



Loucif • Ruff

THERAPIE-TOOLS



Psychotherapie mit muslimischen Patientinnen und Patienten

.....

.....

.....



E-Book inside auf
psychotherapie.tools

BELTZ

Amin Loucif, M.Sc.
Tannenbergstr. 43
42103 Wuppertal
E-Mail: info@islamundpsychologie.de

Julia Ruff, M.Sc.
Praxis für Psychotherapie
Kaiserstraße 33
63065 Offenbach
E-Mail: praxis@069psychotherapie.de

Das Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung ist ohne Zustimmung des Verlags unzulässig. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronische Systeme. Die Beltz Verlagsgruppe behält sich die Nutzung ihrer Inhalte für Text und Data Mining im Sinne von § 44b UrhG ausdrücklich vor. Trotz sorgfältiger inhaltlicher Kontrolle übernehmen wir keine Haftung für die Inhalte externer Links. Für den Inhalt der verlinkten Seiten sind ausschließlich deren Betreiber verantwortlich.

Dieses Buch ist erhältlich als:
ISBN 978-3-621-29039-5 Print
ISBN 978-3-621-29040-1 E-Book (PDF)

1. Auflage 2026

© 2026 Programm Beltz Psychotherapie & Psychologie
Beltz Verlagsgruppe GmbH & Co. KG
Werderstraße 10, 69469 Weinheim
service@beltz.de
Alle Rechte vorbehalten

Lektorat: Karin Ohms
Umschlagbild: Lina-Marie Oberdorfer
Herstellung: Uta Euler
Satz: WMTP Wendt-Media Text-Processing GmbH, Birkenau
Druck und Bindung: Beltz Grafische Betriebe, Bad Langensalza
Printed in Germany

Weitere Informationen zu unseren Autor:innen und Titeln finden Sie unter: www.beltz.de

Inhalt

Verzeichnis der Arbeits- und Informationsblätter	6
Vorwort	9
1 Einführung	12
2 Selbstreflexion	38
3 Anamnese	51
4 Interventionen	55
4.1 Das spirituell-biopsychosoziale Modell	55
4.2 Muraqaba / Achtsamkeit und Emotionsregulation	93
4.3 Kognitives Arbeiten mit muslimischen Klienten	139
4.4 Konkrete psychische Störungen behandeln	147
4.5 Im Grenzbereich von Psyche und Spiritualität – vom schädigenden Blick und Besessenheit bis hin zu Psychose	187
4.6 Arbeit mit Geschichten von Propheten (a.s.) und anderen bedeutsamen muslimischen Persönlichkeiten in der Psychotherapie	198
4.7 Werte und Tugenden	214
Literatur	244
Bildnachweis	247

Verzeichnis der Arbeits- und Informationsblätter

1 Einführung

INFO 1	Glossar: Islamische Begriffe	36
--------	------------------------------	----

2 Selbstreflexion

INFO 2	Formen therapeutischer Macht	40
AB 1	Meine Machtformen kartieren	42
AB 2	Macht in Aktion: konkrete Situationen erinnern	43
AB 3	Selbstreflexionsleitfaden für Psychotherapeut:innen	44
AB 4	Liste an Privilegien	45
AB 5	Perspektivwechsel: der Klient in mir	47
AB 6	Bild-Assoziation	48

3 Anamnese

INFO 3	Instrumente zur Erfassung von Spiritualität	53
AB 7	SPiR-Fragebogen	54

4 Interventionen

4.1 Das spirituell-biopsychosoziale Modell

INFO 4	Das spirituell-biopsychosoziale Modell	58
AB 8	SBPS-Orientierungsbogen (Spirituell – Biologisch – Psychologisch – Sozial)	59
AB 9	SBPS: Selbsteinschätzung Ursachen und Lösungen	63
INFO 5	SBPS-Skalarübung: Durchführung	65
AB 10	SBPS-Skalarübung	66
AB 11	Quartals-Reflexionsblatt (3-Monats-Check)	68
AB 12	Religiöse/ spirituelle Themen	70
INFO 6	Die fünf übergeordneten Fiqh-Normen: Werte- und Normen-Kompass	72
AB 13	Die fünf übergeordneten Fiqh-Normen als Orientierungsrahmen	74
INFO 7	Mythen und unterstützende Aussagen	78
AB 14	Mythen über psychische Erkrankungen im islamischen Kontext	80
INFO 8	Erklärung der Mythen	82
AB 15	Unterstützende Aussagen zur psychischen Gesundheit im Islam	87
INFO 9	Erklärungen zu den unterstützenden Aussagen	89

4.2 Muraqaba/ Achtsamkeit und Emotionsregulation

INFO 10	Muraqaba – Achtsamkeit vor Allah	98
INFO 11	Formen der Achtsamkeit/ inneren Einkehr/ Muraqaba	99
AB 16	Atemübungen	100
INFO 12	Zehn von 99 Namen Allahs: Gottesbild, Ressourcenarbeit und Selbstwahrnehmung	102
INFO 13	Die 99 Namen Allahs	104
AB 17	Gedanken und Bedeutungen: Begegnung mit den 99 Namen Allahs	107
AB 18	Gefühle und innere Bilder: Begegnung mit den 99 Namen Allahs	108
AB 19	Die Namen Allahs im Alltag	110

AB 20	Die Namen Allahs in Verbindung zu Bittgebeten	112
AB 21	Die Namen Allahs in Verbindung mit den Eltern	114
AB 22	Die Namen Allahs in der Paar- und Familienberatung	116
AB 23	Muslimische Achtsamkeit und innere Einkehr – Verbindung zur Spiritualität und innerem Frieden	120
AB 24	Das Gebet als Weg zur inneren Sammlung	121
AB 25	Die Dattelübung – eine abgewandelte Achtsamkeitsübung	122
AB 26	Dhikr Walks	123
AB 27	Iman-Superkraft	125
AB 28	Shukr-Übung – ein Dankbarkeitstagebuch	126
AB 29	Ein sicherer Ort bei Allah (swt.)	127
INFO 14	Emotionsregulation	128
INFO 15	Dua als Ressource der Emotionsregulation	131
AB 30	Emotionen erkennen und benennen üben durch Dua	133
AB 31	Wunder- / Engelfrage	136
AB 32	Baum des Lebens	138

4.3 Kognitives Arbeiten mit muslimischen Klienten

AB 33	Akhira-Reframing	141
AB 34	Kognitive Umstrukturierung Husn al-Dhann (Gutes Denken über andere und sich selbst)	143
AB 35	Kognitive Umstrukturierung WasWasAAAA-Übung	145

4.4 Konkrete psychische Störungen behandeln

AB 36	Religiöse Zwangsstörungen verstehen	155
AB 37	RZ-M-S: Religiöse Zwänge bei Muslimen (Kurzscreening)	157
AB 38	Grundlegende islamische Konzepte bei religiösen Zwangsgedanken	159
AB 39	Gedanken richtig einordnen: Die fünf Stufen der Gewissheit	161
INFO 16	Wichtige religiöse Leitlinien im Umgang mit Zwangsgedanken	163
AB 40	Normen und Prinzipien gezielt anwenden	165
AB 41	Religiöse Pflicht oder Zwang?	166
AB 42	Vereinbarung zur Begrenzung religiöser Rückversicherung im Rahmen der psychotherapeutischen Behandlung	168
AB 43	Ergebnisprotokoll der religiösen Anfrage	169
INFO 17	Pornografie	171
AB 44	Checkliste Pornografiereduktion	173
INFO 18	Das Schweigen brechen: Warum wir über Suizidalität sprechen müssen	176
AB 45	Checkliste Suizidalität	178
INFO 19	Islamische Urteile bezüglich Suizidalität	180
AB 46	Ganzheitlicher Erste-Hilfe-Koffer	181
INFO 20	Fastenmonat Ramadan	183
INFO 21	Mögliche Fasteneinschränkungen bei psychischen Krankheiten	185

4.5 Im Grenzbereich von Psyche und Spiritualität – vom schädigenden Blick und Besessenheit bis hin zu Psychose

AB 47	Exploration spiritueller Erklärungsmodelle und Ruqya-Erfahrungen	191
AB 48	Checkliste Ruqya	192
INFO 22	Schlafparalyse verstehen: Was passiert in meinem Körper?	193
AB 49	Zwei-Wochen-Checkliste (Rückblick)	194
AB 50	Einfach umsetzbare spirituelle Schutzmaßnahmen	196

4.6 Arbeit mit Geschichten von Propheten (a.s.) und anderen bedeutsamen muslimischen Persönlichkeiten in der Psychotherapie

INFO 23	Die Geschichte von Taif – HEART-Method	200
AB 51	Prophetengeschichte – Das Jahr der Trauer und die Geschehnisse um Taif	202
INFO 24	Verborgener Sinn und vom Guten ausgehen. Die Geschichte des Propheten Musa / Moses (a.s.) und Khidr	204
AB 52	Verborgener Sinn und vom Guten ausgehen. Die Geschichte des Propheten Musa / Moses (a.s.) und Khidr	205
AB 53	Prophetengeschichte Ayyub (a.s.)	209
AB 54	Rückblick auf eigene Prüfungen	210
AB 55	Innere Stabilität durch Akzeptanz fördern	211

4.7 Werte und Tugenden

INFO 25	Schuld, Reue und Vergebung	217
AB 56	Schuld bewusst wahrnehmen	219
AB 57	Reue (Tawba) üben	221
AB 58	Schuld reflektieren vs. Selbstvorwurf	222
AB 59	Schuldgefühle aufgrund von Gedanken	223
AB 60	Wenn Wiedergutmachung unmöglich scheint: Die Geschichte vom hundertfachen Mörder	225
AB 61	Wege der Vergebung: Wenn mir Unrecht zugefügt wurde	227
AB 62	Meinen persönlichen Weg finden	228
AB 63	Imagination – Das Buch der 70 Gründe	229
INFO 26	Reinigung des spirituellen Herzens	232
INFO 27	Therapeutische Relevanz von Geduld	233
AB 64	Aktive und passive Geduld: Finden Sie Ihr Gleichgewicht	234
AB 65	Sabr – Geduld in Balance	235
AB 66	Drei Kreise der Geduld	236
INFO 28	Hoffnung und Ungewissheit	238
AB 67	Hoffnung im Rückspiegel	240
AB 68	Akzeptanz und Vertrauen	241
AB 69	Hoffnung vs. Erwartung	243

Vorwort

Mit großer Wertschätzung nehmen wir die Anfrage und Bereitschaft des Beltz Verlages wahr, dieses in der Praxis hochrelevante Thema »Psychotherapie mit muslimischen Patientinnen und Patienten« professionell aufzugreifen. Ein solches Buch hätte für uns während des Studiums ebenso wie in der späteren praktischen Tätigkeit einen erheblichen Mehrwert dargestellt. Weder im universitären Studium noch in der psychotherapeutischen Weiterbildung wurde der Einbezug von Religiosität systematisch thematisiert. In unserem eigenen Studienkontext gehörten wir, bei Jahrgangsgrößen von bis zu 150 Studierenden, zu den wenigen muslimischen Studierenden oder waren teilweise die einzigen. Diese begrenzten Berührungspunkte nichtmuslimischer Studierender und Fachkräfte mit islambezogenen Lebens- und Deutungswelten stehen in deutlichem Kontrast zur wachsenden Bedeutung muslimischer Klientinnen und Klienten als Behandlungs- und Beratungsgruppe, eine Entwicklung, die sich im Zuge demografischer Veränderungen weiter verstärkt. Ein zentraler Mehrwert dieses Buches liegt in der konsequenten Verzahnung theoretischer Grundlagen mit praxisnahen Anwendungsbeispielen. Die dargestellten Konzepte und Interventionen sind bewusst schulübergreifend angelegt und unabhängig von einer spezifischen psychotherapeutischen oder islampsychologischen Ausrichtung nutzbar. Dadurch eignen sie sich gleichermaßen für unterschiedliche therapeutische Settings und fachliche Hintergründe. Zugleich versteht sich dieses Buch nicht als abgeschlossener Methodenkanon, sondern als strukturierter Orientierungsrahmen, der Fachkräfte dazu anregen soll, Interventionen kontextsensibel weiterzuentwickeln und eigene, individuell passende Vorgehensweisen abzuleiten. Ein zusätzlicher Vorteil dieses Buches liegt darin, dass viele der dargestellten Konzepte und Herangehensweisen nicht ausschließlich auf den islamischen Kontext beschränkt sind, sondern sich auch auf andere monotheistische Religionen wie das Christentum und das Judentum übertragen oder entsprechend anpassen lassen. Religiosität als Thema in der Psychotherapie ist international seit Langem Gegenstand theoretischer Reflexionen und praktischer Empfehlungen. Was bislang fehlte, war eine gebündelte, praxisorientierte Darstellung, die diese Zugänge für eine breite fachliche Zielgruppe zugänglich macht.

Dabei gehört die Verbindung von Psychologie und Spiritualität zu den ältesten und zugleich aktuellsten Fragestellungen der Menschheitsgeschichte. Fragen nach Sinn, Leid, Heilung, Identität und innerem Wachstum wurden lange vor der Entstehung moderner Psychotherapieschulen reflektiert, in philosophischen, religiösen und spirituellen Traditionen weltweit. Die zeitgenössische Psychologie beginnt sich zunehmend wieder für diese Dimensionen zu öffnen und sie differenziert, kritisch und forschungsbasiert zu integrieren. Dieser Therapie-Tools-Band versteht sich als Beitrag zu diesem Dialog, insbesondere an der Schnittstelle von Psychologie und islamischer Spiritualität. Er erhebt weder den Anspruch auf Vollständigkeit noch darauf, einen abschließenden Ansatz zu präsentieren. Vielmehr bietet er einen Ausschnitt aus einem äußerst breiten, komplexen und dynamischen Feld, das sich weiterhin entwickelt und weiterentwickeln muss.

An dieser Stelle möchten wir auch unseren Dank ausdrücken. Als religiös geprägte Autoren bringen wir einerseits Dankbarkeit und Demut gegenüber Gott zum Ausdruck, in dieser Funktion tätig sein zu dürfen, und zugleich gegenüber dem anspruchsvollen und verantwortungsvollen Themenfeld, dem dieses Buch gewidmet ist. In dieser Haltung hoffen wir, einen praktischen und fachlich bedeutsamen Beitrag leisten zu können, der Kolleginnen und Kollegen in ihrer Arbeit unterstützt und Klientinnen und Klienten einen hilfreichen Nutzen bietet. Dank an die großen Universalgelehrten und Denker vergangener Epochen ebenso wie an zeitgenössische Pioniere, Frauen wie Männer, religiöse wie nicht-religiöse, muslimische wie nichtmuslimische, deren Arbeiten, Forschungen und praktischen Erfahrungen diesen Weg bereitet haben. Viele der hier dargestellten Gedanken und Interventionen stehen auf den Schultern dieser Vorarbeiten, sei es explizit oder implizit. Dass dieses Buch auch religiöse und

spirituelle Aspekte einbezieht, ist daher keine Abkehr von Professionalität, sondern Ausdruck einer ganzheitlichen Perspektive auf den Menschen.

Wir danken Ibrahim Rüschoff und Eyyuba Cevirici-Kurt, die den Weg für dieses Projekt geebnet, wichtige Vorarbeiten geleistet und es uns anvertraut haben. Unser Dank gilt ebenso Karin Ohms sowie den weiteren Beteiligten beim Beltz Verlag, die den Entstehungsprozess des Buches begleitet und konstruktiv unterstützt haben. Für die Unterstützung bei der inhaltlichen, fachlichen und theoretischen Konzeption danken wir u. a. Esad Cebi, Carl Philipp Yusuf Dreckmann, Nadia El-Ammarine, Feyza Er, Zehra Güngör, Milad Hayat, Ibrahim Hourani, Bilal Hussein, Rümeyza Senel, Cemre Yaba und Eda Yildiz. Für die Unterstützung bei der Recherche sowie der Erprobung der Übungen danken wir Veysel Karani Mert Akbas und Mohammed Boujil.

Nicht zuletzt danken wir unseren Familien und Freunden von Herzen. Ihre Geduld, ihr Rückhalt und ihre Ermutigung haben uns durch die intensiven Phasen dieses Projekts getragen und wesentlich dazu beigetragen, dass dieses Buch entstehen konnte.

Uns ist bewusst, dass die Integration religiöser Inhalte in psychologische Praxis und Theorie unterschiedlich bewertet wird und sowohl auf Zustimmung als auch auf kritische Rückmeldungen stoßen kann. Diese Vielfalt an Perspektiven sehen wir nicht als Problem, sondern als willkommene Einladung für fachlichen Diskurs. Unser Anliegen war es, einen professionellen, reflektierten und diskutierbaren Ansatz zu entwickeln, der weder idealisiert noch dogmatisiert. Dieses Buch richtet sich bewusst an eine breite Zielgruppe: an Beraterinnen und Berater, Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, Seelsorgende, islamwissenschaftliche Fachkräfte sowie Studierende, muslimisch wie nichtmuslimisch. Ein zentrales Ziel ist es, nichtmuslimische Fachkräfte dabei zu unterstützen, mehr kulturelle und spirituelle Sensibilität zu entwickeln, wenn Klientinnen und Klienten den Wunsch äußern, ihre religiösen Überzeugungen in den Beratungs- oder Therapieprozess einzubeziehen, und dies auch proaktiv zu erfragen. Gleichzeitig möchten wir muslimische Fachkräfte ermutigen, diese Dimension, wo fachlich und ethisch verantwortbar, selbstbewusst und reflektiert in ihre Arbeit zu integrieren. Die Studienlage und praktische Erfahrung zeigen, dass dies nicht nur wirksam, sondern auch bereichernd sein kann, für Fachkräfte ebenso wie für Klientinnen und Klienten. Sie zeigt aber auch, wie viel Forschungsarbeit noch notwendig ist. Wir verstehen dieses Buch daher ausdrücklich als Einladung zur Weiterentwicklung: zu weiterer empirischer Forschung, zur kritischen Prüfung bestehender Interventionen und zur Entwicklung neuer Ansätze.

Die Auswahl der vorgestellten Interventionen und Konzepte war von dem Anspruch geleitet, eine ausgewogene und gut nutzbare Zusammenstellung zu bieten. Um die Praxisnähe und Übersichtlichkeit des Buches zu wahren, mussten wir eine bewusste Auswahl treffen, auch wenn zahlreiche weitere fachlich wertvolle Ansätze und Ideen denkbar gewesen wären. Umso mehr hoffen wir, dass die dargestellten Interventionen Leserinnen und Leser aus unterschiedlichen Kontexten anregen und in ihrer praktischen Arbeit unterstützen. Rückmeldungen, Anregungen und weiterführende Impulse sind ausdrücklich willkommen und können in zukünftige Weiterentwicklungen einfließen.

Abschließend danken wir all jenen Menschen, die direkt oder indirekt zu diesem Werk beigetragen haben: durch Lehre, Forschung, Praxis, kritische Rückfragen, Ermutigung oder Vertrauen. Möge dieses Buch einen Beitrag zu einem respektvollen, fachlich fundierten und menschlich sensiblen Dialog leisten, im Dienst der Menschen, mit denen wir arbeiten dürfen.

Auf Wunsch des Beltz-Verlags gendern wir in den Texten für Psychotherapeuten in Form verschiedener Varianten. Aus Gründen der Lesbarkeit wird für Texte der Klient:innen in diesem Buch überwiegend das generische Maskulinum verwendet. Diese Entscheidung berücksichtigt entsprechende Rückmeldungen aus der fachlichen Praxis. Zugleich respektieren wir unterschiedliche Sichtweisen und Lesegewohnheiten, die sich innerhalb von Verlagen und über die Zeit hinweg verändern können. Im Rahmen möglicher Neuauflagen wird die sprachliche Gestaltung erneut geprüft.

Als Autoren bevorzugen wir den Begriff Klient. Im Austausch mit dem Verlag und im klinischen Kontext wird jedoch auch der Begriff Patient verwendet, der für uns in diesem Rahmen ebenfalls stim-

mig ist. Gemeint sind inhaltlich meist beide Begriffe, und Leserinnen und Leser können den jeweils für sie passenden Begriff gedanklich nutzen.

Zentrale islamische Fachbegriffe und wiederkehrende Konzepte werden im Glossar übersichtlich zur Orientierung erläutert. Entsprechend der islamischen Tradition wird in diesem Text bei der Nennung der Propheten, Engel, Gefährtinnen und Gefährten aus Respektsbekundung die Worte »Friede und Segen sei auf ihm / ihnen« oder »Allahs Wohlgefallen auf ihm / ihr / ihnen« in abgekürzter Form, dem Arabischen entlehnt, mit »s.«, »a.s.« oder »r.a.« dargestellt.

Düsseldorf und Frankfurt am Main, im Frühjahr 2026

Amin Loucif
Julia Ruff

1 Einführung

Muslime in Deutschland

In Deutschland ist der Islam nach dem Christentum die zweitgrößte Religionsgemeinschaft. Schätzungen zufolge leben etwa 5,5 Millionen Muslime im Land, was rund 6,6 Prozent der Bevölkerung entspricht (Deutsche Islam Konferenz, 2020). Die Mehrheit stammt aus der Türkei, gefolgt von Herkunftsländern wie Syrien, Irak, Afghanistan und dem ehemaligen Jugoslawien. Schätzungsweise sind 10–15 Prozent der muslimischen Bevölkerung Deutschlands zum Islam konvertiert (BAMF, 2020).

Muslime sind weltweit keine homogene Gruppe. Sie unterscheiden sich nicht nur in kulturellen Prägnungen, sondern auch in der religiösen Praxis. 2020 lebten weltweit etwa 1,9 Milliarden Muslime, davon nur etwa ein Fünftel arabischsprachig (409 Mio.). Entgegen vielen Vorurteilen ist der Islam keine »arabische« Religion: Allein im indopakistani-schen Raum leben 843 Millionen Muslime. Das Land mit den meisten Muslimen ist auch nicht etwa Saudi-Arabien, sondern Indonesien mit über 245 Millionen Muslimen. In der Europäischen Union leben etwa 25,8 Millionen Muslime, in den USA leben schätzungsweise 3,45 Millionen Muslime (Pew Research Center, 2017a), davon ein Viertel Konvertiten (Mohamed & Podrebarac Sciupac, 2018).

Diese Zahlen verdeutlichen, dass muslimische Patienten und Patientinnen der psychotherapeutischen Praxis in Deutschland regelmäßig begegnen. Zwar liegt der Schwerpunkt der bisherigen Forschung nicht explizit auf der psychotherapeutischen Versorgung von Muslimen in Deutschland, jedoch existieren belastbare Befunde zu diskriminierungssensibler Psychotherapie sowie zu Migration und Psychotherapie. Diese zeigen unter anderem, dass Personen mit einem Nachnamen, der mit einer Migrationsgeschichte assoziiert wird, beim Zugang zur psychotherapeutischen Versorgung benachteiligt sind (DeZIM, 2024). Auf Grundlage dieser Befunde ist davon auszugehen, dass Muslime in Deutschland strukturell unterversorgt sind. In diesem Zusammenhang hat sich die Bundespsychotherapeutenkammer kritisch positioniert und verfolgt das Ziel, stärker für das Problem von Rassismus in der Psychotherapie zu sensibilisieren (BPtK, 2024). Psychotherapeuten tragen einen Versorgungsauftrag für die gesamte Gesellschaft. Entsprechend zentral ist die reflektierte Auseinandersetzung mit dem eigenen Erleben sowie mit möglichen Unsicherheiten oder Vorannahmen im Kontakt mit unterschiedlichen Patientengruppen. Religions- und kultursensible Psychotherapie ist dabei nicht lediglich eine optionale Ergänzung, sondern ein wirksamer und bedeutsamer Bestandteil professioneller psychotherapeutischer Praxis, der nachweislich die therapeutische Beziehung stärkt, die tragfähige therapeutische Zusammenarbeit fördert und den Therapieverlauf positiv beeinflusst. Kultursensible Psychotherapie berücksichtigt, dass kulturelle Prägungen (z. B. Herkunft, Sprache, Werte, Familienstrukturen, Migrationserfahrungen, Rollenbilder sowie Vorstellungen von Krankheit und Heilung) das Erleben psychischer Probleme und die therapeutische Beziehung maßgeblich mitprägen können. Ziel ist es, Missverständnisse, Fehldeutungen und Machtasymmetrien zu vermeiden und Therapie an die Lebensrealität der Patientinnen und Patienten anzupassen, ohne sie zu stereotypisieren. Religionssensible Psychotherapie bezieht sich speziell auf die Bedeutung von Religion bzw. Spiritualität im Leben der Patienten. Sie fragt danach, wie religiöse Überzeugungen, Rituale, Schuld- oder Sinnvorstellungen sowie religiöse Gemeinschaften Ressource oder Belastung für die psychische Gesundheit sind. Religiöse Inhalte werden ernst genommen, ohne missionarisch zu wirken oder sie zu pathologisieren.

In der Behandlung von muslimischen Patientinnen und Patienten sind beide Ebenen wichtig. Neben kulturellen Unterschieden zwischen Muslimen werden dem Islam verschiedene Glaubensrichtungen zugeordnet, darunter Sunniten (etwa 75–80 Prozent der Muslime weltweit) und Schiiten (Pew Research Center, 2017b). Daneben existieren kleinere Gruppen wie Aleviten und Ahmadiyya. Auch in den einzelnen Glaubensrichtungen kann die Religionsausübung stark variieren: Während einige Muslime ih-

ren Glauben strikt praktizieren, sehen andere den Islam eher als kulturellen Bezugspunkt. Der Islam ist eine monotheistische Religion, die im Kern den Glauben an einen einzigen Gott, Allah, beinhaltet und den Propheten Muhammad (s.) als letzten und abschließenden Gesandten Gottes sieht. Neben dem Propheten Muhammad (s.) glauben Muslime auch an viele weitere Propheten, die auch in anderen monotheistischen Weltreligionen eine zentrale Rolle spielen, wie beispielsweise Jesus (Isa), Abraham (Ibrahim) oder Moses (Musa) (a.s.). Darüber hinaus umfasst der islamische Glaube den Glauben an Engel, an das Jüngste Gericht sowie an das Konzept des Schicksals (Qadr und Qada). Muslime streben danach, ihr Leben im Einklang mit diesen Glaubensgrundsätzen zu führen, was nicht nur spirituelle, sondern auch ethische und soziale Dimensionen einschließt. Die Gläubigen orientieren sich vor allem am Quran, der als direkte Hinabsendung Gottes betrachtet wird, und an den Hadithen, den überlieferten Aussagen und Handlungen des Propheten.

Die fünf Säulen des Islam. Die Praxis des Islams basiert auf den sogenannten fünf Säulen:

- ▶ **Schahada (Glaubensbekenntnis):** das grundlegende Bekenntnis zum Glauben / Iman an den einen Gott (Allah) und an Muhammad (s.) als seinen Gesandten
- ▶ **Salah (Gebet):** Die fünf täglichen Pflichtgebete strukturieren den Alltag und fördern Achtsamkeit sowie die regelmäßige Ausrichtung auf Gott.
- ▶ **Sawm (Fasten im Ramadan):** Das Fasten stärkt Selbstkontrolle, Gottesbewusstsein (Taqwa) und die innere Disziplin auf körperlicher und seelischer Ebene.
- ▶ **Zakat (Pflichtabgabe):** eine verpflichtende Sozialabgabe zur Unterstützung Bedürftiger und zur Förderung sozialer Verantwortung
- ▶ **Hadsch (Pilgerfahrt):** die einmalige religiöse Pflicht, sofern möglich, die Pilgerfahrt nach Mekka zu vollziehen, als Ausdruck von Gemeinschaft, Gleichheit und Demut

Muslime verstehen sich selbst als Teil einer Gemeinschaft, die auf Gerechtigkeit, Frieden und gegenseitigem Respekt basiert. Dies wird am Beispiel des Friedensvertrags von Kalif Umar mit den Bewohnern Jerusalems im Jahr 637 n. Chr. illustriert: Der Schutz von Leben, Eigentum und religiösen Stätten ist für Muslime von zentraler Bedeutung. Diese Vereinbarung wurde nach der Befreiung Jerusalems von den Römern getroffen und garantierte den Bewohnern, unabhängig von ihrer Religion, Sicherheit und freie Religionsausübung. Kirchen und Kreuze blieben unangetastet und religiöse Stätten wurden weder besetzt noch zerstört. Dieses historische Dokument spiegelt das muslimische Selbstverständnis wider: Muslime sehen sich als Bewahrer des Friedens und der Sicherheit, die den Schutz der Rechte aller Menschen, unabhängig von deren Glauben, respektieren. Toleranz und der Wunsch nach friedlichem Miteinander sind zentrale Werte, die das Handeln prägen sollen.

Wie bereits erwähnt, gibt es viele Unterschiede im Ausleben dieser Glaubenspraxis im Leben der Muslime. Dabei gibt es kein »Imanometer« (Iman = Glaubensüberzeugung), durch das leicht anhand äußerlicher Merkmale (wie z. B. einem Kopftuch) auf die Glaubensüberzeugungen oder das Ausmaß an Ausrichtung des Alltags auf religiöse Werte oder Glaubenspraxis Rückschlüsse gezogen werden können. Beispielsweise ist es sehr wohl möglich, dass eine Frau sich bewusst für eine Bedeckung entscheidet und trotzdem Substanzen wie Alkohol, Zigaretten oder Berauschendes konsumiert. Und eine Frau ohne Kopftuch kann ebenfalls viel Wert auf ihre fünf Gebete im Alltag legen. Muslime sind Menschen und menschliches Verhalten kann ambivalent, vielschichtig und kontextuell sein. Deswegen ist es wichtig, in der Anamnese die Religiosität der Patientin oder des Patienten zu berücksichtigen. Hierzu haben wir Materialien vorbereitet, die Sie dabei unterstützen (**INFO 3** »Instrumente zur Erfassung von Spiritualität«).

Ein sensibler Ansatz, der religiöse und kulturelle Hintergründe respektiert, kann die therapeutische Beziehung stärken. Offenheit, wertfreie Kommunikation sowie, je nach Setting, die angemessene Berücksichtigung spiritueller Bewältigungsressourcen können den therapeutischen Prozess sinnvoll unterstützen. Ein grundlegendes Verständnis für den Islam und die Vielfalt muslimischer Lebenswelten stellt daher sowohl fachlich als auch menschlich ein wertvolles Instrument in der psychotherapeutischen Praxis dar.

Antimuslimischer Rassismus in der Psychotherapie – Herausforderungen und Handlungsansätze

Antimuslimischer Rassismus ist ein komplexes und vielschichtiges Problem, das tief in gesellschaftlichen Strukturen verankert ist. In der psychotherapeutischen Praxis ist es von zentraler Bedeutung, die Auswirkungen dieses Rassismus auf die psychische Gesundheit zu erkennen und angemessene Behandlungsansätze zu entwickeln. Durch kulturelle Sensibilität, intersektionale Ansätze und eine kritisch-reflexive Haltung können Psychotherapeuten dazu beitragen, die psychische Gesundheit von Muslimen und als muslimisch gelesenen Personen zu fördern und zu schützen. Der Begriff »Islamophobie« wird häufig verwendet, um Feindseligkeit gegenüber dem Islam und Muslimen zu beschreiben. Allerdings reduziert dieser Begriff das Problem auf individuelle Vorurteile und Ängste, während antimuslimischer Rassismus als strukturelles Phänomen betrachtet wird, das in gesellschaftlichen Machtverhältnissen verankert ist (Attia & Popal, 2016). Antimuslimischer Rassismus umfasst nicht nur explizite Diskriminierung, sondern auch subtile Formen wie Mikroaggressionen, die im Alltag von Muslimen und als muslimisch gelesenen Personen erfahren werden.

Strukturelle Dimensionen antimuslimischen Rassismus. Antimuslimischer Rassismus ist eng mit historischen und kolonialen Machtstrukturen verbunden. Orientalistische Vorstellungen, die den Islam als rückständig und bedrohlich darstellen, prägen bis heute westliche Diskurse (Attia & Popal, 2016). Diese Vorstellungen legitimieren nicht nur Diskriminierung, sondern auch die Ausgrenzung von Muslimen aus gesellschaftlichen und ökonomischen Privilegien. Diskriminierung aufgrund von Religion überschneidet sich häufig mit anderen Formen der Unterdrückung, wie Sexismus, Klassismus und Rassismus. Muslimische Frauen sind beispielsweise oft von Mehrfachdiskriminierung betroffen, da sie sowohl als Frauen als auch als Musliminnen marginalisiert werden (Attia & Popal, 2016). Zur Analyse dieser komplexen Verknüpfung von Diskriminierungen und Privilegierungen bietet sich das Konzept der *Intersektionalität* an. Dieses Analyseschema hat seinen Ursprung im Schwarzen Feminismus der USA (Crenshaw, 1989). Intersektionalität beschreibt das gleichzeitige und ineinander verschränkte Wirken mehrerer sozialer Differenzkategorien wie Geschlecht, sexuelle Orientierung, Ethnizität, sozioökonomischer Status und Behinderung. Diese Kategorien wirken nicht isoliert voneinander, sondern sind in ihren Wechselwirkungen zu verstehen (Saase, 2020; Walgenbach, 2012). Diese intersektionale Perspektive ist entscheidend, um die komplexen Erfahrungen von Betroffenen in der Therapie angemessen zu berücksichtigen.

Psychische Folgen von antimuslimischem Rassismus. Rassismus, einschließlich antimuslimischen Rassismus, hat erhebliche Auswirkungen auf die psychische Gesundheit. Studien zeigen, dass wiederkehrende rassistische Mikroaggressionen chronischen Stress verursachen und zu psychischen Störungen wie Depressionen, Angststörungen und Posttraumatischen Belastungsstörungen führen können (Yeboah, n.d.). Muslime, die Rassismus erfahren, berichten oft von einem andauernden Energieverbrauch zur Abwehr von Diskriminierung, was zu Erschöpfung und psychischen Belastungen führt.

Herausforderungen in der psychotherapeutischen Praxis. Psychotherapeuten stehen vor der Herausforderung, antimuslimischen Rassismus in ihrer Praxis zu erkennen und angemessen darauf zu reagieren sowie eigene Stereotype und Vorurteile zu reflektieren. Studien zeigen, dass muslimische Klienten oft Misstrauen gegenüber nichtmuslimischen Therapeutinnen und Therapeuten haben und befürchten, dass ihre religiösen Werte in der Therapie nicht berücksichtigt werden (Arshad & Falconier, 2019). Zudem können kulturelle Missverständnisse und mangelnde Kenntnisse über den Islam die therapeutische Beziehung belasten.

Empfehlungen für die psychotherapeutische Praxis

- (1) Transkulturelle und interreligiöse Sensibilität und Kompetenz:** Therapeuten sollten sich aktiv über den Islam und muslimische Traditionen informieren, um ihre Klienten besser zu verstehen und kulturelle Missverständnisse zu vermeiden.
- (2) Integration religiöser Werte:** Religiöse Überzeugungen sollten geprüft und in den therapeutischen Prozess einbezogen werden, wenn dies gewünscht und für die Klienten hilfreich ist.

- (3) **Aufbau von Vertrauen:** Therapeuten sollten bewusst Zeit in die Beziehungsbildung investieren, um das Vertrauen ihrer muslimischen Klienten zu gewinnen.
- (4) **Intersektionale Ansätze:** Therapeuten sollten die komplexen Identitäten ihrer Klienten berücksichtigen und Diskriminierungserfahrungen in einem breiteren Kontext verstehen.
- (5) **Vermeidung von Mikroaggressionen:** Therapeuten sollten sich ihrer eigenen Vorurteile bewusst sein und religiöse Mikroaggressionen vermeiden, um die therapeutische Allianz nicht zu gefährden (Trusty et al., 2022).

Reflexion der eigenen Positionierung

Psychotherapeuten sollten ihre eigene Positionierung in rassistischen Machtstrukturen reflektieren. Das Bewusstsein für gesellschaftliche Machtverhältnisse und die Reflexion über die eigenen normativen Annahmen helfen, Mikroaggressionen zu vermeiden, die sich negativ auf die Arbeitsallianz auswirken können (McIntosh, 2015; Owen et al., 2011). Indem Therapeuten die Intersektionalität von Diskriminierungs- und Privilegierungserfahrungen anerkennen und in die Therapie integrieren, können sie die therapeutische Beziehung vertiefen und eine Atmosphäre schaffen, in der sich Patienten verstanden und akzeptiert fühlen. Dies fördert nicht nur die Adhärenz zu den therapeutischen Empfehlungen, sondern erhöht auch die Wahrscheinlichkeit eines positiven Therapieergebnisses (Igel et al., 2010; Saase, 2020). Fragen wie »Profitiere ich als Therapeut von rassistischen Strukturen?« oder »Welche Stereotype habe ich durch meine Sozialisation verinnerlicht?« können helfen, eine kritisch-reflexive Haltung zu entwickeln. Diese Reflexion ist entscheidend, um eine diskriminierungsfreie und unterstützende therapeutische Umgebung zu schaffen. Hierzu haben wir Arbeitsblätter vorbereitet (**AB 6** »Bild-Assoziation«).

Beispiel aus der Praxis: Wertende Kommentare in der Ramadan-Zeit wie »Sie müssen ja verdursten!« sind zu vermeiden. Stattdessen könnten Sie fragen: »Wie erleben Sie die Zeit im Ramadan? Wie gehen Sie mit Herausforderungen des Fastens um?« Dies eröffnet Möglichkeiten, Ressourcen zu eruieren, Umstellungsfähigkeit und Flexibilität der Patienten zu stärken und ihre Willenskraft hervorzuheben, wohingegen die Abwertung sich negativ auf die Beziehung auswirken kann. Weitere Beispiele und Hinweise finden Sie im Kapitel 2.

Religion in der Therapie: eine bislang unentdeckte Chance

Für viele Menschen weltweit spielen Religion und Spiritualität eine zentrale Rolle. Schätzungen zufolge gehören mehr als 75 Prozent der Menschen weltweit einer Religionsgemeinschaft an (Pew Research Center, 2025). Eine gewisse Zurückhaltung gegenüber Religion war in der westlichen Psychotherapie und Psychiatrie lange Zeit verbreitet. Historisch wurde Religion von einflussreichen Psychologen als hinderlich oder pathologisch angesehen. Sigmund Freud (1927) bezeichnete religiösen Glauben beispielsweise als eine Illusion oder eine kindliche Neurose, die durch Therapie überwunden werden müsse. Solche Ansichten trugen dazu bei, dass spirituelle Themen in der therapeutischen Ausbildung und Praxis über viele Jahrzehnte kaum berücksichtigt wurden. Wie im Abschnitt zum historischen Überblick (S. 20 ff.) jedoch ausgeführt wird, sind verbindende Ansätze von Religion / Spiritualität und Gesundheit und Wohlbefinden keineswegs neu, sondern historisch tief verankert und wurden in den vergangenen Jahrzehnten auch wissenschaftlich in ihrer Wirksamkeit und ihrer Bedeutung für die Beziehungsgestaltung bestätigt. Entsprechend zeichnet sich heute ein deutlich verändertes Bild ab: Immer mehr Studien belegen einen positiven Zusammenhang zwischen gelebter Religiosität und psychischer Gesundheit (Koenig et al., 2012). Religiöse Aktivitäten, sei es in Form von privaten Praktiken wie Gebet und Meditation oder gemeinschaftlichen Ritualen, können mit einem größeren Lebenssinn, einer verbesserten Bewältigungskompetenz und einer geringeren Belastung durch Stress verbunden sein. Daher wird Therapeut:innen zunehmend nahegelegt, in der Behandlung religiöse und spirituelle Dimensionen zu berücksichtigen, um die potenziell heilbringenden Aspekte des Glaubens für den Genesungsprozess nutzbar zu machen. Religion kann eine Ressource darstellen, die dem Klienten Halt,

Hoffnung und soziale Unterstützung bietet. Umfangreiche Untersuchungen deuten tatsächlich darauf hin, dass die Integration der Religiosität in die Psychotherapie nicht im Widerspruch zur Evidenzbasierung steht, sondern wertvolle Chancen eröffnet. Metaanalysen und Übersichtsarbeiten zeigen übereinstimmend, dass religiös-spirituelle Elemente, die in die Therapie integriert sind, die Wirksamkeit der Behandlung mindestens auf das Niveau konventioneller Ansätze halten können; in einigen Fällen werden sogar bessere Therapieergebnisse erzielt, insbesondere wenn die Intervention mit den Werten des Klienten übereinstimmt (Captari et al., 2018). Der Vorteil einer derartigen Anpassung hängt nicht von der persönlichen Religiosität des Therapeuten ab. Das bedeutet, dass ein Therapeut ohne religiöse Ausrichtung ebenfalls in der Lage ist, eine glaubensorientierte Intervention durchzuführen, was Vertrauen und Effektivität steigern kann. Eine klassische Studie ergab sogar, dass nichtreligiöse Therapeuten, die absichtlich religiöse Elemente in die Therapie einfließen ließen, bei religiösen Patienten teilweise bessere Ergebnisse erzielten als gläubige Therapeuten in einem herkömmlichen Setting (Propst et al., 1992).

■ Wichtig

Die entscheidende Fähigkeit des Behandlers ist also nicht die, dass er sich lediglich den eigenen Überzeugungen entsprechend verhält, vielmehr ist es wichtig, dass er sich empathisch auf die Wertewelt der Patient:innen einlässt.

Aus der Sicht der Patientinnen und Patienten scheint ein erhebliches Bedürfnis zu bestehen, dass ihre religiösen Überzeugungen im Rahmen der Therapie geachtet und in Betracht gezogen werden. Studien aus unterschiedlichen Ländern verdeutlichen, dass zahlreiche Klienten bei der Inanspruchnahme psychologischer Hilfe gerne über spirituelle Themen sprechen würden und ihre religiösen Bewältigungsstrategien in Krisenzeiten als bedeutende Ressource ansehen (Post & Wade, 2009). Obgleich diese Bedürfnisse bestehen, ist es im Therapieraum noch nicht üblich, Religion zur Sprache zu bringen. Dabei zeigt sich, dass nicht nur nichtreligiöse Behandler unsicher sind, ob religiöse oder spirituelle Themen angesprochen werden sollten, sondern unserer Erfahrung nach auch religiöse psychosoziale Fachkräfte. Zugleich können auch Klienten unsicher sein, ob Spiritualität im Behandlungsraum Platz haben darf. Durch diese wechselseitige Zurückhaltung kann auf beiden Seiten der Eindruck entstehen, das Thema sei entweder unpassend oder therapeutisch nicht bedeutsam. Vor diesem Hintergrund empfehlen wir, religiöse und spirituelle Aspekte proaktiv im Rahmen der Anamnese zu thematisieren (vgl. **AB 6** »Bild-Assoziationen«). Dies macht deutlich, welches ungenutzte Potenzial hier verborgen liegt. Ein wertschätzender Raum in der Psychotherapie, in dem Glaubensfragen angesprochen werden dürfen, kann die therapeutische Allianz stärken. Das Vertrauen wird gefördert und ein offener Austausch über alle relevanten Lebensbereiche kann stattfinden, da sich die Klienten in ihrer Gesamtheit wahrgenommen fühlen.

Es ist zugleich hervorzuheben, dass eine religionssensible Psychotherapie nicht mit Missionierung oder Wertung verbunden ist. Es steht nicht im Vordergrund, religiöse Debatten zu führen oder den Klienten in bestimmten Glaubensrichtungen zu beeinflussen. Der Therapeut soll die kulturellen und religiösen Kontextfaktoren des Patienten verstehen und in seine therapeutischen Überlegungen einbeziehen. Das umfasst z. B., respektvoll zu erkunden, welche Bedeutung Glaube, Gebet oder Gemeindeleben im Umgang mit der gegenwärtigen Problematik haben und ob der Klient religiöse Bewältigungsstrategien anwendet oder anwenden möchte. Religiöse Überzeugungen werden oft als Coping-Strategie genutzt, beispielsweise durch die Deutung belastender Ereignisse im Kontext eines höheren Sinnzusammenhangs (»Es ist eine Prüfung Gottes«) oder das Suchen nach Trost in Ritualen und Gebeten. Therapeutisch können solche Ansätze aufgegriffen werden: Eine Patientin mit Angststörung, die gläubig ist, könnte z. B. Nutzen ziehen, indem Atem- und Achtsamkeitsübungen in das tägliche Gebetsritual eingebaut werden oder Kognitionsübungen auf vertraute Glaubensinhalte abge-

stimmt werden (z. B. Vertrauen / Tawakkul s. **AB 68** »Akzeptanz und Vertrauen«). Auf diese Weise können evidenzbasierte Methoden in einen kulturell angemessenen Kontext integriert werden.

Kultur- und religionssensible psychotherapeutische Arbeit mit Klienten muslimischen Glaubens

Insbesondere bei muslimischen Klienten, auf die sich dieser Therapie-Tools-Band konzentriert, wird die besondere Relevanz einer kultur- und religionssensiblen Einstellung in der Therapie deutlich. In westlichen Gesundheitssystemen sind muslimische Patienten bislang eine unterversorgte Gruppe und nutzen psychotherapeutische Angebote oft in geringem Verhältnis zu ihrem Bedarf (Amri & Bemak, 2013). Es gibt verschiedene Ursachen dafür. In muslimischen Gemeinschaften herrscht teilweise ein erhebliches Stigma gegenüber psychischen Erkrankungen; seelisches Leid wird oft als Zeichen mangelnden Gottvertrauens oder als Prüfung angesehen, die man still ertragen muss. In einem solchen Umfeld kann die Inanspruchnahme professioneller Hilfe bei einem »Seelenklempner« als Ausdruck ungenügender Frömmigkeit oder Schwäche fehlinterpretiert werden. Zugleich äußern Betroffene, die grundsätzlich für eine Therapie offen wären, die Befürchtung, ein westlicher Therapeut könnte ihre religiösen Überzeugungen nicht verstehen, respektieren oder sie diskriminieren. Dieses Misstrauen, die Furcht, im Behandlungszimmer auf Unverständnis oder sogar Ablehnung der eigenen Religion und Kultur zu treffen, stellt eine erhebliche Barriere für den Zugang zur Behandlung dar. Daher suchen viele Muslime, wenn sie psychische Unterstützung benötigen, zunächst den Kontakt zu vertrauten Anlaufstellen wie dem Imam ihrer Gemeinde oder spirituellen Heilern. Religiöse Praktiken wie das Bittgebet (Dua), die Rezitation des Quran oder das Verinnerlichen schützender Verse (wie der Ayat al-Kursi) werden als erste Hilfsstrategie eingesetzt.

Eine religionssensible Psychotherapie setzt an diesen Punkten an. Sie versucht, eine Verbindung zwischen der modernen Psychologie und der Lebensrealität muslimischer Klienten herzustellen. Ein Therapeut mit Grundkenntnissen über den Islam und die kulturellen Besonderheiten seiner Klienten kann viel gezielter intervenieren: Er versteht beispielsweise, welche Rolle das Konzept der Schicksals-ergebenheit (Qadar, der Glaube an die göttliche Vorherbestimmung) im Umgang eines Klienten mit traumatischen Erfahrungen spielt oder wie religiöse Vorschriften das Alltagsverhalten beeinflussen (wie etwa Fasten, Gebetszeiten und Ernährungsvorschriften). Ein solches Verständnis macht es möglich, Therapieempfehlungen kulturell zu adaptieren, ohne dass deren wissenschaftliche Grundlage verloren geht. Zwei praxisnahe Beispiele:

■ Beispiel

Beispiel 1: Patient mit Depression

Bei einem muslimischen Patienten, der eine antidepressive Behandlung erhält, kann der Therapeut frühzeitig abklären, ob der Patient plant, im Fastenmonat Ramadan zu fasten. Gemeinsam können dann Strategien erarbeitet werden, um sicherzustellen, dass die Einnahme der Medikamente und die Therapie in dieser Zeit nicht gefährdet werden und der Ramadan sogar als Antriebsmotivation für soziale Aktivitäten (z. B. Fastenbrechen mit Familie oder Freunden) genutzt werden kann.

Beispiel 2: Patient mit Zwangsstörung

Bei der Therapie einer Zwangsstörung mit religiösem Bezug (wie etwa Waschzwängen, die mit der islamischen Reinigungspraxis Wudu, nicht Voodoo, verbunden sind) ist es essenziell, das religiöse Umfeld zu verstehen. Der Therapeut kann dann zusammen mit dem Klienten herausfinden, wo die Grenze zwischen einer angemessenen religiösen Praxis und einem pathologischen Zwang verläuft und z. B. einen örtlichen Gelehrten oder Imam hinzuziehen, um religiöse Fragen zu klären, während er psychotherapeutisch an der Exposition und kognitiven Umstrukturierung arbeitet.

All dies zeigt den Patienten, dass ihr Glaube in der Therapie nicht ausgeblendet wird, sondern als Teil ihrer selbst akzeptiert ist.

Ein solches wertschätzendes Grundverständnis kann das Vertrauen deutlich fördern. Forschungen heben hervor, dass Therapiekonzepte, die kulturell und religiös übereinstimmen, von entscheidender Bedeutung sind, um Versorgungslücken zu schließen und die Therapietreue zu steigern. Muslimische Klient:innen sind eher bereit, sich zu öffnen und professionelle Hilfe anzunehmen, wenn sie spüren, dass ihr Therapeut oder ihre Therapeutin ihre Religion als einen wichtigen Teil ihres Lebens anerkennt und wertschätzt. Eine Therapie, die kulturelle und religiöse Aspekte berücksichtigt, ist demnach kein »Extra«, sondern ein wesentlicher Bestandteil einer guten, auf Patienten ausgerichteten Versorgung. Sie bezieht sich darauf, die Patient:innen in ihrem gesamten soziokulturellen Umfeld zu betrachten, wobei für gläubige Menschen der spirituelle Kontext untrennbar dazugehört.

Suizidalität

Im Bereich der Suizidprävention in muslimischen Communities wird die Relevanz einer religionssensiblen Herangehensweise deutlich. Es wurde lange Zeit angenommen, dass das strikte religiöse Suizidverbot im Islam einen starken schützenden Effekt habe und Suizidalität unter Muslimen daher selten vorkomme. Die offiziell erfassten Suizidraten in zahlreichen Ländern, in denen der Islam vorherrscht, liegen tatsächlich deutlich unter dem globalen Durchschnitt (Lester, 2006). Fachleute betonen jedoch, dass diese geringen Raten vorsichtig zu deuten sind: Zum einen bewirken soziokulturelle Faktoren, z. B. Scham, mögliche Illegalität und sozialer Druck, wohl eine Untererfassung von Suiziden in islamisch geprägten Gesellschaften. Andererseits zeigen neuere Studien, dass suizidale Gedanken und Suizidversuche unter Muslimen keineswegs selten sind, obwohl die geringen Sterbeziffern dies vermuten lassen. Anders ausgedrückt: Auch Menschen, die ihren Glauben sehr ernst nehmen, sind nicht automatisch vor Verzweiflung und Suizidgedanken geschützt, sie kämpfen nur oft im Stillen mit diesen inneren Konflikten. Dadurch erhöht sich das Risiko, dass sie keine angemessene Unterstützung bekommen.

Empirische Evidenz. Eine aktuelle Untersuchung in den USA sorgte für Aufregung in der Fachwelt: In einer 2021 veröffentlichten Studie entdeckte ein Forschungsteam unter der Leitung von Dr. Rania Awaad, dass die Rate von Suizidversuchen unter amerikanischen Muslimen überraschend hoch ist (Awaad et al., 2021). Demnach haben American Muslims, trotz der religiösen Verurteilung des Suizids, mindestens ebenso oft mit suizidalen Krisen zu kämpfen wie die Allgemeinbevölkerung, wenn nicht sogar häufiger. Awaad, die als Psychiaterin und Islamwissenschaftlerin an der Stanford University tätig ist, erklärt dieses besorgniserregende Resultat teilweise mit soziokulturellen Stressfaktoren: Eine Vielzahl von Muslimen in westlichen Staaten erfährt Ausgrenzung oder islamfeindliche Diskriminierung, was das Empfinden von Isolation und Hoffnungslosigkeit fördern kann. Die bereits erwähnte Tabuisierung des Themas innerhalb der Community verstärkt dies: Da Suizid im Islam als schwere Sünde gilt, wird darüber weniger gesprochen als über andere psychische Belastungen. So stehen betroffene Jugendliche oder Erwachsene oft allein mit ihren düsteren Gedanken da, gefangen zwischen dem Schmerz ihrer Depression und der Angst, in ihrem Umfeld auf Unverständnis oder Vorwürfe zu stoßen. Die Tätigkeit Awaads demonstriert beispielhaft das Potenzial, das eine religionssensible Herangehensweise in dieser schwierigen Situation entfalten kann. In Anbetracht der festgestellten hohen Suizidversuchsrate unter Muslimen initiierte sie spezielle Präventions- und Interventionsprogramme, die kulturell und religiös zugeschnitten sind. Unter anderem entwickelte sie ein umfassendes Handbuch (*Muslim Suicide Response Manual*) und ein Trainingscurriculum für Imame und Gemeindeleiter, um sie für Anzeichen von Suizidalität zu sensibilisieren und in Krisensituationen handlungssicher zu machen (Awaad et al., 2024). Es verfolgt dabei einen zweigleisigen Ansatz: Zum einen sollen religiöse Führungspersonen und Gemeinden intensiver in die Entstigmatisierung psychischer Probleme einbezogen werden, beispielsweise durch Aufklärung darüber, dass der Gang zu professioneller Hilfe kein Zeichen von mangelndem Glauben ist, sondern mit islamischen Prinzipien (wie dem hoch priorisierten Prinzip der Erhaltung des eigenen Lebens und Verstandes) in Einklang stehen kann. Zum anderen zielt sie darauf ab, islamische Konzepte in therapeutische Maßnahmen einzubeziehen, um die Diskre-

panz zwischen westlicher Psychiatrie und der spirituellen Perspektive muslimischer Patienten zu überbrücken. Sie hebt hervor, dass beim Ansprechen von Suizidgedanken das Gespräch »aus der Mitte des Glaubens heraus« geführt werden sollte: Durch die Berücksichtigung religiöser Gebote und Hoffnungsnarrative, die dem Patienten Halt bieten könnten, wird eine Verbindung zu dessen Werthorizont hergestellt. Mit diesem kultursensiblen Ansatz wird Vertrauen geschaffen und das ist entscheidend dafür, dass man sich diesen oft mit Scham behafteten Suizidgedanken überhaupt nähern kann. Die ersten Erfolge bestätigen diesen Ansatz. Die Initiative von Awaad hat in kurzer Zeit Hunderte von Imamen und Gemeindefachkräften in den USA geschult, was zu einer messbaren Verringerung des Stigmas im Zusammenhang mit Suizid in einigen Gemeinden beigetragen hat. Auch aus klinischer Perspektive zeigt sich Folgendes: Wenn muslimische Patienten das Gefühl haben, dass ihre grundlegenden Überzeugungen in der Therapie nicht übergangen, sondern als Quelle von Kraft und Resilienz genutzt werden, erhöht sich die Bereitschaft, belastende Gefühle wie Suizidgedanken zuzugeben und gemeinsam mit dem Therapeuten nach Lösungen zu suchen, die sowohl psychologisch fundiert als auch kulturell relevant sind. Dieser Praxisfall zeigt letztlich, dass eine religionssensible Therapie keine Randerscheinung ist, sondern Leben retten kann. Sie eröffnet die Möglichkeit, Tabuthemen vorsichtig zur Sprache zu bringen und jenen, die zwischen den Welten von Glaube und psychischem Leiden stehen, Hilfe anzubieten, ohne ihre Identität in Zweifel zu ziehen. Das Thema Suizid wird in **INFO 18** »Das Schweigen brechen: Warum wir über Suizidalität sprechen müssen« ausführlicher behandelt.

■ Wichtig • Schlussfolgerung

Religiöse Faktoren in der Psychotherapie muslimischer Klienten zu berücksichtigen, ist nicht nur eine nette Geste, es stellt eine ungenutzte Gelegenheit dar, die therapeutische Beziehung zu vertiefen und die Behandlung effektiver zu gestalten. Ein sachlicher, professioneller und wertschätzender Umgang mit dem Glauben des Patienten zeigt Respekt und echtes Interesse an seiner Person. Dies schafft die Basis für Vertrauen, das bekanntlich der wichtigste Wirkfaktor jeder Psychotherapie ist. Eine religionssensible Psychotherapie setzt nicht voraus, dass der Therapeut religiös ist oder dogmatische Debatten führen sollte. Es ist vielmehr wichtig, sich der Lebensrealität des Klienten offen und nicht wertend zu zeigen, zu der oft auch die Religion gehört. Der Klient kann zusätzliche Kraftquellen mobilisieren, indem therapeutische Techniken kulturell angepasst werden und seine spirituellen Ressourcen gezielt gefördert werden, sei es durch Trost und Hoffnung aus seinem Glauben oder durch die Einbeziehung seiner Gemeinschaft in das Genesungskonzept. Eine Vielzahl wissenschaftlicher Befunde stützt den Mehrwert dieser Vorgehensweise: Die Religionsintegration kann die Adhärenz verbessern, die Resilienz stärken und letztlich zu gleich guten oder besseren Ergebnissen führen als standardisierte Ansätze. Die psychotherapeutische Versorgung sollte in einer Gesellschaft, die zunehmend pluralistischer und multikultureller wird, diesem Umstand Rechnung tragen. In der Therapie ist Religion kein unwichtiges Detail, sondern ein Bereich mit vielversprechendem Potenzial. Eine sensible Berücksichtigung der religiösen Identität bietet muslimischen Klienten sowie Angehörigen anderer Glaubensgemeinschaften die Chance, sich in der Therapie voll und ganz angenommen zu fühlen. Das hat eine enorme heilende Wirkung. Wenn wir die »unentdeckte Chance« nutzen und Religion nicht als Problem, sondern als potenzielle Ressource betrachten, fügen wir der therapeutischen Arbeit eine bedeutende Dimension hinzu. Es dient dem Wohle des Patienten, und genau das sollte immer im Zentrum unserer Bemühungen als Therapeuten stehen.

Historische Übersicht

Lesen wir Bücher über die historische Entwicklung der Psychiatrie und Psychotherapie, wird diese meistens aus einer eurozentrischen Perspektive betrachtet. Als Beginn der klinischen Psychiatrie wird das 17./18. Jahrhundert festgelegt. Das 19. Jahrhundert wird durch Beiträge von Sigmund Freud und Emil Kraepelin als Entstehung der modernen Psychiatrie betrachtet und das 20. Jahrhundert wurde durch die kognitive und biologische Wende geprägt. In der griechischen Antike werden philosophische und medizinische Konzepte als Wurzeln der heute wissenschaftlich fundierten Psychologie betrachtet. Im Mittelalter dominierten jedoch christlich-theologische Erklärungen, welche psychische Erkrankungen häufig mit Sünde, Dämonen und Hexerei in Verbindung brachten. Häufig werden dabei Entwicklungen und Beiträge muslimisch geprägter Regionen außer Acht gelassen oder unbenannt kopiert.

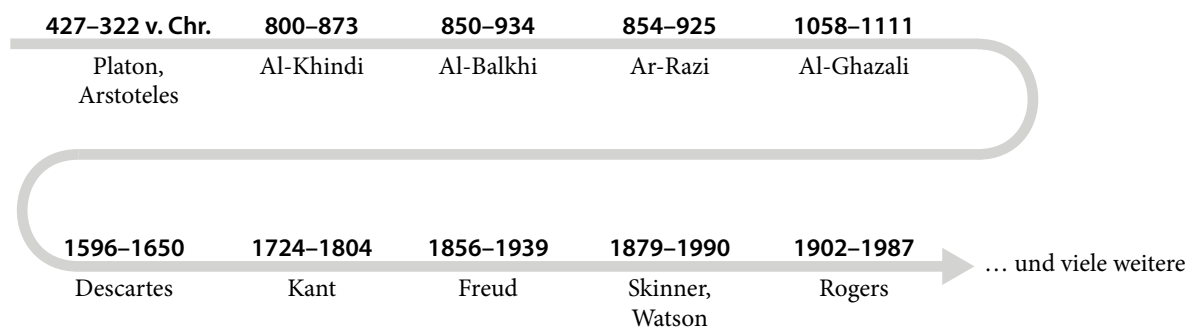


Abbildung 1.1 Muslimische und westliche Meilensteine der psychotherapeutischen Entwicklung

Ab dem 8. Jahrhundert wurden in muslimisch geprägten Regionen bereits psychiatrische Einrichtungen (Bimaristans) gegründet, welche psychisch erkrankten Menschen mit Musiktherapie, medikamentösen Behandlungen und therapeutischen Ansätzen versorgten, die am ehesten der heutigen Verhaltenstherapie ähneln. Viele muslimische Gelehrte setzten sich mit psychologischen Konzepten auseinander. Hier sind einige Beispiele (Haque, 2018):

Al-Razi (865–925), auch bekannt als Rhazes, war einer der ersten Mediziner, der psychische Erkrankungen als eigenständige Krankheitsbilder erkannte. Er unterschied klar zwischen psychischen und physischen Krankheiten und betonte, dass emotionale Zustände wie Stress oder Trauer einen erheblichen Einfluss auf die körperliche Gesundheit haben können. In seinem Werk *Al-Tibb al-Ruhani* (»Die Seelenmedizin«) beschrieb er verschiedene Ansätze zur Behandlung psychischer Störungen, wobei er besonders die Bedeutung positiver Gespräche und emotionaler Unterstützung hervorhob. Er war überzeugt, dass aufmunternde Worte von Ärzten den Heilungsprozess beschleunigen können. Darüber hinaus nutzte er KVT-ähnliche Methoden, indem er Patienten gezielt emotionalen Herausforderungen aussetzte, um ihre Ängste zu überwinden und ihre psychische Widerstandskraft zu stärken.

Ibn Sina (980–1037), auch bekannt als Avicenna, war einer der bedeutendsten Mediziner und Philosophen der islamischen Welt. Sein Werk *Kanon der Medizin* wurde bis ins 19. Jahrhundert an europäischen Universitäten gelehrt und hatte großen Einfluss auf die Entwicklung der Medizin und Psychologie. Er beschrieb ausführlich verschiedene psychische Erkrankungen wie Melancholie (Depression), Wahnvorstellungen und Phobien und betonte die Notwendigkeit, falsche Gedankenmuster zu korrigieren, was einem frühen kognitiven Therapieansatz entspricht. Zudem setzte er Musiktherapie, Aromatherapie und Meditation zur Behandlung psychischer Störungen ein.

Al-Balkhi (850–934) war einer der ersten Gelehrten, der psychische Erkrankungen systematisch klassifizierte. Er unterschied zwischen neurotischen Störungen wie Angststörungen und Depressionen, Aggressions- und Wutstörungen, psychotischen Störungen sowie Zwangsstörungen, die mit einem Realitätsverlust einhergehen. Außerdem erkannte er die enge Verbindung zwischen psychischen und