*innen zu verstehen. Schliesslich haben wir diesen Beruf gewählt, weil dies so interessant und herausfordernd ist und unsere persönliche Entwicklung fördert.

Mario Schlegel & Nicola Gianinazzi

Éditorial

Création de sens : une mission conjointe de la religiosité/spiritualité et de la psychothérapie ?

C'est l'intertitre de l'article de Wielant Machleidt, professeur émérite et sommité dans le domaine de l'exploration de la psychiatrie et de la psychothérapie interculturelles ainsi que dans le domaine des expériences de migration et d'exil. La création de sens est-elle un point de convergence conjoint de la perspective économique de la troisième personne et de la perspective subjective de la première personne ? Ces deux dernières décennies, beaucoup de choses ont changé entre ces deux oppositions apparentes. Sur ces questions, Machleidt donne un aperçu structuré de l'état actuel de la psychothérapie qui découle de résultats de recherche scientifiquement fiables.

Avec ce cahier thématique, nous souhaiterions diminuer les peurs du contact et faire progresser dans le domaine du possible l'inclusion de la religion et de la spiritualité dans la psychothérapie, à la condition d'une formation adaptée. Ainsi, nous nous adressons aussi à des collègues qui ne sont pas encore familiarisés(es) avec cette thématique toujours plus d'actualité. Sur le plan de la sensibilité culturelle, beaucoup de choses ont été faites dans le travail avec des patients(es) issus(es) d'autres cultures, travail qui se superpose au thème de la religion et de spiritualité. Dans la continuité du dernier cahier thématique relatif à la « Psychothérapie interculturelle », d'autres contributions actuelles et passionnantes accompagnées d'études de cas viennent s'ajouter.

Où, si ce n'est dans la pratique psychothérapeutique, est-il important que la compréhension au niveau scientifique et celle au niveau du vécu individuel, plus encore, se complètent mutuellement ? La création de sens en tant que l'essence des religions, ne doit pas être davantage justifiée, cela est évident et s'applique aussi à la psychothérapie. Une affirmation centrale de la psychothérapie jungienne trouve son origine en 1932 : « La psychonévrose est dans le dernier intellect une souffrance de l'âme qui n'a pas trouvé son sens. » Jung a été le premier à accorder au vécu religieux et spirituel des patients(es) l'importance psychologique requise et créé ainsi les fondements de la psychologie religieuse.

La spiritualité et la religion dans la psychothérapie sont, en forçant un peu le trait, presque un sujet tabou. Cela est lié aussi au fait que cela ne constitue pas un contenu dans la plupart des formations. Nous souhaiterions mettre la thématique en évidence, car son intégration a lieu déjà au-delà des écoles. Fidèles au titre de notre revue, nous essayons d'ouvrir le portail vers un niveau scientifique en admettant à partir de la perspective scientifique de la troisième personne des patients(es) souffrant de la perspective de la première personne la valeur qu'elle mérite.

Nous sommes en mesure aujourd'hui de dire que la recherche a apporté tellement de lumière dans les processus de guérison psychique, que la peur d'une rechute dans des théories et pratiques non scientifiques, diabolisantes n'est plus justifiée. Et à partir de la philosophie de l'esprit, nous savons que nous ne quittons en aucune façon le terrain de la scientificité, lorsque nous reconnaissons que le matérialisme ne peut pas tout expliquer.

Le vécu personnel est au cœur de la psychothérapie. Ainsi, nous lisons dans la rédaction de Machleidt : « Il n'est pas possible de poser des références médicales ou psychoscientifiques sur des modèles de compréhension marqués individuellement. Ce sont des constructions d'harmonisation formulées sur les réalités subjectives d'expérience et les niveaux de compréhension des patients(es) ». Cela coïncide absolument avec le principe salutogénétique d'Aaron Antonovsky. Pour ce qui est du thème « Culture, religion et psychothérapie », nous pouvons nous aventurer sur ce terrain sûr.

Que se passe-t-il en effet concrètement dans des thérapies qui intègrent la dimension de religiosité/spiritualité ? Nous acquérons une connaissance approfondie grâce à un livre intitulé *Fallbuch Spiritualität in Psychotherapie und Psychiatrie*, publié par Eckhard Frick, Isgard Ohls, Gabriele Stotz-Ingenlath et Michael Utsch, tous sont membres de la Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN). Il est apparu pendant l'élaboration du présent cahier, un hasard qui apporte une connaissance approfondie sur ce qui se passe dans la thérapie. Y sont présentés(es) 20 histoires de patients(es) commentées par des collègues spécialisés(es). Ce concept implique les

lecteurs(trices) comme dans un processus de supervision ; une expérience qui touche aussi sur le plan émotionnel, car il ne s'agit pas seulement de l'application d'une théorie à une vignette de cas, mais les lecteurs(trices) deviennent par contre-transfert également des superviseurs, ce qui permet de vivre aussi le processus thérapeutique. Contrairement aux autres travaux du présent cahier qui s'intéressent à la psychothérapie intraculturelle, ce livre concerne aussi les patients(es) issus de notre cercle culturel. Toutefois, les représentations de cas donnent un aperçu de la prise en compte de la spiritualité dans la psychothérapie. Par conséquent, une critique du livre ne peut pas être absente du présent cahier.

Le fait que ces dernières années la spiritualité et l'attachement religieux en tant que facteurs de résilience sont de plus en plus reconnus est en premier lieu aussi une conséquence de la migration et du choc de différentes cultures, ce qui a créé un important besoin psychothérapeutique.

Un travail de Katrin Hartmann succède la contribution déjà abordée de Machleidt. Elle s'intéresse non seulement au processus thérapeutique en lui-même, mais également aux facteurs sociaux auxquels sont confrontés les immigrants(es). Cette perspective, à savoir l'analyse et l'interprétation d'événements politiques, est généralement négligée d'une manière criminelle par la psychothérapie. Hartmann signale l'étiquette qui est accolée à l'Islam dans notre culture. Elle démasque la dangerosité attribuée à tort par des arguments démographiques et historiques en tant que « bourrages de crâne ». En tant que sociologue effectuant des recherches sur le terrain dans le monde arabe, elle est par conséquent particulièrement qualifiée et ouvre les yeux des lecteurs(trices) sur l'Islam hors du jugement dans la conscience collective. En tant que psychanalyste, elle se confronte toutefois aussi à sa propre « construction de corps étranger » et décrit pourquoi elle a remplacé le « en » par « de » dans le titre de sa contribution (« Psychothérapie psychanalytique avec des musulmans(es) de Suisse »). Une telle petite vignette de la maîtrise de son expérience de l'étrangeté par l'inclusion est un bon exemple de la condition préalable du lien relationnel positif à l'égard des patients(es) dans des contextes interreligieux. Ce type de maîtrise est une nécessité que Machleidt justifie aussi d'une manière approfondie.

La contribution d'Inge Missmahl et Birte Brugmann décrit une méthode psychothérapeutique qui a été à l'origine développée par Missmahl pour les mutilés de guerre et les personnes traumatisées en Afghanistan. Son article dans le numéro 4/2006 de cette revue donne un aperçu du commencement de ce développement : « Aide psychosociale et travail sur les traumatismes : une contribution à la construction de la paix et de la réconciliation dans l'exemple de l'Afghanistan ». Le Value-based Counseling est une intervention psychodynamique de courte durée qui utilise la culture et la religion comme un élément créateur de sens. La méthode est sensible à la culture au maximum en mettant à disposition des patients(es) qui ont perdu leur aptitude à la vie quotidienne des conseillers(ères) de même culture avec des expériences en partie similaires afin qu'ils ré-

cupèrent leur capacité d'agir. Une relation de confiance peut naître en peu de temps, car le patient(te) et le conseiller(ère) se rencontrent d'égal à égal, car il n'est pas question de diagnostic. L'approche consultative évite une pathologisation de symptômes cliniques, mais s'efforce de comprendre les symptômes en tant qu'expression de stress sociaux non résolus. Cette approche favorise une relation de travail symétrique. Des conseillers(ères) adaptés(es) doivent d'abord être formés(es) selon un curriculum spécialement conçu. Il en existe actuellement près de 400 en Afghanistan et d'autres suivent. En Allemagne, plus de 90 réfugiés(es) ont été jusqu'à présent formés(es) comme conseillers(ères) psychosociaux(ales). L'approche basée sur les valeurs évite que la méthode ne soit pas considérée comme étant pas marquée, mais comme s'adressant à chaque individu. Elle a été développée dans les pires circonstances et avec un manque de ressources à tous les niveaux, mais avec le soutien des ONG et de l'État allemand. Pour la psychothérapie conventionnelle, de nombreux éléments apparaissent à cet égard à contre-pied, mais ils garantissent qu'elle peut être utilisée même dans des conditions précaires, par exemple un camp de réfugiés. Il existe toutefois une concordance avec les valeurs et les théories fondamentales qui sont représentées dans ce cahier. La méthode peut servir d'intervention en amont pour une psychothérapie plus longue, contrecarrer une chronification de symptômes psychiques et ainsi rendre obsolète dans de nombreux cas une thérapie plus longue.

Deux autres contributions du point de vue de la Suisse italienne concluent la partie thématique du cahier.

En tant qu'Italiens suisses d'un canton historiquement catholique, nous sommes génétiquement sensibles aux thèmes de la transculturalité et de la transreligiosité, bien que personnellement, en référence à différents penseurs et chercheurs, je considère que la position qui défend une « neutralité » supposée dans la psychothérapie est de plus en plus dépassée. Si nous voulons être aussi neutres et objectifs que possible – quelque chose de nécessaire et faisable –, cette dimension doit être comprise comme un processus dynamique entre deux personnes qui interagissent entre elles. Une neutralité ascétique, dénuée de critique et d'autoreflexe – dépourvue de la prise de conscience que même un défi affirme toujours quelque chose – n'est au final pas très neutre.

Dans ce numéro, nous trouverons ensuite deux contributions de la partie parlant italien de la Suisse, sous la forme d'un acte transculturel typiquement suisse : Le premier article de la collègue Tania Re, une collaboratrice de l'Université de la Suisse italienne (USI) et en même temps, titulaire de la chaire UNESCO pour le transculturalisme. Cette contribution commence avec des aspects historiques en lien avec l'art d'Asclépios – selon lequel la médecine se voulait être un rituel de guérison – puis se poursuit avec la recherche historico-anthropologique menée en Amérique du Sud, en Sibérie jusqu'en Inde sur des cultures chamaniques, puis avec des plantes « master » qu'ils utilisent et leurs pratiques pour atteindre des états mentaux « non ordinaires ». La recherche aux États-Unis, en Espagne et

en Suisse tire d'importants bénéfices de ces expériences. Un grand défi pour la psychothérapie du futur.

Le deuxième a été écrit par le psychiatre et psychothérapeute cognitif Michele Mattia inspiré par son discours sur le sujet qu'il a tenu lors d'un congrès à Mexico. Cet article pointe les projecteurs – en fournissant même 6 cas cliniques intéressants – sur les dimensions protectrices (voire analgésiques) des croyances religieuses des patients(es). Nous décrivons des réalités liées à 3 religions monothéistes (judaïsme, islam et christianisme), mais également des expériences liées au bouddhisme, à l'hindouisme et à d'autres églises évangéliques. L'auteur souligne l'omniprésence de la dimension religieuse dans les vies de nombreux patients(es) et le peu d'attention que lui attribuent de nombreux thérapeutes.

Pour terminer, nous revenons à Machleidt. Il interroge :

« Quel est le sens du retour de la religion et de la spiritualité dans la psychiatrie et la psychothérapie ? Parmi des réponses possibles, cela doit concerner principa-

lement une acquisition thérapeutique de savoir et de méthodes et une posture professionnelle qui se situe toujours en interférence aussi avec les croyances toutes personnelles et avec l'identité des psychiatres et des psychothérapeutes. »

Ce n'est pas une mince affaire, car cela concerne dans la formation de psychothérapeute, d'une manière analogique à l'expérience personnelle dans l'analyse didactique, un processus supplémentaire, notamment le développement de sa propre identité dans des questions existentielles du sens. Cela s'effectue évidemment au-delà de la formation, tout au long de la vie. Cela fait quand même partie de notre profession. Nous n'en avons pas seulement besoin pour nous mêmes, mais également pour comprendre les patients(es). Nous avons après tout choisi cette profession parce qu'elle est tellement intéressante et stimulante et qu'elle favorise notre développement personnel.

Mario Schlegel & Nicola Gianinazzi

Articolo di fondo

La creazione di senso (sensemaking) come compito comune di religiosità/spiritualità e psicoterapia?

Così è intitolato un passaggio dell'articolo di Wielant Machleidt, emerito e un luminaire nel campo della psichiatria e psicoterapia interculturale, nonché delle esperienze di migrazione e di fuga. Il sensemaking è un obiettivo comune della prospettiva scientifica della terza persona e della prospettiva soggettiva della prima persona? Negli ultimi due decenni, molto è cambiato tra questi apparenti opposti. Machleidt fornisce una panoramica strutturata dello stato attuale della psicoterapia in relazione a queste domande, che deriva da risultati di ricerca scientificamente validi.

Con questa edizione dedicata vorremmo ridurre le paure di contatto e portare l'inclusione della religione e della spiritualità nella psicoterapia – a condizione di una formazione adeguata – in un ambito del concepibile. In questo modo ci rivolgiamo anche a colleghe/i che non hanno ancora familiarità con questo argomento sempre più attuale. Nel nostro lavoro con pazienti di altre culture, che si sovrappongono ai temi della religione e della spiritualità, molto è già stato fatto per quanto riguarda la sensibilità culturale. In seguito all'ultimo numero di «Psicoterapia interculturale», seguiranno altri articoli attuali ed entusiasmanti con casi di studio.

Dove, se non nella pratica psicoterapeutica, è più importante che la comprensione a livello scientifico e quella dell'esperienza individuale si integrino, e ancor

più si completino a vicenda? Non è necessario giustificare la creazione di senso come essenza delle religioni; ciò è evidente e vale anche per la psicoterapia. Un motto centrale della psicoterapia di Jung risale all'anno 1932: «La psiconeurosi in ultima analisi è una sofferenza dell'anima che non ha trovato il suo senso». Jung è stato il primo a dare all'esperienza religiosa e spirituale dei pazienti il significato psicologico che meritava, creando così le basi per una psicologia religiosa.

Spiritualità e religione in psicoterapia rappresentano, per dirla in modo un po' forte, quasi un argomento tabù. Ciò è dovuto anche al fatto che nella maggior parte dei corsi di formazione non è prevista. Vorremmo porre questo tema al centro perché la sua integrazione è già universalmente in atto in tutte le scuole. Fedeli al titolo della nostra rivista, cerchiamo di aprire la porta a livello scientifico, dando dal punto di vista scientifico in terza persona alla prospettiva in prima persona del paziente sofferente il valore che merita.

Oggi siamo a un punto che la ricerca ha gettato tanta luce sui processi di recupero mentale che in psicoterapia la paura di ricadere in teorie e pratiche non scientifiche e demonizzanti non è più giustificata. E dalla filosofia della mente sappiamo di non lasciare il campo della scienza se riconosciamo che il materialismo non può spiegare tutto.

In psicoterapia, l'attenzione è focalizzata sull'esperienza individuale. Così leggiamo nel saggio di Machleidt: «Nessun standard medico o psicologico-scientifico può essere applicato a modelli individuali di comprensione. Sono costrutti armonizzanti formulati sulla base delle

realtà dell'esperienza soggettiva e degli orizzonti di comprensione dei pazienti». Questo è assolutamente in linea con il principio salutogenetico di Aaron Antonovsky. Su questo terreno sicuro possiamo avventurarci sul tema «cultura, religione e psicoterapia».

Ma cosa succede in realtà nelle terapie che includono la dimensione della religiosità/spiritualità? Ce ne fornisce una visione approfondita il libro intitolato *Fallbuch Spiritualität in Psychotherapie und Psychiatrie (Raccolta casi su spiritualità in psicoterapia e psichiatria)*, a cura di Eckhard Frick, Isgard Ohls, Gabriele Stotz-Ingenlath e Michael Utsch, tutti membri della Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN) (Società tedesca di psichiatria e psicoterapia, psicosomatica e neurologia). È stato pubblicato durante la creazione di questo numero – un caso fortunato che consente una visione più profonda del processo terapeutico. Presenta 20 storie di pazienti, commentate da colleghe/i. Le lettrici/i lettori vengono coinvolti in questo concetto come in un processo di supervisione; un'esperienza che tocca anche emotivamente, perché non si tratta solo di applicare una teoria alla vignetta (storia) di un caso, ma anche di rendere i lettori supervisori tramite controtransfert e quindi di permettere loro di sperimentare il processo terapeutico. A differenza di altri saggi di questo numero che trattano di psicoterapia interculturale, questo libro tratta anche di pazienti della nostra cerchia culturale. Ma soprattutto, i casi di studio forniscono una panoramica sull'inclusione della spiritualità nella psicoterapia. Pertanto, una recensione del libro non può mancare in questo numero.

Il fatto che negli ultimi anni la spiritualità e la schiavitù religiosa hanno trovato sempre più riconoscimento come fattori di resilienza è anche una conseguenza della migrazione e dello scontro tra culture diverse, che ha causato un grande bisogno psicoterapeutico.

Il già citato contributo di Machleidt è seguito da un lavoro di Katrin Hartmann. Non si occupa solo del processo terapeutico in sé, ma anche dei fattori sociali con cui gli immigrati sono confrontati. Questa prospettiva, vale a dire l'analisi e l'interpretazione degli eventi politici, è generalmente trascurata colpevolmente dalla psicoterapia. Hartmann indica l'etichetta attaccata all'Islam nella nostra cultura. Smaschera la pericolosità romanizzata con argomentazioni demografiche e storiche come condizionamento pregiudiziale. Come sociologa impegnata nella ricerca sul campo nel mondo arabo, è particolarmente qualificata per farlo e apre gli occhi ai lettori, al di là del giudizio sull'Islam nella coscienza collettiva. Come psicoanalista, tuttavia, si occupa anche della propria «costruzione di corpi estranei» e descrive perché nel titolo del suo articolo («Psicoterapia psicoanalitica con persone musulmane della Svizzera») ha sostituito l'«in» con «della». Questa piccola spia sulla gestione della sua esperienza di estraneità attraverso l'inclusione è un buon esempio del prerequisito per un rapporto positivo con le/i pazienti in contesti interreligiosi. Questo tipo di coping è un'esigenza che anche Machleidt giustifica nel dettaglio.

Il contributo di Inge Missmahl e Birte Brugmann descrive un metodo di psicoterapia originariamente sviluppato da Missmahl per persone traumatizzate e danneggiate dalla guerra in Afghanistan. Un'idea dell'inizio di questo sviluppo è data dal suo articolo nel numero 4/2006 di questa rivista: «L'aiuto psicosociale e il lavoro sui traumi come contributo al lavoro di pace e riconciliazione nell'esempio dell'Afghanistan». La consulenza basata sul valore è un intervento psicodinamico a breve termine che utilizza la cultura e la religione come elementi creatori di senso.

Il metodo è culturalmente sensibile al massimo, in quanto i pazienti che hanno perso la loro idoneità all'uso quotidiano vengono forniti di consulenti della stessa cultura, alcuni dei quali hanno avuto esperienze simili, al fine di recuperare la loro capacità di agire. Una relazione basata sulla fiducia può svilupparsi in breve tempo, perché la/il paziente e la/il consulente si incontrano sullo stesso piano e non si tratta di diagnosi. L'approccio di consulenza evita la patologizzazione dei sintomi clinici, ma cerca piuttosto di comprendere i sintomi come espressione di stress sociale irrisolto.

Questo approccio promuove una relazione di lavoro simmetrica. Per prima cosa è stato necessario formare consulenti idonei in base a un programma di studi appositamente sviluppato. Nel frattempo, circa 400 di loro sono stati formati in Afghanistan e altri ne seguiranno. In Germania più di 90 rifugiati sono stati finora formati come consulenti psicosociali. L'approccio basato sui valori impedisce che il metodo sia percepito non come ideologicamente plasmato, ma come diretto ad ogni singola persona. È stato sviluppato nelle circostanze più avverse e con una mancanza di risorse sotto ogni aspetto, ma con il sostegno delle ONG e dello Stato tedesco. Molto sembra andare «contro pelo» alla psicoterapia convenzionale, ma garantisce che il metodo possa essere utilizzato anche nelle condizioni più precarie, come i campi profughi. Vi è, tuttavia, armonia con i valori e le teorie fondamentali sostenute in questa rivista. Il metodo può servire come intervento preliminare per una psicoterapia più lunga, contrastando una cronicizzazione dei sintomi psicologici e rendendo in molti casi una terapia più lunga obsoleta.

Altri due contributi dal punto di vista della Svizzera italiana completano la parte tematica di questo numero.

Da svizzeroitaliani di un Cantone storicamente cattolico siamo geneticamente sensibili ai temi della transculturalità e transreligiosità, mentre personalmente – rifacendomi a diversi pensatori e ricercatori – ritengo sempre più superata la posizione, che difende una supposta «neutralità» in psicoterapia. Se si vuole essere il più neutrali e oggettivi possibili – cosa necessaria e perseguibile – questa dimensione va intesa come un processo dinamico tra due persone, che interagiscono fra loro.

Una neutralità asettica, non criticata e non autoriflessa – priva della consapevolezza del fatto che anche una negazione afferma sempre qualcosa – finisce per essere poco neutrale.

In questo numero troverete allora ben due contributi provenienti dalla parte italoфона della Svizzera, quale atto transculturale tipicamente elvetico:

Un primo articolo della collega Tania Re, collaboratrice dell'Università della Svizzera Italiana (USI) e a suo tempo titolare proprio di una cattedra UNESCO per la transculturalità. Questo contributo parte da aspetti storici legati all'arte di Asclepio –secondo la quale la medicina andava intesa come un rito di guarigione – per passare alle ricerche storico-antropologiche condotte in Sud America, Siberia e India su culture sciamaniche, sulle «piante maestre» da loro impiegate e sulle loro pratiche per raggiungere stati mentali «non ordinari». Ricerche negli Stati Uniti, in Spagna e in Svizzera rilevano benefici importanti derivanti da queste esperienze. Una bella sfida per la psicoterapia del futuro.

Un secondo scritto dello psichiatra e psicoterapeuta cognitivista Michele Mattia ispirato ad un suo intervento sul tema tenutosi in occasione di un Congresso in Messico. In questo articolo si puntano i riflettori – portando anche 6 casi clinici interessanti – sulle dimensioni protettive (addirittura analgesiche) delle credenze religiose dei pazienti. Si descrivono realtà legate ai 3 monoteismi (Ebraismo, Islam e Cristianesimo), ma anche esperienze correlate al Buddismo, Induismo e altre Chiese evangeliche. L'autore sottolinea la pervasività della dimensione religiosa nella vita di tanti pazienti e la poca attenzione postavi ancora da molti terapeuti.

Concludendo, torniamo a Machleidt. Egli pone la questione:

«Qual è il significato del ritorno della religione e della spiritualità alla psichiatria e alla psicoterapia? Le possibili risposte devono riferirsi principalmente all'acquisizione di conoscenze e metodi terapeutici e su un'attitudine professionale che interferisce sempre anche con le convinzioni e l'identità molto personali di psichiatri e psicoterapeuti».

Questo è una gran cosa, perché significa che la formazione come psicoterapeuta, analoga all'autoconsapevolezza nell'analisi didattica, riguarda un processo aggiuntivo, cioè lo sviluppo della propria identità in questioni esistenziali di significato. Naturalmente, questo avviene per tutta la vita, oltre la formazione. Fa parte della nostra professione. Abbiamo bisogno di questo non solo per capire noi stessi, ma anche per capire i pazienti. Dopo tutto, abbiamo scelto questa professione perché questo processo è così interessante e stimolante e promuove il nostro sviluppo personale.

Mario Schlegel & Nicola Gianinazzi

Titelthema:
Kultur, Religion und Psychotherapie

Thème principal:
Culture, religion et psychothérapie

Storia del Copertino:
Cultura, religione e psicoterapia

Religiosität und Spiritualität in der interkulturellen Psychotherapie

Wirkungen, Methoden und die Identität des/der Therapeut*in

Wielant Machleidt

Psychotherapie-Wissenschaft 9 (1) 15–21 2019
www.psychotherapie-wissenschaft.info
CC BY-NC-ND
<https://doi.org/10.30820/1664-9583-2019-1-15>

Zusammenfassung: Die gesellschaftliche Interkulturalisierung und der grössere Einfluss des Islam und anderen Glaubensrichtungen im öffentlichen und privaten Raum in Mitteleuropa haben den religiösen Orientierungen auch von Psychotherapeut*innen und ihren interkulturellen Patient*innen eine grössere Aktualität gegeben. In empirischen Studien konnte nachgewiesen werden, dass ausgeprägte Glaubensüberzeugungen religionsübergreifend für depressive, Angst- und Somatisierungsstörungen sowie Sucht mit einer erhöhten psychischen Resilienz korrelieren. Religionen lassen sich als plurale Symbolsysteme verstehen, die eine Weltordnung mit einem Lebensstil verbinden. Die subtile Kenntnis der Glaubensgewissheiten erlaubt einen Blick auf die innerpsychischen Abläufe und eröffnet breite und individuelle Spielräume für therapeutische Interventionen unter Einbeziehung von Religiosität und Spiritualität. Für die positive Beziehungsknüpfung zum/r Patienten/in ist die Bewältigung der interreligiösen Fremdheitserfahrungen des/r psychoanalytischen Psychotherapeuten/in unverzichtbar und die Entwicklung einer authentischen Haltung als Ausdruck seiner eigenen therapeutischen und religiösen Identität.

Schlüsselwörter: Interkulturelle Psychotherapie, Religiosität, Spiritualität, psychische Gesundheit, Glaubensgewissheit, Identitätswandel, Migration

Einleitung

Die psychiatrisch-psychotherapeutischen Heilmethoden werden von den kulturellen Weltbildern der Gesellschaften und Kontinente geprägt, in denen sie Anwendung finden. Die Religiosität und Spiritualität spielen in den kulturellen Weltbildern der Menschen je nach Säkularisierung einer Gesellschaft eine mehr oder weniger grosse Rolle. Welchen Beitrag zur Behandlung von Menschen mit psychischen Störungen Religion und Spiritualität leisten oder auch leisten können, ist eine Frage, mit der sich Psychotherapeut*innen in den weitgehend säkularisierten Gesellschaften Mitteleuropas in den vergangenen Jahrzehnten wenig zu beschäftigen brauchten. Psychiater*innen und Psychotherapeut*innen erwiesen sich als weniger religiös als ihre Patient*innen (Neeleman und Lewis, 1994). «Religion is psychiatry's last taboo», formulierte überspitzt Hans Küng diesen Tatbestand (katholischer Theologe, Universität Tübingen, 1986). Die Abwendung von Religion und Spiritualität hatte zur Folge, dass die Haltungen von Psychiater*innen und Psychotherapeut*innen bei der Beschäftigung mit den kulturellen Ausformungen von Religiosität und Spiritualität im interkulturellen Therapiesetting ein noch wenig der bewussten (Selbst-)Reflexion und Erforschung zugänglicher Erfahrungsbereich war. Dies hat sich in den vergangenen beiden Jahrzehnten gewandelt. Die gesellschaftliche Interkulturalisierung und die aktuell grössere Durchdringung des öffentlichen und privaten Raumes durch Religiosität

und Spiritualität zum Beispiel durch den Islam, christliche, wie evangelikale und andere Glaubensrichtungen, hat nicht zuletzt auch in Mitteleuropa die religiöse Frage für die Psychiater*innen und Psychotherapeut*innen zu einer aktuellen aufgewertet. Welchen Sinn macht die Rückkehr der Religiosität und Spiritualität in die Psychiatrie und Psychotherapie? Bei möglichen Antworten muss es vorrangig um einen therapeutischen Wissens- und Methodenzugewinn und eine professionelle Haltung gehen, die immer auch in einer Interferenz mit den ganz persönlichen Glaubensüberzeugungen und der Identität der Psychiater*innen und Psychotherapeut*innen steht.

Sinnstiftung als gemeinsame Aufgabe von Religiosität/Spiritualität und Psychotherapie?

Aus den Schulen und Kulturen übergreifenden Erfolgsbilanzen unterschiedlicher traditioneller (z. B. spiritueller) und moderner therapeutischer Heilmethoden lässt sich sagen, dass eine Psychotherapie offenbar dann erfolgreich ist, wenn die Erklärungsmodelle und Behandlungsschritte des/r Therapeuten/in bzw. Heilers/in für das subjektive und kulturelle Weltverständnis des/r Patienten/in plausibel und nachvollziehbar sind. Nachvollziehbare sinnstiftende Konstruktionen zwischen Symptom und Diagnose sowie Ätiologie und Behandlungsmethode zeichnen sich kulturübergreifend durch ihre innere Schlüssigkeit aus und stellen ein wesentliches therapeutisches Element

dar (Machleidt & Passie, 2018, S. 521–531; Stöckigt & Machleidt, 2018, S. 531–534). Die Glaubenseinstellungen der Patient*innen sind ein integrativer Teil seines Weltverständnisses. Der Beitrag der Religiosität und Spiritualität kann in dem Sinne eine sinnstiftende und sinnintegrierende Funktion haben, nämlich als ein handlungsübergreifendes und harmonisierendes Modell. Dies gilt ganz unabhängig von dem Akkulturationsniveau des Patienten und von der Tatsache, ob Dritte das benutzte Erklärungsmodell und die Behandlungsschritte im Sinne «wissenschaftlicher Erkenntnis» als richtig beurteilen oder auch nicht. An individuell geprägte Verständnismodelle lassen sich keine medizinisch- bzw. psychologisch-wissenschaftlichen Maßstäbe anlegen. Sie sind an den subjektiven Erlebniswirklichkeiten und Verständnishorizonten der Patient*innen formulierte, harmonisierende Konstrukte (Machleidt & Passie, 2018; Stöckigt & Machleidt, 2018).

Das Unbehagen der westlichen Psychiater*innen und Psychotherapeut*innen, die Religiosität und Spiritualität des/r Patient*in für den Therapieerfolg zu nutzen, hat einen handfesten und berechtigten Grund. Dieser liegt in der tief verwurzelten Angst der Psychiater*innen und Psychotherapeut*innen vor dem Rückfall in bzw. der Abgrenzung gegenüber einem unaufgeklärten Dämonismus zum Beispiel in Gestalt religiöser Exorzismen oder ähnlicher Praktiken. Das Unbehagen rührt auch von der antizipierten «Unwissenschaftlichkeit» beim Rückgriff auf religiös-spirituelle Ressourcen her. Haben Religiosität und Spiritualität denn nachweisbare salutogenetische Wirkungen (siehe u. a. Kaiser, 2007; s. a. Machleidt, 2013)?

Aktuelle Forschungen zeigen, dass sich der Nutzen und die Grenzen des Einbezugs von Religiosität und Spiritualität in die westliche Psychiatrie und Psychotherapie ganz gut auch empirisch nachweisen lassen.

Glaubensgewissheiten als therapeutische Ressource?

Für eine Neufokussierung der Religiosität und Spiritualität ginge es zunächst einmal um die rationale Überzeugung auf dem Boden einer soliden empirischen Fundierung, dass religiöse und spirituelle Glaubensüberzeugungen und psychische Gesundheit positiv miteinander korrelieren. Metaanalysen zeigen, dass positive Emotionen, Wohlbefinden, Hoffnung und Zuversicht, positiver Lebenssinn und -zweck, Selbstachtung und -kontrolle einen positiven Bezug zu Glaubensüberzeugungen haben. Diese Fundierung ist wesentlich in den vergangenen beiden Jahrzehnten für depressive, Angst- und Somatisierungsstörungen sowie Sucht erarbeitet worden. Bei depressiven Störungen zum Beispiel sind Glaubensüberzeugungen verbunden mit einer schnelleren Remission (einer Verringerung ihres Schweregrads bei religiösen spirituellen Interventionen anhand von Fallbeobachtungen) sowie einer verringerten Prävalenz von Suizidgedanken und -handlungen. Entscheidend für die protektive Wirkung ist das Vorhandensein einer inneren Glaubensgewissheit und der damit verknüpften verinnerlichten Repräsentant*innen

und Stifter*innen des Glaubens, wie bspw. in den drei abrahamitischen Religionen der Gott, im Christentum zudem der Erlöser, im Islam der Prophet etc. und die Kultivierung des Glaubens in der Gemeinschaft. Letzteres gilt übrigens religionsübergreifend für Gläubige aller drei abrahamitischen Religionen genauso wie auch für Hindus. Fragt man danach, wie sich Religiosität und Spiritualität auf die psychische Gesundheit konkret auswirkt, so geht es um eine erhöhte Resilienz. Eine höhere psychische Resilienz wird erreicht durch stabilisierende religiöse Einflüsse auf den Lebensstil, durch soziale Unterstützung, religiöse Stress- und Problembewältigung, kognitive Neubewertungen, Stress Reduktion, weniger Egozentrität und durch transportierte religiöse und spirituelle Werte wie Vergebung, Altruismus und Dankbarkeit. An diesen plausiblen hilfreichen Kriterien ist bemerkenswert, dass sich darin seelsorgerische und therapeutische Anliegen überschneiden. In psychotherapeutischen Kontexten mit Gläubigen unterschiedlicher Religionszugehörigkeit kann es also durchaus Sinn machen, Glaubensgewissheiten kulturkompetent zu analysieren und als Ressource gezielt und differenziert in Therapieprozesse einfließen zu lassen (Smith et al., 2003; Kaiser, 2007, S. 587–596; Blazer, 2012; Miller et al., 2012; Utsch et al., 2014, S. 111–115; Ohls & Agorastos, 2018, S. 109ff.; für eine Übersicht siehe Dein, 2018).

Kommt es zum Verlust von Glaubensgewissheiten zum Beispiel bei Pfarrern*innen so resultieren Identitätsstörungen, Unsicherheiten in der professionellen Orientierung, Motivationseinbußen, Authentizitätsprobleme, Berufsabbruch und anderes im Zusammenhang mit depressiven Syndromen, Erschöpfungszuständen und Burn-out sowie Zukunftsängsten (Kasuistische Erfahrungen; Machleidt, 2018).

Irrational und befremdlich anmutende Glaubensüberzeugungen von Angehörigen zum Beispiel vorabrahamitischer Religionen wie dem Jesidentum¹ oder hochreligiöser Migrant*innen der drei abrahamitischen oder der asiatischer Religionen erfordern über allen Respekt und differenzsensibles Einfühlungsvermögen hinaus ein interreligiöses Wissen. Dieses interreligiöse Wissen erleichtert den religionssensiblen Verständniszugang. Dieser muss aber durch die subtile Kenntnis und Analyse der subjektiven Glaubensgewissheiten des/r Patient*in vertieft werden, um individuelle therapeutische Relevanz zu bekommen. Die religiösen Glaubensinhalte und deren Ritualisierungen sind so etwas wie der Mantel, der sich dem inneren Kern der individuellen subjektiven Glaubensgewissheiten um die Schultern legt.

Beim professionellen Umgang mit fremden Glaubensüberzeugungen können vier Aspekte als wegweisend gelten, die den Psychiater*innen und Psychotherapeut*innen davor bewahren können, schnell an seine eigenen Grenzen zu kommen: eine Wertoffenheit und Bedachtsamkeit,

1 «Das Jesidentum ist eine monotheistische, nicht auf einer heiligen Schrift beruhende, synkretistische Religion. Die Mitgliedschaft ergibt sich ausschließlich durch Geburt, wenn beide Elternteile jesischer Abstammung sind» (Wikipedia-Artikel).

weltanschauliche Kompetenz, Wissen über die Bedeutung von Religiosität und eine Differenzierung zwischen weltanschaulichem und therapeutischem Angebot (Ohls & Agorastos, 2018, S. 109). Kommt der/die Psychiater*in und Psychotherapeut*in trotz einer Berücksichtigung dieser vier Aspekte bei einem/r Gläubigen an seine/ihre eigenen ethischen Grenzen, so verlangt es das Authentizitätsgebot, diese in therapeutisch geeigneter Weise zu thematisieren mit dem Ziel, eine wechselseitige Akzeptanz von Verschiedenheit zu erarbeiten. Gelingt dies nicht, kann ein vorzeitiges einvernehmliches Therapieende wegen unauflösbarer negativer Übertragungen unvermeidlich sein. In jedem Falle sollte ein/e Supervisor*in eingeschaltet werden.

Seelsorge und Psychotherapie im Dialog

Seelsorge und Psychotherapie stehen in einem interessanten Dialogverhältnis zueinander, zu dem im Folgenden etwas aus der Sicht der Psychotherapie gesagt wird. Von den zahlreichen Versuchen Seelsorge in *Abgrenzung* zur Psychotherapie zu definieren, seien im Folgenden Formulierungen einiger Autor*innen/Seelsorger*innen beispielhaft genannt. Utsch zum Beispiel sagte (2002; zit. n. Kaiser, 2007, S. 596ff.):

«Die Aufgabe der Seelsorge besteht in der Freisetzung christlichen Verhaltens (Praxis) zur Lebensbewältigung. Im seelsorgerlichen Gespräch steht der von Gott geliebte und entfremdete Mensch mit seinen Konflikten im Mittelpunkt. Seelsorge geschieht in der Hoffnung, dass Gott dorthin kommt, wo sich Menschen auf den Weg zur Wahrheit machen.»

So definiert kann Seelsorge eine Praxis entwickeln, durch die Weiterleben gelernt werden kann. Bei der Methodik, mit der Seelsorge-Gespräche geführt werden, wird durchgängig der pastoral-psychologische Ansatz hervorgehoben, der auf psychotherapeutische Methoden Bezug nimmt, wie die Psychoanalyse, die systemische Therapie und insbesondere den personenzentrierten Ansatz von Carl Rogers (s. Engemann, 2007). Ziel dessen ist es, Ratsuchenden das zu bieten, was in deren jeweils aktueller Situation hilfreich sein könnte. Das ist eine Haltung, die besonders für die Seelsorge von Bedeutung ist. Darüber hinaus ist die personenzentrierte Haltung durch die Basisvariablen Echtheit, Akzeptanz und Empathie geprägt, die sich in den genuin christlichen Verhaltensweisen von Annahme, Wahrhaftigkeit und Liebe wiederfinden. Der personenzentrierte Ansatz hält eine Distanz zu den zweckrationalen psychotherapeutischen Prozeduren wie systematische Anamneseerhebungen, Diagnostik, gezielte Therapieplanung und -methodik.

Die deutlichsten *Unterschiede* zwischen einer «absichtslos» unterstützenden Seelsorge und einer auf das Individuum fokussierten und auf Heilung zielenden Psychotherapie liegen im Rekurs der Seelsorge auf die spirituelle Dimension und in dem Aufbau und der Pflege der Gemeinschaftsbindung begründet.

Insbesondere Themen wie Trauer, Abschied, Verlust und Zukunftsängste sind originäre Themen der Psychotherapie und der Seelsorge auch bei Menschen aus anderen Kulturen. Wie begegnen aber Vertreter*innen unterschiedlicher Weltreligionen ihren Gläubigen aus anderen Ländern und Kulturen? Grosse Bedeutung haben dabei gemeinsame religiöse Praktiken, die in allen Weltreligionen zu finden sind, wie das Sprechen von Gebeten, das Lesen heiliger Schriften und das Anhören von Textauslegungen (Predigten). Diese Praktiken sind häufig verbunden mit einem liturgischen Ritual unter Leitung eines Geistlichen. Solche Rituale dienen der Trauerbewältigung, der Entängstigung und dem Wecken von Zuversicht und positiven Erwartungen. Schuld und Sühne durch Vergebung und Trost sind verbreitete spirituelle Interventionen, die Weiterleben möglich machen und Zukunft eröffnen sollen. Sie werden in der Gemeinschaft der Gläubigen im Rahmen liturgischer Rituale wie zum Beispiel dem Abendmahl praktiziert.

Mit dem Glauben wird eine «spirituelle Wirklichkeit» ins Spiel gebracht, «die höher ist als alle Vernunft» und grösser ist als die des Trauernden. Das eigene Werden und Vergehen in der Hand eines Höchsten zu sehen, ist ein machtvoll spirituelles Prinzip, das Tröstung, Versöhnung und Heilung durch religiöse Sinnstiftung ermöglicht. Man kann dieses Prinzip wissenschaftlich den «spirituellen Heilfaktor» nennen, dessen stärkenden Wirkungen den Gläubigen in den Weltreligionen teilhaftig werden und dessen ethnopsychologische Frühformen in der traditionellen Heilkunst indigener Gesellschaften seit Jahrhunderten in einer grossen Vielfalt mit Erfolg praktiziert wurden (Ohls & Agorastos, 2018, S. 109; Machleidt & Passie 2018; Stöckigt & Machleidt 2018).

Religion als Diskursvielfalt

Was ist Religion und welche subjektiven Überzeugungen lassen sich unter den Begriff der «Religion» subsumieren? Religion ist ja einer der Leitbegriffe mit denen wir hier diskutieren. Wenn wir Religionsexpert*innen fragen, dann erfahren wir zum Beispiel das Folgende: «In der wissenschaftlichen Religionsforschung ist die Unterscheidung zwischen dem, was man «Religion» nennen möchte und dem, was man nicht so nennen möchte, derart kontrovers, dass nicht einmal Einigkeit über einen «Kernbereich des Religiösen» besteht» (Popp-Baier, 2007, S. 515ff.). Den diskursiven Charakter dieses Begriffs und die Spielräume, die er lässt, nehmen psychologische Psychotherapeut*innen gern zur Kenntnis. Den therapeutischen Anliegen kommen Antworten entgegen, wie die, dass das Wort Religion keinen identifizierbaren Gegenstandsbereich benennt, also eine ganze Vielfalt unter diesen Begriff subsumiert wird. Zum anderen benennt dieses vieldeutige Wort vorrangig «Diskurse», die viele unterschiedliche Debatten einbeziehen wie wissenschaftliche, öffentlich-gesellschaftliche und private. Es ginge dann darum, den Blick für eine Pluralität dieser Diskurse und ihre Diversität und Heterogenität zu öffnen, und

damit eine Unterdrückung oder Ausgrenzung bestimmter Gruppierungen und Individuen zu vermeiden. Der realen Glaubensvielfalt in den Diskursen der Menschen, denen wir in unseren Behandlungen begegnen, steht die Behauptung einer «Kernsubstanz» oder eines «unveränderlichen Glaubenskerns» gegenüber, die meistens von einer Glaubenselite formuliert und verteidigt werden. Im Gegensatz dazu praktizieren der/die Einzelne und verschiedene Gruppierungen «ihre Religion» vor Ort im Kontext ihrer Lebenssituation und handeln ihr Religionsverständnis diskursiv aus. Der/die einfache Gläubige weiss meist nur wenig von den Diskursen «der da oben», der Glaubenseliten oder wie es in Indien heisst: Der «Dalit» (der Unberührbare, niedrigste Kaste) hat meist nur wenig vom Diskurs der «Brahmanen» (höchste Kaste) (ebd., S. 522f.).

Die Vielfalt der Diskurse und Praktiken hat eine Vielfalt der Glaubensrichtungen und eine Breite theologischer Deutungsmöglichkeiten hervorgebracht, für die gerade der Islam mit seiner über Jahrhunderte liberalen und differenzierten Diskurskultur ein hervorragendes Beispiel abgegeben hat. Die aktuellen dogmatischen Engführungen der islamischen Lehre beruhen auf der Dominanz der sunnitischen Glaubensrichtung und weichen drastisch von den liberalen Traditionen des Islams ab, die einen gleichmachenden Universalismus, der kulturelle Differenzen unterschlägt, nicht zugelassen haben. Die bestimmenden Werte des Islam unterscheiden sich in ihrer Substanz nur wenig von denen der beiden anderen abrahamitischen und auch von denen anderer grosser Religionen (Seidel, 2018, S. 190). Das heisst nicht, dass nicht schon immer auch fundamentalistische Bewegungen in den Weltreligionen ihre Stimme in die religiösen Diskurse eingebracht haben wie innerhalb des Christentums, Judentums, Islam, Buddhismus, Hinduismus etc. Bei diesen fundamentalistischen Strömungen wurden mit Bezug auf heilige Schriften «bestimmte Dogmen und Praktiken ausgewählt, die keinem Widerspruch mehr zugänglich sind und die Lebensführung des Einzelnen und ganzer Gesellschaften» zu bestimmen suchen (siehe zuvor). Diese stehen heute vielfach im Brennpunkt von Politik und Öffentlichkeit, stellen aber gleichwohl ein Minderheitenphänomen dar im Kontext der vielen Glaubensdiskurse, die unter den Begriff «Religion» subsummiert werden können.

Fremdheitserfahrungen: «Die Fremden rücken immer näher!»

Im Spannungsfeld zwischen religiöser Diskursvielfalt einerseits und zunehmender Dogmatisierung andererseits sind Migrationsprozesse von Menschen mit unterschiedlichsten Glaubensorientierungen verortet. Migrationsprozesse geben wichtige Impulse für Veränderungen religiöser Glaubensüberzeugungen als identitätsbildende Strukturen der Betroffenen und konfrontieren die Einheimischen mit fremd anmutenden Orientierungen sowohl im öffentlichen wie im privaten Raum. Wie gut die damit einhergehenden wechselseitigen Fremdheitserfahrungen

bewältigt werden können, ist entscheidend für die Qualität der interkulturellen Beziehungen in den Aufnahmegeellschaften. In unseren psychotherapeutischen Arbeitsbeziehungen sind wir wegen der entstehenden Nähe und als Mitwissende intimer subjektiver Glaubensüberzeugungen darum bemüht, die Fremdheitserfahrungen, die wir dabei machen, ausreichend gut zu bewältigen. Denn in interkulturellen Therapieverläufen sind wir häufig zu expliziten Antworten aufgefordert oder finden uns in bewusst/unbewussten Reaktionsmustern wieder. Antworten erfordern ein explizites vorurteilsfreies Wissen über die Glaubensgewissheiten und deren Bedeutungen für unsere Patient*innen. Aversive Reaktionsmuster unsererseits machen es erforderlich, sich selbst über die Schulter zu sehen oder in Supervisionen sich über die Schulter sehen zu lassen, um nicht eigene dysfunktionale oder destruktive Impulse unbemerkt in die interkulturellen bzw. interreligiösen Therapieprozesse einfließen zu lassen.

Die Bewältigung von Fremdheitserfahrungen ist ein wesentliches Ich-konstituierendes Merkmal individueller professioneller Entwicklung von psychologischen Psychotherapeut*innen in globalen kulturellen Kontexten, weil die «Fremden immer näher rücken». Die damit aufkommenden Ängste haben zu dem verbreiteten Irrtum beigetragen, dass durch die Fremden die eigene Identität und Ich-Entwicklung blockiert würden. Vielmehr verhält es sich umgekehrt. Ohne das Fremde gäbe es kein Eigenes. Schliesslich ist das Fremde nicht zuletzt in seiner religiösen Gestaltung eine ständige von Neugier und Angst begleitete Herausforderung, die eigenen begrenzten Näheräume zu verlassen und sich auf den Weg zu neuen Erfahrungshorizonten aufzumachen (Machleidt et al., 2018). Wenn ich Religionen trotz aller Unbestimmtheit ihres Gegenstandes als plurale Symbolsysteme verstehe, die eine Weltordnung mit einem Lebensstil verbinden oder als «Wegbeschreibungen», die dem Einzelnen «seinen Lebensweg verdeutlichen, gegenwärtigen Erfahrungen Sinn verleihen und Anweisungen für künftiges Handeln geben können» (Popp-Baier, 2007, S. 518f.), dann sind dies brauchbare entängstigende Definitionen, die universell verstanden werden können und therapeutischen Anliegen nahe stehen. In ihren so definierten Kernanliegen rücken Religionen in eine therapeutische Nähe, auch wenn sie in ihren unterschiedlichen Dogmen und Ritualen in Kirchen, Moscheen, Synagogen oder Tempeln Fremdheitsgefühle vermitteln können.

Psychologische Psychotherapeut*innen könnten sich eine Reihe von Fragen zu ihren individuellen Reaktionen und ihren ganz eigenen Versuchen stellen, religionsaffine Fremdheitsgefühle zu bewältigen.

- Geht es mir darum, Abstand zu religiösen Menschen zu halten, ihre Religion auszublenden, zu ignorieren, die Thematisierung zu vermeiden, ggf. die Flucht vor solchen Themen zu ergreifen?
- Oder erlebe ich Neugier auf das Religionsverständnis der Anderen, habe ich Interesse und verbinde hilfreiche Einsichten für die Behandlung damit? Idealisier ich einen Anderen, weil er einer bestimmten Religion an-

- gehört, zum Beispiel dem Buddhismus, verbinde ich Heilserwartungen mit einer bestimmten Religion, suche einen Guru oder versuche ich Abstand zu halten?
- Verstehe ich mein Fremdheitsgefühl zum Anderen als ein Kennzeichen meiner Beziehung zu ihm? Mache ich Versuche, Gemeinsamkeiten zu finden und Konsense herzustellen, und führt das zu einem für mich erwünschten Beziehungswandel im Sinne grösserer Vertrautheit?
 - Oder versuche ich Fremdheit zum Verschwinden zu bringen? Habe ich die (narzisstische) Fantasie, alle Menschen könnten oder sollten eigentlich so sein oder so werden wie wir, ein «Ab(zieh)bild» unserer selbst? Stören die Fremden deshalb und sollten neutralisiert werden oder aus dem öffentlichen Raum und meinem Sprechzimmer verschwinden?
 - Erwarte ich die Neutralisierung des Fremden durch Akkulturation und Integration bzw. durch die Vereinnahmung durch uns? Habe ich den Drang, alles Fremde zu meiner eigenen Harmonisierung vollständig verstehen zu müssen, oder kann ich dem Respekt vor seiner situativen Unzugänglichkeit Raum geben?
 - Kann ich mich dem spannungsreichen Wechselspiel zwischen meinen Erwartungen an die Fremden und dem realen Bild der Alltagserfahrung mit den Fremden überlassen? Gelingt es mir, Distanzierung und Wiederannäherung wie in einer Pendelbewegung immer wieder neu auszubalancieren im Sinne einer «Optimaldistanz»?

Soweit einige Fragen an uns zur Selbstvergewisserung.

Therapeutischer Identitätswandel?

Psychiater*innen und Psychotherapeut*innen sollten sich der Frage öffnen, welche Haltung sie selbst authentisch gegenüber Menschen mit ausgeprägten subjektiven Glaubensgewissheiten vertreten können als Ausdruck ihrer eigenen therapeutischen Identität. Verinnerlicht haben viele von uns die vielfach auch bestrittene These des Sozialwissenschaftlers und Religionssoziologen Max Weber (1988 [1920]), die besagt, dass als Folge des fortschreitenden Modernisierungsprozesses das religiöse Element in der Gesellschaft abnehme bzw. ganz verschwinde und dass Religion privatisiert und marginalisiert werde (s. a. die EKD-Studie 2018 zur «postchristlichen Generation» der 20–30-jährigen). Je nachdem, wie ich zu dieser Säkularisierungstheorie stehe, betrachte ich religiöse Menschen oder Migrantengruppen ggf. als rückständig, regressiv, «kindlich»-abhängig, magischem (Schuld- und Sühne-)Denken verhaftet etc. Mit solchen Konnotationen antizipiere ich ein Kultur- bzw. Modernitätsgefälle zwischen mir selbst als Vertreter*in einer «säkularisierten mitteleuropäischen Hochkultur» und den fremden Gläubigen, das an kolonialistische Einstellungen erinnert. So eine asymmetrische Begegnungssituation kann nicht förderlich für die Knüpfung hilfreicher interkultureller Arbeitsbeziehungen in psychotherapeutischen Settings

sein. Therapeut*innen müssen sich kritische Rechenschaft ablegen über ihre Haltung zu religiösen Menschen, da Beziehungsknüpfern in therapeutischen Prozessen ohne Wertschätzung auf Augenhöhe und Authentizität als Orientierung vermittelndes Element nicht gelingen können. Die Identität von Menschen lässt sich ja nicht auf *eine* Dimension ihrer Persönlichkeit reduzieren wie zum Beispiel das Frausein, das Türkischsein oder das Moslemsein etwa. Solche Zuschreibungen einer partiellen Identität laufen Gefahr, Menschen, die ein so verengter Blick nicht wahrzunehmen vermag, aus ihren Betrachtungen auszuschliessen (Seidel, 2018, S. 190).

Natürlich dürfen und müssen auch persönliche Grenzen therapeutischer Toleranz in Betracht gezogen, diskutiert und respektiert werden. Es existiert ja nicht so etwas Allgemeinverbindliches wie eine «Meta(welt)kultur», die überall und bei jedem Akzeptanz findet. Vielmehr existieren multipolare kulturelle Bezugssysteme in denen mit unterschiedlichsten Glaubensidentitäten Daseinsorientierung gelebt werden kann. In einer solchen religionspluralen Weltgesellschaft entstehen im Kontext von Migration Sorgen und Ängste um den Erhalt der eigenen religiösen Identität auch im christlich säkular geprägten Mitteleuropa und eine Eskalation von unheilvollen Kulturkämpfen wie im Nahen Osten, im Kaukasus etc. (Essen, 2007, S. 291f.). Dass ich als Therapeut zu diesem Zeitgeschehen innerlich Stellung beziehe und Grenzen meiner Toleranz definiere, ist nachvollziehbar. Dazu ein Beispiel: Es gibt besorgniserregende Unterschiede bei verschiedenen religiösen Migrant*innengruppen hinsichtlich ihrer Integrationsbereitschaft. In der vietnamesischen Diaspora zum Beispiel wird in den transnationalen Kommunikationsräumen die Ahnenverehrung weiter integrationsfördernd kultiviert genauso wie in den unter Westafrikaner*innen populären Pfingstkirchen. Dagegen liefert die islamistische Salafi-Bewegung ein Beispiel für Abgrenzung und Verwerfung integrationsfördernder pluralistischer sozialer und religiöser Lebensstile. Wenn Psychiater*innen und Psychotherapeut*innen diese Unterschiede wahrnehmen, vermögen sie ihre eigenen therapeutischen Haltungen, ihre Toleranzgrenzen wie ihre Spielräume genauer zu bestimmen (Bazu & Gies-Powroznic, 2018, S. 20f.).

Eine günstige Voraussetzung für interreligiöse Erkundungen sind psychologische Psychotherapeut*innen, die Neugier und Interesse daran entwickeln, welche «Götter und Geister» sie selbst und die Seelenlandschaften ihrer interkulturellen Patient*innen bevölkern. Dieses Interesse bietet die Chance, die eigene Wahrnehmung dafür zu schärfen, wie diese beschaffen sind und mit welchen Eigenschaften und Funktionen sie ausgestattet sind. Menschen mit inneren Glaubensgewissheiten haben sich ein *kulturell* vorgeprägtes, aber bei genauerem Hinsehen individuelles inneres positives Objekt konstruiert. Dieses Sicherheit gebende Objekt ist mit prägnanten kulturell vermittelten Eigenschaften und mit je spezifischen Funktionen für die Bewältigung unterschiedlichster Lebenssituationen ausgestattet. Häufig repräsentieren diese Zuschreibungen auf das positive innere Objekt wie in einem Spiegelbild die Eigenschaften dieser Menschen selbst im idealisierten

positiven wie auch negativen Sinne, als so etwas wie die eigenen Stärken und Schwächen. Wie mit einem Vergrößerungsglas lassen sich diese, als den transzendenten Figuren ihres Glaubens auf den Leib geschneidert, betrachten. Ein vertieftes Verständnis des eigenen wie des fremden Selbst lässt sich aus diesem Spiegelbild gewinnen und die zum Beispiel in einer Behandlung zur Disposition stehende Konfliktdynamik differenzierter analysieren und bearbeiten.

Selbstidentität im Wandel

Der Wandel der Selbstidentität von Psychiater*innen und Psychotherapeut*innen bei der Begegnung mit dem religiösen und kulturellen Fremden ist ein universelles individuelles und gesellschaftliches Phänomen angesichts der globalen Wanderungsbewegungen durch transnationale Migration. Der postmodernen Selbstidentität von Psychiater*innen und Psychotherapeut*innen eröffnet dieser Wandel die Chance, sich in einer grösseren kulturellen Fließfähigkeit zu üben, als einem inneren Mobilitätszugewinn, der auch die erhöhte äussere Mobilität und Vielfalt unserer Lebenswelt widerspiegelt. Die kontextuelle und geografische Mobilität und Vielfalt als dynamische Charakteristik postmoderner Lebenswege lässt sich als einen individuellen, professionellen und zivilisatorischen Zugewinn verstehen, der allerdings nicht ohne massive innere und äussere Widerstände und Krisen zu erringen ist.

Literatur

- Bazu, H. & Gies-Powroznic, N. (2018). Ethnologische Aspekte der Migration. In W. Machleidt, U. Kluge, M. Sieberer & A. Heinz (Hrsg.), *Praxis der interkulturellen Psychiatrie und Psychotherapie. Migration und psychische Gesundheit* (S. 15–22). 2. Aufl. München: Elsevier Urban & Fischer.
- Blazer, D. (2012). Religion/Spirituality and Depression: What Can We Learn From Empirical Studies? *Am J Psychiatry*, 169(1), 10–12.
- Dein, S. (2018). Culture, Religion and Mental Health. *Lecture. 5th World Congress of Cultural Psychiatry*, Oct. 10th, New York.
- Engemann, W. (Hrsg.). (2007). *Handbuch der Seelsorge. Grundlagen und Profile*. Leipzig: Evangelische Verlagsanstalt.
- Essen, G. (2007). Interkulturelle Theologie. In J. Straub, A. Weidemann & D. Weidemann (Hrsg.), *Handbuch der interkulturellen Kommunikation und Kompetenz* (S. 283–293). Stuttgart und Weimar: J. B. Metzler.
- Kaiser, P. (2007). *Religion in der Psychiatrie. Eine (un)bewusste Verdrängung?* Göttingen: V&R unipress.
- Küng, H. (1986). *Religion: The Last Taboo*. Washington, D.C.: APA Press.
- Machleidt, W. (2013). *Migration, Kultur und psychische Gesundheit. Dem Fremden begegnen*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Machleidt, W. (2018). unveröffentlichtes Manuskript.
- Machleidt, W., Kluge, U., Sieberer, M. & Heinz, A. (Hrsg.). (2018). *Praxis der interkulturellen Psychiatrie und Psychotherapie. Migration und psychische Gesundheit*. 2. Aufl. München: Elsevier Urban & Fischer.
- Machleidt, W. & Passie, T. (2018). Traditionelle Heilkunst und moderner Interaktionismus im Dialog. In W. Machleidt, U. Kluge, M. Sieberer & A. Heinz (Hrsg.), *Praxis der interkulturellen Psychiatrie und Psychotherapie. Migration und psychische Gesundheit* (S. 521–531). 2. Aufl. München: Elsevier Urban & Fischer.

- Miller, L., Wickramaratne, P., Gameroff, M.J., Sage, M., Tenke, C.E. & Weissmann, M.M. (2012). Religiosity and Major Depression in Adults at High Risk: A Ten-Year Prospective Study. *Am J Psychiatry*, 169(1), 89–94.
- Neeleman, J. & Lewis, G. (1994). Religious identity and comfort beliefs in three groups of psychiatric patients and a group of medical controls. *International Journal of Social Psychiatry*, 40, 124–134.
- Ohls, I. & Agorastos, A. (2018). Religion and Migration. In W. Machleidt, U. Kluge, M. Sieberer & A. Heinz (Hrsg.), *Praxis der interkulturellen Psychiatrie und Psychotherapie. Migration und psychische Gesundheit* (S. 103–111). 2. Aufl. München: Elsevier Urban & Fischer.
- Popp-Baier, U. (2007). Religion. In J. Straub, A. Weidemann & D. Weidemann (Hrsg.), *Handbuch der interkulturellen Kommunikation und Kompetenz* (S. 515–524). Stuttgart und Weimar: J. B. Metzler.
- Seidel, R. (2018). Interkulturelle Kompetenz. In W. Machleidt, U. Kluge, M. Sieberer & A. Heinz (Hrsg.), *Praxis der interkulturellen Psychiatrie und Psychotherapie. Migration und psychische Gesundheit* (S. 189–197). 2. Aufl. München: Elsevier Urban & Fischer.
- Smith, T.B., McCullough, M.E. & Poll, J. (2003). Religiousness and depression: evidence for a main effect and the moderating influence of stressful life events. *Psychol Bull*, 129, 614–636.
- Stöckigt, B. & Machleidt, W. (2018). Spirituelle Heilrituale in Ostafrika. In W. Machleidt, U. Kluge, M. Sieberer & A. Heinz (Hrsg.), *Praxis der interkulturellen Psychiatrie und Psychotherapie. Migration und psychische Gesundheit* (S. 531–534). 2. Aufl. München: Elsevier Urban & Fischer.
- Utsch, M., Bonelli, R.M. & Pfeiffer, S. (2014). *Psychotherapie und Spiritualität*. Springer: Heidelberg.
- Weber, M. (1988 [1920]). Die Wirtschaftsethik der Weltreligionen. Vergleichende religionssoziologische Versuche. In M. Weber (Hrsg.), *Gesammelte Werke zur Religionssoziologie* (S. 273–573). Tübingen: UTB.
- Wikipedia-Artikel: «Jesiden». <https://de.wikipedia.org/wiki/Jesiden> (13.01.2019).

Religiousness and Spirituality in Intercultural Psychotherapy. Effects, methods and the identity of the therapist

Abstract: The social interculturalisation and the greater influence of Islam in Central Europe, including religious beliefs in the public and private spheres, have given the religious orientations of psychotherapists and their intercultural patients greater topicality. Empirical studies have shown that pronounced religious convictions for depressive, anxiety and somatisation disorders as well as addiction correlate with increased psychological resilience across religions. Religions can be understood as plural symbolic systems that combine a world order with a lifestyle. The subtle knowledge of the beliefs allows a look at the inner psychic processes and opens wide and individual scope for therapeutic interventions involving religiosity and spirituality. The psychological psychotherapist's coping with the interreligious experiences of foreignness is indispensable for the positive connection to the patient and the development of an authentic attitude as an expression of his own therapeutic and religious identity.

Key Words: Intercultural Psychotherapy, Religiousness, Spirituality, Mental Health, Faith Certainty, Identity Change, Migration

Religiosità e spiritualità nella psicoterapia interculturale. Effetti, metodi e identità del terapeuta

Riassunto: L'interculturalità sociale e la maggiore influenza dell'Islam e di altre fedi nella sfera pubblica e privata in Europa centrale hanno dato maggiore attualità agli orientamenti religiosi degli psicoterapeuti* e dei loro pazienti interculturali*. Studi empirici hanno dimostrato che le convinzioni religiose pronunciate per i disturbi depressivi, d'ansia e di somatizzazione, così come la dipendenza, sono correlate ad una maggiore resilienza psicologica tra le religioni. Le religioni possono essere intese come sistemi simbolici plurali che combinano un ordine mondiale con uno stile di vita. La sottile conoscenza delle credenze permette di guardare ai processi psichici interiori ed apre ampie e individuali possibilità di interventi terapeutici che coinvolgono la religiosità e la spiritualità. La capacità dello psicoterapeuta psicoanalitico di affrontare le esperienze interreligiose di estraneità è indispensabile per il legame positivo con il paziente e lo sviluppo di un'autentica attitudine come espressione della propria identità terapeutica e religiosa.

Parole chiave: psicoterapia interculturale, religiosità, spiritualità, salute psichica, certezza di fede, cambiamento di identità, migrazione

Der Autor

Wielant Machleidt, Prof. em. Dr. med., (Sozial-)Psychiater, Psychotherapeut und Psychoanalytiker (DPG), war von 1994 bis 2007 Inhaber des Lehrstuhls für Sozialpsychiatrie und Direktor der Abteilung Sozialpsychiatrie und Psychotherapie an der Medizinischen Hochschule Hannover. Seine Arbeitsschwerpunkte in Forschung und Lehre liegen auf dem Gebiet der interkulturellen Psychiatrie und der kultursensiblen Psychotherapie. Er war Vorsitzender des Referats für Transkulturelle Psychiatrie und Migration der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN) von 1994–2010, er ist Leiter der Supervisionsgruppe für interkulturelle Psychiatrie und Psychotherapie der ÄKN in Hannover und Ehrenvorsitzender des Ethno-Medizinischen Zentrums Hannover (EMZ). Zahlreiche wissenschaftliche Publikationen sind in Fachzeitschriften und als Buchveröffentlichungen verfügbar.

Kontakt

Prof. Dr. med. Wielant Machleidt
Kaiser-Wilhelm-Str. 18
30559 Hannover
E-Mail: wielant.machleidt@t-online.de

Religiosité et spiritualité dans la psychothérapie interculturelle

Effets, méthodes et l'identité du/de la thérapeute

Wielant Machleidt

Psychotherapie-Wissenschaft 9 (1) 22 2019

www.psychotherapie-wissenschaft.info

CC BY-NC-ND

<https://doi.org/10.30820/1664-9583-2019-1-22>

Mots-clés : Psychothérapie interculturelle, religiosité, spiritualité, santé psychique, certitudes de la foi, transformation d'identité, migration

Le faible intérêt des psychiatres et psychothérapeutes dans le cadre thérapeutique pour les opinions religieuses et spirituelles de leurs patients(es) a, dans le passé, eu pour effet que les recherches, mais aussi les (auto)réflexions conscientes dans ce domaine ont peu été évaluées. L'interculturalisation sociétale et l'influence croissante de l'Islam et d'autres confessions dans l'espace public et privé en Europe centrale ont actualisé d'autant plus les orientations religieuses des psychothérapeutes et de leurs patients(es) également. Le malaise des psychiatres et psychothérapeutes occidentaux à utiliser les ressources religieuses et spirituelles des patients(es) pour la réussite thérapeutique trouve son origine dans une crainte profondément ancrée de voir la spécialité rechuter dans un démonisme inexpliqué et un esprit non scientifique. Dans de nombreuses études empiriques et sur la base de méta-analyses, il a pu être démontré que ces deux dernières décennies des confessions marquées et la santé mentale de malades psychiques étaient positivement en corrélation. Cela est vrai, essentiellement et au-delà de l'aspect religieux, pour les troubles dépressifs, anxieux et de somatisation ainsi que pour la dépendance grâce à une résilience accrue. Bien que l'aumônerie et la psychothérapie présentent dans leurs interventions des zones de chevauchement, elles sont dans leur méthodologie et leurs objectifs indépendantes et différentes. Les notions de « Religiosité » et « Spiritualité » ont plutôt un caractère discursif de sorte que des représentations variées peuvent y être rattachées. Les religions se comprennent comme des systèmes symboliques pluriels qui associent un ordre mondial à un style de vie. La connaissance subtile des certitudes de foi des patients(es) permet d'avoir un regard sur leurs cycles psychiques internes et ouvre la voie à de larges marges de manœuvre individuelles pour les interventions thérapeutiques. La maîtrise des expériences

d'étrangeté dans les contextes interreligieux les plus variés est indispensable à la corrélation relationnelle positive envers les patients(es). Les psychiatres et psychothérapeutes devraient se demander quelle est la posture qu'ils peuvent représenter eux-mêmes authentiquement face à des personnes ayant des certitudes de foi subjectives marquées, en tant qu'expression de leur propre identité thérapeutique et religieuse.

L'auteur

Wielant Machleidt, Prof. em. Dr. med., psychiatre (social), psychothérapeute et psychanalyste (DPG) a occupé de 1994 à 2007 la chaire de psychiatrie sociale et fut directeur du service Psychiatrie sociale et Psychothérapie à l'Université médicale d'Hanovre. Ces priorités de travail dans la recherche et l'enseignement se situent dans le domaine de la psychiatrie interculturelle et la psychothérapie sensible à la culture. Il fut président du Département de Psychiatrie transculturelle et de Migration de la Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN) de 1994–2010, il est responsable du groupe de supervision de psychiatrie interculturelle et de psychothérapie du Conseil des Médecins à Hanovre et président d'honneur du Centre ethnomédical d'Hanovre (EMZ). De nombreuses publications scientifiques sont disponibles dans des revues spécialisées et sous la forme de publications de livres.

Contact

Prof. Dr. med. Wielant Machleidt
Kaiser-Wilhelm-Str. 18
30559 Hannover
E-Mail: wielant.machleidt@t-online.de

Psychoanalytische Psychotherapie mit Muslim*innen der Schweiz

Innerpsychische Konfliktlagen im Kontext muslimischer Religiosität

Katrin Hartmann

Psychotherapie-Wissenschaft 9 (1) 23–37 2019
www.psychotherapie-wissenschaft.info
CC BY-NC-ND
<https://doi.org/10.30820/1664-9583-2019-1-23>

Zusammenfassung: Die Psychoanalyse konnte in islamischen Gesellschaften in der Vergangenheit als Behandlungsmethode nur marginal Fuss fassen. Begründet wird diese Randstellung damit, dass Islam und Psychoanalyse im Widerstreit zu einander ständen. Muslim*innen würden aufgrund ihrer Religion im Kontext einer nach islamischen Normativitäten strukturierten Gesellschaft vom psychoanalytischen Behandlungsansatz nicht profitieren können. Für Muslim*innen der Schweiz sieht die Ausgangslage jedoch anders aus. Beispielhaft wird anhand von drei Behandlungsvignetten von muslimischen Migrant*innen dargelegt, dass sie von einer psychoanalytischen Psychotherapie profitieren können. Der Artikel beschreibt die Psychotherapieverläufe samt der sie einrahmenden Wechselwirkungen von psychopathologischen Beschwerden, innerpsychischen Konflikten und äusseren Lebenslagen im Kontext der jeweiligen individuellen muslimischen Religiosität.

Schlüsselwörter: Psychoanalyse, psychoanalytische Psychotherapie, Muslim*innen, Islam, Migration, psychoanalytische Fallvignetten, Schweiz

«Wenn Sie zum Beispiel die Muslime verstehen wollen, die sich jeden Freitag in der Moschee in Ihrem Stadtteil zum Gebet versammeln, dann sollten Sie nicht nach einem perfekten System von Werten suchen, die allen Muslimen lieb und teuer sind. Suchen Sie lieber nach Konflikten und Widersprüchen, mit denen sich die Muslime dauernd herumschlagen und die niemand lösen kann. Eine Frage, auf die kein Muslim eine Antwort hat, ist ein Schlüssel zum Verständnis seiner Kultur.»

Harari (2013, S. 204)

In meiner psychoanalytischen Praxis als Psychotherapeutin arbeite ich mit etwa 24 Patient*innen pro Woche zusammen. Aufgrund meines Hintergrunds als feldforschende Soziologin im arabischen Raum und meinen Interessen im Bereich der Ethnopsychanalyse haben gut 50% meiner Patient*innen einen Migrationshintergrund. Rund die Hälfte davon sind Muslim*innen: zum Beispiel die junge syrische Mutter, die mit ihrer Ankunft als Geflüchtete in der Schweiz ihr Kopftuch ablegte und ihre Verwandtschaft damit irritierte; die gestandene syrische Berufsfrau, die traurig ist, dass sie mit Schleier in ihrem angestammten Beruf nur schwer hier wird arbeiten können; der junge iranische Asylbewerber, dessen Familie in seiner Heimat den Kontakt zu ihm abbrach, da er auf einem Facebook-Foto mit einer goldenen Rapper-Kreuzkette abgelichtet wurde, oder der bald 30-jährige Kosovare, der nach einer Kindheit mit viel häuslicher Gewalt, als junger Erwachsener psychisch zu angeschlagen ist, um arbeiten zu können und der sich in die Haut tätowieren liess «only god knows about me». Oder schliesslich die junge Jordanierin, die aufgrund körperlicher Beschwerden und Einschränkungen gerne sterben würde, aber als Muslimin keinen Freitod begehen sollte und sich in ihrem

familiären Umfeld mit ihren Todeswünschen unverstanden und einsam fühlt. In den Psychotherapien mit diesen Menschen spielt die Religionszugehörigkeit in ganz unterschiedlicher Weise eine Rolle. Es gibt dabei nur selten Gemeinsamkeiten mit den stereotypen Problematiken, die der öffentliche Diskurs prägt, wie etwa die Frage des Verweigerens des Händeschüttelns, der Radikalisierung von jungen Männern oder schliesslich der Unterdrückung als muslimische Frau.

Im Nachfolgenden möchte ich den Fächer aufspannen rund um die muslimische Religionszugehörigkeit von Patient*innen. Mich leitet dabei die Frage, welche Wechselbeziehungen zwischen psychopathologischen Beschwerden, innerpsychischen Konflikten und äusseren Lebenslagen im Kontext muslimischer Religiosität eines Individuums hier in der Schweiz in die psychotherapeutischen Praxen hineingetragen werden können und die psychotherapeutische Arbeit einrahmen und beeinflussen. Die muslimische Zugehörigkeit betrachte ich als einen Teilbereich der Kultur der Patient*innen. Dieser Bereich zeichnet sich durch den persönlichen Glauben, das Verhältnis zu Gott, zur islamischen Glaubensgemeinschaft und zur Relevanz der Religion im alltäglichen Leben aus.

Diese Dimensionen fasse ich unter dem Begriff der muslimischen Religiosität zusammen. Damit eine Psychotherapie mit muslimischen Patient*innen gelingen kann, ist es wichtig, dass sich Psychotherapeut*in und Patient*in, die sich aufgrund ihrer unterschiedlichen soziokulturellen Zugehörigkeit und ihres kulturspezifischen Wissens, welches das Bewusstsein und das Unbewusste konfiguriert, vertrauter oder fremder vorkommen, begegnen können und ein gemeinsamer Prozess in Gang kommt: ein modernes Heilungsritual (vgl. Nathan, 1994).

Das Generieren von Einsicht ist im psychotherapeutischen Prozess für psychoanalytische Psychotherapeut*innen handlungsleitend: von unbewusst zu mehr Bewusstsein. Dabei handelt es sich um die Gestaltung und Förderung von innerpsychischen Lern- und Veränderungsprozessen, die bewusst und unbewusst ablaufen. Die islamische Grunddoktrin, in deren Zentrum Gott, dessen Allmacht und seine unsichtbar leitende Hand stehen, kann solche Prozesse beeinflussen. Für die psychotherapeutische Arbeit kann es herausfordernd sein, leidende Menschen zu begleiten, in deren Leben der Glaube einen höheren Stellen- und Welterklärungswert hat als der psychotherapeutische «Gott» der Wissenschaftlichkeit, Vernunft und Logik. So schreibt Osseiran, eine libanesische Psychoanalytikerin, über ihre psychoanalytische Tätigkeit, dass ihr Patient*innen Ereignisse oder Erfahrungen häufig als Ergebnis von etwas, was Gott gewollt habe, darstellen. Oder dass sie die Fortsetzung der Psychoanalyse davon abhängig machen, «so Gott will». Sie hält angesichts dieser islamisch-fatalistischen Mentalität gewisser muslimischer Patient*innen fest: «In diesem Fall, wer ist für die Behandlung verantwortlich? [...] Angesichts dieses anderen <Gottes> fühlte ich mich an einem Punkt in meiner Praxis hilflos. Was konnte ich tun, wie sollte ich reagieren?» (Osseiran, 2010, S. 98; Übers. d. A.). Die islamische Normativität kann sich aber auch in ganz anderer Gestalt zeigen. Die Sozialisation zum/zur Muslim*in ist nicht ein passiver Prozess, der ohne eigenes Zutun passiert und zum immer gleichen Ausgangspunkt einer Art gottergebenen Lebenshaltung und -führung führt, wie obenstehendes Beispiel suggerieren könnte. Die durch Sozialisation erfolgten Ausformungen von muslimischer Identität und Religiosität sind höchst individuell. Sie erfolgen über Interaktionen im Kontext von interpretativen Mentalisierungsprozessen und aktivem sozialen Handeln, die unter dem Begriff der Agency zusammengefasst werden können (vgl. Allenbach, 2019, S. 3f.).

Für die psychotherapeutisch-psychoanalytische Arbeit müssen somit laut Hamid (2008, S. 3f.) zwei Fallen umgangen werden: Die erste sei die Annahme, dass der Islam eine gewichtige Dimension im Leben von allen Muslim*innen ist, die zweite bestände darin, von einer monolithischen Annäherung zur muslimischen Psyche auszugehen. Zweifelsohne sei die islamische Tradition ein wichtiger Einflussfaktor. Ein zwanghafter Persönlichkeitstyp könne durch die stetige Bezugnahme auf Schriften der islamischen Jurisprudenz eine Stütze für die Organisation seines alltäglichen Lebens erfahren. Eine

gesunde muslimische Person mag auf resiliente Weise ein traumatisches Lebensereignis als Gottes Wille verarbeiten, ohne dass danach grössere innerpsychische Konflikte in eine Abwärtsspirale führen müssen. Kurzum, die Beziehung zur und die Prägung durch die islamische Tradition sei höchst individuell, ebenso wie deren kontinuierliche Rekonstruktion und Weiterentwicklung. Der Ausweg aus diesen Fallen besteht somit darin, die Einmaligkeit der muslimischen Patient*innen im psychotherapeutischen Prozess zu erfassen. Darauf weist auch Saller (2003, S. 428), die sich damit auseinander gesetzt hat, wie psychoanalytische Psychotherapien mit türkischen Frauen gelingen können, in einem Fallbeispiel hin. Eine Psychotherapie könne dadurch beeinträchtigt werden, wenn Patient*innen nicht in ihrer Individualität, sondern als «Angehörige von Kultur X» wahrgenommen werden. Dies könne verletzen oder Wut auslösen.

Ich steige in die umrissene Thematik mit einigen soziologischen Anmerkungen zur muslimischen Bevölkerung in der Schweiz ein. Ich spinne den Faden weiter, in dem ich einen kurzen Überblick über die Eckpfeiler des Islam als Religion und soziokulturelles System gebe. Ich skizziere im Anschluss die Geschichte und die Positionen des Verhältnisses von Psychoanalyse bzw. psychoanalytischer Psychotherapie und muslimischer Religiosität. Anhand von drei Fallbeispielen zeige ich dann auf, in welcher Form die muslimische Zugehörigkeit von Patient*innen im therapeutischen Prozess zum Thema werden kann. Für die Darstellung der Fallvignetten stütze ich mich auf die Methodik der dichten Beschreibung (vgl. Geertz, 1983). Das Datenmaterial hierfür bilden die von mir relativ umfassend geführten Krankengeschichten. Ich habe mir erlaubt, soziodemografische Eckdaten abzuändern, um die Anonymität meiner Patient*innen zu schützen. Dies verhindert jedoch nicht, dass aufgrund der Fallbeispiele sich zeigende idealtypische Problematiken dargestellt werden können.

Die muslimische Bevölkerung der Schweiz

In den meisten psychotherapeutischen Praxen wird der Anteil muslimischer Patient*innen gering sein, schliesslich beträgt ihr Anteil an der Schweizer Wohnbevölkerung lediglich 5,1%, insgesamt rund 360 000 Muslim*innen (SZIG, 2018): ein Bruchteil der weltweit geschätzten 1,5 Milliarden (Hamid, 2008, S. 3).¹ Gemäss Schätzungen sind 10–15% der Muslim*innen der Schweiz praktizierend. Jede dritte muslimische Person ist im Besitz des Schweizer Passes (Herter et al., 2015) – in der Romandie scheint der Anteil etwas höher zu sein (Allenbach & Sökefeld, 2010, S. 14).

Die Anzahl von Konvertit*innen weg vom Islam ist mit rund 5% relativ gering (Bundesamt für Statistik, 2014, URL).² Häufiger Anlass für das Konvertieren zum

1 Die meisten Muslim*innen leben in Südostasien. Insgesamt gibt es 50 islamische Staaten (Behloul, 2018).

2 Zum Vergleich: Im Schnitt wechselt jede fünfte Person in der

Islam ist das Eingehen einer Ehe mit einem/r Muslim*in. Eine spezielle, kleine Untergruppe der Schweizer Islam-Konvertit*innen bildet diejenige, die sich äusserlich an der Lebensweise der frühen Muslim*innen – mit Henna gefärbtem Vollbart oder Burka-Dresscode – orientiert und in den Medien grosse Aufmerksamkeit bekommt. Hafner Al Jabaji (2011) bezeichnet diese als neohelvetische oder pseudoarabo Idealmuslim*innen.

Das grösste Anwachsen der muslimischen Bevölkerung geht auf den Balkankrieg zurück, der in den 1990er Jahren zu einer deutlichen Erhöhung führte (Allenbach & Sökefeld, 2010, S. 13). Ein Ausrufezeichen verdient hierbei die Tatsache, dass 90% der Muslim*innen der Schweiz aus Europa selbst – dem ehemaligen Jugoslawien – oder der politisch zu Europa zählenden Türkei stammen (Allenbach, 2019, S. 1). Der Bürgerkrieg in Syrien hat aktuell zu einer Aufnahme von weiteren rund 13 000 Menschen mit muslimischer Religionszugehörigkeit geführt.³ Viele davon wurden durch Kriegs- und Fluchterfahrungen traumatisiert und sind aktuell auf psychotherapeutische Behandlungen angewiesen, ohne dass sie der deutschen Sprache mächtig sind. Zuvor waren es Muslim*innen aus dem Libanon und Irak, die infolge des (Bürger-)Kriegs Aufnahme in der Schweiz fanden. Anders als in den USA oder in Kanada gehören Schweizer Muslim*innen im Schnitt zu den ärmeren Schichten mit einem geringeren Bildungsniveau. Dies schränkt ihre beruflichen Möglichkeiten und, damit verbunden, ihre Einkommenschancen ein (Allenbach & Sökefeld, 2010, S. 14).

Alles in allem ist die muslimische Landschaft der Schweizer Bevölkerung mindestens ebenso heterogen, wenn nicht sogar bunter, als die christliche. Sie zeichnet sich durch eine Aufsplitterung in viele kleine religiöse wie säkulare Gruppen und Organisationen aus, die kaum über politischen Einfluss verfügen. Ihre Glaubensvorstellungen und religiösen Praktiken können sich sehr unterscheiden (vgl. Allenbach & Sökefeld, 2010; D'Amato, 2015). Die dominante muslimische Gruppe in allen Landesteilen sind Sunnit*innen, die nach nationaler Herkunft und gemeinsamer Sprache – wie die meisten muslimischen Gemeinschaften – in Untergruppierungen organisiert sind. Zahlenmässig stammen 56% der Muslim*innen aus dem ehemaligen Jugoslawien (Kosovo-Albanien und Bosnien). Weitere 20% haben türkische Wurzeln, 4% kamen aus den Maghreb-Staaten und 3% aus dem Libanon. Eine äusserst heterogene Gruppe von 15% bilden Muslim*innen aus Schwarzafrika und Asien. Neben der sunnitischen Mehrheit (75%) leben in der Schweiz ca. 12 000 Schiit*innen, vorwiegend iranischer Herkunft. Hinzu kommen türkische Alevit*innen (10–15%) (Behloul, 2018).

Wie Allenbach und Sökefeld (2010, S. 12ff.) beschreiben, sind erste islamische Einflüsse in der Schweiz bereits für das 10. Jahrhundert nachzuweisen. Eine deutliche Sichtbarkeit erreichte die islamische Präsenz

aber erst – um ein Beispiel zu nennen – 1963 mit der Eröffnung der Mahmud-Moschee in Zürich. 1970 umfasste die muslimische Religionsgemeinschaft erst 0,26% der Schweizer Bevölkerung. Während sich in der Deutschschweiz vor allem Türkei- und Balkan-stämmige Muslim*innen niederliessen, sind es im frankophonen Teil Muslim*innen aus Nordafrika und den arabischen Ländern. In allen Landesteilen leben sie vorwiegend in den städtischen Ballungszentren. Muslim*innen sind somit oft Migrant*innen, wobei die Migration nur selten in missionarischer Absicht erfolgte. Hauptmotive waren und sind Arbeit und Flucht.

Islam als europäischer Fremdkörper

Die Beziehung zwischen islamischer Religion und Schweiz ist ein brisantes Thema, dem heutzutage auf der politischen Bühne viel Platz eingeräumt wird. Dabei vermischen sich die Diskurse über Muslim*innen und ihre Religion mit den Diskursen über Einwanderung, Heimat, Überfremdung, Extremismus und Terrorismus (vgl. Allenbach & Sökefeld, 2010, S. 9). Gemäss Behloul (2011, S. 17) hat der heute zentrale Integrationsdiskurs über fremde Muslim*innen den früheren allgemeineren über Ausländer*innen abgelöst. Eine gewichtige Herausforderung für Muslim*innen in West- und Mitteleuropa besteht dabei darin, dass der Islam als etwas Fremdes betrachtet wird, als soziokultureller Fremdkörper, der nicht in das westliche Gesellschaftssystem hineinpasst. Der Islam kann in Europa sein, gehört aber nicht richtig zu Europa. Hand in Hand mit der Konzeptualisierung des Islam als soziokulturellen Fremdkörper geht dabei auch eine Konzeptualisierung von Europa durch Europäer*innen einher, die den Islam, da er als problematisch wahrgenommen wird, ausschliesst (Asad, 2003; zit. n. Allenbach, 2010, S. 297). So wurde beispielsweise im Dezember 2018 die Ablehnung der Anerkennung des Islam als weitere Religionsgemeinschaft im Kanton Bern in den Medien damit kommentiert, dass dies richtig sei, da «die islamische Gemeinschaft mit ihrem umfassenden Deutungsanspruch», anders etwa als die jüdische Gemeinschaft in den USA, noch kein «genügendes Bewusstsein» entwickelt habe für die eigene Identität in einer demokratischen westlichen Gesellschaft (Dütschler, 2018, S. 17). Dass diese Fremdkörperkonstruktion auch im Kleinen unwillentlich und subtil passiert, realisierte ich beim Schreiben dieses Artikels: Mein Arbeitstitel lautete «Psychoanalytische Psychotherapie mit Muslim*innen in der Schweiz», nicht etwa «Muslim*innen der Schweiz». Schweiz und Islam auf Anhieb zusammen zu denken, scheint anspruchsvoll.

Historisch kann daran erinnert werden, dass der Islam nicht nur vor unseren Toren stand, sondern beispielsweise in Spanien rund 400 Jahre von Bedeutung war. Auch heute ist er im Balkan Teil von Europa.⁴ Anders

Schweiz im Lauf des Lebens ihre religiöse Ausrichtung (ebd., S. 13).

³ Zwischen April 2011 bis Oktober 2016 sind 13 713 Asylgesuche von Syrer*innen registriert worden (Amnesty International, 2017).

⁴ An die Besonderheit der Muslim*innen des Balkans sei hier noch kurz erinnert: Viele von ihnen wurden erst im 17. Jahrhundert

als andere Religionen oder von einer Religion gespiesene Praktiken eckt der Islam im westeuropäischen Selbstverständnis jedoch an. Während die sich zu Fitnesszwecken verrenkenden Yogakörper Bewunderung hervorrufen, die vom Buddhismus inspirierten achtsamkeitsorientierten Meditations- und Therapieverfahren leicht übernommen werden, befremden muslimische Rituale. Ramadan-Fasten ist nicht «in», der Ruf des Muezzins⁵ darf nicht öffentlich gehört werden.

Eine antiislamische Haltung hat sich in den europäischen Einwanderungsländern erst in den letzten 30 Jahren zunehmend verbreiten können. Im Kern wird angezweifelt, dass muslimische Eingewanderte respektable, gleichartige und gute Mitbürger*innen sein könnten (vgl. Giani, 2016; Allenbach, 2019). Auf muslimischer Seite besteht demgegenüber die Tendenz, sich aufgrund dieser antiislamischen Haltung diskriminiert zu fühlen. Eine arabisch sprechende Dolmetscherin, mit der ich für dolmetschergestützte Psychotherapien zusammenarbeite, berichtete mir zum Beispiel, dass es ihr reflexhaft immer wieder passiere, dass sie überprüfe, ob ein gewisses negatives Verhalten eines Gegenübers wohl damit zu tun habe, dass sie Muslimin sei; und dies, obwohl sie eine Schweizer Mutter habe und fließend Schweizerdeutsch spreche.

Die sich entwickelnden antiislamischen Positionen können teilweise an der quantitativ grösseren Präsenz von Muslim*innen festgemacht werden. So waren ja auch die italienischen Gastarbeiter*innen Vorbehalten und Abwehr ausgesetzt. Dennoch ist es auffallend, dass Anti-Haltungen zwar bei gesellschaftlichen Veränderungen auftreten (früher gegen die Ex-Jugoslaw*innen oder gegen die Tamil*innen), jedoch im unterschiedlichen Mass an Terrain gewinnen. Im Moment scheint es eine offene Frage, ob die Konzeptualisierung des Islam als Fremdkörper bestehen bleiben wird oder ob sich diese Konstruktionen durch vermehrte Integrationsbestrebungen aufweichen werden. Es gibt Annahmen, dass in 20 Jahren Muslim*innen zur Schweiz gehören werden, ohne mehr die Irritationen und islamophoben Reaktionen von heute wachzurufen. Zurzeit werden von den Universitäten Fribourg und Bern erste Fortbildungsgänge für Imam*innen angeboten (vgl. Meier, 2018), die möglicherweise die Abgrenzungskonstruktionen zwischen Schweiz und Islam allmählich verändern können. Noch ist dies aber Zukunftsmusik für die Schweizer Gesellschaft. Das Minarettverbot zeugt davon.

Es ist hier nicht der Platz, um in aller Tiefe die Dynamiken und Ursachen dieser soziokulturellen Fremdkörperkonstruktion zu analysieren. Festgehalten werden kann jedoch, dass damit verbunden gesellschaftliche

Imaginationen über den Islam als problematisch und unpassend einhergehen, beispielhaft verkörpert durch die in schwarze Burkas eingehüllten saudischen Touristinnen in Interlaken, die durch das kollektive Bewusstsein der postmodernen europäischen Gesellschaften geistern. Der Islam wird in den Vorstellungen von durchschnittlichen westlichen Bürger*innen von einem Unterton des Fanatischen und Gefährlichen umspielt (vgl. Akthar, 2008, S. xiv). Dies führt wohl auch mit dazu, dass die Schweizer Bevölkerung, so eine repräsentative Umfrage eines Medienunternehmens, die Anzahl Schweizer Muslim*innen deutlich überschätzt. Die Befragten schätzten deren Anteil an der Schweizer Wohnbevölkerung auf 17,2% (Birrer, 2017). Muslim*innen sind durch diese Diskurse in dem Sinn belastet, dass sie eine eigene Haltung dazu finden müssen: Sind wir effektiv die muslimischen «Anderen» und wann spielt dies für uns auf welche Weise eine Rolle?

Islamische Normativität – eine Annäherung

Mir scheint es wichtig, dem Verständnis eines problematischen Islam ein anderes Verständnis des Islam gegenüber zu stellen, das muslimischen Selbstrepräsentanzen näherkommt als die der öffentlichen Mainstream-Diskurse. Versetzen wir uns in das 7. Jahrhundert, als Mohammed durch die Erscheinung des Erzengels Gabriel Gottes Wort vernahm. Dies passierte erstmals im Jahr 610 und dauerte bis 632, dem Jahr seines Todes. Die durch den Propheten Mohammed empfangenen Worte Gottes, eines als perfekt und ausgeglichen geltenden Mannes, waren für die damalige Zeit ein radikaler Durchbruch hin zu einem humaneren, fürsorglicheren und gleichwertigen Miteinander von Kindern, Frauen und Männern, Armen und Kranken, eingebettet in den Anspruch eines wirtschaftlich fairen Handels: Das lebendige Vergraben von ungewollten weiblichen Säuglingen wurde verboten, ebenso wie die Misshandlung von Waisen und Armen. Frauen bekamen Erbrechte zugesprochen, sie wurden als vor Gottes Augen spirituell ebenbürtige betrachtet. Die Autorität von Stämmen wurde eingeschränkt, sie wurden aufgefordert, sich der wahren Religion des Islam zu beugen. Mohammed begann durch seine Botschaften Anhänger*innen zu gewinnen, war jedoch ohne politische Schutzmacht. Es begann eine Zeit der sozialen Erniedrigung, ökonomischen Sanktionen und physischer Gewalt für die frühen Muslim*innen. Diesen Schwierigkeiten begegneten die Konvertit*innen mit der genannten *tawakkul*, dem resilienten und beharrlichen Glauben in schwierigsten Lebensbedingungen; sie wurden so zu einem instruktiven Beispiel für viele Muslim*innen bis heute. 13 Jahre nach dem ersten Vernehmen von Gottes Wort floh Mohammed mit mehreren tausend Anhänger*innen von Mekka nach Medina. Dieser Zeitpunkt markiert die islamische Zeitrechnung als Jahr 0. Es ist der Start der muslimischen Gemeinschaft, der *ummah*: In der Fremde, getrennt von Familien, Stämmen und früherem Leben entwickelte sich diese Gemeinschaft vom marginalisierten und unterdrückten Kult zu einer wachsenden religiösen

gewaltsam islamisiert. Sie wurden in den 1980er Jahren «wiederentdeckt», wobei drei Diskurse auszumachen sind: als auszustossender Fremdkörper im Sinne des Kampfes der Zivilisationen, als oberflächliche, potenziell wieder zu Christ*innen zu bekehrende Muslim*innen und schliesslich als besondere, weil eben europäische Muslim*innen (Clayer, 2003, S. 308; zit. n. Allenbach & Sökefeld, 2010, S. 15).

⁵ In den USA scheint es erste weibliche Muezzins zu geben (vgl. Sheena, 2018).

und politischen Gemeinschaft, innerhalb derer sich alle als Brüder und Schwestern betrachteten. Diese Medina-Gemeinschaft diente und dient noch heute als idealisiertes Modell einer islamischen Gesellschaftsordnung (Hamid, 2008, S. 7ff.).

Islam geht etymologisch auf das arabische Verb *salama* zurück. Neben seinen Wurzeln im Wort Frieden, bedeutet es als Verb «sich zu beugen». Ein*e Angehörige*r des Islam unterwirft sich somit Gottes Willen. Eines der zentralen religiösen Konzepte des Islam ist dabei, dass die Menschheit in der Schuld des allmächtigen allwissenden Gottes, der das Universum schuf, steht. Anders als der alttestamentarische Gott vergibt der islamische Gott den bereuenden Adam und Eva. Gleichzeitig liegt es in der menschlichen Natur, die Schuldigkeit gegenüber Gott zu vergessen. Durch die täglichen religiösen Rituale werden die Gläubigen daran erinnert, dass sie achtsam sein müssen angesichts ihrer weltlichen Handlungen und gewahr sein müssen ihrer moralischen Verantwortung, Gott und seine Schöpfung zu ehren und die affektive Beziehung zu Gott zu pflegen (ebd., S. 6).

Das Selbstverständnis von Muslim*innen ist bis in unsere Zeit davon geprägt, dass ihre religiöse Geschichte festgehalten und niedergeschrieben wurde, während sie sich ereignete. Sie wurde auswendig gelernt und weitergegeben. Das Empfangene, in 114 Suren geordnet, galt als direktes Wort Gottes, das nicht korrigiert und mit den enthaltenen Widersprüchen angenommen werden soll. Die Geschichten und Erzählungen wurden dabei nicht als Gleichnisse betrachtet, sondern als wirkliche Erfahrungen von wirklichen Menschen, die danach trachten, in einer Gemeinschaft zusammen zu leben (Ansary, 2010, S. 20).

Zurück in die Schweiz: In einer Gesellschaft, in der die religiöse Macht von der politischen und verwaltenden Macht abgetrennt ist, stellt sich die Frage, was von Gott in unserem postmodernen Gesellschaftssystem unter einer Staatsmacht übrig bleibt. Religionen haben sich hier, um es mit Vincent (2016, S. 15; Übers. d. A.) zu sagen, folgendem Prinzip unterzuordnen: «Gott darf eines jeden Angelegenheit bleiben, ohne dadurch eine Angelegenheit aller zu sein.»

Was bedeutet dies für Schweizer Muslim*innen? Der Islam umfasst, wie oben stehend geschildert, mehr als ein Glaubenssystem. Er ist ein eigenes Universum im Sinne eines sozioökonomischen Gesellschaftsprojektes mit Konzepten zur Ordnung von Politik und Wirtschaft sowie einem vollständigen Zivil- und Strafrecht. Dieses betrifft auch die Geschlechterbeziehungen – so etwa die Trennung der Geschlechter im öffentlichen Raum zur Regulierung ihrer Sexualität, die im privaten Raum relativ offen und lustvoll sein kann. In religiöser Hinsicht weist er hingegen viele Ähnlichkeiten mit der christlichen und jüdischen Religion auf; die Vorstellungen zu Ethik, Moral, Gott, dem Kosmos und dem Jenseits ähneln einander (vgl. Ansary, 2010, S. 347).

Schweizer Muslim*innen darauf zu reduzieren, dass sie dieses islamische Gesellschaftsprojekt vorantreiben wollen, verfehlt die aktuelle Situation der muslimischen Bevölkerung. Angesichts ihrer Heterogenität, ihrer Mi-

grationserfahrungen und ihrer tendenziellen Marginalisierung ist das ihnen Gemeinsame, dass sie hier in Europa gleichsam in ihrer religiösen Identität auf einer Sandbank gelandet sind, die unterspült zu werden droht durch die Strömungen eines einseitig verzerrten Islam. Sie erkennen hierbei sich und ihr Verständnis der islamischen Tradition, mit den Gemeinsamkeiten und der Anschlussfähigkeit an die christliche Normativität, in der negativen Wertigkeit nicht wieder. Aktuelle europäische Forschungen erhehlen, dass bei Muslim*innen in ihrer Suche nach einer Lebensweise innerhalb einer islamischen Normativität auf dem Boden der eigenen Erfahrungen immer auch die Auseinandersetzungen mit der nationalen Normativität miteinfliesst, sei es die der Schweiz, von Frankreich oder Deutschland. In Bezug auf die Geschlechterfrage gibt es interessanterweise Hinweise darauf, dass gerade Frauen hierbei in emanzipativer Weise sich ein eigenes Verständnis des Islam anzueignen versuchen. Diese Forschungen zeichnen ein Bild von Muslim*innen als souveräne Subjekte, die selbstbestimmt über ihren Glauben verfügen – auch wenn sie einer exklusivistischen islamischen Lebensführung zugewandt sind. Sie orientierten sich dabei an weiblichen Vorbildern, wie beispielsweise den Ehefrauen des Propheten Mohammed, die nicht dem Bild einer unterdrückten Frau entsprechen (Bleisch, 2016, S. 17ff.).

Psychoanalytische Psychotherapie für muslimische Patient*innen?

Die Frage des Verhältnisses zwischen muslimischer Religiosität und psychoanalytischen Psychotherapieprozessen wird in zwei wissenschaftlichen Feldern bearbeitet: einerseits in der transkulturellen Psychiatrie, die sich mit der Frage des Einflusses von Kultur in Behandlungssettings- und verfahren auseinandersetzt und so auch immer den Religionsaspekt miteinbezieht, andererseits durch die geschichtliche und soziologische Aufarbeitung der Entwicklung der Psychoanalyse. Hier ist der Ausgangspunkt der Debatten die Tatsache, dass sich die Psychoanalyse sehr ungleich über den Globus ausgebreitet hat. Islamische Gesellschaften blieben gleichsam von der Psychoanalyse ausgespart. Ausser in Ägypten gab es in keinem islamisch geprägten Land eine massgebliche Aneignung der Psychoanalyse bis gegen Ende des 20. Jahrhunderts. Für die geringere Etablierung der Psychoanalyse in islamischen Gesellschaften fanden sich Erklärungen wie die, dass Individuen zu stark in Gemeinschaften eingebunden sind, dass das islamisch geprägte gesellschaftliche Leben stärker reglementiert und normiert ist oder schliesslich auch der muslimische Glaube selbst, der Unglück als Gottesprüfung oder gottgewolltes Schicksal betrachtet (vgl. El Khayat, 1994; Hammad, 2004). Studien über die arabo-muslimische Welt betrachteten als Hindernisse für die Verbreitung der Psychoanalyse die das Denken formende Sprache des Arabischen, der Ursprungssprache des Koran, in der es beispielsweise das Wort *sein* nur in der Vergangenheit gibt (Melman, 2004, S. 4). Auch der Begriff des Ichs existiert nicht in der gleichen subjektbe-

zogenen Färbung. Nicht zuletzt wurde auch angeführt, dass in politisch repressiven Ländern, das freie Denken eingeschränkt ist, und so auch die Psychoanalyse: Wie soll hier jemand dazu eingeladen werden, ohne Selbstzensur auf assoziative Weise alles zu sagen, was in den Sinn kommt (vgl. Houballah, 2004, S. 20)?

Die frühe Auseinandersetzung mit der Psychoanalyse in Ägypten zeigt jedoch, dass lokale Konstellationen in diese Erklärungsversuche miteinzubeziehen sind und die Problematisierung der Psychoanalyse immer auch einen historischen Kontext hat. Die Psychoanalyse erlebte in Ägypten in den 1930er bis 60er Jahren eine Blütezeit oder zumindest eine lebendige, umtriebige Phase. Sie wurde rezipiert, praktiziert und durch Übersetzungen und Publikationen einem breiteren Publikum zugänglich gemacht. Ägyptische Wissenschaftler*innen beleuchteten psychoanalytische Modelle und versuchten diese mit klassischen islamischen Konzepten in Verbindung zu setzen. Sie glichen einzelne Theoriebausteine miteinander ab und schufen neue hybride Ansätze zu Fragen von Persönlichkeit und Individualität (vgl. El Shakry, 2014). Eine der Hauptprotagonisten war Mustapha Ziwer, der in Frankreich seine psychoanalytische Ausbildung absolvierte und später an der alexandrinischen Universität Farouk lehrte. Es war selbstverständlich in dieser Phase des späten Kolonialismus, sich als wissenschaftlich interessierte Subjekte und interpretierende Handelnde mit der fremden Psychoanalyse zu beschäftigen, während gleichzeitig die britische Besatzung bekämpft wurde (Kader, 2004, S. 64). Das skeptische Bewusstsein dafür, dass die Auseinandersetzung mit der Psychoanalyse für Behandelnde oder Erkrankte problematisch sein könnte oder dass sich die islamische Normativität an der Psychoanalyse aufreißt, fehlte.

Je mehr die Psychoanalyse in anderen nicht-westlichen Gesellschaften durch Professionalisierungsprozesse Einzug hielt, desto intensiver wurde aufgrund der gemachten Erfahrungen über Praktikabilität und Angemessenheit des Verfahrens nachgedacht. Dazu trugen auch die aufkommenden *postcolonial studies* bei. Unter deren Ägide wurden Fragen zur Dominanz und Richtigkeit der westlichen Weltanschauung gestellt, die zweifelsohne auch in den Konzepten der Psychoanalyse zu finden ist. Ist es richtig, Behandlungsansätze, die modernen westlichen Denktraditionen entspringen, in weniger individualistisch ausgerichteten Gesellschaften einzuführen? Der Psychoanalyse wurden Vorwürfe gemacht. Sie habe, so Kakar (1999, S. 13), im besten Fall «die Möglichkeit, dass andere Kulturen, mit ihren andersartigen Weltanschauungen, Familienstrukturen und Beziehungen einen eigenen Beitrag zur Entwicklung psychoanalytischer Prinzipien und Modelle leisten könnten, einfach ignoriert». Noch fragwürdiger seien die Intentionen von einigen Psychoanalytiker*innen gewesen, kulturspezifische Pathologien wie etwa orale Fixierung und nicht überwundene Abhängigkeiten zu entwerfen, ohne sich vertieft damit auseinanderzusetzen, wie etwa «Befriedigung», «Stimulation» oder «Frustration» eines Menschen in einem völlig anderen soziokulturellen Kontext qualitativ beurteilt werden kann. Vielfach hätten

sich dabei kulturelle Wertigkeiten mit wissenschaftlichen Erklärungen vermischt (ebd., S. 15).

Auch die Wirksamkeit der Psychoanalyse wurde bezweifelt, da in islamische Gesellschaften statusbezogene Kommunikationshemmungen bestehen und Selbstenthüllungen sozial weniger akzeptiert sind. Eine weitere Ursache dafür, dass die psychoanalytische Methode in islamischen Gesellschaften auf unfruchtbaren Boden fiel, wurde darin gesehen, dass hier die Unterscheidung zwischen psychischem und physischem Wohlbefinden schwächer ausgeprägt sei. Generell wurde für Muslim*innen als geeigneter erachtet, nach konkreten Lösungen zu suchen statt nach tieferschürfenden Einsichten (Al-Issa, 2000, S. 345). Zudem zeigte sich, dass die psychoanalytischen Konzepte nicht in die religiös und wissenschaftlich akzeptierten Erfahrungswelten passten und Patient*innen dazu tendierten, in pseudoreligiösen Verfahren Zuflucht zu suchen – so beschrieben beispielsweise von Azhar & Varma (2000, S. 176) für das islamische Malaysia. Al-Issa (2000, S. 342f.) urteilt, dass psychoanalytische Konzepte mit der basalen islamischen Doktrin inkompatibel seien. Der Koran würde ein gänzlich anderes Menschenbild vertreten.

Im Zuge der Professionalisierung des psychiatrischen Felds wurden daher andere Psychotherapieverfahren entwickelt, die erfolgversprechender schienen und den Bedürfnissen von muslimischen Patient*innen besser entsprachen – bis hin zu explizit islamischen Psychotherapien, die sich auf islamische Werte und damit verbundene Menschenbilder abstützen. Als vielversprechender wurden kognitiv-behavioristische Therapieansätze betrachtet, durch welche die Ideale und das Wertesystem von Patient*innen verändert werden könnten, sodass sie mit der muslimischen Religion in Einklang ständen (ebd.): «Die Ziele der Therapie im islamischen Kontext sind nicht Unabhängigkeit und Selbstverwirklichung, sondern Interdependenz und Anpassung an die Anforderungen der Gesellschaft» (ebd., S. 347; Übers. d. A.). Gerade Gruppenpsychotherapien, eingebettet in einen religiösen Kontext, hätten sich als nützlich und wirksam erwiesen (ebd.). Azhar & Varma (2000, S. 176) setzen mehr auf supportive Techniken, mit dem Ziel «die Kraft der Patient*innen zu maximieren, ihre Abhängigkeit von den Therapeut*innen zu minimieren und ihnen zu helfen, so unabhängig wie möglich zu leben» (ebd.; Übers. d. A.). Dies würde auf der Basis der Aufrechterhaltung und Stärkung der Persönlichkeitsstrukturen und Abwehrmechanismen gelingen. Als weitere Eckpfeiler einer Psychotherapie, die mit einem islamischen Menschenbild in Einklang steht, gelten die Betonung emotionaler Zurückhaltung, das Erfüllen erwarteter sozialer Rollen und der Fokus auf Interdependenzen innerhalb von Gemeinschaften. Vom psychisch autonomen Innenleben eines Individuums mit seinen Motiven, Werten, Charakterzügen und Begehren wird Abkehr genommen. Priorität haben die Ziele der Gemeinschaften, zu denen eine Person zugehörig ist, auch wenn diese Ziele in Konflikt mit persönlichen Zielen ständen (Al-Issa, 2000, S. 319).

Diese Studienergebnisse und Überlegungen können nicht eins zu eins auf die in den Westen migrierten

Muslim*innen übertragen werden. Die Reichweite der Psychoanalyse ist hierzulande grösser aufgrund der Strukturen des Schweizer Gesundheitssystems und hier vorherrschenden wissenschaftsbasierten Krankheitskonzepte. Für die Schweiz müsste man eher von einer tendenziellen Unterversorgung von psychisch kranken Muslim*innen sprechen aufgrund ihrer kulturspezifisch anderen Krankheitskonzepte: Von selbst begeben sie sich seltener in psychoanalytische Praxen. Tauchen sie jedoch auf dem Radar des Gesundheitssystems auf, kann es passieren, dass sie für eine Therapie überwiesen werden. Dies passiert tendenziell immer öfter, weil sich auch in der Schweiz die transkulturelle Psychiatrie vom «Orchideenfach» zum allgemeinen Therapiehandwerk gemauert hat und beansprucht, mit Muslim*innen auf kultursensible Weise arbeiten zu können (vgl. Graef-Calliess & Schouler-Ocak, 2017). Dieser Anspruch zeigt sich gleichfalls innerhalb der Psychoanalyse: Während die klassische Psychoanalyse eher im Rückzug begriffen ist, halten sich trotz Konkurrenz durch andere Therapieverfahren psychoanalytische Psychotherapeuten. Sie entwickeln sich in Richtung eines reflexiven und selbstkritischen psychoanalytischen Verfahrens weiter, in der transkulturelle und kultursensible Überlegungen ihren Platz haben. Der Aufschwung der intersubjektiven Psychoanalyse mag dabei eine Rolle gespielt haben. So wird verstärkt versucht, die soziokulturelle und religiöse Herkunft der Patient*innen zu berücksichtigen und psychoanalytische Prozesse auf diversifizierte Weise zu gestalten: Die Ansätze reichen von der Idee, die Tendenz von Patient*innen mit einem muslimischen Hintergrund, persönliche Konflikte ausserhalb von sich und der eigenen Lebensgeschichte zu verorten, als Widerstand zu deuten über die Empfehlung des aktiveren Einbringens als Psychoanalytiker*in – eine wärmere, empathischere Haltung – bis hin dazu, dass zuerst eine psychoedukative Vorarbeit geleistet werden müsse, wie beispielsweise Patient*innen in ihrer Selbstbeobachtung zu unterstützen sind (vgl. Kakar, 1999; Saller, 2003). Sie gehen aber auch von der Vorstellung aus, dass es universelle psychoanalytische Konzepte über das Entstehen, die Struktur, das Funktionieren und die Konflikthaftigkeit der menschlichen Psyche gibt, die ungeachtet der religiösen Zugehörigkeit eines Menschen von Bedeutung sind. Es existieren vergleichbare Kindheitserfahrungen innerhalb von Familienstrukturen quer durch alle religiösen Gemeinschaften. Khan (2008, S. 294) fasst zusammen, dass allen Menschen eine entwicklungspsychologische Infrastruktur zu eigen sei, die komponiert wird durch unbewusste, traumbasierte Kindheitserfahrungen. Diese persistieren im erwachsenen Menschen ungeachtet der in verschiedenen soziokulturellen Systemen durchlaufenen Sozialisationen.

Jenseits von all den Wissenschaftsdebatten besteht in der Praxis aber wohl die grösste Herausforderung darin, dass psychoanalytische Psychotherapeut*innen im Erstgespräch auf muslimische Patient*innen treffen, die mit einer vagen Hoffnung im Sprechzimmer sitzen, jedoch nur beschränkte bis gar keine Vorkenntnisse von einer

psychoanalytischen Psychotherapie haben – Menschen somit, die zwar ein Bild einer ärztlichen Behandlung und der dadurch erhofften Besserung besitzen, jedoch keine eigentliche Vorstellung, wie und warum das assoziative Heilungsritual des sich um das Unbewusste drehenden Behandlungsansatzes hilfreich und nützlich sein könnte. Der Start einer psychoanalytischen Psychotherapie bedeutet somit öfter, Patient*innen dazu zu verführen, den Brückenschlag zu etwas Unbekanntem zu machen. Ein gemeinsamer religiöser Hintergrund scheint dies zu erleichtern. In Deutschland gibt es beispielsweise ein Internetportal, das Psychotherapeuten mit muslimischen Psychotherapeut*innen vermittelt, darunter sind auch Psychoanalytiker*innen zu finden. Nichtsdestotrotz ziehen es einige Muslim*innen vor, zu nicht-muslimischen Therapeuten zu gehen, da sie sich von diesen mehr Offenheit versprechen. Sie fürchten, ihr Leben, Handeln und Fühlen vor dem Hintergrund eines «Masterplans» der islamischen Tradition und eines allwissenden Gottes im psychotherapeutischen Raum zu verhandeln; sie möchten vermutete Einschränkungen vermeiden. Des Weiteren bestehen auch Ängste, da sich die religiösen Gemeinschaften überschneiden könnten und es einfacher sein kann, sich gegenüber Psychotherapeut*innen zu öffnen, die der eigenen Alltagswelt fern sind.

Ambivalente Lebenslagen und innerpsychische Konflikte von muslimischen Patient*innen – drei Fallvignetten

Die nachfolgenden drei Fallbeispiele beschreiben, wie muslimische Patient*innen den Brückenschlag zur der in Mitteleuropa ersonnenen psychoanalytischen Behandlungsmethode gestalten. Ich gehe dabei auf ihre Konfliktlagen im Kontext ihrer muslimischen Religion näher ein. Sie verkörpern Beispiele für Auseinandersetzungsformen mit der «islamischen Normativität» (Bleisch, 2016, S. 15), die im psychotherapeutischen Prozess zum Thema werden können.

Der Islam als Manual für das Leben

Herr H. wurde von seiner Hausärztin für eine Psychotherapie überwiesen, da ihr die Schlaf- und Konzentrationsprobleme Sorgen machten, über die er sich beklagte. Sie erwog, ob er nicht aufgrund seiner Fluchtgeschichte an einer posttraumatischen Belastungsstörung leiden könne.

Herr H., ein sunnitischer Paschtune, stammt aus Afghanistan, wo er als Mathematiklehrer gearbeitet und parallel noch ein Zweitstudium begonnen hatte. Da sein Vater einen guten Posten bei der Regierung innegehabt hatte, war es ihm möglich gewesen, zwölf Jahre lang eine Privatschule zu besuchen. Er lebte bei Therapiebeginn seit anderthalb Jahren als Asylbewerber in der Schweiz.

Er sei in einem kleinen Dorf aufgewachsen, wie die meisten Afghanen, die noch zu 97% von der Land-

wirtschaft leben würden und arm seien: 25 Häuser, ein trockener Fluss, eine Moschee, die Erinnerung an ein Massaker der Russen, bei dem acht Verwandte gestorben seien; beinahe auch sein Vater. Das habe diesem fast die Sprache geraubt. Er sei im Krieg gross geworden, einem Krieg, der seit 40 Jahren bestehe.

Herr H. beschäftigten seine Schlaf- und Konzentrationsprobleme, da er vorhatte, ein Studium zu beginnen. Ihm war auf hartnäckige Gesuche hin gestattet worden, ein Hochschulstudium (mit Unterstützung von diversen Stiftungen) zu beginnen. Die Psychotherapie mit ihm dauerte ein knappes Jahr. Sie war von kurzen Unterbrechungen gekennzeichnet, da für ihn Studiums- und familiäre Verpflichtungen stets Vorrang hatten. Bei Beginn der Psychotherapie war er 25 Jahre alt.

Gleich im Erstgespräch erzählte er mir seine Fluchtgeschichte in aller Ausführlichkeit. Ausgangspunkt seiner Flucht war das unvermittelte Verschwinden seines Vaters gewesen, der politisch aktiv gewesen sei. Herr H. startete einen vergeblichen Gang durch Behörden, Ämter, Regierungsstellen, Polizeiposten und Gefängnisse. Eine Woche später bekam er von seiner Mutter einen Anruf, dass sie gewarnt worden sei. Auch nach ihm würde gesucht, er müsse verschwinden. Daher tauchte er unter und gab seine Stelle auf.

Mit einer Schleppergruppe kam er schliesslich in die Schweiz. Es war eine traumatische Flucht. Zwei Mitglieder seiner Fluchtgruppe wurden bei einem Grenzübergang erschossen. Die Reise über das Mittelmeer nach Griechenland wurde fast zu einer Reise in den Tod. Der Motor des aus Brettern und Schläuchen selbst angefertigten Schiffes fiel aus. In dieser Nacht auf dem Meer, als keine Hilfe kommen wollte und bereits Wasser in das Schiff einzudringen begann, muss Herr H. Todesängste ausgestanden haben: *Er habe noch nie in seinem Leben so Angst gehabt.* Erst in letzter Minute erklärte sich eines der vorbeifahrenden Frachtschiffe bereit, die Geflüchteten an Bord zu nehmen – mit Vermittlung von NGOs, die rund um die Uhr für Geflüchtete in Seenot erreichbar sind und deren Telefonnummer einer der Bootsinsassen auf seinem Handy gespeichert hatte.

Ich war berührt angesichts dieser Fluchtgeschichte, die er mir, mich kaum zu Wort kommen lassend, teils auf Deutsch, bei emotionalen Stellen ins Englische wechselnd, in cineastischen Bildern schilderte. Ich war aber auch irritiert über seine so runde Erzählweise, kam dann zum Schluss, dass er diese Fluchtgeschichte, die er in eine packende aufwühlende Erzählung umgewandelt hatte, so schrecklich die einzelnen Ereignisse auch gewesen waren, vermutlich verarbeitet hatte. Herr H. schien über Resilienzen zu verfügen. Was liess ihn nun nicht schlafen und raubte ihm die Konzentration?

Eine Konfliktlage kristallisierte sich rasch heraus: Er wollte alles perfekt machen. Dass er nach anderthalb Jahren fliessend Deutsch sprach und bereits als Übersetzer tätig war, schien diesen Anspruch an Perfektion zu bestätigen.

Zentrales Thema in der Therapie wurde dann eine Über-Ich-Problematik, die sich im Rahmen des angestreb-

ten Studiums zuspitzte. Die Schweizer Hochschulwelt schien für den leistungsorientierten jungen Mann eine Überforderung zu sein. Es gelang ihm nicht, die geforderten Leistungen zu erbringen, obwohl er viel lernte. *Zu sehr würde sich die Schweizer Hochschulwelt von der, die er gewohnt war, unterscheiden.* Und doch: Er wollte mit dem Kopf durch die Wand und sein in Afghanistan angefangenes Studium in der Schweiz fortsetzen. Gleichzeitig trug er jedoch auch eine Verantwortung für seine Mutter und Schwestern. Da es ihm ein Anliegen war, ihnen Geld zu schicken, hatte das Übersetzen stets Vorrang. Ich denke, dass die Psychotherapie es ihm ermöglichte zu erkennen, dass der Abbruch seines Studiums keine Schmach und keine Schande sein müsste. Er konnte einen geordneten Rückzug von diesem Vorhaben antreten und dank eines ärztlichen Zeugnisses auch von den Studiengebühren befreit werden, da er sich nicht termingerecht exmatrikuliert hatte. Eine Rolle spielte dabei auch die Auseinandersetzung mit den Erinnerungen an seinen fürsorglichen, verantwortungsbewussten, aber auch strengen und fordernden Vater, von dessen angenommenen Erwartungen es ihm gelang, sich zu distanzieren.

Neben diesen Studienkonflikten gab es noch eine weitere Über-Ich-Problematik.⁶ Es ging dabei um eine Liebesbeziehung. Zuerst ging ich von widerstreitenden religiösen und kulturellen Vorstellungen aus, die ihm zu schaffen machten, wie sie beispielsweise in der zweiten Sitzung thematisiert wurden: Herr. H. skizzierte und positionierte sich mir gegenüber als ein sich den Grundsätzen des Islam verpflichtet fühlender Mann. Die Stunde begann damit, dass er schilderte, wie er seine Ankunft in der Schweiz erlebte: *Es sei für ihn sehr unangenehm gewesen, hier in der Schweiz Frauenarbeit verrichten zu müssen: putzen, waschen, kochen. Sein erstes «Ämtli» in der Asylunterkunft sei gewesen, die Toiletten zu putzen, das hätte er fast nicht fertiggebracht. Er empfinde dies als unrein. Und sehr entwürdigend für ihn als Mann. Zu Hause habe dies stets seine Mutter gemacht. Er habe sich nun aber etwas daran gewöhnt.*

Nach der darauf folgenden Schilderung eines Alptrausms – wir hatten seine Schlafprobleme angesprochen –, in dem er von einem monsterartigen Geist verfolgt wurde, der seinen Freund attackieren wollte und den er nicht richtig warnen konnte, kam er auf seine Beziehung zum Islam zu sprechen. Herr H. hatte wohl eine leichte Überraschung bei mir wahrgenommen, als er schilderte, wieso er voller Angst aufgrund des Alptrausms aufgewacht sei: *Es wäre furchtbar, wenn sein Freund von einem Geist befallen würde.* Jedenfalls führte er aus: *Er glaube an Geister, sie seien Kreaturen Gottes, schon der Koran habe diese beschrieben. Sie könnten, wenn sie verletzt würden, in die Körper der Menschen fahren. Die befallenen Menschen würden dann plötzlich mit anderer Stimme, neuen Kräften von diesen gesteuert werden. Er habe dies selbst gesehen. Sein Verhältnis zu Gott sei ihm wichtig,*

⁶ Nicht vergessen werden soll, dass die Situation als Asylbewerber, über dessen Gesuch noch nicht entschieden ist, an und für sich sehr belastend ist.

er glaube an den «day of judgment». Dass er erst nach allfälliger Bestrafung seiner Sünden in den Himmel käme. Ob ich Computerhandbücher kennen würde? Im Grunde genommen sei der Koran solch ein Handbuch, ein Manual für die ganze Lebensgestaltung.

Rückblickend hätte ich wohl seine Schwierigkeiten rascher begriffen, hätte ich genauer auf unsere Beziehungsgestaltung und meine Gegenübertragungsreaktionen geachtet. Mich besorgte zu Beginn der Psychotherapie, dass trotz meiner Erklärungen über Methodik, Zweck und Verbindlichkeit einer Psychotherapie, das psychotherapeutische Arbeitsbündnis nicht zustande zu kommen schien. Er verschob die Sitzungen, wenn er die Möglichkeit zum Geld verdienen hatte, und vergass manchmal, mich darüber zu informieren. Wenn er da war, redete er gerne und ausführlich über seine Situation und all seine Schwierigkeiten. So wie er in diesen Stunden vor mir sass, die Beine locker überschlagen, entspannt wirkend, tauchten bei mir Bilder von Männern in englischen Clubs auf, denen ich Whiskey servierte. Ich denke, dass dieses mich störende Gegenübertragungsbild – sass ich doch einem Asylbewerber gegenüber, der sich in einer belastenden Situation befand – im Zusammenhang mit seinen inneren Konflikten hätte verstanden werden können: Die Frage, wie sich Männer und Frauen hier in der Schweiz begegnen können und die Gefahr, dass dabei islamische Ordnungen verletzt werden.

Im Verlauf der Psychotherapie wurde dann allmählich deutlicher, worin diese Nebenthematik, die Herrn H. in Nöte brachte, bestand: Eine Mitarbeiterin der Asylunterkunft hatte ihm viel geholfen: Selina. Sie ergänzte mit dieser Arbeit ihr Einkommen zu ihrer eigentlichen Tätigkeit als Bildhauerin: *Sie sei acht Jahre älter als er, sie habe sich in ihn verliebt, sich seinetwegen sogar von ihrem damaligen Partner getrennt. Sie seien jedoch äusserst unterschiedlich. In Afghanistan seien die Menschen viel ähnlicher gewesen, auch über Klassenschranken hinweg, er habe viele arme Freunde gehabt. Überhaupt, er habe dort enge Beziehungen zu Männern gehabt. Sein bester Freund habe am Flughafen lange geweint, als er abreiste. Er sei so lustig gewesen, habe ihn aus traurigen Stimmungen herausreissen können. Er vermisse seine Freunde mehr als seine Familie und Verwandten.*

Herr H. ist in dieser Beziehung zu Selina sehr ambivalent. Ihre unterschiedlichen sozioökonomischen Verhältnisse, eine Frau, die ihm als Asylbewerber Dinge ermöglicht, die sogar so weit gehen würde, ihn zu heiraten, damit er hier bleiben könnte. *Das wolle er auf keinen Fall, alle würden dann denken, es sei wegen des Ausweises gewesen.* Auch hält er die Beziehung gegenüber seiner afghanischen Verwandtschaft geheim. Er versuchte sich schon verschiedentlich von der Freundin zu trennen oder zumindest auf Distanz zu gehen. *Selina könne ihm niemals die Ehefrau werden, die er sich wünsche.*

Vermutlich vermisste Herr H. in dieser Beziehung die ihm gewohnte Art von Geschlechterordnung und Rollenteilungen. Nachfolgend ein Auszug aus meinen Einträgen, der seine diesbezüglichen Konflikte illustriert:

In der Schweiz stelle sich für ihn das Problem, wie er zum einen eine afghanische Frau finden könnte, und

zum anderen, wie er wissen würde, dass sie gut sei und aus einer guten Familie stammen würde. Auch wäre es unmöglich, Selina mit nach Afghanistan zu nehmen. Als eine sich mit Kunst befassende Frau könnte sie dort nicht leben. Er habe das Gefühl, dass sie ihn, als Afghanen, einfach ausprobiert habe. Hier würden alle etwas machen, weil es Spass macht, er würde Dinge machen, weil er anderen helfen wolle.

Die Therapie mit Herrn H. hörte relativ abrupt mit der Bitte, dass er sich wieder an mich wenden könnte, wenn es ihm schlecht ginge, auf. *Er müsse die Stunde absagen, da ihn ein Freund brauche, dessen Beziehung in die Brüche gegangen sei.*

Vermutlich konnte die Psychotherapie Herrn H. eine gewisse Entlastung geben. Der psychotherapeutische Raum wurde zu einem Ort, wo er sein Heimweh aufleben lassen konnte. Er konnte thematisieren, was ihm alles fehlte, worin sich sein neues vom alten Leben unterscheidet. In Bezug auf seine Liebesbeziehung denke ich, dass es ihn unbewusst belastete, die Schweizer Freundin nicht heiraten zu wollen, und er dennoch deren Zuwendung genoss, was er aus «kulturellen» Gründen nicht gutheissen konnte. Es war, als ob er sie missbrauchte, sie «entjungferte», ohne sich dann um sie zu kümmern. Hinzu kommt, dass er sie nicht versorgen konnte, sondern umgekehrt von ihr versorgt wurde, und vor dem Hintergrund seiner Rollenbilder somit abhängig war wie eine Frau.

Herr H. fand schliesslich eine innere Haltung zu seiner Liebesbeziehung – *eine voreheliche Zwischenlösung, wie es in der Schweiz üblich sei.* Zudem bereitete er sich minutiös auf das zweite Gespräch mit den Migrationsbehörden vor in der Hoffnung, dass eine stringente Fluchtgeschichte, auch ohne Beweise, zu einem positiven Asylentscheid führen würde und ihm auf diese Weise das Heiraten erspart bliebe. Nicht zuletzt konnte er auch anerkennen, dass ihm seine Schweizer Freundin trotz ihres nicht-muslimischen Hintergrunds durch ihre emotionale Zugewandtheit eine Brücke zu einem neuen Leben in der Schweiz schlug.

Verletzungen der islamischen Normativität

Frau M. war bei Therapiebeginn 37 Jahre alt. Wir sprachen in den Sitzungen der gut zweieinhalbjährigen Psychotherapie französisch miteinander. Die Sunnitin stammte aus Algerien. Sie wechselte zu mir, als ihre erste Psychotherapeutin wegen eines Mutterschaftsurlaubs pausierte. Ich hatte keine grossen Vorinformationen zur Krankheitsgeschichte von Frau M. erhalten. Im Erstgespräch wurde klar, dass ihr Leiden als posttraumatische Belastungsstörung mit einer ausgeprägten Schmerzsymptomatik eingeordnet werden könnte. Auffallend waren Schilderungen, die auf eine dissoziative Symptomatik schliessen liessen: Frau M. stiess sich oft irgendwo an oder verbrannte sich und merkte dies erst hinterher. Weiter litt sie auch an einer Tic-Störung, ein Zucken eines Mundwinkels, dessen Ursachen – ob durch Psychopharmaka bedingt – nicht geklärt werden konnte. Rückblickend würde ich die therapeutische Arbeit als Hilfe bei einem

Emanzipationsprozess einer Frau bezeichnen, die, im traditionellen algerischen Milieu aufgewachsen, schon früh auf Eigenständigkeit und Autonomie pochte, und die sich in der Schweiz nach einem äusserst schwierigen und konfliktreichen Start diesem Anspruch auf ein selbstbestimmtes Leben wieder nähern konnte.

Frau M. ist in einer mittelgrossen Stadt gross geworden. Sie hat einen Patchwork-Familien-Hintergrund, über den sie in der Therapie nur selten etwas erzählte. Unüblich zu den islamischen Gepflogenheiten lebte sie nach der Scheidung ihrer Eltern mehrheitlich bei ihrer Mutter, die einen religiösen zweiten Mann geehelicht hatte. Auch der Vater, den sie manchmal besuchte, war eine neue Ehe eingegangen. Frau M. hat mehrere Brüder und Halbbrüder. Ihre engste Beziehung hat sie zur zehn Jahre jüngeren Halbschwester. *Ihre Schwester, ihre Mutter und sie seien sich sehr nah gestanden.*

Bis zu ihrer Ausreise in die Schweiz führte sie ein Schneidereigeschäft. Sie war gelernte Schneiderin, dank einer Ausbildung, die sie ohne Wissen von Vater und Brüdern sich selbst finanziert hatte. Sie hatte Pläne, mit einem Kollegen, eine Ausbildungsstätte für Schneider*innen zu eröffnen. Als 32-Jährige lernte sie übers Internet einen Schweizer Mann kennen. Er machte ihr den Hof, kam sie besuchen, sie verliebte sich. Er war ihr erster Liebhaber. Alle Avancen von Männern hatte sie zuvor abgelehnt, da sie wusste, dass eine Heirat bedeutet hätte, ihre beruflichen Freiheiten zu verlieren. *Sie hätte Touristenpaare, die so anders miteinander umgehen, gesehen.* Der Mann verbrachte mehrmals die Ferien in Algerien. Er hielt um ihre Hand an, was ihre Mutter jedoch ablehnte, da er kein Muslim war. Frau M. reiste schliesslich mit Heiratsvisa und Rückkehrticket in die Schweiz – ohne familiären Segen.

Aus der Hoffnung auf ein freies Leben und eine respektvolle Ehe wurde für Frau M. jedoch ein Gräuel. Sie lernte in der Schweiz eine völlig andere Seite ihres Mannes kennen. *Er habe sie geschlagen, gedemütigt und sexuell missbraucht. Wie eine Sklavin gehalten.* Sie vermutete, dass er sich an ihr für seine Erfahrungen mit seiner ersten Ehefrau, einer Italienerin, die ihn betrogen und sich von ihm getrennt hatte, rächte.

Frau M. floh schliesslich nach knapp fünf Monaten, nicht wissend, dass sie schwanger war. Sie fand Schutz in einem Frauenhaus. Sie erhielt Unterstützung durch die Opferhilfe und zeigte ihren Ehemann an. Das Kind trieb sie, nach langem hin und her, ab. Sie suchte sich Arbeit in einem Lebensmittelgeschäft als Verkäuferin und als Putzfrau.

Sukzessive bildeten sich in den Monaten danach immer mehr, laut Ärzt*innen, psychosomatische Schmerzen heraus, zuerst im Bauch, dann im Rücken, über das Gesäss in die Beine laufend, wie Messerstiche. Sie konnte deswegen nicht still sitzen. Dazu kamen häufige Kopfschmerzen. Die für Frau M. jedoch schlimmste Folge war, dass ihre Familie aufgrund ihrer Eheschliessung – der Islam gestattet Musliminnen keine Ehe mit Nicht-Muslimen, vice versa

jedoch schon⁷ – jeglichen Kontakt zu ihr abgebrochen hatte. *Die Heirat sei für ihre Familie wie ein Erdbeben gewesen. Noch heute verbiete die Mutter ihrer Schwester, ihren Namen zu nennen.* Frau M. lebte in der Angst, dass zwei ihrer Brüder einen Ehrenmord an ihr begehen würden, sie hätten ihr dies angedroht. Da sie beruflich als Gastarbeiter zeitweise in Frankreich zu tun hatten, fürchtete sie, dass ihr Wohnort bekannt werden könnte. *Sie habe eine Sonderrolle zugestanden bekommen durch ihre Brüder. Sie hätten Vertrauen in sie gehabt. Sie habe dieses verspielt. Sie hätte nicht auf ihre Schweizer Liebe mit seinen Aussagen «es ist doch deine Sache, wen du liebst» hören sollen.*

Eine weitere Folge der Heirat von Frau M. war, dass ihre Halbschwester zu einer Ehe gezwungen wurde. Sie musste ihr Studium abbrechen und konnte ihren Traum, Anwältin zu werden, nicht mehr verwirklichen. Frau M. hatte massive Schuldgefühle deswegen. Die jüngere Halbschwester war die einzige, mit der sie manchmal heimlich telefonierte.

Rund zweieinhalb Jahre nach ihrer Ankunft in der Schweiz begann ihre Psychotherapie bei mir. Wegen ihrer Schmerzen setzte sie sich für die Therapiesitzungen auf meine Liege, mit vielen Kissen gepolstert, und nicht auf einen Sessel. Inhaltlich ging es im ersten Jahr der Psychotherapie um viele Themen: Wut angesichts der Freisprechung ihres Mannes, in dubio pro reo – trotz Krankenhausberichten, die Verletzungen an der Vagina und im unteren Rückenbereich beschrieben. Sie stellte sich den Erinnerungen an die erzwungenen Sexualakte, das Gefühl, dass ein Tier ihren Körper verletzt habe. Es ging um die Aufarbeitung der Schuldgefühle ihrer Schwester und dem abgetriebenen Kind gegenüber. Sie bereute ihren Entscheid, das Kind, das in der Schweiz zu einem Familienersatz hätte werden können, abgetrieben zu haben. Die Therapiegespräche drehten sich um den Verlust ihrer Familie, ihren Selbsthass und die Angst, dass ihr durch ihre Familie etwas geschehen könnte. Frau M. sah sich im Internet verschiedene Reportagen zu Ehrenmorden an und weinte angesichts der Parallelen, die sie dort zu ihrer eigenen Geschichte entdeckte. Belastend kam hinzu, dass sie Angst hatte, aus der Schweiz ausgewiesen zu werden. Sie war nicht lange verheiratet gewesen und musste bangen, dass ihre fünfjährige Aufenthaltsbewilligung nicht erneuert werden würde. Eine Rückkehr nach Algerien wäre ihrem Empfinden nach einem Todesurteil gleichgekommen. Mit eisernem Willen zwang sie sich trotz ihrer Schmerzen an ihrer Arbeitsstelle auszuharren, da sie wusste, dass ihr ohne Arbeit ein Bleiberecht leichter aberkannt werden könnte.

Im Verlauf der Psychotherapie nahmen ihre heftigen Alpträume ab. Ihre Schmerzen begannen sich etwas zu mildern. Es klärten sich Bezüge der Schmerzen zu lebensgeschichtlichen Ereignissen. Ob die Tic-Störung ihres Mundwinkels damit zu tun haben könnte, dass ihr Ehemann, wie Frau M. geschildert hatte, *sie als Muslimin gezwungen habe, vor anderen Wein zu trinken, und ein-*

⁷ Hintergrund dieses Verbots ist, dass Kinder in der Regel den Glauben des Vaters übernehmen.

mal habe er ihr Reis ins Gesicht geschmiert, erwäge ich erst jetzt beim Schreiben dieser Fallvignette als mögliche Erklärung. Auch ihre massiven Ängste, wenn sie nachts unterwegs oder allein in ihrer Wohnung war, verringerten sich. Es gab Tage, an denen sie die Einnahme der Schmerzmedikamente reduzieren konnte.

Frau M. begann die Seite in sich, die lebenslustig für ihr Recht auf Arbeit, Beziehung und Sexualität eingetreten war, wieder mehr zu schätzen. Sie ging soweit, dass sie sich auf einen Liebesabend mit dem Besitzer des Lebensmittelladens, einem älteren Muslim, ein verheirateter Vater eines Sohns, der schon lange versuchte mit ihr anzubandeln, einliess. Womit sie nicht gerechnet hatte: Sie wurde erneut schwanger. Im Nachhinein erklärte sie mir dazu, dass meine Frage, ob sie nicht auch interessiert sei herauszufinden, ob es eine schöne Art von Sexualität geben könnte, den Wunsch bei ihr geweckt hatte, dies auszuprobieren. Vielleicht war es auch das unbewusste Motiv, eine Wiederannäherung an ihren Vater zu finden, der sich nicht gross um sie gekümmert hatte und phasenweise in Frankreich als Gastarbeiter lebte. Frau M. entschied, das Kind zu behalten. Die Schwangerschaft versetzte sie in eine euphorische Stimmung angesichts der Vorstellung, dass sie nicht mehr allein sein würde. Im Hinterkopf sammelte sich aber auch die Erkenntnis, dass dieser Umstand einen erneuten Brückenschlag zu ihrer Familie unmöglich machte, da sie wohl als Ehebrecherin betrachtet werden würde.

Die kurze Blütephase hielt nach der Geburt nicht lange an. Psychisch labil als alleinerziehende Mutter für ein Kind da zu sein, war anstrengend, trotz der Unterstützung einer guten Freundin. Dazu kamen die inneren Konflikte und Selbstzweifel: Es sei *haram*, gegen ihre Religion, was sie gemacht habe. Von der muslimischen Frau des Vaters ihres Kindes wurde sie als Schlampe beschimpft. Frau M. begann es wieder schlechter zu gehen. Überforderungsgefühle machten sich breit. Sie entwickelte ambivalente Gefühle der Tochter gegenüber. Zu den inneren Konflikten kamen äussere hinzu: Der Chef stritt ab, der Vater zu sein, die algerischen Behörden taten sich schwer mit einem unehelichen Kind. Sie setzt sich in dieser Zeit in den Therapiesitzungen oft vor mir auf den Boden, vordergründig angesichts ihrer Schmerzen. Ich hatte das Gefühl, sie bitte um Absolution, dass ich ihr, stellvertretend für alle anderen, verzeihe.

Allmählich begann sich Frau M. wieder zu fangen. Es gelang ihr, sich Hilfe zu organisieren. Sie setzte juristisch durch, dass ein Vaterschaftstest gemacht wurde, welcher die Vaterschaft erhärtete. Sie erhielt eine Verlängerung ihrer Aufenthaltsbewilligung. Sie kämpfte für die Zurücknahme des gemeinsamen Sorgerechts, da dieses für sie viele Dinge komplizierte. Die Psychotherapie wurde in diesen Monaten auch ein Ersatzfamilienraum. Frau M. brachte die Tochter alle paar Wochen mit in die Stunden. Ich bestaunte das Drehen, das Krabbeln, die ersten Schritte, die ersten Worte, und ich freue mich mit ihr über den gefundenen Kitaplatz in der Nähe ihrer Wohnung.

Frau M. beendete die Psychotherapie nachdem sie erfuhr, dass die algerischen Behörden ihre Tochter end-

lich akzeptierten. *Sie werde nun einen Pass für ihr Kind erhalten. Eine grosse Last sei von ihren Schultern gefallen.* Es war die letzte gemeinsame Sitzung. Danach erhielt ich nur noch Anrufe auf Band, dass sie sich wieder melden würde. In dieser Sitzung hatte eine entspannte Frau vor mir gesessen. Sie sprach von Entwicklung und Fortschritt: *Sie habe sich verändert seit ihrer Ankunft in der Schweiz. Am Anfang in der Schweiz sei sie die Fremde gewesen. Nun kenne sie sich aus. An der Kasse habe die Verkäuferin letztthin mit ihr nur deutsch geredet. Sie trete viel selbstbewusster auf. Sie wünsche sich, dass auch ihre Tochter so selbstbewusst werde wie sie. Es sei schön zu sehen, dass Kinder in diesem Alter noch keine Angst vor der Welt hätten.*

Konversion zum Islam als Lösungsversuch

Bei der Psychotherapie mit Frau T. handelt es sich um eine laufende Behandlung. Die nachfolgende Fallbeschreibung ist daher als vorläufig zu betrachten, eine der möglichen Narrationen, die zu dieser Patientin gemacht werden könnten.⁸ Mich erinnert die Lebensgeschichte von Frau T. an Ausführungen des Ethnopsychanalytikers Tobie Nathan (2017), die er in seinem Buch über die islamische Radikalisierung junger Menschen in Frankreich macht. Ich möchte ihren Fall vor dem Hintergrund seiner Überlegungen vorstellen. Ich gehe dabei vor allem auf die Vergangenheit von Frau T. ein.

Über ihre Lebensgeschichte weiss ich aufgrund der Schwere ihrer Erkrankung, einer paranoiden Schizophrenie, nur Bruchstücke. Sie stammt aus Eritrea und ist die zweitjüngste von mehreren Geschwistern sowie Tochter eines orthodoxen christlichen Pfarrers. Er sei ein weiser Mann gewesen. Einzig, dass er gegen Muslime war, habe sie gestört. Frau T. war bei Therapiebeginn 26 Jahre alt. Sie schätzte den psychotherapeutischen Raum. Es tue ihr gut, wenn sie erzählen könne, was sie beschäftige. Es ist eine Psychotherapie, die dolmetschergestützt verläuft.⁹

Frau T. wurde von den Mitarbeitenden ihrer Asylunterkunft für eine Gruppenpsychotherapie in unserem Zentrum angemeldet: Sie wirke depressiv und angeschlagen. Zu mehr als Indikationsgesprächen kam es jedoch nicht, da Frau T. infolge einer psychotischen Dekompensation mehrere Monate in einer psychiatrischen Klinik stationär behandelt werden musste. Noch aus der Klinik meldete sie sich bei mir und bat um Hilfe. Die Tatsache, dass ich basale Kenntnisse des Arabischen habe, einer Sprache, die sie gelernt hatte, mag dabei eine Rolle gespielt haben.

Nach Klinikaustritt begann sie bei mir eine Einzeltherapie. Aufgrund ihres Wahns waren die Psychotherapiesitzungen mit ihr im wahrsten Sinne des Wortes «ver-rückt», es ging um den Brückenschlag zu ihrer Privatwirklichkeit und der Begegnung dreier Menschen im Hier und Jetzt

⁸ Freud (1912e) zufolge kann erst nach Behandlungsabschluss effektiv gesagt werden, worum es sich eigentlich handelt habe.

⁹ Zuerst im Rahmen eines Pilotprojekts des Bundes, später über Gesuche bei Gesundheitseinrichtungen.

(vgl. Rom, 2007).¹⁰ Anamnestische Erkundigungen konnten nur beiläufig gemacht werden. Der Dolmetscher war nach jeder Sitzung müde und geschafft, da Frau T. oft auf Fragen vorbeiantwortete und mit ihrer paranoiden Welt- und Beziehungswahrnehmung unsere Kommunikation einhüllte. Über ihre Kindheit liess sie uns wissen: *Sie sei nicht gerne zur Schule gegangen. Sie habe es stets vorgezogen, Schafe zu hüten. Ihr Vater habe sich, nachdem sie aus der Hauptstadt aufs Land gezogen waren, eine Schafherde zugelegt. Sie sei für diese verantwortlich gewesen: mindestens 50 Tiere. Sie sei eine gute Hirtin gewesen. Zwei muslimische Hirtenmädchen seien ihre besten Freundinnen gewesen. Schon als Kind habe sie viele Träume gehabt, zum Beispiel, dass ein Kamel käme und sie weghole; oder auch, dass andere Kinder mit Steinen nach ihr werfen würden. Es seien spezielle Träume gewesen, als ob diese wahr seien. Auch jetzt, denke sie, dass das, was sie träume, wahr werde.*

Mit zwölf Jahren wurde sie zwangsverheiratet mit einem älteren Mann, gegen ihren Willen. Die Mutter von Frau T. war gegen die Ehe gewesen, hatte dann aber den Entscheid ihres Mannes und der älteren Söhne akzeptiert. Mit 14 Jahren bekam sie ihr erstes Kind, kurz später ein zweites, das jedoch kurz nach der Geburt starb. Frau T. verliess schliesslich ihren Ehemann. *Sie sei dort nicht gut behandelt worden, ihr Mann habe sie geschlagen.* Sie liess ihre Tochter zurück und ging zurück in ihre Herkunftsfamilie. Wenig später verstarb ihre Mutter. Sie verlor damit eine wichtige Unterstützungsperson. Aus den fragmentierten Erzählstücken der verschiedenen Therapiesitzungen, die ohne lineare Zeitabfolge geschildert werden – oft belässt es Frau T. zudem mit einem «es sind schlimme Dinge passiert» – lassen sich folgende Geschehnisse rekonstruieren: Frau T. migrierte in das Nachbarland Sudan. Anscheinend besass sie etwas Gold und Schmuck. Sie lernte einen muslimischen Mann kennen, den sie heiratete und mit dem sie zwei weitere Kinder bekam. Dank ihrer Finanzen hätten sich ihr Mann und sie ein Haus leisten können. Aufgrund von Eheproblemen und möglicherweise auch einer schweren Erkrankung des Vaters wollte Frau T. nach Eritrea zurückkehren. Sie drängte ihren Mann, das gemeinsame Haus zu verkaufen oder ihr zumindest einen Teil des Geldes zurückzugeben, den sie für den Hauskauf beigesteuert hatte. Sie konnte dies jedoch nicht beweisen, da ihr Mann als Besitzer des Hauses eingetragen war. Sie versuchte sich bei der eritreischen Botschaft Hilfe zu organisieren, was jedoch misslang. *Ihr Mann habe ihr schliesslich den Pass weggenommen.* Diese Ereignisse müssen rund um die Geburt des zweiten Kindes aus dieser Ehe passiert sein. Vermutlich litt Frau T. bereits in jener Zeit an ihrer paranoiden Erkrankung, denn sie wurde auch im Sudan psychiatrisch und medikamentös behandelt. Frau T. zufolge erschien ihr kurz danach ein weisses Pferd, das sie umarmte und ihr mitteilte, dass sie Muslimin werden solle. Sie konvertierte. *Ihr Mann habe*

ihr das nicht geglaubt, dass sie eine Erscheinung gehabt habe, auch andere Leute nicht. Aber die Leute würden dann doch nachdenklich werden, wenn sie von dieser Erfahrung im Detail erzähle.

Wieso Frau T. als 24-Jährige in die Schweiz kam, liegt im Dunkeln. Eine Vermutung ist, dass sie aufgrund ihrer sich schon im Sudan zeigenden Erkrankung für eine bessere Behandlung nach Europa «abgeschoben» wurde, da sie der Familie zur Last fiel. Sie selbst berichtete, dass man in der Moschee ihres Wohnorts Geld gesammelt habe, um ihr die Reise zu ermöglichen. *Sie habe für die Schlepper 3 000 US-Dollar gezahlt. Eine reiche Frau habe den Rest beigesteuert, eine gute Frau. Sie hätte nie damit gerechnet, dass sie in die Schweiz käme.*

Die grösste Sorge von Frau T. in den zwölf Monaten ihrer Psychotherapie bei mir war, dass man sie wegen ihres Konvertierens verfolgen würde. *Man sei ihr missgünstig gesonnen. Man habe sie schon im Sudan zu vergiften versucht. Sie habe monatelang kein Wasser lösen können. Sie habe gezittert und ihr Herz habe geschlagen. Hier in der Schweiz würden sie grosse schwarze Vögel warnen, wenn ihr Gefahr drohe. Sie würden mit ihr sprechen. Manchmal seien sie sehr aufgeregt. Über meine Praxis hätten die Vögel gesagt, dass dies ein guter Ort sei. Es gebe auch kleinere Vögel, mit schwarz-weißen Federn. Sie kämen an ihr Fenster. Die Leute seien manchmal neidisch, dass sie mit Vögeln sprechen könne. Fotografieren könne sie sie nicht, das gehe nicht, das habe sie schon versucht.* Meine Besorgnis wahrnehmend versicherte sie mir, dass diese Vögel für sie gut seien. *Sie seien für sie wie Schutzengel. Auch im Koran seien solche Vögel erwähnt. Sie sei nicht krank.*¹¹

Die Psychotherapiesitzungen mit Frau T. waren schwindelerregend, da sich reale Probleme bzw. wahnhaft von ihr interpretierte Ereignisse mit Verfolgungs- und Vergiftungsvorstellungen vermischten. Real war zum Beispiel, dass es in ihrer Asylunterkunft Konflikte mit Mitbewohner*innen gegeben hatte, wenn sie auf *Youtube* laute Rezitationen von Koransuren hörte. Wahnhaft interpretiert war es, wenn sie dachte, dass man ihr Teile des Monatsgelds vorenthalte und der Abzug jedoch durch andere Auslagen bedingt war. Wahnhaft war ihre Vorstellung, aufgrund ihrer Konversion in die Ungnade des eritreischen Präsidenten gefallen zu sein. Frau T. witterte phasenweise Beziehungen und Verbindungen zwischen allen. *Aus der Ferne könnten Menschen bewirken, dass sie Schaden nehme, mit Zauberei. Sie sei zum Glück geschützt durch ihre Gebete. Ihr Glaube lasse sie wissen, dass dies auf diejenigen, die etwas Böses tun, zurückfallen werde.* Sie war besorgt und gleichzeitig getröstet, da sie alle schwie-

¹¹In islamischen Gesellschaften gibt es eine höhere Prävalenz von visuellen Halluzinationen mit kulturspezifischen Inhalten. Al-Isa (2000, S. 330) diskutiert bspw., ob die WHO-Diagnosekriterien einer Schizophrenie für Menschen aus kollektivistischen Gesellschaften angebracht seien. Die Tatsache, Gestalten wahrzunehmen, sei noch kein Krankheitssymptom an und für sich, insbesondere dann, wenn deren Existenz normativ akzeptiert sei und die Fähigkeit, mit der spirituellen Welt in Kontakt zu treten, mit Ehrfurcht betrachtet wird.

¹⁰Rom entwickelte ausgehend von Benedetti ein Konzept für Psychotherapien mit psychotischen Menschen. Grundidee ist die Entwicklung eines dualen Raums.

rigen Vorkommnisse als Gottesprüfungen einordnete, die sie, da Gott über ihr wache, unbeschadet überstehen würde. Den Klinikaufenthalt hatte sie wegen der erfolgten Zwangsmedikation in schlechter Erinnerung und sah auch dort ein gegen sie gerichtetes Komplott. Frau T. hatte die Medikation nach Klinikaustritt sofort gestoppt. Auch wie sie mich einschätzen sollte, beschäftigte sie: *Man sage ihr, dass ich ihr nicht gut gesonnen sei, sie solle zu einer besseren Ärztin wechseln. Aber sie wisse, ich sei jemand Gutes*, so formulierte sie ihre Ambivalenzen mir gegenüber.

Aktuell wird Frau T. wieder stationär behandelt. Ein Jahr lang war sie relativ stabil gewesen. Ihre paranoiden Ängste spitzten sich jedoch im Zusammenhang mit sozialem Druck von eritreischen Bekannten und Verwandten zu. Es wurde von ihr erwartet, sich vom Islam zu distanzieren.

Wie ist nun die Konversion und Erkrankung von Frau T. zu verstehen? Nathan (2017) arbeitet in seinem Buch *Les Âmes Errantes* heraus, weshalb sich junge in Frankreich aufgewachsene *Secondos* vermehrt der muslimischen Religion zuwenden, sogar wenn diese aus nicht-muslimischen Familien stammen. Folgende These leitet seine Überlegungen: Dadurch würden sämtliche Probleme dieser in aller Regel jungen, kulturell heimatlos gewordenen «Seelen», eine Zweitgeneration von Migrant*innen, beseitigt werden. Durch die Wiederentdeckung des Islam oder die Konversion zum Islam würden psychologische Konfusionen rund um die eigene Identität oder Zugehörigkeit gelöst werden. Es seien vielfach Ersatzhandlungen für individuelle Schwierigkeiten rund um den Verlust einer gefühlten und gelebten Zugehörigkeit und Herkunft, manchmal gar mit psychopathologischem Gehalt, die seit Kindheit bestanden hätten, und die nun mit einem Mal geklärt und gelöst werden.¹² Aus Unwissen und Orientierungslosigkeit werde Gewissheit und eine Einbindung in die Welt. Aus diesem Umstand bezöge die «brutale Metamorphose» eine Kraft. Weder Vernunft, Einspruch noch Argumente könne diese nach aussen oft durchschnittlich wirkenden jungen Erwachsenen wieder davon abbringen:

«Eine Zeitverschwendung, weil ihr Konvertieren kein Problem, kein Symptom, sondern eine Lösung ist! [...] Die Kraft der Offenbarung, die mir dieser Art von Bekehrung einhergeht, ist nicht zu übersehen, als ob ein Schleier vor den Augen des Menschen zerrissen würde [...] ein Gefühl, dass dann alles erklärt werden kann, der eigene Zustand und der der Welt» (ebd., S. 88; Übers. d. A.).

Der Kniff bestände darin, dass die Rätsel der Vergangenheit rund um die eigene Identität und Zugehörigkeit durch diese einfache Kehrtwende zu einem gestaltbaren Rätsel der Zukunft werde: zur Entdeckung einer Wahrheit über sich und die Welt (ebd., S. 86ff.).

12 Nathan benutzt für die Herkunft und Zugehörigkeit eines Menschen die Metapher der «Quelle» im Unterschied zu statischen «Wurzeln»: «Bei den Menschen erneuert sich die Herkunft unablässig; denn für sie ist die Herkunft nicht ein Instinkt, sondern zugleich Wissen und Wille» (ebd., 2017, S. 59; Übers. d. A.).

Ich möchte die Konversion meiner Patientin nicht überstrapazieren. Doch mit Bezugnahme auf die Konzeptualisierungen von Mentzos (2013) und Benedetti (1980), die Wahnerkrankungen als in der Biografie eines Menschen zu verortende funktionale Bewältigungsversuche von massiven Ängsten und diffusen innerpsychischen Spannungen in Dilemmasituationen betrachten, könnte die durch eine Erscheinung motivierte Konversion von Frau T. auch als Ersatzhandlung im Sinne eines Identitätsbildungsversuchs einer «herumirrenden Seele» betrachtet werden. So führte Frau T. auch in einer Sitzung aus: *Ihr sei eine Lichtgestalt erschienen, die ihr mitgeteilt habe, dass sich ihr Vater mit ihr wieder versöhnt habe und akzeptiere, dass sie Muslimin geworden sei.*

Schlussbemerkung

Die drei Fallbeispiele zeigen die Diversität von muslimischen Patient*innen in der psychoanalytischen Praxis auf. Sie verdeutlichen, dass Fragen der Religiosität im Allgemeinen eingebettet sind in die der Kultur, der die Patient*innen entstammen. Die islamische Normativität ist immer Teil der nationalen oder ethnischen Kultur der Patient*innen – in sie eingewoben und eingeflochten. Anders ausgedrückt: Die national-ethnische Kultur überlagert die religiöse. Gerade das erste Fallbeispiel zeigt die situationsbezogenen, wechselnden Identifikationen des Patienten, der sich je nach Kontext mir als Psychotherapeutin mal mehr als Afghane, mal mehr als Muslim, mal mehr als Paschtune präsentiert.

Gleichzeitig sind die drei Fallbeispiele auch Migrationsgeschichten, die sich in einer globalisierten Welt ereignen. Das psychoanalytische Setting bietet den Rahmen, den Verlust der verlorenen Umwelt-Mutter zu betrauern und sich mit Triebregungen, die im Unterschied zur Herkunftskultur erlaubter oder tabuisierter sind, zu beschäftigen (Saller, 2016). Im zweiten Fallbeispiel erhellte sich zudem, dass alte Konfliktlagen im neuen soziokulturellen Kontext aktualisiert werden und erneut gelöst werden müssen: Die muslimische Patientin hatte bereits in ihrer Heimat einen unkonventionellen weiblichen Lebensweg eingeschlagen und sich an den Rändern der islamischen Normativität bewegt. Das Beispiel könnte als Illustration der von Parin (1978) formulierten Theorie des Widerspruchs im Subjekt betrachtet werden. Es veranschaulicht den Einfluss der begehrenden unbewussten psychischen Landkarte, die lebensgeschichtliche Entscheide im Lebensverlauf mitformt. Ebenso macht es begreiflich, wie eine Abkehr von Rollen-Identifikationen, die sich wie ein Fremdkörper im Ich eingenistet haben, gelingen kann, zum Preis, dass sich das Ich neu orientieren und andere Formen von Gratifikationen finden muss. Im dritten Fallbeispiel beschrieb ich die radikale Hinwendung zum Islam als identitätssuchende Zugehörigkeitskonstruktion, die als Ersatzhandlung tiefgreifendere innere Konfusionen der Patientin zu besänftigen versucht: gemäss Nathan (2017) ein Lösungsversuch für identitätsbezogene Schwierigkeiten von kulturell heimatlos gewordenen jungen Menschen. In

keiner der drei Psychotherapien wurde die unterschiedliche Religionszugehörigkeit zwischen Patient*in und mir als Psychotherapeutin intensiver angesprochen. Alle drei Patient*innen nahmen mir gegenüber die Position ein, dass ihre islamisch andere Form des Glaubens grundsätzlich an einen uns gemeinsamen Gott gebunden sei. Mein kulturelles Nicht-Wissen bot ihnen die Gelegenheit der Selbstreflexion und damit auch der Bearbeitung und Veränderung ihrer persönlichen Vorstellungen und innerpsychischen Ambivalenzen rund um ihre religiösen wie kulturellen Handlungen, Wünsche und Normen. Sie profitierten vom psychoanalytischen Prozess, indem sie aus den sie umtreibenden Erfahrungen bewusste und damit mit sich verhandelbare Probleme bildeten.

Der Boden für psychoanalytische Psychotherapien mit muslimischen Migrant*innen ist im Westen vielleicht doch fruchtbarer als gedacht. Da sich ihre lebensweltlichen Umstände durch die Migration verändert haben, werden sie auf jeden Fall mit vielfältigen individuellen und singulären Erfahrungen konfrontiert. Anders als in islamischen Gesellschaften, wo die klassische Psychoanalyse oft nicht richtig greifen kann, bietet dies möglicherweise den Ansatzpunkt dafür, dass das psychoanalytische Heilungsritual als gewinnbringend erlebt wird. In der Auseinandersetzung mit sich und dem suchenden und begehrenden widersprüchlichen Innenleben finden die Patient*innen neue Balancen. Die zu Beginn einer Therapie mit Patient*innen aus einer anderen Kultur bestehende gegenseitige Deutungsohnmacht – man nimmt Unterschiede wahr und kommt mit den gewohnten automatisierten Erklärungsmustern nicht weiter – kann Angst machen; die wahrgenommenen Differenzen und «weissen Wände», die nicht beschrieben und bebildert werden können, schüchtern ein. Der Reiz von Psychotherapien mit (muslimischen) Migrant*innen besteht jedoch darin, dass nach der anfänglichen auszuhaltenden transkulturellen «Sprachlosigkeit» mit der Zeit in einem gemeinsamen kreativen Akt im Unbekannten wieder Bekanntes entdeckt werden kann (Saller, 2003, S. 419ff.).

Literatur

- Akhtar, S. (2008). Introduction. In S. Akhtar, *The crescent and the couch. Cross-currents between islam and psychoanalysis* (S. xiii–xix). Lanham: Jason Aronson.
- Al-Abdul-Jabbar, J. & Al-Issa, I. (2000). Psychotherapy in islamic society. In I. Al-Issa (Hrsg.), *Al-Jun n: Mental illness in the islamic world* (S. 277–293). Madison: International Universities Press.
- Al-Issa, I. (2000). Does the muslim religion make a difference in psychopathology? In I. Al-Issa (Hrsg.), *Al-Jun n: Mental illness in the islamic world* (S. 315–353). Madison: International Universities Press.
- Allenbach, B. (2019, i. D.). Migration und Agency: Wie Jugendliche auf Prozesse des Andersmachens reagieren. In J. Hangartner, M. Jäger, M. Kuhn, A. Sieber Egger & G. Unterweger (Hrsg.), *Zwischen institutioneller Regulierung und Selbstbestimmung: Ethnographische Beiträge zu Kindheit(en) in der Schweiz*. Wiesbaden: Springer VS.
- Allenbach, B. & Herzig, P. (2010). Der Islam aus Sicht von Kindern und Jugendlichen. In B. Allenbach & M. Sökefeld (Hrsg.), *Muslime in der Schweiz* (S. 296–330). Zürich: Seismo.
- Allenbach, B. & Sökefeld, M. (2010). Einleitung. In B. Allenbach & M. Sökefeld (Hrsg.), *Muslime in der Schweiz* (S. 9–40). Zürich: Seismo.
- Amnesty International, Schweizer Sektion (27.11.2017). Syrische Flüchtlinge in der Schweiz. Zahlen, Fakten und Hintergründe. <https://www.amnesty.ch/de/themen/asyl-und-migration/asylpolitik-schweiz/dok/2017/syrische-fluechtlinge-in-der-schweiz> (06.01.2019).
- Ansary, T. (2010). *Die Unbekannte Mitte der Welt. Globalgeschichte aus islamischer Sicht*. Frankfurt a. M.: Campus.
- Azhar, M. Z. & Varma, S. L. (2000). Mental illness and its treatment in Malaysia. In I. Al-Issa (Hrsg.), *Al-Jun n: Mental illness in the islamic world* (S. 163–186). Madison: International Universities Press.
- Behloul, S. M. (2011). Unbeabsichtigte Folgen der Islam-Debatte. In Bulletin Schweizerische Gesellschaft Mittlerer Osten und Islamische Kulturen, *SGMOIK-Bulletin, Muslime in der Schweiz*, 32, 13–18.
- Behloul, S. M. (2018). Islam. Muslimische Migranten in der Schweiz. Universität Luzern, Zentrum Religionsforschung. <https://www.unilu.ch/fakultaeten/ksf/institute/zentrum-religionsforschung/religionen-schweiz/religionen/islam> (06.01.2019).
- Benedetti, G. (1980). *Klinische Psychotherapie. Einführung in die Psychotherapie der Psychosen*. Bern: Verlag Hans Huber.
- Birrer, R. (20.12.2017). Anzahl Muslime wird überschätzt. *Tagesanzeiger*, 20. Dezember 2017 (06.01.2019). <https://www.tagesanzeiger.ch/schweiz/standard/anteil-der-muslime-wird-ueberschaetzt/story/19819019> (06.01.2019).
- Beisch, P. (2016). *Gelebte und erzählte Scharia in der Schweiz. Empirische Studien zur Aneignung religiöser Normen durch zum Islam konvertierte Frauen*. Zürich: Schulthess.
- Bundesamt für Statistik. (2014). Die Religion, eine Familiengeschichte. Analyse von Daten aus der Erhebung zur Sprache, Religion und Kultur 2014. <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/bevoelkerung/sprachen-religionen/religionen.assetdetail.6087709.html> (06.01.2019).
- D'Amato, G. (2015). How Foreigners Became Muslims: Switzerland's Path to Accommodating Islam as a New Religion. In M. Burchardt & I. Michalowski (Hrsg.), *After Integration* (S. 285–301). Wiesbaden: Springer.
- Dütschler, M. (2018). Lieber zu wenig tun als das Falsche. *Der Bund*, 11. Dezember 2018, 17.
- El Khayat, G. (1994). *Une psychiatrie moderne pour le Maghreb*. Paris: L'Harmattan.
- El Shakry, O. (2014). The Arabic Freud. The unconscious and the modern subject. *Modern Intellectual History*, 11(1), 89–118. https://www.academia.edu/6247448/The_Arabic_Freud_The_Unconscious_and_the_Modern_Subject (06.01.2019).
- Freud, S. (1912e). *Ratschläge für den Arzt bei der psychoanalytischen Behandlung*. GW VIII, 376–387. <http://www.psyalpha.net/themen/behandlungstechnik/freud-technische-schriften/sigmundfreud-1912e-ratschlaege-arzt-psychoanalytischen-behandlung> (06.01.2019).
- Geertz, C. (1983). *Dichte Beschreibung. Beiträge zum Verstehen kultureller Systeme*. Frankfurt a. M.: Suhrkamp.
- Giani, M. (2016). Accommodating to Swiss religious pluralism: Interrogating Muslim integration and Swiss citizenship. In E. Aslan (Hrsg.), *Islam, religions, and pluralism in Europe* (S. 127–142). Wiesbaden: Springer VS.
- Graef-Calliess, I. T. & Schouler-Ocak, M. (Hrsg.). (2017). *Migration und Transkulturalität*. Stuttgart: Schattauer.
- Hafner Al Jabaji, A. (2011). Das Schweigen der Ethnologie. In Bulletin Schweizerische Gesellschaft Mittlerer Osten und Islamische Kulturen, *SGMOIK-Bulletin, Muslime in der Schweiz*, 32, 24–26.
- Hamad, N. (2004). Le sujet en islam. *La célibataire (La Psychanalyse et le monde arabe)*, 8, 147–153.
- Hamid, H. (2008). Basic history and tenets of islam. A brief introduction. In S. Akhtar (Hrsg.), *The crescent and the couch. Cross-currents between islam and psychoanalysis* (S. 3–19). Lanham: Jason Aronson.
- Hammad, M. (2004). Le divan et l'oxydant. *La célibataire (La Psychanalyse et le monde arabe)*, 8, 97–103.
- Harari, Y. N. (2013). *Eine kurze Geschichte der Menschheit*. München: Pantheon.

- Hartmann, K. (2007). *Die Psychoanalyse im Libanon. Zur Entwicklung einer westlichen Profession in einer arabischen Gesellschaft*. Berlin: Verlag Hans Schiller.
- Hartmann, K. (2008). Psychoanalyse im Libanon. Zum Transfer der Psychoanalyse in ein arabisches Land, *Werkblatt. Psychoanalyse & Gesellschaft*, 60, 107–127.
- Hartmann, K. (2015). Psychoanalyse auf Arabisch. *Journal für Psychoanalyse*, 56, 66–82.
- Herter, M., auf der Maur, N. & von Wyl, H. (2015). Zahlen und Fakten zu Muslimen in der Schweiz. *SRF*. <https://www.srf.ch/news/schweiz/jetzt-reden-wir/zahlen-und-fakten-zu-muslimen-in-der-schweiz> (06.01.2019).
- Houbballah, A. (2004). La psychanalyse et le monde arabe. *La célibataire (La Psychanalyse et le monde arabe)*, 8, 19–28.
- Kader, H.A. (2004). La psychanalyse en Égypte entre un passé ambivalent et un futur incertain. *La célibataire (La Psychanalyse et le monde arabe)*, 8, 61–73.
- Khan, R.Y. (2008). Oedipus in Egypt: A Twentieth-Century Rendition of «Majnun Lalya». In S. Akhtar (Hrsg.), *The crescent and the couch. Cross-currents between islam and psychoanalysis* (S. 283–294). Lanham: Jason Aronson.
- Khalil, O. (2004). Pour une archéologie de la langue arabe. *La célibataire (La Psychanalyse et le monde arabe)*, 8, 87–96.
- Kakar, S. (1999). Psychoanalyse in nicht westlichen Kulturen. In F. Pedrina, V. Saller, R. Weiss & M. Würzler (Hrsg.), *Kultur. Migration. Psychoanalyse* (S. 13–28). Tübingen: Edition diskord.
- Magdi, A.H.S. (2004). La notion d'individu dans la culture arabe. *La célibataire (La Psychanalyse et le monde arabe)*, 8, 161–169.
- Mentzos, S. (2013). *Lehrbuch der Psychodynamik. Die Funktion der Dysfunktionalität psychischer Störungen*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Meier, M. (2018). Schlüsselfiguren der Integration. *Tagesanzeiger*, 2. April 2018. <https://www.tagesanzeiger.ch/schweiz/standard/schluesselfiguren-der-integration/story/26855272> (06.01.2019).
- Melman, C. (2004). Remarques sur les conditions de possibilité de la cure. *La célibataire (La Psychanalyse et le monde arabe)*, 8, 171–176.
- Osseiran, M. (2010). De quelques difficultés de la pratique psychanalytique au Liban. *Topique – Revue Freudienne*, 110, 97–103.
- Nathan, T. (1994). *L'influence qui guérit*. Paris: Éditions Odile Jacob.
- Nathan, T. (2017). *Les âmes errantes*. Paris: L'iconoclaste.
- Parin, P. (mit Parin-Matthèy, G.) (1978). Der Widerspruch im Subjekt. Die Anpassungsmechanismen des Ichs und die Psychoanalyse gesellschaftlicher Prozesse. In S. Drews et al. (Hrsg.), *Provokation und Toleranz. Festschrift für Alexander Mitscherlich zum siebzigsten Geburtstag* (S. 410–435). Frankfurt a.M.: Suhrkamp (<http://paul-parin.info/wp-content/uploads/texte/deutsch/1978d.pdf>).
- Rom, J. (2007). *Identitätsgrenzen des Ich. Einblicke in innere Welten Schizophrenie- und borderlinekranker Menschen*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Safouan, M. (2004). Pratique analytique dans le monde arabe: incidences et difficultés. *La célibataire (La Psychanalyse et le monde arabe)*, 8, 11–18.
- Saller, V. (2003). *Wanderungen zwischen Ethnologie und Psychoanalyse. Psychoanalytische Gespräche mit Migrantinnen aus der Türkei*. Tübingen: Edition diskord.
- Saller, V. (2016). *Andere Kultur. Migration als Trauma*. Unveröffentlichtes Referat in Bern.
- Schweizerisches Zentrum für Islam und Gesellschaft (SZIG) (2018). *Muslime im öffentlichen und medialen Raum, SZIG-Paper*, 5. https://www3.unifr.ch/szig/de/assets/public/uploads/Recherche/A5_SZIG_Themenheft_5_D_WEB.pdf (06.01.2019).
- Sheena (2018). Hearing Muslim Women's Voices at the Dergah. *Jezebel*, 7. August 2018. <https://jezebel.com/hearing-muslim-womens-voices-at-the-dergah-1827753789> (06.01.2019).
- Slama, R.B. (2010). La psychoanalyse en Égypte. Un problème de non-venue. *Topique – Revue Freudienne*, 110, 83–96.
- Vincent, T. (2016). *Dieu sans religion. Foi et démocratie*. Fontaine: Presses universitaires de Grenoble.
- Zeldin, K. (2000). *Conversation. How talk can change our lives*. London: The Harvill Press.

Psychoanalytic Psychotherapy with Muslims in Switzerland

Abstract: In the past, psychoanalysis was only able to gain a marginal foothold as a treatment method in Islamic societies. This marginal position is justified by the fact that Islam and psychoanalysis are in conflict with each other. Muslims would not be able to benefit from the psychoanalytic treatment approach because of their religion in the context of a society structured according to Islamic normativities. For Muslims in Switzerland, however, the initial situation is different. As an example, three treatment vignettes of Muslim migrants demonstrate that they can benefit from psychoanalytic psychotherapy. The article describes the course of psychotherapy, including the interactions between psychopathological complaints, inner-psychological conflicts and external situations in the context of individual Muslim religiosity.

Key Words: Psychoanalysis, psychoanalytic Psychotherapy, Muslims, Islam, migration, psychoanalytic case vignettes, Switzerland

Psicoterapia psicoanalitica con i musulmani in Svizzera

Riassunto: In passato, la psicoanalisi è stata in grado di acquisire una posizione marginale come metodo di trattamento nelle società islamiche. Questa posizione marginale viene giustificata dal fatto che Islam e psicoanalisi sarebbero in conflitto tra loro. Le donne musulmane* non potrebbero beneficiare dell'approccio terapeutico psicoanalitico a causa della loro religione nel contesto di una società strutturata secondo le norme islamiche. Tuttavia, la situazione di partenza è diversa per i musulmani in Svizzera. A titolo di esempio, tre disegni/vignette di trattamento di migranti musulmani* dimostrano che possono beneficiare della psicoterapia psicoanalitica. L'articolo descrive i percorsi di psicoterapia che comprendono le interazioni tra disturbi psicopatologici, conflitti psicologici interni ed esterni nel contesto della religiosità individuale musulmana.

Parole chiave: psicoanalisi, psicoterapia psicoanalitica, musulmani, Islam, migrazione, disegni di casi psicoanalitici, Svizzera

Die Autorin

Katrin Hartmann, Dr. sc. soc., MSc, lic.phil. I, Psychoanalytische Psychotherapeutin und Soziologin, ist psychotherapeutisch im interdisziplinären Zentrum für psychische Gesundheit Solovie sowie in eigener Praxis in Bern tätig. Sie ist Mitglied der Wissenschaftskommission der ASP und dissertierte an der Université de Genève über die Psychoanalyse im Libanon.

Kontakt

E-Mail: ka.har@bluewin.ch

Psychothérapie psychanalytique avec des musulmans(es) de Suisse

Situations conflictuelles psychiques internes dans le contexte de religiosité musulmane

Katrin Hartmann

Psychotherapie-Wissenschaft 9 (1) 38 2019

www.psychotherapie-wissenschaft.info

CC BY-NC-ND

<https://doi.org/10.30820/1664-9583-2019-1-38>

Mots-clés : Psychanalyse, psychothérapie psychanalytique, musulmanes et musulmans, Islam, migration, vignettes de cas psychanalytiques, Suisse

La question du rapport entre la religiosité islamique, l'identité musulmane et les processus de psychothérapie psychanalytique semble paradoxale. Une appropriation décisive de la psychanalyse n'a eu lieu dans aucun pays islamique jusque vers la fin du 20^e siècle. La psychanalyse est restée dans le monde islamique jusqu'à aujourd'hui un phénomène marginal : Des études décrivent que l'Islam et la psychanalyse sont en conflit : Les musulmans(es) bénéficient rarement de la méthode psychothérapeutique génératrice de discernement, car dans les sociétés islamiques, il existe une conception de l'homme moins individualiste et des inhibitions de communication liées au statut. De plus, les autorévélation sont socialement moins acceptées et on rechigne à s'occuper de la vie intérieure psychiquement autonome d'un individu avec ses désirs et ses conflits psychiques internes. Les psychothérapies dans le contexte islamique visent essentiellement à mieux correspondre aux rôles sociaux attendus. L'accent psychothérapeutique repose sur les interdépendances avec les normes et les règles de la communauté. L'Égypte est une exception, il y a eu dans les années 30 aux années 60 une phase vivante et dynamique de la pratique psychanalytique ainsi qu'une phase d'accueil et de confrontation théorique avec la psychanalyse.

Ces constatations sont transmissibles en partie seulement aux quelque 360 000 musulmans(es) de Suisse. Pour eux, le défi est que leur religion islamique est considérée comme un corps étranger socioculturel qui ne s'intègre pas dans le système sociétal occidental : L'Islam peut exister en Suisse, mais il ne fait pas vraiment partie de la Suisse. Ce qui contraint en ce sens les musulmans(es) à devoir trouver leur propre position à ce sujet : Sommes-nous effectivement les « autres » musulmans et quand cela joue-t-il pour nous un rôle et de quelle manière ? Il est clair que la population musulmane de Suisse fait partie le plus souvent des couches les plus pauvres avec un faible niveau de formation, ce qui limite les possibilités professionnelles et les opportunités de revenus. Elle est fragmentée en de nombreux petits groupes et organisations religieux et séculaires qui n'ont que peu d'influence politique. Les musulmans(es) ont migré en général à la suite à un exil ou pour rechercher un travail en Suisse. Étant donné leur hétérogénéité, leurs expériences migratoires et leurs margi-

nalisations tendancielle, leur point commun est qu'ils sont remis en question dans leur identité religieuse en raison de l'abomination d'un Islam problématique.

Pour la pratique psychothérapeutique et psychanalytique dans le pays, il est important de ne pas simplement supposer que l'Islam prend une dimension importante dans la vie de tous(es) les musulmans(es). Il n'existe pas de rapprochement monolithique vers la psyché musulmane, même si la tradition et la normativité islamiques sont des facteurs influents essentiels, mais différents pour chaque individu musulman. Afin qu'une psychothérapie avec des patients(es) musulmans(es) puisse réussir, un processus commun doit se mettre en place entre le psychothérapeute et le/la patient(e) qui semblent familiers ou étrangers en raison de leur appartenance socio-culturelle différente et de leur connaissance spécifique à la culture. Le démarrage d'une psychothérapie psychanalytique signifie donc souvent d'inciter les patients(es) à jeter un pont vers quelque chose d'inconnu. Trois vignettes thérapeutiques avec des migrants(es) musulmans(es) démontrent par exemple comment cela peut réussir, autrement que dans des sociétés islamiques où la méthode thérapeutique par la psychanalyse n'est pas totalement efficace. Les patients(es) présentés(es) venaient d'Afghanistan, d'Algérie et d'Érythrée. L'article décrit leurs processus psychothérapeutiques face aux interactions de maux psychopathologiques, de conflits internes psychiques et de situations externes de vie dans le contexte de la religiosité individuelle musulmane.

L'auteure

Katrin Hartmann, Dr. sc. soc., MSc, lic.phil. I, psychothérapeute psychanalytique et sociologue, travaille sur le plan psychothérapeutique dans le centre interdisciplinaire de santé psychique Sollievo ainsi que dans son propre cabinet à Berne. Elle est membre de la Commission scientifique de l'ASP et a fait sa thèse à l'Université de Genève sur la psychanalyse au Liban.

Contact

E-Mail: ka.har@bluewin.ch

Value-based Counseling

Kultur und Religion als sinnstiftendes Element einer psychodynamischen Kurzzeitintervention

Inge Missmahl & Birte Brugmann

Psychotherapie-Wissenschaft 9 (1) 39–49 2019
www.psychotherapie-wissenschaft.info
CC BY-NC-ND
<https://doi.org/10.30820/1664-9583-2019-1-39>

Zusammenfassung: Value-based Counseling (VBC) ist aus der Praxiserfahrung der jungianischen Psychoanalytikerin Inge Missmahl entstanden, die sie vor allem in Afghanistan, aber auch in Sri Lanka, China, Haiti und der Ukraine machte. Die psychodynamische Kurzzeitintervention hat einen salutogenetischen Ansatz, der darauf abzielt, das Kohärenzgefühl und die Selbstwirksamkeit von Menschen wiederherzustellen. Dies geschieht im Rahmen eines nicht-direktiven, aber sorgfältig strukturierten Gesprächs. VBC beruht auf einem Menschenbild, das von einem inhärenten Bedürfnis des Menschen nach einem sinnerfüllten Leben ausgeht. Das Potenzial des Menschen zur Selbstentfaltung und sein Streben, dieses Potenzial zu nutzen, bildet die Grundlage für die Förderung menschlicher Selbstheilung. Der Beratungsansatz vermeidet eine Pathologisierung klinischer Symptome, denen intrapsychische oder interpersonelle Konflikte, traumatische Erlebnisse, ein disruptives soziales Umfeld oder schwierige Lebensübergänge wie Migration oder der Verlust von Lebensgrundlagen zugrunde liegen, und bemüht sich stattdessen um ein Verstehen der Bedeutung dieser Symptome als Ausdruck unbewältigten sozialen Stresses. VBC geht davon aus, dass sich einem Menschen, der sich seiner Situation, der damit verbundenen eigenen und fremden Werthierarchie sowie der damit ausgelösten Gefühle bewusst wird, Handlungsspielräume für Veränderungen eröffnen. Als Ausgangspunkt für die Wahrnehmung der Welt und der damit verbundenen Gefühle wird Kultur und in diesem Zusammenhang auch Religion als eine sinnstiftende Ressource betrachtet, die gezielt im Counseling eingesetzt werden kann.

Schlüsselwörter: Afghanistan, Ausbildung, psychosoziale Beratung, *Counseling*, Deutschland, Entwicklungszusammenarbeit, Geflüchtete, Gesundheitssystem, Humanitäre Hilfe, Kollektivismus, Kultur, Krisengebiete, Migration, psychodynamische Kurzzeitintervention, Kurzzeittherapie, Menschenbild, niederschwellige Versorgung, Religion, Salutogenese, Selbstwirksamkeit, Sinn, Trauma, Wertvorstellungen

Die grosse Zahl an Menschen, die in Deutschland in den Jahren 2015 und 2016 Schutz suchten – vornehmlich aber nicht ausschliesslich vor dem Krieg in Syrien (Destatis, 2018) – hat das deutsche Gesundheitswesen vor neue Herausforderungen gestellt und unter anderem das Bewusstsein dafür gestärkt, dass Kultur ein wichtiger Faktor im Umgang mit Patient*innen ist. Das bezieht sich nicht nur auf Sprachbarrieren, sondern auch auf den kulturell geprägten Ausdruck psychischen Stresses sowie kulturell und unter Umständen religiös beeinflusste Wahrnehmungen körperlicher Beschwerden und Vorstellungen von geistiger Gesundheit. Eine Fülle von Literatur, die in letzter Zeit auf den Markt gekommen ist und sich mit kultursensiblen Ansätzen in der Psychotherapie beschäftigt, zeugt von diesem Trend (z. B. Preitler, 2016; v. Lersner & Kizilhan, 2017; Koch, 2017; Liedl et al., 2017). Da die meisten Schutzsuchenden aus islamisch geprägten Ländern stammen, beschäftigen sich diese Ratgeber vornehmlich mit Herausforderungen, die durch die Begegnung christlich-jüdischer Traditionen mit dem Islam entstehen.

Der Bedarf nach kultursensibler Psychotherapie entstand jedoch nicht erst in den letzten Jahren. Bereits im Jahr 2011 lebten ungefähr 3,3 Millionen Muslim*innen in Deutschland, von denen über zwei Drittel türkische

Wurzeln hatten (Stichs, 2016). Sie wurden keineswegs ignoriert, wie beispielsweise ein Ratgeber aus dem selben Jahr zeigt (Rezapour & Zapp, 2011), jedoch beschäftigten sie das deutsche Gesundheitssystem nicht in dem gleichen Mass wie die Ankunft von über einer Million Schutzsuchender seit 2015, die vorwiegend aus Syrien, dem Iran, Irak und Afghanistan stammen (BAMF, 2018). Nicht nur die grosse Zahl der Neuankömmlinge, sondern auch die besonderen gesundheitlichen und psychischen Probleme von Menschen, die Krieg und Vertreibung ausgesetzt waren, stellen das deutsche Gesundheitssystem und eine Vielzahl von Organisationen, die psychotherapeutische oder psychosoziale Dienste für Geflüchtete anbieten, vor besondere Herausforderungen.

Schutzsuchende in Deutschland stammen vornehmlich aus Ländern, deren Gesundheitssysteme bereits vor Ausbruch eines gewaltsamen Konfliktes oder vor einer Naturkatastrophe nur unzureichende Angebote im Bereich der psychischen Gesundheit machen konnten (Hijazi & Weissbecker, 2014), und für die es eine enorme Herausforderung ist oder sein wird, diesen Zustand zu verbessern. Im Folgenden wird Value-Based Counseling (VBC) vorgestellt, eine Kurzzeitintervention für Menschen, die ihre Alltagstauglichkeit verloren haben, häufig Symptome von Depression, Angst und posttraumati-

schen Belastungsstörungen zeigen, und denen durch den psychodynamischen Beratungsansatz des VBC geholfen werden kann. Als ein niederschwelliges Angebot eignet VBC sich nicht nur für Krisengebiete, sondern auch als Teil eines mehrstufigen Versorgungssystems, der einer längeren Psychotherapie, die auf einer Diagnostik beruht, vorgeschaltet sein kann.

Value-based Counseling

VBC ist ein psychodynamischer kurztherapeutischer Beratungsansatz, der aus der Praxiserfahrung der jungianischen Psychoanalytikerin Inge Missmahl entstanden ist, die sie in Afghanistan und anderen Krisengebieten machte (Missmahl, 2006a, 2006b, 2010, 2016, 2018, i.D.; Ayoughi et al., 2012; Bohus & Missmahl, 2017; Missmahl & Ayoughi, 2017). VBC ist von C. G. Jungs Menschenbild und Verständnis der Psychodynamik geprägt und bezieht sich darüber hinaus auf Erkenntnisse von Victor Frankl, Carl Rogers und Albert Bandura, Aaron Antonovsky, Paul Watzlawick sowie Klaus Grawe. Es handelt sich dabei jedoch nicht um einen gezielten Eklektizismus, sondern um die Erfahrung, dass sich bestimmte Konzepte in der Praxis besonders bewährt haben.

VBC hat einen salutogenetischen Ansatz, der darauf abzielt, das Kohärenzgefühl (Antonovsky, 1997) und die Selbstwirksamkeit (Bandura, 2007) von Menschen wiederherzustellen. Dies geschieht im Rahmen eines nicht-direktiven (vgl. Rogers, 1994), aber sorgfältig strukturierten Gespräches. Antonovsky sah es als eine, wenn auch schwer umzusetzende Möglichkeit in der Therapie an, das Kohärenzgefühl eines Menschen zu stärken, indem Erfahrungen neu interpretiert werden (Antonovsky, 1997, S. 119). Grawes Studien zur Neuropsychologie (2004) legen jedoch nahe, dass Antonovsky mit seinem soziologischen Konzept weniger Persönlichkeitsmerkmal erfasste (Barwinski, 2016, S. 61ff.), als ein menschliches Bedürfnis nach Konsistenz, das für die Psychotherapie höchst relevant ist.

VBC beruht auf einem Menschenbild, das von einem inhärenten Bedürfnis des Menschen nach einem sinnerfüllten Leben ausgeht (vgl. Frankl, 2017 [2007]). Das Potenzial des Menschen zur Selbstentfaltung und sein Streben, dieses Potenzial zu nutzen, bildet die Grundlage für die Förderung menschlicher Selbstheilung. Der Beratungsansatz vermeidet eine Pathologisierung klinischer Symptome, denen intrapsychische oder interpersonelle Konflikte, traumatische Erlebnisse, ein disruptives soziales Umfeld oder schwierige Lebensübergänge wie Migration oder der Verlust von Lebensgrundlagen zugrunde liegen, und bemüht sich stattdessen um ein Verstehen der Bedeutung dieser Symptome als Ausdruck unbewältigten sozialen Stresses. VBC geht davon aus, dass sich einem Menschen, der sich seiner Situation, der damit verbundenen eigenen und fremden Werthierarchie sowie der damit ausgelösten Gefühle bewusst wird, Handlungsspielräume für Veränderungen eröffnen.

Anonymisierte Fallvignette Afghanistan

Eine Mutter von vier Kindern wird von ihrer Familie zu einer Counselorin¹ geschickt, weil sie als suizidal gilt. Die Frau berichtet, dass mit ihrer Verheiratung im Alter von 14 Jahren ein Konflikt zwischen ihrer Familie und der ihres Mannes beigelegt worden sei. Ihr Bräutigam sei zu der Zeit Mitte Dreissig gewesen. Die Klientin habe mit 16 Jahren ihr erstes Kind bekommen. Sie müsse die Hauptarbeit im Haushalt leisten und dürfe ihre eigene Familie nur selten sehen. Als sie mit den Jahren versucht habe, sich gegen diese Behandlung zu wehren, habe häusliche Gewalt gegen sie zugenommen. Sie befinde sich in einer verzweifelten Lage, weil sie das Haus ihrer Schwiegerfamilie verlassen wolle, aber in diesem Falle ihre vier Kinder zurücklassen müsse. Ihre Eltern seien aus gesellschaftlichen Zwängen heraus nicht in der Lage, sie wieder aufzunehmen, und der Aufenthalt in einem Frauenhaus sei ebenfalls keine Lösung, weil er sie in ihrem sozialen Umfeld zu einer Ausgestossenen machen würde. Die Klientin wirkt erschöpft und aggressiv.

Für die Klientin ist zunächst wichtig, dass sie mit einer Counselorin spricht, die nicht Teil ihres unmittelbaren sozialen Umfeldes ist, jedoch aus der gleichen Kultur stammt. Dadurch, dass sie von der Counselorin in ihrer Situation mit all ihren Gefühlen gesehen wird, kann sie sich wieder selbst spüren, was eine Voraussetzung dafür bildet, dass sie sich aus ihrer viktimisierten Position befreien kann. Gemeinsam mit der Counselorin reflektiert sie, welche Werte das Handeln ihrer Familie bestimmten, als sie sie verheiratete, was diese Zwangsehe für ihren Mann bedeutet, und wie diese konfliktreiche Situation das Leben ihrer Kinder beeinflusst. Auch ihre eigenen Werte werden im Gespräch reflektiert, wodurch der Klientin bewusst wird, dass sie ihre Kinder nicht verlassen will. Sie stellt fest, dass ihr Selbstverständnis vor allem darin besteht, ihren Kindern eine gute Mutter zu sein; und, dass sie ihrer leidvollen Erfahrung einen Sinn geben kann, indem sie Handlungsspielräume findet, in denen sie den Kreislauf der Gewalt in der Familie durchbrechen kann, um ihren Kindern ein anderes Aufwachsen zu ermöglichen, als sie es selbst erfahren hat.

VBC vermeidet eine Reduzierung sozial verursachten Leides auf eine individuelle Pathologie und ermöglicht stattdessen ein Empowerment, das Klient*innen dazu befähigt, Einfluss auf die belastende soziale Situation zu nehmen. Für VBC als einem kulturübergreifenden Beratungsansatz ist in diesem Zusammenhang besonders wichtig, dass Counselor*innen keine Lösungen für Probleme vorgeben, sondern Klient*innen darin unterstützen, eigene Lösungen zu entwickeln. In ihrer Ausbildung lernen Counselor*innen die Perspektive zu wechseln, um vorurteilslos die innere Situation der Klient*innen aus deren Sicht zu verstehen. Sie lernen, sich mit Annahmen über den inneren Zustand der Klient*innen und daraus folgenden Deutungen zurückzuhalten, um stattdessen mit

1 In der Praxis des VBC wurde das englische Wort «Counselor» eingedeutscht: Plural: «Counselor», weibliche Form «Counselorin».

authentischem Interesse und empathischem Verständnis gemeinsam im Gespräch ein Verständnis der inneren Situation der Klientin oder des Klienten zu entwickeln.

In diesem Rahmen kann auf Augenhöhe verhandelt werden, was Watzlawick (2008 [2001], S. 38f.) die «Wirklichkeit zweiter Ordnung» genannt hat, das heisst die Bedeutung der Wirklichkeit, die wir mit unseren Sinnen wahrnehmen, und der wir in der Regel einen Sinn oder Wert zuschreiben. VBC kommt mit diesem Ansatz der strategischen Kurzzeittherapie nahe, die Watzlawick und Nordone (2008 [2001], S. 13; s. a. Gräff-Rudolph & Sulz, 2014) als eine Intervention beschrieben,

«deren Ziel die Beseitigung der Symptome und die Lösung des vom Patienten dargestellten Problems ist. Dieser Ansatz ist weder eine Verhaltenstherapie noch eine oberflächliche Symptomtherapie, sondern eine Umdeutung und Veränderung der Wirklichkeitswahrnehmung und der sich daraus ergebenden Verhaltensweisen des Patienten.»

Im VBC vermeiden Counselor*innen Deutungen der erlebten Wirklichkeit der Klient*innen, die letztere von ihrer Kultur entfremden könnten. Der Einsatz von Counselor*innen aus dem selben Kulturkreis ermöglicht einen «kulturimmanenten» Umgang mit der Wirklichkeit, der das Potenzial hat, das Kohärenzgefühl und die Selbstwirksamkeit von Klient*innen zu stärken und Lösungen zu formulieren, die im jeweiligen sozialen Umfeld umsetzbar sind. Dafür explorieren Klient*innen und Counselor*innen gemeinsam kollektive, familiäre und persönliche Werte, die intrapsychischen oder interpersonellen Konflikten zugrunde liegen. Das strukturierte Gespräch erfolgt in sieben Schritten.

- *Schritt 1:* Analyse der Symptome und/oder des sich präsentierenden Problems
- *Schritt 2:* Analyse der psychosozialen Stressoren, die ursächlich mit den Symptomen in einem Zusammenhang stehen
- *Schritt 3:* Analyse des Zusammenhanges zwischen Symptomen und Stressoren und des dominierenden Grundgefühls; Psychoedukation

Ziel dieser ersten drei Schritte ist es, die Bedeutung des Symptoms in einem gegebenen kulturellen Kontext zum gegenwärtigen Zeitpunkt, aber auf der Grundlage des biografischen Hintergrunds des Klienten oder der Klientin zu verstehen. Dies dient nicht der Absicht, das Symptom zum Indikator für eine Diagnose zu machen und den Zustand der Klientin oder des Klienten zu pathologisieren, sondern es zielt auf die Erarbeitung eines gemeinsamen Verständnisses ihrer oder seiner inneren Situation ab. VBC sieht das Symptom als einen Träger für eine potenzielle Entwicklungsenergie auf, die erkannt sein will, und die es zu fördern gilt. Dazu wird ein Narrativ der persönlichen Geschichte der Klientin oder des Klienten entwickelt, das bis zu dem Punkt in der Vergangenheit zurückgeht, der als Auslöser für die

im Augenblick gezeigte Symptomatik erkannt wird. Wichtig ist hierbei das Verständnis des dominierenden Grundgefühls der Klientin oder des Klienten, das die Alltagstauglichkeit einschränkt.

- *Schritt 4:* Entwicklung der Hauptbeschwerde: Welches dominierende Grundgefühl beeinträchtigt die Alltagsfunktionalität am meisten?
- *Schritt 5:* Entwicklung eines Lösungsansatzes für die Hauptbeschwerde, der mit dem kulturellen sozialen Umfeld sowie den persönlichen Werten der Klientin oder des Klienten vereinbar ist

Die Schritte 4 und 5 beziehen sich auf das Hier und Jetzt im Alltag der Klient*innen.

- *Schritt 6:* Triage, psychosoziale Interventionen entsprechend der Indikation, Umsetzung der Lösung

Schritt 6 beschreibt Interventionstechniken, die für eine Umsetzung der Lösung geeignet sind, beziehungsweise Klient*innen, die eine medizinisch/psychiatrische Behandlung brauchen, oder besteht in einer Überweisung. Kommt es nicht zu einer Überweisung, werden je nach Indikation unterschiedliche Interventionstechniken aus verschiedenen therapeutischen Schulen angewendet. Diese umfassen unter anderem verhaltenstherapeutische Interventionen, eine Trauma-Guideline, Konfliktlösungsansätze, Trauerarbeit und Massnahmen gegen geschlechtsbezogene Gewalt.

- *Schritt 7:* Verankerung, Zusammenfassung, Ausblick

Ziel des letzten Schrittes ist es, den Erkenntnisprozess, den der Klient oder die Klientin durchlaufen hat, in dessen oder deren Bewusstsein so zu verankern, dass dieser Mensch in zukünftigen schwierigen Lebenssituationen besser gerüstet ist, die Situation selbst zu meistern.

Da für diesen Beratungsansatz Menschen aus verschiedenen Kulturkreisen mit dem Ziel zu Counselor*innen ausgebildet werden, muttersprachlich für ihre Landsleute tätig werden zu können, ist er in seiner Anwendung nicht den Beschränkungen interkultureller Kommunikation unterworfen. Stattdessen betrachtet VBC Kultur und in diesem Zusammenhang auch Religion als Ausgangspunkt für die Wahrnehmung der Welt und der damit verbundenen Gefühle als Reaktion sowie als eine sinnstiftende Ressource, die gezielt im Counseling eingesetzt werden kann.

VBC im Kontext psychodynamischer Kurzzeittherapien

Psychotherapeutische Angebote in Krisengebieten müssen praxistauglich sein, ebenso wie in Entwicklungs- und Schwellenländern, deren Alltag von Schwierigkeiten aller Art geprägt ist. Dies gilt für die Ausbildung qualifizierter Therapeut*innen ebenso wie für die Möglichkeiten, gängige Therapieformen zu finanzieren. Angesichts der Tatsache, dass sogar in Deutschland als einem Industrie-

land mit einer flächendeckenden Krankenversicherung der Bedarf die bereitgestellten Mittel übersteigt (BPtK, 2018), stellt sich die ernsthafte Frage, wie eine niederschwellige Versorgung im Bereich der psychischen Gesundheit unter weniger guten Voraussetzungen aussehen kann.

Anonymisierte Fallvignette Afghanistan

Ein Klient wendet sich an einen Counselor mit der Erklärung, er leide unter Kopfschmerzen und Konzentrationsmangel, Antriebslosigkeit und Sinnverlust. Er sei vor einigen Jahren bei einem Anschlag schwer verletzt worden, verdanke es jedoch seiner Position als Projektleiter einer internationalen Organisation, dass er zur Behandlung seiner Verletzungen nach Indien habe reisen können, wo ihm auch Gespräche mit einem Psychologen angeboten worden seien. Er habe mit Gottes Hilfe den Anschlag überlebt und gelte als geheilt. Umso schwieriger sei es für ihn zu akzeptieren, dass es ihm jetzt nicht gut gehe.

Im Gespräch stellt sich heraus, dass der Klient mit seinen Eltern, seiner Frau, den gemeinsamen Kindern und weiteren finanziell abhängigen Familienmitgliedern unter einem Dach lebt. Zu Eheproblemen kämen ungezogene Kinder, die der Klient massregeln müsse. Zwar tue es ihm im Nachhinein leid, wenn er sie geschlagen habe, und er leide darunter, wenn sie sich von ihm fernhielten, nur wisse er sich nicht anders zu helfen. Er habe das Gefühl, dass seine Familie ihn nicht mehr respektiere und seine Rolle als Familienoberhaupt infrage stelle. Der Lehrer seines Sohnes habe ihn angesprochen, weil der Sohn sich zunehmend häufig mit anderen Kindern streite und prügele. Auch seine Frau habe sich verändert und er wisse nicht, ob er ihr noch vertrauen könne. Auf der Arbeit sei die Situation ebenfalls schwierig. Er habe das Gefühl, dass ihn seine Mitarbeiter nicht mehr respektieren würden und wisse nicht mehr, wie er die Kontrolle über das Projekt behalten könne.

Der Klient bringt diese Situation nicht mit dem Anschlag in Verbindung. Im Gespräch mit dem Counselor wird ihm deutlich, dass die negative Entwicklung in seinem Familienleben ursächlich mit einem Gefühl der allgemeinen Verunsicherung und seiner dauernden Übererregtheit im Zusammenhang steht, und dass diese Verunsicherung und Übererregtheit eine Reaktion auf den Anschlag ist, den er überlebt hat. Dieser Zustand ist mit seinem Selbstverständnis als Familienoberhaupt, dessen Aufgabe es ist, die Familie zu ernähren und zu schützen, nicht vereinbar. Der Klient erkennt, dass er versucht hat, seinen inneren Kontrollverlust und seine generelle Verunsicherung über eine stärkere Kontrolle in der Familie zu kompensieren. Die Erleichterung über dieses neue Verständnis der Situation drückt sich im Moment der Erkenntnis unmittelbar in der Körpersprache des Klienten aus.

Es handelt sich bei der hier geschilderten Problematik keinesfalls um einen Einzelfall. In Afghanistan lässt sich immer wieder beobachten, dass sich die Interaktion in einer Familie verändert, wenn ein Familienoberhaupt nach einem traumatischen Erlebnis unter Symptomen von Hyperarousal leidet, emotionale Nähe vermeidet und kompensatorisch zum Kontrollverlust über seine Gefühle

das Bedürfnis entwickelt, entsprechend seines Rollenverständnisses nach aussen hin mehr Kontrolle auszuüben. Gewalt wird in die Familie hineingetragen und von dort aus zurück in das soziale Umfeld, wie am Beispiel des Verhaltens des Sohnes in dem geschilderten Fall deutlich wird.

Eine Voraussetzung dafür, einen Fall wie diesen im Rahmen einer Kurzzeitintervention erfolgreich angehen zu können, war der Verzicht auf eine Diagnose und damit auf das Machtgefälle zwischen Counselor und Klient. Stattdessen bemühen sich Counselor und Klient in einer symmetrischen Beziehung um ein gemeinsames Verständnis der Bedeutung des Symptoms im persönlichen biografischen sowie sozialen und kulturellen Kontext des Klienten. Zudem wurden Beschränkungen, denen die Kommunikation zwischen Klient und Counselor in einer interkulturellen Beratung – so kultursensibel sie auch sein mag – unterworfen gewesen wäre, umgangen, indem ein muttersprachlicher Counselor desselben Geschlechts darin geschult worden war, ein vertrauensvolles Verhältnis mit Klienten aus demselben Kulturkreis aufzubauen.

Für Kurzzeittherapien müssen gewisse Voraussetzungen gegeben sein, die Hanna Levenson (2017, S. 6–13) folgendermassen zusammenfasst: Die Therapie muss sich sehr früh im Prozess auf ein bestimmtes Ziel konzentrieren, und es muss ein gutes Verhältnis zwischen Patient*in und Therapeut*in bestehen. Hierzu gehört Einigkeit darüber, dass das Verhältnis auf einen bestimmten Zeitraum begrenzt sein wird, sowie die Erwartungshaltung, dass die Kurzzeittherapie Veränderungen anstösst, die sich längerfristig auswirken werden. Ein weiteres Merkmal psychodynamischer Kurzzeittherapien besteht darin, dass das Verständnis der inneren Situation der Klientin oder des Klienten ein psychodynamisches ist, Interventionen jedoch Elemente aus anderen therapeutischen Schulen beinhalten können wie zum Beispiel die kognitive Verhaltenstherapie.

VBC erfüllt zwar die von Levenson beschriebenen Voraussetzungen, fällt jedoch bei ihr unter «Ultrakurzzeittherapien» oder «gesteuerte Versorgungs-Therapien» (*managed care therapy*; ebd., S. 57), weil VBC mit einer Regelzeit von drei bis fünf Sitzungen auf weniger als den von Levenson empfohlenen acht bis 25 Sitzungen angelegt ist. Levenson impliziert, dass es für Therapeut*innen nicht möglich ist, in so kurzer Zeit eine Beziehung mit Klient*innen aufzubauen, wodurch eine wesentliche Voraussetzung für eine wirksame Kurzzeittherapie fehle. Hier wird jedoch von einem letztendlich vertikalen Verhältnis zwischen Therapeut*in und Patient*in ausgegangen, in dem die Deutungshoheit über Symptome und Stressoren bei der Therapeutin oder dem Therapeuten liegt. Dieses Verhältnis besteht bei VBC nicht.

Die Wirkung des VBC konnte im Rahmen einer Studie in einer Klinik in Nordafghanistan nachgewiesen werden. Der Beratungsansatz führte zu einem signifikanten Rückgang der Symptomatik und der psychosozialen Stressoren der Teilnehmer*innen (Ayoughi et al., 2012; Ayoughi, 2013). Eine vom Bundesministerium für Gesundheit finanzierte Wirksamkeitsstudie, welche die Wirksamkeit des Beratungsansatzes für Geflüchtete und Menschen mit Migrationshintergrund aus Afghanistan, Syrien und Afrika untersucht, ist gegenwärtig in Arbeit.

Erfahrungen mit VBC in Afghanistan, Sri Lanka, China, Haiti und der Ukraine, aber auch in Deutschland legen nahe, dass Grawes Definition der Wirkfaktoren von Psychotherapien kulturübergreifend gelten (siehe Tabelle 1).

Als ein psychodynamischer kurztherapeutischer Beratungsansatz ist VBC provokant, weil er sich gegen gängige Auffassungen wendet (siehe Tabelle 2).

Wirkfaktoren von Therapien (nach Grawe, 2005, S. 7)	Value-based Counseling
<i>Motivationale Klärung:</i> «sie fördern mit geeigneten Maßnahmen, dass der Patient ein klareres Bewusstsein der Determinanten seines problematischen Erlebens und Verhaltens gewinnt.»	<i>Schritt 3:</i> Analyse des Zusammenhanges zwischen Symptomen und Stressoren und des dominierenden Grundgefühls; Psychoedukation
<i>Problemaktualisierung:</i> «Sie machen die Probleme, die in der Therapie verändert werden sollen, dem Patienten unmittelbar erfahrbar.»	<i>Schritt 4:</i> Entwicklung der Hauptbeschwerde: Welches dominierende Grundgefühl beeinträchtigt die Alltagsfunktionalität am meisten?
<i>Problembewältigung:</i> «Sie unterstützen den Patienten mit bewährten problemspezifischen Maßnahmen aktiv darin, positive Bewältigungserfahrungen im Umgang mit seinen Problemen zu machen.» <i>Ressourcenaktivierung:</i> «Sie nutzen Eigenarten, welche die Patienten in die Therapie mitbringen, als positive Ressourcen für das therapeutische Vorgehen. Sie nutzen also vorhandene motivationale Bereitschaften und Fähigkeiten der Patienten.»	<i>Schritt 5:</i> Sobald Klient*innen ein Bewusstsein für ihre Situation entwickelt haben, eröffnen sich ihnen Handlungsspielräume. Sie können mit Unterstützung der Counselor*innen erkennen, welche Massnahmen zu einer für sie sinnvollen und ihrem kulturellen Umfeld angepassten Verbesserung der Situation führen können. Zu diesem Zweck werden eigene Ressourcen bewusst gemacht, entwickelt und aktiviert.
<i>Therapiebeziehung:</i> «Bei allen Therapien trägt darüber hinaus die Qualität der Therapiebeziehung signifikant zu einem besseren oder schlechteren Therapieergebnis bei.»	Counselor*innen begegnen ihren Klient*innen mit bedingungsloser Wertschätzung, authentischem Interesse, Empathie und dem Wunsch, helfen zu wollen, in einer symmetrischen Beziehung.

Tab. 1: Grawes Definition der Wirkfaktoren von Psychotherapien im Vergleich zu VBC

Gängige Auffassungen	Value-based Counseling
Ein mehrjähriges Psychologiestudium ist eine unabdingbare Voraussetzung für eine erfolgreiche Durchführung von psychodynamischen Interventionen.	Die klare Strukturierung des Gesprächs und die symmetrische Beziehung zwischen Counselor*in und Klient*in ermöglicht die Schulung von Menschen zu Counselor*innen, die zwar eine Vorbildung besitzen, aber nicht notwendigerweise Psychologie auf internationalem Niveau studiert haben, innerhalb eines Jahres. Bedingung ist ein Selbsterfahrungsanteil in der Weiterbildung von 50%.
In einem interkulturellen Setting wiegt der Vorteil einer psychotherapeutischen Ausbildung nach internationalen Standards die Nachteile auf, die auf der Beziehungsebene zwischen Therapeut*in und Patient*in dadurch entstehen, dass die Kommunikation auch bei einer kultursensiblen Beratung eingeschränkt ist.	Anstatt Therapeut*innen aus der «internationalen Gemeinschaft» in der kultursensiblen Anwendung ihrer Techniken für Auslandseinsätze zu schulen, werden muttersprachliche Counselor*innen aus demselben Kulturkreis dazu befähigt, in kurzer Zeit eine Beziehung zu Klient*innen aufzubauen und zu unterhalten (intrakulturell statt interkulturell). Dies wird von einem Matching unterstützt, das z.B. dafür sorgt, dass i.d.R. Frauen von Frauen beraten werden und Männer von Männern.
Diagnosen sind notwendig, um a) den Zugang zu Hilfsangeboten zu rechtfertigen und zu regulieren, b) Erfolge messen zu können.	Auf Diagnosen wird verzichtet, um a) eine Beziehung zwischen Counselor*innen und Klient*innen auf Augenhöhe zu ermöglichen, b) das Selbstwertgefühl von Klient*innen nicht durch das Werturteil «krank» zusätzlich zu belasten, c) Definitionen von Krankheiten zu vermeiden, die in anderen Kulturen anders wahrgenommen werden, und d) um sozialen Stress nicht in eine individuelle Pathologie umzudeuten.

Tab. 2: VBC im Vergleich zu gängigen Auffassungen über Psychotherapie

Es sind die Ver- und Vorstösse in Bezug auf gängige Praktiken, die VBC für Einsätze ausserhalb deren Geltungsbereichs tauglich macht, seien es Flüchtlingslager an der syrischen Grenze oder das Gesundheitssystem eines Landes, das Jahrzehnte brauchen wird, um internationale Standards zu erreichen. Auch innerhalb ihres Geltungsbereiches kann VBC sinnvoll eingesetzt werden, wie im Falle eines Gesundheitssystems, das nicht auf die Bedürfnisse grosser Zahlen von Schutzsuchenden ausgerichtet ist. Dies erfordert, auf der Grundlage des Machbaren unter schwierigen Bedingungen auf internationale Standards hinzuwirken und Kritik an diesem Vorgehen auszuhalten.

Das zugrundeliegende Menschenbild

VBC beruht auf dem Menschenbild Jungs, dessen Selbstkonzept und Ziel der Individuation (das nicht mit dem soziologischen Begriff der «Individualisierung» gleichzusetzen ist) kulturübergreifender ist als das humanistische Menschenbild (Heine, 2005, S. 300f.), das stärker individualistisch geprägt davon ausgeht, dass der Mensch sich von gesellschaftlichen und religiösen Zwängen befreien muss, um zur Selbstverwirklichung zu gelangen. Im Prozess des Counselings soll vielmehr die innere Bewusstheit geschaffen und es sollen die persönlichen Ressourcen mobilisiert werden, die es dem Individuum ermöglichen, sein ihm innewohnendes Entwicklungspotenzial im gegebenen kulturellen und sozialen Kontext seiner Lebensrealität zu entfalten.

Therapeuten sollten das humanistische Menschenbild einer Behandlung in einem interkulturellen Kontext nicht zugrunde legen, ohne sich zuvor die folgende Frage beantwortet zu haben: Wie relevant ist die Selbstverwirklichung als Grundbedürfnis für kulturell bedingte Selbstkonfigurationen, die nicht individualistisch geprägt sind? Es steht der Vorwurf im Raum, dass es sich bei der Psychotherapie um ein neokolonialistisches Instrument handelt, mit dem vermeintlich in ihrer persönlichen Entwicklung gehinderte Menschen aus kollektivistischen Gesellschaften zu Individualisten gemacht werden sollen (vgl. z.B. Zaumseil, 2006; Kirmayer, 2007).

In Publikationen zur kultursensiblen Psychotherapie in Deutschland spielt die auf Hofstede (2001) zurückgehende Unterscheidung zwischen den Werten individualistischer und kollektivistischer Gesellschaften und daraus abgeleitete Selbstkonstruktionen eine wichtige Rolle, da kulturelle Missverständnisse den Erfolg einer Therapie gefährden können (vgl. z.B. Rezapour & Zapp, 2011; v. Lersner & Kizilhan, 2017). Muslimisch geprägte Gesellschaften werden in diesem Kontext in der Regel mit kollektivistisch geprägten Gesellschaften gleichgesetzt. Das gleiche gilt für die Unterscheidung zwischen einer independenten und einer interdependenten Selbstkonstruktion als einer Weiterentwicklung von Hofstedes Konzept (Zaumseil, 2006, S. 6ff.). Der oben geschilderte Fall der zwangsverheirateten Klientin stellt in diesem Kontext ein passendes Beispiel dar. In einer individualistisch geprägten Gesellschaft wäre eine Trennung die offensichtlichste

und für viele die einzig menschenwürdige Lösung. Ihren Lebenssinn sieht die Klientin jedoch in ihrer Rolle als Mutter und Ehefrau im Rahmen ihrer Grossfamilie. Eine Therapeutin, die ihre Pflicht darin sähe, auf eine individualistisch geprägte Selbstkonstruktion hinzuwirken, die es ihrer Patientin erlauben würde sich von der Familie zu lösen, um eine Selbstverwirklichung nach westlichem Vorbild anzustreben, würde auf eine Veränderung im Leben der Patientin hinarbeiten, die sie von ihrem kulturellen Kontext entfremden und ihr mit grösster Wahrscheinlichkeit die Lebensgrundlage entziehen würde.

Selbst in Deutschland ist bei der Beratung von Schutzsuchenden in dieser Hinsicht grosse Vorsicht angebracht. Kommt es zu häuslicher Gewalt, werden Familien in der Regel zum Schutz von Frau und Kindern auf der Grundlage des Gewaltschutzgesetzes (BMFSFJ & BMJV, 2017) getrennt untergebracht und der Frau die Scheidung empfohlen. Häufig wird die häusliche Gewalt durch den Verlust der sozialen Rolle des Mannes als Ernährer und Beschützer der Familie ausgelöst. Wird dem Verursacher der Gewalt ein solcher Kompensationsmechanismus im Gespräch bewusst, kann er der Gewalt oftmals ein Ende setzen und sein Familienleben dadurch erhalten. Eine Scheidung wird in vielen Fällen dem Selbstverständnis der betroffenen Frau nicht gerecht und stellt sie vor neue Probleme.

Vermutlich hatte Maslow (1943, S. 383) als Vertreter der humanistischen Psychotherapie keine kollektivistisch geprägten Gesellschaften im Sinn, als er das Bedürfnis nach Selbstverwirklichung als «den Wunsch nach Selbstentfaltung [...] um alles zu werden, was im Rahmen der eigenen Möglichkeiten liegt» (Übers. d.A.) definierte, jedoch lässt sich die Definition auch auf interpendente Selbstkonstruktionen anwenden. VBC geht davon aus, dass das Bestreben nach Selbstentfaltung abhängig von kulturell geprägten oder persönlich entwickelten Werten für unterschiedliche Selbstkonstruktionen beziehungsweise kulturell bedingte Konfigurationen des Selbst (Kirmayer, 2007, S. 244ff.) eingesetzt werden kann, die nicht auf Egozentrismus oder Soziozentrismus beschränkt sein müssen, sondern ökozentrische oder kosmozentrische Aspekte enthalten können. Das in der heutigen Psychotherapie vorherrschende humanistische Menschenbild (Quitmann, 1996, S. 279ff.) eignet sich für VBC nur insoweit, als es Raum für solche Konzepte bietet.

Die Rolle von Wertvorstellungen

Die Psychologie tut sich im Umgang mit Wertvorstellungen schwerer als die Philosophie und Soziologie (vgl. Oerter, 2007, S. 556), hat jedoch mit *Values Clarification* eine psychotherapeutische Technik hervorgebracht, die hier von VBC abgegrenzt werden soll, um Missverständnisse zu vermeiden. *Values Clarification* wurde in der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts für Kinder und Jugendliche in den USA entwickelt, die in einer individualistischen und liberalen Gesellschaft nach Orientierung suchten (Kirschenbaum, 2013, S. 5ff.). Dadurch erhielt

die Technik einen spielerischen Charakter und vermittelt den Eindruck, als seien Werte etwas frei Wählbares, mit dem das Leben beliebig optimiert werden kann. Die Erfahrung mit VBC im kulturübergreifenden Kontext lehrt jedoch, dass Werte selten beliebig sind. In der Regel sind sie kulturell vermittelt und bildungsabhängig, werden meist im Rahmen von Generationskonflikten sichtbar und müssen im Prozess des Counselings oft mühevoll mit der sozialen Umgebung neu verhandelt werden. VBC hat daher mehr Gemeinsamkeiten mit Beratungsmethoden, die der Rogers-Schüler Charles Curran (1968, S. 3) als *Value Counseling and Psychotherapy* in sein Gesamtwerk integrierte, das jedoch vor allem auf Erziehungsmethoden ausgerichtet war.

Anonymes Fallbeispiel Afghanistan

Eine Schülerin in einer Grossstadt sucht heimlich eine Counselorin auf. Sie habe sich mit ihren Freundinnen nach der Schule einen Spass daraus gemacht, so lange die eigene Telefonnummer mit einer veränderten Zahl zu wählen, bis ein junger Mann geantwortet habe. Es habe ein reger Austausch von Textnachrichten begonnen, gefolgt von regelmässigen Telefongesprächen. Man habe sich schliesslich getroffen, und es sei zu Intimitäten gekommen. Sie sei verliebt gewesen und habe sich wie die Heldinnen in den täglich im afghanischen Fernsehen laufenden türkischen Serien und Bollywood-Filmen gefühlt. Sie habe eine sexuelle Beziehung mit dem jungen Mann aufgebaut, nachdem er ihr die Heirat versprochen habe. Er habe sein Versprechen jedoch nicht eingehalten und drohe ihr damit, Bilder von ihr im Internet zu veröffentlichen und sie blosszustellen, wenn sie den Kontakt nicht abbreche. Ihre Eltern hätten inzwischen bemerkt, dass sie nicht mehr schlafe, nicht mehr esse und sich nicht mehr konzentrieren könne, und dass ihre Leistungen in der Schule deutlich nachgelassen hätten. Sie wisse keinen Ausweg.

In diesem Fall kollidieren die Werte der Familie, die ein strenges Tabu bezüglich vorehelicher Beziehungen beinhalten, mit dem Wunsch nach einem freieren Umgang mit dem anderen Geschlecht. Ausgelöst wurde dieser Konflikt durch die freie Verfügbarkeit von Bildern und Filmen, die zu Rollenmodellen für Jugendliche werden. In der traditionell geprägten afghanischen Gesellschaft können die Reaktionen auf vorehelichen Geschlechtsverkehr jedoch von gesellschaftlicher Ächtung bis hin zum Ehrenmord an der betroffenen Jugendlichen reichen. Im Prozess des Counselings wurden der Klientin die jeweiligen Werte bewusst, auf denen die unterschiedlichen Positionen beruhen, und es gelang ihr auf dieser Grundlage, ihre eigenen Werte neu zu bestimmen.

Rolf Oerter (2007, S. 555, 558, 563) definiert Werte «als Pflichten, Handlungsvorschriften, aber auch als abstrakte Begriffe wie Ehre, Wahrhaftigkeit, Güte», die als internale Konzepte für einen Menschen handlungsleitend sind. Er sieht in der Gegenüberstellung von individuellen und kollektivistischen Kulturen die wichtigste Unterscheidung bezüglich kultureller Wertordnungen. Jung (1990, S. 90) spricht von «Werturteilen», die das Gewissen fällt,

letzteres ist «ein komplexes Phänomen, das einerseits aus einem elementaren Willensakt oder aus einem bewusst nicht begründeten Antrieb zum Handeln, andererseits aus einem Urteil des vernünftigen Gefühls besteht». Das Gewissen unterteilt Jung (ebd., S. 97) in zwei Komponenten, die miteinander in Konflikt geraten können: das persönliche Gewissen und den gesellschaftlichen Sittenkodex, der gleichgesetzt wird mit traditioneller/konventioneller Moral. Eine Unterscheidung ist nach Jung (ebd., S. 99) jedoch oftmals schwierig, zumal vor allem das persönliche Gewissen grösstenteils im Unterbewusstsein liegt und das Gewissen «an sich ein autonomer psychischer Faktor» ist. Wertekonflikte können zu schwerwiegenden Belastungen für einen Menschen werden, der unter den Symptomen eines solchen Konfliktes leidet, sich der Ursache jedoch nicht bewusst ist. Ein wertebasierter Beratungsansatz kann daher nur erfolgreich sein, wenn es sich um einen psychodynamischen Ansatz handelt, der das erste Ziel hat, einen solchen Konflikt bewusst zu machen.

Der Umgang mit unterschiedlichen Wertvorstellungen stellt interkulturelle Psychotherapie vor enorme Anforderungen. Von Lerner und Kizilhan (2017) haben überzeugend dargelegt, dass im Rahmen einer interkulturellen Beratung, so kultursensibel sie auch erfolgen mag, lediglich eine Annäherung zwischen Therapeut*innen und Patient*innen erfolgen kann. Da es für Therapeut*innen in der Regel unmöglich ist, die Wahrnehmung der Realität auf der Basis tief empfundener Werte eines Menschen aus einer anderen Kultur umfassend nachzuvollziehen, müssen sie den mangelnden Zugang so weit wie möglich durch Offenheit kompensieren. Der Einsatz von Dolmetscher*innen erschwert eine Annäherung zusätzlich, da Vertrauen nicht nur zwischen zwei, sondern drei Menschen aufgebaut werden muss und die Kommunikation durch die Übersetzung noch stärker gefiltert wird, als es in einer interkulturellen Situation ohnehin der Fall ist.

Da VBC den Anspruch hat, auch unter schwierigen Bedingungen niederschwellig und effizient einsetzbar zu sein, erfolgt es ausschliesslich intrakulturell, das heisst muttersprachlich und durch Counselor*innen aus demselben Kulturkreis. In diesem Zusammenhang ist wichtig, dass ein *Matching* von Klient*innen und Counselor*innen soziokulturelle Barrieren berücksichtigt, die eine niederschwellige Beratung des jeweils anderen Geschlechtes in Kulturen mit stark ausgeprägten geschlechtsspezifischen Rollenverteilungen und Tabus schwierig machen würde. Da dem jeweils anderen Geschlecht in solchen Kulturen grundlegende Erfahrungen fehlen und gesellschaftliche Tabus dafür sorgen, dass diese nicht ohne Weiteres kommuniziert werden können, ist es für ein niederschwelliges Counseling essenziell, dass Frauen von Frauen und Männer von Männern aus demselben Kulturkreis und wenn möglich aus demselben Herkunftsland beraten werden.

Anonymisierte Fallvignette Deutschland

Einem jungen Mann, der in einer Flüchtlingsunterkunft alkohol- und drogenabhängig geworden ist, wird nahegelegt, mit einem Counselor zu sprechen. Er berichtet, dass er von seiner Familie nach Deutschland geschickt

wornden sei, als er das Alter erreicht habe, in dem junge Männer in seiner Gegend üblicherweise von den Taliban rekrutiert würden. Die ganze Verwandtschaft habe zusammengesetzt, um Schlepper zu bezahlen, die ihn nach Europa gebracht hätten. Die Familie habe erwartet, dass er dort rasch Geld verdienen werde und seine Familie unterstützen könne. Weder er noch seine Familie hätten damit gerechnet, dass es Schwierigkeiten geben könne, nachdem er einmal Deutschland erreicht habe. Er habe jedoch nur vier Jahre Schulbildung, Schwierigkeiten die deutsche Sprache zu lernen und sei nicht in der Lage gewesen im Integrationskurs mitzuhalten. Es sei ihm klar geworden, dass er nicht so bald in der Lage sein werde, seine Familie zu unterstützen, und er habe deswegen den Kurs aufgegeben und den Kontakt zu seiner Familie abgebrochen. Der Alkohol und die Drogen hätten ihm anfangs geholfen die Situation zu ertragen.

In diesem Fall sind so viele kulturell vermittelte Schamgefühle involviert, dass es dem Klienten schwerfallen dürfte, einem Therapeuten seine innere Gefühlswelt in Anwesenheit und durch die Vermittlung eines Übersetzers mitzuteilen, so kultursensibel der Therapeut auch vorgehen mag. VBC setzt in einem solchen Fall einen männlichen afghanischen Counselor ein, der eigene Flucht- und Integrationserfahrungen besitzt und sich mit diesen Erfahrungen in der Ausbildung eingehend auseinandergesetzt hat.

Das Beispiel Afghanistan

Afghanistan ist ein zutiefst religiös geprägtes Land, das in den vergangenen 40 Jahren einer Reihe von gesellschaftlichen Umbrüchen ausgesetzt war, die von Kriegen begleitet wurden. Der kommunistische Staatsstreich von 1978 erschütterte jahrhundertealte Traditionen und brachte kulturelle Einflüsse aus der Sowjetunion in das Land, die bis heute spürbar sind. Der blutige Bürgerkrieg zwischen rivalisierenden Mujaheddin-Gruppen, der dem Abzug der sowjetischen Armee im Jahr 1989 folgte, beförderte den Aufstieg der Taliban, die einen bis dahin ungekannten religiösen Fundamentalismus einführten. Die Rückkehr von Millionen von Flüchtlingen aus Pakistan und dem Iran seit dem Ende der Talibanherrschaft im Jahre 2001 hat das Land ebenfalls kulturell geprägt. Dies gilt jedoch noch stärker für die Internationale Gemeinschaft, deren Gelder an die Umsetzung von Entwicklungszielen gekoppelt werden, die von westlicher Kultur geprägt sind – nicht nur politisch, sondern auch gesellschaftlich.

In Afghanistan wurden Generationen nicht nur von der Gewalt eines 40-jährigen Krieges geprägt, sondern von sehr unterschiedlichen Werten – von Traditionen, die auf einer klaren hierarchischen Familienstruktur und den sozialen Rollen einer kollektivistisch geprägten Gesellschaft mit all ihren Rechten und Pflichten beruhen; von einer Revolution, die gesellschaftliche Zwänge mithilfe kommunistischer Ideale aufbrechen wollte; von dem religiösen Fundamentalismus der Taliban als einer Antwort auf das mörderische Chaos des darauffolgenden

Bürgerkrieges; und seit Beginn diesen Jahrhunderts von gesellschaftlichen Entwicklungen, für die Europa nicht Jahre oder Jahrzehnte benötigte, sondern Jahrhunderte (Missmahl, 2018).

Diese Einflüsse haben nicht nur die Gesellschaft als Ganzes geprägt, sondern Familien Generationskonflikten ausgesetzt, die es notwendig machen, Werte im engsten Kreis neu zu verhandeln. Persönliche, familiäre und gesellschaftliche Werte stimmen oft nicht mehr überein und machen es vielen Menschen schwer, mit sich und anderen in Frieden zu leben. VBC trägt solchen Verhältnissen Rechnung, ist aber kein Allheilmittel für eine zerrissene Gesellschaft. Über die persönliche und familiäre Ebene hinaus ist gesellschaftliches Engagement gefragt, das sich dem Gemeinwohl verschreibt. Das Auswärtige Amt der Bundesrepublik Deutschland fördert daher neben VBC Projekte finanziell, die psychosoziale Kompetenz als Voraussetzung für gesellschaftliche Teilhabe und soziale Integration fördern. In diesem Rahmen werden unter anderem «Sichere Orte» geschaffen, an denen über wichtige, oft sensible Themen offen gesprochen werden kann und an denen eine respektvolle Auseinandersetzung mit traditionellen und modernen Werten stattfindet. Die Arbeit der Projektteams beruht auf dem Menschenbild, welches das VBC leitet, und bewährt sich seit Jahren (Ipso, 2013a, 2014). Der wertebasierte Ansatz hat dafür gesorgt, dass VBC nicht als ideologisch geprägt, sondern als jedem einzelnen Menschen zugewandt wahrgenommen wird.

VBC wurde in den Jahren 2008 bis 2016 als psychosozialer Dienst mit Finanzierungshilfen der Europäischen Union und des Auswärtigen Amtes in das staatliche Gesundheitssystem Afghanistans integriert (Ipso, 2013b, 2013c). Der Beratungsansatz und das darauf aufbauende Curriculum wurden vom afghanischen Gesundheitsministerium übernommen und als verbindliches Qualitätsmerkmal von Psychosozialen Counselor*innen, die im Gesundheitswesen arbeiten dürfen, verankert. VBC wurde in das Basic Package of Health Services (BPHS), das Essential Package of Hospital Services (EPHS) und die National Mental Health Strategy aufgenommen. Im Rahmen des öffentlichen Gesundheitssystems wurden landesweit 380 Stellen für psychosoziale Counselor*innen an Comprehensive Health Centres (CHC) geschaffen sowie Trainings zu psychosozialer Gesundheit für Ärzt*innen, Krankenschwestern und -pfleger durchgeführt. Ärzt*innen können hausintern Patient*innen mit Symptomen an psychosoziale Counselor*innen überweisen, die ursächlich mit einem psychosozialen Stressor in Zusammenhang stehen.

Es handelt sich bei diesen Massnahmen zwar um eine Unterversorgung, da einer Bevölkerung von über 30 Millionen landesweit lediglich ca. 400 Counselor*innen zur Verfügung stehen, jedoch ist das Konzept wegweisend. Um seine Nachhaltigkeit zu gewährleisten, wurden Trainer*innen ausgebildet, die ihrerseits psychosoziale Counselor*innen ausbilden und Weiterbildungen für medizinisches Fachpersonal anbieten können. Zudem wurde ein geeignetes Supervisionssystem entwickelt sowie ein Train-the-Trainer-Programm und Evaluations- und

Monitoring-Tools, zu denen die Etablierung eines elektronischen Dokumentationssystems gehört.

Hätte das afghanische Gesundheitssystem die nötigen Mittel, könnte es die landesweite psychosoziale Versorgung weiter ausbauen, jedoch ist dies angesichts des chronischen Ressourcenmangels, an dem die staatlichen Dienste Afghanistans leiden, auf absehbare Zeit nicht zu erwarten. Ein vom Auswärtigen Amt finanziertes psychosoziales Zentrum mit einer daran angeschlossenen Tagesklinik in Kabul sorgt dafür, dass 25 weitere Counselor*innen, zwei Psychiater und ein Internist sowie sechs Beschäftigungstherapeut*innen die psychosoziale Versorgung in der Landeshauptstadt verbessern. Pro Woche erhalten zwischen 400 und 500 Jugendliche, Frauen und Männer im Zentrum psychosoziale Unterstützung in Einzelgesprächen und Gruppen. Zudem wird VBC über das Video Online Portal <https://www.ipso-ecare.com> angeboten, eine ebenfalls vom Auswärtigen Amt finanzierte Massnahme. »Ipsocare« ermöglicht es ratsuchenden Menschen niederschwellig, ortsunabhängig und diskret über eine sichere Verbindung eine persönliche, psychosoziale Beratung über das Internet zu erhalten.

Ausblick

Das Beispiel Afghanistan zeigt, dass es möglich ist, die psychosoziale Versorgung in einem von Konflikten, Armut und gesellschaftlichen Umbrüchen geprägten Land nachhaltig zu verbessern, indem mit internationaler Hilfe lokale Ressourcen mobilisiert werden. Zugleich wurden als Antwort auf die hohen Flüchtlingszahlen in Europa in den Jahren 2015 und 2016 in Deutschland 92 Geflüchtete zu psychosozialen Counselor*innen ausgebildet. Sie arbeiten in psychosozialen Beratungszentren in Berlin, Hamburg und Erfurt und sind über das Online Portal <https://ipso-care.com> erreichbar.

Die Möglichkeiten für den Einsatz von VBC sind jedoch noch vielfältiger. Angesichts der Versorgungsgänge im deutschen Gesundheitssystem, die zuvor bereits angesprochen wurden, könnte der Beratungsansatz Teil eines mehrstufigen Versorgungssystems bilden, der einer längeren Psychotherapie, die auf einer Diagnostik beruht, vorgeschaltet wäre. Als eine solche vorgeschaltete Intervention könnte VBC einer Chronifizierung psychischer Symptomatik entgegenwirken und dadurch in vielen Fällen eine längere Therapie obsolet machen. Auch in diesem Fall wäre es selbstverständlich wichtig, dass Menschen muttersprachlich und von Counselor*innen aus dem gleichen Kulturkreis beraten werden. Je enger das Versorgungsnetz wäre, desto feiner könnte das Matching gestaltet werden, das Counselor*innen und Klient*innen die bestmöglichen Voraussetzungen dafür bietet, bereits in der ersten Sitzung die vertrauensvolle, symmetrische Arbeitsbeziehung aufzubauen, die für den Erfolg einer Kurzzeitintervention zentral ist.

Literatur

- Antonovsky, A. (1997). *Salutogenese: Zur Entmystifizierung der Gesundheit* (dt. erw. Herausgabe von Alexa Franke). Tübingen: dgvt.
- Ayoughi, S. (2013). *Mental health consequences of war, internal conflict and disrupting living conditions: The case of Afghanistan* [Digitale Dissertation]. http://kops.uni-konstanz.de/bitstream/handle/123456789/24399/Dissertation_S.Ayoughi.pdf?sequence=1&isAllowed=y: (22.12.2018).
- Ayoughi, S., Missmahl, I., Weierstall, R. & Elbert, T. (2012). Provision of mental health services in resource-poor settings: a randomized trial comparing counselling with routine medical treatment in North Afghanistan (Mazar-e-Sharif). *Psychiatry*, 12(14). <https://doi.org/10.1186/1471-244X-12-14>
- Bandura, A. (2007). *Self-efficacy: the exercise of control*. 9. Aufl. New York: Freeman.
- Barwinski, R. (2016). *Resilienz in der Psychotherapie: Entwicklungsblockaden bei Trauma, Neurosen und frühen Störungen auflösen*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Bohus, M. & Missmahl, I. (2017). Zur Umsetzung alternativer Behandlungsmodelle für Flüchtlinge in der BRD. Was können – was sollten – wir aus Afghanistan lernen? *Nervenarzt*, 88, 34–39.
- Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (2018). Aktuelle Zahlen zu Asyl. Ausgabe: September 2018. http://www.bamf.de/SharedDocs/Anlagen/DE/Downloads/Infothek/Statistik/Asyl/aktuelle-zahlen-zu-asyl-september-2018.pdf?__blob=publicationFile (21.12.2018).
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend & Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz (2017). Mehr Schutz bei häuslicher Gewalt. Information zum Gewaltschutzgesetz. <https://www.bmfsfj.de/blob/94308/63296d8077e74d1101021f8e911e0492/mehr-schutz-bei-haeuslicher-gewalt-data.pdf> (22.12.2018).
- Bundespsychotherapeutenkammer (2018). Ein Jahr nach der Reform der Psychotherapie-Richtlinie. Wartezeiten 2018. https://www.bptk.de/uploads/media/20180411_BPtK-Studie_Wartezeiten_2018.pdf (22.12.2018).
- Curran, C. (1968). *Counseling and psychotherapy: the pursuit of values*. New York: Sheed and Ward.
- Destatis Statistisches Bundesamt. (2018). Bevölkerung und Erwerbstätigkeit. Schutzsuchende. Ergebnisse des Ausländerzentralregisters. https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Bevoelkerung/MigrationIntegration/Schutzsuchende2010240167004.pdf?__blob=publicationFile (21.12.2018).
- Frankl, V. (2017 [2007]). *Ärztliche Seelsorge. Grundlagen der Logotherapie und Existenzanalyse*. 7. Aufl. München: dtv.
- Gräff-Rudolph, U. & Sulz, S. (2014). Strategische Kurzzeit-Therapie (SKT) – die erste deutsche Psychotherapie der 3. Welle. *Psychotherapie in Psychiatrie, psychotherapeutischer Medizin und klinischer Psychologie*, 19(2), 9–26. <https://cip-medien.com/wp-content/uploads/01.-Graeff-Rudolph.pdf> (21.12.2018).
- Grawe, K. (2004). *Neuropsychotherapie*. Göttingen: Hogrefe.
- Grawe, K. (2005). (Wie) kann Psychotherapie durch empirische Validierung wirksamer werden? *Psychotherapeutenjournal*, 4(1), 4–11.
- Heine, S. (2005). *Grundlagen der Religionspsychologie*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Hijazi, Z. & Weissbecker, I. (2014). *Syria Crisis. Addressing Regional Mental Health Needs and Gaps in the Context of the Syria Crisis*. International Medical Corps. <https://internationalmedicalcorps.org/wp-content/uploads/2017/07/Syria-Crisis-Addressing-Mental-Health.pdf> (21.12.2018).
- Hofstede, G. (2001). *Culture's consequences: Comparing values, behaviors, institutions, and organizations across nations*. 2. Aufl. Thousand Oaks/CA: Sage.
- Ipsocare (2013a). *Peace and stability through cultural dialogue and psychosocial support in Afghanistan. Kabul, Baghlan, Balkh, Herat, Bamian, Takhar, Kunduz, Badakhshan, Nangarhar*. https://ipsocontext.org/wp-content/uploads/2015/08/IPSO_CulturalProject_19-final.pdf (23.12.2018).

- Ips0. (2013b). *Supporting the Integration of Mental Health into the Public Health Care System of Afghanistan by qualifying health professionals and training a pool of national mental health trainers*. https://ipsocontext.org/wp-content/uploads/2015/08/IPSO_MentalHealth_AF004_18.pdf (23.12.2018).
- Ips0. (2013c). *Mental Health in North Afghanistan. A contribution to peace and reconciliation funded by the German Foreign Office, implemented by Ips0 in cooperation with the Ministry of Public Health in Kabul*. https://ipsocontext.org/wp-content/uploads/2015/08/IPSO_Mental_Health_2013_WEB.pdf (23.12.2018).
- Ips0. (2014). *Afghanistan – Unity in Cultural Diversity*. https://ipsocontext.org/wp-content/docs/AUSSTELLUNGSKATALOG_SCRE_EN.pdf (23.12.2018).
- Jung, C. G. (1990). *Mensch und Kultur*. Grundwerk 9. 3. Aufl. Olten: Walter Verlag.
- Kirmayer, L. (2007). Psychotherapy and the Cultural Concept of the Person. *Transcult Psychiatry*, 44(2), 232–257. <https://doi.org/10.1177/1363461506070794>
- Kirschenbaum, H. (2013). *Values Clarification in Counseling and Psychotherapy: Practical Strategies for Individual and Group Settings*. Oxford: Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/acprof:oso/9780199972180.001.0001>
- Koch, B. (Hrsg.). (2017). *Junge Flüchtlinge auf Heimatsuche. Psychosoziales und pädagogisches Handeln in einem sensiblen Kontext*. Heidelberg: Karl-Auer-Verlag.
- von Lersner, U. & Kizilhan, J. (2017). *Kultursensitive Psychotherapie* (Fortschritte der Psychotherapie 64). Göttingen: Hogrefe Verlag.
- Levenson, H. (2017). *Brief Dynamic Therapy*. 2. Aufl. Washington D. C.: American Psychological Association.
- Liedl, A., Böttche, M., Abdallah-Steinkopf, B. & Knaevelsrud, C. (Hrsg.). (2017). *Psychotherapie mit Flüchtlingen – neue Herausforderungen, spezifische Bedürfnisse. Das Praxisbuch für Psychotherapeuten und Ärzte*. Stuttgart: Schattauer.
- Maslow, A. (1943). A Theory of Human Motivation. *Psychological Review*, 50, 370–396. <https://psychclassics.yorku.ca/Maslow/motivation.htm> (22.12.2018).
- Missmahl, I. (2006a). Psychosoziale Hilfe und Traumaarbeit als ein Beitrag zur Friedens- und Versöhnungsarbeit am Beispiel Afghanistans. *Psychotherapie-Forum*, 14, 180–185.
- Missmahl, I. (2006b). «Window for Life» – Ein Fenster zum Leben. Die psychosoziale Arbeit von Caritas International in Kabul. <https://www.caritas-international.de/beitraege/window-for-life-ein-fenster-zum-leben/157289/> (21.12.2018).
- Missmahl, I. (Juli 2010). *Inge Missmahl brings peace to the minds of Afghanistan* [TED Talks]. <https://www.youtube.com/embed/Jc2F3nawnI> (21.12.2018).
- Missmahl, I. (März 2016). *A human-powered empathy engine* [TED Talks]. <https://www.youtube.com/watch?v=eqwxR4kNFhk> (21.12.2018).
- Missmahl, I. (2018). Geflüchtet aus Afghanistan. In W. Machleidt, U. Kluge & M. Sieberer (Hrsg.), *Praxis der interkulturellen Psychiatrie und Psychotherapie. Migration und Psychische Gesundheit* (S. 150–153). 2. Aufl. München: Elsevier. <https://doi.org/10.1016/C2016-0-01667-4>
- Missmahl, I. (i. D.). Psychosoziale Grundversorgung in Afghanistan: ein Beispiel für eine kultursensible Umsetzung von universellen Menschenrechten in einer Gesellschaft im Umbruch. *Fortschritte der Neurologie – Psychiatrie*. Themenheft *Psychiatrie und Menschenrechte*.
- Missmahl, I. & Ayoughi, S. (2017). Psychosoziale Beratung von Geflüchteten für Geflüchtete – Ein Wissenstransfer von Afghanistan nach Deutschland. In B. T. Koch (Hrsg.), *Junge Flüchtlinge auf Heimatsuche. Psychosoziales und pädagogisches Handeln in einem sensiblen Kontext* (S. 229–238). Heidelberg: Carl-Auer.
- Oerter, R. (2007). Werte – Werthaltungen – Valenzen. In G. Trommsdorff & H. Kornadt (Hrsg.), *Theorien und Methoden der kulturvergleichenden Psychologie* (S. 555–615). Göttingen: Hogrefe.
- Preitler, B. (2016). *An ihrer Seite sein. Psychosoziale Betreuung von traumatisierten Flüchtlingen*. Innsbruck: StudienVerlag.
- Quitmann, H. (1996). *Humanistische Psychologie: Psychologie, Philosophie, Organisationsentwicklung*. 3. überarb. u. erw. Aufl. Göttingen: Hogrefe.
- Rezapour, H. & Zapp, M. (2011). *Muslimen in der Psychotherapie: ein kultursensibler Ratgeber*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Rogers, C. (1994). *Die klientenzentrierte Gesprächspsychotherapie*. Aus dem Amerikanischen von Erika Nosbüsch. Frankfurt a.M.: Fischer TB.
- Stichs, A. (2016). *Wie viele Muslime leben in Deutschland? Eine Hochrechnung über die Anzahl der Muslime in Deutschland zum Stand 31. Dezember 2015*. Working Paper 71 des Forschungszentrums des Bundesamtes. Nürnberg: Bundesamt für Migration und Flüchtlinge. https://www.bamf.de/SharedDocs/Anlagen/DE/Publikationen/WorkingPapers/wp71-zahl-muslime-deutschland.pdf?__blob=publicationFile (21.12.2018).
- Watzlawick, P. (2008 [2001]). Die Konstruktion klinischer «Wirklichkeiten». In P. Watzlawick & G. Nordone (Hrsg.), *Kurzzeittherapie und Wirklichkeit* (S. 25–41). München: Piper.
- Watzlawick, P. & Nordone, G. (2008 [2001]). Prolog. In dies. (Hrsg.), *Kurzzeittherapie und Wirklichkeit* (S. 11–18). München: Piper.
- Zaumseil, M. (2006). Einleitung. In E. Wohlfart & M. Zaumseil (Hrsg.), *Transkulturelle Psychiatrie – Interkulturelle Psychotherapie. Interdisziplinäre Theorie und Praxis* (S. 4–50). Heidelberg: Springer.

Value-based Counseling. Culture and Religion as a Meaningful Element of a Specific Type of Psychodynamic Short-term Intervention

Abstract: Value-based Counseling (VBC) evolved from the work experience of the Jungian psychoanalyst Inge Missmahl gained mainly in Afghanistan, but also in Sri Lanka, China, Haiti and Ukraine. The short-term psychodynamic intervention has a salutogenic approach that aims to improve the sense of coherence and self-efficacy of clients in the course of a non-directive but carefully structured conversation. VBC is based on the idea of man/woman as a human being that has an inherent need for leading a meaningful life. Our human potential for self-development and our pursuit of harnessing this potential can be used to facilitate human self-healing. The counseling approach avoids pathologising clinical symptoms underlying intrapsychic or interpersonal conflicts, traumatic experiences, a disruptive social environment, or difficult life transitions such as migration or loss of livelihoods, instead seeking to understand the significance of these symptoms as an expression of unresolved social stress. VBC is based on the experience that we can discover scope for change if we understand our emotional reaction to a situation experienced as an impasse by becoming conscious of the hierarchy of our own values that triggers this emotional reaction as well as of the values of concerned parties. Culture, and in this context religion, shape our perception of the world and of our feelings associated with this perception. Culture and religion are therefore regarded as a resource that can provide meaning and that counselors can refer to and use with deliberate care in their interactions with clients.

Key Words: Afghanistan, collectivism, culture, conflict area, development cooperation, education, easily accessible services, Germany, health system, humanitarian aid, idea of man, meaning, migration, psychosocial counseling, refugees, short-term psychodynamic intervention, short-term therapy, religion, salutogenesis, self-efficacy, trauma, values

**Value-based counseling (consulenza basata sul valore).
Cultura e religione come elemento significativo di un
intervento psicodinamico a breve termine**

Riassunto: Il Value-based Counseling (VBC) è nato dall'esperienza pratica della psicoanalista junghiana Inge Missmahl, acquisita principalmente in Afghanistan, ma anche in Sri Lanka, Cina, Haiti e Ucraina. L'intervento psicodinamico a breve termine ha un approccio salutogenico volto a ripristinare il senso di coerenza e di auto-efficacia delle persone. Ciò avviene nel quadro di una discussione non direttiva ma attentamente strutturata. Il VBC si basa su un'immagine dell'uomo che parte da un bisogno umano intrinseco di avere una vita piena di senso. Il potenziale di autosviluppo dell'uomo e il suo sforzo di utilizzare questo potenziale costituisce la base per sostenere l'autoguarigione umana. L'approccio di consulenza evita di patologizzare i sintomi clinici basati su conflitti intrapsichici o interpersonali, esperienze traumatiche, un ambiente sociale dirompente o transizioni di vita difficili come la migrazione o la perdita di mezzi di sussistenza, e cerca invece di comprendere il significato di questi sintomi come espressione di stress sociale irrisolto. Il VBC parte dal presupposto che una persona che viene a conoscenza della sua situazione, della gerarchia dei valori ad essa associati e di quelli altrui, nonché dei sentimenti che ne derivano, avrà un margine di manovra per il cambiamento. Come punto di partenza per la percezione del mondo e dei sentimenti ad esso associati, la cultura e, in questo contesto, la religione sono considerate una risorsa significativa che può essere utilizzata specificamente nella consulenza.

Parole chiave: Afghanistan, formazione, consulenza psicosociale, counseling, Germania, cooperazione allo sviluppo, rifugiati, sistema sanitario, aiuto umanitario, collettivismo, cultura, cultura, aree di crisi, migrazione, intervento psicodinamico a breve termine, terapia a breve termine, immagine umana, assistenza a bassa soglia, religione, salutogenesi, autoefficacia, senso, trauma, valori.

Die Autorinnen

Inge Missmahl ist jungianische Psychoanalytikerin sowie Gründerin und Geschäftsführerin der *International Psychosocial Organisation* (Ipso) gGmbH.

Birte Brugmann ist promovierte Archäologin, ausgebildete Friedens- und Konfliktberaterin und in der Entwicklungszusammenarbeit, Übergangshilfe und humanitären Hilfe freiberuflich unter anderem für Ipso tätig.

Kontakt

Inge Missmahl
Ipso gGmbH
Münsterplatz 13
78462 Konstanz
E-Mail: i.missmahl@ipsocontext.org

Value-based Counseling

Culture et religion en tant qu'élément créateur de sens d'une intervention psychodynamique de courte durée

Inge Missmahl & Birte Brugmann

Psychotherapie-Wissenschaft 9 (1) 50–51 2019

www.psychotherapie-wissenschaft.info

CC BY-NC-ND

<https://doi.org/10.30820/1664-9583-2019-1-50>

Mots-clés : Afghanistan, formation, conseils psychosociaux, counseling, Allemagne, coopération de développement, réfugiés(es), système de santé, aide humanitaire, collectivisme, culture, régions en crise, migration, intervention psychodynamique de courte durée, thérapie de courte durée, conception de l'homme, soins faciles d'accès, religion, salutogène, efficacité personnelle, sens, traumatisme, valeurs

Le secteur allemand de la santé confronte à de nouveaux défis la majeure partie des personnes ayant recherché la protection en Allemagne dans les années 2015 et 2016, essentiellement, mais pas exclusivement avant la guerre en Syrie, et a renforcé entre autres la prise de conscience que la culture est un facteur important dans la gestion des patients(es). Cela fait référence non seulement aux barrières de la langue, mais également à l'expression marquée culturellement du stress psychique et culturel et dans certaines circonstances, des perceptions influencées religieusement de douleurs corporelles et de représentations de la santé mentale. Non seulement la majeure partie des nouveaux arrivants, mais aussi les problèmes particuliers de santé et psychiques de personnes qui ont été confrontées à la guerre et à l'expulsion, soumettent le système allemand de santé et une multitude d'organisations qui proposent des services psychothérapeutiques ou psychosociaux aux exilés à des défis particuliers.

Le value-based Counseling (VBC-conseils basés sur des valeurs) est né de l'expérience pratique de la psychanalyste jungienne, Inge Missmahl, qu'elle a acquise en Afghanistan, au Sri Lanka, en Chine, à Haïti et en Ukraine. L'intervention psychodynamique de courte durée a une approche salutogène qui vise à restaurer le sentiment de cohérence et l'auto-efficacité des individus. Cela est effectué dans le cadre d'un entretien non directif, mais soigneusement structuré. L'effet du VBC a pu être démontré dans le cadre d'une étude dans une clinique au nord de l'Afghanistan. L'approche consultative a généré un recul significatif de la symptomatologie et des facteurs de stress psychosociaux des participantes. Une étude d'efficacité financée par le Ministère fédéral de la Santé et qui analyse l'efficacité de l'approche consultative pour les exilés et les personnes issues de l'immigration en provenance d'Afghanistan, de Syrie et d'Afrique est actuellement en cours.

Le VBC repose sur une conception de l'Homme qui suppose un besoin inhérent de l'Homme d'une vie pleine de sens. Le potentiel de l'Homme à l'épanouissement personnel et à aspirer à utiliser ce potentiel constitue le

fondement de la promotion de l'autoguérison humaine. Le VBC suppose que l'aspiration à l'épanouissement personnel peut être utilisée, en fonction de valeurs culturellement marquées ou développées personnellement, pour des autoconstructions différentes, notamment des configurations du soi conditionnées culturellement, qui ne doivent pas être limitées à l'égoïsme ou au sociocentrisme, mais qui peuvent contenir des aspects écocentriques et cosmocentriques. Comme point de départ de la perception du monde et des sentiments qui y sont associés, la culture et dans ce contexte la religion aussi sont considérées comme une ressource valorisante qui peut être utilisée d'une manière ciblée dans le Counseling.

L'approche consultative évite une pathologisation de symptômes cliniques, auxquels sont sous-jacents des conflits intrapsychiques ou interpersonnels, des expériences traumatisantes, un environnement social disruptif ou des passages de vie difficiles comme la migration ou la perte de principes de vie, et elle s'efforce à la place de comprendre la signification de ces symptômes en tant qu'expression de stress sociaux non résolus. Le VBC suppose que des marges de transformation s'ouvrent à l'individu qui est conscient de sa situation, de la hiérarchie de valeurs propre et externe qui y est associée ainsi que des sentiments que cela déclenche.

L'offre psychothérapeutique dans les zones de conflit doit être applicable dans la pratique, tout comme dans des pays en voie de développement et émergents dont le quotidien est marqué par des difficultés de tous types. Cela s'applique aussi à la formation de thérapeutes qualifiés(es) tout comme aux possibilités de financer des formes thérapeutiques usuelles. Dans la mesure où même en Allemagne – pays industriel avec une assurance-maladie qui couvre tout le territoire – le besoin dépasse les moyens mis à disposition, on peut sérieusement se demander à quoi peuvent ressembler, dans des conditions préalables moins favorables, des soins accessibles dans le domaine de la santé psychique.

Pour ne pas soumettre le VBC aux limites de la communication interculturelle, des personnes d'horizons culturels

différents qui disposent certes d'une préformation, mais qui n'ont pas nécessairement étudié la psychologie à un niveau international recevront une formation dans un délai d'un an en tant que conseillers(ères) pour pouvoir travailler dans leur langue maternelle pour leurs concitoyens. La mission de conseiller(ère) n'est pas de définir des solutions aux problèmes, mais de soutenir les « clients(es) » dans le développement de leurs propres solutions. Pendant leur formation, les conseillers(ères) apprennent à ne pas faire de suppositions sur l'état intérieur des « clients(es) » et d'interprétations qui en découlent, et de changer à la place de perspective afin de comprendre la situation intérieure des « clients(es) » à partir de leur point de vue et de développer ensemble, avec un intérêt authentique et une compréhension empathique, une compréhension de la situation intérieure de la « cliente » ou du « client ».

Une concordance entre les clients(es) et les conseillers(ères) prend en considération les barrières socioculturelles qui compliqueraient une consultation accessible pour l'autre sexe dans des cultures fortement marquées par des répartitions de rôles spécifiques au genre. Dans la mesure où l'autre sexe manque dans de telles cultures d'expériences élémentaires et que les tabous sociétaux veillent à ce qu'elles ne puissent être d'emblée communiquées, il est essentiel pour une consultation accessible que les femmes soient conseillées par des femmes, et les hommes par des hommes.

Le VBC a été intégré dans les années 2008 à 2016 dans le système public de santé de l'Afghanistan en tant que prestation de service psychosociale avec des aides de financement de l'Union européenne et du Ministère des Affaires étrangères de la République fédérale d'Allemagne. L'approche consultative et le curriculum qui en émane ont été repris par le Ministère de la Santé de l'Afghanistan et ont été consacrés comme critère de qualité contraignant des conseillers(ères) psychosociaux(ales) ayant le droit de travailler dans le secteur de la santé.

L'exemple de l'Afghanistan démontre qu'il est possible d'améliorer durablement les soins psychosociaux dans un pays marqué par les conflits, la pauvreté et

les mutations sociétales en mobilisant avec l'aide internationale des ressources locales. Parallèlement, 92 réfugiés(es) ont été formés(es) en tant que conseillers(ères) psychosociaux(ales) en Allemagne en 2015 et 2016 en réponse aux nombres importants de réfugiés(es) en Europe. Ils sont accessibles physiquement et en ligne dans des centres de consultation psychosociaux à Berlin, Hambourg et Erfurt.

Les options d'application du VBC sont cependant encore plus variées. Étant donné les pénuries en matière de soins dans le système de santé allemand qui ont déjà été abordées ci-dessus, l'approche consultative pourrait constituer un élément d'un système de soins à plusieurs niveaux qui précéderait une psychothérapie plus longue reposant sur un diagnostic. Sous la forme d'une telle intervention en amont, le VBC pourrait agir contre une chronification de symptômes psychiques et ainsi rendre obsolète dans de nombreux cas une thérapie plus longue. Dans ce cas aussi, il serait évidemment important que les individus soient conseillés dans leur langue maternelle et par des conseillers(ères) issus(es) du même horizon culturel.

Les auteures

Inge Missmahl est une psychanalyste jungienne et fondatrice et directrice de l'International Psychosocial Organisation (Ips) GmbH.

Birte Brugmann est une archéologue titulaire d'un doctorat, conseillère en matière de paix et de conflits et travaille également en indépendante dans la coopération de développement, l'aide transitoire et l'aide humanitaire pour l'Ips entre autres.

Contact

Inge Missmahl
Ips gGmbH
Münsterplatz 13
78462 Konstanz
E-Mail: i.missmahl@ipsocontext.org

Vom Inkubationsritus zur Psychotherapie

Eine transkulturelle Perspektive

Tania Re

Psychotherapie-Wissenschaft 9 (1) 53–59 2019
www.psychotherapie-wissenschaft.info
CC BY-NC-ND
<https://doi.org/10.30820/1664-9583-2019-1-53>

Zusammenfassung: Ursprünglich, im Westen, war die Medizin, die die Pflege von Körper, Geist und Seele betraf, eine divinatorische Kunst. Im Laufe der Zeit hat der Begriff «Weissagung» seine ursprüngliche Bedeutung verloren, im Vergleich zur Antike und insbesondere zur archaischen griechischen Welt, wo er einen enormen Wert hatte. Die Kunst des Asklepios (Äskulap) ist, wie die seines Vaters Apollo, eine göttliche Kunst, die ein Heilritual voraussetzt. In diesem Zusammenhang sei daran erinnert, dass die historisch-anthropologische Forschung in vielen Kulturen des schamanischen Typs (Südamerika, Sibirien, Indien) im therapeutischen Bereich eine sehr alte Verwendung von «Meisterpflanzen» oder Pflanzen aufzeichnet, die es aufgrund ihrer Eigenschaften ermöglichen, «aussergewöhnliche Bewusstseinszustände» zu erreichen. Diese Bewusstseinszustände können durch verschiedene Praktiken wie Meditation, holotropes Atmen, Yoga, sensorische Entbehrung oder sogar spontan wie bei den christlichen Mystikern entstehen. Die von den Forschern beschriebenen aktuellen Erfahrungen liefern uns sehr ermutigende Daten über den Nutzen dieser Art von Erkenntnissen. Die in den USA und in Europa, in Spanien und der Schweiz entwickelte Forschung folgt tendenziell Forschungsprotokollen, in denen das Set (der aktuelle Stand, aber auch die klinische und biographische Geschichte des Patienten), das Setting (das Umfeld, in dem die Erfahrung stattfindet) und die Substanz (Art, Dosierung, Qualität und Quantität) eine grundlegende Rolle spielen. Die Herausforderungen für die Zukunft im psychotherapeutischen Bereich über den therapeutischen Einsatz psychoaktiver Substanzen sind nach wie vor vielfältig, eine echte Möglichkeit könnte darin bestehen, den rituellen Einsatz von Substanzen durch die Kombination von Vergangenheit und Gegenwart, altem Wissen und moderner Wissenschaft im Dienste der Pflege zu revitalisieren.

Schlüsselwörter: Asklepios (Äskulap), Epidauros, sapientale Medizin («Weisheitsmedizin»), Tempelmedizin, Inkubationsheiligtum, «Meisterpflanzen», Schamanismus

Die Ursprünge: Die Medizin im Asklepieion

Ursprünglich, im Westen, war die Medizin, die die Pflege von Körper, Geist und Seele betraf, eine divinatorische Kunst. Im Laufe der Zeit hat der Begriff «Weissagung» seine ursprüngliche Bedeutung verloren, im Vergleich zur Antike und insbesondere zur archaischen griechischen Welt, wo sie einen enormen Wert hatte. Die Weissagung war in der Tat die reinste Form der Erkenntnis, eine Art halbgeschlossene Tür oder Brücke, die die menschliche Welt mit der göttlichen Welt verband. Epidauros war in der Antike eine «therapeutische Landschaft», ein architektonischer Komplex, der mehrere Gebäude umfasste, zu dem Menschen aus ganz Griechenland kamen, um vom Gott Asklepios, einer seit 500 v. Chr. verehrten Gottheit, geheilt zu werden. Epidauros war eine sehr komplexe Struktur, eine Art Stadtstaat oder souveräner Staat, der Tausende von Anhängern aufnehmen konnte.

Die emblematische und schillernde Figur Asklepios' gilt auch heute noch als Gott der Medizin. Er ist mit einer medizinischen Anschauung verbunden, die als «Tempelmedizin» definiert wurde, zu deren bedeutendstem Zentrum Epidauros wurde.

Man muss sich zunächst eine gewisse Konkurrenz zwischen den verschiedenen Städten der *Asklepieia* vor-

stellen, ein Wettbewerb, der später dank der Antwort des Delphischen Orakels beigelegt wurde.

Letztere erkannte die herausragende Rolle des Heiligtums von Epidauros über alle anderen; es ist Pausanias (II, 27, 6), der uns erzählt, wie das Orakel von Delphi auf die Frage des Apollonophanes nach Asklepios' Herkunft antwortete: «O Asklepios, geboren zum Heil aller Sterblichen, die mit mir [Apollo] in Liebe vereinte Tochter von Phlegia, die reizende Koronis, gebar dich im steinigen Epidauros».

Das Asklepieion befand sich in einer flachen, waserreichen Gegend am Fusse des Berges Kynortion; die Gläubigen erreichten das Heiligtum entlang einer Strasse aus Argos oder aus Epidauros selbst. In der Stadt war der Asklepios-Kult seit dem 6. Jahrhundert v. Chr. fest etabliert und erreichte im 4. Jahrhundert die volle Hegemonie, zu Lebzeiten des Hippokrates. Das ummauerte Heiligtum stand ausserhalb der Stadt und war mit dieser durch eine von Statuen flankierte Strasse verbunden.

Der einführende Torbau, als *Propylon* bezeichnet, war mit Säulen geschmückt und markierte den Eingang zum Heiligtum; hier erinnern die literarischen Quellen an das Vorhandensein einer grossen Inschrift, die schon von weitem sichtbar war und die Gläubigen beim Erreichen des Heiligtums ermahnte: «Rein muss sein, wer den duf-

tenden Tempel betritt; aber rein zu sein bedeutet, heilige Gedanken zu haben» (Porphyrios, *De abst.*, II, 19).

Nach dem Eingang erlaubte ein Brunnen aus dem 6. Jahrhundert v. Chr. den Pilgern, sich nach der langen Reise zu waschen und zu erfrischen; er bot auch das Wasser für die Opferrituale. Der Tempel selbst, Werk des Architekten Theodotos, bestand aus Kalkstein. Die Zelle in der Mitte war von dorischen Säulen umgeben und mit polychromem Marmor verziert; sie beherbergte die chryselephantine (mit Gold und Elfenbein bearbeitete) Statue des Asklepios.

Asklepios wird als reifer Mann dargestellt, mit Bart (aber anderenorts auch als junger Mann ohne Bart), auf dem Thron sitzend, mit einem Stock in der Faust, während die andere Hand auf dem Kopf einer Schlange ruht; zu seinen Füßen liegt ein Hund. Hunde und Schlangen, zusammen mit den weisen Eulen und ernährenden Ziegen, waren heilige Tiere: Ihre Zunge galt als wirkungsvoll durch Lecken, Beruhigen und Heilen von Wunden. In den Säulengängen vor dem Tempel befand sich das *Abaton*, Aufenthaltsort für die Kranken und Schlafstätte, wo die Kranken die Nächte in der «Inkubation» (Tempelschlaf) verbrachten.

Der Ritus der Trauminkubation (Enkoimesis)

Der Ritus der *Incubatio* ist, wie wir sehen werden, die Praxis derer, die schlafen, um Antworten zu erhalten. Der Kranke «incubante ad Asclepio» ist derjenige, der im Asklepieion schläft, um wundersam geheilt aus dem Schlaf aufzuwachen oder auf untergeordnete Weise ein Gebot oder einen Ratschlag zu empfangen, wie er sich zur Heilung verhalten sollte.

In der heiligen Klausur befand sich auch die *Tholos*, ein kreisförmiges Labyrinth, in dem sich der heilige Brunnen befand, Sitz der heiligen Schlangen, an dem die Kranken die Votivtafeln zurückliessen, auf denen sie ihre Geschichten, mit den aufgetretenen Symptomen und den erhaltenen Behandlungen geschrieben hatten. Ausserhalb der Anlage wurde das monumentale Ensemble durch die chronologisch späteren Gebäudeanbauten der Turnhalle für körperliche Übungen, der Bäder und des *Odéion* für musikalische Darbietungen zu therapeutischen Zwecken ergänzt.

Das *Katagòghion*, ein Gästehaus mit mehreren Zimmern, die unter den Arkaden und um die Innenhöfe herum angeordnet waren, bot denjenigen Unterkunft, die auf Wallfahrt zum Heiligtum kamen, um Heilung zu suchen. Die Pilger wurden von einem Empfangspersonal begrüsst, das sich aus Trägern, Verwahrer der Schlüssel zum Tempel und den Schriftgelehrten zusammensetzte, die die Aufgaben jedes Pilgers aufzeichneten und die wirtschaftlichen Verhältnisse berücksichtigten. Der Tempel war jedermann zugänglich, aber den Reichen wurden zusätzliche Gebühren, sogenannte *iattras*, auferlegt. *Iatrós* war in der Tat einer der Namen von Asklepios, der auch «König», «Held», «Dämon», «Despot» und «Gott» genannt wurde.

Das Hilfspersonal war vielfältig: Es reichte von Betreuern, die über die Schläfer wachten, über *Pyrophoren*, die

für Beleuchtung sorgten, bis hin zu den *Asklepiaden*, die die Opfer beaufsichtigten, den Erzählungen der Träume lauschten und die Antworten des Heilgottes übermittelten. An der Spitze stand der *Hierophant*, der Hohepriester und «Enthüller der heiligen Geheimnisse», der grösste Vertreter spiritueller Macht und Weisheit im Tempel.

Das Zugangsritual bestand in der vorbereitenden Reinigung der Kranken, mit Waschen und kurzem Fasten, gefolgt vom Opfer: «ein Hahn an Asklepios», wie Platon Sokrates in *Phaidon* in seiner letzten Rede vor seinen Freunden sagen liess. Im Asklepios wurden auch andere Tiere geopfert, und je mehr man hatte, desto mehr gab man.

Nach dem Opfer, stets begleitet von Anrufung, einem ständigen Element dieses Rituals, legte sich der Patient auf ein Lager, das manchmal aus den Häuten der geopfert Tiere bestand: eine Ziege, ein Ochse, ein Hausrind. Dann schief er ein und träumte; manchmal wachte er wundersam geheilt auf; manchmal erwachte er und war bereit, sich dem Asklepiaden anzuvertrauen, um therapeutische Anweisungen von ihm zu erhalten. Die Therapie der Heilung beruhte ganzheitlich auf einem Regime, das der Gott dem Patienten vorschrieb, das heisst auf Ernährungsregeln, Übungen, Bädern, «die teils seinen Leiden folgen, teils Krankheiten vorbeugen».

Wie man feststellen kann, hat die Therapie nichts Wunderbares oder Göttliches an sich, sondern basiert auf einer Reihe von Verhaltensweisen, die dazu dienen sollen, das körperliche Gleichgewicht wiederherzustellen, das durch die verschiedenen Leiden beeinträchtigt wurde. Die Kunst des Asklepios ist, wie die seines Vaters Apollo, eine göttliche Kunst, die ein Heilritual voraussetzt. Aber sobald wir den Höhepunkt solchen Wissens berücksichtigen, trägt es bereits den Samen seiner Dekadenz in sich. Die Geburt der so genannten technischen Medizin wird die fortschreitende, ich würde sogar unterstreichen, initiatori-sche Loslösung von dieser Form des Wissens sanktionieren.

Technik – *téchne* – ist in der Tat ein homerisches Hauptwort, ein altgriechischer Begriff ionischer Herkunft, der eine Kunst, ein Handwerk, einen Beruf bezeichnet. Historisch entwickelte sich der Ausdruck im geografischen Gebiet des Ionischen Meers und der Ägäis, zwischen Magna Graecia und griechischem Mutterland sowie zwischen diesem und Kleinasien, im 5. Jahrhundert v. Chr.: eine Kunst im medizinischen Bereich, verbunden mit dem Namen Hippokrates. Der Begriff *Téchne* umfasst mehrere Bedeutungen. Es bezeichnet den Beruf des Handwerkers, des Geometers, der die Erde vermisst, des Mathematikers, der die Theoreme erstellt, des Musikers, der Harmonien findet und erzeugt, des Arztes, der die Gesundheit der Menschen pflegt und wiederherstellt. Es handelt sich in jedem Fall um einen Beruf, der Theorie und Praxis in unterschiedlichem Masse beinhaltet und der den Einsatz von intellektuellen Prozessen erfordert.

Im Falle des Arztes, der die Pflegekunst mit Intellekt und Hand ausübt, beziehen sich die Verfahren dieser Wissensmacht einerseits auf die erarbeiteten Formen des geistigen Wissens, andererseits auf Praktiken mit einem konsistenten Inhalt von manuellen Fähigkeiten. Nicht zuletzt unter den Techniken, ja vor der Bedeutung ihres

Gegenstandes, ist die Medizin eine Tätigkeit der menschlichen Vernunft, die zwischen intellektueller Kenntnis und konkretem manuellem Handeln stattfindet.

Praxis und *Logos* werden das Wissen von Asklepios zunehmend ersetzen. Diese Vision, in der die Entwicklung der Medizin als Technik als eine Art Abstammung von dieser Tempelmedizin über eine fortschreitende «Entsakralisierung» angesehen wird, geht historisch auf den positivistischen Philosophen Littré zurück, der berühmte Verleger der Werke des Hippokrates im 19. Jahrhundert.

Die Geburt der Hippokratischen Medizin

Iatrèia, die Kunst der Heilung unter Einsatz von Heilmitteln, erwirbt ihre Physiognomie und Autonomie durch eine Technik, die mit Hippokrates reifte.

Hippokrates, der unbestrittene Vater der modernen Medizin, wird eine fast hundertjährige Langlebigkeit zugeschrieben, die mehr als die Hälfte des 5. und einen Grossteil des 4. Jahrhunderts v. Chr. umfasst. Von seinem ersten Biographen Soranos, Autor des Werks *Genealogie und Leben des Hippokrates*, wird der «alte Mann von Kos» als Nachkomme des Asklepios der 19. Generation mythisiert, um eine Kontinuität zwischen Asklepiaden und «Technikern» der Gesundheit zu symbolisieren.

Trotz dieser göttlichen Abstammung können wir nicht umhin, an Hippokrates zu denken als ersten «Rationalisten», als Urheber der Entmystifizierung der magischen Aura, die bis zu seinem Erscheinen die Heilungsrituale umgab. In diesem Zusammenhang erscheint es angebracht, seine eigenen Worte über die «alte Medizin» zu zitieren:

«Seit langem verfügt die Medizin über alle Elemente, und das Prinzip und der Weg wurden entdeckt, dank derer über einen langen Zeitraum viele ausgezeichnete Entdeckungen gemacht wurden, und der Rest wird in der Zukunft entdeckt werden, wenn jemand, der dazu fähig ist und sich des bereits Entdeckten bewusst ist, von diesem Ausgangspunkt aus die Forschung weiterführen wird. Wer all dies ablehnt und auf einem anderen Weg und nach einem anderen Schema forscht und behauptet, etwas entdeckt zu haben, hat sich getäuscht und täuscht sich, weil es unmöglich ist. Und aus welchen zwingenden Gründen es unmöglich ist, werde ich versuchen, zu beweisen, indem ich erkläre und demonstriere, was Kunst ist» (Hippokrates, Werke).

Auch Hippokrates, den wir als Gründervater der technischen Medizin definiert haben, spricht von Kunst. Am Anfang bestand zwischen den beiden Figuren, Hippokrates einerseits und Asklepios andererseits, wenn wir einen etwas seltsamen Ausdruck verwenden wollen, eine «stillschweigende Vereinbarung»: Sie lebten in der Tat noch lange zusammen weiter.

Die Auseinandersetzung mit dem Mythos von Asklepios könnte hier enden, aber man darf einen weiteren Umstand nicht vergessen: Der Evangelist Johannes (4,42) berichtet, dass Aesculapius (die lateinische Übersetzung

von Asklepios), der als Retter verehrt wurde, lange Zeit ein gefürchteter Konkurrent Jesu Christi war und der Kult dieses Gottes rivalisierte lange Zeit mit dem Christentum. Aus diesem Grund fielen die mit dem Asklepios-Kult verbundenen Anlagen der späteren christlichen Zerstörung zum Opfer.

Von der westlichen Medizin zu den «anderen» traditionellen medizinischen Praktiken

Im therapeutischen Bereich zeichnet die historisch-anthropologische Forschung in vielen schamanischen Kulturen (Südamerika, Sibirien, Indien) eine sehr alte Verwendung von «Meisterpflanzen» auf, oder von Pflanzen, die aufgrund ihrer Eigenschaften «ungewöhnliche Bewusstseinszustände» hervorrufen können. Diese Bewusstseinszustände können durch verschiedene Praktiken wie Meditation, holotropes Atmen, Yoga, sensorische Entbehrung oder sogar spontan wie bei den christlichen Mystikern entstehen.

Historisch gesehen lässt sich feststellen, dass in Europa, zuerst zur Zeit der Griechen und dann während des Römischen Reiches, die dionysischen Riten, die Mysterien von Eleusis praktiziert wurden, bei denen auch der Konsum psychoaktiver Substanzen überliefert ist. Ein typisches Element des Dionysos-Kultes ist die im Wesentlichen weibliche Teilnahme an den Zeremonien, die in verschiedenen Teilen Griechenlands gefeiert wurden: Die Bakchen (auch Mänaden genannt) beschworen und besangen ihre Anwesenheit und reproduzierten, auch mittels Masken (wichtig im Dionysos-Kult, der angeblich mit der Geburt der griechischen Tragödie verbunden ist), rituell die mythische Dionysos-Prozession von Silen, Satyre und Nymphen.

Wie McKenna (1991), einer der bedeutendsten Erforscher des schamanischen Phänomens, uns daran erinnert:

«Der Schamanismus ist eine experimentelle Wissenschaft, die sich mit einem Bereich beschäftigt, von dem wir nichts wissen. Es ist wichtig, sich daran zu erinnern, dass sich unsere erkenntnistheoretischen Werkzeuge im Westen sehr ungleich entwickelt haben.

Wir wissen viel über das, was im Herzen des Atoms passiert, aber absolut nichts über die Natur des Geistes. Wir haben keine Hinweise. Wenn die mathematische Formulierung die Grundlage ideologischer Gewissheit sein soll, dann haben wir im Bereich dessen, was wir den Geist nennen, gar keine Gewissheit. Unbewusst gehen wir von allen möglichen Dingen aus, aber wenn wir mit dem Rücken zur Wand stehen, sind wir nicht in der Lage, unsere Position zu verteidigen. Ich glaube, dass Folgendes geschehen ist: Aufgrund der Psychedelik einerseits und der Quantenphysik andererseits wurde das Programm des rationalen Verständnisses der Natur so weit vorangetrieben, bis wir dadurch das irrationale Herz der Natur selbst erreichten. In den Heilpraktiken der prä-hippokratischen Zivilisationen, die wir heute als Magie bezeichnen, gehörten Religion und Fürsorge einer

einzigsten Welt an und galten alle als Ausdruck übernatürlicher Kräfte. Krankheit und Heilung wurden daher als das Ergebnis übernatürlicher Eingriffe angesehen.»

Die «Meisterpflanzen» in der traditionellen Medizin: vom Wald zum Labor

Heute wie damals berichtet die Forschung über Veränderungen im prosozialen Verhalten in zahlreichen untersuchten Menschengruppen, die verschiedene Arten von «Meisterpflanzen» konsumiert haben, sowohl in religiösen Kontexten, wie Ayahuasca-Sud für Praktizierende der Santo-Daime-Kirche, als auch in informellen Kontexten.

Zu den Ayahuasca-haltigen Pflanzen gehören *Banisteriopsis caapi* und *Psychotria viridis*; letztere enthält hohe Dosen von N, N-Dimethyltryptamin, bekannt als DMT, das vom menschlichen Gehirn produziert und in vielen pflanzlichen Substanzen enthalten ist. Die ersten wissenschaftlichen Studien über die psychotropen Wirkungen dieser Substanz begannen Mitte der 1950er Jahre und wurden vom ungarischen Psychiater und Chemiker Stephen Szára, geboren 1923, durchgeführt. Er hat als erster die entheogenen Eigenschaften von DMT entdeckt und erkannt, indem er die Substanz an sich selbst experimentierte.

Doch es war Rick Strassman, Psychiater und klinischer Psychopharmakologe, geboren 1952, der das Verdienst hatte, das akademische Interesse an der wissenschaftlichen Erforschung psychoaktiver Substanzen zu wecken; Strassman definierte DMT als «das Molekül des Geistes», was auf die tief psychisch-geistigen Auswirkungen im Zusammenhang mit dieser Substanz hindeutet (Bragazzi et al., 2018a–d).

Nach einer Reihe vertiefter Untersuchungen zu den Wirkungen durch Verabreichung von DMT kam Strassman zu einer wichtigen Schlussfolgerung. Die veränderten Bewusstseinszustände, die durch diese Substanz induziert werden – DMT kommt in vielen Pflanzen sowohl in Europa als auch insbesondere in Südamerika vor – können mit mystischen Erfahrungen verglichen werden:

«Diese Substanz kann uns zur Annahme der Koexistenz von Gegensätzen wie Leben und Tod, Gut und Böse führen; die Erkenntnis, dass das Bewusstsein auch nach dem Tod fortbesteht; ein tiefes Verständnis der grundlegenden Einheit aller Phänomene; und ein Gefühl der Weisheit oder Liebe, das die ganze Existenz durchdringt» (Strassman, 2001).

Strassman stellte zudem fest, dass Nahtod-Erfahrungen (NTE) mit DMT-Erfahrung verglichen werden können; tatsächlich berichteten viele der Teilnehmer an seinen DMT-Studien über Kontakte zu fühlenden und körperlosen Wesen während der Erfahrung.

Aber welches sind die Eigenschaften dieses wirkungsvollen Moleküls? Laut Strassman (2001) kann DMT als das einfachste der psychoaktiven Tryptamine angesehen werden. Seine Pharmakologie wirkt auf Serotonin-

Rezeptorstellen genauso wie andere Substanzen wie Lysergsäurediethylamid (LSD), Psilocybin und Meskalin. Serotonin-Rezeptoren sind im gesamten menschlichen Körper verbreitet und kommen in verschiedenen Geweben und Organen vor, darunter in Blutgefässen, Muskeln, Drüsen und der Haut.

Der Nobelpreisträger Julius Axelrod (1912–2004) berichtete 1972, dass er DMT im menschlichen Hirngewebe isoliert habe, und andere Forschungen haben gezeigt, dass DMT auch in der Zerebrospinalflüssigkeit, dem sogenannten Gehirnwasser, zu finden ist.

Die Zirbeldrüse wird oft als die DMT-Fabrik des menschlichen Körpers angesehen, und Strassman hat die Kenntnis verbreitet, dass das Gehirn beim Träumen und in der Phase vor dem Tod grosse Mengen dieser Verbindung freisetzt. Laut Strassman haben Gewebe und Organe wie Lunge, Leber, Blut und Augen zwar alle Enzyme, die benötigt werden, um Tryptamin in DMT umzuwandeln, aber die Zirbeldrüse ist besonders reich an dieser Substanz; Strassman spekulierte auch, dass die Zirbeldrüse nach dem Tod noch einige Stunden lang postmortales DMT produzieren könne.

Dr. Ede Frecska, Präsident des Psychiatrie-Instituts an der Medizinischen Fakultät der Universität Debrecen, Ungarn, hat kürzlich entdeckt, dass sich DMT an den Sigma-1-Rezeptor ($\sigma 1R$) binden kann. Es handelt sich um ein transmembranes Protein, das im ganzen Körper und vor allem in einigen Regionen des zentralen Nervensystems vorhanden ist. Dieser Rezeptor spielt eine Schlüsselrolle beim Schutz der Zellen vor Apoptose bei kritisch niedriger Sauerstoffkonzentration (d.h. unter hypoxischen Bedingungen) und lässt Raum für das faszinierende Argument, dass DMT tatsächlich während des Todes in grossen Mengen produziert und freigesetzt werden kann, um menschliche Zellen am Leben zu erhalten. Allerdings müssen wir noch nachweisen, dass DMT tatsächlich in der Zirbeldrüse des Menschen produziert wird.

Abgesehen von der DMT können wir sagen, dass die Zirbeldrüse in verschiedenen religiösen und mystischen Praktiken auf der ganzen Welt als zentral angesehen wird und eine wichtige Rolle in den Theorien von Galenos (etwa 130–200 n. Chr.) und René Descartes (1596–1650) gespielt hat (López-Muñoz & Alamo, 2011).

Vor kurzem schlug Roney-Dougal (1989; 1991; 2001) vor, dass die Zirbeldrüse und ihre Neurochemie und Neuroanatomie für das Auftreten sogenannter «Psi-Phänomene» von entscheidender Bedeutung sein können (Rogo, 1975, 1976) und weist auf die Assoziation hin, die Yogis zwischen der Zirbeldrüse und dem *Ajna*-Chakra herstellen. Letzteres ist das psychisch-yogische Zentrum, das die Psi-Erfahrungen bei Menschen mit erwachter Kundalini kontrolliert (Luke, 2012; Miller, 1978; Satyananda, 1972).

Als Studie der Aktivität der Zirbeldrüse zwischen korrekter und rigoroser wissenschaftlicher Methode und einem mystischen und theologischen Ansatz ist die Arbeit des italienischen Arztes Paolo Lissoni, Onkologe und Pionier bei der Auseinandersetzung mit der Psychoneuroimmunologie (PNI) besonders wertvoll und grundlegend (Lissoni, 1999).

Laut einer kürzlichen Arbeit (Lissoni et al., 2001) war die Entdeckung der grundlegenden Rolle der Zirbeldrüse bei der Regulation des Immunsystems einer der wichtigsten Fortschritte in der Erkenntnis der neurochemischen Mediation des psychospirituellen Lebens. In Lissonis mystischer Sichtweise des Menschen, als Bild des dreieinigen Gottes in seiner biochemischen, psychologischen und spirituellen Natur, kann die Zirbeldrüse als die physische/neuroanatomische Brücke zwischen diesen multidimensionalen Aspekten betrachtet werden (Lissoni, 1999; Lissoni et al., 2001).

Lissoni ging mit seiner stark spirituellen Sichtweise des Heilungsprozesses weiter und entdeckte, dass die verschiedenen von der Zirbeldrüse produzierten Neurohormone Krebspatienten helfen könnten, die natürliche immunbiologische Resistenz gegen das Tumorwachstum wiederherzustellen: Dies geschieht durch die Regelung des Produktionsrhythmus von vier Haupt-Indolen, die in bestimmten Zeitabständen produziert und freigesetzt werden: i) 5-Methoxytryptol (5-MLT) am Mittag; ii) 5-Methoxytryptamin (5-MT) bei Sonnenuntergang; iii) Melatonin (MLT) bei Nacht; und iv) 5-Methoxy-3-Indol (5-MIAA) Essigsäure am frühen Morgen.

Diese fein abgestimmte Regulierung kann dem Patienten helfen, sich wieder mit seiner spirituellen Dimension zu verbinden, um von seiner Krankheit zu heilen. Laut Lissoni (1999) wird die apikale Hierarchie der Zirbeldrüse in der menschlichen Psychobiologie dadurch nachgewiesen, dass sie die einzige Struktur des menschlichen Körpers darstellt, die in der Lage ist, das Licht und den Magnetismus des Universums in eine biologische Reaktion umzuwandeln und die Funktionen des Organismus in voller Harmonie mit der Umgebung zu modulieren (ebd.).

Zukünftige Entwicklungen und Perspektiven der Therapie mit psychoaktiven Substanzen

Weitere Forschungen in dieser Richtung sind erforderlich, um die Eigenschaften von Tryptaminen wie DMT und ihre biophysikalischen Auswirkungen sowie die Auswirkungen auf die menschliche Wahrnehmung und Gehirnkommunikation besser zu verstehen.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass die von den Forschern gemeldeten aktuellen Erfahrungen uns sehr ermutigende Daten über den Nutzen dieser Art von Erfahrungen liefern. Die in den USA und in Europa, in Spanien und der Schweiz entwickelte Forschung folgt tendenziell Forschungsprotokollen, in denen das Set (der aktuelle Stand, aber auch die klinische und biographische Geschichte des Patienten), das Setting (Umfeld, in dem die Erfahrung stattfindet) und die Substanz (Art, Dosierung, Qualität und Quantität) eine grundlegende Rolle spielen.

Das Setting beinhaltet in der Regel einen gemütlichen Raum mit einem Sofa, das während der Sitzung benutzt wird, eine Maske zur Abdeckung der visuellen Reize, Kopfhörer, die mit einer Stereoanlage verbunden sind, und ausgebildete Fachkräfte, Psychotherapeuten und

Ärzte, die die Aufgabe haben, die Person bei der Pflegeerfahrung mit dem Einsatz der Substanz zu betreuen.

Insbesondere in Kalifornien wird derzeit ein Experiment mit dem Einsatz von MDMA bei Patienten mit PTBS (Posttraumatische Belastungsstörung) durchgeführt. Im Zusammenhang mit schweren Depressionen und Angstzuständen am Ende des Lebens werden die möglichen Vorteile der Behandlung mit Psilocybin untersucht. Die Substanz ist in Pilzen enthalten und wird seit Jahrtausenden in der uralten mexikanischen Huichol-Tradition rituell genutzt. Das Forschungsprogramm sieht die Bewertung der Symptome nach der Anwendung der Substanz und die Auswertung von Fragebögen und Durchführung von Psychotherapiesitzungen vor, um die Erfahrungen zu integrieren und für die Personen nützliche Verbindungen in der Fortsetzung ihres täglichen Lebens zu finden. Patienten berichten oft von Erfahrungen der Auflösung ihres Egos. Diese Erfahrungen sind dank neuroimaginärer Techniken mit einem starken Rückgang der Aktivität der Gehirnregionen des DMN/Default Mode Network (dt. Ruhezustandsnetzwerk), verbunden; dieser Bereich scheint während Episoden des «Grübelns und Brütens» – typisch für depressive Zustände – überaktiv zu sein und spielt auch eine wichtige Rolle bei der Fähigkeit zur Selbstbeobachtung und bei der Entwicklung der Fähigkeit, die Emotionen anderer zu «lesen» und zu interpretieren.

Im Bereich der Abhängigkeiten (Sucht) sind sowohl die Nutzung pflanzlicher Substanzen wie im Falle von Ayahuasca, als auch die Behandlung mit chemischen Substanzen, wie zum Beispiel MDMA, in der Lage, alte, früher verdrängte Erinnerungen auftauchen zu lassen. Dies kann die Verarbeitung von Traumata erleichtern, die dem Problem zugrunde liegen können.

Statistische Daten sind aus offensichtlichen «praktischen» Gründen und aufgrund der Schwierigkeit, Genehmigungen zu erhalten, immer noch beschränkt verfügbar, aber die Ergebnisse haben die potenten Eigenschaften dieser uralten Mittel – in einem sicheren und kontrollierten Kontext – eindeutig hervorgehoben.

Die Herausforderungen für die Zukunft des therapeutischen Einsatzes psychoaktiver Substanzen sind nach wie vor vielfältig. Eine konkrete Möglichkeit könnte darin bestehen, den rituellen Gebrauch der Substanzen neu zu gestalten. Durch die Kombination von Vergangenheit und Gegenwart, von uraltem Wissen und modernster Wissenschaft im Dienst der Behandlung.

Literatur

- Ahearne-Kroll, S.P. (2014). The afterlife of a dream and the ritual system of the Epidaurian Asklepieion. *Archiv für Religionsgeschichte*, 15(1), 35–51.
- Al-Balhan, E. M., Khabbache, H., Watfa, A., Re, T.S., Zerbetto, R. & Bragazzi, N. L. (Hrsg.). (2018). Psychometric Evaluation of the arabic version of the nomophobia questionnaire: confirmatory and exploratory factor analysis – implication from a pilot study in Kuwait among university students. *Psychology Research and Behavioural Management*, 11, 471–482.
- Aldridge, D. (2000). *Spirituality, Healing and Medicine: Return to the Silence*. London: Jessica Kingsley.

- Bragazzi, N.L., Khabbache, H., Perduca, M., Neri, B., Firenzuoli, F., Penazzi, G., Simões, M., Zerbetto, R. & Re, T.S. (2018a). Para-Psychology, N,N-Dimethyltryptamine and the Pineal Gland. *Cosmos and History: The Journal of Natural and Social Philosophy*, 12(2), 228–238.
- Bragazzi, N.L., Khabbache, H., Vecchio, I., Martini, M., Perduca, M., Zerbetto, R. & Re, T.S. (2018b). Ancient Shamanism and Modern Psychotherapy: From Anthropology to Evidence-Based Psychedelic Medicine. *Cosmos and History: The Journal of Natural and Social Philosophy*, 14(1), 142–152.
- Bragazzi, N.L., Khabbache, H., Vecchio, I., Martini, M., Zerbetto, R. & Re, T.S. (2018c). Neurotheology of Islam and higher consciousness states. *Cosmos and History: The Journal of Natural and Social Philosophy*, 14(2), 315–321.
- Bragazzi, N.L., Re, T.S., Zerbetto, R., Firenzuoli, F. & Gensini, G.F. (2018d). Umbrella review of medicinal cannabis. *Phytomedicine Journal*, 2018 (submitted).
- Bulkeley, K. (2008). *Dreaming in the World's Religions: A Comparative History*. New York: University Press.
- Drury, N. (2011). *Stealing Fire from Heaven: The Rise of Modern Western Magic*. Oxford: University Press.
- Edelstein, E.J. & Edelstein, L. (1945). *Asclepius. Collection and Interpretation of the Testimonies*. Baltimore: John Hopkins Press.
- Firenzuoli, F., Maggini, V., Re, T.S., Sivelli, F., Gallo, E. & Gensini, G.F. (2018). *Clinical phytotherapy and herbal pharmacovigilance* [eBook; www.sci9.org/ebooks].
- Firenzuoli, F., Sivelli, F., Maggini, V., Re, T.S., Gallo, E. & Gensini, G.F. (2018). *Medicinal Cannabis in Italy: Current Events and Perspectives* [eBook; www.sci9.org/ebooks].
- Gesler, W.M. (1993). Therapeutic Landscapes: Theory and a Case Study of Epidaurus, Greece. *Environment and Planning D: Society and Space*, 11(2), 171–189.
- Gesler, W.M. (2003). *Healing Places*. Rowman & Littlefield.
- Gulluni, N., Re, T.S., Loiacono, I., Lanzo, G., Gori, L., Macchi, C., Epifani, F., Bragazzi, N.L. & Firenzuoli, F. (2018). Cannabis Essential Oil: A Preliminary Study for the Evaluation of the Brain Effects. *Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine*, 2018. <https://doi.org/10.1155/2018/1709182>
- Hart, G.D. (2000). *Asclepius: The God of Medicine*. London: Royal Society of Medicine Press.
- Hoot, D.R. (2014). *The Sanctuary of Asclepius at Epidaurus in Roman Times*. Gainesville: University Press of Florida.
- Lissoni, P. (1999). The pineal gland as a central regulator of cytokine network. *Neuro Endocrinol Letters*, 20(6), 343–349.
- Lissoni, P., Cangemi, P., Pirato, D., Roselli, M.G., Rovelli, F., Brivio, F., Malugani, F., Maestroni, G.J., Conti, A., Laudon, M., Malysheva, O. & Giani, L. (2001). A review on cancer-psycho-spiritual status interactions. *Neuro Endocrinology Letters*, 22(3), 175–80.
- López-Muñoz, F. & Alamo, C. (2011). Cartesian theories on the passions, the pineal gland and the pathogenesis of affective disorders: an early forerunner. *Psychological Medicine* 41(3), 449–51.
- Luke, D. (2011). Discarnate entities and dimethyltryptamine (DMT): Psychopharmacology, phenomenology and ontology. *Journal of the Society for Psychical Research*, 75, 26–42.
- Luke, D. (2012). Psychoactive substances and paranormal phenomena: A comprehensive review. *International Journal of Transpersonal Studies*, 31(1), 97–156.
- Malatesta, M. (Hrsg.). (2015). *Doctors and Patients: History, Representation, Communication from Antiquity to the Present*. San Francisco: University of California Medical Humanities Press.
- McKenna, T. (1992). *Food of the Gods*. New York: Bantam.
- Meier, C.A. (2012). *Healing Dream and Ritual: Ancient Incubation and Modern Psychotherapy*. Einsiedeln: Daimon.
- Perriam, G. (2015). Sacred spaces, healing places: therapeutic landscapes of spiritual significance. *Journal of Medical Humanities*, 36(1), 19–33.
- Petsalis-Diomidis, A. (2010). *Truly Beyond Wonders: Aelius Aristides and the Cult of Asklepios*. Oxford: University Press.
- Pettis, J.B. (2015). *The Sleeper's Dream: Asclepius Ritual and Early Christian Discourse*. Piscataway: Gorgias Press.
- Re, T.S., Palma, J., Martins, J.E. & Simões, M. (2016). Transcultural perspective on consciousness: Traditional use of ayahuasca in psychotherapy in the 21st Century in Western World. *Cosmos and History: The Journal of Natural and Social Philosophy*, 12(2), 237–249.
- Re, T.S. & Ventura, C. (2015). Transcultural Perspective on Consciousness: a bridge between Anthropology, Medicine and Physics. *Cosmos and History: The Journal of Natural and Social Philosophy*, 11(2), 228–241.
- Renberg, G.H. (2017). *Where Dreams May Come Incubation Sanctuaries in the Greco-Roman World* (Vol. I). Leiden and Boston: Brill.
- Roney-Dougal, S.M. (1989). Recent findings relating to the possible role of the pineal gland in affecting psychic ability. *Journal of the Society for Psychical Research*, 55, 313–328.
- Roney-Dougal, S.M. (1991). *Where Science and Magic Meet*. Shaftesbury, Dorset: Element Books.
- Roney-Dougal, S.M. (2001). *Walking between the worlds: Links between Psi, Psychedelics, Shamanism and Psychosis*. Glastonbury: Psi Research Centre.
- Walton, A. (1894). *The cult of Asklepios*. Boston: Ginn & Company.
- Williams, A. (1998). Therapeutic Landscapes in Holistic Medicine. *Social Science and Medicine*. 46(9), 1193–1203.
- Winkelman, M.J. (1992). *Shamans, Priests and Witches. A Cross-Cultural Study of Magico-Religious Practitioners*. Tempe: Arizona State University.

From the Rite of Incubation to Psychotherapy.

A transcultural perspective

Abstract: Originally, in the West, medicine, which concerned the care of body, mind and soul, was a divinatory art. In the course of time, the term «divination» lost its original meaning in comparison to antiquity and especially to the archaic Greek world, where it had an enormous value. The art of Asclepius, like that of his father Apollo, is a divine art that requires a healing ritual. In this context, it should be remembered that historical anthropological research in many cultures of the shamanic type (South America, Siberia, India) records a very ancient therapeutic use of «master plants» or plants which, because of their characteristics, make it possible to reach «extraordinary states of consciousness». These states of consciousness can arise through various practices such as meditation, holotropic breathing, yoga, sensory deprivation or even spontaneously as with Christian mystics. The current experiences described by the researchers provide us with very encouraging data on the benefits of this kind of knowledge. Research developed in the USA and in Europe, Spain and Switzerland tends to follow research protocols in which the set (the current status, but also the clinical and biographical history of the patient), the setting (the environment in which the experience takes place) and the substance (type, dosage, quality and quantity) play a fundamental role. The challenges for the future in the psychotherapeutic field, through the therapeutic use of psychoactive substances, remain diverse, and a real possibility could be to revitalize the ritual use of substances by combining past and present, ancient knowledge and modern science in the service of care.

Key Words: Asklepios (Aesculap), Epidaurus, sapiental medicine («wisdom medicine»), temple medicine, incubation sanctuary, master plants, shamanism

Die Autorin

Tania Re, diplomiert in klinischer und Gemeindepsychologie, ist Anthropologin mit den Schwerpunkten Medizinethnologie (Medical Anthropology) und Ethnomedizin; sie ist als ergänzende Therapeutin und Psychologin in der Schweiz tätig. Als Gründungsmitglied der Cattedra Unesco «Antropologia della salute, Biosfera e sistemi di cura» (UNESCO-Lehrstuhl für «Gesundheit, Anthropologie, Biosphäre und Behandlungssysteme») an der Universität Genua (IT) und

wissenschaftliche Mitarbeiterin am Regionalen Zentrum für Phytotherapie der Toskana (CERFIT) – Careggi University Hospital Florenz (IT) ist sie am Studium der Behandlungssysteme interessiert, die aus traditionellen Heilpraktiken stammen und Geist, Körper und Seele verknüpfen.

Kontakt

E-Mail: tania.re77@gmail.com

Du rituel de l'incubation jusqu'à la psychothérapie

Une perspective transculturelle

Tania Re

Psychotherapie-Wissenschaft 9 (1) 60–61 2019
www.psychotherapie-wissenschaft.info
CC BY-NC-ND
<https://doi.org/10.30820/1664-9583-2019-1-60>

Mots-clés : Asclépios, Épidaure, médecine sapientiale, médecine des Templiers, sanctuaire à incubation, plantes « master », chamanisme

À l'origine, la médecine en Occident qui était exercée pour la prise en charge du corps, de l'esprit et de l'âme était un art divinatoire. Le terme « divination » a perdu son sens original au fil des siècles, par rapport aux temps anciens et en particulier par rapport au monde archaïque grec où elle avait une valeur immense. La divination était en fait la forme de connaissance la plus authentique, une sorte de porte entrebâillée ou un pont qui reliait le monde des humains avec celui des divinités. L'Épidaure était dans l'Antiquité un « paysage thérapeutique », un complexe architectural comprenant de nombreux bâtiments vers lesquels les populations venaient de toute la Grèce pour être soignées par le dieu Asclépios, une déité vénérée depuis 500 av. J.-C. Une figure emblématique et à multiples facettes, Asclépios est toujours considéré comme le dieu de la médecine. Il est lié à un concept de la médecine appelé « médecine des Templiers » dont l'Épidaure sera le centre le plus important.

L'art d'Asclépios est comme celui de son père Apollon, un art divin qui présuppose un rituel de guérison.

À cet égard, nous pouvons rappeler que dans le domaine thérapeutique, les recherches historico-anthropologiques démontrent que de nombreuses cultures chamaniques (Amérique du Sud, Sibérie, Inde) avaient une utilisation très ancienne des plantes « master », à savoir des plantes qui permettent d'atteindre des « états de conscience non ordinaires » grâce à leurs propriétés. Ces états de conscience peuvent apparaître au travers de différentes pratiques, comme la médiation, la respiration holotropique, l'isolation sensorielle, ou même d'une manière spontanée, comme dans le cas des mystiques chrétiens.

D'un point de vue historique, nous pouvons affirmer qu'ils étaient déjà présents d'abord en Europe à l'époque des Grecs, puis pendant l'Empire romain, par exemple dans les rites dionysiaques, les mystères d'Éleusis auxquels il est fait référence concernant l'utilisation de substances psychoactives. Un élément typique du culte de Dionysos est la participation essentiellement féminine dans les cérémonies célébrées dans différentes parties de la Grèce : les Bacchantes (également appelées Ménades) invoquaient et chantaient leur présence et même à l'aide de masques

(importants dans le culte de Dionysos qui était supposé être lié à la naissance de la tragédie grecque), elles reproduisaient rituellement la mythique procession dionysiaque des silènes, des satyres et des nymphes.

Aujourd'hui comme alors, la recherche rend compte de changements dans le comportement prosocial en présentant de nombreux échantillons de personnes qui ont utilisé différents types de plantes « master », à la fois dans des contextes religieux, comme dans le cas de l'ayahuasca pour les praticiens de l'église de Santo Daime, et dans des contextes informels.

L'expérience contemporaine révélée par les chercheurs nous fournit des données très encourageantes sur les bénéfices de ce type d'expérience. La recherche développée aux USA et en Europe, en Espagne et en Suisse, tend à suivre des protocoles de recherche dans lesquels le cadre donné joue un rôle fondamental (l'état actuel, mais également l'historique clinique et biographique du patient), ainsi que le décor (l'environnement en expérience) et la substance (type, dosage, qualité et quantité).

Le Décor inclut généralement une pièce chaleureuse avec un canapé qui sera utilisé pendant la séance, un masque pour recouvrir les stimuli visuels, un casque connecté à une chaîne hifi et des opérateurs, des psychothérapeutes et des médecins formés en conséquence qui ont pour mission d'accompagner la personne dans l'expérience de soin au travers de l'usage de la substance.

Les défis à l'avenir dans le domaine psychothérapeutique en matière d'usage de substances psychoactives sont toujours nombreux, une véritable option pourrait être de redynamiser l'usage rituel de substances en associant des connaissances passées, présentes et anciennes à la science moderne au service des soins.

L'auteure

Tania Re, possédant un diplôme en Psychologie Clinique et Communautaire, est une anthropologue spécialisée dans l'Anthropologie de la Santé et l'Ethnomédecine ; elle est Thérapeute Complémentaire et Psychologue en Suisse. En tant que fondatrice associée de la Chaire UNESCO « Anthropologie de la

Santé, Biosphère et Systèmes de Soins » à l'Université de Gènes (IT), elle est chercheuse au Centre Régional de Toscane de Phytothérapie (CERFIT) – Hôpital Careggi, Florence (IT). Elle a toujours été intéressée par la compréhension des systèmes de traditions anciennes de soins qui relient l'esprit, le corps et l'âme.

Contact

E-Mail: rania.re77@gmail.com

Dal rito dell'incubazione alla psicoterapia

Una prospettiva transculturale

Tania Re

Psychotherapie-Wissenschaft 9 (1) 62–67 2019
www.psychotherapie-wissenschaft.info
CC BY-NC-ND
<https://doi.org/10.30820/1664-9583-2019-1-62>

Riassunto: In origine, in Occidente la medicina che prevedeva la cura del corpo, della mente e dello spirito era un'arte divinatoria. Nel corso del tempo il termine «divinazione» ha perso il suo significato originale nel corso dei secoli, rispetto ai tempi antichi e, in particolare, al mondo arcaico greco, in cui ha avuto un enorme valore. L'arte di Asclepio, è, come quella del padre Apollo, arte divina che presuppone un rito di guarigione. A questo proposito, possiamo ricordare che in ambito terapeutico le ricerche storico-antropologiche registrano in molte culture di tipo sciamanico (Sud America, Siberia, India) un utilizzo molto antico di «piante maestre», ovvero piante che, grazie alle loro proprietà, permettono di raggiungere «Stati non ordinari» di coscienza. Tali stati di coscienza possono sorgere attraverso diverse pratiche, come la meditazione, la respirazione olografica, lo yoga, la deprivazione sensoriale, o addirittura a livello spontaneo come nel caso dei mistici cristiani. L'esperienza contemporanea riportata dai ricercatori ci sta offrendo dati molto incoraggianti sui benefici di questo tipo di esperienze. La ricerca sviluppata negli USA e in Europa in Spagna e Svizzera, tende a seguire protocolli di ricerca, in cui giocano un ruolo fondamentale il Set (lo stato attuale ma anche la storia clinica e biografica del paziente), il Setting (l'ambiente in cui avviene l'esperienza) e la sostanza (tipologia, dosaggio, qualità e quantità). Le sfide per il futuro in ambito psicoterapeutico sull'utilizzo terapeutico delle sostanze psicoattive sono ancora molte, una possibilità concreta potrebbe essere quella di rivitalizzare l'utilizzo rituale delle sostanze unendo passato e presente, antiche conoscenze e moderna scienza a servizio della cura.

Parole chiave: Asclepio, Epidauro, Medicina sapienziale, Medicina templare, Santuario dell'incubazione, Piante maestre, Sciamanesimo

Le origini: la medicina negli Asclepieion

In origine, in Occidente la medicina che prevedeva la cura del corpo, della mente e dello spirito era un'arte divinatoria. Nel corso del tempo il termine «divinazione» ha perso il suo significato originale nel corso dei secoli, rispetto ai tempi antichi e, in particolare, al mondo arcaico greco, in cui ha avuto un enorme valore. La divinazione, infatti, era la forma di conoscenza più genuina, una sorta di porta socchiusa o un ponte che collegava il mondo umano con quello divino. Epidauro era nell'antichità un «paesaggio terapeutico», un complesso architettonico, che comprendeva diversi edifici, a cui la gente veniva da ogni parte della Grecia, per essere curato dal dio Asclepio, una divinità venerata dal 500 prima di Cristo. Epidauro era una struttura molto complessa, una sorta di stato-città o stato sovrano, in grado di ospitare migliaia di adepti.

Figura emblematica e poliedrica, Asclepio viene considerato, ancora oggi, il dio della medicina. A lui è legata una concezione della medicina che è stata definita «medicina templare», di cui Epidauro sarà il centro più importante.

Dobbiamo immaginare inizialmente una certa competizione fra le varie città sedi degli *Asklepieia*, competizione che venne successivamente accantonata grazie al responso dell'oracolo delfico.

Quest'ultimo riconobbe il ruolo preminente del santuario di Epidauro su tutti gli altri; è Pausania (II, 27, 6)

a raccontarci come l'oracolo di Apollo, alla domanda di Apollofane sulla nascita di Asclepio rispose: «O Asclepio, nato a gran gioia di tutti i mortali, che partorì, con me [Apollo] unitasi in amore, la figlia di Flegia, l'amabile Koronis, nella sassosa Epidauro».

L'Asclepieion era situato in una zona pianeggiante e ricca di acque ai piedi del monte Cinorzio; i fedeli giungevano al santuario percorrendo una strada proveniente da Argo o dalla stessa Epidauro. Nella città il culto di Asclepio si impose stabilmente a partire dal VI secolo a. C., raggiungendo la piena egemonia nel IV secolo, vivente lo stesso Ippocrate. Il santuario cinto da mura sorgeva fuori città, collegato a questa da una strada fiancheggiata da statue.

L'ingresso che prendeva il nome di *propylon*, era decorato con colonne e segnava l'ingresso al santuario; qui le fonti letterarie ricordano la presenza di una grande iscrizione, visibile anche da molto lontano, che esortava i fedeli giunti al santuario: «Puro deve essere chi entra nel tempio odoroso: ma essere puri significa avere pensieri sacri» (Porfirio, *De abst.*, II, 19).

Dopo l'ingresso, una fontana risalente al VI secolo a. C. permetteva ai pellegrini di lavarsi e rinfrescarsi dopo il lungo viaggio, oltre ad offrire l'acqua per i riti sacrificali. Il tempio propriamente detto, opera dell'architetto Teodoto, era in pietra calcarea, con la cella al centro contornata da colonne doriche, decorata da marmi policromi e contenente la statua crisoelefantina di Asclepio.

Asclepio era rappresentato come un uomo maturo, con barba (ma altrove imberbe e giovane), seduto sul trono, con in pugno un bastone e con l'altra mano appoggiata sulla testa di un serpente; accucciato ai suoi piedi, un cane. Cani e serpenti, con le civette oracolari e le capre nutrici, erano animali sacri: la loro lingua era ritenuta capace leccare, lenire e guarire piaghe. Nei portici antistanti il tempio aveva sede l'*abaton*, luogo di degenza e dormiveglia, dove i malati passavano le notti immersi nel «sonno incubatorio».

Il rito dell'incubazione

Il rito dell' «incubatio» è, come vedremo, la pratica di chi dorme per avere dei responsi. Il malato «incubante ad Asclepio» è colui che dorme nell'asclepieo per destarsi dal sonno miracolosamente guarito o, in via subordinata, per ricevere un comandamento o un consiglio sul come comportarsi per guarire.

Nel recinto sacro c'era anche la «*thòlos*», labirinto circolare dove stava il pozzo sacro, dimora dei sacri serpenti, dove i malati lasciavano le tavolette votive con sopra scritte le loro storie, con i sintomi presentati e i trattamenti ricevuti. Fuori dal recinto completavano l'insieme monumentale le addizioni edilizie, cronologicamente tarde, del ginnasio per gli esercizi fisici, delle terme per i bagni e dell'*odéion* per le audizioni musicali con finalità terapeutiche.

Il *katagòghion*, ostello con più stanze ubicate sotto i portici e intorno a cortili, dava ricetto a quanti giungevano in pellegrinaggio al santuario per cercarvi la guarigione. I pellegrini venivano ricevuti da un personale di accoglienza composto da portieri, detentori delle chiavi del tempio, e dagli scribi, che di ciascun pellegrino registravano le offerte e tenevano conto delle condizioni economiche. Il tempio era aperto a tutti, ma ai ricchi erano imposte sovrattasse denominate *iatrà*. *Iatròs* era infatti uno dei nomi dati ad Asclepio, che era anche chiamato «re», «eroe», «demone», «despota» e «dio».

Il personale di assistenza era vario: andava dai sorveglianti che vegliavano sopra i dormienti ai *pirofori* che facevano luce su di essi, agli *asclepiadi* che sovrintendevano ai sacrifici, ascoltavano i racconti dei sogni, trasmettevano i responsi del dio guaritore. In capo a tutti stava lo *ierofante*, il supremo «interprete del sacro», la massima sapienza-potenza esistente nel tempio.

Il rituale d'accesso consisteva nei preliminari di purificazione del malato, con lavaggio e breve digiuno, seguiti dal sacrificio della vittima: «un gallo ad Asclepio», come Platone fa dire a Socrate nel *Fedone*, nell'ultimo discorso agli amici. Sacrificati ad Asclepio erano anche altri animali e chi più aveva, più dava.

Dopo l'offerta, sempre accompagnata dall'invocazione, parte costante in questa ritualità, il malato si distendeva sopra un giaciglio, talora fatto con le pelli stesse degli animali sacrificati: un capro, un bue, una giovenca. Poi dormiva e sognava; talvolta si destava miracolato, altre volte si risvegliava disponibile a confidarsi con l'asclepiade per avere da

lui indicazioni terapeutiche. La terapia per la guarigione è interamente basata su un regime che il dio prescrive al paziente, fondandosi su norme dietetiche, esercizi, bagni, «che in parte seguono, in parte precorrono i suoi malori.»

Come si può notare, la terapia non ha niente di miracoloso o divino, ma si basa su una serie di comportamenti che tendono a ripristinare l'equilibrio fisico, alterato dalle varie malattie. L'arte di Asclepio, è, come quella del padre Apollo, arte divina che presuppone un rito di guarigione. Ma nel momento in cui prendiamo in considerazione l'apice di tale sapere, esso contiene già in nuce il germe della sua decadenza. La nascita della cosiddetta medicina tecnica sancirà il progressivo distacco da questa forma di sapere oserei dire iniziatico.

La tecnica – *téchne* – è infatti sostantivo omerico, è parola greca di derivazione ionica che indica un'arte, un artigianato, un mestiere, storicamente divenuti adulti nell'area geografica dello Ionio e dell'Egeo, tra la Magna Grecia e la madre Grecia e tra questa e l'Asia Minore, nel V secolo a. C.: un'arte in campo medico, legata al nome di Ippocrate. *Téchne* è un termine multicomprendivo. Comprende il mestiere dell'artigiano, del geometra che misura la terra, del matematico che crea i teoremi, del musicista che trova e produce armonie, del medico che cura e ristabilisce la salute degli uomini. È un mestiere che, in ogni caso, comprende una teoria e una pratica, presenti in diversa misura, ed esige l'applicazione di procedure dell'intelletto.

Nel caso del medico, esercente l'arte della cura con l'intelletto e con la mano, le procedure di questo sapere-potere fanno capo da un lato a forme di conoscenza intellettuale elaborata, dall'altro a pratiche con un consistente contenuto di abilità manuale. Non ultima fra le tecniche, anzi prima dell'importanza del suo oggetto, la medicina è un'attività della ragione umana che si svolge tra l'intellettualità del conoscere e la manualità del fare.

La *praxis* e il *logos* verranno a sostituire sempre di più il sapere di Asclepio. Questa visione nella quale il formarsi della medicina detta tecnica è considerato una sorta di filiazione di questa medicina dei templi attraverso una progressiva «desacralizzazione», risale storicamente al filosofo positivista Littré, famoso editore ottocentesco delle opere di Ippocrate.

La nascita della Medicina Ippocratica

La *iatrèia*, cioè l'arte di guarire attraverso l'utilizzo di rimedi acquista la sua fisionomia e autonomia mediante una tecnica fattasi matura con Ippocrate.

Ippocrate, il padre indiscusso della moderna medicina, è accreditato da una longevità quasi centenaria che abbraccia oltre metà del V secolo e buona parte del IV. Dal suo primo biografo Sorano, autore di «Genealogia e vita di Ippocrate», il «vecchio di Kos» viene mitizzato come discendente di Asclepio di diciannovesima generazione, a simboleggiare una continuità tra asclepiadi e «tecnici» della salute.

Nonostante questa divina discendenza non possiamo astenerci dal considerare Ippocrate il primo «razionalista»

ante litteram, demistificatore dell'aura magica che fino al suo avvento aveva ricoperto i rituali di guarigione. A questo proposito sembra opportuno citare le sue stesse parole riguardo all' «antica medicina»:

«La medicina da gran tempo ormai dispone di tutti gli elementi, e il principio e la via sono stati scoperti, grazie ai quali in lungo corso di tempo sono state fatte molte ed egregie scoperte, e il resto nel futuro sarà scoperto, se qualcuno, in grado di farlo e a conoscenza di quanto è già stato scoperto, da questo prendendo le mosse porterà avanti la ricerca. Chi invece, scartato tutto ciò e rifiutandolo, lungo un'altra via e secondo un altro schema s'accinge alla ricerca e asserisce di aver trovato qualcosa, si è ingannato e si inganna, perché è impossibile. E per quali necessarie ragioni sia impossibile, io cercherò di dimostrarlo, dichiarando e dimostrando che cosa è l'arte» (Ippocrate, Opere).

Anche Ippocrate che abbiamo definito essere il padre fondatore della medicina tecnica, parla però di arte. All'inizio tra le due figure Ippocrate da una parte ed Asclepio dall'altra ci fu se vogliamo utilizzare un'espressione un po' bizzarra, un tacito accordo, anzi i due continuarono a convivere per molto tempo.

La disquisizione sul mito di Asclepio potrebbe chiudersi qui ma c'è ancora una cosa da ricordare: narra infatti l'evangelista Giovanni (4,42) che Esculapio (la traduzione latina di Asclepio), venerato come un salvatore, fu a lungo un temibile concorrente di Gesù Cristo e il culto di questo dio rivaleggiò per diverso tempo con il Cristianesimo e fu per questo motivo che le strutture legate al culto di Asclepio, furono preda della successiva distruzione cristiana.

Dalla Medicina Occidentale alle Medicine Tradizionali «Altre»

In ambito terapeutico le ricerche storico-antropologiche registrano in molte culture di tipo sciamanico (Sud America, Siberia, India) un utilizzo molto antico di «piante maestre», ovvero piante che, grazie alle loro proprietà, permettono di raggiungere «Stati non ordinari» di coscienza. Tali stati di coscienza possono sorgere attraverso diverse pratiche, come la meditazione, la respirazione olografica, lo yoga, la deprivazione sensoriale, o addirittura a livello spontaneo come nel caso dei mistici cristiani.

Dal punto di vista storico, possiamo affermare che in Europa, erano già presenti ai tempi dei greci prima e dell'impero Romano poi, i riti dionisiaci, i misteri di Eleusi, in cui si fa riferimento all'utilizzo di sostanze psicoattive. Elemento tipico del culto di Dioniso è la partecipazione essenzialmente femminile alle cerimonie che si celebravano in diverse zone della Grecia: le Baccanti (chiamate anche Menadi) ne invocavano e cantavano la presenza e, anche per mezzo di maschere (importanti nel culto di Dioniso, che si suppone legato alla nascita della

tragedia greca), riproducevano ritualmente il mitico corteo dionisiaco di sileni, satiri e ninfe.

Come ci ricorda McKenna, uno dei più interessanti studiosi del fenomeno sciamanico:

«lo sciamanesimo [...] è una scienza sperimentale che si occupa di un'area di cui non conosciamo nulla. E' importante ricordare che i nostri strumenti epistemologici si sono sviluppati in Occidente in modo assai diseguale. Sappiamo molto su ciò che succede nel cuore dell'atomo, ma assolutamente nulla sulla natura della mente. Non abbiamo alcun indizio. Se la formulazione matematica deve essere il fondamento della certezza ideologica, allora nel regno di ciò che chiamiamo mente non ne abbiamo nessuna. Inconsciamente noi presumiamo ogni genere di cosa, ma, messi alle strette, non siamo in grado di difendere la nostra posizione. Io credo che sia successo questo: a causa della psichedelia da un lato e della fisica quantistica dall'altro, il programma della comprensione razionale della natura è stato spinto tanto oltre da farci raggiungere il cuore irrazionale della natura stessa. Nelle civiltà preippocratiche ciò che oggi definiamo magia, religione e cura erano allora attività appartenenti ad un unico mondo, intese tutte come espressione delle forze sovrannaturali. La malattia e la guarigione, perciò erano considerate frutto di un intervento sovrannaturale» (Op. cit. McKenna, 1991).

Le Piante «Maestro» nelle Medicine Tradizionali: dalla foresta al laboratorio

Oggi, come allora, le ricerche riportano i cambiamenti del comportamento pro sociale in numerosi campioni di persone che hanno fatto uso di diversi tipi di «piante maestre», sia in contesti religiosi, come nel caso dell'ayahuasca per i praticanti della chiesa del Santo Daime, sia in contesti informali.

Le piante contenenti che formano l'ayahuasca sono la *Banisteriopsis caapi* e la *Psychotria viridis*; quest'ultima contiene dosi elevate di N, N-dimetiltriptamina, conosciuta come DMT, prodotta dal cervello umano e presente in molte sostanze vegetali. I primi studi scientifici sugli effetti psicotropici di questa sostanza iniziarono a essere effettuati a metà degli anni '50 e furono condotti dallo psichiatra e chimico ungherese Stephen Szára, nato nel 1923, che divenne la prima persona a scoprire e riconoscere le proprietà enteogeniche della DMT quando la sperimentò su di sé.

Ma fu Rick Strassmann psichiatra e psicofarmacologo clinico, nato nel 1952, ad avere il merito di accendere l'interesse accademico per la ricerca scientifica delle sostanze psicoattive; Strassman definì la DMT come «la molecola dello spirito», a suggerire le implicazioni profondamente psico-spirituali riguardanti questa sostanza (Bragazzi et al., 2018a-d).

Dopo una serie di ricerche approfondite sugli effetti della somministrazione di DMT, Strassman è arrivato alla conclusione che gli stati alterati di coscienza indotti da

questa sostanza, presente in molti vegetali sia in Europa sia soprattutto in Sudamerica, potrebbero essere confrontati con le esperienze mistiche:

«Tale sostanza può portarci all'accettazione della coesistenza degli opposti, come la vita e la morte, il bene e il male; una consapevolezza che la coscienza continua dopo la morte; una profonda comprensione dell'unità fondamentale di tutti i fenomeni; e un senso di saggezza o amore che pervade tutta l'esistenza» (Strassman, 2001).

Strassman ha anche osservato che le esperienze di pre-morte (NDE) possano essere avvicinabili all'esperienza con DMT; infatti molti dei partecipanti ai suoi studi sulla DMT, hanno riferito di contatti con esseri senzienti e disincarnati durante l'esperienza.

Ma quali sono le caratteristiche di questa potente molecola? Secondo Strassman (2001), la DMT può essere considerata la più semplice delle triptamine psicoattive. La sua farmacologia influisce sui siti recettoriali per la serotonina allo stesso modo di altre sostanze come la dietilamide dell'acido lisergico (LSD), la psilocibina e la mescalina. I recettori della serotonina sono diffusi in tutto il corpo umano e possono essere trovati in vari tessuti e organi, inclusi vasi sanguigni, muscoli, ghiandole e pelle.

Nel 1972 lo scienziato vincitore del Nobel Julius Axelrod (1912–2004) riferì di aver isolato la DMT nel tessuto cerebrale umano e altre ricerche hanno dimostrato che la DMT può anche essere trovata nel liquido cerebrospinale che bagna il cervello.

La ghiandola pineale è spesso considerata la fabbrica DMT del corpo umano, e Strassman ha reso popolare la nozione che il cervello rilascia grandi quantità di questo composto durante i sogni e durante la fase di pre-morte. Secondo Strassman, sebbene i tessuti e gli organi come i polmoni, il fegato, il sangue e gli occhi abbiano tutti gli enzimi necessari per convertire la triptamina in DMT, la ghiandola pineale ne è particolarmente ricca; Strassman ha anche ipotizzato che la ghiandola pineale potrebbe continuare a produrre DMT post-mortem per alcune ore.

Recentemente, la dott.ssa Ede Frecska, presidente di Psychiatry presso la Facoltà di Medicina dell'Università di Debrecen, in Ungheria, ha scoperto che la DMT può legarsi al recettore sigma-1 ($\sigma 1R$), una proteina trans-membrana che può essere comunemente trovata in tutto il corpo e, soprattutto, in alcune regioni del sistema nervoso centrale. Questo recettore svolge un ruolo chiave nel proteggere le cellule dall'apoptosi quando la concentrazione di ossigeno è criticamente bassa (in altre parole, in condizioni di ipossia), lasciando spazio all'affascinante argomento secondo cui la DMT può effettivamente essere prodotta e rilasciata in grandi quantità durante la morte in un ultimo tentativo di mantenere vive le cellule umane. Tuttavia, dobbiamo ancora scoprire che DMT è effettivamente prodotto nella ghiandola pineale degli esseri umani.

Lasciando da parte per un po' la DMT, possiamo dire che la ghiandola pineale è considerata centrale in diverse pratiche religiose e mistiche in tutto il mondo, e ha svolto

un ruolo importante nelle teorie di Galeno (circa 130–210 CE) e René Descartes (1596–1650) (López-Muñoz & Alamo, 2011).

Recentemente, Roney-Dougal (1989; 1991; 2001) ha suggerito che la ghiandola pineale e la sua neurochimica e neuro-anatomia possano essere di cruciale importanza nel verificarsi dei cosiddetti «fenomeni psi» (Rogo, 1975; Rogo, 1976) e indica l'associazione fatta dagli yogi tra la ghiandola pineale e l'*ajna* chakra, il centro psichico yogico che controlla le esperienze psi in quelli con la kundalini risvegliata (Luke, 2012; Miller, 1978; Satyananda, 1972).

Nello studio dell'attività della ghiandola pineale tra un metodo scientifico corretto e rigoroso e un atteggiamento mistico e teologico, il lavoro del medico italiano Paolo Lissoni, oncologo e pioniere nell'approccio alla medicina psico-neuro-endocrino-immunologica (PNEI) è davvero prezioso e fondamentale (Lissoni, 1999).

Secondo un recente lavoro (Lissoni et al., 2001) uno dei principali progressi nella conoscenza della mediazione neuro-chimica della vita psico-spirituale è stata la scoperta del ruolo fondamentale della ghiandola pineale nella regolazione del sistema immunitario. Nella visione mistica di Lissoni dell'Uomo come immagine del Dio trino nella sua natura biochimica, psicologica e spirituale, la ghiandola pineale può essere considerata il ponte fisico/neuro-anatomico tra questi aspetti multidimensionali (Lissoni, 1999; Lissoni et al., 2001).

Andando oltre con la sua visione fortemente spirituale del processo di guarigione, Lissoni ha scoperto che i diversi neuroormoni prodotti dalla ghiandola pineale potrebbero aiutare i pazienti oncologici a ripristinare la naturale resistenza immuno-biologica contro la crescita del tumore, attraverso la regolarizzazione del ritmo di produzione di quattro indoli pineali principali prodotti e rilasciati in specifici intervalli temporali: i) 5-metossitriptolo (5-MLT) a mezzogiorno, ii) 5-metossitriptamina (5-MT) al tramonto, iii) melatonina (MLT) durante la notte e iv) acido acetico 5-metossi-3-indolo (5-MIAA) al mattino presto.

Questa regolarizzazione finemente sintonizzata è in grado di aiutare il paziente a riconnettersi alla sua dimensione spirituale per guarire dalla sua malattia. Nelle parole di Lissoni (1999), la gerarchia apicale della ghiandola pineale nella psicobiologia umana è provata dal fatto che rappresenta l'unica struttura del corpo umano in grado di trasdurre la luce e il magnetismo dell'universo in una risposta biologica, modulando la funzionalità dell'organismo in piena armonia con l'ambiente circostante (Lissoni, 1999).

Futuri sviluppi e prospettive delle terapie con sostanze psicoattive

Sono necessarie ulteriori ricerche su questa direzione per comprendere meglio le proprietà delle triptamine come la DMT e i loro effetti biofisici e le implicazioni sulla percezione umana e sulla comunicazione cerebrale.

Per concludere, l'esperienza contemporanea riportata

dai ricercatori ci sta offrendo dati molto incoraggianti sui benefici di questo tipo di esperienze. La ricerca sviluppata negli USA e in Europa in Spagna e Svizzera, tende a seguire protocolli di ricerca, in cui giocano un ruolo fondamentale il Set (lo stato attuale ma anche la storia clinica e biografica del paziente), il Setting (l'ambiente in cui avviene l'esperienza) e la sostanza (tipologia, dosaggio, qualità e quantità).

Il Setting solitamente prevede una stanza accogliente con un divano che verrà utilizzato durante la sessione, una maschera per coprire gli stimoli visivi, delle cuffie collegate ad uno stereo e operatori, psicoterapeuti e medici opportunamente formati, che hanno il compito di accompagnare la persona attraverso l'esperienza di cura attraverso l'utilizzo della sostanza.

In particolare in California è in corso una sperimentazione con l'utilizzo di MDMA, per pazienti con una diagnosi di PTSD (disturbo post traumatico da stress). Nell'ambito della depressione maggiore e dell'ansia legata al fine vita, si stanno valutando i benefici dell'utilizzo della Psilocibina, una sostanza contenuta nei funghi utilizzati da millenni nell'antica tradizione Huichol messicana. Lo schema della ricerca prevede la valutazione dei sintomi pre e post l'utilizzo della sostanza e prevede la somministrazione di questionari e l'utilizzo di sessioni di psicoterapia per integrare le esperienze vissute e trovare collegamenti utili alla persona nel proseguo della propria vita quotidiana. I pazienti spesso riportano esperienze di dissoluzione dell'Ego che, grazie alle tecniche di neuroimaging, sappiamo essere connesse con una netta diminuzione di attività di una zona del cervello chiamata DMN, Default Mode Network; tale zona sembra essere iperattiva durante episodi di «ruminazione e rimuginio», tipiche negli stati depressivi, e gioca un ruolo importante anche nella capacità di introspezione e nello sviluppo della capacità di saper «leggere» e interpretare le emozioni degli altri.

Nell'ambito delle dipendenze sia l'utilizzo di sostanze derivate da piante come nel caso dell'Ayahuasca sia l'utilizzo di sostanze chimiche come ad esempio l'MDMA, sono in grado di far emergere di memorie antiche precedentemente rimosse, facilitando l'elaborazione dei traumi che possono esserne la base.

I campioni statistici sono ancora limitati, per ovvie ragioni «pratiche» e per la difficoltà ad ottenere i permessi, ma i risultati hanno messo in luce le grandi proprietà di questi antichi rimedi, in un contesto sicuro e controllato.

Le sfide per il futuro sull'utilizzo terapeutico delle sostanze psicoattive sono ancora molte, una possibilità concreta potrebbe essere quella di rivitalizzare l'utilizzo rituale delle sostanze unendo passato e presente, antiche conoscenze e moderna scienza a servizio della cura.

Bibliografia

- Ahearne-Kroll, S.P. (2014). The afterlife of a dream and the ritual system of the Epidaurian Asklepieion. *Archiv für Religionsgeschichte*, 15(1), 35–51.
- Al-Balhan, E.M., Khabbache, H., Watfa, A., Re, T.S., Zerbetto, R. & Bragazzi, N.L. (Hrsg.). (2018). Psychometric Evaluation of the arabic version of the nomophobia questionnaire: confirmatory and exploratory factor analysis – implication from a pilot study in Kuwait among university students. *Psychology Research and Behavioural Management*, 11, 471–482.
- Aldridge, D. (2000). *Spirituality, Healing and Medicine: Return to the Silence*. London: Jessica Kingsley.
- Bragazzi, N.L., Khabbache, H., Perduca, M., Neri, B., Firenzuoli, F., Penazzi, G., Simões, M., Zerbetto, R. & Re, T.S. (2018a). Para-Psychology, N,N-Dimethyltryptamine and the Pineal Gland. *Cosmos and History: The Journal of Natural and Social Philosophy*, 12(2), 228–238.
- Bragazzi, N.L., Khabbache, H., Vecchio, I., Martini, M., Perduca, M., Zerbetto, R. & Re, T.S. (2018b). Ancient Shamanism and Modern Psychotherapy: From Anthropology to Evidence-Based Psychedelic Medicine. *Cosmos and History: The Journal of Natural and Social Philosophy*, 14(1), 142–152.
- Bragazzi, N.L., Khabbache, H., Vecchio, I., Martini, M., Zerbetto, R. & Re, T.S. (2018c). Neurotheology of Islam and higher consciousness states. *Cosmos and History: The Journal of Natural and Social Philosophy*, 14(2), 315–321.
- Bragazzi, N.L., Re, T.S., Zerbetto, R., Firenzuoli, F. & Gensini, G.F. (2018d). Umbrella review of medicinal cannabis. *Phytomedicine Journal*, 2018 (submitted).
- Bulkeley, K. (2008). *Dreaming in the World's Religions: A Comparative History*. New York: University Press.
- Drury, N. (2011). *Stealing Fire from Heaven: The Rise of Modern Western Magic*. Oxford: University Press.
- Edelstein, E.J. & Edelstein, L. (1945). *Asclepius. Collection and Interpretation of the Testimonies*. Baltimore: John Hopkins Press.
- Firenzuoli, F., Maggini, V., Re, T.S., Sivelli, F., Gallo, E. & Gensini, G.F. (2018). *Clinical phytotherapy and herbal pharmacovigilance* [eBook; www.sci9.org/ebooks].
- Firenzuoli, F., Sivelli, F., Maggini, V., Re, T.S., Gallo, E. & Gensini, G.F. (2018). *Medicinal Cannabis in Italy: Current Events and Perspectives* [eBook; www.sci9.org/ebooks].
- Gesler, W.M. (1993). Therapeutic Landscapes: Theory and a Case Study of Epidaurus, Greece. *Environment and Planning D: Society and Space*, 11(2), 171–189.
- Gesler, W.M. (2003). *Healing Places*. Rowman & Littlefield.
- Gulluni, N., Re, T.S., Loiacono, I., Lanzo, G., Gori, L., Macchi, C., Epifani, F., Bragazzi, N.L. & Firenzuoli, F. (2018). Cannabis Essential Oil: A Preliminary Study for the Evaluation of the Brain Effects. *Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine*, 2018. <https://doi.org/10.1155/2018/1709182>
- Hart, G.D. (2000). *Asclepius: The God of Medicine*. London: Royal Society of Medicine Press.
- Hoot, D.R. (2014). *The Sanctuary of Asclepius at Epidaurus in Roman Times*. Gainesville: University Press of Florida.
- Lissoni, P. (1999). The pineal gland as a central regulator of cytokine network. *Neuro Endocrinol Letters*, 20(6), 343–349.
- Lissoni, P., Cangemi, P., Pirato, D., Roselli, M.G., Rovelli, F., Brivio, F., Malugani, F., Maestroni, G.J., Conti, A., Laudon, M., Malysheva, O. & Giani, L. (2001). A review on cancer-psycho-spiritual status interactions. *Neuro Endocrinology Letters*, 22(3), 175–80.
- López-Muñoz, F. & Alamo, C. (2011). Cartesian theories on the passions, the pineal gland and the pathogenesis of affective disorders: an early forerunner. *Psychological Medicine* 41(3), 449–51.
- Luke, D. (2011). Discarnate entities and dimethyltryptamine (DMT): Psychopharmacology, phenomenology and ontology. *Journal of the Society for Psychical Research*, 75, 26–42.

- Luke, D. (2012). Psychoactive substances and paranormal phenomena: A comprehensive review. *International Journal of Transpersonal Studies*, 31(1), 97–156.
- Malatesta, M. (Hrsg.). (2015). *Doctors and Patients: History, Representation, Communication from Antiquity to the Present*. San Francisco: University of California Medical Humanities Press.
- McKenna, T. (1992). *Food of the Gods*. New York: Bantam.
- Meier, C.A. (2012). *Healing Dream and Ritual: Ancient Incubation and Modern Psychotherapy*. Einsiedeln: Daimon.
- Perriam, G. (2015). Sacred spaces, healing places: therapeutic landscapes of spiritual significance. *Journal of Medical Humanities*, 36(1), 19–33.
- Petsalis-Diomidis, A. (2010). *Truly Beyond Wonders: Aelius Aristides and the Cult of Asclepius*. Oxford: University Press.
- Pettis, J.B. (2015). *The Sleeper's Dream: Asclepius Ritual and Early Christian Discourse*. Piscataway: Gorgias Press.
- Re, T.S., Palma, J., Martins, J.E. & Simões, M. (2016). Transcultural perspective on consciousness: Traditional use of ayahuasca in psychotherapy in the 21st Century in Western World. *Cosmos and History: The Journal of Natural and Social Philosophy*, 12(2), 237–249.
- Re, T.S. & Ventura, C. (2015). Transcultural Perspective on Consciousness: a bridge between Anthropology, Medicine and Physics. *Cosmos and History: The Journal of Natural and Social Philosophy*, 11(2), 228–241.
- Renberg, G.H. (2017). *Where Dreams May Come Incubation Sanctuaries in the Greco-Roman World* (Vol. I). Leiden and Boston: Brill.
- Roney-Dougal, S.M. (1989). Recent findings relating to the possible role of the pineal gland in affecting psychic ability. *Journal of the Society for Psychological Research*, 55, 313–328.
- Roney-Dougal, S.M. (1991). *Where Science and Magic Meet*. Shaftesbury, Dorset: Element Books.
- Roney-Dougal, S.M. (2001). *Walking between the worlds: Links between Psi, Psychedelics, Shamanism and Psychosis*. Glastonbury: Psi Research Centre.
- Walton, A. (1894). *The cult of Asclepius*. Boston: Ginn & Company.
- Williams, A. (1998). Therapeutic Landscapes in Holistic Medicine. *Social Science and Medicine*. 46(9), 1193–1203.
- Winkelman, M.J. (1992). *Shamans, Priests and Witches. A Cross-Cultural Study of Magico-Religious Practitioners*. Tempe: Arizona State University.

L'autrice

Tania Re, Laurea in Psicologia Clinica e di Comunità, è Antropologa specializzata in Antropologia della Salute ed Etnomedicina; è Terapista Complementare e Psicologa in Svizzera. Socia Fondatrice della Cattedra Unesco «Salute Antropologia, Biosfera e sistemi di cura» presso l'Università di Genova (IT), è ricercatrice presso il Centro Regionale Toscana per la Fitoterapia (CERFIT) – Ospedale Careggi, Firenze (IT). Da sempre è interessata a comprendere i sistemi provenienti da antiche tradizioni di cura che connettono mente, corpo e spirito.

Contatto

E-Mail: tania.re77@gmail.com

Spiritualität, Migration und Psychiatrie

Ein heisses Thema für die Psychotherapie?

Michele Mattia

Psychotherapie-Wissenschaft 9 (1) 69–75 2019
www.psychotherapie-wissenschaft.info
CC BY-NC-ND
<https://doi.org/10.30820/1664-9583-2019-1-69>

Zusammenfassung: Die psychiatrische und psychologische Tätigkeit wird seit Jahrhunderten ausgeübt. Dennoch haben religiöse und spirituelle Fragen weiterhin Auswirkungen auf die Perspektiven der Patienten, insbesondere in Bezug auf ihre Gesundheit und dem Umgang mit den psychischen Störungen, von denen sie betroffen sind. Religiöse und spirituelle Überzeugungen sind weit verbreitet, mehr als man denken könnte, unter all denen, die an einer affektiven, psychotischen oder Angststörung leiden. Selten sind sich Psychotherapeuten und Psychiater der Bedeutung bewusst, die Religion im psychischen Konstrukt des Subjekts einnehmen kann. Es fällt ihnen schwer, Werte wie Spiritualität und Religion innerhalb der Strukturierung des psychischen Apparats der Menschen zu verstehen und nachzuvollziehen, wie weit diese Werte die Beziehungen zur Familie, zur Gesellschaft, zur Arbeit oder zur Konstruktion der eigenen persönlichen Identität unterstützen oder beeinträchtigen können. Dieser Artikel stellt einzelne klinische Fälle vor, um den Zusammenhang zwischen Religion, Spiritualität und psychiatrischen Störungen zu diskutieren. Insbesondere werden die fördernden, induzierenden oder schützenden Auswirkungen der verschiedenen religiösen Praktiken auf die jeweiligen Pathologien hervorgehoben. Wir möchten besonders das Verhältnis zwischen den drei monotheistischen Weltreligionen (Christentum, Islam und Judentum) und den anderen drei grossen Religionen Buddhismus und Hinduismus sowie der Evangelischen Kirche untersuchen. Es kommen sechs klinische Fälle zur Darstellung. In einem Fall geht es um Depressionen und Angstzustände und die schützende Wirkung einiger hinduistischer Praktiken. Zwei weitere Fälle fokussieren auf depressive Symptome und die Schutzwirkung der katholischen Religion. Ein weiterer Fall behandelt den religiösen Glaubenswechsel am Beispiel eines jungen Schweizer Philosophiestudenten. Er war Katholik und wechselte zum Islam. Diese Veränderung führte zunächst zu einem signifikanten Rückgang der psychiatrischen Störungen (er litt an einer besonders schweren Neurose), entwickelte sich aber später in einen aggressiven und gewalttätigen Zustand. Sein Geist fand keine Ruhe und entwickelte ein starkes Risiko der Radikalisierung. In einem weiteren Fall wird die lindernde Wirkung der meditativen Praktiken des Buddhismus verdeutlicht. Ein junger Schweizer, der seit vielen Jahren an verschiedenen Arten von Schmerz litt, entwickelte nach der Begegnung mit der buddhistischen Religion die Fähigkeit, seine Schmerzen zu bewältigen und den Konsum von Analgetika und Antidepressiva deutlich zu reduzieren. Im letzten Fall wird der schützende und entspannende Einfluss der evangelischen Kirche bei einer Frau mit Störung durch Panikattacken und hysterischem Bolus untersucht. Wir werden auch die Vorurteile analysieren, die den Psychotherapeuten in seiner klinischen Praxis blockieren können, und die Muster, mit denen er sich auseinandersetzen muss, um sich aus seinen inneren Blockaden zu befreien.

Schlüsselwörter: Kulturpsychiatrie, Spiritualität, Religion, Überzeugungen, Bewältigungsstrategie (Coping), Vorurteile, Psychotherapie

Einführung

«Gott, Götter, göttliche Macht oder Geister existieren in allen Kulturen und auf der ganzen Welt.»
Koenig et al. (2001)

Religionen und Überzeugungen haben einen erheblichen Einfluss auf die Menschen und ihre psychische und somatische Gesundheit und den Umgang mit den Störungen, mit denen sie konfrontiert sind. Religiöse Überzeugungen sind laut den meisten Untersuchungen besonders bei Personen vorhanden, die unter einer emotionalen Störung oder einer psychischen/seelischen Krankheit leiden.

Ärzte sind sich der Bedeutung religiöser Überzeugungen selten bewusst und deren Verständnis würde der Behandlung mehr therapeutische Kraft verleihen (Koenig et al., 2005). Die wissenschaftlichen und theologischen

Gemeinschaften sind sich darüber uneins, wie man die Begriffe Religion und Spiritualität definieren soll. Der Begriff Religion bezeichnet spezifische, soziale und mit der Lehre verbundene Verhaltensweisen und Merkmale von Gruppen, die den verschiedenen religiösen Bereichen angehören. Insbesondere beinhaltet der Begriff Religion den Glauben an eine übernatürliche Macht oder an ein transzendentes Wesen, an eine Wahrheit oder höchste Wirklichkeit, und dieser Glauben kommt in Verhaltensweisen und Ritualen zum Ausdruck. Religion ist ein organisiertes System Überzeugungen, Praktiken und Ritualen, die sich am Heiligen orientieren.

Spiritualität ist ein Begriff, der die höchste Frage nach dem Sinn des Lebens betrifft und alles, was mit Transzendenz zu tun hat, beinhaltet. Er kann aus traditionellen religiösen Formen entstehen kann oder auch nicht (wird jedoch meist von diesen abgeleitet). Bei der Spiritualität geht es auch um persönliche Erfahrungen oder um die Erforschung des Transzendenten. Sie braucht nicht unbedingt mit einer bestimmten Religion zusammenzuhängen, sie geht über die bloße Zugehörigkeit zu einer Religion hinaus. Einige weisen darauf hin, dass die Definition von Spiritualität subjektiver und weniger messbar sei. Aus klinischer Sicht ist ein so weitgefasster und verbreiteter Begriff positiv, weil er es jedem ermöglicht, seine eigene Bedeutung für sich zu definieren und gleichzeitig die Subjektivität zu bewahren. Die Sprache der Spiritualität hilft, einen Dialog mit religiösen oder auch nicht-religiösen Menschen aufzunehmen (Larson et al., 1997).

Die Rolle des Therapeuten

Die Rolle des Arztes in diesen Situationen ist nicht offensichtlich. Psychotherapeuten gehen davon aus, dass sie vielfache Gründe haben, ihre Zurückhaltung gegenüber spirituellen und religiösen Themen in Therapien hervorzuheben.

In erster Linie haben Psychotherapeuten ihren eigenen religiösen Bezug – bzw. mangelnden religiösen Bezug –, der ihr Interesse an religiösen oder spirituellen Fragen beeinflussen kann. Im Allgemeinen sind Psychotherapeuten weniger an religiösen Aktivitäten beteiligt als Patienten, was zur Folge hat, dass sie weniger daran interessiert sind, diese Themen in der Therapie zu diskutieren (Neeleman & King, 1993).

In zweiter Linie verfügen Psychotherapeuten über geringe Kenntnis, wie der religiöse und spirituelle Diskurs im klinischen Setting aufgebaut werden soll. Während des Hochschul- oder Postgraduiertenstudiums gibt es selten spezifische Ausbildungskurse zum Thema Religion oder Spiritualität. Man darf ausserdem nicht vergessen, dass es in der Vergangenheit immer wieder bedeutende Konflikte zwischen Psychiatrie, Psychologie und Religion gegeben hat.

Freud beschrieb die Religion als «obsessive Neurose der Menschheit», eine neurotische Verteidigung gegen die Wechselhaftigkeit der Existenz. Er war überzeugt, dass es den Menschen ohne religiösen Glauben besser gehen würde (Gay, 1987). Dieses nachteilige Bild wurde von Fachleuten der psychiatrischen Berufe oft hervorgehoben, um die Vorteile der Religion herunterzuspielen.

Zwischen Psychotherapeuten und Klerus besteht weiterhin ein Antagonismus, da sich die Interessengebiete in gewisser Weise überschneiden und oft dieselben «Personen/Kunden/Patienten(?)» teilen.

Zudem ist die Befürchtung einiger Psychotherapeuten bekannt, dass das Besprechen religiöser Themen einen Weg in unbekanntes Gebiet darstellen könnte. Sie laufen Gefahr, dem Patienten selbst Schaden zuzufügen. Psychotherapeuten können sich unwohl fühlen, wenn sie sich in

ein soziales Versorgungsnetzwerk eingebunden fühlen, in dem die Rollen zwischen Ärzten und Religionsangehörigen nicht genau definiert sind.

Auch sonstige hemmende Faktoren in der Kommunikation zwischen Psychotherapeut und Patient gilt es bei der Auseinandersetzung mit der religiösen oder spirituellen Frage zu berücksichtigen. Faktoren, die das komplexe Verhältnis zwischen Medizin und Religion bestimmen. Das zu private Problem: der Therapeut, der seine eigene Religion durchsetzen will oder zu wenige Kenntnisse über das Verhältnis zwischen Religion und Gesundheit hat, und schliesslich Patienten, die nicht darüber sprechen wollen (Neeleman & King, 1993). Ein gemeinsamer Faktor in allen diesen Elementen ist die fehlende Kompetenz in Sachen Religion und Spiritualität sowie der Mangel an verfügbaren Werkzeugen.

Auf globaler Ebene, bei Personen mit Störungen der psychischen Sphäre, ist es entscheidend, dass ihr Leiden sowohl in wissenschaftlicher als auch in spiritueller Hinsicht erfasst wird, um ihre Therapieadhärenz zu maximieren und die therapeutische Beziehung zu stärken.

Beziehung zwischen Religion, Medizin und Psychiatrie

Der Prozess der psychiatrischen Einschätzung muss auf die Ethnie des Subjekts, den Geburtsort, das Geschlecht, die soziale Klasse, die sexuelle Orientierung sowie auf seine religiösen und spirituellen Überzeugungen ausgerichtet sein (American Psychiatric Association, 1995).

Die Forschung weist uns darauf hin, dass Religion und/oder Spiritualität Menschen mit somatischen Störungen hilfreich sein können. So sind beispielsweise Angehörige religiöser Gruppen besser vor Herzbeschwerden geschützt (Goldbourt et al., 1993). Dies kann auf die Korrelation zwischen religiösen Überzeugungen und kardiovaskulären Risikofaktoren wie Bluthochdruck, Rauchen, schlechte Essgewohnheiten zurückzuführen sein, die in ihrer Stresswirkung durch religiöses Verhalten reduziert werden.

Religion könnte auch die Krebsinzidenz beeinflussen, insbesondere durch korrekte Essgewohnheiten und gesunde Praktiken, die in einigen religiösen Gruppen gepflegt werden (Enstrom, 1989). Die Entwicklung und die Befunde von Tumoren könnten auch dank religiösem Engagement durch verbessertes gesundes Verhalten günstig beeinflusst werden. Aber auch der Einsatz von religiösen Copingstrategien kann helfen, Hoffnung zu wecken und Angst abzubauen.

Aus vorwiegend historischen Gründen war in der Psychiatrie die allgemeine Einstellung zur Religion stets ambivalent. Religiöse Überzeugungen, Praktiken und direkte Erfahrungen wurden von den Fachleuten der psychischen Gesundheit – zumindest früher – oft als Formen von Neurose eingestuft. Die Religion bietet eine alternative Sichtweise der psychiatrischen Störungen, die mit Psychiatern und Psychotherapeuten in Konflikt geraten kann.

Es hat sich gezeigt, dass religiöse Bewältigungsstrategie die Ergebnisse der Trauerverarbeitung und schwerer depressiver Störungen beeinflussen kann (Mohr & Huguelet, 2004). Untersuchungen, die in der Schweiz von einigen Autoren und auch im Ausland durchgeführt wurden, haben den positiven Nutzen in Bezug auf Coping dokumentiert, der Religion und/oder Spiritualität für psychotische Patienten haben kann (Mohr & Huguelet, 2004; Mohr et al., 2006; Yangarber-Hicks, 2004).

Psychotherapeuten sollten sich mit diesem Thema befassen und mit ihren Patienten immer über ihre religiösen Praktiken sprechen. Es ist wichtig, nicht nur zu wissen, ob sie gläubig sind, sondern auch die Intensität ihrer religiösen Gefühle und ihre spirituelle und religiöse Praxis zu kennen. Colucci und Martin (Colucci & Martin, 2008) haben das wichtigste Modell der empirischen Forschung zwischen Religion und Selbstmord beschrieben.

Die Autoren kommen zum Schluss, dass religiöse Faktoren im Allgemeinen mit einer niedrigeren Selbstmordgedanken, einer negativeren Einstellung zum Selbstmord und niedrigeren Selbstmordversuchsraten verbunden sind. Kurz gesagt, Religion scheint einen besseren Schutz vor selbstmörderischen Gedanken und Verhaltensweisen zu bieten, dank einer besseren sozialen Integration (z. B. Zugehörigkeit zu religiösen Gruppen), dem Inhalt religiöser Überzeugungen oder der Einhaltung sozialer Normen, die selbstmörderische Überlegungen nicht unterstützen (Colucci & Martin, 2008).

Neurobiologische Grundlagen von Religion und Spiritualität

Die Ergebnisse der Meta-Analyse deuten darauf hin, dass ein hohes Mass an Spiritualität mit der Aktivierung des serotonergen und dopaminergen Systems verbunden ist. Der Frontallappen, der präfrontale Kortex und die Verbindungen mit dem Thalamus, der hintere und obere Parietallappen und das limbische System sind die am stärksten betroffenen Regionen (Newberg et al., 2001, 2003; Newberg & Iversen, 2003; Muramoto, 2004).

Einige Studien über die Aktivierung der serotonergen und dopaminergen Wege deuten darauf hin, dass höhere Aktivitätsniveaus in den beiden Systemen nicht nur bei Personen mit einem hohen Sinn für Spiritualität, sondern auch bei religiösen Praktiken wie Meditation und Kontemplation vorhanden sind (Cloninger et al., 1993, 1998).

Hoffnung, Optimismus, Liebe und Zufriedenheit stimulieren die Produktion von Endorphinen, indem sie eine Aktivierung des Genuss-Kreislaufs induzieren und so Störungen im psychiatrischen Bereich verhindern. Durch die Aktivierung des limbischen Systems und der Hypothalamus-Hypophysen-Nebennierenrinden-Achse stärken sie das Immunsystem und reduzieren den Wechsel von Stresshormonen, wodurch unter anderem Herzfrequenz, Blutdruck, Angst und Depression vermindert werden.

Spiritualität und Religion können durch die oben beschriebenen neurobiologischen Mechanismen eine

Pufferwirkung auf die Stressoren des Lebens haben. Als Quelle der inneren Gelassenheit sorgen sie für ein Gefühl der Zufriedenheit und für Schutz vor pathologischen Auswirkungen.

Klinische Fälle

Der erste vorgelegte klinische Fall betrifft eine 66-jährige katholische Frau. Ihre Religiosität beruht auf dem Modell rigoroser, praktizierender katholischen Eltern. Die ganze Familie ging jeden Sonntag zur Messe und nahm aktiv an den Funktionen und Aktivitäten der Pfarrgemeinde teil. Sie ist Primarschullehrerin von Beruf, verheiratet und Mutter von drei adoptierten Kindern. Sie war zur Therapie wegen einem Problem in ihrer Beziehung zu ihrem Sohn gekommen, der damals Marihuana konsumierte. Sie zeigte ausserdem ein depressives Bild.

Es gab eine Diagnose von Brustkrebs im Jahr 2005, Blasen- und Eierstockkrebs im Jahr 2008. Jedes Mal, unter Befolgung der spezifischen onkologischen Behandlungen und gleichzeitiger Adhärenz an Gebets- und Kontemplationspraxis hat sie die Krebsleiden überwunden. «Wenn ich zwischen dem Krebs und dem Kind wählen muss, dann wähle ich den Krebs ... der Krebs ist ein Spaziergang für mich ...». So drückte sie ihre Ängste gegenüber dem eigenen Sohn aus. Sie zeigte oft sehr tiefe Angstkrisen, mit Unruhe, Spannung, Schlaflosigkeit, in einer Persönlichkeit mit invasiven und hyper-kontrollierenden Zügen.

Im Verlauf der individuellen systemischen Psychotherapie haben wir mit Unterstützung einer spezifischen Pharmakotherapie den religiösen Bereich einbezogen, der in ihrer persönlichen Geschichte und ihrem Alltag besonders ausgeprägt ist. Die Teilnahme an Morgengebete und der Abendmesse wurde verstärkt.

Als psychosoziale Faktoren der Religions-Adhärenz zum Schutz vor der Krankheit haben sich herausgestellt: Zugehörigkeit zur Gruppe, Sozialisation, Kontemplation im Gebet mit einer daraus resultierenden Verringerung der Symptome und der Fähigkeit, Bereiche mit subjektivem Trost zu identifizieren. Wir konnten auch eine Verringerung der Wutzustände und der Impulsivität sowie der obsessiven Grübeleien verzeichnen (insbesondere über den Sohn).

Der zweite klinische Fall hat die Geschichte eines 28-jährigen Mannes zum Inhalt. «Die Schnur hatte sich wie eine Schlinge an meinem Hals gelegt ... mein Vater, ein Mann mit schlechtem Charakter, egoistisch, war gewalttätig gegen meine Mutter und gegen mich ...» Wegen der erlittenen Misshandlungen beantragte und erreichte er als Erwachsener die Änderung seines Nachnamens, der ihn mit seinem Vater identifizierte. Seit der Trennung seiner Eltern lebt er ausschliesslich bei seiner Mutter. Er hat einen älteren und einen jüngeren Bruder; die Beziehung zu ihnen ist dysfunktional.

Er wurde in der Mittelstufe gemobbt und wegen Übergewicht ausgelacht. Er hat ein Philosophiestudium an der USI (Universität der italienischen Schweiz) in Lugano abgeschlossen.

In seiner persönlichen Geschichte taucht die relationale Isolation als spezifisches evolutionäres und aktuelles Merkmal auf. Auf der diagnostischen Seite befinden wir uns im Bereich einer narzisstischen Persönlichkeitsstörung mit ausgeprägt obsessiven Merkmalen, zusammen mit dem depressiven Bereich.

Nach einer schweren relationalen Frustration, als ihm zu Unrecht vorgeworfen wurde, Gegenstände von einer Gruppe von Freunden gestohlen zu haben, die er als Ersatz für seine auseinandergebrochene Familie gewählt hatte, wurde er aus der Gruppe verstossen.

Danach tauchte er in einen Zustand der Wut mit einem starken reaktiven Drang, dem Islam beizutreten. Er war sich bisher seiner katholischen Religion bewusst, hatte jedoch keine spirituelle oder soziale Beziehung zu religiösen Praktiken katholischer oder christlicher Natur.

Wenige Wochen nach seiner Bekehrung zum Islam präsentierte er sich kahlgeschoren und mit langem Bart. «Ich bin Muslim geworden ... Ich will den Koran auswendig lernen, auf Arabisch ...» Nach ein paar Wochen erklärte er: «Ich habe alle Medikamente verbrannt, ich will nicht mehr narkotisiert werden ...» Er wurde vom fehlgeleiteten Islam indoktriniert, in der fundamentalistischen, aggressiven Form, mit «extremistischen» Strömungen gegen die westliche Zivilisation und den amerikanischen Imperialismus.

Nach einigen Monaten wurde er in die Kantonale Psychiatrische Klinik Mendrisio eingewiesen, weil er sehr aggressiv – auch physisch – gegen seine Mutter geworden war. Die Mutter duldet nicht, dass er ihr die islamisch-fundamentalistische Religion aufzwingen wollte.

Nach dieser Krise wandte sie sich vom extremistischen und aggressiven Islamismus ab. Ein Jahr später kam es zu einer erneuten Annäherung an den Islam.

«Als ich letzten Sommer dem Islam beitrug, war ich von dieser Religion fasziniert ... jetzt wurde mir klar, dass ich mit ihren Grundwahrheiten nicht einverstanden bin, auch wenn sie die einzige monotheistische ist, an die ich glaube ... der Gedanke an Religion ist aktiv zurückgekehrt, im Gehirn, im Geist ... die Wahrheiten des Islamismus sind offenbar ... Ich vermisse das Gebet ... Ich falle aus jedem Anlass in eine Krise und weil ich mich vom Islam entfernt habe ... Ich habe ein Gefühl von Schuld und Schmerz und grosser Orientierungslosigkeit ... Ich habe keine Bezugspunkte ... Der Islam wird zu meinem Bezugspunkt ...»

Er besucht regelmässig die Moschee. Am Samstagabend trifft er sich mit einer Gruppe junger Menschen im Alter zwischen 18 und 30 Jahren, um gemeinsam den Islam zu studieren, zu beten und zu speisen. Am Sonntag geht er mit dem Imam in die Moschee, um den Koran zu lernen und zu rezitieren, er isst mit anderen Jungen zu Mittag. «Diesmal bin ich nicht zum Islam zurückgekehrt, nicht mit der politischen Idee des Heiligen Krieges, sondern mit der Idee der Religion.»

Die Analyse dieses Falles zeigt, welches die erleichternden Auswirkungen der Religion auf die Pathologie

sein können, wenn sie eine tiefe existentielle Leere ersetzt, insbesondere als Gegenreaktion auf eine tiefe Frustration und Demütigung.

Die erste Annäherung an den Islam war integralistischer Natur, auf der Suche nach einer definierten, ja sogar gewalttätigen Rolle beim Neuaufbau einer zerbrochenen Persönlichkeit. Der erzwungene Klinikaufenthalt wirkte wie ein gegenpsychisches Trauma und brachte ihn zurück zu einer Wahl, die seinem Ich näher lag. Seitdem wird die Religion nicht mehr als geschlossene, integralistische «Sekte» erlebt, sondern als offener Raum für das psychische und soziale Selbst. Sie ist jetzt ein Schutz vor Pathologie geworden und bewahrt ihn vor möglichen zukünftigen psychischen Störungen.

Er stellt die folgenden Vorteile fest: Gelassenheit, Zugehörigkeit, Sozialisation, signifikante Reduzierung der Aggressionszustände, bessere Beziehung zu den Bindungspersonen.

Der dritte klinische Fall betrifft einen Mann, geboren im Jahr 1964 in Indien, in Punjab. Sein Vater starb, als er acht Jahre alt war. Die Mutter lebt noch. Er wurde als vierter Sohn in einer Familie mit zwei Brüdern und einer Schwester geboren. Nach dem Gymnasium wurde er für sechseinhalb Jahre in die Armee eingezogen. Er nahm aktiv am Krieg in Sri Lanka teil.

Aufgrund der Gefahr, aus politischen Gründen in Indien inhaftiert zu werden, entschied er sich, in die Schweiz auszuwandern. Er kam 1993 als politischer Flüchtling an. Nach einigen Jahren erhielt er eine Aufenthaltserlaubnis. In Indien war er verheiratet. Er kam allein in die Schweiz und liess seine Familie – die Frau und die beiden Kinder – in Indien zurück. Im Jahr 2004 wurde die Ehe geschieden.

In diagnostischer Hinsicht befinden wir uns im depressiven Bereich mit traumatischen Elementen, verbunden mit schweren Erlebnissen, ausgelöst durch verheerende Kriegserfahrungen. Er gehört dem hinduistischen religiösen Bereich an. Jeden Morgen praktiziert er etwa eine Stunde lang hinduistische Anbetung (Puja) vor einem kleinen Tempel zu Hause: «Das hat mir immer geholfen bei Angst und Depression.»

Das Ritual findet immer vor diesem kleinen Tempel statt, mit Düften und Kerzen. Er hat ein Buch, aus dem er liest.

«... man spricht vor Gott, er hört zu, ich fühle in mir Treue und Vertrauen, dass er mich ansieht und mir hilft. Seitdem ich mich krank fühle, tue ich das ... früher tat ich es nicht ... ich bete, damit Gott mich nicht verlässt, weil ich Angst habe, dass mir etwas zustossen könnte ... in Indien gibt es viele Orte, an denen frisches Wasser und Milch hervorquellen und die Menschen trinken und es geht ihnen besser ... Gott existiert also ...»

Die schützenden Faktoren gegen die Entwicklung einer ernsteren Psychopathologie waren: Abbau von Angst und Einsamkeitsgefühl, Abbau von negativen depressiven Gedanken, starkes Zugehörigkeitsgefühl, Aufhebung von selbstunterdrückenden Gedanken.

Der vierte klinische Fall veranschaulicht die Geschichte einer Frau im Jahr 1970. Ihre Familie stammt aus den Abruzzen, sie ist in der Schweiz geboren und aufgewachsen. Der Vater wird symbolisch als «Padre Padrone» (Meister-Vater) definiert. Die Mutter ist immer eine unterwürfige Frau gewesen. Sie hat einen Bruder und war erstmals 1992 verheiratet und 1995 geschieden. Aus der Ehe stammt eine Tochter, die an einem schweren Morbus Crohn mit Anal-fisteln leidet. Ein zweites Mal heiratet sie im Jahr 2013.

Diagnostisch befinden wir uns im Bereich einer somatoformen vegetativen Störung mit einem Zustand der Grundangst und Panikkrise. Die gezeigten Symptome lagen im Bereich der Unfähigkeit, Feststoffe zu schlucken. Sie hatte auch starke Sorgen wegen ihrer Tochter, die sich seit vielen Jahren spezifischen Behandlungen ohne wirklichen Nutzen unterzieht. Als Christin fand sie besonders starke Unterstützung in der evangelischen Glaubensgemeinde. Seit 2009 besucht sie die Evangelische Kirche.

Die offensichtlichen Vorteile der Zugehörigkeit zur evangelischen Gemeinde waren: Verbesserung der Angstzustände, signifikante Reduktion des Symptoms mit der erneuten Fähigkeit, feste Nahrung zu sich zu nehmen. Sie hat ihr Selbstvertrauen gestärkt. Es ist ihr gelungen, dem männlichen Geschlecht Vertrauen zu geben und hat sich zugestanden, sich zu verlieben und zu heiraten: eine signifikante Reduzierung der thymischen Krisen. Psychotherapeutisch wurden eine individuelle kognitive Verhaltenstherapie sowie eine individuelle systemische Beziehungstherapie festgelegt.

Sobald das Therapiesystem für religiöse Überzeugungen empfänglich wurde und sie in den Behandlungsprozess integrierte, traten eine deutliche Beschleunigung der klinischen Verbesserung und des Zugehörigkeitsgefühls ein.

Der fünfte klinische Fall steht im Zusammenhang mit der komplexen Geschichte eines Mannes Jahrgang 1982, geboren und aufgewachsen in der Schweiz, mit nicht praktizierenden katholischen Eltern. Sein Vater ist Arzt mit einer bipolaren Erkrankung, die ihn in den letzten Jahren an der Ausübung seines Berufes gehindert hat. Der Vater wurde mehrmals in eine psychiatrische Klinik eingeliefert, ebenso wie seine Frau.

Die Mutter, von Beruf Krankenschwester, ist depressiv und ängstlich. Ein erster Bruder mit depressivem Syndrom befand sich auch einmal in psychiatrischer Behandlung. Die jüngere Schwester leidet an einer schweren Essstörung. Sie wurde in spezifische Kliniken eingewiesen. Er absolvierte die Matura, nachdem er das letzte Jahr viermal wiederholt hatte.

Diagnostisch gesehen befinden wir uns im Bereich der sozialen Angst mit Panikattacken und einem depressiven Zustand. Die Symptomatik, unter der er am meisten leidet, ist jedoch die des Schmerzbereichs.

«Meine Augen tun den ganzen Tag weh, nicht ein akuter, aber anhaltender Schmerz, schwere Augen. Ich muss mir den ganzen Tag die Nase schneuzen, meine verstopfte Nase ist störend ... Mein Hals schmerzt, seit einigen Monaten bereitet er mir Probleme bei der Arbeit ... mein Rücken tut den ganzen Tag lang weh,

schon beim Aufwachen, er macht mir Probleme bei der Arbeit ... aber ich kann arbeiten, da ich stark bin. Meine Arme schmerzen, wenn ich vom Handgelenk an den Arm berühre, sogar meine Hände tun mir weh ... Ich habe Mühe, mich zu bewegen ... mein Brustkorb schmerzt im oberen Bereich und der Schmerz gleitet dann seitlich bis zu den Hüften. Der Oberschenkel schmerzt, der vordere Bereich des Oberschenkels, der Schmerz ist überall ... er breitet sich dann auf das Gesäss, die Genitalien, die Zunge, die Kopfhaut, die Finger und die Fusssohlen, den Hals, die Bronchien, die Lunge, das Pleura und das Herz aus ...»

Seit einigen Jahren interessiert er sich für die buddhistische Religion.

«Ich bin Buddhist geworden, weil ich in einer spirituellen Dimension leben wollte und etwas brauchte, das mir in schwierigen Zeiten Halt geben würde ... zuerst hatte ich Schwierigkeiten, es war mir klar, dass sich der buddhistische Ansatz stark von unserer schnellen und turbulenten Welt unterscheidet ... Der Buddhismus führt uns dazu, anzuhalten ... zuerst fällt es sehr schwer, weil ich Angst und Befürchtungen hatte, die mich blockierten, ... jetzt weiss ich, dass ich Angst mit positiven Emotionen bekämpfen kann ...»

Die Vorteile, die er unterstreicht, beziehen sich auf die Meditationspraxis am Morgen und Abend. «Sie können mich dazu bringen, zu kämpfen und die Schmerzen zu ertragen ...» Er spürt, dass er seine Schmerztoleranz gestärkt hat. Die Schmerzschwelle stieg und die Wahrnehmung des Schmerzes sank.

Im Rahmen der Psychotherapie erlaubte die Sensibilität für den spirituellen Bereich und die therapeutische Neugierde (Cloninger et al., 1993), die buddhistische Dimension in den Therapieverlauf einzubeziehen. Der Therapeut sollte eine Religionszugehörigkeit nie als definitiv erworben betrachten.

In der Tat, in diesem klinischen Fall zeigt sich, dass die erste Religion des Patienten die christlich-katholische Religion war. Nur das erweiterte Interesse und die spezifischen Fragen zur Spiritualität haben es uns ermöglicht, nachzuvollziehen und zu verstehen, woher die klinische Verbesserung kommt.

Es lag nicht nur an den Medikamenten, an der Kombination verschiedener psychotherapeutischer Ansätze, die im Laufe der Jahre angewandt wurden, von der systemischen Familientherapie über die kognitive Verhaltenstherapie, die Achtsamkeit, bis zum autogenen Training, sondern auch der Anreiz, den Weg des fortschreitenden Buddhismus einzuschlagen.

Der letzte dargestellte klinische Fall betrifft die Geschichte einer 71-jährigen Frau, die in Kampanien, einer Region in Süditalien, geboren und aufgewachsen ist. In den 1970er Jahren wanderte sie in die deutschsprachige Schweiz aus.

Ein erstes Mal war sie mit einem gewalttätigen Mann verheiratet, dann geschieden und nach ein paar Jahren

erneut verheiratet. Später entdeckte sie, dass ihr zweiter Mann, der eine starke narzisstische Persönlichkeit hat, gleichzeitig ein paralleles Leben mit vielen anderen Frauen geführt hatte. Ihr gegenüber war der Ehemann unterdrückend, er verfolgte sie und schränkte ihre Freiheiten ein. Vor einigen Jahren gelang es ihr, sich von ihm zu trennen und beschloss, die deutschsprachige Schweiz zu verlassen und ins Tessin zu ziehen.

Aus diagnostischer Sicht kommt der depressive Bereich in einer persönlichen Geschichte zum Vorschein, die durch gestörte Beziehungen gekennzeichnet ist. Diese Beziehungen haben ihre persönliche Entwicklung stark behindert. Sie war schon immer eine christliche Katholikin, stark gläubig. In den komplexesten Phasen ihres Lebens hat sie ihre Zugehörigkeit zu Gebetsgruppen immer wieder verstärkt. Dabei erlebte sie eine starke Mystik, die manchmal Ausmass annahm, die von psychiatrischer Seite als Eintreten eines religiösen Deliriums interpretiert werden könnten.

Indem sie die religiösen Praktiken, die sie auf ihrem Lebensweg befolgte, integriert hat und da es immer schützende Praktiken waren, auch wenn sie zu Delirium-artigen Momenten führen konnten, hat der Therapeut sie zu einem aktiven Teil des Settings gemacht. Damit stärkte er das Vertrauen in die Therapie und ermächtigte die Frau, in eine sichere, nicht aggressive oder disqualifizierende Umgebung einzutreten.

Die offenbaren Vorteile liegen in der Überwindung der schlimmsten Krisen durch Gebet und Kontemplation. Durch Gebet und Kontemplation erreicht sie eine deutliche Reduzierung ihrer von Angst- und Unruhezustände und kann sogar Phänomene der Wahrnehmungsstörung (Schatten und Stimmen) überwinden, die sie normalerweise in Momenten starker Krise erlebt. Es war sehr heilsam, die Phänomene der Wahrnehmungsstörung im therapeutischen Umfeld anzugehen. Die Öffnung des Settings für diese Aspekte hat es dem Geist ermöglicht, dem Risiko abweichender Wahnvorstellungen zu entkommen.

Die unvoreingenommene und nicht stigmatisierende Rezeption hat das Risiko einer psychotischen Drift aufgelöst und religiöse Praktiken wurden auf eine Besonderheit der persönlichen Geschichte zurückgeführt und haben den Charakter einer Selbstbehandlung angenommen.

Schlussfolgerungen

Aus den oben beschriebenen klinischen Fälle geht klar hervor, wie in der buddhistischen und hinduistischen Praxis die Meditation, die Beziehung zur Göttlichkeit, die starke Konnotation der Spiritualität – auch ohne die aktive und praktizierende religiöse Komponente – zu einer Stärkung des eigenen Ichs führen kann. In der christlichen Religion hat die aktive Praxis eine Stärkung von Gruppensinn, Sozialisation und Integration offenbart, auch durch gemeinsames Beten und Treffen. Weitere wichtige Punkte waren die bessere Adhärenz an soziale

Normen, ein Zustand der gemeinsamen Kontemplation und die Schaffung eines starken Unterstützungsnetzes.

Spiritualität ihrerseits kann eine schützende Wirkung auf die Stressoren des Lebens haben, indem sie ein Gefühl des inneren Friedens aufbaut und stärkt, das in der Lage ist, sie zu kontrollieren. Bei der Analyse von klinischen Fällen und der Literatur wird es für jeden Therapeuten wichtig, in seiner Krankengeschichte die Merkmale von Religiosität, Spiritualität, aber auch von Atheismus zu sammeln.

Es wird von Bedeutung sein, die Fähigkeit zu entwickeln, mit Patienten über Spiritualität, Religion und Glauben zu sprechen und ein Gefühl von Empathie und Respekt zu vermitteln. Die Entwicklung der Fähigkeit zur Unterstützung und Stärkung der spirituellen und religiösen Bewältigung (Coping), wie Kontemplation, Meditation, Gebete, Teilnahme an Treffen mit Zugehörigkeitsgruppen, ist stark therapeutisch.

Die therapeutische Wirkung verläuft über die Stärkung des therapeutischen Bündnisses. Es regt die Verbesserung des Wohlbefindens an, mit der Folge, dass depressive und Angstzustände, der Konsum von Alkohol und Drogen sowie die Selbstmordrate zurückgehen. Das Vorhandensein eines strukturierten positiven Zusammenhangs zwischen Religion und Wohlbefinden kann ein Gefühl der inneren Ruhe und eine grössere Stabilität wiederherstellen. Durch die Stärkung der Religionszugehörigkeit oder der spirituellen/religiösen Praktiken kann das Subjekt andere psychosoziale Verbindungen entwickeln, die helfen können, den Behandlungs- und Verbesserungsprozess zu stärken.

Die therapeutische Beziehung kann immer persönlicher werden, indem die von Rogers formulierten unspezifischen therapeutischen Faktoren verstärkt werden: Unverfälschtheit, Empathie und ein bedingungslos positiver Blick (Rogers, 1957).

In einem Zeitalter, das von einem starken Gefühl der Ernüchterung, Akzentuierung der Einsamkeit und einem Gefühl der verlorenen Hoffnung geprägt ist, stellt dies eine Stärkung der klinischen Beziehung und der therapeutischen Sensibilität und schliesslich der Behandlung des Subjekts dar.

Literatur

- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed., text rev.). Washington, D. C.
- Cecchin, G., Lane, G. & Ray, W.A. (1997). *Verità e Pregiudizi. Un approccio sistemico alla psicoterapia*. Mailand: Raffaello Cortina.
- Cloninger, C. R., Bayon, C. & Svrakic, D. M. (1998). Measurement of temperament and character in mood disorders: a model of fundamental states as personality types. *Journal of Affective Disorders*, 51(1), 21–32.
- Cloninger, C. R., Svrakic, D. M. & Przybeck, T. R. (1993). A Psychobiological Model of Temperament and Character. *Archives of General Psychiatry*, 50(12), 975–990.
- Colucci, E. & Martin, G. (2008). Religion and Spirituality Along the Suicidal Path. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 38(2), 229–244.
- Enstrom, J.E. (1989). Health Practices and Cancer Mortality among Active California Mormons. *Journal of the National Cancer Institute*, 81, 1807–1814.

- Gay, P. (1987). *A Godless Jew: Freud, Atheism, and the Making of Psychoanalysis*. New Haven: Yale University Press.
- Goldbourt, U., Yaari, S. & Medalie, J.H. (1993). Factors Predictive of Long-Term Coronary Heart Disease Mortality among 10,059 Male Israeli Civil Servants and Municipal Employees. A 23-Year Mortality Follow-up in the Israeli Ischemic Heart Disease Study. *Cardiology*, 82, 100–121.
- Koenig, H. G., McCullough, M. E. & Larson, D. B. (2001). *Handbook of Religion and Health*. Oxford: University Press.
- Koenig, L. B., McGue, M., Krueger, R. F. & Bouchard Jr., T. J. (2005). Genetic and Environmental Influences on Religiousness: Findings for Retrospective and Current Religiousness Ratings. *Journal of Personality*, 73(2), 471–488.
- Larson, D. B., Swyers, J. P. & McCullough, M. E. (1997). *Scientific Research on Spirituality and Health: A Consensus Report*. Rockville MD: National Institute for Health Research.
- Mattia, M., Barbetta, P. & Pakman, M. (2015). Abstract 4 congresso mondiale WACP.
- Mohr, S., Brandt, P. Y., Gillieron, C., Borrás, L. & Huguélet, P. (2006). Toward an Integration of Spirituality and Religiousness Into the Psychosocial Dimension of Schizophrenia. *American Journal of Psychiatry*, 163, 1952–1959.
- Mohr, S. & Huguélet, P. (2004). The Relationship between Schizophrenia and Religion and Its Implications for Care. *Swiss Medical Weekly*, 134, 369–376.
- Muramoto, O. (2004). The role of the medial prefrontal cortex in human religious activity. *Medical Hypotheses*, 62(4), 479–485.
- Neeleman, J. & King, M. B. (1993). Psychiatrists' religious attitudes in relation to their clinical practice: A survey of 231 psychiatrists. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 88, 420–424.
- Newberg, A., Alavi, A., Baime, M., Pourdehnad, M., Santanna, J. & D'Aquili, E. (2001). The Measurement of Regional Cerebral Blood Flow during the Complex Cognitive Task of Meditation: A Preliminary SPECT Study. *Psychiatry Research*, 106(2), 113–122.
- Newberg, A. & Iversen, J. (2003). The Neural Basis of the Complex Mental Task of Meditation: Neurotransmitter and Neurochemical Considerations. *Medical Hypotheses*, 61(2), 282–291.
- Newberg, A., Pourdehnad, M., Alavi, A. & D'Aquili, E. G. (2003). Cerebral Blood Flow During Meditative Prayer: Preliminary Findings and Methodological Issues. *Perceptual and Motor Skills*, 97(2), 625–630.
- Rogers, C. R. (1957). The Necessary and Sufficient Conditions of Therapeutic Personality Change. *Journal of Consulting Psychology*, 21(2), 95–103.
- Yangarber-Hicks, N. (2004). Religious Coping Styles and Recovery from Serious Mental Illness. *Journal of Psychology and Theology*, 32, 305–317.

Spirituality, migration and psychiatry. A heated argument for Psychotherapy?

Abstract: Although medicine is practiced in a secular setting, religious and spiritual issues have an impact on patients' perspectives regarding their health and the management of disorders that may afflict them. This is especially true in psychiatry, because spiritual and religious beliefs are prevalent among those with emotional or mental illness. Clinicians are rarely aware of the importance of religion and understand little of its value as a positive force for coping with the many difficulties that patients and their families must face. In this paper I want to present some clinical cases to discuss the relationship between religion, spirituality and psychiatric disorder. Particularly the author will underline the pathofacilitator or the pathoprotective effect of Christian's, Muslim's, Buddhism's, Hinduism's and Evangelical's religion, through the analysis of specific clinical cases. The clinical cases showed will be focused on: psychosis, anxiety disorders, affective disorders, chronic pain disorder and somatic symptom disorder (Mattia et al., 2015).

Key Words: Cultural Psychiatry, Spirituality, Religion, Beliefs, Coping, Prejudice, Psychotherapy

Der Autor

Michele Mattia, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, Präsident der Vereinigung der italienischen Schweiz für Angst, Depression und Zwangsstörungen (Asi-Adoc), Dozent an der Universität Varese, Psychiatrie; Lehrtätigkeit am Mailänder Familientherapiezentrum.

Kontakt

Viale San Salvatore 7
6902 Lugano-Paradiso
Tel +41 91 647 14 17
E-Mail: studiomattia@michelemattia.ch
www.michelemattia.ch

Spiritualité, migration et psychiatrie

Un sujet brûlant de psychothérapie ?

Michele Mattia

Psychotherapie-Wissenschaft 9 (1) 76 2019
www.psychotherapie-wissenschaft.info
CC BY-NC-ND
<https://doi.org/10.30820/1664-9583-2019-1-76>

Mots-clés : Psychiatrie culturelle, spiritualité, religion, croyances, coping, préjugés, psychothérapie

Bien que la pratique psychiatrique et psychologique est exercée depuis des décennies, les sujets religieux et spirituels ont continué à avoir un impact sur la perspective des patients, en lien avec leur santé et la gestion des troubles mentaux dont ils souffrent.

Les croyances religieuses et spirituelles prévalent plus qu'on ne peut le croire parmi ceux qui souffrent d'un trouble affectif, anxieux ou psychotique.

Les psychothérapeutes et psychiatres sont rarement conscients de l'importance que la religion peut avoir sur la construction psychique du sujet. Ils ont également des difficultés à comprendre les valeurs de la spiritualité et de la religion dans la structuration de l'appareil psychique des individus et comment ces valeurs peuvent soutenir ou interférer dans les relations avec la famille, la société, le travail ou avec la construction de l'identité de sa propre identité personnelle.

Dans cet article, certains cas cliniques seront présentés pour aborder la relation entre la religion, la spiritualité et les troubles psychiatriques, en particulier les patho-facilitateurs, patho-inducteurs ou les effets patho-protecteurs des différentes pratiques religieuses seront mis en avant.

Nous soulignerons en particulier la relation entre les trois religions monothéistes (chrétienne, islamique et juive) et les trois autres confessions religieuses, telles que le bouddhisme, l'hindouisme et l'Église anglicane. Six cas cliniques seront présentés, dont un cas sur la dépression et l'anxiété et les effets protecteurs de certaines pratiques de l'hindouisme. Deux autres cas concerneront la symptomatologie dépressive et les effets protecteurs de la religion catholique. Un autre cas portera sur le changement de croyance religieuse d'un jeune étudiant suisse en philosophie. Il était catholique et a changé de religion en devenant musulman.

Cette conversion a créé initialement un état de réduction significative des troubles psychiatriques (c'était un sujet avec une névrose très grave), mais qui s'est ensuite transformé en un état agressif et violent. Son esprit ne pouvait pas rester calme et serein, développant un fort risque de radicalisation.

Un autre cas prendra en considération les effets analgésiques des pratiques méditatives du bouddhisme. Un jeune homme suisse ayant différentes formes de douleur pendant de nombreuses années a développé, après avoir rencontré la religion bouddhiste, la capacité de gérer sa douleur en réduisant significativement l'utilisation d'analgésiques et d'antidépresseurs. Le dernier cas examinera l'effet patho-protecteur relaxant de l'église évangélique sur une femme avec un trouble de panique et un bolus hystérique.

Il analysera également les préjugés pouvant bloquer le/la psychothérapeute dans sa pratique clinique et les schémas à prendre en compte pour évoluer à partir de ses propres blocages intérieurs.

L'auteure

Michele Mattia, FMH Psychiatrie et Psychothérapie, Présidente de l'Association de la Suisse italienne de l'Anxiété, la Dépression et le Trouble Obsessionnel Compulsif (Asi-Adoc), Conférencière à l'Université de Varèse, Département de Psychiatrie. Professeur au Centre Milanais de Thérapie familiale.

Contact

Viale San Salvatore 7
6902 Lugano-Paradiso
Tel +41 91 647 14 17
E-Mail: studiomattia@michelemattia.ch
www.michelemattia.ch

Spiritualità, migrazione e psichiatria

Un argomento scottante per la psicoterapia?

Michele Mattia

Psychotherapie-Wissenschaft 9 (1) 77–82 2019
www.psychotherapie-wissenschaft.info
CC BY-NC-ND
<https://doi.org/10.30820/1664-9583-2019-1-77>

Riassunto: Sebbene la pratica psichiatrica e psicologica sia esercitata da secoli, le problematiche religiose e spirituali hanno continuato ad avere un impatto sulla prospettiva dei pazienti, in relazione alla loro salute e alla gestione dei disturbi psichici da cui sono afflitti. Le credenze religiose e spirituali sono prevalenti, più di quanto si possa pensare, fra tutti coloro che hanno un disturbo affettivo, ansioso o psicotico. Gli psicoterapeuti e gli psichiatri sono raramente consapevoli e consci dell'importanza che la religione può avere nel costruito psichico del soggetto. Inoltre hanno difficoltà a comprendere i valori della spiritualità e della religione nella strutturazione dell'apparato psichico delle persone e di quanto questi valori possano sostenere o interferire nelle relazioni con la famiglia, la società, il lavoro, o con la costruzione della propria identità personale. In questo articolo si presenteranno alcuni casi clinici per discutere la relazione fra religione, spiritualità e disturbi psichiatrici, particolarmente si metteranno in evidenza gli effetti pato-facilitatori, pato-induttori o pato-protettivi delle diverse pratiche religiose. Particolarmente sottolineeremo la relazione fra le tre religioni monoteistiche (Cristiana, Islamica e Ebraica) e le altre tre fedi religiose quali il Buddismo, l'Induismo e la chiesa Evangelica. Verranno presentati sei casi clinici di cui uno su depressione ed ansia ed effetti protettivi di alcune pratiche dell'Induismo. Altri due casi verteranno sulla sintomatologia depressiva e gli effetti protettivi della religione cattolica. Un altro caso sarà sul cambiamento di credenza religiosa in un giovane studente svizzero di filosofia. Era cattolico e cambiò la sua religione diventando musulmano. Questa conversione creò inizialmente uno stato di importante riduzione dei disturbi psichiatrici (era un soggetto con una gravissima nevrosi), ma successivamente virò in uno stato aggressivo e violento. La sua mente non riusciva a rimanere calma e tranquilla, sviluppando un forte rischio di radicalizzazione. Un altro caso considererà gli effetti analgesici delle pratiche meditative del Buddismo. Un giovane uomo svizzero che aveva da molti anni differenti forme di dolore, dopo aver incontrato la religione buddista sviluppò la capacità di gestire il suo dolore riducendo in modo significativo l'uso degli analgesici e degli antidepressivi. L'ultimo caso esaminerà l'effetto rilassante pato-protettivo della chiesa evangelica in una donna con disturbo da attacco di panico e un bolus isterico. Si analizzeranno anche i pregiudizi che possono bloccare lo psicoterapeuta nella sua pratica clinica e i pattern da affrontare per evolversi dai propri blocchi interiori.

Parole chiave: Psichiatria culturale, Spiritualità, Religione, Credenze, Coping, Pregiudizi, Psicoterapia

Introduzione

«Dio, gli Dei, il potere divino o gli Spiriti esistono in tutte le culture e in tutto il mondo.»

Koenig et al. (2001)

La religiosità e le credenze hanno un impatto significativo sulle persone, sulla loro salute mentale e somatica e sulla gestione dei disturbi di cui sono afflitti. Le credenze religiose, in accordo con la maggior parte delle ricerche, sono prevalenti fra coloro che hanno un disturbo delle emozioni o una malattia mentale.

I clinici sono raramente consapevoli dell'importanza delle credenze religiose e comprenderle darebbe una forza terapeutica maggiore al trattamento (Koenig et al., 2005). Le comunità scientifiche e teologiche sono divise su come definire i concetti di religione e spiritualità. Il concetto di religione è adoperato per indicare dei comportamenti specifici, sociali, dottrinali e per definire delle caratteristiche dei gruppi che appartengono alle diverse aree religiose.

In particolare il termine religione coinvolge le credenze in un potere sovranaturale o in un essere trascendente,

nella verità o nella realtà massima, e l'espressione di tali credenze risiede nei comportamenti e nei rituali.

La religione è un sistema organizzato di credenze, pratiche e rituali orientate al sacro. La spiritualità è un termine che concerne la questione massima nei confronti del significato della vita e tutto ciò che è relativo al trascendente, che può o potrebbe anche non sorgere dalle tradizionali forme religiose (ma usualmente deriva da queste).

La spiritualità concerne esperienze personali o ricerche nei confronti del trascendente non necessariamente collegate ad una determinata religione, che va oltre la semplice affiliazione ad una religione. Alcuni sottolineano che la definizione di spiritualità è più soggettiva, meno misurabile. In una prospettiva clinica avere un termine che è così ampio e diffuso è positivo poiché ciò permette ad ognuno di definire il proprio significato, mantenendo la soggettività. Il linguaggio della spiritualità aiuta a

stabilire un dialogo con le persone religiose o anche non religiose (Larson et al., 1997).

Il Ruolo del Terapeuta

Il ruolo del clinico non è ovvio nei confronti di queste situazioni. Gli psicoterapeuti suppongono di avere molteplici ragioni per illustrare la loro ritrosia nei confronti delle questioni spirituali e religiose nelle terapie.

In primis gli psicoterapeuti hanno un loro proprio coinvolgimento religioso – o uno scarso coinvolgimento religioso – che può influenzare il loro interesse nelle questioni religiose o spirituali. In generale gli psicoterapeuti sono meno coinvolti nelle attività religiose che gli stessi pazienti e ciò comporta che sono meno interessati a discutere di queste problematiche in terapia (Neeleman & King, 1993).

In seconda istanza gli psicoterapeuti hanno una scarsa conoscenza di come intraprendere il discorso religioso e spirituale nel setting clinico. Durante gli studi universitari o post-universitari raramente vi sono delle formazioni specifiche concernenti la questione religiosa o spirituale. Non bisogna dimenticare, poi, che vi sono sempre stati, storicamente, conflitti significativi fra la psichiatria, la psicologia e la religione.

Freud ha descritto la religione come una «nevrosi ossessiva dell'umanità», ovvero una difesa nevrotica contro le vicissitudini dell'esistenza, ed era convinto che le persone sarebbero state meglio senza il credo religioso (Gay, 1987). Questa immagine svantaggiosa è stata spesso enfatizzata dai professionisti della salute mentale, sminuendo i benefici della religione.

Rimane tuttora aperto un antagonismo fra gli psicoterapeuti e il clero, poiché i campi di interesse, in qualche modo, si sovrappongono e spesso si condividono gli stessi «persone/clienti/pazienti (?)».

Oltre ciò è noto come alcuni psicoterapeuti hanno il timore che parlare di questioni pertinenti alla religione potrebbe rappresentare un cammino in territori sconosciuti, rischiando così di creare danno al paziente stesso. Gli psicoterapeuti potrebbero sentire un senso di disagio nell'essere coinvolti in una rete di cura sociale dove i ruoli non sono ben definiti fra i clinici e i religiosi.

Da considerare anche altri fattori di resistenza nella comunicazione psicoterapeuta-soggetto nell'affrontare la questione religiosa o spirituale, che sono la relazione complessa fra medicina e religione; il tema troppo privato: il terapeuta che desidera imporre la propria religione o che non è esperto nel rapporto religione-salute ed infine i pazienti che non vogliono parlarne (Neeleman & King, 1993). Un fattore comune di tutti questi elementi concerne la scarsa conoscenza del dominio della religione e della spiritualità e la presenza di pochi strumenti a disposizione.

Su scala globale con i soggetti che soffrono di disturbi della sfera psichica, appare cruciale comprendere la loro sofferenza sia in termini scientifici che spirituali, così da massimizzare la loro aderenza al trattamento, in modo da rinforzare la relazione terapeutica.

Rapporto fra Religione, Medicina e Psichiatria

Il processo della valutazione psichiatrica deve essere sensibile all'etnicità del soggetto, al suo luogo di nascita, al suo genere, alla classe sociale, all'orientamento sessuale e al credo religioso e spirituale (American Psychiatric Association, 1995).

Le ricerche suggeriscono che la religione e o la spiritualità possano essere di aiuto per le persone con disturbi somatici. Ad esempio i soggetti che appartengono a gruppi religiosi sono maggiormente protetti da disturbi cardiaci (Goldbourt et al., 1993). Questo potrebbe essere dovuto alla relazione fra le credenze religiose e i fattori di rischio cardiovascolari quale pressione arteriosa elevata, fumo, cattive abitudini alimentari, che sono ridotte nei loro effetti stressanti dal comportamento religioso.

La religione potrebbe anche influenzare l'incidenza tumorale particolarmente attraverso le buone abitudini alimentari e le pratiche salutari che sono presenti in alcuni gruppi religiosi (Enstrom, 1989). Il corso e i risultati dei tumori potrebbero anche essere favorevolmente influenzati dal coinvolgimento religioso attraverso un miglioramento dei comportamenti salutari, ma anche attraverso l'uso di un coping religioso che può aumentare la speranza e ridurre l'ansia.

Nel campo della psichiatria, particolarmente per ragioni storiche, l'attitudine generale verso la religione è stata sempre ambivalente. Le credenze religiose, le pratiche e le esperienze dirette sono spesso state considerate come una forma nevrotica dai professionisti della salute mentale, almeno del passato. La religione offre una via differente per osservare la malattia psichiatrica che può entrare in conflitto con gli psichiatri e gli psicoterapeuti stessi.

Il coping religioso è stato mostrato che influenza i risultati dell'elaborazione del lutto e del disturbo depressivo maggiore (Mohr & Huguelet, 2004). Le ricerche effettuate in Svizzera, da alcuni autori e anche in altre nazioni, hanno documentato il positivo beneficio in termine di coping che la religione e/o la spiritualità può avere per i pazienti psicotici (Mohr & Huguelet, 2004; Mohr et al., 2006; Yangarber-Hicks, 2004).

Gli psicoterapeuti dovrebbero considerare questa questione e discutere sempre con i loro pazienti delle loro pratiche religiose. È importante conoscere non unicamente se sono dei credenti, ma anche l'intensità dei loro sentimenti religiosi e la pratica spirituale e religiosa. Colucci e Martin (Colucci & Martin, 2008) hanno descritto il più importante modello delle ricerche empiriche fra religione e suicidio.

Gli autori concludono che i fattori religiosi sono generalmente associati con una più bassa ideazione suicidaria, un'attitudine più negativa verso il suicidio e tassi di tentativi suicidari più bassi. In breve, la religione sembra che provveda ad una protezione maggiore contro i pensieri suicidari e i comportamenti suicidari, attraverso una migliore integrazione sociale (ad esempio l'appartenenza a gruppi religiosi), i contenuti delle credenze religiose, o l'aderenza alle norme sociali che non supportano l'ideazione suicidaria (Colucci & Martin, 2008).

Basi Neurobiologiche Della Religione e Della Spiritualità

I risultati che provengono dalle metanalisi suggeriscono che un alto grado di spiritualità è collegato con l'attivazione dei sistemi serotonergici e dopaminergici. Il lobo frontale, la corteccia prefrontale e le connessioni col talamo, il lobo parietale posteriore e superiore e il sistema limbico, sono le regioni più coinvolte (Newberg et al., 2001, 2003; Newberg & Iversen, 2003; Muramoto, 2004).

Alcuni studi sull'attivazione delle vie serotonergiche e dopaminergiche suggeriscono che livelli più elevati di attività nei due sistemi sono presenti non unicamente nei soggetti con un alto senso della spiritualità ma anche durante le attività religiose, quali la meditazione e la contemplazione (Cloninger et al., 1993, 1998).

La Speranza, l'Ottimismo, l'Amore e la Soddisfazione stimolano la produzione delle endorfine, inducendo un'attivazione del circuito del piacere e di conseguenza prevenendo i disturbi della sfera psichiatrica. Attraverso l'attivazione del sistema limbico e dell'asse ipofisario-ipotalamico-surrenalico rinforzano il sistema immunitario e diminuiscono il turnover degli ormoni dello stress riducendo, fra l'altro, la frequenza cardiaca, la pressione arteriosa, l'ansia e la depressione.

La spiritualità e la religione, attraverso i meccanismi neurobiologici descritti, possono avere un effetto tampone sugli stressors della vita creando una fonte di serenità interna e un senso di appagamento e di protezione dagli effetti patologici.

Casi Clinici

Il primo caso clinico presentato concerne una signora di 66 anni, cattolica. Proviene da modelli genitoriali cattolici praticanti, rigorosi. La famiglia al completo si recava tutte le domeniche a messa e partecipava attivamente alle funzioni e alle attività della parrocchia. Maestra delle elementari di professione. Sposata e madre di 3 figli adottati. Era arrivata in terapia per una problematica relazionale con il figlio, allora dedito all'uso della marijuana. Inoltre presentava un quadro depressivo.

Diagnosi di carcinoma mammario nel 2005, vescicale e ovarico nel 2008. Ogni volta seguendo le cure oncologiche specifiche, di concerto con un'aderenza alle preghiere e alla contemplazione ha superato le malattie. «... Se devo scegliere tra il cancro ed il figlio, scelgo il cancro ... il cancro è una passeggiata per me ...». Così esprimeva la sua angoscia verso il proprio figlio. Spesso presentava crisi d'ansia molto profonde, con inquietudine, tensione, insonnia, in una personalità con tratti intrusivi e ipercontrollanti.

Nel percorso di psicoterapia sistemica individuale, col supporto di una farmacoterapia specifica, abbiamo incluso l'area religiosa, particolarmente abbondante nella sua storia personale e nella sua quotidianità. È stata rinforzata la partecipazione alle preghiere mattutine e alla messa serale.

I fattori psicosociali pato-protettivi dell'aderenza alla religione che sono emersi sono stati: appartenenza al gruppo, socializzazione, contemplazione nelle preghiere con conseguente riduzione dei sintomi e capacità di individuare aree di conforto soggettivo. Si è assistito anche ad una riduzione degli stati di rabbia e dell'impulsività, nonché delle rimuginazioni a stampo ossessivo (particolarmente sul figlio).

Il secondo caso clinico si sofferma sulla storia di un uomo di 28 anni. «Il cordone si era attaccato al mio collo come un cappio ... mio padre, un uomo con un pessimo carattere, egoista, era violento con mia madre e con me ...». A causa dei maltrattamenti subiti, in età adulta ha chiesto ed ottenuto il cambio del cognome che lo identificava col padre. Dalla separazione genitoriale ha sempre vissuto con la madre. Ha un fratello maggiore ed uno minore, coi quali la relazione è disfunzionale.

È stato vittima di bullismo nelle medie, nonché deriso per il suo sovrappeso. Ha terminato la facoltà di filosofia, presso l'USI di Lugano.

Nella sua storia personale emerge l'isolamento relazionale come tratto specifico evolutivo ed attuale. Dal lato diagnostico siamo nell'area del disturbo di personalità narcisistica con tratti ossessivi marcati assieme all'area depressiva.

Dopo aver vissuto una grave frustrazione relazionale venendo ingiustamente accusato di avere rubato degli oggetti da un gruppo di amici, che egli aveva eletto come succedaneo della sua famiglia disgregata, ne venne espulso.

Da lì è sprofondato in uno stato di rabbia con spinta pulsionale reattiva ad entrare nella religione musulmana. Prima aveva cognizione di essere cattolico, ma non aveva nessun rapporto né spirituale né sociale con le pratiche religiose cattoliche o cristiane.

Dopo poche settimane dalla conversione all'islamismo si presentò coi capelli rasati e la barba lunga. «Sono diventato musulmano ... voglio imparare il corano a memoria, in arabo ...». Dopo qualche settimana affermò: «Ho bruciato tutti i farmaci perché non voglio più essere narcotizzato ...». Venne indottrinato dall'Islam più fuorviato nell'area prevaricatrice, integralista con derive «estremistiche» contro la civiltà occidentale e l'imperialismo americano.

Dopo qualche mese venne ricoverato presso la Clinica Psichiatrica Cantonale di Mendrisio, poiché era diventato molto aggressivo, anche fisicamente, contro la madre. La madre non tollerava che egli voleva imporle la religione islamica integralista.

Dopo questa crisi si allontanò dall'islamismo massimalista e aggressivo. Un anno dopo andò incontro ad un nuovo riavvicinamento all'Islam

«... quando l'estate scorsa sono entrato nell'Islam ero rimasto in uno stato di fascinazione dell'Islam ... adesso ho capito di non essere d'accordo con le loro verità fondamentali, anche se come religione monoteistica è l'unica in cui credo ... è ritornato in modo attivo il pensiero della religione, a livello di cervello, di mente ... si dimostrano con chiarezza le verità dell'islamismo...

mi manca la preghiera ... vado in crisi per tutto e per essermi allontanato dall'Islam ... ho un senso di colpa e di dolore e di grande spaesamento...mi mancano punti di riferimento ... l'Islam diventa il mio punto di riferimento ...».

Frequenta regolarmente la Moschea. Il sabato sera si incontra con un gruppo di ragazzi, dai diciotto ai trent'anni, per studiare l'Islam, pregare e cenare assieme. La domenica va in Moschea con l'Imam, per apprendere e recitare il corano, fa il pranzo assieme ad altri ragazzi. «... Questa volta non sono rientrato nell'Islam, non con l'idea politica della guerra santa, ma con l'idea della religione.»

L'analisi di questo caso mette in evidenza quali possono essere gli effetti pato-facilitatori della religione, quando viene sostituita al vuoto profondo esistenziale, particolarmente come scelta controreattiva ad una profonda frustrazione e umiliazione.

Il primo avvicinamento all'Islam è stato di tipo integralista, alla ricerca, di un ruolo definito, anche violento, per ristrutturare una personalità che si era sgretolata. Il ricovero coattivo ha agito come contro trauma psichico riportandolo ad una scelta più affine al suo IO. Da allora la religione, non più vissuta come una «setta» chiusa, integralista, ma aperta al Sé Psichico e Sociale, è diventata pato-protettiva salvaguardandolo da eventuali futuri scompensi psichici.

I benefici che egli rileva sono: serenità, appartenenza, socializzazione, riduzione significativa degli stati di aggressività, migliore rapporto con le figure di attaccamento.

Il terzo caso clinico che viene descritto concerne un uomo del 1964. Nato in India, nel Punjab. Il padre è deceduto quando aveva otto anni. La madre è vivente. Quartogenito di una prole costituita da due fratelli e una sorella. Terminato il liceo, fu arruolato nell'esercito dove rimase per sei anni e mezzo. Partecipò attivamente alla guerra in Sri Lanka.

A causa del rischio di venire incarcerato per questioni politiche in India decise di emigrare in Svizzera. Arrivò nel 1993, come rifugiato politico. Dopo qualche anno ottenne il permesso di dimora. In India era sposato. In Svizzera arrivò da solo, lasciando la propria famiglia, la moglie e due figl. Divorziato nel 2004.

Dal lato diagnostico siamo nell'area depressiva con elementi traumatici legati ai gravi vissuti originanti dalle devastanti esperienze di guerra. Di area religiosa Induista. Tutte le mattine effettua l'adorazione induista per circa un'ora davanti a un tempio che ha in casa «mi ha sempre aiutato per le ansie e la depressione».

La preghiera avviene sempre davanti a questo piccolo tempio con profumi e candele. Ha un libro da leggere.

«... si parla davanti a Dio, lui ascolta, io sento dentro fedeltà e fiducia che lui mi guarda e mi aiuta. Da quando sto male faccio questo ... prima non lo facevo ... faccio la preghiera ove Dio non mi abbandona perché ho paura che succeda qualcosa alla mia persona ... in India ci sono tanti posti ove esce acqua dolce e latte le persone bevono e stanno meglio ... allora Dio c'è ...».

I fattori pato-protettivi per lo sviluppo di una psicopatologia più grave ritrovati sono stati: riduzione dell'ansia e del senso di solitudine, riduzione dei pensieri negativi depressivi, forte senso di appartenenza, annullamento dei pensieri auto soppressivi.

Il quarto caso clinico illustra la storia di una donna del 1970. Di origini abruzzesi, è nata e cresciuta in Svizzera. Il padre viene definito simbolicamente come un padre padrone. La madre sarebbe stata sempre una donna sottomessa. Ha un fratello. Sposata, una prima volta, nel 1992 e divorziata nel 1995. Dal matrimonio nacque una figlia, affetta da un gravissimo morbo di Crohn, con fistole anali. Sposata, una seconda volta nel 2013.

Dal lato diagnostico siamo nell'area della disfunzione vegetativa somatoforme con uno stato d'ansia di base e crisi di panico. La sintomatologia presentata apparteneva all'incapacità nel deglutire i solidi. Inoltre aveva una forte preoccupazione per la figlia che da molti anni si sottopone a cure specifiche senza un beneficio reale. Di fede Cristiana, ha trovato un sostegno particolarmente forte, nella chiesa evangelica. Ha iniziato a seguire la chiesa evangelica nel 2009.

I benefici evidenziati dell'appartenenza all'area evangelica sono stati: miglioramento degli stati ansiosi, riduzione significativa del sintomo con nuovamente capacità ad assumere i cibi solidi. Ha ripreso maggiore sicurezza in se stessa riuscendo a dare fiducia al genere maschile, autorizzandosi ad innamorarsi e a sposarsi. Riduzione significativa delle crisi timiche. Dal lato psicoterapico è stata impostata una terapia cognitivo comportamentale e sistemico relazionale individuale.

Nel momento in cui il sistema terapeutico è diventato permeabile alle credenze religiose e le ha integrate nel percorso di cura, vi è stata una chiara accelerazione del miglioramento clinico e del senso di appartenenza.

Il quinto caso clinico dissertato è relativo alla complessa storia di un uomo del 1982. Nato e cresciuto in Svizzera. Genitori cattolici non praticanti, viventi. Il padre è medico, affetto da un disturbo bipolare, che gli ha impedito negli ultimi anni di esercitare la professione. Il padre è stato ricoverato in clinica psichiatrica a diverse riprese, così come la moglie.

La madre, infermiera, depressa ed ansiosa. Un primo fratello con sindrome depressiva., anch'egli ricoverato una volta in ambiente psichiatrico. La sorella più piccola soffre di un grave disturbo del comportamento alimentare. Ricoverata in cliniche specifiche, con un lungo percorso comunitario. Egli ha portato a termine la maturità liceale, dopo avere ripetuto quattro volte l'ultimo anno.

Dal lato diagnostico siamo nell'area dell'ansia sociale con crisi di panico e uno stato depressivo. La sintomatologia che lo affligge di più è, però, quella dell'area del dolore.

«... Gli occhi mi fanno male tutto il giorno, non un dolore acuto ma persistente, occhi pesanti. Il naso lo soffio tutto il giorno, mi dà fastidio il naso chiuso ... Il collo mi fa molto male, da alcuni mesi mi crea problemi per il lavoro ... la schiena mi fa male tutto il giorno, già da quando mi sveglio, mi dà problemi al lavoro ... ma

riesco a lavorare perché sono forte. Le braccia mi fanno male se tocco dal polso fino al braccio, anche le mani mi fanno male ... faccio fatica a fare dei movimenti ... il torace mi fa male dalla parte alta e poi scivola nella parte laterale fino alle anche. La coscia mi fa male la parte davanti della coscia, il dolore è diffuso ... il dolore si diffonde poi ai glutei, ai genitali, alla lingua, al cuoio capelluto, alle dita ed alla pianta dei piedi, alla gola, ai bronchi, ai polmoni, alla pleura ed al cuore ...».

Da alcuni anni si è interessato alla religione Buddista.

«sono diventato Buddista perché volevo vivere in una dimensione spirituale e avere qualcosa che mi sostenesse nei momenti difficili ... all'inizio ho avuto difficoltà, perché ci si rende conto che l'approccio Buddista è molto diverso dal nostro mondo veloce e turbolento ... il Buddismo ci porta a fermarci ... all'inizio è molta fatica perché avevo la paura e l'ansia che mi bloccavano ... adesso so che la paura posso combatterla con emozioni positive ...».

I benefici che egli ha sottolineato sono relativi alle pratiche meditative mattutine e vespereali. «... Mi possono far combattere e sostenere i dolori ...». Sente di aver rinforzato la capacità di tollerare il dolore. La soglia dolorifica si è alzata e la percezione del dolore è diventata meno sensibile.

Nel setting di psicoterapia la sensibilità verso l'area spirituale e la curiosità terapeutica (Cloninger et al., 1993) hanno permesso di includere la dimensione buddista nel percorso di terapia. Il terapeuta non dovrebbe mai dare per acquisita l'appartenenza religiosa.

Infatti in questo caso clinico emerge come la prima religione era quella cattolica cristiana. Solo l'interesse allargato e le domande specifiche sull'area della spiritualità hanno permesso di percorrere e comprendere da dove arrivava il miglioramento clinico.

Non erano solo i farmaci, non era solo la combinazione dei diversi approcci psicoterapeutici adottati negli anni, dalla terapia sistemico familiare a quella cognitiva comportamentale, alla mindfulness, al training autogeno, ma anche lo stimolo ad entrare in un percorso di Buddismo evolutivo.

L'ultimo caso clinico narrato coinvolge la storia di una donna di 71 anni, nata e cresciuta in Campania, regione posta nel sud dell'Italia. Emigrata in Svizzera Tedesca negli anni settanta.

Sposata una prima volta con un uomo maltrattante. Divorziata e risposata dopo qualche anno. Scopri qualche anno fa che il secondo marito, contraddistinto da una forte personalità narcisistica, avrebbe sempre avuto una vita parallela con frequentazione di molte altre donne. Nei suoi confronti il marito era persecutorio e limitante delle sue libertà. Riuscì a separarsi alcuni anni orsono, decidendo di allontanarsi dalla Svizzera Tedesca e trasferirsi in Ticino.

Dal lato diagnostico emerge l'area depressiva all'interno di una storia personale caratterizzata da relazioni di-

sturbate e fortemente inibitorie il suo sviluppo personale. È sempre stata di fede Cattolica Cristiana. Estremamente credente. Durante i periodi più complessi della sua vita ha sempre rinforzato l'appartenenza ai gruppi di preghiera incontrando un forte misticismo, a tratti sfociante in dimensioni, che dal lato psichiatrico tenderebbe a far propendere per l'insorgenza di un delirio religioso.

Integrando le pratiche religiose seguite all'interno del suo percorso di vita ed essendo sempre state pratiche pato protettive, anche se sfocianti in momenti simil deliranti, il terapeuta le ha fatte divenire parte attiva del setting. Così facendo ha rinforzato la fiducia in terapia, autorizzando la persona ad entrare in un ambiente sicuro, non aggressivo o squalificante.

I benefici evidenziati risiedono nel superamento delle crisi maggiori attraverso la preghiera e la contemplazione. Attraverso la preghiera e la contemplazione riesce a raggiungere una riduzione significativa dei propri stati d'ansia e di inquietudine, giungendo anche a superare fenomeni dispercettivi con ombre e voci che solitamente vive nei momenti di crisi importanti. È stato molto curativo l'aver affrontato i fenomeni dispercettivi nel setting terapeutico. L'apertura del setting a questi aspetti ha autorizzato il pensiero a defluire dal rischio di un incistamento deviante e delirante.

L'accoglienza non giudicante e non stigmatizzante ha sciolto il rischio della deriva psicotica e le pratiche religiose sono state riattribuite ad una particolarità propria della storia personale e hanno assunto carattere di autoterapia.

Conclusioni

Dai casi clinici descritti si evince come nella pratica Buddista e Induista la meditazione, il rapporto con la divinità, la forte connotazione della spiritualità, anche senza la componente religiosa attiva e praticante, può portare ad un rafforzamento del proprio IO. Nella religione Cristiana la pratica attiva ha evidenziato il rafforzamento del senso di gruppo, la socializzazione e l'integrazione, attraverso anche le preghiere e gli incontri in comune. Altri punti significativi sono stati la migliore aderenza alle norme sociali, uno stato di contemplazione condivisa e la creazione di una forte rete di supporto.

La Spiritualità, dal suo canto, può avere un effetto protettivo sui life's stressors costruendo e rinforzando un senso di pace interiore capace di contenerli. Considerato l'analisi dei casi clinici e della letteratura, diventa significativo per ogni terapeuta raccogliere nell'anamnesi le caratteristiche della religiosità, della spiritualità, ma anche dell'ateismo.

Sarà importante sviluppare la capacità di parlare coi pazienti della spiritualità, della religione e delle credenze, comunicando senso di empatia e di rispetto. Sviluppare la capacità di supportare e rinforzare il coping spirituale e religioso, come la contemplazione, la meditazione, le preghiere, la partecipazione ad incontri coi gruppi di appartenenza, risulta essere fortemente terapeutico.

La forza terapeutica passa attraverso il rinforzo dell'alleanza terapeutica che stimolerà il miglioramento del senso di benessere, con conseguente riduzione degli stati depressivi, ansiosi, del consumo di alcool e droghe, nonché una riduzione dei tassi di suicidio. La presenza di una strutturata correlazione positiva fra religione e senso di benessere può ripristinare il senso di tranquillità interiore e una maggiore stabilità. Rinforzando l'appartenenza religiosa o le pratiche spirituali/religiose il soggetto può sviluppare altre connessioni psicosociali che possono permettere di rinforzare il processo di cura e di miglioramento.

La relazione terapeutica può divenire sempre più personale rinforzando i fattori terapeutici non specifici formulati da Rogers: genuinità, empatia e un incondizionato sguardo positivo (Rogers, 1957).

In un periodo storico caratterizzato da forte senso di disillusione, da un'accentuazione della solitudine e da un senso di perdita della speranza, ciò rappresenta un rinforzo della relazione clinica e della sensibilità terapeutica e, finalmente, del prendersi cura del soggetto.

Bibliografia

- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed., text rev.). Washington, D. C.
- Cecchin, G., Lane, G. & Ray, W.A. (1997). *Verità e Pregiudizi. Un approccio sistemico alla psicoterapia*. Mailand: Raffaello Cortina.
- Cloninger, C.R., Bayon, C. & Svrakic, D.M. (1998). Measurement of temperament and character in mood disorders: a model of fundamental states as personality types. *Journal of Affective Disorders*, 51(1), 21–32.
- Cloninger, C.R., Svrakic, D.M. & Przybeck, T.R. (1993). A Psychological Model of Temperament and Character. *Archives of General Psychiatry*, 50(12), 975–990.
- Colucci, E. & Martin, G. (2008). Religion and Spirituality Along the Suicidal Path. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 38(2), 229–244.
- Enstrom, J.E. (1989). Health Practices and Cancer Mortality among Active California Mormons. *Journal of the National Cancer Institute*, 81, 1807–1814.
- Gay, P. (1987). *A Godless Jew: Freud, Atheism, and the Making of Psychoanalysis*. New Haven: Yale University Press.
- Goldbourt, U., Yaari, S. & Medalie, J.H. (1993). Factors Predictive of Long-Term Coronary Heart Disease Mortality among 10,059 Male Israeli Civil Servants and Municipal Employees. A 23-Year Mortality Follow-up in the Israeli Ischemic Heart Disease Study. *Cardiology*, 82, 100–121.
- Koenig, H.G., McCullough, M.E. & Larson, D.B. (2001). *Handbook of Religion and Health*. Oxford: University Press.
- Koenig, L.B., McGue, M., Krueger, R.F. & Bouchard Jr., T.J. (2005). Genetic and Environmental Influences on Religiousness: Findings for Retrospective and Current Religiousness Ratings. *Journal of Personality*, 73(2), 471–488.
- Larson, D.B., Swyers, J.P. & McCullough, M.E. (1997). *Scientific Research on Spirituality and Health: A Consensus Report*. Rockville MD: National Institute for Health Research.
- Mattia, M., Barbetta, P. & Pakman, M. (2015). Abstract 4 congresso mondiale WACP.
- Mohr, S., Brandt, P.Y., Gillieron, C., Borrás, L. & Huguelet, P. (2006). Toward an Integration of Spirituality and Religiousness Into the Psychosocial Dimension of Schizophrenia. *American Journal of Psychiatry*, 163, 1952–1959.
- Mohr, S. & Huguelet, P. (2004). The Relationship between Schizophrenia and Religion and Its Implications for Care. *Swiss Medical Weekly*, 134, 369–376.
- Muramoto, O. (2004). The role of the medial prefrontal cortex in human religious activity. *Medical Hypotheses*, 62(4), 479–485.
- Neeleman, J. & King, M.B. (1993). Psychiatrists' religious attitudes in relation to their clinical practice: A survey of 231 psychiatrists. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 88, 420–424.
- Newberg, A., Alavi, A., Baime, M., Pourdehnad, M., Santanna, J. & D'Aquili, E. (2001). The Measurement of Regional Cerebral Blood Flow during the Complex Cognitive Task of Meditation: A Preliminary SPECT Study. *Psychiatry Research*, 106(2), 113–122.
- Newberg, A. & Iversen, J. (2003). The Neural Basis of the Complex Mental Task of Meditation: Neurotransmitter and Neurochemical Considerations. *Medical Hypotheses*, 61(2), 282–291.
- Newberg, A., Pourdehnad, M., Alavi, A. & D'Aquili, E.G. (2003). Cerebral Blood Flow During Meditative Prayer: Preliminary Findings and Methodological Issues. *Perceptual and Motor Skills*, 97(2), 625–630.
- Rogers, C.R. (1957). The Necessary and Sufficient Conditions of Therapeutic Personality Change. *Journal of Consulting Psychology*, 21(2), 95–103.
- Yangarber-Hicks, N. (2004). Religious Coping Styles and Recovery from Serious Mental Illness. *Journal of Psychology and Theology*, 32, 305–317.

L'autore

Michele Mattia, FMH Psichiatria e Psicoterapia, Presidente Associazione della Svizzera Italiana per l'Ansia, la Depressione e il Disturbo Ossessivo-Compulsivo (Asi-Adoc), Docente presso L'Università di Varese, dipartimento di Psichiatria; Didatta presso il Centro Milanese Terapia della Famiglia.

Contattateci

Viale San Salvatore 7
6902 Lugano-Paradiso
Tel +41 91 647 14 17
E-Mail: studiomattia@michelemattia.ch
www.michelemattia.ch

Buchbesprechungen

Eckhard Frick, Isgard Ohls, Gabriele Stotz-Ingelath und Michael Utsch (Hrsg.). (2018). *Fallbuch Spiritualität in Psychotherapie und Psychiatrie*

Göttingen, Vandenhoeck & Ruprecht.
ISBN: 978-3-5254-0296-2. 162 Seiten, 20,00 EUR;
e-pub: 15,99 EUR, 23,90 CHF

Psychotherapie-Wissenschaft 9 (1) 83–85 2019
www.psychotherapie-wissenschaft.info
CC BY-NC-ND
<https://doi.org/10.30820/1664-9583-2019-1-83>

Religiöse und spirituelle Themen sind in der wissenschaftlich fundierten Psychotherapie viele Jahrzehnte übergangen worden. Das Fallbuch *Spiritualität* betritt fachliches Neuland und ist das erste seiner Art im deutschsprachigen Raum. Während die Psychoanalyse die Macht der Sexualität ans Licht gebracht sowie salon- und sprachfähig gemacht habe, hinke jetzt die Psychotherapie in den deutschsprachigen Ländern den gesellschaftlichen Entwicklungen hinterher. Glaube, Religion und Spiritualität seien nämlich Themen, die gerade in einem säkularen Zeitalter an Bedeutung gewonnen hätten, ist die Feststellung der Herausgeber*innen des Buches. Konzipiert ist es als Praxisbuch zum Positionspapier «Empfehlungen zum Umgang mit Religiosität und Spiritualität in Psychiatrie und Psychotherapie», das von der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN) publiziert wurde, zum Teil von denselben Autor*innen (Utsch et. al., 2017). Das Positionspapier wurde auf dem Hintergrund von Kontroversen geschrieben, die das Österreichische Bundesgesundheitsministerium (2014) mit seiner Richtlinie ausgelöst hat, die spirituelle Rituale und religiöse Methoden in der Psychotherapie verbietet. Sie hat sich auf die EAP ausgeweitet, wo sie noch nicht abgeschlossen ist, und wurde auch in den Zeitschriften der ASP, im *à jour!* (vgl. Schulthess, 2015) und in dieser Zeitschrift (vgl. Schlegel, 2017) geführt. In diesem Zusammenhang ist das Fallbuch eine konstruktive, «amtlich abgesegete» Unterstützung der Position, wie sie auch von der Schweizer Charta für Psychotherapie in der ASP vertreten wird, nämlich dass das rigide Übergehen der Ressource «Religion und Spiritualität» der aktuellen Forschungslage nicht entspricht. Wie diese Ressource miteinbezogen und genutzt werden kann, wird durch die berufsethischen Grundsätze bestimmt.

Das Buch enthält 20 Fallgeschichten, in denen die religiöse oder spirituelle Orientierung der Patient*innen eine zentrale Rolle spielte. Präsentiert werden sie durch Mitglieder des Referats «Religiosität und Spiritualität» der DGPPN. Die Fälle werden zudem von Fachkolleg*innen kommentiert, wobei die Kommentare teilweise durch die berichtenden Therapeut*innen erwidert werden.

Diese ungewöhnliche Anordnung zieht einen als Leser*in gleichsam in einen Supervisionsprozess hinein, eine Erfahrung die auch emotional berührt, weil es nicht nur um die Anwendung einer Theorie auf eine Fallvignette geht, sondern den Leser qua Gegenübertragung auch zum Supervisor macht und dadurch den Therapieprozess mehr miterleben lässt. Natürlich handelt es sich bei den Fallgeschichten nicht um alltägliche psychische Probleme, sie haben existenzielle menschliche Dimensionen, die einen an die eigenen Grenzen erinnern. Zwar werden die geschilderten Probleme in diagnostische Kategorien eingereiht und entsprechend behandelt, wodurch die Patient*innen Linderung erfahren. Die darüber hinausgehende existenzielle Hilfe erfolgt durch Offenhaltung eines über das eigene Ich hinausgehenden geistigen Bereiches.

Dies ist zum Beispiel durch den Fall «Ätherische Auflösung» dargestellt, wo es sich beim Patienten aus klinischer Perspektive um «Agoraphobie» handelte, die mit leitliniengerechtem Expositionstraining und Medikation behandelt wurde und dadurch zu einer gewissen Beruhigung führte. Am meisten weitergebracht hätten ihn, berichtete der Patient, aber Gespräche mit einer Psychiaterin, die seine Symptomatik auf ihren spirituellen Gehalt hin untersuchte. Er schilderte ihr quasimystische Erfahrungen und sein entsetztes Staunen über die dabei erlebte Unbegrenztheit, die ihn gleichzeitig ängstigte und faszinierte. Er berichtete ihr aber auch von seinen Problemen in der Kindheit und dem damaligen Wunsch Pfarrer zu werden. Wegen sexueller Kontakte in der Adoleszenz und den damit verbundenen Schuldgefühlen geriet er in Konflikte, weil er glaubte, seiner Berufung nicht nachkommen zu können. Die Psychiaterin empfahl ihm ein Gespräch mit einem Pfarrer. In diesem fühlte er sich bestätigt, sich für einen weltlichen und gegen einen geistlichen Weg entschieden zu haben. Selbstverständlich liess sich die Symptomatik auch psychoanalytisch interpretieren und sogar philosophisch verstehen. Mit seiner «Apeirophobie», dem «Verlorenheitsgefühl im All» sei dieser Patient ein «Philosoph wider Willen», leitet der kommentierende Kollege seine Sicht auf den Fall ein, und kommt neben psychoanalytischen Interpretationen zur Kierkegaard'schen Synthese und der «Sehnsucht nach dem Unendlichen», die bestehen bleibe und weder durch medikamentöse noch verhaltenstherapeutische Symptomkontrolle zum Schweigen gebracht werden könne. Noch durch psychoanalytische Einsicht, möchte ich hinzufügen.

Was kann man aus solchen Fallberichten lernen? Darum fragt sich im Rahmen des vorliegenden Themenheftes: Was ist hier der springende Punkt, worum geht es bei der Spiritualität in der Psychotherapie, und wie lassen sich die beiden Dimensionen aus wissenschaftlicher Sicht vereinbaren? Die Reichweite der Psychotherapie wurde im vorliegenden Fall ausgeschöpft. Die Therapeutin war aber offen für existenzielle philosophische Fragen, in diesem Fall für das Verlorenheitsgefühl, das letztlich alle

selbstreflexiven Menschen betrifft. Hier sitzen wir mit den Patienten im selben Boot, er berührt uns und kann dies auch wahrnehmen. Das ist der therapeutische Wirkfaktor. Die Therapeutin erkannte seine spirituelle Not, und er fühlte sich verstanden und nicht allein gelassen. So konnte sie ihn zu einem «Spiritual» einem Pfarrer, schicken, der mehr als nur eine beratende Funktion wahrnehmen kann, da er als Geweihter sogar Absolution erteilen könnte. Nur eine mit dieser Macht ausgestattete Manapersönlichkeit konnte den Patienten in seinem Glaubenskontext von seiner Last befreien. Die Therapeutin konnte die spirituelle Not ihres Patienten erkennen und annehmen, und verfügte auch über das Wissen, wie ihm innerhalb seines Glaubenssystems geholfen werden konnte. Es geht nicht um Anwendung von Spiritualität und Religion, sondern um eine geschulte und sensible Wahrnehmung der spirituellen Bedürfnisse und kognitiven kritischen Möglichkeiten der Patienten sowie um Kenntnisse von Glaubenssystemen und Weltkonstrukten.

Das zweite Fallbeispiel kontrastiert in jeder Beziehung stark zum obigen. Hier handelt es sich nicht um einen fast kindlich anmutenden Patienten, sondern um einen Psychoanalytiker, der von einem schweren Schicksalsschlag getroffen wurde. Auch wird der Fall in Form eines analytischen Gesprächs dargestellt, was mehr Nähe erzeugt. Schmerzlich unter die Haut geht dieser Fall aber vor allem, weil es sich um einen Vater handelt, dessen Sohn sich aus Liebeskummer unter den Zug gelegt hat. Die Vorstellung, wie er sich unter den Zug legte, erinnerte ihn daran, dass er ihn als Kind schlug, bis er am Boden lag oder sich verzweifelt auf das Bett warf. Er kam sich vor, wie wenn er der Zug gewesen sei, der seinen Sohn überrollt hat. Extreme Schuldgefühle quälten ihn und er haderte als gläubiger Katholik mit Gott, dass dieser nicht ihn getötet habe, anstatt seinen unschuldigen Sohn. Der Therapeut war nicht nur Analytiker, sondern auch katholischer Theologe, eine wichtige Passung, denn besonders schmerzlich war für den Patienten auch die Gefahr des Glaubensverlustes. Im analytischen Gespräch ging es nicht um spirituelle Inhalte, sondern um eine ganz nüchterne Klärung seiner Schuld im Verhältnis zu Gott, nicht auf theologischer, sondern persönlicher Ebene. Ein Gespräch, wie es jeder Analytiker geführt haben könnte. Die reiche Kultur des Christentums um Schuld und Vergebung bildete den gemeinsamen Hintergrund, aus dem der geschulte Theologe eine einzige, vorsichtige, nondirektive spirituelle Intervention extrahierte, nämlich, ob nicht auch der Patient Gott vergeben könnte? Diese radikale Umdrehung der Perspektive ermöglichte es dem traumatisierten Vater, erstmal anders über sein Verhältnis zu Gott nachzudenken, ein Schritt, der sich auch auf emotionaler Ebene auswirken wird.

Es gibt keinen prinzipiellen Unterschied im Verhalten des Therapeuten zum obigen Fall. Offenheit für die spirituellen Bedürfnisse, Erkennen des spirituellen Problems und eine Intervention, die dem Glaubenssystem des Patienten entspricht. Der Patient hat einen Therapeuten ausgesucht, der analytische und spirituelle Kompetenzen hat. Die essenzielle Frage hätte auch ein reiner Analytiker stellen können, was aber nicht dieselbe Wirkung gehabt

hätte, weil ihm die nötige Kompetenz dazu gefehlt hätte. Beide Kompetenzen in einer Person war das, was der Patient gesucht hat und ihm der Therapeut folglich auch schuldig war. Eindrücklich ist, mit welcher «homeopathischen» Dosis er Linderung verschaffen konnte.

Die beiden Beispiele müssen an dieser Stelle leider genügen, um die Lust zu wecken, das Buch zu lesen. Es zeigt, wie im therapeutischen Kontext Spiritualität als befreiende Quelle der Kraft erlebt werden kann.

In den weiteren beschriebenen Fällen geht es um eine reiche Palette unterschiedlicher Problemstellungen, die nachfolgend zumindest knapp umrissen oder in Stichworten Erwähnung finden sollen:

- Umgang mit Schuld und Schuldgefühl, Vergebung und Verzeihung
- Glaubenskrisen und -zweifel
- Die Frage nach dem einheitlichen Ich-Bewusstsein in psychotischem oder Depersonalisationserleben
- In der traditionell abendländischen Kultur ungewohnte Auffassungen, wie der Glaube an Dschinnen
- Rituelle Reinigungen
- Magische Praktiken
- Missbrauch von Religion, Befreiung aus Sekten
- Spirituelle Interventionen, auf die vorsichtig und nondirektiv hingewiesen wird und die therapeutisch hilfreich sein können
- Unerfüllte spirituelle Sehnsüchte bei Patient*innen, die ohne religiöse Erziehung aufgewachsen sind, wie etwa in der damaligen DDR

Weitere Fälle behandeln die Probleme hochreligiöser Patient*innen, die medizinische Krankheitskonzepte und eine leitliniengerechte Behandlung nicht annehmen können oder verweigern oder die sich in einem rein säkularen Medizinbetrieb nicht aufgehoben, nicht verstanden fühlen und dadurch – gerade auch am Ende ihres Lebens – spirituell vernachlässigt sind; oder Religiöse Rituale, die im heutigen Medizinbetrieb befremdlich wirken und denen oft nicht adäquat begegnet wird, weil die interkulturelle Sensibilität fehlt. So können Ängste vor Leid, Leiden und Tod in einer zur Herkunftskultur verschiedenen kulturellen Umgebung oft nicht ausgedrückt und nicht nachvollzogen werden.

Auch die Begegnung der Behandelnden mit dem «Numinosen» bei psychisch Erkrankten, die ein «Symbolon anthropou», ein Symbol des Menschseins überhaupt, darstellen (Scharfetter, 1987) oder der Rückgriff auf die spirituelle Dimension an den Grenzen der Medizin, der Tragen und Schutz bei körperlich invasiven Methoden bieten kann – denn gerade am Ende des Lebens ist «spiritual care» besonders wichtig – werden in Fallgeschichten behandelt.

Mario Schlegel

Literatur

- Scharfetter, C. (1987). Definition, Abgrenzung, Geschichte. In K.P. Kisker, H. Lauter, J.-E. Meyer, C. Müller, E. Strömgen (Hrsg.), *Schizophrenien* (S. 1–38). Berlin, Heidelberg: Springer.

- Schlegel, M. (2017). Kriterien wissenschaftlich begründeter Psychotherapie und Aspekte ihrer emanzipierenden säkularen Spiritualität. *Psychotherapie-Wissenschaft*, 7(1), 45–56.
- Schulthess, P. (2015). Psychotherapie gehört abgegrenzt von der Transpersonalen Psychologie und Esoterik. *à jour! Psychotherapie-Berufsentwicklung*, 1, 23–26.
- Utsch, M., Anderssen-Reuster, U., Frick, E., Gross, W., Murken, S., Schouler-Ocak, M., Stotz-Ingenlath, G. (2017). Empfehlungen zum Umgang mit Religiosität und Spiritualität in Psychiatrie und Psychotherapie. *Spiritual Care*, 6(1), 141–146.

Jens Tasche und Reinhard Weber-Steinbach (Hrsg.). (2018). *Bioenergetik als mentalisierende Körperpsychotherapie*

Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
ISBN: 978-3-6474-5197-8.
226 Seiten. 30,00 EUR, 44,90 CHF

Psychotherapie-Wissenschaft 9 (1) 85–86 2019
www.psychotherapie-wissenschaft.info
CC BY-NC-ND
<https://doi.org/10.30820/1664-9583-2019-1-85>

In dem von Jens Tasche und Reinhard Weber-Steinbach herausgegebenen Buch *Bioenergetik als mentalisierende Körperpsychotherapie* unternehmen neun (sieben davon bioenergetisch ausgebildete) Psychotherapeut/innen den Versuch eines Brückenschlags zwischen bioenergetischer Analyse und mentalisierungsbasierter Therapie. Im Kontext aktueller Bemühungen, rivalisierendes Schulendenken zu überwinden, darf das als sehr begrüßenswertes Unterfangen angesehen werden. Während Alexander Lowen, (Mit-)Begründer der Bioenergetischen Analyse, seinen Schülern immer wieder empfahl: «Get out of your head, get into your body!», empfehlen die Autor/innen des vorliegenden Buches das Umgekehrte: «Vergesst nicht, dass Ihr einen Kopf habt. Nutzt Eure kognitiven Fähigkeiten, um Euch Vorstellungen/Modelle von Eurem eigenen Erleben und Verhalten wie auch dem Eurer Mitmenschen zu machen, um zu verstehen und empathisch mit Euch selbst und anderen umzugehen.»

Eiligen Leser/innen wird es allerdings bis zum Schluss des Buches nicht leicht gemacht, den Begriff des Mentalisierens wie auch einzelne Konzepte der Bioenergetischen Analyse konzise zu erfassen, geschweige denn, den Sprachgebrauch der einen oder der anderen Methode vergleichend aufeinander zu beziehen. Die Autor/innen des Buches unternehmen ihre ganz persönlichen Herleitungen aus der Literatur und ziehen ihre je unterschiedlichen Schlussfolgerungen. Die Leser/innen sehen sich also mit höchst heterogenen Texten konfrontiert. Das mag Ergebnissen empirischer Forschungsarbeiten entsprechen, wonach vor allem die behandelten Patient/innen, in zweiter Linie die behandelnden Psychotherapeut/innen und praktisch überhaupt nicht die zur Anwendung gebrachte Methode (bzw. die Methode, der die Therapeut/innen anhängen) voraussagt, was in einer konkreten Behandlungssitzung geschieht (z. B. Koemeda-Lutz et al., 2016).

Schultz-Venrath definiert in seinem Vorwort «Mentalisieren als prozessuales Regulationsmodell früher Körper- und Affekterfahrungen» (S. 13) und versteht Mentalisieren als «unspezifischen Wirkfaktor», der «wahrscheinlich in den meisten Psychotherapien und Körperpsychotherapien» zur Anwendung kommt (S. 16).

Reinhard Weber-Steinbach sieht die Wurzeln des Mentalisierungskonzeptes in psychoanalytischen Intersubjektivitätskonzepten, wonach das individuelle Selbst in einem interaktiven Zwischenraum entstehe. Leider setzt er diese von ihm so benannte dritte Topik der Psychoanalyse nicht zu den vor allem von Kolleg/innen in Kalifornien in den 1970er Jahren vorangetriebenen relationalen Ansätzen in der Bioenergetischen Analyse (R. Hilton, V. Wink Hilton, H. Resneck-Sannes) in Beziehung. Er referiert ein Entwicklungsmodell, das auf die affektiv-interaktive Qualität der Primärbeziehungen setzt und hebt das Verdienst von Fonagy und Mitarbeiter/innen hervor, die Bindungstheorie und das Theory of Mind (TOM) Konzept in die Psychoanalyse integriert zu haben.

Am Beispiel von klinischen Problemstellungen zeichnet Alice Moll ihren eigenen Weg als Bioenergetische Analytikerin zur Integration des Mentalisierungskonzeptes nach. Sie referiert die Entwicklungsstufen zur Mentalisierungsfähigkeit (teleologischer, Äquivalenz- und Als-Ob-Modus). Die Fähigkeit zu mentalisieren kann unter krisenhaften oder traumatischen Bedingungen zusammenbrechen oder, falls diese in der Kindheit auftreten, eine Ausbildung dieser Fähigkeit verhindern und so zu Strukturdefiziten führen.

Steve Hofmann plädiert dafür, das Mentalisierungskonzept explizit in körperpsychotherapeutische Ausbildungen zu integrieren.

Marion Baum versucht einen Brückenschlag zwischen Embodiment und Mentalisierungskonzepten.

Im «Interview» mit Christiane Reepen-Bading, Jens Tasche und Reinhard Weber-Steinbach wird die Bedeutung der Mentalisierungsfähigkeit in der psychosexuellen Entwicklung beleuchtet und diskutiert.

Eine ausführliche und interessante Falldarstellung liefert Barbara Antonowicz-Wlasinska. Sie beschreibt eine Patientin mit einer tiefen strukturellen Störung, der sie «eine Kombination aus einer affektfokussierten Körperpsychotherapie» und einer mentalisierenden Gesprächspsychotherapie angedeihen lässt. In ersterer soll die Patientin lernen, «die eigenen (positiven und negativen) Empfindungen, Sehnsüchte und Bedürfnisse zu fühlen, zu ertragen und zur Grundlage eines authentischen Selbsterlebens zu machen; letztere soll ihr ermöglichen, das Gefühle zu reflektieren und zu symbolisieren» (S. 161f.).

Carsten Holle schreibt über Integrationsbemühungen eines bioenergetischen und eines mentalisierungsbasierten Ansatzes in der Kinder- und Jugendpsychiatrie in Neuruppin.

Jens Tasche formuliert acht Thesen zu Übereinstimmungen und Unterschieden zwischen Bioenergetischer Analyse und neueren Ansätzen in der Psychoanalyse (exemplarisch abgehandelt am Mentalisierungskonzept von Fonagy et al., an der Neuropsychoanalyse von A. N. Schore und am intersubjektiven Ansatz von M. Ermann).

Sehr interessant, und mich persönlich am meisten nachdenklich stimmend, fand ich das Abschlusskapitel von Martin Herberhold, der über mögliche Auswirkungen der in den Industrienationen fortschreitenden Digitalisierung auf unsere psychotherapeutische Tätigkeit und das Selbstverständnis von Psychotherapeut/innen nachdenkt und schreibt.

Insgesamt illustriert auch das vorliegende Buch den in der Psychotherapieforschung vielfach publizierten Befund, dass einzelne Psychotherapeut/innen ihre Ausbildungen in einer bestimmten Psychotherapiemethode so lange um weitere Konzepte und Techniken (mehr oder weniger eklektisch) erweitern, bis sie sich den Problemstellungen im klinischen Alltag einigermassen gewachsen fühlen.

Das Buch sei allen, denen bisher der Körper in der Psychoanalyse gefehlt hat, und denen, die in Körperpsychotherapien einen gewissen Mangel an kognitiver Raffinesse vermisst haben, empfohlen.

Margit Koemeda

Frank-M. Staemmler (2017). *Relationalität in der Gestalttherapie: Kontakt und Verbundenheit*

Gevelsberg: EHP. ISBN: 978-3-89797-103-5.
292 Seiten. 26,99 EUR, 41,99 CHF

Psychotherapie-Wissenschaft 9 (1) 86–87 2019
www.psychotherapie-wissenschaft.info
CC BY-NC-ND
<https://doi.org/10.30820/1664-9583-2019-1-86>

Gleich zu Beginn stellt Frank-M. Staemmler klar, was er mit dieser Neuerscheinung beabsichtigt:

«Ich verstehe den vorliegenden Text eher als ein Zusammenführen und eine Fortsetzung früherer Gedankengänge. Ich knüpfe dabei hauptsächlich an die Inhalte dreier meiner Bücher an: *Therapeutische Beziehung und Diagnose – Gestalttherapeutische Antworten* (1993), *Das Geheimnis des Anderen – Empathie in der Psychotherapie* (2009a) und *Das dialogische Selbst – Postmodernes Menschenbild und psychotherapeutische Praxis* (2015a)» (S. 15).

Der gemeinsame Fokus ist die menschliche Relationalität. Mit Zitaten am Anfang von jedem Kapitel ehrt Staemmler den 1949 verstorbenen Hans Trüb, dessen posthum erschienenes Werk *Heilung aus der Begegnung – Überlegungen zu einer dialogischen Psychotherapie* einen Grundstein für die Relationalität in der Psychotherapie gelegt hat.

Staemmler folgt der historischen Spur des Paradigmenwechsels von einer «Ein-Person-Psychologie» (bei der Individualismus in den 1960er und 1970er Jahren im Vordergrund stand) zur «Zwei-Personen-Psychologie» und zwischenmenschlichen Wechselseitigkeit der sogenannten relationalen Wende (die 1980er Jahre). Was die Gestalttherapie betrifft, so hat die relationale Wende zwei

Schwerpunkte hervorgebracht. Der eine Schwerpunkt bezieht sich auf ethische Gesichtspunkte, die Gestalttherapeuten und Gestalttherapeutinnen sich zu Herzen nehmen sollen: sich möglichst um eine Ich-Du-Haltung im Sinne Martin Bubers in der therapeutischen Arbeit bemühen und die gemeinsame Suche nach Bedeutung, was die Aufgabe einer unangebrachten Haltung der Unfehlbarkeit seitens des Therapeuten bzw. der Therapeutin impliziert. Der zweite Schwerpunkt ist inhaltlicher Natur: Therapeuten und Therapeutinnen sollten sich nicht nur auf die individuellen psychologischen Prozesse ihrer Patienten und Patientinnen konzentrieren, sondern auch die eigenen Prozesse wie die zwischenmenschlichen Ereignisse, die sich in der Therapiestunde einstellen, sollen volle Aufmerksamkeit erhalten.

Staemmler plädiert dann für einen weiteren Paradigmenwechsel, vom «Selbst-in-Beziehung» zum «relationalen Selbst». «Schwache Relationalität», ein Begriff, den Staemmler von Brent Slife entlehnt, beschreibt Ersteres. «Selbst-in-Beziehung» kann man «als ein Individuum interpretieren, das *primär* aus sich selbst heraus existiert und dann, in einem *zweiten* Schritt, auf andere trifft, sich auf Beziehungen mit ihnen ein- und sich dann von ihnen beeinflussen lässt» (S. 175). Letzteres erweitert den Begriff von Relationalität, begreift Menschen als grundsätzlich aufeinander bezogen sowie miteinander verwoben und wird als «starke Relationalität» bezeichnet. Bezugnehmend auf Gestaltkollegen und Gestaltkolleginnen und andere Therapieschulen betont Staemmler wie Beziehungen und dynamische Wechselseitigkeiten Voraussetzungen für die Entwicklung des Selbst und der wahrnehmbaren Welt sind, nicht umgekehrt.

Das Buch ist historisch aufgebaut und Staemmler fügt, wie in früheren Publikationen, «Textboxen» mit zahlreichen Beispielen aus seiner Praxis oder passende theoretische Ergänzungen dem Haupttext hinzu. Die Fallvignetten zeigen einerseits exemplarisch wie Staemmlers Ansatz in der Praxis aussieht, andererseits machen sie deutlich, wie sehr er selbst von der Gegenseitigkeit in seinem Beruf als Psychotherapeut profitiert:

«Denn meine Tätigkeit als Psychotherapeut gestattet mir, einen großen Teil meines beruflichen Lebens in Verbundenheit mit anderen Menschen und in Fürsorge für sie zu verbringen. So sehr es von außen betrachtet den Anschein haben mag, als engagierte ich mich hauptsächlich für meine Klienten, so sehr tue ich dabei ständig auch viel für mich selbst und für mein eigenes Wohlbefinden. Das Erleben von Resonanz und Verbundenheit – ungeachtet der jeweiligen Einzig- und Andersartigkeit meiner Klientinnen – sowie die Haltung der Gastlichkeit und Fürsorge sind dabei neben dem Erwerb von Anerkennung und der Erfahrung von Selbstwirksamkeit die für mich maßgeblichen Faktoren» (S. 10).

Eine Ermutigung für Praktizierende, jung und alt, in einem Arbeitstag, der mit einer verwirrenden Mischung aus Glück, Betroffenheit und Erschöpfung endet, eine Quelle der Kreativität und Regenerierung zu finden.

Für mich kommt eines der Herzstücke des Buches in «Anhang 1: Der Wille zur Unsicherheit – Vorläufige Überlegungen über Interpretation und Verstehen in der Gestalttherapie» (S. 241) vor. Dessen Schwerpunkt liegt auf einem Thema, das mir seit vielen Jahren sehr wichtig ist (Amendt-Lyon, 2006a und b): der kreative Vorgang der gemeinsamen Bedeutungsfindung. Hier finden interessierte Leser und Leserinnen Ausführungen zur bereits von Staemmler beschriebenen therapeutischen Haltung der «kultivierten Unsicherheit», zur Unmöglichkeit als Psychotherapeut bzw. Psychotherapeutin nicht zu interpretieren und zum Verstehen als «innovativen Vorgang, in dessen Verlauf neuer Sinn geschaffen wird» (S. 263; Herv. d. V.). So findet eine Erweiterung des eigenen Horizonts statt, damit der Horizont des Anderen inkludiert werden kann. «Wenn Verstehen Teil des Menschenseins ist, ist es Teil unserer Lebendigkeit. Und was ist das Wesen des Lebendigen, wenn nicht seine kontinuierliche Fortpflanzung und Kreativität?» (S. 264).

«Anhang 2: KlientInnen-Fragebogen zur Kontakt und Beziehung» beschäftigt sich mit der Frage, «welche Auswirkungen die Beziehung zwischen KlientInnen und ihren TherapeutInnen auf den therapeutischen Veränderungsprozess hat» (S. 269), und wie Therapeuten und Therapeutinnen nach sehr intensiven Therapiesitzungen durch Klienten und Klientinnen erlebt werden.

Staemmlers Text ist detailreich und seine Literatur umfassend. Umso mehr wundert es mich, dass der Bezug auf John Bowlby und die Bindungstheorie vernachlässigt wird, zumal die bedeutsamen Experimente an Kleinkindern und ihren Müttern in «fremden Situationen» auf Kurt Lewins Forschung bezogen sind. Schade auch, dass die Diskussion der Publikationen von solchen Gestaltkollegen wie Wollants, Francesetti, Gecele und Roubal zur Gestalttherapie als Therapie der gemeinsamen Situation in seinem umfangreichen, sorgfältig recherchierten Werk nicht berücksichtigt wurde. Staemmlers Ausführungen weisen auf eine Ethik des Mitgeföhls und der Fürsorge füreinander im Sinne von Lévinas. Nicht nachvollziehbar ist es dann für mich, im selben Band vom «wesenhaft Mitsein» und von der «Bezogenheit von Menschen aufeinander» (S. 173) im Zusammenhang mit Heidegger zu lesen. Erst recht seit der Veröffentlichung seiner «Schwarzen Hefte» ist Heidegger für mich in Bezug auf Menschlichkeit und zwischenmenschliche Beziehungen nicht glaubwürdig, sondern in diesem Kontext deplatziert. Über den Umgang mit Konflikten und destruktiven Kräften in der Relationalität hätte ich gern mehr gelesen.

Zusammenfassend meine ich, dass Staemmler nicht nur nachvollziehbar erklärt, wie sein Verständnis vom relationalen Selbst entstanden ist, sondern seine Beschreibung der Implikationen für die Herstellung und Entwicklung psychotherapeutischer Beziehungen gut gelungen ist. Dieses Buch ist für Gestalttherapeuten und Gestalttherapeutinnen wie auch für alle Therapieschulen eine wertvolle, zeitgemässe Lektüre.

Nancy Amendt-Lyon

Literatur

- Amendt-Lyon, N. (2006a). Auf dem Weg zu einem gestalttherapeutischen Konzept zur Förderung des schöpferischen Prozesses. In M. Spagnuolo Lobb & N. Amendt-Lyon (Hrsg.), *Die Kunst der Gestalttherapie. Eine schöpferische Wechselbeziehung* (S. 7–25). Wien, New York: Springer.
- Amendt-Lyon, N. (2006b). Denkwürdige Augenblicke in der therapeutischen Beziehung. In M. Spagnuolo Lobb & N. Amendt-Lyon (Hrsg.), *Die Kunst der Gestalttherapie. Eine schöpferische Wechselbeziehung* (S. 241–255). Wien, New York: Springer.
- Bowlby, J. (1989 [1979]). *The Making & Breaking of Affectional Bonds*. London: Tavistock/Routledge.
- Francesetti, G., Gecele, M. & Roubal, J. (Hrsg.). (2016). *Gestalttherapie in der klinischen Praxis. Von der Psychopathologie zur Ästhetik des Kontakts*. Gevelsberg: EHP.
- Trüb, H. (2015 [1951]). *Heilung aus der Begegnung – Überlegungen zu einer dialogischen Psychotherapie*. Bergisch Gladbach: EHP.
- Wollants, G. (2012 [2008]). *Gestalt therapy. Therapy of the Situation*. London: Sage.

Nancy Amendt-Lyon (Hrsg.). (2017). *Zeitlose Erfahrung. Laura Perls' unveröffentlichte Notizbücher und literarische Texte 1946–1985*

Gießen: Psychosozial-Verlag.
ISBN: 978-3-8379-2702-3. 354 Seiten.
39,90 EUR, 43,90 CHF

Psychotherapie-Wissenschaft 9 (1) 87–88 2019
www.psychotherapie-wissenschaft.info
CC BY-NC-ND
<https://doi.org/10.30820/1664-9583-2019-1-87>

In diesem Buch werden bisher unveröffentlichte Texte, Briefe, Gedichte sowie Übersetzungen von Gedichten, Kurzgeschichten und Entwürfe für Vorträge oder Publikationen aus den Tagebuchnotizen von Laura Perls publiziert.

Laura Perls, geborene Lore Posner aus Pforzheim, war die Gattin von Fritz Perls. Seit Jahrzehnten ist bekannt, dass sie eine wesentliche Rolle in der Konzeption und Entwicklung der Gestalttherapie spielte. Ihrem seinerzeitigen Frauenbild entsprechend, wirkte sie jedoch im Hintergrund und überliess die Bühne für Fachpublikationen ihrem Mann und anderen Kollegen. Unter eigenem Namen veröffentlichte sie nur wenig.

Es war die Tochter des Ehepaares Perls, Renate Perls, die die Herausgeberin anfragte, ob sie aus dem Nachlass dieser Tagebücher nicht eine Publikation machen könnte. Eine Aufgabe, die die Wiener Gestalttherapeutin mit amerikanischen Wurzeln Nancy Amendt-Lyon gerne annahm und hervorragend meisterte. Die hinterlassenen Materialien sind zum Teil sehr fragmentarisch und wurden von der Herausgeberin sehr sorgfältig und umsichtig editiert und kommentiert.

Das Buch erschien 2016 erst auf Englisch unter dem Titel *Timeless Experience: Laura Perls' Unpublished Notebooks and Literary Texts 1946–1985* im Verlag Cambridge Scholar Publishing, Newcastle.

In einer längeren Einführung schildert die Herausgeberin, wie sie zu diesen Texten gelangt ist und beschreibt den Inhalt der verschiedenen, über Jahre hinweg entstandenen Tagebücher. Im Anschluss folgen zwölf Kapitel, die die zuvor nicht publizierten Texte von Laura Perls wiedergeben. Zum Abschluss sind auf Englisch Interviews mit Daniel Rosenblatt angefügt, die in der englischen Originalausgabe mit Bewilligung der Daniel Rosenblatt Foundation erstmals publiziert wurden. Die Interviews beziehen sich auf vier Phasen von Laura Perls' Leben: die Jahre in Pforzheim, in Berlin, in Südafrika und schliesslich in New York. Sie ergänzen die Tagebuchnotizen trefflich, um ein Bild der Pionierin der Gestalttherapie zu erhalten.

Gerne hätte die Herausgeberin diese Interviews auf Deutsch wiedergegeben, wie sie im Peter Hammer Verlag unter dem Titel *Meine Wildnis ist die Seele des Anderen: Der Weg zur Gestalttherapie* erschienen sind. Doch leider verweigerte die Edition GIK (Gestalt Institut Köln) im Peter Hammer Verlag die Einwilligung, trotz Zustimmung der Daniel Rosenblatt Foundation. Schade und unverständlich. Kommerzielle Verlagsinteressen waren offenbar wichtiger als einen Beitrag zu einem umfassenden historischen Buch beizusteuern. Die Herausgeberin geht geschickt mit diesem Umstand um: Einerseits streut sie in ihrer Einführung Zusammenfassungen und einzelne Passagen (manchmal mit korrigierter Übersetzung) als Zitate in ihre Einführung ein und andererseits gibt sie die kompletten Interviews auch in der deutschen Ausgabe auf Englisch wieder. Wer zu wenig Englisch versteht, muss nun eben die deutsche Version der GIK-Publikation als Ergänzung zu diesem Buch dazukaufen.

Es gelingt der Herausgeberin, eine ausgezeichnet recherchierte Biografie von Laura Perls zu erstellen, in der lebendig wird, mit welchen wichtigen Persönlichkeiten aus Psychoanalyse, Gestaltpsychologie, Philosophie und Kultur sie in Verbindung stand. Die Entwicklung eines Therapieansatzes kann nie ohne Bezug zum zeitgeschichtlichen gesellschaftlichen und kulturellen Kontext verstanden werden. Die Herausgeberin arbeitet diesen Hintergrund und den Beitrag von Laura Perls zur Gestalttherapie gekonnt heraus.

Laura Perls begann erst ein Jura-Studium, wandte sich dann aber der Psychologie zu. Sie studierte bei Max Wertheimer die Gestalttheorie der Wahrnehmung, bei Kurt Goldstein die holistische organismische Theorie und schloss ihr Studium bei Adhémar Gelb zur Feldtheorie mit einem Doktorat ab. In den Vorlesungen bei Kurt Goldstein begegnete sie ihrem späteren Mann, dem Psychiater Fritz Perls. Später in einer Publikation meinte sie:

«Wer die Gestalttherapie theoretisch verstehen will, sollte sich vertraut machen mit den Arbeiten *Wertheimers* über das produktive Denken, *Lewins* über die unvollendete Gestalt und die wesentliche Bedeutung des Interesses an der Gestaltformierung und *Kurt Goldsteins* über den Organismus als unteilbare Ganzheit» (S. 68; Herv. i. O.).

Ursprünglich psychoanalytisch ausgebildet bei Paul Tillich, Clara Happel, Kurt Landauer und Otto Fenichel, begann sie zunehmend Haltung, Atmung und Bewegung in ihre Arbeit einzubeziehen, entfernte sich damit immer mehr von der Psychoanalyse und beschritt bereits in den 1930er Jahren neue Wege, die sie später mit Fritz Perls und Paul Goodman auf den Weg zur Konzeption der Gestalttherapie brachten.

In ihrem Arbeiten zentral war für sie, Halt und Stütze zu geben.

«Ihre typischen Interventionen waren Aufforderungen, ein imaginiertes Gegenüber direkt anzusprechen. D. h. jemanden anzureden, als wäre die Person anwesend und man spräche nicht nur über sie; Dinge vorsätzlich zu tun, wie zu atmen, sich zu verschliessen oder etwas zur Verdeutlichung zu übertreiben. Laura hatte Freude daran, mit der Sprache und dem Körper zu experimentieren, insbesondere mit der Atmung und der Körperhaltung» (S. 18f.).

Sie entwickelte einen beziehungsorientierten, supportiven Stil der Gestalttherapie, der besser geeignet war für die klinische Arbeit mit Menschen, die tieferegreifende Schwierigkeiten hatten als bloss neurotische Störungen, als der provokative und frustrierende Arbeitsstil, den Fritz Perls in seinen Weiterbildungsseminaren demonstrierte.

Die Originaltexte aus den Notizbüchern enthalten Gedanken zu Inhaltlichem zur Gestalttherapie, Briefe an Exponenten der Gestalttherapie und Kunst, Gedichte (solche die sie selbst schrieb oder ihr aus dem deutschen Kulturraum wichtig waren und die sie auf Englisch übersetzte) und Kurzgeschichten als literarischen Nachlass. Sie erlauben Einblicke in eine sehr persönliche Seite von Laura Perls, die berühren, von ihrer kulturellen Bildung zeugen und auch zeigen, wie schwierig ihre Beziehung zu ihrem Mann gegen Ende wurde, wie viel Sprachlosigkeit und Einsamkeit sich dort über die Jahre eingenistet hatten.

Im Anhang werden auch viele biografische Fotografien, ein Stammbaum der Familien Perls und Posner sowie Faksimiles einiger Schriften wiedergegeben.

Das Buch ist eine Fundgrube für Gestalttherapeutinnen und Gestalttherapeuten, mehr über Laura Perls und ihren Beitrag zur Gestalttherapie zu erfahren. Es ist aber auch ein Zeitdokument aus der Vor-Nazizeit über fachliche und gesellschaftliche Beziehungen zwischen jüdischen Intellektuellen, die später teils umkamen in Nazideutschland und teils noch rechtzeitig emigrieren konnten. Das ist nicht nur für Personen aus der Gestalttherapie interessant, sondern spricht auch Therapeutinnen und Therapeuten anderer Richtungen an, insbesondere aus der Psychoanalyse.

Peter Schulthess