

RELIGIÖSE GLAUBENSMUSTER UND VERHALTENSWEISEN IHRE RELEVANZ FÜR PSYCHOTHERAPIE UND GESUNDHEITSVERHALTEN

Walter Andritzky

Zusammenfassung

Im Gefolge des von der New-Age-Philosophie vertretenen Paradigmenwechsels von einem kausal-mechanisch-materialistischen Weltbild zu einem spirituell-energetischen wächst in der Bevölkerung seit Ende der 60er Jahre die Akzeptanz magisch-religiöser Glaubensmuster und die Bereitschaft zur aktiven Beteiligung an religiösen Gruppierungen aller Art. Indem spirituelle Deutungsmuster zunehmend die Laien-ätiologien und das Gesundheitssuchverhalten, aber auch die Auswahl von Heilmethoden und ihren Settings durch Ärzte und Laienheiler beeinflussen, stellt sich die Frage nach der Gesundheitsrelevanz dieser Einstellungs- und Verhaltensänderungen. Neben den *essentials* der New-Age-Philosophie und empirischen Befunden zu spirituellen Überzeugungen wird daher eine kritische Bestandsaufnahme zur Rolle von Religiosität und der Beteiligung an Psychogruppen/Sekten sowie ihres möglichen gesundheitsrelevanten *impacts* vorgelegt. Anhand der Daten einer Untersuchung an 1135 Düsseldorfer Teilnehmern verschiedener Seminararten erweist sich u.a., daß die Anhänger spirituell orientierter Heilweisen (*Reiki*) hochsignifikant mehr gesundheitsfördernde Verhaltensänderungen (wie sie auch von der orthodoxen Medizin gefordert werden) aufzuweisen haben als Teilnehmer der übrigen Seminararten wie Aerobic, Yoga, Körpertherapien oder psychologischer Seminare.

Schlüsselwörter Gesundheitsverhalten - Psychotherapie - Sekten - Religiosität - Alternativmedizin

Summary

In the wake for a change in paradigm as advocated by the New Age philosophy- from a causal, mechanistic and materialistic conception of the world to a spiritual-energetic one, the acceptance of magic-religious patterns of faith as well as the readiness to engage in religious groups of all kinds has been continuously growing among people since the end of the sixties. As unprofessional etiologies and health-seeking-behavior, but also the selection of psychotherapy and healing methods and their settings by physicians and healers are increasingly influenced by spiritual models of interpretation, the question arises in how far this change in behavior and attitude is relevant for psychotherapy and health as such. Thus, besides the essentials of New Age philosophy and empirical results concerning spiritual convictions a detailed overview is given of what is the role of religiousness and the involvement in psycho-groups or sects as well as of its impacts on health and psychotherapy. The evaluation of data collected from N=1135 participants of five different types of seminars in Düsseldorf suggests that the changes in behavior of the advocates of spiritually oriented therapies (e.g. Reiki) are far more conducive to health than in accord of those who frequent courses in aerobic, yoga, body or (unconventional) psychotherapies.

Keywords Health seeking behavior - psychotherapy - occultism - religiousness - alternative medicine

Einleitung

Mit der Analyse diskursiver Kontexte und paradigmatischer Grundannahmen des *hidden health care system* in Deutschland hatte ich nicht nur aufgezeigt, daß die Auseinandersetzung mit spirituellen Heilweisen und Gruppierungen bislang einen standespolitischen und interessengebundenen Charakter hat (vgl. ANDRITZKY 1997:15ff), sondern daß angemessenes Erfassen der Gesundheitsrelevanz nur durch die Analyse ihres gesamten Handlungs- und des sozio-religiösen Wertekontextes erfolgen kann. Dieser weist im Gegensatz zur *Schulmedizin* über den Zusammenhang von Symptom und Heilung hinaus auf kulturelle, spirituell gefärbte Sinnsysteme, alternative Handlungskontexte (z.B. Wochenend-Workshops, die Wochen- oder Jahresgruppe, Gesundheitsförderung im Urlaub, Kriseninterventionen vor/nach belastenden Lebensereignissen, Konflikte aus Defiziten in der Geschlechts-

identität, dem Sexualleben, der Kontaktfähigkeit), geistiges Wachstum und Gewinnen einer ökologischen Perspektive hin. Aus informeller Alltagspraxis hat sich in den letzten 30 Jahren ein Gesundheitsparadigma mit dem Ziel systematischer Gesunderhaltung (Salutogenese) und Heilung im Sinne eines symptomunspezifischen Strebens nach „Harmonie“ mit den natürlichen Lebensbedingungen (Natur-, Umwelt-, kosmischer Bezug, biologische Gegebenheiten) herausgebildet, welche dem orthodoxen, biologisch definierten Modell von „Gesundheit“ zwar zuwiderläuft, in der ärztlichen und klinischen Praxis aber durchaus an Bedeutung gewinnt (vgl. ANDRITZKY 1995,1996a, 1998a,b,c). Im folgenden werden die subjektiven und institutionellen Bedingungen dieses *informellen Gesundheitswesens* insoweit näher untersucht, als dabei religiöse und spirituelle Orientierungen eine Rolle spielen.

1. Die New-Age-Philosophie

Da zunehmend überindividuelle Rahmenbedingungen und letztlich ein *Numinosum* (göttliches Wirken) als konstituierend für Heilung bzw. Gesunderhaltung angesehen wird, hat ACHTERBERG (1996) den programmatischen Begriff einer *Transpersonalen Medizin* entwickelt. Während die *Alternativmedizin* noch *lokal* auf Person/Symptom ausgerichtet ist, wird hier ein durch Raum und Zeit verteilter *Geist* bzw. eine *Energie* zum heilenden Agens, das über Fern- und Gebetsheilung, Berühren oder schamanische Heilungstechniken in Gang gesetzt wird und an die ältesten Heiltraditionen der Menschheit anknüpft. Individuelle Heilung wird nun untrennbar mit tiefgreifenden Wert- und Verhaltensänderungen verknüpft, einer Bewußtseinserweiterung, die die Erfahrung universeller Archetypen, der großen Lebensübergänge, *Heilung des Planeten Erde*, Entwickeln universeller Liebesfähigkeit, Verdichten persönlicher Partnerschaft in Repräsentanten von *Gott/Göttin* im Tantra oder einfach tägliche Meditationsübungen umfaßt.

Ausweg aus der globalen Krise von Wirtschaft, Umwelt, Erziehung, Technik, Politik und des Gesundheitswesens bietet nach CAPRA, (1980:13) allein ein „*Paradigmenwechsel...dramatische Veränderungen in bezug auf die Gedanken, Wahrnehmungen und Wertbegriffe, die ein besonderes Realitätsempfinden entstehen lassen...Das neue Paradigma...ist von einer ganzheitlichen, ökologischen Sicht geprägt. Es umfaßt neue Konzepte von Raum, Zeit und Materie aus der subatomaren Physik; die Systembegriffe des Lebens, des Geistes, des Bewußtseins, der Evolution; den entsprechenden ganzheitlichen Zugang zu Gesundheit und Heilen...*“. Paradigmenwechsel bedeutet dabei einen „*Wechsel von Grundschemata, die Wirklichkeit zu verstehen und zu erklären*“. Das neue Paradigma basiert gegenüber dem mechanischen Weltbild, das die Biomedizin hervorbrachte, auf der *Neuen Physik*, d.h. der Relativitätstheorie *Einsteins*, der Quantenphysik *Max Plancks*, dem *Bellschen Theorem* (wechselseitige Beeinflussung räumlich getrennter Teilchen), der Holographie, der Systemtheorie (die Beziehung zwischen den Elementen bestimmt ihre Eigenschaften), der Selbstorganisation und dem Phänomen der *dissipativen Strukturen* (Ordnung durch Fluktuation). Nach dem Niedergang einer „auf die Sinneswahrnehmung fixierten Kultur“ betrachtet CAPRA (1988:28) die Naturmystik als geeignete Grundlage des Ganzheitsdenkens.

Diese Theorien über die Interdependenzen von Materie und Energie, von Raum und Zeit, vom Wesen der Informationsspeicherung und der Kommunikation erfordern nun auf der Seite des Individuums einen Prozeß der *Transformation*, d.h. einen Bewußtseinswandel, um sie in seiner gesellschaftlichen Wirklichkeit umzusetzen. Zahlreiche *Psychotechniken* wie Körpertherapien, Meditation, Trancetechniken und schamanische Rituale dienen explizit eher dieser Erfahrung der Ganzheitlichkeit aller Lebensprozesse und der Transformation als konkreten medizinisch-therapeutischen Zwecken, die ggf. vom Nutzer erwartet werden. FERGUSON (1980: 99ff) beschreibt vier Stufen der persönlichen Transformation:

- (a) den *Einstieg* (zufälliges Schlüsselerlebnis, spontane psychische oder mystische Erfahrung, folgender kultureller Widerstand der Umwelt)
- (b) die *Erforschung* (bewußtes Loslassen früherer und heftige Konflikte zwischen alten und neuen Orientierungen)
- (c) *Integration* („ein neues Selbst in einer alten Kultur“, Beschäftigung mit neuen Bereichen)
- (d) *Verschwörung* (Anwenden der neuen Einsichten und Fähigkeiten im Dienste des Mitmenschen, sich als Teil eines Netzwerkes begreifen).

Diese Stufen der Umorientierung, häufig mit Krisen und Krankheiten verbunden, lassen sich sowohl bei Patienten wie bei Ärzten feststellen, die sich dem Alternativbereich zuwenden.

Für das *Gesundheitswesen* bedeuten die New-Age-Grundsätze eine Betonung der Selbstheilung, eine neue Wertschätzung des „Hörens auf die innere Stimme“, der introspektiven Erkenntnisgewinnung, des Achtens auf Intuition, subjektive Wahrnehmungen und Interpretationen von Krankheit, der Legitimation von früher als magisch oder irrational angesehenen Heilmethoden, biopsychosoziale statt biologische Perspektive, Ernstnehmen metaphorisch-verschlüsselter Weisheiten. Modelle der Neuen Physik geben z.B. für Methoden wie Geistheilung plausible und akzeptierte Erklärungen: „*Es gibt bereits ein wissenschaftliches Koordinatensystem, anhand dessen wir eine heilende Resonanz zwischen Menschen erklären können. Bells Theorem, die holographischen Theorien von Bohm und Pribram...bieten ein Modell zum Verständnis der Verbundenheit zwischen den Menschen*“ (FERGUSON 1980: 319). CAPRA (1988:22) schreibt: „*Je tiefer man in die submikroskopische Welt eindringt, desto deutlicher wird, wie der moderne Physiker gleich dem östlichen Mystiker jetzt die Welt als ein System untrennbarer, einander beeinflussender und in ständiger Bewegung befindlicher Komponenten ansieht, wobei der Beobachter integraler Bestandteil des Systems ist*“.

WICHMANN (1991: 24) charakterisiert die geistige Situation, in der die Alternativmedizin gedeiht und die auch aus dem folgenden Abschnitt über magisch-religiöse Glaubensmuster deutlich wird: „*Aus esoterischer Sicht...sind die von der Parapsychologie betrachteten Vorgänge keineswegs paranormal. Sie gehören einfach zum Alltag*.“ RUPPERT (1985) untersuchte besonders die „New-Age-Spiritualität“ mit dem Hauptinhalt der *Selbstbestimmung des Menschen* und der *Ausöhnung mit der Natur*. Es finden sich fünf Merkmale des New-Age-Bewußtseins:

- (a) *Synthese* (synthetisch- verbindendes statt analytisch-zergliederndes Vorgehen der Erkenntnisgewinnung)
- (b) *Gruppenbewußtsein* (als höchste Form des Ich-Bewußtseins)
- (c) *taoistisches Führerprinzip* (den Guru in sich suchen, sich nicht auf äußere Autoritäten verlassen)
- (d) *spirituelles Bewußtsein* (eigene Erfahrung als wichtigstes Orientierungsprinzip)
- (e) *Bewußtsein der menschlichen Krise* (siehe oben).

Die New-Age-Philosophie hat in therapiebezogene Handlungssysteme überindividuelle, psycho-soziale und spirituelle Kausalitätsdimensionen zurückbeordert, welche akademischen Ansätzen wie der Verhaltenstherapie oder der Psychoanalyse abhandeln gekommen waren. Sie stellt gleichzeitig therapeutisches Handeln in einen die Heiler-Patient-Dyade (oder Heiler-Gruppe) transzendierenden Kontext, der die Glaubwürdigkeit eines Therapeuten künftig auch davon abhängig machen wird, wie weit er sich aktiv in psychosozialen Problemfeldern engagiert und für spirituelle Einstellungen öffnet.

2. Magisch-religiöse Glaubensüberzeugungen

Wie stellen sich die skizzierten Glaubensmuster der New-Age-Philosophie nun konkret dar? Das *Gallup-Institut* befragte im Jahr 1990 1236 erwachsene Amerikaner nach paranormalen und magisch-esoterischen Glaubensüberzeugungen (GALLUP & NEWPORT, 1991). Sie widersprechen alle dem naturwissenschaftlichen Weltbild, bilden jedoch die kognitive Grundlage von unkonventionellen Heilweisen, Psychogruppen und Sekten. Wenn nichts weiteres angegeben wird, bezieht sich die Zahl hinter den Statements auf die Ja-Antworten (= *Believe*; die vorgegebenen Alternativen waren *Believe*, *Not sure*, *Do not believe*). In Klammern werden in Stichworten korrespondierende Glaubensmotive und Begriffe bei Heil- und Diagnosemethoden angegeben, für welche die entsprechenden Glaubensüberzeugungen konstitutiv sind.

„Glauben Sie“

- an den Teufel (55%) (Hexerei, entsprechende Heilrituale)
- an außersinnliche Wahrnehmung (49%) (Fernheilung z.B. durch *Reiki*)
- daß Menschen manchmal vom Teufel besessen sind? (49%) (exorzistische Rituale)
- an spirituelles Heilen oder die Kraft des menschlichen Geistes, den Körper zu heilen? (46%)
- an Telepathie oder die Kommunikation zwischen Menschen ohne Einsatz der fünf Sinne? (36%)
- daran, daß Häuser verhext sein können? (29%)
- an Hellsehen oder die Kraft des Geistes, die Vergangenheit und Zukunft zu kennen? (26%)
- an Astrologie oder daß die Position der Sterne und Planeten das Leben des Menschen beeinflussen kann? (25%) (astrologische Beratung)
- an Geister oder daß die Geister von Toten zurückkommen können an bestimmten Plätzen oder Situationen? (25%) (spiritistisches Heilen)
- an Reinkarnation oder die Wiedergeburt der Seele in einem neuen Körper nach dem Tod? (21%) (Reinkarnationstherapie)
- an Hexen (14%) (Hexerei als Ätiologiemodell)
- an *Channeling* oder daß ein Geistwesen zeitweise den Körper eines Menschen während einer Trance in Besitz nimmt? (11%) (Bessessenheit als Ätiologiemodell, Exorzismus)

Diese Glaubensmuster können als Empfänglichkeit und Handlungsbereitschaft für die darauf aufbauenden Heilweisen, Rituale und Erlebnisse interpretiert werden. Noch empfänglicher für entsprechende Handlungsimpulse dürften diejenigen sein, die nicht nur daran glauben, sondern bereits *eigene Erfahrungen* gemacht haben. Ein weiterer Fragenkatalog betraf daher die entsprechenden Erlebnisse. „Hatten Sie jemals eines der folgenden *Erlebnisse*?“

- das Gefühl, daß Sie ohne Einsatz der fünf Sinne eine Botschaft von jemandem empfangen haben, der weit entfernt war? (25%)
- daß Sie fähig waren, sich körperlich mit der Kraft des Geistes zu heilen ohne die Schulmedizin? (25%)
- daß Sie das Gefühl hatten, mit einem Verstorbenen in Kontakt zu stehen? (17%)
- einen Wahrsager konsultiert? (14%)
- daß Sie mit dem Teufel sprachen? (10%)
- daß Sie einen Geist gesehen haben oder einer anwesend war? (9%)
- daß Sie in einem früheren Leben bereits einmal in einem anderen Körper auf der Erde lebten? (8%)

In Befragungen der *Wickert-Institute*, Tübingen, (WIENER 1991) (N=1795, Erw. über 16 Jahre), des *Link-Instituts*, Luzern, (LINK 1992) (N=513, Erw. 15-74 Jahre) und des *Instituts für Demoskopie Allensbach* (ALLENSBACH 1992, N=2165, Erw. über 16 Jahre, Westdeutschland) und des *Inra-Instituts* (Focus 14/1996) wurden in Deutschland ähnliche magisch-esoterische Glaubensmuster abgefragt.

Geistheiler

- Haben Sie sich schon einmal von einem Geistheiler(in) behandeln lassen? (11%)
- (Wenn ja) Ist die Behandlung erfolgreich (d.h. keine oder weniger Beschwerden) gewesen? (58%)
- Angenommen, Sie hätten ein chronisches Leiden, bei dem kein Arzt oder Medikament etwas dagegen tun kann, würden Sie einen Geistheiler aufsuchen? (54%) (LINK 1992)

Paranormale Erscheinungen, magische Kräfte

- Glauben Sie, daß es außerhalb unseres Sternensystems höhere, intelligentere Wesen gibt? (49%) (Geistheiler, Schamanismus)
- Glauben Sie, daß Sie schon einmal gelebt haben (Wiedergeburt) (17%) (Reinkarnationstherapie, Karma)
- Glauben Sie, daß es heute noch Hexen gibt? (14%) (Volksmedizin)
- Welche Wahrsagetechnik haben Sie selbst schon einmal in Anspruch genommen? Astrologie (15%), Handlinienlesen (10%), Kartenlegen/Tarot (10%) (gesundheitsrelevante Aussagen)
- Glauben Sie an die Wirksamkeit von Fernheilung? (18%) (z.B. Fernheilung mit *Reiki*)
- Würden Sie sich einem medizinischen Laien mit besonderen Heilfähigkeiten anvertrauen, wenn Sie selbst krank sind und die Medizin nicht mehr weiter weiß? (65%)

- Glauben Sie, daß manche Menschen heilende Fähigkeiten besitzen, also z.B. durch Besprechen, Beschwören oder Handauflegen bestimmte Krankheiten heilen können? (41%)
- Glauben Sie, daß man mit Verstorbenen, z.B. in Seancen, Kontakt aufnehmen kann? (20%) (Spiritistische Gruppen, Heilmedien)
- Glauben Sie, daß Wasseradern, Erdmagnetismus oder Erdstrahlen Ihren Schlaf negativ beeinflussen können? (65%) („Entstörungsgeräte“, Rutengänger)
- Halten Sie fernöstliche Meditationstechniken für sinnvoll? (68%)
- Glauben Sie, daß unser Leben durch fernöstliche Weisheiten und Meditationstechniken bereichert werden kann? (46%)
- Glauben Sie an die Wirkung von magischen Ritualen? - (14%) (jede Art von schamanischen Heilritualen).
- Glauben Sie, daß man durch Trance völlig schmerzfrei werden und sogar über glühende Kohlen wandern kann? - (71%) (alle Methoden, die mit veränderten Bewußtseinszuständen arbeiten, Feuerläufe)
- Würde es Sie reizen, übernatürliche Erfahrungen zu machen? (36%) (Nutzung spiritueller Heilweisen allgemein)
- Glauben Sie an die besondere Kraft heiliger heidnischer Orte? (14%) (ortsgebundene Rituale, Seminare, Wallfahrtsorte, Wirkung von „Kraftorten“)
- Glauben Sie, daß das Wissen der Priester alter Naturreligionen für unsere kopfgesteuerte westliche Welt wichtig ist? (45%) (alle tradierten Heilmethoden, Ethnomedizin) (WIE-NER, 1991)

In der Zusammenschau unterstreichen die Antworten nicht nur die vielfach postulierte *Wiederverzauberung der Moderne* und die Existenz einer *unsichtbaren Religion* (vgl. KNOBLAUCH, 1989), sondern sie signalisieren auch die Bereitschaft breiter Bevölkerungsschichten (global ca. 50%) - unabhängig von einer akuten Belastungs- oder Krankheitssituation -, magisch-esoterische Erklärungsmuster und Praktiken außerhalb des offiziellen Gesundheitssystems als gültig und effizient zu akzeptieren.

3. Gesundheit und Religiosität

Religiöse Organisationen und Glaubenssysteme haben in allen gesellschaftlichen Subsystemen verhaltensrelevante Funktionen (BLASI & CUNEO, 1990). Aufgrund der evidenten konzeptionellen Verschränkung von Religion und Medizin bei *primitiven Gesellschaften* fand diese Wechselbeziehung zuerst in der Ethnomedizin Beachtung (vgl. RIVERS, 1924). Religiosität, Gesundheit und Gesundheitsverhalten sowie heilende bzw. pathogene Funktionen von Kulte und Sekten bilden die entsprechenden Diskursfelder.

Psychische Gesundheit und Gesundheitsverhalten

Während sich in England spirituelle Heilergruppen in der *Confederation of Healing Organizations* zusammenschließen,

in Kliniken und ärztlichen Gemeinschaftspraxen arbeiten und Patienten von dort überwiesen bekommen, wurde Religiosität bis in die 60er Jahre in klinisch orientierten Studien mit psychoneurotischen Eigenschaften wie Abhängigkeit, Angst und Zwanghaftigkeit assoziiert. Wie BERGIN (1983) anhand einer Metaanalyse von 24 Studien feststellte, die jeweils mindestens ein Maß der Religiosität und ein Maß der Psychopathologie verwendeten, zeigten jedoch 47% von 30 beschriebenen Effekten eine negative Beziehung zwischen Religiosität und Psychopathologie, 30% keine Beziehung und nur 27% eine positive. Weitere dort zitierte Studien weisen auf eine günstige Wirkung von Religiosität auf Drogen- und Alkoholmißbrauch sowie Kriminalitätsraten hin.

Auch die Vorstellung *ekkesiogener Neurosen* verliert an Plausibilität, da das triebdynamische Neurosenkonzept den Krankheitsbildern nicht mehr entspricht. Depressionen, Zwangs- und Angstsymptome mischen sich mit vegetativen Störungen zu einer multiplen Symptomatik, der eher eine systemische, sozialpsychiatrische oder phänomenologisch-existentielle Betrachtungsweise gerecht wird als eine auf Triebunterdrückung beruhende. PFEIFER (1993) sieht geringe Belastbarkeit und Neigung zu vegetativer Labilität (Vulnerabilität) und beinahe ubiquitäre Sexualstörungen (Frigidität, Orgasmusprobleme, sexuelles Desinteresse) in Verbindung mit geringer aktiver Religionsausübung so verbreitet, daß allenfalls eine Interaktion von Persönlichkeit und Glaubenssätzen in Frage kommt. Religiosität erscheint dann eher als Ausdruck denn als Ursache neurotischer Fehlhaltungen.

Ferner wird ein *professional religiosity gap* (BERGIN, 1991:369) postuliert: Obgleich 77% der amerikanischen Psychologen dem Statement zustimmen „Ich versuche stark, meinen religiösen Überzeugungen entsprechend zu leben“, 46% dem Statement „Meine ganze Lebenshaltung ist religiös begründet“ und ein Drittel regelmäßig den Gottesdienst besucht, betrachten nur 29% religiöse Inhalte als relevantes Thema bei der Psychotherapie. Da nach Umfragen zwei Drittel der amerikanischen Bevölkerung Religion für wichtig oder sehr wichtig für ihr Leben bezeichnen, erscheint ihnen eine rein säkular ausgerichtete Therapie vermutlich unbefriedigend, sie bevorzugen daher eher Angebote, welche auf spirituelle Werte Bezug nehmen. BERGIN resümiert, „*perhaps this spiritual humanism would add a valuable dimension to the therapeutic repertoire if it were more clearly expressed and overtly translated into practice*“ und empfiehlt eine Offenlegung religiöser Wertorientierungen des Therapeuten.

Vor dem Hintergrund, daß mehr Therapeuten als Klienten nichtreligiös sind und etwa die Hälfte der Christen, die Hilfe bei emotionalen Problemen sucht, deswegen zuerst zu Pfarrern geht, erließ die *American Psychiatric Association* im Jahr 1990 Richtlinien, um zu vermeiden, daß Therapeuten ihre religiösen oder anti-religiösen Glaubenssysteme ihren Klienten auflagen. Nach verschiedenen Untersuchungen können manche Patienten Therapeuten gegenüber, die ihre religiösen Überzeugungen nicht teilen, kaum eine Vertrauensbeziehung aufbauen, und umgekehrt halten Therapeuten religiöse Patienten eher für verwirrt, naiv, einfach strukturiert und neuro-

tisch (*negativ countertransference toward religious patients*).

Christlich orientierte Berater und Psychiater widmen spirituellen Fragen mehr Raum als säkulare und integrieren Bibellesen und Gebet (GIGLIO, 1993:769). Anekdotisch läßt sich hier anmerken, daß *Christus* nach den biblischen Texten für eine vollzogene Heilung keinesfalls übernatürliche Kräfte für sich in Anspruch nimmt, sondern vielmehr betont wird, der Glaube des Patienten habe geheilt (vgl. ANDRITZKY, 1996: 128ff). Bemerkenswert ist die Tatsache, daß 24% von 642 norwegischen Krebspatienten angaben, nach der Diagnose habe sich ihr Glaube gestärkt, 10% aller Krebspatienten nutzten Gebetsheilung oder Handauflegen (RISBERG et al., 1996).

Spirituelle und psychotherapeutische Selbsterfahrungen spielen nach einer Studie von GOLDSTEIN et al. (1987:22) auch für den *Konversionsprozeß zu unkonventionellen Medizinmethoden* eine Rolle: Alternativ organisierte Ärzten benennen im Vergleich zu anderen Allgemeinärzten religiös-spirituelle Erfahrungen und Psychotherapie für die Herausbildung ihrer Ansichten über Gesundheit, Krankheit und Heilung doppelt so oft, während „persönliche Krankheitserfahrung“ von beiden Gruppen gleich gewichtet wurde.

SCHILLER & LEVIN (1988) werteten 30 Studien über den Zusammenhang von religiösen Variablen (meist Kirchenzugehörigkeit, Kirchenbesuch) auf die Nutzung von Gesundheitsangeboten (Allgemeinärzte, Erste Hilfe, Krankenhäuser, Familienplanung, Medikation, Impfaktionen) aus. Entgegen der Ansicht, daß Religiosität für das Gesundheitswesen irrelevant sei, fanden sie bei 3/4 der Studien signifikante Unterschiede im Nutzungsverhalten und fassen diese folgendermaßen zusammen: „...*religion, generally defined, appears to exert a salutary influence.*“

Obleich in Hunderten von empirischen Studien zu Gesundheitsverhalten und Krankheit die Religionszugehörigkeit erhoben wurde, bemerkte LEVIN (1994:1475), daß diese Angaben selten ausgewertet, sondern „in Tabellen begraben“ wurden, - vermutlich, weil Religion in der Medizin bislang als irrelevant und als Gegensatz zu „Wissenschaftlichkeit“ betrachtet wurde. OLECKNO & BLACCONIERE (1991) untersuchten an 1077 Studenten im Alter von 17-22 Jahren die Beziehungen zwischen gesundheitsrelevanten Faktoren (gemessen mit der *Health Promoting Lifestyle Scale* mit sechs Skalen: Selbstverwirklichung, Gesundheitsverantwortung, Bewegung, Ernährung, zwischenmenschliche Unterstützung, Streß-Management) und Gruppen mit hoher bzw. niedriger Religiosität und fanden eine deutlich positive Beziehung zwischen Religiosität und *wellness*.

Neuere, auf einzelne Religionsgruppen und Krankheiten gerichtete Studien unterstreichen diese Befunde. Die für die Behandlung des Bluthochdruckes wichtigen Parameter wie Ernährungsumstellung, Streßkontrolle und Lebensstiländerungen werden durch Verhaltensnormen und Werte bestimmter Religionsgruppen begünstigt. LEVIN & VANDERPOOL, (1989) berichten ferner von einem protektiven Effekt religiösen Engagements auf Bluthochdruck. Dabei ist das Erkrankungsrisiko um so niedriger, je homogener eine religiöse Gruppe (z.B. Mormonen, Buddhisten, Benediktiner, Bapti-

sten, Zen-Priester) und je stärker das religiöse Engagement ist. Gleiches gilt für das Erkrankungsrisiko für Krebs, das bei Mormonen, Adventisten und Hutterern niedriger liegt (JARVIS & NORTHCUTT 1987).

Eine Studie über Gefäßkrankte (BYRD 1988) ergab, daß Patienten einer Gebetsgruppe weniger Antibiotika und Diuretika benötigten und weniger intubiert wurden als die Kontrollgruppe. Experimentelle Untersuchungen über spirituelle Aktivitäten zeigten physische Effekte auf der Ebene von Zellen, niederen Organismen einschl. Pilzen und Bakterien (BENOR, 1990).

Auch bei Eßstörungen scheint die Religionszugehörigkeit über damit verbundene Erziehungs- und Wertvorstellungen eine Rolle zu spielen: Restriktive Magersüchtige (ohne Erbrechen) sind überdurchschnittlich oft evangelisch, erbrechende Bulimiker dagegen eher katholisch, was mit rigiderer Triebkontrolle in der protestantischen Ethik bzw. dem Zulassen von Triebdurchbrüchen („verweltlichte Sünde“) im Katholizismus mit seinen Möglichkeiten des Ungeschehenmachens (Beichtete) in Zusammenhang gebracht wird (JACOBY 1993).

Die Studie von SHULER, GELBERG und BROWN (1994) zur Rolle von Religion und Spiritualität bei obdachlosen Frauen erbrachte, daß 92% des Samples (Besucherinnen einer Familienplanungsklinik in Los Angeles) religiöse/spirituelle Praktiken wie Beten oder Besuch von Gottesdiensten ausübten und 90% angaben, dies als hilfreich für ihr psychisches Wohlbefinden zu erleben. Die Gebetsgruppe zeigte signifikant weniger Alkohol- und Kokainmißbrauch, weniger „Sorgen“ und depressive Symptome als die nicht betenden Frauen.

Das *christliche Heilen (Christian healing)* hat in Form von Handauflegen und Gebetsfernheilung in Europa eine seit der Antike ungebrochene Tradition (ALDRIDGE, 1991). Gebetsgruppen stellen eine Form der Bewältigung (Coping) des Krankheitszustandes dar, sie böten soziale Unterstützung, stärkten das Selbstvertrauen und bezögen als Brücke zwischen physischen und kulturellen Phänomenen die symbolische Bedeutung der Krankheit ein.

Zur Definition von Religiosität

Die Operationalisierung von Religiosität ist weithin umstritten, Konsens besteht allein über ihren vieldimensionalen Charakter (vgl. BERGIN 1983:179). Zusammenfassend lassen sich folgende gesundheitsfördernde Wirkfaktoren religiösen Verhaltens postulieren, (vgl. u.a. LEVIN & VANDERPOOL 1989, LEVIN 1994:1477f):

- Gesundheitsfördernde Verhaltensnormen und Lebensstil einer Religion: Hygiene, Meditation, Alkoholvermeidung, Ernährung, Körperübungen (*health promoting life styles*)
- psychosoziale Effekte: Zugehörigkeitsgefühl, Sinnerfüllung des Daseins, Vermeidung von Einsamkeit als Risikofaktor, soziale Unterstützung der Mitglieder
- psychodynamische Effekte religiöser Glaubenssysteme: Sie fördern Selbstvertrauen, Friedfertigkeit, wirken Depressionen und Selbstzweifeln entgegen; im negativen Fall

- fördern sie Schuldgefühle und Selbstzweifel
- Psychodynamik religiöser Riten: Reduktion von Gruppen-
spannungen und Aggression, Wechsel von Ruhe und Er-
regung, enthalten häufig explizit Heilrituale
- übernatürliche Effekte: Wirkungen einer von allen Reli-
gionen postulierten, aber nicht meßbaren „Energie“
(*prana, chi, divine power*), die auf „geheimen Kanälen“
(*nadis, Meridiane, chakras*) fließt
- beziehungsfördernde Effekte: Religiöse Werte und Begrif-
fe bilden eher eine gemeinsame Brücke zwischen Thera-
peut/Arzt und Klient als eine pragmatische, an klinischer
Begrifflichkeit orientierte Interaktion

Wenn derartige Wirkfaktoren von Religiosität auszumachen sind, sollte die historisch errungene Wertschätzung der individuellen Persönlichkeit allerdings nicht einem Rückfall in letztlich anonyme, mittelalterlich-magische Prozeduren geopfert werden, wie sie z.B. in manchen schamanischen „workshops“ zu beobachten sind. Der Rekurs auf „rituelle Prozesse“, die Aktivierung von Symbolen, Mythen und Motiven aus dem Schatz des kollektiven Unbewußten oder auf die emotionale Erschütterung durch transpersonale Erfahrungen bedürfen auch weiterhin der Einbindung und kognitiven Verarbeitung im Rahmen der individuellen (Leidens-) Biographie und der jeweils aktuellen Lebenssituation. Der Begriff *Psychotherapie* sollte in Abgrenzung zu rituellen Prozessen, übendem Vorgehen und transpersonaler Tiefenerfahrung solchen Ansätzen vorbehalten bleiben, welche auf die individuelle Persönlichkeit in ihrer Einzigartigkeit und Gewordenheit abheben. Der schon von überindividuellen Wirkfaktoren der Psychotherapieforschung (u.a. soziale Unterstützung, kognitive Bewältigung, Affektinduktion, Gruppenkohäsion, Selbstöffnung etc.) her plausible Effizienzanteil ausserakademischer Methoden bleibt davon unberührt.

4. Heilende versus pathogene Effekte von Okkultismus, Psychogruppen bzw. „Sektenzugehörigkeit“

Auf diese Bewahrung eines emanzipatorischen Individualismus gegenüber anonymen Ritualen zielt auch ein missionarisch-kämpferisch motivierter Diskurs, in dem die New-Age-Philosophie als Bedrohung der amtskirchlichen Dogmata erlebt wird. Hier geht es z.B. darum, „*wie man die, die sich in den Schlingen dieser Bewegung verfangen haben, das Evangelium lehrt...Statt die Abkehr von der Sünde zu predigen, fordert das New-Age zu einem Wachwerden für das eigene Selbst auf. Die New-Age-Fälschung ersetzt das Gebet durch die Meditation*“ (GROOTHUIS, 1989:8,25). Die Bewegung wird in paranoider Diktion als „*Wegbereiter einer antichristlichen Welteinheitsreligion*“ erlebt, das Streben nach Bewußtseinserweiterung und die Arbeit mit kosmischen Energien seien „*finsternen, okkulten Ursprungs, sie dienen sündiger Selbststeigerung*“ und es sei „*eine unheimliche Weltverschönerung im Gange*“ (GASSMANN, 1987:7,10,28).

Eine Zeit inquisitorischen Kirchenkampfes gegen Andersgläu-

bige beschwört derselbe Autor: „*Wenn wir uns mit dem Okkultismus, östlichen Religionen und der New-Age-Bewegung beschäftigen, so ist das kein harmloser Zeitvertreib, sondern ein geistlicher Kampf. Wir müssen auf die Seite des Siegers gehören, wenn wir heil daraus hervorgehen wollen....Unsere Zeit dampft vor Religiosität. Nicht mehr die Maschinenwelt ist es, die viele fasziniert, sondern die Magie des Über-sinnlichen, der Zauber des Verborgenen, der Okkultismus, Yoga und Hellsehen, Geistheilung und Channeling, Astrologie und Psychotechniken sind 'in'...*“ Sogar der Papst erlag derlei Versuchungen als er zum Friedensgebet Angehörige anderer Religionen einlud: „*In Assisi ist damit ein entscheidender Durchbruch der dämonischen Welt erfolgt, denn dort wurden die Dämonen faktisch als gleichberechtigte Gottheiten neben dem Gott der Bibel anerkannt*“ (GASSMANN, 1990:7f,39).

Der Diskurs fokussiert auf Gesundheit, wenn es um okkultistisch-spiritistische Betätigungen vor allem Jugendlicher (Gläser- und Tischrücken, Pendeln (motorische Automatismen), Kristallsehen, Wahrsagerei (sensorische Automatismen) geht. Diese Phänomene werden in der Literatur ebenso wie die Zugehörigkeit zu den „Psychogruppen“ überwiegend als ein das psychische Wohlbefinden gefährdendes Moment diskutiert. Obgleich - ähnlich dem New-Age-Diskurs - übereinstimmend Gemeinschaftserleben, Selbstfindung, Sinnsuche bzw. Orientierungsverlust als Motivation genannt werden, sollten diese Faktoren eben auf anderen Wegen, z.B. in Selbsterfahrungsgruppen oder durch Beseitigung der gesellschaftlichen Ursachen (Auflösung der Familienbindung, Arbeitslosigkeit, Versagen der Großkirchen, Machtlosigkeit angesichts der Umweltzerstörung) realisiert werden (vgl. KEDEN, 1989:39; ZINKE, 1978:12; HAACK, 1979:7; SIEPER, 1986).

Während bei gesunden Personen, die nach künstlich provozierten Dissoziationszuständen (z.B. beim Gläserücken, automatischem Schreiben) gelegentlich auftretenden Tendenzen zu Rückzug und Realitätsverlust meist rasch abklingen, kann es bei Ich-schwachen Jugendlichen zu Desintegration bis hin zu einer *mediumistischen Psychose* kommen, wo dann akustische Halluzinationen auftreten, Geisterstimmen gehört werden und es zu Zwangshandlungen kommt. Personen, die mit paranormalen Phänomenen prahlen, zeigen meist narzißtische Größenphantasien (BRAUNGER, 1991).

Eine interessante Parallele ergibt sich zu den spontanen Spukphänomenen, welche meist schabernackartig, aggressiv und mit infantilen Kommunikationsformen einhergehen. Die betroffenen Jugendlichen leben häufig in einem hochgespannten affektiven Feld einer kommunikationsgestörten Familie, wehren sich gegen die dortigen Wert- und Normmuster, so daß das Phänomen als plötzliche Entladung von psychischer Energie imponiert, die sich auf unbekannte Weise in physikalische Energie transformiert. Die Persönlichkeitsstruktur weist eine Tendenz zur Spaltung in gute und böse innerpsychische Objekte auf, eine reale oder phantasierte Kränkung geht dem Geschehen voran (STREICHARDT, 1991). Was hier spontan geschieht, wird von den mit okkulten Praktiken beschäftigten Jugendlichen quasi in kontrollierter Wei-

se herbeigeführt.

Ein angemessenes transkulturelles Verständnis beider Phänomene steht aus. Ähnlich wie beim Gebrauch bewußtseinsverändernder Substanzen scheint es sich um einen Versuch zu handeln, Erfahrungen herbeizuführen, die initiatischen Charakter haben: Kennenlernen der Geisterwelt, heroischer Kampf, Durchleben von Angst und Schrecken, Rückkehr in den Alltag. Es handelt sich daher eher um spontane Selbsthilfeimpulse, da die Industriekultur der Jugend nicht wie in traditionellen Gesellschaften allgemeinverbindliche, identitätsstiftende Initiationsrituale zur Verfügung stellt. Schamanische Visionssuche-Seminare, Feuerläufe, initiatische Reisen, Zeremonialkreise und indianische Schwitzhütten böten ein funktional äquivalentes Setting, das allerdings den wenigsten Jugendlichen bekannt und zugänglich ist, und die als Erfahrungsbausteine (wie z.B. die Sport- und Turnstunden) noch nicht in die schulische Sozialisation oder Jugendangebote integriert sind.

Wie im Bereich des sog. Drogenmißbrauchs besteht das Problem der euro-amerikanischen Industriekultur vor allem darin, für diese transkulturell vorfindbaren Erlebensbedürfnisse keine Spezialisten und rituellen Situationen zur Verfügung zu haben, um ihren konstruktiven, identitätsfördernden *impact* gefahrlos entfalten zu können (vgl. ANDRITZKY und TREBES, 1996; MAHDI, CHRISTOPHER und MEADE, 1996).

Die sogenannten Neuen Jugendreligionen (z.B. *Baghwan/Osho*, *Ananda Marga*, *Divine Light Mission*, *Hare Krishna*, *Brama Kumaris*), die vermutlich aus ähnlichen Beweggründen Zulauf erfahren, werden ebenfalls kritisiert (vgl. KEDEN 1989):

- Die totale Ablehnung des Überkommenen führe zu Verunsicherung und Orientierungslosigkeit, der Einzelne werde von der Verantwortung befreit, sein eigenes Lebenskonzept zu erarbeiten.
- Die Jugendlichen lehnten ihre Eltern ab, gäben alles auf, Beziehungen, Beruf etc.
- Die „Bewegungen“ wirkten vielfach auf Menschen zerstörend.
- Die Wirklichkeit wird zur „Kultwirklichkeit“.
- Die Sekte biete ein „totalitäres Heilskonzept“ an, es gebe kein Mitspracherecht, Undurchsichtigkeit der Hierarchie, totale Hörigkeit der Mitglieder.
- Es liege extremer Geldverbrauch der Sekten bei Ausbeutung der Mitglieder vor.

Ein typisches Motiv dieses Diskurstyps sind Elternstatements, z.B.: „Unser Sohn ist derzeit ein seelisches Wrack, den die Erlebnisse des vergangenen Jahres bei der Vereinigungskirche nicht nur psychisch, sondern auch in seinem Aussehen um etwa fünf Jahre zurückgeworfen haben“ (HAACK, 1979: 31). SCHMIDTCHEN (1987) sieht die Jugendreligionen gekennzeichnet durch eine „Lehre“, Sinnvermittlung und das Versprechen von Heilsgütern und Seelenvorteilen, Ziel ist die Persönlichkeitswandlung. Für das Mitglied wird die Gruppe zum Hort von Wahrheit und (Besser-)Wissen, die Umwelt zur

Quelle von Unwissen, Unheil und dem Bösen.

Als Merkmale des *Syndroms destruktiven Kultismus* fand SHAPIRO (1977) Verhaltens- und Persönlichkeitsänderungen, Verlust der persönlichen Identität, Abwendung von der Familie, Desinteresse an gesellschaftlichen Aktivitäten und sklavische Unterwerfung dem Kultführer, womit allerdings lediglich mögliche Folgen, nicht aber Strukturmerkmale der Gruppierungen beschrieben sind.

Als Kriterien für die Seriosität religiöser Gruppen schlägt VAUGHAN (1987) vor, ob sie authentisch transzendentes Erleben und seine psychologische Integration oder regressiv-abhängiges Verhalten fördern. Interessenten könnten sich z.B. folgende Fragen stellen: Gibt es Heimlichtuerei um die Organisation und den Leiter? Wie reagieren Mitglieder auf peinliche Fragen? Zeigen sie eine den Leiter stereotyp idealisierende Haltung? Glauben sie, den einzigen, alleinseligmachenden Weg gefunden zu haben? Können sie frei die Gruppe verlassen? Sind Humor und Kritik erlaubt?

Zu einem analogen Diskurs zwischen der katholischen Kirche, in einer ähnlichen Krisensituation wie heute, aber auch zwischen dem Nazi-Staat und der Freimaurerei als Ausdruck *überstaatlicher Mächte* formulierte HOLTORF (1991:89) treffend: „*In welchen Spielarten der Glaube an geheime Drahtzieher der Weltgeschichte auftreten mag...immer zeigt sich als Voraussetzung eine tiefe Unzufriedenheit und Gereiztheit gegenüber politischen Entwicklungen. Die Dinge laufen nicht nach unseren eigenen Wünschen. Alles, was man an Informationen über die konventionellen Kanäle, von den Zeitungen bis zum Fernsehen, erfahren kann, scheint nicht auszureichen, das Geschehen zureichend zu erklären. In dieser Lage kommt gern Bereitschaft auf, alles, was man auf der öffentlichen Bühne zu sehen bekommt, für ein bloßes Spiel anzusehen, das seine geheimen Drahtzieher haben muß.*“

Bemerkenswert sind hierzu auch die Zwischenergebnisse der Enquete-Kommission *Sog. Psychogruppen und Sekten*, wo festgestellt wird, es gebe zwischen den „*Abhängigkeiten (in Psychogruppen, W.A.) und solchen, die in anderen Lebenszusammenhängen bestehen, keinen grundsätzlichen Unterschied*“, „*die Sozialwissenschaftler hielten es übereinstimmend für ausgeschlossen, eindeutige Verursachungsketten zwischen angewandten 'Techniken' und psychischen Störungen herzustellen*“, auch sei es ausgeschlossen, daß „*solche 'Techniken' oder Verfahren gegen den Willen der Beteiligten angewandt werden könnten*“. Dem einseitigen und überholten Manipulationsmodell werden Untersuchungen entgegengestellt, welche von den Interessententypen an Psychogruppen ausgehen: (a) neugierige und der Welt sensibel Gegenüberstehende, (b) emotional und Verhaltensgestörte, welche bereits vorher in (quasi-)therapeutischer Behandlung, waren und (c) solche, die nicht nach neuen Werten oder Identität suchten, sondern z.B. psychoanalytisches oder marxistisches Gedankengut verbreiten wollten, „*allenfalls könne davon gesprochen werden, daß bestimmte Personen (prämorbid oder vulnerable Persönlichkeiten) durch manipulative Techniken stärker gefährdet seien als andere*“. Die in dem Begriff *Psychogruppen und Sekten* liegende pauschale Suggestion ,

daß hier überhaupt „Bedrohung“ und „Gefahr“ gegeben sei, wird zudem in einem Sondervotum einiger Kommissionmitglieder sehr treffend in Frage gestellt (ZWISCHENBERICHT 1997:29ff, 39ff). Im Endbericht der Kommission wird schließlich „Entwarnung“ gegeben: Von einer generellen Gefahr für die Gesellschaft könne keine Rede sein, vielmehr werden die gemeinschaftsfördernden Effekte der „Psychogruppen“ erstmals in einem offiziellen Dokument des Deutschen Bundestages anerkannt (vgl. ANDRITZKY, 1998).

Insbesondere die von Psychologen an den Diskurs angehängten Bestrebungen nach einem *Lebensbewältigungshilfegesetz* lassen erkennen, dass weniger eine wissenschaftliche Haltung eingenommen wird, sondern man bei dieser Gelegenheit eher unliebsame (Methoden-) Konkurrenz auf dem „Psychomarkt“ abwehren will, welche durch die praktisch bewährte, methodenneutrale Zulassung nach dem Heilpraktikergesetz nicht erfaßt wird.

Entgegen pauschalen Charakterisierungen als *destruktive Kulte* (vgl. SCHULTZE-BERNDT u.a., 1986) kam BERGIN (1983:177) nach Durchsicht von Studien über Sekten-Konvertiten zu dem Schluß: „*Although some converts may be disturbed, the studies are consistent in indicating that conversion and related intense religious experience are therapeutic, since they significantly reduce pathological symptoms.*“

Zahlreiche Studien belegen, daß Interessenten und Mitglieder durchaus in der Lage sind, sich ohne Schaden aus den Gruppen wieder zu lösen. Auch sei jeweils nicht geklärt, ob Mitglieder psychisch krank würden als Folge der Mitgliedschaft in einer religiösen Gruppe oder ob sie dies bereits vorher waren. Viele der den *destruktiven Kulturen* zugeschriebenen Eigenschaften fänden sich zudem auch bei den Großkirchen (vgl. BARKER, 1991:56). In einem Vergleich von 42 Mitgliedern der *Kinder Gottes*, 303 Anhängern der *Vereinigungskirche* und 47 von *Ananda Marga* mit 125 Studenten mittels des MMPI-Tests kam KUNER (1981) zu dem Schluß, daß die drei neureligiösen Bewegungen keine psychische Schädigung verursachen.

Das eigentliche Ausgangsproblem des Diskurses um pathogene Effekte religiöser Gruppen scheint jedoch darin zu liegen, daß der engere und längerdauernde Kontakt zwischen Mitgliedern und Leitern (z.B. bei Wohngemeinschaften und Kommunen) eine multiple und tieferreichende Aktualisierung früher Beziehungsmuster im Sinne von „Übertragungsprozessen“ in Gang setzt, als dies im Setting einer gewöhnlichen Psychotherapie der Fall ist. Dieses durch die Interaktionen und das Regelsystem in familienähnlich-hierarchischen Gruppen automatisch evozierte Konfliktpotential wird dadurch noch akzentuiert, daß es den Mitgliedern hier nicht (nur) um persönliche Problembewältigung geht, sondern Konsensus und Konformität mit Werten und Regeln der Gruppe zumeist mit dem „Seelenheil“ der Aspiranten in einer eschatologischen Dimension verknüpft sind. Insofern spiegeln die oft in irrationaler Weise beklagten „Abhängigkeiten“ von Gruppen, denen sich Erwachsene freiwillig anschließen, zuerst ihre eigenen Defizite und infantil-symbiotischen Abhängigkeits-

wünsche wider. Dementsprechend diffus und methodisch unqualifiziert schildern Mitarbeiter von sog. Beratungsstellen für Sektenfragen die Probleme der Aussteiger: „*Die Aussteiger, die in die Beratung kämen, seien häufig am Ende ihrer physischen und psychischen Kräfte. Neben individuellen Angst- und Schuldgefühlen, die das ehemalige Mitglied der Gruppe quälten, komme meist eine schwierige finanzielle Situation hinzu*“ (ZWISCHENBERICHT 1997:18). Damit läßt sich ebensogut die Situation eines Vaters beschreiben, den die Ex-Ehefrau mit Unterhaltsforderungen in den finanziellen Ruin treibt oder der suizidal wird, wenn ihm der Kontakt zu den eigenen Kindern verwehrt wird (vgl. JÄCKEL, 1997). Die psychodynamische und strukturelle Basis enttäuschter „Sekten-Aussteiger“ liegt in anfänglicher Idealisierung der Gruppen (was durch überzogene Heilsversprechen allerdings auch gefördert wird) und einer für frühe Störungen typischen Tendenz zur Spaltung in gute und böse Objekte (Vgl. FAIRBAIRN 1952).

Um feststellen zu können, ob von der Teilnahme an Psycho- oder neureligiösen Gruppen per se tatsächlich eine psychische Gefährdung ausgeht oder ob sie eher eine stützende Funktion hat, müßte zudem der Anteil psychisch/psychiatrisch Auffälliger, z.B. bei den christlichen Freikirchen, den etablierten Kirchen (vgl. KLOSINKSI 1985:15), oder von Klienten, die bei einem Facharzt für Psychiatrie oder bei einem Arzt mit Zusatztitel Psychotherapie/Psychoanalyse Hilfe suchen und dann „dekompensieren“ und stationär behandelt werden müssen, erfaßt werden. Erst von einer strukturell vergleichenden Perspektive her können diese Fragen wissenschaftlich seriös beantwortet werden.

Wie bereits angedeutet, ergibt sich die Irrationalität des bisherigen Sekten-Diskurses auch aus einem Vergleich der Diskursmotive mit der verbreitetsten Beziehungsstruktur, der bürgerlichen Ehe: Die hier erzeugten Abhängigkeitsverhältnisse, die Probleme beim Sichlösen und häufig folgende finanzielle Probleme, Notwendigkeit zur Psychotherapie, psychosomatische Erkrankungen, Mißbrauch der Kinder in Sorgerechtsverfahren etc. stellen vermutlich alles in den Schatten, was Psychogruppen angekreidet werden kann und verweist regelmäßig zurück auf die Person der Interessenten/Teilnehmer.

Der Sektendiskurs erfüllt noch weitere Funktionen: Im Sinne einer projektiven Sündenbockdynamik werden auch analoge Mißstände in den Amtskirchen vom öffentlichen Bewußtsein ferngehalten. Die von „Sektenbeauftragten“ vorgebrachten Argumente erscheinen auch durch Machtverlust der Kirchenbürokratien motiviert und projizieren ideologische und faktische Gewalt- und Abhängigkeitsverhältnisse in den Amtskirchen (aber auch zahlloser anderer Vereine und wirtschaftlicher Organisationen) in neue religiöse Gruppen: Gleich den Sekten behaupten die Amtskirchen, „ein rettendes Prinzip zu besitzen“, sie verfügen über „lebende, heilige Meister“ (Jesus als sinngebender Meister, Abhängigkeitsverhältnisse der Jünger, vgl. auch die Heilig- und Seligsprechungen), es gibt einen Personenkult (Papst, Bischöfe, Heilige) und hier-

archische Führungsstrukturen. Während die Mitgliedschaft bei den Sekten meist aus Interesse und freiem Entschluß erfolgt, wird die Mitgliedschaft in den Amtskirchen durch die Taufe im Kindesalter gewaltsam und ohne Einwilligung bzw. Ablehnungsmöglichkeit erzwungen. Die Finanzierung erfolgt durch Abzug vom Arbeitsentgelt (Kirchensteuer), eine Verweigerung (sich lösen) kann zu existentieller Bedrohung (Kündigung) führen, z.B. bei Beschäftigung in kirchlichen Einrichtungen (Tendenzbetriebe). Weitere Argumente gegen Sekten, wie „die Welt wird dualistisch gesehen“, draußen sei das Chaos „in der Sekte selbst die gerettete Familie“ beschreiben projektiv exakt christliche Muster: den Glauben an Himmel und Hölle (Teufel), daß das Heil „im Schoß der Kirche“ zu finden ist, ferner das z.B. durch Verschleppen von Kindern in Missionsstationen oder das Eindringen in Stammesgebiete durch die berühmte *Summer School of Linguistics* oft gewaltsame Missionieren vor allem in Ländern der Dritten Welt. Der Vorwurf der Selbstisolierung von Sektenmitgliedern bei „weitgehend geregelter Tages-, Aktions- und Arbeitsablauf“ beschreibt wiederum das christliche Mönchsleben (vgl. NEUSIUS, 1994:15ff; BAER, 1994:19f).

Im Kulturvergleich handelt es sich bei Struktur und Dynamik der Psychogruppen/Sekten um kulturanthropologische Universalien in Form von Geheimgesellschaften, Männerbünden und initiatischer (Heil-)Kulte und Übergangsrituale, (vgl. TURNER, 1969; VAN GENEPP, 1986, ANDRITZKY, 1989b, ethnomedizinische Fachliteratur) bei kritischen Lebensereignissen, wie sie von zahlreichen Ethnien in Afrika, Südamerika und Asien bekannt sind. Diese Übergangsrituale sind charakterisiert durch Merkmale wie Isolation des Klienten vom Alltagsleben, Übernahme eines neuen Glaubenssystems, Einweihung in geheime Lehren, Erkenntnispyramide, absoluter Gehorsam, Herbeiführen veränderter Bewußtseinszustände und „Gipfelerlebnisse“, Aufgeben einer alten Identität, kathartische Rituale und reglementierter Tageslauf. Genau diese Merkmale finden sich auch bei den neuen Jugendreligionen und Sekten (vgl. KEDEN 1989, SCHULTZE-BERNDT et al. 1986) und sind selbst bei Wallfahrten präsent, an denen man sich zumeist mit einer Heilungserwartung oder Danksagung beteiligt (vgl. ANDRITZKY 1989a). Für die künftige Forschung ist daher grundsätzlich eher die Frage zu stellen, ob diese Gruppen bzw. Gruppenaktivitäten für die *Mehrheit* ihrer Mitglieder, die überwiegend in Krisensituationen beitreten, über Wirkfaktoren der sozialen Unterstützung, der kognitiven Bewältigung, der Affektinduktion, der Gruppenkohäsion, der Selbstöffnung und der Identifikation mit charismatischen Leiterpersönlichkeiten (vgl. TSCHUSCHKE & CZOGALIK 1990) supportive oder therapeutische Funktion haben, ob und ggf. wie sich konstruktive von destruktiven Kulturen unterscheiden lassen.

Selbsterfahrungsberichte der Betroffenen schildern häufig eine Krisensituation (z.B. Partnertrennung) als Auslöser, sich einer religiösen Gruppe anzuschließen und sich neue Interpretationsmuster anzueignen. Jeder entnimmt dabei diejenigen Elemente aus dem Pool der Sinn-(bzw. Heils-)Systeme, die seinen aktuellen Bedürfnissen entsprechen. Es werden Anleihen bei den verschiedensten Religionen, Wissenschaften

und der Esoterik gemacht und diese wie in einer Collage schöpferisch integriert. Im Verlauf des Krisenprozesses entsteht ein individueller Synkretismus.

Beispiel: Eine Buchhändlerin denkt nach dem Tod ihrer Freundin darüber nach, daß auch sie gestorben sein könnte. Sie fängt an, Bücher über Reinkarnation zu lesen, unternimmt eine Indienreise, praktiziert Übungen verschiedener Religionen, beginnt nach einer „Nervenkrisis“ eine Psychotherapie. Sie bewertet allmählich Intuition höher als Fachwissen und Theorie, sucht einen taoistischen Lehrer auf und berichtet schließlich, sich in einem Gefühl „universeller Verbundenheit“ zu erleben (vgl. GÄRTNER und BISCHOFF, 1990:176). Medizinanthropologische Studien (PEDERSEN und BARUFFATI, 1989:494f; GLIK, 1994; CSORDAS, 1994, GANJE-FLING und McCARTHY, 1994, ANDRITZKY, 1992) betonen einhellig die supportiven und psychotherapeutischen Funktionen religiöser Gruppen mit Heilungsansprüchen und die Tatsache, daß es bislang keine systematischen Untersuchungen über die präventiven bzw. kurativen „Effekte“ der Mitgliedschaft bei verschiedenen Störungen gibt.

5. Weltanschauliche Gruppierungen mit explizitem Gesundheitsbezug

Funktional, d.h. im Sinne sozialer Unterstützung und der Vermittlung von Bewältigungsmechanismen (Benennung, Erklärung und Bewältigungsstrategien von Befindlichkeitsstörungen), können sowohl die New-Age-Angebote wie auch die religiösen Gruppen mit den krankheitsspezifischen *Selbsthilfegruppen* verglichen werden. In diesem Zusammenhang wären auch Studien über supportive Effekte von Gruppenaktivitäten im Rahmen der *christlichen Kirchengemeinden* von Interesse, die jedoch nicht vorliegen. Im folgenden werden nur solche Gruppierungen genannt, zu deren expliziter Zielsetzung Handlungen gehören, die auf die Krankenheilung zielen.

MEIER-HÜSING (1990) fand in Bremen 70 „institutionell feststellbare religiöse Gemeinschaften“ (außerhalb der *nicht-organisierten Religiosität* wie Okkultismus, New-Age-Gruppierungen). Unter dem Erfassungsmerkmal *rituelle Praxis und sonstige Aktivitäten* finden sich auch solche mit Gesundheitsbezug, u.a. die *Gemeinde der Christen Ecclesia*, begründet 1944 vom Heilungsevangelisten H. Zaiss und heute mit ca. 100 Gruppen in der Bundesrepublik vertreten; zu den Aktivitäten der *Biblischen Glaubensgemeinschaft* als Gruppe der Pfingstbewegung gehören neben der „emotionalen Erfahrung der Geisttaufe“, stille Gebetsbitte und das Handauflegen für Kranke; in der *Missionsgemeinde* werden exorzistische Rituale durchgeführt; die *Anthroposophische Gesellschaft* mit ca. 20.000 Mitgliedern unterhält in der Bundesrepublik 72 heilpädagogische Einrichtungen, 300 biologisch-biodynamische Landwirtschaftsbetriebe, fünf Krankenhäuser sowie eigene Ausbildungsstätten für Heileurythmisten; Meditative Übungen finden sich bei Gruppierungen wie den *Quäkern* („schweigende Andacht“), der *Christengemeinschaft*, dem *Karma-Kagyü-Verein*, dem *Zen-Kreis* (Zazen-Praxis), dem auf den Sw. Yogananda zurückgehenden *Centrum für Selbst-*

aktivierung mit ca. 10000 Mitgliedern in Deutschland (Kriya-Yoga), den Gruppen für *Transzendente Meditation* nach Maharishi (Mantra-Meditation), der *Brama-Kumaris-Bewegung*, *Christliche Wissenschaft*, *Universelles Leben*, die zoroastrische *Mazdaznan* und die von R. Hubbard (1891-1986) begründete *Scientology*, wo mittels *Auditing-Kursen* persönliche Probleme bearbeitet werden, bis (nach den Begriffen der *Scientology*) der Zustand einer *clear person* und schließlich eines *operierenden Thetan* erreicht ist, was bedeutet, daß die Seele vom Körper getrennt werden kann (vgl. ANONYM, 1995:86ff).

Diese nur auf eine Großstadt bezogene Bestandsaufnahme läßt die Vielzahl der Variablen erahnen, welche bei der Untersuchung der Gesundheitsrelevanz religiöser Gruppierungen zu berücksichtigen wären. McGUIRE (1988) zählt hierzu z.B. die Lokalisierung der Heilkraft (*healing power*), die gruppenspezifischen Konzepte von gesund bzw. krank, die Heilungsaktivitäten und die vorgestellte Wirkungsweise, Sprache und Symbole, Heilertypen.

Eine weitere Gruppe von Anbietern sind *christliche Fortbildungseinrichtungen*. Beispiele:

- Das *Ökumenische Zentrum Neumühle* (Mettlach-Tünsdorf, Progr. 1998/1) bietet u.a. *Dinsha-Farbenmedizin*, *Kum Nye-Tibetischer Heilyoga*, *Pranaheilung nach Choa Kok Sui*.
- Vom *Arnold-Janssen-Haus* der *Steyler Missionare St. Augustin* werden u.a. angeboten: *Zen-Sesshin* („Strenge Meditationswoche für alle, die bereits in die Zen-Meditation eingeführt sind“), *Durch Yoga und Meditation zu Gott finden*, *Yoga und Fastenseminare*, *Fortbildung in sakralem Tanz*, *Qi Gong* (Jahresprogramm 1996).
- Das *Exerzitien- und Bildungshaus St. Josef* (Hofheim/Taunus) hat u.a. in seinem Programm (1996): *Praxisseminar Psychosynthese als Weg für eine persönliche Spiritualität*, *Meditationskurs mit Elementen aus Qi Gong*, *Sommer-Yogakurs*, *Jahreskurs Meditation*, *Enneagramm-Exerzitien*.
- Gesundheitsbezogene Angebote des *Priorat St. Benedikt* (Damme, Progr. 1996) sind u.a.: *Qigong Yangsheng-Übungen*, *Tai Chi für Anfänger*, *Sakraler Tanz*, *Mystik und Eros*.
- Die *Oase-Haus der Besinnung und Begegnung der Benediktinerabtei Königsmünster* (Meschede, Progr. 1996) bietet: *Initiativische Atemführung*, *Dynamische Meditationstechniken*, *Meditation und Trance*, *Fasten und Schweißen*.

Als Beispiel für religiös orientierte Anbieter, denen besonders aufgrund ihrer Meditationspraxis eine Gesundheitsrelevanz zugeschrieben werden kann (vgl. ENGEL, 1995: 169ff), seien die *buddhistischen Gruppen* in Deutschland angeführt (zum Folgenden: BAUMANN, 1993). Bei einer Zahl von ca. 20.000 deutschen und 35-40.000 asiatischen Buddhisten bestehen 1991 über 200 Zentren: 28 der *Theravada*- bzw. *Pali*-Ausrichtung, 61 des *Mahayana* (z.B. *Zen*, *Jodo Shin-Su*), 80 des tibetischen *Vajrayana* (*Kagyüpa*, *Gelugpa*, *Nyingmapa* u.a.), 19 traditionsungebundene und 13 Zentren asiatischer Herkunft (z.B. Kambodschanisches Kulturzentrum oder die

Chua-Pagode *Vien Giac*, die 30.000 Vietnamesen vertritt) (1993:423f). Im Verlaufe der über 100-jährigen Rezeptionsgeschichte des Buddhismus in Deutschland, der bis Ende der 50-er Jahre eher als Weisheits- und Erkenntnislehre angenommen wurde, kam es erst in den 70-er Jahren zur Ausbreitung meditativer Praxis, wobei im Verlauf eines Akkulturationsprozesses körperbezogene und psychotherapeutische Elemente sowie Visualisierungstechniken einbezogen wurden.

Vergleichende Untersuchungen zu Fragen von Lebensführung und Gesundheit praktizierender Buddhisten liegen nicht vor. Bezüglich der Praxis *Transzendentaler Meditation* legen jedoch die Ergebnisse der Studie von ORME-JOHNSON (1987) nahe, daß regelmäßige Meditation (wie sie in jedem entsprechenden Volkshochschulkurs heute erlernt werden kann), ein Grundelement präventiver Gesundheitspolitik werden könnte: In einer Fünfjahres-Studie über die Inanspruchnahme von zwei hinsichtlich der sozialen Parameter parallelisierten Gruppen von 2.000 Meditanten und 600.000 Versicherten der gleichen Versicherungsgesellschaft ergab sich, daß, auf 1.000 Krankheitstage bezogen, die Meditanten je nach Altersgruppe zwischen 15,1% und 69,4% weniger Krankenhaustage und zwischen 46,8% und 73,7% weniger ambulante Arztbesuche aufwiesen. Die Inzidenzrate für gut- und bösartige Tumore lag 55,4%, für Herzkrankheiten 87,3% und für psychische Erkrankungen 30,6% niedriger als bei der Vergleichsgruppe.

Die wohl am weitesten verbreitete, auf einer religiösen Tradition basierende Einzelmethode ist das hinduistische *Yoga*. Es wird nicht nur in öffentlichen Kursen vermittelt, sondern manche indischen Gurus begründeten eigene Ashrams im Westen, wo eine Kerngruppe zusammenlebt. *Yoga* zielt auf Bewußtseinsbeobachtung mit dem Ziel der Auflösung des Individualbewußtseins (*atman*, *citta*) in das kosmische Bewußtsein (*brahman*, *samadhi*, *mahat*), „*Yoga is the cessation of movements in the consciousness*“ (vgl. IYENGAR 1993:46). Es basiert auf den 196 Lehrsprüchen (*sutras*) von Patanjali (zwischen 500 und 200 v.Chr), die über verschiedene Interpretationen zu den Yoga-Wegen des *Inana* (Bemühen um Weisheit), *Karma* (Gute Taten, Dienst am Nächsten), *Bhakti* (Gottesverehrung) und *Krija/Hatha* (Körperbeherrschung) ausgeformt wurden. Letztere Yogaform fand im Westen vor allem in Form von Körperübungen (*asanas*) und Atemlenkung (*pranayama*) weite Verbreitung in privaten Zentren und Erwachsenenbildungseinrichtungen, weniger jedoch die meditative Seite (*prathyahara*: Kontrolle der Gedanken- und Sinneswahrnehmungen), die ethischen Prinzipien (*yama und niyama*) und die Entwicklung okkulturer Kräfte (*vibhuti*: u.a. Vergangenheit und Zukunft sowie eigene frühere und künftige Inkarnationen kennen, Levitation, Gedankenlesen, Unsichtbarwerden, Hellsehen).

Die westliche Rezeption des *Yoga* (zum Folgenden: FUCHS, 1990) begann nach vereinzelt Reiseberichten von Indiefahrern über Fakire, magische Zauberkünste und Asketen im 19. Jh. durch die theosophische Bewegung. Sie greift die Elemente der Meditation und Konzentration auf, rät von *Hatha-Yoga* (ebenso wie die Anthroposophie) als der Materie verhaftet oder als Ausdruck eines atavistischen Bewußtseins ab. Nach dem Ersten Weltkrieg kommt es zu einer Säkularisierung des

Yoga, es entsteht durch *Boris Sacharow* die erste öffentliche Yoga-Schule in Berlin („indische Körperertüchtigung“), in der wissenschaftlichen Rezeption werden Konzepte des Hypnotismus, der Suggestion und der Psychoanalyse auf Yoga angewendet, *Schultz* bezeichnet das von ihm entwickelte *Autogene Training* als „rationalisierten und systematisierten Yoga“. Die von indischer Mystik und Religiosität abgekoppelten körperlich-funktionalen Aspekte bestimmen nach einer Phase ideologischer Vereinnahmung durch den Nationalsozialismus (*ario-christlicher Yoga*) die weitere Rezeption. FUCHS (1990:104ff) unterscheidet dazu die *Phase der Institutionalisierung* (1956-1969) mit Gründung verschiedener Organisationen (Shivananda-Organisation, Deutsches Yoga-Institut, Internationale Sri Aurobindo Gesellschaft und zahlreicher Yoga-Schulen), der *Phase der Organisation* (1967-1979) mit der Gründung der überregionalen Organisationen *Bund Deutscher Yogalehrer* (BDY) und der *Deutschen Yoga-Gesellschaft* (DYG) sowie der *Phase der Professionalisierung* (ab 1980) mit der Standardisierung der Yogalehrer-Ausbildungen und akademischer Forschung. Eine von FUCHS (1990:174ff) durchgeführte Befragung von 45 der damals bekannten 129 privaten Yoga-Schulen in Deutschland ergab u.a. ein Durchschnittsalter von 11,5 Jahren der Schulen, daß 30% davon eine eigene Publikation herausgeben, 75% hauptamtliche Mitarbeiter beschäftigen, durchschnittlich 10,7 Kurse durchgeführt und insg. 5990 Teilnehmer pro Woche erreicht werden und 64% der Schulen auch Veranstaltungen zur Yoga-Theorie anbieten. Bemerkenswert ist auch, daß an den privaten Yoga-Schulen weitere Kurse, z.B. Shiatsu, Eutonie, Rebirthing, Tai Chi oder Zen-Meditation angeboten werden und bei Jahresgruppen die Yoga-Übungen sich den Jahreszeiten und Tierkreisbedeutungen anschließen.

Seit 1977 liegen auch Daten über die Yoga-Kurse an Volkshochschulen vor. Nach einer Auswertung der Programmhefte von 60 VHS hatten die Yoga-Kurse 1987 einen Anteil von 52% an den Veranstaltungen des Fachgebietes *Gesundheitsbildung*, d.h. hochgerechnet auf alle VHS etwa 10.219 Yoga-Kurse. Bei einem Durchschnitt von 16,5 angemeldeten Teilnehmern hätten 168.614 Menschen Yoga-Kurse in diesem Jahr absolviert, etwa zehnmal so viele Personen wie in den privaten Yoga-Schulen (FUCHS 1990:198,201). Eine Befragung von ARIES (1982, zit. nach FUCHS 1990:199) unter 94 VHS in Nordrhein-Westfalen ergab, daß 92% Hatha-Yoga Kurse anboten, sämtliche in den Abendstunden, 46% auch nachmittags, 32% auch in den Vormittagsstunden.

Volkshochschulen bevorzugen das rein körperorientierte, weltanschaulich neutrale *Hatha-Yoga* (FUCHS, 1990:209ff). Diese Orientierung zeigt sich auch darin, daß der Begriff *Yogi* keine Verwendung findet, der mit dem Ziel des Wahrheitssuchers assoziiert ist und Yoga bei den öffentlichen Einrichtungen stets als Teil einer breiten Angebotspalette auftaucht. Lediglich in einigen privaten Schulen konstituiert sich ein den indischen *ashrams* entfernt ähnliches Setting (Rolle des Leiters, Yoga als einziges Angebot, Zusammenleben der Adepten, ritualisierter Tageslauf etc).

Als *Anbieter* für Yoga-Kurse treten neben den privaten Schu-

len und den VHS auf: öffentlich geförderte und kirchliche Weiterbildungseinrichtungen, Universitäten (Hochschulspport), Turnvereine, physiotherapeutische Einrichtungen bei Asthma, chronischer Bronchitis, psychosomatische/psychiatrische Kliniken (9,2% haben Angebote in Yoga - vgl. ANDRITZKY, 1996a), Kneipp-Vereine. Die Angebote werden auf *Zielgruppen* („Yoga für...“) zugeschnitten, wie z.B. Schwangere, Ältere, Manager, Behinderte, Kinder/Jugendliche (FUCHS, 1990:209ff).

Ein letztes Beispiel weltanschaulicher Gruppen mit explizitem Gesundheitsbezug sind die um die Anhänger von *Baghwan Shree Rajneesh/Osho* in mehreren Städten entstandenen Zentren, z.B. *das OSHO-Uta* in Köln. Hier werden angeboten (Programm 2/95):

- (a) Meditationen (zweimal täglich *Dynamische Meditation*, das Osho Meditationscamp, Meditationstherapien wie *Mystic Rose* („21 Tage drei Stunden täglich: 7 Tage Lachen, 7 Tage Weinen, 7 Tage 'Beobachter auf dem Berge'“), *Born Again, No-Mind*) bilden das Herzstück aller Osho-Methoden (vgl. OSHO, 1992)
- (b) Einzelsitzungen (u.a. *Beziehungs-Counseling, Atemtherapie, NLP, Ericksonische Hypnotherapie, Star Sapphire Counseling, Hara Awareness Massage, Shiatsu & Divine Healing, Psychic Massage, Craniosacral Balancing, Rebalancing, Aquabalancing, Hawaiian Healing Massage, Osho Native Bodywork*)
- (c) Abendgruppen (u.a. *Osho Tibetan Pilzing Healing, Body, Love and Boundaries, Deep Shiatsu Kurs, Laß Dich Berühren!*)
- (d) Wochenendgruppen (u.a. *Healing Shock and Shame, Rebellious Spirit, Balance Dance, Live your Life, Channeling from the Heart, Mann-Sein erleben, The Flame of Change, Dynamic Intensive*); *Training for Life* (vier Wochenendgruppen: *Awareness Intensive, Liebe und Tod, Hypnose und Let-Go, The Art of Dying-The Art of Living*).
- (e) Monatlich etwa 22 *einmalige Veranstaltungen*, zumeist abends.

Eine Inspektion des Programms *Juli bis Dezember 95* ergibt für diese Zeit 55 therapeutische Gruppenangebote.

6. Bekanntheit und Teilnahme an weltanschaulichen Gruppierungen mit Gesundheitsbezug

Eine Befragung von 2113 Personen (SCHMIDTCHEN 1987) über 14 Jahre ergab bei Vorlage einer Karte mit Namen bzw. als Spontannennung einen hohen Bekanntheitsgrad der *Zeugen Jehovas* (98%/32%) und der *Baghwan-Bewegung* (85%/36%) alle übrigen Gruppen werden spontan von weniger als 10% der Bevölkerung benannt, dem Namen nach die bekanntesten Gruppen sind dann die *Mormonen* (68%) und *Hare Krishna* (63%); 34% der Bevölkerung kannten spontan keinen einzigen Sektennamen. Bei der Vorlage von Karten mit den Namen von 15 Gruppierungen äußerten zwischen 77% (*Baghwan-Bewegung*) und 49% (*Sufi-Bewegung*) Alarmgefühle, sie würden ihnen nahestehende Personen nicht dort-

hin gehen lassen (1987:27), 10% der Bevölkerung finden Sekten eine gute Sache. Interessant ist hier, daß jedes zweite (53%) gegenwärtige oder frühere Sektenmitglied sich positiv äußert, „90% also sehen die Sekten in großer Distanz zu sich“. Inhaltlich sind die Vorurteile folgendermaßen gekennzeichnet: Bei den *negativen* Charakterisierungen äußern 89% *trifft zu/trifft teilweise zu* bei dem Statement „sie isolieren ihre Mitglieder“; jeweils 91% „sie beuten ihre Mitglieder aus“ und „ihre Mitglieder werden zu willenlosen Anhängern umprogrammiert“; 85% „sie zerstören Grundwerte wie Familie und Freiheit“. Die Zustimmung zu *positiven* Charakterisierungen ist insgesamt wesentlich niedriger: „sie bewahren vor Einsamkeit“ (68%), „sie sind eine Zuflucht für Verlorene“ (62%), „sie geben eine Orientierung, einen Halt“ (57%), „sie bewahren Menschen vor dem Abgleiten in Drogen“ (46%) und „sie sind ein Vorbild für Liebe und Demut“ (37%).

Aus dem Sektenschrifttum von in Deutschland tätigen Sekten extrahierte SCHMIDTCHEN, (1987:40ff) 30 Zielprojektionen, um zu prüfen, wieweit diese unabhängig von den Sekten als attraktiv für die Bevölkerung wahrgenommen werden. Es ergab sich, daß die den Sekten Nahestehenden religiöse Bedürfnisse prononcierter anmelden als die übrige Bevölkerung, die religiösen Gestaltungswünsche andererseits weit über den Kreis der Wirksamkeit der Sekten hinausreichen, - „vagabundierende religiöse Bedürfnisse“, die nicht von Institutionen befriedigt und angesprochen werden. Die meisten Statements ergaben eine geringere Zustimmung, je weiter entfernt sich die Befragten von den Sekten lokalisierten (*nah/sehr nah, neutral oder fern/sehr fern*), andere Statements zeigten nur geringe Unterschiede, z.B. „das Selbstfinden“ (63%/41%/25%), „ein größeres Körperbewußtsein gewinnen“ (31%/35%/24%), „mehr aus dem Gefühl, aus dem Bauch heraus handeln“ (28%/24%/16%), „das Leben als Spiel begreifen“ (19%/15%/9%), „eine neue Lebensform finden, sich von der Gesellschaft absetzen“ (22%/13%/6%), „übersinnliche Kräfte entdecken“ (19%/10%/5%).

Ferner wurde untersucht, inwiefern 37 in der Literatur dokumentierte Therapieformen mit der Nähe zu Sekten in Verbindung stehen: Von den Sekten *Nahestehenden* haben teilgenommen oder sind interessiert gegenüber den *Neutralen* und den *Fernstehenden* besonders an östlicher Meditation (16%/16%/6%), Urschreithherapie (18%/9%/2%), Reinkarnationstherapie (16%/9%/2%), Tarot (12%/11%/3%), Pendeln (19%/10%/6%) und Yoga (47%/43%/22%). Das Interesse an diesen Therapieformen ist bei den ersten beiden Gruppen deutlich höher als bei letzterer. Als Oberbegriff ließen sie sich als „Sucher“ umschreiben, die sowohl religiösen Gemeinschaften als Erfahrungsraum als auch erlebnisaktivierenden Therapieformen gegenüber aufgeschlossen sind.

Eine telefonische *Infratest*-Umfrage unter 11.000 Erwachsenen erbrachte 0,7% Ja-Antworten auf die Frage nach *Mitgliedschaft* in einer neuen religiösen oder weltanschaulichen Bewegung, 0,7% bejahten ein *Nahestehen*, was hochgerechnet für Deutschland insg. 820.000 Personen ergeben würde (ZWISCHENBERICHT 1997: 35). Interessanterweise verweigerten 66,5% die Benennung der jeweiligen Gruppierung. Dies kann ein bedenkliches Ausmaß an Einschüchterung und Dis-

kriminierung solcher Gruppen durch öffentliche Kampagnen ebenso signalisieren wie Angst vor gruppeninternen Sanktionen. Auf die Frage, ob ein *Familienmitglied* einer neuen religiösen Bewegung nahesteht, bejahten 1,0% oder hochgerechnet 667.000 BürgerInnen, eine *frühere Mitgliedschaft* gaben 0,4% bzw. 200.000 Personen an.

7. Studien einzelner Gruppierungen

Dieser Untersuchungstyp beschreibt Handlungs- und kognitive Muster, Motivationen und Sozialprofile der Teilnehmer einzelner Gruppierungen.

Beispiele:

(a) Befragungen von 15 Mitgliedern der Gruppe *Heilende Hände* (FOLTZ 1987), die von einem hawaiianischen *Kahuna* geleitet wird, ergaben, daß für die Mitglieder eine eigene kognitive, erfahrungsbegründete Realität kreiert wird. Ziel ist die Suche nach *höheren Energien*, wobei in Lehrer-Schüler-Gruppen die Alltagsrealität in der Gruppensprache neu definiert wird (*labeling of experience*). Durch Initiationsrituale entsteht eine hierarchische Mitgliederstruktur, wobei die Fortgeschritteneren als Wächter und Kulturträger fungieren. Die Treffen verlaufen nach eigenen Regeln: Schuhe ausziehen, Setzen, freies Gespräch, Leiter deutet non-verbal den Beginn der Sitzung an, er gibt eine *mini-lecture*, erspürt das *Energie-Niveau*, lobt und tadelt die Mitglieder; es folgt eine gelenkte Imagination, wobei die Mitglieder einen Garten imaginieren und anschließend beschreiben; es folgen Erfahrungsrunden (*round robbin*), wobei die Berichte in Begriffen der Gruppe reinterpretiert werden.

(b) Nach teilnehmender Beobachtung der *Schweibenalp-Gruppe* (Anhänger des Shiva-Lehrers Haidakan Babaji) beschreiben HELLER & HILLECKE (1996) in noch wenig strukturierter Weise den *Tageslauf* (u.a. morgendliches Feuerritual, Gottesdienst mit Gesängen, vegetarisches Frühstück, Karma-Yoga (Mitarbeit im Zentrum), Seminar mit praktischen Übungen, Mittagsmeditation, Mittagessen, Karma-Yoga, Abendessen, Gottesdienst, ggf. Abendveranstaltungen), *Gruppennormen* (Verbot des Rauchens, Alkohol, Drogen, Pflicht zur Teilnahme am Ritual), die *Kontaktaufnahme* (z.B. Mitfahrgemeinschaften, neue Begegnungen) und *Interaktion anregenden Funktionen* einer solchen Gruppierung, ihre Hierarchie (selten zu Besuch kommende *spirituelle Führer*, im Ashram wohnende und die religiösen Zeremonien organisierende *Leiter*, konsequent an den Lebensgewohnheiten des Ashrams orientierte *Devotees* und gelegentliche *Besucher und Freunde*) sowie den *Umweltbezug* (Abgeschiedenheit, Verhaltens- und Sprachunterschiede zur umgebenden Bevölkerung).

(c) Mittels biographischer Interviews, einem Fragebogen (familiäre und soziale Situation, Situation vor dem Erstkontakt) und einem Selbstbeurteilungsfragebogen (Gießen-Test) untersuchte KLOSINKSI (1985) je 25 aktive und 5 ehemalige Anhänger der *Bhagwan-Bewegung* (Sannyassins) und der *Transzendentalen Meditation* (TM). Die Ergebnisse zeigen deutliche Unterschiede aber auch Gemeinsamkeiten im Sozial-

profil und psychologischen Eigenschaften der Teilnehmer: Bei etwa gleichem Durchschnittsalter der Sannyassins/TM-Mitglieder (31,6 bzw. 30,8 Jahre) waren erstere wesentlich kürzere Zeit bei der Gruppe (1,2 vs. 7,5 Jahre), 37% bzw. 33% gaben an, vor der ersten Kontaktaufnahme in einer *generellen Krisensituation* gewesen zu sein, 47% fühlten sich zu dieser Zeit *ausgefüllt und wohl*. 67% bzw. 77% gaben an, in der Adoleszenz schwerwiegende Probleme mit Gleichaltrigen und Eltern gehabt zu haben. Die Beziehungen zu Vater und Mutter besserten sich bei den Mitgliedern beider Gruppen kontinuierlich im Laufe des Konversionsprozesses. Dies widerspricht den Thesen des Sektendiskurses, daß die Anhänger ihren Familien entfremdet werden.

Deutliche Unterschiede liegen im *Sozialprofil* und den *psychischen Bedingungen*: 87% der Sannyassins, aber nur 30% der TM-Anhänger stammen aus therapeutischen/pädagogischen Berufen, 25% vs. 0% sind arbeitslos, 7% vs. 43% sind verheiratet und 17% vs. 60% leben mit einem Partner zusammen.

Insgesamt wurden bei beiden Gruppen etwa ein Drittel als psychisch nicht oder unwesentlich auffällig eingeschätzt. Die Morbidität der Sannyassins erscheint jedoch deutlich höher: Vor dem Erstkontakt Psychotherapieerfahrungen (bzw. ernsthafte psychosomatische Erkrankungen) gehabt zu haben, gaben 80% (bzw. 30%) von ihnen an, vs. 27% (bzw. 7%) der TM-Anhänger. Mittels Fremdeinschätzung aufgrund der Äußerungen in den Interviews ergab sich bei den Sannyasins ein höherer Gesamtneurose-Score als bei den TM-Anhängern (7,6 vs. 4,2). Hinsichtlich der Neuroseformen zeigten die männlichen TM-Anhänger deutlich mehr zwangsneurotische Tendenzen, bei den Sannyassins gab es bei den Frauen mehr hysterische Formen, „diese Befunde könnten darauf hinweisen, daß sich männliche Präkonvertiten mit zwanghaften Zügen eher der TM zuwenden, weibliche, hysterisch strukturierte Persönlichkeiten dagegen eher der Rajneesh-Bewegung“. Beide Gruppen schätzen sich im Vergleich zur Normalbevölkerung als sozial potenter, dominierender und weniger zwanghaft ein (1985:40f). Zusammenfassend könnten die TM-Anhänger als psychosozial deutlich besser integriert charakterisiert werden. Die Studie behandelt im weiteren vor allem den Konversionsprozeß der Sannyassins und außergewöhnliche Erlebnisse.

8. Gesundheitsrelevante Einstellungen und Verhaltensänderungen spiritueller orientierter Seminarteilnehmer (Reiki).

Ergebnisse der Düsseldorf-Studie

An Düsseldorf Teilnehmer von fünf Typen gesundheitsrelevanter Kurse/Seminare (Aerobic, *Yoga*, Körpertherapien, psychologische Seminare und *Reiki*) konnten in einer Befragung (N=1135) im Jahre 1995 zahlreiche Elemente des New-Age-Diskurses, amtskirchlicher Vorurteile und zur Gesundheitsrelevanz empirisch überprüft werden:

Aktives religiöses Engagement der Kurs-/Seminarteilnehmer

Eine Frage bezog sich auf aktives religiöses Engagement, d.h. nicht auf die formale Mitgliedschaft in religiösen Gruppen. Obgleich z.B. *Yoga*, *Tai Chi* und *Reiki* wesentlich durch eine *psycho-spirituelle Physiologie* (chacras, *kundalini*-Energie, *Chi*-Energie) definiert sind, und daher auch ein hohes Maß an aktiver Beteiligung im jeweiligen System hätte erwartet werden können, ist dies außerhalb des christlichen Glaubens nicht der Fall: 80,3% aller Teilnehmer geben an, in *keiner Gemeinschaft* engagiert zu sein, nennenswert ist lediglich die *Reiki*- und *Yogagruppe* mit 22,1% bzw. 17,9% aktivem Engagement im *christlichen* (!) Bereich. Das Praktizieren einer Methode geschieht also abgekoppelt vom religiösen Ursprungskontext (z.B. *Yoga*, *Reiki*, *Tai Chi*: östliche Religionen).

Da im christlichen Bereich unter *aktiv* vor allem *regelmäßiger Gottesdienstbesuch* zu verstehen sein wird, bleibt bemerkenswert, daß alle Kursteilnehmer diesen ebenso häufig praktizieren (11,1%-22,1%) wie der Bevölkerungsdurchschnitt: Von 27,5 Mio. Katholiken besuchen in Deutschland durchschnittlich (bei 3 Zählsonntagen) 18,2% den Gottesdienst, von den 28,4 Mio. Mitgliedern der evangelischen Kirche sind dies 4,3% (STATISTISCHES BUNDESAMT 1995:98f). Vorausgesetzt, das Sample entspricht in seiner formalen Religionszugehörigkeit dem Düsseldorfer Bevölkerungsdurchschnitt (40,75% römisch-katholisch, 26,3% evangelisch, 32,6% sonstige, davon im Jahr 1987 13,5% keiner Religionsgemeinschaft zu gehörig, d.h. 1995 aufgrund der Austrittswelle vermutlich ca. 15-20%, vgl. AMT FÜR STATISTIK 1994:11), dann entspricht das christliche Engagement bei den untersuchten Kursteilnehmern eher dem Durchschnitt als daß eine Abwanderung zu anderen Glaubensformen stattfindet, wie dies die Amtskirchen von der New-Age-Bewegung befürchten (vgl. OBERLE 1995:42). Im Vergleich zu den drei mittleren Gruppen (*Yoga*, *Körper*- und *Psychotherapie*) sind gerade die *Reiki*-Teilnehmer signifikant häufiger in der evangelischen oder katholischen Kirche aktiv und tendenziell seltener in keiner Vereinigung engagiert. Die spirituelle Orientierung des *Reiki*-Systems scheint christlichem Engagement also eher noch förderlich zu sein, als daß sie konventionelle Religiosität ersetzt.

Verhaltensänderungen

Mit einer weiteren Frage sollte erkundet werden, wieweit die Teilnehmer der fünf Gruppen im Jahr vor der Erhebung gesundheitsrelevante Verhaltens- und Erlebensänderungen aufweisen. Der Rangfolge der Häufigkeit nach liegen die Veränderungen in den folgenden der vorgegebenen Bereiche:

- mehr aktive Freizeittätigkeiten (32,6%)
- tägliche Meditations- und Körperübungen (30,0%)
- weniger Zeit- und Leistungsdruck (29%)
- qualitative Veränderung der Ernährungsgewohnheiten (25,8%)
- weniger Fernsehen (23,9%)

- keine Verhaltens-, Erlebensänderung (23,3%)
- andere Verhaltens-, Einstellungsänderungen (16,8%)
- weniger Alkohol, Rauchwaren, Drogen (16,0%)
- mehr regelmässiger Schlaf (15,2%)
- Gewicht reduziert bzw. zugenommen (14,3%)
- regelmässigeres Essen (9,3%).

Da nur etwa ein Viertel (23,3%) keine Verhaltens- bzw. Einstellungsänderungen bekundet, kann man davon ausgehen, daß die Kursteilnehmer insgesamt flexibel und gesundheitsbewußt agieren.

Qualitativ hebt sich die *Reiki*-Gruppe (54,5%) von den vier übrigen (zwischen 27,0% und 31,4%) besonders in *mehr täglichen Meditations- und Körperübungen*, durch *weniger Zeit- und Leistungsdruck* (47,4% vs. 25,6% bis 29,6%) und *weniger Fernsehen* (45,1% vs. 17,8% bis 23,4%) ab. Die *Aerobic*-Gruppe hat ihr Verhalten am häufigsten *nicht* verändert. Diese Ergebnisse lassen sich dahingehend interpretieren, daß spirituelle Weltbildänderungen eher zu gesundheitsbewußtem Lebensstil führen, als auf einzelne Elemente (z.B. weniger Alkohol, Rauchen) gerichtete Kampagnen. Da sich regelmäßige physische Aktivität, Alkohol- und Rauchabstinenz, Normalgewicht, nie oder selten zwischen den Mahlzeiten Essen, regelmäßiges Frühstück, und 7-8 Stunden Schlaf als die wichtigsten *Immunogene* (d.h. gesundheitsförderndes Verhalten) herausgestellt haben (MAES et al., 1988:11), ist die Gesundheitsrelevanz der o.g. Verhaltensänderungen evident.

Übernatürliche und magische Glaubensüberzeugungen

Die Ausgangshypothese der Studie, dass *Aerobic*-Teilnehmer signifikant weniger spirituell-psychologisch orientiert sind als die übrigen Gruppen und sich die *Reiki*-Gruppe hierin auch vom „Mittelfeld“ *Yoga/Körpertherapien/psychologische Seminare* abhebt, findet sich abgesehen von *Glauben an ein Leben nach dem Tod* (der vermutlich eine als konventionell-religiös erlebte Einstellung ist) bestätigt. Hierzu wurden vier Fragen gestellt:

- (a) „*Glaube an ein Leben nach dem Tod*“: Dieser Glaubensinhalt wird von allen Gruppen häufiger (71,4%) als im Bevölkerungsdurchschnitt (44%; ALLENSBACH 1992) bejaht. Die *Reiki*-Gruppe (90,6%) hebt sich von den übrigen (63,8% bis 69,1%) deutlich ab.
- (b) „*Glaube an Geister und intelligente Wesen*“: Auch dieser Glaubensinhalt ist bei allen Gruppen (38,9%) deutlich häufiger als im Bevölkerungsdurchschnitt (17%, ALLENSBACH 1992) anzutreffen. Die *Reiki*-Gruppe (69,0%) hebt sich wiederum von den übrigen (22,1%-37,3%) ab.
- (c) „*Glaube an die Wirkung von Fernheilung*“: Dieser Inhalt wird nur bei den *Aerobic*-Teilnehmerinnen halb so häufig (9,7%) wie im Bevölkerungsdurchschnitt (18%, WIENER 1991) angegeben. Die Gruppen *Yoga*, *Körpertherapie* und *Psychohygiene* liegen darüber (21,3%), von den *Reiki*-Teilnehmern bestätigen 79,8% dieses Statement. *Fernheilung* ist allerdings Bestandteil der *Reiki*-Praxis. Aus dieser Perspektive ist bei jedem fünften *Reiki*-Teilnehmer sogar

eine Skepsis gegenüber diesem Glaubenselement seiner eigenen Praxis vorhanden.

- (d) „*Glaube an die Wirkung von magischen Ritualen*“: Daran glauben die *Aerobic*-Teilnehmer etwa gleich häufig (16,4%) wie der Bevölkerungsdurchschnitt (14%, WIENER 1991), die mittleren drei Gruppen (28,0%, 37,6%, 31,3%) und die *Reiki*-Gruppe heben sich wieder deutlich ab (63,8%).

Die *Reiki*-Teilnehmer weisen alle vier Überzeugungen hoch signifikant häufiger auf als die vier übrigen Kurstypen.

Somatische vs. psychospirituelle Gesundheitsdefinitionen

Als weiteren Indikator für die Existenz verhaltenssteuernder spiritueller Überzeugungen wurden Unterschiede in der Klassifikation verschiedener Krankheiten entlang der Dimensionen *seelisch vs. körperlich bedingt* erhoben. Dem seelischen Verursachungsanteil nach ergibt sich insgesamt folgende Rangfolge der Krankheiten:

- Depression (87%)
- Magengeschwür (76%)
- Krebs (52%)
- Nierenerkrankungen (36%)
- Herz-Kreislaufkrankungen (35%)
- Diabetes (33%).

Bis auf *Depressionen*, die von allen Gruppen fast unterschiedslos stark (83% bis 89%) als seelisch bedingt angesehen werden, nimmt der Anteil der seelischen Verursachung kontinuierlich von der *Aerobic*- (ausgeprägt körperlich orientiert) zur *Reiki*-Gruppe (ausgeprägt spirituell orientiert) zu.

Der Gruppenvergleich ergibt bei der *Aerobic*-Gruppe bis auf *Depression* einen hochsignifikant niedrigeren Anteil seelischer Verursachung, bei der *Reiki*-Gruppe gegenüber den mittleren Gruppen einen hochsignifikant höheren. Dies legt den Schluß nahe, daß die Kurswahl, das Ausmaß der Verhaltensänderungen, evtl. auch die Nutzung von unkonventionellen Heilweisen allgemein maßgeblich von den beiden Dimensionen *somatisch bzw. psychisch bedingt* in der Laienätiologie der verschiedenen Erkrankungen mitgeprägt wird. Die Ergebnisse weisen darauf hin, daß sich die Teilnehmer der fünf Angebotstypen entlang dieser Dimension differenzieren. MÜNSTEDT et al. (1996) hatten auch bei Krebspatienten gefunden, daß diese signifikant häufiger unkonventionelle Methoden nutzen, wenn sie psychologischen Streß als Ursache ansehen, als solche, welche die Erkrankung als Schicksal hinnahmen.

Ausblick

Seit etwa 30 Jahren ist in den euro-amerikanischen Industriekulturen ein explosionsartiges Wachstum religiöser Gruppierungen, an Psychotechniken orientierter Vereine und Institute, außerakademischer „workshops“ mit Heilsversprechen sowie eine generelle Resakralisierung von gesundheitsbezogenen Glaubensmustern in der Bevölkerung zu beobachten. Während akademische Therapiemethoden wie Verhaltens-

therapie oder Psychoanalyse rein diagnostisch-symptombezogen oder Biographie und Psychodynamik einbeziehend arbeiten, werden in der alternativen Gesundheitskultur der Tagungshäuser, Erwachsenenbildungseinrichtungen und bei zahllosen Einzelanbietern und -Methoden Gesundheitsprobleme zunehmend überindividuell verortet und in spirituellen Sinnsystemen reinterpreted (z.B. Energieblockade im feinstofflichen Körper).

Aus kulturvergleichender Perspektive werden dabei durchaus transpersonale Erlebensbedürfnisse abgedeckt, die Energien der JUNGschen Archetypen aktiviert und in Ritualen abgeführt sowie gesundheitsfördernde Wirkfaktoren religiöser Verhaltensregeln genutzt. Andererseits wird künftig auch darauf zu achten sein, die im Prozeß der Aufklärung historisch mühsam erarbeitete Vision des emanzipierten Individuums nicht einer Regression in mittelalterlich-magisches Denken zu opfern, wie es in der Workshop-Szene allenthalben zu beobachten ist. Dies würde bestenfalls psychodynamischen Abwehrmechanismen entgegenkommen, für die Umwelt und ‚Kosmos‘ eher projektive Entlastungsareale darstellen, welche von notwendigem, stets auch konfliktbehaftetem Alltagsengagement zugunsten einer Humansisierung realer Lebensverhältnisse ablenken.

Literatur

- Achterberg, J., 1996, *Rituale der Heilung*. München: Goldmann.
- Aldridge D., 1991, Spirituality, healing, and medicine. In: *British Journal of General Practice* 41: 425-427.
- Allensbach (Institut für Demoskopie), 1992, *Kontakte ins Jenseits*. Allensbach
- Amt für Statistik (Hrsg.), 1994, *Statistisches Jahrbuch der Landeshauptstadt*. Düsseldorf.
- Andritzky, W.
- 1989a Zur heilerischen Funktion des Wallfahrtswesens: Mit Ergebnissen einer teilnehmenden Beobachtung der Prümer Echternach-Wallfahrt. In: *Curare* 12: 201-223.
- 1989b, Kulturvergleichende Psychotherapieforschung. Inhalte, praktische Relevanz und Methodenprobleme einer künftigen psychologischen Disziplin. In: *Integrative Therapie* 15 (2): 194-230.
- 1992, Ethnotherapie, Gesundheitssystem und biopsychosoziales Paradigma. Eine Evaluation des *mesa*-Rituals (Nordperu). In: *Ethnopsychologische Mitteilungen* 1 (2): 103-129.
- 1995, Medizinstudenten und unkonventionelle Heilweisen: Eine Befragung. In: *Das Gesundheitswesen* 57 (6): 345-348.
- 1996, Geisterglaube und empirische Heilkunst in alten Schriftkulturen. In: Quekelberghe, R.v. & D.Eigner (Hg.) *Trance, Besessenheit, Heilrituale und Psychotherapie*. In: *Jahrbuch für Transkulturelle Medizin und Psychotherapie* 1994 (S. 113-152). Berlin: VWB-Verlag.
- 1996a, Unkonventionelle Heilweisen an psychiatrischen und psychotherapeutischen Einrichtungen in Deutschland. In: *Das Gesundheitswesen* 58 (1): 21-30.
- 1997, *Alternative Gesundheitskultur*. Eine Bestandsaufnahme mit Teilnehmerbefragung. Berlin: VWB-Verlag.
- 1998, Eine Wende zur Vernunft. In: *Wassermann-Zeitalter* 6/98: 30-33.
- 1998a, Unkonventionelle Heilweisen in der ärztlichen Praxis. In: *Zeitschrift für Allgemeinmedizin* 74:608-614.
- 1998b, Motive ärztlichen Einsatzes unkonventioneller Heilweisen. In: *Münchner Medizinische Wochenschrift* 139 (48): 713-4.
- 1998c, Pflegepersonal und unkonventionelle Heilweisen. In: *Pflegezeitschrift* 51 (6):441-443.
- Andritzky, W. & S. Trebes: 1996, *Vision, Kreativität, Heilung: Das konstruktive Potential sakraler Heilpflanzen in der Industriegesellschaft*. In: W. Andritzky & M. Winkelmann (Hg.). *Sakrale Heilpflanzen, Bewusstsein und Heilung*. *Jahrbuch für Transkulturelle Medizin und Psychotherapie* 1995 (S. 381-408). Berlin: VWB-Verlag.
- Anonym („Die Freunde Rons“): 1995 L.Ron Hubbard. Ein Portrait. Von den Freunden Rons zusammengestellt. Neu Wulmsdorf: New Era Publ.
- Baer, H.: 1994, *Therapie und Geschäft*. Bhagwan, Scientology und Vereinigungskirche. In: Gehl, G., Neusius, H. & N. Siber (Hg.) *Zwischen Psyche und Chaos. Einfluß von Psychokulten auf Politik, Wirtschaft, Gesellschaft und Kirche* (S. 18-67). Saarbrücken: datter.
- Barker, E.: 1991, *New religious movements. A practical introduction*. London: HMSO Publ.
- Baumann, M.: 1993, *Deutsche Buddhisten. Geschichte und Gemeinschaften*. Marburg: diagonal-Verlag.
- Benor, D.: 1990, Survey of spiritual healing. In: *Complementary Medical Research* 4: 9-33.
- Bergin, A.E.
- 1983, Religiosity and mental health: a critical reevaluation and meta-analysis. In: *Professional Psychology* 14: 170-184.
- 1991 Values and religious issues in psychotherapy and mental health. In: *American Psychologist* 46 (4): 394-403.
- Blasi, J. & M.W. Cuneo: 1990, *The sociology of religion. An organizational bibliography*. N.Y.: Garland-Publ.
- Braunger, S.: 1991, *Zwischen Wahn und sechstem Sinn: Psychohygiene im Umfeld von Parapsychologie und Okkultismus*. In: *Neurologie Psychiatrie* 5: 686-697.
- Byrd, R.C.: 1990, Positive effects of intercessory prayer in a coronary care unit population. In: *Southern Medical Journal* 81: 826-829.
- Capra, F.: 1980, Vorwort zu: Ferguson (op.cit).
- Capra, F.: 1988, *Das Tao der Physik*. 10. Aufl. München: Scherz.
- Csordas, T.: 1994, *The psychotherapy analogy and charismatic healing: a Navaho case study*. In: Andritzky, W. (Hg.) *Alternative Medizin und Psychotherapie*. *Jahrbuch für Transkulturelle Medizin und Psychotherapie* 1992 (277ff.) Berlin: VWB-Verlag.
- Engel, K.: 1995, *Meditation. Geschichte, Systematik, Forschung, Theorie*. Frankfurt: Lang.
- Fairbairn, R.D.: 1952, *Psychoanalytic studies of the personality*. London: Routledge & Kegan Paul.
- Ferguson, M.: 1980, *Die sanfte Verschwörung. Persönliche und gesellschaftliche Transformation im Zeitalter des Wassermanns*. München: Knauer
- Foltz, T.G.: 1987, The social construction of reality in a para-religious healing group. In: *Social Compass* 34 (4): 397-413.
- Fuchs, J. 1990, *Yoga in Deutschland. Rezeption, Organisation, Typologie*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Gärtner, Ch. & K. Bischoff: 1990, *Es gibt so viele Wege wie Menschen. Individueller Synkretismus*. In: Greverus, I. & G. Weltz (Hrsg.): *Spirituelle Wege und Orte. Untersuchungen zum New Age im urbanen Raum*. Frankfurt: Institut für Kulturanthropologie und Europäische Ethnologie der Univ. Frankfurt.
- Gallup, G. & F. Newport: 1991, Belief in paranormal phenomena among adult Americans. In: *Skeptical Inquirer* 15: 137-147.
- Ganje-Fling, M.A. & P.M. Mc Carthy: 1994, A comparative analysis of spiritual direction and psychotherapy. In: Andritzky, W. (Hg.) *Alternative Medizin und Psychotherapie*. *Jahrbuch für Transkulturelle Medizin und Psychotherapie* 1992 (pp. 311-328) Berlin: VWB-Verlag.

- lin: VWB-Verlag.
- Gassmann, L.: 1987, *New Age. Kommt die Welteinheitsreligion?* Bad Liebenzell: Verlag der Liebenzeller Mission.
- Giglio, J.: 1993, The impact of patient's and therapist's religious values on psychotherapy. In: *Hospital and Community Psychiatry* 44(8): 768-771.
- Glik, D.: 1994, Beliefs, practices and experiences of spiritual healing adherents in an American city. In: Andritzky, W. (Hg.) *Alternative Medizin und Psychotherapie. Jahrbuch für Transkulturelle Medizin und Psychotherapie* 1992 (pp. 199-224) Berlin: VWB-Verlag.
- Goldstein, M.S., Sutherland, C.E. & D.T. Jaffe: 1987, Holistic physicians and family practitioners: an empirical comparison. In: *Family Practice* 19 (4): 281-286.
- Groothuis, D.: 1989, *Was tun gegen New Age?* Ulm: Ebner.
- Haack, F. W.: 1979, *Die neuen Jugendreligionen. Teil 2. Dokumente und Erläuterungen.* München: Claudius.
- Heller, W. & T. Hillecke
1996 *Betrachtung von Weltanschauungsgruppen oder Glaubensgemeinschaften unter Berücksichtigung sozialer und psychologischer Gesichtspunkte.* In: *Ethnopsychologische Mitteilungen* 5 (1): 326-332.
- Holtorf, J.: 1991, *Die Logen der Freimaurer. Einfluß, Macht, Verschwiegenheit.* Hamburg: Nikol.
- Iyengar, B.K.S.: 1993, *Light on Yoga sutras of Patanjali.* London: HarperCollins.
- Jacoby, G.E.: 1993, *Eßstörung und Konfession.* In: *Psychotherapie, Psychosomatik und Medizinische Psychologie* 43: 70-73.
- Jäckel, K.: 1997, *Der gebrauchte Mann. Abgeliebt und abgezockt-Väter nach der Trennung.* München: dtv.
- Jarvis, G.K. & H.C. Northcott: 1987, Religion and differences in morbidity and mortality. In: *Social Sciences and Medicine* 25: 813-824.
- Keden, J.: 1989, *Sogenannte Jugendsekten und okkulte Welle. Neunkirchen-Vlyn: Aussaat-Verlag.*
- Klosinski, G.: 1985, *Warum Baghwan? Auf der Suche nach Heimat, Geborgenheit und Liebe.* München: Kösel.
- Knoblauch, H.: 1989, *Das unsichtbare Zeitalter. 'New Age', privatisierte Religion und kultisches Milieu.* In: *Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie* 41: 504-525.
- Kuner, W.: 1981, *Jugendsekten: Ein Sammelbecken für Verrückte?* In: *Psychologie Heute* 8 (9): 53-61.
- Levin, J.S.: 1994, Religion and health: is there an association, is it valid, and is it causal? In: *Social Sciences and Medicine* 38 (11): 1475-1482.
- Levin, J.S. & H.Y. Vanderpool: 1989, Is religion therapeutically significant for hypertension? In: *Social Sciences and Medicine* 29 (1): 69-78.
- Link-Institut: 1992, *Mehrthemenbefragung Geistheiliger.* Luzern.
- Madhi, L.C.; Christopher, N.G. & M. Meade: 1996, *Crossroads. The quest for contemporary rites of passage.* Chicago: Open Court.
- McGuire, M.B.: 1988, *Ritual healing in suburban America.* London: Rutgers Univ. Press.
- Meier-Hüsing, M.: 1990, *Religiöse Gemeinschaften in Bremen.* Marburg: diagonal-Verlag.
- Münstedt, K., Kirsch, K., Sachsse, S. & H. Vahrson: 1996, *Unconventional cancer therapy - survey of patients with gynaecological malignancy.* In: *Gynaecology and Obstetrics* 258: 81-88.
- Neusius, H.: 1994, *Sektiererische Gruppen und 'religiöse' Gruppierungen in Deutschland.* In: Gehl, G., Neusius, H. & N. Siber (Hg.) *Zwischen Psyche und Chaos* (S. 9-17). Saarbrücken: dader.
- Oberle, M.: 1995, *Glaube im Jahr 2000.* Essen: Verlag Blaue Eule.
- Oleckno, W.A. & M.J. Blacconiere: 1991, Relationship of religiosity to wellness and health-related behaviors and outcomes. In: *Psychological Reports* 68: 819-826.
- Orme-Johnson, D.W.: 1987, *Medical care utilization and Transcendental Meditation Program.* In: *Psychosomatic Medicine* 49: 493-507.
- Osho: 1992, *Meditation. The first and last freedom. A practical guide to meditation.* Köln: The Rebel Publ. House.
- Pedersen, D. & V. Baruffati: 1989, *Healers, deities, saints, and doctors.: elements for the analysis of medical systems.* In: *Social Sciences and Medicine* 29 (4): 487-496.
- Pfeifer, S.: 1993, *Alternative Heilmethoden bei psychischen Erkrankungen.* In: *Schweizer Archiv für Neurologie und Psychiatrie* 144 (6): 501-516.
- Rivers, W.H.R.: 1924, *Medicine, magic, and religion.* London: Kegan Paul.
- Ruppert, H.J.: 1985, *New Age - Endzeit oder Wendezeit.* Wiesbaden: Coprint.
- Schiller, P.L. & J.S. Levin: 1988, Is there a religious factor in health care utilisation? A review. In: *Social Sciences and Medicine* 12: 1369-1379.
- Schmidtchen, G.: 1987, *Sekten und Psychokultur. Reichweite und Attraktivität von Jugendreligionen.* Freiburg: Herder.
- Schultze-Berndt, H., Viertelhaus, W. & N. Weidinger: 1986, *Neue religiöse Bewegungen innerhalb und ausserhalb der Kirche.* München: Kösel.
- Shapiro, E.: 1977, *Destructive cultism.* In: *American Family Physician* 15 (2): 80-83.
- Shuler, P.A., Gelberg, L. & M. Brown: 1994, The effects of spiritual healing on psychological well-being among inner city homeless women. In: *Nurse Practitioner Forum* 5 (2): 106-113.
- Sieper, R. (Hrsg.): 1986, *Psychokulte - Erfahrungsberichte Betroffener.* München: Evang. Presseamt.
- Streichardt, R.: 1991, *Poltergeist und familiäre Krise. Zur Psychologie und Psychoanalyse eines grenzwissenschaftlichen Phänomens.* In: *Neurologie Psychiatrie* 5: 669-684.
- Statistisches Bundesamt: 1995 *Statistisches Jahrbuch der Bundesrepublik Deutschland.* Stuttgart: Metzler & Poeschel.
- Tschuschke, V. & D. Czogalik: 1990, *Psychotherapie - Welche Effekte verändern?* Heidelberg: Springer.
- Turner, V.: 1969, *The ritual process. Structure and anti-structure.* London: Routledge & Kegan Paul.
- Van Genepp, A.: 1986, *Übergangsriten.* Frankfurt: Campus.
- Vaughan, F.: 1987, *Health and pathology in new religious movements.* In: Anthony, D., Ecker, B. & K. Wilber (Eds) *Spiritual choices: the problem of recognizing authentic paths to inner transformation.* N.Y.: Paragon House.
- Wichmann, J.: 1991, *Die Renaissance der Esoterik.* Stuttgart: Kreuz Verlag.
- Wiener (Zeitschrift): 1991, *Umfrage der Wickert-Institute Tübingen. Auszugsweise veröffentlicht in Wiener, Juli 1991.* Heinrich Bauer Spezial Zeitschriften Verlag.
- Zinke, L. (Hrsg.): 1978, *Religionen am Rand der Gesellschaft.* München: Kösel.
- Zwischenbericht: 1997, *Zwischenbericht der Enquete-Kommission „Sogenannte Sekten und Psychogruppen.* Bonn: Bundesanzeiger Verlagsgesellschaft GmbH.

**Internationales Institut für Kulturvergleichende
Therapieforschung, Düsseldorf**

Dr. Walter Andritzky

Kopernikusstr. 55 • 40225 Düsseldorf
Tel.: 0211-345627 • Fax: 0211-345628