

James L. Griffith

# **Religion hilft, Religion schadet**

Wie der Glaube unsere Gesundheit beeinflusst

Aus dem Amerikanischen von Christa Kordt

# Inhalt

<b>Vorwort</b> . . . . .	11
<b>Einleitung</b> . . . . .	19
<b>Wenn Religion schadet: Eine Frage psychischer Gesundheit?</b> . . . .	19
Religion stellt vor moralische Dilemmas . . . . .	20
Vergrößern von Krankheit und Leiden: Die dunkle Seite der Religion . . . .	21
Den unerwarteten Einflüssen der Religion nachspüren . . . . .	24
Die meisten schädlichen Auswirkungen der Religiosität entstehen nicht durch psychische Krankheiten . . . . .	25
Manche schädlichen Auswirkungen der Religiosität sind eine Folge psychischer Krankheit . . . . .	26
Sollen Therapeuten die destruktiven Auswirkungen der Religiosität behandeln? . . . . .	27
Religiös geprägte Patienten – eine Herausforderung für den Kliniker . . . .	30
Über Konflikte wegen des Verhaltens hinausgehen: Das Verhältnis zu religiös geprägten Patienten wird rehumanisiert . . . . .	30
<b>Ein Wegweiser durch das Terrain der Religion</b> . . . . .	33
<b>1 Was die Soziobiologie zum schädlichen Gebrauch von Religion erklärt</b> . . . . .	35
Drei Missionsgebiete der Religion, die in einer unseligen Verbindung stehen . . . . .	35
Religion als Streben nach Geborgenheit in der Gruppe . . . . .	36
Religion als Streben nach Selbstbewusstsein . . . . .	37
Religion als Suche nach einem Weg, Leiden zu beenden . . . . .	38
Religion und die ungleiche Verteilung ihrer Ziele . . . . .	39
Was bedeuten die Wörter „Religion“ und „Spiritualität“ eigentlich? . . . .	40
Aber wie schneidet die „Spiritualität“ im Ideologie-Test ab? . . . . .	40
Die soziobiologische Brille bringt Klarheit in die Verwirrungen des religiösen Lebens . . . . .	42
Die Reichweite der Soziobiologie im religiösen Leben . . . . .	48
Spiritualität und das Wohl des Einzelnen . . . . .	49

Was die Soziobiologie und die biologische Evolution nicht liefern konnten, liefert die Spiritualität . . . . .	52
Persönliche Spiritualität und soziobiologische Religion driften manchmal stark auseinander . . . . .	55
Krankmachende religiöse Verhaltensweisen verstehen . . . . .	56
<b>2 Neurobiologische Erklärungen zum krankmachenden Gebrauch der Religion . . . . .</b>	<b>58</b>
Warum die Neurobiologie wichtig ist . . . . .	58
Schmerzmatrix und Empathie . . . . .	60
Spiegelneuronen und Mitgefühl . . . . .	63
Das Selbst und die Anderen sind in unserem Gehirn zusammen – und getrennt . . . . .	65
Mentalisierung und Empathie sind nicht dasselbe . . . . .	66
Empathie gegenüber Fremden entsteht auf natürliche Weise . . . . .	68
Zwei verschiedene Arten von „Anderssein“ . . . . .	69
Empathie-Schalter können die Beziehung zu anderen gezielt abschalten . . . . .	70
Verschiedene Typen von Empathie-Schaltern . . . . .	72
Das Abwenden der Empathie kann eine Schuld-freie Zone für Aggressionen eröffnen . . . . .	75
Wie die Neurobiologie dazu beiträgt, schädliches religiöses Verhalten sinnvoll erscheinen zu lassen . . . . .	76
<b>3 Den Rahmen abstecken: Der Dialog über Religiosität wird eröffnet . . . . .</b>	<b>79</b>
Das Freud'sche Vermächtnis wirkt sich ungünstig aus . . . . .	80
Religion als stigmatisierter Diskurs . . . . .	81
Religiöse Gegenübertragung als klinisches Problem . . . . .	82
Religion als soziale Identität . . . . .	83
Religion und die Erfahrung der Unvollständigkeit . . . . .	84
Die einzige Möglichkeit für den ersten Eindruck: Höflichkeit, Respekt und aufmerksames Zuhören . . . . .	85
Die Sprache hören, die religiöse und spirituelle Erfahrung ausdrückt . . . . .	86
Auf religiöse Redewendungen hören . . . . .	88
Heraushören von Metaphern für Gott oder Spiritualität . . . . .	88
Erzählungen von religiösen Erfahrungen heraushören . . . . .	89
Religiöse Überzeugungen heraushören . . . . .	90
Gebete oder andere intrapersonale religiöse Dialoge heraushören . . . . .	91
Spirituelle Praktiken heraushören . . . . .	92
Rituale heraushören . . . . .	93
Auf das religiöse Gemeindeleben hören . . . . .	93
Ethisches Engagement heraushören . . . . .	94

Einen weiterführenden Dialog eröffnen . . . . .	94
Die säkulare Position des Therapeuten . . . . .	98
Spiritualität heraushören, die nicht in formaler Religion gründet . . . . .	98
Der Umgang mit religiöser Gegenübertragung: Aus der Unterdrückung zu einer eigenen Perspektive und zur Lebensfreude . . . . .	101
Der Therapeut als Außenstehender: Als Außenstehender zuhören . . . . .	104
<b>4 Die persönliche Spiritualität durch existenzialistisches Nachfragen aufspüren . . . . .</b>	<b>105</b>
Existenzielle Fragen . . . . .	105
Die persönliche Spiritualität hilft, der Entmutigung zu entgehen . . . . .	107
Integrität versus Verwirrung . . . . .	108
Hoffnung versus Verzweiflung . . . . .	110
Gemeinschaft versus Isolation . . . . .	111
Bewusstes Handeln versus Hilflosigkeit . . . . .	112
Engagement versus Gleichgültigkeit . . . . .	113
Dankbarkeit versus Verbitterung . . . . .	114
Der Zeitpunkt für existenzielle Fragen . . . . .	115
Klinische Interventionen in ein religiöses Weltbild integrieren . . . . .	116
Moralische Überlegungen im religiösen Leben eines Patienten erkennen . . . . .	117
Soziobiologische Religiosität durch moralische Denkweisen der persönlichen Spiritualität prägen . . . . .	119
<b>Wenn Religiosität Leiden bringt . . . . .</b>	<b>121</b>
<b>5 Wenn Gott zum Elternersatz wird: Klinische Probleme durch unsichere Bindungen . . . . .</b>	<b>123</b>
Beziehungen mit Gefühlsbindung . . . . .	123
Aprils Furcht vor der strafenden Hand Gottes . . . . .	124
Joans allzu ferner Gott . . . . .	126
Interaktionen zwischen Gott und Mensch aus der Bindungs-Perspektive betrachtet . . . . .	127
Unsichere Bindung: Kein Schutz vor dem Sturm . . . . .	129
Beurteilen des Bindungsstils zwischen Mensch und Gott . . . . .	131
Die Mensch-Gott-Bindungen in der Psychotherapie . . . . .	133
Die unsichere Bindung an Gott über menschliche Beziehungen verändern . . . . .	134
Eine ängstlich-vermeidende Bindung an Gott dekonstruieren . . . . .	136
Die Rolle der Bindung an Gott innerhalb der religiösen Soziobiologie . . . . .	137

<b>6 Die Herde als sichere Zuflucht: Klinische Probleme durch soziale Hierarchien, Gemeinschaftsbildung und reziproken Altruismus . . . . .</b>	<b>140</b>
Auf der Suche nach einem Religionsmodell, das die schädlichen Auswirkungen der Religiosität erklärt . . . . .	142
Die soziale Hierarchie, die Gemeinschaftsbildung und der soziale Austausch bieten ein soziales Zellgerüst für die Religiosität . . . . .	143
Wie kann die Religion schädliches Verhalten vorschreiben? . . . . .	150
Was verhindert den Protest der Zeugen religiös motivierter Schädigungen? . . . . .	152
Wie wird man zum Komplizen von religiös motivierten Verletzungen? . . . . .	153
Ein integriertes Modell für das dissoziative Verstummen des Selbst in der Religiosität . . . . .	161
Nachwirkungen des dissoziativen Verstummens des Selbst: Unredlichkeit, Doppelung, unaussprechliche Dilemmas und ihr menschlicher Preis . . . . .	162
<b>7 Die persönliche Spiritualität gegenüber der soziobiologischen Religion stärken . . . . .</b>	<b>167</b>
Interventionen auf der Basis soziobiologischen und neurobiologischen Wissens anpassen . . . . .	168
Zweifache Interventionen: nach außen wirkende soziobiologische und nach innen wirkende dissoziative Prozesse behandeln . . . . .	169
Moralisches Denken im religiösen Leben . . . . .	174
Intrapersonale Politik des religiösen Lebens . . . . .	180
<b>8 Die Frommen, die nur ihre eigenen Leute schützen: Klinische Probleme durch Gemeinschaftsbildung, Verwandten-Selektion und sozialen Austausch . . . . .</b>	<b>184</b>
Nach außen gerichtete soziobiologische Prozesse . . . . .	186
Verwandten-Selektion . . . . .	187
Innengruppen, Außengruppen und soziale Identität . . . . .	188
Stereotypenbildung und Stigmatisierung . . . . .	188
Gesellschaftliche Dominanz: Statushierarchien und Ideologien der Selbstrechtfertigung . . . . .	190
Der soziale Austausch bezieht sich typischerweise nicht auf die Mitglieder der Außengruppe . . . . .	191
Neurobiologische Faktoren verstärken religiös motivierte Gewalt . . . . .	192
Ein Stigma kann für Kulte und fundamentalistische Religionen durchaus nützlich sein . . . . .	192
Die Religion kann Aggression ohne Schuldbewusstsein fördern . . . . .	194

Psychologen sind selten die Ersten, die reagieren . . . . .	195
Psychosoziale Interventionen gegen Schäden durch die soziobiologische Religion . . . . .	195
Die Verteidigung gefährdeter Mitglieder religiöser Gruppen . . . . .	199
Die spannungsreiche Position des Therapeuten aus der Außengruppe . . . . .	200
Die Ausrichtung auf die Personenbezogenheit hilft, die defensive Soziobiologie ruhig zu stellen . . . . .	203
Die Aktivierung defensiver Grenzregulierungen vermeiden . . . . .	205
Durch eine soziobiologische Sichtweise besser mit religiöser Gegenübertragung umgehen . . . . .	207
<b>Wenn psychische Krankheit die Religiosität durchdringt . . . . .</b>	<b>209</b>
<b>9 Religion als Sprachrohr für psychische Krankheit . . . . .</b>	<b>211</b>
Warum psychiatrische Krankheiten eine Rolle spielen . . . . .	213
Psychiatrische Störungen entstehen aus Funktionsfehlern des Gehirns . . . . .	214
Die Unterscheidung zwischen psychiatrischen Symptomen und auffälligem, aber normalem religiösem Verhalten . . . . .	216
Einen therapeutischen Rahmen schaffen, der religiöse Verhaltensweisen als psychiatrische Symptome behandelt . . . . .	219
Vermeiden berufsbedingter Hybris bei der diagnostischen Beurteilung . . . . .	223
Sicherheitsfragen . . . . .	224
<b>10 Dunkle Nächte und Ekstase: Wenn eine Gemütsstörung die Religion verzerrt . . . . .</b>	<b>225</b>
Schwere depressive Störungen . . . . .	226
Wenn Depression das religiöse Leben verzerrt . . . . .	228
Wenn Manie die Religiosität verzerrt . . . . .	230
Das Selbstmordrisiko einschätzen . . . . .	232
<b>11 Verworrene Welten – Wenn Religion durch Psychosen verzerrt wird . . . . .</b>	<b>235</b>
Religiöse Gewalt bei psychotischen Geisteskrankheiten . . . . .	235
Formen „normaler“ Psychosen im religiösen Leben . . . . .	237
Psychotische Geisteskrankheiten von dem breiten Spektrum religiöser Psychosen unterscheiden . . . . .	241
Psychotisches Denken kann in der Interaktion mit der Religion ein zusätzliches Schadensrisiko mit sich bringen . . . . .	247
Klinische Strategien zur Unterscheidung zwischen psychotischem Denken und religiösen Erfahrungen eines Patienten . . . . .	248

Psychose und Selbstmordrisiko . . . . .	251
Psychotische Störungen und religiöse Gewalt . . . . .	252
<b>12 Furcht und Schrecken – Wenn Religion durch Angststörungen einschrumpft . . . . .</b>	<b>255</b>
Angststörungen als Psychopathologie . . . . .	256
Die verschiedenen Arten von Angststörungen . . . . .	258
Behandlung von Angststörungen . . . . .	259
Durch Angststörungen ausgelöste klinische Probleme im religiösen Leben . . . . .	260
Mrs. Gates und Mr. Sanders: Von Zwangsstörungen strapaziertes Glück . . . . .	260
Die Bedeutung von Angstsymptomen verstehen . . . . .	258
<b>Die Position des Arztes . . . . .</b>	<b>269</b>
<b>13 Einen eigenen Standpunkt finden – Das Gespräch mit religiös geprägten Patienten . . . . .</b>	<b>271</b>
Das Problem verallgemeinernder Sichtweisen auf beiden Seiten . . . . .	271
Soziobiologie und Neurobiologie bieten Wege aus der Verallgemeinerung . . . . .	272
Der dritte Weg: Auf die soziobiologisch und neurobiologisch fundierte Perspektivenbildung vertrauen, wenn kein therapeutisches Bündnis vorhanden ist . . . . .	273
Emmanuel Levinas und „der Andere“ . . . . .	275
Eine Position finden, die den Dialog fördert . . . . .	278
Die verführerische Macht der Gleichheit . . . . .	279
Ein religiös geprägter Patient braucht den Therapeuten als den Anderen . . . . .	280
Therapeuten und klinische Systeme brauchen das Anderssein religiös geprägter Patienten . . . . .	280
Die Rolle als Anderer annehmen . . . . .	281
<b>Literaturverzeichnis . . . . .</b>	<b>283</b>
<b>Register . . . . .</b>	<b>297</b>