

AUSGABE 4 | 2020/2021

Paul M. Kaplick

Eyyuba Cevirici-Kurt

Islamische Elemente in der Therapie
und Beratung mit praktizierenden
Muslim:innen

Seite 4

Martin Kellner

Ansätze zum Verständnis der Seele in
der Koranexegese

Seite 27

Hadil Lababidi

Kultur- und religionsensible
Kommunikation mit demenziell
erkrankten Muslim:innen

Seite 37

Burkhard Hofmann

Choof – im Deutschen: Angst

Seite 47

Florian Jeserich

Malika Laabdallaoui

Muslim:innen in der
psychotherapeutischen Versorgung

Seite 59



IMPRESSUM

HERAUSGEBER

Katholische Akademie Die Wolfsburg
Falkenweg 6
45478 Mülheim an der Ruhr
Telefon 0208/999 19 – 0
die-wolfsburg.de
die.wolfsburg@bistum-essen.de

REDAKTIONSLEITUNG

Florian Jeserich, Ressort Kulturentwicklung, Bistum Essen
PD Dr. Martin Kellner, Institut für Islamische Theologie der Universität Osnabrück
Dr. Detlef Schneider-Stengel, Arbeitskreis Interreligiöser Dialog im Bistum Essen
Dr. Anna Storms, Katholische Akademie Die Wolfsburg

Erscheinungsweise: 1 x jährlich | Ausgabe 4 (2020/2021)
ISSN 2748-226X
interkulturelle-ethik.de

Gestaltung: Florian Jeserich & Dr. Anna Storms
Titelbild: Maria Teneva | unsplash



EDITORIAL

Muslim:innen in der psychotherapeutischen Versorgung

Das spannungsreiche Verhältnis zwischen empirisch ausgerichteter Psychotherapie und religiösen Konzepten zur seelischen Gesundheit wird in den letzten Jahren wieder zunehmend diskutiert. Folgende Fragen stehen dabei im Mittelpunkt:

- Sollen bzw. dürfen Therapeut:innen bestimmte religiöse Überzeugungen ihrer Klient:innen zu einem Ausgangspunkt ihrer Interventionen machen?
- Darf die Glaubensüberzeugung von Therapeut:innen in irgendeiner Weise in den psychotherapeutischen Prozess eingebracht werden?
- Sind mit Nachdruck vertretene religiöse Überzeugungen ein Faktor bzw. Symptom psychopathologischer Dynamiken?
- Können Religion und Spiritualität auch positive Ressourcen im therapeutischen Prozess darstellen?
- Inwiefern ist das Wissen über religiös konnotierte Seelenvorstellungen hilfreich, um bestimmte Klient:innengruppen zu verstehen oder besser zu erreichen?
- Können religiöse Konzepte der menschlichen Psyche unter Umständen Impulse für das Verständnis der *conditio humana* liefern und die empirische Perspektive bereichern?
- Sind hochreligiöse Klient:innen in der Psychotherapie nur aus der Perspektive religiöser Spezifika zu betrachten oder müsste man vielmehr die soziologischen Besonderheiten der jeweiligen Wertegemeinschaft und ihren gesellschaftlichen Kontext als die wesentlichen Faktoren im Umgang mit dieser Gruppe analysieren?

Das Thema des vorliegenden Jahrbuchs illustriert die genannten Fragen am Beispiel einer heterogenen, auch in Deutschland demographisch bedeutsamen religiösen Gemeinschaft, nämlich „Muslim:innen in der psychotherapeutischen Versorgung“. Die Verhältnisbestimmung zwischen Islam und Psychotherapie gewinnt dabei in Deutschland durch Migrationsbewegungen einerseits, aber auch durch die zunehmende Akzeptanz psychotherapeutischer Versorgungsangebote innerhalb muslimischer Communities zunehmend an Bedeutung. Ein weiterer Faktor verleiht dieser Diskussion neue Akzente: In Deutschland sind immer mehr muslimische Psychotherapeut:innen tätig und bringen ihre persönlichen Überzeugungen, ihr Wissen über diese Religion, aber auch erleichterte Zugänge zu muslimischen Communities in verschiedene Forschungs- und Praxisfelder ein. Im komplexen Feld der erwähnten Entwicklungen stehen die folgenden Beiträge in diesem Jahrbuch für interkulturelle Ethik im Gesundheitswesen, Ausgabe 4 (2020/21):

Paul M. Kaplick und Eyyuba Cevirici-Kurt geben in ihrem Beitrag „Islamische Elemente in der Therapie und Beratung mit praktizierenden Muslim:innen“ einen geschichtlichen und analytischen Überblick über Ansätze islamintegrierter Psychotherapie. Die Verhältnisbestimmung zwischen Theologie und empirisch bestätigten Therapieverfahren wird dabei anhand der beiden Ansätze *bottom up* und *top down* dargestellt. In diesem Kontext wird zudem auf die Notwendigkeit exakter Begriffsbestimmungen in Hinblick auf die Qualifizierungen „islamisch“ und „psychologisch“ hingewiesen, womit die dringend notwendige analytische Trennschärfe in diesem spannungsreichen Themenfeld gewährleistet wird. In den Ausführungen zeigen die Autor:innen einen möglichen Weg auf von einer religiös-ideologischen Konzeptionalisierung „islamischer Psychologie“ hin zu situativ begründbarer Integration islamischer Elemente in wissenschaftlich fundierte Therapieansätzen.

Im Beitrag „Ansätze zum Verständnis der Seele in der Koranexegese“ von Martin Kellner wird auf die theologische Tiefenstruktur islamischer Seelenvorstellungen eingegangen. Dabei wird aufgezeigt, wie sich in der islamischen Geistesgeschichte ausgehend von religiösen Quelltexten Vorstellungen über seelische Gesundheit und Krankheit entwickelt haben, welche psychischen Entitäten im Koran genannt und in der klassischen theologischen Literatur näher beschrieben werden. Die hierbei relevanten Begriffe werden in der modernen, vor allem englischsprachigen Literatur zu islamischer Psychologie häufig verwendet und sind damit für die aktuellen Entwicklungen in diesem Bereich von großer Relevanz. Zudem können die Aussagen zur Natur der Seele in der klassischen religiösen Literatur das Verständnis der Grundkonzepte islamischer Anthropologie erleichtern.

Hadil Lababidi widmet sich einer spezifischen und demographisch zunehmend bedeutenden Gruppe innerhalb der muslimischen Communities: In ihrem Beitrag „Kultur- und religionssensible Kommunikation mit demenziell erkrankten Muslim:innen“ beschreibt sie die Besonderheiten des Umgangs mit diesen Patient:innen aus der Perspektive pragmatischer Notwendigkeiten, geht aber auch auf religiöse Verortungen von Alter und Demenz ein. Denn nicht nur spezifisch religiöse Ideen, sondern auch biographische und sprachliche Hintergründe sind dabei zu beachten: Bei muslimischen Alzheimer-Patient:innen mit Migrationshintergrund ist wichtig, dass die Zweitsprache oft im Krankheitsverlauf verlernt wird und dadurch die Muttersprache in den Vordergrund tritt, und zudem in fortgeschrittenen Krankheitsstadien keine verbale Kommunikation mehr möglich ist, was die kulturelle Codierung nonverbaler Kontaktformen besonders bedeutend macht. Multisensorische und transkulturelle Kommunikation sowie die Bemühung um eine Atmosphäre des Wohlbefindens werden als Wegmarker eines gelungenen Umgangs mit demenziell erkrankten Muslim:innen aufgezeigt.

Burkhard Hofmann berichtet in seinem Beitrag „Choof – im Deutschen: Angst“ über seine Tätigkeit als Facharzt für psychotherapeutische Medizin am Persischen Golf und reflektiert die von ihm beobachtete psychodynamische Situation seiner sehr spezifischen Patient:innengruppe. Er stellt dabei Angststörung mit ausgeprägter Somatisierungstendenz als Leitsymptom der ihn konsultierenden Patient:innen dar. Wesentliche Faktoren für diese Dynamik sind aus seiner Sicht religiös-geistesgeschichtliche Entwicklungen, politische Rahmenbedingungen und damit zusammenhängende reproduzierte soziale Strukturen. Religiöse Narrative werden mit christlichen Glaubensinhalten verglichen und vor dem Hintergrund von emanzipatorischen Entwicklungen in Europa dargestellt.

Abschließend geht Malika Laabdallaoui in einem Gespräch mit Florian Jeserich auf ihre praktischen Erfahrungen in der psychotherapeutischen Versorgung von Muslim:innen ein und erläutert wesentliche Faktoren im Umgang mit diesen Klient:innen. Der Beitrag „Muslim:innen in der psychotherapeutischen Versorgung“ beginnt mit ihrer eigenen Bildungsbiographie und einer Beschreibung ihrer Zugänge zu tiefenpsychologischen Therapieformen und Traumatherapie. Sie berichtet darüber, inwiefern die Akzeptanz psychotherapeutischer Versorgungsangebote in den muslimischen Communities gestiegen ist und welchen Vertrauensvorsprung muslimische Therapeut:innen innerhalb dieser Patient:innengruppe unter Umständen genießen. Aus ihrer eigenen Erfahrung diskutiert sie dabei die Rolle von Religion als potentielle Ressource von Therapie und die vieldiskutierte Frage von Autonomiegewinn als Therapieziel aus muslimischer Sicht. Anlassbezogen kommt dabei auch die Rolle von Traumatherapie im Umgang mit Geflüchteten und die Auswirkungen der Corona-Krise zur Sprache.

Die spannende Diskussion über die Verhältnisbestimmung zwischen Religion und Psychotherapie wird in diesem Band somit am Beispiel muslimischer Patient:innen in einem weiten geistesgeschichtlichen und geographischen Raum weitergeführt und durch die vorliegenden Beiträge neu illustriert.

Wir wünschen Ihnen viel Freude und bereichernde Erkenntnisse bei der Lektüre,

im Namen des IREG-Teams

Martin Kellner



FACHARTIKEL

Islamische Elemente in der Therapie und Beratung mit praktizierenden Muslim:innen¹

Paul M. Kaplick

Eyyuba Cevirici-Kurt

Zusammenfassung

Dieser Artikel beschäftigt sich mit dem komplexen Verhältnis von Islam und Psychologie und zeigt dabei unter geschichtlicher und analytischer Perspektive unterschiedliche Deutungs- und Bestimmungsströmungen auf. Hierbei wird auch auf die notwendige analytische Trennschäfte der einzelnen Begriffe, nämlich islamisch und psychologisch, hingewiesen. Zudem erfolgt eine kritische Auseinandersetzung mit Grundannahmen der englischsprachigen Fachliteratur und ihre wesentlichen Arbeitslinien (*bottom up* versus *top down*) mit Schwerpunkt auf der islamintegrierten Psychotherapie und Beratung. Darauf aufbauend wird veranschaulicht, welche Arten islamischer Elemente in einem *Top-down*-Ansatz in Deutschland bereits angewandt werden.

Schlüsselwörter: Islamische Psychologie, islamintegrierte Psychotherapie, bottom-up-Ansätze, top-down-Ansätze, islamisch, psychologisch

Abstract

This article deals with the complex relationship between Islam and psychotherapy and shows in historic and analytic perspectives different interpretations and constructions of their interaction. Thereby, the necessity of an analytic accuracy with regard to the used terms of Islamic and psychological is featured. In addition, a critical overview over hypotheses and emphases in the English-speaking literature (*bottom up* versus *top down*) is presented with a focus on Islam-integrated psychotherapy and counseling. Based on that approaches for integrating Islamic elements into therapy in Germany are addressed.

Key Words: Islamic Psychology, Islam-integrated Psychotherapy, Bottom-up-approaches, Top-down-approaches, Islamic, Psychological

¹ Dieser Text wurde ursprünglich in dem Band „Islamintegrierte Psychotherapie und Beratung“ (<https://www.psychosozial-verlag.de/3027>) veröffentlicht und erscheint hier in angepasster Version und im Rahmen einer CC-BY-NC-ND-Lizenz, die eine kommerzielle Nutzung dieses Textes ausschließt.

1. Einleitung

Wie auch jede Diskussion im „Religions- und Wissenschaftsdiskurs“ das komplexe Verhältnis von Religion und Wissenschaft zumindest im Ansatz umreißen sollte, wird seit fast 100 Jahren besprochen, wie es um die Beziehung von Islam und Psychologie bestellt ist. Seit geraumer Zeit existiert eine religions- und kulturpsychologische Erforschung der Funktionen islamischer Glaubenspraktiken und des Erlebens und Verhaltens von Muslim:innen mit psychoanalytischen und anderen qualitativen und quantitativen Methoden (Abu-Raiya; Pargament 2010; Alter 1928; Ardjomandi 2003; Benslama 2017; Charlier 2007; Hasnain 1998; Jiko 2004, 2007; Mazarweh 2005; Servier 1924). Daneben hat sich seit den 1970er Jahren ein Literaturkorpus sehr unterschiedlicher akademischer Qualität von über 500 Konferenzbeiträgen, Zeitschriftenartikeln und Buchkapiteln angesammelt, das eine andere Arbeitslinie innerhalb der „Islam und Psychologie“ Literatur im Fokus hat: nämlich die islamische Psychologie (IP) (Badri 1979; Haque et al. 2016; Haque/Amber 2018; Kaplick/Skinner 2017; Skinner 2019; Abb. 1).

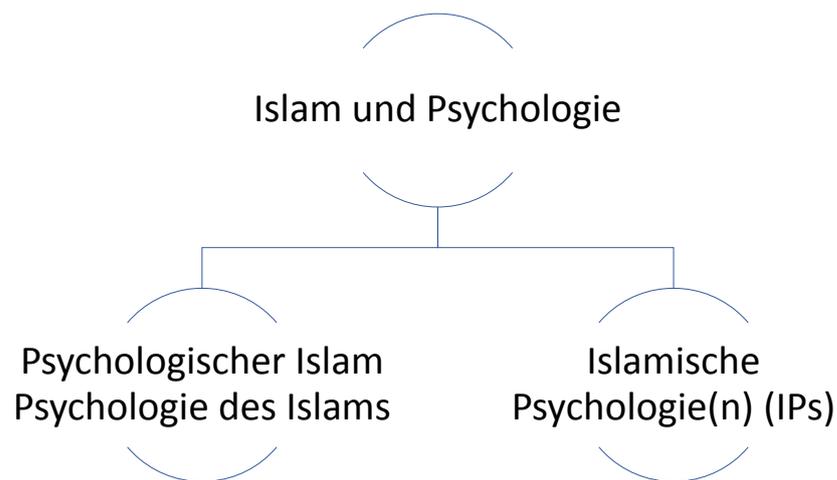


Abb. 1: Mögliche Formen des Verhältnisses von Islam und Psychologie. Während man sich in der „Psychologie des Islams“ vorrangig psychologischer Mittel zur Erforschung religiöser Phänomene und Erkundungen des Ursprungs des Islams bedient, steht für eine islamische Psychologie die Zusammenführung verschiedenster indigen psychologischer Inhalte im intellektuellen Diskurs des Islams im Vordergrund.

Unter islamische Psychologie (IP) versteht man nach aktuellem Diskussionsstand unter muslimischen Psycholog:innen die bekenntnisorientierte Integration indigener Konzepte, Theorien und Methoden aus den traditionellen islamischen Studien (vor allem der systematischen Theologie [arab. *‘ilmu l-kalāmi*], der Mystik bzw. Spiritualität [arab. *taṣawwuf*], der Rechtslehre [arab. *al-fiqh*] und der Koraninterpretation [arab. *‘ilmu t-tafsīrī*]) und weiteren Disziplinen, die von muslimischen Universalgelehrten besprochen wurden (zum Beispiel die Philosophie [arab. *falsafah*] oder die Medizin [arab. *tibb* oder *hikma*]), mit Blick auf Konzepte, Theorien und Methoden der heutigen Psychologie, Psychotherapie und Psychiatrie. Diese Integration kann sich einerseits zum Beispiel im Einsatz einer psychologischen Fachsprache ausdrücken, um philosophische oder mystische Konzepte zu beschreiben und religiöse Prinzipien besser zu verstehen (*bottom up*), an-

dererseits in der Integration islamischer Elemente in ein therapeutisches Setting und somit der Nutzung eines wissenschaftlichen gegenwartspsychologischen Referenzrahmens (*top down*) manifestieren.

Die jeweilige Formulierung einer IP wird sowohl durch den disziplinären Zugang mitsamt seinen metaphysischen, epistemologischen, ontologischen und methodologischen Annahmen bestimmt, als auch durch das individuelle Religions-, Psychologie- und Wissenschaftsverständnis, das Forschungsinteresse und den soziokulturellen Hintergrund der jeweiligen Autor:innen (York Al-Karam 2018a, 2018b; Abb. 2). Grundsätzlich lässt sich in diesem Zusammenhang feststellen, dass die Mehrheit der theoretischen Analysen religiöser Texte durch muslimische Psycholog:innen schon aufgrund mangelnder Expertise in den islamischen Disziplinen keinen theologischen wissenschaftlichen Voraussetzungen standhält, sondern oftmals von ideologischen Motiven des eigenen Religionsverständnisses geformt werden (Chizari 2021). Die klassischen Problemstellungen interdisziplinärer Untersuchungen sorgen somit auch in der Begegnung der islamischen Studien und der psychologischen Wissenschaften für Konfliktstoff. Nichtsdestotrotz soll in Großbritannien, den Vereinigten Staaten und dem südostasiatischen Raum die vorhandene IP-Literatur die theoretische Grundlage bilden für die weitere Entwicklung von Modellen der menschlichen Psychologie und von charakteristischen Interventionen einer islamischen Psychotherapie und Beratung (Kaplick/Rüschoff 2018b).

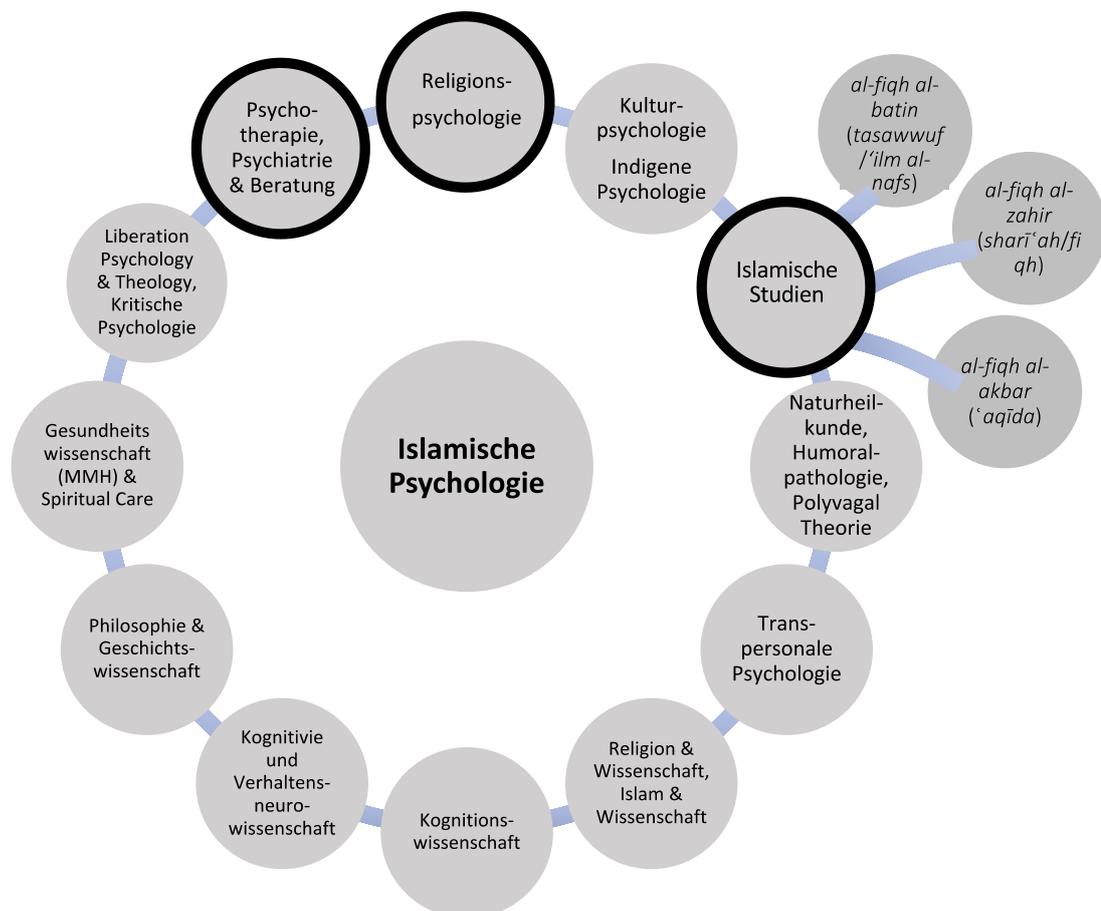


Abb. 2: Eine interdisziplinäre Vision für die Entwicklung einer islamischen Psychologie in ein eigenständiges akademisches Feld in Anlehnung an York Al-Karam (2018a; 2018b). Blaue Kreise stellen einzelne (Teil-)disziplinen unterschiedlichen wissenschaftlichen Charakters dar, die verschieden stark auf den IP-Gegenstandsbereich wirken. Graue Kreise spezifizieren diejenigen Teildisziplinen der islamischen Studien, die laut Keshavarzi und Haque (Keshavarzi/Haque 2013) Aussagen über die Psychologie, Psychotherapie und Psychiatrie treffen. Grüne Umkreisungen zeigen denjenigen Fächerkanon auf, der im deutschsprachigen Raum von besonderer Relevanz ist. Die islamische Psychologie wird von muslimischen Psycholog:innen überwiegend als religiöse Psychologie (Religionspsychologie) oder indigene Psychologie (kulturvergleichende bzw. transkulturelle Psychologie oder „Liberation Psychology“) verstanden oder mit der islamischen Mystik bzw. Spiritualität (arab. *taṣawwuf* bzw. *‘ilm al-naḥs*) gleichgesetzt; MMH = *Muslim Mental Health*.

Um zukünftig eine fundierte Haltung hinsichtlich des angloamerikanischen IP-Literaturkorpus zu entwickeln, soll im Folgenden eine kritische Auseinandersetzung mit Grundannahmen der englischsprachigen IP-Literatur erfolgen (Abschnitt 2) und ihre wesentlichen Arbeitslinien (*bottom up* versus *top down*) mit Schwerpunkt auf der islamintegrierten Psychotherapie und Beratung skizziert werden (Abschnitt 3), um zu veranschaulichen, welche Arten islamischer Elemente in einem *Top-down*-Ansatz in Deutschland bereits angewandt werden (Abschnitt 4).

2. Psychologisches im islamischen Diskurs

Zu den Grundannahmen der neueren islamisch-psychologischen Literatur (das heißt der letzten 40 Jahre) zählt die Postulierung volitionaler, transzendentaler und spiritueller Bedürfnisse des Menschen, die in einer angeborenen Grundausstattung psychologischer Dispositionen (arab. *fiṭra*) angesiedelt seien (Mohamed 1988, 1995). Leider wird die Unmenge an Interpretationsmöglichkeiten des Konzepts *fiṭra* unter Gelehrten der verschiedenen islamischen Disziplinen und verwandter Bereiche in ihren jeweiligen Gelehrtenepochen nicht ausreichend im IP-Diskurs abgebildet. Vielmehr dient das Konzept manchen Autor:innen als Projektionsfläche für allerlei persönliche Wünsche, wie sich das menschliche Innenleben gestalten sollte: positiv, ohne Mängel und im funktionellen Zustand stets demütig auf Gott ausgerichtet.

Erst ein Blick auf unterschiedliche Bestimmungsansätze macht deutlich, worüber eigentlich gesprochen wird.

Des Weiteren hat man vorgeschlagen, dass Modelle seelischer Dynamiken von muslimischen Philosoph:innen und Mystiker:innen zum einen psychologisch operationalisiert, und auf deren Basis zum anderen eine ganzheitliche Psychologie und Psychotherapie konstruiert werden kann (Abdul Razak et al. 2011; Inayat 2005; Keshavarzi/Haque 2013; Rothman 2018; Rothman/Coyle 2018; Skinner 2010; Smitheher/Khorsandi 2009). Dabei wird den muslimischen Philosoph:innen und Mystiker:innen ein psychologisches Erkenntnisinteresse unterstellt.

2.1 Die Qualifizierung „islamisch“

Die erwähnten Grundannahmen sind für ein Modell der menschlichen Psychologie wenig zufriedenstellend, da unter anderem methodologische Fragen offenbleiben. Wäh-

rend Chizari (2021) innerislamisch kritisch gegen muslimische Psycholog:innen und ihre „islamischen Wissenschaftskonzepte“ zu Felde zieht, ist es vorbereitend auf seinen Beitrag wichtig, die vorherrschenden analytischen Kategorien in Hinblick auf den Terminus „islamisch“ unter muslimischen Psycholog:innen zu erörtern.

Wenn in diesem Band „Islam“ bzw. „islamisch“ verwendet wird, ist John Voll (1994) folgend ein Netzwerk bzw. Weltsystem gemeint, dem ein gemeinsamer Diskurs unter anderem zu religiösen und theologischen Inhalten innewohnt und der weniger von einer Kultur oder von einem imperialen ökonomischen System geprägt ist, welches auf dem Austausch von Gütern basiert. Dieser Diskurs wird vielmehr durch die sozialen Interaktionen einer breiten muslimischen Community etwa seit Ende des 10. Jahrhunderts n. Chr. nach dem Kollaps des abbasidischen Staates implementiert (Bakker 2012). Die bisherigen Arbeiten muslimischer Psycholog:innen zu indigenen psychologischen Konzepten, die in der intellektuellen Tradition der Muslim:innen mutmaßlich beschrieben wurden, könnten präziser unter dem Begriff „Islamicate“-Psychologie beheimatet werden: Diese Bezeichnung hätte nicht zwangsweise etwas Religiöses im strengen analytischen Sinne und beschäftigte sich mit dem „Islamicate“- dem „sozialen und kulturellen Komplex, der historisch mit dem Islam und den Muslimen, sogar mit Nicht-Muslimen, wenn sie sich entsprechend geäußert haben, in Verbindung gebracht wird“ (Hodgson 1974, S. 59).

Im Gegensatz zu diesem Definitionsansatz sind unter muslimischen Psycholog:innen folgende zwei Ansichten vertreten, die eine Unterscheidung auf Grundlage der Islamkonformität von Inhalten anstellen (Kaplick et al. 2019):

1. Das Adjektiv „islamisch“ trifft auf all das zu, was direkt vom Religionsbegründer, dem Propheten Muhammad, in Form der Überlieferung stammt.

Im islamischen Weltsystem lassen sich auch psychologische, psychotherapeutische und psychiatrische Inhalte aufzeigen.

2. Daneben hat sich die Ansicht ausgebildet, dass all das als „islamisch“ betrachtet werden kann, das islamischen Lehrinhalten nicht widerspricht (Dharamsi/Maynard 2012; Haque et al. 2016). So könnten die psychologischen Konzepte anderer Zivilisationen berücksichtigt und in ein islamisches Bezugssystem integriert werden, selbst wenn die islamische Tradition sich zu entsprechenden Angelegenheiten nicht explizit äußere. Diese Position erfährt besonderen Zuspruch in England und wird unter anderem von Ramadan (2001) vertreten.

Das islamische Weltsystem beherbergt laut angloamerikanischer IP-Literatur in seinem religiösen Diskurs (implizite) psychologische, psychotherapeutische und psychiatrische Inhalte (Assar 2017; Betteridge 2012; Vahab 1996). Nach Keshavarzi und Haque (2013) sind diejenigen Teildisziplinen der islamischen Studien, die Aussagen über Psychologie, Psychotherapie und Psychiatrie treffen, Spiritualität bzw. Mystik (arab. *al-fiqh al-batin*, *taṣawwuf* bzw. *‘ilm al-nafs*), islamische Rechtslehre (arab. *al-fiqh al-zahir*, *sharī‘a* bzw. *fiqh*) und Glaube (arab. *al-fiqh al-akbar*, *‘aqīda*). Awaad (2018) listet alternativ die Bereiche aus der islamischen Frühzeit (9. bis 13. Jahrhundert) auf, in denen sich muslimische

Universalgelehrte mit psychologischen, psychotherapeutischen und psychiatrischen Inhalten auseinandersetzen: Philosophie (arab. *falsafah*), Medizin (arab. *tibb/hikma*), Spiritualität (arab. *taṣawwuf*) und präventive Texte. Ein in beiden Kategorisierungen unberücksichtigter Bereich, der zum Beispiel von Ibn Khaldūn (1377) als Teil der Religion gezählt wird, betrifft die Trauminterpretation: In Anbetracht der Wichtigkeit der Traumarbeit in der Psychoanalyse und tiefenpsychologisch-fundierten Psychotherapie ist es zu bedauern, dass Inhalte der traditionellen islamischen Traumdeutung in der IP soweit kaum Berücksichtigung gefunden haben (BaHammam/Almeneessier/Pandi-Perumal 2018; El Azayam 1987; Elzamzamy/Salem 2020; Hammad 1982; Salem 2010).

2.2 Die Qualifizierung „psychologisch“

Ein klassisches Beispiel für psychotherapeutische Inhalte, die das islamische Weltssystem laut angloamerikanischer IP-Literatur beherbergt, betrifft die Beschreibung diagnostischer Kriterien der Zwangsstörung (Awaad/Ali 2015) und Phobien (Awaad/Ali 2016) durch den Universalgelehrten und Mediziner des 9. Jahrhunderts Abū Zaid al-Balkhī (Badri 2013). Sein Text *Maṣāliḥ al-Abdān wal-Anfus* ist aufgrund seiner Verwurzelung in der Galen'schen Humoralpathologie in den akademisch-medizinischen Diskurs seiner Zeit einzuordnen und umriss lange vor der ersten Fallstudie von Burton (1621) die diagnostischen Kriterien der Zwangsstörung. Glücklicherweise vermeiden Arbeiten, die die akademisch-medizinischen Texte muslimischer Universalgelehrter wie al-Balkhī aufarbeiten, größtenteils ihre apologetische Argumentation und legen das Augenmerk eher auf die transhistorische und -kulturelle Bedeutung dieser frühen Artikulationen von zeitgenössischen Konzepten, die in den vergangenen Jahrzehnten ihre empirische Validierung erfahren haben. Im Zuge dessen taucht die Betitelung „islamisch“ oder gar „islamische Psychologie“ vielleicht noch in den Schlagwörtern auf (Awaad/Ali 2016), da sich das Arbeitsziel nicht mehr in der Abgrenzung von der „westlichen“ Psychologie, sondern in der Konstruktion einer universellen Psychologie niederschlägt.

Methoden wie eine namensbasierte Koranexegese können auch in der Psychotherapie Platz finden.

Ein weiteres Beispiel wurde vom Psychiater und Theologen Asim Yusuf (2018) vorgestellt. Er benutzt einen namensbasierten Koranexegese-Ansatz, der zum Teil bei al-Rāzī und deutlicher bei Said Nursi zu finden ist. Dieser namenstheologische Ansatz stellt einen Zugang zum Koran anhand der Namen Gottes her. Die Eigenschaften Gottes, die prototypisch am Ende von Versen zu finden sind, werden zumeist als Appendix behandelt, der einen Vers abrundet. Die Ansätze von al-Rāzī und Said Nursi stellen diese Namen und Eigenschaften jedoch ins Zentrum der Exegese und behaupten, dass das, was der Nennung der Namen Gottes vorangestellt ist, so Yusuf (2018), „eine Indikation der Implikationen der Namen Gottes“ darstellt. Es ist, als ob man die Verse mit dem Gedanken rückwärts lese, dass Gott zum Beispiel allhörend oder allsehend ist. Dieser namensbasierte Interpretationsansatz ist klassisch dafür gedacht, Gott in seinen Eigenschaften besser zu verstehen, kann aber auch in der Psychotherapie seinen Platz finden: Eine grundsätzliche Einteilung der Namen Gottes kann beispielsweise nach Yusuf (ebd.) wie folgt vorgenommen werden:

1. Namen der Schönheit (arab. *jamāl*),
2. Namen der Erhabenheit (arab. *jalāl*) und
3. Namen der Transzendenz (arab. *tanzīh*).

Diejenigen Namen, die am besten anhand gelebter Erfahrung in der Psychotherapie nutzbar gemacht werden können, sind die dyadischen Namen, das heißt, die Gegensätzlichen (wie etwa „Gott gibt das Leben und nimmt das Leben“). Im weiteren Verlauf des Textes wird noch detaillierter auf die Nutzbarmachung der Namen Gottes in der tiefenpsychologisch-fundierte Psychotherapie eingegangen (Rüschhoff 2021).

3 Die *riḥla* einer islamintegrierten Psychotherapie

Die Spuren psychologischer, psychotherapeutischer und psychiatrischer Konzepte lassen sich laut einigen Autor:innen neben dem medizinischen und philosophischen Diskurs der Muslim:innen auch bis in die islamischen Primärquellen hinein verfolgen. So beobachten wir, dass sich muslimische Psycholog:innen gegenwärtig auf einer akademischen Expedition (*riḥla*) befinden, die sich die theozentrische Formulierung eines modernen Entwurfes der IP zum Ziel genommen hat und die psychologischen Diskurse aus den unterschiedlichen islamischen Teildisziplinen und verwandten Bereichen zusammenzuführen und in einen wissenschaftlichen gegenwartspychologischen Referenzrahmen zu integrieren versucht (Long 2019).

Bei der Etikettierung von Elementen als „islamisch“ gilt es, eine gewisse Vorsicht walten zu lassen.

Bei der therapeutischen Fruchtbarmachung religiöser Elemente ist mit der Etikettierung von Elementen als „islamisch“ eine gewisse Vorsicht walten zu lassen. Das Problem, aus den islamischen Quelltexten psychologische Inhalte, die theoretische Fundierung eines therapeutischen Verfahrens oder gar das Konzept einer modernen psychologischen Wissenschaft ableiten zu wollen (*bottom up*), scheint primär ein angloamerikanisches Phänomen zu sein. Denn therapeutisch wirksame Elemente aus der islamischen Tradition können fundiert bei der Beschränkung auf ihre psychologische Wirkung und der Verwendung einer etablierten Verfahrensweise (*top down*) eingesetzt werden, ohne sich in schwierigen epistemologischen Gewässern wiederzufinden. Im Folgenden sollen genau diese beiden Konstruktionsversuche einer IP (*bottom up* versus *top down*) für Psychotherapie und Beratung systematisiert werden. Die Grundlage dafür bildet eine über 500 Veröffentlichungen umfassende Literatursammlung, die wir im Laufe der letzten Jahre durch herkömmliche Suchmaschinenarbeit und Reisen in verschiedene Länder sammeln konnten, während der wir privat und öffentlich zugängliche Bibliotheken und Moscheekeller durchkämmen haben (Kaplick/Rüschhoff 2018a).

Eine islamische Psychotherapie wird gemeinhin definiert als eine von frühen muslimischen Gelehrten angewandte oder von muslimischen Psycholog:innen und Psychotherapeut:innen aus den islamischen Primär- und/oder Sekundärquellen entwickelte bzw. inspirierte psychologische Methode oder Intervention zur Erfassung und Behandlung

seelischer Dysfunktionen und spiritueller, biologischer, kognitiver, emotionaler und verhaltensbezogener Probleme anhand psychospiritueller Mittel (Abdullah et al. 2016; Isgandarova 2018). Die religiöse Praxis wird als zentraler Wirkfaktor auf die Funktionalität psychischen Erlebens postuliert (Abdullah et al. 2013) – und diese gilt es gegebenenfalls zu korrigieren (Shah 2005). Dazu wird zuweilen spekuliert, ob die Verbindung, die Betende mit Gott aufbauen, heilende Wirkung habe (Henry 2015). Dass Psychotherapie durch Beziehungsarbeit und Sprache und damit einhergehend durch (Re-)Aktivierung komplexer neuraler Netzwerke wirkt, wird „zugunsten“ ideologischer Erklärungen meist völlig außer Acht gelassen. Auch wenn übernatürliche Erklärungen zunächst nicht im Vordergrund stehen, so sieht zum Beispiel Badri (2002, zit. in: Mehraby 2003) die (islamische) Psychotherapie als Methode zur Verhaltensänderung von Sünder:innen und Frevler:innen; die psychospirituellen Mittel zögen ihre Wirksamkeit insbesondere aus der *erhabenen* Persönlichkeit der Therapeut:innen oder spirituellen Mentor:innen. Als solche existiert eine islamische Psychotherapie im angloamerikanischen Raum zunächst als ideologisch geprägte Idee – nicht als ein an repräsentativen Referenzpopulationen empirisch validiertes Therapieverfahren.

3.1 Die *bottom up* konstruierte islamische Psychotherapie

Die Grundidee einer *Bottom-up*-Konstruktion ist, dass der Islam eine ganzheitliche Psychologie darstellt und die Studie der Psyche „aus der islamischen Tradition heraus vollständig verwirklicht werden kann“ (Rothman 2018, S. 39) – unter der Grundannahme, dass Religion zu allen Bereichen des menschlichen Lebens eine Antwort geben könne. Dies steht im Konflikt mit einer islamischen Theologie, die die Grenzen zwischen sakralen und säkularen Angelegenheiten deutlich zieht (Chizari 2021). Das Ziel des *Bottom-up*-Ansatzes besteht darin, psychologische Konzepte und Mittel aus den islamischen Primär- und Sekundärquellen abzuleiten bzw. Elemente der modernen Psychologie in den Islam zu integrieren (zum Beispiel eine psychologische Fachsprache). Beispiele finden sich in den zurzeit offenbar im Trend liegenden, aber aus Sicht des Autors hochproblematischen Behauptungen, dass die islamische Spiritualität (arab. *taṣawwuf*) oder auch *ruqyah* (in diesem Zusammenhang wohl am besten zu übersetzen als „islamischer Exorzismus“) eins zu eins als „islamische Psychotherapie“ zu verstehen sind.

Das Ziel des *Bottom-up*-Ansatzes besteht darin, psychologische Konzepte und Mittel aus islamischen Quellen abzuleiten bzw. Elemente der modernen Psychologie in den Islam zu integrieren.

Die Gleichsetzung der islamischen Mystik bzw. Spiritualität (arab. *taṣawwuf*) mit einer islamischen Psychotherapie ist vor dem Hintergrund vieler IP-Autor:innen nachzuvollziehen, die sich dem Sufismus verpflichtet fühlen und meist aus Südostasien und dem indischen Subkontinent stammen (Kaplick/Skinner 2017). Es wird argumentiert, dass die Methoden des *taṣawwuf* seit jeher – wie heute durch die moderne Psychotherapie – für die Behandlung von Stress und Traumata herangezogen wurden und das Ziel des *taṣawwuf* und der Psychotherapie in der Reduzierung von Leiden und der Erlangung eines „introspektiven Bewusstseins“ konvergierten (Abdullah et al. 2016; Abdul-Hamid/Hughes 2015; El-Shakry 2017; Isgandarova 2018).

Oft wird ein Gegensatz zwischen islamischer Psychotherapie und westlicher Psychologie wahrgenommen oder konstruiert.

Dagegen argumentieren Autor:innen innerhalb anderer Veröffentlichungen, dass sehr wohl fundamentale Unterschiede zwischen der modernen Psychotherapie und dem *taṣawwuf* bestehen, da die Psychotherapie zwar von spirituellen Inhalten im Sinne von Ressourcen profitieren kann (Elibol 2021), diese jedoch mit der Behandlung von psychischen Störungen, psychischen Aspekten körperlicher Erkrankungen psychischen Krisen vertraut ist und pathologische Persönlichkeitsstrukturen, Emotionen und Kognitionen im Vordergrund stehen, die auf Grundlage von wissenschaftlich validierten psychologischen Mitteln diagnostiziert und gezielt behandelt werden. Im Gegensatz dazu versteht man unter islamischer Spiritualität die Entwicklung des eigenen *Charakters* (man beachte die moralische Konnotation des Konstrukts), meist zusammen mit einem spirituellen Mentor (arab. *murshid* oder *shaykh*), dessen Handlungsempfehlungen zwar auf jahrhundertelanger Erfahrung des spirituellen Trainings in unterschiedlichen Sufi-Orden basieren können, aber trotzdem keinen wissenschaftlichen Gütekriterien genügen müssen. Entscheidend ist beim *taṣawwuf* außerdem die alltägliche psychologische Funktionalität des Gottessuchers (arab. *murīds*), damit dieser ohne Beeinträchtigung religiöser Verpflichtungen nach spiritueller Perfektion (arab. *kamāl*) streben kann. Zur weiteren Lektüre mit Blick auf diese Problemlage sei auf Chizari (2021) aber auch Shafii (1985) oder Ismail (2008) verwiesen.

Viele der Autor:innen, die einen *Bottom-up*-Ansatz verfolgen, lassen in ihrer Argumentation eine emotionale Reaktion gegenüber der als übermächtig wahrgenommenen westlichen Psychologie erkennen. Oft sind die auf diese Weise argumentierenden Texte sprachlich wie auch inhaltlich nicht nachvollziehbar und liefern größtenteils keine zufriedenstellenden Definitionen für verwendete Konstrukte. Es wird dargelegt, dass die „westliche Beratung und Psychotherapie keine kognitive, emotionale und verhaltensbezogene Balance herstellen kann, wenn sie weiterhin die lebenswichtige Rolle des menschlichen Spiritualismus ausschließt“ (Abdul Razak et al. 2011, S. 3). Diese Aussage steht im Geiste Badris (1979, 1996, 2012) und Qutbs (1972) sowie vieler ihrer Zeitgenoss:innen, die auf fragwürdiger argumentativer Basis die moderne Psychologie, Psychotherapie und Psychiatrie kritisierten; auch heute reagieren wir nicht wesentlich anders als Badris damalige Disputanten aufseiten der ägyptischen und saudischen Psychoanalyse, die ihn in den 70er und 80er Jahren der ideologischen Instrumentalisierung der Religion bezichtigten (Badri 2014). Als weitere problematische Beispiele einer von Grund auf konstruierten islamischen Psychotherapie dienen unter anderem die *Islamic Guidance Therapy* (Abdullah et al. 2016), die *Iman Restoration Therapy* (IRT; Abdul Razak et al. 2011), die islamische Psychotherapie der Generalisierten Angststörung (Abdullah et al. 2013), die *Emotional Blasting Therapy* (Badri 2013), die *Nafs-Psychologie* (Merter 2014), die islamische kognitive Therapie (Yacoob 2013) und das Modell der islamischen Psychotherapie nach Rothman (2018). In Ländern mit weniger strengen Regularien zur Psychotherapie kann die unkritische Anwendung von *Bottom-up*-Ansätzen gefährliche Formen annehmen und zum Beispiel das alleinige Lauschen der Koranrezitation zur Heilung von psychischen Störungen Anwendung finden (Saged et al. 2018).

Zusammengefasst können die vorhandenen Arbeiten nicht überzeugend verdeutlichen, wie eine psychotherapeutische Praxis aus den islamischen Primär- und Sekundärquellen

heraus von Grund auf konstituiert werden soll. Nicht zuletzt zeigt dies erneut, dass religiöse Schriften keine wissenschaftlichen Manuale zur Navigation des gesunden und kranken menschlichen Innenlebens sind. Erfreulicherweise gibt es Arbeiten, die einer negativen Haltung gegenüber modernen Therapieschulen widersprechen und zum Beispiel nichtmuslimischen Therapeut:innen wichtige Hilfestellungen zur Hand geben, um muslimische Patient:innen besser behandeln zu können (Ali/Liu/Humedian 2004; Carter/Rashidi 2003; Farooqi 2006). Dass diese Schriften im Lichte von Hamids (1977) Position auch eine Inspiration und durchaus notwendige Impulse für die Psychotherapie auch im deutschsprachigen Raum geben können und deren Wirksamkeit auch empirisch überprüft werden kann, werden wir im Folgenden erläutern.

3.2 Die *top down* konstruierte bzw. islamintegrierte Psychologie, Psychotherapie und Beratung

Die spirituell integrierte Psychotherapie ist ein Behandlungsansatz, der die Rolle der Religion im Leben der Patient:innen, Therapeut:innen und im therapeutischen Veränderungsprozess anerkennt und adressiert (Pargament 2007). Islamintegrierte Psychotherapie ist eine sich momentan in der theoretischen Entwicklung und empirischen Validierung befindende Unterform der spirituell integrierten Psychotherapie, die sich einer *Top-down*-Integrationsmethodik bedient. Dabei werden islamische Elemente in eine empirisch validierte Theorieschule der Psychotherapie eingebettet. Islamische Elemente können beispielsweise spezifische islamische Therapieziele, ein islamisches Verständnis psychischer Störungen oder die Nutzbarmachung von islamischen Konzepten für eine psychotherapeutische Intervention sein.

Islamintegrierte Psychotherapie bemüht sich darum, islamische Elemente in eine empirisch validierte Theorieschule einzubetten.

Die Therapieschule, die von den meisten muslimischen Psycholog:innen für die Integration islamischer Elemente genutzt wird, ist die Verhaltenstherapie (VT) (Abu-Raiya 2014, 2015; Beshai/Clark/Dobson 2013; Hodge/Nadir 2008; Mahr et al. 2015; Naeem et al. 2009). Erste empirische Untersuchungen in Malaysia haben kurz angeschnitten, dass spirituell integrierte Psychotherapie mit Muslim:innen unter Zuhilfenahme der VT bessere Behandlungserfolge im Vergleich zu prototypischen Formen der VT erzielen kann (Azhar/Varma 1995a, 1995b; Azhar/Varma/Dharap 1994; Razali et al. 1998). Ein weitläufig angewandter Mechanismus ist beispielsweise die kognitive Umstrukturierung von dysfunktionalen religiösen Ansichten (zum Beispiel, dass Sünden aufgrund ihrer Schwere nicht vergeben werden) (Hamdan 2008). Eine populäre Arbeitslinie innerhalb dieses *Top-down*-Ansatzes ist die Traditionelle Islamintegrierte Psychotherapie (TIIP), ein vom Khalil Center in Chicago entwickeltes Therapiekonzept, das sich jedoch darin maßgeblich von anderen *Top-down*-Arbeiten unterscheidet, da dieses integrativ arbeitet und sich folglich vieler verschiedener Therapieverfahren bedient. Arbeiten zum *Top-down*-Ansatz in der englischsprachigen Literatur sind im Folgenden (Tab. 1) aufgeführt und zeigen die Chancen und Grenzen eines solchen Ansatzes auf.

Tab. 1: Originalia zur islamintegrierten Psychotherapie (Hinweis: Amin et al. [2017] ist ein Übersichtsartikel verschiedener Studien auf Malaysisch)

Name	Validierte Therapie- schule bzw. Bera- tungskonzept	Intervention bzw. psychologi- sche Mittel	Ziel- gruppe	Art der Dys- funktion	Quelle
Traditionelle islamintegrierte Psychotherapie (TIIP)	1) Verhaltenstherapie	Transformation	Erwach- sene	Dysfunktion des <i>nafs</i>	Keshavarzi/Haque 2013; Keshavarzi/Khan 2018; Keshavarzi/Khan/Syed 2020
	2) Kognitive Verhaltenstherapie	Reflexion (arab. <i>ta'lim/tafakkur</i>)		Dysfunktion des <i>'aql</i>	
	3) Spirituell integrierte Therapie	Litaneien (arab. <i>dhikr</i>)		Dysfunktion der <i>rūh</i>	
	4) Erfahrungsbezogene Therapie	Reautomatisierung (arab. <i>mukhālafah</i>)		Dysfunktion der <i>ihsaas</i>	
Die HEART-Methode (<i>Healthy Emotions Anchored in RasoolAllah's Teachings</i>)	Kognitive Verhaltenstherapie	Der Prophet als psychospirituelles Vorbild im Umgang mit negativen Erlebnissen: Taqwa, <i>tawakkul</i> , Mitgefühl, Akzeptanz, kognitive Umstrukturierung, Gespräch mit Gott, Prosoziales Verhalten wie Geduld oder Vergebung	Erwach- sene	Nicht spezifiziert	Lodi 2018
Koranische Geschichten	Systemische Familientherapie, <i>Coordinated Management of Meaning</i> (CMM)	Prophetengeschichten als therapeutischer Türöffner zu einem Lern- und Veränderungsprozess	Familien	Intergenerationale Probleme	Malik 2018
Islamintegrierte psychodynamische Therapie	Psychodynamische Therapie (Objektbeziehungstheorie)	Muslimische Therapeut:innen, 99 Namen Gottes	Erwach- sene	Sexualität, Psychische Probleme unter Imamen, Eheprobleme und Jinn	Rüschhoff/Kaplick 2018
Islamintegrierte Eheberatung	Eheberatung	Prophetische Beispiele und Koranverse zu vergleichbaren Problemen	Eheleute und Paare	Konflikte, Auswahl des Ehepartners/der Ehepartnerin, Desinteresse an Sexualität, Pornografie, Kommunikation, Finanzen, Lo-	Asamarai 2018

				yalität und Untreue, Scheidung	
Spirituell integrierte systemische Familientherapie	Systemische Familientherapie, <i>Culturally-Responsive Therapy (CRT)</i> , <i>Collaborative Language System (CLS)</i>	<i>Istikhara</i> (Gebet zur Eingebung der richtigen Entscheidung), Akzeptanz des göttlichen Willens, Dankbarkeit	Eheleute und Paare	Kindererziehung, sexueller Missbrauch, multikulturelle Konflikte, Rollenbilder, spirituelle Krisen, Sexualität, <i>Nazr</i> („Böser Blick“)	Af. Haque 2018
Islamische Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen	Religiös-integrierte kognitive Verhaltenstherapie (RCBT), Ökosystemischer Ansatz nach Bronfenbrenner	Betonung von <i>qadr</i> (Vorherbestimmung), Gebet als positiver Bewältigungsmechanismus	Kinder und Jugendliche	Obsessive sexuelle Gedanken, erlernte Hilflosigkeit, Depression, Depersonalisation	Sheikh 2018
Spirituell integrierte Psychotherapie mit muslimischen Patient:innen	Integrativ (Achtsamkeitstherapie nach Langer, kognitive Verhaltenstherapie, Dialektisch-behaviorale Therapie, Psychoanalyse, Gestalttherapie)	<i>Dua Arafah</i> , Gebet, <i>dhikr</i>	Erwachsene	Beziehungsprobleme, Stress, Angst, Depression	Fatemi 2018
Islamische Psychotherapie	Achtsamkeitstherapie	<i>Muraqaba</i> (Meditation/ Kontemplation) mit verschiedenen Unterformen: <i>Mushahadah</i> , <i>Tasawwur</i> , <i>Tafakkur</i> , <i>Tadabbur</i> , <i>Muhsaba</i>	Erwachsene	Symptomatische Angst, Depression, Schmerz	Is-gandarova 2018
Sufi-modifizierte EMDR (<i>Eye Movement Desensitization and Reprocessing</i>)	EMDR und Traumatherapie	<i>Sufi Dhikr</i>	Erwachsene	Traumata	Abdul-Hamid/Hughes 2015
Islamisch-religiöse positive Bewältigungsstrategien	Spirituell bzw. religiös integrierte Psychotherapie (VT-basiert)	Gottvertrauen, Geduld, um Vergebung bitten, Koranrezitation, etc.	Erwachsene	Nicht spezifiziert	Abu-Raiya/Parlament 2010

Das psychodynamische Psychotherapiemodell für religiöse Muslim:innen	Spirituell bzw. religiös integrierte Psychotherapie (tiefenpsychologisch basiert)	Strukturelles, topografisches, konfliktbasiertes Modell (satanisch versus göttliche Strukturen der Seele)	Motivierte, ein-sichts-orientierte gläubige Muslim:innen, in erster Linie Erwachsene	Nicht spezifiziert	Abu-Raiya 2015
Koranrezitations-basierte Psychotherapie	Spirituell bzw. religiös integrierte Psychotherapie (VT-basiert)	Koranrezitation, Islamische Weiterbildung, <i>dhikr</i> , <i>dua</i> , Implementierung islamischer Lehren im Alltag	Erwachsene	Drogen-abhängigkeit, Rehabilitation	Amin et al. 2017
Islamische Psychotherapie <i>Post-flooding</i> (Nachbehandlung von Flutopfern)	Nicht spezifiziert	<i>Maqasid al-shariah</i> (nicht weiter spezifiziert)	Flutopfer	Traumata und Stress	Anas et al. 2017
Islamintegrierte Expositionstherapie (IERT)	Verhaltenstherapie	Islamische Relaxations- bzw. Distraktionstechnik, Koranrezitation	Erwachsene	Reinigungs- und Waschzwänge	Ahmed Nabil/Sharip/Wan Ismail 2017; Arip/Sharip/Rosli 2018
Islamisch modifizierte Religiös-integrierte kognitive Verhaltenstherapie (RCBT)	Religiös-integrierte kognitive Verhaltenstherapie (RCBT)	Intensivierung des Glaubens an Gott und den jüngsten Tag	Erwachsene	Chronische Erkrankungen	Ciarrocchi et al. 2014
Vergebung als islamischer Beratungsansatz	Paartherapie	Vergebung	Paare	Eheprobleme	Hamidi et al. 2010
Religiöse Beratung	Beratung (nicht weiter definiert)	<i>Aqida</i> , <i>Ibada</i> , <i>Akhlaq</i>	Erwachsene	Stress, Depression, Angst	Hamjah/Akhir 2014

Spirituelle Energie des islamischen Gebets	Undefiniert, zunächst jedes Therapieverfahren	Diskussion von <i>Salah</i> (rituelles Gebet) und Bittgebet im Leben der Patient:innen, Ermutigung zum Gebet außerhalb der Therapie, Gebet als Veränderungsprozess, Aufmerksamkeit auf Gebet lenken	Erwachsene	Stress, Depression	Henry 2015
Islamisch modifizierte Selbstaussagen	Kognitive Verhaltenstherapie	Befreiung von Selbstaussagen von säkularer Prägung	Erwachsene	Nicht spezifiziert	Hodgson/Nadir 2008
Islamisch modifiziertes Therapiekonzept	Kognitive Verhaltenstherapie	Befreiung des Therapiekonzepts von säkularer Prägung	Erwachsene	Nicht spezifiziert	Hussain/Hodgson 2016
Islamisch indigenisiertes Modell der Stressbewältigung	Novacos Stressbewältigungsmodell	Entspannungstraining, kognitive Umstrukturierung, <i>Time-out-Techniken</i>	Erwachsene	Unkontrollierbarer Zorn	Naz/Khalily 2015
<i>Ruqyah shar'iyah</i> -komplementierte Behandlung der <i>Major Depressive Disorder</i> (MDD)	Psychiatrie	<i>Ruqyah shar'iyah</i>	Weibliche Patientinnen aus Malaysia	MDD mit psychotischen Episoden (F33.3)	Razali/Rahman/Husin 2018
Islamintegrierte kognitive Verhaltenstherapie (IICBT)	Religiös-integrierte kognitive Verhaltenstherapie (RCBT)	Kognitive Umstrukturierung	Erwachsene	Depression	Sabki et al. 2019
Islamintegrierte kognitive Verhaltenstherapie	Becks Modell der Depression (1979)	Kognitive Umstrukturierung	Erwachsene	Depression	Thomas/Ashraf 2011
Der Prophet im Therapiezimmer	Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie, Gestalttherapie	Parent:innen-interview mit dem Propheten Muhammad	Erwachsene	Nicht spezifiziert	Hofman 2018

Psychotherapie aus einer islamischen Perspektive	Psychiatrie	Islamische Konzepte (nicht weiter definiert)	Erwachsene	Depression, Angst, interpersonelle Probleme	Vasegh 2009
--	-------------	--	------------	---	-------------

4 Islamintegrierte Psychotherapie in einem deutschsprachigen Kontext

Neben der Schlussfolgerung, dass ein *Bottom-up*-Ansatz mit den regulatorischen und wissenschaftlichen Standards der Psychotherapie im deutschsprachigen Raum unvereinbar ist, zeigt die Sichtung der englischsprachigen *Top-down*-Literatur einige Ansätze auf, die in Deutschland kritisch zu reflektieren sind. Die in einem kürzlich erschienenen Sammelband veröffentlichten Praxisfälle (Rüschhoff/Kaplick 2021) leisten einen Beitrag zu einer solchen Reflexion und veranschaulichen verschiedene Arten von islamischen Elementen, die in der Therapie und Beratung von praktizierenden Muslim:innen im Sinne von religiösen Ressourcen Anwendung finden könnten. Im Folgenden folgt eine kurze Zusammenfassung von islamischen Elementen, deren therapeutische Fruchtbarmachung in den letzten Jahren untersucht wurde.

Die therapeutische Beziehung bestimmt 30% der Wirksamkeit von Psychotherapie.

4.1 Therapeutische Beziehung und Menschenbild

Unter islamischen Elementen werden dabei solche Ressourcen verstanden, die religiöser, spiritueller oder existenzieller Natur sind und im weitesten Sinne der indigenen intellektuellen Tradition des Islams innewohnen und das Potenzial haben, im Rahmen der Faktoren, die die Wirksamkeit von Psychotherapie bestimmen, eine sinnvolle *psychologische* Wirkung zu entfalten. Die therapeutische Beziehung bestimmt 30 Prozent der Wirksamkeit von Psychotherapie (40 Prozent entfallen auf außertherapeutische Faktoren, 15 Prozent auf therapeutische Techniken und weitere 15 Prozent auf Erwartungen, Hoffnungen und „Placebo“-Effekte) (Hubble/Duncan/Miller 2001) und bietet folglich eine besonders wichtige Grundlage für ein islamisch geprägtes therapeutisches Vorgehen, welches sich in erster Linie im Menschenbild der Therapeut:innen widerspiegelt. Dieses Menschenbild betrachtet den Patienten bzw. die Patientin neben den oben bereits genannten Aspekten als „Kind Adams“, der mit der Statthalterfunktion Gottes auf der Erde geehrt wurde und kein bloßes Produkt der biologischen Evolution darstellt (Rüschhoff 2021). Der Mensch wird als von Grund auf problematisches Wesen erfasst (Kellner 2021), dem sowohl ein destruktives als auch positiv-transformierendes Potenzial innewohnt, und das zwar von Schwächen wie dem Vergessen geprägt, sich jedoch auch durch seine Geselligkeit auszeichnet (Kellner 2020). Diese Betrachtung schafft einen spirituellen Sinn- und Bedeutungshorizont, der sich bei praktizierenden Muslim:innen zum einen auf die Auseinandersetzung mit der Schöpfung – im Arbeitsalltag und mit Blick auf Familie und Freunde –, zum anderen auch auf den Schöpfer erstreckt. Jegliches Handeln wird in den Dienst der Seele und ihrer positiven Entfaltung gestellt (Rüschhoff 2017).

4.2 Muslimische Therapeut:innen

Für ein islamisch geprägtes therapeutisches Vorgehen sind *muslimische* Therapeut:innen fast unerlässlich, da sie eine gemeinsame Wellenlänge hinsichtlich des religiösen Horizonts bieten (Hassan-Michl 2021; Sagir 2021). Dies schlägt sich in diversen Bereichen wie zum Beispiel der verwendeten Sprache nieder. Darüber hinaus können muslimische Therapeut:innen auf ganz natürliche Art und Weise – im Rahmen ihrer Möglichkeiten – spirituelle Kompetenzen bereithalten (Laabdallaoui 2021) und beispielsweise religiös verpönte Ansichten und Überzeugungen auch vor dem kulturellen Hintergrund individueller Patient:innen berücksichtigen (Loucif 2021). Außerdem wird die therapeutische Beziehung durch das Selbstverständnis der Therapeut:innen als *rizq* (Versorgung) Gottes geprägt. Demzufolge kommt ihnen eine ganz andere Verantwortung auch bei der Pflege der eigenen Spiritualität zu, wenn sie als gutes oder auch schlechtes Werkzeug Gottes fungieren (Rüschhoff 2021). Die Rolle von moscheenahen Versorgungsstrukturen gewinnt in dieser Hinsicht an besonderer Wichtigkeit (Alkan-Härtwig 2021).

4.3 Therapieziele

Eng verknüpft mit der therapeutischen Beziehung ist die islamische Prägung von Therapiezielen. Neben allgemeingültigen Therapiezielen der Symptombeseitigung und Wiedererlangung von Freiheitsgraden, und solchen, die oben bereits Erwähnung gefunden haben, können islamische Therapieziele beschrieben werden: Diese umfassen zunächst ein konfliktfreies religiöses Leben und möglicherweise auch das Streben nach einem Zustand der *al-nafs al-mutmainnah* (der „geläuterten Seele“ [Rüschhoff 2021]). In der englischsprachigen Literatur finden sich außerdem verhaltenstherapeutische Ziele, wie zum Beispiel die introspektive Selbstbewusstheit (arab. *inkishaf*), der intrapsychologische Konflikt (arab. *mujahada*), die Kenntnis der intrapsychologischen Anteile (arab. *i'tidal*) und die Herstellung der Balance zwischen den intrapsychologischen Anteilen (arab. *ittihad*) (Keshavarzi et al. 2020).

4.4 Therapeutische Interventionen und Techniken

Therapeutische Techniken erklären 15 Prozent des Therapieerfolgs. Dementsprechend nehmen islamintegrierte Interventionen auch bei hocheffizienter Anwendung eine eher untergeordnete Stellung ein, stellen aber trotzdem den Großteil gegenwärtiger Bemühungen in der islamintegrierten Psychotherapie dar (York Al-Karam 2018b). Oft werden islamintegrierte therapeutische Interventionen basierend auf von der muslimischen Gelehrsamkeit konzipierten Seelenmodellen mit verschiedenen Instanzen entwickelt, wie zum Beispiel kognitive (arab. *'aql*) und emotionale (arab. *ihsaas*) Instanzen. Verhaltensimpulse (arab. *nafs*) und spirituelle (arab. *rūh*) Seelenanteile. Islamintegrierte Interventionen können darauf ausgerichtet sein, ein Ungleichgewicht zwischen diesen Instanzen zu identifizieren und zu beheben (Keshavarzi et al. 2020). Die Entwicklung von islamischen Elementen in Interventionen geschieht in erster Linie in der kognitiven Verhaltenstherapie (York Al-Karam 2018b), z.B. durch Einbettung von Koranversen (Karam 2021) oder übergeordneten Regeln der islamischen Rechtslehre (Loucif 2021).

Literaturverzeichnis

- Abdul-Hamid, Walid Khalid; Hughes, Jamie Hacker: Integration of Religion and Spirituality Into Trauma Psychotherapy. An Example in Sufism? In: Journal of EMDR Practice and Research Jg. 9/2015, Heft 3, S. 150–156.
- Abdul Razak, Abdul Latif; Mohamed, Mardiana; Alias, Alizi; Adam, Kalsom Wan; Kasim, Nordinah Mohd; Mutiu, Salami: Iman Restoration Therapy (IRT): A New Counseling Approach and its Usefulness in Developing Personal Growth of Malay Adolescent Clients. In: Revelation and Science Jg. 1/2011, Heft 3, S. 97–107.
- Abdullah, Che Haslina; Binti Zainan Abidin, Zaridah; Syakira Meor Hissan, Wan; Kechil, Rafizah; Razali, Wan Noorli; Zaid Mohd Zin, Mohamad: The Effectiveness of Generalized Anxiety Disorder Intervention through Islamic Psychotherapy: The Preliminary Study. In: Asian Social Science Jg. 9/2013, Heft 13.
- Abdullah, Che Haslina; Razali, Wan Noorli; Taha, Mohd Marbawai; Kechil, Rafizah: Islamic Psychotherapy: Its Significance and Relevance in the Empowerment of Islamic Civilisation. In: e-Academia Journal UiTMT Jg. 5/2016, Heft 2, S. 101–105.
- Abu-Raiya, Hisham: Western Psychology and Muslim Psychology in Dialogue: Comparisons Between a Qura'nic Theory of Personality and Freud's and Jung's Ideas. In: Journal of Religion and Health Jg. 53/2014, Heft 2, S. 326–338.
- Abu-Raiya, Hisham: Working with religious Muslim clients: A dynamic, Qura'nic-based model of psychotherapy. In: Spirituality in Clinical Practice Jg. 2/2015, Heft 2, S. 120–133.
- Abu-Raiya, Hisham; Pargament, Kenneth I: Religiously integrated psychotherapy with Muslim clients: From research to practice. In: Professional Psychology: Research and Practice Jg. 41/2010, Heft 2, S.181–188.
- Ahmad Nabil, Mb Rosli; Sharip, Shalisah; Wan Ismail, Wan Salwina: Religious-integrated therapy for religious obsessive-compulsive disorder in an adolescent: A case report and literature review. In: Mental Health, Religion & Culture Jg. 21/2017, Heft 2, S.204-209.
- Ali, Saba Rasheed; Lui, William Ming; Humedian, Majeda: Islam 101: Understanding the religion and therapy implications. In: Professional Psychology: Research & Practice Jg. 35/2004, Heft 6, S. 635–642.
- Alkan-Härtwig, Elif: Als die Psychiatrie in die Moschee kam. Ein Erfahrungsbericht zur beraterischen Arbeit des „PIRA“-Projekts in den muslimischen Gemeinden in Berlin. In: Rüschoff, Ibrahim; Kaplick, Paul (Hrsg.): Islamintegrierte Psychotherapie und Beratung. Professionelle Zugänge zur Arbeit mit Menschen muslimischen Glaubens. Gießen: Psychosozial-Verlag 2021, S. 261–269.
- Alter, o.V.(1928): Studies in the Psychology of Islam, Dissertation, Kennedy School of Missions at the Hartford Seminary Foundation.
- Amin, M.Z.; Salaeh, A.; Yahya, M.; Musa, Z.I.; Yusoff, A.M.; Ibrahim, N.; Arifin, M.S.: A Literature Review of Spiritual Psychotherapy Using Quran Recitation in the Treatment of Drug Addiction. In: Advanced Science Letters Jg. 23/2017, Heft 5, S. 4865–4868.
- Anas, N.; Noor, M.S.; Zulkipli, S.N.; Aziz, N.H.; Yacoob, H.R; Ramlan, A.N.: Development module of post-flood Islamic psychotherapy based on the Maqasid Syari'ah Concept. In: e-Academia Journal Jg. 6/2017, Heft 1, S.109–115.
- Ardjomandi, Mohammad E.: Zur Spezifität des ödipalen Konflikts der Muslime im Vorderen Orient am Beispiel Irans. In: psychosozial Jg. 26/ 2003, Heft 93, S. 57–66.
- Arip, Ameerah Adeelah Mohamad; Sharip, Shalisah; Rosli, Ahmad Nabil: Islamic integrated exposure response therapy for mental pollution subtype of contamination obsessive-compulsive disorder: a case report and literature review. In: Mental Health, Religion & Culture Jg. 21/2018, Heft 2, S. 117–122.
- Asamarai, Layla: Utilization of Islamic Principles in Marital Counselling. In: Al-Karam, Carrie York (Hrsg.): Islamically integrated psychotherapy. Uniting faith and professional practice. West Conshohocken, PA: Templeton Press 2018, S. 57–75.
- Assar, M. (2017): An Islamic Psychological Approach to Psychotherapy, Dissertation, Abgerufen von ProQuest Dissertations and Theses database.

- Awaad, R. (2018): Historical Perspectives and Modern Clinical Implications for the development of Islamic Psychology. Paper, präsentiert auf der Konferenz der International Association of Islamic Psychology. Istanbul, Turkey.
- Awaad, Rania; Ali, Sara: Obsessional Disorders in al-Balkhi's 9th century treatise: Sustenance of the Body and Soul. In: *Journal of Affective Disorders* Jg. 180/2015, S. 185–189.
- Awaad, Rania; Ali, Sara: A modern conceptualization of phobia in al-Balkhi's 9th century treatise: Sustenance of the Body and Soul. In: *Journal of Anxiety Disorders* Jg. 37/2016, S. 89–93.
- Azhar, Mohd Zain; Varma, Shashjit L.: Religious psychotherapy in depressive patients. In: *Psychotherapy and Psychosomatics* Jg. 63/1995a, Heft 3–4, S. 165–168.
- Azhar, Mohd Zain; Varma, Shashjit L.: Religious psychotherapy as management of bereavement. In: *Acta Psychiatrica Scandinavica* Jg. 91/1995b, Heft 4, S. 233–235.
- Azhar, Mohd Zain; Varma, Shashjit L.; Dharap, A.S.: Religious psychotherapy in anxiety disorder patients. *Acta Psychiatrica Scandinavica* Jg. 90/1994, Heft 1, S. 1–3.
- Badri, Malik: *The dilemma of Muslim psychologists*. London: MWH London 1979.
- Badri, Malik: Counselling and Psychotherapy from an Islamic Perspective. In: *Al-Shajarah* Jg. 1/1996, Heft 1, S.25–28.
- Badri, Malik: Why Western Psychotherapy cannot be of real help to Muslim patients? In: *The Sudanese Journal of Psychiatry* Jg.2/2012, Heft 2, S. 3–6.
- Badri, Malik: Abu Zayd al-Balkhi's sustenance of the soul: The cognitive behavior therapy of a ninth century physician. London: International Institute of Islamic Thought 2013.
- Badri, Malik: Psychological Reflections on Ismail al-Faruqi's Life and Contributions. In: *American Journal of Islamic Social Sciences* Jg.31/2014, Heft 2, S. 145–152.
- Badri, Malik: Emotional Blasting Therapy: A Psychotherapeutic Technique Invented by Early Muslim Physicians. In: *Islamic Perspectives on Science and Technology* 2016, S. 367–371.
- BaHammam, Ahmed; Almeneessier, Aljohara; Pandi-Perumal, Seithikurippu: Medieval Islamic scholarship and writings on sleep and dreams. In: *Annals of Thoracic Medicine* Jg. 13/2018, Heft 2, S. 72.
- Bakker, Jens: Kurzer Überblick über die klassische Theologie des sunnitischen Islam. In: *Hikma – Zeitschrift für Islamische Theologie und Religionspädagogik* Jg. 4/2012, Heft 7, S. 179–192.
- Benslama, Fethi: *Psychoanalyse des Islam*. Berlin: Matthes & Seitz 2017.
- Beshai, Shadi; Clark, Cameron M.; Dobson, Keith S.: Conceptual and Pragmatic Considerations in the Use of Cognitive-Behavioral Therapy with Muslim Clients. In: *Cognitive Therapy and Research* Jg. 37/2013, Heft 1, S. 197–206.
- Betteridge, Sara (2012): *Exploring the Clinical Experiences of Muslim Psychologists in the UK When Working With Religion in Therapy*. Dissertation, University of East London, London, Großbritannien. URL: http://roar.uel.ac.uk/4020/1/Sara_Betteridge_Doctoral_Thesis%5B1%5D.pdf
- Burton, Robert: *The Anatomy of Melancholy*. Oxford 1621.
- Carter, David J.; Rashidi, Anahita: Theoretical model of psychotherapy: Eastern Asian- Islamic women with mental illness. In: *Health Care for Women International* Jg. 24/2003, Heft 5, S. 399–413.
- Charlier, Mahrokh: Macht und Ohnmacht. Religiöse Tradition und die Sozialisation des muslimischen Mannes. *Psyche – Z. Psychoanal.* Jg. 61/2007, Heft 11, S. 1116–1131.
- Chizari, Navid: Zwischen Ideologie und Theologie: Eine Gegenüberstellung von islamisch-psychologischer Literatur und klassisch-islamischen Texten. In Rüschoff, Ibrahim; Kaplick, Paul (Hrsg.): *Islamintegrierte Psychotherapie und Beratung. Professionelle Zugänge zur Arbeit mit Menschen muslimischen Glaubens*. Gießen: Psychosozial-Verlag 2021, S. 101–125.
- Ciarrocchi, Joseph W.; Koenig, Harold G.; Pearce, Michael J.; Schechter, Daniel; Vasegh, Sasan: *Religious Cognitive Behavioral Therapy (Muslim Version): 10 Session Treatment Manual for Depression in Clients with Chronic Physical Illness*. Tehran, Iran: Shahid Beheshti University of Medical Sciences 2014.

- Dharamsi, Sabnum; Maynard, Stephen Abdullah: Islamic-Based Interventions. In: Ahmed, S.; Amer, M.M. (Hrsg.): *Counseling Muslims: Handbook of Mental Health Issues and Interventions*. New York, Hove: Routledge 2012, S. 135–160.
- El Azayam, G.A.: The Interpretation of Spiritual Elements in a Dream. In: *Mental Peace – The International Journal of the World Islamic Association for Mental Health* 1987, S. 21–30.
- Elibol, Zeynep: Von BeraterInnen und SufimeisterInnen. Islamisch inspirierte Achtsamkeitsübungen und ihre Implementierung in die hypnosystemische Beratung als Entspannung. In: Rüschoff, Ibrahim; Kaplick, Paul (Hrsg.): *Islamintegrierte Psychotherapie und Beratung. Professionelle Zugänge zur Arbeit mit Menschen muslimischen Glaubens*. Gießen: Psychosozial-Verlag 2021, S. 305–321.
- El-Shakry, Omnia: *The Arabic Freud: Psychoanalysis and Islam in Modern Egypt*. Princeton, NJ: Princeton University Press 2017.
- Elzamzamy, Khalid; Salem, Mohamed Omar: Dreams and Their Role in Islamically Integrated Mental Health Practice. In: Keshavarzi, Hooman; Khan, Fahad; Ali, Bilal; Awaad, Rania (Hrsg.): *Applying Islamic principles to clinical mental health care: Introducing traditional Islamically integrated psychotherapy*. New York: Routledge 2020, S. 141–168.
- Farooqi, Yasmin Nilofer: Understanding Islamic Perspective of Mental Health and Psychotherapy. In: *Journal of Psychology in Africa* Jg. 16/2006, Heft 1, S. 101–111.
- Fatemi, Sayyed Mohsen: Integrating Duaa Arafa and Other Shiite Teachings into Psychotherapy. In: York Al-Karam, Carrie (Hrsg.): *Islamically integrated psychotherapy: Uniting faith and professional practice*. West Conshohocken, PA: Templeton Press 2018, S. 229–242.
- Fuchs-El Bahnasawy, Sabrina: Sozialpädagogik an muslimischen Schulen – Begleiten, Stärken und Fördern in der Adoleszenz. In: Rüschoff, Ibrahim; Kaplick, Paul (Hrsg.): *Islamintegrierte Psychotherapie und Beratung. Professionelle Zugänge zur Arbeit mit Menschen muslimischen Glaubens*. Gießen: Psychosozial-Verlag 2021, S. 273–290.
- Hamdan, Aisha: Cognitive Restructuring: An Islamic Perspective. In: *Journal of Muslim Mental Health* Jg. 3/2008, S. 99–116.
- Hamid, Rezapour (1977): Mandate for Muslim Mental Health Professionals: An Islamic Psychology. Paper presented at First Symposium on Islam and Psychology by the Association of Muslim Social Scientists. St. Louis, MI.
- Hamidi, Farideh; Makwand, Zeinab Abbasi; Hosseini, Zeinab Mohamad: Couple therapy: forgiveness as an Islamic approach in counselling. In: *Procedia Social and Behavioral Sciences* Jg. 5/2010, S. 1525–1530.
- Hamjah, Salasiah Hanim; Akhir, Noor Shakirah Mat: Islamic approach in counseling. In: *Journal of Religion and Health* Jg. 53/2014, S. 279–289.
- Hammad, E.T: Dream Interpretation = The Islamic Approach. In: *Psych. Med.* Jg. 12/1982, S. 291–294.
- Haque, Amber: Conducting Spiritually Integrated Family Therapy with Muslim Clients Utilizing a Culturally Responsive Paradigm. In: York Al-Karam, Carrie (Hrsg.): *Islamically integrated psychotherapy: Uniting faith and professional practice*. West Conshohocken, PA: Templeton Press 2018, S. 103–126.
- Haque, Amber: Psychology from an Islamic Perspective. In: Fernando, Suman; Moodley, Roy (Hrsg.): *Global Psychologies*. London: Palgrave Macmillan 2018, S. 137–150.
- Haque, Amber; Khan, Fahad; Keshavarzi, Hooman; Rothman, Abdallah E.: Integrating Islamic Traditions in Modern Psychology: Research Trends in Last Ten Years. In: *Journal of Muslim Mental Health* Jg. 10/2016, Heft 1, S. 75–100.
- Hassan-Michl, Hadya: Aspekte tiefenpsychologischer Psychotherapie mit muslimischen Kindern und Jugendlichen. Zwischen Erwartungen der Eltern und Loyalitätskonflikten der Kinder und Jugendlichen. In: Rüschoff, Ibrahim; Kaplick, Paul (Hrsg.): *Islamintegrierte Psychotherapie und Beratung. Professionelle Zugänge zur Arbeit mit Menschen muslimischen Glaubens*. Gießen: Psychosozial-Verlag 2021, S. 189–209.
- Hasnain, Nazirul: *Social Psychological Dimensions of Muslims: The Post Independence Scenario*. Neu Delhi, Indien: Institute of Objective Studies 1998.
- Henry, Hani M.: Spiritual Energy of Islamic Prayers as a Catalyst for Psychotherapy. In: *Journal of Religion and Health* Jg. 54/2015, Heft 2, S. 387–398.

- Hodge, David R.; Nadir, Aneesah: Moving toward Culturally Competent Practice with Muslims: Modifying Cognitive Therapy with Islamic Tenets. In: *Social Work Jg.* 53/2008, Heft 1, S. 31–41.
- Hodgson, Marshall G.: *The venture of Islam: Conscience and history in a world civilization: The expansion of Islam in the middle periods.* Chicago, IL: University of Chicago Press 1974.
- Hofmann, Burkhard: *Und Gott schuf die Angst. Ein Psychogramm der arabischen Seele.* München: Droemer Knaur 2018.
- Hubble, Mark A.; Duncan, Barry L.; Miller, Scott D.: *The Heart & Soul of Change: What Works in Therapy.* American Psychological Association 2001.
- Husain, Altaf; Hodge, David R.: Islamically modified cognitive behavioral therapy: Enhancing outcomes by increasing the cultural congruence of cognitive behavioral therapy self-statements. In: *International Social Work Jg.* 59/2016, Heft 3, S. 393–405.
- Ibn Khaldūn, Abu Zayd M.(1377): *The Muqaddimah.* URL: https://asadullahali.files.wordpress.com/2012/10/ibn_khaldun-al_muqaddimah.pdf - Download vom 19.08.2020.
- Inayat, Qulsoom: The Islamic Concept of the Self. In: *Counselling Psychology Review Jg.* 20/2005, Heft 3, S. 2-10.
- Isgandarova, Nazila: Muraqaba as a Mindfulness-Based Therapy in Islamic Psychotherapy. In: *Journal of Religion and Health Jg.* 58/2018, Heft 4, S. 1146–1160.
- Ismail, Ghena A. (2008): *Islam, Sufism & psychotherapy: In search of unifying values and epistemologies,* Dissertation, James Madison University: Harrisonburg, VA.
- Jiko, Jihad: Die Verleugnung der Ambivalenz. Eine psychoanalytische Annäherung an den Monotheismus im Islam. In: *Psyche – Z. Psychoanal. Jg.* 58/2004, Heft 1, S. 26–46.
- Jiko, Jihad: Die Idealisierung des sexuellen Triebes im Islam. In: *Psyche – Z. Psychoanal. Jg.* 61/2007, Heft 11, S. 1132–1154.
- Kaplick, Paul M.; Skinner, Rasjid: The evolving Islam and psychology movement. In: *European Psychologist Jg.* 22/2017, Heft 3, S.198-204.
- Kaplick, Paul M.; Chaudhary, Yaqub; Hasan, Abdullah; Yusuf, Asim; Keshavarzi, Hooman: An Interdisciplinary Framework for Islamic Cognitive Theories. In: *Zygon – Journal of Religion and Science Jg.* 54/2019, Heft 1, S. 66–85.
- Kaplick, Paul M.; Rüschoff, Ibrahim: Islam und Psychologie – Gegenstand und Historie. In Rüschoff, Ibrahim; Kaplick, Paul M. (Hrsg.): *Islam und Psychologie – Beiträge zu aktuellen Konzepten in Theorie und Praxis.* Münster: Waxmann 2018a, S. 25-84.
- Kaplick, Paul M.; Rüschoff, Ibrahim: Islam und Psychologie in Großbritannien, den Vereinigten Staaten und Deutschland: Gegenwart und Zukunft von institutionellen Strukturen muslimischer Psychologen. In: *Wege zum Menschen Jg.* 70/ 2018b, Heft 1, S. 78-88.
- Karim, Ahmed: Methoden zur Integration islamischer Elemente in die kognitive Verhaltenstherapie. In: Rüschoff, Ibrahim; Kaplick, Paul M. (Hrsg.): *Islamintegrierte Psychotherapie und Beratung. Professionelle Zugänge zur Arbeit mit Menschen muslimischen Glaubens.* Gießen: Psychosozial-Verlag 2021, S. 211–232.
- Kellner, Martin: Psychische Entitäten bei Koranexegeten. Ansätze zum islamischen Verständnis der Seele. In: Rüschoff, Ibrahim; Kaplick, Paul M. (Hrsg.): *Islamintegrierte Psychotherapie und Beratung. Professionelle Zugänge zur Arbeit mit Menschen muslimischen Glaubens.* Gießen: Psychosozial-Verlag 2021, S. 127–137.
- Keshavarzi, Hooman; Haque, Amber: Outlining a Psychotherapy Model for Enhancing Muslim Mental Health Within an Islamic Context. In: *International Journal for the Psychology of Religion Jg.* 23/2013, Heft 3, S. 230–249.
- Keshavarzi, Hooman; Khan, Fahad: Outlining a Case Illustration of Traditional Islamically Integrated Psychotherapy. In: York Al-Karam, Carrie (Hrsg.): *Islamically integrated psychotherapy: Uniting faith and professional practice.* West Conshohocken, PA: Templeton Press 2018, S. 175–207.
- Keshavarzi, Hooman; Khan, Fahad; Ali, Bilal; Awaad, Rania: *Applying Islamic principles to clinical mental health care: Introducing traditional Islamically integrated psychotherapy.* New York, London: Routledge 2020.

- Keshavarzi, Hooman; Khan, Fahad; Syed, Beena (2020): Islamically Integrated Treatment of Obsessive-Compulsive Disorder Scrupulosity (Waswasa) in Muslim Patients. Paper, präsentiert auf dem Second International Congress on Religious & Spiritual Counselling & Care, Istanbul, Türkei.
- Keshavarzi, Hooman; Yusuf, Asim; Kaplick, Paul M.; Ahmadi, Tameem; Loucif, Amin: Spiritually (Ruhani) Focused Psychotherapy. In: Keshavarzi, Hooman; Khan, Fahad; Ali, Bilal; Awaad, Rania (Hrsg.): Applying Islamic principles to clinical mental health care: Introducing traditional Islamically integrated psychotherapy. New York, London: Routledge 2020, S. 266–290.
- Laabdallaoui, Malika: Anwendung der religiös-spirituellen Anamnese „SPIR“ in der Psychotherapie muslimischer PatientInnen. In: Rüschoff, Ibrahim; Kaplick, Paul M. (Hrsg.): Islamintegrierte Psychotherapie und Beratung. Professionelle Zugänge zur Arbeit mit Menschen muslimischen Glaubens. Gießen: Psychosozial-Verlag 2021, S. 141–163.
- Lodi, Farah: The HEART Method: Healthy Emotions Anchored in RasoolAllah's Teachings: Cognitive Therapy Using Prophet Mohammed as a Psycho-Spiritual Exemplar. In: York Al-Karam, Carrie (Hrsg.): Islamically integrated psychotherapy: Uniting faith and professional practice. West Conshohocken, PA: Templeton Press 2018, S. 76–102.
- Long, Wahbie: Indigenous psychology: Going nowhere slowly? In: Journal of Theoretical and Philosophical Psychology Jg. 39/2019, Heft 2, S. 115–119.
- Loucif, Amin: Therapie und Beratung muslimischer Paare – Zur Integration klärungsorientierter und islamischer Konzepte. In: Rüschoff, Ibrahim; Kaplick, Paul M. (Hrsg.): Islamintegrierte Psychotherapie und Beratung. Professionelle Zugänge zur Arbeit mit Menschen muslimischen Glaubens. Gießen: Psychosozial-Verlag 2021, S. 233–260.
- Mahr, Fauzia; McLachlan, Niel; Friedberg, Robert D.; Mahr, Safia; Pearl, Amanda M.: Cognitive-behavioral treatment of a second-generation child of Pakistani descent: Ethnocultural and clinical considerations. In: Clinical Child Psychology and Psychiatry Jg. 20/2015, Heft 1, S. 134–147.
- Malik, Rabia: Family Therapy and the Use of Quranic Stories. In: York Al-Karam, Carrie (Hrsg.): Islamically integrated psychotherapy: Uniting faith and professional practice. West Conshohocken, PA: Templeton Press 2018, S. 152–174.
- Mazarweh, Gehad: Sterben- und Lebenwollen: Zum Phänomen der Selbstmordattentäter in Israel/Palästina. Gruppenanalyse Jg. 15/2005, Heft 1, S. 1–23.
- Mehraby, Nooria: Psychotherapy with Islamic clients facing loss and grief. In: Psychotherapy in Australia Jg. 9/2003, Heft 2, S. 30–34.
- Merter, Mustafa: The Third Dimension of Psychology: Nafs Psychology and the Language of Dreams. Istanbul/Türkei: Kaknus Yayinlari 2014.
- Mohamed, Yasien: Human Nature in Islam. Kuala Lumpur: A.S. Noordeen 1988.
- Mohamed, Yasien: Fitrah and Its Bearing on the Principles of Psychology. The American Journal of Islamic Social Sciences Jg. 12/1995, Heft 1, S. 1–18.
- Naeem, Farooq; Gobbi, Mary; Ayub, Muhammad; Kingdon, David: University students' views about compatibility of cognitive behaviour therapy (CBT) with their personal, social and religious values (a study from Pakistan). In: Mental Health, Religion & Culture Jg. 12/2009, Heft 8, S. 847–855.
- Naz, Sumara; Khalily, Muhammad Tahir: Indigenous adoption of Novaco's model of anger management among individuals with psychiatric problems in Pakistan. In: Journal of Religion and Health Jg. 55/2015, Heft 2, S. 439–447.
- Pargament, Kenneth I.: Spirituality integrated psychotherapy: Understanding and addressing the sacred. New York: Guilford Press 2007.
- Qutb, Muhammad: Islam: The Misunderstood Religion. New Delhi: Markazi Maktaba Islami 1972.
- Ramadan, Tariq: Muslimsein in Europa. Untersuchung der islamischen Quellen im europäischen Kontext. Köln: MSV 2001.
- Razali, S.M.; Hasanah, C.I.; Aminah, K.; Subramaniam, M.: Religious-sociocultural psychotherapy in patients with anxiety and depression. In: Australian and New Zealand Journal of Psychiatry Jg. 32/1998, Heft 6, S. 867–872.

- Razali, Zul Aslin; Rahman, Nor Azian; Husin, Supyan: Complementing the Treatment of a Major Depressive Disorder Patient with Ruqyah Shar'iyah Therapy: A Malaysian Case Study. In: *Journal of Muslim Mental Health* Jg. 12/2018, Heft 2.
- Rothman, Abdallah: An Islamic Theoretical Orientation to Psychotherapy. In: York Al-Karam, Carrie (Hrsg.): *Islamically integrated psychotherapy: Uniting faith and professional practice*. West Conshohocken, PA: Templeton Press 2018, S. 25–56.
- Rothman, Abdallah; Coyle, Adrian: Toward a Framework for Islamic Psychology and Psychotherapy: An Islamic Model of the Soul. In: *Journal of Religion and Health* Jg. 57/2018, S. 1731–1744.
- Rüschhoff, Ibrahim: Religiöse Ressourcen in der Psychotherapie muslimischer Patienten. In: *Spiritual Care* Jg. 6/2017, Heft 1, S. 103-110.
- Rüschhoff, Ibrahim; Kaplick, Paul M.: Integrating Islamic Spirituality into Psychodynamic Therapy with Muslim Patients. In: York Al-Karam, Carrie (Hrsg.): *Islamically integrated psychotherapy: Uniting faith and professional practice*. West Conshohocken, PA: Templeton Press 2018, S. 127–151.
- Rüschhoff, Ibrahim: Zur Integration islamischer Spiritualität in die tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie mit muslimischen PatientInnen. In: Rüschhoff, Ibrahim; Kaplick, Paul M. (Hrsg.): *Islamintegrierte Psychotherapie und Beratung. Professionelle Zugänge für die Arbeit mit Menschen muslimischen Glaubens*. Gießen: Psychosozial-Verlag 2021, S. 165–188.
- Sabki, Zuraida Ahmad; Sa'ari, Che Zarrina; Muhsin, Sharifah Basirah; Kheng, Goh Lei; Sulaiman, Ahmad Hatim; Koenig, Harold: Islamic integrated cognitive behavior therapy: A shari'ah-compliant intervention for Muslim with depression. In: *Malaysian Journal of Psychiatry* Jg. 28/2019, Heft 2.
- Saged, Ali Gobaili; Mohd Yusoff, Mohd Yakub; Abdul Latif, Faizuri; Hilmi, Sayed Mohammad; Al-Rahmi, Waleed Mugahed; Al-Samman, Ahmed; Zeki, Akram M.: Impact of Quran in treatment of the psychological disorder and spiritual illness. In: *Journal of Religion and Health* Jg. 59/2018, Heft 4, S. 1824–1837.
- Sagir, Mohammad Imran: Religion und Spiritualität in der Beratungspraxis des Muslimischen Seelsorgetelefons. In: Rüschhoff, Ibrahim; Kaplick, Paul M. (Hrsg.): *Islamintegrierte Psychotherapie und Beratung. Professionelle Zugänge zur Arbeit mit Menschen muslimischen Glaubens*. Gießen: Psychosozial-Verlag 2021, S. 343–365.
- Salem, Mohamed Omar: Function of Dreams: An Integrated Approach. In: *Journal of the Islamic Medical Association of North America* Jg. 42/2010, Heft 1, S. 15–22.
- Servier, Andre: *Islam and the Psychology of the Musulman*. London: Chapman Hall Ltd 1924.
- Shafii, Mohammad: *Freedom from the self: Sufism, meditation, and psychotherapy*. New York: Human Sciences Press 1985.
- Shah, Ashiq Ali: Psychotherapy in vacuum or reality: Secular or Islamic psychotherapy with Muslim clients. In: *Pakistan Journal of Social and Clinical Psychology* Jg. 3/2005, Heft 1–2, S. 3–20.
- Sheikh, Fyeqa: Marrying Islamic Principles with Western Psychotherapy for Children and Adolescents: Successes and Challenges. In: York Al-Karam, Carrie (Hrsg.): *Islamically integrated psychotherapy: Uniting faith and professional practice*. West Conshohocken, PA: Templeton Press 2018, S. 208–228.
- Skinner, Rasjid: An Islamic approach to psychology and mental health. In: *Mental Health, Religion & Culture* Jg. 13/2010, Heft 6, S. 547–551.
- Skinner, Rasjid: Traditions, Paradigms and Basic Concepts in Islamic Psychology. In: *Journal of Religion and Health* Jg. 58/2019, S. 1087–1094.
- Smither, Robert; Khorsandi, Alireza: Implicit Personality Theory of Islam. In: *Psychology of Religion and Spirituality* Jg. 1/2009, Heft 2, S. 81–96.
- Thomas, Justin; Ashraf, Saquab: Exploring the Islamic tradition for resonance and dissonance with cognitive therapy for depression. In: *Mental Health, Religion & Culture* Jg. 14/2011, Heft 2, S. 183–190.
- Vahab, A.A.: *An Introduction to Islamic Psychology*. New Delhi: Institute of Objective Studies 1996.

- Vasegh, Sasan: Psychiatric Treatments Involving Religion: Psychotherapy from an Islamic Perspective. In: Huguelet, Philippe; Koenig, Harold G. (Hrsg.): Religion and Spirituality in Psychiatry. Cambridge: Cambridge University Press 2009, S. 301–316.
- Voll, John Obert: Islam as a Special World-System. In: Journal of World History Jg. 5/1994, Heft 2, S. 213–226.
- Yaacob, Nik Rosila: Cognitive Therapy Approach from Islamic Psycho-spiritual Conception. In: Procedia – Social and Behavioral Sciences Jg. 97/2013, S. 182–187.
- York Al-Karam, Carrie: Islamic Psychology: Towards a 21st Century Definition and Conceptual Framework. In: Journal of Islamic Ethics Jg. 2/ 2018a, Heft 1–2, S. 97–109.
- York Al-Karam, Carrie: Introduction. In: York Al-Karam, Carrie (Hrsg.): Islamically integrated psychotherapy: Uniting faith and professional practice. West Conshohocken, PA: Templeton Press 2018b, S. 25–56.
- Yusuf, Asim (2018). The Metaphysics of Islamic Psychology. Paper, präsentiert auf der Konferenz des Alif Instituts, London.

Autorenkontakt

M.Sc. Paul M. Kaplick

Privatpraxis für Psychologische Beratung Paul Kaplick
c/o Praxis Dr. Rüschoff
Frankfurter Str. 62
65428 Rüsselsheim
paul.kaplick@gmail.com

M.Sc.-Psych Eyyuba Cevirici-Kurt

Praxis für Psychotherapie Cevirici-Kurt
Savignystr. 75
60325 Frankfurt am Main
Info@praxiseck.de

Zitationsvorschlag

Kaplick, Paul M.; Cevirici-Kurt, Eyyuba: Islamische Elemente in der Therapie und Beratung mit praktizierenden Muslim:innen. In: Jahrbuch für interkulturelle Ethik im Gesundheitswesen Jg. 4 / 2021, S. 4-26.



FACHARTIKEL

Ansätze zum Verständnis der Seele in der Koranexegese¹

Martin Kellner

Zusammenfassung

Im vorliegenden Artikel werden die Entitäten der menschlichen Seele aus koranexegetischer Sicht betrachtet, einander gegenübergestellt und im Zusammenhang grundlegender Konzepte zum islamischen Menschenbild kontextualisiert; zudem werden einige Konzeptionen bezüglich der unterschiedlichen Zustände der Psyche beschrieben. In der Literatur werden die im Menschen wirksamen psychischen Kräfte aus islamischer Perspektive meist anhand der diesbezüglichen Ausführungen in den Werken des Sufismus dargestellt. Ein Einblick in die sunnitische Exegese-Literatur zeigt, dass die grundlegenden islamischen Seelenkonzepte durchaus als Mainstream gesehen werden können und in der vielfältigen islamischen Geistesgeschichte durchgängig beschrieben werden, auch wenn sich auch innerhalb der klassischen Literatur immer wieder neue Varianten im Verständnis psychischer Prozesse zeigen.

Schlüsselwörter: Islamisches Menschenbild, Seelenkonzeptionen, psychische Gesundheit und Krankheit, islamische Psychologie

Abstract

In this article, the entities of the human soul are considered from a Quranic exegetical perspective, contrasted and contextualized in the context of fundamental concepts regarding the Islamic conception of man; in addition, some ideas regarding the different states of the psyche are described. In the literature, the psychic forces from an Islamic perspective are mostly presented on the basis of the explanations in this regard in the works of Sufism. An insight into the Sunni exegesis literature shows that the basic Islamic concepts of the soul can certainly be seen as mainstream and are described consistently in the diverse Islamic intellectual history, even if new variants in the understanding of psychic processes continue to appear even within the classical literature.

Key Words: Islamic conception of man, conceptions of the soul, mental health and illness, Islamic psychology

¹ Dieser Text wurde ursprünglich in dem Band „Islamintegrierte Psychotherapie und Beratung“ (<https://www.psychosozial-verlag.de/3027>) unter dem Titel „Psychische Entitäten bei Koranexegeten – Ansätze zum islamischen Verständnis der Seele“ veröffentlicht und erscheint hier in angepasster Version und im Rahmen einer CC-BY-NC-ND-Lizenz, die eine kommerzielle Nutzung dieses Textes ausschließt.

Koranisches Menschenbild

Um die koranischen Konzepte der menschlichen Seele verständlich zu machen, ist zunächst eine Skizzierung des islamischen Menschenbilds nötig. Für das Wort »Mensch« gibt es im Arabischen unterschiedliche Ausdrücke, von denen im Koran am meisten der Begriff *‘insān* verwendet wird. Das Wort *‘insān* und seine Ableitungen kommen 58 Mal im Koran vor, Synonyme sind *bašar* und *ibn (banū) ‘ādam*. Es ist in der arabischen Linguistik umstritten, von welcher Wurzel der Begriff *‘insān* abstammt – entweder ist er auf die Wurzelradikale *‘-n-s* zurückzuführen, was auf die Bedeutung von »Geselligkeit« weist (der Mensch ist demnach von seiner Natur her auf soziale Kontakte, auf Gesellschaft und Koexistenz mit anderen angewiesen); ein anderer Ansatz verweist darauf, dass die Konsonanten *n-s-y* die morphologische Grundlage des Begriffes bilden, was auf »Vergesslichkeit« hindeutet (Fayūmī al-Muqri 1987). Damit verbunden ist die theologisch formulierte Grundannahme, dass der Mensch seinem Wesen nach vergesslich und bedürftig danach ist, immer wieder erinnert zu werden. Der Koran wird in diesem Sinn auch als »Erinnerung« bzw. »Mahnung« (arab. *dīkr*) bezeichnet, die dem wie oben beschrieben, vergesslichen Menschen das Wesentliche wieder ins Bewusstsein bringen soll: »Wir haben die Mahnung hinabgesandt. Und wir geben auf sie acht« (Koran 15:9). Der Mensch wird aus islamischer Sicht also von Gott ermahnt und erinnert, und diese »Kommunikationssituation, die der Koran schafft, ist bereits ein fundamentales Element muslimischer Anthropologie« (Zirker 1999, S. 97). Die Bereitschaft, sich ansprechen zu lassen, kann als wesentliches Merkmal seelisch-religiösen Heils gesehen werden. Aus theologischer Sicht soll der Mensch in seiner individuellen Verantwortlichkeit dazu aufgerufen werden, in einen Zustand des Gottesdienstes (arab. *‘ibāda* bzw. *‘ubūdiyya*) zu leben: »Und Ich habe die Dschinn und die Menschen nur dazu geschaffen, dass sie mir dienen« (Koran 51:56). Al-Ghazzali (2004) führt dies weiter aus und bezeichnet als die grundlegende Aufgabe des Menschen, sowohl mit dem Schöpfer als auch mit den Geschöpfen in richtiger Weise umzugehen.

Die doppelte Bedeutung des Begriffes *‘insān* deutet somit auf zwei Aspekte der *conditio humana*: Einerseits braucht der Mensch Gesellschaft und muss lernen, dieses Zusammenleben mit anderen Menschen bzw. Geschöpfen verantwortungsvoll zu gestalten, und andererseits neigt der Mensch zu Vergesslichkeit und verliert dabei das Bewusstsein für das

Zwei Aspekte der *conditio humana*:
Geselligkeit und Vergesslichkeit.

Wesentliche: Im Koran ist von einem »Urvertrag« zwischen Gott und den Menschen die Rede, welcher in der Exegeseliteratur als eine dem Menschen innewohnende Beziehung zum Transzendenten gesehen wird: »Und (damals) als dein Herr aus der Lende der Kinder Adams deren Nachkommenschaft nahm und sie gegen sich selber zeugen ließ! (Er sagte:) ›Bin ich nicht euer Herr?‹ Sie sagten: ›Jawohl, wir bezeugen es!« (Koran 7:172).

Richard Gramlich weist in diesem Zusammenhang auf die Annahme einer ursprünglichen seelischen Natur des Menschen hin: »Die Schöpfung der Urnatur, in die die Erkenntnis des einen Herrn eingesenkt ist, ist eine Art Naturvertrag, der eine naturrechtliche Pflicht zur Anerkennung und Verehrung des einen Gottes begründet« (Gramlich 2009, S. 229). In diesem Sinne besteht aus koranischer Perspektive die Notwendigkeit, die menschliche Seele

in ihrer Vergesslichkeit durch die Offenbarung (den Koran) an den ursprünglichen Bund mit Gott zu erinnern. Jene spirituellen Praktiken, die im Sufismus praktiziert und meistens als *dhikr* bezeichnet werden, sind darauf ausgerichtet, diese ursprüngliche Beziehung zwischen Mensch und Gott wieder ins Bewusstsein zu bringen (Böwering 2003).

Aus muslimischer Sicht benötigt der Mensch die Erinnerung in Form der Offenbarung, um mit seinen eigenen Schwächen umgehen zu können, auf die an zahlreichen Stellen im Koran hingewiesen wird: »Allah will euch Erleichterung gewähren. Der Mensch ist (ja) von

Der Mensch benötigt Erinnerung in Form der Offenbarung und zeichnet sich zugleich durch einen freien Willen aus.

Natur schwach« (Koran 4:28). Der Mensch ist also »gut und in der Lage, Gott zu erkennen. Andererseits ist er schwach und verführbar« (Berger 2010, S. 178). Eine Manifestation dieser Schwäche sind negativ konnotierte Eigenschaften, die im Koran folgendermaßen beschrieben werden: »Der Mensch ist ja stets voreilig« (Koran 17:11) und »Der Mensch ist seinem Herrn gegenüber wirklich undankbar (indem er ihm seine Wohltaten überhaupt nicht dankt) und bezeugt das (sogar selber). Und er ist

von heftiger Liebe zu den Gütern (dieser Welt) erfüllt« (Koran 100:6–8). Aufgrund der negativ konnotierten Eigenschaften des Menschen in der koranischen Rede, sprechen einige Autor:innen von einem »düsteren Menschenbild« (Tischler 2010, S. 36). Andererseits ist zu bemerken, dass der Mensch trotz aller erwähnten Schwächen und Unzulänglichkeiten laut koranischer Aussage ein von Gott geehrtes Wesen ist: »Und Wir haben ja die Kinder Adams geehrt« (Koran 17:70).

Die menschliche Natur ist also einerseits von problematischen Eigenschaften geprägt, zugleich aber wird dem Menschen im Koran eine besondere Würde und ein positives Potenzial zugeschrieben: »Der Mensch trägt damit seine ursprüngliche Würde in sich und zugleich ist sein Wesen unbestimmt und daher offen für Selbstverwirklichung und Weiterentwicklung« (Hajatpour 2013, S. 26). Grundlage dessen ist die Existenz des freien Willens, welcher nach Meinung des ägyptischen Koranexegeten al-Ša'rāwī (gestorben 1998) eines der wesentlichsten Merkmale darstellt, welches den Menschen von anderen Lebewesen unterscheidet, »es ist dieser Mensch, den Gott durch den Verstand und den freien Willen gegenüber allen anderen Lebewesen ausgezeichnet und geehrt hat« (al-Ša'rāwī 1997, S. 7681).

Aus dem bisher Gesagten ist also festzuhalten, dass dem Menschen in der koranischen Beschreibung bestimmte geistige und seelische Eigenschaften zu eigen sind, die zum Teil konflikthaft sind und ihn zum anderen auch positiv auszeichnen. Im Folgenden werden die wesentlichsten Begriffe dargelegt, in denen im Koran das menschliche Bewusstsein und die im Menschen wirksamen Kräfte beschrieben werden.

Psychische Entitäten im Koran

Die im koranischen Zusammenhang zentrale psychische Entität ist das »Herz« (arab. *qalb*): Das Wort lässt sich auf die Wurzelkonsonanten *q-l-b* zurückführen, welche auf die Bedeutung von »drehen« bzw. »wenden« hinweisen – damit ist das Konzept von Beweglichkeit, aber auch einer gewissen Instabilität in diesem Begriff des geistig-spirituellen

Herzens erkennbar. Al-Ghazzali (gestorben 1111) beschreibt das Herz als das Zentrum des Menschen, welches unterschiedlichen, zum Teil enorm gegenläufigen Impulsen und Bedürfnissen ausgesetzt ist und sich unterschiedlichen psychischen Potenzialen (wie spirituellen, emotionalen und körperlichen Bedürfnissen) zuwendet und von diesen entsprechend geprägt wird. Psychische Gesundheit werde dementsprechend durch die Schaffung einer Balance zwischen unterschiedlichen seelischen Impulsen erreicht (Ashy 1999). Zudem gilt das Herz in der *Tafsir*-Literatur auch als Sitz des Verstandes, was durch koranische Aussagen wie der Folgenden belegt wird: »Sie haben Herzen, mit denen sie nicht verstehen, Augen, mit denen sie nicht sehen und Ohren, mit denen sie nicht hören« (Koran 7:174). Wenn das Sehen die grundlegende Aufgabe des Auges und das Hören die Aufgabe des Ohres ist, so lässt sich darauf schlussfolgern, dass Verstehen im koranischen Verständnis die wesentlichste Tätigkeit des Herzens sein muss. Ibn 'Ašūr (gestorben 1973), ein einflussreicher Exeget des 20. Jahrhunderts, führt aus, dass der Begriff »Herz« im Koran »Bewusstsein«, »Denken« und »Verstand« umfasst – er spannt in diesem Zusammenhang einen Bogen von empirischem Wissen zum religiösen Denken: Auch wenn diese Fähigkeiten tatsächlich *im Gehirn* lokalisiert sind, so sei es doch das (körperliche) Herz, welches das Gehirn mit der Kraft des Bewusstseins versorgt (Ibn 'Ašūr 1984). Der Idealzustand des Herzens als zentrale psychospirituelle Struktur wird im vormodernen Tafsir als »heil von Götzendienst und Zweifel« bezeichnet (al-Qurṭubī 2006, S. 44).

Im Zusammenhang mit dieser psychospirituellen Entität *qalb* wird im Koran auch der Begriff »Krankheit« verwendet – an unterschiedlichen Stellen ist die Rede von »Krankheiten des Herzens« (Koran 2:10, 24:50, 47:20), ein Ausdruck, mit dem nach Tritton (1971) ein ungesunder innerer Zustand beschrieben wird. Doch nicht nur Krankheit, sondern auch der Zustand des »heilen Herzens« (Koran 26:89, 37:84) wird im Koran erwähnt.

Das Herz ist das Zentrum des Menschen.

Neben dieser Konzeption eines Herzens als dynamisch wirkendes psychisches Zentrum werden im Koran auch andere Ebenen seelischen (Er-)Lebens erwähnt: Das zumeist mit dem Begriff »Seele« (»Wesen«, »Ego«) übersetzte Wort *nafs* geht auf die Konsonanten *n-f-s* zurück, was mit dem »Atem« (arab. *nafas*), der »Lebenskraft«, aber auch mit dem Begriff »Selbst« zusammenhängt. Die körperliche Tätigkeit des Atmens eignet sich gut als Versinnbildlichung dessen, was unter *nafs* zu verstehen ist. Man erkennt eine Bewegung, welche den Austausch zwischen Körperinnerem und der umgebenden Umwelt ermöglicht. Im Hinblick auf die menschliche Psyche findet man in dem, was in der koranischen Terminologie als *nafs* bezeichnet wird, ebenfalls die Bedeutung von »Austausch«, »Kommunikation« und »Abgrenzung« in Beziehung zum Anderen.

Diese *nafs* wird im Koran im Zusammenhang von drei verschiedenen Zuständen erwähnt, welche den moralischen Zustand des Selbst charakterisieren:

1. die das Schlechte gebietende Seele (arab. *al-nafs al-ammāra bi-s-sū'*): Dieser Begriff beschreibt einen psychischen Zustand, der von dominanten Impulsen gekennzeichnet ist, welche im koranischen Sinn als »negativ«, »böse« bzw. »destruktiv« beschrieben werden: »Die Seele verlangt (nun einmal) gebieterisch nach dem Bösen – davon sind jene ausgenommen, derer mein Herr sich erbarmt. Er ist barmherzig und bereit

zu vergeben. (Koran 12:53; im Zitat wurde die Übersetzung Paret's für den Begriff *nafs* als »(Menschen-)Wesen« durch den üblicheren Begriff »Seele« ersetzt). Der osmanische Korankommentator Ismail Hakki Bursevi (gestorben 1725) beschreibt hier zunächst, dass der definite Artikel hier auf den Gattungsbegriff hindeutet, »nämlich alle Seelen, zu denen auch meine eigene Seele selbst gehört, ›rufen zum Schlechten auf‹, also zu hässlichen Handlungen und Sünden, weil die Seele (*nafs*) von ihrer Natur her großen Genuss am sinnlosen Dingen und an Gelüsten empfindet, und in diesem Sinne eine Neigung zu allen Arten von schlechten Taten hat.« Er belegt diesen Sachverhalt mit der Beobachtung menschlicher Verhaltensweisen und schreibt: »Wenn dem nicht so wäre, würden die Seelen der meisten Geschöpfe nicht ihren eigenen Lüsten dienen, in dem sie alle möglichen Tricks herausarbeiten, um ihre Lust zu befriedigen, und es würde nicht so viel Böses von ihnen hervorkommen« (Bursevi 1912 [1330h], S. 275).

2. die (sich selbst tadelnde) Seele (arab. *al-nafs al-lawwāma*): Mit diesem Begriff wird der Zustand eines Menschen beschrieben, der motiviert ist, den Weg der moralischen Läuterung zu beschreiten und die Fehler zu korrigieren, die er aus vorher beschriebener Impulshaftigkeit begangen hat: »Ich schwöre bei jeder reumütigen Seele« (Koran 75:2).
3. die Seele, die Ruhe und Frieden gefunden hat (arab. *al-nafs al-muṭma'inna*): Im koranischen Kontext wird damit ein seelischer Zustand beschrieben, in dem der Mensch im spirituellen Frieden und in innerer Beruhigung lebt: »O du Seele, die du Ruhe gefunden hast, kehre zu deinem Herrn zufrieden und mit Wohlgefallen zurück« (Koran 89:53).

Eine weitere psychische Entität, die im Koran beschrieben wird, ist die sogenannte *rūḥ*, oft übersetzt mit »Geist«: »Man fragt dich nach dem Geist. Sag: Der Geist ist Logos [arab. *amr*, M.K.] von meinem Herrn. Aber ihr habt nur wenig Wissen erhalten« (Koran 17:85). Die *rūḥ* wird in der Literatur als jener Aspekt der Seele beschrieben, welcher für spirituelle Erkenntnisse empfänglich ist: »[...] spiritual ideas descend first on the *rūḥ*, then pass to the heart because of the close connexion between them, then rise to the brain and are engraved on the tablet of memory« (Tritton 1971, S. 494).

Dem Seelenverständnis wohne unterschiedliche Aspekte inne.

Dieser Aspekt der Seele steht im Konflikt mit den »niedrigeren« Bedürfnissen der *nafs*. Etymologisch hängt der Begriff *rūḥ* mit dem Wort *rīḥ*, »Wind«, zusammen – während die *nafs* im Austausch mit der unmittelbar umgebenden Umwelt steht, entspricht die *rūḥ* analog zum Wind einer aus der Ferne entspringenden Bewegung, welche man als die transzendente Welt verstehen kann.

Das Herz – in sich beweglich und wendig – vermittelt also zwischen den spirituellen Impulsen der *rūḥ* und den profanen, oft negativ konnotierten Regungen der *nafs*. In diesem an sich konfliktreichen Prozess ist noch eine weitere Kraft beschrieben, welche die Aufgabe hat, ordnend und mäßigend zu wirken, nämlich der Verstand: Der Begriff '*aql*, meist mit »Verstand«, »Intellekt« oder »Ratio« übersetzt, kommt im Koran nicht in nominaler,

sondern lediglich in verbaler Form vor (etwa Koran 2:171, 13:4) und weist auf die Grundbedeutungen »etwas festzubinden« bzw. »fixieren« hin. Sachverhalte werden durch die auf dieser Ebene kognitiv miteinander in Verbindung gebracht bzw. an bestimmte Prinzipien gebunden; andererseits könnte man auch von einer regulierenden Kraft sprechen, mit der man sein eigenes Verhalten koordinieren und an übergeordnete Ideen binden kann. Die in Hinblick auf normative Bestimmungen zentrale Begrifflichkeit der religiösen Verantwortung des Individuums (arab. *taklif*) ist an die beiden Bedingungen der Geschlechtsreife (arab. *bulūġ*) und des Verstandes (arab. *ʿaql*) gebunden.

Entwicklung psychospiritueller Aspekte im Menschen

Spirituelle Entwicklung wird besonders in den Büchern des Sufismus als eine Transformation vom ersten zum dritten Zustand der Seele gesehen, nämlich von der inneren Neigung zum »Bösen« hin zum Zustand des zufriedenen (bzw. befriedeten) Inneren über den »Zwischenzustand« der tadelnden Seele (Ashy 1999). Wesentlich dabei ist das Grundkonzept der Dynamik der inneren Entwicklung des Menschen: »Wohl ergehen wird es ja jemandem, der sie [die Seele, M.K.] läutert« (Koran 91:9, hier in der Übersetzung nach Bubenheim & Elyas 2002). Die menschliche Natur wird also von Grund auf als konflikthaft angesehen, und zwar im Aspekt der *nafs* (des Austausches zwischen dem Selbst und dem Anderen), aber zugleich wird das Potenzial positiver Veränderung eingeräumt. Bursevi schreibt dazu: Je intelligenter ein Mensch sei und je höher sein Rang bei Allah sei, umso deutlicher bemerke er die Fehler seiner selbst; je bewusster man sich seiner eigenen Fehler sei, umso kritischer werde man sich selbst gegenüber und umso weniger neige man zu Selbstgefälligkeit (Bursevi 1912 [1330h], S. 278).

Der Autor des mystischen Tafsirs *al-Taʿwīlāt al-Naġmīyah*, Aḥmad b. ʿUmar Naġm ad-Dīn al-Kubrā (gestorben 1221), drückt den spirituellen Entwicklungsprozess der menschlichen Seele folgendermaßen aus (Angabe der Verszahlen durch den Autor ergänzt):

»Wenn nun das Morgengrauen der Rechtleitung inmitten der menschlichen Dunkelheit heranbricht und der Horizont des Herzens durch die ersten Lichtstrahlen erhellt wird, dann beginnt die Seele sich selbst für das Schlechte zu tadeln, was sie getan hat und bereut all das, was durch ihre herrschende Natur hervorgebracht wurde. Hierbei schenkt Gott dieser Seele Reue. Wenn nun die Sonne der göttlichen Fürsorge am Horizont der Rechtleitung emporsteigt, dann wird diese Seele inspiriert, da sie durch diese Sonne der göttlichen Fürsorge erhellt wird, und ihr Licht ›gibt ihr ihre Sündhaftigkeit und ihre Gottesfurcht ein‹ (Koran 91:8). Wenn nun die Sonne der Fürsorge auf den Zenit des Himmels der Rechtleitung emporsteigt und ›die Erde vom Licht ihres Herrn erstrahlt‹ (Koran 39:69), dann findet die Seele ihre Ruhe und wird bereit, die göttliche Rede zu vernehmen, in der gesagt wird: ›Der du (im Glauben) Ruhe gefunden hast (in anderen Übersetzungen: Doch du, o beruhigte Seele), kehre in Zufriedenheit und wohlgelitten zu deinem Herrn zurück‹ (Koran 89:27)« (Naġm al-Dīn al-Kubrā 2009, S. 339).

Diese Beschreibung der Stufen seelischer Entwicklung entspricht der Kategorie des Sufi-Tafsir und ist völlig auf religiöse Idealzustände ausgerichtet. Auf einer profaneren Ebene

wird diese »beruhigte Seele« im Sinne eines psychospirituellen Zustands innerer Ausgeglichenheit, Ruhe und Frieden beschrieben.

Ein koranisches Motiv in der positiven Veränderung der psychospirituellen Sphäre des Menschen ist der Verweis auf innere Ruhe durch Gottesgedenken – der im Kontext des zuvor erwähnten »Urvertrags« zu sehen ist: »Diejenigen, die glauben und deren Herz im Gedenken Allahs Ruhe findet – im Gedenken Allahs findet ja das Herz Ruhe« (Koran 13:28). Im Gegensatz dazu wird jenen Menschen, die sich vom Gedenken an Gott bzw. seiner Ermahnung (arab. *dīkr*) abwenden, eine Art von leidvollem Zustand vorausgesagt: »Wer sich aber von Meiner Ermahnung abwendet, der wird ein beengtes Leben führen« (Koran 20:124). Der persische Korankommentator al-Bağawī (gestorben 1122) erklärt diese Beengung so, dass dem Menschen als Konsequenz seiner Abwendung von Gott Zufriedenheit und Genügsamkeit entzogen werden und er deshalb in einen Zustand gerät, in dem er durch nichts mehr gesättigt werden kann und zudem durch seine schlechten Gedanken über Gott hoffnungslos wird (al-Bağawī 1989).

Eine wesentliche Konsequenz aus dem Gesagten ist die Tatsache, dass aus den koranischen Narrativen heraus das Selbst des Menschen als ein dynamisches System aufgefasst wurde – »as a structured, self regulated and evolving phenomenon« (Briki & Amara 2017, S. 836). Über die Beschreibung geistig-seelischer Entitäten hinaus finden sich im Koran auch andere Beschreibungen bestimmter geistig-seelischer Zustände wie geistige Unreife bzw. Einschränkung (Koran 4:5), innere Unachtsamkeit (Koran 18:28; 7:205) sowie verschiedene Emotionen wie Angst (Koran 16:112), Furcht (Koran 6:48), Ehrfurcht (Koran 2:40), Freude (Koran 32:17), Liebe (Koran 101:8) etc. Eine systematische Darstellung von Emotionen im Koran findet sich bei Bauer (2017).

Für psychische Krankheit im engeren Sinne wird im Arabischen meist das Wort *ğunūn* verwendet, im Koran findet der Begriff in den Berichten über jene Menschen Verwendung, die den Propheten als »verrückt«/»besessen« (arab. *mağnūn*) bezeichnen (Koran 44:14, 68:51, 7:184). Dieses Wort ist mit der Bezeichnung für die im Koran erwähnten

Geistwesen (arab. *ğinn*) verwandt (Koran 114:6); in diesem Zusammenhang wird auch das Phänomen »Magie« (arab. *sihr*) in den islamischen Primärquellen angesprochen (zum Beispiel Koran 2:102 im Kontext des religiösen Verbots derartiger Handlungen). Spirituelle Kausalattributionen bei psychischen Störungen spielen in muslimischen Communities eine nicht unbedeutende Rolle (Utsch, Bonelli & Pfeifer 2018) und finden sich auch in den islamischen Primärquellen: Am häufigsten wird im

Das Selbst des Menschen ist laut koranischen Narrativen ein dynamisches System.

Koran der Begriff *sihr* im Kontext der Schilderung der Begegnung zwischen Moses und Pharao erwähnt (Koran, 7:103ff., 20:57ff, 26:34ff.): »Er sagte: ›Werft (ihr zuerst)!‹ Und als sie geworfen hatten, bezauberten sie die Augen der Menschen (die zugegen waren) und machten ihnen Angst. Und sie brachten einen gewaltigen Zauber vor« (Koran 7:116). Der zeitgenössische ägyptische Koranexeget Muḥammad Mutawallī al-Ša'rāwī schreibt dazu: »Somit verändert Magie also nichts an der Wirklichkeit, sondern diese bleibt so, wie sie ist, und derjenige, der diese vollführt, sieht die Realität noch immer so, wie sie ist. Die

Menschen aber beginnen die Wirklichkeit aber anders zu sehen, als diese ist [...]« (al-Ša'rawī 1997, S. 4791f.).

Diese Aussage zeigt, dass *sihr* von al-Ša'rawī eher als psychologisches Phänomen denn als tatsächlicher Einfluss auf die Realität gesehen wird. Die Betonung der psychologischen Ebene dieses Phänomens findet sich in ähnlicher Weise schon bei Ibn Kaṭīr (gestorben 1373), der in der Erklärung dieses Verses eine Art von psychologischer Beeinflussung

spricht: »Sie [die Zauberer, M.K.] suggerieren den Menschen, dass sie in die objektive Realität eingreifen, in Wahrheit ist es aber nichts anderes als Illusion« (Ibn Kaṭīr 1999, S. 456); auch bei al-Bayḍāwī (gestorben 1286) heißt es: »[S]ie täuschten den Menschen die Wirklichkeit anders vor, als sie tatsächlich ist« (al-Bayḍāwī 2000, S. 564). Derartige Aussagen im Tafsīr sprechen also auch von einem vormodernen Verständnis von Magie im Sinne einer drastischen psychologischen Beeinflussung von Menschen

Eine Diskussion über Konzepte menschlicher Psyche in islamischen Primärtexten kann für eine islamische Psychologie wichtige Impulse liefern.

(Rahman & Moosa 2009). Der Glaube an die Existenz von unsichtbaren Wesen wie Engeln und Dämonen kann aus den entsprechenden koranischen Aussagen heraus verstanden werden und ist nicht nur dem Volksglauben in muslimischen Kulturen zuzuschreiben.

Nach dieser Darstellung einiger koranischer Begriffe für psychische Entitäten und Prozesse ist auch noch die geistesgeschichtlich wesentliche Konzeption der »Sunna des Propheten« zu nennen. In der diesbezüglichen Literatur finden sich ebenfalls Aussagen über die Natur der menschlichen Seele, der Rolle von Emotionen und psychischen Entitäten, in denen die im Koran erwähnten Begriffe näher ausgeführt werden.

Des Weiteren gewinnt man in der *Hadīth*-Literatur wesentliche Einblicke in die Konzeption eines »gesunden Seelenlebens« aus verschiedenen muslimischen Perspektiven. Der Prophet gilt in der klassischen islamischen Theologie als die vollkommene Verwirklichung von seelisch-spiritueller Balance und innerer Ausgeglichenheit – die entsprechenden Narrative beschreiben auch die psychische Konstitution jenes Menschen, der im Koran als »schönes Vorbild« für die Muslim:innen gilt (Applebaum 2009, S. 16f.). Systematische Untersuchungen zu Konzepten seelischer Gesundheit in den umfangreichen Werken der *Hadīth*-Literatur stehen aber noch aus.

Fazit

In der klassischen muslimischen Exegese-Literatur finden sich zahlreiche Hinweise auf Konzeptualisierungen der menschlichen Psyche. Diese durch die islamischen Primärtexte (Koran und *Hadīth*) geprägten Begriffe sind etymologisch zu analysieren und durch die akkumulierten Ausführungen vor allem in der *Tafsīr*-Literatur näher zu bestimmen. Es wurde überblicksmäßig gezeigt, dass in den islamischen Primärtexten unterschiedliche Instanzen seelischen (Er-)Lebens beschrieben werden, welche in teilweise konflikthaftem Verhältnis zueinander stehen und durch ein komplexes, teilweise auch heterogenes Konzept der menschlichen Psyche kontextualisiert dargestellt werden. Für die fundierte Diskussion über Konzepte einer »islamischer Psychologie« kann die Kenntnis der für den Themenbereich relevanten exegetischen Quellen wichtige Impulse liefern.

Literaturverzeichnis

- al-Bağawī, H. (1989). *Ma 'ālim al-tanzīl (Tafsīr al-Bağawī)*. Riyād: Dār Ṭaybah.
- al-Bayḍāwī, M. (2000). *'anwār al-tanzīl wa-asrār al-ta 'wīl (Tafsīr al-Bayḍāwī)*. Beirut: Dār al-mā'rifa.
- al-Ghazzali, A.H. (2004). *Bidāyat al-Nihāya*. Jeddah: Dār al-Minhāğ.
- al-Qurṭubī, M. (2006). *al-Ġāmi' li-'aḥkām al-Qur'ān wa-l-mubayyin li-mā taḍammāna min al-sunna wa-āyāt al-furqān (Tafsīr al-Qurṭubī)*. Beirut: Mu'assasat al-Risālah.
- al-Ša'rāwī, M. (1997). *Tafsīr al-Ša'rāwī*, Kairo: Dār aḥbār al-yawm, Idārat al-kutub wa-l-maktabāt.
- Applebaum, M. (2009). A phenomenological psychological study of Muslim leaders' attitudes toward connection with the Prophet Muhammad. Saybrook: Saybrook University.
- Ashy, M. (1999). Health and Illness from an Islamic Perspective. *Journal of Religion and Health* 38(3), 241–257.
- Bauer, K. (2017). Emotion in the Qur'an: An Overview. *Journal of Qur'anic Studies*, 19(2), 1–30.
- Berger, L. (2010). *Islamische Theologie*. Wien: Facultas.
- Böwering, G. (2003). The Scriptural »Senses«. In J.D. McAuliffe, B.D. Walfish & J.W. Goering (Hrsg.), *With Reverence for the Word: Medieval Scriptural Exegesis in Judaism, Christianity and Islam* (S. 346–365), Oxford: Oxford University Press.
- Briki, W. & Amara, M. (2017). Perspective of Islamic Self: Rethinking Ibn Qayyim's Three-Heart Model from the Scope of Dynamical Social Psychology. *Journal for Religious Health*, 57, 836–848.
- Bubenheim, F. & Elyas, N. (2004). *Der edle Quran und die Übersetzung seiner Bedeutungen in die deutsche Sprache*. Medina: König-Fahd-Komplex zum Druck des Koran.
- Bursevi, I. (1912 [1330h]). *Tafsīr Rūḥ al-Bayān*. Kairo: Matba'a 'Uṭmāniya.
- Fayūmī al-Muqri, A. (1987). *Al-miṣbāḥ al-munīr*. Beirut: Maktabat Lubnān.
- Gramlich, R. (2009). Der Urvertrag in der Koranlegung (zu Sure 7, 172–173). *Der Islam*, 60(2), 205–230.
- Hajatpour, R. (2013). *Vom Gottesentwurf zum Selbstentwurf: Die Idee der Perfektibilität in der islamischen Existenzphilosophie*. Freiburg: Karl Alber.
- Haque, A. (2018) *Psychology from an Islamic Perspective*. In S. Fernando & R. Moodley (Hrsg.), *Global Psychologies*, (S. 137–150). London: Palgrave Macmillan.
- Ibn 'Ašūr, M. (1984). *Tafsīr al-Taḥrīr wa t-tanwīr*. Tunis: al-dār al-tūnisīya li-l-našr.
- Ibn Kaṭīr, I. (1999). *Tafsīr al-Qur'ān al-'azīm*. Riyad: Dār Ṭaybah.
- Nağm ad-Dīn al-Kubrā Aḥmad b. 'Umar (2009). *al-Ta'wīlāt an-nağmiya fi t-tafsīr al-išārī aṣ-ṣūfī*. Beirut: Dār al-kutub al-'ilmīya.
- Paret, R. (1979). *Der Koran. Deutsche Übersetzung von Rudi Paret (12. Aufl.)*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Rahman, F. & Moosa, E. (2009). *Major Themes of the Qur'an*. Chicago: University of Chicago Press.
- Tischler, V. (2010). *Menschenbilder und Menschenrechte*. Frankfurt a.M.: S. Fischer.
- Tritton, A.S. (1971). Man, Nafs, Rūḥ, 'Aql. *Bulletin of the School of Oriental and African Studies*, 34(3), 491–495.
- Utsch, M., Bonelli, R.M. & Pfeifer, S. (2018). *Psychotherapie und Spiritualität: Mit existenziellen Konflikten und Transzendenzfragen professionell umgehen*. Berlin, Heidelberg: Springer.
- Zirker, H. (1999). Verantwortung und Schuld – Zur Anthropologie von Koran und Bibel. *Jahrbuch für Religionswissenschaft und Theologie der Religionen*, 7/8, 96–114.

Autorenkontakt

Martin Kellner
Universität Osnabrück
Institut für Islamische Theologie
Kamp 46/47
49074 Osnabrück
Kellner1111@gmail.com

Zitationsvorschlag

Kellner, Martin: Ansätze zum Verständnis der Seele in der Koranexegese. In: Jahrbuch für interkulturelle Ethik im Gesundheitswesen Jg. 4 / 2020/2021, S. 27-36.

**FACHARTIKEL****Kultur- und religionssensible Kommunikation mit demenziell erkrankten Muslim:innen¹***Hadil Lababidi***Zusammenfassung**

Kommunikation ist meist kulturspezifisch und betrifft verschiedene Ebenen von verbaler bis nonverbaler Kommunikation. Religiöse Besonderheiten spielen häufig ebenso eine Rolle. Eine besondere Herausforderung stellt die Kommunikation im Kontext der Demenz dar. Wenn Menschen von Demenz betroffen sind, kommunizieren sie insbesondere auf einer nonverbalen Ebene. Dieser Beitrag möchte Anreize für die pflegerische Praxis und Kommunikation liefern, wenn es darum geht, kultur- und religionssensibel mit demenziell erkrankten Muslim:innen umzugehen.

Schlüsselwörter: Demenz, Islam, Kommunikation, Kultur, Religion

Abstract

Communication is a cultural specific phenomenon and tangles different levels of verbal and non-verbal interactions. Religious particularities are thereby also at play. When people are facing dementia this communication becomes especially challenging, do people with dementia communicate mainly in non-verbal ways. This article, hence, points out different dimensions and thoughts for care and communication with people with dementia in ways of cultural and religious awareness.

Key Words: Dementia, Islam, Communication, Culture, Religion

Demenz und Muslim:innen

Dem Artikel sollen zunächst Vorüberlegungen zum Themenspektrum ‚Demenz und Menschen mit Demenz‘ mit muslimischem Glauben vorangestellt werden. Muslim:innen sind keine homogene Gruppe. Betrachtet man Muslim:innen in Deutschland, so wird deutlich, dass die Mehrheit aus unterschiedlichen Herkunftsländern stammt: Türkei, Bosnien, Serbien, arabischsprachige Länder und südasiatische und südostasiatische Länder. Auch innerhalb eines Landes gibt es häufig kulturelle Unterschiede, die sich zum Teil auch regional bemerkbar machen, wie etwa Stadt-Land-Unterschiede. Erwähnens-

¹ Die Erkenntnisse der Autorin beruhen nicht auf empirischer Forschung, sondern sind Ausführungen aus einer islamischen Perspektive darüber, wie eine kultur- und religionssensible Kommunikation mit demenziell erkrankten Muslim:innen vorstellbar wäre.

wert sind außerdem die konvertierten autochthonen Muslim:innen. Kurz gesagt: Muslim:innen sind eine heterogene Gruppe und von vielen kulturellen Vorstellungen geprägt.

Ein weiterer wichtiger Aspekt, der in der Interaktion mit Muslim:innen eine Rolle spielt, ist die Religionspraxis des jeweiligen Gegenübers. Hier stellt sich die Frage, wie stark die Glaubensvorschriften ausgelebt und praktiziert werden. Es ist anzumerken, dass eine

Muslim:innen sind keine
homogene Gruppe.

Person innerhalb ihrer Entwicklung ihren Glauben unterschiedlich ausüben kann, was von Variablen wie Lebensphase oder -ereignissen beeinflusst sein könnte. Dies kann dazu führen, dass religiöse Praktiken und Vorstellungen bei derselben Person in verschiedenen Lebensphasen stärker oder schwächer werden können. Wenn sich Menschen mit Demenz an eine dieser Episoden erinnern,

kann es vorkommen, dass die früher gelebte Glaubenspraxis zum Ausdruck kommt, obwohl sie vor Eintritt der Erkrankung andere Vorstellungen pflegten.

Schließlich soll ein Punkt angemerkt werden, der bei Muslim:innen mit Demenz eine Rolle spielen kann. Im Laufe der Erkrankung wird die erlernte Zweitsprache ‚verlernt‘ und die Person kommuniziert in ihrer Muttersprache. So kann es vorkommen, dass Deutsch als Zweitsprache nicht mehr abgerufen werden kann.

Demenzformen und -stadien

Mit steigendem Alter erhöht sich das Risiko, an einer Demenz zu erkranken. Die Internationale Alzheimer-Vereinigung (ADI) schätzt die Zahl der Demenzerkrankten weltweit im Jahr 2019 auf mehr als 50 Millionen und prognostiziert für 2050 eine Verdreifachung dieser Zahl (World Alzheimer Report 2019, S. 13). Diese Entwicklung geht einher mit dem demographischen Wandel, der inzwischen auch Muslim:innen betrifft. Mit besonderem Blick auf Deutschland kann prognostiziert werden, dass mehr Menschen mit muslimischem Glauben an einer Demenz erkranken werden.

Demenz ist eine fortschreitende Erkrankung des Gehirns. Die häufigsten der verschiedenen Typen, wie z. B. die Alzheimer-Krankheit, verursachen eine progressive Verschlechterung der kognitiven Fähigkeiten, die mit Gedächtnisverlust, Kommunikationsproblemen, Persönlichkeitswandel und motorischen Störungen verbunden ist. Das Nachlassen von Konzentration, Sprechfähigkeit und Urteilsvermögen sowie die Schwierigkeiten beim abstrakten Denken erschweren die Kommunikation im Verlauf der Krankheit zunehmend (Radman 2010, S. 17–52).

Demenz als Oberbegriff umfasst eine Vielzahl von Unterformen wie etwa Alzheimer-Demenz oder Lewy-Körperchen-Demenz. Der Großteil ist neurodegenerativ und mit einem irreversiblen Abbau von Nervenzellen verbunden. Lediglich die sekundäre Demenzform tritt aufgrund einer Grunderkrankung auf und wird beispielsweise ausgelöst durch Vitaminmangel. Ist es möglich, diese zu behandeln, kann diese Form der Demenz heilbar sein. Dieser Artikel beschränkt sich auf kommunikative Besonderheiten bei der Alzheimer-Demenz, da sie die häufigste Demenzform ist.

Die Diagnose der Demenz und Differenzierung von Alterserscheinungen ist sowohl für die Betroffenen als auch die Angehörigen von Bedeutung. Zum einen kann dies dazu dienen, das veränderte Verhalten und die abnehmenden geistigen Fähigkeiten im Fall der Diagnose der Demenz einer Krankheit zuzuordnen. Im Islam hat eine Krankheit im medizinischen Kontext einen anderen Stellenwert als das ‚hohe Alter‘. Die autoritativen Quellen im Islam – der Koran und der *Hadith* (Taten und Aussprüche des Propheten Muhammads) – sind für das muslimische Krankheitsverständnis ebenfalls von Belang. Ein Prophetenausspruch besagt, dass Gott für jede Krankheit ein Heilmittel herabgesandt habe, außer für das hohe Alter (Ibn Qaiyim al-Ğawziyya, Abū ‘Abdallāh Shams ad-Dīn Muḥammad b. Abī Bakr, S. 8). Demnach ergibt sich für Krankheiten ein anderer Status als für Alterserscheinungen. Demenz als Krankheit ist zwar nicht heilbar, jedoch erweisen sich viele Therapien als sinnvoll, um die typischen Symptome wie Schlaf-Nacht-Umkehr zu behandeln (Stoppe und Maeck 2007a, S. 34). Sobald also eine Demenz diagnostiziert wird, steht der Inanspruchnahme von medizinischen Behandlungen aus muslimischer Sicht wenig entgegen.

Ein Prophetenausspruch besagt, dass Gott für jede Krankheit ein Heilmittel herabgesandt habe, außer für das hohe Alter.

Schließlich ermöglicht die Diagnose der Erkrankung den Betroffenen und ihren Angehörigen, sich auf die sehr wahrscheinlich eintretende Pflegebedürftigkeit vorzubereiten. Da viele Menschen mit Demenz häuslich gepflegt werden, kann so geprüft werden, ob genügend Wohnraum zur Verfügung steht und in diesem Zuge mögliche Gefahrenquellen eruiert

werden, geplant werden, die Pflege auf mehrere Verwandte zu verteilen, ambulante Pflegedienstleistungen und Tagesstätten in Anspruch zu nehmen und sie über Besonderheiten im Umgang mit muslimischen Patient:innen zu informieren (Laabdallaoui und Rüschoff 2009, S. 97).

Eine (frühe) Diagnose kann auch negative Auswirkungen haben:

„Das Wissen um eine positive Diagnose kann dem Patienten erhebliche Sorgen bereiten. Die noch vorhandene Entscheidungsfähigkeit und die noch relativ gut ausgeprägten kognitiven Fähigkeiten zum Zeitpunkt einer frühen Demenzdiagnose können den Betroffenen in eine Depression stürzen“ (Schmidhuber 2015, S. 110).

Trotz der möglicherweise dramatischen Auswirkung einer Diagnose kann die Feststellung, dass eine Krankheit beispielsweise Persönlichkeitsveränderungen hervorruft, sinnstiftend wirken. Des Weiteren kann die eigene Lebensqualität für eine gewisse Zeit erhalten werden, wenn wirksame Therapien angenommen werden. Schließlich können sich pflegende Angehörige auf die verändernde Situation frühzeitig einstellen.

Medizinisches vs. integratives Konzept der Demenz

Das vorgestellte Krankheitsbild der Alzheimer-Demenz stammt aus der Humanmedizin und reduziert den Menschen auf seine körperliche und geistige Leistungsfähigkeit – ohne Betrachtung seiner kulturellen und religiösen Wertvorstellungen. Kritik an diesem Modell kommt in jüngster Vergangenheit unter anderem aus der christlichen Theologie,

wie von Verena Wetzstein. Sie schlägt eine ganzheitliche Sicht auf Menschen mit Demenz vor:

„Um eine ganzheitlichere Sicht auf die Demenz-Problematik und einen integrativen Umgang mit dementen Menschen zu ermöglichen, schlägt der vorliegende Ansatz vor, in einem ersten Schritt auf Prinzipien eines ganzheitlichen Menschenbildes hinzuweisen, auf dessen Fundament ein veränderter Umgang mit der Demenz-Problematik möglich wird oder werden sollte“ (Wetzstein 2010, S. 61).

Wetzsteins integratives Konzept der Alzheimer-Demenz unternimmt den Versuch, den Menschen mit Demenz in den Mittelpunkt zu stellen und sich auf seine vorhandenen Fähigkeiten, Wünsche und Bedürfnisse zu konzentrieren. Dieser Beitrag hat nicht zum Ziel, ein integratives Konzept der Demenz im Islam zu untersuchen. Dennoch sollen die Grundzüge des Menschen- und Gottesbildes im Islam im Kontext von Krankheit und Behinderung vorgestellt werden, da sie für den Umgang und der Kommunikation mit Menschen mit Demenz relevant sind.

Dem menschlichen Wesen kommt eine unverlierbare Würde zu, da ihm bei der Erschaffung der göttliche Odem eingehaucht worden ist.

Das muslimische Menschenbild bezieht sich auf die Überzeugung, dass der göttliche Odem dem Menschen bei seiner Entstehung eingehaucht wird (Q 32:9; 15:29; 38:72).² In diesem Moment beginnt das Menschsein. Aufgrund dieses göttlichen Aktes kommt jedem menschlichen Wesen die inhärente Würde zu, die unverlierbar ist, sprich, sie ist unabhängig von seinen kognitiven Fähigkeiten stets vorhanden. Krankheiten und Behinderungen – sowohl körperliche als auch geistige, wie im Fall der Demenz – sind nach muslimischem Glaubensverständnis von Gott gesandt. Dem Gottesbild im Islam zufolge sind Leiden als Herabsendung ohne jeglichen Strafcharakter anzusehen.

Stadien der Alzheimer-Krankheit und Kommunikationsprobleme

Bevor der Ansatz der kultur- und religionssensiblen Kommunikation bei Muslim:innen mit Demenz vorgestellt wird, soll ein Überblick über die Stadien der Alzheimer-Krankheit mit besonderem Blick auf kommunikatorische Veränderungen gegeben werden. Häufig unterscheidet die Fachliteratur drei Stufen der Demenz: leichte, mittelschwere und schwere Demenz. In der ersten Phase der Demenz sind Wortfindungsschwierigkeiten bemerkbar. Zum Beispiel werden zunehmend Wörter ersetzt und die erlernte Zweitsprache wird verlernt. So kann es vorkommen, dass Deutschkenntnisse bei denjenigen abnehmen, die mit einer Fremdsprache als Muttersprache aufgewachsen sind. Im Verlauf der Krankheit werden die motorischen Veränderungen dahingehend bemerkbar, dass die Aussprache undeutlich wird. Außerdem fehlt zunehmend der Kontext im Gesprochenen. Schließlich wird wenig oder gar nicht mehr verbal kommuniziert. Die Gründe können vielfältiger Natur sein: von motorischen Schwierigkeiten bis hin zum

² Zitate aus dem Koran (hier mit Q für arab. *al-Qur'ān* abgekürzt) folgen der Übertragung von Hartmut Bobzin (2017).

Gefühl des Nicht-Verstanden-Werdens. Deshalb gilt es, neben der Abklärung beispielsweise möglicher schmerzhafter Zahnprothesen, auch die eigenen Kommunikationsformen an das Gegenüber anzupassen.

Formen der Kommunikation und Kommunikation bei Demenz

Im Idealfall setzt sich Kommunikation aus einem Sendenden und einem Empfangenden zusammen. Ersterer sendet eine Botschaft, die der zweite empfängt und bestenfalls z.B. in Form einer Antwort oder Frage rückmeldet. Die Kommunikation mit Menschen mit Demenz verschlechtert sich mit der Zeit:

„Es gibt keine ‚Rezepte‘ zur Kommunikation mit demenzkranken Menschen.“

„Mit fortschreitender Demenz ergeben sich Schwierigkeiten bei allen vier Schritten der Kommunikation. Um nur einige Beispiele anzuführen: Schon zu Beginn einer Demenz ist die Darbietung durch auftauchende Wortfindungsstörungen beeinträchtigt, die Aufmerksamkeit kann nicht mehr gut verteilt werden, komplexe Sätze werden nicht mehr verstanden und das kurzzeitige Behalten, das für die Kommunikation so wichtig ist, bereitet immer mehr Schwierigkeiten“ (Haberstroh et al. 2016, S. 34).

Im Verlauf der Demenzerkrankung werden neue Informationen zunehmend gestört verarbeitet und gespeicherte Informationen schlechter abgerufen. Dennoch ist Kommunikation möglich. Hier sei darauf hinzuweisen, dass jeder Mensch individuell zu betrachten ist. Julia Haberstroh und ihre Kollegen zeigen die Herausforderungen auf und geben zahlreiche praktische Hilfestellungen für die Kommunikation. Gleichzeitig betonen sie: „Es gibt keine ‚Rezepte‘ zur Kommunikation mit demenzkranken Menschen“ (Haberstroh et al. 2016, S. 36). Im Zuge ihrer Beobachtungen schließen sie, dass Menschen mit Demenz auf eine andere Weise kommunizieren. Zum Beispiel sehen sie die Stärke in der nonverbalen und Beziehungsebene, die Zuneigung in einfachen, kurzen Sätzen ausdrückt. Verstanden werden können ebenfalls kurzgehaltene Aussagen. Zentral ist hierbei, dass Menschen bis zuletzt emotional ansprechbar sind. Diese Fähigkeit gilt es im Umgang mit Menschen mit Demenz zu nutzen und somit die Gefühlsebene anzusprechen.

Kultur- und religionssensible Kommunikation mit demenziell erkrankten Muslim:innen

Im folgenden Abschnitt sollen die Ausführungen der Autorin – ohne Anspruch auf Vollständigkeit – vorgestellt werden, wie eine kultur- und religionssensible Kommunikation mit demenziell erkrankten Muslim:innen gelingen könnte. Diese sind als Anreize sowohl für pflegende Angehörige als auch für Pflegekräfte gedacht, ohne bisherige Pflegeansätze in die Kritik stellen zu wollen. Hierfür werden drei Aspekte als wesentlich erachtet:

1) Multi-sensorische Kommunikation

- 2) Transkulturelle Kommunikation
- 3) Wohlbefinden erzeugende Atmosphäre

Multi-sensorische Kommunikation

Als erstes sollen das Kommunikationsmodell bei Rationalitätsverlust nach Klaus Depping vorgestellt und die Überlegungen der Autorin dargestellt werden, welche Interaktionswege für Menschen mit muslimischem Glauben sinnvoll sind. Darunter zählt er visuelle, haptische und prosodische Annäherungsmittel sowie Musik und ein symbolisches Handlungsgeschehen (Depping 2009, S. 365–384). Bei allen Dialogwegen soll jedoch darauf geachtet werden, welche biografisch relevanten Besonderheiten zu berücksichtigen sind.

Interaktion und Kommunikation mit an Demenz erkrankten Personen bedarf eines besonderen Fingerspitzengefühls.

Erkenntnisse aus der Neurowissenschaft zufolge verfüge der Mensch über zwei optische Wahrnehmungswege: 1) ein reflexives Verarbeiten des Bildes, und 2) eine intuitive Wahrnehmung des Stimmungsgehaltes. Vorstellbar wäre, etwa Fotografien der Heimatorte mit markanten Gebäuden wie die Moschee im Viertel darzubieten, um Erinnerungen aus dem Langzeitgedächtnis abzurufen.

Als einen haptischen Abrufreiz könnte Muslim:innen, wenn sie in der Vergangenheit eine Gebetskette zum Gebet und der Lobpreisung Gottes verwendet haben (arab. *misbaḥa*), eine solche dargeboten werden.

Wenn man davon ausgeht, dass die Hörfähigkeit lange erhalten bleibt, auch wenn die Sprache nicht mehr verstanden wird, ist eine Ansprache des dementen Menschen bis zuletzt sinnvoll, weil emotionale Sprachverwertung erhalten bleibt (Depping 2009, S. 374–375). Als prosodisches Kommunikationsmittel vorstellbar wäre – auch im Falle eingeschränkter Bewegungsfähigkeit – zum Beispiel das Vorspielen des Freitagsgebet aus dem Radio. Auf diesen Aspekt soll später unter dem Abschnitt Wohlbefinden erzeugende Atmosphäre weiter eingegangen werden.

Des Weiteren erfüllt Musik zwei Zwecke als kommunikatorisches und therapeutisches Mittel: Zum einen können Erinnerungen an Liedtexte wachgerufen werden. „Menschen mit Demenz im mittleren bis späten Stadium können manchmal nicht mehr sprechen, aber können ohne Weiteres ein Gute-Nacht-Lied von Anfang bis Ende singen“ (Haberstroh et al. 2016, S. 45); zum anderen hat sie eine beruhigende Wirkung bei Unruhezuständen und Angst (Stoppe und Maeck 2007b, S. 55). Musik hat eine andere Bedeutung für die heutige Generation demenziell erkrankter Menschen: Sie „hat Musik in ihrer Kindheit anders erfahren als spätere Generationen. In der Familie, aber auch in der Freizeit wurden oft Volkslieder gesungen, und es wurde viel musiziert“ (Fröhlich-Güzelsoy 2015, S. 82). Vorstellbar wäre hier, jene biografisch relevante Musik einzusetzen, die diese Person aus der Vergangenheit kennt und mit der sie positive Emotionen verbindet.

Zuletzt zählt bei vielen Muslim:innen symbolisches Handlungsgeschehen zu Erfahrungen, die sie bereits im Kindesalter gemacht haben, wie das Erlernen von Gebetsritualen, die auch während einer fortschreitenden Demenz lange erhalten bleiben können (Depping 2009, S. 379). Hierbei ist es mitunter sinnvoll, den Betroffenen die Gebetsausführung, wenn gewünscht, zu ermöglichen und sie beim Gottesdienst zu integrieren. Zu betonen sei es, dass zwar Hilfestellungen angeboten werden sollten, ohne jedoch auf Fehler wie etwa die korrekte Anzahl der Niederwerfungen hinzuweisen.

Wie bei den vorher genannten Interaktionsformen ist auch der somatosensorische Kommunikationsweg mit einer gewissen Vorsicht zu beschreiten. Zum einen kann Körperkontakt Wärme spenden und das Gefühl der sozialen Isolation verhindern. Denn auch unter Demenz, so Depping,

„ist der Mensch ‚geistlich empfänglich etwa für die Zuwendung, die sich in einer Berührung ausdrückt‘. [...] Es geht nicht um streicheln, kraulen oder tätscheln. All das kann als Manipulation oder Einengung erlebt werden. Der Mensch fühlt sich geachtet und gut versorgt. Es entsteht ein Gefühl wie bei einem kleinen Kind, dass die Mutter nach dem Stillen sanft in die Arme nimmt“ (Depping 2009, S. 381).

Zum anderen gilt es zu berücksichtigen, dass manche Menschen – über alle Kulturen hinweg – Körperkontakt als übergriffig empfinden. Andere sind für körperliche Nähe mit Personen des gleichen Geschlechts empfänglich und wünschen sich gleichgeschlechtliche Pflege, insbesondere bei intimer Hygiene. Zusammenfassend gilt es, wie bei den vorher genannten Punkten, mit Fingerspitzengefühl individuell auf Betroffene zuzugehen, um Grenzen abzustecken und Präferenzen aufzuspüren.

Transkulturelle Kommunikation

Kommunikation mit demenziell erkrankten Menschen mit Migrationshintergrund erfordert nach Dibelius transkulturelle Kommunikation und Kompetenz (Dibelius 2013, S. 28–29). Dieser dynamische Kulturbegriff setzt eine Interaktion mit einem Gegenüber voraus und wird wie folgt definiert:

Die ‚Flügel der Demut‘ als ideale innere Haltung des Kommunizierenden.

„Transkulturalität beschreibt kulturelle Prozesse als flexibles, individuelles Kondensat aus biografischen, soziografischen und ökonomischen Faktoren, welches in Situationen immer neu verhandelt wird“ (Uzarewicz/Uzarewicz 2001, S. 170, zit. in: Dibelius 2013, S. 28).

Einerseits sind also Vorannahmen über kulturelle Besonderheiten von Vorteil, da viele Menschen diese Gemeinsamkeiten teilen und es ein Gefühl der Anerkennung vermitteln kann, wenn diese geachtet werden. Andererseits sind Pauschalisierungen zu vermeiden, denn es gibt zum Beispiel nicht ‚den‘ oder ‚die‘ türkische:n Patient:in. Vorannahmen sind etwa über gewisse Vorbehalte bei Körperkontakt mit dem anderen Geschlecht hilfreiche Informationen. Jedoch sollten diese Kenntnisse auch situationsbedingt kritisch hinterfragt werden, mit dem Ziel, das Wohl des Betroffenen zu fördern. So kann diese Vorannahme also allgemein hilfreich sein, aber in Situationen mit herausforderndem Verhal-

ten könnte eine Berührung eines ‚neutralen‘ Körperteils wie der Schulter beruhigender wirken als der Verzicht auf Körperkontakt. Kultur und Religion sind schließlich nicht monolithisch zu begreifen; sie sind vielfältig und in ihrer Ausgestaltung sehr individuell. Insgesamt erfordert daher die transkulturelle Kommunikation eine personenzentrierte Pflege.

Wohlbefinden erzeugende Atmosphäre

Abschließend sollen Überlegungen für eine Wohlbefinden erzeugende Atmosphäre bei dem oder der Empfänger:in erläutert werden. Im Koran finden sich Aufforderungen zur freundlichen Ansprache (arab. *qawl al-karīm*), insbesondere gegenüber Menschen höheren Alters oder mit Behinderung (Q 17:23–24, 4:5, 9). Das betrifft sowohl verbale als auch nonverbale Kommunikation, von der Wortwahl über die Körpersprache bis hin zur Tonlage. All dies setzt eine innere Haltung der Kommunizierenden voraus, die der Koran mit der Metapher der ‚Flügel der Demut‘ (arab. *ġanāḥ aḍ-ḍull*) in Sure 17, Vers 23–24 wiedergibt:

Die verbale Kommunikation muss mit der inneren Haltung harmonisieren.

„Beschlossen hat dein Herr, dass ihr ihm allein dienen sollt und dass ihr eure Eltern gut behandelt. Wenn sie alt geworden sind bei dir, gleichviel ob einer oder beide, so sag nicht „Pfui!“ zu ihnen, und fahre sie nicht an! Gebrauche ihnen gegenüber nur edle Worte. // Und senke herab die Fittiche der Demut, aus Erbarmen, und sprich: „Mein Herr! Erbarm dich ihrer, so wie sie mich von klein an aufgezogen!“

Dieser Koranstelle zufolge werden Kinder von Gott aufgefordert, mit ihren (hochbetagten) Eltern zärtlich umzugehen und sie barmherzig anzusprechen. Diese Aufforderung spiegelt wider, dass die Fürsorge und die Barmherzigkeit für die eigenen Nachkommen beinahe jedem Geschöpf angeboren sind. Allerdings müssten Kinder im Erwachsenwerden diese Haltung gegenüber ihren Eltern erlernen, da diese Gegenseitigkeit nicht ‚von Natur aus‘ gegeben ist. Nach muslimischem Verständnis seien Menschen dazu veranlagt, im Erwachsenenalter diese Einstellung einzunehmen, was sie innerhalb der Schöpfung auszeichnet.

Eine andere Koranstelle betrifft die Kommunikation und den Umgang mit Menschen mit Behinderung. Einem Herabsendungsanlass zufolge pflegten die Muslimen mit Muḥammad, dem Gesandten Gottes, zum Kampf zu gehen, weshalb sie bei den chronisch Kranken die Schlüssel ihrer Häuser ließen und ihnen sagten: „Wir erlauben euch das zu essen, was ihr möchtet“. Die chronisch Kranken sagten jedoch: „Es ist uns nicht gestattet, davon zu essen, weil sie es uns nicht von Herzen gern erlaubt haben.“ Daraufhin soll Sure 24, Vers 61 herabgesandt worden sein:

„Für den Blinden, den Lahmen, den Kranken und für euch selber besteht kein Anstoß darin, in euren Häusern zu essen oder in den Häusern eurer Väter, eurer Mütter, eurer Brüder, eurer Schwestern, eurer Vatersbrüdern, eurer Vaterschwwestern, eurer Mutterbrüder, eurer Mutterschwwestern, oder in denen, für die ihr einen Schlüssel habt, oder in denen eurer Freunde! Es ist für euch kein Verge-

hen, zusammen oder getrennt zu essen. Wenn ihr in die Häuser geht, dann sprecht über euch gegenseitig einen Gruß aus, der von Gott kommt und gut und voller Segen ist. So erläutert euch Gott die Verse. Vielleicht begreift ihr ja.“

In diesem Offenbarungsanlass geht es um eine Situation, in der kampffähige Menschen in den Krieg gezogen sind. Davor sollen sie Menschen mit Behinderung die Schlüssel ihrer Häuser überlassen und die darin enthaltenen Lebensmittel angeboten haben. Da letztere jedoch einen gewissen Vorbehalt spürten, fühlten sie sich gehemmt und hielten sich zurück. Der daraufhin herabgesandte Vers soll an diejenigen Menschen appellieren, die diese Scham erzeugt und ein Gefühl des Ausgeschlossenseins vermittelt haben. Kurz gesagt, die verbale Kommunikation muss mit der inneren Haltung harmonisieren. Erst dann ist die Voraussetzung dafür geschaffen, Wohlbefinden bei dem oder der Empfänger:in zu erzeugen.

Zusammenfassung und Ausblick

Zusammenfassend sollen die vorhandenen Stärken in der multi-sensorischen Kommunikation größtmöglich genutzt werden. Dazu erfordert es einen kreativen Einsatz von Kommunikationsmitteln. Des Weiteren sollten interkulturelle Kenntnisse gefördert werden, um im nächsten Schritt eine transkulturelle Kompetenz zu erwerben. Das heißt, dass die gewonnenen Vorannahmen stets situationsbedingt kritisch zum Wohle des Betroffenen hinterfragt werden sollen. Zusätzlich ermöglicht ein personenzentrierter Ansatz, die Präferenzen und Bedürfnisse in einer Biographiearbeit zu ermitteln. Diese Vorgehensweise kann hilfreich sein, um die biografisch relevanten Angaben mit interkulturellem Vorwissen in Einklang zu bringen. Schließlich sollte allen Kommunikationsmitteln die eigene innere wohlwollende Haltung bei der Interaktion als eine ‚Schlüssel-eigenschaft‘ zugrunde liegen. Es bedarf speziell bei Menschen mit Demenz besonderen Einfühlungsvermögens. Schließlich kann diese verinnerlichte Einstellungsänderung in der Interaktion mit den Betroffenen positiv wirken:

„Gelingt es, sich auf die Erlebniswelt Demenzkranker einzustellen, die Umgebung mit ihren Augen zu sehen und sich darauf einzurichten, kann man viele Probleme im Umgang mit ihnen vermeiden“ (Laabdallaoui und Rüschoff 2009, S. 93).

Literaturverzeichnis

- Bobzin, Hartmut (Hrsg.): Der Koran. Neu übertragen von Hartmut Borzin. München: Beck 2017.
- Depping, Klaus: Demenz: Seelsorgerliche Kommunikation bei Rationalitätsverlust. In: Klie, Thomas; Kumlehn, Martina; Kunz, Ralph (Hrsg.): Praktische Theologie des Alterns. De Gruyter, Berlin / New York 2009 (Praktische Theologie im Wissenschaftsdiskurs, 4), S. 365–384.
- Dibelius, Olivia: Demenz und Migration: Ethische, psychosoziale und gesellschaftliche Herausforderungen. In: Matter, Christa; Piechotta-Henze, Gudrun (Hrsg.): Doppelt Verlassen? Menschen mit Migrationserfahrung und Demenz. Berlin: Schibri-Verlag 2013 (Berliner Beiträge zu Bildung, Gesundheit und Sozialer Arbeit, XIII), S. 22–30.
- Engel, Sabine: Alzheimer & Demenzen. Die Methode der einfühlsamen Kommunikation. 2. Aufl. Stuttgart: Trias 2006.

- Fröhlich-Güzelsoy, Leyla: Musik- und Erinnerungstherapie bei demenziell erkrankten Patient*innen mit Migrationsgeschichte. Ethische Desiderate der Demenzbehandlung. In: Frewer, Andreas; Bergemann, Lutz; Schmidhuber, Martina (Hrsg.): Demenz und Ethik in der Medizin. Standards zur guten klinischen Praxis. Würzburg: Königshausen & Neumann 2015 (Jahrbuch Ethik in der Klinik, 8), S. 73–96.
- Haberstroh, Julia; Neumeyer, Katharina; Pantel, Johannes: Kommunikation bei Demenz. Ein Ratgeber für Angehörige und Pflegende. Unter Mitarbeit von Tina Pfeiffer. 2. Aufl. Berlin / Heidelberg: Springer 2016.
- Ibn Qaiyim al-Ġawziyya, Abū ‘Abdallāh Shams ad-Dīn Muḥammad b. Abī Bakr: aṭ-Ṭibb an-Nabawī. Beirut: Dār al-fikr s. d.
- Laabdallaoui, Malika; Rüschoff, Ibrahim: Ratgeber für Muslime bei psychischen und psychosozialen Krisen. Mössingen: Edition Bukhara 2009.
- Radman, Ivana: Demenz: Medizinische Fakten zu einem komplexen Problem. In: Christen, Markus; Osman, Corinna; Baumann-Hölzle, Ruth (Hrsg.): Herausforderung Demenz. Spannungsfelder und Dilemmata in der Betreuung demenzkranker Menschen. Interdisziplinärer Dialog – Ethik im Gesundheitswesen. Bern: Peter Lang 2010, S. 17–52.
- Schmidhuber, Martina: Neuroimaging für eine frühe Diagnose der Alzheimer-Demenz? In: Ach, Johann S.; Lüttenberg, Beate; Nossek, Alexa (Hrsg.): Neuroimaging und Neuroökonomie. Grundlagen, ethische Fragestellungen, soziale und rechtliche Relevanz. Berlin: LIT 2015. (Münsteraner Bioethik-Studien, 14), S. 103–120.
- Stoppe, Gabriela; Maeck, Lienhard: Nicht-pharmakologische Therapie bei Alzheimer-Demenz. In: Die Psychiatrie 4 / 2007a, Heft 1, S. 33–36.
- Stoppe, Gabriela; Maeck, Lienhard: Therapie von Verhaltensstörungen bei Menschen mit Demenz. In: Zeitschrift für Gerontopsychologie und -psychiatrie 20 / 2007b, Heft 1, S. 53–58.
- Uzarewicz, Charlotte/Uzarewicz, Michael: Transkulturalität und Leiblichkeit in der Praxis. In: Intensiv. Fachzeitschrift für Intensivpflege und Anästhesie 4 / 2001, S. 168–175.
- Wetzstein, Verena: Alzheimer-Demenz: Perspektiven einer integrativen Demenz-Ethik. In: Christen, Markus; Osman, Corinna; Baumann-Hölzle, Ruth (Hrsg.): Herausforderung Demenz. Spannungsfelder und Dilemmata in der Betreuung demenzkranker Menschen. Interdisziplinärer Dialog – Ethik im Gesundheitswesen. Bern: Peter Lang 2010, S. 53–69.
- World Alzheimer Report. In: Alzheimer’s Disease International. London: Alzheimer’s Disease International 2019.

Autorenkontakt

Hadil Lababidi
 Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg
 Department Islamisch-Religiöse Studien
 Nägelsbachstr. 25
 91052 Erlangen
 Hadil.Lababidi@fau.de

Zitationsvorschlag

Lababidi, Hadil: Kultur- und religionssensible Kommunikation mit demenziell erkrankten Muslim:innen. In: Jahrbuch für interkulturelle Ethik im Gesundheitswesen Jg. 4 / 2020/2021, S. 37-46.



ERFAHRUNGSBERICHT

Choof – im Deutschen: Angst¹

Burkhard Hofmann

Zusammenfassung

Der Artikel informiert über Erkenntnisse aus der über zehnjährigen Arbeit des Autors als Facharzt für Psychotherapeutische Medizin mit muslimischen Patient:innen am Persischen Golf. Dabei wird versucht, die Psychodynamik der oft monosymptomatischen Erscheinungsform seelischer Konflikte, der Angst, vor ihrem besonderen religiös-kulturellen Hintergrund zu verstehen. Auf die Besonderheiten psychotherapeutischer Arbeit als kulturfremder Therapeut wird in diesem Kontext eingegangen.

Schlüsselwörter: Psychotherapie, Islam, Angst, muslimisch, Religion, Schuld

Abstract

This article informs about insights from the author working for over ten years as psychotherapist with Islamic patients at the Persian Gulf. Thereby, one focus is on trying to understand the psychodynamic of often monosymptomatic manifestation of emotional conflicts of fear against the specific religious and cultural background of the area. Also the particularities of psychotherapeutic work as a culturally foreign therapist will be tangled.

Key Words: Psychotherapy, Islam, Fear, Muslim, Religion, Guilt

Die Angstsypomatik

Die Angst konnte sehr bunte Formen annehmen, buntere als in Hamburg. Es brauchte meine Fantasie, diese richtig einzuordnen.

Die ständig wiederkehrende Erfahrung der Angst als Primärsymptom prägte meine Arbeit mit meinen Patient:innen am Persischen Golf. Es gab kaum Patient:innen, die zum Erstgespräch nicht mit diesem Symptom durch die Tür des Therapiezimmers traten. Es fehlte die Varianz der Symptome, die ich von meiner Praxis in Hamburg kannte. Dort treffe ich täglich auf die ganze Bandbreite von Symptomen: Phobien, Depressionen, Zwänge, Sexualstörungen oder was auch immer. Am Golf dagegen zeigte sich das stets gleiche Bild: Choof, Angst/Panik.

¹ Eine tiefergehende Darstellung der in diesem Artikel skizzierten Erlebnisse und Erkenntnisse findet sich in: Hofmann, Burkhard: Und Gott schuf die Angst. Ein Psychogramm der arabischen Seele. München: Droemer 2018.

Meistens sind die Patient:innen seit Monaten oder Jahren davon gequält und in ihrem Leben beeinträchtigt, sowohl was die privaten Beziehungen angeht als auch die berufliche Entwicklung, die ebenfalls davon negativ beeinflusst ist. Die Patient:innen haben alles Mögliche schon selbst probiert, um aus ihrem Zustand herauszufinden, dies aber ohne Erfolg. Vor mir saß also meistens ein/e Geschlagene:r, dem/der die Niederlage in der Auseinandersetzung mit dem eigenen Organismus ins Gesicht geschrieben war.

Eine ausgesprochene Somatisierungstendenz, bei Angstpatient:innen ohnehin üblich, war hier noch stärker ausgeprägt. Zum Beispiel mit dem wiederkehrenden Verweis, dass etwas in der Leibesmitte nicht richtig sei, dort Unruhe herrsche, unerträglich rumore. Dabei zeigte der/die Patient:in wie ein Kleinkind auf den unteren Oberbauch, um sich zu verdeutlichen.

Oder wie bei meiner im Buch skizzierten Patientin Hala, die die Bedrohlichkeit ihrer Angststörung dadurch beschreibt, dass sie die Decke und die Wände auf sich näher rücken sehe, so dass diese sie zu ersticken drohen. Eine psychotisch anmutende Beschreibung, die aber dennoch nur die Angstneurose bildhaft zum Ausdruck brachte. Ich musste lernen, die sachlich kühlen Beschreibungen meiner norddeutschen Klientel loszulassen zugunsten einer südlicheren, dramatischeren Vermittlung des Leids. Das Volumen der emotionalen Lautstärke wird einfach weiter aufgedreht. Neben einer anderen kulturellen Eichung ist es auch ein Ausdruck des Nicht-Gehört-Werdens durch die Umgebung des Patienten.

Die Monotonie der Symptomatik führte schließlich zum Titel meines Buches „Und Gott schuf die Angst“. Schon mit dieser Überschrift wollte ich Bezug nehmen auf die für mich als westlich geprägten Therapeuten beeindruckende Verbindung zwischen islamischer Frömmigkeit und eben jenem Kardinalsymptom. Stand doch diese Frömmigkeit manchmal zwischen mir und den Patient:innen, noch mehr aber stand sie zwischen dem erkennenden Ich der Patient:innen und der zu begreifenden inneren Wirklichkeit und damit ihrer Wahrheit. Diese Frömmigkeit findet sich beileibe nicht bei allen Patient:innen. Gut die Hälfte meiner Klientel lebt nicht viel anders als wir hierzulande vor dreißig, vierzig Jahren, vergleichbar dem Kulturprotestantismus, den man in Norddeutschland vorfinden konnte. Die andere Hälfte der Patient:innen ist allerdings geprägt von einer innigen Verbindung mit ihrem Glauben. Dieser ist die alles bestimmende Mitte ihres Daseins und entscheidet über Ach und Wehe ihrer Existenz.

Die Angstdynamik

Am Ende geht der/die Patient:in in einen neurotischen Kompromiss mit reduzierter Vitalität ein und verharrt in einer regressiven Position. Das heißt, kindliche Persönlichkeitsanteile bestimmen das Erleben und Handeln des Patienten

Auch für gläubige Muslim:innen gilt, dass in den allermeisten Fällen eine Angstneurose Ausdruck eines unbewussten Autonomie-Abhängigkeits-Konfliktes ist. Gerade diesen zu erkennen wird durch die Prägung und innere Strukturierung in die monopolare Welt des Islam schwierig. Da Emanzipation, Lösung, anders als im sogenannten modernen

Westen, nicht Teil des kulturellen Curriculums ist, bleibt der/die Patient:in häufig dem

Pol der Abhängigkeit verhaftet, sodass die Lösungsimpulse unterdrückt bleiben, ins Unbewusste abtauchen und von dort wieder an die Oberfläche des Bewusstseins drängen. Dieses Zurückstreben ist die Dynamik der Angst, die auf Grund ihrer Natur den/die Patienten/Patientin noch tiefer in Abhängigkeit zurückstößt. Wir alle suchen Halt in bedrängter Situation.

Die Konflikt-Abstinenz

Wie kommt es zu dieser Konfliktabstinenz? Warum obsiegt nicht die Kraft der Freiheitsuche und Individuation? Auf die gesellschaftlichen Aspekte, die zweifelsohne mit bedingend für diese seelische Verfasstheit sind, kann ich an dieser Stelle nicht eingehen, diese sollten aber an anderer Stelle unbedingt Berücksichtigung erfahren. Mir ist bewusst, wie sehr in den autokratisch regierten Staaten des arabischen Golfs eine seelische Struktur der Unreife letztlich erwünscht ist. Das produziert treue Untertan:innen. Die orthodoxe Interpretation dient den Regierenden wie eine Allzweckwaffe zur Gängelung ihrer Untertan:innen. Diese fühlen sich nach Aussage einer Patientin „wie schlecht gelittene Gäste im eigenen Land“, das eigentlich dem Königshaus gehört, so dass man keine Ansprüche zu stellen hat. Die Französische Revolution mit ihrer Selbstermächtigung der Bürger:innen, die schließlich ganz Europa erfasste, hat noch nicht stattgefunden. So konnte der sogenannte arabische Frühling auf der arabischen Halbinsel kaum um sich greifen. Zum einen sind die finanziellen Verhältnisse der Golfaraber durch die Öl-Ressourcen so viel besser als im Rest der muslimischen Welt, zum anderen gibt es kaum einen Widerspruchsgeist gegen das vorgefundene System, es sei denn, der Konflikt wird durch konfessionelle Spannungen wie in Bahrain befeuert. Für kurze Zeit wehte auch da der „wind of change“, Konflikte wurden offen angesprochen, ein neues Bewusstsein und auch Selbstbewusstsein war spürbar, bis das Ganze in Anarchie und dann in der Übernahme durch die Militärs ein Ende fand. Die Perlenrevolution war gekidnappt worden und starb daran. Eine über zehnjährige politische Eiszeit mit vollen Gefängnissen, die bis heute andauert, setzte ein.

Vielleicht ist die ubiquitäre Regressionsneigung bei der Aussichtslosigkeit bezüglich einer Veränderung des Zustandes der Unmündigkeit zugunsten einer Teilhabe am politischen System auch ein sinnvolles Manöver im Sinne einer „Regression im Dienst des Ichs“. Die Frustrationsgefühle werden dadurch vielleicht alltagstauglich erträglicher gestaltet. Der Preis der Angst oder im besten Fall der reduzierten Vitalität muss dennoch gezahlt werden.

Angst und Glaube

Wie kommt es also zu der Verbindung von Angst und Glauben? Wie sieht diese Schicht der Angst, wie sehen die angstproduzierenden religiösen Introjekte aus?

Durch meinen sehr konservativen, orthodox geprägten katholischen Vater lernte ich schon als Kind die Welt des Glaubens und des Dogmas kennen. Ich wuchs hier im Bistum Essen auf. Der Schulgottesdienst fand im Essener Dom statt. Bischof Hengsbach war in meiner Erinnerung ein milder, wenngleich konservativer Mann.

Strukturell scheint mir jedes religiöse Dogma in seiner Wirkung gleich. Will Religion die tiefsitzende Furcht vor Schmerzen und schlussendlich dem Tod eine gestaltende Kraft entgegensetzen und so dem Menschen in seiner Not helfen, wird doch letztendlich die eine Angst, nur durch eine andere ersetzt. Für den Gläubigen gilt es ja, die religiösen Vorschriften einzuhalten. Diese sind meistens so formuliert, dass immer ein noch mehr an Hingabe und Unterwerfung möglich ist. Es entsteht aber die Illusion der Kontrolle über das Unkontrollierbare, den Tod, wenn sich der Gläubige mit noch mehr Anstrengung um sein Heil bemüht, auch weil zur Todesfurcht die Furcht vor der Hölle hinzukommt. Damit operiert oder operierte sowohl das Christentum als auch der Islam. An der Existenz der Hölle hat keiner meiner arabischen Patienten auch nur ein bisschen gezweifelt.

Eine hübsche Illustration dieser Ängste ist der auch in Hamburgs muslimisch geprägten Vierteln gelegentlich sichtbare Zählring für die Anrufungen Allahs. Meine Patient:innen am Golf drücken bei jedem kleinen Gebet dort drauf. Das Zählwerk springt weiter. Sie mussten dort viele hundert Male gedrückt haben, um das Gefühl zu erlangen, dass der Tag einen positiven Verlauf nehmen würde.

Elterliche Vernachlässigung und Gottferne, die Dynamik der Schuld

Zwischen der Beziehung zu den Eltern und zu Gott entsteht hier eine interessante Parallele in dem, wie viele Kinder und spätere Erwachsene eine unzureichende Bemutterung und Beelterung verarbeiten. Das Kind ist nicht in der Lage, die Schuld für eine gescheiterte, frustrierende Beziehung bei den Erwachsenen zu suchen. Es kann sich ja keine anderen Eltern suchen. Die Lösungswut würde die Beziehung noch mehr bedrohen, schafft sie doch Distanz und Einsamkeit. Dazu kommt die Furcht vor der Reaktion der Eltern auf die kindliche Wut. So sucht das Kind die Schuld für das Misslingen der Beziehung bei sich. Die Entzweiung wird über die Schuld wieder notdürftig zusammengeklebt. Das Kind oder im religiösen Zusammenhang der Gläubige nimmt die Anstrengung der Reparatur der gescheiterten Beziehungserfahrung mit den Eltern oder eben Gott auf sich. Bei den Golfarabern durfte ich erfahren, was echte Gottesfurcht ist. Die Angst vor der Vergeltung von göttlicher Seite war enorm.

Noch schwieriger wird die Situation, wenn die religiösen Vorschriften den vitalen Bedürfnissen nach Beziehung, Liebe und auch Sexualität diametral entgegenstehen. Durch die dann entstehenden Versündigungsvorstellungen kommt es zu einer heftig aufgeladenen inneren Konfliktsituation, die bei Überforderung des den Konflikt integrierenden Ichs den Weg in die Neurose, in die Angst bahnt. Hierbei kann es sich um banale Triebansprüche handeln, aber auch komplexere Individuationswünsche sind davon nicht ausgeschlossen.

Soll Religion doch eigentlich das Leben leichter machen, der tiefen Angst vor Schmerz, Leid und schließlich dem Tod etwas Überwindendes entgegensetzen, tritt hier leider die gegenteilige Wirkung ein. Das religiöse Regelwerk, das Angst durch Strukturgebung bannen soll, wendet sich gegen den Gläubigen wie eine überschüssige Energie, die diesen auf den Boden zwingt. Diese Agonie sah ich am Beginn vieler Therapien. Vielleicht wählten die Patient:innen bewusst oder unbewusst einen westlichen Therapeuten, um dieser religiösen Unentrinnbarkeit doch noch zu entkommen oder davon wenigstens ein Stück befreit zu werden. Diese waren meist am Ende mit ihrem Latein oder vielmehr Hocharabisch und brauchten Hilfe, und zwar Hilfe außerhalb des eigenen religiösen Paradigmas.

In meiner Assistenzarztzeit an der Psychiatrischen Klinik des Elisabeth-Krankenhauses in Gelsenkirchen-Buer-Erle konnte ich noch vereinzelt Fälle derartig religiös mitbestimmter Neurosen erleben. Dies ist aber jetzt gut 30 Jahre her. Seit dieser Zeit ist die Stellung und die Bedeutung der Kirchen in Deutschland eine radikal andere. Höllenandrohungen habe ich in Kirchen für lange Zeit nicht mehr vernommen. Sie würden wahrscheinlich auch nur noch ein müdes Lächeln produzieren. Vielleicht weiß man in Deutschland seit dem Holocaust, dass es der Hölle nach dem Tod nicht bedarf, die Hölle sind wir, die Menschen, und das vor dem Tod. Selten findet man noch leidenschaftliche christliche Gläubige, noch weniger solche, die dem Dogma bestimmende Gewalt über ihr Leben und Erleben zugestehen.

Was also produziert dieses brutale Ausgeliefert-Sein gläubiger Muslim:innen an die Dogmatik und damit an ihre Angstsymptomatik? Und was hat dies mit dem Glauben zu tun? Versuchen wir uns diesem über das psychologische Standard-Modell zu nähern. Damit meine ich das Drei-Instanzen-Modell aus Es, Ich und Über-Ich sowie die entwicklungspsychologische Klippe des Übergangs von der Mutter-Kind-Dyade in die den Vater einschließende Triade, die spannungsreiche Zeit zwischen präödiptalem Zustand und Reifung in die Vorbedingungen des Erwachsenseins hinein. Zweifel an der grundlegenden Richtigkeit dieser Modelle hegt in unseren Kreisen eigentlich niemand mehr. Sie bestätigt sich im täglichen Gebrauch.

Anstatt nur den Propheten aus dem/der Patienten/Patientin sprechen zu lassen, holte ich ihn nach guter alter Gestalttherapie-Manier ins Zimmer.

Der Prophet im Therapiezimmer

Zuerst aber eine Beobachtung aus vielen Sitzungen. Wann immer es brenzlich wurde, traten viele Patient:innen häufig wie neben sich und zitierten den Propheten. Solches ist mir in Hamburg mit meinen muslimischen Patienten nie widerfahren. Es bleibt wohl entscheidend, ob man als Therapeut zur Mehrheitsgesellschaft gehört oder - wie ich

am Golf - ein Außenseiter bin. Mir wurde erklärt, was der Prophet wohl zu der vorliegenden Situation gesagt hätte. Der/die Patient:in gab dies mit missionarischem Eifer kund, als wenn er/sie beweisen wollte, dass er/sie auch in bedrängter Situation ein/e gläubige/r und kundige/r Muslim:in sei, sozusagen krisenfest auch unter dem Auge des westlichen Therapeuten. Dabei kamen zum Teil sehr erhellende Interventionen des Propheten zu Tage. Gleichzeitig verließ aber der/die Patient:in sein/ihr eigenes inneres Erleben, suchte Trost und Ablenkung bei seiner/ihrer Religion. Das Kontinuum des therapeutischen Prozesses war meist unwiederbringlich unterbrochen.

An dieser Stelle ist die Wirkung von Religion, egal welcher Provenienz, überall gleich. Früher nannten wir das bei unseren christlichen Patient:innen „ecclesio-gene Neurose“.

Manchmal gelang es mir, wieder an die Gefühlsregung des/der Patienten/Patientin anzuknüpfen. Die innere Stimme des/der Patienten/Patientin ging aber fast immer hinter der sehr viel lautereren des Propheten verloren. Gelegentlich gelang es, dennoch „die Kurve mit dem/der Patienten/Pati-

entin zu kriegen“.

So saß ich selten zu zweit in meinem Therapiezimmer, immer war auch die Religion triadisch in Gestalt des Propheten anwesend. Er war wie ein gütiger, weiser aber unerreichbarer Vater, überpräsent und doch nur eine Gestalt im Kopf des/der Patienten/Patientin, also für mich und ihn emotional unerreichbar und abwesend. Mir blieb nur die vorläufige Akzeptanz dieses Dreiecksverhältnisses. Wann immer es dazu kam, und das war nicht selten, entschloss ich mich zu einem radikalen Umgang mit dieser Situation.

Anstatt nur den Propheten aus dem/der Patienten/Patientin sprechen zu lassen, holte ich ihn nach guter alter Gestalttherapie-Manier ins Zimmer. Ich sagte dem/der Patienten/Patientin, er/sie möge sich vorstellen, der Prophet sitze bei uns auf dem freien Sessel neben den unsrigen. Alle reagierten darauf erst einmal mit lächelnder Zurückweisung. Ich hatte die Fantasie, dass der/die Patient:in für sich prüfen musste, ob mein Unterfangen gotteslästerliche Anteile enthielt. Nach meist maximaler Verwunderung und ein paar freundlichen Aufforderungen ließen sich die meisten darauf ein. Sie setzten sich auf den Sessel des Propheten. Dann gab ich vor, dass sie an Stelle des Propheten jetzt zu sich selber auf dem leeren Sessel sprechen sollten. Die Stimme des Propheten wurde dadurch ein Stück externalisiert und damit für den/die Patienten/Patientin als ein Teil begreifbar, das unabhängig und außerhalb von ihm/ihr selbst existierte. So fing der Prophet im Kopf des/der Patienten/Patientin an, zu uns zu sprechen. Ich ließ den/die Patienten/Patientin antworten und so entspann sich häufig ein sehr erhellender Dialog. Auffällig war, wie sehr die Stimme des Propheten eine milde, menschlich-verstehende Haltung gegenüber dem/der Patienten/Patientin einnahm, ganz anders als die eigene Über-Ich-Stimme, die oft streng und verurteilend auf diese*n einhämmerte. Der/die Patient:in war mehr geprägt von den familiären Erfahrungen als von der Barmherzigkeit der Worte des Propheten. In seiner/ihrer Vorstellung und Interpretation des Islam folgte der/die Patient:in aber mehr dem Wunsch nach Selbstverurteilung und benutzte oft nur die Religion als Rechtfertigung für diesen Selbsthass. Die Hereinnahme des Propheten ins Therapiezimmer hatte meistens einen entspannenden, manchmal für den/die Patienten/Patientin sogar einen wärmend-wohltuenden Effekt. Auch ich als Therapeut nahm gelegentlich an diesen seltsamen Konversationen teil, zum Beispiel indem ich den Propheten um Unterstützung für eine für mich unlösbare Situation bat. Mit der geliehenen Stimme des/der Patienten/Patientin führte dies dann manchmal doch noch zu einem Ausweg oder zumindest zum Frieden mit der gegenwärtigen Situation. Wir verabschiedeten dann den Propheten wieder und saßen endlich für eine kurze Weile nur zu zweit im Zimmer. Das Gehörte ließ den/die Patienten/Patientin wie auch mich oft über seine eigenen Worte staunen. Dadurch entstand für einen Augenblick ein Stück Nähe zwischen uns.

Die emotionale Abwesenheit der Väter spielt in der islamisch geprägten Kultur eine in meinen Augen noch größere Rolle als bei uns im Westen

den/die Patienten/Patientin sogar einen wärmend-wohltuenden Effekt. Auch ich als Therapeut nahm gelegentlich an diesen seltsamen Konversationen teil, zum Beispiel indem ich den Propheten um Unterstützung für eine für mich unlösbare Situation bat. Mit der geliehenen Stimme des/der Patienten/Patientin führte dies dann manchmal doch noch zu einem Ausweg oder zumindest zum Frieden mit der gegenwärtigen Situation. Wir verabschiedeten dann den Propheten wieder und saßen endlich für eine kurze Weile nur zu zweit im Zimmer. Das Gehörte ließ den/die Patienten/Patientin wie auch mich oft über seine eigenen Worte staunen. Dadurch entstand für einen Augenblick ein Stück Nähe zwischen uns.

Ständige Triade, fehlende Triangulierung

Die Situation zeigt uns, wie sehr die Angstsymptomatik mit einer fehlenden Triangulierung zu tun hat. Diese möchte ich nicht verwechselt wissen mit der triadischen Beziehung im familientherapeutischen Sinne. Solche Dreiecke findet man bei der Dyade einer Ehe, die durch die Affäre eines/einer Partners/Partnerin zu einem Dreieck erweitert wird, das schließlich Intimität und Vertrauen auf allen Seiten stört und zerstört.

Es geht um die Entwicklung eines reifen, beobachtenden Ichs, einer sogenannten dritten Position. Diese ist bei Angstpatient:innen oft nur unzureichend entwickelt und steht bei vielen Muslim:innen unter dem Religionsvorbehalt, das heißt das „observing ego“, die Selbstwahrnehmung unterliegt der Zensur durch die religiösen Introjekte. Die Beobachtung seiner selbst kann also nicht vorbehaltlos, radikal, „unmoralisch“ oder - wie es mein erster Lehrer einmal sagte - „ridicule“ erfolgen, sondern geht durch den Filter der Idealität und ist daher bestimmt von dem, was sein soll und nicht von dem, was ist. Nach traditioneller psychoanalytischer Vorstellung braucht es die Präsenz des Vaters, um diese Dritte Position zu entwickeln. Durch den Vater, und diese Entwicklung beginnt nicht erst in der ödipalen Phase, sondern schon in der frühen Säuglingszeit, gewinnt das Kind einen weiteren Blick auf sich selbst und die Welt, eine zweite Meinung sozusagen, die die monopolare Welt der mütterlichen Blase aufbricht. Durch den Dritten, den Vater, entsteht im Kind die dritte Position, das beobachtende Ich als Ergebnis der Triangulierung. Wenn man die Dinge und sich selbst durch den anderen Blick des Vaters anders sehen kann als die Mutter, ist der Weg frei für die Entwicklung eines ganz eigenen Blickes durch das Kind. Die emotionale Abwesenheit der Väter spielt in der islamisch geprägten Kultur eine in meinen Augen noch größere Rolle als bei uns im Westen. Der Prophet selbst musste vaterlos groß werden, und es fällt nicht schwer, den arabischen Machismo und Mammismo als Ausdruck dieser Vaterlosigkeit zu deuten. Viele Männer bleiben in der Blase der mütterlichen Welt hängen. Keine väterliche Kraft lockt sie da heraus. Der Mangel an männlicher Unterstützung und Identitätsstiftung wird dann später durch eine Kultur der Hypervirilität nur dürftig übertüncht. Auch religiös fehlt eine Vaterfigur. Das islamische Gottesbild kennt ja auch keine Heilige Familie, sondern nur das ferne, unerreichbare Eine.

Träume, Chance des Verdrängten

Um Zugang zum Unbewussten des/der Patienten/Patientin zu finden, gilt es nach unzensiertem Material Ausschau zu halten. Umso wichtiger sind an dieser Stelle Träume, eröffnen sie doch einen „Königsweg“ zum Inneren des/der Patienten/Patientin, der weniger zugestellt ist mit Ansprüchen und Forderungen des islamisch geprägten Über-Ichs. Wie in meinem Buch berichtet, können Träume gelegentlich auch einen therapeutischen Durchbruch anbahnen. Die Patientin Hala, in Bedrängnis ob ihrer wenig mit den religiös-kulturellen Vorstellungen kompatiblen Lebensweise, träumte von dem Besuch eines der weiblichen Mitglieder der Prophetenfamilie. Dies geschah während sie im Traum unter der Dusche stand. Ich brauchte nichts zu interpretieren. Für sie war es klar: Das war Segnung und Absegnung ihrer von höchster Stelle wohlwollend betrachteten Person. Sie fügte noch an, dass außer mir keiner von diesem Traum wissen dürfe, da solche Träume Neid stimulieren würden und sie auch nicht als religiöse Hochstaplerin angesehen sein wolle.

Durch die Voreingenommenheit des Dritten, der beobachtenden Position, entgeht dem Bewusstsein häufig der eigentliche Konflikt, das wirkliche Thema, das die Angstsymptomatik auslöst. Zu bedrängend ist es für das Ich, weil es die gesteigerten Ansprüche des Über-Ichs nicht mehr mit denen des Es, wie zum Beispiel den Triebansprüchen und den Beziehungswünschen, überhaupt dem ganzen Rohmaterial des Gefühlslebens zu integrieren weiß. Dieses Überschwemmt-Werden des Ichs mit zu heftigen Gefühlen, Wünschen, Begierden und Erinnerungen bei gleichzeitigem Zusammenbruch des Ich-Ideals ist das Material der nächsten Schicht der Angst, die sich anfallsartig zur Panik steigern kann.

Wie schon der nach dem griechischen Gott Pan benannte Zustand suggeriert, hat die Bedrohung keine Verortung mehr, sie ist überall, wie eben jener Gott der Hirten, der sich im Wind als seiner Wirkung zu erkennen gibt und ansonsten der unsichtbare Feind jeder Panikattacke bleibt, weil eben die Bedrohung von innen kommt. Schon die Darstellung des Pan mit dem Unterleib eines Widders und dem Oberkörper eines Menschen symbolisiert die unmittelbare Kraft der Gefühle und vor allem der Triebansprüche. Die positive lust- und rauschhafte Seite musste das christliche Mittelalter vergessen machen, um den Pan zum Bild des Teufels umzudeuten. Mit dessen Energien hat also der/die Patient:in zu tun. Wäre er, der Feind, der Aggressor des ungelösten Konflikts der Seele, verortbar, könnte die Psyche seiner Herr:in werden. So leuchtet schon im Wort Panik die Unbewusst-Machung, die besonders unsere muslimischen Patient:innen trifft, auf. Eine Verortung des Feindes, des wahren Konfliktes, könnte ihn ja ins Abseits, fernab des muslimischen Mainstreams befördern.

Dann würde ein noch größerer Abgrund an Angst auf den/die Gläubige*n warten: Das Nicht-mehr-Dazugehören zur Gemeinschaft der Gläubigen, der Umma. Dies ist bereits die Hölle, ein Verstoßen-Sein braucht es dann nicht mehr, hätte sich der/die Gläubige doch durch die unbotmäßige Wahrnehmung seiner selbst bereits in dieses existentielle Abseits katapultiert. Vielen meiner Patient:innen war diese magische Linie, die nicht zu überschreiten oberstes Gebot war, wie eine beängstigende Bürde. Nur selten gelangen therapeutische Spaziergänge in das Fegefeuer der Wahrheit des/der Patienten/Patientin, zu kontaminiert sind diese Pfade vom Odem der Sünde.

Nur selten gelangen therapeutische Spaziergänge in das Fegefeuer der Wahrheit des/der Patienten/Patientin, zu kontaminiert sind diese Pfade vom Odem der Sünde.

Mich als einen westlichen therapeutischen „Reiseführer“ gewählt zu haben, war dennoch oft Ausdruck des Wunsches nach einem Stell-Dich-Ein mit dem Sheitan, dem Teufel. Ein Blick über den Zaun der eigenen muslimisch geprägten Welt tat dennoch gut und entlastete das Unbewusste. Man muss nicht dem folgen, was dieser zu sagen hat. Das mephistophelisch Verschwörerische fand zum Beispiel in nächtlichen Skype-Sitzungen auf einsamen Parkplätzen statt, die Patientin im Auto als letztem Rückzugsort, ich in Hamburg vor dem Rechner.

Mein Fremdsein im eigenen Land war auch aus einem weiteren Grund für die Patient:innen wichtig: Das Vertrauen in die Verschwiegenheit ihrer eigenen Ärzt:innen ist aus guten Gründen sehr begrenzt. Mir wurde so oft kolportiert, wie wenig die Behandelnden an der Individualität der Patient:innen interessiert waren. Vielmehr ging es meistens darum, Patient:innen durch das Verschreiben von Medikamenten in die vorbestehende Lebenssituation wieder hineinzufügen, aus Angst, das Symptom blieb sinnlos, eine Mandelentzündung der Seele, der mit Psychopharmaka schon beizukommen sei. So verstärkte sich bei vielen das Gefühl der Einsamkeit. Nicht selten stürzen sich die Gequälten in eine noch größere religiöse Inbrunst, die aber nur temporäre Erleichterung, aber nicht die Erlösung von der Geißel der Angst zeitigen kann.

Self-created-parent

Die Vaterabwesenheit nicht nur im Leben des Propheten hat weitreichende Folgen für die Psyche der Angstpatient:innen. Noch tiefer aber reichen manchmal die mütterlichen Defizite. Aufgewachsen unter der Obhut von zum Teil depressiven Nannies, fehlt es oft an primärer Bemutterung. Die Kinder werden perfekt verwaltet, es fehlt aber das nährnde Element einer guten, durch emotionale Präsenz gekennzeichneten Beelterung. „Renourishing“, Nachnähren ist oft die wichtigste therapeutische Aufgabe. Fehlen dem Kind emotional und intellektuell verfügbare Eltern, die gut funktionierende Vorstellungen, gute Introjekte für das Gelingen eines Lebens etablieren können, ist das Kind darauf angewiesen, diese selbst zu entwickeln. Als Teil des Kind-Ichs entsteht so das, was man in der englischen Literatur „self-created-parent“ nennt.

Das Kind bedient sich dabei des Materials der ihn umgebenden Vorstellungen. Diese sind bei gläubigen Muslim:innen sehr durch die landesübliche orthodoxe Interpretation des Koran geprägt. Hinzu kommt die unauflösliche Melange aus familiären und kulturellen Introjekten, die sich das heranwachsende Kind ungeprüft einverleibt. Dabei gibt es einen direkten Zusammenhang zwischen der Schwere der kindlichen Verlassenheitsgefühle und der Strenge dieses „self-created-parent“-Teils des Kind-Ichs, auch wenn er wie ein Teil des Eltern-Ichs anmutet oder manchmal sogar wie eine integrierte Manifestation des Erwachsenen-Ichs imponiert. Dieser Teil bleibt immer Fremdkörper, er muss in der Therapie externalisiert werden, um in seinen brauchbaren Anteilen integriert zu werden. Der toxische Rest muss durch den Einfluss der Therapie von den Patient:innen schlussendlich entsorgt werden.

Die Sprache und der Heilige Geist

Ich will hier eine vielleicht seltsam anmutende Arbeitshypothese vortragen. Aus meiner Erfahrung mit den muslimischen Patient:innen des arabischen Golfes glaube ich folgendes behaupten zu dürfen: Das Problem des Umgangs mit diesen Patient:innen durch einen westlichen Therapeuten ist weniger der Glaube selbst. Ein/e tolerante/r, kundige/r

Fehlen dem Kind emotional und intellektuell verfügbare Eltern, die gut funktionierende Vorstellungen, gute Introjekte für das Gelingen eines Lebens etablieren können, ist das Kind darauf angewiesen, diese selbst zu entwickeln.

Therapeut:in sollte keine Schwierigkeiten haben mit den Glaubensinhalten. Wenn diese die allgemeine Verarbeitungsstruktur des/der Patienten/Patientin nicht behindern, gilt es, diese dem/der Patienten/Patientin zu lassen und sie als Teil seiner/ihrer Individualität zu respektieren. Führen sie zu einer Blockade, müssen sie therapeutisches Thema werden, wie jedes andere toxische Introjekt auch. Dann gilt es diese den Gesamtorganismus vergiftenden Glaubenssätze als das anzusehen, was sie sind: Das Ergebnis einer Hirnwäsche.

Das eigentliche Problem liegt tiefer, so dass ich hier den Vertreter:innen einer islamischen Psychologie teilweise Recht geben muss, die ja behauptet, dass nur ein muslimische/r Therapeut:in einem ebenso gläubige/n Patienten/Patientin gerecht werden kann. Voraussetzung allerdings wäre, dass der/die Therapeut:in das Paradigma, in dem er/sie sich bewegt, reflektieren und zu diesem auch Distanz gewinnen kann und somit den/die Patienten/Patientin auch aus der Warte des/der Ungläubigen betrachten kann. Wenn dies gelänge, wäre dies das Beste aus beiden Welten.

In einer tieferen Schicht steckt das Problem. Meine Patient:innen kamen mir in ihrem Denken und Fühlen anders strukturiert vor. Das Problem beginnt und endet mit der Sprache. Diese bleibt häufig unüberwindbares Hindernis des Verstehens, von Seiten des/der Therapeuten/Therapeutin, aber auch für den/die Patienten/Patientin in Beziehung zu sich selbst. Was in der Sprache als Konzept nicht vorgeformt ist, entzieht sich dem Verstehen. Durch den Nominalstil und den Artikel vor den Nomen der deutschen Sprache sind wir reich beschenkt, was das Abstraktionsniveau von Sprache angeht. Oft stand ich staunend vor der Symbolisierungs- und Mentalisierungsunfähigkeit meiner arabischen Patient:innen, als würde ihre Sprache versagen und sie deshalb sprachlos wurden- vielleicht ja nur vor mir. Therapie ist insgesamt ein Abstraktionsvorgang. Einzelphänomene werden zurückgeführt auf ein größeres Allgemeines, um dort eine Lösung zu erfahren. So jedenfalls läuft die tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie, die ich praktiziere.

Es geht nicht nur um die Worte an sich, nicht darum, dass ich diese als Therapeut in ihrer Bedeutung nicht erfassen könnte. Mir obliegt es, so lange nachzufragen, bis ich die Bedeutung der Worte ausreichend erfasst habe. Der Platz, den die Worte einnehmen, ist das Problem. Sie befinden sich an verschiedenen Stellen des inneren Systems, der inneren Struktur.

So formen die Ur-Bücher unserer Kulturen unsere Sprache, unser Denken und damit die Ur-Konzepte, die wir über die Welt und uns selbst haben. In der Weise, wie der Koran gleichsam die Gründungsurkunde des Hocharabischen darstellt, hat die Lutherbibel eine

Was in der Sprache als Konzept nicht vorgeformt ist, entzieht sich dem Verstehen.

vergleichbare Macht für das Deutsche. Beide Bücher geben, wie auch der Pentateuch der Tora, Inhalt und Struktur der seelischen Verarbeitung von den die Seele treffenden Herausforderungen vor. Sie bilden das Rohmaterial des Umgangs mit sich selbst und der Welt. Das betrifft nicht nur moralische Fragen, sondern

auch all das, was die Seele in Unruhe versetzt. Sicherlich gibt es viele Überschneidungen, aber schon die Zentralfiguren Mohamed und Jesus, auch wenn diese unterschiedliche Positionen im Glaubenssystem innehaben, bleiben in dem, was sie schlussendlich symbolisieren, völlig unterschiedlich: dort der Leidensweg eines am Ende siegreichen Feldherren, hier eine Folterszene mit tödlichem Ausgang als zentrales Bild des Glaubens. Ostern kommt zwar nach Karfreitag und soll die Hoffnung auf ein Leben nach dem Tod vermitteln, ein „happy end“ sieht aber anders aus.

Auch der Zweifel, im Christentum durch den Apostel Thomas geradezu institutionalisiert, findet in der Bibel einen anderen Platz als im Koran. So fragte ich auf einer großen muslimischen Veranstaltung den vortragenden hochangesehenen muslimischen Schriftgelehrten, wo denn Platz in seinem Glaubenssystem dafür sei. Er reagierte nur kurz verduzt, um mir dann zu erklären, warum denn ein so perfektes, wunderschönes, gottgespendetes Werk Zweifel an sich selbst verbreiten solle. Das mache doch keinen Sinn. Es gehe doch um Glauben und nicht um Unglauben.

So bleibt die Welt des/der gläubigen Muslims/Muslimin monopolar und damit auch seine/ihre Verarbeitungsmöglichkeiten. Die Seele des dem Islam Verhafteten lebt in variierender Distanz und Nähe zu dem Einen, Unfassbaren. Er/Sie umkreist diesen Mittelpunkt seines/ihrer Seins wie der/die Hadji/Hadja die Kabaa. Sein/Ihr Weg bleibt frei von Dialektik, alle Energien sind auf dieses Eine gebündelt.

Im Narrativ des/der christlich geprägten Patienten/Patientin bleibt die Spannung zwischen Tod und Auferstehung, Ja und Nein, wie ein langer Karsamstag immer bestehen. Ostern bietet zwar Eierbuntheit und Hoffnung, aber das Grab ist einfach nur leer. Die Geisteswelt des sogenannten Westens denkt die Verneinung also immer schon wie eine unlösliche Tonspur mit. Das Kreuz, der Tod, vielleicht auch der des Glaubens, ist das Logo des Abendlandes.

Noch tiefer scheint mir die Differenz zwischen unseren Kulturen bei dem, was im Christentum durch die Trinität symbolisiert wird. Es ist, wie bei vielen Muslim:innen fälschlicherweise angenommen, keine Form der Vielgötterei und damit abzulehnen. Aus den drei verschiedenen Beleuchtungen des Göttlichen führt der Heilige Geist das Dritte ein, die oben beschriebene Kraft, die auf sich selbst als Subjekt und Objekt, in christlicher Bildwelt auf Gott-Vater und Gott-Sohn, frei wie aus einer Distanz blicken kann.

Wie der Heidegger-Schüler Heribert Boeder formulierte, ist es die höchste humane Dignität, sich von sich selbst unterscheiden zu können. Dies findet im Logos der Trinität seinen Anfang und auch seinen menscheitsgeschichtlichen Beginn, der dann letztlich auch zu Entwicklungen wie der europäischen Aufklärung führte. Im anthropomorphen, christlichen, primär dreiteilig strukturierten Gottesbild findet sich also schon die Kraft, die uns letztlich in die Moderne geführt hat.

Entscheidend ist also auch, welches Menschen-, Familien- und Gottesbild der/die Therapeut:in hat. Seine/Ihre Aufgabe bleibt es, diese Bilder angesichts der Patient:innen zu reflektieren, damit diese nicht unbewusst seine/ihre Interventionen bestimmen.

Der Heilige Geist schwebt über dem Wasser. Letzteres ist das Ur-Symbol des Unbewussten, der Blick auf seine sich kräuselnde Oberfläche die Aufgabe unserer Profession. Der Blick hinunter durch die Transparenz ist die Arbeit beider, des/der Therapeuten/Therapeutin und Patienten/Patientin, der/die zu diesem Wagnis ermutigt sein will, auch wenn er /sie sieht, was er/sie nicht sehen will.

Durch die islamische Erziehung, die ich hier nicht auf das Religiöse reduziert begreifen, sondern als Kulturraum verstanden sehen möchte, bleibt diese Position des Dritten unterbesetzt.

Der Vater tritt nur kurz in Erscheinung, um den Sohn/die Tochter ins Gebet und die religiösen Pflichten einzuweisen. Er bleibt emotional häufig unerreichbar und zieht sich in so vielen Biographien, die mir erzählt wurden, bald wieder aus der Erziehung zurück, sei es, um seinen Geschäften nachzugehen oder auch weil der Kinderreichtum die väterliche Präsenz immer weiter ausdünnt. Die dritte Position neben Mutter und Kind bleibt also unterbelichtet, erfährt aber durch den Verweis des Vaters auf dieses noch Größere, das er selber weder sein kann noch will, im Bild Allahs, der bewusst kein Gottvater ist, seine unerreichbare Übersteigerung ins Sternenferne. Der Vater ersetzt sich selbst also durch eine Fantasie, einen Wunsch nach Nähe, nicht mehr zu einem konkreten Menschen, sondern zum All-Mächtigen und All-Wissenden. Der Versuch des Erreichens bleibt ganz beim Kind und damit auch die ewige Schuld, daran zu scheitern.

Dieses Scheitern wird zum Modell der Angst. Diese hat als Kern die Übernahme der Verantwortung für das Scheitern der Beziehung. Hinzu kommt, dass nach Aussage meiner Patient:innen, der Islam dem Kind gebietet, seine Lösungswut von den Eltern fernzuhalten. Wenn noch nicht einmal ein „Uff“ der Mutter gegenüber erlaubt ist, wie soll dann Emanzipation, Autonomie und Individuation jemals auf den Weg kommen?

Die positive Seite der Unterdrückung der Lösungswut ist der dadurch gewährleistete Zusammenhalt der Familie, der vielleicht über Jahrhunderte hinweg in schwierigen Zeiten überlebensnotwendig war. Der größere Teil der Vorfahren meiner Patient:innen war noch vor wenigen Generationen beduinisch. Wir aber als Therapeut:innen haben das Einzelindividuum vor uns und sollten dessen Partei sein, ohne das Ganze aus dem Blick zu verlieren.

Entscheidend ist also auch, welches Menschen-, Familien- und Gottesbild der/die Therapeut:in hat. Seine/Ihre Aufgabe bleibt es, diese Bilder angesichts der Patient:innen zu reflektieren, damit diese nicht unbewusst seine/ihre Interventionen bestimmen. Ich kann uns allen also nur wünschen, dass nicht nur wie im „Krieg der Sterne“ „die Macht mit uns sei“, sondern auch der Heilige Geist.

Autorenkontakt

Dr. Burkhard Hofmann
Oderfelder Str.17
20149 Hamburg
BurkhardHofmann@t-online.de

Zitationsvorschlag

Hofmann, Burkhard: Choof – im Deutschen: Angst. In: Jahrbuch für interkulturelle Ethik im Gesundheitswesen Jg. 4 / 2020/2021, S. 47-58.



INTERVIEW

Muslim:innen in der psychotherapeutischen Versorgung¹

Florian Jeserich

Malika Laabdallaoui

Zusammenfassung

Malika Laabdallaoui, muslimische Psychotherapeutin mit marokkanischen Wurzeln, spricht mit Florian Jeserich, Dozent an der Katholischen Akademie Die Wolfsburg, über ihre psychotherapeutische Arbeit mit muslimischen Klient:innen. Es zeigt sich, dass der kultur- und religionssensible Umgang mit dieser Klientel zwei Kompetenzen erfordert: Zum einen die Neugier, sich vorurteilsfrei in eine „fremde“ Welt zu begeben und die (kulturell-religiösen) Eigenheiten einer Person anzunehmen und zu verstehen; und zum anderen die Fähigkeit, immer auch das Bekannte und Verbindende zu finden, um einer „Kulturalisierung“ entgegenzuwirken. In diesem Zusammenhang werden Aspekte wie Autonomie/Abhängigkeit, Eltern- und Gotteskonzepte oder unterschiedliche psychische Störungsbilder (Angst, Somatisierung, Trauma, Zwang) beleuchtet. Auch die Frage nach den psychosozialen Auswirkungen der Corona-Krise wird thematisiert.

Schlüsselwörter: Autonomie, Corona, Gottesbild, Islam, Muslime, Psychotherapie, Somatisierung, Trauma, Zwang

Abstract

Malika Laabdallaoui, a Muslim psychotherapist with Moroccan roots, talks with Florian Jeserich, lecturer at the Catholic Academy Die Wolfsburg, about her psychotherapeutic work with Muslim clients. It becomes clear that dealing with this clientele in a culturally and religiously sensitive way requires two competencies: On the one hand, the curiosity to enter a "foreign" world without prejudice and to accept and understand the (cultural-religious) peculiarities of a person; and on the other hand, the ability to always find what is familiar and unifying in order to counteract "culturalization". In this context, aspects such as autonomy/dependence, concepts of parents and God, or different psychic disorders (anxiety, somatization, trauma, compulsion) are illuminated. The question of the psychosocial effects of the Corona crisis is also addressed.

Key Words: Autonomy, Corona, Image of God, Islam, Muslim, Psychotherapy, Somatization, Trauma, Compulsion

¹ Bei dem Text handelt es sich um die (stellenweise geringfügig modifizierte) Transkription eines Gesprächs, das im Mai 2021 mit Hilfe eines Videokonferenzprogramms geführt und aufgezeichnet wurde. Das Interview kann auch als Podcast nachgehört werden: <https://soundcloud.com/die-wolfsburg/sets/wolfsburg-experience>

Jeserich: Sehr geehrte Frau Laabdallaoui, ich freue mich sehr, dass Sie sich bereit erklärt haben, mit mir dieses Gespräch zu führen. Unser Thema ist Psychotherapie und Islam, ganz breit gefächert. Sie sind Psychologische Psychotherapeutin und Muslima. Aufgrund dieser doppelten Kompetenz ist es für uns sehr spannend, mit Ihnen ins Gespräch zu kommen und Sie zu fragen, welche Erfahrungen Sie in Ihrer psychotherapeutischen Praxis machen und welche Rolle dort besonders die Religion spielt. Frau Laabdallaoui, damit wir Sie besser kennenlernen, vielleicht wollen Sie einige Worte zu sich sagen? Wie sind Sie Psychotherapeutin geworden und wo kommen Sie her?

Laabdallaoui: Ich komme ursprünglich aus Marokko, bin so im Pubertätsalter, zwischen 12 und 13 Jahren, mit meiner Familie nach Deutschland gekommen. Mein Vater hat vorher schon hier gearbeitet. Und irgendwann haben meine Eltern sich dann entschieden, dass mein Vater doch nicht zurück nach Marokko kommt, wie das ja bei vielen Gastarbeiterfamilien der Fall war, sondern dass die Familie dann nachkommt. Und so bin ich hierhergekommen.

Mein Vater hat immer gedacht, ich werde Apothekerin. Er hat mich immer meine kleine Apothekerin genannt. Und so bin ich eigentlich meine ganze Schulzeit mit der Ausrichtung aufgewachsen, Apothekerin zu werden. Und irgendwann in der Oberstufe habe ich dann gedacht: Was ist das denn eigentlich? Ist das überhaupt was für mich? Dann habe ich angefangen darüber zu lesen, was der pharmazeutische Beruf ist, was man da studieren muss. Da habe ich gemerkt, das ist überhaupt nichts für mich. Und dann habe ich angefangen zu gucken, was mich überhaupt so interessiert. Mich haben schon immer die Menschen interessiert. Wie die Menschen reagieren, wie sie funktionieren. Es hat mich dann auch immer mehr interessiert, was eigentlich mit mir selbst ist: Wie bin ich überhaupt so geworden? Und warum fühle ich so und so? Oder warum denke ich so und so?

Und so bin ich auf Psychologie gekommen und habe dann angefangen, Psychologie zu studieren nach dem Abitur. Nach dem Abschluss des Diploms habe ich eine systemische Paar- und Familientherapieausbildung gemacht. Habe auch lange damit gearbeitet. Habe dann aber gemerkt, dass diejenigen, die das am nötigsten haben, die Therapiestunden nicht bezahlen können. Das war mir dann zu schade, gerade denen nicht helfen zu können und habe dann nochmal eine Weiterbildung gemacht. Diesmal in tiefenpsychologischer Psychotherapie und darüber habe ich auch die Approbation bekommen. Systemische Psychotherapie ist ja erst seit kurzem eine Kassenleistung geworden. Vorher war das eben nicht so. Aber die tiefenpsychologische Psychotherapie schon und darüber hab ich approbiert und mich niedergelassen mit eigener Praxis. Und das jetzt schon seit 12 Jahren. Das ist so mein Hintergrund. Ich mache außerdem Traumatherapie und arbeite viel mit EMDR, wenn Ihnen das was sagt.

Jeserich: Erklären Sie das gerne nochmal.

Laabdallaoui: EMDR ist eine Technik, die ursprünglich für Traumatisierte entwickelt worden ist. Das ist eine Methode, die mit Augenbewegungen arbeitet. Man bringt die zwei Gehirnhälften sozusagen in Verbindung miteinander, um Erlebnisse, erschütternde, traumatisierende Erfahrungen zu verarbeiten. Es ist eine sehr gute Methode, mit der ich gute Erfahrungen mache.

Jeserich: Vielen Dank für diesen ersten Einblick. Jetzt wissen wir Einiges über Sie und jetzt interessiere ich mich für Ihre Klientinnen und Klienten. Ich mutmaße jetzt einfach mal: Könnte es sein, dass viele Muslime oder Menschen aus der muslimischen Community ganz gezielt Sie aufsuchen, weil sie zu einer muslimischen Therapeutin möchten? Oder ist das gar nicht der Fall?

Laabdallaoui: Doch, das ist tatsächlich so. Also ich therapiere in der Regel in Deutsch, am liebsten eben auch in Deutsch, weil ich meinen Beruf in Deutsch gelernt habe. Ich therapiere aber auch in Arabisch und Tamazight, manchmal auch in Englisch. Aber hauptsächlich kommen die Menschen nicht wegen der Sprache zu mir, auch, aber hauptsächlich kommen sie, weil ich diesen islamischen Kulturhintergrund habe und die Menschen sich dadurch erhoffen, besser verstanden zu werden. Zu mir kommen auch Menschen von weit weg. Sie nehmen schon mal 200 oder 300 km in Kauf, jetzt nicht alle, aber in Einzelfällen schon. Und die fahren sie dann schon einmal die Woche, oder einmal in 2 Wochen, um zu unserer Therapiesitzung zu kommen.

Jeserich: Ist es inzwischen üblicher, dass Muslime in Psychotherapie kommen? Man könnte ja denken, der erste Weg führt vielleicht eher zum Imam der Gemeinde. Dass man erstmal dort über psychosoziale Probleme spricht. Ist das inzwischen so, dass Psychotherapie mehr Gang und Gebe ist? Oder ist es tatsächlich erst der zweite Schritt? Nachdem man Hilfe bei einem religiösen Experten gesucht hat...

Laabdallaoui: Ja, das stimmt. Das gibt es auch, dass die Menschen zum Imam ihrer Moschee gehen und sich Hilfe suchen. Aber die Menschen, die zu mir kommen, sind ganz selten vorher bei einem Imam gewesen. Viele haben auch

Man braucht keinen muslimischen Therapeuten, um Hilfe zu erhalten. Man braucht nur einen guten Therapeuten.

überhaupt nichts mit Moscheen oder mit der muslimischen Community in dem Sinne zu tun, bezeichnen sich aber als Muslime. Ich mache die Erfahrung, dass die Bereitschaft in Psychotherapie zu gehen sehr groß ist. Es sind wirklich so viele Menschen mit islamischen Kulturhintergrund, die bei mir anklopfen und eine

Therapie machen wollen. Ich hab mir schon überlegt, wie viele Therapeuten ich in der Praxis beschäftigen müsste, um dieses Aufkommen zu bewältigen. Es müssten ungefähr 10 Leute sein, um wirklich den Bedarf zu decken. Meine Wartelisten sind überfüllt. Ich nehme schon lange keine Leute mehr auf die Warteliste und ich habe drei telefonische Sprechstunden in der Woche. Das Telefon steht wirklich nicht still. Alle wollen einen Termin haben. Ich bin ja im Rhein-Main-Gebiet, und aus diesem weiträumigen Gebiet rufen die Leute an. Die Bereitschaft, sich helfen zu lassen, ist sehr groß. Wir haben eine Gemeinschaftspraxis, mein Mann und ich, und wir sagen den Leuten auch immer wieder, sie sollen sich vor Ort einen Therapeuten suchen. Denn man muss nicht einen muslimischen Therapeuten haben, um Hilfe zu erhalten. Man muss nur einen guten Therapeuten haben. Aber wir hören immer wieder, dass die Menschen schlechte Erfahrungen machen. Und selbst wenn die Leute selbst nicht diese Erfahrungen gemacht haben, dann hat man Freunde, die eine schlechte Erfahrung gemacht haben oder die Schwester oder jemand aus der Gemeinde. Dann nehmen die Leute Abstand von einer psychotherapeutischen Behandlung. Und das ist sehr schade, weil es wirklich sehr gute Therapeuten gibt, die sich auch auf andere Kulturen oder andere religiöse Hintergründe einlassen können. Aber es

gibt eben auch die anderen, die ein schlechtes Bild von unserem Berufstand abgeben, was sehr schade ist. Da fallen Sätze wie „Ich kenne mich mit Ihrer Kultur nicht aus. Suchen Sie sich einen muslimischen Therapeuten“ oder „Nehmen Sie das Kopftuch ab. Das ist doch Ihr Problem“. Oder sie erteilen andere Ratschläge oder stellen andere Vorbedingungen, die für viele Muslime nicht in Frage kommen. Das schreckt die Leute ab.

Jeserich: Könnte das möglicherweise auch die Angst davor sein oder vielleicht auch die reale Erfahrung, dass manche Therapeuten eher religionskritisch sind? Für die Identität dieser Personen spielt es vermutlich eine große Rolle, dass sie eben muslimisch sind, auch wenn sie die Religion möglicherweise gar nicht so groß praktizieren, aber der Kulturhintergrund gehört stark hinzu. Womöglich befürchten sie, dass sie diese eher religiös-kulturell geprägten Themen nicht so offen ansprechen können. Machen Sie auch die Erfahrung, dass Religion und Kultur stark mit in die Psychotherapie hereingetragen werden?

Laabdallaoui: Ja, auf jeden Fall. Das sind ja Identitätsanteile der Patienten. Natürlich werden die Themen Kultur, Tradition und Religion in die Therapie eingebracht. Und manchmal ist das auch genau das Problem, oder ein Teil des Problems.

Selbst innerhalb der eigenen Kultur kommen Therapeuten mit fremdartigen Welten in Kontakt, die angenommen und verstanden werden müssen.

Aber das muss mit dem Patienten ganz sensibel angegangen werden. Man muss den Patienten erstmal annehmen, so wie er ist. Mit den Eigenschaften, mit den Anteilen mit denen er in die Praxis kommt. Die müssen ja auch in der Alltagswelt angenommen werden. Als Therapeuten haben wir es mit ganz unterschiedlichen Welten zu tun. Selbst in der eigenen Kultur. Wir sind es gewohnt, ganz unterschiedliche „komische“ Welten vor

uns zu haben. Wenn Sie an Psychotiker denken, wenn Sie an schwere Neurosen denken oder schwere Angststörungen. Das sind für viele ganz fremde Welten und die müssen wir erst verstehen und betreten, diese fremden Welten. Und muslimische Patienten kommen natürlich auch mit ihren eigenen Welten, die für andere vielleicht etwas fremdartig sind, aber als Therapeuten lernen wir, neugierig zu sein und anzunehmen und auch zu versuchen, das Fremde zu verstehen. Aber ich merke, dass viele Kollegen damit erstmal überfordert sind und auf Abstand gehen. Das ist ja gar nicht mal böser Wille. Natürlich gibt es auch Menschen, die ganz offen ablehnend sind. Der islamischen Kultur oder vielleicht auch anderen Kulturen gegenüber. Therapeuten spiegeln in ihren Haltungen ja auch ihre Gesellschaft wider. Aber die Meisten sind doch eher überfordert mit dem Fremdartigen, was der Patient so hineinbringt in die Praxis. Ich merke das in Supervisionsgruppen. Auch in den Fortbildungen, die wir machen. Wir bieten regelmäßig Fortbildungen für Kollegen an, also für Psychotherapeuten und Ärzte. An ihre Fragen können wir die Überforderungen oder dieses Unverständnis ablesen.

Jeserich: Können Sie uns ein Beispiel für so eine fremdartige Welt geben, die in der Therapie dann aufscheint – eine Welt, in der sich auch nochmal so ein religiös-kultureller Hintergrund zeigt, mit dem andere Therapeut:innen vielleicht überfordert sein könnten?

Laabdallaoui: Allein das Fasten zum Beispiel. Dass der Muslim im Ramadan einen ganzen Tag fastet, ohne zu trinken, ohne irgendetwas zu sich zu nehmen, ist schon etwas, das für viele nicht verständlich ist, für den Muslim aber wohltuend und etwas ganz Besonderes

ist. Oder dass ein junges Mädchen keinen Freund haben kann oder nicht mit einem Mann zusammenleben kann, bevor sie nicht geheiratet hat. Oder dass eine Frau eben nicht so einfach das Kopftuch abnehmen kann, um einen Job zu kriegen, obwohl sie ja darunter leidet, dass sie keinen Job hat oder dass sie bei Bewerbungen immer wieder abgelehnt wird. Da kann man nicht einfach so vorschlagen: „Ja, nehmen Sie doch das Kopftuch ab, dann ist das einfacher.“ Da weiß ein Therapeut oft gar nicht, was für die Frau dahinter steckt, womit das alles verbunden ist. Nur um jetzt ein paar Beispiele zu nennen. Oder auch das Verhältnis zur Familie. Dass die Ablösung von der Großfamilie eben nicht so einfach ist. Da kann man nicht einfach sagen „Ja, ziehen Sie doch aus“ oder „Die Eltern tun Ihnen nicht gut, brechen Sie den Kontakt ab“. Das sind ganz viele religiöse Werte, die damit verbunden sind und das geht nicht so einfach. Natürlich bringe ich meinen Patienten auch dazu, sich abzulösen, wenn diese Verbindung toxisch ist. Aber das erfordert erstmal einen sehr langen, langen, langen Vertrauensaufbau und ein langes Durcharbeiten, damit der Patient oder die Patientin soweit gestärkt wird, sich überhaupt ablösen zu können. Wenn aber gesagt wird „Lösen Sie sich doch ab von der Großfamilie oder von Ihren Eltern. Ziehen Sie da doch aus“ und so, dann kommt erstmal eine Barriere. Die Reaktion lautet dann: „Das geht gegen meine Werte und mit diesem Therapeuten kann ich nicht zusammenarbeiten“.

Jeserich: Sind Sie da manchmal auch in einem Zwiespalt – als Muslima auf der einen Seite, mit religiösen Werte, die Sie mit Ihren Klient:innen teilen, und als Psychotherapeutin auf der anderen Seite? Ein wichtiges Ziel von Psychotherapie wird ja häufig als Autonomiegewinn oder Vergrößerung von Autonomie beschrieben. Sie haben ja dann möglicherweise auf der einen Seite psychotherapeutische Ideale und Werte, z. B. Autonomiegewinn, und auf der anderen Seite vielleicht die religiös-kulturell geprägten Werte, wo es darum geht, eine Familie zu stabilisieren. In religiösen Kontexten wird Autonomie nicht so hoch gehalten wie manchmal in der Psychologie. Ist das dann für Sie auch so ein Jonglieren mit diesen unterschiedlichen Werten?

Laabdallaoui: In der Regel ist das kein Problem, weil eine toxische Beziehung oder eine Beziehung, in der eine Person unterdrückt oder abhängig gemacht wird, auch islamisch nicht vertretbar ist. Und ich kann das auch ganz gut islamisch erklären, wenn das nötig ist. Aber in der Regel ist das gar nicht nötig, der Patient leidet ja drunter, unter einem

Wenn eine Frau selbstständiger wird und anfängt an sich zu glauben, anfängt Selbstwirksamkeits-Erfahrungen zu machen, anfängt Grenzen zu setzen, anfängt für sich zu sorgen, verändert sich auch der Mann.

Abhängigkeitsverhältnis oder eben einer Beziehung, die krankhaft ist und möchte auch etwas daran ändern. Ich sage dem Patienten nicht, er soll sich trennen oder einer Patientin, sie soll sich von ihrem Mann trennen, der sie unterdrückt, sondern arbeite daran, dass die Patientin gestärkt wird. Und in der Regel verändert sich dann auch die Beziehung, denn die Männer sind ja nicht von Natur aus böse, sondern das ist ja immer ein Zusammenspiel zwischen Opferhaltung und Machtbesitz. In dem Maße, in dem die Frau selbstständiger wird und anfängt an sich zu glauben, anfängt Selbst-

wirksamkeits-Erfahrungen zu machen, anfängt Grenzen zu setzen, anfängt für sich zu sorgen, verändert sich auch der Mann. Denn kein Mensch will mit einem Opfer zusammenleben. Und meistens bringen die Männer auch selbst die Frauen in die Praxis und sie merken, wie die Frauen sich verändern. Aber ich kann mich nicht dran erinnern, vielleicht ist

es nur einmal vorgekommen, dass ein Mann diesen therapeutischen Prozess verhindert hat oder seiner Frau verboten hat, in die Therapie zu kommen. Und manchmal kommt es eben auch zur Trennung, weil der Mann den Zuwachs an Autonomie seiner Frau nicht aushalten kann. Oder die Frau merkt: „Das ist keine Beziehung für mich. Ich kann auch alleine leben. Nach einer Trennung gibt es auch noch ein Weiterleben.“

Jeserich: Zu Anfang haben Sie gesagt, Sie können das Ideal der Autonomie auch islamisch begründen. Das würde mich jetzt sehr interessieren. Weil das, was Sie gerade beschrieben haben, ist ja primär ein psychotherapeutischer Prozess. Jetzt könnte es ja sein, dass die Anfrage kommt: „Ist Psychotherapie denn mit dem Koran kompatibel? Das, was wir hier als Familie leben, das ist doch das, was möglicherweise auch im Koran steht oder das, was in der muslimischen Community gelebt werden soll. Das widerspricht doch unseren Werten.“ Welche Antwort finden Sie da?

Laabdallaoui: Es kommt darauf an, welche Problematik im Vordergrund steht. Erstens ist die Würde des Menschen ein Treugut jeden Mannes und jeder Frau. Jeder Mensch hat die Pflicht, auf seine Würde aufzupassen und seine Würde zu schützen. Und Würde kann man nur schützen, indem man eine Grenze schafft, indem man auch dem Gegenüber klar sagt, dass man nicht so behandelt werden will, wie man behandelt wird. Es gibt manchmal so

Zu glauben, auf islamische Pflichten oder Rechte zurückgreifen zu müssen, legt erstmal ein psychologisches Problem frei. Und daran muss man arbeiten.

dieses traditionelle Denken, dass es die Aufgabe der Frau sei, den Mann zufrieden zu stellen. Also den Haushalt zu führen, Kinder zu erziehen, für den Mann verfügbar zu sein. Das kann ich islamisch ganz gut widerlegen, denn eine Frau ist nicht verpflichtet, den Haushalt für den Mann zu machen. Sie ist nicht verpflichtet, nur für den Mann da zu sein. Sie hat auch das Recht, sich zu entfalten.

Sie hat das Recht auf einen Beruf. Sie hat das Recht auf ihr eigenes Geld. Das sind ja alles so Sachen, die man islamisch ganz gut belegen kann. Aber meistens geht es ja nicht um islamische Sachen, Recht oder Nicht-Recht. Es sind eher psychologische Prozesse. Zu glauben, auf islamische Pflichten oder Rechte zurückgreifen zu müssen, legt erstmal ein psychologisches Problem frei. Und daran muss man arbeiten. In meiner Arbeit habe ich die Erfahrung gemacht, dass alles was so als islamisch benannt wird, also z.B. Sätze wie „So wird's bei uns gemacht und das ist deine Pflicht“ oder „Das ist mein Recht“ – das ist alles Beiwerk. Es ist genauso, als wenn wir im Alltag ständig auf unsere Grundrechte zurückgreifen müssten: „Aber so steht es ja im Grundgesetz. Darf ich überhaupt hier sein? Darf ich mein Geld selbst verwalten?“

Jeserich: Also verstehe ich das richtig, dass wenn Sie „Beiwerk“ sagen, dass es eigentlich um Verhaltensmuster geht und weniger um religiöse Vorschriften? Bestimmte Menschen verteidigen diese Muster in einem Familiensystem oder einer Beziehung, weil sie etwas davon haben? Zum Beispiel mehr Macht. Sie begründen und rechtfertigen das Muster dann mit Normen aus der Religion. Aber eigentlich geht es ihnen darum, dass sie ihre Beziehungs- und Machtstrukturen erhalten wollen. Es liegen also psychologische Prozesse dahinter und es geht gar nicht im Kern um muslimische Werte oder muslimische Themen.

Sondern es geht eher um Muster, die erhalten werden sollen, um Muster, die möglicherweise auch psychopathologisch sind.

Laabdallaoui: Genau. Es sind eher so Machtverhältnisse, Machtkämpfe, die über kulturell-islamische Grundsätze untermauert werden.

Jeserich: Aber dann wäre es ja ein guter Ansatz, wenn man diese Grundsätze gut kennt, wenn man sich gut auskennt im religiösen Bereich, dass man, wie Sie es auch erklärt haben, auch kontern kann und sagen kann: „Du legst das auf eine bestimmte Weise aus, aber ich könnte dir auch eine andere Auslegung nennen.“ Und dann kann die Machtstruktur gar nicht mehr durch den Koran oder bestimmte kulturelle oder religiöse Werte einfach so gerechtfertigt werden.

Laabdallaoui: Genau. Und das stärkt die Frauen ungemein. Wenn das eben ein Problem ist, wenn dieses Untermauern oder dieses Stärken durch islamische Grundsätze, wenn das vorhanden ist, dann kann ich das ganz gut damit entkräften. Und das ist dann für die Frauen – in der Regel sind es Frauen, aber manchmal sind es eben auch Männer, deren Eltern oder Mütter eine unheimliche Macht haben über sie – befreiend, wenn diese Dinge entkräftet werden.

Jeserich: Dann sind Sie ja nicht nur in der Rolle der Psychologin oder Psychotherapeutin, sondern fast schon in der Rolle einer religiösen Aufklärerin.

Laabdallaoui: Naja, ich greife gerne darauf zurück, wenn es nötig ist, aber es steht eigentlich nicht im Mittelpunkt meiner therapeutischen Arbeit. Aber wenn es sein muss, greife ich gerne darauf zurück.

Jeserich: Sie haben eine toxische Männlichkeit angesprochen und Sie haben auch die starke Mutter angesprochen. In der tiefenpsychologischen Literatur wird oft argumentiert, dass aus den Beziehungen zu den Eltern oft auch das Gottesbild abgeleitet wird. Also die Elternbeziehung hat entwicklungspsychologisch Auswirkungen auf das Gottesbild. Stellen Sie sowas bei Muslimen auch fest?

Manchmal verwechseln Menschen ihr Elternbild mit dem Gottesbild.

Laabdallaoui: Ja, schon. Die Eltern sind eben die ersten Autoritäten, mit denen wir in Verbindung kommen. Und je nachdem, wie sich diese Autoritäten verhalten, ob sie liebevoll zugewandt sind oder strafend und streng sind, so entwickelt sich später auch das Gottesbild. Wenn jemand von einem strafenden, strengen, unnachgiebigen, rachsüchtigen, nachtragenden Gott spricht, dann können Sie sich sicher sein, dass da keine liebevollen Elternbeziehungen zugrunde liegen. Und das ist manchmal auch ganz gut, den Patienten damit zu konfrontieren. Manchmal verwechseln eben Menschen ihr Elternbild mit dem Gottesbild. Mein Mann hat da mal so eine Idee gehabt: Sie kennen ja wahrscheinlich die 99 Namen Gottes im Islam, und das sind ja alles seine Eigenschaften. Er hat diese Namen alle aufgelistet in Arabisch und Deutsch und manchmal geben wir diese Liste den Patienten und sagen: „Kreuzen Sie

15 Namen an, die für Sie wesentlich sind, die für Sie am wichtigsten sind in ihrem Gottesbild“. Und klar, die zehn ersten, oder die fünf ersten Namen sind eben der Barmherzige, der Allerbarmer, womit wir Gott eben verbinden, aber die letzten acht oder fünf Namen, da muss man schon genau hingucken. Da muss sich der Patient eben schon genau überlegen, was schon tiefergreifend in seinem Bewusstsein verwurzelt ist. Und da kommen ganz interessante Sachen heraus. Also für uns nicht überraschend, aber für die Patienten sehr überraschend. Und wenn wir dann diese letzten 5 Eigenschaften, die er nennt, durchgehen, dann erkennt der Patient meistens den Vater darin, manchmal auch die Mutter. Also es sind dieselben Eigenschaften, mit denen er seinen Vater oder die Mutter beschreibt.

Jeserich: Es gibt ja auch die These, dass gerade Muslime stark unter Angststörungen leiden, gerade aufgrund eines bestimmten Familiensystems und auch Gottesbilds. Beobachten Sie das auch? Würden Sie diese These unterschreiben? Oder sagen Sie, im Vergleich zu nicht-muslimischen Klientinnen und Klienten macht das gar keinen so großen Unterschied?

Laabdallaoui: Das Letztere eher. In meiner Praxis haben wir ganz viele muslimische Patienten, bestimmt so über 80%. Das hat sich im Laufe der Zeit so entwickelt. Und die meisten Diagnosen sind Depressionen, gefolgt von Angststörungen, Somatisierungsstörungen, dann Traumafolgestörungen. Dann kommen manchmal paranoide Störungen oder Kleptomanie oder sowas. Aber das sind einzelne Diagnosen. An erster Stelle steht Depression. Und das ist vergleichbar mit anderen Praxen.

Bei muslimischen Patient:innen in Deutschland steht nicht Angst, sondern Depression an erster Stelle.

Jeserich: Also gibt es Ihrer Beobachtung nach keinen besonderen Zusammenhang zwischen Angst, Familiensystem und Gottesbild?

Laabdallaoui: Nee, nee, nee.

Jeserich: Ich frage Sie als Expertin jetzt einfach mal und bitte um Aufklärung: Oft wird ja auch gesagt, dass Somatisierungsstörungen gehäuft bei muslimischen Patient:innen auftreten. Dass viele psychische Probleme somatisiert werden und dass Menschen mit muslimischem Kulturhintergrund in Krankenhäuser kommen und man oft gar nicht so genau weiß, was haben die eigentlich. Somatisiert sich da vielleicht ein psychosoziales Problem?

Laabdallaoui: Ja, das eher. Das kann ich so unterstreichen. Aber das hat weniger mit dem Islam zu tun, sondern vielmehr mit kulturellen Eigenarten. Das kommt einmal von der Kultur, dass man viel mehr mit dem Körper spricht, dass der Körper so im Vordergrund steht, also weniger eine ausdifferenzierte emotionale Sprache, sondern eher eine körperliche Sprache. Ich muss da auch unterscheiden zwischen jüngeren Patienten und älteren Patienten: Somatisierungsstörungen treten eher bei älteren Patienten auf. Ich habe auch viele Patienten, die gar kein Deutsch sprechen, das sind Patienten, die Arabisch sprechen oder Tamazight. Das sind einfache Menschen, die keine so ausgefeilte Sprache haben, die auch nicht gelernt haben, ihre Beschwerden verbal auszudrücken. Es sind auch Menschen, die vereinsamt sind, das sind oft Gastarbeitergenerationen. Und vor allem die Frauen, die

oft zuhause waren, den Haushalt gemacht haben, die viele Kinder großgezogen haben, viel körperlich gearbeitet haben, aber auch Männer, die viel körperlich gearbeitet haben. Das sind die Patienten, die oft diese Somatisierungsstörungen haben. Aber auch Menschen, die zum Beispiel lange Zeit unter Depressionen gelitten haben, aber keine adäquate Hilfe bekommen haben. Egal jetzt, ob sie nicht verstanden worden sind oder ob sie sich keine Hilfe geholt haben, sie sind es, wo sich Psychosoziales somatisiert hat.

Jeserich: Gibt es da irgendeinen Tipp, den Sie geben können? Es ist ja für Praktizierende häufig gar nicht so leicht, mit diesen Menschen umzugehen, die möglicherweise auch der deutschen Sprache gar nicht mächtig sind, die auf der kognitiv-sprachlichen Ebene nicht gut erreichbar sind, die aber mit diffusen Beschwerden in Arztpraxen, in Krankenhäusern oder auch therapeutischen Settings auflaufen. Wie ist damit umzugehen? Was kann man da therapeutisch machen?

Laabdallaoui: Es ist schwierig. Somatisierungsstörungen sind in der Regel schwierig zu behandeln. Gut wäre, die Menschen trotzdem auf der psychologischen Ebene anzusprechen und nicht auf dieser körperlichen Schiene zu verharren. Oft werden die Patienten

Oft haben Menschen mit somatoformen Störungen keine Worte für das, was sie erleiden. Dann sprechen sie mit Schmerzen.

auch von einem Facharzt zum anderen geschickt und man findet nichts Organisches. Aber trotzdem leiden die Patienten und dann wäre es ganz gut sie zu fragen, wie es ihnen denn überhaupt geht, auch so ein bisschen biographisch zu arbeiten, sie erzählen zu lassen. Und sie haben in der Regel viel zu erzählen, auch ganz interessante Geschichten. Das wäre so ganz gut.

Jeserich: Dass man nicht am Symptom bleibt, sondern Ursachenforschung betreibt.

Laabdallaoui: Ja, ihnen dabei zu helfen, Worte zu finden für das, was sie erleiden. Oft haben sie ja keine Worte dafür. Und dann müssen sie mit Schmerzen sprechen.

Jeserich: Sie haben noch eine andere besondere Klientel angesprochen, das möglicherweise zu ihnen kommt, weil sie auch Traumatherapeutin sind. Schlagen bei Ihnen auch Flüchtlinge mit muslimischem Hintergrund auf, die Hilfe möchten?

Laabdallaoui: Ja.

Jeserich: Und ist das wahrscheinlich verstärkt in den letzten Jahren passiert...

Laabdallaoui: Ja, das stimmt. Wobei ich ehrlich sagen muss, dass ich mich da auch ein bisschen schütze. Weil es für die eigene Psychohygiene schwierig ist, wenn man vorwiegend traumatisierte Patienten hat. Also ich halte das in Grenzen und versuche, eine gute Mischung hinzubekommen. Aber die traumatisierten, geflüchteten Menschen, die ich habe, ihre Geschichten erschüttern unheimlich. Ich hab zum Beispiel einen Patienten, der war ein Folteropfer vom IS. Und es ist furchtbar. Das, was ich in meinen Therapiestunden höre,

übersteigt alles, was ich bis dahin in den Medien so mitbekommen habe. Es ist einfach furchtbar. Und da fühle ich mich manchmal auch überfordert.

Jeserich: Das sind auch absolute Extremfälle und ich vermute, dass da auch, wie soll ich sagen, die dunkle Seite der Religion eine große Rolle spielt. Religion kann ja einerseits eine Ressource für Menschen sein, aber Religion kann auch ein Machtmittel, eine Belastung sein. Und in diesen Kontexten stelle ich mir vor, dass Religion eine sehr ungute Rolle spielt...

Laabdallaoui: Zum Glück können die Patienten das ganz gut voneinander unterscheiden. Also es ist gerade die Religion, die ihnen in dieser Zeit als Gefangene, in dieser Folterzeit, geholfen hat. Gerade die Religion hat sie aufrechterhalten. Natürlich sagt der IS, dass sie das aus religiösen Gründen tun. Sie begründen ihre Gräueltaten mit Religion. Aber die Patienten können das gut differenzieren. Aber das sind, ja, wie Sie sagen, Extremfälle. Aber die anderen Fälle waren eben auch dieser ganzen Fluchtsituation ausgesetzt. Der Fluchtverlauf, was die Menschen auch während der Flucht alles so erlebt haben, auch die Tatsache, dass Menschen alles, wirklich alles, hinter sich lassen mussten. Alles, was sie bis dahin besessen haben. Egal, ob das jetzt Fotoalben waren oder ob es ein Luxushaus gewesen ist. Das sind unheimliche Schmerzen und Trauerprozesse, die sie durchlaufen müssen.

Vielleicht noch eine – Sie haben ja nach spezifischen Beschwerden oder Störungen gefragt – Störung, die mir gerade einfällt, ist die Zwangsstörung. Zwangsstörungen kommen jetzt nicht nur bei Muslimen vor, aber bei Muslimen findet sie eine ganz spezielle Ausprägung. Sie wissen, dass der Islam auch im Alltag eine große Rolle spielt: das fünfmalige Gebet am Tag, die Waschung vor dem Gebet, das Fasten. Es gibt viele Rituale, die den Alltag prägen. Zwangsstörungen haben ja oft auch mit Denken, mit Verhalten zu tun. Und diese zwanghaften Verhaltensmuster spielen sich dort im religiösen Kontext ab, so dass der Patient

Bei Muslimen manifestieren sich Zwänge oft in religiösen Ritualen.

zum Beispiel stundenlang die rituelle Waschung macht und daran zweifelt, ob das jetzt richtig war oder nicht. Ob es dreimal war oder siebenmal oder achtmal. Oder die rituelle Ganzkörperwaschung: der Patient muss sich immer wieder waschen, weil er nicht weiß, ob er jetzt wirklich rein ist oder nicht und ob das richtig war oder nicht. Oder das Gebet: „Habe ich jetzt die Gebetseinheiten richtig gemacht oder nicht?“ Und dann wird das wiederholt und nochmal wiederholt. Bei Nichtmuslimen kann sich ein Zwang z.B. bei einer Kontamination mit unreinen Dingen oder Bakterien oder irgendwelchen anderen Sachen manifestieren. Bei Muslimen manifestieren sich Zwänge oft in religiösen Ritualen.

Jeserich: Das führt mich zum Thema Corona. Wir hören ja immer wieder, dass sich gerade durch die Corona-Maßnahmen – die Ermunterung, häufig und viel Hände zu waschen und auch andere Regeln und Rituale – zwanghaftes Verhalten verstärkt. Stellen Sie denn auch eine Verschärfung von Zwangsstörungen in der Corona-Pandemie fest?

Laabdallaoui: Das hat man befürchtet, aber es ist nicht so aufgetreten. Und bei mir in der Praxis merke ich das auch nicht. Man hat das vorher befürchtet, dass gerade so prädestinierte Menschen jetzt zwangsgestört werden und dass eine Welle von Zwangsstörungen auf uns zukommt. Aber auch die Fachwelt sagt, dass es eben nicht der Fall ist.

Jeserich: Jetzt gucken wir nochmal auf die muslimischen Patientinnen und Patienten, die zu Ihnen kommen: Spielt da Corona jetzt nochmal eine spezielle Rolle? Zum Beispiel auch mit Blick auf bestimmte Familiensysteme oder soziale Verhältnissen...

Laabdallaoui: Schon. Ich hab vielleicht 2 oder 3 Patienten, die jetzt ganz dezidiert wegen Corona zu mir kommen. Der einen droht eine Kündigung, sie hat eine sehr gute Stelle in einer großen Firma. Aber die Firma kürzt Stellen und sie ist davon bedroht. Weil sie alleinerziehend ist, kleine Kinder versorgen muss und daher oft Fehlzeiten hat – eben durch Corona, weil die Kinder nicht anderweitig betreut werden können. Wegen ihrer Fehlzeiten steht sie eben auf der Kippe, gekündigt zu werden. Und das hat sie völlig überfordert, so dass sie depressiv geworden ist und deshalb ist sie in der Praxis. Ich denke, wenn jetzt

Die Pandemie-Situation an sich macht nicht psychisch krank. Aber die Leute, die schon vorher am Rande ihrer psychischen Kräfte waren, die hat es stark getroffen.

nicht Corona gewesen wäre, wäre sie nicht dekompenziert. Eine andere Patientin hat eine Angststörung entwickelt. Wegen Corona. Weil sie Angst hat, sich zu infizieren oder einen Familienangehörigen dadurch zu verlieren. Aber generell hält es sich in Grenzen. Es ist eher so eine Begleitscheinung: die Konflikte zuhause werden schlimmer, man macht sich Sorgen um die Kinder. Vor allem in einigen Migrantenfamilien können die Kinder nicht gut aufgefangen werden, weil die Wohnverhältnisse zu eng sind, weil man den Kindern mit der Schule nicht helfen kann, weil man der Sprache nicht mächtig ist, weil man den Stoff nicht vermitteln kann. Da machen sich Eltern viele Sorgen. Die Pandemie-Situation an sich macht nicht psychisch krank, aber die Leute, die schon vorher am Rande ihrer psychischen Kräfte waren, die hat es stark getroffen.

Da machen sich Eltern viele Sorgen. Die Pandemie-Situation an sich macht nicht psychisch krank, aber die Leute, die schon vorher am Rande ihrer psychischen Kräfte waren, die hat es stark getroffen.

Jeserich: Ja, vielen Dank für die Einschätzung. Ich würde das Thema Psychotherapie und Islam gerne nochmal theoretisch zu fassen bekommen. Wir haben in unserem Gespräch einerseits ein paar Spezifika benannt, aber auch deutlich gemacht, dass es manchmal gar nicht so große Unterschiede zwischen muslimischen und nicht-muslimischen Klient:innen gibt, wie man denkt. Beides. Und jetzt wird ja auch diskutiert, mehr Schritte in Richtung einer sogenannten islamintegrierten Psychotherapie zu unternehmen. Was könnte denn so eine islamintegrierte Psychotherapie leisten? Bräuchte es neue Konzepte und Theorien, die auf einem anderen Menschen- und Weltbild fußen? Oder ist das, was wir an gängigen psychotherapeutischen Ansätzen haben für Muslime gut anwendbar? Genügen vielleicht ein paar kleine kultursensible Zusätze und dann passt das. Wie schätzen Sie das ein?

Laabdallaoui: In der Forschung oder in dieser ganzen Bewegung zur islamintegrierter Psychotherapie gibt es zwei Richtungen. Einmal die Richtung, die meint, man muss aus dem Islam heraus eine ganz neue Methode entwickeln. Das ist die Bottom-Up-Bewegung. Und dann gibt es die Top-Down-Bewegung. Es wurde schon viel dazu geschrieben. Gerade

im englischen Raum, vor allem in Amerika und England. Da passiert viel oder da ist viel passiert in den letzten Jahren. Die Top-Down-Bewegung sagt, wir können gut mit dem arbeiten, was wir haben. Aber es gibt es viele Elemente aus dem Islam, die man gerade für muslimische Patienten integrieren kann. Weil das Ressourcen sind. Religiöse Ressourcen, die man nutzen kann, die man psychotherapeutisch verwenden kann. Aber es sind keine neuen Methoden, sondern eher so geläufige Methoden, die mit islamischen Elemente angereichert werden.

Jeserich: Also zum Beispiel die 99 Namen für Allah. Das wäre ein Aspekt, den könnte man einbauen in eine ganz klassische Psychotherapie.

Laabdallaoui: Ja, zum Beispiel.

Jeserich: Und wenn Sie sich selbst verorten in einer der beiden Bewegungen, haben Sie da schon eine Entscheidung für sich getroffen?

Laabdallaoui: Also ich denke nicht, dass wir hier ganz neue Methoden brauchen. Die Methoden, die wir bereits haben, sind ganz wirksame Methoden. Damit kann man ganz gut arbeiten. Aber wenn Bedarf besteht, dann bin ich auch bereit, Elemente aus dem Islam zu verwenden. Wie zum Beispiel bei jemanden, der in einer Krise ist, dem auch etwas aus dem Koran zu zitieren, um ihm einfach Hoffnung zu geben, wenn das passt. Aber auch, wenn jemand eben mit diesen traditionellen Verflechtungen von Islam und Kultur kommt, dass ich da dann auch differenzieren kann und sagen kann: „So ist das nicht. Ich kenne das anders. Es gibt das und das.“ Ein Koran-Zitat, das gerade in Krisensituationen unheimlich hilft, lautet: „Mit der Erschwernis kommt die Erleichterung.“ Das sind Dinge, die jeder Moslem kennt, aber wenn ich sie so im therapeutischen Prozess einbinde, dann bewegt das etwas in dem Patienten. Wenn es heißt „Allah trägt keiner Seele etwas auf, was sie nicht tragen kann“, dann gucken wir nach den Ressourcen, die der Mensch hat, um die Krise zu tragen. Wenn Gott das im Koran sagt, dann hat das bestimmt einen Sinn. Und dann schauen wir, welche Ressourcen hat der Patient? Welche Ressourcen hat Gott diesem Patienten gegeben, um gerade diese Krise zu tragen? Und dann schauen wir, was ist denn hilfreich gerade jetzt in diesem Leben? Das sind so Dinge, die man auch mit Nichtmuslimen machen kann.

Jeserich: Also ein ressourcenorientierter Ansatz und da könnten unter Anderem religiöse Ressourcen und kulturelle Ressourcen einfließen.

Laabdallaoui: Ja, genau. Oder manchmal auch Prophetengeschichten, oder sowas.

Jeserich: Ja, Frau Laabdallaoui, wir nähern uns langsam dem Ende. Herzlichen Dank bis hierhin. Gibt es irgendetwas, was ich vergessen habe zu fragen, was Ihnen aber noch ganz wichtig ist?

Laabdallaoui: Vielleicht nur ein Appell an meine Kollegen: Seien Sie neugierig und nehmen Sie den Patienten als Experten seiner Situation wahr. Gehen Sie mit ihm, folgen Sie

ihm in seine Welt. Da gibt es so viele Ressourcen, so viel Hilfreiches, was man da entdecken kann, um den Patienten zu helfen. Anstatt ihm zu sagen, er soll doch jemanden suchen, der seine Kultur versteht. Da entgeht einem auch viel. Ich merke das immer wieder, wenn ich mit Patienten zu tun habe, deren Kultur ich nicht kenne. Wenn jetzt jemand aus Afghanistan zu mir kommt oder aus Indonesien. Ich hab ja keine Ahnung von diesen Kulturen, auch wenn wir beide Muslime sind. Und ich finde das unheimlich bereichernd, mich in diese Welt mit hinein nehmen zu lassen.

Jeserich: Das ist ein sehr schöner Appell. Bleiben wir neugierig und bleiben wir nah am Menschen und dann sind wir auf einem guten Weg. Herzlichen Dank, Frau Laabdallaoui, für dieses Gespräch.

Autorenkontakt

Florian Jeserich
Katholische Akademie Die Wolfsburg
Falkenweg 6
D-45478 Mülheim an der Ruhr
florian.jeserich@bistum-essen.de

Dipl. Psych. Malika Laabdallaoui
Frankfurter Straße 62
D-65428 Rüsselsheim
malika.laabdallaoui@gmx.de

Zitationsvorschlag

Jeserich, Florian & Mailka Laabdallaoui: Muslime in der psychotherapeutischen Versorgung. In: Jahrbuch für interkulturelle Ethik im Gesundheitswesen Jg. 4 / 2020/2021, S. 59-71.