

Richtlinie für Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten zur Frage der Abgrenzung der Psychotherapie von esoterischen, spirituellen und religiösen Methoden

des Bundesministeriums für Gesundheit auf Grundlage eines Gutachtens des Psychotherapiebeirates vom 17. 06. 2014

Präambel

Psychotherapie ist im Gesundheitsbereich ein eigenständiges Heilverfahren für die umfassende, bewusste und geplante (Kranken-)Behandlung von psychischen, psychosozial oder auch psychosomatisch bedingten Verhaltensstörungen und Leidenszuständen mit wissenschaftlich-psychotherapeutischen Methoden. Ziel einer Psychotherapie ist insbesondere, bestehende Symptome zu mildern oder zu beseitigen, psychische Leidenszustände zu heilen oder zu lindern, in Lebenskrisen zu helfen, gestörte Verhaltensweisen und Einstellungen zu ändern oder die persönliche Entwicklung und Gesundheit zu fördern. Die Ausübung von Psychotherapie ist seit dem Jahr 1991 im Psychotherapiegesetz, BGBl. Nr. 361/1990, gesetzlich geregelt.

Von der Psychotherapie zu unterscheiden und strikt zu trennen sind alle Arten von esoterischen, spirituellen und religiösen Methoden, wie z.B. Humanenergetik, Geistheilung, Schamanismus und viele andere. Diese können nicht Teil einer Psychotherapie sein.

In der psychotherapeutischen Aus-, Fort- und Weiterbildung ist das Anbieten jeder Art von esoterischen Inhalten, spirituellen Ritualen und religiösen Heilslehren zu unterlassen. Ein Besuch von Veranstaltungen mit esoterischen, spirituellen oder religiösen Inhalten kann nicht als Erfüllung der gesetzlich normierten Fortbildungs-

pflicht der Psychotherapeutin (des Psychotherapeuten) im Sinne des § 14 Abs. 1 Psychotherapiegesetz anerkannt werden.

Psychotherapeutinnen (Psychotherapeuten) dürfen ihre Berufsbezeichnung nicht im Rahmen von Ausbildungen, Seminaren, Kursen usw. im Bereich der Humanenergetik oder sonstigen esoterischen Methoden oder religiösen Heilslehren verwenden und selbst keine derartigen Ausbildungen, Seminare usw. in ihrer Rolle als Psychotherapeutin (Psychotherapeut) anbieten.

Eine Verlinkung bzw. Verknüpfung von psychotherapeutischen Angeboten mit (Werbe)Angeboten von Heilerinnen (Heilern), Humanenergetikerinnen (Humanenergetikern), Priesterinnen (Priestern), Schamaninnen (Schamanen) und dergleichen ist zu unterlassen.

Die Frage der Abgrenzung der Psychotherapie von esoterischen, spirituellen und religiösen Methoden kann mit Bezug auf das Psychotherapiegesetz und den Berufskodex für Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten des Bundesministeriums für Gesundheit auf Grundlage von Gutachten des Psychotherapiebeirates, zuletzt vom 13.03.2012 (in der Folge: Berufskodex), erörtert und beantwortet werden. Der Fokus ist dabei auf

1. den Schutz der psychotherapeutischen Beziehung unter Wahrung der psychotherapeutischen Berufsethik und

2. die Psychotherapie als wissenschaftlich fundierte Krankenbehandlung zu richten.

I. Der Schutz der spezifischen psychotherapeutischen Beziehung

Bei allen Fragen eine fachlich ebenso wie ethisch vertretbare Ausübung des psychotherapeutischen Berufes betreffend gilt es, die spezifische psychotherapeutische Beziehung und deren Schutz in den Mittelpunkt der Auseinandersetzung zu stellen – wie dies in der Präambel des Berufskodex angesprochen wird:

„In der Ausübung ihres Berufes wird von Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten ein besonders verantwortungsvoller Umgang mit der eigenen Person, mit der psychotherapeutischen Aufgabe sowie mit jenen Menschen gefordert, mit denen sie durch die Psychotherapie in eine besondere Beziehung eintreten.“

Wie schützenswert diese spezifische psychotherapeutische Beziehung ist und welche besondere Verantwortung auf Seiten der Psychotherapeutinnen (Psychotherapeuten) zu übernehmen ist, zeigt sich bereits in der Überschrift zu Punkt III des Berufskodex:

„Vertrauensverhältnis, Aufklärungs- und besondere Sorgfaltpflichten in der psychotherapeutischen Beziehung“

„... die Verpflichtung der Angehörigen des psychotherapeutischen

Berufes und das Recht der Patientinnen und der Patienten auf umfassende Aufklärung, insbesondere über Art und Umfang der geplanten psychotherapeutischen (Kranken-)Behandlung; diese Aufklärung hat auch das Setting, die Frequenz, die allfällige Gesamtdauer – soweit abschätzbar – die Honorierung, Urlaubsregelung und alle sonstigen Informationen zu umfassen, die zur Klärung des besonderen Vertragsverhältnisses erforderlich sind;“ (Berufskodex Punkt III. 4., S. 6)



Einer der zentralen Punkte des Schutzes der spezifischen psychotherapeutischen Beziehung liegt in der Verantwortung angesichts der besonderen Abhängigkeitssituation. Der Berufskodex macht unmissverständlich deutlich, dass die persönliche Weltanschauung, wie z.B. auch die religiöse Einstellung, der Psychotherapeutin (des Psychotherapeuten) nicht aktiv und steuernd in den Behandlungsprozess einfließen darf:

„... die Verpflichtung der Angehörigen des psychotherapeutischen Berufes und das Recht der Patientinnen oder der Patienten auf einen verantwortlichen Umgang mit dem besonderen Vertrauens- und Abhängigkeitsverhält-

nis in der psychotherapeutischen Beziehung:

– jeglicher Missbrauch dieses Vertrauensverhältnisses und der im Psychotherapieverlauf bestehenden, vorübergehend vielleicht sogar verstärkten Abhängigkeit der Patientin oder des Patienten von der Psychotherapeutin oder dem Psychotherapeuten stellt einen schwerwiegenden Verstoß gegen die ethischen Verpflichtungen der Angehörigen des psychotherapeutischen Berufes dar;

– Missbrauch liegt dann vor, wenn Angehörige des psychotherapeutischen Berufes ihren psychotherapeutischen Aufgaben gegenüber den Patientinnen oder den Patienten untreu werden, um ihre persönlichen Interessen, insbesondere sexueller, wirtschaftlicher, sozialer, emotionaler, politischer oder religiöser Natur zu befriedigen;

– daraus ergibt sich auch die Verpflichtung der Angehörigen des psychotherapeutischen Berufes, dementsprechend alle Verstrickungen mit den Patientinnen oder den Patienten zu meiden;

– für den Fall, dass sich während einer Psychotherapie seitens der Psychotherapeutin oder des Psychotherapeuten eine nicht auflös-

bare emotionale Verstrickung (wie z.B. Verliebtheit, Ablehnung, Identifikation) abzeichnet, besteht die Verpflichtung, den Eigenanteil zu reflektieren (insbesondere durch Supervision, Intervision, Selbsterfahrung) und zu klären, ob der psychotherapeutische Prozess noch verantwortlich weitergeführt werden kann; sollte dies nicht der Fall sein, ist die Psychotherapie umgehend zu beenden und dafür Sorge zu tragen, dass die Patientin (der Patient) den psychotherapeutischen Prozess woanders weiterführen kann und somit auch einen Ort der Reflexion über das aktuelle Geschehen erhält;

– die Verantwortung für die Vermeidung von Verstrickungen liegt allein bei den Angehörigen des psychotherapeutischen Berufes und kann nicht den Patientinnen und Patienten übertragen werden;

– entsprechende Verstöße gegen die Berufsethik sind geeignet, die Vertrauenswürdigkeit der Angehörigen des psychotherapeutischen Berufes ernsthaft in Frage zu stellen; ...“

(Berufskodex Punkt III. 9., S. 7-8)

Wenn also Patientinnen (Patienten) das Thema Religion, Gebete, spirituelle Rituale als für sich selbst wesentlich „mit in die Stunde bringen“, gilt es – wie wohl bei allen anderen Themen auch – gemeinsam mit der Patientin (dem Patienten) zu verstehen, welche Bedeutung dieses für sie (ihn) und in ihrem (seinem) Leben hat, und unter Umständen einen Bezug zur konkreten (Leidens-)Situation herzustellen.

Aktives Einbringen solcher Ansätze und Handlungen wie beispielsweise Gebete, esoterische Rituale durch die Psychotherapeutin (den Psychotherapeuten) verstößt gegen die psychotherapeutische Berufsethik im oben beschriebenen Sinn.

Wenn andere intensive Kontakte und gemeinsame Kontexte (wie z.B. gemeinsame Gebetsgruppen) zwischen der Psychotherapeutin (dem Psychotherapeuten) und der Patientin (dem Patienten) entstehen, gilt ebenfalls die im Berufskodex normierte Regelung, also dies für sich in einer Supervision zu klären und, falls diese Kontakte bzw. Kontexte nicht gelöst werden können, die Psychotherapie verantwortungsvoll zu beenden.

II. Psychotherapie als wissenschaftlich fundierte Krankenbehandlung

§ 1 Psychotherapiegesetz bringt unmissverständlich zum Ausdruck, dass Psychotherapie eine wissenschaftlich fundierte Krankenbehandlung ist.

Wie dies auch in den Erläuterungen zum Psychotherapiegesetz zum Ausdruck kommt, versteht sich Psychotherapie als emanzipatorischer (Selbst-)Erkennungs- und Verstehensprozess, bei dem die akute Situation, der Leidenszustand auf dem Hintergrund des eigenen Geworden-Seins verstanden wird bzw. verstanden werden kann. Es geht also um ein Bewusstmachen von psychodynamischen, familiendynamischen Zusammenhängen, von der Bedeutung der jeweiligen Position im System und auch um die Erweiterung des Handlungs- und Empfindungsspielraums.

Auch in der Anerkennungsrichtlinie, Kriterien für die Anerkennung als psychotherapeutische Ausbildungseinrichtung gemäß § 7 Psychotherapiegesetz, BGBl. Nr. 361/1990, des Bundesministeriums für Gesundheit auf Grundlage eines Gutachtens des Psychotherapiebeirates, veröffentlicht im Psychotherapie Forum, Nr. 1/1992,

S 35ff, wird die wissenschaftliche Fundierung im Kontext psychotherapeutischer Fachlichkeit deutlich hervorgehoben:

„Insgesamt geht es beim Anerkennungsverfahren im Sinne des Psychotherapiegesetzes um die Ermittlung von psychotherapeutischen Methoden, die ausreichend praktisch erprobt wurden und eine wissenschaftliche Fundierung entwickelt haben sowie weiters auch international verankerten und diskutierten Standards entsprechen.“ (Anerkennungsrichtlinie, S. 3)

Bekehrung, Heilsversprechungen, missionarische Ansätze bzw. religiöse oder esoterische Praktiken stehen somit in krassem Widerspruch zum Selbstverständnis von Psychotherapie als wissenschaftlich fundierte Krankenbehandlungsmethode im Sinne eines solchen Verstehens- und Veränderungsprozesses.

Ergänzend dazu sei festgehalten, dass Psychotherapeutinnen (Psychotherapeuten) sowohl durch das Psychotherapiegesetz als auch den Berufskodex grundsätzlich angehalten sind, wissenschaftlich anerkannte Methoden im Kontext der Psychotherapie anzuwenden, wobei auch nicht jede in anderen Fachkontexten wissenschaftlich anerkannte Methode unter die zur psychotherapeutischen Krankenbehandlung wissenschaftlich anerkannten Methoden gerechnet werden kann.

„Darüber hinaus ist mit der Ausübung der Psychotherapie – nämlich auf wissenschaftlicher Grundlage zur Erhaltung und Wiederherstellung der Gesundheit oder zur Reifung und Entwicklung leidender Menschen beizutragen – auch eine besondere gesellschaftliche Verantwortung verbunden ...“ (Berufskodex, S.3)

Im Berufskodex werden Fort- und Weiterbildung, die Reflexion bzw. Supervision und vor allem der kollegiale Diskurs als notwendige qualitätssichernde Maßnahmen festgehalten. Um „Qualitätssicherheit“ herzustellen, sollten Fort- und Weiterbildungen, die als psychotherapeutisch-wissenschaftlich relevant gelten und als solche anerkannt werden wollen, zertifiziert werden.

Diesem Prinzip wird in der Fort- und Weiterbildungsrichtlinie für Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, Richtlinie des Bundesministeriums für Gesundheit auf Grundlage eines Gutachtens des Psychotherapiebeirates, veröffentlicht im Psychotherapie Forum, Vol. 8, Suppl. 3, Nr. 3/2000, S 89ff, sowie in den Mitteilungen der Sanitätsverwaltung, Heft 7/2001, S 26, wie folgt Rechnung getragen:

„Als Anbieter von Fortbildungsveranstaltungen sind wie folgt vorgesehen:

1. die in Österreich anerkannten psychotherapeutischen Ausbildungseinrichtungen für das Fachspezifikum;
2. die vom Österreichischen Bundesverband für Psychotherapie (ÖBVP) anerkannten Fortbildungs- und Forschungseinrichtungen;
3. der ÖBVP selbst;
4. andere Ausbildungsinstitutionen aus dem psychosozialen Bereich, die psychotherapierelevante Inhalte anbieten;
5. einzelne nachweislich besonders qualifizierte PsychotherapeutInnen, die über eine zumindest fünfjährige Berufserfahrung verfügen, oder Gruppierungen von PsychotherapeutInnen (die z.B. in entsprechenden Vereinen organisiert sind);
6. andere Fachleute, die psychotherapierelevante und methodenrelevante Inhalte anbieten und dafür besonders qualifiziert sind;“

Somit kann festgehalten werden, dass weder Gebete, religiöse Rituale oder Vergebensarbeit noch andere religiös, spirituell oder esoterisch begründete Handlungen zu einer umfassenden und stringenten psychotherapeutischen Methode, die eine geplante Krankenbehandlung ermöglicht, gehören können. Dasselbe gilt auch für eine Psychotherapie, die mit dem Ziel einer Persönlichkeitsentwicklung durchgeführt wird.

Auch mit Bezugnahme auf das Psychotherapiegesetz muss festgehalten werden, dass Psychotherapie nicht das Zusammenwürfeln einzelner methodisch-didaktischer Handlungen ist und sein kann, sondern nur Methoden anerkannt sind, die – basierend auf dem jeweiligen Menschenbild – über eine Theorie hinsichtlich der Entwicklung des Menschen und somit der Entstehung von psychischen Leidenszuständen verfügen und daraus ableitend psychotherapeutische Settings und Techniken begründen.

Hier sei angemerkt, dass Psychotherapeutinnen (Psychotherapeuten), die häufig einen weiteren Beruf haben, immer klar unterscheiden müssen, welchen Beruf (Psychologin/Psychologe, Ärztin/Arzt, Theologin/Theologe, Pädagogin/Pädagoge oder Psychotherapeu-

tin/Psychotherapeut) sie jeweils in der konkreten Situation ausüben – und dies auch im Sinne der Aufklärungspflicht mit dem Patienten (der Patientin) besprechen. Eine Klärung und Benennung der jeweiligen Funktion/Rolle im Sinne der Informiertheit der Patientin (des Patienten) ist daher notwendig.

Dieser Vorgabe folgend kann ein Seelsorger, der auch Psychotherapeut ist, in seiner seelsorgerischen Arbeit und Aufgabe z.B. das Gebet aktiv einbringen. Wenn er jedoch als Psychotherapeut tätig ist, gelten andere fachliche und ethische Standards, sodass er dies als Psychotherapeut nicht tun kann und darf.

Dieser Gedanke findet sich auch im Berufskodex im Zusammenhang mit dem öffentlichen Auftreten von Psychotherapeutinnen (Psychotherapeuten) wieder:

„... die Verpflichtung, bei Werbung und Ankündigungen in der Öffentlichkeit fachlichen Gesichtspunkten strikt den Vorrang vor kommerziellen Gesichtspunkten einzuräumen; Werbung oder Ankündigungen sind dabei auf das sachlich Gebotene zu beschränken:

– wahrheitswidrige Werbung, fachfremde Werbung, irreführende Werbung oder marktschreierische Wer-

bung (d.h. Ankündigungen, die nicht wörtlich, sondern als nicht ernst gemeinte Übertreibung aufgefasst werden) ist unzulässig; unter fachfremder Werbung sind Behandlungsangebote, Ausbildungen, erlernte Techniken oder Methoden zu verstehen, die grundsätzlich keine Inhalte oder Techniken einer anerkannten psychotherapeutischen Methode im Sinne des Psychotherapiegesetzes oder nicht fachlich anerkannt sind; – Werbung und Ankündigungen sollen jedoch ausreichende Information über Art und Umfang der angebotenen Leistungen sowie, über die geforderten Entgelte und die Rechte der Patientinnen und Patienten enthalten; ...“ (Berufskodex, Punkt IV. 4., S. 12)

Literatur

- Berufskodex für Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten des Bundesministeriums für Gesundheit auf Grundlage von Gutachten des Psychotherapiebeirates, zuletzt vom 13.03.2012
- Anerkennungsrichtlinie, Kriterien für die Anerkennung als psychotherapeutische Ausbildungseinrichtung gemäß § 7 Psychotherapiegesetz, BGBl. Nr. 361/1990, des Bundesministeriums für Gesundheit auf Grundlage eines Gutachtens des Psychotherapiebeirates, veröffentlicht im Psychotherapie Forum, Nr. 1/1992
- Fort- und Weiterbildungsrichtlinie für Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, Richtlinie des Bundesministeriums für Gesundheit auf Grundlage eines Gutachtens des Psychotherapiebeirates, veröffentlicht im Psychotherapie Forum, Vol. 8, Suppl. 3, Nr. 3/2000

Empfehlungen zum Umgang mit Religiosität und Spiritualität in Psychiatrie und Psychotherapie

Positionspapier der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN) vom 19.12.2016

Religiöse und spirituelle Überzeugungen können für Menschen mit psychischen Erkrankungen eine

wichtige Ressource sein, gleichzeitig aber auch die psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung erschweren. In einem neuen Positionspapier gibt die DGPPN Empfehlungen zum Umgang mit Religiosität und Spiritualität in der psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung.

Ausgangslage

Die kulturelle Vielfalt in der Gesellschaft nimmt zu, vor allem durch Migration und die Differenzierung der Lebenswelten. Dies macht eine kultur- und religionsensible psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung von Patienten mit un-

terschiedlichen Hintergründen notwendig (Kizilhan 2015). In den USA werden mittlerweile ausdrücklich religiöse und spirituelle Kompetenzen für Psychiater und Psychotherapeuten beschrieben und gefordert (Morgan & Sandage 2016; Vieten et al. 2013). Auch hierzulande erwarten Patienten mit psychischen Erkrankungen von ihrem Psychiater und Psychotherapeuten eine ganzheitliche Wahrnehmung ihrer Lebenssituation einschließlich deren existenzieller, spiritueller und religiöser Dimension (Best et al. 2015; Curlin et al. 2007; Huguélet et al. 2011; Lee et al. 2015). In einer kürzlich durchgeführten explorativen Studie wurde bei 30 Patienten einer Verhaltenstherapieambulanz die Bedeutsamkeit existenzieller Themen für die Krankheitsverarbeitung erhoben. Die direkte Ansprache und unmittelbare Bearbeitung existenzieller Themen in der Therapie erwies sich dabei als therapie-relevant (Grober et al. 2016).

So begegnen wir z. B. Patienten, die an Geister glauben, zwanghaft beten oder religiöse Endzeiterwartungen haben. Ohne Verständnis für die kulturellen und religiösen Besonderheiten besteht die Gefahr, dass religionsspezifische Tabus und Grenzen unwissentlich durch den Behandler verletzt werden. In der Akutpsychiatrie ist die Einbeziehung von Religiosität und Spiritualität in die Anamnese und in die Differentialdiagnose erforderlich, z. B. bei Suizidalität, religiösem Wahn, depressivem Schuldgefühl und bei Traumafolgestörungen.

Zur Begriffsklärung: Unter Religion wird in diesem Papier eine Gemeinschaft verstanden, die Traditionen, Rituale, Texte teilt (Christentum, Judentum, Islam, Buddhismus, Hinduismus u. a.). Religiosität meint über die institutionelle Religions-

zugehörigkeit hinaus eine persönliche Gestaltung und Lebenspraxis von Religion. Spiritualität wird in den Gesundheitswissenschaften allgemein als Containerbegriff verstanden, der die persönliche Suche nach dem Heiligen, nach Verbundenheit oder Selbsttranszendenz meint und ausdrücklich auch Weltanschauungen außerhalb der institutionalisierten Religionen mit einschließt (Bucher 2014; Pargament 2013). Existenziell werden (Grenz-)Erfahrungen genannt, die mit Sinn-



krisen einhergehen, insbesondere im Kontext von Krankheit und Tod (La Cour 2012; Schnell 2016).

Seit den islamistischen Terroranschlägen, die den Westen ab dem 11.09.2001 verändert haben, ist eine neue, intensive Debatte um den Platz der Religion in der modernen Gesellschaft entbrannt, die auch Psychotherapeuten beschäftigt (Kühn et al. 2010). Der konstruktive Dialog zwischen religiösen und säkularen Lebensformen ist dabei für eine pluralistische Gesellschaft zukunftsweisend. Aus kulturwissenschaftlicher Perspektive hat Straub (2016) kürzlich herausgearbeitet, dass die lebensweltlich bedeutsamste Konfliktlinie unserer Zeit nicht mehr zwischen religiös Gläubigen und Ungläubigen verläuft, sondern zwischen Menschen,

die Kontingenzbewusstsein und Offenheit in ihr komplexes Selbst- und Weltverhältnis integriert haben, und denen, die totalitär strukturiert sind – gleichgültig, ob sie nun gläubig sind oder nicht.

Sinn kann durch säkulare und religiös-spirituelle Lebens- und Weltdeutungen gefunden werden. Dabei dienen die subjektiven Werte als Interpretationsrahmen, die bisher in der Psychotherapie zu wenig berücksichtigt worden sind (Flass-

beck & Keßler 2013; Frey 2016). Durch die Verbreitung von achtsamkeitsbasierten Ansätzen hat unter Psychiatern und Psychotherapeuten ein neues Nachdenken über psychotherapeutische Werte und ihre Ethik eingesetzt (Grossman & Reddemann 2016). Weil in jeder Psychotherapie Werte vermittelt werden, sind die Reflexion und die Transparenz der eigenen Werte und Grundannahmen wichtig, um angemessen mit Religiosität und Spiritualität umzugehen.

Die fachliche Diskussion über die Einbeziehung von Religiosität und Spiritualität in der psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung bewegt sich zwischen den folgenden Extremen: Einerseits empfehlen manche Autoren spirituelle Behandlungsmethoden, das

heißt die Einbeziehung spiritueller oder religiöser Lehren und Praktiken aufgrund empirischer Evidenz (Anderson et al. 2015). Andererseits warnt das österreichische Gesundheitsministerium vor Grenzverletzungen und dem Aufgeben wissenschaftlicher Standards und verbietet esoterische Inhalte, spirituelle Rituale und religiöse Methoden in der Psychotherapie (Österreichisches Bundesgesundheitsministerium 2014). Die Einschätzung von Religiosität und Spiritualität in Psychiatrie und Psychotherapie ist in hohem Maße vom kulturellen Kontext abhängig. Die DGPPN hat deshalb eine Task-Force eingesetzt mit dem Auftrag, ein Positionspapier zu dem Thema zu erstellen und damit eine Diskussion über das Thema innerhalb des deutschen Versorgungssystems zu fördern. Durch ihre personelle Zusammensetzung stellt die Task-Force die Ausgewogenheit hinsichtlich Religion und Konfession, der kulturellen Herkunft, Berufsgruppenzugehörigkeit sowie Genderaspekten sicher.

Die in früheren Jahren vorherrschende Religionskritik und Pathologisierung von Religiosität und Spiritualität ist heute nicht mehr angemessen. Die kritische Haltung sollte aber nicht undifferenziert durch eine Idealisierung dieses Feldes ersetzt werden. Psychiatrie und Psychotherapie können einen wichtigen fachlichen Beitrag für die Formulierung von Kriterien für einen heilsamen Umgang mit Religiosität und Spiritualität leisten.

Grundannahmen

- Religiosität und Spiritualität werden als anthropologische Universalien angesehen (Luckmann 2002; Meindl & Bucher 2015). Sie gehören zum Menschsein und sind im Rahmen einer ganzheitlichen Be-

trachtung zu würdigen – unabhängig von einem möglichen Einfluss auf Gesundheitsoutcomes (Koenig 2008, 2012) oder auf die Effizienz therapeutischer Interventionen.

- Religiosität und Spiritualität sind sowohl beim Patienten als auch beim Behandler identitätsbildend. Dies wird in existenziellen Krisen und Grenzsituationen besonders deutlich, aber auch in Momenten der Sinnerfülltheit und Lebensphasen existenzieller Indifferenz (Schnell 2016).

- Religiosität und Spiritualität sind als persönliches Sinnsystem und kulturbildende Einflussfaktoren in der Psychotherapie wahrzunehmen und zu würdigen (Utsch et al. 2014). Aufgrund der Berufsethik sind Psychiater und Psychotherapeuten verpflichtet, ihre Patienten zu achten, unabhängig insbesondere von Geschlecht, Alter, sexueller Orientierung, sozialer Stellung, Nationalität, ethnischer Herkunft, Religion oder politischer Überzeugung.

Zum aktuellen Forschungsstand

Bei der Sichtung der englischsprachigen Literatur zum Verhältnis von Religiosität und Psychotherapie (z. B. Anderson et al. 2015; Goncalves et al. 2015; Lim et al. 2014; Ross et al. 2015) fällt auf, dass Religiosität und Spiritualität häufig als modularer Bestandteil der Psychotherapie selbst (z. B. im Rahmen von kognitiver Verhaltenstherapie) gesehen werden. Wegen ihrer Kulturgebundenheit können die hauptsächlich aus den USA stammenden Forschungsergebnisse nicht ohne weiteres auf die europäische Situation übertragen werden, hier muss die dünne Datenlage dringend verbessert werden. Im deutschsprachigen Raum besteht – anders als in den USA – eine große Zurückhaltung ge-

genüber spirituellen Interventionen in der Psychotherapie. Eine Ausnahme stellen buddhistisch-meditative Elemente in achtsamkeitsbasierten Therapien dar (Anderssen-Reuster 2011; Anderssen-Reuster et al. 2013; Harrer & Weiss 2016).

Es gibt eine große Fülle an Studien zum Zusammenhang von Religiosität und Spiritualität mit Gesundheit, vor allem aus dem englischsprachigen Bereich (Koenig et al. 2012). Bei aller methodischen Sorgfalt vieler Untersuchungen zu spirituellen Interventionen fällt auf, dass die Autoren die Therapieeffekte eher auf die Wirkkraft des Glaubens zurückführen als auf psychologische Mechanismen. Darin besteht ein grundlegender Bias. Diesbezüglich gibt es allerdings auch in den USA kritische Stimmen (Sloan 2006; Sloan et al. 2000). Wir brauchen daher psychiatrische und psychologische Zusammenhangsmodelle für die Frage, warum Religiosität und Spiritualität als Ressource oder Belastungsfaktor wirken können (Murken 1997; Schowalter & Murken 2003).

Aus europäischer Sicht wird bei spirituellen Psychotherapiemodulen die Gefahr unzulässiger Grenzüberschreitung und übergriffigen Therapeutenverhaltens stärker thematisiert als in den USA (Galanter et al. 1990). Auch wenn die Bedeutung existenzieller Themen in der Psychotherapie anerkannt wird, bleiben einige Fragen offen – z. B.: Ist Sinngebung Aufgabe von psychotherapeutischen Interventionen (Hardt & Springer 2012)? Wie weit darf die psychiatrisch-psychotherapeutische Begleitung des Patienten in seiner existenziellen, religiösen und spirituellen Suche gehen? Welche professionellen Grenzen sind notwendig und sinnvoll, um die Freiheit von Patient und Behandler zu schützen?

Es wird deutlich, dass religiöse und spirituelle Themen in der Psychiatrie und Psychotherapie noch nicht ausreichend fachlich reflektiert, beforscht und im Ausbildungskontext vermittelt werden. Dies ist umso wichtiger, da neben den klassischen Religionen ein ausufernder psycho-spirituelle Lebenshilfemarkt entstanden ist, auf dem z. T. fragwürdige Angebote vorgehalten werden (Brentrup & Kupitz 2015; Murken & Namini 2008).

In englischsprachigen psychologischen und psychiatrischen Fachgesellschaften spielen Religiosität und Spiritualität seit Längerem eine bedeutende Rolle, was sich unter anderem in eigenen Leitlinien niedergeschlagen hat (Cook 2013; Galanter et al. 1990; Gross o. J.; Moreira-Almeida et al. 2015; Peteet et al. 2006).

Personen mit psychischen Erkrankungen wenden sich in den USA häufig an den Leiter ihrer religiösen Gemeinschaft. Deshalb hat die American Psychiatric Association (APA, 2016) eine „Mental Health and Faith Community Partnership“ ins Leben gerufen und eine Arbeitsgruppe eingesetzt. Diese hat für die Leiter und Seelsorger religiöser Gemeinschaften einen Ratgeber verfasst, wie angemessen mit psychischen Erkrankungen umgegangen werden sollte.

In der „World Psychiatric Association“ (WPA) arbeitet die Sektion „Religion, Spiritualität und Psychiatrie“ zu diesbezüglichen Fragen und veröffentlicht ihre Ergebnisse auf einer eigenen Internetseite und einem regelmäßigen Rundbrief (WPA, 2015). Zuletzt hat die WPA ein Positionspapier zum Umgang mit Religiosität und Spiritualität veröffentlicht (Moreira-Almeida et al. 2015). Weil die empirische Evidenz zeigt, dass Religiosität und Spiritualität die Prä-

valenz (insbesondere bei Depressionen und Suchterkrankungen), die Diagnose (Unterscheidungen zwischen spirituellen Erfahrungen und psychischer Krankheit) und die Behandlung (Einbeziehung spiritueller Bedürfnisse) psychischer Erkrankungen beeinflussen, empfiehlt die WPA ihren Mitgliedern mehr Aufmerksamkeit für diese Themen.

Der amerikanische Fachverband der Psychologen hat in den letzten 15 Jahren über ein Dutzend Lehrbücher zur Psychologie der Religiosität und Spiritualität herausgegeben. Religionspsychologische Erkenntnisse werden in dem Fachjournal „Psychology of Religion and Spirituality“ veröffentlicht. Seit zwei Jahren erscheint zusätzlich die Quartalsschrift „Spirituality in Clinical Practice“, die spirituell geprägte klinische Interventionen wissenschaftlich untersucht (www.apa.org/pubs/journals/scp). Pargament (2013) hat mit Kollegen ein zweibändiges Handbuch herausgegeben, das den aktuellen Wissensstand zusammenfasst.

Das britische „Royal College of Psychiatrists“ bietet in seiner Fachgruppe „Psychiatrie und Spiritualität“ regelmäßig Fortbildungen zu diesbezüglichen Fragen an und zählt mittlerweile über 3000 Fachmitglieder. Auf einer eignen Internetseite werden Materialien bereitgestellt und Tagungshinweise gegeben (Royal College of Psychiatrists 2016). Die Fachgruppe hat ein Konsenspapier zum Umgang mit Religiosität und Spiritualität vorgelegt (Cook 2013). Darin werden die Fachmitglieder darauf verpflichtet, den religiösen oder spirituellen Bindungen ihrer Patienten mit einfühlsamer Achtung und Respekt zu begegnen. Klinisch Tätige sollen keine religiösen oder spirituellen Rituale als Ersatz für professionelle Behandlungsmethoden anbieten. Andererseits wird auf die Bewäl-

tigungskraft positiver Spiritualität hingewiesen, durch die Hoffnung und Sinn vermittelt werden könne. Ähnliche Initiativen entwickeln sich derzeit auch in Deutschland. Dennoch besteht hier großer Nachholbedarf in Forschung, Lehre, Ausbildung und klinischer Arbeit.

Empfehlungen der DGPPN-TaskForce

Interkulturelle Kompetenz:

Da Religiosität und Spiritualität kulturell geprägt sind, sollten die individuellen Gesundheits- und Krankheitskonzepte in einer kultur- und religionssensiblen Weise erfragt werden.

Dazu gehört die Fähigkeit des Therapeuten zum Perspektivenwechsel. Anregend erweist sich diesbezüglich das Cultural Formulation Interview (CFI), das im Rahmen des DSM-5 entwickelt wurde (APA 2013). Kultur- und sprachgebundene Missverständnisse sollten ausgeräumt werden.

Anamnese:

Die Erfassung der Wertvorstellungen und religiösen Überzeugungen sowie deren Relevanz im Leben gehört zur psychiatrisch-psychotherapeutischen Anamnese (Frick et al. 2002).

Religiosität und Spiritualität im Behandlungsplan:

Der Behandler sollte in der Lage sein, Religiosität und Spiritualität als Ressource und/oder Belastungsfaktor für Patienten zu erkennen und in die Behandlungsstrategie einzubinden.

Dies gilt auch, wenn er selbst areligiös ist oder einer anderen Weltanschauung verpflichtet ist als der

Patient. Insofern müssen die Sicht des Patienten auf Religiosität und Spiritualität sowie seine diesbezüglichen Wertungen verstanden und im Behandlungsplan berücksichtigt werden. Auch bei Patienten ohne religiöse/spirituelle Anbindung ist eine Auseinandersetzung mit existentiellen Fragen oft erforderlich. Die Akzeptanz von religiösen/spirituellen Überzeugungen bei Patienten findet dort ihre Grenzen, wo Selbst- und Fremdgefährdung vorliegen.

Grenzverletzungen aus religiösen oder spirituellen Motiven:

Die therapeutische Beziehung sowie die therapeutische Behandlung in Institutionen brauchen eindeutige Regeln. Wenn diese aufgrund religiöser und spiritueller Überzeugungen (z. B. religiöser Fanatismus/Fundamentalismus) verletzt werden, muss der Patient mit den geltenden Regeln als Teil des Realitätsprinzips konfrontiert werden.

Je nach Setting (Ambulanz, stationäre Akutpsychiatrie, Praxis usw.) sind differenzierte Interventionen erforderlich, die Grenzen schützen bzw. wiederherstellen.

Professionelle Grenzen:

Psychiater und Psychotherapeuten haben sich durch ihre Berufsethik verpflichtet, innerhalb des Methodenspektrums ihrer Profession tätig zu sein.

Dies schließt religiöse oder spirituelle Interventionen aus. Dies stellt eine sinnvolle und notwendige Selbstbeschränkung dar. Dabei muss trotzdem sichergestellt werden, dass die Religiosität/Spiritualität des Patienten in der Therapie Raum haben kann. Die Task-Force hält es für geboten, dass die

deutschsprachige Psychiatrie und Psychotherapie sich stärker mit diesem Thema beschäftigt als bisher.

Diversity Management:

Angesichts des Marktes vielfältiger psychospiritueller Angebote mit zum Teil fragwürdigen Versprechen und Rahmenbedingungen empfiehlt die Task-Force die Transparenz des jeweiligen weltanschaulichen Hintergrundes, die Wahrung der professionellen und wissenschaftlichen Standards sowie ein kultur- und religionssensibles Vorgehen.

Neutralität:

Der Behandler sollte auf eine respektvolle Weise religiös neutral bleiben, aber aufgeschlossen sein für einen möglichen Transzendenzbezug seines Patienten.

Psychiatrische und psychotherapeutische Behandlungen einerseits und Seelsorge und spirituelle Führung andererseits sollten unterschieden werden und getrennt bleiben. Eine Zusammenarbeit im Interesse des Patienten kann aber in vielen Fällen sinnvoll sein. Hierfür ist es hilfreich, wenn Seelsorger ihr psychiatrisches und psychotherapeutisches Grundwissen verbessern.

Passung in der therapeutischen Beziehung:

Die Fragen der Wechselwirkung und Passung der religiösen/spirituellen Grundhaltung zwischen Patient und Behandler sind in der Selbsterfahrung zu reflektieren. Voraussetzung dafür ist, dass der Psychiater und Psychotherapeut seine eigene weltanschauliche Orientierung kennt und kritisch reflektiert.

Eine besondere Bedeutung kommt in diesem Kontext den Übertragungs- und Gegenübertragungs-

phänomenen zu. In Reflexion, Selbsterfahrung und Supervision sind besonders zu berücksichtigen: das Spannungsfeld zwischen der weltanschaulichen Neutralität und der religiösen oder spirituellen Selbsterklärung des Psychiaters und Psychotherapeuten sowie Wahrheits- und Wertefragen.

Aus-, Fort- und Weiterbildung:

Die psychiatrische, psychotherapeutische und psychosomatische Aus-, Fort- und Weiterbildung muss sowohl hinsichtlich eines Grundwissens von Religions- und Weltanschauungsfragen und insbesondere hinsichtlich diesbezüglicher Selbsterfahrungs-Angebote verbessert werden.

Kompetenzen in Bezug auf Haltungen, Wissen und Fähigkeiten (attitudes, knowledge and skills) zu Religiosität und Spiritualität sollen geschult und entwickelt werden. Entsprechende Lernziele sollten in das Medizinstudium sowie in die Weiterbildungsordnungen integriert werden.

Forschung:

Forschung über die Bedeutung von Weltanschauungen und Sinngebungsmodellen als Belastung und Ressource im deutschsprachigen Bereich ist sinnvoll und notwendig. Ein interdisziplinärer Dialog zwischen Religionspsychologie, Theologie und Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik ist erwünscht und notwendig. Folgende Forschungsthemen erscheinen u. a. wichtig: (1) Wahrnehmen von religiösen/spirituellen Bedürfnissen der Patienten, (2) Religiosität und Spiritualität als Behandlungshindernis und (3) Zusammenarbeit der Gesundheitsberufe mit Seelsorge-Angeboten.

Literatur

- Anderson N, Heywood-Everett S, Siddiqi N, Wright J, Meredith J & McMillan D (2015) Faith-adapted psychological therapies for depression and anxiety: Systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders* 176:183-196.
- Anderssen-Reuster U (2011) Achtsamkeit in Psychotherapie und Psychosomatik: Haltung und Methode. Stuttgart: Schattauer.
- Anderssen-Reuster U, Meck S & Meibert P (Hg.) (2013) Psychotherapie und buddhistisches Geistestraining: Methoden einer achtsamen Bewusstseinskultur. Stuttgart: Schattauer.
- APA American Psychiatric Association (2013) Cultural Formulation Interview. Verfügbar unter: http://www.multiculturalmentalhealth.ca/wp-content/uploads/2013/10/2013_DSMS5_CFI_InformantVersion.pdf [1. Juli 2016].
- APA American Psychiatric Association Foundation (2016) Mental Health. A Guide for Faith Leaders. Verfügbar unter: www.psychiatry.org/faith [16. Juni 2016].
- Best M, Butow P & Olver I (2015) Do patients want doctors to talk about spirituality? A systematic literature review (<http://dx.doi.org/10.1016/j.pec.2015.04.017>). *Patient Education and Counseling* 98:1320-1328.
- Brentrop M & Kupitz G (2015) Rituale und Spiritualität in der Psychotherapie. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Bucher AA (2014) Psychologie der Spiritualität. Handbuch. 2., überarbeitete Auflage. Weinheim: Beltz.
- Cook CCH (2013) Royal College of Psychiatrists: Recommendations for psychiatrists on spirituality and religion. Verfügbar unter: <http://www.rcpsych.ac.uk/pdf/Recommendations%20for%20Psychiatrists%20on%20Spirituality%20and%20Religion%20Revised.x.pdf> [8. Mai 2016].
- Curlin FA, Lawrence RE, Odell S, Chin MH, Lantos JD, Koenig HG & Meador KG (2007) Religion, spirituality, and medicine: psychiatrists' and other physicians' differing observations, interpretations, and clinical approaches. *American Journal of Psychiatry* 164:1825-1831.
- Flassbeck C & Keßler BH (2013) Werte als Kompass der Psychotherapie. In: Senf W, Broda M & Wilms B (Hg.) *Techniken der Psychotherapie. Ein methodenübergreifendes Kompendium*. Stuttgart: Thieme. 24-28.
- Frey D (Hg.) (2016) Psychologie der Werte. Von Achtsamkeit bis Zivilcourage – Basiswissen aus Psychologie und Philosophie. Berlin: Springer.
- Frick E, Weber S & Borasio GD (2002) SPIR – Halbstrukturiertes klinisches Interview zur Erhebung einer "spirituellen Anamnese". Verfügbar unter: <http://www.psychosomatik.mri.tum.de/downloads> [13. Juli 2016].
- Galanter M, Spiro HR, Mohl PC, Dobbs-Wiggins PC, Harding GT, Barnhouse RT, Thurrell RJ & Tuyl Cv (1990) Guidelines regarding possible conflict between psychiatrists' religious commitments and psychiatric practice. *American Journal of Psychiatry* 147:542-542.
- Goncalves JP, Lucchetti G, Menezes PR & Vallada H (2015) Religious and spiritual interventions in mental health care: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled clinical trials. *Psychological Medicine* 45:2937-2949.
- Grober C, Heidenreich T & Rief W (2016) Existenzial Themen in der kognitiven Verhaltenstherapie. *Psychotherapeut* 61:229-236.
- Gross W (o. J.) Was eine alternativ-spirituelle Gruppe zum problematischen Kult macht. Verfügbar unter: <http://www.bdp-verband.org/bdp/archiv/psychokulte.pdf> [8.05.2016].
- Grossman P & Reddemann L (2016) Achtsamkeit. Wahrnehmen ohne zu Urteilen - oder ein Weg, Ethik in der Psychotherapie zu verkörpern? *Psychotherapeut* 61:222-228.
- Hardt J & Springer A (2012) Psychotherapie und Religion – einige kulturgeschichtliche Anmerkungen. *Psychotherapeutenjournal* 3:210-212.
- Harrer ME & Weiss H (2016) Wirkfaktoren der Achtsamkeit: Wie sie die Psychotherapie verändern und bereichern. Stuttgart: Schattauer.
- Huguelet P, Mohr S, Betrisey C, Borrás L, Gillieron C, Adham-Mancini M, Rieben I, Perroud N & Brandt P-Y (2011) A randomized trial of spiritual assessment of outpatients with schizophrenia: patients' and clinicians' experience. *Psychiatric Services* 62:79-86.
- Kizilhan JI (2015) Religion, Kultur und Psychotherapie bei muslimischen Migranten. *Psychotherapeut* 60:426-432.
- Koenig HG (2008) *Medicine, religion, and health. Where science and spirituality meet*. West Conshohocken: Templeton Foundation Press.
- Koenig HG (2012) Commentary: Why do research on spirituality and health, and what do the results mean? *Journal of Religion and Health* 51:460-467.
- Koenig HG, King DE & Carson VB (2012) *Handbook of Religion and Health*, 2nd ed. New York: Oxford University Press.
- Kühn R, Schlimme JE & Witte KH (Hg.) (2010) *Religion und Modernität (psycho-logik 5. Jahrbuch für Psychotherapie, Philosophie und Kultur)*. Freiburg: Alber.
- La Cour P (2012) Sinnsuche und Gesundheit in Skandinavien. *Spiritual Care* 1:66-73.
- Lee E, Zahn A & Baumann K (2015) How do psychiatric staffs approach religiosity/spirituality in clinical practice? Differing perceptions among psychiatric staff members and clinical chaplains. *Religions* 6:930-947.
- Lim C, Sim K, Renjan V, Sam HF & Quah SL (2014) Adapted cognitive-behavioral therapy for religious individuals with mental disorder: a systematic review. *Asian Journal of Psychiatry* 9:3-12.
- Luckmann T (2002) Veränderungen von Religion und Moral im modernen Europa. *Berliner Journal für Soziologie* 12:285-293.
- Meindl J & Bucher A (2015) Gibt es eine spirituelle Persönlichkeit? Wege zum Menschen 67:228-238.
- Moreira-Almeida A, Sharma A, Rensburg BJ, Verhagen PJ & Cook CCH. (2015). WPA Position statement on spirituality and religion in psychiatry. Verfügbar unter: http://www.wpanet.org/uploads/Position_Statement/WPA%20position%20spirituality%20statement%20final%20version_rev2%20on%20Spirituality.pdf [8. Mai 2016].
- Morgan J & Sandage SJ (2016) A Developmental Model of Interreligious Competence. *Archive for the Psychology of Religion* 38:129-158.
- Murken S (1997) Ungesunde Religiosität - Entscheidungen der Psychologie? In: Klinkhammer GM, Rink S & Frick T (Hg.) *Kritik an Religionen. Religionswissenschaft und der kritische Umgang mit Religionen*. Marburg: Diagonal. 157-172.
- Murken S & Namini S (2008) Spirituelle Lebenshilfe - Überlegungen zur Individualisierung und Funktionalisierung gegenwärtiger religiöser Angebote. In: Gräß W & Charbonnier L (Hg.) *Individualisierung - Spiritualität - Religion. Transformationsprozesse auf dem religiösen Feld in interdisziplinärer Perspektive*. Berlin: LIT. 173-186.
- Österreichisches Bundesgesundheitsministerium (2014) Richtlinie für Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten zur Frage der Abgrenzung der Psychotherapie von esoterischen, spirituellen und religiösen Methoden des Bundesministeriums für Gesundheit auf Grundlage eines Gutachtens des Psychotherapiebeirates vom 17.06.2014. Verfügbar unter: http://www.bmgf.gv.at/cms/home/attachments/7/0/5/CH1002/CMS1415709133783/richtl_inieabgrenzungesoterik.pdf [12. Dezember 2016].
- Pargament KI (2013) Ziele, die dem Menschen heilig sind. Zur Bedeutung der Zukunft für die Gesundheit. *Spiritual Care* 2:8-16.
- Pargament KI, Exline JJ & Jones JW (2013) *APA handbook of psychology, religion, and spirituality (Vol 1): Context, theory, and research: American Psychological Association*.
- Peteet J, Abou-Allaban Y, Dell ML, Greenberg W, Lomax J, Torres M & Cowell V (2006) Resource document on religious/spiritual commitments and psychiatric practice Verfügbar unter: http://www.psychiatry.org/File%20Library/Psychiatrists/Directories/Library-and-Archive/resource_documents/rd2006_Religion.pdf [8.5.2016].
- Ross JJ, Kennedy GA & Macnab F (2015) The effectiveness of spiritual/religious interventions in psychotherapy and counselling: a review of the recent literature. Melbourne: PACFA.
- Royal College of Psychiatrists. (2016). *Spirituality and Psychiatry Special Interest Group*. Verfügbar unter: <http://www.rcpsych.ac.uk/workinpsychiatry/specialinterestgroups/spirituality.aspx> [12. Juli 2016].
- Schnell T (2016) *Psychologie des Lebenssinns*. Berlin Heidelberg: Springer.
- Schwalter M & Murken S (2003) *Religion und psychische Gesundheit - empirische Zusammenhänge komplexer Konstrukte*. In: Henning C, Murken S & Nestler E (Hg.) *Einführung in die Religionspsychologie*. Paderborn: Schöningh. 138-162.
- Sloan RP (2006) *Blind Faith: The Unholy Alliance of Religion and Medicine*. New York: St. Martin's Press.
- Sloan RP, Bagiella E, VandeCreek L, Hover M, Casalone C, Hirsch TJ, Hasan Y, Kreger R & Poulos P (2000) Should physicians prescribe religious activities? *New England Journal of Medicine* 342:1913-1916 (Discussion 1339-1342).
- Straub J (2016) *Religiöser Glaube und säkulare Lebensformen im Dialog. Personale Identität und Kontingenz in pluralistischen Gesellschaften*. Gießen: Psychosozial-Verlag.
- Utsch M, Bonelli RM & Pfeifer S (2014) *Psychotherapie und Spiritualität. Mit existenziellen Konflikten und Transparenzfragen professionell umgehen*. Berlin: Springer.
- Vieten C, Scammel S, Pilato R, Ammondson I, Pargament KI & Lukoff D (2013) *Spiritual and Religious Competencies for Psychologists. Psychology of Religion and Spirituality* 5:129-144.
- WPA World Psychiatric Association (2015) *Section on Religion, Spirituality and Psychiatry*. Verfügbar unter: www.religionandpsychiatry.org [16. Juni 2016].