

Gritt Klinkhammer und Eva Tolksdorf (Hrsg.)

Somatisierung des Religiösen

Empirische Studien zum rezenten religiösen Heilungs-
und Therapiemarkt



Universität Bremen

GRITT KLINKHAMMER UND EVA TOLKSDORF (Hrsg.)

**Somatisierung des Religiösen:
Empirische Studien zum rezenten
religiösen Heilungs- und
Therapiemarkt**

Universität Bremen

Gritt Klinkhammer und Eva Tolksdorf (Hrsg.)
**Somatisierung des Religiösen: Empirische Studien zum rezenten religiösen Heilungs- und
Therapiemarkt**

Institut für Religionswissenschaft und Religionspädagogik.
Veröffentlichungen des Instituts für Religionswissenschaft und Religionspädagogik 7
ISSN 2199-5397

Bremen: Universität Bremen, 2015

© Universität Bremen



Dieses Werk bzw. der Inhalt steht unter einer Creative Commons
Namensnennung-NichtKommerziell-KeineBearbeitung 4.0 International Lizenz (CC BY-NC-ND 4.0).

Satz & Umschlag: Tilman Hannemann, Bremen

Inhaltsverzeichnis

Vorwort	xi
I. Fragestellungen, Forschungsstand und methodologische Reflexion	1
1. Einleitung: Fragestellungen im Horizont der „Somatisierung des Religiösen“	
<i>Gritt Klinkhammer und Eva Tolksdorf</i>	3
2. Der Körper, die Sinne und die Phänomenologie der Wahrnehmung: Vom Embodiment-Paradigma zur Religionsästhetik	
<i>Sebastian Schüler</i>	13
II. Empirische Studien: Heilungs- und Therapieangebote im deutschen, niederländischen und US-amerikanischen Raum	47
3. Therapeutische Kultur und Sprachpraktiken als Medium der Subjektbildung: Das Thema Heilung in Diskurs und Praxis der Lakewood Church in Texas, USA	
<i>Katja Rakow</i>	49

4. „Heal through movement, worship and the Word of God“: Zum Verständnis von Heilung in zeitgenössischen evange- likalen Fitnessprogrammen	97
<i>Martin Radermacher</i>	
5. Subjektivierung und Somatisierung in (neo)charismatisch- evangelikalen Healing Rooms in Deutschland	121
<i>Eva Tolksdorf</i>	
6. „Ich sehe den Rücken nun als einen Segen an“ – Krankheit, Religion und Heilung in lebensgeschichtlichen Erzählun- gen: Eine religionspsychologische Analyse	161
<i>Ulrike Popp-Baier</i>	
7. Heilung, Therapie und Charisma in Sufigemeinschaften in Deutschland	199
<i>Gritt Klinkhammer</i>	
8. Therapeutisch-religiöse Ritualperformanzen im sufischen Kontext: Das Beispiel Oruç Güvenç	219
<i>Robert Langer</i>	
9. Sufi Body Practices and Therapeutic Politics in Berlin	237
<i>Nasima Selim</i>	
10. „Was kann ich für mich tun, um zu überleben?“ Komple- mentär- und alternativmedizinische Heilmethoden als (Be-) Handlungsoptionen für Frauen mit Brustkrebs	283
<i>Alexandra von Garmissen</i>	
11. Ayurveda als Aushandlungsort religiöser Verkörperung? Eine Fallstudie aus Deutschland	301
<i>Antony George Pattathu</i>	

12. Radikale Körper-Empathie spiritueller Heiler und somatische Gegenübertragungen im Heilritual: Ein Beispiel für das methodologische Spiel mit psychoanalytischen Konzepten in der Religionswissenschaft

Florian Jeserich, Florian Besch, Christine Holmberg, Barbara Stöckigt, Michael Teut

339

Autorinnen und Autoren

379

Abbildungsverzeichnis

3.1.	Ratgeber- und Selbsthilfeliteratur (© Katja Rakow 2013) . . .	55
3.2.	Ankündigung des monatlichen „Prayer and Healing Service“ mit Dodie Osteen (© Katja Rakow 2012)	66
3.3.	„Worship“-Musik mit entsprechender visueller Inszenierung, die die persönliche Begegnung mit Gott ermöglichen soll (© Katja Rakow 2011)	79
3.4.	Pastor Joel Osteen steht mit ausgestreckten Armen und ge- schlossenen Augen auf der Bühne und spricht das Dankes- gebet (© Katja Rakow 2011)	80
3.5.	Persönliches Gebet mit Gebetspartner vor der Bühne (© Kat- ja Rakow 2012)	83
4.1.	Titelbild der First Place 4 Health-Publikation Motivated to Wellness (2011) (Nutzungsrecht erhalten am 07.08.2014) . . .	106
4.2.	Titelbild von Ben Lerner's Body by God (2003) (Abdruck mit Erlaubnis von Thomas Nelson, http://www.thomasnelson.com/ ; Nutzungsrecht erhalten am 28.05.2014)	107
4.3.	Das Ich steht in Beziehungen zu Gott, zum eigenen Körper, zum Selbst und zu seinen Mitmenschen (Grafik: Martin Ra- dermacher)	108
4.4.	Der schlanke Körper wird zum Instrument der Evangelisie- rung (aus: Lovett 1982 [1977], S. 205; Nutzungsrecht erhalten am 07.08.2014)	110
5.1.	Erstes Gebäude des CHZ von Januar 2004 bis 31. Dezember 2013 (© Eva Tolksdorf, Oktober 2012)	134

5.2. Empfangsbereich im CHZ (© Eva Tolksdorf, Oktober 2012) . .	136
5.3. Warteraum im CHZ (© Eva Tolksdorf, Oktober 2012)	136
5.4. Gebetsraum des CHZ mit der Bezeichnung „Healing Room 2“ (© Eva Tolksdorf, Oktober 2012)	140
5.5. Flyer mit Gebetstexten und Salbungsöl im Gebetsraum „Healing Room 2“ (© Eva Tolksdorf, Oktober 2012)	141
5.6. Der abgebildete Raum mit der Bezeichnung „GloryZone“ an der Tür wird genutzt als Seminar-, Gebets- und Segnungsraum des CHZ (© Eva Tolksdorf, Oktober 2012)	142
5.7. Bücherverkaufsstand des CHZ (© Eva Tolksdorf, Oktober 2012)	145
5.8. Neues noch in der Renovierungsphase befindliches Gebäude des CHZ, ab Januar 2014 (Quelle: Homepage des CHZ, besucht am 26.03.2014, mit freundlicher Genehmigung des Leiters des CHZ)	147
9.1. The subtle body centers (<i>Lataif</i>) based on the diagram in Shah Wali Allah's <i>al-Tafhimat al-Ilahiyya</i> , vol. 1, p. 244 (cit. in Hermansen 1988, p. 11)	247
9.2. The seven postures in Sufi Yoga, corresponding to the seven positions of <i>Salat</i> , the ritual 'body prayer' in Islam (Source: poster at the Haqqani Naqshbandi Sufi center, September 22, 2013; © Nasima Selim 2013).	251
9.3. Symbol of Universal Sufism in front of the garden hall (© Nasima Selim 2013)	257
9.4. A widely circulated image of the receptive/passive phase of music therapy (Source: Email correspondences with a leading member on November 16, 2014. © Leading member of the group, Ankara (Turkey) 2007. Published with friendly permission via email correspondence with the copyright owner on November 16, 2014. Faces blurred to protect identity.)	260

- 9.5. This depiction of a few *makam* from a 150-year-old book by Haşim Bey Mecmuası shows the *Tonart* and their relationship to the various body parts, for example, *Uşşak* (Heart), *Neva* (Lungs), *Zirgüle* (Breast), *Rast* (Head), and *Hüseyni* (Right Shoulder) (Bachmaier-Ekşi 2004, p. 645. The image later reappeared in a book published by the leaders of the Sufi music therapy group in 2009) 263

Vorwort

Der vorliegende Sammelband bietet mit seiner Frage nach einer „Somatisierung des Religiösen“ eine fokussierte Auswahl von insbesondere religionswissenschaftlichen sowie psychologischen, (medizin-)ethnologischen und soziologischen (qualitativ-)empirischen Studien zu rezenten Heilungs- und Therapieangeboten aus dem deutschen, niederländischen und US-amerikanischen Raum. Vom 23. bis 25. Oktober 2013 fand in Hannover im Schloss Herrenhausen das von der Volkswagenstiftung geförderte Symposium *Somatisierung des Religiösen: Religionswissenschaftliche und -soziologische Perspektiven auf den rezenten religiösen Heilungs- und Therapiemarkt* statt, das den Ausgangspunkt für dieses Buchprojekt bildete. Hierbei wurden insbesondere ‚westliche‘ Heilungsangebote aus dem charismatisch-evangelikalen, sufischen und esoterischen Spektrum vergleichend in den Blick genommen. Das Symposium hatte zum einen das Ziel, das Embodiment-Paradigma aus einer religionswissenschaftlichen Perspektive methodologisch kritisch zu diskutieren und zugleich gegenwärtig laufende und zukünftige empirische Forschungsprojekte anzuregen, die auf eine innovative Weise die Verwobenheit von Körperlichkeit und Religion in ‚westlichen‘ religiösen Heilungs- und Therapiekontexten und die Etablierungsbestrebungen in öffentlichen gesellschaftlichen (Gesundheits-)Bereichen thematisieren. Die gegenwärtige Koexistenz von religiösen und säkularen Diskursen ist hierbei als spezifische ‚post-säkulare‘ Verwobenheit neu in den Blick zu nehmen.

Ausgehend von den Vorträgen auf diesem Symposium waren einige Autorinnen und Autoren bereit, ihre Vorträge zu ausführlichen schriftlichen Beiträgen auszuweiten und zu veröffentlichen. Diese Beiträge sind in diesem Band dokumentiert.

Vorwort

Für die finanzielle und organisatorische Unterstützung des Projektes bedanken wir uns bei der Volkswagenstiftung.

Bremen, im November 2014

Gritt Klinkhammer und Eva Tolksdorf

The background is a blurred photograph of a stage event. Several bright, circular spotlights are visible at the top, casting a soft glow. In the foreground, the silhouette of a person's arm and hand is visible, reaching upwards towards the stage. The overall atmosphere is that of a live performance or presentation.

Teil I.

**Fragestellungen,
Forschungsstand und
methodologische Reflexion**

1. Einleitung: Fragestellungen im Horizont der „Somatisierung des Religiösen“

Gritt Klinkhammer und Eva Tolksdorf, Universität Bremen

In den letzten 20 Jahren ist das Angebot an religiös/spirituell orientierten Heilungs- und Therapieangeboten enorm angewachsen. Dass dieser Markt nicht nur ein Nischendasein im alternativen und komplementären Sektor fristet, sondern große Beachtung auch innerhalb der konventionellen Medizin und Psychologie hervorruft, zeigen mittlerweile zahlreiche wissenschaftliche Fachstudien und Debatten. Der vorliegende Sammelband möchte sich allerdings mit seinen Beiträgen nicht in die medizinischen, psychologischen und theologischen Debatten einmischen, in denen diskutiert wird, ob und unter welchen Konditionen Religion/Spiritualität psychische oder physische Gesundheit positiv oder negativ beeinflusst. Unser Interesse ist vielmehr aus der Beobachtung erwachsen, dass (1) in den letzten Jahren Religion/Spiritualität im forschenden wie anwendungsorientierten säkularen Gesundheitssektor enorm an Bedeutung gewonnen hat und dass (2) gleichzeitig Angebot und Nachfrage religiös/spirituell orientierter Therapien im alternativ- und komplementär-medizinischen Bereich, in religiösen/spirituellen Gemeinschaften und im esoterischen Feld (Lüddeckens 2012) zugenommen haben.

Religionswissenschaftlich ist angesichts dieses Befundes ein eklatantes Forschungsdesiderat zu konstatieren. Religion ist zwar immer schon mit den Themen „Heil-Sein“ und „Heilung“ verbunden (Futterknecht, Noseck-Licul und Kremser 2013), allerdings geht aus dem Forschungsstand dazu nicht hervor, dass der rezente Rückgriff ein neues Verständnis von Körper, Religion und Gesundheit, von religiöser (Selbst-)Organisation und Vergemeinschaftung sowie religiöser Authentizität und Autorität generiert und dies sich gleichzei-

tig auf die gesellschaftliche Positionierung von Religion, ihre soziale Formierung und ihr Selbstverständnis niederschlägt. „Somatische Religion“, verstanden als therapeutisch und körperlich orientiertes Religionsverständnis, gilt es insofern im Hinblick auf die neue Konjunktur wiederentdeckter und reformulierter Heilungs- und Therapiearbeit als Schlüsselbegriff zum Verständnis einer post-säkularen Gesellschaft (Habermas und Ratzinger 2005) zu untersuchen. Die vorliegende Publikation zielt vor diesem Hintergrund darauf, die Thesen zur modernen Transformation der Religion ins Religiöse (Luckmann 1991; Bourdieu 1992; Knoblauch 2009) weiterführend und vertiefend als „Somatisierung des Religiösen“ zu fokussieren und diese theoretisch und empirisch gehaltvoll in ihrer Gesamtverflechtung bezüglich innerreligiöser Dynamiken, kulturell-institutioneller Etablierung sowie biographischer Einbettung zu bestimmen und so die gegenwärtige Koexistenz von religiösen und säkularen Diskursen (Berger 2012) als spezifische „post-säkulare“ Verwobenheit neu in den Blick zu nehmen.

1.1. Forschungsstand

In den letzten Jahren ist in Publikationen der Gesundheitswissenschaften, der Medizinsoziologie und der psychologischen wie klinischen Forschung ein erheblicher Anstieg von Forschungen zum Einfluss von religiöser und spiritueller Orientierung bzw. „religiösem Coping“ (Pargament u. a. 1998) auf den psychischen wie physischen Krankheitsverlauf zu beobachten (Büssing, Ostermann und Matthiesen 2005; Klein, Berth und Balck 2011). Aufgrund der stärkeren Bedeutung von Religion in den USA ist es nicht verwunderlich, dass dort bereits seit den 1990er Jahren eine kontroverse und kaum entscheidbare Debatte zwischen Wissenschaftler_innen im Gange ist: Während die einen den positiven Zusammenhang zwischen Spiritualität/Religion und Gesundheit als empirisch nachgewiesen behaupten und entsprechend für die Integration von Religion/Spiritualität in das medizinisch-therapeutische Handeln und in die Pflegepraktiken optieren, lehnen die anderen eine derartige Integration prinzipiell ab, da ihrer Meinung nach die bisherigen empirischen

Studien keinen positiven Zusammenhang zwischen Religion/Spiritualität und Gesundheit nachweisen konnten (z. B. Sloan 2006; Edwards u. a. 2010; Koenig 2012). Angestoßen wurde diese wissenschaftliche Debatte von einer zunehmenden Zahl an religiösen und spirituellen Heilungs- und Therapieangeboten und der Implementierung derartiger Ansätze in die Palliative Care, die Psychoonkologie und in das Hospizwesen. Zudem hat die kulturell-religiöse Pluralisierung der Patient_innen Fragen einer „kultursensiblen Pflege“ aufgeworfen und bildet die Grundlage für eine stärkere Berücksichtigung religiöser Sinngebungsangebote in therapeutisch-gesundheitsfördernden Bereichen (z. B. Urban 2011; Visser und Jong 2002). Von zunehmender Bedeutung diesseits wie jenseits des Atlantiks sind darüber hinaus und unabhängig davon alternativmedizinische Ansätze (z. B. Becker u. a. 2010), die in ihrer überwiegenden Zahl als religiös bzw. spirituell zu charakterisieren sind.

Religionswissenschaftlich liegen bislang kaum empirische Arbeiten zu rezenten religiösen Heilungsangeboten im deutschsprachigen Raum vor. Noch 2007 wurde für das Thema religiöse Körperkulte von dem Religionswissenschaftler Jürgen Mohn ein Forschungsdesiderat ausgemacht, obwohl in der sozialwissenschaftlichen Forschung bereits von einem „body turn“ (auch „somatic turn“, „corporeal turn“) gesprochen wurde (Gugutzer 2006). Mohn (2007) konstatiert, dass der wissenschaftliche Körperdiskurs kaum in den Kanon der Frageperspektiven neuerer Religionsgeschichte bzw. der Erforschung rezenter Religiosität aufgenommen wurde, er spricht sogar von einer „Leerstelle“, einer „Verdrängungsgeschichte“ sowie einem Desiderat der Erforschung rezenter religiöser Körperkulte insgesamt. Laut Mohn spielt dabei der Körper eine wichtige Rolle als (1) religiöse Metapher, als (2) religiöses Erkenntnisinstrument wie auch als (3) soziales Integrationssymbol, das zur Identitätsstiftung eingesetzt werden kann.

Bezüglich methodologischer Perspektiven auf „Körper“ spielte die Rezeption von Pierre Bourdieus (1982) Habitus-Konzept und seiner praxeologischen Erkenntnistheorie eine zentrale Rolle. Auch Norbert Elias (1976) implizite Thesen zur Auswirkung des Zivilisationsprozesses auf den Körper und Michel Foucaults (z. B. 1976; 1993 [1963]) Verständnis vom Körper als durch diskursi-

ve Praktiken bedingtes Machtinstrument wurden zu bedeutsamen soziologischen Paradigmen. Im Rahmen der amerikanischen Kulturanthropologie hat Thomas J. Csordas (z. B. 1990) zudem das Paradigma des Embodiment anhand von körperorientierten religiösen Heilungsritualen formuliert. Paradoxerweise wurde das Embodiment-Paradigma in der Religionswissenschaft bislang kaum einer kritischen Betrachtung unterzogen. Es wurde vor allem in der angloamerikanischen Religionssoziologie (Mellor und Shilling 1997), der Ritualwissenschaft (Bell 2006), der Genderforschung (z. B. Bekkenkamp und Haardt 1998) und der europäischen und US-amerikanischen Medizinethnologie (z. B. Good 1994) rezipiert. Körperliche Spürbarkeit wird zudem in der Leibsoziologie als zentraler Plausibilitätsgrund für Religiosität (Gugutzer 2002; Gugutzer und Böttcher 2012) und als Ausgangspunkt für eine (Re-)Sakralisierung der Wirklichkeit angenommen. 2007 hat sich in der deutschen Religionswissenschaft der Arbeitskreis Religionsästhetik formiert, der im Sinne einer Religionsästhetik programmatisch die körperlich-sinnlichen Bezüge und Vollzüge von Religion stärker in die religionswissenschaftliche Analyse einbeziehen möchte (z. B. Koch 2007).

Reflektiert man das Aufkommen dieser neuen Ansätze zur Ästhetik, Embodimenttheorie und Leibsoziologie, dann wird deutlich, dass die Kategorie „Körper“ nicht nur als ein grundlegender Bezugspunkt zur Analyse von sozialen Lebensformen in unterschiedlichen geistes- und sozialwissenschaftlichen Disziplinen reformuliert wird, sondern dass die Aufmerksamkeit auf den Körper auch als ein spezifisch moderner Modus der Individualisierung begriffen werden muss (Gugutzer 2006). Insbesondere die in den letzten Jahren außerhalb der Religionsforschung diskutierte These, dass Individualisierungs- und Subjektivierungsprozesse zu einer Therapeutisierung des Selbstverhältnisses in der Moderne geführt haben (so etwa Bourdieu 1992; Illouz 2009; Maasen u. a. 2011), ist für den religiösen Bereich bislang kaum empirisch und theoretisch bearbeitet worden. In den letzten Jahren wurde in der sozial- und kulturwissenschaftlichen Religionsforschung zwar das Erstarken körper- und erfahrungsorientierter Religiosität bzw. Spiritualität beobachtet (z. B. Heelas und Woodhead 2005; Aupers und Houtman 2006; Sointu 2006) und implizit

oder explizit mit der These der „Verflüchtigung der Religion ins Religiöse“ (Luckmann 1991; Knoblauch 1991) und mit einer „Wiederkehr des Körpers“ (Kamper 1982) verknüpft. Allerdings erfuhren solche Annahmen bislang keine Konkretisierungen und Vertiefungen in Forschungen zu einer „Somatisierung des Religiösen“.

1.2. Fragestellungen

Insgesamt ist zu konstatieren, dass der Körper in der Sozial-, Kultur- wie der Religionswissenschaft zwar in den letzten Jahren durchaus neu Aufmerksamkeit erfahren hat, doch die religiöse Rezeption des Körpers über das Thema Heilung, Therapie und Gesundheit ist dabei bislang weitgehend unbeachtet geblieben. Unseres Erachtens ermöglicht aber gerade der Blick auf die „Somatische Religion“ die Präzisierung innerreligiöser Dynamiken und erschließt neue analytische Perspektiven auf die post-säkulare Verortung von Religion im Zusammenhang mit den beobachtbaren gesellschaftlichen und kulturellen (Re-)Konfigurationsprozessen von Gesundheit und Religion wie z. B. den Politiken der Standardisierung und Vermarktung alternativer Heilverfahren in religiösen wie in medizinischen Feldern. Es ist davon auszugehen, dass die neuen o. g. Somatisierungsprozesse im religiösen Feld sowohl charismatische Vergemeinschaftungen neu antreiben als auch auf traditionale Formen von Religion(en) rückwirken. Mit Niklas Luhmann (2000) kann eine solche Rückwirkung als ‚Intensivierung‘ bezeichnet werden. Allerdings wäre es unseres Erachtens nach präziser, diese Intensivierung als Re-Charismatisierung religiöser Traditionen zu verstehen. Ein solches Verständnis könnte dann vertiefende Fragen nach (1) neuen religiösen Autorisierungsprozessen über „Körper“ und „Heilung“ sowie (2) neuen Vergemeinschaftungsdynamiken angesichts einer auf Dauer zu stellenden charismatischen Heilungsbeziehung generieren (Max Weber). Das Ausüben von Heilungsverfahren bleibt dabei keineswegs auf die religiösen Virtuosen beschränkt, vielmehr sind hier Vervielfältigungs- und Individualisierungstendenzen zu beobachten. Diese Entwicklungen führen zu Fragen nach Veränderungen bezüglich des Rollenverständnisses, des

Verhältnisses zwischen religiösen Klient_innen und Heiler_innen und der Dynamik im Heilungsverfahren.

Der vorliegende Band ist Ergebnis einer explorativen Tagung zu der oben ausgeführten These einer post-säkularen somatischen Verwobenheit von Religion und Heilung, in der davon ausgegangen wird, dass sich Religion, Gesundheit und Körper jenseits ihrer modernen Ausdifferenzierung miteinander verschränken und (neu) verbinden und dies Religion auch in ihrer inneren Organisation wie in ihrem Selbstverständnis grundlegend verändert.

In den empirischen Studien in diesem Band – die in der Regel nicht im engeren Sinne vor dem Hintergrund dieser spezifischen These entstanden sind, sondern in je eigenen Forschungs- und Fragezusammenhängen – scheint aber durch, dass Subjektivierungs- und Charismatisierungsprozesse, neue Organisationsverständnisse und Authentizitäts- und religiöse Autoritätsdynamiken im Zusammenhang mit der Somatisierung des Religiösen (ent)stehen. Wir verstehen insofern diesen Sammelband keinesfalls als eine abschließende Behandlung unserer Fragestellungen und unserer Hypothese, sondern vielmehr als ersten Schritt hin zu einer differenzierten Erforschung des neuen post-säkularen Feldes von Religion und Heilung.

Literatur

- Aupers, Stef und Dick Houtman (2006), „Beyond the Spiritual Supermarket: The Social and Public Significance of New Age Spirituality“. In: *Journal of Contemporary Religion* 21.2, S. 201–222. DOI: [10.1080/13537900600655894](https://doi.org/10.1080/13537900600655894) (zit. S. 6).
- Becker, Raymond u. a., Hrsg. (2010), *Neue Wege in der Medizin: Alternativmedizin – Fluch oder Segen?* Heidelberg: Winter (zit. S. 5).
- Bekkenkamp, Jonneke und Maaike de Haardt (1998), *Begin with the Body: Corporeality, Religion and Gender*. Leuven: Peeters (zit. S. 6).
- Bell, Catherine M. (2006), „Embodiment“. In: *Theorizing Rituals*. Hrsg. von Jens Kreinath, Jan Snoek und Michael Stausberg. Bd. 1: Issues, Topics, Approaches, Concepts. Leiden: Brill, S. 533–543 (zit. S. 6).

- Berger, Peter L. (2012), „Further Thoughts on Religion and Modernity“. In: *Society* 49.4, S. 313–316. DOI: [10.1007/s12115-012-9551-y](https://doi.org/10.1007/s12115-012-9551-y) (zit. S. 4).
- Bourdieu, Pierre (1982), *Die feinen Unterschiede: Zur Kritik der gesellschaftlichen Urteilskraft*. Frankfurt am Main: Suhrkamp (zit. S. 5).
- (1992), „Die Auflösung des Religiösen“. In: *Rede und Antwort*. Frankfurt am Main: Suhrkamp, S. 231–237 (zit. S. 4, 6).
- Büssing, Arndt, Thomas Ostermann und Peter F. Matthiesen (2005), „The Role of Religion and Spirituality in Medical Patients in Germany: Confirmatory results with the SpREUK questionnaire“. In: *Journal of Religion and Health* 44.3, S. 321–340. DOI: [10.1186/1477-7525-3-10](https://doi.org/10.1186/1477-7525-3-10) (zit. S. 4).
- Csordas, Thomas J. (1990), „Embodiment as a Paradigm for Anthropology“. In: *Ethos* 18, S. 5–47. JSTOR: [640395](https://www.jstor.org/stable/640395) (zit. S. 6).
- Edwards, Adrian Gwyn u. a. (2010), „Review Article: The Understanding of Spirituality and the Potential Role of Spiritual Care in End-of-life and Palliative Care: A Meta-study of Qualitative Research“. In: *Palliative Medicine* 24.8, S. 753–770. DOI: [10.1177/0269216310375860](https://doi.org/10.1177/0269216310375860) (zit. S. 5).
- Elias, Norbert (1976), *Über den Prozeß der Zivilisation: Soziogenetische und psychogenetische Untersuchungen*. Frankfurt am Main: Suhrkamp (zit. S. 5).
- Foucault, Michel (1976), *Überwachen und Strafen: Die Geburt des Gefängnisses*. Frankfurt am Main: Suhrkamp (zit. S. 5).
- (1993 [1963]), *Die Geburt der Klinik: Eine Archäologie des ärztlichen Blicks*. Frankfurt am Main: Suhrkamp (zit. S. 5).
- Futterknecht, Veronica, Michaela Noseck-Licul und Manfred Kremser, Hrsg. (2013), *Heilung in den Religionen: Religiöse, spirituelle und leibliche Dimensionen*. Schriftenreihe der Österreichischen Gesellschaft für Religionswissenschaft 5. Wien [et al.]: Lit (zit. S. 3).
- Good, Byron J. (1994), *Medicine, Rationality, and Experience: An Anthropological Perspective*. Cambridge [et al.]: Cambridge University Press (zit. S. 6).
- Gugutzer, Robert (2002), „Der Leib, die Nonne und der Mönch: Zur leiblich-affektiven Konstruktion religiöser Wirklichkeit“. In: *Körperrepräsentationen: Die Ordnung des Sozialen und der Körper*. Hrsg. von Kornelia Hahn und Michael Meuser. Konstanz: UVK, S. 137–163 (zit. S. 6).

- Gugutzer, Robert (2006), „Der body turn in der Soziologie: Eine programmatische Einführung“. In: *Body turn: Perspektiven der Soziologie des Körpers und des Sports*. Hrsg. von Robert Gugutzer. Bielefeld: Transcript, S. 9–53 (zit. S. 5, 6).
- Gugutzer, Robert und Moritz Böttcher, Hrsg. (2012), *Körper, Sport und Religion: Zur Soziologie religiöser Verkörperungen*. Wiesbaden: Springer VS (zit. S. 6).
- Habermas, Jürgen und Joseph Ratzinger (2005), *Dialektik der Säkularisierung: Über Vernunft und Religion*. Hrsg. von Florian Schuller. Freiburg i. Br. [et al.]: Herder (zit. S. 4).
- Heelas, Paul und Linda Woodhead, Hrsg. (2005), *The Spiritual Revolution: Why Religion is Giving Way to Spirituality*. Malden, MA: Blackwell (zit. S. 6).
- Illouz, Eva (2009), *Die Errettung der modernen Seele: Therapien, Gefühle und die Kultur der Selbsthilfe*. Frankfurt am Main: Suhrkamp (zit. S. 6).
- Kamper, Dietmar (1982), *Die Wiederkehr des Körpers*. Frankfurt am Main: Suhrkamp (zit. S. 7).
- Klein, Constantin, Hendrik Berth und Friedrich Balck, Hrsg. (2011), *Gesundheit – Religion – Spiritualität: Konzepte, Befunde und Erklärungsansätze*. Weinheim [et al.]: Juventa (zit. S. 4).
- Knoblauch, Hubert (1991), „Die Verflüchtigung der Religion ins Religiöse: Thomas Luckmanns unsichtbare Religion“. In: Luckmann, Thomas. *Die unsichtbare Religion*. Frankfurt am Main: Suhrkamp, S. 7–41 (zit. S. 7).
- (2009), *Populäre Religion: Auf dem Weg in eine spirituelle Gesellschaft*. Frankfurt am Main: Campus (zit. S. 4).
- Koch, Anne (2007), *Körperwissen: Grundlegung einer Religionsästhetik*. Habilitationsschrift an der Fakultät für Philosophie, Wissenschaftstheorie und Religionswissenschaft der Ludwig-Maximilians-Universität München. URL: <http://epub.ub.uni-muenchen.de/12438/1/Habilitation-Koch-02.03.07.pdf> (zit. S. 6).
- Koenig, Harold G. (2012), „Review Article: Religion, Spirituality, and Health. The Research and Clinical Implications“. In: *ISRN Psychiatry*. DOI: [10.5402/2012/278730](https://doi.org/10.5402/2012/278730) (zit. S. 5).

- Luckmann, Thomas (1991), *Die unsichtbare Religion*. Frankfurt am Main: Suhrkamp (zit. S. 4, 7).
- Lüddeckens, Dorothea (2012), „Religion und Medizin in der europäischen Moderne“. In: *Religionswissenschaft*. Hrsg. von Michael Stausberg. Berlin und Boston: De Gruyter, S. 283–297 (zit. S. 3).
- Luhmann, Niklas (2000), *Die Religion der Gesellschaft*. Frankfurt am Main: Suhrkamp (zit. S. 7).
- Maasen, Sabine u. a., Hrsg. (2011), *Das beratene Selbst: Zur Genealogie der Therapeutisierung in den „langen“ Siebzigern*. Bielefeld: Transcript (zit. S. 6).
- Mellor, Philip A. und Chris Shilling (1997), *Re-forming the Body: Religion, Community and Modernity*. London [et al.]: Sage (zit. S. 6).
- Mohn, Jürgen (2007), „Körperkonzepte in der Religionswissenschaft und der Religionsgeschichte“. In: *Körper – Kulte: Wahrnehmungen von Leiblichkeit in Theologie, Religions- und Kulturwissenschaften*. Hrsg. von Christina aus der Au und David Plüss. Christentum und Kultur: Basler Studien zu Theologie und Kulturwissenschaft des Christentums 6. Zürich: Theologischer Verlag, S. 47–74 (zit. S. 5).
- Pargament, Kenneth I. u. a. (1998), „Patterns of Positive and Negative Religious Coping with Major Life Stressors“. In: *Journal for the Scientific Study of Religion* 37.4, S. 710–724 (zit. S. 4).
- Sloan, Richard P. (2006), *Blind Faith: The Unholy Alliance of Religion and Medicine*. New York: St. Martin's Press (zit. S. 5).
- Sointu, Eeva (2006), „The Search for Wellbeing in Alternative and Complementary Health Practices“. In: *Sociology of Health & Illness* 28.3, S. 330–349. doi: [10.1111/j.1467-9566.2006.00495.x](https://doi.org/10.1111/j.1467-9566.2006.00495.x) (zit. S. 6).
- Urban, Elke (2011), *Transkulturelle Pflege am Lebensende: Umgang mit Sterbenden und Verstorbenen unterschiedlicher Religionen und Kulturen*. Stuttgart: Kohlhammer (zit. S. 5).
- Visser, Marijke und Anneke de Jong (2002), *Kultursensitiv pflegen: Wege zu einer interkulturellen Pflegepraxis*. Hrsg. von Dirk Emmrich. München [et al.]: Urban & Fischer (zit. S. 5).

2. Der Körper, die Sinne und die Phänomenologie der Wahrnehmung: Vom Embodiment-Paradigma zur Religionsästhetik

Sebastian Schüler, Universität Leipzig

Zusammenfassung: Die Rede von der Verkörperung sozialer Tatsachen ist seit den Werken von Marcel Mauss und Robert Hertz bekannt und hat die Körperdebatten in der Religionssoziologie und Religionswissenschaft nachhaltig geprägt. Die Religionswissenschaft hat aber erst mit der Formulierung einer Religionsästhetik/Religionsästhetik seit Ende der 1980er Jahre langsam damit begonnen, den Körper und dessen Sinne wieder in den Blick zu nehmen und somit das Vermächtnis einer auf Empathie setzenden Religionsphänomenologie hinter sich gelassen. Die zentrale Frage, die sich bei der Betrachtung religiöser Verkörperungsprozesse stellt, ist, wie sich Verkörperungen auf somatischer Ebene – und damit jenseits der kulturell-symbolischen Deutungen – beschreiben und erklären lassen; Wie also werden Ideen und Diskurse somatisch materialisiert? Hinzu kommen Fragen wie: Wie werden der Körper und die Sinne in religiösen Handlungen eingesetzt, um soziale Wirklichkeit herzustellen und wie wirkt diese Wirklichkeit auf die Sinne und die Wahrnehmung religiöser Menschen zurück? Wie wird religiöses Wissen durch sinnliche Wahrnehmung sozial und kulturell effektiv und wirksam? Und wie lassen sich hierzu phänomenologisch beschreibende und funktional erklärende Ansätze verbinden?

Die Religionsästhetik geht diesen Fragen nach und findet teilweise auch in den neueren Ansätzen der kognitions- und neurowissenschaftlichen Erforschung des Körpers spannende Erklärungsansätze, die für die Religionsforschung fruchtbar gemacht werden können. Für die Religionsästhetik spielt entsprechend nicht nur der Körper als phänomenologischer Ort der Verkörperung (Leib) eine wichtige Rolle, sondern

sie interessiert sich für die einzelnen Sinne und deren Zusammenspiel in der Verarbeitung religiöser Wahrnehmung. Der Beitrag möchte einen kleinen Einblick in die noch junge Religionsästhetik geben und anhand der zentralen Fragen und Konzepte zu Körper, Sinne und Wahrnehmung konstruktiv zur Diskussion um eine Somatisierung des Religiösen und einer ausstehenden Körpertheorie beitragen.

2.1. Einleitung

Der Körper war für lange Zeit ein wenig beachteter und vor allem untertheoretisierter Gegenstand religionswissenschaftlicher Forschung. Im Anschluss an Marcel Mauss' Begriff der Körpertechniken weisen auch heute noch viele Nachschlagewerke lediglich auf die Funktion von Körpertechniken in den einzelnen Religionen hin und beschreiben deren theologische Einbettungen und religiöse Deutung in den jeweiligen religiösen Systemen (Sullivan 2001). Erst in den letzten Jahren avancierte der Begriff der Somatisierung bzw. Verkörperung zu einem Schlagwort in unterschiedlichen Sozial- und Kulturwissenschaften und markiert zudem ein neu entfachtetes Interesse am Körper als Forschungsgegenstand der Religionswissenschaft. Weiterhin scheint dieses theoretische Interesse auch davon beflügelt, dass in rezenten religiösen Entwicklungen der Körper mehr Aufmerksamkeit erfährt, sei dies in charismatischen Gottesdiensten, esoterischen Praktiken, popularisierter Wellnesskultur oder in therapeutischen Heilungsangeboten (Höllinger und Tripold 2012). Diese letztgenannte Beobachtung ging auch der Tagung voraus, in deren Kontext dieser Beitrag entstanden ist.

Dass der Körper immer schon Mittel und Medium subjektiver, hegemonialer oder auch subversiver Ausdrucksformen von Religion war, kann unbestritten behauptet werden. Weiterhin lässt sich beobachten, dass Körper- bzw. Selbsttechniken spätestens seit der Wende zum 20. Jahrhundert immer mehr ins Zentrum der eignen Identitätsstiftung rückten. Entsprechend ist es an der Zeit, sich dem Vorgang ‚Somatisierung‘ im Sinne von Verkörperungsprozessen zu widmen und danach zu fragen, wie Verkörperungsprozesse und Körpererfahrungen genutzt werden, um religiöse Wirklichkeit zu

legitimieren, welchen Effekt Verkörperungen auf die subjektive und kollektive Wahrnehmung haben oder wie Verkörperungsprozesse soziale Gemeinschaften oder neue biographische Lebensabschnitte entstehen lassen. Der Begriff der Somatisierung des Religiösen würde dann als soziale und subjektive Handlung verstanden, wobei die jeweiligen und voneinander abhängigen sozialen und subjektiven Funktionen und Mechanismen der Verkörperung herauszuarbeiten wären. Das Ziel solcher Überlegungen könnte sein, das Desiderat einer religionswissenschaftlichen Körpertheorie für die Erforschung zeitgenössischer religiöser Körperdiskurse, -techniken und -wahrnehmungen zu schließen (Mohn 2007, S. 48).

Als Forschungsobjekt bietet der Körper grundsätzlich sehr unterschiedliche Zugänge und Facetten, etwa einerseits als der biologische Träger unseres (subjektiven) Bewusstseins oder andererseits als Schnittstelle aller unserer subjektiven Äußerungen und Handlungen mit der kulturellen und sozialen Außenwelt. In den öffentlichen Diskursen und Darstellungen des Körpers der Gegenwart dominiert meist der materielle Körper, der gestaltet, geformt, durchleuchtet, seziiert und ausgestellt werden kann. Dieser Verdinglichung des Körpers wirkt zugleich ein neu entfachtetes Interesse an der subjektiven Wahrnehmung und der Leiblichkeit entgegen (Alloa u. a. 2012), was nicht zuletzt ein neues Interesse an der Phänomenologie der Wahrnehmung bewirkt hat. Der Körper ist somit nicht nur ein materielles Objekt, das dazu dient, das eigene Selbst zu repräsentieren, sondern er ist die Schnittstelle von Subjekt(ivierung) und Objekt(ivierung), von Natur und Kultur, von Biologie, Semiotik und Kommunikation in allen Formen menschlichen Verhaltens. Als solche somatische Schnittstelle zwischen dem Innen und Außen sowie dem Unbewussten und dem Bewussten repräsentiert und interagiert der Körper jedoch nicht nur, sondern inkorporiert zugleich Ideen und Wissen und verkörpert dieses als Erinnerungen und neu angelegtes „Körperwissen“ (Koch 2007).

Im Anschluss an die Arbeiten aus dem Bereich der Anthropologie des Körpers, die sich vor allem mit der Phänomenologie des Leibes und somit mit der subjektiven Wahrnehmung beschäftigt haben (Embodiment-Paradigma)

(Csordas 1990), sollten unter dem Begriff der Somatisierung jedoch auch die sozialen und kognitiv-biologischen Mechanismen von Verkörperungsprozessen mitberücksichtigt werden, wie sie vor allem in den letzten Jahren in der Soziologie des Körpers (Gugutzer 2012) oder in den kognitiven Theorien des Embodiment (Gallagher 2012) entwickelt wurden. Diesem Zusammenspiel von sozialen, subjektiven und biologischen Mechanismen soll im Anschluss Rechnung getragen werden, um den Begriff der Somatisierung (des Religiösen) analytisch zu schärfen.

In dem vorliegenden Beitrag möchte ich daher folgenden Überlegungen nachgehen: In der (deutschen) Religionswissenschaft wurde der Körper als Forschungsgegenstand lange unberücksichtigt gelassen. Erst in jüngerer Zeit findet dieser wieder mehr Aufmerksamkeit und wird vor allem unter dem Fokus der *Religionsästhetik* neu verhandelt (Cancik und Mohr 1988). Die Religionsästhetik/Religionsästhetik (von *aisthesis* = Wahrnehmung, Empfindung) fragt dabei insbesondere nach den sinnlichen Grundlagen der Wahrnehmung von Religion bei religiösen Akteuren. Auf eine längere Tradition kann hingegen die *Anthropologie des Körpers* verweisen, welche ebenfalls in der Religionswissenschaft nur wenig rezipiert wurde, was nicht zuletzt an ihrer phänomenologischen Ausrichtung gelegen haben mag. Einem besonderen Stellenwert kommt hier dem sogenannten *Embodiment-Paradigma* zu, welches insbesondere von dem Anthropologen Thomas Csordas (1990) (weiter)entwickelt wurde und die gegenwärtige Körperanthropologie stark beeinflusste. Als einen dritten theoretischen Baustein zur Auseinandersetzung mit dem Körper sollen hier jüngere *kognitionswissenschaftliche Körpertheorien* (*embodied cognition*) angeführt werden, welche sowohl den religionsästhetischen Fokus erweitern, als auch eine Brücke zum phänomenologisch geprägten Embodiment-Paradigma der Körperanthropologie schlagen können.

Der Beitrag geht damit folgenden Leitfragen nach: 1.) Warum erfuhr der Körper in der Religionswissenschaft eine so lange Geschichte der Nichtbeachtung? 2.) Welche Körpertheorien bieten sich an, um religiöse Verkörperungsprozesse zu beschreiben und zu erklären? 3.) Welche Rolle spielen bei der Erforschung des Körpers in religiösen Praktiken und Ideen die dem Kör-

per zugrundeliegenden Sinne? 4.) Wie lässt sich (religiöse) Wahrnehmung wissenschaftlich fassen und beschreiben? Der Beitrag greift mit diesem Fragenkatalog die Programmatik der noch jungen Religionsästhetik auf, ohne jedoch den Anspruch zu erheben, diese in ihrer ganzen Breite wiederzugeben. Vielmehr soll die religionsästhetische Perspektive auf den Körper vorgestellt und mit vorhandenen Körpertheorien kontextualisiert werden. Dabei soll auch der Frage nach den Möglichkeiten phänomenologischer Beschreibungen von Wahrnehmungsformen nachgegangen werden, die in der Religionswissenschaft aus disziplingeschichtlichen Gründen lange vernachlässigt wurden (Mohn 2004, 2007, 2012), jedoch über die Religionsästhetik sowie den Embodiment-Paradigmen aus der Anthropologie und den Kognitionswissenschaften neu für die Religionswissenschaft fruchtbar gemacht werden können.

Im Folgenden (Abschnitt 2.2) widme ich mich zunächst unterschiedlichen Traditionen von Körpertheorien und dem Embodiment-Paradigma und gehe der Frage nach, inwiefern hier klassische und neuere Ansätze zu einer Phänomenologie der Wahrnehmung beitragen. Dabei soll auch das noch junge Feld der Religionsästhetik als religionswissenschaftlicher Beitrag zu einer Körpertheorie vorgestellt und daran gezeigt werden, dass Somatisierung nicht ungeklärt von den Sinnen verstanden werden und die Religionsästhetik eine erweiterte Perspektive auf Verkörperungsprozesse und Wahrnehmungskonzepte werfen kann. Abschließend wird im Abschnitt 2.3 noch kurz auf kognitive Körpertheorien eingegangen, die hier als Korrektur zur einseitig leibphänomenologischen Betrachtung des Körpers angeführt werden, sich jedoch selbst einer phänomenologischen Betrachtung der Wahrnehmung gegenüber öffnen.

2.2. Der Körper, die Sinne und die Phänomenologie der Wahrnehmung

Der Mensch ist ein biologisches Lebewesen mit einem biologischen Körper, der versorgt werden muss, Bedürfnisse hat und sterblich ist. Darüber hin-

aus ist der Körper aber auch immer Ort subjektiver Gefühle und Empfindungen, Träger des Bewusstseins und Ressource kultureller Symbole sowie Gegenstand sozialer Prozesse, in dem sich soziale Ordnungen spiegeln und einschreiben. Der Körper war daher immer schon Gegenstand unterschiedlicher Überlegungen, von der Philosophie über die Anthropologie und Psychologie bis hin zur Soziologie.

Auch die sogenannte Anthropologie des Körpers kennt diese unterschiedlichen Zugänge und hat entsprechend eine eher philosophisch-phänomenologische und eine eher soziologische Tradition hervorgebracht. Zu letzteren gehören Vertreter der frühen Religionssoziologie wie die sogenannte Durkheimschule. Insbesondere Marcel Mauss (1978 [1934/35]) hat mit seinen Abhandlungen zu Körpertechniken den sozialen Einfluss auf den Körper schon früh erkannt und beschrieben. Zur stärker philosophisch-phänomenologischen Tradition gehören Vertreter wie Maurice Merleau-Ponty und Helmut Plessner, wobei vor allem Merleau-Ponty (1974 [1966]) für die Unterscheidung zwischen Körper und Leib bekannt wurde. Im Folgenden soll daher zunächst kurz auf diese Richtung eingegangen und deren Unterscheidung zur Tradition der Religionsphänomenologie verdeutlicht werden.

2.2.1. Die Phänomenologie der Wahrnehmung und die Religionsphänomenologie

Merleau-Ponty (1974 [1966]) sah den Leib vor allem als eine vermittelnde Instanz zwischen dem Geist oder Intellekt einerseits und dem Körper als dessen biologischen Träger andererseits. Der Leib ist für ihn der lebendige, gefühlte oder subjektive Körper. Damit suchte er einen Mittelweg zwischen den Positionen des intellektualistischen Kritizismus, der die Welt nur als Produkt des Bewusstseins ansah und den materialistischen Positionen des Behaviorismus. Der Leib ist ihm der fundamentale Zugang zur Welt, dessen Wahrnehmungen es phänomenologisch zu beschreiben gilt, um die Strukturen zwischen dinglicher Welt und Bewusstsein auszuloten. Für Merleau-Ponty endet daher der Leib auch nicht an der physiologischen Grenze der

Haut, sondern erstreckt sich in den ihn umgebenden Raum mit allen seinen Sinnen, die in der Wahrnehmung Sinn erzeugen. Der Raum konstituiert sich erst mit und durch den erfahrenden Leib (Merleau-Ponty 1974 [1966], S. 127).

Diese Betonung des erfahrenden Leibes als grundlegende Philosophie und Anthropologie findet ihre Berechtigung in dem Versuch der Aufhebung klassischer Dualismen und Dichotomien wie Subjekt und Objekt, Körper und Geist, Natur und Kultur. Zu unterscheiden ist dieser Zugang und die Betonung der subjektiven Empfindung von den religionsphänomenologischen Ansätzen wie sie die frühe Religionswissenschaft prägten. Das „Kreaturgefühl“ etwa, wie es Rudolf Otto noch nannte, machte die subjektive Erfahrung nicht zum Ausgangspunkt einer anthropologischen Erkenntnistheorie wie bei Merleau-Ponty, sondern zu einer Methode des Einfühlens ins Numinose, wobei das eigene Erlebnis nicht systematisch-phänomenologisch beschrieben, sondern lediglich als Sensorium für das „ganz Andere“, das Heilige herangezogen wurde, welches nach Otto über die sinnlichen Erfahrungen hinausginge (Otto 2004 [1917]). Das Andere wurde dabei jedoch meist unreflektiert auf das Eigene und bereits Bekannte reduziert. Die intellektualistisch geprägte Religionsphänomenologie verwies zwar auf die im Körper stattfindenden, nichtreflexiven Erfahrungen, erkannte aber nicht, dass der Körper als biologischer und kultureller Ort auch Träger von religiösen Bedeutungen ist. Jürgen Mohn kritisiert ebenfalls die Verdrängung des Körpers in der Religionsphänomenologie und schreibt dazu:

Erfahrung wird als ein den Körper als Basis zwar voraussetzender, ihrer religiösen Erkenntnisfähigkeit jedoch jenseits liegender und daher selbst zu vernachlässigender Vorgang beschrieben. Zumindest den frühen phänomenologischen Zugängen zur Religion, die den Intellektualismus und zugleich die Innerlichkeit der eigenen Erfahrungs-Religiosität zur Basis ihrer Religionstheorie erhoben haben, liegt das Interesse am Körper selbst als religiösem Phänomen und Basis einer Religionstheorie fern. (Mohn 2007, S. 50)

Dagegen trachtet die philosophisch-anthropologische Phänomenologie der

Wahrnehmung nach einem systematischen Beschreibungsvokabular, um unbewusst ablaufende Körperprozesse und -wahrnehmungen, die konstitutiv für das alltägliche Handeln sind, in den Blick zu bekommen und diese als grundlegend für alle Welt- und Selbsterkenntnis zu deuten. Diese von Merleau-Ponty vorgegebene Richtung beeinflusste auch alle weiteren Vertreter der Anthropologie des Körpers und insbesondere das Embodiment-Paradigma von Thomas Csordas.

2.2.2. Die Anthropologie des Körpers und das Embodiment-Paradigma

Die phänomenologisch geprägte Anthropologie des Körpers nahm mit Merleau-Ponty ihren Anfang und entwickelte sich über Pierre Bourdieu bis hin zu Thomas Csordas zu einer der bedeutendsten Körpertheorien der Gegenwart. Csordas war es, der nicht nur diese Körpertheorie empirisch in die Religionsforschung eingebunden hat (1997), sondern zudem den Begriff des Embodiment (Verkörperung) zu einem Paradigma in der Anthropologie erklärte (1990). Das phänomenologisch geprägte Paradigma des Embodiment unterscheidet sich nach Csordas daher von anderen Anthropologien des Körpers, die eher nach den sozialen Strukturen und symbolischen Repräsentationen des Körpers in Kultur fragen (1993).

Dieses Paradigma richtet sich zudem gegen bzw. sieht sich als Ergänzung zu einem semiotischen Paradigma, das Kultur stets als Text verstand, welche nur gelesen werden müsse. Für Csordas ist jedoch Kultur nicht etwas, was einfach objektiv vorliegt, sondern was subjektiv erfahren und dadurch erst wirklich wird, wobei der Körper bzw. Leib den zentralen Ort der Sinnproduktion darstellt, weil es der Körper ist, mit dem wir unsere soziale und kulturelle Umwelt und uns selbst bzw. unser Selbst wahrnehmen und zwar in einem stetig dialektischen Bezug aufeinander. Csordas (1993) spricht daher auch von „somatic modes of attention“, mit denen wir uns selbst in Relation zu anderen sozialen Akteuren wahrnehmen. Körperliche Aufmerksamkeit geht dementprechend vom Körper aus und richtet sich zugleich auf den eigenen und den fremden Körper. Der Körper produziert in diesem Prozess Sinn und verkörpert

diesen zugleich, weshalb Csordas die verkörperte Erfahrung zum Ausgangspunkt der Analyse kultureller Praktiken macht (Csordas 1993, S. 135).

Csordas untersucht dazu, wie kulturelle Objekte in der Wahrnehmung entstehen. Dieser Prozess der Objektivierung von Kultur beginnt für ihn im Leib. Das Selbst ist der sich selbst bewusste Leib. Und Kultur ist die Objektivierung dieses Selbst bzw. eines Teils davon. Der Leib ist für Csordas entsprechend ein Medium oder ein Mittel für das Selbst, um sich selbst zu einem kulturellen Objekt zu objektivieren. Es ist daher das Anliegen von Csordas, die Trennung von Subjekt und Objekt, wie sie noch bei Durkheim zu finden ist, aufzulösen. Entsprechend geht es Csordas auch primär um eine Methodologie des Embodiment und weniger um die konkreten physiologischen und emotionalen Prozesse, die sich im Subjekt abspielen bzw. von diesem bewusst induziert werden (Platz 2006, S. 10). Eine der herausragenden Leistungen von Csordas und anderen Theoretikern im Bereich der Anthropologie des Körpers ist es sicherlich, den Logozentrismus und die Überbetonung des Visuellen in der Anthropologie kritisiert zu haben und dem Körper wieder mehr Raum zu geben.

Csordas geht jedoch noch einen Schritt weiter und bietet mit seiner Anthropologie zusätzlich eine Religionstheorie an (Csordas 1994, 1997). Nach Csordas ist das Sakrale die Objektivierung eines Teils des eigenen Selbst, das nicht als Teil des eigenen Selbst akzeptiert wird. Es kann abgelehnt werden, wie etwa ein Dämon oder es wird akzeptiert, wie ein Gott und kann in beiden Fällen inkorporiert werden, wie Csordas am Beispiel der katholisch-charismatischen Bewegung verdeutlicht (Csordas 1997). Den Ursprung des Sakralen sieht Csordas entsprechend in der natürlichen Alterität des Menschen. Der Mensch muss sich ein Gegenüber denken, um sich selbst wahrzunehmen. Dies sei auch der Grund für religiöse Vorstellungen, die er als eine *conditio humana* ansieht.

Es ist sicherlich ein großer Verdienst des von Thomas Csordas ausgehenden Embodiment-Paradigmas, den cartesianischen Dualismus zu überwinden zu suchen. Dennoch eröffnet dieses Paradigma andere Probleme, auf die ich im Folgenden kurz eingehen möchte. Für Csordas sind Subjekt und Objekt dasselbe. Die vom Selbst objektivierten kulturellen Objekte scheinen keine

eigene Realität zu besitzen, sondern sind immer auf das Selbst bzw. das Subjekt reduzierbar, sie bleiben phänomenologisch zu beschreibende psychische Phänomene. Ähnlich argumentiert auch Ehler Voss (2011) mit Verweis auf die Phänomenologie des Fremden von Bernhard Waldenfels, demnach das Subjekt ein radikales Anderes benötigt, um sich selbst zu erkennen. Wenn dieses Andere aber letztendlich nichts anderes als das eigene Subjekt ist, verliert es an erklärender Kraft. Das Embodiment-Paradigma von Csordas basiert entsprechend nicht auf einer leibphänomenologischen Anthropologie, sondern auf einer Bewusstseinsphilosophie.

Eine weitere Kritik hat die Religionswissenschaftlerin Anne Koch (2007) mit ihrem Konzept des Körperwissens formuliert. Sie kritisiert an Csordas und „anderen Embodiment-Theoretikern in leibphänomenologischer Tradition“, dass sie die Prozesse der Objektivierung wie Deutungen und Symbolisierungen verstehen und „dabei beiläufige, nicht symbolisch explizierte Parameter“ übersehen (ebd., S. 146). Sie vermisst ein eindeutigeres somatisches Beschreibungsvokabular und erklärende Körpertheorien, um eben die affektiv-sinnlichen Wahrnehmungen, die gewissen religiösen Praktiken erst ihre subjektive Effektivität verleihen, in den Blick zu bekommen. Csordas (1993, S. 139) beschreibt etwa den somatischen Modus von Meditation als „sense of somatic contingency and transcendence“. Koch stellt dazu kritisch fest, dass es geradezu typisch für phänomenologische Arbeiten sei, zu schnell zu interpretieren. Sie führt dazu aus:

Was beschreiben Kontingenz und Transzendenz an einem somatischen Modus? Die Begriffe sind in anderen Diskursen als dem somatischen beheimatet. In vielen anthropologischen Deutungen verweist der Körper per se über sich hinaus, jetzt plötzlich soll die Transzendenz *differentia specifica* nur eines Körpervollzuges, der Meditation, sein. (Koch 2007, S. 146)

Während Csordas also einen materiellen Reduktionismus zu vermeiden sucht, öffnet er Tor und Tür für Transzendenzerfahrungen als universale subjektive Erfahrung, die Religion wieder als eine Kategorie *sui generis* und die religiöse Erfahrung als religiöses *a priori* einführt. Für Csordas entsteht zudem das

Sakrale ausschließlich aus dem Selbst. Er ignoriert dabei soziale Prozesse der kollektiven Zuschreibung und Wirklichkeitserzeugung, gerade so, als ob die kulturellen Objektivierungen keine intersubjektiven Dynamiken aufwiesen und damit keine eigene diskursive Wirklichkeitsebene über das Individuum hinaus besäßen. Die phänomenologische Verortung des Subjekts als den sich selbst bewussten Leib sagt demnach nichts über dessen Funktionen und Interaktionen mit einer als faktisch anzunehmenden sozialen, kulturellen und physikalischen Umwelt aus.

Es sollte also festgehalten werden, dass das Überwinden von Dichotomien nicht vollzogen werden kann, indem man sie aufzulösen versucht, sondern indem man sie anerkennt und deren gegenseitige Abhängigkeit und Interaktion hervorhebt, eine Position, die im Grunde schon von Merleau-Ponty vertreten wurde. Die Materialität der Körper und anderer Objekte sollte in den Untersuchungen zu Religionen ebenso Beachtung finden, wie die kollektiven Vorstellungen, kulturellen Diskurse und sozialen Interaktionen. Die rein phänomenologischen Beschreibungen liefern keine Erklärung der physiologischen, emotionalen und affektiven Implikationen von Verkörperungsprozessen in Religionen. Phänomenologie der Wahrnehmung sollte demnach nicht heißen, dass hier nur eine Beschreibung des sich dem Bewusstsein zeigenden Phänomens erfolgen soll, sondern sie sollte ebenso die der Wahrnehmung zugrunde liegenden affektiven Mechanismen und Dispositionen erklären, die der Struktur der Wahrnehmung vorausgehen.

Csordas thematisiert entsprechend kaum, was den Leib prägt bzw. wohin etwas geht, wenn es verkörpert wird. Der Begriff der Verkörperung bleibt gleichsam metaphorisch. Aber auch sozialwissenschaftliche Theorien der Einschreibung von Gesellschaft bzw. von Kultur in den Körper bleiben oftmals deskriptiv und erklären nicht genau, wie Ideen und Vorstellungen in den Körper eingeschrieben werden bzw. welche Auswirkungen diese auf die subjektive Wahrnehmung haben. So kann zwar der Habitusbegriff von Bourdieu verdeutlichen, welche Auswirkungen soziale Ordnungen auf den Körper haben, wie diese jedoch dort hineinkommen und wie diese die Wahrnehmung steuern oder verändern, bleibt oft unterbestimmt.

Die leibphänomenologische Tradition der Anthropologie des Körpers hat zwar einerseits den Fokus auf die Wahrnehmung gelenkt, was als ihr größter Verdienst angesehen werden kann, jedoch dabei die Materialität des Körpers und dessen biologisch-physiologische Dispositionen und affektiv-restriktive Mechanismen der Wahrnehmung aus den Augen verloren. Der Frage, wie sich solche Positionen vereinen lassen, soll weiter unten nachgegangen werden. Zunächst jedoch soll kurz auf solche Ansätze eingegangen werden, die die leibphänomenologische Tradition jüngst wiederentdeckt und diese auf die Rolle der Sinne und Sinnlichkeit hin erweitert haben.

2.2.3. Die Soziologie des Körpers und die Anthropologie der Sinne

Ähnlich wie die Anthropologie des Körpers, kann auch die Soziologie des Körpers auf eine lange Tradition von Theoretikern zurückblicken, wobei hier nicht der Ort ist, diese Traditionen und Theorien wiederzugeben. Allgemein kann jedoch für eine Soziologie des Körpers wie sie sich insbesondere in der Année-Schule um Durkheim herausbildete und später von Ritualtheoretikern wie Victor Turner weitergeführt wurde, festgehalten werden, dass das Interesse am Körper meist darin begründet war, zu fragen, wie sich das Soziale im Körper einschreibt. Auch wenn diese Formel den einzelnen Theorien nicht gerecht werden kann, so kann zumindest behauptet werden, dass es weniger um die phänomenologische Innenwelt des Subjekts und dessen Verhältnis zur als objektiv wirkenden Außenwelt geht, sondern um die Frage nach dem Verhältnis von Individuum und Gesellschaft und der Rolle des Körpers als entweder habituellem Ort der Verkörperung sozialer Tatbestände (Marcel Mauss, Robert Hertz, Pierre Bourdieu) oder als symbolischer Ort der Demarkation sozialer Sphären und Funktionen (Max Weber, Judith Butler). Bourdieus Habitusbegriff etwa beschreibt zwar, dass Verkörperungsprozesse durch Sozialisation stattfinden und sich dauerhaft im Körper einnisten und bis in die Körperhaltungen hinein sichtbar werden, aber der Begriff des Habitus erklärt nicht, wie die sozialen Normen in den Körper kommen bzw. wie körperlich-affektives Verhalten in sozialen Interaktionen auf die individuel-

len und gemeinschaftlichen Handlungen einwirkt. Die Soziologie des Körpers wurde entsprechend lange von der Perspektive auf den Körper als „Aushandlungsmedium religiöser Integrationsprozesse“ bestimmt (Mohn 2007, S. 55). Jürgen Mohn schreibt dazu weiter, dass „(r)eligionswissenschaftliche Konzepte, die diese Vorschläge systematisieren, verallgemeinern und am religionsgeschichtlichen Material prüfen und vertiefen, fehlen“ (ebd.). Hingegen seien es vor allem die soziologischen und ritualtheoretischen Körpertheorien, die zu Deutungs- und Erklärungszwecken zeitgenössischer religiöser und spiritueller Körperbetontheit herangezogen würden (und weniger die leibphänomenologischen Theorien des Embodiment oder gar religionsästhetische Ansätze).

Das Interesse am Leib und der Wahrnehmung wurde jedoch auch jüngst in der Soziologie des Körpers neu entfacht. So kritisieren aktuelle Vertreter einer Soziologie des Körpers einerseits die immer noch vorherrschende Körpervergessenheit und Körperlosigkeit vieler soziologischer Theorien, andererseits kritisieren sie die bisher übliche Behandlung des Körpers als rein materiellem Substrat sozialer Prozesse in den Theorien einer Soziologie des Körpers (Böhle und Wehrich 2010, S. 8). Das Leitinteresse der neu an einer Leiblichkeit interessierten Soziologie des Körpers ist daher, nach den körperlichen Mechanismen zur Erzeugung sozialer Ordnung zu fragen, jedoch auch „die körperlich-leibliche Dimension des Handelns als einen Grundbaustein einer Theorie sozialen Handelns zu nutzen“ (Böhle und Wehrich 2010, S. 7). So sollen „[I]nleben der Materialität des Körpers Gegenstände und andere sinnlich erfahrbare Phänomene als ‚Mitspieler‘ in sozialen Abstimmungsprozessen betrachtet“ werden (Böhle und Wehrich 2010, S. 8).

Einen Schritt weiter geht der Soziologe Robert Gugutzer, der die Ansätze der sogenannten Neuen Phänomenologie von Hermann Schmitz für die soziologische Analyse fruchtbar machen möchte (Gugutzer 2012; Schmitz 2012). Die Neue Phänomenologie greift zwar die grundlegenden Ideen der klassischen Phänomenologie Husserls und die Leibidee Merleau-Pontys auf, betont jedoch noch radikaler das momenthafte Erleben im Hier und Jetzt. Dabei

spricht Schmitz vom Leib als einem fast körperlosen Gegenstand oder Organ, das spürt und wahrnimmt – ohne dass dabei auf die Vermittlung durch die Sinne geachtet werden müsse. Gugutzer spricht in der Adaption dieser Leibphilosophie nicht mehr von einer Soziologie des Körpers, sondern von einer verkörperten Soziologie (Gugutzer 2012, S. 7). Diese solle beide Aspekte, also den Körper als den tastbaren Gegenstand und den Leib, als das Sich-Spüren, im Prozess der Verkörperung und körperlichen Produktion sozialer Wirklichkeit in den Blick nehmen. Dies würde auch die bisherige Ausrichtung soziologischer Handlungstheorien um den affektiven bzw. passiven Bereich ergänzen: „Mit Blick auf die soziologische Handlungstheorie rückt damit die soziale Relevanz des passiven Erlebens und Erleidens in den Mittelpunkt. Eine neophänomenologisch fundierte Soziologie kritisiert mithin den aktivistischen Handlungsbegriff der soziologischen Handlungstheorie und erweitert diese um einen passiven Handlungsbegriff“ (Gugutzer 2012, S. 12).

Diese auf die leibliche Wahrnehmung ausgerichtete Soziologie füllt eine lange vernachlässigte Lücke zwischen leibphänomenologischer Anthropologie des Körpers und Soziologie des Körpers.¹ Was an diesen Ansätzen kritisiert werden könnte, ist – ähnlich wie bei dem Embodiment-Paradigma der Anthropologie – dass zwar die Wahrnehmung und der Leib mit den sozialen Strukturen in Verbindung gebracht werden, jedoch die materiellen Bedingungen respektive die biologischen Dispositionen von Körperlichkeit (und auch der Sinne) nicht in die Reflexion einfließen. Die Brücke von den biologischen und kognitiven Mechanismen menschlicher Wahrnehmung über die phänomenologische Beschreibung der Leiblichkeit eines ‚in der Welt sein‘ bis hin zu den Strukturen sozialer Ordnungen gilt es weiterhin zu bauen, auch wenn sich die Lücken nie ganz schließen lassen werden.

Eine weitere Stoßrichtung über den Körper hinaus und hin zu den Sinnen hat die Anthropologie der Sinne ermöglicht. Constance Classen definiert diese Stoßrichtung wie folgt:

¹ Weitere Ansätze einer verkörperten Soziologie finden sich bei Nick Crossley (carnal sociology) (Crossley 2001) oder Chris Shilling und Philipp Mellor (body pedagogics) (Shilling und Mellor 2010).

the objective of the anthropology of the senses [...] is neither to assume that [certain senses] will be dominant in a particular culture nor to assume that they will be marginal, but to investigate the ways in which meanings are, in fact, invested in and conveyed through each of the senses. (Classen 1997, S. 405)

Als zentrale Aufgaben sah die Anthropologie der Sinne einerseits die kulturvergleichende Erforschung unterschiedlicher Deutungen der Sinne und andererseits die Berücksichtigung der sinnlichen Wahrnehmung des Forschers im Feld als Datenmaterial, das zur Analyse und dichten Beschreibung herangezogen werden sollte. Während einige Vertreter eindeutig die erste Ausrichtung (Analyse) präferieren und der Meinung sind, dass die Beschreibung sinnlicher Wahrnehmung nicht Aufgabe des Forschers/der Forscherin sei (Geurts 2002), betonen andere gerade die Bedeutung des Sinnlichen in der Wahrnehmung, welche erst die Motivationen und Gefühlszustände erzeugt, die für die Weltansichten und Handlungen so ausschlaggebend sind (Goody 2002). Jack Goody betont dazu den Begriff „sensations“, der nicht nur die Stimulation durch die Sinne beschreibe, sondern auch die Stimulation von innen heraus.

Indeed the wider meaning of the word [sensation] refers not only to the range of feelings, not simply to what we experience through the senses but to the range of sentiments surging within us, and whose presence is often included in the concept of “mentalities” employed by psychologically-minded historians, for example, in discussing the distribution of the sentiment or feeling of love or, more directly related to the senses, of beauty. (Goody 2002, S. 17)

Dieser Fokus, der sich nicht nur auf die (fünf) Sinne, sondern auf die sinnliche Wahrnehmung richtet, wird – ähnlich wie in den neueren Ansätzen der verkörperten Soziologie – auch als *sensory anthropology* bezeichnet:

Sensory anthropology is essentially an interdisciplinary approach. It is dependent on other disciplines for its foundational ideas. This signifies one of its departures from the anthropology of the senses. Philosophical principles are influential in understanding sensory perception

across academic disciplines, not least anthropology, but also in sociology, sports studies, geography; and new neurological studies offer essential understandings of sensory perception and experience [...]. (Pink 2010, S. 331–332)

Dieser Trend, der sich hier in der Soziologie des Körpers und der Anthropologie der Sinne abzeichnet und der über das klassische Embodiment-Paradigma hinausweist, ohne dieses Erbe zu vernachlässigen, zeigt sich auch in der Wiederentdeckung des Körpers und der Sinne in der Religionswissenschaft respektive in der Formierung einer Religionsästhetik.

2.2.4. Die Religionsästhetik/Religionsästhetik

Die Religionsästhetik ist – wie weiter oben schon erwähnt – eine Teildisziplin der allgemeinen und vergleichenden Religionswissenschaft, die sich der sinnlichen Seite von Religion zuwendet und danach fragt, wie Religion über die Sinne ästhetisch vermittelt, wahrgenommen, verkörpert, symbolisiert und ‚wirksam‘² gemacht wird. Die Religionsästhetik will sich daher der Komplexität sinnlicher Wahrnehmung nähern, ohne allein den Körper oder allein die fünf Sinne in ihrer jeweiligen Isolierung voneinander zu betrachten. Quer zu den diversen paradigmatischen kulturwissenschaftlichen *turns* der letzten Jahre (visual/iconic turn, body turn, semiotic turn, spatial turn usw.) verfolgt die Religionsästhetik eine integrative Perspektive, die das Zusammenspiel der Sinne, der leiblichen und körperlichen Wahrnehmung (Propriozeption), aber auch der damit verbundenen Sinndeutungen, Semantiken und historisch geronnenen ästhetischen Zeichensysteme erforscht. Dieses Vorhaben ist eine noch junge Pflanze, die jedoch schon einige Früchte trägt (Koch 2004; Lanwerd 2002; Mohr 2006; Wilke und Moebus 2011; Kugele

²Vergleiche das Programm der Tagung „How religion becomes effective – Aesthetics as a connective concept for the study of religion“, die von der Religionswissenschaftlerin Alexandra Grieser vom 06. bis 08.03.2013 an der Universität Groningen organisiert wurde (URL: http://www.rug.nl/ggw/news/events/2013/conference_-how-religion-becomes-effective).

und Wilkens 2011; Traut und Wilke 2015)³ und die einen vielversprechenden Fokus auf die Verknüpfung materieller, biologischer, medialer, kommunikativer und perzeptibler Ebenen religiöser Sinnkonstruktionen wirft. Die Religionsästhetik fragt entsprechend nach dem Zusammenspiel unbewusst ablaufender, affektiver Körperbewegungen, den durch diese Körperbewegungen und -haltungen induzierten Selbstwahrnehmungen und die damit verbundenen interaktiven Sinnkonstruktionen in religiösen Kontexten. Sie fragt daher nicht nur nach den jeweiligen religiösen Deutungen von Körperlichkeit, sondern nach den körperlichen (somatischen) Bedingungen für die Konstruktion religiöser Wirklichkeit. Sie kann entsprechend nicht nur als Erweiterung zu einer Anthropologie des Körpers gelesen, sondern muss vor dem disziplinengeschichtlichen Hintergrund der Religionswissenschaft auch als ein erster Versuch eines genuinen Beitrags zum Themenfeld Religion und Körper bzw. Religion und Sinne gewertet werden.

Die Nichtbeachtung des Körpers in der Religionswissenschaft lässt sich zum einen auf eine lange Vorherrschaft der Textarbeit und hermeneutischer Methoden zurückführen, wobei Religionsgeschichte vorwiegend als Ideengeschichte betrieben wurde. Die körperlichen Implikationen von religiösen Handlungen wurden hier nur selten mitgedacht. Andererseits brauchte auch die jüngere Religionswissenschaft noch lange, um sich von ihrem religionsphänomenologischen Erbe zu erholen bzw. steht dieses Erbe teilweise immer noch im Weg, wenn es darum geht, sich den körperlichen und sinnlichen Seiten von Religion zuzuwenden. Klassiker der Religionsphänomenologie wie etwa Rudolf Otto betrachteten den Körper regelrecht als Messinstrument für religiöse Erfahrungen. So forderte Otto, in seinem berühmten Werk *Das Heilige* von 1917, „sich auf einen Moment starker und möglichst einseitiger religiöser Erregtheit zu besinnen.“ Weiter heißt es dann:

Wer das nicht kann oder wer solche Momente überhaupt nicht hat, ist gebeten nicht weiter zu lesen. Denn wer sich zwar auf seine Pubertätsgefühle, Verdauungsstockungen oder auch Sozialgefühle besinnen

³Siehe auch die Webseite des Arbeitskreises Religionsästhetik der Deutschen Vereinigung für Religionswissenschaft, URL: <http://www.religionsaesthetik.de/>.

kann, auf eigentümlich religiöse Gefühle aber nicht, mit dem ist es schwierig Religionskunde zu treiben. (Otto 2004 [1917], S. 8)

Die Einsichten der Phänomenologie, etwa von Husserl, wurden in der Religionsphänomenologie dazu genutzt, der Subjektivität des Forschers für die Gegenstandsbestimmung Priorität einzuräumen. Mohn fasst diese Problematik wie folgt zusammen:

Sich auf das Feld der religiösen Erfahrung selbst zu begeben, lässt den Religionswissenschaftler schnell zum Konkurrenten im religiösen Feld werden und seine systematisierende Zusammenschau der Erscheinungswelt des Religiösen, die sich als eine wissenschaftliche Phänomenologie gibt, gerät in den Augen ihrer Kritiker zum synkretistischen Konstrukt einer typischen Intellektuellenreligion des 20. Jahrhunderts [...]. (Mohn 2004, S. 302)

Es ist angesichts solcher Aussagen wie von Otto nicht verwunderlich, dass die deutsche Religionswissenschaft erst mit der sogenannten kulturwissenschaftlichen Wende in den 1970er und 1980er Jahren sich erneut und auf eine kulturwissenschaftliche Weise mit dem Körper auseinandersetzte. Paradigmatisch geschah dies mit dem Programmentwurf zu einer Religionsästhetik, die zuerst von Hubert Cancik und Hubert Mohr 1988 in dem Handbuch religionswissenschaftlicher Grundbegriffe entfaltet wurde (Cancik und Mohr 1988). Der Begriff der Ästhetik rekurriert hierbei jedoch nicht auf kulturelle Vorstellungen vom Schönen oder Hässlichen in der Kunst, sondern wird von dem Begriff Aisthesis (Wahrnehmung) abgeleitet und erforscht, „was an Religionen sinnlich wahrnehmbar ist“ und „wie Religion den Körper und die verschiedenen Sinnesorgane des Menschen aktiviert, leitet und restringiert“ (Cancik und Mohr 1988, S. 121–122). Jürgen Mohn sieht in der Teildisziplin Religionsästhetik sogar das Potential einer neuen Leitdisziplin für die Religionswissenschaft, die die klassische Religionsphänomenologie abzulösen vermag, ohne ganz auf einige ihrer Fragestellungen und Aufgaben wie etwa die des Religionsvergleichs oder der Typologisierung von Religion zu verzichten. Die berechtigte Kritik an der Religionsphänomenologie habe nämlich auch dazu

geführt, – so Mohn – dass die „Theorieproduktion [...] den Soziologen, Psychologen, Ethnologen und auch den Philosophen und Theologen überlassen“ wurde (Mohn 2004, S. 303).

Die Religionsästhetik könnte nun mit ihrer Hinwendung zum Körper und den Sinnen eine neue, genuin religionswissenschaftliche Theoriebildung hervorbringen bzw. eine transdisziplinäre und systematische Perspektive entwickeln, die sich in ihren Analysen der sinnlichen Produktion und Rezeption religiöser Sinn(es)systeme und deren Wahrnehmungsräumen⁴ widmet. Sie wirft damit die Frage auf, wie neben der Methode der Textthermeneutik eine wissenschaftliche Analyse von sinnlicher Wahrnehmung auszusehen habe. Auf die Gefahr einer eins-zu-eins Übertragung der textinterpretativen Methoden auf die Sinne, die den Körper als Text von Kultur zu lesen versuchten, hat auch schon Thomas Csordas mit seinem Embodiment-Paradigma hingewiesen. Mehr noch als die Anthropologie der Sinne⁵ fragt die Religionsästhetik jedoch über die Funktionen der einzelnen Sinne hinaus (ähnlich wie die *sensory anthropology*) auch nach der sinnlichen Wahrnehmung von Religion und deren konstitutive Funktion für die Plausibilisierung religiöser Sinngehalte sowie nach dem Zusammenspiel von sinnlicher Wahrnehmung, Sinndeutung und Semiotik.

Die ästhetische Grundperspektive [...] geht davon aus, dass ein grundlegender Vorgang, auf dem alle Zeichen- und Symbolsysteme beruhen, darin besteht, dass die Wahrnehmungsdisposition des Menschen seine Kommunikationsfähigkeiten dominiert. (Mohn 2012, S. 241)

Das Ziel der Religionsästhetik liegt also nicht darin, Zeichentheorien auf die Sinne zu übertragen, sondern nach deren „Eigenlogik“ zu fragen. „Religion ist

⁴„Symbole, Mythen und Rituale als Spezifika religiöser Zeichensysteme sind auf Vermittlungsmedien angewiesen und liegen als Quellen wissenschaftlicher Rekonstruktion nur in materialisierten Zusammenhängen eines Sprachraums, eines visuellen Raums und eines Handlungsraums vor. Diese drei Dimensionen des Wahrnehmungsraums sind jedoch nur die wichtigsten.“ (Mohn 2012, S. 248)

⁵Eine erste Verbindung von Anthropologie der Sinne und Religionsästhetik findet sich in dem religionsethnologischen Entwurf von Daniel Münster (2001).

dann in ihrer zeitlichen Struktur als ein ‚ästhetisch‘ vermittelter Kommunikationsprozess zu untersuchen und das religiöse Feld ist immer zugleich als ein ästhetisches und ein zeitlich konstituiertes zu analysieren“ (Mohn 2004, S. 305). Ein rein semiotischer Zugriff etwa auf Rituale hat immer das Problem, zwischen Inhalt und Form zu unterscheiden, anstatt nach den sinnlich-ästhetischen Wahrnehmungen zu fragen, die ihre eigene rituelle Effektivität und damit ihren eigenen subjektiven Sinn erzeugen. Wie werden Religionen also einerseits sinnlich gestaltet, vermittelt und inszeniert und wie können religiöse Ästhetiken andererseits die Sinne kultivieren und disziplinieren?

Die Religionsästhetik zeichnet sich durch eine verbindende Forschungsperspektive aus. So bilden unterschiedliche religionsästhetische Gegenstände und Perspektiven das religionsästhetische Programm wie etwa visuelle religiöse Kulturen (Morgan 2005), die sonale Kulturgeschichte Indiens (Wilke und Moebus 2011) oder die ästhetischen Performanzen bei Pfingstlern (Meyer 2009). All diese Forschungen haben trotz ihres Fokus’ auf bestimmte sinnliche Traditionen in den Religionen gezeigt, dass eine religionsästhetische Perspektive nicht allein bei den einzelnen Sinnen verweilen kann, sondern auch nach Übergängen und Verschmelzungen zwischen den einzelnen Sinnen, zwischen sinnlicher Wahrnehmung und kultureller Deutung und zwischen religiösen und weiteren Sinnessystemen fragen muss. Als ein Beispiel hierfür kann die Arbeit von Katharina Wilkens dienen, die gezeigt hat, wie in bestimmten islamischen Heilungspraktiken zwischen semantischen und somatischen Erfahrungsebenen gewechselt wird, wenn Textstellen aus dem Koran abgeschrieben werden, um sie dann in Flüssigkeit aufzulösen und gegen körperliche Beschwerden einzunehmen (Wilkens 2013). Die Bedeutung des Textes wird somit über dessen Materialität einverleibt und erfüllt im Körper eine somatische und symbolische Wirkung. Die Frage, die sich hier anschließt, ist, mit welchem Vokabular solche Erfahrungstransfers beschrieben und mit welchen Theorien die Wahrnehmungsvorgänge erklärt werden können. Die Religionsästhetik ist somit auf eine Wahrnehmungstheorie angewiesen, die meiner Meinung nach die religionsästhetische Beschäftigung mit dem Körper bisher am ehesten angesprochen hat. Dazu möchte ich im

Folgenden zwei Beispiele nennen, deren Stoßrichtung auch für meine weitere Argumentation bedeutsam ist.

Einen wichtigen Beitrag zur religionsästhetischen Auseinandersetzung mit dem Körper hat Hubert Mohr geleistet, der insbesondere zu Wahrnehmung, Motorik, Bewegung und Reizen gearbeitet hat. Er verbindet dazu drei disziplinäre Zugänge aus historischer Anthropologie, Sportwissenschaft und Wahrnehmungspsychologie (Mohr 2004, S. 313). Sein Ziel ist es, eine Typologie von Bewegungsqualitäten zu erstellen, um ein „Übergangsfeld zwischen Physis und Kultur“ (ebd., S. 317) zu beschreiben. Trotz seines Versuchs, religionshistorische Beispiele mit sinnesphysiologischen Erklärungen zu untermauern, bleibt sein Ansatz oft phänomenologisch-typologischer Natur.

Eine weitere Perspektive bietet die Religionswissenschaftlerin Anne Koch mit ihrem Konzept des Körperwissens. Koch geht in ihrer Grundlegung zu einer Religionsästhetik der Frage nach, wie Körperwissen methodisch erschlossen werden kann, ohne über das für die Religionsphänomenologie typische eigene Körperwissen als Erkenntnisquelle zu gehen. Koch macht darauf aufmerksam, dass Gegenstand und Methode nicht vermischt werden sollten. Das Konzept des Körperwissens geht laut Koch demnach nicht von Körpererleben aus, sondern „ist eine analytische Kategorie der Metasprache. Sie weist Elemente auf, die aus den Perspektiven spezialisierter Disziplinen je zu beschreiben sind. Der Religionsästhetik kommt so in einem erheblichen Umfang die Integration dieser Perspektiven und ihrer Ergebnisse als Aufgabe zu“ (Koch 2007, S. 11). Somit verortet Koch ihren Zugang zwischen Wahrnehmungstheorie und Semiotik, ohne das eine auf das andere zu reduzieren.

Sinnlich-somatische Wahrnehmung kann entsprechend sowohl als symbolische Deutung und als affektiv-somatische Reaktion ablaufen. Letztere ist dabei von besonderem Interesse, weil affektive Verhaltensweisen wiederum sowohl biologischer als auch kultureller Natur sein können. Verursacht das Betrachten eines Bildes des gekreuzigten Jesus bei dem Betrachter/der Betrachterin selbst Leid oder Schmerz angesichts der gezeigten Pein oder Scham angesichts der gezeigten Blöße? Affektiv-somatische Reaktionen können hier biologische Ursachen haben (Ekel, Schmerz), sind aber meist auch kulturell

überformt und werden entsprechend in den kulturellen Symbolsystemen gedeutet. Die Frage lautet daher, wie diese zugleich affektiv und reflexiv ablaufenden Prozesse miteinander interagieren und sich als historische Wahrnehmungsregime etwa durch religiöse Sinnsysteme in Gesellschaften entwickelt und etabliert haben.

Eine ähnliche Frage betrifft den Einsatz von Körpertechniken als Stimulation bzw. als Deprivation von Sinnen in religiösen Kontexten. Charismatische Erregtheit oder asketische Lebensstile wären hier passende Beispiele. Von Interesse sind hier allerdings nicht nur die symbolischen Deutungsschemata mit deren Hilfe solche Körpertechniken von religiösen Akteuren plausibilisiert werden, sondern auch die Frage nach den somatischen Implikationen und deren teils bewusste teils affektive Steuerung zur Stimulation oder Deprivation von Sinnen. Die Frage also, welchen Einfluss bestimmte Körpertechniken auf Wahrnehmung haben und wie sie das Körperwissen formen.

Die Religionsästhetik ist also daran interessiert, wie Religionen bzw. religiöse Praktiken und Vorstellungen durch und anhand sinnlicher Wahrnehmung für den religiösen Rezipienten effektiv werden; wann und wie spürt jemand die heilende Energie, die durch die Hand des Reikimeisters fließen soll und welche Auswirkungen hat dieses Erlebnis auf das körperliche Befinden des Patienten? Die Rolle der sinnlichen Wahrnehmung und deren somatische bzw. materiale Grundlagen können mehr als nur den Fakt erklären, dass der Patient ‚etwas‘ spürt und dies aufgrund bestimmter religiöser Codes deutet und damit den Vorgang in ein religiöses Weltbild einordnet. Dieser Prozess der semiotischen Deutung durch den Reikipatienten spielt jedoch umgekehrt auch eine wichtige Rolle in der Konditionierung der Sinne und der Wahrnehmung. Diesen Umstand hat etwa auch die Placeboforschung in den Blick genommen, die etwa danach fragt, wie suggestive Prozesse somatisch wirksam werden. Entsprechend fragt auch die Religionsästhetik danach, wie religiöse Praktiken somatisch wirksam werden und wie diese Körpererfahrungen wiederum die semiotischen Deutungsschemata beeinflussen und mitgestalten.

Das Forschungsdesiderat liegt hier einerseits in der Berücksichtigung

biologisch-affektiver Verhaltensweisen, andererseits in deren nichtreduktionistischer Verortung und der Frage nach bio-kulturellen Interaktionen. Ein solcher Forschungsfokus kann letztendlich zu der Frage beitragen, wie Körperwahrnehmungen funktionieren und wie diese zu Formen impliziten körperlichen Verstehens bzw. eines Körperwissens beitragen. An dieser Stelle ist es wichtig, darauf hinzuweisen, dass auch die kategoriale Einteilung und metasprachliche Unterscheidung von Natur und Kultur selbstverständlich einem bestimmten kulturellen Muster folgt, das sich bis in unsere Disziplinen und ihre Methoden hinein wiederfinden lässt. Trotz dieser methodologischen Dichotomisierung handelt es sich meiner Meinung nach nicht um einen cartesianischen Dualismus, da hier nicht dem einen oder dem anderen eine primäre Funktion zugeschrieben werden soll. Weder naturalistischer Reduktionismus, noch radikaler Konstruktivismus oder Kulturalismus sind Positionen der Religionsästhetik. Es würde also auch nicht ausreichen, die Wirkung bestimmter Sinneseindrücke in religiösen Praktiken ausschließlich anhand der Vorstellungskontexte und ihrer Symbole und Zeichen zu beschreiben. Zu einer religionsästhetischen Erklärung dieser Vorgänge bedarf es auch das Wissen der Wahrnehmungspsychologie und der physiologischen Wahrnehmungsdispositionen. Dazu soll nun im folgenden und letzten Abschnitt ein Ausblick auf die Möglichkeiten der Integration kognitionswissenschaftlicher Körpertheorien in die Religionsästhetik geworfen werden.

2.3. Embodiment als Paradigma der Kognitionswissenschaften und der Beitrag der Neurophänomenologie für die Religionsästhetik

Während die Anthropologie des Körpers von einer endlosen Diskussion um dualistische Ontologien und der phänomenologischen Frage zum Verhältnis von Subjekt und Objekt geprägt ist, eröffnet sich bei dem Blick auf kognitionswissenschaftliche Körpertheorien ein etwas anderes Szenario. Die Kognitionswissenschaften haben über einen langen Zeitraum hinweg fast ausschließlich das individuelle Gehirn mit der Metapher eines informationsverarbeitenden

Computers beschrieben und auf dessen Funktionsweisen (Programme) untersucht (Gallagher 2012, S. 320). Seit einigen Jahren wird jedoch immer mehr Kritik an diesem Kognitivismus laut, da das Gehirn nicht unabhängig von Körper und dessen sozio-kultureller Umwelt untersucht werden kann. Der Begriff des Embodiment spielt demnach auch in den Kognitionswissenschaften eine zunehmende Rolle und darüber hinaus „waren (es) Überlegungen zur Rolle des Körpers in der Kognition, in denen sich der Einfluss der Phänomenologie auf die Kognitionswissenschaft zuerst geltend gemacht hat“ (ebd.). Insbesondere die Theorien der *embodied cognition* gehen davon aus, dass Kognitionen überhaupt erst durch körperliche und soziale Interaktionen entstehen und nicht einfach nur die mentalen Repräsentationen neuronaler Informationsverarbeitung darstellen.

Der harte Kognitivismus hat hingegen Wissen und dessen neuronale Verarbeitung lange Zeit als disembodied betrachtet, also unabhängig der dem Wissen zugrundeliegenden Wahrnehmungssysteme. Ein erster Versuch aus den Reihen der Kognitionswissenschaften hin zu einem Programm von *embodied cognition* wurde mit dem Buch *The Embodied Mind* von Varela, Thompson und Rosch (1991) vorgelegt, das bis heute als wegweisend gilt. Auch Kognitionswissenschaftler wie Alva Noë mit seinem Buch *Action in Perception* (2004), oder Shaun Gallaghers und Dan Zahavis *The Phenomenological Mind* (2012) oder auch Gallaghers *How the Body Shapes the Mind* (2005) halten dagegen eine Position, die versucht, phänomenologische Ansätze von Husserl und Merleau-Ponty mit neueren Erkenntnissen der Philosophie des Geistes und den Neurowissenschaften zu verbinden. Diesen Zugängen ist meist gemein, dass sie den Körper in den Mittelpunkt der Analyse von Kognitionen (also reflexives und nicht-reflexives Wissen sowie Erinnerungen) stellen, dabei aber durchaus unterschiedliche Schwerpunkte bilden, die auch als *enactive cognition*, *embedded cognition* oder *distributed cognition* bekannt sind (Gallagher 2012, S. 321). Die einzelnen Zugänge beziehen sich dabei mal mehr und mal weniger auf leibphänomenologische Positionen.

Diese Ansätze haben jüngst auch eine neue Forschungsrichtung innerhalb der Kulturosoziologie angestoßen, die die körperlichen Grundlagen von Kul-

tur und von Kognitionen in den Blick nimmt. Als zentrale Vertreter dieser Richtung können Soziologen wie Paul diMaggio, Karen Cerulo oder Eviatar Zerubavel, letzterer mit seinem Buch *Social Mindscapes: An Invitation to Cognitive Sociology* (1999), genannt werden. Aber auch der Philosoph Andy Clark mit seinem Werk *Being there: Putting Brain, Body and World Together Again* (Clark 1998) beeinflusste diese Forschungsrichtung, die erst half, den harten Kognitivismus der Neurowissenschaften zu überwinden.

Als ein früherer Ansatz zur Theorie verkörperter Kognitionen kann auch das Werk *Leben in Metaphern* von George Lakoff und Mark Johnson (2004 [1980]) genannt werden, in welchem sie zeigen, dass nicht nur Sprache, sondern auch Denkprozesse allgemein metaphorisch ablaufen und dass Metaphern tief in sinnlichen Erfahrungen mit dem eigenen Körper und der Umwelt verankert sind. Orientierungs- und Wertungsmetaphern etwa richten sich oftmals am Körperbau des Menschen aus.

Auch für den Kognitionswissenschaftler Lawrence Barsalou (2008) hängen Wahrnehmung und Repräsentation eng miteinander zusammen, was er auf die Fähigkeit mentaler Simulation zurückführt. Indem wir Situationen, Erfahrungen und anderes bereits während der Wahrnehmung unbewusst simulieren, können neue Wissenskategorien angelegt werden. Diese sind dann aber keine symbolischen Übertragungen der Außenwelt auf das Gehirn, sondern spezifische Wahrnehmungsmodalitäten, die durch unbewusste mentale Simulationen gebildet, also verkörpert werden. Im Moment der Simulation werden jene kognitiven Strukturen aktiviert, die für motorische Handlungen oder emotionale Zustände verantwortlich sind. Man spricht daher auch oft von *embodied simulation*.

Auf neurophysiologischer Ebene werden solche Prozesse beispielsweise durch Spiegelneuronen erklärt (Gallese 2007). Spiegelneuronen werden dann im Gehirn aktiviert, wenn bestimmte Bewegungen bei anderen Menschen beobachtet werden. Die entsprechenden neuronalen Verschaltungen, die bei einer Person für etwa das Klatschen der Hände verantwortlich sind, werden schon bei der Beobachtung von Klatschen aktiv, auch wenn die Person selbst nicht klatscht. Das Gehirn erzeugt somit aber schon eine neurophysiologische

Disposition, selbst in das Klatschen mit einzusteigen. Damit können dann auch affektive Formen sozialer Interaktion wie das synchronisierte Klatschen besser verstanden werden. So wurde beispielsweise beobachtet, dass bei einem lang andauernden Applaus immer wieder Phasen kollektiver Synchronisierung stattfinden, ohne dass jemand einen visuellen oder akustischen Takt für gemeinsames Klatschen vorgibt (Neda u. a. 2000). Dieser komplexe Prozess besteht entsprechend aus affektiver Aufmerksamkeit, verkörperter Simulation, akustischen Signalen sowie der neuronalen Spiegelung haptischer Bewegungen und deren Koordination. Die somatisch-synchronisierenden Effekte kollektiver Körperbewegungen können dann auch ein besseres Verständnis von solchen Phänomenen geben, die Durkheim mit dem Begriff der kollektiven Effervescenz umschrieben hat. Kulturelle Muster und Traditionen körperlicher Synchronisation finden wir von Sportveranstaltungen, über Theaterbesuche, bis hin zu Paraden, Prozessionen und religiösen Ritualen. Die körperliche Dichte von kollektiven Veranstaltungen führt zu affektiven Interaktionen und verkörperten Simulationen, die nicht selten eine eigene Dynamik erzeugt, die wiederum efferveszente Zustände begünstigt (Schüler 2012). So ließe sich eine Linie von den Spiegelneuronen, über verkörperte Kognitionen und mentale Simulationen, bis hin zu kulturellen ästhetischen Mustern im Gruppenverhalten und zur Effervescenz als Form der Sakralisierung ziehen. Sicherlich handelt es sich bei diesen Beispielen eher um Analogien als um direkte kausale Zusammenhänge. Ich bin jedoch der Meinung, dass der Blick in die physiologischen und biologischen Dispositionen des Menschen durchaus den Blick auf die sozialen und kulturellen Verhaltensweisen des Menschen bereichern und die der Komplexität kulturellen und religiösen Verhaltens zugrundeliegenden kausalen Mechanismen zumindest in Ansätzen beleuchten kann, ohne dabei reduktionistisch vorzugehen. Die Frage nach den biologischen Grundlagen ästhetischer Ausdrucksweisen von Kultur und Religion kann demnach helfen, immer noch bestehende Trennlinien zwischen Kultur und Natur zu überwinden.

Schon Durkheim sah den Zusammenhang von körperlicher Bewegung und Vorstellung: „Keine Vorstellung tritt auf, ohne auf Körper und Geist einzuwir-

ken. Schon ihre Entstehung setzt bestimmte Bewegungen voraus. [...] überdies verursacht die Empfindung, sobald sie einmal existiert, ihrerseits Bewegungen“ (Durkheim 1996 [1924], S. 62). In der Bewegung des Körpers kommen Wahrnehmung, Handlung, Intentionalität und Bewusstsein zusammen. Durch die Betonung des Körpers und seiner Bewegungen für die Entstehung von Kognitionen können interaktive Prozesse nicht unberücksichtigt bleiben.

Die Dynamik und Interaktion zwischen kognitiven und körperlichen Prozessen steuert demnach auch unterschiedliche Formen der Interaktion. Der Kognitionspsychologe Raymond Gibbs beschreibt dies an einem eindrücklichen Beispiel: Er fragt, wo der Unterschied beziehungsweise die Gemeinsamkeit in dem Verhalten von zwei Personen liegt, die sich unterhalten und von zwei Personen, die gleichzeitig durch eine schmale Tür gehen wollen. Aus Sicht des reduktionistischen Kognitivismus sind dies zwei völlig getrennte Handlungen, die unterschiedliche kognitive Operatoren benötigen. Aus Sicht der embodied cognition haben diese beiden Handlungen jedoch durchaus etwas sehr wichtiges gemein:

[B]oth events require a kind of coordination that is rooted in physical action. Even the two people talking are engaged in a kind of embodied coordination that is established through their body positions and speech actions. Just as the two people walking through a narrow doorway must tacitly negotiate who enters the doorway first, the two speakers must also cooperate in such a way as to meet their individual and joint goals. (Gibbs 2006, S. 280)

Beide Verhaltensweisen zeichnen sich dadurch aus, dass sie sowohl körperliche als auch interaktive Prozesse beinhalten, die wiederum die kognitiven und somatischen Bewegungen koordinieren.

Die Theorie der *embodied cognition* zeigt deutlich, dass es nicht darum gehen sollte, religiöse Verkörperungsprozesse phänomenologisch als körperliche Einschreibungen zu verstehen. Die Verkörperung des Heiligen Geistes im Zungenreden pfingstlicher Christen beispielsweise ist dann entsprechend durch verschiedene somatische und sinnlich stimulierende Prozesse zu ver-

stehen, die sowohl die kollektiv-körperlichen Interaktionen, die verkörperten Simulationen, die somatischen Koordinationen, als auch die kollektiven Repräsentationen berücksichtigen muss. Die Vorstellung und die körperliche Materialisierung des Heiligen Geistes ist ohne körperliche Bewegung und soziale Interaktion kaum möglich, zumindest nicht in der Form starker Besessenheit bzw. Trance. Das Zungenreden wäre dann ein somatisch-sinnlicher Ausdruck der kollektiven und affektiven Dynamiken einerseits und der kulturell überlieferten ästhetischen Codes andererseits. Der Ansatz einer *embodied cognition* dient hier einer nichtreduktionistischen Erklärung von Verkörperungsprozessen, die als Schnittstelle zwischen neuronal-kognitiven, somatisch-interaktiven und sozio-kulturellen Prozessen zu verorten ist und Verkörperungen nicht als bloße Einschreibungen sozialer Repräsentationen wie bei Durkheim und Hertz oder als bloße Objektivierungen des Subjekts wie bei Csordas versteht.

Auch der Religionswissenschaftler Manuel Vásquez (2011) schlägt einen nichtreduktionistischen Materialismus vor, der den Körper weder ganz der Biologie noch ganz der Kultur zuschreibt. Sein Ziel ist es weiterhin, Phänomenologie, Sozialkonstruktivismus und die Kognitionswissenschaften konstruktiv zu verbinden. Eine Konsequenz daraus ist, dass nicht nur Religions- und andere Kultur- und Sozialwissenschaften die Erkenntnisse über evolutionäre Mechanismen und neurophysiologische Prozesse ernst nehmen sollten, sondern auch umgekehrt sollten Kognitionswissenschaftler sich vermehrt den Sozial- und Kulturwissenschaften zuwenden. Er plädiert für ein Verständnis von embodiment im Sinne von „biological-cultural modulations of being in the world“ (Vásquez 2011, S. 117). Seinen Ansatz bezeichnet er auch als eine Neuophänomenologie. Dieser und weitere Ansätze dienen hier instruktiv als wahrnehmungstheoretische Heuristik für eine Religionsästhetik. Dabei ist zu betonen, dass es nicht darum gehen soll, eine rein kognitionspsychologische Religionsforschung zu betreiben, sondern die Ergebnisse und Erkenntnisse der Wahrnehmungspsychologie, insbesondere der embodied und social cognition in den Kanon historischer und soziologischer Fragen zu ästhetischer Wahrnehmung in Religionen aufzunehmen.

2.4. Fazit

In diesem Beitrag wurde ein kleiner Überblick zu den aktuellen Forschungsrichtungen um das Thema Religion und Körper gegeben, ohne dabei ein vollständiges Bild dieses breiten Themenfeldes abgeben zu können. Vielmehr sollte einerseits darauf hingewiesen werden, dass eine theoretische und empirische Auseinandersetzung mit dem Körper in der Religionswissenschaft bisher zu wenig stattgefunden hat. Andererseits scheinen gerade die jüngeren Entwicklungen in benachbarten Disziplinen zu zeigen, dass das wissenschaftliche Interesse am Körper gestiegen und eine neue Zuwendung zu einer leibphänomenologischen Betrachtung zu verzeichnen ist, wie sie vor allem durch das Embodiment-Paradigma Bekanntheit erlangte. Die Frage nach der körperlichen Wahrnehmung wurde weiterhin auch jüngst in den Kognitionswissenschaften aufgegriffen und stellt die rein deskriptive Phänomenologie auf einen neuen, eher naturalistischen Grund. Diese beiden Ansätze zum Körper können auch neue Erkenntnisse und Beschreibungsmöglichkeiten in der Frage nach religiösen Verkörperungsprozessen etwa in Bezug auf Heil und Heilung geben. Die aus der Religionswissenschaft stammende Stoßrichtung der sogenannten Religionsästhetik hat bereits Versuche unternommen, die Frage nach der körperlichen Wahrnehmung und den Möglichkeiten deren Beschreibung und Erklärung für die Erforschung von Religion und Körper aufzugreifen (Koch 2007).

Die Religionsästhetik, so ließe sich zusammenfassen, liegt quer zu den Disziplinen und ihren theoretischen Ansätzen, was nicht zuletzt an ihrem Fokus auf die Rolle der Sinne in den Religionen liegt. Sie eröffnet dadurch einen Fokus auf den Zusammenhang von Religion und die Sinne, der nicht nur die einzelnen Sinne und ihre Funktionen betrachtet, sondern darüber hinaus nach den ästhetischen und somatischen Wahrnehmungsregimen von Kultur im Allgemeinen und deren kognitiv-somatischen Dispositionen im Besonderen fragt. Das Programm der Religionsästhetik ist somit daran interessiert, die materiellen Grundlagen von Religion und Kultur und die Vielschichtigkeit körperlicher und kognitiver Wahrnehmungsmodalitäten in Ergänzung zu den

kommunikativen, diskursiven und semiotischen Ebenen religiöser Sinnstiftung und Orientierungsleistungen in den Blick zu nehmen (Mohn 2004, S. 305). Sie stellt daher einen möglichen – wenn auch nicht den einzigen – Ansatz dar, die komplexen Abläufe der Somatisierung von Religion zu erforschen.

Literatur

- Alloa, Emmanuel u. a., Hrsg. (2012), *Leiblichkeit: Geschichte und Aktualität eines Konzepts*. Tübingen: Mohr Siebeck (zit. S. 15).
- Barsalou, Lawrence (2008), „Grounded Cognition“. In: *Annual Review of Psychology* 59, S. 617–645. DOI: [10.1146/annurev.psych.59.103006.093639](https://doi.org/10.1146/annurev.psych.59.103006.093639) (zit. S. 37).
- Böhle, Fritz und Margit Wehrich, Hrsg. (2010), *Die Körperlichkeit sozialen Handelns: Soziale Ordnung jenseits von Normen und Institutionen*. Bielefeld: Transcript (zit. S. 25).
- Cancik, Hubert und Hubert Mohr (1988), „Religionsästhetik“. In: *Handbuch religionswissenschaftlicher Grundbegriffe*. Hrsg. von Hubert Cancik, Burkhard Gladigow und Matthias Laubscher. Bd. 1. Stuttgart: Kohlhammer, S. 121–156 (zit. S. 16, 30).
- Clark, Andy (1998), *Being there: Putting Brain, Body and World Together Again*. Cambridge, MA und London: MIT Press und Bradford Books (zit. S. 37).
- Classen, Constance (1997), „Foundations for an Anthropology of the Senses“. In: *International Social Science Journal* 153, S. 401–412. DOI: [10.1111/j.1468-2451.1997.tb00032.x](https://doi.org/10.1111/j.1468-2451.1997.tb00032.x) (zit. S. 27).
- Crossley, Nick (2001), *The Social Body: Habit, Identity and Desire*. London: Sage (zit. S. 26).
- Csordas, Thomas J. (1990), „Embodiment as a Paradigm for Anthropology“. In: *Ethos* 18, S. 5–47. JSTOR: [640395](https://www.jstor.org/stable/640395) (zit. S. 16, 20).
- (1993), „Somatic Modes of Attention“. In: *Cultural Anthropology* 8.2, S. 135–156. DOI: [10.1525/can.1993.8.2.02a00010](https://doi.org/10.1525/can.1993.8.2.02a00010) (zit. S. 20–22).
 - (1994), *The Sacred Self: A Cultural Phenomenology of Charismatic Healing*. Berkeley, CA: University of California Press (zit. S. 21).

- (1997), *Language, Charisma, and Creativity: The Ritual Life of a Religious Movement*. Berkeley, CA: University of California Press (zit. S. 20, 21).
- Durkheim, Émile (1996 [1924]), *Soziologie und Philosophie*. 3. Aufl. Frankfurt am Main: Suhrkamp (zit. S. 39).
- Gallagher, Shaun (2005), *How the Body Shapes the Mind*. Oxford und New York: Clarendon Press (zit. S. 36).
- (2012), „Kognitionswissenschaften – Leiblichkeit und Embodiment“. In: *Leiblichkeit: Geschichte und Aktualität eines Konzepts*. Hrsg. von Emmanuel Alloa u. a. Tübingen: Mohr Siebeck, S. 320–333 (zit. S. 16, 36).
- Gallagher, Shaun und Dan Zahavi (2012), *The Phenomenological Mind*. 2. Aufl. Milton Park: Routledge (zit. S. 36).
- Gallese, Vittorio (2007), „Embodied Simulation: From Mirror Neuron Systems to Interpersonal Relations“. In: *Empathy and Fairness*. Hrsg. von Greg Bock und Jamie Goode. Novartis Foundation Symposium 278. Chichester: Wiley, S. 3–19 (zit. S. 37).
- Geurts, Kathryn (2002), *Culture and the Senses: Bodily Ways of Knowing in an African Community*. Berkeley, CA: University of California Press (zit. S. 27).
- Gibbs, Raymond W. Jr. (2006), *Embodiment and Cognitive Science*. Cambridge [et al.]: Cambridge University Press (zit. S. 39).
- Goody, Jack (2002), „The Anthropology of the Senses and Sensations“. In: *La Ricerca Folklorica, Antropologia delle sensazioni* 45, S. 17–28. JSTOR: [1480153](#) (zit. S. 27).
- Gugutzer, Robert (2012), *Verkörperungen des Sozialen: Neophänomenologische Grundlagen und soziologische Analysen*. Bielefeld: Transcript (zit. S. 16, 25, 26).
- Höllinger, Franz und Thomas Tripold (2012), *Ganzheitliches Leben: Das holistische Milieu zwischen neuer Spiritualität und postmoderner Wellness-Kultur*. Bielefeld: Transcript (zit. S. 14).
- Koch, Anne, Hrsg. (2004), *Themenheft: Ästhetik – Kunst – Religion*. *Münchener Theologische Zeitung*, 55, S. 289–384 (zit. S. 28).
- (2007), *Körperwissen: Grundlegung einer Religionsästhetik*. Habilitationsschrift an der Fakultät für Philosophie, Wissenschaftstheorie und Religionswissenschaft der Ludwig-Maximilians-Universität München. URL: <http://>

epub.ub.uni-muenchen.de/12438/1/Habilitation-Koch-02.03.07.pdf
(zit. S. 15, 22, 33, 41).

Kugele, Jens und Katharina Wilkens, Hrsg. (2011), *Relocating Religion(s): Museality as a Critical Term for Aesthetics of Religion*. Special issue of the *Journal of Religion in Europe*, 4.1 (zit. S. 28).

Lakoff, George und Mark Johnson (2004 [1980]), *Leben in Metaphern: Konstruktion und Gebrauch von Sprachbildern*. Heidelberg: Carl-Auer-Verlag (zit. S. 37).

Lanwerd, Susanne (2002), *Religionsästhetik: Studien zum Verhältnis von Symbol und Sinnlichkeit*. Würzburg: Königshausen & Neumann (zit. S. 28).

Mauss, Marcel (1978 [1934/35]), „Die Techniken des Körpers“. In: *Soziologie und Anthropologie*. Hrsg. von Wolf Lepenies und Henning Ritter. Bd. 2. München: Hanser, S. 199–220 (zit. S. 18).

Merleau-Ponty, Maurice (1974 [1966]), *Phänomenologie der Wahrnehmung*. Übers. und mit einem Vorw. vers. von Rudolf Boehm. Berlin: De Gruyter (zit. S. 18, 19).

Meyer, Birgit, Hrsg. (2009), *Aesthetic Formations: Media, Religion and the Senses*. New York: Palgrave Macmillan (zit. S. 32).

Mohn, Jürgen (2004), „Von der Religionsphänomenologie zur Religionsästhetik: Neue Ansätze einer ‚systematischen Religionswissenschaft‘“. In: *Münchener Theologische Zeitschrift* 55.4, S. 300–309 (zit. S. 17, 30–32, 42).

– (2007), „Körperkonzepte in der Religionswissenschaft und der Religionsgeschichte“. In: *Körper – Kulte: Wahrnehmungen von Leiblichkeit in Theologie, Religions- und Kulturwissenschaften*. Hrsg. von Christina aus der Au und David Plüss. Christentum und Kultur: Basler Studien zu Theologie und Kulturwissenschaft des Christentums 6. Zürich: Theologischer Verlag, S. 47–74 (zit. S. 15, 17, 19, 25).

– (2012), „Wahrnehmung der Religion: Aspekte der komparativen Religionswissenschaft in religionsästhetischer Perspektive“. In: *Erwägen Wissen Ethik* 23.2, S. 241–254 (zit. S. 17, 31).

Mohr, Hubert (2004), „Religion in Bewegung: Religionsästhetische Überlegungen zur Aktivierung und Nutzung menschlicher Motorik“. In: *Münchener Theologische Zeitschrift* 55, S. 321–335 (zit. S. 33).

- (2006), „Religionsästhetik“. In: *Wörterbuch der Religionen*. Stuttgart: Kröner, S. 431–433 (zit. S. 28).
- Morgan, David A. Palmer (2005), *The Sacred Gaze: Religious Visual Culture in Theory and Practice*. Berkeley, CA und Los Angeles: University of California Press (zit. S. 32).
- Münster, Daniel (2001), *Religionsästhetik und Anthropologie der Sinne: Vorarbeiten zu einer Religionsethnologie der Produktion und Rezeption ritueller Medien*. Münchener ethnologische Abhandlungen 23. München: Akademischer Verlag (zit. S. 31).
- Neda, Zoltan u. a. (2000), „The Sound of Many Hands Clapping“. In: *Nature* 403, S. 849–850. DOI: [10.1038/35002660](https://doi.org/10.1038/35002660) (zit. S. 38).
- Noë, Alva (2004), *Action in Perception*. Cambridge, MA: MIT Press (zit. S. 36).
- Otto, Rudolf (2004 [1917]), *Das Heilige: Über das Irrationale in der Idee des Göttlichen und sein Verhältnis zum Rationalen*. München: Beck (zit. S. 19, 30).
- Pink, Sarah (2010), „The Future of Sensory Anthropology/the Anthropology of the Senses“. In: *Social Anthropology/Anthropologie sociale* 18.3, S. 331–340. DOI: [10.1111/j.1469-8676.2010.00119_1.x](https://doi.org/10.1111/j.1469-8676.2010.00119_1.x) (zit. S. 28).
- Platz, Theresa (2006), *Anthropologie des Körpers: Vom Körper als Objekt zum Leib als Subjekt von Kultur*. Berlin: Weißensee-Verlag (zit. S. 21).
- Schmitz, Hermann (2012), *Kurze Einführung in die Neue Phänomenologie*. 3. Aufl. Freiburg i. Br.: Alber (zit. S. 25).
- Schüler, Sebastian (2012), „Synchronized Ritual Behavior: Religion, Cognition and the Dynamics of Embodiment“. In: *The Body and Religion: Modern Science and the Construction of Religious Meaning*. Studies in the History of Religions: Numen Book Series 138. Leiden: Brill, S. 81–101 (zit. S. 38).
- Shilling, Chris und Philip A. Mellor (2010), „Body Pedagogics and the Religious Habitus: A New Direction for the Sociological Study Of Religion“. In: *Religion* 40.1, S. 27–38. DOI: [doi:10.1016/j.religion.2009.07.001](https://doi.org/10.1016/j.religion.2009.07.001) (zit. S. 26).
- Sullivan, Lawrence (2001), „Körpertechniken“. In: *Religion in Geschichte und Gegenwart*. Hrsg. von Hans Dieter Betz u. a. Bd. 4. Tübingen: Mohr Siebeck, S. 1697–1698 (zit. S. 14).

- Traut, Lucia und Annette Wilke, Hrsg. (2015), *Religion – Imagination – Ästhetik: Vorstellungs- und Sinneswelten in Religion und Kultur*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht. Im Druck (zit. S. 29).
- Varela, Francisco J., Evan Thompson und Eleanor Rosch (1991), *The Embodied Mind: Cognitive Science and Human Experience*. Cambridge, MA: MIT Press (zit. S. 36).
- Vásquez, Manuel A. (2011), *More than Belief: A Materialist Theory of Religion*. Oxford und New York: Oxford University Press (zit. S. 40).
- Voss, Ehler (2011), „The Struggle for Sovereignty: The Interpretation of Bodily Experiences in Anthropology and among Mediumistic Healers in Germany“. In: *Encounters of Body and Soul in Contemporary Religious Practices*. Hrsg. von Anna Fedele und Ruy Llera Blanes. New York und Oxford: Berghahn Books, S. 168–178 (zit. S. 22).
- Wilke, Annette und Oliver Moebus (2011), *Sound and Communication: An Aesthetic Cultural History of Sanskrit Hinduism*. Religion and Society 41. Berlin: De Gruyter (zit. S. 28, 32).
- Wilkens, Katharina (2013), „Drinking the Quran, Swallowing the Madonna: Embodied Aesthetics of Popular Healing Practices“. In: *Alternative Voices: A Plurality Approach for Religious Studies. Essays in Honor of Ulrich Berner*. Critical Studies in Religion, Religionswissenschaft 4. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht (zit. S. 32).
- Zerubavel, Eviatar (1999), *Social Mindscales: An Invitation to Cognitive Sociology*. Cambridge, MA: Harvard University Press (zit. S. 37).



Teil II.

**Empirische Studien:
Heilungs- und
Therapieangebote im
deutschen, niederländischen
und US-amerikanischen
Raum**

3. Therapeutische Kultur und Sprachpraktiken als Medium der Subjektbildung: Das Thema Heilung in Diskurs und Praxis der Lakewood Church in Texas, USA¹

Katja Rakow, Universität Heidelberg

Zusammenfassung: Der Aufsatz behandelt die Verflechtung von religiösen Praktiken und Vorstellungen mit therapeutischen Ansätzen der Selbsthilfe und Selbstoptimierung. Zunächst wird anhand der Ausführungen der Soziologin Eva Illouz und des Soziologen Nikolas Rose die Herausbildung einer therapeutischen Kultur im Laufe des 20. Jahrhunderts umrissen, die moderne Bilder des Selbst und Bezugnahmen des Selbst entschieden geprägt hat. Dieses therapeutische Ethos durchziehe alle Gesellschaftsbereiche und wirke somit auch auf den Bereich der Religion. Das hier präsentierte Fallbeispiel aus dem charismatisch-pfingstlichen Kontext der USA ist ebenfalls in den therapeutischen Diskurs eingebettet, wie sich anhand der Rhetorik des Pastors und der Praxis der Gemeinschaft zeigen lassen wird. Zunächst wird das Thema Heilung in der Geschichte der Lakewood Church verhandelt und anschließend die Gemeinschaft und das Heilungsmotiv im Kontext der „Word of Faith“-Bewegung verortet. Schließlich wird gezeigt, wie sich ein typischer Gottesdienst in dieser Megachurch gestaltet und auf welche Weise die Themen Heilung, Erfolg und Wohlstand als Ergebnis po-

¹Die im Aufsatz präsentierten Ergebnisse wurden ermöglicht durch eine von der DFG geförderte Forschung zum Thema „Spirituelle Wal Marts? Die Lakewood-Megachurch als DIE Kirche der Moderne in den USA?“ im Rahmen eines größeren Projektes zu „Modernen religiösen Erlebnisgesellschaften: Mediale und ästhetische Präsentationen von Lehren christlich orientierter Organisationen in den USA“ am Institut für Religionswissenschaft der Universität Heidelberg vom 01. August 2010 bis 31. Januar 2013.

sitiver Selbstbeeinflussung im Sinne der Selbstoptimierung vom Pastor verhandelt werden. Die Ausführungen basieren auf teilnehmenden Beobachtungen während zweier mehrwöchiger Feldforschungsaufenthalte in der Lakewood Church im Frühjahr 2011 und 2012 sowie einer Analyse der Publikationen des Pastors und Veröffentlichungen der Kirche. Abschließend wird argumentiert, dass religiöse Praktiken, die sich aus dem therapeutischen Diskurs speisen und auf das Denken und den Glauben des religiösen Akteurs zielen, zwar eine Semantisierung und Mentalisierung des Religiösen nahelegen, bei genauerem Hinsehen jedoch ihre somatische Verankerung im Gebrauch von Körperpraktiken des Sprechens, Lesens und Hörens offenbaren.

3.1. Einleitung

Seit der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts diagnostizieren verschiedene Wissenschaftler_innen aus den Bereichen Soziologie und Geschichte vermehrt die Auflösung des traditionellen religiösen Feldes (Bourdieu 1992) beziehungsweise eine Ablösung von klassischen religiösen Experten sowie von Vorstellungen und Praktiken durch psychologische Expertise und therapeutische Narrative und Praxis (Rieff 2006; Lasch 1979; Moskowitz 2001). Verschiedene Religionsforscher_innen beobachten statt einer generellen Ablösung religiöser Vorstellungen und Praktiken durch therapeutische Diskurse und Methoden eine zunehmende Psychologisierung bestimmter religiöser Strömungen der Gegenwart (Berger 1973; Hanegraaff 1996; Carrette und King 2004; Bender 2010; Rakow 2014, S. 90–99). Der Soziologe Nikolas Rose (1989, 1996) und die Soziologin Eva Illouz (2009) gehen noch einen Schritt weiter und sprechen von der Durchdringung *aller* Bereiche moderner westlicher Gesellschaften mit einem therapeutischen Ethos. Rose (1989, 1996) beschreibt die Herausbildung einer neuen Subjektivität als entscheidenden Faktor industrieller und postindustrieller Konsumgesellschaften, die durch die Entwicklung psychologischer Disziplinen gestützt wurde. Diese neue Subjektivität ist dadurch gekennzeichnet, dass moderne Subjekte sich selbstreflexiv einer beständigen Evaluation und Optimierung des eigenen Selbst in allen Berei-

chen ihres individuellen Daseins – Beruf, Liebe, Familie, Erziehung, Freizeit, Gesundheit – unterziehen können und müssen.² Diese psychologisch informierte Art und Weise des Denkens und Handelns in Bezug auf das eigene Selbst bestimmt nicht nur den Umgang mit sich selbst, sondern auch die Beziehung zu anderen. Mit Rückgriff auf einen in alle Gesellschaftsbereiche diffundierten psychologischen Diskurs ist das Selbst so zu einem „Ort der Regierbarkeit“ (Emling 2013, S. 298) geworden, an dem das Individuum eine beständige Autoevaluation und Optimierung des Selbst in Abstimmung mit sozialen Anforderungen vornimmt. Diese von Rose beschriebene Praxis der Selbsterkenntnis ist in der Moderne zu einem „sowohl epistemologischen als auch moralischen Akt“ (Illouz 2009, S. 12–13) geworden, dem sich das Subjekt unterziehen muss und bei dem das Subjekt auf psychologische und therapeutische Expertise im weitesten Sinne zurückgreifen kann. Das moderne Selbst ist, Rose zufolge, der Dreh- und Angelpunkt des therapeutischen Diskurses (Rose 1996).

Ähnlich wie Rose befasst sich auch Illouz mit der Allgegenwart des therapeutischen Diskurses in westlichen Industriegesellschaften. In ihrem Buch *Die Errettung der modernen Seele: Therapien, Gefühle und die Kultur der Selbsthilfe* (2009) zeichnet sie den historischen Prozess nach, der die therapeutische Kultur zu einer „neue[n] kulturelle[n] Matrix“ (Illouz 2009, S. 21) machte und das Verständnis des modernen Selbst entscheidend prägte. Diese neue kulturelle Matrix besteht Illouz zufolge aus Metaphern, narrativen Mustern, dualistischen Antagonismen und erklärenden Bezugsrahmen, die dem modernen Individuum eine neue Sprache zur Verfügung stellen, um Gefühle zu erfahren und auszudrücken und auf sich selbst Bezug zu nehmen (Illouz 2009, S. 21).³ Im Zuge dieser Entwicklung etablierte sich die Idee der Verwirklichung des Selbst als Ideal des modernen Selbst-Verständnisses; Selbstverwirklichung

²Diese ubiquitäre Präsenz des therapeutischen Ethos und der damit verknüpften Subjektivität zeigt sich nicht nur in der unmittelbaren Lebenswelt des Individuums, sondern auch in größeren gesellschaftlichen Feldern wie z. B. Bildung, Militär und Politik (Polsky 1991; Nolan 1998; Lemke 2001; Moskowitz 2001; Emling 2013).

³Sprache wird von Illouz als grundlegend für die Verfasstheit des Selbst erachtet (Illouz 2009, S. 24).

und Selbsterfüllung werden so zu zentralen Anliegen im Leben moderner Akteure und der therapeutische Diskurs bietet, so Illouz, entsprechende Narrative und Handlungsanleitungen zur Bewältigung dieser Aufgabe.

Roses und Illouz' Ausführungen dienen als Hintergrundfolie für das im Folgenden diskutierte Fallbeispiel aus dem charismatisch-pfingstlichen Kontext. Die Verflechtung von religiösen Praktiken und Vorstellungen mit therapeutischen Ansätzen der Selbsthilfe wird anhand von Predigten, Gebeten und weiteren religiösen Praktiken in der Lakewood Church dargestellt und analysiert. Bei der Lakewood Church handelt es sich um die derzeit größte Megachurch⁴ in den USA; ihr Pastor Joel Osteen ist zudem einer der bekanntesten Prediger im amerikanischen Fernsehen. Seine Sendung und christlichen Selbsthilfeschriften erreichen hohe Einschaltquoten bzw. Absatzzahlen und generieren so ein breites Interesse für seine Kirche in Houston, Texas. In seinen Predigten, welche die Basis seiner Fernsehsendung und Bücher bilden, werden Gesundheit, Glück und Erfolg als Ergebnis des richtigen Denkens, Glaubens und Handelns konstruiert und diese Haltung im Rahmen religiöser Praxis in der Gemeinschaft und im Privaten eingeübt.

Zunächst wird die therapeutische Kultur als neue kulturelle Matrix umrissen, anschließend das Thema Heilung in der Geschichte der Lakewood Church verhandelt sowie die Gemeinschaft im Kontext der „Word of Faith“-Bewegung verortet. Schließlich wird gezeigt, wie die Themen Heilung, Erfolg und Wohlstand als Ergebnis positiver Selbstbeeinflussung im Gottesdienst präsentiert werden.⁵ Abschließend wird argumentiert, dass religiöse Praktiken, die sich aus dem therapeutischen Diskurs speisen und auf das Denken und den Glauben religiöser Akteure zielen, zwar eine Semantisierung und Mentalisierung des Religiösen nahelegen, bei genauerem Hinsehen jedoch ihre somatische

⁴Der Begriff „Megachurch“ hat sich als Bezeichnung für protestantische Kirchen mit wöchentlich mehr als 2 000 Gottesdienstbesuchern in der Fachliteratur und im öffentlichen Diskurs eingebürgert (Bird und Thumma 2011).

⁵Die Ausführungen basieren auf teilnehmenden Beobachtungen während zweier mehrwöchiger Feldforschungsaufenthalte in der Lakewood Church im Frühjahr 2011 und 2012 sowie einer Analyse der Publikationen des Pastors und Veröffentlichungen der Kirche (Mittschnitte der Gottesdienste und Predigten, CDs und DVDs).

Verankerung im Gebrauch von Körperpraktiken des Sprechens, Lesens und Hörens offenbaren.

3.2. Therapeutische Kultur als neue kulturelle Matrix

Die therapeutische Sprache ist, so schreibt Illouz, „eine qualitativ neue Sprache des Selbst“ (Illouz 2009, S. 16), die neue kulturelle Codes und Bedeutungen hervorgebracht hat. Der therapeutische Diskurs nehme zwar Bezug auf ein Verständnis von ‚Seele‘, das in der abendländischen Kultur eine lange Tradition aufweisen könne, dennoch gebe es für diese neue Sprache des Selbst keine Vorläufer in der euro-amerikanischen Kultur (Illouz 2009, S. 16). Diese qualitativ neue Sprache führte zu einer Wandlung des Selbstverständnisses und zu Veränderungen in der Konzeption sozialer Beziehungen und Handlungen. Illouz zufolge stellt der therapeutische Diskurs daher eine „exemplarisch moderne Weise dar, das Selbst zu institutionalisieren“ (Illouz 2009, S. 23), indem er Praktiken der Introspektion rahmt und narrative Muster und Kategorien zur Verfügung stellt, wie z. B. ‚Begehren‘, ‚Erinnerung‘ oder ‚Gefühle‘, mit denen moderne Akteure sich auf sich selbst beziehen oder sich selbst ergründen (Illouz 2009, S. 16–17). Das Therapeutische als neue kulturelle Matrix stellt Definitionen für Gefühlskategorien zur Verfügung und bestimmt die Kriterien dafür, was als ein „emotionales Problem“ (Illouz 2009, S. 24) betrachtet wird. Darüber hinaus bietet die therapeutische Kultur Erklärungen, narrative Muster und Metaphern an, um diese emotionalen Probleme zu verstehen und zu bewältigen, und gleichzeitig beschränkt sie die Ausdrucks-, Verstehens- und Handhabungsmöglichkeiten des Individuums im Umgang mit seinen Emotionen (Illouz 2009, S. 24). Das Adjektiv ‚therapeutisch‘ bezieht sich in diesem Kontext also nicht ausschließlich auf medizinische oder therapeutische Maßnahmen im engeren Sinne des Wortes, sondern umfasst einen großen Bereich sozio-kultureller Praktiken und Diskurse jenseits des engeren medizinisch-psychologischen Feldes, die sich mit der Konstitution und Handhabung des Selbst, seiner Emotionen und Potentiale befassen.

Durch die Einbettung in die wesentlichen Institutionen der Moderne, wie z. B. Unternehmen, Schule, Familie, Staat, Massenmedien, konsumkapitalistische Marktwirtschaft und Zivilgesellschaft, konnte die therapeutische Sprache große kulturelle Resonanz erlangen. Der therapeutische Diskurs bietet ein spezifisches Reservoir an sprachlichen Praktiken, die sowohl fest institutionell verankert sind (akademische Disziplinen, Forschung und Fachpublikationen) als auch weit gestreut in diversen kulturellen und sozialen Kontexten als „anonyme, autorlose und allgegenwärtige Weltanschauung“ (Illouz 2009, S. 25) existieren. Die therapeutische Kultur speist sich also nicht ausschließlich aus Expertendiskursen aus dem Feld der Psychologie, Therapie und Beratung, sondern auch aus dem Bereich der Alltags- und Populärkultur, wo psychologische Ideen, Narrative und Praktiken aufgegriffen, verändert und weitergetragen werden (Rose 1989, 1996; Illouz 2009). Werbung, Film und Fernsehen, Talkshows, Selbsthilfebücher, Ratgeber-Kolumnen, Kurse und ähnliche Angebote vermitteln die Idee, dass eine rational-emotionale Introspektion ein notwendiger Schritt auf dem Weg zu Selbstverwirklichung und Selbsterfüllung ist. Selbsterfüllung wiederum wird mit einem Gefühl von Glück, Zufriedenheit und Wohlbefinden assoziiert und als für jeden Menschen realisierbar deklariert, wenn er nur die richtigen Gedanken, Techniken und Strategien der Selbstbearbeitung und Selbstoptimierung zur Anwendung bringe. Der Gedanke der Selbstoptimierung kann sich auf alle Lebensbereiche beziehen und sich sowohl auf Karriere-, Gesundheits-, Erziehungs- und Beziehungsfragen richten wie auch auf die Bereiche Fitness, Ernährung, Mode, Ökonomie, Bildung und Freizeit. Im Verlauf des 20. Jahrhunderts avancierte die Ratgeberliteratur zu einer Kulturindustrie, die – neben der Film- und Werbeindustrie – entscheidend zur Popularisierung „psychologischer Konzepte und [...] bestimmter Gefühlsnormen“ (Illouz 2009, S. 96) beigetragen hat. Eine Auswahl an Ratgeber- und Selbsthilfebüchern zeigt die erste Abbildung. Das Foto wurde bei einem Räumungsverkauf einer kleinen christlichen Buchhandlung in einem großen, urbanen Einkaufszentrum aufgenommen und zeigt verschiedene Titel, welche die Vermittlung von Strategien der Selbstoptimierung im Alltags- und Geschäftsleben sowie im Bereich Glauben und Gesundheit versprechen. Un-



Abb. 3.1.: Ratgeber- und Selbsthilfeliteratur

ter den abgebildeten Publikationen befindet sich auch einer der Bestseller Joel Osteens, auf dessen Bücher im weiteren Verlauf des Artikels noch näher eingegangen wird (siehe Abb. 3.1).

Ratgeber- und Selbsthilfeleratur sowie Film und Werbung sind zentrale Medien der Streuung des therapeutischen Diskurses. Sie transportieren den Grundgedanken der therapeutischen Kultur – dass eine Veränderung hin zum Optimum im Vermögen des Einzelnen liege und immer möglich sei, wenn nur das richtige Wissen und die entsprechenden Steuerungsmechanismen bekannt und befolgt werden – in verschiedensten Varianten. So bringt auch der Klappentext des Buchs *Anziehungskraft: Stil kennt keine Größe* (2013), der Anfang 2014 Platz eins der *Spiegel*-Bestsellerliste in der Kategorie ‚Sachbuch‘

belegte, diesen Gedanken wie folgt auf den Punkt:⁶ „Guido Maria Kretschmer [...] ruft mit diesem Buch alle Frauen zur modischen Selbsterkenntnis und vor allem zur Selbstliebe auf – denn jede Frau kann toll aussehen, wenn sie weiß, wie es geht!“ Im Vorwort verspricht der Autor und Designer Kretschmar, dass jede Frau mit dem richtigen Wissen um die Regeln des Stylings und dem richtigen Verständnis ihres Körpers die zahlreichen Möglichkeiten der Mode gekonnt nutzen kann, um nicht nur gut auszusehen, sondern auch glücklich zu sein (Kretschmer 2013, S. 9). Die hier vorgestellte Verknüpfung von Mode und Stil mit Selbsterkenntnis, Selbstliebe und Glück mag banal erscheinen und auf den ersten Blick wenig mit therapeutischen Narrativen zu tun haben. Kathy Peiss (2011) zeigt jedoch in ihrer Studie eindrücklich, wie psychologische Konzepte und eine spezifische psychologisierte Sprache im 20. Jahrhundert in der Kosmetikindustrie und in der Werbung Verwendung finden und moderne Selbstbilder von Frauen prägen. Weitere Studien erörtern die Frage wie die Modifikation des Aussehens mit dem Streben nach Glück und der Entdeckung des wahren Selbst verknüpft werden (Gilman 1998; Huss-Ashmore 2000). Mode und Kosmetik werden so zu Praktiken und Mitteln, um das vermeintliche wahre weibliche Selbst hervorzubringen und seine Potentiale zu entfalten.

Ein zweites Beispiel aus dem US-amerikanischen Kontext soll zur weiteren Verdeutlichung dieses Grundgedankens der therapeutischen Kultur dienen und das im Artikel präsentierte Fallbeispiel vorbereiten. Joel Osteen veröffentlichte im Herbst 2013 das Buch *Break Out: 5 Keys to Go Beyond Your Barriers and Live an Extraordinary Life*. Der Titel stand 14 Wochen auf der *New York Times*-Bestsellerliste in der Rubrik „Advice, How-To and Miscellaneous“. Wie schon in seinen anderen Publikationen (vgl. Emling und Rakow 2014; Rakow 2015), versichert der Autor seinen Lesern_innen, dass niemand ein mittelmäßiges, unerfülltes Leben führen müsse, da jede/r Leser_in noch schlummernde Talente habe, die nur geweckt werden müssten. Wie man aus dem jetzigen Leben ausbrechen und sich selbst verwirklichen könne, so wie Gott es für

⁶Siehe Spiegel-Bestsellerliste der 10. Kalenderwoche des Jahres 2014: <http://www.spiegel.de/kultur/spiegel-bestseller-hardcover-a-458991.html> (besucht am 02.03.2014).

einen vorgesehen habe, soll das Buch anhand von fünf Schlüsselstrategien vermitteln:

There are new levels of *your* destiny still in front of *you*. But break out starts in *your* thinking. As *you* put these keys into action, making room for increase, expecting shifts of God's favor, praying bold prayers, and keeping the right perspective, then God will release floods of His goodness that will thrust *you* beyond barriers of the past into the extraordinary life *you* were designed to live. (Osteen 2013, S. 4, Hervorh. K. R.)

Der Autor erklärt seiner Leserschaft, dass der Ausbruch aus dem alten Leben mit ihrem Denken beginne. Wenn sie die fünf im Buch vorgestellten Prinzipien anwenden, werde Gott ihnen bahnbrechende Veränderungen im Leben schenken: der langersehnte Karrieresprung, die Heilung von einer unheilbaren Krankheit, die Befreiung von Süchten und Abhängigkeiten, die Verbesserung einer Beziehung etc. Auch hier liegt es im Vermögen des einzelnen Akteurs, diese Veränderung des eigenen Lebens durch ein bestimmtes Denken und Verhalten hin zum Besseren zu bewirken. Dieser Gedanke wird rhetorisch unterstützt durch die Verwendung von Personalpronomen in der 2. Person (*you/your*), wodurch die Adressaten direkt angesprochen werden.⁷ Was bei diesem Fallbeispiel aus dem christlichen Kontext hinzu kommt, ist die Versicherung der Unterstützung durch einen Wunder wirkenden Gott, der für die Gläubigen aktiv werde, wenn diese nur richtig denken, glauben und handeln. Auch hier ist das Individuum der Dreh- und Angelpunkt der Selbstoptimierung.

Der in beiden Beispielen durchscheinende Imperativ der Selbsterfüllung und des Strebens nach Glück ist charakteristisch für den therapeutischen Diskurs, der das gegenwärtige Verständnis des Selbst, seiner Möglichkeiten und seiner Beziehungen zu anderen prägt. Dabei handelt es sich Illouz (2009) zufolge um einen Diskurs, der zwei verschränkte Ebenen aufweist:

⁷Zur Verwendung von Personalpronomen als aktivierende rhetorische Strategie in Selbsthilfeliteratur siehe auch die Ausführungen von Helen Lee (2007, S. 98).

ein *formales* Wissenssystem, das durch klare disziplinäre Grenzen und Regeln der Textproduktion gekennzeichnet ist, in offiziellen Institutionen hervorgebracht und von professionellen Netzwerken, vor allem von „Wissensproduzenten“, getragen wird, als auch ein *informelles*, amorphes und diffuses kulturelles System, das sich in den alltäglichen kulturellen Praktiken und Selbstverständnissen der Menschen niederschlägt. (Illouz 2009, S. 25, Hervorh. im Orig.)

In dieser Doppelexistenz des therapeutischen Diskurses als formales Wissenssystem und informelles Reservoir diffuser kultureller Wissensbestände und Praktiken vollzog sich im Laufe des 20. Jahrhunderts eine Umformulierung des Selbst. Rose spricht daher auch von einem „Regime des Selbst“ als einem „regulativen Ideal“ (Rose 1996, S. 3), dessen Herausbildung historisch eng mit der Entwicklung der Psychologie und dem damit verbundenen Verständnis des menschlichen Individuums verknüpft ist:

[W]hat justifies me in speaking of a regime of the self, at least within a limited set of temporal and geographical coordinates, is less an assertion of uniformity than a hypothesis that there is a common normativity—a kind of family resemblance in the regulative ideals concerning persons that are at work in all these diverse practices that act upon human beings, young and old, rich and poor, men and women, black and white, prisoner, mad person, patient, boss and worker: ideals concerning our existence as individuals inhabited by an inner psychology that animates and explains our conduct and strives for self-realization, self-esteem, and self-fulfillment in everyday life. (Rose 1996, S. 3)

Durch die Psychologie werden, so Rose, umfassende emotionale, zwischenmenschliche und organisatorische Techniken zur Verfügung gestellt, durch welche die Praktiken des täglichen Lebens im Einklang mit der Ethik des autonomen Selbst organisiert werden können. Hier wird Psychologie als eine diskursive Formation gedacht, die Wissen über das autonome Selbst hervorbringt und institutionalisiert und das autonome Selbst als ein Selbst naturalisiert, das nach Selbstverwirklichung strebt (Rose 1996, S. 17). Psychologie ist für Rose ein Unternehmen, das aus dem Zusammenspiel des akademischen Feldes und dem Feld der Expertise resultiert. Expertise bezeichnet hier

die Kapazität der Psychologie, einen Stab ausgebildeter und ausgewiesener Personen zur Verfügung zu stellen, die eine spezielle Kompetenz in der Verwaltung von Personen und interpersonalen Beziehungen beanspruchen, wie z. B. Erzieher, Therapeuten, Sozialarbeiter, Berater, Seelsorger usw. (Rose 1996, S. 86). Diesen Experten steht ein Korpus von Techniken und Prozeduren zur Verfügung, um menschliche Ressourcen „rational“ und „human“ zu managen (Rose 1996, S. 11) – z. B. in der Erziehung und Bildung, in der Industrie, im Militär, im Gefängnis, in Rehabilitations- und Gesundheitsprogrammen und im sozialen Leben generell. Die Effekte dieses psychologischen Dispositivs wirken jedoch nicht nur durch Experten auf andere Menschen, sondern auch durch den einzelnen Menschen auf sich selbst, wenn auch unter Zuhilfenahme externer Expertise, zum Beispiel durch den Rückgriff auf Selbsthilfeliteratur (Herman 1995; Philip 2009).⁸ Auch die von mir angeführten Beispiele aus deutschen und amerikanischen Bestsellerlisten, die dem Bereich der Ratgeber- und Selbsthilfeliteratur zugerechnet werden können, bieten eine Form der Expertise an und bekommen diese zugleich von den sie rezipierenden Akteuren zugeschrieben.

Emotionen und entsprechende Techniken, diese zu verstehen und zu steuern (um eine stabile Identität, ein erfülltes und verwirklichtes Selbst sowie Wohlbefinden zu erreichen), spielten in der Herausbildung des Regimes des Selbst eine bedeutende Rolle. In diesem Prozess wurde das Selbst rationaler, strategischer und gleichzeitig gefühlsorientierter entworfen, als dies bis dahin der Fall gewesen war (Illouz 2009, S. 394). Diese „qualitativ neue Sprache des Selbst“ (Illouz 2009, S. 16), welche den therapeutischen Diskurs als neue kulturelle Matrix kennzeichnet und alle Gesellschaftsbereiche durchdringt, etabliert das moderne Selbst als Ort, an dem die widersprüchlichen normativen Bedingungen der Moderne bewältigt werden können, die sich aus den widersprüchlichen Imperativen zur emotionalen Introspektion, zum rationa-

⁸ Dieses Verständnis des Zusammenspiels von Psychologie, Expertise und Subjektivierung in einer Art „Technologie des Selbst“ ist stark geprägt durch Foucault'sche Ansätze (vgl. Martin, Gutman und Hutton 1988; Lemke 2001). Siehe dazu auch die Ausführungen von Katie Wright (2008).

len Management des zwischenmenschlichen Miteinanders und zum Streben nach Individualität ergeben.⁹ In ähnlicher Weise beschreibt Rose diese neue kulturelle Matrix als neue Arten und Weisen, wie Menschen sich heute selbst verstehen und auf sich selbst einwirken (Rose 1996, S. 2). Im therapeutischen Diskurs ist das Selbst also sowohl das Problem als auch die Lösung für die Kontradiktionen des modernen Lebens und die therapeutische Kultur bietet wiederum zahlreiche Strategien zur erfolgreichen Bearbeitung des Problems (Illouz 2009, S. 401). Der therapeutische Diskurs hat dazu beigetragen, dass in modernen Gesellschaften das Selbst und die damit verbundenen Konzepte wie Autonomie, Identität, Individualität, Freiheit, Wahl und Erfüllung höchste Wertschätzung erfahren (vgl. Giddens 1991; Rose 1989, 1996; Neisser und Jopling 1997; Illouz 2009). Da das Selbst in diesem Diskurs als frei und autonom entworfen und naturalisiert wird, kann es als Ressource für die angestrebte Selbstverwirklichung fungieren. Gleichzeitig werden jedoch mangelnde Verwirklichung, Misserfolg, Leiden und Unglück so zu den Folgen einer „schlecht gehandhabten Seele“ (Illouz 2009, S. 406) und liegen im Verantwortungsbe- reich des Einzelnen. Orientierung für eine „gut gehandhabte Seele“ – in Anlehnung an die Formulierung von Illouz – bieten dem Subjekt also nicht (mehr) nur religiöse Spezialisten, sondern eine Vielzahl an Therapeuten, Beratern und weiteren Personen, die eine entsprechende Expertise beanspruchen, wie Pierre Bourdieu bereits 1982 beobachtete.¹⁰

Heutzutage besteht also ein unmerklicher Übergang von den Geistlichen alten Schlags (innerhalb deren ein Kontinuum vorliegt) zu Mit-

⁹ Dazu zählt Illouz u. a. neu entstehende Anforderungen und Unsicherheiten am Arbeitsplatz sowie im Ehe- und Familienleben: „Das Selbst mußte nun selbständig und voller Selbstvertrauen sein, aber doch auf die Bedürfnisse der anderen eingehen; es mußte Beziehungen auf hochrationale Weise führen, sich aber zugleich auf die eigenen Gefühle und die der anderen kaprizieren; und es musste ein einzigartiges Individuum sein, aber zugleich ununterbrochen mit anderen kooperieren. Der entscheidende Beitrag der Psychologie bestand darin, dialogische Interaktionsmodelle anzubieten, die eine Handhabung dieser Spannungen am Arbeitsplatz und in der Familie versprochen“ (Illouz 2009, S. 401).

¹⁰ Die deutsche Übersetzung „Die Auflösung des Religiösen“ aus dem Jahr 1992 basiert auf Bourdieus Vortrag „La dissolution du religieux“ aus dem Jahr 1982.

gliedern von Sekten, Psychoanalytikern, Psychologen, Medizинern (Psychosomatiker, Heilpraktiker), Sexologen, Lehrern diverser Formen des körperlichen Ausdrucks und asiatischer Kampfsportarten, Lebensberatern, Sozialarbeitern. Alle sind Teil eines neuen Feldes von Auseinandersetzungen um die symbolische Manipulation des Verhaltens im Privatleben und die Orientierung der Weltsicht, und alle setzen sie in ihrer Praktik konkurrierende, antagonistische Definitionen von Gesundheit, der Heilung, der Kur von Leib und Seele um. (Bourdieu 1992, S. 233)

Bourdieu spricht von einer Auflösung des religiösen Feldes, die sich in den zahlreichen therapeutischen Alternativen neben traditionellen religiösen Anleitungen zeige, die das Subjekt im Umgang mit sich selbst, mit anderen und in seiner Orientierung der Weltsicht prägen würden. Anders gewendet, kann man davon sprechen, dass sich nicht das religiöse Feld auflöse, sondern vielmehr die therapeutische Kultur alle gesellschaftlichen Felder und somit auch das religiöse Feld durchziehe. Bereits Ende der 1960er Jahre hatte der Soziologe Peter Berger eben jene Bewegung beobachtet und festgestellt, dass „[a]lle religiösen Institutionen, die sich an dem Markt des oberen Mittelstands in den Vereinigten Staaten orientieren, [...] einem Zwang zur Säkularisierung und Psychologisierung ihrer Produkte“ (Berger 1973, S. 141) unterliegen und ihre religiösen Angebote auf die moralischen und therapeutischen Bedürfnisse des Individuums und seines Privatlebens ausrichten würden.¹¹

Dass die therapeutische Kultur nicht nur spezialisierte Diskurse der Wissenschaft und psychologischen Disziplinen durchdringt, sondern auch das Alltagsleben, das religiöse Feld und die Kulturindustrien, hat sich bereits an den zwei Beispielen der Bestseller angedeutet. Neben anderen Kulturprodukten stellen diese Medien Distributions- und Popularisierungswerkzeuge des therapeutischen Diskurses dar, die Akteure bei der geforderten Selbstreflexion und Optimierung anleiten und unterstützen sollen. Auch das folgende Fallbeispiel aus dem charismatisch-pfingstlichen Kontext der USA ist in den

¹¹ Diese Gedanken formulierte Peter L. Berger bereits 1967 in seinem Werk *The Sacred Canopy: Elements of a Sociological Theory of Religion* erschienen in Garden City, NY: Doubleday. Die deutsche Übersetzung stammt aus dem Jahr 1973.

therapeutischen Diskurs eingebettet, wie sich anhand der Rhetorik des Pastors und der Praxis der Gemeinschaft zeigen lassen wird.

3.3. Das Thema Heilung in der Geschichte der Lakewood Church

Joel Osteen ist das Gesicht, das heute in der amerikanischen Öffentlichkeit mit der Lakewood Church assoziiert wird. Doch bis 1999 wirkte er lediglich hinter den Kulissen der Kirche, die sein Vater John Osteen 1959 ins Leben gerufen hatte und bis Anfang 1999 leitete. Das von der Lakewood Church privilegierte Narrativ der eigenen Geschichte berichtet von den Anfängen einer kleinen Gemeinschaft von Christen in einem armen Stadtteil von Houston und ihrem Aufstieg zur größten charismatischen Megachurch der USA innerhalb von 50 Jahren und zwei Generationen von Pastoren. Die Geschichte der Lakewood Church erzählt eine Erfolgsgeschichte, die den Mitgliedern als Beweis dient für das Wirken Gottes im Leben der Menschen. Der Aufstieg der Kirche zeige, dass es keine Hürde gibt, die nicht mit Gottes Hilfe überwunden und in einen Sieg verwandelt werden könne – sei es gesellschaftliche Ächtung, Armut, oder eine tödliche Krankheit.

Die Erzählung beginnt mit John Osteen (1921–1999). Dieser hatte im Alter von 17 Jahren ein Erweckungserlebnis und begann in Gemeinden der Southern Baptist Convention zu predigen (Young 2007, S. 27–29). Ende der 1950er Jahre interessierte sich John Osteen zunehmend für die im Neuen Testament geschilderten Geistesgaben und stellte das im baptistischen Seminar Gelernte in Frage. Nachdem er – und kurze Zeit später auch seine Frau – die Taufe mit dem Heiligen Geist erfahren hatten, predigte Osteen bevorzugt über das Wirkens des Heiligen Geistes, hielt über mehrere Stunden gehende Gebetskreise ab und betete für die Heilung von Kranken. In den von ihm gehaltenen Gottesdiensten spielten charismatische Praktiken wie das Reden in Zungen und Heilungen eine zunehmend wichtigere Rolle und gingen mit einer Veränderung seiner Botschaft einher. John Osteen rückte nun stärker den liebenden Gott anstelle des strafenden Gottes in das Zentrum seiner Predigten; er

sprach von Liebe und Vergebung statt von Sünde und Verdammnis (Young 2007, S. 49–53; Lee und Sinitiere 2009, S. 30). Osteens pfingstliche Neuorientierung in Lehre und Praxis sowie die wachsende Anzahl von Gemeindemitgliedern, die sich ihm anschlossen, führte zum Konflikt mit seiner baptistischen Kirchenleitung und so legte er 1958 schließlich sein Pastorenamt nieder und gründete im darauf folgenden Jahr eine eigene Kirche (Shepson 2000, S. 77).

Der erste eigene Sonntagsgottesdienst im Mai 1959 mit circa 100 Versammelten in einer High School in Houston gilt als Geburtsstunde der Lakewood Church, die damals noch den Namen Lakewood Baptist Church trug. Noch im gleichen Jahr zog die kleine Gemeinschaft in ein ehemaliges Futtermittelgeschäft ein (Young 2007, S. 55). Eines Tages soll ein Windstoß den Zusatz „Baptist“ vom Namensschild heruntergerissen haben. Diese Episode wurde als Zeichen Gottes gewertet, dass man keiner Denomination zugehören solle und fortan lautete der Name der Kirche nur noch Lakewood Church (Young 2007, S. 55).

Die Gottesdienste der Lakewood Church Ende der 1950er/Anfang der 1960er Jahre werden als „geisterfüllt“ (Young 2007, S. 56) beschrieben: Ekstatische Ausdrucksformen wie das Reden in Zungen, Gläubige, die zu Boden fallen und zucken, oder Heilungen durch den Heiligen Geist gehörten zu den typischen Gottesdiensterfahrungen und etablierten die Kirche in den folgenden Jahren als lokale Institution innerhalb des pfingstlich-charismatischen Spektrums (Young 2007, S. 56; Bowler 2013, S. 71).

Im Rückblick auf seinen Konflikt mit den Baptisten über die Gaben des Heiligen Geistes erklärte John Osteen, dass die Taufe mit dem Heiligen Geist und die Geistesgaben nicht an denominationale Grenzen gebunden seien und eine entsprechende Verortung daher keine Notwendigkeit darstelle. Der „pfingstliche Weg“ (Osteen 1987, S. 6) sei eine neue Erweckung und eine Erfahrung Gottes, die sich in und für jeden Einzelnen vollziehe unabhängig von bestimmten Denominationen. Auch in weiteren Publikationen verknüpfte Osteen Senior die Darlegungen zum Wirken des Heiligen Geistes mit seinem persönlichen Transformationserlebnis vom „abgeklärten“ Baptisten zum „geisterfüllten“ charismatischen Christen (Sinitiere 2011, S. 4). In seiner Publikation *There*

is a Miracle in Your Mouth (1972) kontrastiert Osteen seine in der baptistischen Ausbildung erlernten Überzeugungen mit der Erfahrung des Heilungswunders, das seine Tochter Lisa als Neugeborene erfahren habe, die im ersten Lebensjahr an einer Form zerebraler Lähmung litt. Seine baptistische Ausbildung habe ihn gelehrt, dass Gott Krankheit sende, um Menschen zu segnen oder sie zu lehren. Später habe er jedoch erkannt, dass Krankheiten ihren Ursprung nicht in Gott, sondern im Teufel hätten und Gott alle Menschen gesund sehen und heilen möchte:¹²

As a southern Baptist minister for 19 years, I knew little about healing. We had very little light on this miracle-working power of God. Books in my library said God sent sickness to bless us or teach us good lessons. I had preached that we should be very careful and always say, "If it be Thy will, heal this one ..." I did not have the baptism in the Holy Ghost then, but God helped us. I closed my library and went alone day by day with the Word of God. I read the four Gospels until I began to see Jesus. There emerged from those pages a mighty, compassionate, miracle worker. He was not a Baptist, Methodist, Presbyterian, or Catholic Jesus. He was the Son of the living God who is the same yesterday, today, and forever. I beheld HIM as One greater than all our concepts of Him! I saw Him, not as a denominationalized Jesus, but as One great and loving enough to encompass ALL people everywhere in His mighty arms! We read His promises over and over. We saw that the devil was the one who afflicted our daughter. He wanted to cripple her, but God wanted to heal her. (Osteen 1972, S. 15–16, Hervorh. im Orig.)

Der feste Glaube, dass Gott und Jesus allmächtig seien und noch heute Heilungswunder wirken, sei Osteen zufolge die Voraussetzung für die Heilung seiner Tochter Lisa gewesen. Das wundersame Wirken des Heiligen Geistes, der verschiedene Familienmitglieder aufgrund ihres unerschütterlichen Glaubens und durch Gebete von schweren Krankheiten geheilt habe, ist zentraler Bestandteil des historischen Narrativs der Lakewood Church. So wurde im

¹²Mit dieser Argumentation steht John Osteen in der Tradition von Kenneth Hagin und anderen Heilungspredigern (vgl. Hagin 1995 [1960], S. 18–21). Auf gleiche Art und Weise argumentiert seine Frau Dodie Osteen in ihrem Buch (Osteen 1986, S. 28–29).

Jahr 1981 bei seiner Frau Dodie Osteen Metastasen bildender Leberkrebs diagnostiziert und ihr nur noch wenige verbleibende Wochen zu leben prognostiziert. Verwandte, Freunde und die Lakewood Church-Gemeinde beteten für sie, doch nur durch ihren starken Glauben, dass Gott an ihr ein Wunder vollbringen und ihr Heilung gewähren würde, so berichtet sie in ihrem Buch *Healed of Cancer* (1986), habe sie den Krebs überwunden. Dazu habe sie täglich in der Bibel gelesen und mehrmals am Tag Worte der Heilung über sich selbst gesprochen sowie intensiv gebetet. Die entsprechenden Bibelverse sind nicht nur in ihrem Buch abgedruckt, sondern liegen zudem in der Lakewood Church aus und sind auf der Webseite der Kirche abrufbar.¹³

Für John Osteen waren die Themen Heilung und Liebe beziehungsweise Geborgenheit in seinem Wirken als Pastor von besonderer Bedeutung. Er verstand die Lakewood Church als ein Zentrum der Heilung auf körperlicher und seelischer Ebene, als einen Ort an dem gebrochene und kranke Menschen gesunden sollten und wo jeder willkommen geheißen wurde, unabhängig von seiner Hautfarbe, sozialen Herkunft oder Vorgeschichte (Osteen 2006, S. 143, May 22). Osteen nannte seine Kirche deshalb eine „Oase der Liebe in einer sorgenschweren Welt“ (Young 2007, S. 56). Zwar wird dieser Beiname heute nicht mehr verwendet, dennoch spielt das Thema Heilung in der Lakewood Church nach wie vor eine wichtige Rolle, wenn auch Heilungen im Gottesdienst nicht mehr an der Tagesordnung sind. Das Thema Heilung steht heute vielmehr auf gleicher Ebene mit den Themen Erneuerung, Durchbruch, Erfolg und Wohlstand. Die Option spezifische Heilungsgebete in Anspruch zu nehmen, besteht während des Gottesdienstes nur noch in der Gebetszeit mit Gebetspartnern und zusätzlich während der speziellen, monatlich angebotenen „Prayer and Healing Services“ mit Dodie Osteen (siehe Abb. 3.2). Im Jahr 2010 führte sie zudem einen „Drive By Healing Service“ vor der Kirche durch, der sich speziell an Menschen richtete, die aufgrund von Krankheit nur schwer in der Lage waren, das ausladende Kirchengebäude zu betreten (Wrigley 2010). Darüber hinaus gibt es die Möglichkeit, spezielle Gebetswünsche über die

¹³S. Lakewood Church, Healing Scriptures, URL: http://www.lakewoodchurch.com/Downloads/PDF/LC_Healing_Scriptures_card.pdf (besucht am 28.02.2014).



Abb. 3.2.: Ankündigung des monatlichen „Prayer and Healing Service“ mit Dodie Osteen

Gebets-Hotline oder die Website der Lakewood Church mitzuteilen oder mit einem Gebetspartner telefonisch Kontakt aufzunehmen.

3.4. Das Thema Heilung im Kontext der „Word of Faith“-Bewegung

Die Lakewood Church lässt sich aufgrund ihrer Geschichte, ihrer Einbindung in verschiedene Netzwerke und John Osteens Selbstverständnis im charismatisch-pfingstlichen Spektrum verorten (Bowler 2013, S. 52; Gersch 2013, S. 120; Sinitiere 2011, S. 5).¹⁴ Da sie in Lehre und Praxis Heilung, Erfolg und Wohlstand

¹⁴Michael Bergunder betrachtet die Pfingstbewegung als ein diskursives diachrones und synchrones Netzwerk, um essentialistische Bestimmungen zu vermeiden (Bergunder 2010).

betont, gilt die Kirche als eine bedeutende Institution innerhalb der „Word of Faith“-Bewegung (Young 2007, S. 71–72). Der „Word of Faith“-Theologie zufolge sei es Gottes Wille, dass der wahrhaft Gläubige von allen Krankheiten geheilt, im Leben erfolgreich und finanziell gesegnet ist. Biblisch legitimiert sich die Bewegung durch eine Stelle im Römerbrief:

The word is nigh thee, even in thy mouth, and in thy heart: that is, the word of faith, which we preach; That if thou shalt confess with thy mouth the Lord Jesus, and shalt believe in thine heart that God hath raised him from the dead, thou shalt be saved. For with the heart man believeth unto righteousness; and with the mouth confession is made unto salvation. (Röm 10,8–10, zit. nach der King James Version).

Durch unerschütterlichen Glauben, finanzielle Spenden, Gebete und gesprochene Affirmationen, sogenannte „positive confessions“, könne der erwünschte Zustand erreicht werden (Bowler 2011, 2013, S. 41–68; Hladky 2012, S. 83). Als Begründer und bekanntester Vertreter dieser Theologie gilt Kenneth Hagin (1917–2003), der diese Ausrichtung mit Bezug auf eine Stelle im Markusevangelium begründete: „What things soever ye desire, when ye pray, believe that ye shall receive them, and ye shall have them“ (Mk 11,24 zit. nach der King James Version). Hagin verbreitete seine „Word of Faith“-Theologie nicht nur als Prediger der Assemblies of God (von denen er sich später trennte) und als reisender Evangelist, sondern auch in seinen Publikationen, Radio- und Fernsehprogrammen (Balmer 2004, S. 315). Zu seinen bekannten Publikationen gehören u. a. das gleichnamige Magazin *Word of Faith* sowie seine Werke *Redeemed from Poverty, Sickness and Death* (1995 [1960]) und *Seven Things You Should Know About Divine Healing* (1988 [1979]). Hagin gilt neben Oral Roberts (1918–2009) als ein prominenter Vertreter des pfingstlichen Heilungs-Revivals der 1950er Jahre (Balmer 2004, S. 582). Roberts, welcher der Pentecostal Holiness Church angehörte, wurde durch seine in Zelten abgehaltenen

Die Einbettung John Osteens in dieses Netzwerk lässt sich u. a. über seine Kontakte zu bestimmten zeitgenössischen Schlüsselfiguren und Organisationen nachzeichnen, die wiederum historische Wurzeln innerhalb der Pfingstbewegung haben.

Heilungsversammlungen bekannt, wo er Kranke durch das Wirken des Heiligen Geistes geheilt haben soll (Balmer 2004, S. 582). Auch Roberts publizierte Magazine (*Healing Waters*, später in *Abundant Life* umbenannt) sowie Bücher und sendete 1955 erstmals Mitschnitte seiner „Heilungs-Kreuzzüge“ im Fernsehen.

Wie sich den Themen, Praktiken, Buch- und Magazintiteln der frühen führenden Vertreter der „Word of Faith“-Bewegung entnehmen lässt, spielte das Thema Heilung eine zentrale Rolle. Diese göttliche Heilung („divine healing“), sei durch Jesu Tod am Kreuz für jeden Gläubigen ‚erkauft‘ worden (Balmer 2004, S. 212). Begründet wird diese Überzeugung von Vertretern der Bewegung durch eine Stelle in Jesaja (Jes 53,4–5), die auch im Matthäusevangelium (Mt 8,17) aufgegriffen wird (Roberts 2002 [1947], S. 13; Hagin 1995 [1960], S. 20–21, 1995 [1986], S. 13):

Surely he hath borne our griefs [sickness], and carried our sorrows [diseases]: yet we did esteem him stricken, smitten of God, and afflicted.¹⁵

But he was wounded for our transgressions, he was bruised for our iniquities: the chastisement of our peace was upon him; and with his stripes we are healed.(Jes 53,4–5, zit. nach der King James Version)

Im neuen Bund kämen Krankheiten nicht von Gott, sondern vom Teufel; Gott aber wolle all seine Kinder gesund und geheilt sehen (Hagin 1995 [1960], S. 18–21; Roberts 1977 [1976], S. 25). „Divine Healing“, zuweilen auch als „Faith Healing“ bezeichnet, bezieht sich sowohl auf die körperliche als auch auf die spirituelle, emotionale und mentale Ebene des Menschen und wird von den Akteuren als umfassend und Teil der Erlösung verstanden (Brown 2011b, S. 5):

The healing that Jesus brings is more than spiritual, more than mental, more than physical – it is those and more. His healing is to make us

¹⁵In ihren Schriften nutzen sowohl Hagin als auch Roberts die King James Version der Bibel; Hagin hat beim Zitieren von Jes 53,4–5 jedoch die auch hier in eckigen Klammern eingefügten Worte mitzitiert, wie sie u. a. in der Amplified Bible genannt und in leichter Variation in Mt 8,17 angeführt werden: „That it might be fulfilled which was spoken by Esaias the prophet, saying, Himself took our infirmities, and bare our sicknesses“ (zit. nach der King James Version).

“whole” – healthy in soul, mind and body, healthy in our relationships with others, in our attitudes, our habits, in our way of life, all the days of our life. (Roberts 2002 [1947], S. 9)

Heilung und die Fähigkeit zu Heilen werden als Gaben des Heiligen Geistes betrachtet. Der Heilungsprozess könne jedoch nicht ausschließlich über den Glauben realisiert werden; vielmehr bedarf es der göttlichen Intervention, um die Heilung zu bewirken. Um diesen Unterschied in der Quelle der Heilung und die Verfügbarkeit über diese deutlich zu machen, wird innerhalb des Feldes der Begriff „Divine Healing“ gegenüber dem Begriff „Faith Healing“ – der den Fokus auf die Kraft des Glaubens des Einzelnen und nicht auf die göttliche Intervention richtet – präferiert (Balmer 2004, S. 212; Brown 2011b, S. 4–5).

John Osteen, der mit Roberts und Hagin befreundet war, galt ebenfalls als früher Vertreter der „Word of Faith“-Bewegung und seine Kirche als eine „healing ministry“ (Balmer 2004, S. 516; Sinitiere 2011, S. 5). In den 1980er Jahren wurde die Lakewood Church unter der Führung von John Osteen zu einer der führenden Kirchen dieser Ausrichtung. Viele von John Osteens Publikationen befassen sich mit der Frage, wie der wahrhaft glaubende, vom Heiligen Geist erfüllte Christ die übernatürlichen Gaben und transformativen Kräfte Gottes in seinem Leben nutzen kann.¹⁶ Eine besondere Rolle spielen, wie auch bei anderen Vertretern dieser Richtung, das Thema Heilung und die Praxis des positiven Bekenkens. In seiner Schrift *There is a Miracle in Your Mouth* (1972) erläutert er diese Praxis zur Verwirklichung von Heilung, innerem Frieden und Wohlstand wie folgt:

This scripture says, CONFESS WITH THY MOUTH! Confession is made unto salvation! The miracle is there on your tongue. It is in your mouth. What do I mean? The promise of God is there. The God who cannot lie has given you many promises. The miracle is in your mouth. Dare

¹⁶John Osteen hat mehr als 30 Schriften veröffentlicht, darunter einige Anleitungsbücher zur christlichen Selbsthilfe wie *How to Release the Power of God* (Houston: Lakewood Church, 1968), *How to Flow in the Super Supernatural* (Houston: Lakewood Church, 1972), *Four Principles in Receiving From God* (Houston: Lakewood Church, 1981) oder *How to Minister Healing to the Sick* (Houston: Lakewood Church, 1981).

to speak those promises out loud. Say them to yourself! Say them to the devil! Say them to the sickness! Say them to your mountain of trouble! Confess them in the face of all contrary evidence! Say them while pain is there! Say them while you are so sick you can hardly think! [...] The Lord will surely make His promises come true in your life. (Osteen 1972, S. 7–8, Hervorh. im Orig.)

Im Angesicht von Krankheit soll der Mensch Gottes Versprechen auf Heilung und Gesundheit laut bekennen und sich für geheilt und gesund erklären. Das Heilungswunder ergebe sich aus diesem Akt des laut gesprochenen positiven Bekenntnisses und des dadurch demonstrierten festen Glaubens an jenes. Ein anschauliches Beispiel liefert die Erzählung seiner Frau Dodie Osteen aus ihrer Zeit, als sie an Leberkrebs erkrankt war und täglich durch affirmative Sprechakte gegen Pessimismus, Angst und den Krebs ansprach und ihre Heilung deklarierte:

But I would replace those thoughts with God's Word and say, "With long life will He satisfy me, and show me His salvation" (see Psalm 91:16). The devil bombarded my mind with every kind of fear imaginable, especially when everybody was asleep and I lay awake hurting. Pain, intense, unbearable pain, came against my body, most of it demonic, just to try my faith. I fought so hard in the middle of the night! [...] In order to keep my mind from drifting to the negative, I would walk around, saying with every step, "By the stripes of Jesus, I am healed [...] by the stripes of Jesus, I am healed" (see 1 Peter 2:24). (Osteen 1986, S. 26–27)

Das Sprechen von positiven Bekenntnissen, die das noch zu Erwartende im festen Glauben, dass es sich erfüllen möge, als schon eingetroffen deklarieren und zur Manifestation des angestrebten Zustandes (z. B. Heilung, Erfolg, Wohlstand) beitragen sollen, wurde elementarer Bestandteil der Gottesdienste der Lakewood Church (Young 2007, S. 67–68). Eine dieser bekräftigenden Erklärungen, die zu Heilungszwecken verwendet und täglich – auch mehr-

mals – laut gesprochen werden soll, lautet: „With His stripes, I am healed!“¹⁷ (Osteen 1972, S. 22–24; Osteen 1986, S. 26–27). Solche, direkt an Bibelzitate angelehnte sowie ähnlich affirmative Sprechakte sind u. a. eingebaut in die Gebetssequenzen. Die Sprecher danken Gott im Voraus für etwas, das erst in Zukunft eintreffen werde und erklären das Gewünschte durch die Formulierung im Präsens zur Tatsache. Der Dank oder die Erklärung werden laut ausgesprochen und dienen somit als Bekräftigung und Bestätigung des Glaubens vor anderen und vor sich selbst und fungieren daher auch als positive Selbstkonditionierung. Anhand des letzten Teils eines Gebets, das Joel Osteen in der ersten Hälfte eines Gottesdienstes während meiner Feldforschung sprach, lässt sich diese Praxis der sogenannten „positive confessions“ veranschaulichen:

Lord, by faith we just receive healing flowing into us right now – physically, spiritually, emotionally. Lord, we receive joy and strength. I thank you that you're refreshing and restoring your people right now as we are in your presence. I declare for all of us we are strong in the Lord. We are healthy, energetic, full of faith. Lord, I thank you that we're blessed, we're prosperous, we're redeemed, we're forgiven, we're anointed, accepted, approved, we're disciplined, we're focused, talented, creative, confident, secure, well able to do what you called us to do ... [Applaus] ... not average, not mediocre, but children of the Most High God. (Joel Osteen, 19. 02. 2012)¹⁸

Für viele Besucher im Auditorium der Kirche sowie für die Zuschauer vor dem Fernseher beschreiben die im Gebet verwendeten Adjektive einen idealen Zustand, den sie erst noch erreichen wollen. Dieser Idealzustand wird durch den Akt des Bekennens als schon eingetreten deklariert. Diese Sprechpraxis soll

¹⁷In Anlehnung an Jes 53,5 und 1 Petr 2,24. In beiden Schriften wurde die New King James Version der Bibel verwendet (Osteen 1986; Osteen 1972).

¹⁸Sofern nicht anders angegeben, handelt es sich um Transkriptionen der Autorin, die (zusätzlich zur teilnehmenden Beobachtung in allen Gottesdiensten während der Feldforschung) anhand von Predigt-Aufnahmen (die direkt im Anschluss an den Gottesdienst erworben werden konnten) sowie aufgezeichneten Online-Screenings des Gottesdienstes angefertigt wurden. Für die technische Unterstützung bei der systematischen Sicherung des online verfügbaren Materials danke ich meiner studentischen Hilfskraft Sascha Beckerle.

helfen, diese Vorstellung als gegeben zu verankern, damit sich die genannten Eigenschaften tatsächlich manifestieren.

Zu einem anderen Zeitpunkt beendete Pastor Osteen ein Gebet mit einer „positive confession“ für alle Anwesenden und erläuterte anschließend die Bedeutung des lauten Sprechens von positiven Bekenntnissen und Gebeten:

Now, sometimes people think aloud. But you know, the Scripture says, “Let the redeemed of the Lord *say* so”,¹⁹ something about words of faith coming out of your mouth. It doesn’t just say, “Let the redeemed of the Lord *think* so.” You know it is important the way we think but when you speak words of faith, when you declare just like we did, “My chains are gone!”²⁰ you know, in the unseen realm things are changing in your favor. (Joel Osteen, 25.03.2012, Hervorhebungen entsprechend der Betonung im Gesprochenen)²¹

Diese laut geäußerten Bekenntnisse und Gebete gelten als „Worte des Glaubens“ („words of faith“), wie Osteen im obigen Zitat anmerkt. Hier zeigt sich anhand der Praxis und den damit verbundenen Vorstellungen, dass sich die Lakewood Church und Joel Osteen innerhalb der „Word of Faith“-Bewegung verorten lassen. Das laute Aussprechen von Worten im festen Glauben an ihre Verwirklichung gilt als entscheidender Akt, um die Dinge in Bewegung zu setzen, um die zukünftige Verbesserung der Gesundheit, der Finanzsituation, der Beziehung mit dem Partner, der Karriere usw. herbeizuführen und sich Gottes Unterstützung in diesem Unterfangen zu sichern. Sprechen und Glauben bilden im Leben des religiösen Akteurs eine Form der Agency, die fühlbare Ergebnisse und Änderungen produzieren kann (Coleman 2011, S. 49).

¹⁹Osteen bezieht sich hier auf eine Textzeile aus dem Song „Say So!“ von Israel Houghton & New Breed, der vorher im Gottesdienst gespielt und gesungen wurde. Der Refrain des Songs orientiert sich an Ps 107,2.

²⁰Osteen nimmt hier Bezug auf einen weiteren Song, der zuvor im Gottesdienst gespielt und gesungen wurde. Dabei handelte es sich um den Song „Amazing Grace (My Chains Are Gone)“ von Chris Tomlin. Der Refrain lautete: „My chains are gone/I’ve been set free / My God, my Savior has ransomed me / And like a flood His mercy rains / Unending love, Amazing grace.“

²¹Transkription der Autorin.

Somit ist auch der Gottesdienst – neben den Bibelstudienkreisen und den verschiedenen Workshops – ein wichtiger Ort, an dem diese Form der religiösen Praxis vermittelt, erläutert und eingeübt wird. Die Predigt im späteren Teil des Gottesdienstes gibt zumeist weitere Anregungen für Gebete und positive Bekenntnisse, die der Einzelne in seinen Alltag integrieren kann.

Osteens Buch *I Declare: 31 Promises to Speak Over Your Life* (2012) bietet weitere zahlreiche Anwendungsbeispiele. Schon der Titel macht deutlich, dass diese positiven Bekenntnisse ausgesprochen werden müssen – sie müssen über das eigene Leben gesprochen werden, um ihre Wirksamkeit zu entfalten. Dem laut geäußerten Wort wird besondere Kraft zugesprochen; es habe die prophetische Macht, das Gute wie auch das Schlechte zu materialisieren, wie der Autor in der Einleitung ausführt:

Our words have creative power. Whenever we speak something, either good or bad, we give life to what we are saying. Too many people say negative things about themselves, about their families, and about their futures. They say things such as, “I’ll never be successful. This sickness will get the best of me. Business is slow, I don’t think I will make it. Flu season is coming. I’ll probably catch it.”

They don’t realize they are prophesying their futures. The Scripture says, “We will eat the fruit of our words.” That means we will get exactly what we’ve been saying. (Osteen 2012, S. 5)

Joel Osteens Erklärung zur Wirksamkeit gesprochener Worte erinnert an die seines Vaters in dem Büchlein *There is a Miracle in Your Mouth* (1972), selbst wenn sich der sprachliche Duktus beider Autoren voneinander unterscheidet (schließlich liegen 40 Jahre zwischen beiden Publikationen) und Joel Osteen zahlreiche alltagspragmatische Bezüge herstellt (z. B. die Grippe, schlecht laufende Geschäfte etc.), die sich nicht in gleicher Weise in den Predigten und Schriften seines Vaters finden lassen. Hier lässt sich also eine Kontinuität zwischen Vater und Sohn bei der Vermittlung bestimmter Vorstellungen ausmachen: „The miracle is in your mouth. Dare to speak those promises out loud“ (Osteen 1972, S. 7) schrieb Osteen Senior, während sein Sohn es wie folgt formuliert: „Whenever we speak something [...] we give life to what we are

saying“ (Osteen 2012, S. 5). Diese schöpferische Kraft der Worte erfordert vom Einzelnen, Aufmerksamkeit auf die eigenen Worte zu richten, denn hier bietet sich Raum zur Intervention im eigenen Leben und die Möglichkeit, das eigene Leben in die gewünschte Richtung zu lenken:

Don't talk about the problem. Talk about the solution. The Scripture says, "Let the weak say, 'I am strong.'" Notice it doesn't say, "Let the weak talk about their weakness. Let the weak call five friends and discuss their weakness." [...] No, it says in effect, "Let the weak say exactly the opposite of how they feel." In other words, don't talk about the way you are. Talk about the way you want to be. (Osteen 2012, S. 11)

Das Sprechen positiver Worte, die bestärken und bekräftigen, verändere die Vision des Selbst im Inneren und somit auch die Haltung, die der Einzelne sich selbst und dem Leben gegenüber einnehme. Damit handelt es sich um eine therapeutische Strategie, die bereits aus dem Kontext der sog. „New Thought“-Bewegung²² und dem Positiven Denken bekannt ist und die Kraft optimistischer Gedanken betont, die stärker seien als der Körper oder äußerliche Umstände (Rakow 2013, S. 490). Hier soll die Wahrnehmung des Selbst positiv umgelenkt werden, um so dem Einzelnen zu einer neuen Sicht auf das eigene Leben und schließlich zu positiven Änderungen im eigenen Leben zu befähigen:

When you do that [i. e. do not talk about the way you are, but talk about the way you want to be, Anm. K. R.] it will not only change how you feel, it also will change your attitude. You won't go out with a weak, defeated, victim mentality. You will go out with a victor mentality, with a spring in your step, with a smile on your face, with your

²² Als „New Thought“-Bewegung wird eine Ende des 19. Jahrhunderts aufkommende Strömung bezeichnet, die verschiedene zeitgenössische religiöse Strömungen und Theorien über Körper, Geist und Seele miteinander vereint. Vorreiter und Ableger dieser Bewegung waren u. a. Mesmerismus und Christian Science. „New Thought“ umfasst eine Vielzahl diverser Akteure, Bewegungen und Ansätze, die sich alle im weitesten Sinne mit dem Verhältnis Geist und Körper/Materie befassten und der Frage nachgingen, wie man die Kraftquelle des Geistes anzapfen könne, um ganzheitliche (physische, psychische und spirituelle) Heilung und Gesundheit zu erlangen (Satter 1999; Haller 2012; Rakow 2013).

shoulders back. Those words can literally help lift your spirit and cause you to see yourself and your circumstances in a whole new light. (Osteen 2012, S. 11)

Affirmative Worte und eine neue positive Wahrnehmung des Selbst, des eigenen Lebens und der eigenen Umstände und Möglichkeiten bilden schließlich die Voraussetzung dafür, dass Gott seine übernatürlichen Kräfte im Leben der Einzelnen wirken lasse. Gelingen es dem Einzelnen, diese positive Vision des Selbst in seinem Inneren zu verankern, dann werde Gott die entsprechenden Interventionen im Leben des Gläubigen veranlassen und auf der übernatürlichen Ebene tätig werden, um die Dinge zum Positiven zu ändern: „Once you get a picture of it on the inside then God can bring it to pass on the outside“ (Osteen 2012, S. 11). Der Einzelne muss also zunächst die Arbeit an seinem Inneren (seinem Denken und Fühlen) als auch an seiner äußeren Haltung (seinem Sprechen und Handeln) leisten, dann werde Gott zur Änderung der äußeren Umstände beitragen. Die Leser müssten aufhören, Gott in ihren Gedanken zu begrenzen, damit er all das Gute, das er für sie und ihrem Leben vorgesehen habe, über ihnen ausschütten könne. Einprägsame rhetorische Formeln, wie „taking the limits off of God“, „putting action behind your faith“ und „be a victor, not a victim“ kehren sowohl in Osteens Predigten, Gebeten als auch in seinen Veröffentlichungen wieder und geben dem einzelnen Akteur im Streben nach Veränderung eine entscheidende Handlungsmacht (Rakow 2015).

Der Anthropologe Simon Coleman beschreibt solche „confessions“ als eine performative Praxis, in welcher durch die Externalisierung von Worten – vor sich selbst und anderen – im Leben des Akteurs ein Zustand potentieller Optimierung (im Sinne von Wohlstand, Heilung, Erfolg etc.) kreiert werde. Dabei geht es nicht nur um das laute Aussprechen von Gedanken und Wünschen, die in eine spezifische rhetorische Struktur gebracht werden, sondern auch um das Hören der eigenen Stimme, die diese Gedanken und Wünsche somit auf eine ganz andere Art und Weise wahrnehmbar macht als es allein das stille Denken und Wünschen vermag. Die Sprache sei daher, so Coleman, das Medium, durch welches das gesunde, geheilte (charismatisch-)christliche

Subjekt gebildet werde (Coleman 2011, S. 54) und dabei, so ließe sich ergänzen, kann es sich um gesprochene, gesungene oder geschriebene ebenso wie um gelesene oder gehörte Sprache handeln, wie z. B. die Einbettung dieser Praxis in den Gottesdienst zeigt.

3.5. Das Thema Heilung in der religiösen Praxis der Lakewood Church

Die Lakewood Church hat insgesamt vier reguläre englischsprachige Gottesdienste pro Woche am Mittwoch- und Samstagabend, zwei am Sonntagvormittag und zusätzlich zwei spanischsprachige Gottesdienste sowie einen für junge Erwachsene am Sonntagabend. Die Wochenendgottesdienste am Samstagabend und am Sonntagvormittag werden üblicherweise vom Seniorpastor Joel Osteen gehalten. Nachfolgend wird ein typischer Sonntagsgottesdienst beschrieben.

Zu Beginn des zweiten Gottesdienstes um 11.00 Uhr am Sonntagmorgen wird das Licht im 16 000 Sitzplätze umfassenden Auditorium abgedunkelt. Auf den drei großen LED-Bildschirmen, welche die Bühne einrahmen, wird ein Video eingeblendet; Musik dringt aus den Lautsprechern. Die Gottesdienstbesucher erheben sich von ihren Plätzen und beginnen, im Takt zu klatschen. Mit dem Ende des Videoclips kommen Band und Sänger auf die Bühne, begrüßen das Publikum und läuten knapp eine Stunde voller zeitgenössischer Lobpreismusik, Gebet und kürzeren Predigtpassagen ein, die der halbstündigen Predigt Joel Osteens vorangehen. Das Publikum ist enthusiastisch, singt, klatscht und tanzt im Rhythmus der Musik. Nach dem ersten Eröffnungssong kommen Osteen und seine Frau Victoria, die als Co-Pastorin fungiert, auf die Bühne und begrüßen die Versammelten, preisen Gott und sprechen ein kurzes Dankesgebet. Bevor es mit dem musikalischen Teil des Gottesdienstes weitergeht, erläutert der Pastor den Anwesenden die Bedeutung dieser Gottesdienstpraxis:

Remember this, when the praises go up the blessings will come down.
We start off every service with half an hour where we just sing praises,

we worship. It is not just killing time. While you're worshipping God, while you're singing praises in an attitude of faith, God can heal your body. He can give you wisdom or he can restore you. So, you know, while we're here, just like I said, "God, we receive your goodness today." Amen. (Joel Osteen, 26. Februar 2012)²³

Während des musikalischen Teils des Gottesdienstes spielen Sänger, Band und Orchester gegenwärtig orientierte Lobpreis-Musik, die von visuellen Effekten und passender Beleuchtung untermalt wird. Dabei handele es sich jedoch, wie Osteen erläutert, nicht lediglich um einen angenehmen Zeitvertreib. Vielmehr können die Anwesenden beim Singen dieser Lieder in einer Haltung des Glaubens mit Gott in Kontakt kommen und in dieser Zeit die Heilung ihres Körpers, Erneuerung sowie die Erfüllung ihrer Wünsche und Hoffnungen erfahren.

Die Liturgie dieser gegenwärtigen Gottesdienstform umfasst zwei musikalische Richtungen, die als „Praise“ und als „Worship“ charakterisiert werden und im Gottesdienst aufeinanderfolgen und ineinandergreifen (Scheer 2006, S. 94; Spinks 2010, S. 97).²⁴ Die „Praise“-Musik soll eine horizontale Verknüpfung der Anwesenden untereinander ermöglichen, in der die Gottesdienstteilnehmer miteinander über Gott sprechen und gemeinsam ihren Dank und ihren Lobpreis zum Ausdruck bringen. Während dieser Phase werden schnellere Lieder gespielt und die Versammelten klatschen, singen und tanzen im Takt der Musik. In diese Phase fallen auch Lieder, deren Texte als positive Bekenntnisse formuliert sind und das gemeinsame Singen kommt einem lauten Aussprechen dieser Erklärungen gleich.²⁵ Zum Teil werden solche Sprechak-

²³ Sofern nicht anders angegeben, handelt es sich um Transkriptionen der Autorin.

²⁴ Im Feld wird die Bezeichnung „contemporary worship service“ gebraucht, um Gottesdienste zu designieren, die auf populäre zeitgenössische Musikformate zurückgreifen. Sargeant (2000, S. 64) benutzt den Begriff „seeker church liturgy“ zur Bezeichnung dieses spezifischen Gottesdienststils, der nicht nur in Megachurches, sondern auch in kleineren evangelikalen und pfingstlichen Kirchen anzutreffen ist.

²⁵ Siehe z. B. folgenden Textausschnitt, gesungen im Gottesdienst am 26. 02. 2012: „We're gonna see what we're praying for / We believe every single word / Stronger than we've ever been, standing on His promises / We're gonna see the impossible, we release the supernatural /

te des Publikums auch durch die „Worship Leader“²⁶ motiviert. So richtet sich Da'dra Crawford, eine der „Worship Leader“, während der Performance des Songs „We Have Overcome“²⁷ mit folgenden Worten an die Versammelten und erinnert diese an die Kraft gesprochener Worte: „How many of you know that there is power in what we say? And that our words have life? And that our words will determine our destiny?“ (Crawford 19.02.2012). Dann fordert sie das Publikum auf, den Refrain des Songs zu personalisieren:

So, I wanna do something a little different today with this. The next part normally says, „We've got the victory,“ but we wanna make it personal and say, „I've got the victory and everything will be alright.“ Can you say, „I've got the victory!“ [Crawford macht eine kurze Pause und das Publikum ruft „I've got the victory!“] „and everything will be alright!“ [Crawford macht eine weitere Pause und das Publikum ruft „and everything will be alright!“] You wanna sing with us? Come on guys, help me out! This is how it's gonna go: one, two, three, four. [Crawford beginnt zu singen.] I've got the victory and everything will be alright, alright. Say, „I've got the victory and everything will be alright 'cause I'm on the winning side.“ You got it! [Das Publikum singt mit.] (Crawford 19.02.2012)

Während des musikalischen Teils des Gottesdienstes treten solche Interaktionen mit den Gottesdienstteilnehmern immer wieder auf. Dabei kann es sich um Aufrufe zum Klatschen, Singen oder Nachsprechen von bestimmten Worten und Sätzen oder auch um das ruhige Vortragen einer Bibelstelle handeln.

An die „Praise“-Phase des Gottesdienstes schließt die zweite Phase mit „Worship“-Musik an, die von langsamen, balladenhaften Liedern dominiert

Stronger than we've ever been, we are standing on His promises“ (Textauszug aus dem Lied „Standing“ von David Binion, Joshua Dufrene und William McDowell).

²⁶Die „Worship Leader“ sind die hauptamtlichen Sänger und Sängerinnen der Lakewood Church Music Ministry.

²⁷Der Song „We Have Overcome“ wurde von Isreal Houghton (einer der Lakewood Church Worship Leader) und seiner Band New Breed geschrieben und u. a. auf der CD *A Deeper Level* (2008) veröffentlicht.



Abb. 3.3.: „Worship“-Musik mit entsprechender visueller Inszenierung, die die persönliche Begegnung mit Gott ermöglichen soll

wird, die sich um den Kreuzestod Jesu drehen. Viele der Teilnehmer stehen mit erhobenen Armen, offenen Händen und geschlossenen Augen da; einige haben tränennasse Wangen. Auf den Videoleinwänden werden Bilder von Kreuzen oder Jesus eingeblendet (siehe Abb. 3.3). Die „Worship“-Musik soll eine vertikale Verbindung zwischen den Gläubigen und Gott herstellen, bei welcher der Einzelne zu Gott spreche (Scheer 2006, S. 94; Sorge 2001, S. 67).

Circa 30 Minuten später, nach dem letzten Song des langsamen „Worship“-Segments, kommt Osteen erneut auf die Bühne. Er steht mit geschlossenen Augen und ausgestreckten Armen da und spricht ein Gebet, während im Auditorium die Menschen mit gesenkten Häuptionen oder mit nach oben gestreck-



Abb. 3.4.: Pastor Joel Osteen steht mit ausgestreckten Armen und geschlossenen Augen auf der Bühne und spricht das Dankesgebet

ten Armen dem Pastor im Gebet folgen (siehe Abb. 3.4):

Father, thank you for the opportunity to be here today with our friends, with our family. Lord, we bow down before you with humbled hearts. We run into your arms today. We thank you that you do forever reign, that you're our God, our Lord, our Savior. Lord, we thank you for all that you've done in our lives. Lord, you gave us the breath to breathe today. Lord, we're not looking at what's wrong, we're thanking you for what's right. We know you're bigger than anything that we're facing. So Lord, today we commit our lives, our futures into your hands. [...] Lord, I thank you that every force of darkness that will try to keep us from our destiny that even right now is being broken in

the name of Jesus. Every sickness, every force of depression – or maybe it's a legal battle or a financial or a relational – Lord, I thank you that you're bigger, that you got each one of us in the palm of your hand. We're not looking at how big our problems are, we're looking at how big our God is. We know that you created the whole world, that there is nothing too hard for you, that when we believe all things are possible. Lord, today, we are believers and not doubters. [...] We go into this new week expecting your goodness. Lord, by faith, we just received that healing flowing into us right now driving out every sickness, every disease physically, spiritually, emotionally. Lord, we receive faith and joy and victory flowing into our spirit. Speak strength into every person that's here. Lord, I thank you that vision is coming back to life and promises and dreams that we've given up on, Lord, we're gonna dig our heels in and be determined to become everything that you created us to be. We declare that we are strong in the Lord, the power of your mind. [...] Lord, I thank you that we're children of the most High God. Confident, secure, strong. We know, who we are and we know whose we are. So Lord, we put our shoulders back, [...] we're victors and never victims. In Jesus' name. Amen. If you believe it, can you give the Lord one more shout of praise today? (Joel Osteen, 26.02.2012)

Dieses Dankesgebet ist fester Bestandteil des Gottesdienstes. Auch hier werden zukünftige Erwartungen vom Pastor als schon eingetreten formuliert und Gott bereits dafür gedankt. Durch diese Art des Sprechens – oder Deklarierens – demonstriert man im Kontext der Lakewood Church seinen festen Glauben an das von Gott Versprochene – mag es Heilung, Weisheit, Erfolg in der Karriere oder bei der Partnersuche sein. Der Gott der Lakewood Church ist ein Wunder wirkender Gott, der auch aussichtslose Situationen zum Besseren wenden kann, wenn der Mensch nur wahrhaft glaube. Deshalb sei es so wichtig, daran zu glauben, dass Gott alles zum Positiven wenden und die Wünsche der Menschen erfüllen könne, damit diese Veränderung auch tatsächlich eintrete. All diese Elemente werden in dem Gebet des Pastors angesprochen und mit aufbauenden Ermunterungen und Selbstversicherungen begleitet.

Im Anschluss an das Gebet führt Osteen anhand des Psalms 112,4 genauer aus, warum es so wichtig sei, sich nicht von negativen Gedanken, Nie-

dergeschlagenheit und Pessimismus leiten zu lassen. Die Anwesenden sollen hoffnungs- und erwartungsvoll in die Zukunft schauen und fest daran glauben, dass Gott das unmöglich Scheinende möglich machen werde – jedoch nur, wenn sie fest im Glauben daran stünden und die richtige – nämlich eine optimistische – Erwartungshaltung hätten:

The Scripture says in Psalms, “When darkness overtakes the righteous, the light will come bursting in.”²⁸ I love that because every word in the Scripture is meaningful. It just didn’t happen to be there. God used the word “bursting in”. That means suddenly God can turn situations around. You know, it’s so important what we’re expecting because, you know, when you’re in difficult times, especially when you’ve been there a long time, it’s easy to think, “Man, I’m never gonna get out of debt”, or, “I’m never gonna be well. You don’t know how long I had this.” [...] What we don’t realize is we’re not expecting, we’re not releasing our faith. And faith is what causes God to work. It’s so important in a dark time, instead of being depressed and discouraged and talking defeat, no, our attitude should be, “I’m expecting the light to come bursting in”, [*Applaus ertönt.*] “I’m expecting any moment a break through, a turn around. [...] I may be facing a physical illness right now, it doesn’t look good, but, you know what, I’m not depressed. I’m not expecting to live out my days defeated. I’m expecting Jehova-Rapha²⁹, the Lord, my Healer to heal my body. I’m expecting the light to come breaking forth.” You know, it’s just as easy to expect the worst, as it is to expect the best. (Joel Osteen, 26.02.2012)

Osteen erläutert den Versammelten hier, dass nur wer fest daran glaube, dass er Heilung erfahren werde, tatsächlich von seinen körperlichen oder seelischen Leiden geheilt werden könne. Gebete werden als ein wichtiges Mittel betrachtet, um den Glauben nicht nur zu demonstrieren, sondern auch zu stärken. Deshalb lädt der Pastor anschließend zu einer weiteren Gebetszeit

²⁸ Osteen bezieht sich hier auf die Formulierung in der New Living Translation: „When darkness overtakes the godly, light will come bursting in. They are generous, compassionate, and righteous“ (Ps 112,4).

²⁹ „Jehova-Rapha, the Lord who heals“ ist einer der Namen Gottes, die mit Bezug auf das Alte Testament im Kontext der „Word of Faith“-Bewegung verwendet werden.



Abb. 3.5.: Persönliches Gebet mit Gebetspartner vor der Bühne

ein, bei der Gottesdienstbesucher, die das Bedürfnis nach einem persönlichen Gebet haben, nach vorn zur Bühne kommen können. Dort stehen Gebetspartner bereit, die für die Anliegen der Akteure gemeinsam mit den Betroffenen beten, während auf der Bühne von Sängern, Band und Orchester begleitend ein weiteres ruhiges Lied gesungen wird. Menschen kommen nach vorn und werden jeweils einem Gebetspartner zugewiesen (siehe Abb. 3.5). Während des Gebetes halten sich die Gebetspartner zumeist an den Händen, manchmal kommt es auch zu Umarmungen. Schwere Krankheitsfälle werden der Mutter des Pastors, Dodie Osteen, zugeleitet. Da sie vor vielen Jahren durch ein Wunder von Krebs geheilt worden sei, wird ihren Heilungsgebeten besonders viel Kraft zugeschrieben.

Nach dieser Gebetsphase wird ein weiterer Song gespielt, bevor Victoria Osteen auf die Bühne kommt, eine kurze Predigt hält, ein Gebet spricht und dann zum Geben des Zehnten einlädt. Während das Geld eingesammelt wird, spielen Sänger und Band ein letztes Lied und beschließen damit knapp eine Stunde voller Lobpreis, Anbetung, Gebet und kurzen Botschaften. Schließlich kommt der Pastor für seine Predigt auf die Bühne, die wie eine christlich inspirierte Lektion im positiven Denken klingt und von den Versammelten mit freudigen Rufen der Zustimmung und tosendem Applaus honoriert wird. In seinen Predigten vermittelt Osteen eine positive Botschaft der Hoffnung. Zu Beginn der Predigt stellt er kurz das jeweilige Predigtthema vor und erzählt anschließend einzelne kleine Anekdoten, welche die jeweilige Botschaft veranschaulichen sollen. Diese kurzen, aufbauenden Geschichten werden jeweils mit dem Hauptthema der Predigt verknüpft. Das Thema der Predigt am 19. Februar 2012 lautete „Tell People What They Can Become“. Der Pastor forderte seine Zuhörer auf, ein Segen für andere Menschen zu sein, indem man ihnen eine positive Vision vermittele und sie dazu ermutige, ihre Potentiale zu verwirklichen. Mit der Kraft der Worte könne man nicht nur sein eigenes Leben, sondern auch das anderer Menschen zum Positiven verändern:

All some people need is just one word of encouragement, just to know there are possibilities in your future. You're a person of destiny. You may have gotten off to a bad start but you don't have to have a bad ending. God can give you a new beginning. Speak vision into people. Don't write them off, tell them what they can become. Friends, most people will not reach their full potential without somebody believing in them. God is counting on us to call out their seeds of greatness. So many [...] have incredible talent and potential on the inside but it's been pushed down by bad breaks, by disappointments, by low self-esteem. They just need somebody to take the time and by faith tell them what they can become. (Joel Osteen, 19. 02. 2012)

Die zahlreichen Beispiele dieser Predigt berichteten davon, wie Menschen ein paar Worte der Hoffnung und Ermutigung vermitteln konnten. Jede einzelne Geschichte wurde anschließend mit der Aufforderung verknüpft, in anderen

eine positive Vision ihrer selbst zu säen und sie so von ihrer Negativität und Verzweiflung zu befreien.

Osteens Predigten zielen darauf, christliche Themen alltagsrelevant zu vermitteln. Sie thematisieren Beziehungsfragen ebenso wie ökonomische und soziale Aspekte oder Fragen einer gesunden Lebensweise. Sie weisen damit eine starke Diesseitsorientierung auf und verwenden häufig auch eine psychologisierte Sprache („low self-esteem“, „full potential“). Osteen verzichtet gänzlich auf Begriffe wie Sünde, Verdammnis, Hölle oder Satan und betont persönliches Glück, Heilung, ein positives Selbstwertgefühl sowie Erfolg und Freude.³⁰ Waren in den Predigten seines Vaters diese christlichen Begriffe noch zu finden und deutliche Referenzen auf die Taufe mit dem Heiligen Geist, die Kraft des Redens in Zungen und „spiritual warfare“³¹ zu vernehmen, fehlen solche Artikulationen ebenso wie extensive Zitationen aus der Bibel in den Predigten seines Sohnes völlig. Er verkündet eine optimistische Botschaft, die daher auch als „message of hope“ bezeichnet wird und in entsprechenden Termini und Redewendungen verfasst ist (Emling und Rakow 2014; Rakow 2015). In seinen Botschaften vermeidet der Pastor jegliche Form der negativen Äußerung und ermutigt, motiviert und bestärkt die Angesprochenen beständig, selbst aktiv zu werden und ihr Leben in die Hand zu nehmen, damit Gott schließlich das Seinige dazu tun könne, um zur positiven Veränderung beizutragen.

³⁰ Diese Charakterisierung der Predigten trifft nicht nur auf Joel Osteen zu, sondern auch auf weitere gegenwärtig sehr populäre Pastoren von Megachurches (Thumma und Travis 2007, S. 16; Sargeant 2000, S. 4, 13).

³¹ In Teilen des charismatisch-pfingstlichen Christentums (und insbesondere in dem was als „Third Wave Evangelicalism“ bezeichnet wird) gibt es die Vorstellung eines fortwährenden Krieges zwischen den Mächten der Finsternis und den Mächten des Himmels (in Anlehnung z. B. an Eph 6,12). Im Umgang mit den Mächten der Finsternis kommen zwei Strategien zum Einsatz, zum einen Exorzismus, d.h. die Befreiung Einzelner vom Einfluss durch Dämonen, und zum anderen „spiritual warfare“, eine Praxis, die nicht auf den Einzelnen sondern auf die Transformation größerer Kontexte (religiös, kulturell, sozial, institutionell, geopolitisch) abzielt, z. B. durch sog. „prayer walks“ oder die Praxis des „intercessory prayer“ (DeBernardi 1999; Bergunder 2001; McCloud 2013).

Die Predigt endet nach circa 25 Minuten mit dem sogenannten „altar call“³², dem Aufruf, sich hier und heute zu Jesus Christus zu bekennen und diesen als Erlöser anzunehmen. Es folgt die Aufforderung, sich als Zeichen vom Sitzplatz zu erheben und gemeinsam mit dem Pastor laut das Sündenbekenntnis zu sprechen. Eine abschließende Segnung beendet schließlich den Gottesdienst nach insgesamt 90 Minuten.

Im Anschluss an die Gottesdienste und an weiteren Tagen unter der Woche finden Bibelstudienkreise und Workshops für verschiedene Zielgruppen statt, die sowohl thematisch und als auch rhetorisch an die Predigten Osteens anknüpfen. Im Rahmen der kleineren Bibelstudienkreise bilden gemeinsame Gebete zu Beginn und zum Ende des Treffens den Rahmen. Je nach Größe der Gruppen werden hier auch personalisierte Gebete für bestimmte Teilnehmer gesprochen, z. B. für eine Beförderung, das Überstehen einer Ehekrise oder für körperliche Heilung. Im Rahmen der von mir regelmäßig besuchten „Praisercise Class“³³ am Samstagvormittag standen zu Beginn alle Teilnehmerinnen sich an den Händen haltend im Kreis und dankten reihum Gott

³²Beim sogenannten „altar call“ handelt es sich um eine Praxis, die in evangelikalen und pfingstlichen Gemeinden weit verbreitet ist, obwohl es keinen physischen Altar in diesen Kirchen gibt (Balmer 2004, S. 14; Marshall 2009, S. 147). Bezeichnet wird damit der Aufruf durch den Pastor – zumeist im Anschluss an die Predigt –, sich vom Platz zu erheben oder sich nach vorn zum Pult zu begeben zum Zeichen, dass man fortan (oder erneut) sein Leben Jesus Christus übergeben wolle. In Gemeinden der Southern Baptist gehört diese Praxis zum regulären Ablauf des Gottesdienstes und kann daher als ritualisiert betrachtet werden; in einigen evangelikalen und pfingstlichen Denominationen scheint diese z. T. jedoch nur optionalen Charakter zu haben (Balmer 2004, S. 14).

³³Die „Praisercise Class“ ist eine wöchentlich stattfindende Veranstaltung der Lakewood Church Dance Ministry, in der zu bekannten Praise- und Worship-Songs Tanzchoreographien einstudiert und in und außerhalb der Lakewood Church aufgeführt werden. Das erklärte Ziel dieser Gruppe ist es, die Botschaft der Lakewood Church – „hope, healing, forgiveness, and God’s love“ – durch die Kunst des Tanzens zum Ausdruck zu bringen. Das sog. „Mission Statement“ dieser Gruppe lautet entsprechend: „To spiritually strengthen each other by sharing and developing our gift from God; worshipping by expressing gratitude through movements of praise to share the Gospel using the body, mind, and soul.“ (URL: <http://www.lakewoodchurch.com/Pages/Ministry.aspx?mid=1111>, besucht am 02.03.2014).

für alles Gute, das ihnen in der Woche zuvor widerfahren war. Am Ende des Treffens wiederholte sich diese Praxis. Diesmal jedoch tauschten sie sich an den Händen halten darüber aus, worum man Gott bitten wolle und wofür man sich Gottes Unterstützung wünsche. Anschließend sprach jeweils eine Teilnehmerin für eine andere das Gebet. Auch hier wurde – wie schon in den Gebeten im Gottesdienst – eine aufbauende, positive Sprache verwendet und das Gewünschte als bereits eingetreten deklariert und Gott dafür gedankt. In Situationen, in denen es konkret um körperliche Beschwerden und den Wunsch nach Heilung ging, kamen im Gebet weitere Berührungen zwischen den Betenden zustande. Diese legten z.B. ihre Hände auf die betroffenen Körperstellen der Person (z. B. auf eine schmerzende Schulter oder einen verspannten unteren Rücken), um das Gebet und die damit assoziierte Heilungskraft zu intensivieren. Diese Praxis wiederum wurde verschiedentlich durch das Reden in Zungen begleitet – eine Praxis, die sich im Kontext der großen Gottesdienste kaum, jedoch in Bibelstudienkreisen häufiger beobachten ließ.

3.6. Therapeutische Kultur in der Lakewood Church

Folgt man den Aussagen des Pastors der Lakewood Church, dann sind Heilung ebenso wie persönliches Glück und Erfolg ein Versprechen Gottes an seine Gläubigen, erwirkt durch den Kreuzestod Jesu. Die Verwirklichung dieser Versprechen liegt zu großen Anteilen im Vermögen der Einzelnen. Keine äußeren Umstände werden für persönliches Unglück, Leiden oder Misserfolg verantwortlich gemacht, denn der Einzelne könne mit der richtigen gedanklichen Einstellung und dem richtigen Handeln aktiv zur Veränderung der eigenen Lebensumstände beitragen, mit Gottes Hilfe alle Hindernisse überwinden und so schließlich sich selbst und sein von Gott bestimmtes Potential verwirklichen. Die Mittel, die dem Einzelnen dafür zur Verfügung stehen, sind das richtige Denken, Glauben, Sprechen und Handeln, die im Rahmen der Predigten, Bibelstudienkreise und Workshops sowie in den Publikationen des Pastors beständig wiederholt werden. Durch diese Techniken wird ein Zugriff auf

das Selbst ermöglicht, das als Problem und zugleich als Lösung des Problems beschrieben wird. Joel Osteen greift dabei auf die im therapeutischen Diskurs vermittelten narrativen, emotionalen und zwischenmenschlichen Techniken zurück, die von Rose (1989, 1996) und Illouz (2009) beschrieben und im ersten Teil des Artikels erläutert wurden. Der Einzelne wird durch Diskurs und Praxis der Lakewood Church und ihres Pastors angehalten, negative Emotionen und Gedankenmuster zu erkennen, diese zu durchbrechen und durch positive Visionen des Selbst zu ersetzen. Durch entsprechend geleitetes Denken und Handeln, wie es z. B. in Form von positiven Bekenntnissen und Gebeten laut geäußert wird, könne der Einzelne auf sich selbst einwirken und sich somit die Unterstützung Gottes im Streben nach einem gesunden, glücklichen und selbsterfüllten Leben sichern.

Praktiken des Sprechens von positiven Bekenntnissen und Gebeten, das Hören von Predigten sowie das Lesen von christlicher Lebenshilfe- und Selbsthilfeleratur lenken den Blick vor allem auf Akte des Sprechens, Rhetorik und Inhalte der Gebete sowie Strukturen des Denkens christlicher Akteure, die positiv modifiziert werden sollen, um schließlich zu Heilung, Gesundheit und Erfolg zu führen. Diese scheinbare Semantisierung und Mentalisierung des Religiösen verschleiert die somatische Dimension dieser religiösen Praktiken, indem sie ein Primat des richtigen Denkens, Wollens und Glaubens in ihren textförmigen Diskursen kommuniziert. Der Fokus auf Gedanken, Worte und Sprache lässt leicht vergessen, dass aus einer praxistheoretischen Perspektive jede Praxis – und somit auch jede religiöse Praxis – eine körperliche ‚performance‘ ist (vgl. Reckwitz 2004, S. 321), die zum einen in sozialer Interaktion eingeübt und eingeschrieben und zum anderen in sozialer Praxis hervorgebracht wird. Für eine vollständige Analyse ist es jedoch notwendig zu berücksichtigen, dass der menschliche Körper zugleich materielle Existenzbedingung und Materialisierung sozialer Praxis ist.³⁴ Sehen, Lesen, Hören, Sprechen, Singen und Schreiben sind Körperpraktiken, die auf den mensch-

³⁴Zu praxeologischen Ansätzen, welche die Materialität von Körperpraktiken wieder in das Zentrum soziologischer Überlegungen rücken, siehe ausführlich Hubrich (2013) sowie einleitend Reckwitz (2004).

lichen Sinnes- und Kognitionsapparat ebenso angewiesen sind, wie auf ein praktisches Handlungswissen, das im Rahmen von sozialer Praxis erworben wurde. Praktiken des Selbstbeobachtung, -disziplinierung und -optimierung kommen, wie Eva Illouz und Nikolas Rose zeigen, in allen Bereichen heutiger Gesellschaften vor. Die spezifische religiöse Rahmung dieser therapeutisch orientierten Selbsttechnologien kann von den Akteuren durch Predigten, Besuche der Gottesdienste, Workshops und Bibelstudienkreise der Lakewood Church sowie durch die Lektüre von Lebenshilfebüchern des Pastors erlernt werden. Hier werden nicht nur eine spezifische Gebetssprache und ein bestimmter Gebetsstil präsentiert, sondern auch die dazugehörige Körperhaltung, sowie die Modulation der Stimme, die Intonation der Worte und die emotionalen Affekte dieser religiösen Praxis vermittelt. Heilung und Gesundheit sollen im Kontext der Lakewood Church durch eine mentale Modifikation des religiösen Akteurs, durch eine positive Ausrichtung des Denkens und Glaubens evoziert werden. Diese Selbsttechnologien bedürfen jedoch der somatischen Verankerung durch wiederholte und somit routinierte Akte des Hörens, Sprechens, Betens, Lesens und Schreibens, um ihre Affekte zu antizipieren und die erhofften Effekte im Leben des religiösen Akteurs zu entfalten:

In sozialen Praktiken sind routinisierte Körperbewegungen und implizite, sequentiell eingesetzte Formen des Wissens und Verstehens zwei Seiten des gleichen Phänomens: Ohne entsprechende Wissens- und Verstehensformen wären die Handelnden nicht dazu in der Lage, die entsprechende Gleichförmigkeit von Körperbewegungen (dies schließt intellektuelle ‚ausgezeichnete‘ Bewegungen wie die des Sprechens oder Schreibens ein) hervorbringen. (Reckwitz 2004, S. 322)

Am Umgang mit dem Thema Heilung in den Predigten und Publikationen des Pastors Joel Osteen und in der religiösen Praxis der Lakewood Church zeigt sich, dass – anders als von verschiedenen Theoretiker_innen behauptet (Rieff 2006; Lasch 1979; Moskowitz 2001) – die therapeutische Kultur nicht religiöse Orientierungen ablöst und ersetzt, sondern dass therapeutische Kultur mit religiösen Diskursen und Praktiken verknüpft wird. Austragungsorte der therapeutischen Selbststeuerung und -disziplinierung sind das Denken und der

Glaube sozialer Akteure, die – wenn entsprechend positiv modelliert – zu den gewünschten Zielen wie Heilung und Gesundheit führen würden. Um diese scheinbar semantisch-mentalistische Operation am eigenen Denken und Handeln vornehmen zu können, bedarf es der somatischen Verankerung des therapeutischen Diskurses durch Körperpraktiken des Hörens und Sprechens, des Lesens und Schreibens. Im vorgestellten Fallbeispiel wird die im Rahmen des Bandes thematisierte Somatisierung des Religiösen scheinbar durch eine Semantisierung und Mentalisierung des Religiösen überlagert. In einer praxistheoretisch orientierten Perspektive zeigt sich jedoch, dass auch sprach- und textzentrierte Praktiken eine somatische Dimension besitzen. Sprachpraktiken, in Anlehnung an Coleman (2011, S. 54), sind das Medium, durch welches das gesunde, geheilte (charismatisch-)christliche Subjekt gebildet wird.

Literatur

- Balmer, Randall (2004), *Encyclopedia of Evangelicalism*. Waco, TX: Baylor University Press (zit. S. 67–69, 86).
- Bender, Courtney (2010), *The New Metaphysicals: Spirituality and the American Religious Imagination*. Chicago und London: Chicago University Press (zit. S. 50).
- Berger, Peter L. (1973), *Zur Dialektik von Religion und Gesellschaft: Elemente einer soziologischen Theorie*. Frankfurt am Main: Fischer (zit. S. 50, 61).
- Bergunder, Michael (2001), „Miracle Healing and Exorcism“. In: *International Review of Mission* 90.356/357, S. 103–112. DOI: [10.1111/j.1758-6631.2001.tb00265.x](https://doi.org/10.1111/j.1758-6631.2001.tb00265.x) (zit. S. 85).
- (2010), „The Cultural Turn“. In: *Studying Global Pentecostalism: Theories and Methods*. Hrsg. von Allan Anderson u.a. The Anthropology of Christianity 10. Berkeley, CA: University of California Press, S. 51–73 (zit. S. 66).
- Bird, Warren und Scott Thumma (2011), *A New Decade of Megachurches: 2011 Profile of Large Attendance Churches in the United States*. Hartford, CT: Hartford Institute for Religion Research und Leadership Network. URL:

- <http://www.hartfordinstitute.org/megachurch/New-Decade-of-Megachurches-2011Profile.pdf> (besucht am 27.02.2014) (zit. S. 52).
- Bourdieu, Pierre (1992), „Die Auflösung des Religiösen“. In: *Rede und Antwort*. Frankfurt am Main: Suhrkamp, S. 231–237 (zit. S. 50, 61).
- Bowler, Kate (2011), „Blessed Bodies: Healing within the African American Faith Movement“. In: *Global Pentecostal and Charismatic Healing*. Hrsg. von Candy Gunther Brown. Oxford [et al.]: Oxford University Press, S. 81–106 (zit. S. 67).
- (2013), *Blessed: A History of the American Prosperity Gospel*. Oxford University Press (zit. S. 63, 66, 67).
- Brown, Candy Gunther, Hrsg. (2011a), *Global Pentecostal and Charismatic Healing*. Oxford [et al.]: Oxford University Press.
- (2011b), „Introduction: Pentecostalism and the Globalization of Illness and Healing“. In: *Global Pentecostal and Charismatic Healing*. Hrsg. von Candy Gunther Brown. Oxford [et al.]: Oxford University Press, S. 3–22 (zit. S. 68, 69).
- Carrette, Jeremy R. und Richard King (2004), *Selling Spirituality: The Silent Take-over of Religion*. London: Routledge (zit. S. 50).
- Coleman, Simon (2011), „Why Health and Wealth? Dimensions of Prosperity among Swedish Charismatics“. In: *Global Pentecostal and Charismatic Healing*. Hrsg. von Candy Gunther Brown. Oxford [et al.]: Oxford University Press, S. 47–60 (zit. S. 72, 76, 90).
- DeBernardi, Jean (1999), „Spiritual Warfare and Territorial Spirits: The Globalization and Localisation of a ‘Practical Theology’“. In: *Religious Studies and Theology* 18.2, S. 66–96 (zit. S. 85).
- Emling, Sebastian (2013), *Von „In God We Trust“ zu „Yes We Can“: Wandel und Neukonzeption des Untersuchungsfeldes Religion und Politik in den USA am Beispiel des Wahlkampfes Barack Obamas*. Interdisziplinäre Studien zu Politik und Religion 2. Berlin [et al.]: Lit (zit. S. 51).
- Emling, Sebastian und Katja Rakow (2014), *Moderne religiöse Erlebnisswelten in den USA: „Have fun and prepare to believe!“ Transformierte Religionen, Medien – Ästhetiken – Praxis 1*. Berlin: Reimer (zit. S. 56, 85).

- Gersch, Rahel (2013), *Frommer Individualismus: Die Lakewood Church und die Phänomene Megachurch, prosperity gospel und charismatische Pastorenschaft*. Weißensee-Verlag (zit. S. 66).
- Giddens, Anthony (1991), *Modernity and Self-Identity: Self and Society in the Late Modern Age*. Cambridge: Polity (zit. S. 60).
- Gilman, Sander L. (1998), *Creating Beauty to Cure the Soul: Race and Psychology in the Shaping of Aesthetic Surgery*. Durham, NC [et al.]: Duke University Press (zit. S. 56).
- Hagin, Kenneth E. (1988 [1979]), *Seven Things You Should Know about Divine Healing*. Tulsa, OK: Kenneth Hagin Ministries (zit. S. 67).
- (1995 [1960]), *Redeemed from Poverty, Sickness, and Spiritual Death*. Tulsa, OK: Kenneth Hagin Ministries (zit. S. 64, 67, 68).
 - (1995 [1986]), *Healing Belongs to Us*. Tulsa, OK: Kenneth Hagin Ministries (zit. S. 68).
- Haller, John S. (2012), *The History of New Thought: From Mind Cure to Positive Thinking and the Prosperity Gospel*. West Chester, PA: Swedenborg Foundation (zit. S. 74).
- Hanegraaff, Wouter J. (1996), *New Age Religion and Western Culture: Esotericism in the Mirror of Secular Thought*. Studies in the History of Religions 72. Leiden [et al.]: Brill (zit. S. 50).
- Herman, Ellen (1995), *The Romance of American Psychology: Political Culture in the Age of Experts*. Berkeley, CA: University of California Press (zit. S. 59).
- Hladky, Kathleen (2012), „I Double-Dog Dare you in Jesus' Name!': Claiming Christian Wealth and the American Prosperity Gospel“. In: *Religion Compass* 6.1, S. 82–96. DOI: [10.1111/j.1749-8171.2011.00325.x](https://doi.org/10.1111/j.1749-8171.2011.00325.x) (zit. S. 67).
- Hubrich, Michael (2013), *Körperbegriff und Körperpraxis: Perspektiven für die soziologische Theorie*. Wiesbaden: Springer VS (zit. S. 88).
- Huss-Ashmore, Rebecca (2000), „‘The Real Me’: Therapeutic Narrative in Cosmetic Surgery“. In: *Expedition* 42.3, S. 26–37 (zit. S. 56).
- Illouz, Eva (2009), *Die Errettung der modernen Seele: Therapien, Gefühle und die Kultur der Selbsthilfe*. Frankfurt am Main: Suhrkamp (zit. S. 50, 51, 53, 54, 57–60, 88).

- Kretschmer, Guido Maria (2013), *Anziehungskraft: Stil kennt keine Größe*. Hamburg: Edel Books (zit. S. 55, 56).
- Lasch, Christopher (1979), *The Culture of Narcissism: American Life in an Age of Diminishing Expectations*. New York: Norton (zit. S. 50, 89).
- Lee, Helen (2007), „‘Truths that Set Us Free?’: The Use of Rhetoric in Mind-Body-Spirit Books“. In: *Journal of Contemporary Religion* 22.1, S. 91–104. DOI: [10.1080/13537900601115039](https://doi.org/10.1080/13537900601115039) (zit. S. 57).
- Lee, Shayne und Phillip Luke Sinitiere (2009), *Holy Mavericks: Evangelical Innovators and the Spiritual Marketplace*. New York und London: New York University Press (zit. S. 63).
- Lemke, Thomas (2001), „Neoliberalismus, Staat und Selbsttechnologien: Ein kritischer Überblick über die governmentality studies“. In: *Politische Vierteljahresschrift* 41.1, S. 31–47. DOI: [10.1007/s11615-000-0003-8](https://doi.org/10.1007/s11615-000-0003-8) (zit. S. 51, 59).
- Marshall, Ruth (2009), *Political Spiritualities: The Pentecostal Revolution in Nigeria*. Chicago und London: Chicago University Press (zit. S. 86).
- Martin, Luther H., Huck Gutman und Patrick H. Hutton, Hrsg. (1988), *Technologies of the Self: A Seminar with Michel Foucault*. Amherst, MA: University of Massachussets Press (zit. S. 59).
- McCloud, Sean (2013), „Mapping the Spatial Limbos of Spiritual Warfare: Haunted Houses, Defiled Land and the Horrors of History“. In: *Material Religion* 9.2, S. 166–185. DOI: [10.2752/175183413X13703410896690](https://doi.org/10.2752/175183413X13703410896690) (zit. S. 85).
- Moskowitz, Eva S. (2001), *In Therapy we Trust: America's Obsession with Self-Fulfillment*. Baltimore, MD: Johns Hopkins University Press (zit. S. 50, 51, 89).
- Neisser, Ulric und David A. Jopling, Hrsg. (1997), *The Conceptual Self in Context: Culture, Experience, Self-Understanding*. Emory Symposia in Cognition 7. Cambridge [et al.]: Cambridge University Press (zit. S. 60).
- Nolan, James L. (1998), *The Therapeutic State: Justifying Government at Century's End*. New York: New York University Press (zit. S. 51).
- Osteen, Dodie (1986), *Healed of Cancer*. Houston, TX: Lakewood Church (zit. S. 64, 65, 70, 71).

- Osteen, Dodie (2006), *Choosing Life: One Day at a Time*. New York: Free Press (zit. S. 65).
- Osteen, Joel (2012), *I Declare: 31 Promises to Speak Over Your Life*. New York: Faith Words (zit. S. 73–75).
- (2013), *Break Out: 5 Keys to Go Beyond Your Barriers and Live an Extraordinary Life*. New York: Faith Words (zit. S. 56, 57).
- Osteen, John (1972), *There is a Miracle in Your Mouth*. Houston, TX: Lakewood Church (zit. S. 64, 70, 71, 73).
- (1987), *Overcoming Hindrances to Receiving the Baptism in the Holy Spirit*. Houston, TX: John Osteen Ministries (zit. S. 63).
- Peiss, Kathy (2011), *Hope in a Jar: The Making of America's Beauty Culture*. Philadelphia, PA: University of Pennsylvania Press (zit. S. 56).
- Philip, Brigid (2009), „Analysing the Politics of Self-Help Books on Depression“. In: *Journal of Sociology* 45.2, S. 151–168. DOI: [10.1177/1440783309103343](https://doi.org/10.1177/1440783309103343) (zit. S. 59).
- Polsky, Andrew J. (1991), *The Rise of the Therapeutic State*. Princeton, NJ: Princeton University Press (zit. S. 51).
- Rakow, Katja (2013), „Therapeutic Culture and Religion in America“. In: *Social Compass* 7.11, S. 485–497. DOI: [10.1111/rec3.12074](https://doi.org/10.1111/rec3.12074) (zit. S. 74).
- (2014), *Transformationen des tibetischen Buddhismus im 20. Jahrhundert: Chögyam Trungpa und die Entwicklung von Shambhala Training*. Critical Studies in Religion, Religionswissenschaft 6. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht (zit. S. 50).
 - (2015), „Religious Branding and the Quest to Meet Consumer Needs: Joel Osteen's 'Message of Hope'“. In: *Religion and the Marketplace in the United States*. Hrsg. von Jan Stievermann, Philip Goff und Detlef Junker. Oxford: Oxford University Press, S. 215–239. Im Druck (zit. S. 56, 75, 85).
- Reckwitz, Andreas (2004), „Die Entwicklung des Vokabulars der Handlungstheorien: Von den zweck- und normenorientierten Modellen zu den Kultur- und Praxistheorien“. In: *Paradigmen der akteurszentrierten Soziologie*. Wiesbaden: VS, S. 303–328 (zit. S. 88, 89).

- Rieff, Philip (2006), *The Triumph of the Therapeutic: Uses of Faith after Freud*. 40th ann. ed. Wilmington, DE: ISI Books (zit. S. 50, 89).
- Roberts, Oral (1977 [1976]), *3 Most Important Steps to Your Better Health and Miracle Living*. Tulsa, OK: Oral Roberts Evangelistic Association (zit. S. 68).
- (2002 [1947]), *If You Need Healing Do These Things*. Tulsa, OK: Oral Roberts Ministry (zit. S. 68, 69).
- Rose, Nikolas (1989), *Governing the Soul: The Shaping of the Private Self*. London und New York: Routledge (zit. S. 50, 54, 60, 88).
- (1996), *Inventing Our Selves: Psychology, Power, and Personhood*. Cambridge [et al.]: Cambridge University Press (zit. S. 50, 51, 54, 58–60, 88).
- Sargeant, Kimon Howland (2000), *Seeker Churches: Promoting Traditional Religion in a Nontraditional Way*. New Brunswick, NJ: Rutgers University Press (zit. S. 77, 85).
- Satter, Beryl (1999), *Each Mind a Kingdom: American Women, Sexual Purity, and the New Thought Movement, 1875–1920*. Berkeley, CA: University of California Press (zit. S. 74).
- Scheer, Greg (2006), *The Art of Worship: A Musician's Guide to Leading Modern Worship*. Grand Rapids, MI: Baker Books (zit. S. 77, 79).
- Shepson, Bill (2000), „He's Doing His Father's Business“. In: *Charisma Magazine*, S. 76–78 (zit. S. 63).
- Sinitiere, Phillip Luke (2011), „From the Oasis of Love to Your Best Life Now: A Brief History of Lakewood Church“. In: *Houston History* 8.3, S. 2–9 (zit. S. 63, 66, 69).
- Sorge, Bob (2001), *Exploring Worship: A Practical Guide to Praise and Worship*. Kansas City: Oasis House (zit. S. 79).
- Spinks, Bryan (2010), *The Worship Mall: Contemporary Responses to Contemporary Culture*. London: SPCK (zit. S. 77).
- Thumma, Scott und Dave Travis (2007), *Beyond Megachurch Myths: What We Can Learn from America's Largest Churches*. San Francisco: Jossey-Bass (zit. S. 85).

- Wright, Katie (2008), „Theorizing Therapeutic Culture: Past Influences, Future Directions“. In: *Journal of Sociology* 44.4, S. 321–336. DOI: [10 . 1177 / 1440783308097124](https://doi.org/10.1177/1440783308097124) (zit. S. 59).
- Wrigley, Deborah (2010), *Lakewood Starts Drive-Through Healing Service*. ABC Local. URL: <http://abc13.com/archive/7266019/> (besucht am 28.02.2014) (zit. S. 65).
- Young, Richard (2007), *The Rise of Lakewood Church and Joel Osteen*. New Kensington, PA: Whitaker House (zit. S. 62, 63, 65, 67, 70).

4. „Heal through movement, worship and the Word of God“: Zum Verständnis von Heilung in zeitgenössischen evangelikalen Fitnessprogrammen

Martin Radermacher, Universität Münster

Zusammenfassung: Der Beitrag stellt unter dem Begriff „devotionale Fitness“ erforschte evangelikale Diät- und Fitnessprogramme vor, die in den USA seit den 1950er Jahren entwickelt und verbreitet werden. Nach einem Kurzüberblick über Forschungsstand und theoretischen sowie methodischen Hintergrund der Forschung werden zentrale Elemente von Körpertheologie und -praxis devotionaler Fitness erläutert. Dabei liegt der Fokus darauf, dass viele der Programme die Heilung von Beziehungen vielfältiger Art – nicht nur sozialer Beziehungen – ins Zentrum stellen, um damit ‚ganzheitliche Gesundheit‘ zu erlangen. Devotionale Fitness ist folglich ein gutes Beispiel für die seit einigen Jahrzehnten in verschiedenen religiösen Feldern beobachtbare Somatisierung.

4.1. Was ist devotionale Fitness? – Einleitung

Die im Titel dieses Beitrags zitierte Aussage entstammt der Internetpräsenz eines von der wiedergeborenen Christin Laura Monica gegründeten Fitnessprogramms namens „WholyFit“ und beschreibt die „Mission“ ihres Projekts:

... to inspire, enliven and heal through movement, worship and the Word of God, in order to build up the Body of Christ, protect the purity of the Bride of Christ and reveal God's love to the world through Jesus,

The Prince of Peace, to whom belongs all dominion, and power and authority on earth as it is in heaven. (Monica 2011b)

„WholyFit“ ist damit Teil eines Feldes, das im Folgenden als „devotionale Fitness“ bezeichnet wird. Dieses Konzept umfasst evangelikale Diät- und Fitnessprogramme, die von nordamerikanischen, protestantischen Christen seit Ende der 1950er Jahre entwickelt und verbreitet werden. Die in ihrer konkreten Ausgestaltung äußerst vielfältigen Programme vereint der Bezug auf das biblische Motiv des Körpers als „Tempel des Heiligen Geistes“. Diese Aussage aus 1 Kor 6,19–20 wird in der devotionalen Fitness so interpretiert, dass der physische Körper besonderer Pflege und Aufmerksamkeit bedarf. Dies wiederum äußert sich in biblisch legitimierten Ernährungs- und Fitnessprogrammen, die unter dem übergeordneten Ziel der Gesundheit in erster Linie auf Gewichtsverlust und Erhöhung der körperlichen Fitness abzielen.

In diesem Beitrag soll anhand ausgewählter Beispiele das Feld devotionaler Fitnessprogramme in aller Kürze vorgestellt und im Hinblick auf die darin kursierenden christlich-evangelikalen Annahmen über die Funktion des Körpers für Gesundheit und Heilung analysiert werden.

Der Begriff „Programm“ wird im Kontext meiner Forschung verwendet, um die Summe der Verhaltensanweisungen, Praktiken und Interpretationen biblischer Texte zu erfassen, die unter einem Namen von einem Autor bzw. einer Organisation entworfen werden. Damit umfasst ein Programm relativ kleine Formate, wenn zum Beispiel Einzelpersonen kurze Videos erstellen und über das Internet verbreiten; größere Projekte, wie beispielsweise Fitness- und Sportkurse in lokalen, christlichen Gemeinschaften; und Angebote, die landesweit oder international über verschiedene Kanäle (Bücher, Internet, Videos, Kleingruppentreffen und Veranstaltungen) vertrieben werden. Oft entstehen Programme in lokalen Gemeinden und werden dann auch über die Grenzen der jeweiligen Gemeinschaft hinaus aktiv. In anderen Fällen werden sie von christlichen Organisationen oder Gruppen entworfen und als Franchiseprodukte verbreitet. Selten wird aus einem evangelikalen Fitnessprogramm eine eigene Kirche: Als prominentes Beispiel ist hier Gwen Shamblins „Weigh Down Workshop“ zu nennen, der zum Ausgangspunkt ihrer Kirche „Remnant

Fellowship“ wurde. In den meisten Fällen aber werden denominational unabhängige Fitnessprogramme in lokalen kirchlich oder nicht-kirchlich organisierten Gemeinschaften implementiert. „First Place 4 Health“ zum Beispiel ist eine solche Organisation, die in den USA landesweit in privaten und kirchlichen Kreisen christliche Abnehmgruppen installiert, die dann auf Basis der offiziellen Materialien wie Bücher und DVDs operieren. Ein Beispiel für ein vergleichsweise kleines Programm ist „Ms. Christian Workout Coach: Helping You Get Fit for the Kingdom!“. Es wurde von Denise Zakiya entwickelt, die im August 2010 drei Videos auf YouTube bereitstellte, in denen sie ihr Konzept gottgefälliger Fitness erklärt und demonstriert.

Die Medien und Vertriebswege devotionaler Fitness sind so unterschiedlich wie die Programme selbst. Oft werden Bücher und Internetpräsenzen genutzt; es gibt aber auch spezielle Fernsehsendungen („Christian Fitness TV“), Fitness-Videos („Sweating in the Spirit“, „Gospel Fitness Workout“) und die schon erwähnten großen Diät- und Fitnessorganisationen, die auf der Basis von Kleingruppen funktionieren („Body & Soul Fitness“, „Weigh Down Workshop“, „First Place 4 Health“, „The Daniel Plan“).

Zu den häufigsten Praktiken im Bereich devotionaler Fitness gehören biblisch untermauerte Diäten, Fitnesssport, der in Gruppen oder individuell betrieben wird (Joggen, Aerobic, Kraft- und Flexibilitätstraining, Pilates, Zumba etc.), Gebete, die direkt oder indirekt mit körperlicher Aktivität verbunden werden sowie Meditationen über Bibelverse, die physische und spirituelle Aspekte verbinden sollen.

Die hier vorgestellten Aspekte devotionaler Fitness basieren auf einem Promotionsprojekt, das im Juli 2014 unter dem Titel „Devotional Fitness: Embodying Christian Faith in the United States – An Analysis of Contemporary Christian Dieting and Fitness Programs“ abgeschlossen wurde. Es basiert hauptsächlich auf textlichen sowie audio-visuellen Quellen. Diese wurden ergänzt durch empirische Forschungen vor Ort (teilnehmende Beobachtungen und Interviews) im Zeitraum September bis Dezember 2011. In dieser Zeit wurden insgesamt 14 teilnehmende Beobachtungen bei Veranstaltungen verschiedener Organisationen (First Place 4 Health, Body & Soul Fitness, Losing to

Live) im Großraum New York, auf Long Island und in der Nähe von Washington, DC, durchgeführt. Dazu kamen 17 schriftliche Interviews (per E-Mail), acht Telefoninterviews mit einer Dauer von 20 bis 30 Minuten und elf ein- bis eineinhalbstündige Interviews mit Teilnehmern, Gruppenleitern und Programmgründern bzw. -leitern. Den Hauptteil des Materials machen jedoch schriftliche Quellen und transkribierte Videos aus; in dieser Kategorie wurden über 200 Einzelquellen ausgewertet, die von Büchern über Internetseiten und graue Literatur bis hin zu Auszügen von Fernsehsendungen und kurzen YouTube-Videos reichen.

Methodisch liegt dem Projekt ein diskursanalytisches Verfahren zu Grunde, das weiter unten kurz erläutert wird. Zuvor werde ich zunächst kurz den Forschungsstand (4.2) sowie den theoretischen und methodischen Hintergrund (4.3) skizzieren und dann im Hauptteil zentrale Aspekte der im Feld vorfindlichen Körpertheologie und -praxis erläutern (4.4). Einige Schlussbemerkungen im Hinblick auf die Somatisierungsthese schließen den Beitrag ab (4.5).

4.2. Forschungsstand

Während der Körper und seine kulturelle und religiöse Produktivität in den vergangenen Jahrzehnten auch in der Religionswissenschaft wachsende Aufmerksamkeit erlebt haben (s. z. B. LaFleur 1998; Hancock u. a. 2000; Schroer 2005; Gugutzer 2006; Violi 2012), sind evangelikale Fitness- und Sportprogramme noch kaum erforscht worden. Das gegenwärtige Projekt stützt sich im Wesentlichen auf die Arbeiten von R. Marie Griffith (2004), Gregor Schrettle (2006) und Lynne Gerber (2012). Davon abgesehen wurde das Thema bisher nur am Rande gestreift (z. B. von Miller 1999 [1997], S. 4, 152; Roof 1999, S. 92; Joas 2009, S. 344) oder in kleineren Aufsätzen (z. B. Mazer 1994) behandelt.

Griffith, Religions- und Kulturwissenschaftlerin mit einem Fokus auf Gender und nordamerikanische Religion, untersucht in *Born Again Bodies* (2004), welche Rolle das Christentum in der Ausformung nordamerikanischer Körperbilder sowohl in historischer als auch in zeitgenössischer Hinsicht spielt. Als wichtigen historischen Vorläufer christlicher Diätprogramme der 1950er

und 1960er Jahre identifiziert sie die New Thought-Bewegung des 19. und frühen 20. Jahrhunderts, welche auf der These basiert, dass Gedankenkraft allein Wirklichkeit erzeugen könne. Griffith verfolgt, wie Grundzüge dieser Bewegung von christlichen Autoren aufgegriffen, auf ihre speziellen Bedürfnisse – in erster Linie Gewichtsverlust – zugeschnitten und mit biblisch fundierten Argumenten verbunden wurden (Griffith 2004, S. 173–174).

Während Griffith verschiedene Organisationen in ihre Analyse einbezieht, schenkt der Amerikanist Schrettle in *Our Own Private Exodus* (2006) seine ganze Aufmerksamkeit dem vor allem in den 1980ern und 1990ern erfolgreichen „Weigh Down Workshop“ (gegründet von Gwen Shamblin). Er versucht zu zeigen, dass diese evangelikale Abnehmorganisation ein geradezu prototypischer Ausdruck des US-amerikanischen Selbstverständnisses ist, das als zentrale Elemente individuelle Autonomie und das allgegenwärtige Schlankheitsideal beinhaltet (Schrettle 2006, S. 11, 198–199). Schrettle vermutet, dass diese Aspekte zusammen mit dem protestantischen Erbe der US-amerikanischen Zivilreligion im „Weigh Down Workshop“ verschmelzen und so zentralen Elementen des US-amerikanischen Selbstbildes Ausdruck verleihen.

Gerber, Sozialwissenschaftlerin mit Schwerpunkt auf Gender und amerikanische Religion, führt in *Seeking the Straight and Narrow* (2012) eine vergleichende Studie durch, die sich auf „First Place 4 Health“, eine evangelikale Abnehmorganisation, und „Exodus International“, eine (mittlerweile geschlossene) christliche „Ex-Gay“-Organisation für ehemalige Homosexuelle und solche, die heterosexuell werden wollen, bezieht. Sie argumentiert, dass Organisationen wie diese dem ambivalenten Bedürfnis zeitgenössischer Evangelikaler entspringen, sich einerseits der breiten nordamerikanischen Kultur anzunähern und sich andererseits deutlich von derselben zu unterscheiden (Gerber 2012, S. 4) – eine These, die ich in meiner Studie bestätigen und theoretisch-begrifflich weiterentwickeln konnte.

Meines Erachtens gibt es trotz der beachtlichen Forschungsleistung der genannten Autoren bisher keinen systematischen Überblick über die äußerst diverse Theologie und Praxis des Feldes. Besonders auffällig ist dabei, dass keiner der Autoren das Potential der in den letzten Jahrzehnten um Begriffe wie

„Embodiment“ oder „Verkörperung“ herum entwickelten Konzepte theoretisch produktiv aufgreift geschweige denn weiterentwickelt. Der vorliegende Artikel kann diese Leerstelle nur ansatzweise umreißen; für eine ausführliche Diskussion dieses fruchtbaren Arbeitsfeldes verweise ich auf die voraussichtlich 2015 erscheinende Dissertationsschrift.

4.3. Theoretischer und methodischer Hintergrund

Die theoretische Rahmung des Forschungsprojektes ist der im Grunde trivialen Feststellung geschuldet, dass nahezu jedes religiöse Forschungsfeld mindestens zwei Dimensionen aufweist: eine ideologisch-diskursive und eine praktisch-körperliche. Während die erste auf Theologien, Welt- und Menschenbilder, Symbolsysteme und Sinnkonstruktionen abzielt, ist die zweite an den konkreten, körperlichen und praktisch-materiellen Formen des Religiösen interessiert. Die Religionsforschung hat seit ihren Anfängen den zweiten Aspekt zugunsten des ersten vernachlässigt. Erst im Rahmen einer Perspektivenverschiebung, die unter Begriffen wie „Embodiment-Paradigma“ oder „body turn“ seit den 1990ern formuliert wurde¹, schenken Religions- und Kulturwissenschaftler_innen den konkreten materiellen und körperlichen Prozessen und Formen von Religion verstärkt Aufmerksamkeit (so z. B. Turner 1997; Coakley 1997; Shilling 2003; Gugutzer 2006).

Um beide Dimensionen des Feldes gleichermaßen präzise und theoretisch fundiert in den Blick zu nehmen, verwende ich Konzepte, die zwei breiten theoretischen Begriffsfeldern entstammen. So wird das Feld einerseits als Diskurs erforscht, das heißt als System zeichenhafter Elemente, die sprachlich und nicht-sprachlich kommuniziert und reproduziert werden und durch die die Akteure immer neue sinnhafte Strukturen erzeugen („Kultur als Text“, siehe z. B. Geertz 2009 [1966]; Violi 2012; Hall 2003; Yelle 2011). Andererseits ist

¹Diese theoretische Neuausrichtung läuft unter so verschiedenen Bezeichnungen wie „corporeal turn“ (siehe z. B. Violi 2012, S. 57), „body turn“ (siehe z. B. Gugutzer 2006, S. 9–10), „somatic turn“ (siehe z. B. Hancock u. a. 2000, S. 10–11, 30; Schroer 2005, S. 10) oder „Embodiment-Paradigma“ (Csordas 1990).

das Feld ein verkörpertes, das heißt eines, in dem der menschliche Körper eine zentrale Rolle einnimmt. Er ist selbst kulturell und religiös produktiv, wenn seine Aktivität oder Inaktivität, seine äußere Form oder sein innerer Zustand den Rahmen für Sinnkonstruktionen der Akteure schaffen. Dieser somatische Ansatz soll produktiv mit der Forschungsperspektive der Religionsästhetik verbunden werden, die auf die sinnliche Wahrnehmbarkeit religiöser Prozesse abzielt und damit betont, dass jede kognitive Weltdeutung sinnlicher Wahrnehmungsmodalitäten bedarf, um für die Akteure manifest und real zu werden (siehe z. B. Cancik und Mohr 1988; Wilke 2008; Meyer 2009; Mohn 2012).

In der Kombination beider Ansätze – des diskursiv-semiotischen und des somatisch-ästhetischen – kann das Feld devotionaler Fitness möglichst vollständig ausgeleuchtet und in seinen zentralen Dimensionen analysiert und theoretisch reformuliert werden.

Die vorliegende Forschung basiert auf projektspezifisch zugeschnittenen Methoden der Datenerhebung und Datenanalyse: Daten wurden erhoben durch teilnehmende Beobachtung, durch Interviews und durch Sammlung textlicher und audio-visueller Quellen. Die so generierte Datensammlung wurde zunächst in einen einheitlichen Modus, die Schriftform, überführt und sodann in einer von Diskursanalyse und Grounded Theory beeinflussten Weise analysiert. Zu Beginn wurde eine vergleichsweise kleine Datenmenge kodiert. Die so generierten Codes wurden kategorisiert und auf weiteres Material angewendet, wodurch teils neue Codes gebildet wurden. So konnten auf Basis der Kodierung abstraktere Kategorien entwickelt werden, die dann mit dem theoretischen Instrumentarium verknüpft wurden. Auf diese Weise entwickelte sich im Zusammenspiel von theoretischen Konzepten und aus dem Feld heraus generierten Begriffen ein Analyserahmen, der auf stetig hinzukommendes Material angewendet und kontinuierlich verfeinert werden konnte.

4.4. Körpertheologie und -praxis: Heilung von Beziehungen durch den Körper

Die im Folgenden vorgestellte Körpertheologie und -praxis ist als verkürzte und verdichtete Darstellung der häufigsten Elemente von Diskurs und Praxis zu lesen. Es gibt keine übergeordneten Strukturen oder Organisationen im Feld, die eine Vereinheitlichung oder Standardisierung von Konzepten und Praktiken leisten könnten oder wollten. Vielmehr ist es den marktähnlichen Strukturen des Feldes geschuldet, dass die Programme bestrebt sind, sich voneinander abzugrenzen und dementsprechend ganz eigene Praktiken und Deutungen entwickeln.

Als erklärtes Hauptziel so gut wie aller evangelikalen Fitnessprogramme wird der Begriff „Gesundheit“ angeführt. Dieses Konzept wird jedoch auf ganz spezifische Weise aufgefüllt, zum Beispiel so, dass Leser von Büchern wie *Shaped by Faith* (Rowe 2008) aufgefordert werden, ihr körperliches Training und ihre gesunde Lebensführung und Ernährung zu einem fortwährenden Gebet zu machen und Gott in ihrem Körper zu ehren. Gesundheit ist in den allermeisten Fällen direkt mit Schlankheit und körperlicher Fitness assoziiert. Kenneth E. Loy beispielsweise schreibt über sein Programm „My Body His Temple“, es handele sich um ein „health ministry that teaches us how to treat our bodies as the temple of God through proper nutrition“ (Loy 2005) und erläutert auf seiner Internetpräsenz die Motivation für die Entwicklung dieses Programms:

Back in July 1994, when I was 32 years old, I noticed a picture of myself with a double chin. I hadn't realized how much weight I had gained over the years. I was also sick and tired of being sick and tired, so I began to research health and nutrition from a biblical standpoint. (Loy 2005)

Sein persönlicher Auslöser war also die Sorge um Übergewicht bzw. körperliche Fitness – und er vermutet offensichtlich, dass es seinen Anhängern ähnlich geht. Selbst wenn Gesundheit und Schlankheit nicht direkt miteinander verbunden werden, ist die Bild- und Körpersprache der meisten Programme

eindeutig: Auf Buchtiteln werden beispielsweise schlanke, junge, dem westlichen Körperideal entsprechende Körper dargestellt (siehe Abb. 4.1 und 4.2).

Das Verständnis von Gesundheit als sichtbar in Schlankheit und Fitness hat für die Autoren und Gründer devotionaler Fitnessprogramme die Konsequenz, dass auch das Gegenteil von Gesundheit, Krankheit, direkt äußerlich am Körper abzulesen ist. Mehr noch: Übergewicht deute nicht nur auf Krankheit hin, sondern sei selbst ein ungesunder Zustand. Dabei streiten die Akteure nicht ab, dass es Krankheiten gibt, die mit Übergewicht nichts zu tun haben; sie gehen aber davon aus, dass die meisten der modernen Volkskrankheiten direkt oder indirekt auf Übergewicht zurückzuführen sind. So schrieb einer der frühen Protagonisten devotionaler Fitness, Charlie Shedd, schon in den 1950ern:

Blood-pressure irregularities, gland disturbances, arthritis, joint disorders, gall-bladder troubles, heart problems, kidney ailments, flat feet – you name a physical something you don't want and chances are pretty good it's bad news for a fatty. (Shedd 1957, S. 15)

Übergewicht ist also sowohl Indikator für als auch Ursache von Krankheit. Krankheit wiederum wird verstanden als ein aus der Ordnung geratener Zustand – als körperliches, soziales, emotionales und spirituelles Ungleichgewicht. Damit verlässt die Argumentation die rein physische Dimension des Körpers und bezieht den Menschen in seiner Ganzheit (Körper, Geist und Seele) ein. Diese Ganzheit ist relational zu verstehen, das heißt sie stellt den Menschen in ein Netz von Beziehungen. Das individuelle Ich, die bewusst und intentional handelnde Einheit der Person, steht in Beziehungen verschiedenster Art, von denen vier für Programme devotionaler Fitness zentral sind: die zu Gott, zum Körper, zum Selbst und zu den Mitmenschen (siehe Abb. 4.3). Krankheit (d. h. Übergewicht) deutet im Verständnis vieler Akteure darauf hin, dass dieses Beziehungsnetz gestört ist.

Heilung sei nun möglich, wenn das spirituelle, körperliche, emotionale und soziale Ungleichgewicht des Ich wieder ins Lot gebracht werde, das heißt, wenn die gestörten Beziehungen geheilt würden. Die verschiedenen Beziehungen bedingen einander: Die Wiederherstellung von sozialen Beziehungen

„Heal through movement, worship and the Word of God“

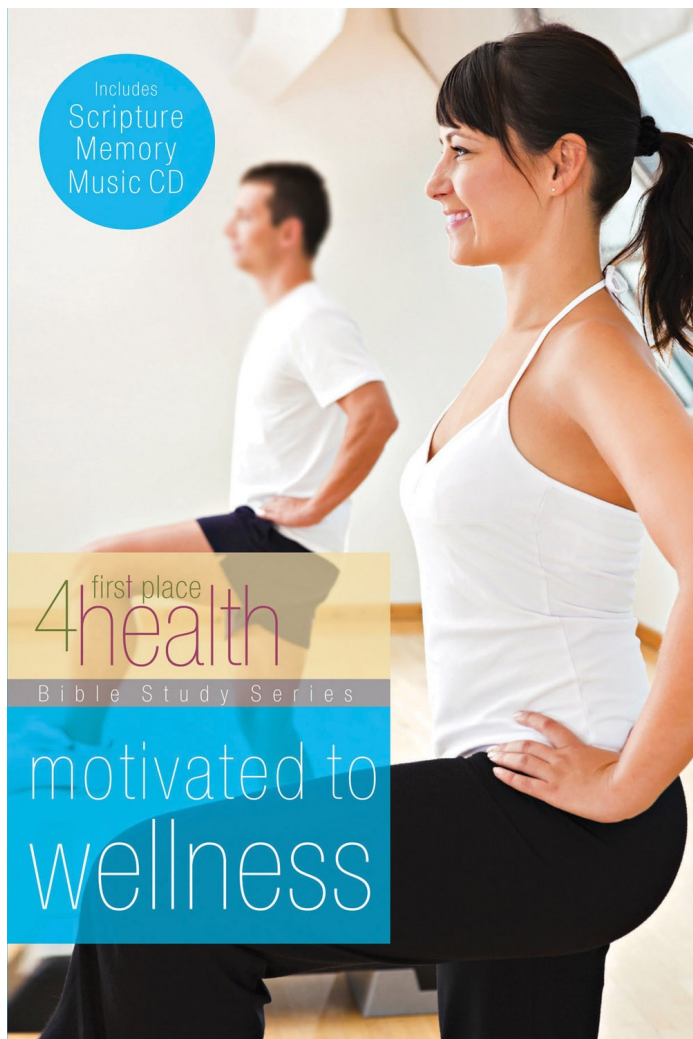


Abb. 4.1.: Titelbild der First Place 4 Health-Publikation Motivated to Wellness (2011)

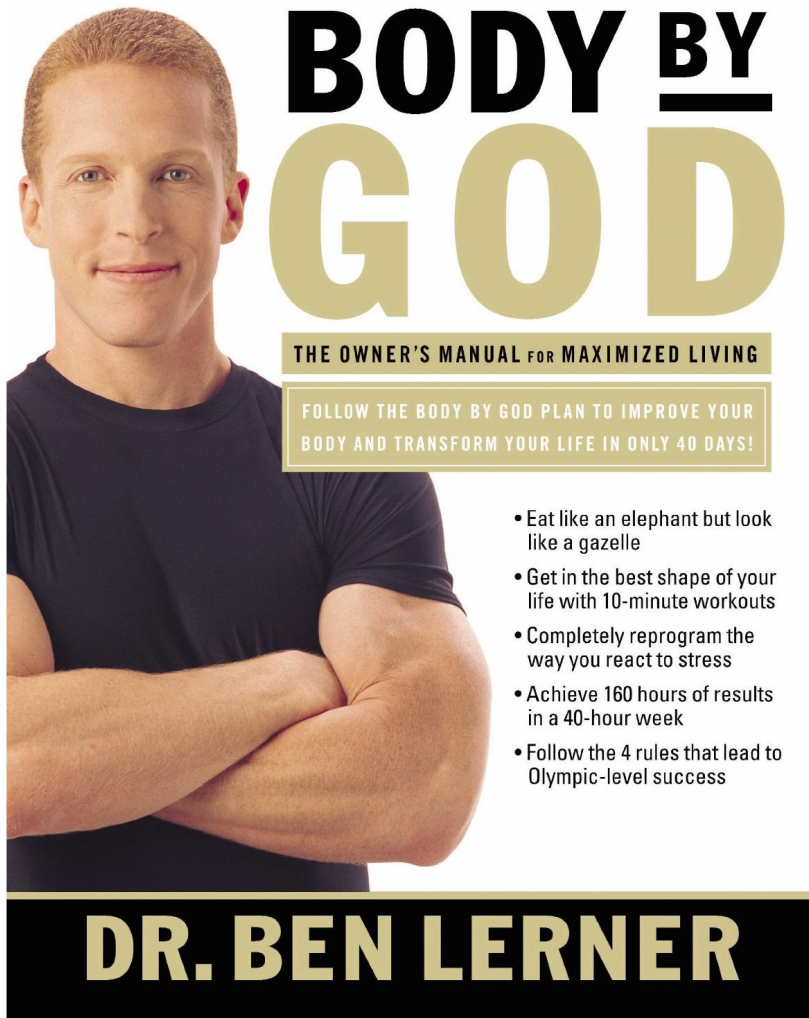


Abb. 4.2.: Titelbild von Ben Lerner's *Body by God* (2003)

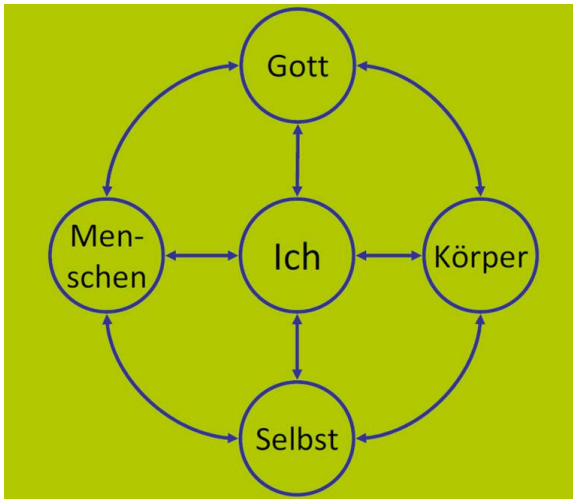


Abb. 4.3.: Das Ich steht in Beziehungen zu Gott, zum eigenen Körper, zum Selbst und zu seinen Mitmenschen

zum Beispiel heile emotionale Wunden und folge zugleich dem göttlichen Gebot der Nächstenliebe. Damit werden mindestens drei Beziehungsebenen zugleich angesprochen: die zu Mitmenschen, die zum Selbst und die zu Gott.

Spätestens hier wird deutlich, wie eng die ‚profane‘ Motivation des Gewichtsverlustes mit Überlegungen spiritueller Art verbunden werden. Doch bleibt der Körper für die Heilung des ganzen Menschen in all seinen Beziehungen zentral: Er wird zum *Index* und *Instrument* von Gesundheit und Krankheit. Im Körper fallen biologische, spirituelle, emotionale und soziale Dimensionen des Seins zusammen. Deshalb, so die Protagonisten des Feldes, kann durch und mit dem Körper Heilung auf allen Ebenen erreicht werden.

Der Körper weist eine *göttliche Dimension* auf, wenn er als Wunder der Schöpfung Gottes und als Tempel des Heiligen Geistes verstanden wird. Er wird als fleischliches Gefäß für eine transzendente Einheit verstanden, von der er belebt und bewegt wird. Die Tatsache seiner göttlichen Abkunft, so

Akteure des Feldes, kann der Körper am besten demonstrieren, wenn er gesund, das heißt in der Auslegung devotionaler Fitnessprogramme stark und schlank ist. Paul Eugene, Gründer des Aerobic-Fernsehprogramms „Gospel Fitness Workouts“, erklärt auf seiner Internetseite, Christen hätten ihren „earthly body as a gift to be honored and respected. We are to maintain the body as an act of worship for the limited time and purpose we have on the earth“ (Eugene 2011). Das „Erhalten“ des Körpers äußert sich für Eugene in der sportlichen Praxis.

Als *biologischer Organismus* ist der Körper Gegenstand medizinischer Untersuchungen und Eingriffe. Oft stößt man im Feld auf Protagonisten, die ihre medizinische Ausbildung mindestens ebenso stark betonen wie ihre spirituellen Qualifikationen. Ben Lerner zum Beispiel legt Wert darauf sowohl medizinisch qualifiziert zu sein – er ist Chiropraktiker – als auch auf Grundlage der Bibel und seines christlichen Glaubens erfolgreich zu sein (Lerner 2003, S. 15). Auch Gwen Shamblin, Gründerin des „Weigh Down Workshop“, hebt ihre medizinischen Qualifikationen hervor, die sie in einem ernährungswissenschaftlichen Studium an der University of Tennessee erwarb (Weigh Down Ministries 2010). Trotz des insgesamt ganzheitlichen Ansatzes herrscht auf dieser Ebene ein mechanistisches Körperbild vor, demzufolge die Funktionen des Körpers in technischen Begriffen erklärbar und damit auch beeinflussbar sind. Oft wird zum Beispiel der Körper als ‚perfekte Maschine‘ (Lerner 2003, S. 52–53) beschrieben oder in plastischen Metaphern erklärt, wenn der menschliche Körper ebenso wie ein Auto technisch beherrschbar ist und durch regelmäßige ‚Wartung‘ langfristig erhalten werden kann (Peña 2010, S. 13). Die Protagonisten gehen davon aus, dass der medizinisch gesunde Körper zugleich ein schlanker Körper ist – die durchaus vorhandenen Gegenstimmen im medizinischen und gesellschaftlichen Diskurs werden dabei in der Regel nicht rezipiert.²

²Hier ist besonders an die Anti-Diät-Bewegung zu denken, die schon in den 1960er Jahren als kleine Gegenbewegung zum sich etablierenden Schlankheitsideal entstand und davon ausgeht, dass Körpergewicht weder ein zuverlässiger noch der einzige Indikator für Gesundheit oder gar Charakter ist (Fraser 1997, S. 219–220, 233).

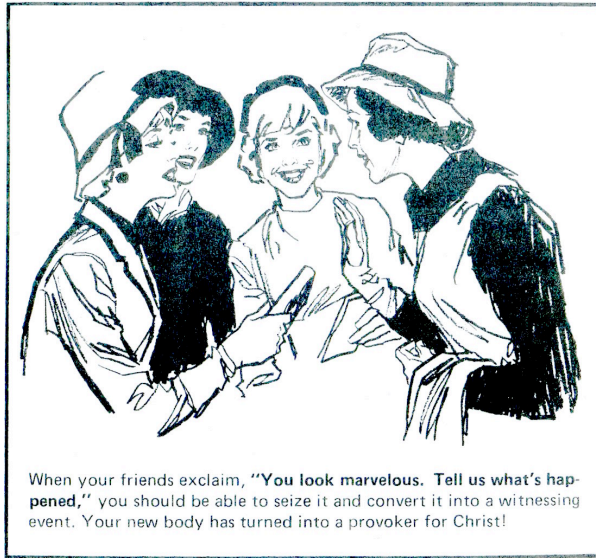


Abb. 4.4.: Der schlanke Körper wird zum Instrument der Evangelisierung (Lovett 1982 [1977], S. 205)

Der Körper weist eine *soziale Dimension* auf, wenn er nicht nur Sender und Empfänger sozialer Interaktion sondern auch Medium derselben ist. Der schlanke, neue Körper soll zum „provoker for Christ“ werden (Lovett 1982 [1977], S. 205; siehe Abb. 4.4), womit soziale Interaktionen zugleich immer auch evangelisierende Funktion haben, wenn der schlanke Körper bewusst zum Zwecke der Evangelisation im sozialen Umfeld der Akteure eingesetzt wird.

Der Körper selbst ‚spricht‘, so Shedd: „[T]he shape we are in talks“ (Shedd 1984 [1972], S. 92). Übergewichtige Körper werden als Zeichen für den Charakter der betreffenden Person verstanden; sie werden oft, wenn auch implizit, als Anzeichen für Charaktereigenschaften wie Faulheit, Unglück und mangelnde Selbstdisziplin nicht nur in Bezug auf Essen gewertet. Dünne Menschen dagegen werden als beliebt, erfolgreich und diszipliniert angesehen.

In einer frühen Publikation des Genres von Deborah Pierce (*I Prayed Myself Slim*) schildert die Autorin, dass sie aufgrund ihres Übergewichts unbeliebt und daher unglücklich gewesen sei (Pierce 1960, S. 9). Lovett drückt es in den 1970ern noch drastischer aus: das Liebesleben übergewichtiger Menschen sei „one big fantasy“ (Lovett 1982 [1977], S. 24). Diese sozial konstruierte Bewertung von Übergewicht pflanzt sich im Diskurs bis heute fort und spiegelt sozioökonomische Realitäten in den USA wider.³

Der Körper wird damit aus Sicht der Teilnehmer zum für alle Augen sichtbaren Anzeichen der charakterlichen Eigenschaften des *Selbst*. Das ‚wahre Ich‘, so die Akteure, wird vom übergewichtigen Körper buchstäblich eingesperrt, wenn Körperfett ein sozialer Ab- und Ausgrenzungsfaktor wird. Abnehmen, Fitness und Diäten würden damit nicht nur zum probaten Mittel der sozialen Aufwertung, sondern ermöglichten es auch, das Selbst ‚so wie Gott es geschaffen hat‘, zur Geltung zu bringen. So schreibt Charlie Shedd: „Peel off the layers, watch it emerge, and know the thrill which comes when you meet the real you“ (Shedd 1957, S. 40). Und mehr als 50 Jahre später formuliert die Moderatorin einer kanadischen Talkshow für christliche Frauen ihre Erfahrung mit Übergewicht und Abnehmen wie folgt: „This isn’t who I really am; and I felt like a skinny person, still not quite there yet. Somewhere inside of me, there’s this skinny person who wants to come out; trapped inside a body that wasn’t mine“ (*Full Circle* 2011).

Die hier genannten vier Dimensionen des Körpers sind eng damit verbunden, wie der Körper zu einem Medium und Instrument von Beziehungen wird. Der Körper in seiner Multidimensionalität enagiert und markiert die oben genannten Beziehungen des Ich zu Gott, zum Körper, zum Selbst und zu den Mitmenschen. Stark verkürzt kann man festhalten, dass die meisten Programme devotionaler Fitness davon ausgehen, dass ein schlanker Körper auf Gleichgewicht und Ordnung sowohl in den Dimensionen des Körpers als auch in den verschiedenen Beziehungen hinweist. Umgekehrt kann der Kör-

³ Sozialpsychologischen Studien zufolge erhöht Übergewicht die Wahrscheinlichkeit, dass Personen weniger verdienen, seltener heiraten und schlechter ausgebildet sind (Samovar u. a. 2013, S. 263).

per selbst dieses angestrebte Gleichgewicht herbeiführen – Fitnesstraining und Abnehmen sind dabei die Praktiken der Wahl in devotionaler Fitness.

Programme kleiden die hier skizzierten Prämissen in Begriffe der Heilung: Es geht darum, Beziehungen zu heilen durch Heilung des Körpers in all seinen Dimensionen. Heilung betrifft aber nicht nur den Körper, sondern auch die Seele, die aus christlich-evangelikaler Sicht des Heils, also der Erlösung bedarf. Devotionale Fitness verkörpert damit einen für den Evangelikalismus grundlegender Dualismus bezüglich der Erlangung des Heils: den zwischen den erlösten und den nicht erlösten Menschen. Die Dichotomie ‚krank‘ vs. ‚gesund‘ ist strukturell analog zur Dichotomie ‚nicht gerettet‘ vs. ‚gerettet‘. Das bedeutet nicht, dass diese Begriffspaare von den Akteuren gleichgesetzt werden: viele Programme räumen explizit ein, dass Krankheit (und auch Behinderung) nicht zwangsläufig bedeuten, dass die Betroffenen keine guten Christen sein können, so zum Beispiel Robert Evans, Gründer der Fernsehensendung „Christian Fitness TV“ im Interview (Evans 2011). Und Ben Lerner betont: „God does not love you any less if you do not eat well“ (Lerner 2003, S. 45).

Dennoch ist hier eine Übertragung des etablierten Begriffspaares ‚gerettet‘ vs. ‚nicht gerettet‘ in die im US-amerikanischen Kontext nahezu universell anschlussfähige Dichotomie von ‚krank‘ (= übergewichtig) vs. ‚gesund‘ (= schlank) erkennbar, die den Gnadenstand des Gläubigen verkörpert und damit auch sichtbar und gestaltbar macht. Krankheit, so die im Diskurs zirkulierende Annahme, manifestiert sich in einem übergewichtigen Körper und beeinflusst zugleich die verschiedenen Beziehungen des Ich negativ; Gesundheit manifestiert sich in einem schlanken Körper und beeinflusst die Beziehungen des Ich positiv. Die wichtigste dieser Beziehungen ist im evangelikalen Kontext die zu Gott bzw. Jesus. So bedürfe es zum Beispiel eines gesunden und starken Körpers, um den vielfältigen Aufgaben gerecht zu werden, vor die Gläubige sich durch göttlichen Auftrag gestellt sehen.

Der positive Zustand, in dem das Ich in guten Beziehungen steht und seinen Körper in jeglicher Hinsicht geheilt hat, wird als Fitness, Wellness, Harmonie oder Gesundheit bezeichnet. Diese Begriffe beziehen sich explizit nicht nur auf den physischen Zustand des Körpers, sondern schließen soziale, emotio-

nale und spirituelle Dimensionen mit ein. Deshalb bezeichnen sich einige Programme explizit als „holistisch“: „Body & Soul Fitness“ verfolgt einen „truly holistic approach to fitness“ (Body & Soul 2008) und Ben Lerner's Ansatz basiert ebenfalls auf einem „holistic approach to sustainable health“ (*Maximized Living* 2011). Die Charakterisierung als „holistisch“ trifft aber nicht nur aus Sicht der Programme selbst zu, sondern kann – in einer analytischen Fassung des Begriffs „holistisch“ (Knoblauch 2009, S. 126–127) – auch auf das gesamte Feld devotionaler Fitness erweitert werden: Verschiedene Dimensionen des menschlichen Lebens und seiner Beziehungsnetzwerke werden zusammen betrachtet und gesellschaftliche Bereiche wie Medizin, Sport, Fitness und Glaube entgrenzen sich.

4.5. Schlussbemerkungen zur Somatisierungsthese

Das hier nur knapp skizzierte Feld und die aus der Analyse gewonnenen Ergebnisse erlauben es, abschließend das Konzept der Somatisierung zu thematisieren. „Somatisierung“ wird hier im Anschluss an das Symposium „Somatisierung des Religiösen“ verstanden als der „Einbezug der körperlich-emotionalen Dimension zur Konstruktion und Plausibilisierung religiöser Wirklichkeit“ (CfP). Dabei kann man beobachten, dass sich dieser Einbezug der körperlich-emotionalen Dimension in religiösen Wirklichkeitskonstruktionen in den letzten Jahrzehnten qualitativ und quantitativ verändert hat – und zwar dahingehend, dass Körperlichkeit und körperliches Erleben für die praktische Glaubenausübung wichtiger geworden sind als zuvor. Das Ausmaß und der Zeitraum dieser Veränderung sind schwer zu verallgemeinern – doch am Beispiel devotionaler Fitness wird zumindest für einen Ausschnitt des US-amerikanischen Evangelikalismus deutlich, dass es spätestens seit Ende der 1950er Jahre Bewegungen gibt, für die der Körper keine Nebensächlichkeit mehr ist, sondern zum konkret erfahrbaren Ort des Göttlichen wird. Diese Gruppen machen den Körper zum Instrument von ‚Gottes Willen auf Erden‘, womit er zum zentralen Bestandteil und Akteur ihres (Glaubens-)Alltags wird. Dies steht im Gegensatz zur oft mit dem Protestantismus assoziierten ‚Kör-

perfeindlichkeit‘ (siehe z. B. Mellor und Shilling, 1997, S. 9–10, 42–43). Nicht nur im Bereich von Sport und Fitness wurde verschiedentlich angemerkt, dass es neue Strömungen innerhalb des Protestantismus gibt, die Kognition und Textualität in den Hintergrund rücken und sich vermehrt der Praxis, dem Körperlichen und der Sinneswahrnehmung zuwenden.⁴ In zeitgenössischen evangelikalischen Fitnessprogrammen ist der Körper mehr als nur das vergängliche Gefäß einer unsterblichen Seele – er wird Akteur und Subjekt religiöser Praxis und erlangt eine zentrale Rolle im Leben der Gläubigen, wenn diese durch und mit ihrem Körper in Beziehung zu Gott treten und diese verkörpern können.⁵ Laura Monica, die eingangs zitierte Gründerin des Programms „WholyFit“ drückt dies wie folgt aus:

Jesus actually doesn't care whether we're sitting, standing, kneeling, standing on our head, running, jogging, swimming. It doesn't matter. We can pray to him doing any type of activity and, actually, he enjoys that with us, that's what I have found. He actually dances with us, he actually runs with us, he walks with us. [...] Because our spirits are housed in these physical bodies, it actually helps to use our bodies to spur on our spirit. I have found that expressing worship through movement and expressing prayer through movement is helpful for me and that Jesus enjoys it. [...] On top of that [...] the scripture seems to go into my brain and heart much better and deeper when I'm acting them out, because this is the way I learn. (Monica 2011a)

⁴Nur ein Beispiel für die Forschungsprojekte, die derzeit zu diesem Thema laufen, ist das an der Adger Universität in Norwegen von Pål S. Repstad geleitete Projekt „Religion as Aestheticizing Practice“ (RESEP), das mit dem Fokus auf den norwegischen Protestantismus Fragen wie: „Religion: More Sensual and Aesthetic, Less Cognitive and Dogmatic?“ nachgeht. Vgl. auch die Projektseite (auf Norwegisch), URL: http://prosjekt.uia.no/resep/?page_id=1368 (besucht am 05.12.2014).

⁵Diese Ideen sind nicht gänzlich neu, sondern wurden in Bewegungen wie der sogenannten Muscular Christianity, einer angelsächsischen, christlichen Bewegung um 1900, und der daraus hervorgehenden Young Men's Christian Association (YMCA) bereits formuliert und praktisch umgesetzt – wenn auch unter anderen Bedingungen und mit deutlichen Unterschieden zur zeitgenössischen devotionalen Fitness.

Der Körperfokus devotionaler Fitness kann aber nicht nur als Bruch mit der protestantischen Tradition der ‚Körperfeindlichkeit‘, sondern auch als Kontinuität in Bezug auf die Disziplinierung des Körpers gesehen werden. Diese Disziplinierung des Körpers besteht in devotionaler Fitness, nun nicht mehr in einer Reduktion des Körperlich-Sinnlichen, sondern in der Entwicklung und Umsetzung teils rigider Diät- und Fitnesspläne.

Wie oben geschildert, wird der Körper zum Hauptindex sowohl der physischen als auch der spirituellen ‚Gesundheit‘. Dies deutet darauf hin, dass hier eine Entgrenzung zwischen säkular-medizinischen und spirituellen Diskursen stattfindet. Begriffe aus beiden Diskursen werden so eng miteinander verflochten, dass es kaum mehr möglich ist, sie wenigstens analytisch zu trennen. Das Feld eignet sich insofern dafür, auf die Entgrenzungsprozesse zwischen ‚Säkularem‘ und ‚Religiösem‘ aufmerksam zu machen, wenn z. B. scheinbar säkulare Fitnesssportarten wie Pilates und Aerobic zu explizit christlichen Praktiken des Gebets und der Meditation gemacht werden oder wenn medizinisch begründete Ernährungsvorschriften Teil einer ‚biblischen‘ Diät werden.

Die Tendenz zum Körperlichen und der Fokus auf den Körper ist dabei ganz offensichtlich keine genuin evangelikale Entwicklung. Devotionale Fitness partizipiert an einem Diskurs, der im Rahmen breiterer Individualisierungsprozesse im Laufe des 20. Jahrhunderts die Perfektionierung des Körpers zum allgemein anerkannten Ziel in ‚westlichen‘ Gesellschaften gemacht hat. Der „body turn“, der sich in Yoga, Fitnessboom, Schlankheitskult etc. zuerst ‚im Feld‘ äußerte und dann auch von den Gesellschafts- und Kulturwissenschaften als solcher erkannt und aufgegriffen wurde, liefert damit den Rahmen für eine spezielle Ausformung evangelikaler Frömmigkeit, die bestrebt ist, mit ihrem kulturellen Umfeld zu interagieren und zugleich eine dezidiert evangelikale Identität zu bewahren.

Literatur

- Body & Soul (2008), *Body & Soul Fitness: Where Faith and Fitness Meet*. URL: <http://bodyandsoul.org/> (besucht am 17. 07. 2011) (zit. S. 113).
- Cancik, Hubert und Hubert Mohr (1988), „Religionsästhetik“. In: *Handbuch religionswissenschaftlicher Grundbegriffe*. Hrsg. von Hubert Cancik, Burkhard Gladigow und Matthias Laubscher. Bd. 1. Stuttgart: Kohlhammer, S. 121–156 (zit. S. 103).
- Coakley, Sarah (1997), „Introduction: Religion and the Body“. In: *Religion and the Body*. Hrsg. von Sarah Coakley. Cambridge [et al.]: Cambridge University Press, S. 1–12 (zit. S. 102).
- Csordas, Thomas J. (1990), „Embodiment as a Paradigm for Anthropology“. In: *Ethos* 18, S. 5–47. JSTOR: 640395 (zit. S. 102).
- Eugene, Paul (2011), *Gospel Fitness Workouts: Giving Him Praise*. URL: <http://www.gospelfitnessworkouts.com/> (besucht am 13. 09. 2011) (zit. S. 109).
- Evans, Robert (2011), *Interview von Martin Radermacher*. 27. 09. 2011. Largo, FL (zit. S. 112).
- Fraser, Laura (1997), *Losing It: America's Obsession with Weight and the Industry That Feeds on It*. New York: Dutton (zit. S. 109).
- Full Circle (2011). Fernsehsendung. Crossroads Television Systems, 15. 03. 2011. URL: <http://www2.crossroads.ca/fullcircle/player?vidID=21350> (besucht am 16. 09. 2011) (zit. S. 111).
- Geertz, Clifford (2009 [1966]), „Religion As a Cultural System“. In: *The Interpretation of Cultures: Selected Essays*. New York: Basic Books, S. 87–125 (zit. S. 102).
- Gerber, Lynne (2012), *Seeking the Straight and Narrow: Weight Loss and Sexual Reorientation in Evangelical America*. Chicago und London: University of Chicago Press (zit. S. 100, 101).
- Griffith, Ruth Marie (2004), *Born Again Bodies: Flesh and Spirit in American Christianity*. California Studies in Food and Culture 12. Berkeley, CA: University of California Press (zit. S. 100, 101).

- Gugutzer, Robert (2006), „Der body turn in der Soziologie: Eine programmatische Einführung“. In: *Body turn: Perspektiven der Soziologie des Körpers und des Sports*. Hrsg. von Robert Gugutzer. Bielefeld: Transcript, S. 9–53 (zit. S. 100, 102).
- Hall, Stuart (2003), „Introduction“. In: *Representation: Cultural Representations and Signifying Practices*. Hrsg. von Stuart Hall. London: SAGE, S. 1–11 (zit. S. 102).
- Hancock, Philip u. a. (2000), *The Body, Culture, and Society: An Introduction*. Buckingham: Open University Press (zit. S. 100, 102).
- Joas, Hans (2009), „Die religiöse Situation in den USA“. In: *Woran glaubt die Welt? Analysen und Kommentare zum Religionsmonitor 2008*. Hrsg. von Bertelsmann Stiftung. Gütersloh: Bertelsmann Stiftung, S. 329–347 (zit. S. 100).
- Knoblauch, Hubert (2009), *Populäre Religion: Auf dem Weg in eine spirituelle Gesellschaft*. Frankfurt am Main: Campus (zit. S. 113).
- LaFleur, Willam R. (1998), „Body“. In: *Critical Terms for Religious Studies*. Hrsg. von Mark C. Taylor. Chicago und London: University of Chicago Press, S. 36–54 (zit. S. 100).
- Lerner, Ben (2003), *Body by God: The Owner's Manual for Maximized Living*. Nashville, TN: Nelson (zit. S. 109, 112).
- Lovett, C. S. (1982 [1977]), *“Help Lord: The Devil Wants Me Fat!”: A Scriptural Approach to a Trim and Attractive Body*. Baldwin Park, CA: Personal Christianity (zit. S. 110, 111).
- Loy, Kenny (2005), *My Body, His Temple*. URL: <http://www.mybodyhistemple.com/> (besucht am 23.06.2011) (zit. S. 104).
- Maximized Living* (2011). URL: <http://www.maximizedliving.com/> (besucht am 23.04.2011) (zit. S. 113).
- Mazer, Sharon (1994), „The Power Team: Muscular Christianity and the Spectacle of Conversion“. In: *The Drama Review* 38.4, S. 162–188 (zit. S. 100).
- Meyer, Birgit (2009), „From Imagined Communities to Aesthetic Formations: Religious Mediations, Sensational Forms, and Styles of Binding“. In: *Aesthetic Formations: Media, Religion, and the Senses*. Hrsg. von Birgit Meyer. New York: Palgrave Macmillan, S. 1–28 (zit. S. 103).

- Miller, Donald E. (1999 [1997]), *Reinventing American Protestantism: Christianity in the New Millennium*. Berkeley, CA: University of California Press (zit. S. 100).
- Mohn, Jürgen (2012), „Religionsästhetik: Religion(en) als Wahrnehmungsräume“. In: *Religionswissenschaft*. Hrsg. von Michael Stausberg. Berlin: De Gruyter, S. 329–342 (zit. S. 103).
- Monica, Laura (2011a), *Postures for Prayer*. URL: <http://www.youtube.com/watch?v=iDNxjDf9BCg> (besucht am 10.12.2011) (zit. S. 114).
- (2011b), *WholyFit: Better Than Yoga*. URL: <http://www.wholyfit.com/> (besucht am 21.05.2011) (zit. S. 98).
- Peña, Jimmy (2010), *PrayFit: Your Guide to a Healthy Body and a Stronger Faith in 28 Days*. Ventura, CA: Gospel Light (zit. S. 109).
- Pierce, Deborah (1960), *I Prayed Myself Slim: The Prayer-Diet Book*. New York: The Citadel Press (zit. S. 111).
- Roof, Wade Clark (1999), *Spiritual Marketplace: Baby Boomers and the Remaking of American Religion*. Princeton, NJ: Princeton University Press (zit. S. 100).
- Rowe, Theresa (2008), *Shaped by Faith: 10 Secrets to Strengthening Your Body & Soul*. Nashville, TN: Ideals Publications (zit. S. 104).
- Samovar, Larry A. u. a. (2013), *Communication Between Cultures*. 8. Aufl. Belmont, CA: Wadsworth (zit. S. 111).
- Schrettle, Gregor (2006), *Our Own Private Exodus: Gwen Shamblin's Dieting Religion and America's Puritan Legacy*. Essen: Die Blaue Eule (zit. S. 100, 101).
- Schroer, Markus (2005), „Einleitung: Zur Soziologie des Körpers“. In: *Zur Soziologie des Körpers*. Hrsg. von Markus Schroer. Frankfurt am Main: Suhrkamp, S. 7–47 (zit. S. 100, 102).
- Shedd, Charlie W. (1957), *Pray Your Weight Away*. Philadelphia, PA: Lippincott (zit. S. 105, 111).
- (1984 [1972]), *The Fat is in Your Head: A Life Style to Keep it Off*. Waco, TX: Word Books (zit. S. 110).
- Shilling, Chris (2003), *The Body and Social Theory*. 2. Aufl. London: SAGE (zit. S. 102).

- Turner, Bryan S. (1997), „The Body in Western Society: Social Theory and its Perspectives“. In: *Religion and the Body*. Hrsg. von Sarah Coakley. Cambridge [et al.]: Cambridge University Press, S. 15–41 (zit. S. 102).
- Violi, Patrizia (2012), „How our Bodies Become Us: Embodiment, Semiosis and Intersubjectivity“. In: *Journal of Cognitive Semiotics* 4.1, S. 57–75. DOI: 10.1515/cogsem.2009.4.1.57 (zit. S. 100, 102).
- Weigh Down Ministries (2010), *Weigh Down Ministries: Permanent Weight Loss & the Solution to All Addictions*. URL: <http://www.weighdown.com/> (besucht am 17. 01. 2011) (zit. S. 109).
- Wilke, Annette (2008), „Religion/en, Sinne und Medien: Forschungsfeld Religionsästhetik und das Museum of World Religions (Taipeh)“. In: *Im Netz des Indra: Das Museum of World Religions, sein buddhistisches Dialogkonzept und die neue Disziplin Religionsästhetik*. Hrsg. von Annette Wilke und Esther-Maria Guggenmos. Münster: Lit, S. 206–294 (zit. S. 103).
- Yelle, Robert A. (2011), „Semiotics“. In: *The Routledge Handbook of Research Methods in the Study of Religion*. Hrsg. von Michael Stausberg und Steven Engler. London: Routledge, S. 355–365 (zit. S. 102).

5. Subjektivierung und Somatisierung in (neo)charismatisch-evangelikalen Healing Rooms in Deutschland

Eva Tolksdorf, Universität Bremen

Zusammenfassung: Seit 15 Jahren ist global eine Konjunktur von (neo)pfingstlich-charismatischen Healing Rooms zu beobachten, die bislang kaum erforscht wurde. Als subjektzentrierte (Re-)Charismatisierungs- und Missionsstrategie sind gemeindeübergreifend arbeitende christliche Heilungsgebetsräume populär geworden, die sowohl außerhalb sowie innerhalb von Gemeinden angeboten werden. Heilungsräume sind aufgebaut wie Arztpraxen mit Empfang, Warte- und Behandlungszimmer. Der Beitrag stellt als Pilotstudie für ein zukünftiges Forschungsprojekt beispielhaft diese neue subjektzentrierte Vergemeinschaftungsform mit ihrer Tendenz zur Somatisierung anhand von ersten teilnehmenden Beobachtungen und Gesprächen zum Christlichen Heilungszentrum Hanau (CHZ) vor.

5.1. Einleitung

5.1.1. Relevanz und Aktualität

Seit 15 Jahren ist global eine Konjunktur von (neo)charismatisch-pfingstlichen Healing Rooms (abgekürzt: HR) zu beobachten, die derzeit als *subjektzentrierte (Re-)Charismatisierungs- und Missionsstrategie* sowohl innerhalb als auch außerhalb von (neo)pfingstlich-charismatischen Freikirchen populär geworden ist. Die gemeindeübergreifend und christlich-überkonfessionell arbeitenden Heilungsgebetsräume sind aufgebaut wie Arztpraxen mit Empfang, Wartezimmer und Behandlungszimmer. HRs in Deutschland verstehen sich selbst

dabei weniger als alternativmedizinisches oder therapeutisches Ersatzangebot, sondern als Ergänzung zum medizinischen und therapeutischen Sektor (vgl. [Selbstverständnis des Netzwerkes Healing Rooms Deutschland e.V.](#); besucht am 26.03.2014). Die bisher kaum erforschte Healing Room-Bewegung sieht ihre Anfänge in der Eröffnung von Heilungsgebetsräumen durch den Heilungsprediger und Missionar John G. Lake Anfang des 20. Jahrhunderts in Spokane, USA. In Deutschland wurde 2003 der erste HR gegründet, seit 2007 – also innerhalb von vier Jahren – sind mehr als zwanzig Heilungsgebetsräume im deutschlandweiten Verband der Healing Rooms Deutschland e.V. registriert worden (vgl. Lambrecht und Baars 2009, S. 23). Eine geographische Übersichtskarte des Vereins veranschaulicht die gegenwärtige Verteilung der dort registrierten HRs im deutschsprachigen Raum (s. [Alle Healing Rooms in der Übersicht](#); besucht am 24.02.2014). Inzwischen hat sich die Zahl der nicht-registrierten Heilungsgebetsräume multipliziert, so dass in vielen (neo)pfingstlich-charismatischen Gemeinden Heilungsräume in den letzten Jahren neu eröffnet wurden, die bislang hinsichtlich ihrer Anzahl und (nicht-)standardisierten Eigendynamik noch nicht erfasst worden sind. Durch die Healing Room-Bewegung verschiebt sich der Fokus von kollektiven Heilungsveranstaltungen auf *subjektzentrierte Heilungsgebets- und Beratungsangebote*, die zunehmend als ‚Dienstleistung‘ verstanden und z.T. als Heilungszentren *außerhalb von Gemeinden* eröffnet werden. Dadurch sind neue Formen der Vergemeinschaftung hin zu individualisiert-subjektzentrierten Formen entstanden, die bislang kaum von der Religionsforschung wahrgenommen wurden.

5.1.2. Forschungsstand

Auf Grundlage von Videoanalysen zu Heilungskonferenzen einer (neo)charismatischen Gemeinde in Heidelberg hat 2008 der Ethnologe und Religionswissenschaftler Thorsten W. Storck mit Bezug auf Thomas J. Csordas’ Embodiment-Paradigma u.a. den Aspekt der *kollektiven Somatisierung und Emotionalisierung* religionsethnologisch untersucht (vgl. Storck

2008, S. 61–106, 107–122). Dabei wurden expressive Körperpraktiken wie z. B. Umfallen oder Weinen als „performative Handlungen“ (ebd., S. 100) analysiert. Zudem wurde 2011 in der Schweiz durch den Religionssoziologen Jörg Stolz auf Grundlage von qualitativen Tiefen-Interviews und Videoanalysen zu schweizerdeutschen Heilungskonferenzen ein an der Rational Choice Theorie und Suggestionstheorie orientierter religionssoziologischer Erklärungsansatz zu den von Heilungspredigern angewandten Techniken, Kontextbedingungen und kausalen Mechanismen von Wunderheilungsveranstaltungen formuliert (vgl. Stolz 2011, S. 456). Beide Arbeiten nehmen dabei *kollektive* Heilungsveranstaltungen in den Blick und bieten weder eine Beschreibung, Analyse noch einen theoretischen Ansatz zu *subjektzentrierten Heilungsgebetsangeboten* wie den HRs.

Die Frage nach der Subjektivierung (Knoblauch 2009) und Somatisierung (Csordas 2002 [1990]; Storck 2008) im Feld der HR-Bewegung bildet derzeit ein Forschungsdesiderat. Bezüglich des US-amerikanischen Feldes existieren zwei Aufsätze, in denen auf die religionsgeschichtliche Entwicklung der HR-Bewegung in den USA eingegangen wird: zum einen ein Artikel von Margaret Poloma (2006), die als Religionssoziologin eine pfingstlich-charismatische Binnenperspektive einnimmt, da sie als aktive Mitarbeiterin im Gebetsdienst involviert ist (vgl. Poloma 2006, S. 68, 70); zum anderen ein Artikel aus den *Religious Studies* von Candy Gunther Brown (2006), in dem HRs eher am Rande behandelt werden. Selbst in Candy Gunther Browns speziell am pfingstlich-charismatischen Heilungsthema orientierten Sammelband mit dem Titel *Global Pentecostal and Charismatic Healing* von 2011 fehlen Artikel, die sich mit der rezenten globalen HR-Bewegung wissenschaftlich auseinandersetzen. Der Diskussion meines Vortrages auf dem Symposium „Somatisierung des Religiösen“ verdanke ich den Hinweis auf die Forschungen der finnischen Religionswissenschaftlerin Tuija Hovi (2011, 2012, 2013), die im finnischen Kontext HR qualitativ und quantitativ empirisch untersucht und drei englischsprachige Aufsätze publiziert hat. Zentrale, für diesen Beitrag relevante Aspekte von Hovis Studien werden im Abschnitt 5.2.2 wiedergegeben. Insgesamt fehlen weitere qualitative und quantitative empirische Studien zur HR-Bewegung.

Hier wären lokal, länder- sowie global vergleichende Studien wünschenswert.

5.1.3. Methodisches Vorgehen und Aufbau

Ausgehend von ersten explorativen Feldbeobachtungen und ethnografischen Gesprächen mit Mitarbeitenden und Teilnehmenden stelle ich in diesem Beitrag exemplarisch das Christliche Heilungszentrum Hanau (CHZ) vor, das sich selbst derzeit weiter etablieren möchte. Grundlage bilden zwei Besuche des Heilungszentrums in Hanau im Oktober 2012 und im Oktober 2013. Sechs ethnografische Einzel- und Gruppengespräche im Umfang von 15–45 Minuten wurden sowohl mit Leitenden, Mitarbeitenden und Teilnehmenden geführt. Die Gespräche sind insofern ethnografische Gespräche (vgl. Flick 2010, S. 220–221; Knoblauch 2003, S. 115–119), da sie in der ‚natürlichen‘ Umgebung im Wartezimmer während der Wartezeit entweder vor oder nach dem Heilungsgebet relativ spontan stattfanden und z.T. auch im Beisein von Mitarbeitenden und Leitenden des Christlichen Heilungszentrums durchgeführt wurden. Vor diesem Hintergrund sind diese eben auch als erste Gespräche zu sehen und haben nicht die Aussagekraft von zahlreichen Tiefen-Interviews, wie sie bei einem mehrjährigen und mit entsprechenden finanziellen und zeitlichen Ressourcen ausgestatteten Forschungsprojekt zu realisieren wären. Insofern ist dieser Beitrag als Pilotstudie für ein noch zu realisierendes Forschungsprojekt zu verstehen. Die Gespräche wurden aufgezeichnet und transkribiert, sofern keine Aufnahmen möglich waren, wurden Gesprächsnotizen direkt während der Gesprächssituation oder im Anschluss angefertigt. Nach den Gesprächen mit den Teilnehmenden wurden Kurzfragebögen zu den sozialstrukturellen und religiösen Hintergründen zu Befragten ausgefüllt und ausgewertet. Des Weiteren wurden zwei Gebetssitzungen mit Beratungsgesprächsanteilen teilnehmend beobachtet, bei denen Feldnotizen während der Sitzungen angefertigt werden durften. Anhand der Gespräche mit den Leitenden und Mitarbeitenden wurden Kontextinformationen zur Entstehung und aktuellen Situation des Heilungszentrums erhoben. In Gesprächen mit den Rezipien-

tinnen und Rezipienten wurde erfragt: Woher kommen die Teilnehmenden? Mit welchen religiösen Hintergründen kommen sie in das Heilungszentrum? Wie sind sie auf das Angebot aufmerksam geworden? Welche Beweggründe haben die Teilnehmenden, wenn sie die HR aufsuchen? Was macht das Heilungszentrum im Besonderen aus im Unterschied zu gemeindlichen (Heilungs-)Gebetsangeboten?

Gerade vor dem Hintergrund, dass die religiösen Akteure und Akteurinnen oftmals wissenschaftliche Studien zitieren, um ihr eigenes Heilungsangebot zu legitimieren und autorisieren, war ich bei der Feldforschung umso mehr um eine religionswissenschaftliche Zurückhaltung mit Bewertungen oder Wahrheitsurteilen bedacht. Ob eine Heilung oder Verbesserung des gesundheitlichen Wohlbefindens bei Teilnehmenden eintritt und ob hier positive oder negative Effekte auszumachen sind, war daher bewusst nicht Ziel und Frage der Untersuchung, da dieses immer auch ein religiöses (Un-)Wahrheitsurteil bedeuten würde.

Im Folgenden wird im Abschnitt 5.2 zunächst die Geschichte und Verbreitung der globalen Healing Room-Bewegung skizziert. Zentrale empirische Untersuchungsergebnisse von der Religionswissenschaftlerin Tuija Hovi (2011, 2012, 2013) zu finnischen HR in Gebetskliniken werden kurz zusammengefasst. Schließlich werden das Krankheits- und Heilungsverständnis sowie Autorisierungsweisen der HR skizziert. Abschnitt 5.3 stellt auf Grundlage von ethnografischem Material exemplarisch das Christliche Heilungszentrum Hanau (CHZ) hinsichtlich seiner Entstehung und Netzwerke, Werbung und Angebote, Abläufe, veränderten Beziehungs- und Rollenerwartungen, seines Heilungs- und Krankheitsverständnisses, seiner Ziele sowie derzeitigen Modernisierungs- und Etablierungsprozesse vor. Hierbei werden die religiösen Hinter- und Motivationsgründe von befragten und beobachteten Teilnehmenden im Sinne einer Momentaufnahme dargestellt. An einer Gesprächssituation wird exemplarisch veranschaulicht, wie das körperliche Spüren als Bezugspunkt für Autorisierungs- und Authentizitätskonstruktionen in diesem Kontext bedeutsam ist. In der Konklusion verbinde ich schließlich die empirischen Beobachtungen mit theoretischen Konzepten der *Subjektivierung*

(Knoblauch 2009) und der *Somatisierung* (Csordas 2002 [1990]; Storck 2008), um im Kontext von HR von einer Tendenz zur *subjektzentrierten Somatisierung* zu sprechen.

5.2. Die Healing Rooms-Bewegung

5.2.1. *Geschichte und Verbreitung*

Laut Brown und Poloma gelten katholische „healing homes“ nach John Dowie sowie „faith houses“ nach Johann C. Blumhardt als Vorläufer und Wegbereiter der (neo)pfingstlich-charismatischen Healing Rooms (vgl. Brown 2006, S. 636; Poloma 2006, S. 60–61).

Die HR wurden 1913 erstmalig eröffnet durch den Heilungsprediger und Missionar John G. Lake in Spokane in Washington. Ziel war eine kostenlose Alternative zu Arztpraxen und Krankenhäuser entstehen zu lassen (vgl. Brown 2006, S. 636). Zwischen 1914 und 1920 wurden weitere Heilungsräume und fünf Jahre später die „Spokane Devine Healing Rooms“ eingerichtet, bei denen 200 Personen täglich am Heilungsgebet teilnahmen (vgl. Poloma 2006, S. 61–62). John G. Lake soll nicht als Heilungsprediger für die Besuchenden gebetet haben, sondern Zweier-Gebetsteams für die Gebetsarbeit ausgebildet haben. Nach seiner Missionsreise nach Südafrika wurden die HR in Spokane 1920 geschlossen, aber die Veröffentlichung von Lakes Predigten tradierte die Idee der HR (vgl. Brown 2006, S. 636). Während laut Poloma die pfingstlich-charismatische Heilungsbewegung nach dem zweiten Weltkrieg bis in die 1980er Jahre stärker durch populäre Heilungsevangelisten angetrieben wurde als durch Gebetsgruppen, entstand in den 1980er und 1990er Jahren eine maßgeblich von John Wimber geprägte Heilungsbewegung, die jeden Christen als heilungsbegabt betonte und Gebetsteams in den Vordergrund stellte (vgl. Poloma 2006, S. 62). Erst 1999 kam es zu der neocharismatischen Wiederentdeckung des Healing Room-Konzeptes durch Cal und Michelle Pierce, so dass erste HR wieder in Spokane entstanden (vgl. Poloma 2006, S. 63). Hunderte von Heilungsgebetssuchenden aus den Staaten der USA und aus verschiedenen Ländern der Welt pilgerten nach Spokane oder baten um die

Zusendung sogenannter Gebetstücher, die als Salbungsträger bis heute funktionieren (vgl. Brown 2006, S. 637). Als Reaktion auf diese Pilger-Bewegung nach Spokane und weiteren Anfragen bezüglich HR-Neugründungen wurde 2001 die *International Association of Healing Rooms* (IAHR) als Dachverband gegründet (vgl. Brown 2006, S. 637; Hovi 2012, S. 132). 2001 wurde von Cal Pierce ein Buch veröffentlicht, dass 2002 in einer deutschen Ausgabe unter dem Titel *Eine Vision für Heilungsräume: Wenn Heilung durch Gebet so normal wird wie ein Arztbesuch* herauskam (Pierce 2002). Im nordamerikanischen Raum wurden neben gemeindlichen Heilungsgebetsräumen auch gemeindeunabhängige HR inmitten von medizinischen Komplexen und Büroparks eröffnet (Brown 2006, S. 637; Poloma 2006, S. 64–65). Tuija Hovi spricht auch von der Einrichtung von HR in weiteren säkularen Räumen wie Shoppingcenter und anderen öffentlichen Räumen. Bedeutsam für die Anbietenden sei hier insbesondere das urbane Setting mit einer guten Erreichbarkeit mit öffentlichen Verkehrsmitteln (vgl. Hovi 2012, S. 132). Poloma schlussfolgert in ihrem Artikel:

Moving the practice of healing out of isolated churches and into the marketplace, the healing rooms movement may have developed a structure less susceptible to the forces of routinization that have domesticated earlier healing movements. Its structure, beliefs, and practices fit well with an era that is somewhat skeptical of allopathic medicine and is seeking complementary alternatives to the biomedical model to enhance health and well-being. (Poloma 2006, S. 71)

Insgesamt ist eine rapide globale Ausbreitung der Bewegung zu konstatieren: Zwischen 1999 und 2006 wurden innerhalb der ersten sieben Jahren über 350 Healing Rooms in 20 Ländern registriert (vgl. Brown 2006, S. 637), heute – nur sieben Jahre später – haben sich inzwischen 3118 Healing Rooms in über 65 Ländern registriert; die meisten HR existieren derzeit in Indien (2042) und den USA (431) (vgl. dazu die [weltweite Übersicht der in der IAHR registrierten Healing Rooms](#); besucht am 24.02.2014). In den USA werden inzwischen auch Online-Healing Rooms mit Videoübertragungen via Skype angeboten (vgl. [IAHR Online Healing Rooms](#) sowie [Bethel Redding | Skype](#), besucht am 24.02.2014).

Während die pfingstlichen Healing Rooms zu Beginn des 20. Jahrhunderts als ‚alternativmedizinisches‘ Angebot zu Krankenhäusern konzipiert wurden, teilen die neuen Akteure und Akteurinnen der HR nicht die frühere Ablehnung der modernen Medizin, sondern verstehen die HR als ergänzendes Angebot zum medizinischen Sektor (vgl. Poloma 2006, S. 66; Hovi 2013, S. 198; s. auch [Healing Room Selbstverständnis](#), besucht am 26.03.2014). Auch die neocharismatische Heilungsliteratur, die u. a. im Christlichen Heilungszentrum Hanau rezipiert wird, betont die Ergänzung von „übernatürlicher“ und „natürlicher“ Heilung, sowie dass sich göttliche Wirkung durch die Medizin zeige (vgl. z. B. Herrmann 2001, S. 35).

5.2.2. Healing Rooms als Gebetskliniken in Finnland

Seit 2006 bis 2011 wurden 26 Healing Rooms als „Gebetskliniken“ in Finnland eingerichtet (Hovi 2013, S. 185). Anhand von 30 halbstrukturierten thematischen Interviews mit dem leitenden Ehepaar und Mitarbeitenden aus den Gebetsteams und teilnehmenden Beobachtungen hat die finnische Religionswissenschaftlerin Tuija Hovi 2011 fünf dieser Gebetskliniken empirisch untersucht. Des Weiteren wurden Fragebögen an die Klient_innen von 24 Gebetskliniken geschickt, wovon 124 Fragebögen ausgewertet wurden (vgl. Hovi 2013, S. 188). Hovi hebt die Intention zur Evangelisation hervor, auch wenn es vordergründig um Heilungsgebete gehe (Hovi 2012, S. 137). Sie bezeichnet die HRs auch als ein „‘inter-charismatic’ network“ (Hovi 2013, S. 185) ohne klare Zugehörigkeit zu einer bestimmten Kirche oder Bewegung, bei der es eher um die Kooperation mit bestimmten Gemeinden oder Bewegungen geht. Im Unterschied zu charismatischen Gemeinden gebe es u. a. nicht die Möglichkeit, Mitglied zu werden. Hovi leistet in ihrem Aufsatz einen theoretischen Beitrag zur Debatte um eine „postsäkulare Gesellschaft“ in Finnland. Hierbei beleuchtet sie unter Bezug auf Grace Davies und Robert Fuller insbesondere die Aspekte des „believing without belonging“, „belonging without believing“, „spiritual but not religious“ und die Dynamisierung der Religiosität durch „practising and participating“ sowie durch eine postulierte neue christliche Spirituali-

tätssuche (Linda Woodhead) (vgl. Hovi 2012, S. 128). Bezüglich der Healing Rooms in Finnland kommt Hovi zum Schluss, dass in den HR ein „practising and participating without belonging“ vorliegt, das kein verbindliches Commitment und keine Gemeinschaft benötigt (vgl. Hovi 2012, S. 143). Hovi diskutiert HRs ferner im Kontext der Transformation der religiösen Landschaft hinsichtlich der Relokalisierung von religiösen und christlichen Praktiken außerhalb von Kongregationen, bestimmten Kirchen und Bewegungen, bei der gleichzeitig jedoch vorwiegend christlich-charismatische Ideen wie die des Heilungscharismas repräsentiert werden (vgl. Hovi 2012, S. 131). Hovis Fragebogenanalyse ergab, dass ein hoher Anteil (74,19 %) der Teilnehmenden der „mainline church“ zugehörig ist, nur 22,6 % waren Mitglieder in freikirchlichen Gemeinden bzw. Pfingstgemeinden. Jedoch sagt die Zugehörigkeit allein wenig aus: 78 % der Teilnehmenden gaben an, regelmäßig mehr oder weniger (neo)charismatische christliche Gottesdienste und Veranstaltungen zu besuchen. 20,26 % haben andere spirituelle Angebote ausprobiert wie Reiki, spirituelle Heiler_innen, Hellseher_innen, Engel-Therapie, Energieheilungen oder Rosen-Therapie (vgl. Hovi 2013, S. 189). 12,9 % besuchen ausschließlich HR und nehmen an keinen anderen religiösen oder spirituellen Veranstaltungen teil (vgl. Hovi 2012, S. 136). Signifikant ist der hohe Frauenanteil (71 %), der Anteil von Befragten mittleren Alters (36–55 Jahre) und mit beruflicher Ausbildung (44,35 %) oder abgeschlossenem akademischen Studium (36,30 %). Zudem wird ein hoher Anteil von Empfänger_innen von Erwerbsminderungsrente und kirchlich angestellten Personen ausgemacht (vgl. Hovi 2013, S. 189–190).

Hovi stellt heraus, dass in den HR weder dem Körper noch dem Geist ein höherer Stellenwert beigemessen werde, sondern körperliche Krankheiten mit mentalen und spirituellen Schwierigkeiten als eng verwoben verstanden werden (vgl. Hovi 2013, S. 198). Sie beobachtet, dass der Körperkontakt in den finnischen HR sensibilisiert vollzogen wird und die Mitarbeitenden entsprechend geschult werden. So werde das Handauflegen auf den Körper der Gebetssuchenden nicht ohne deren ausdrücklicher Erlaubnis vollzogen. Hinsichtlich dieses Umgangs mit Körperlichkeit erwähnt sie, dass die Akteure und Akteurinnen die Privatsphäre der Gebetssuchenden respektieren möch-

ten. Das Nähe/Distanz-Verhältnis im Umgang mit Körperlichkeit beim Kontakt mit neuen Personen ist i. d. R. in charismatisch-christlichen Gemeinschaften ein anderes als üblicherweise im nordeuropäischen Raum gesellschaftlich und kulturell praktiziert. Über diese Diskrepanz sind sich die HR-Anbietenden durchaus bewusst:

This is a remarkable detail because, as in the Nordic countries it is not normally acceptable to go and touch or hug people whom you do not know personally. However, in Charismatic meetings, the typical situation it is rather the other way around and it often confuses newcomers. The Healing Rooms represents, in this respect, less intrusive style of approach that is more familiar to most of the Finns, also within the mainstream church. (Hovi 2012, S. 134)

Hovi beschreibt die expliziten Regeln für den respektvollen, sensiblen und vorsichtigen körperlichen Umgang mit den Klient_innen, bei denen u. a. das Beten in Zungen (Sprachengebet) untersagt ist (vgl. Hovi 2013, S. 191). Ähnliches habe auch ich im Kontext des Christlichen Zentrums Hanau beobachten können. 2012 und 2013 konnte ich allerdings in einem anderen nicht-registriertem und nicht-standardisierten „Jakobus 5 Healing Room“ im Gospel Forum in Stuttgart beobachten, dass durchaus das Sprachengebet nach einer sensibilisierten Rückfrage mit den Heilungssuchenden praktiziert werden kann. Hier wäre bei einer vergleichenden Analyse zu beachten, welche Rolle das Sprachengebet für die Akteur_innen in lokalen Gemeindekontexten insgesamt spielt.

Hovis narrative Analyse fokussiert auf die Bedeutungen von Heilung und Krankheit im Interviewmaterial (vgl. Hovi 2013, S. 188). Sie betont, dass bei den Gebetsanliegen zwar die psychosozialen, spirituellen und praktischen Probleme im Vordergrund stünden, im Zentrum würden jedoch die Charismen wie z. B. die prophetischen „Worte der Erkenntnis“ sowie deren kanalisierende Rollen stehen (vgl. Hovi 2013, S. 192). Durch die interkonfessionelle Zusammensetzung der Mitglieder in den finnischen HR existiere durchaus ein heterogenes Krankheits- und Heilungsverständnis, das über Healing Room-Trainings jedoch vereinheitlicht werde – z. B. indem Krankheit mit Sünde und

Gesundheit mit Glaube assoziiert wird (vgl. Hovi 2013, S. 193). Inwiefern das Krankheits- und Gesundheitsverständnis im deutschen Kontext ebenfalls heterogen ist, bleibt noch zu erforschen.

Hovi weist darauf hin, dass das Wunderheilungsnarrativ allgegenwärtig in HR zu hören und zu lesen ist. Jedoch würden die von ihr befragten HR-Teilnehmenden ihre Erlebnisse nicht als plötzlich eintretende Wunderheilung, sondern eher als eine Verbesserung ihres Gesundheits- und Wohlbefindens deuten (Hovi 2013, S. 196). Hierbei ist das Narrativ der prozesshaften Heilung, die einer Begleitung bedarf, von besonderer Relevanz.

Die Akteur_innen betonen, dass den Mitarbeitenden untersagt ist, den Teilnehmenden das Absetzen von Medikamenten nahezulegen. Hovi beobachtet sogar im Gegenteil, dass die Rezipient_innen ermutigt werden, sich professionelle Hilfe zu suchen (vgl. Hovi 2013, S. 198).

Während der Ablauf der finnischen Prayer Clinics als „precisely the same at every clinic“ (Hovi 2013, S. 190) beschrieben wird, sind für die deutschen HR-Angebote neben ähnlichen standardisierten Abläufen auch nicht-standardisierte Abläufe und heterogene Praxen und Konzepte anzunehmen, weshalb eine ethnografische Erforschung von verschiedenen HR erforderlich ist. Hovis Aussage, dass finnische HR sich nie innerhalb von Gemeinden ansiedeln würden (vgl. Hovi 2012, S. 132), kann für den deutschen Kontext nicht bestätigt werden, da hier auch gemeindliche Heilungsgebetsangebote zu beobachten sind, die sich nicht unbedingt den HR-Netzwerken anschließen wie z. B. die „Heilungsräume“ in der Freien Christengemeinde in Bremen oder der „Jakobus 5 Healing Room“ des Gospel Forums in Stuttgart (vgl. Feld- und Gesprächsnotizen FCB 2010; Feld- und Gesprächsnotizen Jakobus 5, 2013).

5.2.3. Healing Rooms in Deutschland: Heilungs- und Krankheitsverständnis und autoritative Bezugsquellen

Auf der Homepage der Healing Rooms Deutschland e. V. wird mit Bezugnahme auf „Christus medicus“ insbesondere Jesus als „Menschen-Arzt“ bezeichnet, der, ohne Mediziner gewesen zu sein, Menschen geheilt habe. Dass dieses

Heilungsthema nicht nur als ein nebensächlicher Aspekt des christlichen Lebens verstanden wird, sondern ins Zentrum des Verständnisses vom „Christ sein“ gerückt wird, verdeutlicht folgende Aussage auf der Homepage der Healing Rooms Deutschland e. V.: „Wenn der Christ Nachfolger Christi ist, muss auch er immer Menschen-Arzt werden.“ (HRD Kirche & Heilung; besucht am 24.02.2014)

Kranksein wird als „Zeichen vollständiger Überforderung“ (HRD Kirche & Heilung; besucht am 24.02.2014) gedeutet. Als Heilmittel wird „Jesus Zärtlichkeit, also Zuwendung der Liebe“ (ebd.) unabhängig von der religiösen oder sozialen Herkunft geltend gemacht. Durch Gebete sollen sogenannte „persönliche Verheißungen“ (ebd.) passieren und das als gestört geltende Verhältnis des Einzelnen zu Gott solle durch „die Bereitschaft, sich durch den Gott führen zu lassen“ (ebd.) wiederhergestellt werden.

Auf der Homepage wird mit einem ‚ganzheitlichen‘ Ansatz geworben, der die Körper/Geist-Dichotomie ablehnt (HRD Kirche & Heilung; besucht am 24.02.2014). Dieses Ganzheitlichkeitsverständnis ist zukünftig noch genauer vor dem Hintergrund der Frage zu untersuchen, ob pfingstlich-charismatische Konzeptionen auch einen Körper/Geist-Dualismus implizit vertreten und wie sich die Rede von ‚Ganzheitlichkeit‘ mit den dualistisch geprägten (neo)charismatischen Vorstellungen in Einklang bringen lässt. In diesem Zusammenhang wäre eine Untersuchung der für die HRs relevanten Lehren der sogenannten „Wort-des-Glaubensbewegung“ bedeutsam. Diese Bewegung unterscheidet zwischen der Heilung in der sichtbaren und unsichtbaren Welt. So wird demnach angenommen, dass in der „geistlich unsichtbaren Welt“ die heilungssuchende Person nach dem Heilungsgebet und -segens bereits im Glauben ‚geheilt‘ worden sei, auch wenn die Heilung in der sogenannten „sichtbaren Welt“ sich nicht in der Verbesserung des körperlichen oder seelischen Zustandes intersubjektiv nachvollziehbar zeige.

Die deutsche HR-Bewegung bezieht sich in ihrer Autorisierung auf verschiedene Quellen, um das Heilungsangebot und die religiös angenommene Wirklichkeit als „funktionierend“ und „wirksam“ zu legitimieren: Sie beruft sich in der Darlegung ihres Selbstverständnisses auf (1) *Bibelstellen zum Heilungs-*

thema, die ihr Glaubens- und Heilungsverständnis plausibilisieren sollen; auf (2) *US-amerikanische medizinische Studien*, die Gebet als förderlich für den Heilungsprozess erachten und religiöse Spontanheilung für möglich halten (vgl. [HRD Kirche & Heilung](#); besucht am 26.03.2014; vgl. auch [Schulungsmaterial des CHZ](#)); ferner wird (3) die *Heilungsliteratur von Heilungspredigern* auf Homepages, in Schulungsmaterialien, Seminaren und in Gesprächen als autoritative Bezugsquelle benannt. In der Heilungsliteratur werden neben Bibelbezügen auch typischerweise Heilungsberichte von diversen Gläubigen zur Autorisierung des Angebotes zitiert (vgl. z. B. Herrmann 2001). Diese (4) *Heilungszeugnisse* spielen insgesamt eine zentrale Rolle als Autoritäts- und Authentizitätsmedium sowohl in schriftlich fixierter, mündlicher als auch in medial vermittelter audio-visueller Form von Online- und DVD-Videos. Über diverse Homepages von Heilungsanbietenden und -predigern, aber auch verschiedenen Videoportalen (wie z. B. Wunder-Heute-TV, YouTube, GodTube) werden Online-Video-Heilungszeugnisse von Anbietenden und Teilnehmenden ins Internet gestellt und rezipiert (vgl. [HRD Startseite](#); besucht am 26.03.2014). In Seminaren des CHZ werden z. B. Online-Videos zu Schulungszwecken verwendet. Die Aneignung der Heilungsgebetspraxis verläuft ebenfalls stark über die Rezeption von Online-Videos und dem praktisch vollziehenden Erlernen vor Ort durch Leitende und Mitarbeitende: So werden etwa die Art und Weise des Heilungsgebets und weiterer Heilungspraktiken u. a. über Online-Videos von global aktiven Heilungspredigern rezipiert und praktisch angeeignet (vgl. [CHZ | Ermutigende Videos](#); besucht am 26.03.2014; vgl. Feldnotizen 2013). Hierbei ist bedeutsam, dass mittels audiovisueller Medien neben den gesprochenen Gebeten auch die Aneignung und Durchführung der körperlich vollzogenen Praxis wie z. B. Körperhaltungen, Heilungs- und Segnungsgesten etc. mimetisch erlernt werden können.



Abb. 5.1.: Erstes Gebäude des CHZ von Januar 2004 bis 31. Dezember 2013

5.3. Healing Rooms im Christlichen Heilungszentrum Hanau (CHZ)

5.3.1. Entstehung und Netzwerke

Das Heilungszentrum Hanau besteht seit Januar 2004. Es handelt sich nicht um eine (neo)pfingstlich-charismatische Gemeinde, sondern um ein eigenständiges überkonfessionelles Heilungsgebetszentrum, das ähnlich wie eine Arztpraxis gestaltet ist. Das leitende Ehepaar, das 2001 eine Bibelschule in Hannover absolvierte, reiste 2003 zusammen mit anderen deutschen HR-Gründer_innen in die USA, wo sie verschiedene Healing Rooms in Spokane,

Kansas City und Florida in ihrer unterschiedlichen Gestaltung besichtigt haben, um in Deutschland ein Heilungsnetzwerk aufzubauen. Es wird dabei von den Leitenden wahrgenommen, dass die HR in den USA sehr unterschiedlich konzipiert seien. Während in Spokane bei Cal Pierce eher prophetische Eindrücke dominierten, keine Seelsorge in den HRs praktiziert werde und private Gespräche untersagt seien, so würde in Florida bei Francis MacNutt der Schwerpunkt der HR eher auf „innerer Heilung“ liegen. In Kansas City sei dagegen die 24-Stunden-Anbetungs- und Lobpreisform speziell, bei der Kranke in Betten zum Heilungsgebet gebracht werden. Auch für die deutschen HR wird angegeben, dass Schwerpunkte wie Prophetie, Seelsorge etc. sehr unterschiedlich praktiziert werden und hier keine Einheitlichkeit, sondern eher eine heterogene Ausdifferenzierung der Konzepte je nach Standort und personenabhängigen Schwerpunkten und Charismen zu erwarten sei (vgl. [Gesprächsnotizen](#), 2012).

Das CHZ ist Mitglied im Netzwerk der Healing Rooms Deutschland e.V. und war bis vor wenigen Jahren Mitglied im internationalen Dachverband International Association of Healing Rooms (IAHR), mit dem es weiterhin befreundet ist. Befreundet ist das CHZ weiterhin mit der Evangelischen Allianz in Hanau und mit (neo)charismatisch-pfingstlich geprägten Gemeinden, die profilierte Heilungsdienste aufweisen, wie z. B. das „Christliche Zentrum Wiesbaden“ (CZW), die „Löwe von Juda Gemeinde“ in Frankfurt (die laut ihrer Homepage Heilungs- und Befreiungsgottesdienste anbietet), die „Freie Christengemeinde Hanau“ und die „Benny Hinn Ministries“ um den weltweit bekannten US-amerikanischen Heilungsprediger (vgl. [CHZ | Links](#); besucht am 26. 03. 2014). Die Healing Rooms in Hanau scheinen weniger als ‚Gegenbewegung‘, sondern als Ergänzung zu kollektiven Heilungsgottesdiensten und Heilungsevangelisten zu fungieren. Das leitende Ehepaar sowie ein paar Mitarbeitende sind aktiv in der (neo)charismatischen geprägten evangelischen Freikirche des Christlichen Zentrums Wiesbaden (CZW), das von Andreas Herrmann geleitet wird, einem in der charismatischen Szene überregional populären und aktiven Heilungsevangelisten, TV-Prediger und Autor diverser Heilungs- und Salbungsliteratur (vgl. [Gesprächsnotizen](#), 2012; Herrmann 2001). Das lei-



Abb. 5.2.: Empfangsbereich im CHZ



Abb. 5.3.: Warteraum im CHZ

tende Ehepaar ist selbst im Ministryteam des Heilungsgottesdienstes der Gemeinde in Wiesbaden aktiv und beruft sich – trotz ihrer unabhängigen Tätigkeit – auch auf Andreas Herrmann als geistliche Autorität im Sinne einer „schützenden Abdeckung“ (vgl. [Gesprächsnotizen](#), 2013). Anfänglich als „Healing Rooms Hanau“ bezeichnet, wurde aufgrund der Verwechslungsgefahr z. B. mit esoterischen Healing Rooms die Eigenbezeichnung zu „Christliches Heilungszentrum“ verändert (vgl. [Gesprächsnotizen](#), 2012).

5.3.2. Werbung und Angebote

Das Heilungszentrum hat sich auf individuelle Heilungsgebete, Segnungen, Beratungsgespräche sowie auf eine eigene Heilungsschule mit Seminarangeboten für Besuchende und Mitarbeitende spezialisiert. Auf Flyern und Werbevideos auf der Homepage sowie auf YouTube wirbt das Heilungszentrum mit dem Empfang von „göttlicher Heilung“ durch kostenfreie überkonfessionelle Heilungsgebete. Die Heilungsgebete sollen die Lebensqualität der Besuchenden steigern und zu einer gesunden Lebensführung sowie zu der Überwindung von Ängsten vor Operationen beitragen. Das Werbevideo veranschaulicht einen Besuchsablauf der HRs (s. [Youtube | Ein Besuch im Christlichen Heilungs-Zentrum](#); besucht am 24.03.2014). Die Akteure und Akteurinnen werben insbesondere mit der These, dass Glauben und Gebet Heilungsprozesse beschleunigen und das Immunsystem stärken, organische Fehlfunktionen stoppen und sogar Körpersubstanzen und Körperteile hinzufügen könne (vgl. ebd.). So sollen sich demnach sogenanntes „falsches Denken“ und eine „falsche Lebensführung“, Bewegungsmangel, Übergewicht und Stress negativ auf die Gesundheit auswirken. Die Verantwortung für die Gesundheit wird dem Subjekt und seinem Verhalten sowie seinem Veränderungswillen, sich einer „göttlich geführten“ Lebensweise hinzuwenden, überlassen.

Gebetsteams von jeweils zwei bis drei Mitarbeitenden bieten jeden Samstag zwischen 10 und 13 Uhr Heilungsgebete an, in denen gegen physische, psychische und psychosomatische Beschwerden und Probleme gebetet werden kann. Zusätzlich werden wochentags Einzelberatungen nach Bedarf an-

geboten. Laut Angabe der Leiterin hat das CHZ ca. 200–400 Heilungsgebete und Beratungsgespräche pro Jahr, d. h. es ist wöchentlich von ca. drei bis acht Heilungsgebeten und Beratungsgesprächen auszugehen. Seminarangebote finden statt zu den Themen Gesundheit, Kraft tanken, Finanzen und Burnout-Behandlung/Prävention. Die Titel lauten z. B. „Gesund werden und bleiben, aber wie? Fit für den Alltag“, „Beauftragt zu heilen“, „Schule des Geistes“, „Finanzieller Segen ist der Wille Gottes“, „Tag der Ermutigung, Erfrischung und Heilung“ (vgl. [CHZ | Startseite](#); besucht am 01.10.2013). Das Team ist überkonfessionell christlich, die Mitarbeitenden kommen jedoch hauptsächlich aus regionalen neocharismatischen, pfingstlichen und evangelikalen christlichen Gemeinden. Die Mitarbeitenden arbeiten beruflich laut Angabe der Leiterin nicht in medizinischen oder psychosozialen Bereichen. Die Leiterin betont, dass dies gerade von Vorteil sei, weil die Menschen dann nicht mit falschen Erwartungen kommen würden. Teammitarbeitende werden durch die Heilungsschule (Kurse) und durch regelmäßige Teamtreffen geschult (vgl. [Gesprächsnotizen](#), 2012 und 2013). Um rechtliche Klagen zu vermeiden, dürfen laut Angabe des Christlichen Heilungszentrums Hanau Gebetsmitarbeitende keine medizinischen Ratschläge erteilen.

5.3.3. Ablauf

Die Heilungsgebetsarbeit des CHZ gestaltet sich im Ablauf folgendermaßen: Zu Beginn der Heilungsgebetsarbeit spricht das Gebetsteam mit den Leitenden zusammen ein internes vorbereitendes Gebet. Die Gebetssuchenden haben sich z. T. telefonisch bereits angemeldet und sitzen im Warteraum, bis sie persönlich aufgerufen werden. Im Warteraum wird Lobpreismusik über CDs abgespielt, es werden Getränke angeboten und Heilungsberichte liegen für die persönliche „geistliche Vorbereitung“ auf das Heilungsgebet aus. Bevor das Heilungsgebet im Healing Room 1, Healing Room 2 oder im Seminarraum der „GloryZone“ durchgeführt wird,¹ füllen alle Teilnehmende vorab

¹Den Räumen selbst wird keine besondere religiöse oder spirituelle Heilungskraftwirkung zugeschrieben, sondern lediglich den Gebeten.

ein Formular mit Haftungsausschluss aus, das zu unterschreiben ist. Der Haftungsausschluss enthält die Information, dass es sich bei den Mitarbeitenden nicht um Therapeut_innen, Berater_innen, Seelsorger_innen, Ärzt_innen oder medizinisches Fachpersonal handelt und dass in den Sitzungen nicht dazu geraten wird, Medikamente abzusetzen oder Behandlungen abubrechen. Im Formular ist der Hinweis formuliert, dass der Dienst nicht in erster Linie auf innere Heilung (Seelsorge), Befreiung (ein emischer Begriff, der u. a. für Sündenbefreiung und ‚Dämonenaustreibung‘ im Sinne des Befreiungsdienstes verwendet wird) oder den prophetischen Dienst zielt.

Die Gebetssitzungen sind auf das Individuum konzentriert und können dabei vorab einen Beratungsgesprächsanteil, Heilungsgebete mit Handauflegen im Sitzen oder Stehen sowie eine Segnung beinhalten. Laut Angabe der CHZ-Leitung werden keine Salbungen mit Öl angeboten. Das im Healing Room befindliche Salbungsöl wird für die Segnung der Gebetstücher verwendet. Salbungen mit Öl bei Personen werden aber durchaus in anderen Healing Rooms angeboten wie z. B. im Jakobus 5 Healing Room der freien charismatischen Großgemeinde des Gospel Forums in Stuttgart (vgl. [Feldnotizen Jakobus 5](#), 2013).

Es werden beim Gebet sogenannte „Gebetsgespräche“ angeboten oder es können separate Beratungsgespräche gegen eine Spende vereinbart werden. Ein Zweier- oder Dreierteam betet individuell für die Klient_innen mit oder ohne Handauflegung und segnet sie. Die Gebete und Segnungen können jedoch auch an mehreren Personen wie z. B. einem Paar mit Kind durch eine Kleingruppe von Mitarbeitenden vollzogen werden. Bei Heilungsgebeten mit Handauflegungen und Segnungsgesten fokussiert das Gebetsteam nicht nur auf das Subjekt und seine ‚seelischen‘ und ‚geistlichen‘ Belange, sondern auch insbesondere auf das körperliche und seelische Wohlbefinden der Teilnehmenden. Insgesamt dauern die Heilungsgebete mit Beratungsgesprächen ca. 30–45 Minuten. Hierbei betonen die Mitarbeitenden, dass sie sich bewusst Zeit nehmen könnten, im Unterschied zu anderen HR in USA oder zu deutschen Heilungsgebetsangeboten in gemeindlichen Kontexten, bei denen Heilungsgebete i. d. R. im 10 bis 20-Minuten-Takt angeboten werden (s. auch [Hovi 2013](#),



Abb. 5.4.: Gebetsraum des CHZ mit der Bezeichnung „Healing Room 2“. An der Wand befindet sich ein mit Engelsflügeln umrahmtes Wandbild mit den Worten „His Presence“ (Seine Gegenwart).

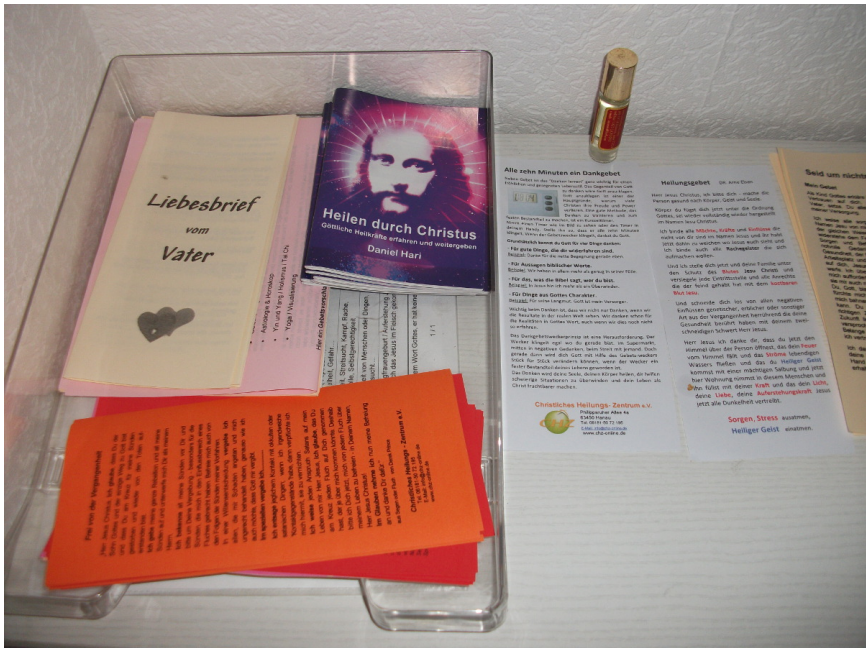


Abb. 5.5.: Flyer mit Gebetstexten und Salbungsöl im Gebetsraum „Healing Room 2“

S. 11). Im CHZ wird auf eine Zuweisung nach Geschlecht, einen sensibilisierten Umgang mit körperlicher Nähe/Distanz und sprachliche Verständlichkeit für nicht-charismatische/nicht-christliche Teilnehmende geachtet. Das Bemühen um Verständlichkeit und Transparenz beinhaltet u. a., dass grundsätzlich auf das Sprachengebet (Glossolalie, Zungenrede) während des Heilungsgebets verzichtet wird und auch Mitarbeitende nicht flüsternd miteinander sprechen dürfen (vgl. [Feldnotizen](#), 2012 und 2013). Die Mitarbeitenden machen sich nach den Heilungsgebeten in einem Formular Notizen zum jeweiligen Heilungsgebet. Auf dem an eine Krankenakte erinnernden Formular können sowohl die Regelmäßigkeit der Besuche, die Gebetsanliegen, die Beschwerden, Bibelverse, Gebete sowie die zuständigen Mitarbeitenden dokumentiert wer-



Abb. 5.6.: Der abgebildete Raum mit der Bezeichnung „GloryZone“ an der Tür wird genutzt als Seminar-, Gebets- und Segnungsraum des CHZ

den. Anonymisierte Heilungsberichte werden auf Wunsch der Teilnehmenden auf der Homepage veröffentlicht sowie im Heilungszentrum ausgehängen bzw. im Wartezimmer in einem Ordner und an den Wänden einsehbar gemacht. Bevor die Öffnungszeit des CHZ endet, beten die Mitarbeitenden und Leitenden ein Ablösegebet, um sich selbst von dem „geistlichen Auftrag“, aber auch den belastenden Problemen der Gebetssuchenden abzulösen und diese an „Gott zurückzugeben“. Von den Leitenden wird dieses auch als eine Art Burnout-Prävention für die Mitarbeitenden und Leitenden dargestellt (Feld- und Gesprächsnotizen, 2012).

5.3.4. *Verändertes Beziehungsverhältnis und Rollenerwartungen*

Die Leitung erwähnte in einem Gespräch die Herausforderung, dass manche Teilnehmende nur „geistlich etwas nehmen“ oder ein „Gebet abholen“ möchten, wobei die Gefahr gesehen wird, dass potentiell kein aktives Glaubensleben aufgebaut werde. Aus beobachtender Außenperspektive stellt sich das HR Angebot durchaus parallel zu einem ärztlich-therapeutischen Verhältnis oder einer ‚Dienstleistung‘ dar, bei dem es in erster Linie um ein asymmetrisches Beziehungsverhältnis geht, das die Versorgung des Gebetssuchenden ins Zentrum rückt. Auf Seiten der Besuchenden ist daher rollen- und strukturbedingt eine Konsumhaltung zu erwarten. Dass dieses „Versorgungsverhältnis“ auch an Familienstrukturen erinnert, drückt sich u. a. auch in dem Verständnis von (neo)charismatischen Leitenden als „geistliche Mütter und Väter“ aus. Hierbei stehen die Aspekte der Empathie (s. dazu auch den Beitrag von Florian Jeserich in diesem Band) und der Autorität zentral im Beziehungsverhältnis zwischen Betenden und Heilungsgebetssuchenden.

5.3.5. *Heilungs- und Krankheitsverständnis und ihre Aneignung*

In den Schulungsmaterialien des Heilungszentrums werden auf die Biografie und die Predigtaussagen von John G. Lake Bezug genommen und dabei insbesondere ein Kapitel aus dem Buch *Gottes Generäle* von Roberts Liardon (2007) paraphrasierend und zitierend herausgestellt. Hier wird thematisiert, dass „Gottes Kraft fühlbar“ sei. John G. Lake habe gesagt, „die Kraft Gottes [sei] eine spürbare, reale und lebendige Größe“ (vgl. Schulungsmaterial des CHZ o.J., 13), wie Elektrizität oder eine Naturkraft (vgl. Lake o.J., S. 43). Sie sei das Grundprinzip, das hinter jeder möglichen Erscheinung des Lebens stehe. Es gehe um die „Lebenskraft Gottes, des Geistes Gottes oder eine Heilungskraft Gottes“ (ebd.), die nicht vom Glauben oder der Gnade Gottes abhängen, sondern auf einer „vollkommenen[n] wissenschaftliche[n] Anwendung der Kraft Gottes“ beruhe (ebd.). In den Schulungsmaterialien werden u. a. Bücher von Andreas Herrmann, Kenneth E. Hagin, Elaine Bonn, John G. Lake, Christoph Häselbarth, T. L. Osborn, F. F. Bosworth und Derek Prince empfohlen (vgl.

Schulungsmaterial des CHZ o.J., S. 9).

Des Weiteren wird auf der Homepage auch auf Martin Luthers Krankheits- und Heilungsverständnis Bezug genommen. Laut den Leitenden des CHZ ist das „(Nicht-)Funktionieren“ von „göttlicher Heilung“ an zu beachtende Gesetzmäßigkeiten gebunden, die biblisch begründet werden. Bei der Begründung, warum Heilungswunder passieren oder nicht passieren, wird insbesondere der kanadische Prediger Todd Bentley rezipiert. Bentley weist darauf hin, dass eine sündhafte Lebensführung als Ursache für Krankheiten bzw. ihre Nicht-Heilbarkeit anzusehen sei (vgl. Todd Bentley, „30 Gründe, warum Wunder geschehen“, [CHZ | 30 Gründe pro](#); ders., „30 Gründe, warum Wunder nicht geschehen“, [CHZ | 30 Gründe kontra](#), besucht am 24.02.2014).

Im Kontext der Arbeit von HR wird erst beim näheren Hinsehen ersichtlich, dass die Ursache von Krankheiten und Beschwerden mitunter negativen/dämonischen Kräften sowie dem Nicht-Beachten von „Naturgesetzen“ zugeschrieben, während der im und am Körper des Subjekts als spürbar angenommene „Kraftstrom des Heiligen Geistes“ als heilsam verstanden wird. Neben den persönlichen Beratungen und Heilungsgebeten sind Bücher, Heilungsvideos, Seminarmaterialien sowie im Internet veröffentlichte Heilungsfilme von besonderer Bedeutung für die praktisch orientierte Aneignung eines (neo)pfingstlich-charismatischen Krankheits-, Heilungs- und Gesundheitsverständnisses (vgl. [Feldnotizen](#), 2012 und 2013). Gleichzeitig zeigt auch der Umfang des Bücherangebotes des CHZs, dass die global und national vertriebene Heilungsliteratur als Schulungs-, Lern- und Legitimierungs-Medium einen unterstützenden Stellenwert für die HR-Anbietenden und Teilnehmenden besitzt.

5.3.6. Ziele, Modernisierungs- und Etablierungsprozess des CHZ

Ein Ziel im CHZ ist die Einbindung des Heilungsthemas in christliche Gemeinden durch den weiterführenden Aufbau eines Netzwerks christlicher Heilungsdienste. Auf einem Wandbild, das sich im Oktober 2013 im Seminar-



Abb. 5.7.: Bücherverkaufsstand des CHZ

raum befand, formuliert das CHZ seine Vision stichwortartig wie folgt:

Unsere Vision

- Jeder Christ – ein Heilungsspezialist!
- Jede Kirche oder Gemeinde ist/hat einen Ort der Heilung.
- Heilungen, Zeichen und Wunder sind alltäglich in D[Deutschland]
- Unsere Schatten und Kleidungsstücke heilen wie bei Petrus und Paulus (Apostelgeschichte live)
- Die Herrlichkeit Gottes ist sichtbar da.
- Deutschland ist das Land mit den wenigsten Kranken.

- Es existiert ein Netzwerk aller Heilungsdienste in Deutschland für Ermutigung und Stärkung.
- Ausbildungs- und Heilungszentren entstehen, in denen Christen trainiert, zugerüstet und Glaube aufgebaut wird.

(Zit. nach einem Foto der Autorin, Oktober 2013)

Ein ähnlicher, aber in Reihenfolge und Formulierung abgeänderter Text steht auf der Homepage des CHZ unter dem Titel „Unsere Vision“. Beide Fassungen sind sprachlich in der Präsensform dargestellt als ein bereits erreichter Jetzt-Zustand; sie wurden also nicht als zu erreichende Ziele im Futur formuliert. Ergänzend findet sich auf der Homepage noch der Punkt: „Jeder Christ lebt ein Leben in göttlicher Gesundheit“. Zum letzten Punkt wird noch hinzugefügt:

Viele Heilungszentren sind entstanden, in denen Hilfesuchende über längere Zeit die Liebe Gottes erfahren und ein gesunder Lebensstil entwickelt werden kann. (Heilwerden in Gottes Gegenwart) (CHZ | Unsere Vision; besucht am 26. 03. 2014)

Derzeit befindet sich das Zentrum in einer Veränderungs- und Modernisierungsphase. Das alte ebenerdige Gebäude wurde noch bis Ende 2013 genutzt; seit Januar 2014 ist das Heilungszentrum in ein großes dreistöckiges Gebäude umgezogen, um sich besser zu etablieren.

Während im Erdgeschoss mehrere Heilungs- und Beratungsräume, ein Café und ein Warteraum eingerichtet werden, sollen im ersten Stock Büro-, Seminar- und Verwaltungsräume und im Keller sogenannte ‚soziale Dienste‘ wie z. B. ein Kleidermarkt entstehen.² Die ehrenamtliche Tätigkeit der 15 Mitarbeitenden soll stufenweise zur Teilzeitarbeit und dann zur Vollzeitarbeit ausgebaut werden.

²Des Weiteren gab die Leitung an, christliche Selbsthilfegruppen für Krebspatient_innen einrichten zu wollen. Ein weiteres langfristiges Ziel bestehe in der Einrichtung eines 24-Stunden-Dienstes an sieben Tagen in der Woche im Sinne der US-amerikanischen Dauer(heilungs)gebetsbewegung (vgl. Gesprächsnotizen im Oktober 2013). 2014 wurden diese Aussagen im Zuge des Gegenlesens dieses Aufsatzes durch die Leitung und die Mitarbeitenden zurückgezogen. Daher ist davon auszugehen, dass diese beiden Ziele momentan nicht weiter verfolgt werden.



Abb. 5.8.: Neues noch in der Renovierungsphase befindliches Gebäude des CHZ, ab Januar 2014

In einem aktuellen CHZ-Flyer werden die Ziele sowie die konfessions- und religionsunabhängige Zielgruppe des Angebots wie folgt benannt:

Wir wollen

- ... Kranke bis zur Gesundheit begleiten
- ... Zur Verbesserung der Lebensqualität und Lebensfreude beitragen
- ... Ihnen dabei helfen, die Angst vor weiteren Untersuchungen zu überwinden
- ... Unsere Arbeit ist überkonfessionell und die Gebete sind kostenlos
- ... Willkommen ist jedermann, es werden keine Bedingungen gestellt, auch nicht eine Religionszugehörigkeit. Die Privatsphäre des Besuchers wird gewahrt.

Egal welche Krankheit – wir beten für Sie! (Flyer des CHZ 2014)

Die Finanzierung wird insbesondere über monatliche Spenden und Sonder-spenden von Privatpersonen, kleineren Spendensammlungen im Empfangsbereich sowie über Seminargebühren und Beratungsspenden getragen.

5.3.7. Beispielhafte Hintergründe von Teilnehmenden des CHZ

Nach Angabe von einem Mitarbeiter und dem leitenden Ehepaar kommt ein Teil der Besucher_innen überregional z. B. aus Stuttgart, Saarbrücken, Freiburg, Fulda und Siegen. Ein weiterer Teil der Teilnehmenden kommt aus dem regionalen Umfeld von Wiesbaden, Frankfurt und Hanau (vgl. [Gesprächsmaterial](#) 2012 und 2013), das im deutschlandweiten Vergleich meines Erachtens auch als eines der Ballungszentren der (neo)charismatischen Heilungsbewegung bezeichnet werden kann. Somit sind als Teilnehmende überwiegend bereits christliche und christlich sozialisierte, insbesondere aus dem sozialen Umfeld des (neo)pfingstlich-charismatischen Spektrums stammende sowie experimentierfreudige esoterisch orientierte Personen, die eine Affinität zu erfahrungs- und körperorientierten Spiritualität wie auch zum Heilungsthema aufweisen, zu erwarten. Während meiner zwei Feldaufenthalte habe ich mit einigen Teilnehmenden gesprochen. Im Folgenden fasse ich diese Hintergründe anonymisiert (Name*) und stark verkürzt zusammen (vgl. [Gesprächsmaterial](#), 2013 und [Kurzfragebögen](#), 2013).

(1) **Mareike*** ist Erstbesucherin des CHZ und kommt aus einer hessischen Stadt. Sie ist 32 Jahre alt, arbeitet als Architektin, wurde sozialisiert durch eine Baptistengemeinde und geht derzeit in eine Freie Evangelische Gemeinde. Im Heilungsgebet mit Beratungsgespräch geht es insbesondere um ein Gebet wegen Magenproblemen und seelischer Leiden („innere Heilung“), die sie nicht näher benennen möchte. Sie kennt – aufgrund der Begleitung eines Freundes mit einer schweren Krankheit – bereits einen (neo)charismatischen Heilungsgottesdienst des Christlichen Zentrums Wiesbaden (CZW). Das Healing Room-Konzept kennt sie aufgrund eines Aufenthalts in den USA in der Bethel Church Kalifornien mit dem bekannten Heilungsprediger Bill Johnson.

(2) **Max*** ist Erstbesucher des CHZ und kommt aus einer hessischen Stadt. Er ist 28 Jahre alt, arbeitet in der Medienbranche und ist in einer Baptistenkirche aufgewachsen, die er jedoch als „eingefahren“ erlebt. Er ist Mitglied einer Freien Evangelischen Gemeinde und sucht das Gebet im CHZ wegen eigener Gelenkprobleme. Er ist über eine Freundin und über das Christliche Zentrum Wiesbaden auf das CHZ aufmerksam geworden. Im Gespräch erläutert Max, warum er mit seinen Gebetsanliegen um Heilung nicht zu seiner eigenen Gemeinde, sondern zum CHZ gekommen ist. Er begründet, dass seine Gemeinde nicht sonderlich auf Heilungsgebete fokussiert sei und er vom CHZ geschultes Personal erwartet, das viel Erfahrung mit „göttlicher Heilung“ gemacht hat. Hier scheinen die charismatische Heilungsspezialisierung sowie das professionalisierte Auftreten eine unverbindliche Neugierde auf das CHZ geweckt zu haben. Er erwähnt zudem, dass Heilungsgottesdienste der Wiesbadener Gemeinde „sehr charismatisch“ seien und z.T. für manche evangelikale Christen und Außenstehende „abschreckend“ wirken können. Interessant wäre hier tiefergehend zu untersuchen, inwiefern das charismatische Angebot der Healing Rooms im Vergleich zu Heilungsgottesdiensten als niedrighschwelliger für nicht-charismatische evangelikale und landeskirchlich geprägte Christen wahrgenommen wird.

(3) **Ursula*** ist Besucherin des CHZ und kommt aus dem südhessischen Gebiet angereist. Laut ihrer Angabe nahm sie neben den Heilungsgebetsangeboten auch längere Einzelberatungsgespräche wahr. Zudem nimmt sie an wöchentlich stattfindenden Seminaren im CHZ teil und sucht monatlich Heilungsgebete aufgrund von Bewegungsschmerzen auf, die sie nicht weiter erläutern möchte. Sie ist 68 Jahre alt, Rentnerin und evangelisch-säkular sozialisiert. Bevor sie kürzlich in einer neocharismatischen Gemeinde in Süddeutschland ihr Leben Gott übergeben hat, war sie für mehrere Jahre in der esoterischen Heilungsszene aktiv. Sie machte eine Ausbildung zur Lebensberaterin, eine Reiki-Ausbildung und war aktiv beim Bruno Gröning-Freundeskreis. Über eine Freundin ist sie auf einen Gastvortrag von dem bundesweit in der (neo)pflingstlich-charismatischen Heilungsbewegung be-

kannten Arzt Dr. Arne Elsen aus Hamburg aufmerksam geworden, bei dem sie eine „Lebensübergabe“ (charismatischer Ausdruck eines Bekehrungserlebnisses) erlebte. Bei weiteren Recherchen zum Heilungsthema ist sie auf das CHZ gestoßen.

(4) **Karin*** hat seit 2012 mehrfach das CHZ besucht und wohnt in einer hessischen Stadt. Sie ist 53 Jahre und lebt derzeit von einer Erwerbsminderungsrente und einem Nebenjob in einer sozialen Einrichtung. Sie ist katholisch sozialisiert und seit wenigen Jahren Besucherin im Christlichen Zentrum Wiesbaden (CZW), aber dort kein Mitglied. Sie sucht derzeit nach einer passenden Gemeinde. Über das CZW ist sie auf das Angebot des CHZ aufmerksam geworden. Ein Heilungsgebet und Beratungsgespräch mit ihr, das ca. 45 Minuten dauerte, durfte ich im Herbst 2012 teilnehmend beobachten und hierzu Notizen anfertigen. Hierbei ging es um eine Krebserkrankung.

(5) **Susanne* und Erik*** sind als ein junges Paar (ca. 25–35 Jahre alt) mit einem Baby aus einer hessischen Stadt ins CHZ gekommen. Susanne war bereits einmal beim Heilungsgebet im CHZ gegen eine Blasenentzündung während ihrer Schwangerschaft und ist über eine Internetrecherche auf das CHZ aufmerksam geworden. Ihr Mann ist Erstbesuchender des CHZ. Es kommt zudem zu einem kollektiven Heilungs- und Segnungsgebet im Kreise von mehreren Mitarbeitenden und Leitern für das Baby. Hierbei wird das Elternpaar in dessen christlicher Erziehungsaufgabe gesegnet und bekräftigt. Zum Schluss folgt ein Heilungsgebet gegen die Migräneanfälle von Erik*, welche von der Leitung auf die unterschiedliche Länge der Beine zurückgeführt werden. Hierbei wird die in pfingstlich-charismatischen Heilungszusammenhängen oft zu beobachtende Heilungsgebetspraktik des „Beine auswachsen“ praktiziert. Sie geben an, evangelisch sozialisiert und christlich „gläubig“ zu sein, aber in keine Gemeinde zu gehen.

Evangelisations- und Missionierungsarbeit wird eher nach Bedarf in den HR des CHZ betrieben, sie spielt in der Praxis laut einem Mitarbeiter keine besonders zentrale Rolle. Laut dem Mitarbeiter des CHZ würde der überwiegende

Anteil der Teilnehmenden bereits einen christlichen Glauben oder eine christliche Sozialisation mitbringen:

Also der Schwerpunkt ist erstmal die Heilung, das ist ganz klar. [...] Die Leute, die da zu uns kommen, sind überwiegend... die sind ja schon Christen! Da brauch' ich nicht mehr evangelisieren. Aber bei den Menschen, die keine Christen sind und zu uns kommen und erfahren dann hier Heilung, kann man wie gesagt zu 99 % davon ausgehen, dass die noch... bei uns noch Jesus Christus annehmen. Von sich aus. (Gespräch mit Mitarbeiter, 2013, Abschnitt 48-51)

Aus den Gesprächen mit Max* sowie dem Leiter des CHZ wird deutlich, dass Ersterer als freikirchlich orientierter Teilnehmender spezielle Heilungsgebetdienste in Anspruch nimmt, da diese in dieser Form weniger oder gar nicht in den landes- oder freikirchlichen Gemeinden angeboten werden. Hierbei scheint der Aspekt der *(Re-)Charismatisierung der christlichen Glaubenspraxis* entscheidend zu sein. Landes- und freikirchliche Christen eignen sich ein charismatisches Krankheits-, Gesundheits- und Heilungsverständnis und eine entsprechende Heilungsgebetspraxis an bzw. (re-)aktivieren und verstärken diesen Aspekt in ihrer christlichen Glaubens- und Gemeindepraxis. Im Sinne einer Multiplikator_innen-Arbeit kann durch Schulungen von Mitarbeitenden dieses Heilungsverständnis und diese Heilungsgebetspraxis auf traditionelle christliche Gemeinden und ihre Mitglieder zurückwirken.

Der Leiter des CHZ betont die Besonderheit spezialisierter Heilungsgebetsdienste im Unterschied zu nicht-spezialisierten Gebetsweisen von christlichen (Frei-)Kirchen. Hierbei spricht er zum einen an, dass die Gebetsweise entscheidend wäre für die Heilungswirkung, dass das spezialisierte Heilungscharisma und göttliches „Werkzeugsein“ mit kanalisierender Wirkung bedeutsam sei sowie dass das Wissen um und die Beachtung von göttlichen Gesetzen beim ‚Funktionieren‘ von Heilung erforderlich sei:

Es gibt ungefähr [in der Bibelschule] zwanzig verschiedene Gebetsarten. Sind alle supergut. Eigentlich von meinem Beruf her bin ich Kraftfahrzeugmeister. Ich habe früher mal eine Autowerkstatt geleitet. So.

Und ich liebe meine Spezialwerkzeuge, die Werkzeugwand. [...] Und so gibt es auch – Jesus hat das gelehrt und hat das alles erklärt – verschiedene Arten zu beten und jeder hat wie so ein Spezialwerkzeug spezielle Aufgaben. Im Heilungsgebet geht es nicht darum... um Fürbitte, es geht auch nicht um prophetisches Gebet, um gebärendes Gebet oder sonst was, es geht um das Gebet des Glaubens. „Das Gebet des Glaubens wird den Kranken heilen“, sagt die Bibel. Nur jetzt weiss keiner, wie geht denn das Gebet des Glaubens? Und jetzt meinen halt viele: „Naja gut, die Bibel sagt ja: Wenn zwei oder drei sich eins machen, das hat schon eine Kanalwirkung, [eine] Verstärkung. Wenn jetzt die ganze Gemeinde betet, dann ist das noch stärker.“ Und wenn die ganze Gemeinde falsch betet, ist es immer noch falsch! Selbst wenn sie lauter beten, ist es immer noch falsch. Das heißt es funktioniert nach Gesetzmäßigkeiten! Wenn ich aber die Gesetze nicht anwende und nicht kenne, werde ich nie die Ergebnisse bekommen. (Gespräch mit Leiter, 2013, Abschnitt 14)

5.3.8. Körperliches Spüren als Bezugspunkt für religiöse Autorisierungs- und Authentizitätskonstruktionen

Im Gespräch mit Ursula*, das im Wartezimmer während ihrer Wartezeit auf das Heilungs- und Beratungsgespräch stattgefunden hat, erläutert diese ihre Selbstwahrnehmung des charismatischen Heilungsangebot im Unterschied zu esoterischen Heilungsangeboten und der evangelischen Landeskirche. Hier wird deutlich, warum das (neo)charismatische Heilungsangebot der Healing Rooms für diese Teilnehmerin besonders attraktiv zu sein scheint:

ET: Sie sagen in der Kirche haben Sie nicht so den Bezug gefunden (U: Ja!), in der Esoterik haben Sie auch nicht so den Bezug gefunden (U: Ja!). Was ist jetzt das Entscheidende für Sie hier?

U: Die Kirche und auch in der Esoterik das ist mehr oberflächlich, so im Kopf! Also bei mir, ich kann ja nur von mir sprechen. Und hier geht's wirklich ins Herz. [...] Und wenn ich so nach dem Gebet das Gefühl habe ich fühl mich jetzt total wohl, mir wird's ganz warm, manchmal sogar heiß. Also ich merke schon: Es passiert wirklich was!

ET: Also Sie spüren auch körperlich eine Verbesserung schon während des Gebets?

U: Ja, vor allen Dingen auch seelisch! Es wird einfach alles viel leichter, sag ich mal. Ja, ich fühl mich einfach gut. Und bin besser drauf, sag ich mal im heutigen Slang.

ET: Also das Wohlbefinden ...

U: ... steigert sich enorm! Und ich kann auch mit schwierigen Situationen besser umgehen. Und wenn es ein großes Problem gibt, dann [...] Kontakt aufnehmen in die unsichtbare Welt und dran glauben, dass sie da ist und mir hilft. Das war mir zwar im Kopf schon immer bekannt, dass es so was geben muss, sag ich mal. Aber jetzt glaube ich, dass es was gibt, weil ich's spüre und erfahren habe! (Gespräch mit Teilnehmerin, 2013, Abschnitt 3-8)

Die Teilnehmerin nimmt das Spüren von körperlich-seelischem Wohlbefinden und Wärme während des Heilungsgebets als einen zentralen Bezugspunkt für die Annahme, (1) dass Heilung wirklich passiert und (2) dass es eine „unsichtbare Welt“ wirklich gibt. Abstrakter formuliert wird das körperliche Spüren zu einem zentralen Bezugspunkt zur Autorisierungs- und Authentizitätskonstruktion der Subjekte. Die Konstruktion religiös angenommener Wirklichkeiten als „funktionierende“ und „wirkliche“ erfolgt u. a. über die Heilungs- und Therapieangebote. Diese dienen also zur Plausibilisierung und Legitimierung des christlich-charismatischen (Heilungs-)Glauben.

An dieser Stelle wird deutlich, was unter Subjektivierung und Somatisierung in Kombination zu verstehen ist: Die Heilungsgebete richten sich auf das Subjekt, das eine „religiöse Erfahrung“ insbesondere körperlich und emotional spürbar erleben soll. Diese „Erfahrung“ soll bestätigen, dass die Lehre und der Glauben „stimmt“ und „funktioniert“. In den Healing Rooms ist der Rahmen jedoch nicht das gemeindliche Setting eines Gottesdienstes oder einer Kleingruppe, sondern als Gebetsdienst sehr individuell auf das Subjekt konzentriert.

Daher spreche ich in diesem Zusammenhang von einer *subjektzentrierten Somatisierung*. Hierbei verwende ich den Begriff Somatisierung nicht im Sinne eines psychologisch-medizinischen Begriffs oder als geschichtlichen

Prozessbegriff (Eitler 2007), sondern in Anlehnung an Thomas J. Csordas Embodiment-Paradigma (2002 [1990]) sowie dessen Ausarbeitung zur „Somatisierung“ durch Thorsten W. Storck (2008). Zugleich spreche ich auch im Zusammenhang mit den Healing Rooms sowie der christlichen Heilungszentren von einer *neuen subjektzentrierten Vergemeinschaftungsform*, die sowohl über (a) subjektzentrierte Beratungs- und Gebetsarbeit sowie – ähnlich wie bei den Evangelisationsprogrammen der Alphakurse – durch Seminare und Workshops über (b) eine *kursartige „Temporärgemeinschaft“* (Baumann-Neuhaus 2008, S. 322) vollzogen wird. In der Temporalität und Unverbindlichkeit der Kursangebote strukturiert sich das Feld *gemeindeübergreifend arbeitender (neo)pfingstlich-charismatischer Heilungsangebote* strukturell vergleichbar mit der Temporalität und Unverbindlichkeit von Kursangeboten im esoterischen Bereich. Dieses ermöglicht ein unverbindliches ‚Experimentieren‘ mit pfingstlich-charismatischen christlichen Deutungsangeboten und Praxen, ohne sich verbindlich einer spezifischen Gemeinde anzuschließen und zugehörig fühlen zu müssen (s. Hovi 2012).

5.4. Konklusion und Ausblick: Subjektzentrierte Somatisierung in Healing Rooms

Bei den Healing Rooms handelt es sich um eine neue spezialisierte subjektzentrierte Form der Vergemeinschaftung im (neo)pfingstlich-charismatischen Heilungsbereich, die insbesondere zur (Re-)Charismatisierung des Verständnisses von christlicher Glaubens- und Heilungspraxis insbesondere christlich sozialisierter Menschen, aber auch zur missionierenden Evangelisation dient. Hierbei spielt die *subjektzentrierte Somatisierung* eine bedeutsame Rolle, die im lokalen, länder- und weltweiten Vergleich in ihrer neuen globalen Dynamik noch zu erforschen ist. Interessant wäre zudem weiterführend zu untersuchen, inwiefern die Healing Rooms zur Ausdifferenzierung und Bündelung des religiösen Heilungs- und Therapiemarktes beitragen und welche Entgrenzungs- und Grenzziehungsprozesse von den Akteuren zu den Bereichen der säkularen Medizin, Psychotherapie, esoterischen Healing Rooms,

christliche Seelsorge-Angebote, Heilpraktiker_innen und Selbsthilfegruppen etc. vorgenommen werden.

Bei Hubert Knoblauch wird Subjektivierung von Religion verstanden „als zunehmende Verlagerung der religiösen Themen in das Subjekt und damit die zunehmende Relevanz des Selbst und seiner subjektiven Erfahrungen“ (Knoblauch 2009, S. 177). Im Rahmen seiner Diagnose der Popularisierung von Religion wird die Erfahrungs- und Körperorientierung pfingstlich-charismatischer Bewegung an der Expressivität solcher ‚embodied spirituality‘ veranschaulicht. Thomas J. Csordas fasst unter ‚somatic‘ u.a. ein die Sinne verwebenes Repertoire an somatischen Empfindungen wie z.B. das Vibrieren der Hände, Schwere, Hitze und Kribbeln. Dieses Repertoire von körperlich-leiblichem Wissen werde verwoben durch die eigenen subjektiv erlebten Erfahrungen der Teilnehmenden und mittels der Berichte der Mitglieder, welche an ähnlichen Veranstaltung teilgenommen haben. Diese bezeichnet er als „somatische Bilder“, die als ‚sakral‘ erfahren werden, vorausgesetzt ihr spontanes Auftreten werde als ‚außerordentlich‘ und ‚andersartig‘ thematisiert (vgl. Csordas 2002 [1990], S. 70). Die Aneignung des Körperwissens passiere dabei auf unmittelbarer kultureller Ebene (vgl. ebd., S. 56). Kritisch an Csordas Religionsbegriff ist die starke Rezeption eines religionsphänomenologischen Religionsverständnisses (in Kombination mit u.a. poststrukturalistischen Alteritätstheorien), dass insbesondere nur „außeralltägliche Religiosität“ in den Blick nimmt und hierbei die alltägliche Dimension von Religiosität/Spiritualität nicht berücksichtigt. HR fallen jedoch stärker in den Bereich der alltäglichen Begleitung mittels Heilungsgebete und sind weniger ‚spektakulär‘ und kollektiv somatisierend, sondern subjektzentriert somatisierend. Des Weiteren ist das Embodiment-Paradigma nach Csordas m. E. auch hinsichtlich der impliziten und expliziten Ursprungs- und Authentizitätsurteilen zu kritisieren, da hier die körperlich-expressiven charismatischen Ausdrucksformen z. T. als einen „original act of communication“ (ebd., S. 66) bewertet werden. Zudem schließe ich mich der Kritik von Jörg Haustein insofern an, als dass potentiell über das Embodiment-Paradigma theologische Debatten nicht ausreichend berücksichtigt werden (vgl. Haustein 2011, S. 549) in der Dynamik, wie

(Körper-)Praktiken und Wissen diskursiv ausgehandelt werden und diese Diskurse einen relevanten Einfluss auf die körperliche Praxis haben. Hierbei sind jedoch nicht nur theologische Debatten, sondern auch mediale gesellschaftliche Diskurse als zentrale Rahmenbedingungen für die Aneignung und Transformation von kulturell-religiösen Körperwissen/-praktiken zu bedenken.

Auch Robert Gugutzer (2002) Perspektiven zur Konstruktion und Plausibilisierung religiöser Wirklichkeiten über den ‚spürbaren‘ Körper sind teilweise aufschlussreich für die Analyse des rezenten religiösen Heilungs- und Therapiemarkts. Aber bei Gugutzer sind gleichermaßen die leibphänomenologischen und z.T. religionsphänomenologischen Perspektiven kritisch zu beleuchten, insbesondere auch vor dem Hintergrund, dass eine Untersuchung von Somatisierung historische, kulturelle und gesellschaftliche Kontextualisierungen hinreichend einbeziehen sollte. Bei der komparatistischen Erforschung religiöser Körperpraktiken und der Rolle des Körpers als Authentizitäts- und Autoritätsmedium im religiösen Heilungs- und Therapiemarkt erscheint es aus der von mir vertretenden (de)konstruktivistischen Theorieperspektive zentral, Körper- und Embodimenttheorien in ihren produktiven Aspekten für die Analyse von religiösen Heilungs- und Therapieangeboten kritisch zu rezipieren. Bezüglich ihres Religionsverständnisses ist die Gefahr einer neuen (Re-)Produktion von Essentialisierungen und Biologismen zu meiden.

Literatur

- Baumann-Neuhaus, Eva (2008), *Kommunikation und Erfahrung: Aspekte religiöser Tradierung am Beispiel der evangelikal-charismatischen Initiative „Alpha-live“*. Religionswissenschaftliche Reihe 27. Marburg: Diagonal (zit. S. 154).
- Brown, Candy Gunther (2006), „From Tent Meetings and Store-front Healing Rooms to Walmarts and the Internet: Healing Spaces in the United States, the Americas, and the World, 1906–2006“. In: *Church History* 75.3, S. 631–647. DOI: [10.1017/S000964070009867X](https://doi.org/10.1017/S000964070009867X) (zit. S. 123, 126, 127).

- Hrsg. (2011), *Global Pentecostal and Charismatic Healing*. Oxford [et al.]: Oxford University Press (zit. S. 123).
- Csordas, Thomas J. (2002 [1990]), „Embodiment as a Paradigm for Anthropology“. In: *Body / Meaning / Healing*. Hampshire und New York: Palgrave Macmillan, S. 58–87 (zit. S. 123, 126, 154, 155).
- Eitler, Pascal (2007), „Körper – Kosmos – Kybernetik: Transformationen der Religion im ‚New Age‘ (Westdeutschland 1975–1990)“. In: *Zeithistorische Forschungen* 4, S. 116–136 (zit. S. 154).
- Flick, Uwe (2010), *Qualitative Sozialforschung: Eine Einführung*. 3. Aufl. Reinbek b. Hamburg: Rowohlt (zit. S. 124).
- Gugutzer, Robert (2002), „Der Leib, die Nonne und der Mönch: Zur leiblich-affektiven Konstruktion religiöser Wirklichkeit“. In: *Körperrepräsentationen: Die Ordnung des Sozialen und der Körper*. Hrsg. von Kornelia Hahn und Michael Meuser. Konstanz: UVK, S. 137–163 (zit. S. 156).
- Haustein, Jörg (2011), „Embodying the Spirit(s): Pentecostal Demonology and Deliverance Discourse in Ethiopia“. In: *Ethnos* 76.4, S. 534–552. DOI: [10.1080/00141844.2011.598235](https://doi.org/10.1080/00141844.2011.598235) (zit. S. 155).
- Herrmann, Andreas (2001), *Gottes Heilungspower heute erleben! Das Mutmachbuch für göttliche Heilung*. Solingen: Bernard Gottfried (zit. S. 128, 133, 135).
- Hovi, Tuija (2011), „Praising as Bodily Practice: The Neoecharismatic Culture of Celebration“. In: *Religion and the Body*. Hrsg. von Tore Ahlbäck. Scripta Instituti Donneriani Aboensis 23. Åbo/Turku: Donner Institute for Research in Religious und Cultural History, S. 129–140 (zit. S. 123, 125).
- (2012), „Clinical Services Instead of Sermons“. In: *Post-secular Religious Practices*. Hrsg. von Tore Ahlbäck. Scripta Instituti Donneriani Aboensis 24. Åbo/Turku: Donner Institute for Research in Religious und Cultural History, S. 128–144 (zit. S. 123, 125, 127–131, 154).
- (2013), „Meanings of Healing: Experiences of Prayer-Team Members at the Christian Healing Rooms Service in Finland“. In: *Constructs of Meaning and Religious Transformation: Current Issues in the Psychology of Religion*. Hrsg. von Herman Westerink. Göttingen und Wien: V & R Unipress und Vienna University Press, S. 185–206 (zit. S. 123, 125, 128–131, 139).

- Knoblauch, Hubert (2003), *Qualitative Religionsforschung: Religionsethnographie in der eigenen Gesellschaft*. Paderborn: Schöningh (zit. S. 124).
- (2009), *Populäre Religion: Auf dem Weg in eine spirituelle Gesellschaft*. Frankfurt am Main: Campus (zit. S. 123, 126, 155).
- Lake, John G. (o.J.), *Die Wüste wird blühen: Zeugnisse aus der Entwicklung um die Jahrhundertwende in Südafrika sowie Predigten von John G. Lake*. Nicht veröffentlichtes Ringbuch. Erhalten vom Leiter des CVZ (zit. S. 143).
- Lambrecht, Oda und Christian Baars (2009), *Mission Gottesreich: Fundamentalistische Christen in Deutschland*. Berlin: Links (zit. S. 122).
- Liardon, Roberts (2007), „John G. Lake: Ein Mann der Heilung“. In: *Gottes Generale: Warum sie Erfolg hatten und warum einige scheiterten*. Grasbrunn: Adullam, S. 165–192 (zit. S. 143).
- Pierce, Cal (2002), *Eine Vision für Heilungsräume: Wenn Heilung durch Gebet so normal wird wie ein Arztbesuch*. Bruchsal: GloryWorld-Medien (zit. S. 127).
- Poloma, Maragaret M. (2006), „Old Wine, New Wineskins: The Rise of Healing Rooms in Revival Pentecostalism“. In: *The Journal of the Society for Pentecostal Studies* 28.1, S. 59–71 (zit. S. 123, 126–128).
- Stolz, Jörg (2011), „‘All Things Are Possible’: Towards a Sociological Explanation of Pentecostal Miracles and Healings“. In: *Sociology of Religion* 74.4, S. 456–482. DOI: [10.1093/socrel/srr019](https://doi.org/10.1093/socrel/srr019) (zit. S. 123).
- Storck, Thorsten Walter (2008), „Die Ausstrahlung Gottes: Eine Analyse medialer Selbstrepräsentationen pfingstlich-charismatischer Christen in Deutschland“. Diss. Heidelberg: Universität Heidelberg. URL: <http://archiv.ub.uni-heidelberg.de/volltextserver/8513/1/PromotionStorck2.pdf> (zit. S. 122, 123, 126, 154).

Unveröffentlichtes Quellenmaterial

- Feld- und Gesprächsnotizen zum Angebot der „Heilungsräume“ in der Freien Christengemeinde Bremen (FCB), Oktober 2010
- Feld- und Gesprächsnotizen zum Christlichen Heilungszentrum Hanau (CHZ), Oktober 2012 und Oktober 2013

Feld- und Gesprächsnotizen zum „Jakobus 5 Healing Room“-Angebot des Gospel Forum Stuttgart, März 2012 und März 2013

Gesprächsmaterial (Transkripte) mit Leitenden, Mitarbeitenden und Teilnehmenden des CHZ, Oktober 2012 und Oktober 2013

Sechs Kurzfragebögen zu sozialstrukturellen und religiösen Hintergründen von befragten Teilnehmenden und Leitenden des CHZ, Oktober 2013

Schulungsmaterial der Heilungsschule des Christlichen Heilungszentrums Hanau (CHZ) und Trainings Center GSF (o.J.): Gesund werden und bleiben, aber wie? Fit für den Alltag & Beauftragt zu heilen.

6. „Ich sehe den Rücken nun als einen Segen an“ – Krankheit, Religion und Heilung in lebensgeschichtlichen Erzählungen: Eine religionspsychologische Analyse

Ulrike Popp-Baier, Universität Amsterdam

Zusammenfassung: In dem kontrovers diskutierten Forschungsprogramm „Religion und Gesundheit“ wurden in der Religionspsychologie bisher kaum qualitative Studien zu subjektiven Orientierungs-, Handlungs- und Deutungsmustern im Hinblick auf Krankheitserfahrungen und religiöse Orientierungen durchgeführt. Dieser Beitrag ist einer derartigen Studie zum Thema „Religion und Rückenschmerzen“ gewidmet. In dieser Studie, die in der Tradition der *Illness narrative*-Forschung verortet werden kann, wurden 20 narrativ-biografische Interviews mit Mitgliedern der Pfingstbewegung, der charismatischen Bewegung, der New Age-Bewegung und mit Anthroposophen durchgeführt. Der zentrale Auswertungsschritt bestand in der Konstruktion idealtypischer Geschichten im Hinblick auf das narrative Leitmotiv, das auch die Artikulation von Krankheitserfahrungen im Zusammenhang mit religiösen Orientierungen prägte. Dabei wurde eine Unterscheidung zwischen instrumentellen, entwicklungsbezogenen, balancierenden, pragmatischen und sozial-kommunikativen Geschichten getroffen.

6.1. Religion und (körperliche) Gesundheit: Ein psychologisches Forschungsprogramm auf der Suche nach seinem Gegenstand

In den letzten Jahren ist in verschiedenen wissenschaftlichen Disziplinen ein „explosionsartiger“ Anstieg an Publikationen zum Thema „Religion und Gesundheit“ zu verzeichnen (Klein, Berth und Balck 2011). In der akademischen Religionspsychologie wird seit etwa 1980 ein steigendes Interesse an diesem Thema konstatiert (vgl. z. B. Oman und Thoresen 2005). Die Vielzahl der inzwischen erschienenen Studien ist beeindruckend und die Überblicksartikel dazu sind ebenfalls zahlreich (vgl. z. B. Koenig, McCullough und Larson 2001; Hood, Hill und Spilka 2009). Dabei stammt die überwiegende Zahl der bisherigen Studien aus den USA und bezieht sich vor allem auf christliche Gruppierungen. Allerdings werden entsprechende Studien auch zunehmend in europäischen Ländern durchgeführt (vgl. z. B. Chida, Steptoe und Powell 2009; Sørensen u. a. 2011). Der Wert dieser Studien und die möglichen Interpretationen ihrer Ergebnisse sind allerdings umstritten. Während zum Beispiel Oman und Thoresen (2005) feststellen, dass eine wachsende Anzahl von Studien überzeugend positive Beziehungen zwischen religiösem Engagement und körperlichen und psychischen Gesundheitsindikatoren belegen würde, kommen Sloan und Bagiella (2002) zu dem Schluss, dass es kaum eine empirische Basis für die Behauptung gebe, dass religiöse Aktivitäten vorteilhaft für die Gesundheit wären.

Die Schlussfolgerung von Sloan und Bagiella (2002) mag auf den ersten Blick überraschen. So weisen Mehnert und Höcker darauf hin, dass in verschiedenen Studien bisher der Einfluss von Religiosität und Spiritualität¹ auf das physische Befinden „im Zusammenhang mit Mortalität sowie kardiovaskulären Erkrankungen und Bluthochdruck, Hirninfarkt, Infektionskrankheiten sowie HIV/Aids, Schmerzen, körperlichen Funktionsstörungen, körperlicher Invali-

¹In diesem Aufsatz wird aufgrund der unterschiedlichen Bestimmungen von Spiritualität und Religion oder Religiosität in den verschiedenen Studien keine terminologische Abgrenzung zwischen diesen Konzepten vorgenommen.

dität und Krebserkrankungen“ untersucht wurde (Mehnert und Höcker 2011, S. 248). Viele Studien behaupteten dabei, negative Korrelationen zwischen bestimmten Religiositätsmaßen, z. B. zwischen Zugehörigkeit zu einer religiösen Gruppierung oder Gemeinschaft, religiöser Partizipation, privaten religiösen Praktiken, religiösem Coping und den genannten Krankheitsbildern oder Symptomen nachgewiesen zu haben (vgl. z. B. Hood, Hill und Spilka 2009). Das ist doch plausibel, könnte man meinen, schließlich verpflichten viele religiöse Gemeinschaften ihre Anhänger zu einem gesundheitsorientierten Lebensstil, der dann vermutlich auch mit einem niedrigeren Risiko verbunden ist, z.B. an einem Herzinfarkt oder an Krebs zu erkranken. Man denke an verschiedene Studien unter den Siebenten-Tags-Adventisten, in denen immer wieder die Gesundheitsvorteile ihres Lebensstils thematisiert wurden (vgl. z. B. Kahn u. a. 1984).

Nun wird kaum jemand die Plausibilität derartiger Zusammenhänge bestreiten wollen. Was in diesem Zusammenhang vor allem umstritten ist, ist die Frage, ob und inwiefern hier von einem Einfluss von Religion (oder Spiritualität) gesprochen werden kann. Sloan (2006, S. 76) argumentiert zum Beispiel, dass derartige Studien nicht als ein Test im Hinblick auf den Einfluss von religiösem Engagement auf die Gesundheit interpretiert werden können. Personen, die derartigen Speisevorschriften oder Verhaltensvorschriften folgen, werden davon einen Vorteil im Hinblick auf ihre Gesundheit haben, unabhängig davon, ob sie nun religiös sind oder nicht. Daneben gibt es nach Sloan (ebd., S.73 ff.) noch eine Vielzahl an Studien, die sich dem Thema „Religion und Gesundheit“ zuordnen lassen (z. B. Untersuchungen zum Einfluss von religiösen Faktoren auf medizinische Entscheidungen), aber Studien, die wirklich einen Einfluss von religiösen Aktivitäten auf körperliche Gesundheit untersucht haben und als valide und reliabel gelten können, gebe es nur wenige:

So proponents of a connection between religion and health are technically correct when they write that there are a great many studies on the topic. But they are wrong when they report that the vast majority demonstrate positive relationships between religious involvement and better health. In fact, the vast majority of these studies have nothing

whatsoever to do with the health benefits of religious involvement.
(Sloan 2006, S. 79–80)

Technisch gesprochen geht es darum, dass man, wenn man explizit den Einfluss der „Variable“ Religiosität auf die „Variable“ körperliche Gesundheit untersuchen möchte, die möglichen konfundierenden Variablen wie z. B. Alter, Geschlecht, Rauchen, Alkoholkonsum, Körpergewicht, sportliche Betätigung, aber auch negative Gefühle, soziale Unterstützung etc. kontrollieren muss, um keine Scheinkorrelationen zu erhalten, die bei der Kontrolle der entsprechenden Variablen verschwinden und damit nicht als Kandidaten für eine kausale Erklärung in Frage kommen.

Auf das allgemeine Problem der inadäquaten Vergleichsgruppen bei Studien zu einem positiven Einfluss von Religion auf z. B. Wohlbefinden haben vor ein paar Jahren die Autoren Galen und Kloet (2011) aufmerksam gemacht. Diese Autoren konnten zeigen, dass bei diesen Studien oft religiös organisierte Individuen mit nicht-religiösen nicht-organisierten Individuen verglichen wurden, wobei man dann annehmen könnte, dass der Organisationsgrad den entscheidenden Einfluss ausübt und nicht der Religiositätsfaktor. Ein adäquater Vergleich müsste religiös organisierte Individuen mit nicht-religiös organisierten Individuen vergleichen. Das haben Galen und Kloet auch mit einer eigenen Studie getan und der Einfluss von Religiosität verschwand (Galen und Kloet 2011, S. 220). Aufgrund dieser Studien könnte man dann vermuten, dass die aktive Mitgliedschaft in einem Kaninchenzuchtverein einen vergleichbar positiven Einfluss auf die individuelle Gesundheit ausüben kann wie die aktive Mitgliedschaft in einer Kirchengemeinde.

Und das ist nun letztlich die Streitfrage: Haben Religion oder Spiritualität, wie auch immer konzeptualisiert und operationalisiert, einen Einfluss auf körperliche Gesundheit, der nicht oder nicht gänzlich auf den Einfluss anderer Variablen zurückzuführen ist?

Schauen wir uns dazu zunächst den kritischen Überblicksartikel von Lynda Powell, Leila Shahabi und Carl Thoresen an, der 2003 im *American Psychologist* erschienen ist und der übrigens auch von Richard Sloan geschätzt wird. Die Autoren haben die wissenschaftliche Fundierung im Hinblick auf

die populärsten Hypothesen zum Einfluss von Religion oder Spiritualität auf die körperliche Gesundheit untersucht, indem sie Studien evaluierten, die zumindest minimalen methodologischen Standards genügten. Danach bleibt nur eine Hypothese, die durch entsprechende Studien überzeugend unterstützt wird und das ist die Hypothese, dass die Häufigkeit des Kirchgangs bzw. die Partizipation an öffentlichen institutionalisierten religiösen Aktivitäten einen positiven Einfluss auf die Langlebigkeit habe. Dieser Zusammenhang blieb auch nach der Kontrolle von möglichen konfundierenden Variablen wie z. B. Depression, Familienstand, Krankheit etc. bestehen (Powell, Shahabi und Thoresen 2003, S. 40).

Nun kann man auch bei diesen Studien natürlich das übliche Argument anführen, dass es sich eben doch um keine experimentellen Studien handle und man daher nicht sicher sein könne, ob es nicht doch noch eine konfundierende Variable gebe, die man noch nicht identifiziert habe (vgl. Sloan 2006, S. 144). Dabei könnte man aber noch spezifischer argumentieren und zwar im Hinblick auf eine bestimmte mögliche konfundierende Variable. So könnte eine plausible Erklärung für diesen möglichen Effekt des Kirchgangs sein, dass es sich dabei um ein Ritual handelt, das einen Ruhetag einleitet bzw. markiert und dadurch für eine entsprechende gleichmäßige Strukturierung des individuellen Lebensrhythmus sorgt. Man müsste dann die Kirchgänger mit einer Gruppe vergleichen, die eine ähnliche regelmäßige Strukturierung des wöchentlichen Ruhetages vornimmt, z. B. durch regelmäßige Aktivitäten mit Verwandten oder Freunden, Sonntagsspaziergänge, Museumsbesuche, Konzertbesuche etc. Sollte sich der gesundheitsfördernde Effekt z. B. auch bei den Sonntagsspaziergängern oder den Museumsbesuchern zeigen, dann könnte eine plausible Erklärung auch in dem gesundheitsfördernden Effekt einer regelmäßigen, strukturierenden Tätigkeit bestehen. Dass ein regelmäßiger Tagesablauf mit eingespieltem Rhythmus vermutlich förderlich ist für ein hohes Alter wird in verschiedenen Studien betont. Einen populärwissenschaftlichen Überblick bietet z. B. Zittlau (2012).

Eine Anfang 2009 von Yoichi Chida, Andrew Steptoe und Lynda Powell publizierte amerikanisch-europäische Meta-Analyse hat den positiven Zusam-

menhang zwischen Partizipation an öffentlichen institutionalisierten religiösen Aktivitäten und geringerer Mortalitätsrate in ursprünglich gesunden Bevölkerungsgruppen bestätigen können. Dabei wurden nur Studien einbezogen, die sozusagen die *major confunders* wie z. B. Alter, Rauchen, Alkoholkonsum, sportliche Betätigung, Gewicht, negative Gefühle und soziale Unterstützung kontrolliert hatten. Der Effekt blieb statistisch signifikant und das nicht nur bei christlichen Probanden (Chida, Steptoe und Powell 2009, S. 88). Aber auch hier könnte man mit Richard Sloan (2006, S. 143 ff.) einwenden, dass es sich um epidemiologische Langzeitstudien handelt, die keine Kausalität bestätigen können, was die Autoren der Studie auch im Zusammenhang mit der Diskussion ihrer Ergebnisse anführen (Chida, Steptoe und Powell 2009, S. 86). Es könnte immer noch verbleibende nicht gemessene konfundierende Variablen geben, die für die positiven Korrelationen verantwortlich sein könnten. Konkret könnte man dann dabei wieder an den positiven Einfluss eines regelmäßigen Tagesablaufs denken, der durch die Partizipation an religiösen Aktivitäten unterstützt wird und der auch die Mortalität beeinflussen könnte.

Nun könnte man argumentieren, dass derartige Studien doch Hervorragendes leisten. Sie zeigen, wenn man so interpretieren will, den möglichen indirekten Einfluss, den Religion auf körperliche Gesundheit ausüben kann, oder sie zeigen, dass man Religion eben nicht angemessen als eine Variable begreifen kann, sondern als ein komplexes Phänomen, bei dem soziale Strukturen, soziale Interaktionen, Praktiken, Verhaltensvorschriften, Orientierungsmodelle etc. einen Kontext bilden, in dem auch Dimensionen individueller Gesundheit und Krankheiten in ihrer Genese verortet werden können.

Das sehen aber einige Religionspsychologen ganz anders. Sie sind der Meinung, dass aufgrund der bisherigen Forschungsergebnisse die berechtigte Annahme getroffen werden könne, dass Religion und Spiritualität häufig einen positiven Einfluss auf die Gesundheit des Einzelnen ausüben, sehen aber nun eine deutliche Gefahr in den Erklärungen, die für diesen Zusammenhang angeboten werden. Dabei befürchten sie, dass mit der Postulierung diverser Wirkmodelle Religion letztlich „wegerklärt“ werde (vgl. z. B. Pargament 2002, S. 239) und fordern dazu auf, den genuin religiösen Faktor zu finden, den es-

sentiellen Zusammenhang zwischen Religion und Gesundheit, der sich nicht mehr auf andere Zusammenhänge reduzieren lasse (vgl. z. B. Hill und Pargament 2003). Damit teilen sie letztlich die Ansicht der Kritiker der bisherigen Studien zum Thema „Religion und Gesundheit“ und propagieren dabei aber implizit den klassischen Ansatz der Religionsphänomenologie, allerdings im Kontext eines quantitativ-psychologischen Forschungsprogramms. In diesem Kontext fordern sie dann differenziertere Religions- und Spiritualitätskonstrukte und Operationalisierungen, welche die Erklärungskraft der bisherigen Mediatoren wie z. B. sozialer Unterstützung, einer Stärkung des Selbstgefühls, eines kohärenten Weltbilds etc. einschränken würden und damit dann auch die Einzigartigkeit von Religion und Spiritualität im Leben von Individuen nachweisen könnten (Hill und Pargament 2003).

Studien zum Einfluss eines „genuin religiösen Faktors“, der dann auch funktional auf körperliche Gesundheit oder Wohlbefinden bezogen werden kann, gibt es bisher allerdings nur wenige (vgl. z. B. Hill und Pargament 2003). Unter dem Titel „Perceived Closeness to God“ (wahrgenommene oder gefühlte Nähe zu Gott) beschreiben die Autoren eine Dimension von Religiosität oder Spiritualität, die, falls sie funktional mit Gesundheit verbunden werden kann, allerdings einen spezifisch religiösen Faktor darstellen würde. Aber die dazu angeführten Studien können m. E. nicht überzeugen. So verweisen Hill und Pargament (ebd., S. 67) auf eine Studie, in der angeblich eine statistisch signifikante Korrelation zwischen größerer gefühlter Nähe zu Gott und geringerer Depression und höherem Selbstwertgefühl nachgewiesen werden konnte. Eine plausible Erklärung für derartige Korrelationen wäre aber auch, dass das Ausmaß der Depression dafür verantwortlich gemacht werden kann, wie nah man sich noch zu Gott fühlen kann und wie hoch das eigene Selbstwertgefühl ist oder man könnte derartige Korrelationen auch allgemein als Ausdruck eines konsistenten Antwortverhaltens in Fragebögen interpretieren: Wer sich hohe Werte im Hinblick auf die Qualität seiner Gottesbeziehung zuschreibt, wird vermutlich auch im Hinblick auf den Umgang mit allen möglichen Widrigkeiten im Leben eher seine psychologische Kompetenz betonen und auch seinen eigenen Gesundheitszustand höher einschätzen.

Fazit: Das boomende Forschungsprogramm „Religion und Gesundheit“ ist nicht unumstritten und wird inzwischen gerade auch von den Protagonisten dieser Forschung mit kritischen Augen betrachtet. Gerade dieses Forschungsprogramm hat zu vielfältigen quantitativ-empirischen Studien angeregt und in diesem Zusammenhang auch die theoretische Phantasie von Psychologen aller Couleur angeregt. Die von Hood, Hill und Spilka (2009, S. 12) vorgeschlagene integrative Theorie für religionspsychologische Forschung, nach der Religion vor allem mit der Suche nach Sinn verbunden wird, wird in diesem Forschungsprogramm inzwischen vielfach bemüht und kann prägnant vielleicht so formuliert werden: Religion verleiht Sinn und macht dadurch gesund. Die weiterhin formulierten psychologischen und neuropsychologischen Wirkmodelle können dann als kognitionspsychologische, motivationspsychologische und sozialpsychologische Ausbuchstabierungen oder neuropsychologische Übersetzungen dieser Formel verstanden werden (vgl. z. B. auch Mehnerter und Höcker 2011). Aber genau diese psychologischen Erklärungen sind nun manchen Forschenden suspekt, da sie damit doch der postulierten Einzigartigkeit von Religion nicht mehr gerecht werden, Religion letztlich auf psychologische Funktionen reduzieren. Die Versuche dieser Autoren, klassische religionsphänomenologische Ambitionen in ein quantitatives religionspsychologisches Forschungsprogramm umzusetzen, können m. E. aber nicht überzeugen. Sie führen im Kontext der mit dem quantitativen Paradigma verbundenen methodologischen Verpflichtungen m. E. nur zu einem Pseudo-Empirismus, der semantische Implikationen und pragmatische Konsistenzen als empirische Korrelationen fehlinterpretiert und damit den Anforderungen an gehaltvolle empirische Studien nicht mehr gerecht wird (vgl. dazu die Beispiele in Hill und Pargament 2003).

6.2. Krankheit, Gesundheit und Religion: Die „Innenperspektive“

Unabhängig davon, wie man nun den Wert der quantitativ-empirischen Religionsforschung zum Thema „Religion und Gesundheit“ einschätzen mag,

die Überblicksaufsätze zu diesem Thema legen zumindest zwei Schlussfolgerungen nahe: a) Es dürfte sich bei dieser Relation um eine sehr komplexe Beziehung handeln.² b) Subjektive und individuelle Deutungs-, Handlungs- und Orientierungsmuster werden bei diesen Forschungsprojekten kaum berücksichtigt. Die qualitative religionspsychologische Forschung zum Thema „religiöse oder spirituelle Orientierungen und subjektive Krankheits- und Gesundheitsperspektiven“, die an entsprechende Traditionen der medizinsoziologischen und der medizinanthropologischen Forschung anschließen kann, wird dabei vernachlässigt.

Allgemein wird die Bedeutung der „Innenperspektive“, der subjektiven Orientierungen und Erfahrungen im Hinblick auf ein Leben mit oder auch trotz einer Krankheit, in der Gesundheitspsychologie und in der medizinischen Soziologie in den letzten Jahrzehnten vor allem im Zusammenhang mit chronischen Krankheiten betont (vgl. z. B. Gerhardt 1990). Relevante Fragen sind in diesem Zusammenhang u. a.: Wie spürt jemand, dass gesundheitlich etwas nicht stimmt und was bedeutet das für ihn bzw. sie? Welche Theorien oder Erklärungsmuster werden entwickelt, um ungewöhnliche Ereignisse, Empfindungen oder Veränderungen zu interpretieren? Was wird in diesem Zusammenhang unternommen? Auf welche Weise sucht jemand medizinische Hilfe und mit welchen Anliegen und Erwartungen? Wie wird mit der Diagnose, dem medizinischen Label, und den entsprechenden Behandlungstechniken umgegangen? Welche Bedeutung geben Menschen diesen Ereignissen im Rahmen ihres Lebens? Spielen hier auch mehr metaphysische Vorstellungen im Hinblick auf den Sinn des Lebens, den Tod oder das Unbekannte eine Rolle? Derartige Fragen werden vor allem in der Tradition der sogenannten *Illness narrative*-Forschung behandelt, die etwa in den achtziger Jahren entstanden ist (vgl. dazu z. B. Hydén 1997; Murray 1997; Lillrank 2003; Williams 1984).

²Die ethischen Fragen im Zusammenhang mit diesem Thema dürften noch für zusätzliche Komplikationen sorgen. Auf diese Fragen möchte ich im Zusammenhang mit diesem Artikel nicht eingehen (vgl. aber Sloan 2006). Ebenfalls unberücksichtigt bleiben Studien zum negativen Einfluss von Religion oder Spiritualität auf die körperliche Gesundheit, da es zu dieser möglichen Relation bisher noch viel zu wenig empirische Studien gibt.

In dieser Tradition beruft man sich auf die sogenannte narrative Wende in den Sozialwissenschaften und sieht in den Krankheitserzählungen den wichtigsten Zugang zur subjektiven Bedeutung von Krankheit, da in Erzählungen Krankheiten in einem biografischen und sozialen Kontext verortet werden. Medizinische Diagnosen, Behandlungen und Prognosen werden dabei zu persönlichen Angelegenheiten, die im Zusammenhang mit anderen Aspekten des persönlichen Lebens unter Rückgriff auf relevante Wissensformen und Orientierungshorizonte artikuliert und auch diskutiert werden. Wenn man daher die oben erwähnten Fragen im Zusammenhang mit der Innenperspektive eines chronisch kranken Menschen berücksichtigt wissen will und dabei nicht als Einzelfragen, als Variablen, untersuchen will, sondern als Orientierungs- und Erfahrungszusammenhang, dann bieten sich derartige Erzählungen als Datenquellen an.

Die Auswertung derartiger Erzählungen bewegt sich zwischen der Einzelfallanalyse, der prononcierten Darstellung der Individualität und Singularität der jeweiligen persönlichen Krankheitserfahrungen und der komparativen Analyse zur Konstruktion von Idealtypen, zur Formulierung von generalisierungsfähigen Aussagen (vgl. z. B. Kelle und Kluge 2010; Nohl 2013).

Für die Konstruktion von Idealtypen in diesem Forschungsbereich gibt es ein bekanntes Vorbild aus der Medizinsoziologie, nämlich die idealtypischen Unterscheidungen, die Arthur Frank aufgrund seiner Analyse von schriftlich fixierten Krankheitsgeschichten von Menschen mit lebensbedrohlichen Krankheiten formulierte: *the restitution narrative*, *the chaos narrative* und *the quest narrative* (vgl. Frank 1995). Mit *restitution narrative* bezeichnet Frank Erzählungen, in denen die Wiederherstellung des Normalzustandes der Gesundheit das zentrale Thema bildet. Dabei wird in den Erzählungen der folgende Prozess artikuliert: Gestern war ich gesund, heute bin ich krank, aber morgen werde ich wieder gesund sein. Mit *chaos narrative* bezeichnet Frank sozusagen die Anti-Erzählung, die keinen Plot und keine Kohärenz aufweist. Hier überwältigen Krankheit, Schmerzen, Unerträgliches den potentiellen Erzähler. Die Chaos-Erzählung, so Frank (1995), hat ihren Ort eigentlich jenseits der Sprache. Als *quest narrative* bezeichnet Frank die Erzählungen, in denen

Krankheit und Leiden akzeptiert werden und die Erzähler artikulieren, dass die Krankheit ihnen Erfahrungen ermöglichte, die sie in ihrem Leben nicht missen wollen.

Aus einem religionswissenschaftlichen Forschungskontext heraus wurde zu diesem Themenfeld ebenfalls eine idealtypische Analyse vorgelegt. In dem Aufsatz *Religion and Healing: The Four Expectations*, der den Sammelband *Religion and Healing in America* abschließt, konstruiert Martin E. Marty (2005) vier Idealtypen, um die Erwartungen religiöser Amerikaner im Hinblick auf Heilung ins Bild zu bringen. Marty hat diese Idealtypen nicht im Anschluss an eine spezifische empirische Studie entwickelt, sondern sie verdanken sich, wie er schreibt, seinen Beobachtungen des religiösen Feldes in den letzten 40 Jahren (Marty 2005, S. 489). Die Typen, die Marty formuliert hat, sind die folgenden: 1.) „I am the Master of My Fate“: *Autogenesis* (ebd., S. 490); 2.) „I Am in Tune with the Infinite“: *Synergism* (ebd., S. 492); 3.) „God Experiences with Me“: *Empathy* (ebd., S. 495); 4.) „God Worked a Miracle in Me“: *Monergism* (ebd., S. 500). Mit dem ersten Typus beschreibt Marty den humanistisch-religiösen Typus, der sich vor allem um Selbstheilung bemüht, mit dem zweiten Typus denjenigen, der zur Heilung transzendente Kräfte beitragen lässt, der dritte Typus kennt einen göttlichen Akteur, der mit leidet und der vierte Typus sieht in einem göttlichen Akteur die Ursache dafür, dass man geheilt oder nicht geheilt wird.

Die Studie, die ich im Folgenden hier vorstellen möchte, kann ebenfalls der Tradition der *Illness narrative*-Forschung zugerechnet werden und beschäftigt sich auch mit den Relationen zwischen Krankheit, Heilung und Religion. Dabei stehen aber nicht wie bei Martys Analyse die Erwartungen im Hinblick auf eine göttliche Heilung zentral, sondern die Vielfalt der Beziehungen zwischen Krankheitserfahrungen, Heilungserwartungen und religiösen Orientierungen im Kontext von Lebensgeschichten. Die spezifische Forschungsfrage lautete dabei: Wie gehen Menschen, die sich selbst weltanschaulich als zugehörig zu einer bestimmten religiösen Gruppierung verorten, mit mehr oder weniger chronischen Rückenschmerzen um?

6.3. Religion und Rückenschmerzen: Eine narrationspsychologische Analyse

Die Frage nach den Krankheitsgeschichten von religiösen Menschen mit mehr oder weniger chronische Rückenschmerzen wurde insofern noch weiter konkretisiert, als die Probanden unter den Angehörigen der Pfingstbewegung, der charismatischen Bewegung, unter Menschen, die sich der sogenannten New-Age-Bewegung verbunden fühlten und unter den Anthroposophen ausgewählt wurden. Diese vier Bewegungen wurden in den Blick genommen, weil in ihnen Heilungsvorstellungen einen zentralen Platz einnehmen, d.h. die Interpretation von und der Umgang mit Krankheit gehören zu den Basiselementen der jeweiligen Lehren und Rituale. So bezeichnet die Religionssoziologin Meredith McGuire (1993, S. 148) die Pfingstbewegung, die charismatische Bewegung und die New Age-Bewegung explizit als Heilungsbewegungen und in der Anthroposophie nehmen die Krankheitslehre und die entsprechenden Behandlungskonzepte ebenfalls einen prominenten Platz ein (vgl. z. B. Steiner 1997).

Die Konzentration auf Rückenschmerzen im Zusammenhang mit dieser Studie hatte die folgenden Gründe: In den westlichen Industriegesellschaften haben ungefähr 75 % der Bevölkerung bis zu ihrem mittleren Lebensalter unter chronischen Rückenschmerzen zu leiden (vgl. z. B. Rubin 2007, S. 353). Das Leiden hat keine etablierte Ätiologie – Differentialdiagnose wie auch effektive Behandlung stellen bisweilen ein enormes medizinisches Dilemma dar. Manche Patienten müssten aufgrund der Diagnose eigentlich unter heftigen Schmerzen leiden, haben aber kaum Beschwerden und fühlen sich wohl. Andere Patienten erbittern ihre Ärzte damit, dass sie einfach nicht gesund werden, obwohl alle medizinischen Indikatoren dafür sprechen. Wieder andere verlieren ihre Schmerzen plötzlich durch Hypnose oder durch eine Wallfahrt nach Lourdes. Und bei manchen sind Rückenschmerzen die einzigen oder auch ersten spürbaren Symptome einer lebensbedrohlichen Krankheit, einer Krebserkrankung, bei der aufgrund von fortgeschrittener Metastasenbildung dann auch keine Heilung mehr möglich ist (vgl. zu diesen medizinischen Pro-

blemen im Zusammenhang mit Rückenschmerzen z. B. Rauck 1998). Aufgrund dieser Ambiguität dieses Leidens in medizinischer Hinsicht scheint es sich bei Rückenschmerzen um eine Krankheit zu handeln, die oft die Interpretationsressourcen der Betroffenen herausfordert, die vielfache Deutungsleistungen erfordert, so dass das Leiden ins Alltagsleben integriert werden kann, biografisch „Sinn“ macht und dabei auch explizit auf Lebensthemen und Lebenspläne bezogen werden kann.

Die vorgelegte Studie habe ich zusammen mit den zwei Forschungsassistenten Hermen van Dorp und Petra Boer zwischen 1998 und 2002 in den Niederlanden durchgeführt.³ Die Auswahl unserer Interviewpartner war informell und unsystematisch: Wir kontaktierten Pfingstkirchen, charismatische Organisationen, anthroposophische Hausärzte und New Age-Läden und fanden auf diese Weise 20 Interviewpartner, die den folgenden Kriterien entsprachen: Sie hatten mindestens ein halbes Jahr lang Rückenschmerzen und fühlten sich seit mindestens einem Jahr mit einer der genannten Gruppierungen oder Bewegungen verbunden. Das Alter unserer überwiegend weiblichen Interviewpartner lag zwischen 28 und 65 Jahren, die meisten waren zwischen 40 und 50 Jahre alt. Unsere Interviewmethode orientierte sich an dem Konzept des narrativ-biografischen Interviews von Fritz Schütze (1983) und auch an den Empfehlungen von Gerhard Nijhof (2000) zur Durchführung sogenannter autobiografischer Interviews in der medizinsoziologischen Forschung. Die Dauer der Interviews lag zwischen eineinhalb und zwei Stunden. Die Auswertung der Interviews folgte den Vorschlägen zum thematischen Kodieren von Interviewtexten, wie sie z. B. von Gibbs (2007) ausgearbeitet wurden.

Bei der Analyse der Interviews interessierte zunächst generell, ob und auf welche Weise die Probanden ihr Leiden „medizinisch“ oder „religiös“ interpretierten und auch behandelten, d. h. ob und inwiefern sie Aspekte ihrer Krankheit in Übereinstimmung mit dem biomedizinischen Modell interpre-

³Auf die Ergebnisse dieser Studie wurde in verschiedenen Publikationen schon hingewiesen (vgl. z. B. Popp-Baier 2008). Dieser Artikel ist die erste ausführliche Publikation zu dieser Studie.

tierten und ob und inwiefern sie Aspekte ihrer Krankheit in Übereinstimmung mit der jeweiligen Krankheitslehre bzw. den Krankheitslehren ihrer religiösen Gruppierung interpretierten.

Dazu wurden die Interviewtranskripte zunächst mit einem Konzept aus der medizinischen Anthropologie kontrastiert, und zwar mit Arthur Kleinmans (1980) Erklärungsmodell (explanatory model/EM). Dieses Modell, das ursprünglich entwickelt wurde, um Probleme und Konflikte in der klinischen Kommunikation zwischen Ärzten und Patienten zu analysieren, wurde leicht verändert und dabei wurden die folgenden Dimensionen unterschieden:

- a) Diagnose als Erklärung von Schmerzsymptomen, der Zeit und Art ihres Auftretens
- b) Ursache/Ätiologie der Krankheit/des Krankheitsverlaufs
- c) Behandlung der Krankheit

Im Hinblick auf die Rückenschmerzen wurde dann untersucht, ob unsere Probanden bezüglich Diagnose, Ätiologie und Behandlung einen medizinischen oder religiösen Interpretationsrahmen wählten. Dabei zeigte sich dann, dass die möglichen Ursachen der Rückenschmerzen überwiegend im Zusammenhang mit der oder den Diagnosen artikuliert wurden, so dass nur noch die folgenden Dimensionen unterschieden wurden: a) Diagnose/Ätiologie und b) Therapie.

In einem weiteren Auswertungsschritt wurden die Interviewtranskripte im Hinblick auf narrativ-biografische Strukturen kodiert (vgl. dazu Gibbs 2007, S. 56 ff.). Dabei wurde versucht, Leit motive in den Lebenserzählungen zu identifizieren, die man auch als Lebensorientierungen oder Rahmenorientierungen begreifen kann, in deren Kontext der religiöse oder medizinische Umgang mit Krankheit biografisch Sinn macht.

Eine erste Analyse zeigte, dass unsere Interviewpartner ihre Krankengeschichten als Heilungsgeschichten in dem Sinne artikulierten, dass sie sich

selbst als „geheilt“ präsentierten (*„Der Schmerz ist verschwunden. Und der letzte Rest, den man immer so hatte, der ist auch weg“*)⁴ oder „Heilung“ dezidiert verfolgten (*„Ich bin also wieder einen Schritt weiter auf dem Weg zur totalen Heilung, hoffe ich“*). Die denkbare Alternative, dass jemand mit den Rückenschmerzen zu leben versuchte, wurde in diesen Interviews nicht artikuliert. Dabei präsentierten sich die Interviewpartner in ihren Erzählungen als kritische Adepten oder auch Konsumenten, die ihren Bedürfnissen und Wünschen gemäß sowohl aus dem religiösen wie auch aus dem medizinischen Angebot auswählten und dabei zum Teil auch kreative Neugestaltungen fabrizierten.⁵ Allgemein zeigte sich, dass im Zusammenhang mit Diagnose und Therapie die medizinischen Möglichkeiten als Norm konstruiert wurden, die akzeptiert wurde oder von der begründet abgewichen wurde. So wurden den Erzählungen gemäß Rückenschmerzen medizinisch diagnostiziert und behandelt (*„Es wurde medizinisch diagnostiziert. ... Eine Liegekur im Krankenhaus von drei Wochen“*), ergänzt durch eigene Diagnosen und Behandlungen (*„Es kommt oft durch meine Ernährungsweise, dass ich Probleme mit meinem Rücken bekomme, wenn ich Erdnüsse esse oder zu viel Pommes. Und wenn ich Weisswein trinke. ... In meinem Körper entzündet sich dann was. Das hab ich selbst analysiert. ... Ich muss dann viel Wasser trinken ... und eben 2 Naproxen nehmen“*), aber ohne Rückgriff auf entsprechende religiöse Konzepte (*„Auch wenn ich schon beinahe schief in der Kirche laufe, ich gehe nicht nach vorne“*)⁶.

⁴Zur Darstellung der Ergebnisse der Studie werde ich in den folgenden Ausführungen aus den fünf Interviews zitieren, die unten auch als Beispiele für die konstruierten Idealtypen angeführt werden. Da die Interviews in niederländischer Sprache durchgeführt wurden, handelt es sich bei diesen Zitaten um meine Übersetzungen der Äußerungen der Interviewpartner. Bei der ursprünglichen Transkription der Interviews wurden neben der wörtlichen Wiedergabe dessen, was gesagt wurde, auch Intonation, Pausen und parasprachliche Äußerungen berücksichtigt. Beim Zitieren werden mit „---“ Pausen der Interviewpartner wiedergegeben, während „...“ bedeutet, dass beim Zitieren Äußerungen weggelassen wurden.

⁵Ein Vergleich der individuellen Krankheits- und Heilungskonzeptionen mit den „offiziellen“ Lehren der jeweiligen Gruppierungen wurde nicht vorgenommen und war im Zusammenhang mit der methodischen Ausrichtung des Projekts auch nicht möglich.

⁶Diese Aussprache kommt von einem Interviewpartner, der Mitglied einer Pfingstkirche ist und deutlich macht, dass er die Heilungsdienste in dieser Kirche nicht in Anspruch nimmt.

Daneben wurden aber auch religiöse Konzepte als bessere Alternativen zu unbefriedigenden medizinischen Diagnosen und Behandlungen in Anspruch genommen („Und ich ging ins Krankenhaus und sie schauten sich nur mein Knie an, obwohl ich sagte ‚Es kommt von meiner Hüfte‘. Nun, als ich das Korsett hatte, hatte ich auch keine Schmerzen mehr, aber das war eine Rosskur. Da hörte ich von dem Kranio-Sakraltherapeuten ... Nun gut, ich laufe nun seit Juni ohne Schmerzen. Ich laufe seitdem ohne Korsett. Sonst hätte ich ein ledernes Korsett tragen müssen mit Metall. Das hätte ich mein Leben lang tragen müssen“), sie wurden als Ergänzungen der medizinischen Behandlung gesehen („Ich hatte meine eigenes kleines Krankenhaus in der Universitätsklinik. Ich hatte alle meine anthroposophischen Dinge mitgenommen“) oder auch als grundsätzliche Alternativen, wenn medizinische Diagnosen und Behandlungen nicht in Anspruch genommen wurden („... dass ich diesbezüglich nie bei einem Doktor war. Ich habe kein medizinisches Dossier dazu ... der⁷ entdeckte dann, dass mein rechtes Bein kürzer war. Dass da ein Unterschied war ... Nun, da haben sie sich dann spezifisch darauf gerichtet. Dass da die Rückenbeschwerden herkommen. Da wurde dafür gebetet.“).

In einem weiteren Analyseschritt wurden nun zwei signifikante Interviews bzw. Heilungsgeschichten im Hinblick auf die vier erwähnten Kombinationen (nur medizinische Diagnose und Therapie, religiöse Diagnose und Therapie als bessere Alternativen zu erfolgter medizinischer Diagnose und Therapie, religiöse Diagnose und Therapie als Ergänzungen zur medizinischen Diagnose und Therapie, religiöse Diagnose und Therapie anstatt medizinischer Diagnose und Therapie) ausgewählt und fallvergleichend im Hinblick auf ein narratives Leitmotiv typisiert, das (nicht nur) die Artikulation von Krankheit und Heilung in diesen Geschichten prägt. Dabei wurden die folgenden fünf Idealtypen formuliert: Die instrumentelle Geschichte, die entwicklungsbezogene Geschichte, die balancierende Geschichte, die pragmatische Geschichte und die sozial-kommunikative Geschichte.

⁷ „Der“ bezieht sich auf ein Mitglied eines Heilungsteams. Die Erzählerin berichtet von einem Heilungsteam, zu dem sie während eines charismatischen Abendgottesdienstes wegen ihrer Rückenschmerzen „nach vorne“ ging.

I. Die instrumentelle Geschichte

Die instrumentelle Geschichte wird zweckorientiert erzählt. Die ErzählerInnen artikulieren bestimmte Zwecke, die im Leben (nicht) erreicht wurden oder noch angestrebt werden und beurteilen eigene Handlungen oder lebensgeschichtliche Ereignisse vor allem im Hinblick auf ihre Relevanz für diese Zwecke. In der instrumentellen Geschichte interpretieren die ErzählerInnen ihre Krankheit als ein Mittel zu einem Zweck, zu einer Verbesserung objektiver Bedingungen in ihrem Lebenslauf oder Aspekte ihres Lebenslaufs. Die religiöse Orientierung ermöglicht oder erleichtert zumindest ein derartiges biografisches Verständnis von Krankheit.

Ein signifikantes Beispiel ist die Erzählung des 46-jährigen Herrn Raki.⁸ Seine Lebensgeschichte will Herr Raki zu Beginn des Interviews „ganz kurz“ erzählen. Er ist in Indonesien geboren, hat da neun Jahre gelebt, dann ist die Familie 1962 in die Niederlande gekommen. Nach sechs Jahren Grundschule und einer technisch orientierten Hauptschulausbildung⁹ geht er zum Militär. Dann beginnt er zu arbeiten, lernt seine Frau kennen, arbeitet weiter, heiratet, und bekommt Kinder. Nach dieser Kurzfassung seines bisherigen Lebens verliert Herr Raki eben den Faden, stellt rhetorisch die Frage, wie er zu einem Ende kommen solle, lacht und fährt schließlich fort: *„Habe schließlich gemerkt, dass ich weiter studieren will. Ich bin dann auf die weiterführende technisch orientierte Realschule gegangen. Das hat mein Arbeitgeber, das Verteidigungsministerium, bezahlt. Da habe ich eine Zeitlang in der Verwaltung gearbeitet. Und da dachte ich damals, das ist alles zu wenig und daher habe ich diese Schule besucht und damit verbunden eine Ausbildung zum Lehrer gemacht. Das habe ich in den Abendstunden gemacht. Jetzt habe ich mein Diplom und jetzt bin ich Lehrer auf einer Realschule, und, nun ja, gut, ich bin gesund und glücklich. Das ist dann in Kürze meine Lebensgeschichte, so ein bisschen.“*

⁸Die Namen der Interviewpartner wurden durch Pseudonyme ersetzt.

⁹Das niederländische Schulsystem unterscheidet sich vom deutschen Schulsystem und hat sich seit Herrn Rakis Schulzeit auch nochmals wesentlich verändert. Die Angaben zur Schulausbildung in diesem und in den andern Interviews werden daher zur besseren Verständlichkeit in die entsprechenden Schultypen im deutschen Bildungssystem „übersetzt“.

Im weiteren Verlauf des Interviews erzählt Herr Raki, dass er in den Niederlanden über seine Eltern schon bald Kontakte zu Pfingstgemeinden hatte und zwischen 16 und 18 Jahren auch „bewusst den Herrn angenommen“ habe. In diesen Kreisen hat er dann auch seine Frau kennengelernt. Rückenschmerzen hatte er zum ersten Mal mit 20 Jahren. Er ging damals zum Arzt, der nichts Spezifisches finden konnte und der ihn mit Medikamenten und einer Woche Bettruhe behandelte. Diese Art von Rückenschmerzen kam in den nächsten Jahren häufig zurück und wurde immer mit Bettruhe und Medikamenten behandelt. Seiner Ansicht nach hatte er diese Rückenschmerzen der Überbelastung seines Rückens zu verdanken. Er arbeitete damals als Techniker beim Militär. Als er heiratete und einige Jahre danach mit dem Bau eines eigenen Hauses begann, wurden die Rückenschmerzen schlimmer und sein Arzt diagnostizierte eine Hernie. Er musste drei Wochen im Krankenhaus liegen und danach noch sechs Monate zu Hause bleiben. Aufgrund der vielen Ausfälle sollte er erst beim Militär entlassen werden, wurde aber schließlich in die Verwaltung zwangsversetzt, was mit einer Anstellung verbunden war, bei der er auch weniger verdiente. Er setzte allerdings durch, dass ihm in dieser Zeit eine Umschulung bezahlt wurde. Er besuchte sechs Jahre die Abendschule und ließ sich zum Lehrer für Elektrotechnik an technischen Mittelschulen ausbilden. Dieses Ausbildungsziel hat er auch erreicht und er arbeitet jetzt seit einigen Jahren zu seiner vollen Zufriedenheit als Lehrer und hat, so sagt er, damit die höchste Karrierestufe erreicht, die ihm möglich war. Rückenschmerzen hat er auch jetzt noch hin und wieder, aber er weiss, wann und warum sie auftreten, z.B. wenn er einmal zu viel Alkohol getrunken hat, dann kann er sie selbst mit einem Tag Bettruhe und Medikamenten kurieren. Die spezifischen Krankenheilungsdienste in der Pfingstkirche hat er nie in Anspruch genommen, er ist nie nach vorne gegangen, um für sich beten zu lassen, denn schließlich kamen ihm die Rückenschmerzen ja gelegen. Herr Raki vergleicht sich selbst mit den Israeliten, die aus Ägypten in das Gelobte Land ziehen mussten: *„So sehe ich mein Leben eigentlich auch ein bisschen. Man geht durch die Wüste. ... Wir gehen, wir gehen durch die Wüste. Es geschehen dann Dinge, die nicht schön sind, aber wenn man auf Gott vertraut, dann ist es der*

Herr, der einen leitet, dabei ist nicht alles schön, was man mitmacht, aber man weiss, dass Er immer anwesend ist.“ Diese Interpretationsfolie erlaubt Herrn Raki auch, seine Rückenschmerzen sinnvoll in einem biografischen Kontext zu verorten. Ohne den Ausfall durch die Rückenschmerzen, wäre er nicht versetzt worden und dann hätte er sich auch nicht umschulen lassen können. Und als er damals mit seiner Hernie sechs Monate zu Hause bleiben konnte, hat das auch gut gepasst, er war ja gerade mit dem Hausbau beschäftigt und den konnte er in den sechs Monaten gerade noch gut zu Ende bringen. Er sieht hier überall Gottes Wirken, das ihm in seinem Leben weiter hilft: *„Ich sehe das als einen Segen. Dass ich eben die Zeit bekam, um meinen Hausbau abzuschließen, während es mir andere Leute schwer machten. Eigentlich in die Wüste, sie wollen einen eigentlich weg haben. Aber dadurch, dass sie gegen einen arbeiten, wird es für einen zum Segen. ... Ich sehe die Hand Gottes darin, dass ich die Möglichkeit bekam, um weiter zu studieren. ... Gott benutzt Menschen, um einen zu leiten, man steht in der Wüste, wo es trocken ist, man kann nicht mehr, man wird ausgemustert. ... Ich habe das vor den Herrn gebracht und ihn gefragt, ob das zum Segen wird. Ich habe dann den Segen gesehen. Ich sehe darin Gottes Hand. Wirklich.“* Auf die spätere Frage des Interviewers, ob er die Rückenschmerzen schon mal als eine Strafe Gottes gesehen habe, antwortet Herr Raki resolut: *„Nein, niemals. Nicht als Strafe. Aber als Mittel. ... Durch die Beschwerden mit dem Rücken habe ich mein Diplom geschafft. ... Gott sorgt dafür, dass mir alles zum Segen wird. Ich sehe den Rücken nun als einen Segen an.“*

II. Die entwicklungsbezogene Geschichte

In der entwicklungsbezogenen Geschichte artikulieren die ErzählerInnen ihr Leben als eine Abfolge von Entwicklungen, vor allem von persönlichen und auch spirituellen Entwicklungen. Lebensgeschichtliche Ereignisse werden als Auslöser von Entwicklungen begriffen oder im Hinblick auf ihr Lernpotential beurteilt. In diesen Geschichten werden auch Krankheit und Leiden als ein Aspekt von oder auch als eine bestimmte Stufe im persönlichen Wachstum, in der persönlichen Entwicklung, in der persönlichen Lerngeschichte gesehen. Die religiöse Orientierung ermöglicht ein derartiges Verständnis von Krank-

heit und bietet die Ressourcen für die spezifisch inhaltliche Ausgestaltung der Entwicklungs- und Lernprozesse.

Ein Beispiel bietet die Erzählung der 50jährigen Frau Voskamp, die ebenfalls in Indonesien geboren wurde, aber schon in den Niederlanden aufwuchs. Frau Voskamp ist Lehrerin für Zeichnen und Handarbeit und fühlt sich seit ca. zehn Jahren der New Age-Bewegung verbunden. Zu Beginn des Interviews interpretiert Frau Voskamp die Erzählaufforderung des Interviewers ihre Lebensgeschichte zu erzählen und dabei auch auf ihre Rückenbeschwerden einzugehen, lachend folgendermaßen: *„Du willst also eigentlich mehr wissen als nur die letzte Heilung.“* Der Interviewer bestätigt, dass er neugierig auf ihre Lebensgeschichte sei, worauf Frau Voskamp antwortet: *„Die Entwicklungen. ... Das wird schon ein bisschen Zeit in Anspruch nehmen.“* Die größte Entwicklung hat in den letzten zehn Jahren stattgefunden, sagt Frau Voskamp. Sie ist nun 50 Jahre alt und findet das selbst eine ganz magische Zahl, weil in diesem Jahr viel passiert sei in ihrem Wachstum und auch in dem Wachstum ihrer Umgebung, das betreffe dann auch ihren Mann und ihre Kinder. Vor drei Jahren begann sie mit einer Ausbildung zur Zeichentherapeutin, in der sie sich auch viel mit sich selbst beschäftigen musste. Sie war erzogen worden, immer ihren Mund zu halten und bescheiden zu sein. Nun lernte sie, sich selbst zu behaupten. *„Und all die Jahre hatte ich auch Probleme mit meiner Hüfte, mit dem Rücken, mit allem. Man klagte nicht, man musste ja weitermachen.“* Vor einem Jahr fiel sie hin und sie spürte, wie etwas ihre Hüfte durchbohrte. Als sie wieder aufstand, hatte sie starke Rückenschmerzen und ihr Knie war steif. Im Krankenhaus probierte sie dem behandelnden Arzt deutlich zu machen, dass die Probleme von ihrer Hüfte kämen, aber er hörte ihr nicht zu, und schaute sich nur das Knie an. Schließlich bekam sie ein Gipskorsett verpasst, was sie eine Roskur fand und wodurch sie sich vor allem auch im Beruf schwer beeinträchtigt fühlte. Sie machte dem Chirurgen im Krankenhaus deutlich, dass sie mit dieser Behandlung nicht weitermachen wollte. Stattdessen ging sie zu einem Kranio-Sakraltherapeuten und dessen Berührungen taten ihr gut. Er sprach mit ihr über ihre körperlichen Schmerzen und fragte sie auch danach, wie es ihr sonst so gehe, ob sie Stress zu Hause oder in ih-

rem Beruf habe etc. Nach vier Sitzungen waren ihre Schmerzen geheilt und sie hatte ein neues Korsett nicht mehr nötig. Frau Voskamp selbst ist davon überzeugt, dass jede körperliche Erkrankung eine geistige Ursache habe. *„Du kennst doch Louise Hay und da ist noch dieser Autor, auf dessen Namen ich jetzt nicht komme. Aber der schreibt über den Sinn des Krankseins und heile Dein Leben oder so ähnlich. Der sagt jedenfalls, dass Beschwerden über den Geist in den Körper kommen. Wenn Du Dich nicht wohl fühlst in Deiner Haut, dann manifestiert sich das irgendwo anders. So wie der Ausdruck: Da kommt mir die Galle hoch. ... Und Krebs. Unzufriedenheit, die wuchert.“* Die Chakrenlehre, die sie inzwischen auch kennengelernt hat, ist damit im Einklang. Frau Voskamp erzählt noch viel von ihren zeichentherapeutischen Aktivitäten, ihren Kursen, die sie in diesem Bereich auch gibt. Sie erzählt, dass sie das erste Mal mit New Age in Berührung kam als sie eine Gebärmutteroperation hatte. Damals hatte sie gerade ein Abendstudium an der Kunstakademie beendet, die Kinder waren ja alle schon auf der Schule und dann hat sie die Stelle als Aushilfslehrerin für Zeichnen an der Schule bekommen, an der sie nun seit zehn Jahren arbeitet. Nachdem sie da eineinhalb Jahre gearbeitet hatte, sollte sie eine feste Anstellung bekommen und dann bekam sie Probleme mit ihrer Gebärmutter. Die musste sie operieren lassen, sie war fast ein Jahr zu Hause, bekam aber trotzdem ihre feste Anstellung. In der Zeit hörte sie mal was von einem Kursus zum Mandala-Zeichnen und dafür hat sie sich dann einfach mal eingeschrieben. Da hörte sie dann auch von dieser Ausbildung zur Zeichentherapeutin und die hat sie dann später auch gemacht. *„Es war eine Erleichterung. Einfach mal an sich selbst zu arbeiten. Das erste Jahr war schrecklich, weil es war als ob ich egozentrisch würde. Für die anderen. Einfach weil ich nicht mehr Ja und Amen sagen wollte. Nicht mehr jedem zu Diensten stehen wollte.“* Gegen Ende des Interviews fragt der Interviewer Frau Voskamp, welche Bedeutung ihre Hüft- und Rückenbeschwerden nun für sie im Rückblick haben. Frau Voskamp antwortet: *„Ich denke, ein geistiges zur Ruhe kommen, sich selbst behaupten, und dass es doch so etwas wie eine universelle Energie gibt, die darauf einwirkt, oder mit der man zusammenarbeitet, so dass eine Ganzheit von einem selbst zustande kommt. ... Ich musste eben stillstehen. Ich ging zu schnell.“* Es bedeutet auch so

etwas, wie bei Dir selbst bleiben, so fügt Frau Voskamp noch hinzu. *„Ich kann sowieso nicht schneller laufen. Ich kann nicht besser laufen. Oder ich muss meine Pfote¹⁰ steif halten und mich selbst behaupten. Dadurch kann ich mein Knie nicht beugen. Das gilt auch für den Rücken. Vor wem muss ich denn eine Beugung machen. Weißt Du. Auch wenn Dir schwindlig wird, dann musst Du das auf so etwas beziehen. Einen Schritt zurück nehmen. Wieder auf Dich selbst zugehen.“* Sie habe im Laufe des letzten Jahres jedenfalls gelernt, ihre eigenen Bedürfnisse besser wahrzunehmen und ihnen entsprechend zu handeln. In diesem Lernprozess sieht sie vor allem die Bedeutung ihrer Rückenschmerzen.

III. Die balancierende Geschichte

Im dritten Typus gehört Krankheit zu den wichtigsten Themen, bei denen die ErzählerInnen versuchen, zwei Weltanschauungen auszubalancieren oder in gewisser Weise mit einander zu kombinieren: eine religiöse bzw. spirituelle Weltsicht und eine säkulare Weltsicht. Alltägliches Erleben und Handeln werden im Kontext dieser beiden Weltsichten (nicht immer konfliktfrei) verortet und interpretiert.

Ein Beispiel ist die Erzählung der 43-jährigen Frau Mercken. Auf die Bitte des Interviewers, ihre Lebensgeschichte zu erzählen, fragt Frau Mercken zunächst zurück, ob sie ihre Geschichte von ihrer Geburt bis heute erzählen solle. Der Interviewer gibt an, dass dies eine Möglichkeit sei und Frau Mercken erzählt ihre Lebensgeschichte chronologisch, wobei sie vor allem auch ausführlich auf die Geschichte ihres Rückenleidens und seiner Heilung eingeht. Sie erzählt, dass sie in Brasilien geboren wurde, dass sie da die ersten sieben Jahre ihres Lebens verbracht habe und dass sie dort auch eine anthroposophische Schule besucht habe. Dann kam sie in die Niederlande und hat da eine nicht-anthroposophische Schule besucht. Nach der Schule hat sie Jura studiert und während ihrer Studienzeit erkrankte sie an Pfeifferschem Drüsenfieber. *„Und diese Pfeiffersche Krankheit hat viel durcheinander gebracht.“* Sie hat länger für ihr Studium gebraucht, die Krankheit selbst hat schon beinahe elf Monate

¹⁰Frau Voskamp verwendet hier die niederländische Redensart „je poot stijf houden“, die man im Deutschen wohl am besten mit „sich auf die Hinterfüße stellen“ wiedergeben könnte, wörtlich übersetzt aber „seine Pfote steif halten“ bedeutet.

gedauert. Nachdem sie den ersten Teil ihres Studiums abgeschlossen hatte, hat sie ein anthroposophisches Schulungsjahr in England verbracht, beim Zentrum für *Social Development*. Danach schloss sie ihr Jura-Studium in den Niederlanden ab. *„Aber die Pfeiffersche Krankheit hat doch eine ziemlich subtile Beschädigung des Lebens zur Folge gehabt. Und das Jahr in England war im Nachhinein betrachtet doch wohl eine Art Raubbau, wenn man in dem Tempo in relativ jungen Jahren eingeführt wird, dann kann das die Gesundheit angreifen.“* Das Gefühl hatte sie dann und sie war unglaublich müde, hatte wenig Energie und zudem noch Schlafprobleme. Sie wurde dann von einem Internisten einer anthroposophischen Klinik behandelt, der sie auch an diesen Ort brachte, erst für sechs Wochen und dann war sie da schließlich drei Monate, in denen sie bei einer Familie wohnte. In der Zeit wurde mit anthroposophischen und medizinischen Mitteln versucht für ihre Probleme eine Lösung zu finden. Sie hat dann ihr Studium beendet und danach ein Jahr in einer norddeutschen Großstadt bei einem Rechtsanwalt gearbeitet. Aber das war doch nicht so das Richtige. Sie wurde schwanger und kam zurück in die Niederlande, um bei einer Bank zu arbeiten. Als ihre Tochter geboren war, zog sie wieder in die norddeutsche Großstadt zum Vater ihrer Tochter, aber das funktionierte nicht und so kam sie nach einem Jahr wieder zurück in die Niederlande und wohnte mit ihrer Tochter in einer niederländischen Kleinstadt. Dort hat sie beim Hochheben eines Stalls für Meerschweinchen ihren Rücken beschädigt. Da sieht sie das Startzeichen für die weiteren Beschwerden. Das war 1989, als ihre Tochter fünf Jahre alt war. Dann begann sie wieder zu arbeiten, bei einer antroposophischen Bank und da haben sich die Rückenbeschwerden schnell verschlimmert. *„Wenn ich mich frage, warum, ich hatte dort großen Stress. Es musste sehr viel sehr schnell getan werden. Ich vergleiche es selbst ein bisschen mit jemandem, der untrainiert bei einem Marathonlauf startet.“* Nach einem Jahr mit vielen Beschwerden, äußert der Hausarzt einen Verdacht auf eine Hernie, deren Diagnose dann aber noch einige Schwierigkeiten bereitet. Daraufhin unterzieht sich Frau Mercken einer Liegekur von fünf Wochen in einer anthroposophischen Klinik. Damals hat sie das erste Mal entdeckt, dass sie auf normale Schmerzmittel kaum reagierte. Es blieb nur die anthro-

posophische Alternative einer Injektion mit Schlangengift. Nach dieser Kur wurde sie bei der Bank entlassen. Mit ihrem Rücken ging es nicht wirklich gut. Sie unterzog sich gegen den ausdrücklichen Rat ihres antroposophischen Hausarztes einer manuellen Therapie, betrieb Mensendieck'sche Gymnastik und bekam Injektionen mit Schlangengift. Mit dieser Kombination schien es zu gehen. Sie war arbeitslos und begann eine neue Ausbildung. Als sie dann gerade mit ihren Abschlussprüfungen beschäftigt war, starb ihr Vater. In der Zeit bekam sie dann wieder einen Anfall von Rückenschmerzen, wobei dann einige Wochen später, nach vielen Schmerzen und einer ineffektiven Liegekur zu Hause, wieder eine Hernie diagnostiziert wurde, die sie dann in der Universitätsklinik operieren ließ. Danach kam noch die Reha und sie hat insgesamt noch etwas mehr als ein Jahr gebraucht, bis sie sich wieder erholt hatte. Berufsmäßig hat sie sich danach wieder neu orientiert und fand eine Stelle beim Sozialen Dienst einer Gemeinde. Da ist sie für die Schuldnerberatung zuständig, diese Arbeit liegt ihr sehr und diese Stelle hat sie noch stets. *„Damals waren sieben Jahre vorbei. Vom ersten bis zum letzten Moment war ich sieben Jahre damit beschäftigt. Zweimal. ... Zwischen '90 und '97 kann man den Bogen spannen, und das hatte dann eine Anstellung mit Arbeit zur Folge, bei der ich denke: Da passt alles zusammen. ... Ich merke, dass es mühelos geht. ... Ich liebe das Unterhandeln.“* Unterhandelt hat sie auch im Hinblick auf die Behandlung ihrer Rückenschmerzen, bestätigt sie lachend dem Interviewer. So hat sie in der Universitätsklinik zum Beispiel durchgesetzt, dass sie nach der Operation ihre antroposophischen Medikamente und ihre Injektionen bekommen konnte. *„Im Nachhinein war es unglaublich, wie ich da gelegen habe. Es war mein eigenes kleines Krankenhaus in der Universitätsklinik. Ich hatte alle meine anthroposophischen Dinge mitgenommen. ... Ich denke, dass die Universitätsklinik technisch unglaublich weit ist. Ich bin sehr froh, dass ich da den besten Monteur in der Garage gehabt habe, weil so eine Operation ist nicht einfach. Aber von Heilung, vom Aufbauen von Lebenskräften verstehen sie nichts.“* Später artikuliert Frau Mercken noch allgemein im Hinblick auf ihr Leben: *„Offensichtlich komme ich in einer Umgebung, bei der ich es nicht erwarte, besser zurecht, als in einer Umgebung, die zu mir passt im Hinblick auf Hintergrund, Ausbildung. ... Das ist ei-*

ne Gesetzmäßigkeit in meiner Biografie. ... Ich denke, daraus kann man schließen, dass mein anthroposophisches Rüstzeug, so weit es überhaupt von mir ist, besser in einer nicht-anthroposophischen Umgebung zu seinem Recht kommt.“ Das galt für Schulen, Universitäten, ihre Arbeitsplätze und eben auch für die Behandlung ihrer Rückenschmerzen. Später resümiert Frau Mercken noch einmal, dass sie bei vielen Dingen „an zwei Welten teilhat“. Ungefähr zwei Wochen vor dem Interview wurde eine Gehaltsforderung von ihr nicht gleich akzeptiert, worauf sie zwei Wochen lang Grippe hatte. *„Da merke ich die Beziehung zwischen dem, was mir geschieht und meiner Gesundheit, wenn schwerwiegende Enttäuschungen stattfinden, will ich danach offensichtlich krank werden.“* Zum Abschluss des Interviews fragt der Interviewer noch, inwiefern sie ihr eigenes Leben an der Anthroposophie orientiere. Dabei erwähnt Frau Mercken als erstes, dass sie ihrer Tochter den Besuch einer anthroposophischen Schule ermöglichte, auch wenn sie inzwischen viel Kritik an dieser Schule habe. Sie haben noch immer einen anthroposophischen Hausarzt und kaufen die meisten Lebensmittel im Bioladen. Sie tragen vor allem Kleidung aus natürlichen Materialien. Anthroposophie, so sagt Frau Mercken, durchziehe ihr Leben, aber sie verspüre keinen Drang, andere Menschen zu missionieren. Rückenschmerzen hat sie keine mehr. Ihr Rücken ist manchmal noch empfindlich, wenn sie unter Spannung steht, aber dann können schon bestimmte Übungen für Abhilfe sorgen. Eigentlich müsste sie ständig bestimmte Übungen durchführen, aber das findet sie Unsinn, denn so bliebe man sein Leben lang Patient.

IV. Die pragmatische Geschichte

In der pragmatischen Geschichte wird das Leben als eine Folge von Aktivitäten und Ereignissen erzählt, wobei es Erfreuliches und weniger Erfreuliches zu berichten gibt. Wenn Probleme auftreten, sucht man nach der besten Lösung für das entsprechende Problem und im Falle von Krankheiten, versucht man alles, um diese so effizient wie möglich zu kurieren. Religiöse oder spirituelle Heilungsangebote gehören zu den einsetzbaren Mitteln beim Bestreiten von Krankheiten.

Als die 49-jährige Frau Notten von der Interviewerin gebeten wird, ihre

Lebensgeschichte zu erzählen, alles was für sie wichtig gewesen sei, fragt Frau Notten zunächst zurück: „Wichtig für mich oder für meinen Rücken?“ Die Interviewerin bittet um beides und Frau Notten beginnt mit ihrer Geburt in einer niederländischen Kleinstadt, ihrem Umzug im Alter von zwei Jahren in eine andere Stadt, ihrer Geschwisterkonstellation, dem Beruf ihres Vaters, den Schulen, die sie besucht hat, den Realschulabschluss, den sie als einziges Mädchen aus ihrer Klasse machte und der zu der Zeit an dem Ort, an dem sie lebte, für ein Mädchen noch etwas Besonderes war. Danach begann sie an einer Bank zu arbeiten, nach zweieinhalb Jahren hatte sie davon genug und wechselte zu einer Firma für Blumenzwiebeln. Dort lernte sie ihren Mann kennen. Diese Firma verließ sie auch wieder nach einem Jahr, weil es ihr da nicht so gefiel, dann arbeitete sie in einer Druckerei, die mit einem zentralen Maklerbüro verbunden war. Dort gefiel es ihr, aber sie wurde dann schwanger und hörte sechs Wochen vor der Geburt auf zu arbeiten. Danach wollte sie dann für ihr Kind sorgen, eine Tochter, die inzwischen 24 Jahre alt ist. Sie hat dann noch einen Sohn bekommen und später noch eine Tochter. Ihr Mann hatte damals eine Firma für Blumenzwiebel zusammen mit seinem Vater und seinem Bruder. Da konnte sie dann auch wieder mit helfen. Der Vater verließ die Firma und später haben die Brüder die Firma auch noch geteilt, der Bruder machte den Export und ihr Mann nur noch den Anbau von Blumenzwiebeln. Frau Notten erzählt noch von ihren Kindern, denen es gut geht, und davon, dass ihr Mann seine Firma letztendlich schließen musste, weil sie sich nicht mehr rendierte. Sie will sich noch weiterbilden und absolviert jetzt einen Kurs Computer und Niederländisch, der sie sehr beschäftigt. „Das war in Kürze meine Lebensgeschichte und was den Rücken betrifft, willst Du mir dazu Fragen stellen oder soll ich dazu schon was erzählen?“ Die Interviewerin bittet Frau Notten darum, etwas zu erzählen und Frau Notten berichtet, dass sie vor ungefähr sieben Jahren einen heftigen Hexenschuss bekam, aber dass sie in den Jahren davor auch regelmäßig Probleme mit ihrem Rücken hatte, zum Beispiel, wenn sie sich bückte oder am Staubsaugen war. Sie bekam Muskelkrämpfe, so dass sie sich nicht mehr bewegen konnte. Sie ging damals erst zum Hausarzt, der konnte nichts finden, dann zu einem Nervenarzt, der

meinte, dass Rückenschmerzen meist von selbst wieder weggehen. Aber ein- einhalb Jahre später hatte sie immer noch solche Probleme mit ihrem Rücken und daher ging sie zu einem Spezialisten vom Sportmedizinischen Zentrum in einer niederländischen Kleinstadt und der hat sie dann weiterverwiesen an eine Spezialistin für manuelle Therapie. Die manuelle Therapeutin konnte die Folgen derartiger Muskelkrämpfe beseitigen, aber nicht die Ursache und so kamen die Anfälle immer wieder zurück. Erst nach zwei Jahren, dann nach einem Jahr und schließlich wurden die Abstände immer kürzer. Im letzten Jahr hatte sie dreimal solche Anfälle und das letzte Mal war es so schlimm, dass sie Valium gegen die Schmerzen bekam. *„Ja und damals war ich dann auch echt so drauf, dass ich dachte, ich werde genau so lange zu allen möglichen Ärzten und Therapeuten gehen, bis ich diese Schmerzen vollständig los bin.“* Dann hat ihr jemand dazu geraten, eine Praxis für holistische Therapie aufzusuchen. Dort beziehen sie dann den ganzen Körper mit ein und suchen die Ursache mehr in der spirituellen Sphäre, weil der Geist auch viel Einfluss haben kann, vor allem bei Rückenbeschwerden. Die Frau in dieser Praxis hat u. a. die NEI-Therapie angewandt, das ist ein Muskeltest, bei dem man Fragen an das Unbewusste stellt. Die Nackenschmerzen einer ihrer Schwägerinnen wurden so erfolgreich behandelt, sie erfuhr dabei, dass die Ursachen ihrer Schmerzen aus einem früheren Leben kamen. Bei ihr selbst hat sie diese Therapie auch verwendet und dabei Ereignisse aus einem früheren Leben und aus ihrer Kindheit zur Sprache gebracht, die Blockaden in ihren Chakren verursacht haben. *„Das klingt alles sehr seltsam, aber sie hat meine Rückenschmerzen auch nicht wirklich beseitigen können, aber ich habe durch sie sehr wohl verstanden, dass die Rückenschmerzen vielleicht was mit meiner Einstellung, mit meiner Lebensweise zu tun haben, dass ich Einfluss auf meinen empfindlichen Rücken habe. Ich mache mir noch viel zu viel Stress mit viel zu viel Dingen und ich müsste etwas mehr Abstand nehmen, ich sei zu offen. Meine Aura sei viel zu groß, sagte sie.“* Es geht dabei nicht darum, jemandem die Schuld an den eigenen Schmerzen zu geben, sondern darum, die eigene Haltung zu verändern, dass man nicht mehr so verletzbar ist, so etwas wirkt sich dann auch auf den Magen aus und mit dem hat sie auch immer Probleme gehabt. Über die Technik der Visua-

lisierung hat sie gelernt, ihr drittes Chakra zu beeinflussen, so dass sie nicht mehr so empfindlich ist für Einflüsse von außen. Sie würde nun nicht sagen, dass das die einzig wahre Therapie sei, aber ihre Rückenschmerzen sind weniger geworden. Sie hat anstrengende Jahre hinter sich, die Brüder haben die Firma ja deshalb geteilt, weil sie sich ständig nur stritten und sie stand da immer als dritte Person dazwischen. Dann hat sich schließlich die Firma ihres Mannes nicht mehr rentiert, sie mussten sie schließen, das hat auch viel Stress verursacht und daher ist es überhaupt nicht verwunderlich, dass sich das alles auf den Magen und den Rücken schlägt, es wirkt dann eben auf die Schwachstellen ein. Und durch diese Therapeutin hat sie schließlich ein bisschen begriffen, wie das alles zusammenwirkt und dadurch kann sie die Spannungen auch etwas abbauen. Die Behandlung bei der Therapeutin hat sie dann mit einer Meditation abgeschlossen. Danach hatte sie dann doch wieder eine Art Anfall und dieses Mal ist sie dann zu einer Chiropraktikerin gegangen. Die geht wieder ganz anders mit derartigen Rückenbeschwerden um. Sie drückt auf die Stellen im Rücken, wo sich die Muskeln verkrampft haben und dann knackt es und das ist dann ein Zeichen, dass es wieder gut ist. Was dabei genau knackt, weiss sie nicht, aber der Schmerz geht auf diese Weise weg. Die Chiropraktikerin sagt, dass dadurch die Durchblutung verbessert werde und die Abfallstoffe aus dem Muskel verschwinden. Sie war da nun viermal und ihr Rücken ist immer noch empfindlich, aber wenn sie die Übungen macht, die ihr die Chiropraktikerin aufgetragen hat, fühlt sie beinahe nichts mehr. *„Ich bin also wieder einen Schritt weiter auf dem Weg zur totalen Heilung, hoffe ich.“* Im Gespräch mit der Chiropraktikerin kam Frau Notten auch dahinter, dass ihre Rückenschmerzen eigentlich im letzten Monat ihrer ersten Schwangerschaft begonnen haben. Ihre Chiropraktikerin meinte auch, dass sich vor allem während der ersten Schwangerschaft die Knochen verändern und dass vermutlich dadurch die Rückenbeschwerden entstanden sind. Als die Interviewerin fragt, welche Erklärung oder welche Therapie für ihre Rückenschmerzen sie bisher am besten fand, zögert Frau Notten mit der Antwort. Augenblicklich findet sie die Chiropraktikerin am besten, aber sie hat die Rückenschmerzen noch nicht ganz beseitigen können. *„Ich bin etwas*

vorsichtig in meiner Aussage, um nun zu sagen, das ist es ganz und gar. Ich fühle, dass es wirkt, dass es besser ist, aber ich bin die Rückenschmerzen noch nicht vollständig los.“ Zum Abschluss des Interviews fragt die Interviewerin Frau Notten noch nach ihrer Lebensanschauung oder ihrem Glauben. Frau Notten erzählt, dass sie römisch-katholisch erzogen sei, dass sie das später aber nicht mehr so ansprach. Sie geht eigentlich nur noch zu Weihnachten in die Kirche. Dem Katholischen steht sie aber noch mit einigem Wohlwollen gegenüber, es hat schon was, findet sie, aber man müsste das alles ansprechender gestalten. Mit New Age fühlt sie sich durch das Meditieren verbunden und durch das, was sie bei der ganzheitlichen Therapeutin gemacht hat, aber danach hatte sie kaum mehr Interesse für das Visualisieren. Ein Buch über Chakren hat sie gekauft, aber noch nicht ausprobiert, letztlich fehlt ihr die Zeit für diese Sachen. Aber von den Chakren ist sie schon überzeugt. Sie glaubt auch noch an Gott, aber nicht mehr so, wie sie das in der Kirche gelernt hat. Durch viel Meditieren bekommt man mehr Einsicht darin, dass man Teil eines Ganzen ist und dass es doch eine höhere Macht geben muss, die das alles regelt. *„Meditieren und Chakra-Lesen und was man früher in der Kirche tat, da ist man auch viel mit sich selbst beschäftigt, ohne dass man dabei egozentrisch oder narzisstisch wird. Es bereichert einen, wenn man leben kann, was man beim Meditieren lernt, das nützt einem und dadurch auch der Umgebung, so muss man das eigentlich sehen, denke ich.“*

V. Die sozial-kommunikative Geschichte

In der sozial-kommunikativen Geschichte stehen die Beziehungen zu anderen an zentraler Stelle. Im Hinblick auf die Krankheitserfahrungen (aber nicht nur im Hinblick auf diese) liegt der Fokus dieser Geschichte auf den sozialen Kontakten und den Erfahrungen von Gemeinschaft in der entsprechenden religiösen Gruppierung, in deren Kontext auch Diagnose und Therapie stattfinden.

„Rückenbeschwerden? Ich muss dazu aber sagen, dass ich diesbezüglich nie bei einem Doktor war. Ich habe kein medizinisches Dossier dazu.“ So beginnt die 46-jährige Frau van der Sluis ihre Geschichte. Dann erzählt sie, dass ihre Rückenschmerzen 1979 begannen, damals hatte sie einen fürchterlichen Hexen-

schuss an ihrem Arbeitsplatz. Sie ging sofort nach Hause und kam nur auf Händen und Füßen aus ihrem Auto. Ein paar Tage lag sie damit im Bett. Die Muskeln verkrampfen bei so einem Anfall und drücken dann auf die Nerven. Das strahlt dann in die Beine aus. Sie konnte kaum laufen, erzählt sie. Wenn sie saß und dann wieder aufstehen wollte, war das eine Katastrophe. Dieser Anfall trat später noch verschiedene Male auf, einmal auch in Österreich beim Wintersport. Im August letzten Jahres ging sie dann wieder einmal zum sommerlichen Treffen der Charismatischen Arbeitsgemeinschaft der Niederlande. Am Wochenende vorher saß sie bei jemandem zu Hause auf einem niedrigen Sofa und kam da beinahe nicht mehr hoch. Am Sonntag kam sie dann beinahe nicht aus dem Bett, aber am Mittwoch wollte sie doch zu dem Treffen gehen. Sie hat das schließlich auch gemacht, mit viel Schmerzmittel. Am Samstagabend ist bei so einem Treffen dann auch immer ein Gottesdienst mit Handauflegen. Da gibt es dann immer auch Teams, die vorbeten und zu denen man nach vorne kommen kann. Die gehören zur Arbeitsgemeinschaft körperliche Heilung. Sie beschäftigen sich dann sehr intensiv mit einer Person. *„Jemand, der in dieser Arbeitsgemeinschaft war, hatte mich am Nachmittag laufen sehen und meinte, das geht auch nicht gut. Und er sagte auch: ‚Komm doch heute abend nach vorne zu unserem Team.‘“* Sie hat dann ihren Mut zusammengenommen und ist nach vorne, allerdings nicht ohne Scheu, weil da auch Menschen nach vorne kommen, die sehr ernsthaft krank sind. *„Und da ist dann etwas sehr Merkwürdiges geschehen.“* Erst wurde sie gefragt, worin ihre Beschwerden bestehen, und dann kontrollierte ein Mitglied dieses Teams, ob ihre zwei Beine auch gleich lang seien. Da hatte sie noch nie darauf geachtet. Er stellte dann fest, dass ihr rechtes Bein kürzer war und darauf hat sich dann das Team gerichtet. Die Rückenschmerzen sollten daher rühren. Dafür wurde dann gebetet, ungefähr 20 Minuten. Danach hatte sie immer noch Schmerzen. *„Dann sagte der, lauf mal ein Stückchen. Und das fühlte sich sehr seltsam an, das Laufen.“* Sie saß dann noch mit ein paar Leuten zusammen, hat sich unterhalten und was getrunken. Als sie ins Bett ging, hatte sie immer noch Schmerzen. Aber in der Nacht wurde sie wach und sie fühlte, wie in ihrem Rücken alles Mögliche geschah. Sie spürte, wie sich Muskeln zu-

sammenzogen. So etwas hatte sie noch nie gespürt. Das dauerte ein bisschen, dann schlief sie wieder ein. Am nächsten Morgen hatte sie wieder Probleme mit ihrem Rücken. Mittags fuhr sie nach Hause, noch mit Schmerzmitteln, aber am Abend war sie sehr aktiv und sie konnte sich stets besser bewegen. Der Schmerz verschwand. In den folgenden Tagen merkte sie dann, dass sie viel kräftiger laufen konnte. Inzwischen trägt sie auch wieder Absätze, früher konnte sie nur mit Schuhen ohne Absätze laufen. Frau van der Sluis erzählt dann noch viel von der Charismatischen Arbeitsgemeinschaft und ihren Treffen, zu denen sie seit etwa zwei Jahren geht. Was sie bei dieser Gruppierung vor allem anzieht, ist, dass man als Mensch, so wie man ist, akzeptiert wird. Sie arbeitet selbst in einer großen Firma und da muss man hundertprozentig funktionieren, sonst muss man gehen. *„Es ist ein bisschen schwierig, zu erklären, woraus nun so ein Treffen besteht. Zum einen gibt es da sehr schöne Dinge: Abendmahl feiern, Verbundenheit, zusammen teilen, Gemeinschaft und so. Und dann gibt es da auch noch die Geselligkeit, ein Gläschen Wein am offenen Kamin, Plaudern bis tief in die Nacht.“* Sie ist selbst in der Reformierten Kirche groß geworden, aber ihre Familie hatte keinen Kontakt mehr mit dieser Kirche und als ihre Mutter 1993 starb, wollte sie gerne einen Pfarrer beim Begräbnis haben. Über den Bestattungsunternehmer hat sie damals die Nummer eines pensionierten Pfarrers bekommen und der war der Vorsitzende von der Charismatischen Arbeitsgemeinschaft. Durch ihn hat sie wieder Kontakt mit der Kirche bekommen und er hatte ihr auch die Treffen der Arbeitsgemeinschaft empfohlen, zu denen sie dann auch hin ist. *„Durch alles was ich in den letzten Jahren auch persönlich mitgemacht habe, beschäftige ich mich viel bewusster mit dem Glauben. Und auch das Teilen --- nicht zu Hause glauben, sondern in der Gemeinschaft. --- Ich fühle mich einfach gut dabei.“* Nach der Kirche gibt der Pfarrer jedem die Hand und wenn er jemanden gut kennt, umarmt er den auch. Und dann trinkt man zusammen Kaffee. Es ist die Wärme und das sich umeinander kümmern, das sie vor allem anzieht, das Freud und Leid miteinander teilen. Jeder ist willkommen in ihrer Kirche, jeder wird so akzeptiert, wie er ist. Das hat ihr auch viel Selbstvertrauen gegeben und so kann sie an ihrem Arbeitsplatz auch was für andere Menschen tun, weil sie sich selbst

in ihrer Haut wohlfühlt. Sie wuchs selbst als Einzelkind auf, war immer sehr scheu, wurde von anderen Kindern gemobbt und wurde nirgends akzeptiert. Sie hatte lange Haare, hatte schöne Kleider, konnte Klavier spielen, konnte gut lernen, sie war das ideale Opfer. *„Das sind so Dinge, die bleiben einem für den Rest des Lebens, dass man dazugehören will.“* Und das hat sie jetzt erfahren dürfen, dass sie dazugehört. Ihr neues Selbstvertrauen hat auch mit dem Sterben ihrer Mutter vor fünf Jahren zu tun. Wenn man am Sterbebett seiner Mutter gestanden hat, dann hat man vor niemandem mehr Angst, sagt Frau van der Sluis. Wenn man so etwas mitmacht, dann weiss man, dass es noch viele andere Dinge im Leben gibt. Frau van der Sluis erzählt noch viel aus ihrem Leben, von einem Autounglück vor mehr als 20 Jahren, dass sie vor ca. 15 Jahren auch einmal an einer Depression gelitten habe, von ihrer Mutter, die ihre Freudin war, von ihrer Beziehung zu ihrem Vater, davon, dass sie nicht verheiratet sei und keine Kinder habe und dass ihr das eigentlich zu schaffen mache und auch von ihren vielen Erfahrungen in den charismatischen Kreisen. Am Ende des Gesprächs betont Frau van der Sluis, dass sie froh sei, dass sie zu dem Interview Ja gesagt habe. *„So wie ich zu allem Ja gesagt habe, was in den letzten fünf Jahren auf mich zukam. Alles mit beiden Händen ... das hat mir gut getan. Jemand hat einmal zu mir gesagt: ‚Das strahlst Du auch aus.‘ Und das ist auch so“.*

6.4. Résumé und Ausblick

Das Thema „Religion und Gesundheit“ gehört inzwischen zu den zentralen Forschungsthemen in der Religionspsychologie. Während allerdings die einen die Erfolge dieses Forschungsprogramms feiern und meinen, dass inzwischen Religion als eine signifikante Einflussgröße auf körperliche (und psychische) Gesundheit nachgewiesen wurde (vgl. z. B. Hood, Hill und Spilka 2009), weisen die anderen vor allem auf die methodischen Mängel der entsprechenden Studien hin und sprechen von einer „unheiligen“ Allianz zwischen Religion und Medizin (vgl. z. B. Sloan 2006). In dieser Kontroverse um „Effekte“ sind beide Seiten wenig an Studien zu subjektiven und individuellen Orientierungs-

Handlungs- und Deutungsmustern im Hinblick auf Krankheitserfahrungen und religiöse Orientierungen interessiert. In diesem Aufsatz wurde eine derartige Studie vorgestellt, die sich in der Tradition der *Illness narrative*-Forschung verortet. Die Forschungsfrage lautete: Wie gehen Menschen, die sich selbst weltanschaulich als zugehörig zu einer bestimmten religiösen Gruppierung verorten, mit chronischen Rückenschmerzen um? Dazu wurden 20 narrativ-biografische Interviews mit Probanden geführt, die sich der Pfingstbewegung, der charismatischen Bewegung, der New Age-Bewegung oder mit der Anthroposophie verbunden fühlten. Bei der narrationspsychologischen Analyse dieser Lebensgeschichten bestand ein zentraler Auswertungsschritt in der Konstruktion von idealtypischen Geschichten im Hinblick auf ein narratives Leitmotiv in diesen Erzählungen, das auch die Artikulation der entsprechenden Krankheitserfahrungen prägte. Dabei konnten die folgenden fünf idealtypischen Geschichten formuliert werden: die instrumentelle Geschichte, die entwicklungsbezogene Geschichte, die balancierende Geschichte, die pragmatische Geschichte und die sozial-kommunikative Geschichte. Die Auswertung der Interviews ergab keine Hinweise auf eine mögliche Korrelation zwischen diesen idealtypischen Geschichten und bestimmten religiösen Gruppierungen. Aufgrund der Art und der Größe der Stichprobe wurden keinerlei weitere Quantifizierungen im Zusammenhang mit der Datenauswertung vorgenommen. Von einer theoretischen Sättigung kann aufgrund der Auswahl der Interviews und auch aufgrund der Anzahl der Interviews nicht gesprochen werden. Allerdings haben sich die in dieser Studie formulierten Idealtypen inzwischen in vielen Seminararbeiten, in denen auch der Zusammenhang zwischen weiteren religiösen Orientierungen und anderen Krankheitserfahrungen untersucht wurde, heuristisch bewährt. Studien, die eher somatische Aspekte und Prozesse im Zusammenhang mit Religion analysieren wollen, hat diese explorative Studie ebenfalls etwas zu bieten. Sie kann Fragen anregen zum biografischen Kontext von Verkörperlichung von Religion und zu den entsprechenden Geschichten, die mit derartigen Prozessen verwoben sind.

Literatur

- Chida, Yoichi, Andrew Steptoe und Lynda H. Powell (2009), „Religiosity/Spirituality and Mortality“. In: *Psychotherapy and Psychosomatics* 78, S. 81–90. DOI: [10.1159/000190791](https://doi.org/10.1159/000190791) (zit. S. 162, 166).
- Frank, Arthur W. (1995), *The Wounded Storyteller: Body, Illness, and Ethics*. Chicago: University of Chicago Press (zit. S. 170).
- Galen, Luke W. und Jim Kloet (2011), „Personality and Social Integration Factors Distinguishing Nonreligious from Religious Groups: The Importance of Controlling for Attendance and Demographics“. In: *Archive for the Psychology of Religion* 33.2, S. 205–228. DOI: [10.1163/157361211X570047](https://doi.org/10.1163/157361211X570047) (zit. S. 164).
- Gerhardt, Uta (1990), „Qualitative Research on Chronic Illness: The Issue and the Story“. In: *Social Science & Medicine* 30.11, S. 1149–1159. DOI: [10.1016/0277-9536\(90\)90255-Q](https://doi.org/10.1016/0277-9536(90)90255-Q) (zit. S. 169).
- Gibbs, Graham R. (2007), *Analyzing Qualitative Data*. The Sage Qualitative Research Kit 6. Los Angeles [et al.]: Sage (zit. S. 173, 174).
- Hill, Peter C. und Kenneth I. Pargament (2003), „Advances in the Conceptualization and Measurement of Religion and Spirituality: Implications for Physical and Mental Health Research“. In: *American Psychologist* 58.1, S. 64–74 (zit. S. 167, 168).
- Hood, Ralph W., Peter C. Hill und Bernard Spilka (2009), *The Psychology of Religion: An Empirical Approach*. 4. Aufl. New York: Guilford Press (zit. S. 162, 163, 168, 192).
- Hydén, Lars-Christer (1997), „Illness and Narrative“. In: *Sociology of Health and Illness* 19.1, S. 48–69. DOI: [10.1111/j.1467-9566.1997.tb00015.x](https://doi.org/10.1111/j.1467-9566.1997.tb00015.x) (zit. S. 169).
- Kahn, Harold A. u. a. (1984), „Association Between Reported Diet and All-cause Mortality: Twenty-one-year Follow Up On 27,530 Adult Seventh-day Adventists“. In: *American Journal of Epidemiology* 119.5, S. 775–787 (zit. S. 163).

- Kelle, Udo und Susann Kluge (2010), *Vom Einzelfall zum Typus: Fallvergleich und Fallkontrastierung in der qualitativen Sozialforschung*. 2. Aufl. Qualitative Sozialforschung 15. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften (zit. S. 170).
- Klein, Constantin, Hendrik Berth und Friedrich Balck, Hrsg. (2011), *Gesundheit – Religion – Spiritualität: Konzepte, Befunde und Erklärungsansätze*. Weinheim [et al.]: Juventa (zit. S. 162).
- Kleinman, Arthur (1980), *Patients and Healers in the Context of Culture*. Berkeley, CA: University of California Press (zit. S. 174).
- Koenig, Harold G., Michael McCullough und David B. Larson, Hrsg. (2001), *Handbook of Religion and Health*. Oxford [et al.]: Oxford University Press (zit. S. 162).
- Lillrank, Annika (2003), „Back Pain and the Resolution of Diagnostic Uncertainty in Illness Narratives“. In: *Social Science & Medicine* 57.6, S. 1045–1054. DOI: [10.1016/S0277-9536\(02\)00479-3](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(02)00479-3) (zit. S. 169).
- Marty, Martin E. (2005), „Religion and Healing: The Four Expectations“. In: *Religion and Healing in America*. Hrsg. von Linda L. Barnes und Susan Starr Sered. Oxford: Oxford University Press, S. 487–504 (zit. S. 171).
- McGuire, Meredith B. (1993), „Health and Spirituality as Contemporary Concerns“. In: *Annals of the American Academy of Political and Social Science* 527, S. 144–154. JSTOR: [1048682](https://www.jstor.org/stable/1048682) (zit. S. 172).
- Mehnert, Anja und Anja Höcker (2011), „Religion und körperliche Gesundheit: Empirische Befunde und Erklärungsansätze“. In: *Gesundheit – Religion – Spiritualität: Konzepte, Befunde und Erklärungsansätze*. Weinheim: Juventa, S. 247–257 (zit. S. 163, 168).
- Murray, Michael (1997), „A Narrative Approach to Health Psychology: Background and Potential“. In: *Journal of Health Psychology* 2.1, S. 9–20. DOI: [10.1177/135910539700200102](https://doi.org/10.1177/135910539700200102) (zit. S. 169).
- Nijhof, Gerhard (2000), *Levensverhalen: Over de methode van autobiografisch onderzoek in de sociologie*. Amsterdam: Boom (zit. S. 173).
- Nohl, Arnd-Michael (2013), *Relationale Typenbildung und Mehrebenenvergleich: Neue Wege der dokumentarischen Methode*. Wiesbaden: Springer VS (zit. S. 170).

- Oman, Doug und Carl E. Thoresen (2005), „Do Religion and Spirituality Influence Health?“ In: *Handbook of the Psychology of Religion and Spirituality*. Hrsg. von Raymond F. Paloutzian und Crystal L. Park. New York: Guilford Press, S. 435–459 (zit. S. 162).
- Pargament, Kenneth I. (2002), „Is Religion Nothing But ... ? Explaining Religion Versus Explaining Religion Away“. In: *Psychological Inquiry* 13.3, S. 239–244. JSTOR: 1449341 (zit. S. 166).
- Popp-Baier, Ursula (2008), „What Matters in Life: Religion As a Source for Constructing Personal Narratives“. In: *Longing in a Culture of Cynicism*. Hrsg. von Stephan van Erp und Lea Verstricht. Wien [et al.]: Lit, S. 109–123 (zit. S. 173).
- Powell, Lynda H., Leila Shahabi und Carl E. Thoresen (2003), „Religion and Spirituality: Linkages to Physical Health“. In: *American Psychologist* 58.1, S. 36–52. DOI: 10.1037/0003-066X.58.1.36 (zit. S. 165).
- Rauck, Richard L. (1998), „Chronic Low Back Pain“. In: *Management of Acute and Chronic Pain*. Hrsg. von Narinder Rawal. London: BMJ Books (zit. S. 173).
- Rubin, Devon I. (2007), „Epidemiology and Risk Factors for Spine Pain“. In: *Neurologic Clinics* 25.2, S. 353–371. DOI: 10.1016/j.ncl.2007.01.004 (zit. S. 172).
- Schütze, Fritz (1983), „Biographieforschung und narratives Interview“. In: *Neue Praxis* 13.3, S. 283–293. URL: <http://nbn-resolving.de/urn:nbn:de:0168-ssoar-53147> (zit. S. 173).
- Sloan, Richard P. (2006), *Blind Faith: The Unholy Alliance of Religion and Medicine*. New York: St. Martin's Press (zit. S. 163–166, 169, 192).
- Sloan, Richard P. und Emilia Bagiella (2002), „Claims About Religious Involvement and Health Outcomes“. In: *Annals of Behavioral Medicine* 24.1, S. 14–21. DOI: 10.1207/S15324796ABM2401_03 (zit. S. 162).
- Sørensen, Torgeir u. a. (2011), „The Relationship Between Religious Attendance and Blood Pressure: The HUNT Study Norway“. In: *International Journal of Psychiatry in Medicine* 42.1, S. 13–28. DOI: 10.2190/PM.42.1.b (zit. S. 162).

- Steiner, Rudolf (1997), *Über Gesundheit und Krankheit: Grundlagen einer geisteswissenschaftlichen Sinneslehre*. 4. Aufl. Dornach: Rudolf Steiner Verlag (zit. S. 172).
- Williams, Gareth (1984), „The Genesis of Chronic Illness: Narrative Reconstruction“. In: *Sociology of Health & Illness* 6.2, S. 175–200. DOI: [10.1111/1467-9566.ep10778250](https://doi.org/10.1111/1467-9566.ep10778250) (zit. S. 169).
- Zittlau, Jörg (2012), *Langweiler leben länger: Über die wahren Ursachen eines langen Lebens*. Gütersloh: Gütersloher Verlagshaus (zit. S. 165).

7. Heilung, Therapie und Charisma in Sufigemeinschaften in Deutschland

Gritt Klinkhammer, Universität Bremen

Zusammenfassung: Der folgende Beitrag beschäftigt sich mit der Bedeutung von Gesundheit und Krankheit sowie Heilung im Islam, insbesondere im Sufismus. Auf der Grundlage eigener historischer und empirischer Studien zu unterschiedlichen Sufigruppen in Deutschland wird ein Einblick in die spezifische Rezeptionsgeschichte des Sufismus in Deutschland gegeben und der Frage nachgegangen, inwieweit der Sufismus in Deutschland insbesondere in Hinblick auf sein Therapie- und Heilungsverständnis geradezu prototypische Formen einer post-säkularen Religion ausgebildet hat.

7.1. Einleitung: Heilung im Islam

Ein vielzitatierter Hadith des Propheten Muhammad besagt, dass Gott gegen jedes Leiden, das er geschaffen hat, auch eine Behandlung zu seiner Heilung bereitgestellt habe (Sahih Bukhari, Bd. 7, Buch 71, **Nr. 582**). In der als kanonisch anerkannten Hadith-Sammlung al-Buharis (gest. 849) wurden die Aussagen und Taten des Propheten im Bereich medizinischer Vorsorge (Hygiene u. ä.), Therapie und Heilung in einem gesonderten Kapitel, dem *Kitab at-tibb*/Buch über die Medizin zusammengefasst. Zwei Jahrhunderte später, als die wissenschaftliche Medizin im arabisch-islamischen Raum über die Übersetzungen von Hippokrates und Galen Einzug gehalten hatte, widmeten sich islamische Religionsgelehrte erneut diesen und anderen Hadithen und fassten sie in Kompendien unter dem Titel *Tibb an-nabi*/Die Medizin des Propheten zusammen (vgl. Bummel 1999, S. 19–30). Diese frühen Texte bilde-

ten reine Sammlungen von Hadithen, in denen es um Fragen der Gesunderhaltung und Ratschläge zur Behandlung von Krankheiten mittels einfacher Heilmittel (z. B. Anwendung von Honig oder Cumin u. ä.) wie auch um Kauteisieren und Schröpfen geht. Daneben werden auch religiöse Heilmethoden wie das Gebet oder die Koranrezitation z. B. gegen den ‚bösen Blick‘ empfohlen.

Die Erstellung von Hadith-Sammlungen zum Thema können sowohl als Reaktion auf die Verbreitung säkularer Medizin griechischer Herkunft verstanden werden als auch auf die islamischen Debatten um die Rechtmäßigkeit von Medizin überhaupt (vgl. Bummel 1999, S. 21; Perho 1995). Da Gott als Urheber alles Geschaffenen gesehen wird – auch von Krankheit, die er als Strafe oder Prüfung einsetze – könnte eine Anwendung von Medizin als Auflehnung gegen den göttlichen Willen verstanden werden. Auch islamische Mystiker lehnten z. T. medizinische Behandlungen ab, weil sie eher auf das Vertrauen in Gott (*tawakkul*) setzten. Andere Religionsgelehrte dieser Zeit zeigten sich aufgeschlossen gegenüber medizinischer Behandlung, schließlich habe auch der Prophet selbst die Medizin gutgeheißen in diesen Hadithen und letztlich hänge der Heilerfolg immer dennoch vom Willen Gottes ab. Zitiert wird in diesem Zusammenhang der Ausspruch, der i. d. R. Muhammad zugesprochen wird, dass das Wissen von zweierlei Art sei: „das Wissen von den Angelegenheiten des Körpers und das von den Angelegenheiten des Glaubens“ (Bummel 1999, S. 22).

Im 14./15. Jahrhundert entstanden dann zunehmend Schriften über die *Medizin des Propheten*, die den säkularen medizinischen Handbüchern nachempfunden waren und eher Kommentierungen der Hadithsammlungen und Koranstellen zum Thema waren.

Die frühen Texte, d. h., die Sammlungen von Hadithen medizinischen Inhalts, waren allerdings zunächst in erster Linie an Religionsgelehrte gerichtet, die diese Texte möglicherweise zu Unterrichtszwecken und als Quellen für die Erstellung von Rechtsgutachten verwendeten, und nicht an den Gläubigen, der religiös unbedenklichen medizinischen Rat suchte. [...] Nach Ibn Khaldun [gest. 1406] faßten die muslimischen Rechtsgelehrten die „Medizin des Propheten“ als Bestandteil der gött-

lich inspirierten Offenbarung auf und sprachen ihr daher gesetzlich bindenden Charakter für die Gläubigen zu. (Bummel 1999, S. 24)

Heute erlebt die Prophetenmedizin, was die Neuauflage der Kompendien in englischer und deutscher Sprache betrifft, einen kleinen Boom (z. B. Khan 2012; Ahmad 2010; Jauziyah 2003; auf dem deutschsprachigen Markt: Jauziyah 2013; Suyuti 2013; Ibrahim Amin 2010). Abnehmer_innen sind heute aber wohl eher die Gläubigen selbst, weniger die Religionsgelehrten oder Religionsgelehrtinnen. Die Diagnose der Besessenheit von bösen Dschinnen, die durch Rezitation von Worten aus dem Koran (*ruqya*) geheilt wird, ist ebenfalls in westlichen islamischen Gemeinden zu finden.¹ Des Weiteren gehört auch bis heute zu u. a. vor Krankheit schützenden religiösen Ritualen die Niederschrift von Koranversen auf Zetteln wie auch das Tragen von Amuletten und Talismanen (*ta'wiz*) mit koranischen Versen, worauf die Auslagen in entsprechenden Moscheen und in Sufihäusern hinweisen (vgl. auch Taweez).

Ein spezifischer Bezug zu Fragen von Gesundheit, körperlich-physischen Wohlbefindens und Krankheit wurde in der sufischen Tradition des Islam ausgebildet. In den sufischen Handbüchern aus dem 10. und 11. Jahrhundert (al-Makki, gest. 996 oder al-Qushayri, gest. 1072) wurde das Konzept der Kontrolle der *an-nafs al-ammara*/des „niederen Selbst“ (Sure 12,53) ausgearbeitet. Hauptaufgabe des Murids ist es über die spirituelle sufische Schulung sein „niederes Selbst“ auszuschalten (vgl. Schimmel 2000, 166 ff.). Eine zu starke *nafs* mache u. U. nicht nur gierig, sondern auch krank. Insbesondere zur Linderung oder Heilung psychischer Probleme, chronischer Erkrankungen und Geisteskrankheiten sollen Therapien und Heilungspraktiken der Sufitradition in speziellen Hospizen bzw. Kliniken vollzogen worden sein (z. B. Hermansen 2007, S. 195). Dabei wurden nicht nur Musiktherapie, Ernährungskunde und individuelle Führung eingesetzt, sondern insbesondere Heilung über die besondere Kraft der *auliya*, der Heiligen bzw. Gottesfreunde gesucht (vgl. Schimmel 2000, S. 72–73).

¹Solche Behandlungen werden weniger an Außenstehende weitergetragen, wurden mir aber berichtet und sind z. B. auch auf Youtube zu finden. Meist scheinen es Frauen zu sein, die als von Dschinnen besessen gelten.

Die dem Sufismus eigene Idee von Heilung über die Transformation der Seele/*nafs* wurde im letzten Jahrhundert in Europa als besonders attraktiv wahrgenommen und rezipiert (vgl. Klinkhammer 2005, 2009b). Dieser Rezeptionsspur möchte ich im Folgenden nachgehen, um damit die spezifische Perspektive auf den Sufismus in Deutschland herausstellen zu können und seine Attraktivität in Bezug auf psychophysische Heilungsprozesse.

Im Folgenden werde ich somit zunächst auf die spezifischen Rezeptionsphasen des sufischen Islams in Deutschland eingehen, die eng mit der post-säkularen Suche nach neuen Formen von Religion, Spiritualität und Heilung verknüpft sind. Und ich werde danach fragen, wie die Ideen spiritueller Therapie und religiöser Heilung mit der Idee religiöser Führung im Sufismus verbunden werden. Dabei zeigt sich m. E. eine prototypische Gestalt post-säkularer Religiosität, in der sich die Legitimierung von Religion über körperlich-seelische Heilungserfahrungen generiert und die Erwartung von Selbstbestimmung und Sinngebung in religiös-charismatischer Bindung und Autorität realisiert. Ich werde insofern im Folgenden darzulegen versuchen, dass und wie der säkulare Kontext Ideen von religiös-spiritueller seelischer und körperlicher Heilung und Therapie sowie von spezifischen Formen religiöser Vergemeinschaftung unterstützt, die beispielhaft für rezente Formen von Religion und Spiritualität im westlichen Sufismus sind.

7.2. Sufismus und seine Rezeption in Deutschland

Sufismus ist ein nicht ganz einfach zu fassendes Phänomen. Der Begriff „Sufi“ wird mittlerweile einhellig von Islamwissenschaftler_innen auf die arabische Form *sufi* zurückgeführt: derjenige, der sich in Wolle kleidet. Die Wollbekleidung bezieht sich wahrscheinlich auf ein asketisches, einfaches Leben.² Warum sich ab dem 4./10. Jahrhundert dieser Begriff durchgesetzt hat, ist aus den Quellen nicht zu erschließen (Massignon und Radtke 2000). Zeitgenös-

²Mit dieser Herleitung sind die Islamwissenschaftler_innen selbst nicht recht zufrieden, da weder der Begriff sehr aussagekräftig ist, noch trugen alle bekannten Gruppierungen dieser Richtung Wolle oder nannten sich danach (vgl. Ess 2001, S. 141 ff.).

sische Sufis selbst gehen auf ihre Weise mit dieser Unklarheit um. Für sie ist der Begriff eine Art „Schlüsselbegriff“, dessen einzelne arabische Buchstaben wiederum auf neue Begriffe hinweisen würden, die den Weg des „Sufi“ aufzeigten: Die vier Buchstaben stehen für die Begriffe: Reinheit (ص/sad: safa), Ausrichtung (و/wau: wafa), Hingabe/Aufgabe des eigenen Wollens (ف/fa': fana) und Gewissheit (ي/ya': yaqin). Aus dem Bemühen um innere Reinheit ergebe sich die rechte Ausrichtung. Dabei ist die Hingabe an den Willen Gottes das Ziel. Daraus wiederum erwachse die Gewissheit über den Sinn des eigenen Seins.³

Den Ergebnissen der historisch islamwissenschaftlichen Forschung zufolge ist zu konstatieren, dass sich der Begriff „Sufi“ erst spät als Sammelbegriff und Selbstbezeichnung für verschiedene asketische Gruppierungen bis hin zur gesamten Askesebewegung durchsetzte. Zunächst nannte sich nur eine kleine Randgruppe im 3./9. Jahrhundert „as-Sufiyya“, die ihre „Liebe zu Gott“ beseelte und Liebespoesie in Lesungen mit Musik und z. T. Tanz zelebrierte. Es gab aber bereits in dieser frühen Zeit unterschiedliche Akzentuierungen der Wege zur „Entwerdung“ in Gott. Während sich die eine Richtung einer emotionalen bis ekstatischen Liebesmystik hingab, betonten andere eine nüchterne, asketische Weltabwendung, psychologische Selbstbeobachtung (Beobachtung der *nafs ammara*) und endloses Gottvertrauen.

Ein zentraler früher Wegbereiter des *tasawwuf* (Sufismus), den fast alle Orden in ihrer *silsila*⁴ als Überlieferer erwähnen (vgl. Schimmel 1995; Trimming-

³So z. B. bei Scheich Abdullah Halis (Halis al-Mevlevi 2002, S. 4–5). Fetullah Gülen, der Namensgeber für die weltweit agierende Koranschulbewegung, nannte seine Anhänger auch „Sophis“ und behauptete, dass das Wort „sufi“ von dem griechischen „sophos“ (Weisheit) abgeleitet sei, was die Islamwissenschaft allerdings ausschließt. Der seiner eigenen sufisch-esoterischen Methode folgende Idris Schah konstatiert, dass „sufiy“ arabisch auch „fromm“ bedeute (Shah 2009, S. 223).

⁴Kette des Scheichs, auf die sich ein Orden jeweils zurückführt. Die Kette geht fast immer auf den 4. Kalifen Ali (hier wird ein mindestens vormalig schiitischer Einschlag aller Orden deutlich) und von da aus auf Muhammed zurück (nur die Naqshibandiyya führt sich auf Abu Bakr zurück). Die *silsila* erfüllt die gleiche Funktion wie der *isnad* für den Hadith (s. Anm. 5): Hier (wie dort) wird die Überlieferungskette, die auf Muhammad zurück verweist, zum Beweis der Echtheit der Aussagen.

ham 1971) ist Djunaïd (gest. 910). Seine Definition von *sufiyya* beschreibt er folgendermaßen:

Das ist das Absondern (des Urewigen) vom Erschaffenen, das Aufgeben von Heimstätten, die Trennung von den Lieben, das Lassen von Einwendungen, das Ablassen von allem, was man weiß oder nicht weiß, und das Verzichten auf alles außer Gott. [...] Es ist das (asketische) Training der Körper mit dem Licht Gottes, das Festhalten an der Sunna Seines Gesandten, das Anschaffen guter Taten im Wunsch nach Gottes Lohn, die ausschließliche Beschäftigung mit Gott, der Kampf mit der Seele auf dem Weg Gottes, das Absehen vom Agieren neben Gott sowie das Andeuten wirklicher Vertrautheit mit Gott. [...] Die Sufiologie [*tasawwuf*, G. K.] ist himmlisches Wissen, nicht ein irdisches, um das sich der Verstand bemühen könnte, um es zu erfassen. Vielmehr ist es die Frucht einer Lauterkeit der Herzen. Sind diese geläutert, so steigen sie auf. Steigen sie auf, so werden sie sicher. Sind sie sicher, so werden sie reich an Erfahrungen. Sind sie reich an Erfahrungen, so erhalten sie Eröffnungen. Aufgrund der Eröffnungen wiederum sehen sie tiefere Zusammenhänge. Ihr Wissen wird der Gottesnähe entsprechend deutlich und bleibt bei Gottesferne undeutlich. Es ist das Verständnis von Gott (*fiqh Allah*) und von der Wissenschaft der Werke, sowie das Wissen um die Gnade und Gottes Überschauen aller Zustände, die Kenntnis seelischer Beklemmung oder seelischen Frohseins und (das Wissen), daß der Mensch in der Gottesnähe von Gott her spricht. (zit. nach Gramlich 1992, S. 23–24)

Der Islamwissenschaftler van Ess deutet den Aufbruch der frühen Sufis aus dem 3./9. Jahrhundert als eine Art „Erweckungsbewegung“, die sich kritisch gegenüber den sich etablierenden Rechtswissenschaften, insbesondere ihrer Anwendung von Hadithen⁵, verhielt. Seine Bedeutung in der Geschich-

⁵Mündliche Aussprüche des Propheten, die nicht im Koran festgehalten wurden. Im 3./4. bzw. 9./10. Jahrhundert wurden diese Hadithe in quasi kanonische Sammlungen niedergeschrieben. Die Hadithe dienten in vielen Fällen zur Stützung regionaler Traditionen und den wenigsten konnte mit Sicherheit Echtheit zugeschrieben werden. Die sich damals entwickelnde und im 10. Jahrhundert in Blüte stehende Hadith-Wissenschaft beschäftigt sich v. a. mit der Frage der Echtheit der Aussprüche, indem sie die Kette der Überlieferer (*isnad*),

te des Islam hat er aber v.a. durch die Entstehung von Bruderschaften, seine weltweite Missionstätigkeit, seinen Moschee- und Medresenbetrieb sowie durch seine Ausbildung von Frömmigkeitsformen wie der Heiligenverehrung und Wundergläubigkeit und von Spiritualitätsformen wie dem *dhikr*/Gottgedenken und der *khalwa*/(40-tägige) Einsamkeitsklausur.

Bezogen auf die gegenwärtige Bedeutung und das Selbstverständnis des Sufismus in Deutschland würde eine rein ideengeschichtliche Betrachtung des Sufismus in islamischen Ländern wohl irreführend oder zumindest wenig aussagekräftig sein; vielmehr muss zum Verständnis in Deutschland seine spezifische Rezeptionsgeschichte im Westen berücksichtigt werden. Ich habe dies an anderer Stelle bereits ausgeführt (Klinkhammer 2009c), und möchte in diesem Rahmen diese nur in seinen Hauptmerkmalen kurz darlegen. Dabei ist die Rezeptionsgeschichte in *drei Phasen* zu unterteilen, die heute alle drei parallel Bedeutung für europäische Muslim_innen und Konvertit_innen haben.

In der ersten Phase der Rezeption, zu Beginn des 19. Jh., wurden insbesondere poetisch-philosophische Texte wahrgenommen und übersetzt, um das religiöse Gefühl der Christenheit zu stimulieren und so die, insbesondere durch evangelische Theologen wahrgenommene, eigene Religionskrise mit einer Besinnung auf eine universale „Mystik“ zu überwinden (so z. B. der Pietist August Tholuck, vgl. dazu Klinkhammer 2009b,c). Sufismus wurde so als theoretisch vorbildliche, wenn auch praktisch eher primitiv-orgiastische Mystik bewertet (vgl. ebd.).⁶ In einer zweiten Rezeptionsphase mehr als 100 Jahre später, die v.a. durch sporadischen direkten Austausch deutscher Rucksackreisender mit einzelnen Sufivertreter_innen in den Herkunftsländern herrührt, stand im Gegensatz zur ersten Phase die rituelle Praxis im Vordergrund. Diese neue Rezeption ab den 1970er Jahren wurde mit einem kirchen- und religionskritischen Impetus verbunden und basierte – ebenfalls – auf der Suche nach neuen Formen der Spiritualität. Sufismus wurde zu diesem Zeitpunkt als Teil

die zu jedem Ausspruch gehört, überprüft.

⁶ Diese Bewertung wurde später auch z. B. von Max Weber in seiner religionssoziologischen Klassifikation übernommen (Weber 1972, S. 336).

körpertherapeutischer Selbsterfahrungspsychologie rezipiert. *Dhikr* – das sufische Gemeinschaftsritual – wurde als eine Technik zur Selbsterfahrung und Selbsttransformation identifiziert. Ein prominentes Beispiel für diese spezifische Übersetzung sufischer Praxis ist das Konzept der „Holotropen Therapie“, das 1978 von Stanislav Grof, dem Mitbegründer der Transpersonalen Psychologie entwickelt wurde. In der Therapie der transpersonalen Psychologie wurde u. a. durch Hyperventilation ein Trancezustand angestrebt, durch den man in Erfahrungsbereiche eintreten könne, die dem Bewusstsein im Allgemeinen nicht zugänglich seien. Das Ziel dieser Technik ist die Bearbeitung und Integration bislang unzureichend integrierter Persönlichkeitsanteile und eine Hinwendung zur Ganzheitlichkeit („holotrop“ aus dem Griechischen: Auf das Ganze hin gerichtet): Durch diesen Zustand werde eine spontane Heilung erreicht, weil der Körper sich in diesem Zustand wieder erinnern und erkennen könne.⁷ Spiritualität ist danach eine Sache des Körpers, die (re-)aktiviert werden könne und solle. Die Anbindung an eine spezifische religiöse Tradition war nicht intendiert. Mit Islam wurden somit auch die spezifischen *Dhikr*-Techniken kaum verbunden. Ein Mitglied der Sufigemeinschaft aus der Linie der Burhaniyya fasst in einem rückblickenden Interview diese Haltung noch aus den frühen 1980ern charakteristisch zusammen:

Also ich habe überhaupt nicht kapiert, dass das Ganze mit dem Islam zusammenhängt. [...] Und dann hörte ich, man kann Sufismus, man kann das alles machen, und man kann die Religion haben, die man möchte. [...] Dass es an den Islam gekoppelt ist und dass es ein Teil vom Islam ist, habe ich erst viel später erfahren. Wir hatten einfach nicht so viel Wissen darüber. Wenn ich damals hätte sagen sollen, welche Religion ich am grässlichsten finde, hätte ich gesagt: den Islam. (Interview Martina/Aischa⁸ Burhaniya 2004)

Bis heute verbinden einige alternative Heiler sufische Ritualpraktiken mit Techniken alternativer Medizin und spiritueller Traditionen wie Yoga, Aiki-

⁷ Diese Idee ist leicht identifizierbar mit dem sufischen Verständnis, dass man zu seinem Ursprung zurückkehren müsse, um wieder ganz bei Gott zu sein.

⁸ Der Name wurde zum Zweck der Anonymisierung geändert.

do oder Reiki.⁹ Auch die Verbindung von transpersonaler Psychologie mit Sufismus hat sich in den USA erhalten. So fungiert beispielsweise der Sozialpsychologe Robert Frager als Scheich Ragip des amerikanischen Zweigs des Helveti-Jerrahi Ordens und Leiter eines Instituts für Transpersonale Psychologie. Eine sehr typische Form der Verbindung von Psychotherapie und Sufismus in den USA konstatiert die Islamwissenschaftlerin Marcia Hermansen (2007). Zentral für die Verbindung westlicher humanistischer wie transpersonaler Psychologie ist außerdem der „Orden des Westens“, der auf der Grundlage der Tradition des indischen Chisti-Ordens in Europa wie in den USA heute unabhängig tätig ist (vgl. zu dieser Gruppe den Beitrag von Nasima Selim, *infra*; Klinkhammer 2009b).

Seit Anfang der 1990er Jahre hat aber auch eine Art Gegenbewegung und dritte Phase – ohne die zweite Phase damit gänzlich abzulösen – eingesetzt: Aus einigen der Selbsterfahrungsgruppen und Landkommunen sind traditionsbewusste sufische Gemeinschaften entstanden, die sich konkreten sufischen Ordensrichtungen aus der islamischen Geschichte angeschlossen haben (z. B. der Burhaniyya, Naqshbandiyya und Mevleviyye). Insgesamt liegt die Anhängerschaft insgesamt schätzungsweise bei unter 10 000 Personen, allerdings beteiligt sich an Wochenendworkshops und anderen Festivitäten zusätzlich ein weiterer Kreis von Sympathisant_innen meist deutscher und nichtmuslimischer Herkunft. In Deutschland haben diese Sufigemeinschaften nicht den gleichen Stellenwert für die islamischen Verbände, den der Sufismus in vielen islamisch dominierten Ländern hat. Die in Deutschland mehrheitlich vertretene türkische islamische Tradition hat keinen offiziellen Kontakt mehr zum Sufismus, da die Sufiorden in der Türkei seit Atatürk (1925) und bis heute verboten sind. Dadurch wurde in Deutschland die Differenzierung und Etablierung der Sufitraditionen v. a. von deutschen Konvertit_innen vorangetrieben. Man kann hierbei eine intensive Suche nach der ‚Authentizität‘ ihrer islamischen Tradition beobachten: Scheichs aus den Her-

⁹So z. B. institutionalisiert als Verbindung von Sufi und Reiki und Sufi und Chi-Yoga im „**Mir Sufi Centre**“ in Wales oder in Deutschland, z. B. im „Sufi Zentrum Rabhaniyya. Europäische Mitte für interspirituelle Begegnung“ als „Hayy-Kraft-Yoga“.

kunftsländern wurden besucht, Reisen in die Herkunftsländer unternommen, Arabischkurse angeboten, (Ritual-)Spezialist_innen aus den Herkunftsländern eingeflogen und Veränderungen nach dem Vorbild der Herkunftsländer eingeführt (vgl. Klinkhammer 2005, 2009a).

7.3. Sufische Heilungspraktiken

Die meisten Strömungen des Sufismus basieren auf der Annahme, dass der physische Körper das Abbild auch eines feinstofflichen spirituellen Körpers und Energiezentrums sei (vgl. Hermansen 2007). Die sog. *lataif* bezeichnen die feinstofflichen Manifestationen, die Abbild und Verbindungsebene eines transzendenten Bereichs der ungeschaffenen, göttlichen Dinge sind. Der biologische und feinstoffliche Körper sei als Ganzes mit Energie umgeben, der Aura, die ebenfalls in Menschen eindringen und positiv zur Heilung und zum Energieausgleich des Körpers (gegen einzelne Schwachstellen) eingesetzt werden könne. Gleichzeitig könne aber der Energiehaushalt des Körpers auch negativ beeinflusst werden könne, weshalb die Frage, mit wem man Umgang hat, welche Eindrücke von außen auf einen einströmen, wichtig für die physische wie seelische Gesundheit des Einzelnen sei. Insbesondere das Kopftuch und die Kippa bekommen unter diesem Gesichtspunkt für Sufianhänger_innen vor allem eine energetische Dimension – weniger eine ethische. So schilderte mir ein Berliner Sufi, sie habe sich zum Schutz vor zu vielen einströmenden Energien beim U-Bahnfahren das Tragen des Kopftuchs angewöhnt und den Unterschied auch gleich gespürt. (*Gesprächsprotokoll II Trebbus* 2004)

Im Zentrum der Regulierung dieses Energiehaushaltes wie auch des physischen Körpers stehen das *Dhikr*-Ritual und der *awrad* – das tägliche Rezitieren der Gottesnamen: mehrere 500 oder 1000 Mal. In diesem Sinne dienen *dhikr* und *awrad* nicht nur dem Gottesdienst, sondern werden auch als Mittel verstanden, die eigene Aura zu verbessern und auch seine Gesundheit und sein Wohlbefinden zu erhalten. Allein durch *dhikr* und *awrad* ist keine Heilung möglich, aber ein physisch geschwächter Körper kann wieder gestärkt wer-

den. Zudem erfordere eine gute Gesundheit die Mithilfe des Patienten bzw. der Patientin und seine/ihre Bereitschaft zu persönlichem Wandel. Insbesondere letzteres wird immer wieder von Sufianhänger_innen thematisiert. Es wird aber ebenfalls betont, dass sufische Heilung ohne qualifizierte Führung undenkbar sei. Allein die Identifizierung der Bedeutung physischer Schmerzen obliegt dem Scheich. Denn Schmerzen können auch als Ausdruck bzw. Begleiterscheinung der inneren Neustrukturierung auf dem sufischen Weg gedeutet werden. So berichtete eine Sufischülerin, dass sie während ihrer „Meditationsaufgaben“ körperliche Beschwerden empfinde und ihr Scheich dies als Erreichen einer neuen Bewusstseinsstufe deute (ebd.). Die spirituelle Führung, der Scheich bringe zudem erst die Fähigkeit mit, die eigentlichen Wurzeln einer Krankheit zu erkennen und so die entsprechenden feinstofflichen Manifestationen im Körper, die *lataif*, zu aktivieren. Dargelegt wird dieser Energiefluss als Lichtstrahl, der unterschieden ist in verschiedene Farben für die unterschiedlichen Körper- und Energiezentren (vgl. z. B. Krieg-Dornbrach 1997). Die Anleitung zur so genannten Lichtglanzmeditation durch den Scheich ist das Mittel, um diese inneren Energiezentren zur Heilung zu aktivieren. Es gibt unterschiedliche Formen dieser Lichtglanzmeditation. Scheich Hisham Muhammad Kabbani, Schwiegersohn und Nachfolger des im Frühjahr 2014 verstorbenen Scheich Nazims der Naqhsbandiyya, beschreibt sie in seinen Ausführungen zur „Spirituellen Heilung“ folgendermaßen:

Durch die Meditation dieser sieben Brennpunkte der *Lataif* wird Energie aktiviert. Dann, wie ein Magnet, ziehen diese aktivierten Brennpunkte mehr Energie von der universalen kosmischen Energiequelle in Gestalt eines winzigen fließenden Lichts auf sich. Die Größe dieser Bereiche hängt von den aktivierten *Latifa* ab, da diese unterschiedlich große Bereiche für unterschiedliche Farb-*Latifa* aktivieren. Abhängig von der Krankheit, aktiviert der Heiler die entsprechende *Latifa*, die dazu gebraucht wird. Im Gegenzug produziert dann die *Latifa* mehr ihrer Energiefarbe, die sie wiederum von der universalen Energiequelle mit demselben Licht anzieht. Das Ergebnis dieser positiven Rückwindung ist ein gewaltiges Ausströmen schimmernder Lichtkugeln, die von der

kosmischen Energiequelle auf den Heiler herabsteigen. Durch diesen Farbenenergiefluss ist der Heiler soweit energetisiert, dass er Hitze aus seinem Körper durch seine Hände ausstrahlt und sich Licht auf seiner Stirn projiziert. Wenn ein Wissenschaftler einen Laser schießt, sendet ein spiritueller Heiler Licht und Energie, die er von der universalen Kraft (force) erhalten hat. Der Heiler massiert die angeschlagenen Bereiche des kranken Körpers und durch die Verbindung der Hitze der Hände mit dem Licht der Stirn beginnt sofort der Heilungsprozess. (Kabbani 1997, eig. Übers.)

Der Scheich weist zudem den/die Schüler/Schülerin und Patienten/Patientin an, jeden Tag einige Stunden alleine zu sitzen und *awrad* zu sprechen. Die Gottesnamen wirkten ebenfalls wie Energiefunken und unterstützten die Zündung für ein stärkeres Fließen der kosmischen Energie. Der Patient/die Patientin fange während dieser Übungen deshalb an zu schwitzen. Ist der Patient/die Patientin geheilt, könne die eigentliche Arbeit des Scheichs mit seinem Schüler/seiner Schülerin beginnen, um seine Persönlichkeit und seinen Energiefluss weiter zu stabilisieren (Kabbani 1997).

Die Beschwerden, die durch eine solche Energie-Therapie zur Heilung gebracht würden, reichen von chronischen Kopfschmerzen und Depressionen bis hin zu Krebsgeschwüren u.ä. 1999 ging der Fall eines Kindes mit einem Tumor hinter den Augen durch die Presse, das seine Eltern zu Scheich Nazim zu seinem ständigen Wohnsitz nach Zypern gebracht haben, weil er die anstehende Operation für unnötig hielt. Das Kind wurde nach langen Verhandlungen schließlich operiert, allerdings zeigt das Beispiel den durchaus umfassenden Anspruch des nun verstorbenen Großscheichs. Entsprechend gibt es auch Berichte von Heilungen durch die Energie-Therapie wie z. B. von einem Mitglied der Mevleviyye, die überzeugt war, dass ihre Augen hierdurch vom grünen Star befreit wurden (vgl. [Gesprächsprotokoll II Trebbus 2004](#)). Auch in den anderen Gruppierungen gibt es solche Erzählungen, allerdings geht es im Alltag eher um psychophysische Heilungsprozesse und der Gang zum Arzt wird nicht verboten. Körperliche Heilung erscheint als individueller Vorgang, der immer auch seelische Reinigung durch die Öffnung zum Weg des Sufis bedeutet.

7.4. Der sufische Modus der Therapie

Die israelische Soziologin Eva Illouz hat in ihrem vielbeachteten Buch *Die Errettung der modernen Seele* (2011) darauf hingewiesen, dass der zu Beginn des 20. Jahrhunderts einsetzende säkular-therapeutische Diskurs heute die Kultur zwischenmenschlicher Beziehungen und der Selbsterzählung grundlegend verändert hat. Illouz fokussiert in ihrem Buch vor allem die Optimierung der Arbeitswelt wie auch die der Zweierbeziehung über diesen Diskurs. Das religiöse Feld bleibt dabei – so auch eine der Grundthesen des dieser Veröffentlichung vorausgegangenen Symposiums – nicht unberührt von diesem dominanten therapeutischen Diskurs. Es löst sich allerdings dabei nicht in Therapie auf – wie Bourdieu (1992) noch mutmaßte –, sondern gestaltet das religiöse Feld in sich um.

Für den hier vorzustellenden Rahmen möchte ich zwei durch Illouz als charakteristisch bezeichnete Umstellungen der Selbstwahrnehmung durch die insbesondere im US-amerikanischen Raum entwickelte „therapeutische Selbsthilfekultur“ betrachten, die sie als mittlerweile „tief internalisiertes kulturelles Schema, das unsere Wahrnehmung unserer selbst und der anderen, unsere Autobiographien und unsere zwischenmenschlichen Interaktionen organisiert“ (Illouz 2011, S. 263).

Dabei stellt sich in diesem Rahmen die Frage, wie sich diese kulturelle Struktur in den Mikropraktiken des sufischen Heilungsdiskurses wiederfindet. Ohne die Komplexität des Argumentationsgangs von Illouz in diesem Rahmen nachzeichnen zu können, ist es doch zentral nachzuvollziehen, dass sie die Umstrukturierung hin zur Dominanz des therapeutischen Diskurses als Verschiebung von vormals als moralisch geltenden Problemen in heilbare Krankheit bzw. Probleme versteht.

(1) Illouz verweist zum einen auf die symbolische Struktur, die für die therapeutische Grunderzählung des Selbst charakteristisch sei: „Die elementare Vision der Gesundheit – die der therapeutischen Erzählung von Selbstbefreiung und Selbstverwirklichung immanent ist – lebt von einer Erzählung der Krankheit“ (Illouz 2011, S. 298).

Die symbolische Erzählstruktur, die damit einhergeht, nennt Illouz die „dämonische Erzählung“: Die Erzählung lebt von einem Leiden, dessen Ursache in einem bösen Prinzip, das sich außerhalb des Subjekts befindet, sei es der Satan oder ein traumatisches Ereignis, liegt. Jenseits des Leidens entwickle sich aber eine Hoffnung auf die Möglichkeit einer zukünftigen Befreiung bzw. Erlösung, es entstehe also gleichzeitig eine Art säkulare Theodizee-Erzählung, die das Hereinbrechen des Bösen in die eigene Biografie zu erklären versucht (Illouz 2011, S. 298).¹⁰ Insofern ist die symbolische Struktur der therapeutischen Erzählung immer bereits auf die Suche nach Sinnhaftigkeit hin angelegt. Entziffert werden können die Zeichen der seelischen Vergiftung aber i. d. R. nur von einem Außenstehenden. Schon die Beichte diene dieser Entzifferung und gleichzeitig als Reinigungsprozess. Auch im säkular-therapeutischen Setting hat sich dieses Muster fortgesetzt.

Solche therapeutischen Erzählmuster finden sich nun nicht nur im Feld säkularer Selbsthilfegruppen, sondern in dieser entmoralisierten und somatisierten Form auch bei sufischen Akteur_innen, insbesondere wenn es um die Konversionserzählung als legitimierende Erzählung für die Wendung hin zum Sufismus geht. Krankheiten und Leiden sind in diesem Kontext dann Ausdruck vormaliger seelisch-spiritueller Probleme; so formuliert es auch die Mevlevi Scheicha Nuriye Krieg-Dornbrach:

So ist Krankheit auch Ausdruck dieser (göttlichen) Vollkommenheit, denn sie steht in einem nicht immer bekannten, aber grundsätzlich begreifbaren Zusammenhang mit unserer Lebenssituation und ist sinnvolle Reaktion auf unbewusste Probleme und Mängel. (Krieg-Dornbrach 1997, S. 53)

(2) Die säkular-therapeutische Erzählstruktur verwandle zudem auch erfolgreiche Biographien in solche, die immer im Werden verweilen; der Akt des

¹⁰Der Soziologe Alois Hahn (1982) hat darauf hingewiesen, dass bereits die Beichte als religiöse Schulung der Selbstkontrolle und Selbstbeobachtung verstanden werden muss, die sich auch im insbesondere pietistischen Protestantismus wie auch heute im therapeutisch säkularen Diskurs fortgeschrieben habe.

Erzählens der Autobiographie selbst ist dann Teil eines solchen Selbstwertungsprozesses. Die Selbstwertung ist nie „abgeschlossen“ und das seelische Leid und seine Bewältigung gehört auf Dauer zu einem konstitutiven Aspekt der Identität (Illouz 2011, S. 305). Das Selbst stelle sich in eine Entwicklung, die grundsätzlich immer optimierbar bleibt, weil in ihr kein substantieller Endpunkt gesetzt ist, den es als das moralisch Allgemeine zu erreichen gelte. Das Selbst erscheint als individueller und autonomer Akteur seines Lebens, und muss lediglich darlegen, dass es beständig an seiner Entwicklung weiterarbeitet (ebd.).

Auch dieses Prinzip ist anschlussfähig an eine post-säkulare Rezeption sufischer Spiritualität. In den Worten von Scheicha Nuriyye formuliert, heißt das:

Das wichtigste Prinzip ist eine annehmende Haltung all dem gegenüber, was man erfährt, bemerkt, empfindet, wahrnimmt. Es gibt kein Richtig oder Falsch! [...] Sinn und Zweck der ganzen Arbeit ist Selbstwahrnehmung und nicht Selbsttäuschung, und deshalb kann alles was bemerkt wird nur positiv sein, denn es vermittelt uns ein weiteres Stück Selbsterkenntnis und mehrt unser Wissen über uns selbst. [...] Letztlich ist es Gottvertrauen, das uns auf diesem Weg immer weiter voranschreiten lässt, so wie Gottvertrauen eine elementare Bedingung für den Weg der Derwische überhaupt ist. (Krieg-Dornbrach 1997, S. 51, 53)

Die dargelegte symbolische Struktur der therapeutischen „dämonischen“ Erzählung findet sich in fast allen Erzählungen meiner sufischen Gesprächspartner_innen. Körperliche Leidensgeschichten, Angsträume, Lampenfieber, Nervosität und andere auch körperlich spürbare Unzulänglichkeitserfahrungen werden in eine Erzählstruktur gekleidet, die durch den Sufischeich bzw. die individuell auferlegten Übungen angeregt wurde und die von einer früheren Inaktivität und einem Nicht-Vertrauen in Gott hin zur heutigen Aktivität führt. Die religiöse Aktivität hat dabei immer auch eine körperlich-spürbare Komponente und steht nie allein als Glaube an eine Schrift oder an eine Person. Scheicha Nuriyye schreibt, es handele sich dabei um eine „Erfahrungsme-

dizin“ (Krieg-Dornbrach 1997, S. 53): Deshalb könne jede_r, der bzw. die das notwendige Interesse aufbringe, damit beginnen. Religion wird somatisiert und damit zu einer spürbaren Dimension. Ohne körperlich-seelisch spürbare Heilungserfahrungen – und seien sie noch so gering – wäre kaum eine meiner deutschen Gesprächspartner_innen bei einer der genannten Sufigruppen. Verkörperung über Heilungserfahrung wird zum Plausibilitätsgrund von Religion. Nur so sind auch die Aussagen von Sufianhänger_innen aus meinem Feld zu verstehen, wie: „Ich bin eigentlich kein religiöser Mensch“ oder „Der Glaube ist erstmal nicht wichtig. Versuch es einfach [den *awrad* und den *dhikr*; G.K.], dann wirst Du sehen.“ (Feldprotokoll Hauliya Haus Schnede 2003)

7.5. Fazit: Zum Zusammenhang von Somatisierung und Charismatisierung post-säkularer Religion

Nun wurde in religionssoziologischer Perspektive bereits geschlussfolgert, dass solcherart Religionsverständnis, der erste Schritt zu ihrer Auflösung sei bzw. als Religiosität ein höchst individuelles Unterfangen bleibe, das sich kaum vergemeinschaften lasse. Therapeutische Autorität bereite letztlich – so der US-amerikanische Soziologe Philip Rieff (2007) – den Weg zur Auflösung von (religiösen) Autoritätsbeziehungen und stehe darum in unmittelbarer Passung zu einem zunehmend subjektivierten Sinnkosmos. Eine Privatisierung religiösen Sinns und eine thematische Verschiebung religiöser Sinninhalte hin zu biografisch orientierten Themen und Problemstellungen hatte bereits Thomas Luckmann (1991) prognostiziert. Hubert Knoblauch (2009) hat diese Beobachtungen dann unter dem Stichwort der „doppelten Subjektivierung“ des Religiösen aufgegriffen: sowohl die Erfahrungsweise wie die Inhalte erhalten in post-säkularer Religiosität eine subjektiv-erfahrbare Komponente. Die Rezeption des Sufismus unter säkularisierten Westler_innen mit Interesse an Selbsterfahrung seit den 1970er Jahren scheint ebenfalls deutlich unter diesem Paradigma zu stehen.

Ein zentraler Unterschied, den Rieff zwischen therapeutischem Anspruch und spirituell-subjektivem Sinnkosmos ausmacht, basiert auf dem unter-

schiedlichen Umgang mit Autorität. Während in der psychotherapeutischen Praxis der Therapeut/die Therapeutin als vorübergehende Projektionsfläche und wichtige Beziehungsperson fungiere, das Ziel aber gelte, letztlich ohne Führung selbstbestimmt sein Leben zu meistern und weiter an seiner Entwicklung zu arbeiten, sei im neuen spirituellen Sinnkosmos kein solcher Schlusspunkt angelegt (Rieff 2007, S. 195 ff.). Insofern bedeute nach Rieff der post-säkulare ‚Wiedereinzug‘ der Idee der körperlich-seelischen Heilung im Modus therapeutischer Selbstfindung gleichzeitig die Wiederentdeckung (religiös-)charismatischer Autoritäten – nicht als revolutionäre moralische Führungsgestalten für ein Kollektiv, sondern vielmehr als individuelle Seelenführer_innen und ‚Spürer_innen‘ für die Bewältigung der Komplexität und Unübersichtlichkeit der privaten inneren Welt.

Die Somatisierung des Religiösen im Modus therapeutischer Erzählung kann insofern einerseits als diesseitsgebundener post-säkularer Umgang mit Religion begriffen werden. Gleichzeitig erscheint für diese diesseitig-körpergebundene Religiosität eine unberechenbare (Re-)Charismatisierung religiöser Vergemeinschaftung die plausibelste. Die religiöse Autorität des Scheichs in den Sufigemeinschaften ist immer auch ein mit Geheimnis umwobenes Thema: Alle Aktivitäten und alle Konzentration richtet sich auf die Beziehung zum eigenen Scheich – zumindest ist das die mythische Kollektivverzählung. Ist der Scheich abwesend, werden Rituale und Techniken erlernt, wie die Bindung über die *rabita* Scheich (Meditation auf den Scheich) gehalten werden kann. Letztlich scheint die gemeinsame Bindung an eine Person, dessen Fähigkeiten als charismatisch (außeralltäglich) gelten, die eigentümliche Verbindung von therapeutischer Nichtgerichtetheit und religiöser Bindung möglich zu machen.

Literatur

Ahmad, Yusuf al-Hajj (2010), *The Islamic Guideline on Medecine*. Houston, TX: Dar-us-Salam (zit. S. 201).

- Bourdieu, Pierre (1992), „Die Auflösung des Religiösen“. In: *Rede und Antwort*. Frankfurt am Main: Suhrkamp, S. 231–237 (zit. S. 211).
- Bummel, Julia (1999), „Zeugung und pränatale Entwicklung des Menschen nach Schriften mittelalterlicher muslimischer Religionsgelehrter über die ‚Medizin des Propheten‘“. Diss. Hamburg: Universität Hamburg (zit. S. 199–201).
- Ess, Josef van (2001), *Theologie und Gesellschaft im 2. und 3. Jahrhundert Hidschra: Eine Geschichte des religiösen Denkens im frühen Islam*. Bd. 1. Berlin und New York: De Gruyter (zit. S. 202).
- Gramlich, Richard (1992), *Islamische Mystik: Sufische Texte aus zehn Jahrhunderten*. Kohlhammer: Kohlhammer (zit. S. 204).
- Hahn, Alois (1982), „Zur Soziologie der Beichte und anderer Formen institutionalisierter Bekenntnisse: Selbstthematisierung und Zivilisationsprozess“. In: *Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie* 34, S. 407–434 (zit. S. 212).
- Hermansen, Marcia (2007), „Religious and Cultural Aspects of Islamic Sufi Healing“. In: *Cultural Healing and Belief Systems*. Hrsg. von James D. Pappas, William E. Smythe und Angelina Baydala. Calgary, AB: Detselig, S. 193–205 (zit. S. 201, 207, 208).
- Ibrahim Amin, Abu'l-Mundhir Khalil ibn (2010), *Die Jinn und menschliche Krankheiten: Heilmittel im Lichte des Qurans und der Sunnah*. Bonn: Rauda (zit. S. 201).
- Illouz, Eva (2011), *Die Errettung der modernen Seele: Therapien, Gefühle und die Kultur der Selbsthilfe*. Berlin: Suhrkamp (zit. S. 211–213).
- Jauziyah, Ibn Qayyim al (2003), *Healing with the Medicine of the Prophet (saw)*. Houston, TX: Dar-us-Salam (zit. S. 201).
- (2013), *Die Krankheit und die Heilung*. Berlin: Islamische Schriften Verlag (zit. S. 201).
- Kabbani, Schaykh Hisham Muhammad (1997), *Spiritual Healing in the Islamic Tradition*. URL: <http://www.naqshbandi.org/events/benson/paper.htm> (besucht am 03.09.2013). Nicht mehr verfügbar (zit. S. 210).

- Khan, Wazir Ali (2012), *Towards Understanding Tib-e-Nabavi: Medicine of the Prophet (saw)*. Kindle Edition. Uxbridge: Selbstverlag (zit. S. 201).
- Klinkhammer, Gritt (2005), „Traditionalising Spirituality: The Burhaniya Sufi Order in Germany“. In: *Islam and the New Europe: Continuities, Changes, Confrontations*. Hrsg. von Sigrid Nökel und Levent Tezcan. Yearbook of the sociology of Islam 6. Bielefeld: Transcript, S. 263–282 (zit. S. 202, 208).
- (2009a), „Sufism Contextualized: The Mevlevi Order in Germany“. In: *Sufism Today: Heritage and Tradition in the Global Community*. Hrsg. von Catharina Raudvere und Leif Stenberg. London: Tauris, S. 209–226, 248–249 (zit. S. 208).
 - (2009b), „Sufismus im Westen: Entwicklungen, Strukturen, Organisationen“. In: *Die unbekannte Seite des Islam: Rollen und Positionen des Sufismus*. Hrsg. von Lidwina Meyer. Rehberg-Loccum: Evangelische Akademie Loccum, S. 105–131 (zit. S. 202, 205, 207).
 - (2009c), „The Emergence of Transethnic Sufism in Germany: From Mysticism to Authenticity“. In: *Sufis in Western Society: Global Networking and Locality*. Hrsg. von Markus Dreßler, Ron Geaves und Gritt Klinkhammer. London: Routledge (zit. S. 205).
- Knoblauch, Hubert (2009), *Populäre Religion: Auf dem Weg in eine spirituelle Gesellschaft*. Frankfurt am Main: Campus (zit. S. 214).
- Krieg-Dornbrach, Nuriyye (1997), *Das heilende Licht*. Trebbus: Institut für Islamstudien (zit. S. 209, 212–214).
- Luckmann, Thomas (1991), *Die unsichtbare Religion*. Frankfurt am Main: Suhrkamp (zit. S. 214).
- Massignon, Louis und Bernd Radtke (2000), „Tasawwuf“. In: *Encyclopedia of Islam*. 2. Aufl. Bd. 10. Leiden [et al.]: Brill, S. 313–317 (zit. S. 202).
- Perho, Irmeli (1995), *The Prophet's Medicine: A Creation of the Muslim Traditionalist Scholars*. Studia orientalia 74. Helsinki: Finnish Oriental Society (zit. S. 200).
- Rieff, Philip (2007), *Charisma: The Gift of Grace, and How It Has Been Taken Away From Us*. New York: Vintage Books (zit. S. 214, 215).
- Schimmel, Annemarie (1995), *Mystische Dimensionen des Islam: Die Geschichte des Sufismus*. Frankfurt am Main: Insel (zit. S. 203).

- Schimmel, Annemarie (2000), *Sufismus: Eine Einführung in die islamische Mystik*. München: Beck (zit. S. 201).
- Shah, Idries (2009), *Die Sufis: Botschaft der Derwische, Weisheit der Magier*. 11. Aufl. München: Diedrichs (zit. S. 203).
- Suyuti, Imam as (2013), *Die Medizin des Propheten: Tibb un-Nabawi*. Wuppertal: Cordoba-Buch (zit. S. 201).
- Trimingham, J. Spencer (1971), *The Sufi Orders in Islam*. Oxford: Clarendon Press (zit. S. 203).
- Weber, Max (1972), „Religionssoziologie“. In: *Wirtschaft und Gesellschaft: Grundriß der verstehenden Soziologie*. Hrsg. von Johannes Winckelmann. 5. Aufl. Tübingen: Mohr, S. 245–381 (zit. S. 205).

Unveröffentlichtes Quellenmaterial

- Feldprotokoll Hauliya Haus Schnede, 2003.
- Gesprächsprotokoll II Trebbus, 2004.
- Halis al-Mevlevi, Scheich Abdullah (2002): Versenkung und Extase: „Schmeckt vom reinen Trunk der Liebe“, Protokoll eines Wochenendseminars zur Einführung in Formen des dhikr (Rifa'i, Qadiri und Mevlevi) in Kall-Sötenich. Sufi-Archiv Trebbus.
- Interview mit Martina/Aischa (Burhaniyya), 2004.

8. Therapeutisch-religiöse Ritualperformanzen im sufischen Kontext: Das Beispiel Oruç Güvenç

Robert Langer, Universität Bayreuth

Zusammenfassung: Der folgende Beitrag beschäftigt sich mit Oruç Güvenç und seiner Gruppe TÛMATA, mit der er in Westeuropa mehrtägige „Wirbeltanznächte“ mit anschließenden Workshops veranstaltet. Anhand der vom Autor beobachteten Wirbeltanznächte und Workshops am Institut für medizinische Psychologie der Universität Heidelberg sowie anhand weiteren Feldmaterials von der Gruppe aus der Türkei wird analysiert, inwiefern diese Workshops als körper- und erfahrungsbezogenes sowie therapeutisches religiös-spirituelles Angebot begriffen werden können.

8.1. Einleitung

Ein wichtiger Akteur im „sufischen Feld“ Westeuropas, insbesondere Deutschlands, ist Oruç Rahmi Güvenç.¹ Zusammen mit seiner Frau und der Kerngruppe TÛMATA sowie zahlreichen Schülern aus verschiedenen Ländern Europas und Asiens veranstaltet er sufische Kollektivrituale (*Zikir*-Rituale oder auch *Sohbet*-Lehrgespräche; vgl. bspw. Güvenç 2006a), Konzerte bzw. „Sema-Abende“ (z. B. Güvenç 2006c) und Workshops (vgl. bspw. Güvenç 2000). In Westeuropa sind dies meist sogenannte „Wirbeltanznächte“ mit anschließenden vertiefenden Workshops; in der Türkei Drehtanzrituale, die mehrere Tage und Nächte andauern.² In diesem Beitrag werden vor allem sei-

¹Zu Oruç Güvenç ist bisher in der Forschungsliteratur wenig zu finden. Für eine frühe Erwähnung s. Schießmann 2003, S. 34–35, 198 (Literatur zu Güvenç).

²Diese Rituale finden in den letzten Jahren regelmäßig in einem Veranstaltungshaus nahe der türkischen Stadt Yalova statt. In Internet-Nachrichtenportalen und auf YouTube gibt

ne in regelmäßigen Abständen in Heidelberg am Institut für medizinische Psychologie stattfindenden Veranstaltungen die Materialgrundlage darstellen (bspw. Güvenç 2006b), daneben aber auch Feldforschungsmaterial von Aktivitäten Güvençs in der Türkei. Wie diese Fälle belegen, kommt hier ein körper- und erfahrungsbezogenes religiöses bzw. therapeutisches Angebot zustande, das von einer sehr heterogenen Gruppe in unterschiedlicher Intensität genutzt wird. Im Zentrum steht die Musik von Güvenç und seiner Gruppe TÛMATA, der unter dem Schlagwort „Altorientalische Musiktherapie (AM)“ von Oruç Güvenç und seiner Frau Andrea Azize heilende Wirkung zugesprochen wird. Dies wird verstärkt durch die Einbindung in einen akademisch-medizinischen Kontext innerhalb der Universität.³ Hierbei hat in den letzten Jahren eine Verschiebung von rezeptiven hin zu partizipativen Formen körperlich-emotionaler Somatisierung religiös-weltanschaulicher bzw. heilungsbezogener Dimensionen durch die Teilnahme am Drehtanzritual ‚Sema‘ stattgefunden. In der Analyse dieses Therapieangebots sollen einerseits die durch Güvenç und seine Frau in Publikationen, Ansprachen und Interviews thematisierten religiös-kulturellen Diskurselemente, andererseits die in den Performanzen praktizierten Formen (Musik, Lieder, Instrumentierung, performative Elemente) auf ihre Relevanz für eine körperbezogene Konstruktion religiös-weltanschaulicher Wirklichkeit hin untersucht werden. Ebenso soll kontrastiv aufgezeigt werden, wie durch Prozesse von Ritualtransfer das Angebot in türkeittürkischen anders als in westeuropäischen Kontexten moduliert werden kann (zu Ritualtransfer s. Langer u. a. 2006).

es zahlreiche Pressemitteilungen und Dokumentationen (vgl. Anadolu Ajansı 2010b). Das Musikrepertoire ist publiziert als TÛMATA 2007. Allerdings hat die Beobachtung gezeigt, dass sich nicht strikt an das vorliegende „Liederbuch“ gehalten wird. Insbesondere werden von verschiedenen musizierenden Teilnehmern oft andere Musikstücke eingebracht.

³Bevorzugt wird von manchen Akteuren in letzter Zeit der allgemeinere Begriff „Ethno-Musiktherapie“. Diese wird in dem zugehörigen Wikipedia-Artikel komplett mit der „altorientalischen Musiktherapie“ gleichgesetzt ([Ethno-Musiktherapie](#), besucht am 20. August 2014), obwohl es doch ein wesentlich breiteres Spektrum an auch mit musikalischen Elementen arbeitenden „Ethnotherapien“ gibt; vgl. Gottschalk-Batschkus und Green 2002.

In den letzten Jahren habe ich die Aktivitäten Oruç Güvenç und seiner Gruppe TÛMATA ritualwissenschaftlich untersucht und dabei auch aus islamwissenschaftlicher Perspektive kulturhistorisch kontextualisiert.⁴ Zurück geht mein Interesse an dieser zeitgenössischen Form türkischen Sufitums auf eine frühe Begegnung mit Schülern von Oruç Güvenç noch während meines Studiums und später im Rahmen meiner alevitentumsbezogenen Forschungen. Ich nutzte die Gelegenheit, mit ihm und einem seiner früheren Anhänger, Gerhard (damals zusätzlich noch Kadir) Tucek (vgl. Güvenç und Tucek 2000), ein weiterer Protagonist im Bereich sufisch inspirierten Heilens, eine Reise durch Westanatolien zu unternehmen. Zweck der Reise für Oruç Güvenç war es, historisch mit dem anatolischen Derwischwesen verbundene Orte und ‚heilige Stätten‘, wie Heiligengräber und Derwischkonvente zu besuchen, um sich Anregung für seine eigenen Aktivitäten einzuholen.⁵ Ich hatte dabei die Gelegenheit, als Forscher an den verschiedensten Aktivitäten teilzunehmen, die er teilweise mit seiner Gruppe TÛMATA durchführte. In Istanbul und seinem westanatolischen Geburtsort Tavşanlı begleitete ich ihn darüber hinaus zu Stätten, die für seine Biografie und religiöse Sozialisation relevant sind.

Ein anderer Kontext, der gegenüber dem türkischen bedeutsame Unterschiede aufweist, ist Deutschland, speziell der Raum Mannheim-Heidelberg. Hier ist Oruç Güvenç seit Jahren regelmäßig aktiv, einerseits im Mannheimer Sufizentrum „Gayanshala“,⁶ andererseits im Rahmen des Instituts für medizinische Psychologie der Universität Heidelberg, dessen Leiter Prof. Dr. Rolf

⁴Vgl. Langer 2011; hier auch Einordnung in das zeitgenössische Sufitum in der Türkei und in Westeuropa sowie Angaben zu Verbindungen in die deutsche universitäre Medizinspsychologie und Therapeutenszene; mit weiteren Literaturangaben. Es handelt sich bei meinen Forschungen zu diesem Fallbeispiel um kein gesondertes Forschungsprojekt. Die punktuellen Erhebungen, Materialsammlungen und Ritualteilnahmen habe ich in Deutschland und der Türkei neben meiner eigentlichen Forschungsarbeit zu alevitischen Ritualen im Rahmen des Heidelberger Sonderforschungsbereichs 619 „Ritualdynamik“ durchgeführt.

⁵Zur Rolle des Sufis bzw. Derwisches als Heiler im „traditionellen“ Volksislam siehe die sehr knappe Darstellung bei Heine und Assion 2005, S. 33.

⁶Vgl. den Bericht einer Schülerin von Oruç Güvenç: Özelsel 2009. Zu Özelsel siehe auch Schleßmann 2003, S. 34–35: „Michaela Özelsel ist Schülerin von Prof. Dr. Rahmi Oruç Güvenç“.

Verres er freundschaftlich verbunden ist. Die dortigen Veranstaltungen habe ich über die Jahre mehrmals teilnehmend beobachtet und insbesondere eine sogenannte „Wirbeltanznacht“ im Jahre 2009 komplett per Video dokumentiert.⁷ Im Zentrum meines Interesses standen bisher Ritualtransferprozesse in der Performanz dieser Gruppe sowie kulturhistorisch-religiöse Legitimierungsdiskurse durch die Protagonisten.

Auch wenn Oruç Güvenç insbesondere in einer Phase seiner Aktivität den Heilungsanspruch seiner musikalisch-rituellen Aktivität durchaus in den Vordergrund gestellt hat, habe ich erst angeregt durch die Einladung von Gritt Klinkhammer zur Tagung „Somatisierung des Religiösen“ (Hannover 2013) und zu dieser Publikation begonnen, den Heilungsaspekt stärker in den Blick zu nehmen.

Bei der Behandlung dieses Fallbeispiels erscheint es naheliegend, von „Religiösem“ und dessen „Somatisierung“ zu sprechen. Die Diskurse und Narrative sind voll von Bezügen auf allgemein als religiös klassifizierte kulturelle Formen wie ‚Schamanismus‘, ‚Derwischwesen‘ bzw. islamische Mystik und insbesondere ‚Islam‘. Weiterhin ist die ‚Körperarbeit‘ ein zentrales Anliegen der Aktivitäten der Gruppe. Ganz deutlich wird dies im Kontext des ‚Wirbeltanzrituals‘, das regelmäßig ganze Nächte, manchmal aber auch über einige Wochen durchgeführt wird (wobei die Teilnehmer mit Pausen über den ganzen Zeitraum musizieren bzw. tanzen); aber auch bei individuell praktizierten asketischen „Rückzugsritualen“, sogenannten *Halvets*, die vor allem der individuellen Initiation dienen. Da *Halvets* naturgemäß unter Ausschluss der Öffentlichkeit stattfinden, konnte ich diese individuellen Initiationsrituale nicht dokumentieren. Ergänzend ist festzuhalten, dass meine Interviews bisher vor allem mit den zentralen Protagonisten stattfanden. Der Bereich der „Gelegenheitsteilnehmer“ und somit des quantitativ bedeutsameren Involviertenkrei-

⁷Sowohl meine in der Türkei wie auch die in Deutschland aufgenommenen Videodokumentationen sind im Video- und Bildarchiv der Universitätsbibliothek Heidelberg HeidICON vollständig archiviert. Wegen zu schützender Persönlichkeitsrechte sind diese nicht öffentlich zugänglich, können aber bei glaubhaftem wissenschaftlichem Interesse unter Vorbehalt eingesehen werden.

ses steht leider noch aus. Dies würde ein eigenständiges Forschungsprojekt erfordern.

Blickt man auf den Aspekt der Heilung und Therapie, so ist der Befund weniger klar, als in Bezug auf „das Religiöse“ und den Körper bzw. die Somatisierung des Religiösen. Ausgehend sowohl von den verschriftlichten Selbstdarstellungen der Güvençs wie auch von den beobachteten Praktiken kann man mit Lüddeckens (2012) am ehesten von „körperbezogenen Selbsterfahrungs-techniken“ sprechen. Obzwar die von Güvenç propagierte „Altorientalische Musiktherapie“⁸ den Begriff „Therapie“ im Namen trägt, so vermeidet Güvenç insbesondere in den letzten Jahren offenbar konkrete, auf einzelne Personen bezogene und durch ein explizites ‚Framing‘ eindeutig als solche gekennzeichnete Heilrituale. Dies drückt sich auch in der Distanzierung von seinem früheren Schüler, Gerhard (Kadir) Tucek aus, der versucht hat, die „Altorientalische Musiktherapie“ über ein eigenes Institut in Österreich (vgl. Tucek 2002) und nun als Lehrstuhlinhaber in das dortige Universitäts- und Gesundheitssystem zu integrieren. Er hat dabei die Praxis soweit vom sufisch-religiösen Kontext gelöst, dass eine Akzeptanz in einem säkularen Gesundheitssystem möglich wird. In einer jüngeren Publikation argumentiert er, dass in diesem Kontext ein klassisches Lehrer-Schüler-Verhältnis wie im Derwischwesen hier nicht durchführbar wäre.⁹ Konsequenterweise war Letzterer auch zur ers-

⁸ Diese wird im türkischen Kontext übrigens nicht als „altorientalisch“, sondern als „Türk Müzik {ve Hareket} Terapisi“, also „Türkische Musik- {und Bewegungs-}Therapie“, bezeichnet. Während „altorientalisch“ hier auf einen diffusen bzw. sehr weit gefassten Orientbegriff rekurriert, umfasst das „Türk“ für den türkischsprachigen, in der Türkei sozialisierten Hörer alles Türkische im pan-türkischen Verständnis, also insbesondere das ‚Urtürkische‘ „alttürkisch“-zentralasiatischer Kultur. Bereits in dieser durchaus unterschiedlichen Terminologie zeigt sich, wie die Praxis auf unterschiedliche Teilnehmergruppen – hier Europäer, dort in der Türkei Sozialisierte – moduliert wird.

⁹ S. Tucek 2007, S. 40: „Oruc Güvenç [...] versteht die AM [= Altorientalische Musiktherapie] als Teil eines sufisch-mystischen Weges [...]. Ich selbst habe viele Jahre diese Sicht geteilt, bis mich 1996 meine Aufgabe als Studiengangsleiter dazu zwang, auch andere Sichtweisen in meine Überlegungen miteinzubeziehen. Damals stand ich vor der schwerwiegenden Entscheidung, die formale Verantwortung dafür zu übernehmen, MusiktherapeutInnen oder Sufis auszubilden. Aufgrund immer häufigerer Kritik am damaligen Ausbildungssystem der

ten deutsch-türkischen Musiktherapeutentagung am Orient-Institut Istanbul eingeladen, wo Oruç Güvenç keine Rolle spielte.¹⁰ Trotz seiner Versuche, sich auch als medizinischer Psychologe auszuweisen, ist Oruç Güvenç in Hinblick auf die Integration seiner Aktivitäten in einen klinischen Kontext nicht erfolgreich gewesen.¹¹ Dennoch versucht Oruç Güvenç weiterhin, seine Tätigkeit durch die Organisation eigener heilungs- und therapiebezogener Tagungen und Kontakte zum klinisch-medizinischen (wie auch gesundheitspolitischen) Feld zumindest in der Türkei zu legitimieren (vgl. Presseberichte wie Anadolu Ajansı 2010b, Yılmaz und Karaca 2010). Generell steht aber in der Praxis und in der Rhetorik der sufische Weg der Meister-Schüler-Beziehung im Vordergrund. Allerdings gibt es unter den Bedingungen einer ‚Multi sided‘-Tätigkeit Güvençs und der auch in der Türkei sich individualisierenden Lebenswelten viele Teilnehmer, die diesem religiös-therapeutischen Angebot nur lose und punktuell verbunden sind.

Über Oruç Güvenç als Person und seine Biografie bzw. das durch seine Frau aufgebaute Heiligennarrativ habe ich bereits in meinem oben genannten Artikel berichtet (Langer 2011; als Quelle vgl. besonders Güvenç 2007). In aller Kürze sei darauf verwiesen, dass es sich hierbei um eine hochinteressante und für die Kultur- und Religionsgeschichte der Türkei der letzten fünfzig Jahre exemplarische Biografie handelt. Ausgehend von einer „Wiederentdeckung“ der kulturellen Ressourcen der islamischen Mystik im Rahmen einer türkeispezifischen „68er“-Kultur repräsentiert Oruç Güvenç in Weltsicht und Habitus

‚Schule für Altorientalische Musiktherapie‘ hatte ich meine universitären Studien wieder aufgenommen [...]. Das Ergebnis war die Differenzierung zwischen sufischem Einweihungsweg und einer Therapeutenausbildung.“

¹⁰S. Şahin 2012. Allerdings ist in dieser Filmdokumentation der Beitrag von Tucek auch nicht zu sehen. Der unpublizierte Mitschnitt seines Vortrags wurde mir dankenswerterweise von PD Dr. Martin Greve, Referent am Orient-Institut Istanbul, zur Verfügung gestellt. Auch wenn das Fehlen einer modernen musiktherapeutischen Ausbildung in der Türkei beklagt wird (vgl. Anadolu Ajansı 2010a), wird Musiktherapie in der Türkei durchaus praktiziert und wird als aktiv-partizipative Therapieform beispielsweise im ostanatolischen Diyarbakır bei der Rehabilitation von Drogenabhängigen eingesetzt; s. Anadolu Ajansı 2009.

¹¹Allerdings hat 2010 das türkische Gesundheitsministerium ein Album mit „gesundheitlich wirksamem“ klassischem Musikmaterial herausgegeben; s. ANKA [Haber Ajansı] 2010.

das teilweise widersprüchliche Bild Türkei-türkischer Identität zwischen den Polen von Nationalismus, Pantürkismus und islamischer Spiritualität.¹²

8.2. Heilung, Therapie, Ritual, Religion?

8.2.1. *Religiös-kulturelle Diskurselemente*

Eine zentrale Rolle spielen in den Legitimationsdiskursen, die in verschiedenen von seiner Frau Andrea Azize Güvenç verfassten Büchern publiziert sind, religiöse Bezüge. Religiös gerahmt werden die allgemeinen musikalischen Selbsterfahrungstechniken hier durch den durchgehenden Verweis auf den zentralasiatischen Schamanismus und seine „jahrtausendealte Tradition“, auf die islamische Mystik und das Derwischwesen, die diese in sich aufgenommen habe sowie auf ‚Islam‘ generell, in einem klassischen Sinne durch Koran- und Prophetenzitate. Auch die Gespräche mit Güvenç bringen eine türkisch-islamische Weltsicht zutage, die sehr dominant ist, auch wenn gelegentlich darauf verwiesen wird, dass der „mystische Weg“ grundsätzlich in allen Religionen vorhanden und prinzipiell möglich sei.

Legitimation erlangt er insbesondere durch ethnisch-religiöse Authentizität in der Person des „Sufimeisters“ und Türken mit eurasisch-türkischen bzw. zentralasiatischen Vorfahren (Vater tatarisch, Mutter kirgisisch). Allerdings hat er sich auch durch eine Dissertationsschrift (akademisch) legitimiert. Diese wurde zwar in einer Abteilung für klinische Psychologie eines Universitätskrankenhauses erstellt, enthält auch einen praktischen, klinisch-psychologischen Anhang, ist jedoch über weite Strecken eine kulturgeschichtliche Arbeit (Güvenç 1985).

8.2.2. *Performative Elemente (Musik, Lieder, Instrumentierung, Tracht, Tanz)*

Das musikalische Repertoire der Gruppe TÛMATA wird in der Regel in einem zweigeteilten Programm dargeboten. Im ersten Teil werden eher folkloristi-

¹²Vgl. auch seine autobiografische Selbstdarstellung in einem Interview bei Bıyıklı 2009.

sche Lieder und Tänze verschiedener Turkvölker performiert. Darunter können durchaus, ethnolinguistisch etwas großzügig ausgelegt, auch Mongolen und iranischsprachige Tadschiken subsumiert werden. Wichtig ist in erster Linie die zentralasiatische Herkunft, bei der die alte schamanische Tradition der entsprechenden Völker immer wieder thematisiert wird, auch wenn es sich oftmals um schlichte Volkslieder handelt. Ein Schamanentanz, der aber gesanglich durch die „Basmala“-Formel ‚islamisch‘ legitimiert wird, leitet zum zweiten Teil des Programms über, der sich der sufischen Musik, v. a. aus der Mevlevi-Tradition (hier auch Einführung des Drehtanzes) widmet. Dieses Programm wird als öffentliche Bezahlveranstaltung den eigentlichen Drehtanzritualen, die in der anschließenden Nacht stattfinden, vorgeschaltet. Die präsentierte Musik wird auch zur Selbstanwendung mit Anleitung in Büchern mit auf CD beigegebenen Liedbeispielen angeboten. Die Instrumentierung speist sich aus der Instrumentensammlung des TŪMATA-Instituts, die musikethnologisch durchaus interessantes Material aus den Reisen Güvençs bietet. Historisch vergleichbar ist diese Herangehensweise mit der Aneignung „ethnischer“ Musik und Musiktechniken im Westen seit den 1970er Jahren (die zur Etablierung des Konzeptes „Weltmusik“ geführt haben); nur kann im türkischen Kontext diese zentralasienfokussierte Aktivität als „Wiederentdeckung“ der „eigenen“ Tradition verstanden werden. Es ist festzuhalten, dass die Einübung eines Instrumentes zentraler Bestandteil der Lehre Oruç Güvençs darstellt. Dass dieses z. T. langjährige Einüben der Beherrschung eines Musikinstruments ein somatischer, somatisierender Prozess ist, der entscheidend zu einem persönlichen Habitus beiträgt, ist evident. Darüber hinaus werden der Habitus und die Performanz auch durch das Anlegen von zentralasiatischer oder zumindest in irgendeiner Form „orientalischer“ Tracht durch die Beteiligten in Aufführungen und auch im Ritual bestimmt. Zumindest eine orientalische Kopfbedeckung zu tragen scheint wenigstens für die nicht-orientalischen Beteiligten obligatorisch. Einige türkeistämmige Sufimusiker aus dem Mannheimer Sufizentrum „Gayanshala“ entziehen sich jedoch dieser Kostümierung. Sie sind wohl durch ihre Herkunft ausreichend legitimiert. Das auf dem Boden Sitzen ist weiterhin ein nicht unerheblicher Teil der Hab-

itualisierung, den Adepten durchlaufen und praktizieren müssen, auch wenn dies Mitteleuropäern wie auch in Mitteleuropa sozialisierten Menschen orientalischer Herkunft gelegentlich schwerfällt. Schließlich fungieren Tänze als Teil des performativen Repertoires, wobei der Drehtanz vorherrschende Form ist.

8.2.3. *Körperbezogene Konstruktion religiös-weltanschaulicher ‚Wirklichkeit‘*

Im Mittelpunkt der sogenannten „Wirbeltanznächte“ wie auch der „Sieben Tage sieben Nächte“- (s. TUMATA 2007) oder „Vierzig Tage vierzig Nächte“-*Semas*¹³ steht der Drehtanz (*Sema*), der als „authentisches Sufi- und Schamanenritual“ vermittelt wird. Durch das religiöse *Framing* der Wirbeltanznächte mittels islamischer Gebetsformeln werden diese aus Sicht Güvençs eindeutig als „islamisch“ konnotiert, auch wenn dies in Deutschland sicherlich nicht allen TeilnehmerInnen klar ist. Aus deren Sicht trägt die Formulierung islamischer Gebete eher zu einer Authentifizierung des Gesamtrituals bei. Ein sufigischer Habitus wird durch die Regeln des Ritualeinstiegs induziert: Vor dem Beginn des individuellen Tanzens sollen der Ritualplatz und insbesondere der Ritualleiter durch eine Prostrationsgeste begrüßt und damit seine Erlaubnis an der Teilnahme erlangt werden, wie auch in der kurzen Anleitung zu Beginn der Nacht erläutert wird. Neben dem Singen der sogenannten „Mantras“ und „İlahis“ werden gelegentlich auch Atemtechniken in den als sufisches „Zikir“ aufgefassten Drehtanz integriert. Solche Körperpraktiken speisen sich einerseits aus dem Repertoire der Derwischrituale unterschiedlicher Richtungen, sind andererseits jedoch den oftmals aus der Therapeutenszene kommenden deutschen TeilnehmerInnen (es sind tendenziell etwas mehr Frauen als Männer aktiv beteiligt) auch aus anderen Selbsterfahrungskörpertechniken vertraut.¹⁴ So bezeichnet sich die Heidelberger Gastgeberin der Ritualnächte, die

¹³Ein Pressebericht über eine solche Vierzig-Tage-vierzig-Nächte-Zeremonie, die auch bei Yalova, Türkei, stattgefunden hat, ist Özden 2007.

¹⁴Als Beispiel für die Darstellung der „Altorientalischen Musiktherapie (AM)“ in entsprechenden Publikationsorganen im Internet vgl. Eigenmann 2009. Zur erstmaligen Diskussion der

Therapeutin Sabine Rittner, selbst als Schülerin von Felicitas Goodman, die im vergangenen Jahrhundert bis zu ihrem Tod schamanische Tranceinduktion durch Musik und Körperhaltungen in Workshops gelehrt hat. Rittner gibt dieses Wissen in eigenen Workshops am Institut für medizinische Psychologie an Interessierte weiter.

8.2.4. Heilung in der Selbstdarstellung Güvençs

Im Folgenden soll insbesondere anhand der Selbstdarstellung Güvençs und seiner Therapie-Ansätze in dem von ihm und seiner Frau Andrea Azize Güvenç geschriebenen Buch *Heilende Musik aus dem Orient* die Eigensicht der maßgeblichen Akteure dargestellt werden. Neben der therapeutischen Bedeutung der Rezeption der angewandten Musik, insbesondere pentatonischer Skalen, wird hier vermehrt auf die therapeutischen Effekte des Tanzes verwiesen. Beispielsweise:

Die Überkreuzbewegungen der Füße und Arme [hier bei uigurischen Tänzen] haben starke Wirkungen auf die Integrationsleistungen des Gehirns. [...] Durch den Kontakt mit den weichen, fließenden Bewegungen kann man diese Eigenschaften auch in sich selbst wachrufen – anstatt Härte, Starrheit und Unnachgiebigkeit stellen sich Flexibilität, Liebe und Toleranz ein. (Güvenç und Güvenç 2009, S. 43)

Betont wird hier der Einfluss von musikinduzierten körperlichen Aktionen auf kognitive und emotionale Zustände bzw. Prozesse.

Zur Rolle des Therapeuten/Sufis schreibt Andrea Azize Güvenç¹⁵ im Zusammenhang mit einem Lied zu einem Text von Yunus Emre:

AM im Kontext der etablierten deutschsprachigen Musiktherapie siehe Oberegelsbacher und Timmermann 1999. Eine Erwiderung durch die Heidelberger medizinischen Psychologen, die mit Oruç Güvenç regelmäßig zusammenarbeiten, ist Rittner und Verres 2000. Es existiert auch eine unveröffentlichte Masterarbeit, die ebenfalls in Heidelberg an einer privaten Fachhochschule entstanden ist: Haarer 2010.

¹⁵ Die deutschsprachigen Texte sind von Güvençs Frau Andrea Azize auf der Grundlage der Unterrichtung durch ihren Mann Rahmi Oruç verfasst. Sie leiht gewissermaßen „dem Meister“ ihre Stimme, bleibt aber als Autorin durchaus erkennbar.

Sich selbst kennenzulernen, mit allen Facetten seines Wesens, und diese anzunehmen, zu integrieren, wenn nötig zu transformieren ist Aufgabe eines Sufis und nicht zuletzt auch das, was ein Therapeut bei seinem Patienten zu erreichen versucht. (Güvenç und Güvenç 2009, S. 52)

Das Heilen wird vor allem über die Ausführung der Rituale, speziell der „Sufi-rituale“ vermittelt, „da die Liebe zu Musik und Tanz tief in uns Menschen angelegt ist und somit auch heilend auf uns wirkt.“ Gesang und Tanz dienen dazu, „sich dem Heiligen zu nähern und das Heilige erfahrbar, spürbar werden zu lassen.“ (Güvenç und Güvenç 2009, S. 51)

Als Selbsttherapie und als „Heilung von den Gebrechen dieser Welt“ wird der sufische Weg der „Selbstachtsamkeit“ empfohlen.

Wenn wir nicht in Übereinstimmung mit dem Leben, für das wir geboren wurden, finden wir keine Befriedigung. Das gilt es herauszufinden – und Rituale können uns dabei unterstützen. [...] Rituale [...] helfen, Ängste zu bekämpfen sowie mit Depressionen und anderen Erkrankungen umzugehen. (Güvenç und Güvenç 2009, S. 53)

Zu konkreten Heilungen wird allerdings zurückhaltender formuliert: Bei den z. T. mehrwöchigen Drehtanzritualen „hatten wir Gelegenheit, zahlreiche Heilungsprozesse zu beobachten und die verbindende Kraft eines Rituals zu spüren.“ (Güvenç und Güvenç 2009, S. 56) Konkrete Heilungen werden selten thematisiert.

Konkrete Heilungsgeschichten werden eher in die Vergangenheit verlegt, spielen sich offenbar im Nachgang des Rituals und außerhalb der direkten Beobachtung durch den Heiler ab und fungieren vor allem als Teil des Heilgennarrativs um Oruç Güvenç; so die Geschichte der „Heilung“ eines depressiven jungen Mannes, der sich nach dem Anhören einer Improvisation durch Güvenç nach einigen Tagen als geheilt zurückmeldet (Güvenç und Güvenç 2009, S. 36–37).

8.2.5. Ausbildung oder Initiation? Modifikation des Angebots nach kulturellem Hintergrund der TeilnehmerInnen

Andrea Azize Güvenç verweist im Anhang zu ihrem Buch *Heilende Musik aus dem Orient* auf die Problematik, dass eine ‚Verwestlichung‘ der „traditionellen Art zu lehren“ im Rahmen des sufischen Systems ihres Mannes, das auf einem andauernden Lehrer-Schüler-Verhältnis beruhe, nicht möglich ist bzw. gescheitert ist. Eine Akademisierung und Anpassung an säkular-gesetzliche Vorschriften und Ausbildungssysteme werde dem nicht gerecht; „es finden sich zwar Teile wieder, doch wird der Weg in seiner Ganzheit nicht repräsentiert“ (Güvenç und Güvenç 2009, S. 134). Zuerst stünde „die direkte Erfahrung“ am Anfang; und in der Tat findet die Sozialisierung in die Gruppe, „das Lernen“, durch mimetische Performanz „über Ausprobieren, Zuhören, Zuschauen und Imitieren“ statt (ebd., S. 135). Dies ist ohne weiteres als Kritik an den Aktivitäten Gerhard Tuceks zu verstehen, die „Ethnomusiktherapie“ im Fachhochschulkontext zu akademisieren.

Im Anhang zu ihrem zitierten Buch beschreibt Andrea Azize Güvenç die sogenannte „Ausbildung“ zur „Altorientalischen Musiktherapie“ aus ihrer und ihres Mannes Sicht; man kann aber hier durchaus von einer postmodernen, individualisierten Initiation sprechen: Sie betont, dass jeder diesen Weg der Schulung beginnen kann, ohne spezielle Vorkenntnisse zu haben. Sie schreibt weiterhin: „Die persönliche Entwicklung und der Dienst am Instrument, an der Musik und am Überpersönlichen halten einander die Waage.“ In der Tat ist das Hauptangebot von Oruç Güvenç zunächst das Erlernen eines Instruments in dem besonderen Setting seiner auch philosophisch-religiösen Unterweisung. Weiter führt sie aus: „Die Methoden der AOM sind nicht affekt- und konfliktorientiert, sondern basieren auf der Vorstellung der Transformation“, soll heißen zu einem dem Sufiweg entsprechend befähigten Menschen. „Es werden harmonische, schöne Klänge und Rhythmen gespielt. Durch das Zusammenfließen von verschiedenen Aspekten kann man einen Zugang zu einer Lebensweise gewinnen, die man nicht nur in den beruflichen, sondern auch in den privaten Alltag integrieren kann.“ (alle Zit. Güvenç und Güvenç 2009, S. 135) Angeboten wird also nicht unmittelbare

Heilung, sondern die Befähigung, mit ‚dem Leben‘ auf neue Art umzugehen.

Inhalt der sogenannten „Ausbildung“ ist u. a. das Erlernen traditioneller Instrumente und des dazugehörigen Liedrepertoires in Verbindung mit dem Kennenlernen der spirituellen Dimensionen „der Tradition“, aber auch der Einsatz von schamanischer Trance und anderen bewusstseinsverändernden Ritualen, also keine eigentlichen, konkreten Heilungsstrategien. Zentral angeführt wird das sufische Konzept der „Philosophie der Einheit“ (*waḥdat al-wuḡūd*), wobei dies alles als integrationsfähig in andere therapeutische Systeme beschrieben wird (Güvenç und Güvenç 2009, S. 136). Wie man den Biografien der engeren Schüler von Oruç Güvenç entnehmen kann, kann also gleichsam nebenbei und begleitend eine Initiation erlangt werden, die dann in individuellen Ritualen zwischen Meister und Schüler durchgeführt wird.

Eine kulturspezifische Modulation des Angebots lässt sich sowohl in den Performanzen, wie sie einerseits in Deutschland, andererseits in der Türkei stattfinden, beobachten. So enthält das Repertoire bei Performanzen in Deutschland teilweise andere und auch spezifisch „europäische“, aber auch „exotischere“ Lieder (z. B. mongolische, performiert durch eine mongolische, in Deutschland ansässige Adeptin von Oruç Güvenç).

In der Türkei kommt bei sogenannten Sufireisen der Besuch von Heiligengräbern und Derwischkonventen mit Wallfahrts- und sufisch-musikalischen Ritualen für türkische Adepten hinzu, wo diese ihre „eigenen“ spezifischen Wallfahrtsrituale „wiederentdecken“ und performieren können. Europäische TeilnehmerInnen können hier wiederum sich einem türkischen religiösen Habitus sozusagen *in situ* mimetisch annähern. Die Modifikation der Musik mit europäischen Anklängen im deutschen Kontext und das türkischere Repertoire in der Türkei sind natürlich auch unter dem Gesichtspunkt professioneller Performanz zu sehen: Oruç Güvenç ist durchaus ein fähiger konzertanter Musiker, der hier professionell agiert.¹⁶

¹⁶Auf diesen Aspekt der Ästhetik hat mich Nasima Selim (Doktorandin, Institut für Ethnologie, FU Berlin, Projekt „Sufi Healing Practices in Berlin“) hingewiesen, die dankenswerterweise ihre Forschungsergebnisse im Gespräch mit mir geteilt hat.

8.3. Fazit

Mit Bezug auf die Forschungsfragen der Tagung, in dessen Kontext dieser Beitrag entstanden ist, lässt sich abschließend sagen, dass in den Performanzen von Oruç Güvenç kulturspezifisch gelenkte „Aufmerksamkeit auf den Körper“ im Sinne eines „spezifisch modernen Modus der Individualisierung“ stattfindet.¹⁷ Diese wird allerdings in einem zeitlich begrenzten Kollektivritual realisiert, das temporäre Ritualgemeinschaften konstituiert, die in größeren Abständen in wechselnden Besetzungen zusammentreten. Eine feste Gruppe im Sinne einer lokalen Gemeinde lässt sich in diesem Fallbeispiel nicht umreißen.¹⁸

Eine „körperlich-emotionale Dimension zur Konstruktion und Plausibilisierung religiöser Wirklichkeit (Somatisierung)“ ist somit nachweisbar. Realisiert wird diese Somatisierung mittels des Erlernens eines orientalischen Instruments, des Anlegens orientalischer Tracht und der Anpassung an, dem sufischen Ritualkontext gemäße, spezifische Körperhaltungen und -bewegungen (Sitzen auf dem Boden, Bewegungen zu den Musikstücken, Prostrationsgesten, Drehtanz). Ein Bezug zu ‚Islam‘ wird hier in einem verflüssigten und entgrenzten Modus in der Kombination mit therapeutisch-heilungsbezogenen Diskursen möglich. Physische wie psychische Heilung erscheint – sofern sie sich konkret bei einem Teilnehmer einstellt – als folgerichtig, weil prinzipiell im Ritual angelegt, wenn auch nicht im Einzelnen bzw. jeweils konkret angestrebt. Konkrete Versuche der therapeutischen Anwendung werden durch gegenwärtige oder ehemalige Schüler von Oruç Güvenç ohne dessen Beteiligung, quasi durch ihn delegiert in anderen Kontexten, wie

¹⁷Die folgenden Zitate sind dem Konferenz-Abstract entnommen.

¹⁸Nützlich für meine Überlegungen war das von Michael Stausberg modifizierte Konzept der „Community of practice“. Dieses ursprünglich in der Industriesoziologie entwickelte Modell lässt sich nach Stausberg produktiv auch auf ‚traditionelle‘ Ritualgemeinschaften anwenden, aber wohl genauso oder sogar naheliegender auf die hier beschriebenen temporär zusammentretenden Gruppen; entsprechen sie doch dem Kontext beispielsweise eines Versicherungsunternehmens insoweit, als die darin agierenden Individuen auch nur eine begrenzte Zeit ihres Alltagslebens darin agieren. S. Stausberg 2001.

z. B. in einer Berliner Psychotherapeuten-Praxis vollzogen.¹⁹ Ähnliches konnte bereits für den nun ehemaligen Anhänger von Güvenç, bei Gerhard Tucek (siehe oben), beobachtet werden. Es bleibt festzuhalten, dass nicht zuletzt durch das charismatische Auftreten Oruç Güvençs, seine unermüdliche Tätigkeit und seine starke Integrationsfähigkeit bezüglich unterschiedlichster gesellschaftlicher und kulturell-religiöser Kontexte, hier seit Jahren ein konstantes Angebot im therapeutisch-religiösen Feld aufrechterhalten wird, das noch nicht die entsprechende wissenschaftliche Aufmerksamkeit erfahren hat, aber weitere Erforschung geradezu herausfordert.

Literatur

- Anadolu Ajansı (2009), *Madde Bağımlısı Çocuklar Müzikle Tedavi Ediliyor*. 18. 06.2009. Netgazete.com. URL: <http://netgazete.com/> (besucht am 14. 07.2010) (zit. S. 224).
- (2010a), *Müzikle Tedavide Uzman Sıkıntısı Yaşanıyor*. 03. 02.2010. NTVMSNBC. URL: <http://ntvmsnbc.com> (besucht am 14. 07.2010) (zit. S. 224).
 - (2010b), *[Yedi] 7 Gün [Yedi] 7 Gece Sema Yaptılar*. Gazeteport. URL: http://arsiv.gazeteport.com.tr/NEWS/GP_528414 (besucht am 14. 07.2010) (zit. S. 220, 224).
- ANKA [Haber Ajansı] (2010), *Sağlık Bakanlığı, 'Şifa' Niyetine Türküler Albümü Çıkkardı*. 15. 03.2010. Zaman Online: İnternetin İlk Türk Gazetesi. URL: <http://www.zaman.com.tr/> (besucht am 14. 07.2010) (zit. S. 224).
- Bıyıklı, Mahmut (2009), *Dr. Oruç Güvenç: 'Musiki Âşıkın Aşkını, Fâsıkın [sic; Fâsikin] Fıskını Artırır'*. 27.12.2009. Haber Kültür. URL: <http://www.haberkultur.net/> (besucht am 14. 07.2010) (zit. S. 225).
- Eigenmann, Walter (2009), *Harmonisierung von Körper und Geist*. 14.10.2009. Glarean Magazin. URL: https://glareanverlag.wordpress.com/2009/10/14/oruc-guvenç-heilende-musik-aus-dem-orient_aom-tuerkei/ (besucht am 14. 07.2010). [Rez. v.: Güvenç und Güvenç 2009] (zit. S. 227).

¹⁹ Ich danke auch hier Nasima Selim (Berlin) für den Hinweis auf diese Erkenntnis aus ihren Berliner Forschungen.

- Gottschalk-Batschkus, Christine E. und Joy C. Green, Hrsg. (2002), *Handbuch der Ethnotherapien = Handbook of Ethnotherapies*. Im Auftr. v./On behalf of: Ethnomed-Institut für Ethnomedizin e.V./Ethnomed-Institute for Ethnomedicine (München). Hamburg: BoD Print on Demand (zit. S. 220).
- Güvenç, Rahmi Oruç (1985), „Geschichtlicher Abriss der Musiktherapie im Allgemeinen und im Besonderen bei den Türken und ihr heutiger Stand“. Diss. Istanbul: Universitätsklinik Cerrahpasa, Abteilung für Klinische Psychologie. Überarbeitete Übersetzung der Dissertation [Kopie Schreibmaschinenskript, 1989] (zit. S. 225).
- (2000), *Musik und Tänze der Sufis und zentralasiatischer Schamanen & Alt-orientalische Musiktherapie: Konzert am Freitag, 1. 12. 2000, 20.00 Uhr, Workshop vom 2.–3.12.2000*. Flugblatt. Heidelberg: Förderverein Zukunftsmusik (zit. S. 219).
 - (2006a), *Dr. Oruc Güvenc, Sufimeister, Schamane, Musiktherapeut und Psychologe. Sohbet – ein Lehrgespräch mit dem Meister mit Musik und Poesie. Ein richtiger Hinweis zur rechten Zeit kann viele Lebensprobleme lösen helfen*. Plakat. Ludwigshafen: Kunstatelier (zit. S. 219).
 - (2006b), *Konzert: Musik und Tänze aus Zentralasien & Sufi-Musik mit Dr. Oruc Güvenc und Musikern der Gruppe TÛMATA. Volks- und Liebeslieder aus Zentralasien und der Türkei & Musik der drehenden Derwische und anderer Sufitraktionen. Sa., 18.12.2006, 20.00 Uhr*. Flugblatt. Heidelberg: Förderverein für Medizinische Psychologie, Ethnomedizin und Musiktherapie e.V. am Institut für Medizinische Psychologie der Universitätsklinik Heidelberg (zit. S. 220).
 - (2006c), *Sema-Abend: Musik und Heiltänze der Sufis. Güvenc, Oruç mit Tümta und Hosh Neva*. Flugblatt. Ludwigshafen: Musikverein Gayanschala (zit. S. 219).
 - (2007), *Hey Reisender, hey Reisender: Eine Reise durch islamische Welten und orientalisch-musiktherapeutische Landschaften*. Istanbul: TÛMATA (zit. S. 224).
- Güvenç, Rahmi Oruç und Andrea Azize Güvenç (2009), *Heilende Musik aus dem Orient: Vom traditionellen Wissen der Schamanen und Sufis zur praktischen Anwendung altorientalischer Musiktherapie*. (+ 60-minütige CD mit Klängen

- zur Harmonisierung von Körper und Geist). München: Südwest (zit. S. 228–231).
- Güvenç, Rahmi Oruç und Gerhard Kadir Tucek (2000), *[Vortragsmitschnitt]*. Audiokassette. Penzberg: ZIST (zit. S. 221).
- Haarer, Nina (2010), „Altorientalische Musiktherapie: Entwicklung und aktueller Stand“. Betreuung: Beate Baumgarth. Magisterarb. Heidelberg: SRH Hochschule Heidelberg, Fakultät für Musiktherapie (zit. S. 228).
- Heine, Peter und Hans-Jörg Assion (2005), „Traditionelle Medizin in islamischen Kulturen“. In: *Migration und seelische Gesundheit*. Hrsg. von Hans-Jörg Assion. Berlin und Heidelberg: Springer, S. 29–45 (zit. S. 221).
- Langer, Robert (2011), „Transfer Processes within Sufi Rituals: An Example from Istanbul“. In: *European Journal of Turkish Studies* 13, S. 2–15 (zit. S. 221, 224).
- Langer, Robert u. a. (2006), „Transfer of Ritual“. In: *Journal of Ritual Studies* 20.1, S. 1–10 (zit. S. 220).
- Lüddeckens, Dorothea (2012), „Religion und Medizin in der europäischen Moderne“. In: *Religionswissenschaft*. Hrsg. von Michael Stausberg. Berlin und Boston: De Gruyter, S. 283–297 (zit. S. 223).
- Oberegelsbacher, Dorothea und Tonius Timmermann (1999), „Altorientalische Musiktherapie: Eine kritische Betrachtung“. In: *Musiktherapeutische Umschau: Forschungen und Praxis der Musiktherapie* 20, S. 203–215 (zit. S. 228).
- Özden, Tuba (2007), *[Kırk] 40 Gün [Kırk] 40 Gece Sema Ve Müzik, Şifa Niyetine*. 27. 08. 2007. Aksiyon: Haftalık Haber Dergisi. URL: <http://www.aksyon.com.tr/> (besucht am 14. 07. 2010) (zit. S. 227).
- Özelsel, Michaela Mihriban (2009), „Unter Derwischen“. *Sufi-Rituale heute*. Mannheimer Institut fuer Integration und interreligioesen Dialog e. V. URL: http://www.institut-mannheim.de/index.php?option=com_content&view=article&id=127&Itemid=144 (besucht am 30. 07. 2012) (zit. S. 221).
- Rittner, Sabine und Rolf Verres (2000), „Zum Beitrag: ‚Altorientalische Musiktherapie – eine kritische Betrachtung‘, in MU 20, 203–215 (3/99)“. In: *Musiktherapeutische Umschau: Forschung und Praxis der Musiktherapie* 21, S. 271–272 (zit. S. 228).

- Şahin, Özay (2012), *Erfahrungsaustausch Deutsch-Türkischer Musiktherapie (Istanbul, 25.–26. Mai 2012): Ein Film*. Bearb. von Martin Greve. Istanbul: Orient-Institut; Max Weber Stiftung; Deutsche Geisteswissenschaftliche Institute im Ausland; Hochschule Magdeburg-Stendal (zit. S. 224).
- Schleißmann, Ludwig (2003), *Sufismus in Deutschland: Deutsche auf dem Weg des mystischen Islam*. Kölner Veröffentlichung zur Religionsgeschichte 33. Köln, Weimar und Berlin: Böhlau (zit. S. 219, 221).
- Stausberg, Michael (2001), „Kohärenz und Kontinuität: Überlegungen zur Repräsentation und Reproduktion von Religion“. In: *Kontinuitäten und Brüche in der Religionsgeschichte: Festschrift für Anders Hultgård zu seinem 65. Geburtstag am 23.12.2001*. Hrsg. von Michael Stausberg, Olof Sundquist und Astrid van Nahl. Reallexikon der germanischen Altertumskunde: Ergänzungsbände. Berlin und New York: De Gruyter, S. 596–619 (zit. S. 232).
- TÜMATA, Türk Musikisini Araştırma Grubu (2007), *Sema: 7 Gün 7 Gece 7 Days 7 Nights 7 Días 7 Noches 7 Tage 7 Nächte, Lalita, Spain (20.11.2007–07.12.2007)*. Sultanahmet/Istanbul: TÜMATA (zit. S. 220, 227).
- Tucek, Gerhard (2002), „Altorientalische Musiktherapie“. In: *Handbuch der Ethnotherapien = Handbook of Ethnotherapies*. Hrsg. von Christine E. Gottschalk-Batschkus und Joy C. Green. Im Auftr. v./On behalf of: Ethnomed-Institut für Ethnomedizin e. V./Ethnomed-Institute for Ethnomedicine (München). Hamburg: BoD Print on Demand, S. 237–252 (zit. S. 223).
- (2007), „Ausgewählte Aspekte des Kulturtransfers: Ethno-Musik-Therapie im Wandel“. In: *Die Maske: Zeitschrift für Kultur- und Sozialanthropologie* 1, S. 39–42 (zit. S. 223).
- Yılmaz, Aynur und Zeynep Karaca (2010), *Müzikle Şifanın Buluşma Noktası: TÜMATA*. Yeni Şafak. URL: <http://yenisafak.com.tr/> (besucht am 14. 07. 2010) (zit. S. 224).

9. Sufi Body Practices and Therapeutic Politics in Berlin

Nasima Selim, Freie Universität Berlin

Abstract: Berlin, the so-called atheistic capital of the world, is known for its thriving complementary and alternative medicine practices, as well as the proliferation of old and new religions/spiritualities with their focus on healing. Religious and therapeutic politics operate as material practice, as illustrated by the Sufi body practices in the city. Based on twelve months of doctoral fieldwork, I argue that the subtle energy centers (*Lataif*) in classical and contemporary Sufi texts are enacted differently in these contemporary Sufi practices. The Berlin Sufi networks share a persistent focus on the 'body' in their therapeutic politics, in spite of the differences in their engagement with the symbolic and corporeal repertoire of Sufism. There is not one but multiple Sufi bodies in practice: the fusion body of Sufi Yoga, the collective sensuous body of Universal Sufi dances, and the hybrid Sufi-Shamanic body of Sufi music therapy. This chapter describes how classical subtle, energy body discourses might inform these bodies, and how the bodies themselves emerge out of interactions with specific body postures, breathing exercises, collective dance steps, the aesthetic listening to music or active movements with music. The diverse therapeutic politics of Sufi bodies engage in several innovations, as products or services in the religious and therapeutic marketplaces as well as beyond the marketplace in 'non-market forms of sociality'. Sufi bodies and their therapeutic politics in practice illustrate how they mobilize multiple discourses and techniques, connect histories and places, and engage with other kinds of practices and concepts: in the centrality of the 'body' in their practices of the social, and in the dissolution of 'traditional' borders of the practice fields of religion and medicine in the 'post-secular' city.

How, exactly, do corporeal ‘practices’ mediate social meanings and even transform them (or vice versa)?

(Coakley 2000, p. 8)

Just as it is true that everything symbolizes the body, so it is equally true (and all the more so for that reason) that the body symbolizes everything else.

(Douglas 2001, p. 123)

Asking the question ‘What is a body?’ ... is a way of *shifting the grounds* on which questions about the reality of bodies may be posed. It moves us to a place where gathering *knowledge* – whether objective or subjective – is no longer idolized as the most important way of relating to and being in the world. We all *have* and *are* a body. But there is a way out of this dichotomous twosome. As part of our daily practices, *we also do (our) bodies*. In practice we enact them.

(Mol and Law 2004, p. 45)

9.1. Enacting/knowing Sufi bodies in practice

Berlin is a city of multiple identities. Represented at times as the “world capital of atheism” (Berger 2001, p. 195; Zenk 2012), it is also described as the ‘spiritual capital of Europe’, harboring positive and negative ‘energies’. Temur, a Turkish migrant and spiritual advisor in a Haqqani Naqshbandi¹ Sufi center, expressed his admiration and exasperation with the positive and negative energies in the city respectively:

¹The Naqshbandi *tariqa* (a path or way, and a practical method) was established by the end of the 15th-century as one of the most dominant Sufi networks in Central Asia and branched

Berlin is the spiritual center of Europe ... also the center of negativity (*Negativität*) ... Satanism, black magic, Scientology ... and also Love Parade ... Love Parade! It is not about love, but drugs, negative energy. I feel tired when I go out for shopping ... Greed ... Spirituality means one must look beyond material things (*Hinter die Dinge schauen*)! (Field-note excerpts from a Sunday evening, July 14, 2013)

The city's religious and therapeutic marketplace confronts consumers and seekers with numerous *Angebote* (offers). Complementary and alternative medicine (CAM) practices thrive, as well as a number of old and new religious and spiritual practices focused on healing. Financial exchange for religious-therapeutic goods as well as “non-market forms of sociality” (Palmer 2011) define the marketplace and constitute the practices that move within and beyond the city's *spiritual-therapeutic economy*. Surviving both its highly politicized atheist (secularist) reputation and the proliferation of its non-secular others, as the spiritual center of Europe Berlin can be conceived of as a ‘post-secular’² city where an invigorated religious and therapeutic politics operate

out to Sunni strongholds in India and the Ottoman Empire (Anjum 2006, pp. 245–46; Campo 2009, p. 517). The branches of the Naqshbandis are numerous with a wide variation in practices. The contemporary Berlin centre is part of the transnational Haqqani Naqshbandi order popularized by the late Shaykh Nazim (b. Cyprus, 1922–2014; cf. Geaves 2001).

²Since Habermas’ (2001) post 9/11 coinage of the controversial term ‘post-secular’ to address the ‘return of religion’ in public life in affluent societies in the contemporary “West”, there have been a series of debates and publications for and against mobilizing the term in critical social theory. In what is considered the ‘postsecular turn’, i.e. “the rapid development of post-secularist perspectives on theory, culture and politics,” McLennan (2010, pp. 18–19) argues that post-secularism is inherently intra-secular rather than anti-secular. Barbato und Kratochwil (2009), on the other hand, envisions a post-secular political order, summarizing the resurgence of religion in terms of three key debates around its challenges to the ‘Western’ secularist-liberal project: a) as the Huntingtonian ‘clash of civilizations’, b) as a criticism of ‘modernity’, and c) as a questioning of the traditional public/private distinction. It is not within the scope of this chapter to present an elaborate review of the ‘post-secular’. But Habermas’ post-secular society can serve as a diagnosis of contemporary Berlin as a city with a proliferation of religious and therapeutic discourses and practices, which, following the demise of the socialist state, are possibly having an impact on secularization, as well as challenging the dominance of the neoliberal order. See Gorski et al.

as material practice, as evidenced by the innovations and *bricolage* in Sufi body practices³ in the city.

9.1.1. The therapeutic, corporeal turn

In following the Sufi body practices in a particular place (Berlin), my intention is to use the concept of *therapeutic politics* (Stein 2011) in a specific mode, referring to the constraining nature as well as the productivity of the formulation *therapeutic culture* (Swan 2010), of which Berlin is a case in point. Therapeutic culture refers to the “intensification and proliferation of [psycho-]therapeutic ways of thinking [and practice]” that characterizes contemporary societies in the ‘West’ (Swan 2010, p. 3). There are other formulations, such as, “the age of therapism,” the rise of the therapeutic state, the proliferation of the therapeutic ethos, and the emergence of the “therapeutocracy” (Weldon 1999; Nolan 1998; Chriss 1999, cit. in: Swan 2010, p. 3).⁴ Scholars are documenting what is known as the “therapeutic turn” in a variety of social fields, for example the British education system (Ecclestone und Hayes 2009, cit. in Hyland 2013). Rose (1989) famously argued that the growth of psychology (in numerous forms of psychotherapies and an ever increasing public demand) has reconfigured personhoods—and not necessarily for the better (cit. in Stein 2011, p. 188).⁵ Regarding the impact of psychological/therapeutic

(2012) for a recent review of the post-secular question in terms of understanding religion in contemporary societies and Podolinská (2010) on religion in post-secular, post-communist (post-socialist might be more correct) Europe.

³The term ‘practices’ can refer to many things, including practices of argumentation, rhetoric and imagination (Utriainen 2011). In this chapter, I emphasize the specific physical practices of embodiment in Sufi body practices.

⁴These formulations refer to the proliferation of psychotherapeutic thinking and practices situated in the contemporary West, and not to all kinds of treatment modalities worldwide. Nguyen’s (2010) *therapeutic citizenship* stands somewhat apart from these formulations, since it was developed in the context of HIV/AIDS treatment politics in West Africa. The ‘therapeutic’ in his formulation has very little to do with the contemporary sociology of therapeutic cultures relevant to my research.

⁵More recently, Rose (in Miller und Rose 2008) updated his position with the concept of *therapeutic authority*, to comment on contemporary therapeutic cultures in North America

discourses/practices on late-modern societies, there seems to be wide agreement among those who conceive of and criticize the phenomenon that it represents a 'narcissistic culture' borne out of 'therapeutic individualism' and the flourishing 'technologies of self(hood)'. They claim that this phenomenon has de-politicized society, and diminished the hitherto strong political culture (Stein 2011, p. 188). In contrast, Stein argues for a more nuanced concept of *therapeutic politics* to move beyond the easy dichotomy of 'therapeutic individualism' versus 'political collectivism'. She draws attention to the acts of agency and proliferative "politics of life" that can also be made possible by these same therapeutic cultures:

Therapeutic culture has at times inspired the politicization of identities, generated critiques of social inequalities, and addressed power imbalances. Its progress narrative calls for the 'breaking of silence' and for the proliferation of talk about that which was unspeakable (Stein 2011, p. 191)

Contemporary cities in the 'West' contain and connect multiple religious/spiritual and therapeutic cultures. Berlin connects the spaces of Sufi healing, and other secularized techniques of 'family resemblance', for example, Yoga, Vipassana and Qigong, to each other and to the rest of the world. Some scholars claim that approximately 200,000 people may be practicing Sufism in Germany (Jonker 2006). Many of them live in Berlin, although the exact number is uncertain. 'Multi-cultural' Berlin is home to about 27 Sufi networks that include the Naqshbandis, the Universal Sufis, migrant networks influenced by Sufism (e. g., the Bektashi-inspired Alevis), music/dance collectives and new religious/spiritual networks drawing inspiration from Sufism and practicing Sufi techniques, for example, the Therapeutic Sufis, who are focused exclusively on healing through music therapy (Jonker 2006; Falasch 2006; Grübel und Rademacher 2003; Schießmann 2003). Sufi healing is not of-

and Europe, defining this new species of authority as "a complex of loosely connected expertises, technologies and representations addressed to the management of problems of living, or the problematization of life from the perspective of its potential amenability to [psycho-]therapy" (ibid., p. 142).

ten examined in societies where Muslims are minorities (and Sufis even more so). Classical literature on Sufism is traditionally focused on the practice in Muslim societies (Green 2012; Schimmel 2000, 1975). Only in recent years has the attention extended to Sufism in 'Western' societies (Geaves, Dreßler und Klinkhammer 2009; Raudvere und Stenberg 2009; Malik und Hinnels 2006). Sufi practices in urban landscapes focusing on embodiment, however, have received little attention.

This chapter proposes to address this gap: to place this text within the current anthropological literature, where the body is recognized both as the *source* as well as the *product* of representation (Staples 2012). Bodies cannot be separated from the life-worlds created with them. This draws our attention to the notion of embodiment as "a way of inhabiting the world as well as the source of personhood, self, and subjectivity, and the precondition of inter-subjectivity" (Van Wolputte 2004, cit. in Mascia-Lees 2011, p. 2). The *corporeal turn* in medical anthropology since the late 1980s (Scheper-Hughes und Lock 1987) is shared by other fields and is by now a well-established interdisciplinary movement. In the larger discussion on embodiment in contemporary religions/spiritualities, the body is mobilized as an analytical category for social life formations (Coleman und White 2010; Csordas 2002; Coakley 2000), as much as body practices are ways of life. Being an "experiencing agent" in practices, and "with biology no longer a monolithic objectivity, the body is [or can be] transformed from object to agent" (Csordas 1994, p. 3).

In this chapter, I argue that bodies and their practices are configuring and configured by the transformation of the religious and (alternative) medical fields in post-industrial, post-secular societies. Based on data collected during twelve months of fieldwork on Sufi healing practices in Berlin, I argue that the Berlin Sufis invest a lot of energy in either designing or promoting newly constructed rituals, a diverse set of 'innovative body practices' to mobilize their distinct therapeutic politics. To support this claim, I shall elaborate first on the 'subtle, energy body' concepts in classical Sufi text discourse. This will be followed by case illustrations of three body practices from three

distinct Sufi networks⁶ in Berlin: a) The Sufi Yoga of a Haqqani Naqshbandi Sufi centre, b) The dances of a Universal Sufi network, and c) The music and movement therapy of the Therapeutic Sufis.⁷ This chapter will analyze these materials to trace the enactment of Sufi bodies and their therapeutic politics in practice: to show how they mobilize multiple discourses and techniques, connect histories and places, and engage with other kinds of practices and concepts.

⁶I follow the use of the term 'Sufi network' of Bashir (2011) for its relative neutrality compared to the more commonly used term 'Sufi order', which might create a sense of "internal cohesion and discipline that can be attributed to the Sufi communities in question" (ibid., p. 11). Schießmann (2003) classified the Sufis in Germany as 'traditional' (*traditionnel*) and Universal (*universal*) Sufi communities. Classifying the Sufis as traditional (with Turkish, Moroccan or Iranian migrants from Islamic societies and a strong Muslim identity) is posed in opposition to the universal Sufis, who, according to Schießmann, have few things in common with the classical Sufi orders and operate with a radical separation of Sufism from its Islamic cultural connections (ibid., p. 23). This, in my opinion, is a reifying, dichotomous classification that evokes an easy supposition of 'traditional' as Islamic or Muslim and the 'Western' Sufism as Universal and non-Islamic. Sedgwick (2006) has categorized certain Sufi networks as "non-Islamic neo-Sufism" to distinguish them from the "Islamic neo-Sufism" arising in the Islamic world in the 18th–19th centuries, arguing that these Western religious movements are "part of the landscape of Western esotericism more than of Islam" (ibid., p. 846). During my fieldwork, I observed that 'Islamic' or 'being Muslim' were fluid categories of identity across the three networks. Although most members of the Haqqani Naqshbandis, some members of the music therapy group and very few in the Sufi dance network would identify as 'being Muslim', it makes little ethnographic sense to classify the networks purely along the axis of Muslim and non-Muslim identity politics. In this text, I remain 'experience-close' to the naming practices of the networks themselves in order to classify them. Many Universal Sufis favor the term 'Universal Sufism' while some do not (Email correspondence with Dr. Neil Douglas-Klotz, also known as Murshid Saadi Shakur Chishti, a scholar and Sufi teacher from the international network of this branch of the Inayati Sufis, September 13, 2014). The use of the term Universal here refers specifically to the network and is not to be confused with the analytical category of the *universale Sufi-Gemeinschaften* (universal Sufi community) used by Schießmann (2003, p. 23).

⁷Exact names, locations and identities of the individuals have been anonymized, and some details have occasionally been altered for the purpose of confidentiality and to protect their privacy. I have used pseudonyms throughout.

9.1.2. Lataif: The subtle, energy body in classical Sufism

Sufism is often conceptualized as Islamic ‘mysticism’. The term invokes “psychology, individual enlightenment, and liberation from dogmatic and social constraints” but provides little insight into the situated practices, the temporal and topological contexts (Bashir 2011, p. 10). Islam and Sufism, as well as Sufi and Islamic body practices, are often conflated.⁸ Sufi body practices are too multi-faceted a phenomenon to talk about a single Sufi view of the body; rather, there are several views (Winter 1995). One possible way of approaching Sufi bodies is to follow the enactment of the *Lataif* that refer to a specific Sufi conception of the body. Based on the analysis of classical Sufi literature, academic scholars have called these Sufi bodies “energy bodies”, comprising “subtle centers” (*Lataif*) at various locations in the physical body (Milani 2013; Kugle 2012; Hermansen 1988; Schimmel 1975). Subtle-body concepts and practices resonate with the contemporary rendition of what goes by the terms “subtle anatomy” (Johnston 2010) or “energy anatomy” (Dale 2009) of the body. Where mind and matter are conceived in a continuum and not as distinct, separate entities, assuming a “common basis or substance for both mind and matter [...] often [...] phrased in terms of intermediate levels (or series of levels) *between* ‘mind’ (spirit, consciousness) and matter” (Samuel and Johnston 2013, p. 1).

The first reference to the ‘subtle’ body can be traced back to the early 9th century Sufis in Basra, but according to some scholars the wider interest in a color-coded system of subtle bodies was a later 19th century development (Milani 2013). A research interlocutor disagreed with such academic speculations: “Secret transmissions among Sufis outside history [academic discussions/publications] is well-known to us [people inside the Sufi tradition]. Attributing the origin of color-coding to the 19th century is based on

⁸There is an ongoing debate about the historical origins of Sufism and its links to Islam. Scholars do not always agree among themselves. Sufis and Muslims have engaged in heated debates on this issue. There are suggestions that Sufism has roots in pre-Islamic religious traditions, while others argue that Sufi practices are based on the Quranic injunctions and the actions and words of the Prophet Muhammad (Anjum 2006, p. 229).

the presumptions of external academic people [outside the Sufi traditions]" (Skype conversation with Khidr, a wandering Sufi teacher, February 2, 2014). Hermansen (1988) referred to the 18th century Indian theologian and mystic Shah Wali Allah of Delhi (d. 1762), who is credited with a detailed explanation of the *Lataif*. However, it was Annemarie Schimmel, the famous German Orientalist and Islamic Studies scholar, who came up with the term 'subtle spiritual centers' when referring to the *Laṭā'if* (in plural)⁹ (Schimmel 1975, p. 174). Kugle (2012) termed the *Latifa* (in singular) as a "physio-psychic [energy] centre in the body" (ibid., p. 173).

There is no consensus on the exact numbers of these centres. Most references describe five, six or seven *Lataif*. Based on the late 18th century mystic Mir Dard's rendition, Schimmel (1975) described the five *Lataif* as:

five subtle points in the body upon which the mystic has to concentrate his recollection until his whole being is transformed [...] the *dhikr qalbī*, located in the heart at the left side of the breast, pronounced in love and longing; the *dhikr rūḥī*, performed at the right side of the breast in quietude and tranquillity; the *dhikr sirrī*, pronounced in intimacy, close to the left side of the breast; the *dhikr khafawī*, performed close to the right corner of the breast and connected with absence and extinction of the self; and the *dhikr akhfawī*, in the center of the breast, which is the sign of annihilation and consummation. The *dhikr* is, then, extended to the brain in perfect contentment (*dhikr nafsī*, connected with the *nafs qaddisa* the "sanctified soul") and eventually permeates the whole being, body and soul, when man attains perfect recollection and peace – that is the *dhikr sulṭānī*, the royal recollection ... (ibid., p. 174–175).

Hermansen (1988) also referred to the five *Lataif*, but based on another Sufi model (Fig. 9.1). Schimmel (1975) documented another color-coded system of seven *Lataif* developed by the Kubrawi mystic Simnani, who had connected the seven prophets of the Abrahamic tradition to the 'subtle spiritual centers'

⁹I have not followed any specific method of transliteration and have avoided extensive diacritical marks for words of Arabic, Persian or Turkish origins, except where I directly quote an author who has used the diacritical marks (e. g., Schimmel).

(*Lataif*) in a human body: **black** (Adam: outward, formal aspect of *qalabiyya*); **blue** (Noah: the aspect of the *nafs*, the lower soul); **red** (Abraham: the aspect of the heart); **white** (Moses: the aspect of the *sirr*, the innermost core of the heart); **yellow** (David: the spiritual *rūhī* aspect); **luminous black** (Jesus/Isah: the innermost secret *khafī*); and **green** (Muhammad: the point connected with divine reality, the *ḥaqqiyya*) (Schimmel 1975, p. 379). In a more recent Sufi text, the *Lataif* are defined as “the special organs of perception” as “Mind (*qalb*), color yellow, location left side of the body. Spirit (*ruh*), color red, location right side of the body. Consciousness (*sirr*), color white, location solar plexus. Intuition (*khafī*), color black, location forehead. Deep perception of consciousness (*ikhfa*), color green, location center of chest” (Shah 2001 [1964], p. 379–380). In the latter definition, Shah combined the color-coded system and body locations of early Sufi texts to come up with a more contemporary rendition.¹⁰

The subtle centers seem to be closely related to body parts because of their specific physical locations (e. g., around the anatomical heart) but the classical texts are unequivocal in emphasizing that the *Lataif* are not to be literally correlated with the physical organs: “... the distinction is clearly to be made between the physical flesh of the heart and the *latifa* which is named ‘Heart’ (*qalb*). Rather, the *Lataif* are taken to be local manifestations of identically named parts of a higher realm of the cosmological structure which is above the realm of created things” (Fusfeld 1981 cit. in Hermansen 1988, p. 2). A constant practice of repetition (*dhikr*) is focused on the subtle centers (*Lataif*).

¹⁰ Idries Shah (1924–1996) was a contemporary Sufi teacher who made Sufism popular in Britain and other countries in the ‘West’, with numerous publications since the 1960s. Most famous among his students was the recently deceased Nobel laureate novelist Doris Lessing (1919–2013). After Hazrat Inayat Khan (1882–1927), the founder of Universal Sufism in pre-war Western Europe and North America, Idries Shah and his brother Omar Ali-Shah were among the main proponents of Sufism as a universal knowledge tradition predating Islam and linked to other mystic traditions. Shah (2001 [1964]) claimed that the Sufi method of activating the *Lataif* in the order of “yellow-red-white-black-green” closely resembles the sign of the Cross and the succession of “black-white-yellow-red”, common among the Christian alchemists (ibid., p. 380).

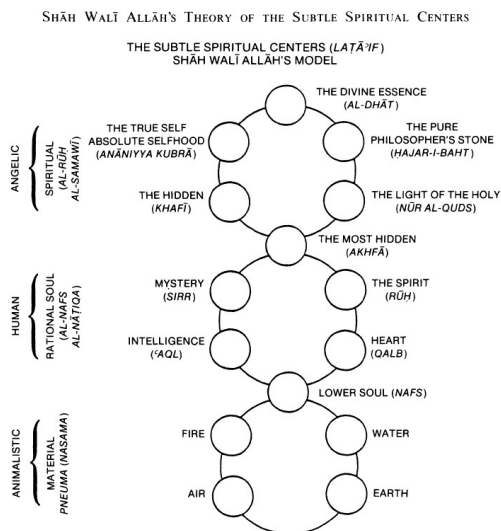


Figure 9.1.: The subtle body centers (*Lataif*) based on the diagram in Shah Wali Allah's *al-Tafhimat al-Ilahiyya*

This is considered a “medicine for the soul”, to be learned “by practice rather than from books” (Mir Dard cit. Schimmel 1975, p. 175).

9.1.3. Tracing the subtle, energy bodies in post-secular Berlin

Before I proceed to illustrate how Sufi bodies are enacted in practice, let me clarify that I take the subtle, energy body of the Sufi texts as an initial formulation of the Sufi bodies of my interlocutors in Berlin. As metaphor and practice. To further illustrate this point, our attention needs to travel from classical/contemporary Sufi texts to body practices in particular sites (Berlin's Sufi places). This will reveal if and how the body is indeed a focus of the Sufi practices, as *source*, *material* and *product*. Not only in the popular Sufi practices of remembering through repetitions (*Dhikr*) and the whirling

dances (*Drehtanz*),¹¹ but also beyond, in multiple other tendencies of generating innovation and *bricolage*: in fostering a fusion Sufi Yoga exercise; in evoking the imagery of the powerful effects of a hybrid Orientalist tradition through a series of music-directed movements or passive lying on the floor; and in propagating a particular form of group dancing-singing involving simple, rhythmic movements of the body and the singing out loud of familiar and unknown words of 'healing power'.

The questions that accompany these descriptions are: What kinds of bodies emerge from these practices? Do these body practices evoke the subtle, energy bodies of classical Sufi literature? If not, then what other bodies do they evoke? And how do these body practices enact Sufi bodies in their respective sites and particular configurations?

9.2. Case illustrations: How are Sufi bodies enacted in practice?

Sufism has a holistic conception of the body. We are not the body. We are *in* the body! ... That's why you hear: "We are *in* this world and not *of* it." You are never cut off from anything, not your intellect, nothing! ... You do not find the *Lataif* in books, maybe in some handbooks of the Sufi *Tariqas* [orders, i.e., stable networks] but not necessarily in an [academic] book you can grab in a library ... There are of course some authentic Sufi books published now, but there is nothing like learning it from a Sufi teacher! All these concepts are verbal stuff! Discussed only in the context of the teacher-student relationship ... Chakras are specific. People may compare the *Lataif* with the yoga chakras. People get carried away [by similarities]! *Lataif* are more diffuse subtle energy centers. Not on specific sites like yoga chakras. (Excerpts from a con-

¹¹The term *Sama* was originally used to denote a Sufi music concert (Anjum 2006, p. 247), but later the whirling meditation rituals with accompanying music came to be known as *Sama* (in Persian and Arabic) or *Sema* (in Turkish). In the Berlin Haqqani Naqshbandi Sufi center, the term *Drehtanz* is mobilized to emphasize that the full ritual of *Sema* is not performed there; only the basic steps of whirling are taught to beginners and advanced learners during Sunday workshops.

versation with Khidr, a wandering Sufi teacher in Berlin, January 17, 2014)

The Sufi practices in Berlin are diverse. They include a lot more than the popular imagination of the ‘whirling dervish dance’ (*Drehtanz*) or *dhikr*, repetitive chants that characterize what Sufis usually do. The body is the site of religious and therapeutic praxis among the Sufi networks in Berlin. In the following case illustrations, I will proceed to show three different kinds of Sufi bodies enacted in practice: the *fusion body* of Sufi Yoga, the *collective sensuous body* of Universal Sufi dance, and the *hybrid body* of Sufi-Shamanic music therapy.

9.2.1. *The fusion body of Sufi Yoga: Little Turkey in south-east Berlin*

Black American pop-singer Beyoncé stands tall in a yellow bikini advertisement on top of an *U-Bahnhof* (underground railway station) in south-east Berlin. A few minutes’ walk from here leads to a Haqqani Naqshbandi Sufi center. I walk towards the address and see a young man [Adrian] wearing a stylish hat and a violet *tasbeeh* [prayer beads] in hand, sitting with closed eyes outside the main door to the front house. I am early. After a few minutes, he wakes up from his exercise, walks towards me and says, “*As-salamu-alaikum!*” [Peace be with you!] I smile and *salam* back. We chat briefly. He tells me about his work as a gardener. I ask him about his violet *tasbeeh*. He says, “The Sufi color for Germany is *lila* [violet]. Every land has its own color. What color is Bangladesh?” We do not get enough time to dwell on this. It is time to go inside. Adrian opens the door. [Later I see him change his stylish hat for a round, white cap as worn by other men praying in the center]. The red-carpeted main hall is decorated with an assemblage of Sufi symbols, pictures of a whirling dervish, a large abstract painting on the wall, a poster on the Ottoman declaration of human rights. We wait for Abu Bakr, who will lead the Sufi Yoga session. Adrian brings out the purple yoga mats kept hidden under the bright red sofas that line the main hall room. We stand side by side on the yoga mats. Abu Bakr instructs in soft, slow German. Sufi Yoga begins. (Field-note excerpts from a Sunday afternoon, May 12, 2013)

The Haqqani Naqshbandi Sufi center stands in a migrant-majority neighborhood of south-east Berlin. Routine practices at the center are the regulatory Islamic prayers five times a day, as well as *dhikr* sessions and *Drehtanz*.¹² On Sunday afternoons, they also offer a session of what they call Sufi Yoga. This is a unique combination of the Islamic prayer positions and the breathing exercises using one of the 99 names attributed to Allah, *Hayy* (Life-giving power). Abu Bakr, a German convert and Haqqani Naqshbandi Sufi, leads the Sufi Yoga every Sunday. He describes the practice with brief instructions in German:

Breathe in and breathe out ten times with *Hayy*. Men with thumbs behind their ears. Women with both hands in front of the chest. Say *Hayy* softly ... This is the opening of the Heart Chakra ... Then respect. Palms on the knees and bend in 90 degrees. Ten times breathing in through the nose and breathing out softly with *Hayy* ... Sit and kneel down with the center of the forehead and tip of the nose on the floor. Ten times *Hayy* [again] ... Sit up in kneeling position. Look at the place where the center of the forehead touched the floor. Ten times *Hayy* ... Repeat ... While sitting, breath out *Huu* ten times with thumb and index finger apposed [a common Yoga *mudra*] ... Cup the knees with your palms and breathe silently ... Say *salam* to the right and to the left. (Translated field-note excerpts, March 10, 2013)

Following Abu Bakr, we stand up, bend ourselves to cup our knees, stand up again and then kneel. After which we sit on our heels and kneel again before finally sitting down on the yoga mat. Each posture is followed by the hushed breathing of *Hayy*. I watch the visible discomfort of the newcomers. Sitting on the yoga mat on their heels is no easy task. This particular “technique of the body” (Mauss 1973 [1935]) needs to be learned and embodied. Abu Bakr and

¹²Events at the Haqqani Naqshbandi Sufi center frequently feature in popular magazines on spirituality (e. g., *Sein* and *KGS*) and newspapers (e. g., *taz*) in Berlin. These Sufis frequently take part in music, and dance festivals and inter-faith events in the city, for example, *Die Lange Nacht der Religionen* (The Long Night of Religions, an urban event supported by the Berlin city council, which I attended for the second and third consecutive years in 2013 and 2014).



Figure 9.2.: The seven postures in Sufi Yoga, corresponding to the seven positions of *Salat*,¹³ the ritual ‘body prayer’ in Islam

Adrian are German converts to Islam and belong to this particular Sufi network. They move with relative ease, eyes closed, in deep concentration. The young man who has visited the center for the first time fidgets constantly. Having grown up in a Sunni Muslim-majority society, my child body learned these movements, though forgot them in adolescence. I work with my body to remember how to kneel and sit in the conventional *Salat* positions.¹⁴

After the session, we sit together and talk. Adrian leaves us and soon returns with a tray and offers tea in curved, Turkish glasses and a small plate of white sugar cubes. Abu Bakr continues:

¹⁴The literature on *Salat* is too vast to refer to in this text. For clarification of the term, I shall make use of two recent encyclopedic entries. The Arabic term *Salat* (or, its Persian counterpart *namaz*) refers to the five ritual ‘body prayers’ obligatory for Muslims. *Salat* can be translated only tentatively as ‘prayer’, but is perhaps better understood in terms of *ibadat* (or devotional practices concerning relations between God in Islam, *Allah*, and human beings) (Wiegers 2004, p. 327). In contrast to Campo’s (2009) formulation of *Salat* as liturgical prayer, which corresponds to Christian prayers, I would like to conceptualize *Salat* as a particular form of ‘body prayer’ to emphasize the use of the body in the vocal calls for prayer (*Adhan*), preparations (*Wudu*, partial ritual cleansing) and the five cycles of positioning the body facing Mecca (e. g., standing, bowing, kneeling, sitting, prostrating, as illustrated in Fig. 9.2) at specific times (dawn, mid-day, afternoon, evening, night). *Salat* is considered the ‘central and possibly most visible pillar’ in Islam, based on the Quranic injunctions, elaborations by the Prophet Muhammad and subsequent Islamic law (*Fiqh*) developed by the main legal schools of Islam. Variations of the body prayers and the verses used are widely debated among the different Islams, mainly between the primary divisions of Shiism and Sunnism, although many other divisions exist in the contemporary Islamic world (Campo 2009, pp. 242, 557, 663).

This yoga was developed by the *Meister* [Sheikh Emir, head of this Haqqani Naqshbandi Sufi center]. It is based on the seven prayer positions we do during the regular [Islamic] prayers. But we want to make it easy on people. They do not have to be Muslims or recite all the Arabic prayers ... Actually yoga, Qigong – these are all old traditions. Islamic prayer is only 1500 years old. So more modern! The *Meister* wants to spread this Islamic exercise. Not only as prayer, [but] as physical exercise like yoga. (Translated field-note excerpts from a conversation with Abu Bakr, March 10, 2013)

An online Sufi Yoga manual provides a brief explanatory model in German:

Sufi Yoga [...] is helpful for all seekers of a permanent balance of the Body, Mind and Soul. Through Sufi Yoga, the hidden spiritual strength becomes effective, to help people heal and to be healed. Sufi Yoga is [...] an integral component of physical postures and provides rich nutrition for the mind and energy [...]. These seven [...] positions are directly related to the seven major chakras and activates the energy flow from the Heart Chakra. This spiritual power center of our being promotes a healing [...] energy through our energy channels and all the major and minor Chakras of our body. Thereby it dissolves the physical, mental and emotional blockages. (Source withheld to protect anonymity)

Beyond popularizing the Islamic body, Sufi Yoga offers an extension, a fusion. Surprisingly, it does not evoke the *Lataif*, the Sufi subtle body centers mentioned in classical literature or mobilized by other Sufis in the city (e.g., Khidr). Rather, it opts for the chakras, but not quite. Heart Chakra is a central metaphor. This is where the Sufi body fuses with the yoga body. The Heart makes the bridge. This does not mean that visitors have an easy time in performing these positions. The biggest challenge is when non-Sufi bodies are forced to sit on the floor. Discomfort is a notable feature of Sufi Yoga, evident in the many contorted faces and the obvious efforts in the use of various body techniques and accessories, such as kneeling with toes spread on the floor instead of sitting on the heels, and placing many cushions between the knees or under the tailbone to make Sufi Yoga possible. Sufi Yoga

intends to illustrate the efficacy of the Islamic *Salat* positions, and may be intended to further the cause of a particular form of Sunni Sufi Islam in its creative assemblage, its spectrum of inclusion for non-Muslims. Being Muslim is not a prerequisite for attending Sufi Yoga or other practices at the center. While some never convert to this particular form of Islam, many long-term members of this Sufi center do eventually decide for formal conversion.¹⁵ By charging no fee and opening the door to all visitors, with the occasional request for donations (*Spende*), Sufi Yoga seems to be an invitation to subject 'secular', non-Muslim bodies to the fusion bodies of Sufi Yoga, which in some cases leads to conversion to this form of Sufi Islam.

9.2.2. *The collective sensuous body of Universal Sufism: Global dances in local Berlin*

From the Sufi Yoga in south-east Berlin I take the metro and then the *Ring-Bahn* [ring-shaped overground railway in Berlin] to reach the far north. It is a hectic Sunday. Fortunately, I reach in time. It is a street lined with cars and hardly any human beings. I open a small, metal gate to reach a well-cultivated garden. I see a red, rusty metallic heart with wings¹⁶ (Fig. 9.3). I enter the garden hall. A wide room with candles, colorful cushions at all corners, white walls with an image of

¹⁵ Throughout my fieldwork, I met many converts at this Berlin Sufi center for whom the dual identity as Muslim and Sufi was important. I also met a few who expressed discomfort with the idea of conversion to Islam but maintained close contact and participated regularly in the Sufi Islamic practices of the center, including the obligatory *Salat*. In Spring 2014, I met a social educator (*Sozialpädagogin*) and long-term participant during a Sufi retreat in southern Germany. She mentioned that in comparison to the lack of 'interpersonal' (*das Mitmenschliche*) connections in formal therapeutic settings, she found the collective singing-chanting, eating, and coming together/socializing of the Sufis a form of healing. She nevertheless wished to retain her previous social ties linked to a Christian belonging (formal affiliation with the Church) and *not* convert to Islam (Informal chat on April 18, 2014).

¹⁶ Symbol of Universal Sufism, founded by Hazrat Inayat Khan in early 20th century Europe and the USA, with initial networks of students and supporters connecting major cities, such as New York, London, Berlin and Paris.

the globe on a blue piece of cloth, a poster of a Japanese landscape and a brown rug with whirling Mevlevi dervishes in black and white ... It is almost six o'clock in the evening ... Rabeya, Ganga and Khadija greet me with smiles and long hugs. I meet Arham, a visitor from California ... After a few minutes we stand in circles, holding hands. [I am a bit embarrassed by the fact that my palms get moist very fast] ... Rabeya, a psychotherapist and senior teacher [in the healing branch of this Sufi network] sings the first lines in a slightly hoarse voice. We follow her voice with several repetitions of chants in Arabic: *Subhan Allah, Subhan Allah, Subhan Allah, Subhan Allah! Alhamdulillah, Alhamdulillah, Alhamdulillah, Alhamdulillah! Allahu Akbar, Allahu Akbar, Allahu Akbar!* [Glory to God (4 ×), All praise to God (4 ×), God is great (3 ×)]. We begin to dance in circles and repeat the three phrases. Simple steps. From left to right. A few turns. Men and women take turns to add a different pitch to our collective singing voice. There are only three men. The rest of us are women. In the end, we all say "*Amin!*" to end the dance (*Amin* is the Arabic rendition that sounds and functions similarly to the Christian *Amen*). Rabeya sits beside me and says in a soft, warm voice, "*Schön, dass du da bist!*" (Nice that you are here!)

The second dance is based on an *Aramaic*¹⁷ prayer. Khadija leads the dance. We go through another round of new steps to learn and unfamiliar phrases to sing with them. (Field-note excerpts, Universal Sufi dances in north-east Berlin, May 12, 2013)

In this specific place in north-east Berlin, the Universal Sufis have engaged in dances since the early 2000s. The earliest dances in Berlin took place back in 1991, though they were already in practice in other parts of Germany during the 1980s. Murshid Sam Lewis, a North American Sufi in San Francisco, trained in the Hazrat Inayat Khan Tradition and Zen Buddhism, invented this circular dance form during the 1960s. Holding hands, singing and dancing in circles for hours constitutes the main ritual. The words of 'healing power' include the 99 names attributed to *Allah* but also draw from other religious

¹⁷*Aramaic* is an old Semitic language, arguably the language that Jesus Christ spoke and preached in (Douglas-Klotz 2009). *Aramaic* prayers are quite popular in this Universal Sufi network.

traditions. Breathing techniques and practices from different psychotherapy models, movements from multiple Sufi orders and the American sacred dance forms derived from works by Ruth St. Dennis are also used (Douglas-Klotz 2003, p. 166).

The question is: What kinds of Sufi bodies are dancing in that garden hall in north-east Berlin? How do the subtle centers, *Lataif*, inform the Universal Sufi discourses and the embodied practices of this innovative circular dance form? Moving the head from left to right, up and down, moving the body forwards and backwards in the numerous variations of the dances shadow the more vigorous *dhikr* movements informed by the classical *Lataif* discourses. The immediate verbal discourses do not, however, evoke these classical perceptions of the body or its subtle centers but a “modified version of the *Eastern chakra system*”.¹⁸ Energy is a repeated metaphor but it is not specific to the Universal Sufi discourses. Sufism’s association with Islam is mentioned with respect but any further connection or origin stories are carefully disclaimed. Universal Sufism is understood in this network to be “a particular way that does not require individuals to convert to Islam or leave the religion they were born into (e.g., Christianity or Judaism). This is also the reason why these Sufi dances were later named specifically ‘Dances of Universal Peace’” (Conversations with Rabeya and Hermann on September 29, 2014). Yet, one might ask, what is Universal about these bodies that gather and hold hands? The steps are easy to learn. Holding hands is sometimes awkward. Looking into the eyes of strangers is the most difficult, perhaps. During the dances, there is a silent exchange of body gestures. The hugs can be cold or warm, depending on the level of familiarity you establish. Rabeya’s hug is the warmest because she is the one I frequently visit and speak with. However, at some

¹⁸ Dr. Neil Douglas-Klotz (also known as Murshid Saadi Shakur Chishti), a scholar and Sufi teacher in the international network of the Universal Sufis commented on my query about the connection between the circular dances and the *Lataif*: “Murshid Samuel Lewis tended to use a modified version of the Eastern chakra system, although he was not alone in that other Chishtis also did so, having been influenced by Hindu systems for centuries. Murshid Samuel Lewis did, of course, make use of the ideas of *nafs*, *qalb*, *ruh* and so forth, so there was some overlap” (E-mail correspondence, September 13, 2014).

point during the dance, there seems to be no individual body any more. Only a “collective body”¹⁹ in motion, voices in rhythm. The moving bodies, the wet and dry palms and the swaying breaths heat up the garden hall in the midst of cold Berlin. The windows are open and a cool breeze enters. These dances evoke a collective sensuous body, with known and unknown words, collating breaths, fostering intimacy and attempting to move beyond particular historicity and cultural positioning.

I have seen no apparently migrant face in the circle (except mine reflected in the pupils of others). Later, I came to realize that there are a few with a first and second generation migrant background. It is a circle of friends with mostly white German bodies. Before and after the dances, there is no elaborate formal discourse on Sufism.²⁰ Only friendly chats about daily life, exchange of information and the drinking of herbal tea. There are no tourists in these dances and hardly any Muslims. The frequently returning participants are members of this particular Universal Sufi network²¹ and inhabitants of the city. Otherwise, the bodies travel from other cities in Germany, and occasionally from the USA, the birthplace of the dances, and actively connect to their contemporary renditions. In such evenings, bodies are bi-lingual.

The bodies that dance in north-east Berlin are in one way or another dancing in the global-local nexus of these dances: travelling to events across Germany, England and the USA, and occasionally North India,²² and gathering back again in the middle of a former East Berlin neighborhood on Sunday evenings. On the “Long Night of the Religions” (*Lange Nacht der Religionen*) in Berlin in 2013, they sang in a Protestant Church as part of an inter-religious formation. Many travel frequently and that speaks volumes about their social

¹⁹In a recent conversation, Hermann, a dance leader, commented on the making of a “collective body” through the circular movements (Interview on September 17, 2014).

²⁰On other occasions, there are readings from selected writings of Hazrat Inayat Khan, Mursid Sam Lewis and other classical or contemporary Sufi texts.

²¹There are at least three Universal Sufi networks in Berlin. This dance form is popular with only one group. The other Universal Sufis rarely organize such dances.

²²To celebrate in Delhi the *Urs*, the anniversary of the death of Hazrat Inayat Khan, who died in India on February 5, 1927.



Figure 9.3.: Symbol of Universal Sufism in front of the garden hall

background, or the particular class they might belong to. The high mobility of the members and the physical location of the center in the far north of Berlin speak for the more socially privileged Sufi bodies I danced with.

After dancing, social exchanges²³ dominate the rest of these evenings. There is a bowl for *Spende* (donation) to fill up at the end of the dances during the tea-chat session. For these dance events in the garden hall in north-east Berlin, there are no public advertisements, but the door is open to those who wish to

²³ Social exchange, as described by Malinowski as “phatic communication” (Malinowski 1994 [1923], p. 10), is meant here as the exchange of non-specific, general comments, usually about the weather, contemporary events, daily life, etc.

join: “*Wer hört, wird willkommen!*” (Those who hear about it are welcome!).²⁴. They charge a fee only for their organized public events, for example, the Sufi seminars and formal training (*Ausbildung*) in the dances. There is *Ermäßigung* (reduction of fees) possible for students and those without adequate social means. But more than money, the currency that circulates and drives the Universal Sufi bodies is an excess of hugs, the physical embraces and the wide smiles. *Heart* appears as a central metaphor and metonym. The symbol of these dances is a string of hearts in a circle. So are the dances. Before and after, there may be everyday conversations and exchange of money (in organized seminars). During the dances, however, there is only enactment and transcendence. From individuals to a collective. Of hearts and bodies.

9.2.3. *The hybrid Sufi-Shamanic body: the “healing technology” of music and movement therapy*

Coming out of yet another *U-Bahnhof*, this time in south Berlin, I see large slogans on the outer walls of a four-storey house: “THOUGHTS BECOME THINGS”. In a few minutes’ walk down the street, one can reach the biggest *Esoterik* [esoteric] bookshops in Berlin. I walk around to find the rented room in one of the *Hinterhöfe* (back houses) in the neighborhood where the music therapy takes place. It is a small room that accommodates about ten participants. Green yoga mats, blue and maroon cushions, several colorful blankets and some chairs stand at the back. A long black and brown cashmere shawl is spread out at one corner. Cushions and music sheets are spread all over. An *Ud* [pear-shaped plucked stringed instrument] stands quietly on a chair. Hannah collects 10 Euros from each of us. Halima, an elderly German language

²⁴ Hermann tells me of local neighbors dropping by to join the dances from time to time. Some stay and some do not return (for whatever reasons). Rabeya explains that the limited space of the ‘multi-functional room’ (garden hall) is the chief reason why they do not circulate news of the dance events widely. She also mentions that such dances currently take place in several places in Berlin, e.g., in Protestant churches (Friedrichshain) and rented rooms (Friedenau), the dates of which are publicized sometimes a year in advance (Feedback conversation with Hermann and Rabeya on the final draft of the text on September 28, 2014).

teacher, and Rafael, a physician – together they are the three leading musicians and long-term students of the founder of the music therapy group. They tune their instruments and speak a little with each other. They break into fits of laughter when Hannah drops a lot of sugar onto the shawl. (Field-note excerpts from a music-and-movement-therapy session in South Berlin, April 25, 2013)

The introduction and instructions are short. Rafael begins:

“Herzlich Willkommen zu unseren Musik-Therapien (A warm welcome to our music therapy) ... a short dream travel (*Traumreise*) ... please lie down ... in a comfortable position ... eyes closed ... imagine a place where you would like to stay for the next 20 minutes.” [We lay down on the yoga mats with blankets on us. It is a bit cold on the floor] ... Halima plays with water. Rafael leads with the *Ney* [end-blown flute] and Hannah follows up with the *Rebab* [small-bodied bowed stringed instrument]. Both begin to hum tunes ... Towards the end of it [the passive part], the *Ney* is played again with a slow, haunting tune. Rafael speaks again, asking if any of us would like to share any image or feelings from the journey. One woman at the back says, “A lot of colors!” ... Rafael begins with the next part, the active part: to activate “*Energieflüsse*” (energy flows) ... with various movements. Rafael plays the *Ney* again with Hannah accompanying him on the *Rebab*. Halima illustrates the various movements of hands, elbows, shoulders, neck. (Field-note excerpts cont.)

In this south Berlin neighborhood, the Therapeutic Sufis offer a once-a-month music and movement therapy session (usually on a Thursday late evening), a technique combining a musical and corporeal repertoire drawn from Turkish Sufism and Central Asian Shamanism. The session consists of two separate parts. In the first receptive/passive phase (Fig. 9.4), we lie down on the floor covered with blankets to listen to the melodies of the *Ney*. During the second active phase, we follow Halima in our efforts to reproduce a series of rhythmic movements with our heads, necks, shoulders, hands and waists. The body movements are guided and inspired by a range of rapid musical scores played on ‘oriental’ instruments. The *Ney*, *Ud* and *Rebab* come together to make our bodies move. Halima stops pouring water and gets up to invite us into an



Figure 9.4.: A widely circulated image of the receptive/passive phase of music therapy²⁵

improvisation of body movements. She jumps up, turns, laughs, and shakes her body. We join her in our own capacities. My neck gets a bit sore from all these movements. Towards the end of the session, most of us break down in common laughter.

A Turkish psychologist and musician, a Sufi teacher instructed in several traditions, founded the first such music therapy group in Istanbul back in the 1970s. A German physician popularized it in the mid 2000s in Berlin. Rafael, the physician leading the music therapy session, is a prolific musician and an

²⁵I did not have permission to take pictures of participants during an actual music therapy session in Berlin. This particular image was taken in Ankara (Turkey) in 2007. I use this 'representative' image to illustrate the main elements of the practice: the receptive client, the active therapist and the musical accompaniments.

old student of the founder. He mobilizes a particular image of the body and the *makam* constructions in his rendition of music therapy. *Maqam*²⁶ in Arabic means a higher place from which a singer would stand and sing, but also means tonality, musical scale and dwelling. In Sufi literature, *maqam* usually stands for stations or levels through which a Sufi disciple must go as part of his or her spiritual journey/quest. According to the music therapy founder, *makam* has a special meaning, a tonal system, a type of melody consisting of a seven-tonal system with a particular sound. This *makam* music developed in parallel to the five-tonal music of Central Asian Shamanism and folklore in Northern Kandahar. *Makam* music is different from the usual eight-tonal system that Western classical music listeners are used to: the Do-Re-Mi-Fa-So-La-Te-Do syllables. The early development of Arabic *maqam* music therapy is attributed to the Arab (Iraqi) physician-philosopher in the Middle Ages Al-Kindi (c. 800–873 CE, Latinized Alkindus), who made the initial connections between the four strings of the Arab lute with particular body parts, within the broader configuration of the humoral medicine (four humors) they practiced (Bachmaier-Eksi 2014, pp. 86–90). In the same century, Al-Farabi (870–950 CE) contributed to the theory and Ibn Sina (980–1037) used al-Farabi's *maqam* theory to treat patients (Yöre 2012, p. 267). Later, during the 13th century, Safiyyedin al-Urmawi (d. 1294), a famous musicologist and councillor of the last Abbassid Caliph, published his system of 12 major *makam* (Bachmaier-Eksi 2014, pp. 120–123), which forms the basis of the *makam* therapy, widely practiced at medieval hospitals in the Middle East. As described in an anonymous treatise (14th–16th centuries) the body is conceived in terms of various

²⁶ Khidr speaks fluent Arabic and suggested that I focus on the distinction between 'q' and 'k' in the word, *maq/kam*. In this text, I transliterate *maqam* when referring to the Arabic term and *makam* when it is mobilized as a Turkish term (E-mail correspondence, September 20, 2014). Scholars seem to mobilize the *maqam* and *makam* differently. Yöre (2012) differentiates the Arabic *maqam* music from the Turkish *makam* music, arguing that they arise from different music cultures (citing other examples of differences, e.g., the Indian *raga*) (ibid., p. 270), while Bachmaier-Ekşi uses *makam* as a generic term to refer to a special kind of music used in this music therapy. It is not within the scope of this text to elaborate on the differences. See Yöre (2012) and Bachmaier-Eksi (2014) for more information.

regions, and each part and organ reacts differently to different musical tones (*makam*) (Neubauer 1990, p. 246). Contemporary music therapists play particular tones to activate particular *makam* and thereby proceed to heal the various sufferings linked to those parts of the body or the organs (Fig. 9.5).

In music therapy discourses, there is talk about ‘energy flow’, but no mention of the *Lataif* in direct terms. In a subsequent discussion, I was informed that “*Lataif* is a development concept for some Sufi ways, as markers of the specific steps in personality development. In the tradition of humoral medicine there are different *body-souls* (*Körperseelen*) or, *faculties* (*Fakultäten*) but these are first of all psycho-physiological attributions, in part related to organizational hierarchy” (Email correspondence on September 3, 2014). My interlocutor in the group has not come across any specific writing linking music therapy to the *Lataif*, but neither did he feel the need to look for it.

The *makam* positions are, however, perhaps closest to the *Lataif*, analogous to the subtle Sufi centers mentioned in the literature and by other Sufis. The body enacted here is a body of ‘energy’, and ‘oriental’ music is claimed to remove blockages to that energy in subtle bodies. These subtle bodies are also supposed to be hybrid. Turkish Sufism and Central Asian Shamanism are the basic components that can reconstruct these bodies. In practice, the bodies that are placed on yoga mats in this south Berlin neighborhoods on a Thursday evening have very little acquaintance with either of the named traditions. The music nevertheless evokes a myriad of sensations, a plethora of associations, if not by history then by acquaintance through holidays in the ‘Orient’. It is not so much what the music adds to the milieu but how this kind of music enacts a particular body by introducing the *makam* discourse and engaging the body in active-passive postures and subjecting it to the sensorial and body techniques of music therapy. It also creates with it²⁷ the social life of Sufi music therapy in south Berlin.

²⁷Since the 1980s, the anthropology of music has transitioned towards musical anthropology (Seeger 1987, cit. in Robben 2012), studying not “what music adds to an existing culture” but “how music creates culture and social life itself” (Robben 2012, p. 445).

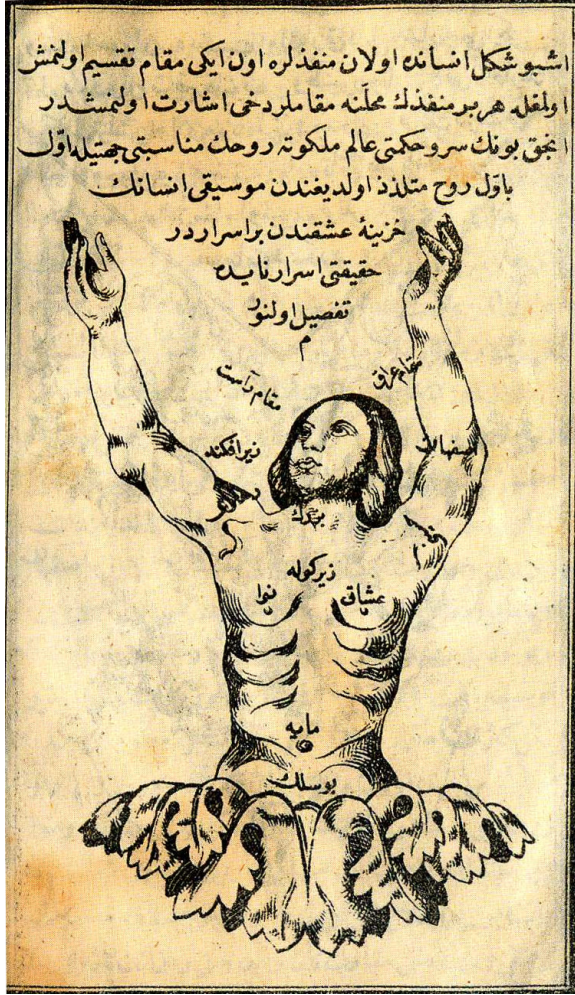


Figure 9.5.: This depiction of a few *makam* from a 150-year-old book by Haşim Bey Mecmuası shows the *Tonart* and their relationship to the various body parts, for example, *Uşşak* (Heart), *Neva* (Lungs), *Zirgüle* (Breast), *Rast* (Head), and *Hüseyni* (Right Shoulder)

9.3. Multiple Sufi bodies and therapeutic politics: Innovations, marketplaces and socialities

The subtle body has a strange ontological status – not physical and yet not wholly imagined.

(Syman 2010, p. 7)

Religious beliefs are embodied through religious practices. In fact the practices may be said to precede the beliefs.

(Kasulis, cit. in Coakley 2000, p. 8)

What we have so far are brief descriptions of three Sufi body practices, as they emerged from situated events organized by three different Sufi networks in Berlin. They are contemporary innovations in Sufi practice, although some scholars would disagree.²⁸ The concept of ‘the invention of tradition’ was introduced by Hobsbawm (1983) more than twenty years ago. The *ritual fields* of the above-mentioned Sufi body practices constitute similar networks of “invented traditions”, or, even better, “innovating from traditions” (Arfman 2014, p. 17). This refers to a certain tendency that has more to do with what one of my research interlocutors stated as being “old tradition newly discovered (not invented)” (Conversation with Rafael on music therapy, September 25, 2013). Following Arfman (2014), one could also talk about ‘innovating with prior traditions’. For example, Sufi Yoga does that quite successfully, combining existing modes and discourses to create the new. Similar acts of innovation can also be attributed to the music therapy act of “old traditions newly

²⁸Sufi Yoga was a known Indian hybrid practice. One of the earliest references, *Treatise on the Human Body* (attributed to Moinuddin Chishti, founder of the Chishti Sufis, one of the four largest global Sufi networks), goes back to a 17th century text in Mughal, India. See Kugle (2012) and Ernst (2005) for a thorough description of Sufism and yoga connections. Kugle wrote on the “dramatic parallels” between the Sufi *Lataif* and the chakra concepts of Indian Yogis (Kugle 2012, p. 173).

discovered". However, the dances of the Universal Sufis are rather "innovations without prior traditions or communities".

This taxonomy is quite articulate, but what is it good for? First of all, it presupposes a monolithic tradition or traditions, e. g., Sufism and yoga in Sufi yoga or Shamanism and Sufism in the case of music therapy. The Universal Sufi dance did not exist in Berlin in its current configuration prior to its arrival from San Francisco.²⁹ Extending the taxonomy, a more pertinent question I wish to ask here is: What kinds of tendencies do such particular innovating styles illustrate? What kinds of bodies do they produce?

9.3.1. Fusions, collective-sensuous bodies and hybrids: Sufi bodies in subtle anatomy events

If we take a close look at the three case illustrations outlined above, more than beliefs, it is the performance and engagement in body practices that seem to be the focus of these Sufi innovations. Bodies are mobilized as the sites of religious, therapeutic and aesthetic praxis. Prayer becomes yoga. Dancing becomes prayer. Music becomes therapy. The Islamic prayer position becomes Sufi yoga, sacred dancing becomes prayers of well-being and Sufi music becomes music therapy. The traditional religious field of Sufism is transformed to allow innovations by expanding the repertoire to include modern and postmodern forms, yes: but it also involves a corollary transformation of the 'Western' medical field. What has thus far been perceived as religious is now offered and received as healing practice and therapy. It is a diffusion of the aesthetic field with the religious and the medical, by re-formulating sacred dance and music through the discourse of healing.

The Islamic prayer positions are conceptualized as body positions and the chakra concepts of Indian yoga are mobilized, probably to tap into the yoga economy: the making of a composite body, a fusion between Islam, Sufism

²⁹ Modern dance in Germany and the United States have experienced cross-currents which have mutually influenced the traditions on both sides of the Atlantic since the early 20th century (Partsch-Bergsohn 1994).

and yoga, claiming that the Sufi Yogic body could offer the best healing. In the case of the dances, the body is not so much talked about, but the movements and the singing, the embracing and hand-holding, create a ‘collective body’ – the Universal body – in an effort to be inclusive. However, the collective body breaks into individual bodies as soon as the dances are over. The music and movement therapy of the Therapeutic Sufis mobilizes bodies in two different ways. A *passive receptive body*, which is supposed to let the music of the *Ney*, *Ud* and *Rebab* enter the body and work on its troubles, can in effect be an invitation for “learning to listen” (Kapchan 2009) with the body. An *active body*, however, needs to learn how to make specific moves. Few words are spoken. Music speaks.

The physical body is not the only body in religious and therapeutic fields, taken for granted as being universally the same. As mentioned earlier, there is another body – the ‘subtle body’. Religious practice and alternative therapies mobilize ‘subtle anatomy’ as a frequently recurring metaphor and material enacted in practice. The subtle body connects many alternative therapies and the multifarious religious-spiritual traditions that inform them: “this ‘body’ is understood to be ontologically energetic, nebulous and visible” (Johnston 2010, p. 69). Sufi Yoga, the dances and *makam* music therapy mobilize ‘energy’ discourses and create palpable energies in practice, towards articulated (in the case of Sufi Yoga and music therapy) and not so articulated (in case of the Universal dances) effects. These are multiple enactments of the subtle, energy body, to produce not one but several kinds of Sufi bodies in practice: fusions, collective sensuous bodies, and hybrids.

Based on apparent similarities in practices and concepts, academic scholars of Sufism also speculate that the Sufi schema was derived from a combination of influences from Taoist and Hindu traditions, from Qigong and Tantric Yoga, circulating in the pre-modern Far East and India, but the exact historical linkages are not mentioned and therefore such associations reveal few analytical insights (Lockhart 2010 and Whitcomb 1993, cit. in Milani 2013). Others argue for independent developments and contradict such associations (Ernst 2005). In any case, the available documentations of the subtle body centers

(*Lataif*) espoused by Sufism do not necessarily correspond to the subtle body centers (chakras) in yoga discourses (Dale 2009, cit. in Milani 2013).

To recover Sufi bodies and their movements from causality, and to mobilize them to their effects, I argue that the Sufi bodies enacted in these practices are *rhizomorphic* (Deleuze und Guattari 1988; Gilroy 1993) bodies in terms of their possibilities of *becoming*.³⁰ These enactments happen in what I call their ‘subtle anatomy events’. If we analyze these illustrations *not* as routine activities in certain urban spaces on Sundays, Wednesdays or Thursdays, but as specific *events*, it becomes evident that these Sufi bodies are not just caused by but also emerge from these events. Deleuze invites us to engage in a certain “philosophy of the event” (in Dumoncel 2009, p. 162). To look closely, not at a theory of causality but at a theory of becoming, within the space of what constitutes an event. What happens as we mobilize that kind of thinking? Following Deleuze and Guattari, we begin to articulate the Sufi bodies as *rhizomorphic* in the sense that the practices operate with multiple connections in all directions, and configure their movements not as repetitive, fixed, stable practices but as flexible, fluid, subtle anatomy events. Recent scholarly works on emergent bodies have attempted such theorization. For example, “how ‘becoming’ as physical method might in creative practice sublimate resistance while it aggravates identity. This is done to prove that identity is fluid. It follows the biological tract of how the physical body might be the key that unlocks its own resistance as it also embodies resistance” (Taub 2012, p. 311). Others have attempted to mobilize the concepts of Deleuze and Guattari,

about the body and its variety of emerging forms, which they un-

³⁰ *Becoming* is a central concept that certain philosophers (Deleuze, Whitehead and Bergson in particular) share: “Challenging the ‘static’ ‘substance-predicate’ view of reality made up of unchanging substances and changing predicates, [...] an idea of the real as a perpetual becoming. Becoming is the dynamic movement of temporalization and change that never ‘is’ but insists in between the ‘no longer’ and the ‘not yet’ [...] There is no progress or regress in becoming, and no thing that becomes or fails to become, only a pure passage or continuity. Thus, [...] becoming is the continuous process of temporalization” (Robinson 2009, pp. 221–222).

derstand not only as multifaceted forms of resistance to institutional inscription on the body, but also as ways of creating flexible and multifaceted alternative possibilities of bodily experience [offering] the prospect of breaking free from [a] dichotomous power-centred theoretical framework. (Oppenheimer 2014, p. 23)

Sufi body practices enact a number of “flexible and multifaceted alternative bodily experiences”. For example, the visible discomfort of the Sufi Yoga techniques for the newcomers (unused to kneeling) and the relative ease of the converted Muslim Sufi bodies at the Haqqani Naqshbandi center enact the successful transitioning of secular bodies into specific Sufi Yogic bodies, turning novice bodies through repeated experiences into expert bodies. The returning clients who readily lend their bodies to the passivity and activity of Sufi music therapy allow the music to work their bodies in evident relaxation, deep breathing and exhilaration of movements. The bodies of individual strangers who arrive at the Universal Sufi dance evenings eventually collate in becoming the collective, sensuous body, resulting in the increasing warmth of bodily embraces, repeated eye contact and easy social exchanges afterwards. These bodily experiences are evident and enacted in the practices of the body: “Particular body practices imply (no less particular) metaphysical and cultural commitments, and may indeed finally induce them” (Coakley 2000, p. 8). Sufi body practices mobilize bodies that are always-already in the process of *becoming*, and therefore require some kind of dynamic, theoretical move. This chapter argues for such contemporary formations of Sufi bodies in practice. Not only of how they are enacted in practice but how these practices are engaged in various kinds of therapeutic politics. The next section will elaborate on these politics.

9.3.2. Therapeutic politics, non-market forms of socialities, connecting histories-places

The fusion body of Sufi Yoga in the Haqqani Naqshbandi Sufi network has a wider currency in their therapeutic politics, which has a clear intention for

its guests (clientele), comprised of first-time visitors at the center, tourists in the city as well as the members of the center. Their therapeutic politics operates within a 'gift' economy. For visitors, Sufi Yoga is offered for free with a follow-up invitation to whirling dance (*Drehtanz*) and a free meal if they stay long enough. However, as one looks closely at the practice, the promotion of the efficacy of the Islamic *Salat* positions is self-evident. In Berlin, these Sufis inhabit a minority space within the minority religion of Islam itself. But they are as engaged in a politics of existence, of *anders leben* (a different kind of life), as they are in a therapeutic politics like the Universal Sufis. The Universal Sufis' bodies move back and forth in the multiple spaces of religion and therapy. It is a gendered space with very few men and an exceptionally large number of *Heilpraktikers*³¹ (healing practitioners), with their circle of acquaintances, friends, clients and families and is configured around the *Murshida* (female Sufi teacher) and their *Mureed* (formal Sufi students) or the yet-to-be Sufis (but interested in the dances). The dances of the Universal Sufis are community practices and only occasionally products. Sufi Yoga has an ambiguous identity between therapy and religious practice. In comparison, the music therapy of the Therapeutic Sufis operates as a modality of CAM. In the religious-therapeutic economy of Berlin, Sufi music therapy is based on financial exchange, a solid product of the marketplace: one hour of group music therapy for ten Euros. "Non-market forms of sociality" (Palmer 2011) may be important for the musicians during rehearsals and extended seminars. On music therapy evenings, however, they hardly play a role. Usually in spring and autumn each year, the founder of Sufi music therapy visits Berlin with his wife, a German occupational therapist and musician for extended weekend seminars, and public concerts. Their seminars are widely advertised through flyers, leaflets and email rounds. A daylong

³¹ *Heilpraktiker* or healing practitioner, is a specifically German phenomenon, where (since 1939) a legal quasi-professional status is ascribed to complementary and alternative medical (CAM) practitioners who have passed a state examination allowing them to practice a wide range of non-biomedical healing practices (Heudorf, Carstens und Exner 2010). *Heilpraktikers* are not necessarily physicians but many physicians in Berlin (and Germany) are involved in CAM practices similar to *Heilpraktikers*.

seminar costs between 70 and 90 Euros, the public concert between 15 and 25 Euros.

Sufi music therapy is already a structured form of alternative therapy, and part of the repertoire of CAM. Sufi Yoga is not quite there, but seems to be poised in a contemporary moment along the spectrum of innovation in religious body practice on its way to becoming a structured CAM practice. The dances of the Universal Sufis are yet to become an established CAM modality in the organized, professional sense of the term. Scholars in the transnational Universal Sufi network have written on the “therapeutic potential” of these dances resulting from the “access to expanded states of awareness” and “access to one’s own somatic processes or body awareness” (Douglas-Klotz 2008, p. 19). This *therapeutic potential* is manifest in the presence of many *Heilpraktikers* and health professionals (most of whom are women), who lead or take part in these dances. One may ask whether they were *Heilpraktiker* before they became interested in Sufi dances or afterwards. Unfortunately, it is not within the scope of this text to claim such causal connections.

Music therapy is, incidentally, nothing new in the city.³² Neither are the various traditions of sacred dances or multiple renditions of yoga. Berlin offers numerous kinds of possible therapies. The Haqqani Naqshbandi Sufis engage with medical doctors to organize lectures on Energy Medicine, advocated as “the future of medicine” (Video talk by an internist from Munich on March 30, 2013). But before we take this widespread acceptance of spiritual practices as CAM, let us not forget that the most widely circulated New Age spiritual magazine *Sein* (which means ‘to be’) publishes advertisements from the Haqqani Naqshbandi Sufis and news on music therapy. The dances of the Universal Sufis circulate as community practices open to the public but

³²For example, in community music therapy with traumatized refugees to promote integration and socio-cultural change, music therapy is conceived as a “contemporary force for change” (Hartley 2002, cit. in Zharinova-Sanderson 2004, p. 234). One interlocutor commented on the addition of ‘oriental’ musical instruments and Sufi music therapy as a rather new development compared to the traditional forms of music therapy in Berlin where clients themselves played Western classical instruments (Email correspondence with Johanna on September 10, 2014).

with limited access. News and advertisements for the training for the dances appear in leaflets, are circulated through e-mails and spread through word of mouth.

The Sufi body practices circulate both *in* and *out* of the religious and therapeutic marketplaces. Thus their movements and exchanges cannot be explained away with the “market of religions” (Zinser 1997) only, or the popularized religious economy model of the religious-therapeutic marketplace. These practices cannot be formulated *just* as products and “exchanges on a religious [and alternative therapies] market that function in the same way as the exchange of goods and services on an economic market” (Iannaccone 1998, Stark and Bainbridge 1985, Stark and Finke 2000, cit. in Klein und Meyer 2011, pp. 530–531). Financial exchange is but one dimension in their enactments and ‘non-market forms of sociality’ are prominent. It is important, however, to understand the use of the *market* metaphor as not solely focusing on the question of monetary payments, but also in terms of its supply and demand ‘structures’: e.g., workshops rather than community evenings, offered by ‘experts’ rather than collective self-organizations, being open to newcomers (tourists, visitors, consumers) rather than providing a specially constructed step-by-step learning system, or emphasis on individual interpretations, etc.³³ In this regard, the *therapeutic politics* of Sufi body practices engage in an active debate with participants’ identity as producers and consumers in the religious, therapeutic marketplaces, while they also take an active part in it.

The dances of the Universal Sufis offer an elaborate two-year *Ausbildung* (training) and other seminars (e.g., soul-work) in addition to their community evenings every two weeks or annual meetings in Germany, Europe, North America and India (and occasionally other places). The Sufi music therapy network³⁴ assembles during monthly rehearsals with their instruments and

³³I thank one of the editors of this volume, Gritt Klinkhammer, for directing my attention beyond financial exchange, and elaborating on the supply and demand structure in the formation of the marketplace metaphor in this context.

³⁴One of the recent popular annual events organized by the headquarters of the music therapy

social exchanges, in parallel to their offer of once a month music therapy sessions, yearly seminars or their annual travels, most often to Turkey and Central Asia. Sufi Yoga at the Haqqani Naqshbandi Sufi center is only one example of their public offers. They also organize *Drehtanz* (whirling) workshops and open their regular weekly *dhikr* and *sohbet* (lectures by the head Shaykh) to the public. However, there are closed-door meetings and a number of individual and collective methods (which include travels to Mecca and Sufi-designated places in Cyprus, Turkey and the Middle East) for the steady progression from a curious newcomer to systematic inclusion by becoming a Sufi in their specified *tariqa*. In my wider PhD project, I address how these ways of becoming a Sufi are laid out, both similarly and differently, in these networks. This chapter is aimed only towards the specific case illustrations of selected Sufi body practices and their therapeutic politics.

There is still more to be said about these case illustrations. Apart from what is emerging or what has been, there are also the historical conjectures between Sufi body practices and other practices of ‘family resemblance’, or their engagement with the marketplaces. It is not enough to simply describe the body enacted in practice. One could take the descriptions further and ask how such enactments of Sufi bodies and their therapeutic politics connect histories and places.

Singleton has argued that the rise of modern transnational yoga was the result of a “dialogical exchange” between the West’s body culture techniques and the “modern” Hindu yoga discourses from Vivekananda onwards. He elaborates on a yoga body, claiming that “the new yogic body is one that is thoroughly shaped by the practices and discourses of modern physical culture, ‘healthism,’ and Western esotericism” (Singleton 2010, p. 22). The Sufi

group in Istanbul (Turkey) is the *Sema*, round-the-clock live music and whirling (with occasional *dhikr* and evening *sohbet* by the founder of the group) in a small town near Istanbul, where not only members of the Berlin network, but numerous other Sufi and non-Sufi/non-Muslim groups and individuals take part. In 2014, the longest *Sema* was organized for 99 days and nights, with a contemporary rendition of the historical and ritualistic *Sema* performed in the whirling dervish tradition (Mevlevi) founded by the 13th-century – and now world-famous – Sufi poet and mystic Rumi.

bodies in Berlin are not separate from other Sufi bodies across time and place. Risking anachronism, let me name a few. Bashir's (2011) recent historical text on Sufi bodies in medieval Persia, Hatley's (2007) mapping of the esoteric body of Islamic Yoga in pre-modern Bengal and Ernst's (2005) vehement opposition to any rapprochement between yoga and Sufism are only a few cases in point. Kugle (2007) discusses the significant role that pre-modern Sufi saintly bodies played in their communities. These case illustrations refer to a range of other, historical Sufi bodies in circulation.

9.4. Concluding remarks

My intention in this chapter was to situate different kinds of Sufi bodies and therapeutic politics in the wider field of religious-therapeutic practices that constitute the *inside* and *beyond* of the religious-therapeutic marketplace of post-secular Berlin. To address the loss of 'traditional' borders for these practice fields, as well as the centrality of the body in practices of the social. I have illustrated how Sufi bodies are enacted in three different practices: how the classical subtle, energy body discourses might inform these bodies and how the bodies themselves emerge from interactions between specific body postures, breathing exercises, collective dance steps, the passivity of listening to music or active movements with music. Whether we call it innovation, *bricolage* or becoming, these body practices exist beyond the confines of the religious-therapeutic marketplace through their persistent social exchanges, textual discourses and embodied practices of healing. The Sufi networks share a persistent focus on the body in their therapeutic politics, in spite of their different engagements with the symbolic and corporeal repertoire of Sufism in the city. With these case illustrations, I have just begun to unpack the practices and to trace the Sufi actor networks navigating the combined fields of religion and medicine in Berlin. Whether such body practices in the many different ways of becoming a Sufi are designed and promoted with the intention of attracting individuals focused on 'self-development' or "quest of healing", or appealing to a growing 'body consciousness' – the phenomena that might

constitute urban Sufi subjectivities – is a pertinent question. I hope to address these remaining questions in the subsequent phases of my doctoral research.

Acknowledgments

I thank my research interlocutors for their generosity in allowing me to participate in their practices, their readiness and curiosity to ask and respond to questions. Special thanks to my key interlocutors, in alphabetical order, Abu Bakr, Hermann, Khidr, Rabeya, and Rafael who took the time to read the final draft and offer their critical, insider comments. I am grateful to my supervisors, Prof. Dr. Hansjörg Dilger and Prof. Dr. Birgitt Röttger-Rössler, the members of the Arbeitskreis (AK) Medical Anthropology at the Institute of Social and Cultural Anthropology, Freie Universität Berlin, for their critiques on the initial draft. Special thanks to Britta Rutert for her “what’s the point?” questions, and Gabi Jaschke and Regine Brosius for their extensive “native Berliner” comments on the various drafts of this chapter. Thanks to Dr. Neil Douglas-Klotz (also known as Murshid Saadi Shakur Chishti), a scholar and Sufi teacher for responding to queries about the Universal dances and Dr. Michael Bachmaier-Ekşi for his comments on the historical sources of *makam* music-therapy. I extend my gratitude to Prof. Dr. Gritt Klinkhammer for her review comments, and Eva Tolksdorf at the Department of Science of Religions at the University of Bremen for inviting me to present a poster at the conference *Somatisierung des Religiösen: Religionswissenschaftliche- und soziologische Perspektiven auf den rezenten religiösen Heilungs- und Therapiemarkt*, held at Schloss Herrenhausen, Hannover, on October 23–25, 2013. That event generated insightful comments from a number of scholars. It was also the morphogenetic force for this chapter. Finally, thanks to the German Academic Exchange Service, *Deutscher Akademischer Austausch Dienst* (DAAD), for providing financial support for the PhD Project.

References

- Anjum, Tanvir (2006), "Sufism in History and its Relationship with Power". In: *Islamic Studies* 45.2, pp. 221–268. JSTOR: [20839016](#) (cit. on pp. [239](#), [244](#), [248](#)).
- Arfman, William R. (2014), "Innovating from Traditions: The Emergence of a Ritual Field of Collective Commemoration in the Netherlands". In: *Journal of Contemporary Religion* 29.1, pp. 17–32. DOI: [10.1080/13537903.2014.864799](#) (cit. on p. [264](#)).
- Bachmaier-Eksi, Michael (2014), *Arabisch-türkische Makamtherapie in regulationsmedizinischer Konzeption*. Vol. 1: Kulturhistorische Entwicklung der Tonsysteme, Grundlagen der Makamlehre. Berlin: Elixiere (cit. on p. [261](#)).
- Barbato, Mariano and Friedrich Kratochwil (2009), "Toward a Post-Secular Order?" In: *European Political Science Review* 1.3, pp. 317–340 (cit. on p. [239](#)).
- Bashir, Shahzad (2011), *Sufi Bodies: Religion and Society in Medieval Islam*. New York and Chichester: Columbia University Press (cit. on pp. [243](#), [244](#), [273](#)).
- Berger, Peter L. (2001), "Postscript". In: *Peter Berger and the Study of Religion*. Ed. by Linda Woodhead, Paul Heelas, and David Martin. London: Routledge, pp. 189–198 (cit. on p. [238](#)).
- Campo, Juan E. (2009), *Encyclopedia of Islam*. Encyclopedia of World Religions Series. New York: Facts on File (cit. on pp. [239](#), [251](#)).
- Coakley, Sarah, ed. (2000), *Religion and the Body*. Cambridge [et al.]: Cambridge University Press (cit. on pp. [238](#), [242](#), [264](#), [268](#)).
- Coleman, Elizabeth Burns and Kevin White, eds. (2010), *Medicine, Religion, and the Body*. International Studies in Religion and Society 11. Leiden: Brill (cit. on p. [242](#)).
- Csordas, Thomas J. (1994), *Embodiment and Experience: The Existential Ground of Culture and Self*. Cambridge: Cambridge University Press (cit. on p. [242](#)).
- (2002), *Body / Meaning / Healing*. Hampshire and New York: Palgrave Macmillan (cit. on p. [242](#)).
- Dale, Cyndi (2009), *The Subtle Body: An Encyclopedia of Your Energetic Anatomy*. Boulder, CO: Sounds True (cit. on p. [244](#)).

- Deleuze, Gilles and Félix Guattari (1988), *A Thousand Plateaus: Capitalism and Schizophrenia*. Translator Brian Massumi. London: Athlone (cit. on p. 267).
- Douglas, Mary (2001), *Purity and Danger: Analysis of the Concepts of Pollution and Taboo*. London and New York: Routledge (cit. on p. 238).
- Douglas-Klotz, Neil (2003), "The Key in the Dark: Transformation in Sufi Tradition". In: *Modern Psychology and Ancient Wisdom: Psychological Healing Practices from the World's Religious Traditions*. Ed. by Sharon G. Mijares. New York: Haworth Press, pp. 149–172 (cit. on p. 255).
- (2008), *Dance Directions and Music to the Aramaic Prayer of Yeshua*. URL: <http://abwoonco.ipower.com/documents/ALPfull108.pdf> (cit. on p. 270).
 - (2009), *Prayers of the Cosmos: Meditations on the Aramaic Words of Jesus*. New York: Harper Collins (cit. on p. 254).
- Dumoncel, Jean-Claude (2009), "Whitehead and Deleuze on Creation and Calculus". In: *Deleuze, Whitehead, Bergson: Rhizomatic Connections*. Ed. by Keith A. Robinson. Basingstoke [et al.]: Palgrave Macmillan, pp. 144–165 (cit. on p. 267).
- Ecclestone, Kathryn and Dennis Hayes (2009), *The Dangerous Rise of Therapeutic Education: How Teaching is Becoming Therapy*. London: Routledge (cit. on p. 240).
- Ernst, Carl W. (2005), "Situating Sufism and Yoga". In: *Journal of the Royal Asiatic Society* 15.1. Series 3, pp. 15–43. JSTOR: 25188502 (cit. on pp. 264, 266, 273).
- Falasch, Ute (2006), "Sufistisches Leben in Berlin". In: *Islamisches Gemeindeleben in Berlin*. Ed. by Riem Spielhaus and Alexa Färber. Berlin: Der Beauftragte des Senats von Berlin für Integration und Migration, pp. 71–75. URL: <http://www.berlin.de/imperia/md/content/lb-integration-migration/publikationen/religion/islamischesgemeindeleben.pdf> (cit. on p. 241).
- Geaves, Ron (2001), "The Haqqani Naqshbandis: A Study of Apocalyptic Millennialism within Islam". In: *Faith in the Millennium*. Ed. by Stanley E. Porter, Michael A. Hayes, and David Tombs. Sheffield: Sheffield Academic Press, pp. 215–231 (cit. on p. 239).

- Geaves, Ron, Markus Dreßler, and Gritt Klinkhammer, eds. (2009), *Sufis in Western Society: Global Networking and Locality*. London [et al.]: Routledge (cit. on p. 242).
- Gilroy, Paul (1993), *The Black Atlantic: Modernity and Double Consciousness*. Cambridge, MA: Harvard University Press (cit. on p. 267).
- Gorski, Philip S. et al., eds. (2012), *The Post-Secular in Question: Religion in Contemporary Society*. New York and London: New York University Press (cit. on p. 240).
- Green, Nile (2012), *Sufism: A Global History*. Chichester: Wiley-Blackwell (cit. on p. 242).
- Grübel, Nils and Stefan Rademacher (2003), *Religion in Berlin: Ein Handbuch*. Berlin: Weißensee-Verlag (cit. on p. 241).
- Habermas, Jürgen (2001), "Glauben und Wissen". In: *Friedenspreis des deutschen Buchhandels 2001: Jürgen Habermas*. Frankfurt am Main: Börsenverein des deutschen Buchhandels, pp. 9–15. URL: [http : / / www . friedenspreis - des - deutschen - buchhandels . de / sixcms / media . php / 1290 / 2001 _ habermas . pdf](http://www.friedenspreis-des-deutschen-buchhandels.de/sixcms/media.php/1290/2001_habermas.pdf) (cit. on p. 239).
- Hatley, Shaman (2007), "Mapping the Esoteric Body in the Islamic Yoga of Bengal". In: *History of Religions* 46.4, pp. 351–368. DOI: [10.1086/518813](https://doi.org/10.1086/518813) (cit. on p. 273).
- Hermansen, Marcia K. (1988), "Shāh Walī Allāh's Theory of the Subtle Spiritual Centers (Laṭā'if): A Sufi Model of Personhood and Self-Transformation". In: *Journal of Near Eastern Studies* 47.1, pp. 1–25 (cit. on pp. 244–246).
- Heudorf, Ursel, Anita Carstens, and Martin Exner (2010), "Heilpraktiker und öffentliches Gesundheitswesen: Gesetzliche Grundlagen sowie Erfahrungen aus den Überprüfungen der Heilpraktikeranwärter und der infektionshygienischen Überwachung von Heilpraktiker-Praxen im Rhein-Main-Gebiet 2004–2007". In: *Bundesgesundheitsblätter* 53, pp. 245–257. DOI: [10.1007 / s00103 - 009 - 1024 - 0](https://doi.org/10.1007/s00103-009-1024-0) (cit. on p. 269).
- Hobsbawm, Eric (1983), "Introduction: Inventing Traditions". In: *The Invention of Tradition*. Ed. by Eric Hobsbawm and Terence Ranger. Cambridge: Cambridge University Press, pp. 1–4 (cit. on p. 264).

- Hyland, Terry (2013), "Moral Education, Mindfulness, and Social Engagement: Fostering Social Capital Through Therapeutic Buddhist Practice". In: *Sage Open* 3.4. DOI: [10.1177/2158244013509253](https://doi.org/10.1177/2158244013509253) (cit. on p. 240).
- Johnston, Jay (2010), "Subtle Anatomy: The Bio-metaphysics of Alternative Therapies". In: *Medicine, Religion, and the Body*. Ed. by Elizabeth Burns Coleman and Kevin White. International Studies in Religion and Society 11. Leiden: Brill, pp. 69–78 (cit. on pp. 244, 266).
- Jonker, Gerdien (2006), "The Evolution of Naqshbandi-Mujaddidi: Sulaymançis in Germany". In: *Sufism in the West*. Ed. by Jamal Malik and John Hinnels. London: Routledge, pp. 71–86 (cit. on p. 241).
- Kapchan, Deborah (2009), "Learning to Listen: The Sound of Sufism in France". In: *The World of Music* 51.2, pp. 183–208. JSTOR: [41699883](https://www.jstor.org/stable/41699883) (cit. on p. 266).
- Klein, Thoralf and Christian Meyer (2011), "Beyond the Market: Exploring the Religious Field in Modern China". In: *Religion* 41.4, pp. 529–534. DOI: [10.1080/0048721X.2011.624693](https://doi.org/10.1080/0048721X.2011.624693) (cit. on p. 271).
- Kugle, Scott (2007), *Sufis and Saints' Bodies: Mysticism, Corporeality and Sacred Power in Islam*. Chapel Hill, NC: University of North Carolina Press (cit. on p. 273).
- ed. (2012), *Sufi Meditation and Contemplation: Timeless Wisdom from Mughal India*. New York: Omega (cit. on pp. 244, 245, 264).
- Malik, Jamal and John Hinnels, eds. (2006), *Sufism in the West*. London [et al.]: Routledge (cit. on p. 242).
- Malinowski, Bronislaw (1994 [1923]), "The Problem of Meaning in Primitive Languages". In: *Language and Literacy in Social Practice: A Reader*. Ed. by Janet Maybin. Clevedon [et al.]: The Open University, pp. 1–10 (cit. on p. 257).
- Mascia-Lees, Frances E., ed. (2011), *A Companion to the Anthropology of the Body and Embodiment*. Blackwell Companions to Anthropology 13. Chichester: Wiley-Blackwell (cit. on p. 242).
- Mauss, Marcel (1973 [1935]), "Techniques of the Body". In: *Economy and Society* 2.1, pp. 70–88 (cit. on p. 250).
- McLennan, Gregor (2010), "The Postsecular Turn". In: *Theory, Culture & Society* 27.4, pp. 3–20 (cit. on p. 239).

- Milani, Milad (2013), "The Subtle Body in Sufism". In: *Religion and the Subtle Body in Asia and the West: Between Mind and Body*. Ed. by Geoffrey Samuel and Jay Johnston. Routledge Studies in Asian Religion and Philosophy 8. New York: Routledge, pp. 168–180 (cit. on pp. 244, 266, 267).
- Miller, Peter and Nikolas S. Rose (2008), *Governing the Present: Administering Economic, Social and Personal Life*. Cambridge [et al.]: Cambridge University Press (cit. on p. 240).
- Mol, Annemarie and John Law (2004), "Embodied Action, Enacted Bodies: The Example of Hypoglycemia". In: *Body and Society* 10.2–3, pp. 43–62 (cit. on p. 238).
- Neubauer, Eckhard (1990), "Arabische Anleitungen zur Musiktherapie". In: *Zeitschrift für Geschichte der arabisch-islamischen Wissenschaften* 6, pp. 227–272 (cit. on p. 262).
- Nguyen, Vinh-Kim (2010), *The Republic of Therapy: Triage and Sovereignty in West Africa's Time Of Aids*. Durham, NC: Duke University Press (cit. on p. 240).
- Oppenheimer, Yochei (2014), "On the Becoming of the Mizrahi Male Body". In: *Orbis Litterarum* 69.1, pp. 23–56. DOI: [10.1111/oli.12018](https://doi.org/10.1111/oli.12018) (cit. on p. 268).
- Palmer, David A. (2011), "Gift and Market in the Chinese Religious Economy". In: *Religion* 41.4, pp. 569–594. DOI: [10.1080/0048721X.2011.616703](https://doi.org/10.1080/0048721X.2011.616703) (cit. on pp. 239, 269).
- Partsch-Bergsohn, Isa (1994), *Modern Dance in Germany and the United States: Cross-currents and Influences*. Chur: Harwood Academic Publishers (cit. on p. 265).
- Podolinská, Tatiana (2010), "Religion in Post-secular and Post-communist Europe: Trends, Visions and Challenges". In: *Anthropological Journal of European Cultures* 19.1, pp. 1–8. DOI: [10.3167/ajec.2010.190101](https://doi.org/10.3167/ajec.2010.190101) (cit. on p. 240).
- Raudvere, Catharina and Leif Stenberg, eds. (2009), *Sufism Today: Heritage and Tradition in the Global Community*. London [et al.]: Tauris (cit. on p. 242).
- Robben, Antonius C. G. M. (2012), "Sensorial Fieldwork: Introduction". In: *Ethnographic Fieldwork: An Anthropological Reader*. Ed. by Antonius C. G. M. Robben and Jeffrey A. Sluka. 2nd ed. Malden, MA: Wiley-Blackwell, pp. 443–449 (cit. on p. 262).

- Robinson, Keith A., ed. (2009), *Deleuze, Whitehead, Bergson: Rhizomatic connections*. Basingstoke [et al.]: Palgrave Macmillan (cit. on p. 267).
- Rose, Nikolas (1989), *Governing the Soul: The Shaping of the Private Self*. London and New York: Routledge (cit. on p. 240).
- Samuel, Geoffrey and Jay Johnston, eds. (2013), *Religion and the Subtle Body in Asia and the West: Between Mind and Body*. Routledge Studies in Asian Religion and Philosophy 8. New York: Routledge (cit. on p. 244).
- Scheper-Hughes, Nancy and Margaret M. Lock (1987), "The Mindful Body: A Prolegomenon to Future Work in Medical Anthropology". In: *Medical Anthropology Quarterly* 1.1, pp. 6–41. JSTOR: 648769 (cit. on p. 242).
- Schimmel, Annemarie (1975), *Mystical Dimensions of Islam*. Chapel Hill, NC: University of North Carolina Press (cit. on pp. 242, 244–247).
- (2000), *Sufismus: Eine Einführung in die islamische Mystik*. München: Beck (cit. on p. 242).
- Schleßmann, Ludwig (2003), *Sufismus in Deutschland: Deutsche auf dem Weg des mystischen Islam*. Kölner Veröffentlichung zur Religionsgeschichte 33. Köln, Weimar, and Berlin: Böhlau (cit. on pp. 241, 243).
- Sedgwick, Mark (2006), "Neo-Sufism". In: *Dictionary of Gnosis and Western Esotericism*. Ed. by Wouter J. Hanegraaff. Leiden and Boston: Brill, pp. 846–849 (cit. on p. 243).
- Shah, Idries (2001 [1964]), *The Sufis*. 6th imp. London: Octagon (cit. on p. 246).
- Singleton, Mark (2010), *The Yoga Body: The Origins of Modern Posture Practice*. Oxford [et al.]: Oxford University Press (cit. on p. 272).
- Staples, James (2012), "Body". In: *The Routledge Encyclopedia of Social and Cultural Anthropology*. Ed. by Alan Barnard and Jonathan Spencer. 2nd ed. London [et al.]: Routledge, pp. 91–93 (cit. on p. 242).
- Stein, Arlene (2011), "The Forum: Therapeutic Politics—An Oxymoron?" In: *Sociological Forum* 26.1, pp. 187–193. DOI: 10.1111/j.1573-7861.2010.01231.x (cit. on pp. 240, 241).
- Swan, Elaine (2010), *Worked Up Selves: Personal Development Workers, Self-Work and Therapeutic Cultures*. Hampshire and New York: Palgrave Macmillan (cit. on p. 240).

- Syman, Stefanie (2010), *The Subtle Body: The Story of Yoga in America*. New York: Farrar, Straus, and Giroux (cit. on p. 264).
- Taub, Myer (2012), "Becoming the Body, Approaching the Body, Re-enacting the Body: Jew in Venice". In: *South African Journal of Art History* 27.2, pp. 310–324 (cit. on p. 267).
- Utriainen, Terhi (2011), "The Post-Secular Position and Enchanted Bodies". In: *Scripta Instituti Donneriani Aboensis* 23, pp. 427–432 (cit. on p. 240).
- Wiegers, Gerard (2004), "Ibadat". In: *Encyclopedia of Islam and the Muslim World*. Ed. by Richard C. Martin. New York and Munich: Thomson Gale, pp. 327–333 (cit. on p. 251).
- Winter, Michael (1995), "Islamic Attitudes Toward the Human Body". In: *Religious Reflections on the Human Body*. Ed. by Jane Marie Law. Bloomington, IN: Indiana University Press, pp. 36–45 (cit. on p. 244).
- Yöre, Seyit (2012), "Maqam in Music as a Concept, Scale and Phenomenon". In: *Zeitschrift für die Welt der Türken* 4.3, pp. 267–286 (cit. on p. 261).
- Zenk, Thomas (2012), "'Neuer Atheismus': 'New Atheism' in Germany". In: *Approaching Religion* 2.1, pp. 36–51 (cit. on p. 238).
- Zharinova-Sanderson, Oksana (2004), "Promoting Integration and Socio-cultural Change: Community Music Therapy with Traumatized Refugees in Berlin". In: *Community Music Therapy*. Ed. by Mercédès Pavlicevic and Gary Ansdell. London and Philadelphia, PA: Jessica Kingsley, pp. 233–248 (cit. on p. 270).
- Zinser, Hartmut (1997), *Der Markt der Religionen*. München: Fink (cit. on p. 271).

10. „Was kann ich für mich tun, um zu überleben?“ Komplementär- und alternativmedizinische Heilmethoden als (Be-)Handlungsoptionen für Frauen mit Brustkrebs

Alexandra von Garmissen, Universität Hannover

Zusammenfassung: Der Beitrag thematisiert die Relevanz körperbezogener Therapien und die Nutzung komplementärer und alternativer Heilverfahren (CAM) bei Frauen mit Brustkrebs. Die Datenbasis besteht aus Ergebnissen einer Fragebogenerhebung und teilstrukturierter Interviews mit Brustkrebspatientinnen (TN 169) sowie Experteninterviews. Es zeigt sich, dass die Inanspruchnahme von CAM für die befragte Gruppe erhebliche Bedeutung aufweist. Darüber hinaus lassen die untersuchten Interviews die Deutung zu, dass Krankheit als ein Geschehen wahrgenommen wird, das über die immanente Körpergrenze hinaus auf einen transzendenten Sinnzusammenhang verweist. Die Befunde werden im Zusammenhang mit der Individualisierung von Gesundheit und der zunehmenden Pluralisierung des medizinischen Feldes betrachtet. Das Phänomen der gesellschaftlichen Akzeptanz und Etablierung komplementär- und alternativmedizinischer Heilmethoden wird als gesellschaftlicher Aushandlungsprozess etablierter Krankheits- und Körpernormen interpretiert.

Krankheit stellt nicht nur die individuelle, sondern auch die gesellschaftliche Wirklichkeit in Frage. Sie gilt als ein schicksalhaftes Ereignis, das nicht nur die Identität der erkrankten Person, sondern – darüber hinaus – die Identität der jeweiligen Gesellschaftssysteme bedroht (Rittner 1982). Diese Bedrohungsdimensionen sollen hier, exemplarisch anhand der Krankheitserzählungen von Brustkrebspatientinnen nachvollzogen werden. Durch die Diagnose

der Erkrankung, die invasiven kurativen und nachsorgenden Therapien wird vordergründig vor allem der eigene Körper ins Zentrum des Krankheitsgeschehens gerückt. Diese somatische Dimension ist allerdings unbestreitbar gerahmt von kollektiven Bewertungsdimensionen. Diese stellen Ursachenvermutungen für den Ausbruch der Erkrankung bereit, halten legitime Handlungsoptionen für den Krankheitsfall vor und bieten Sinnkonzepte für die Interpretation der Krankheitsepisode an. Die individuelle Krankheitserfahrung Brustkrebs durchläuft also eine über das somatische Ereignis hinausreichende Rekonzeptionalisierung, die Ergebnis vielschichtiger gesellschaftlicher Konstruktions- und Kommunikationsprozesse ist. Besonders bedeutsam ist in diesem Zusammenhang die Beobachtung, dass die Nutzung sog. komplementärer und alternativer Heilverfahren für Frauen mit Brustkrebs (Mammacarcinom) eine große Relevanz aufweist. Deren Inanspruchnahme stellt längst eine akzeptierte (Be-)Handlungsoption dar. Dieser Befund offenbart die Bedeutung alternativer Medizinsysteme und Gesundheitspraktiken für die gesellschaftliche Abstimmung über geläufige Krankheitskonzeptionen, die kurative Effizienz konventioneller Medizin und die Aktualität etablierter Körperbilder.

10.1. Krankheitsbild Brustkrebs

Jede elfte Frau in Deutschland erkrankt im Laufe ihres Lebens an Brustkrebs. Damit gilt das Mammacarcinom als die häufigste Krebserkrankung bei Frauen. Schätzungen gehen von jährlich über 70 000 Brustkrebs-Neuerkrankungen in Deutschland aus (Robert-Koch-Institut 2014). Nicht nur die mit der Diagnose verbundene mögliche Letalität, sondern auch die starken Beeinträchtigungen durch die medizinischen Behandlungen stellen für die betroffenen Frauen eine besondere Belastung dar. Die Bandbreite der diagnostischen, operativen und nachsorgenden Möglichkeiten im Bereich der Brustkrebserkrankungen ist groß und in ständiger Weiterentwicklung. Der aus Sicht der Betroffenen sehnlich erhoffte Durchbruch, mit dessen Hilfe Brustkrebs vollständig geheilt werden könnte, ist bis heute aber ausgeblie-

ben. Das Mammacarcinom belegt bei Frauen Platz eins der Krebstodesursachenstatistik (ebd.). Die Möglichkeiten der primären Prävention bei Brustkrebs sind begrenzt. So kommt der sekundären Prävention, d. h. den unterschiedlichen Methoden der Früherkennung z. B. der Selbstuntersuchung oder den Tastbefunden durch Fachpersonal, verstärkt Bedeutung zu. Die sekundäre Prävention ist eingebunden in ein differenziertes System von Diagnostik, Therapie und Nachsorge. Die bisherige medizinertherapeutische Strategie besteht zum einem in der chirurgischen Entfernung des Tumors. Bei großen, multizentrischen oder weit ausgebreiteten Tumoren ist eine brusterhaltende Therapie meist nicht mehr möglich; in diesen Fällen muss die Brust vollständig operativ entfernt werden (Mastektomie). Ein Wiederaufbau der Brust kann angestrebt werden. Zusätzlich zu den operativen Maßnahmen kommen Strahlentherapien oder medikamentöse Therapien zum Einsatz.

10.2. Defeminisierung und weibliche Körperkonzepte

Die Erkrankung mit deren Behandlung ist eine krisenhafte Ausnahmesituation, die in vielfachen Wechselwirkungen mit der Lebenswelt der Betroffenen steht. Im Hinblick auf körpersoziologische Aspekte ist es wichtig zu betonen, dass die krankhafte Veränderung des Körpers, die Invasivität der Eingriffe (operative Entfernung des Brustgewebes) sowie die Nebenwirkungen der Behandlungen (Haarausfall, Verlust der Libido u. a. durch Bestrahlungen, Chemo- und Hormontherapien) weibliche Körper- und Attraktivitätskonzeptionen fundamental erschüttern und vielschichtigen Einfluss auf das Leib-Erleben von Frauen haben. Die Operation wird als Verstümmelung der Brust erlebt und wirkt sich verunsichernd auf die geschlechtliche Identität und sexuelle Aktivität aus, so dass die eigene Weiblichkeit in Frage gestellt wird (Holtgräwe, Pinkert und Remmers 2007; Thomas-MacLean 2005). Der Aspekt der beschriebenen Defeminisierung durch die Erkrankung bleibt für die Betroffenen lebenslange Thematik. So sind die Frauen in ein enges Nachsorgesystem eingebunden, von Nachwirkungen der Operation betroffen oder in Selbsthilfegruppen aktiv.

10.3. Laienätiologien zwischen Somatik und Psyche

Die gesellschaftliche Wahrnehmung der Brustkrebserkrankung ist wesentlich von den Zuschreibungen *Defeminisierung* und *Letalität* geprägt. Somit löst die Diagnose Brustkrebs tiefgreifende Ängste aus, denen der Versuch entgegengestellt wird, das komplexe Krankheitsgeschehen durch Laienätiologien greifbar zu machen. Hier impliziert die weit verbreitete Vorstellung, Krebs sei Ausdruck eines seelischen Traumas – das Carzinom demnach die körperliche Manifestation einer Problematik auf geistig-seelischer Ebene –, dass die Behandlung der Krebserkrankung folgerichtig nicht ausschließlich auf somatischer Ebene stattfinden sollte (Münstedt und Hübner 2013). Diese Vorstellung kann aus medizinhistorischer Sicht auf ein schon in der Antike populäres, humoral-pathologisches Krankheitsverständnis (die sog. Viersäftelehre) zurückgeführt werden. Hier wird die Entstehung von Tumoren auf eine Störung des humoralen Milieus zurückgeführt. Krebs galt – ebenso wie Depression – als Überschuss schwarzer Galle im Körper. Depression und Krebs erscheinen also als psychische bzw. somatische Folge desselben körperlichen Ungleichgewichts und damit unauflöslich miteinander verknüpft (Engelhardt 2007; Mukherjee 2012). Moderne Promoter dieses onkologischen Psycho-Soma-Konzeptes sind insbesondere im Bereich der Ratgeberliteratur zu finden. Als zwei populäre Vertreter sollen hier Ruediger Dahlke und Louise L. Hay genannt werden. Dahlke konzipiert in seinem auflagenstarken Buch *Krankheit als Sprache der Seele* Erkrankungen als Schattenmanifestation der Seele, Krebs wird als Ausdruck einer Wachstums- und Kommunikationsproblematik gefasst (Dahlke 1999, S. 87). In der Auseinandersetzung mit der Erkrankung gehe es für die Betroffenen „zuerst darum zu wachsen, sich zu wandeln und zu entwickeln. Dazu gehört auch, nein sagen zu lernen, seinen egoistischen Willen zu spüren und zu leben“ (ebd., S. 105). Louise L. Hay vertritt in ihrem Buch *Gesundheit für Körper und Seele* die Auffassung, dass durch mentales Training in Form von positiven Affirmationen jeder befähigt wird die eigene Gesundheit zu erhalten und Krankheiten zu heilen. Sie assoziiert Krebs mit tiefen Verletzungen, lange bestehendem Groll oder Trauer (Hay 1994, S. 232). Das

neue, heilende Gedankenmuster solle liebevolle Vergebung, Loslösung vom Vergangenen affirmieren. Im Zentrum stehe dabei die liebevolle Akzeptanz der eigenen Person (ebd., S. 233). Es scheint also ein gesellschaftliches Bedürfnis nach körper- und seelenbezogenen Deutungsmustern von Krankheit und alternativ medizinischen Vermittlungswegen von Heilung zu geben.

10.4. Komplementäre und alternative Heilmethoden (CAM)

Den Wunsch nach Heilverfahren, die sowohl das Körperliche als auch das Seelische in ihre Behandlungsprozesse integrieren, erfüllt die konventionelle Medizin nur unzureichend. Dem gegenüber wird alternativen Heilmethoden diese Kompetenz zugeschrieben. Statistische Untersuchungen der medizinischen Versorgungsforschung bestätigen dies, denen zufolge Brustkrebspatientinnen eine besonders hohe Nutzungsfrequenz von komplementären und alternativen Heilverfahren (CAM = Complementary and Alternative Medicine) mit einer Prävalenz von über 50 % zeigen. Dies weist auf die hohe gesellschaftliche Akzeptanz in diesem Zusammenhang hin (Burkhard 2006).

Dieses Nutzungsverhalten wird im Rahmen medizinischer und pharmazeutischer Fachdebatten – insbesondere in Hinsicht auf die therapeutische Effektivität sowie potentielle Gefahren und Risiken – sehr intensiv diskutiert. Uneinigkeit besteht zudem professionsübergreifend darin, wie die Gruppe der Medizinsysteme, Gesundheitspraktiken und -produkte, die gegenwärtig nicht als Teil der konventionellen Medizin gelten, begrifflich und inhaltlich gefasst werden kann (Crammer, Kaw und Gansler 2011).

Um sich diesem Diskurs anzunähern, werden nachfolgend professionsspezifische Einschätzungen des Phänomens angesprochen. Vertreter der konventionellen Medizin verstehen unter komplementären und alternativen Heilmethoden angewandte Therapieverfahren, die ohne das Vorliegen eines naturwissenschaftlichen Wirksamkeitsnachweises bzw. das Ermitteln möglicher Nebenwirkungen genutzt werden (Münstedt, Brüggmann und Jungi 2007).

Aus sozialwissenschaftlicher Sicht handelt es sich hierbei um Heilmethoden und Gesundheitspraktiken, die nicht Teil des etablierten konventionellen

Medizinsystems sind, demnach in Abgrenzung zum naturwissenschaftlichen Selbstverständnis des medizinischen Feldes charakterisiert werden. Darüber hinaus thematisieren diese Behandlungsverfahren nicht nur somatische, sondern besonders auch energetische und metaphysische Dimensionen in ihrer Relevanz für das Krankheits- und Heilungsgeschehens ein (Broom 2009).

Der Versuch, die Gruppe der CAM begrifflich und inhaltlich zu fassen, hat zu der Entwicklung eines fünfteiligen Kategoriensystems geführt.

So wird unterschieden zwischen Therapiepraktiken, die gleichermaßen auf die energetisch-metaphysische als auch die somatische Dimension eingehen (MIND–BODY THERAPIES), Therapieverfahren, die sich hauptsächlich auf körperbezogene manipulative Methoden stützen (BODY-BASED THERAPIES) oder im Gegensatz dazu ausschließlich auf energetischer Ebene arbeiten (ENERGY MEDICINE). Zudem bilden Verfahren, die bestimmte Nahrungs- und Ernährungssysteme oder pflanzliche Präparate ins Zentrum ihrer Behandlungskonzepte stellen (BIOLOGICAL BASED THERAPIES) ebenso wie alternative Medizinsysteme (WHOLE MEDICAL SYSTEMS) eine eigene zusätzliche Kategorie. Die Zuordnung spezifischer Praktiken, Anwendungen und Präparate erfolgt in der Literatur uneinheitlich (Frass u. a. 2012). Dies kann als Indiz dafür gewertet werden, dass diese Kategorisierung sich noch in einem Aushandlungsprozess befindet. Die nebenstehende Tabelle 10.1 dient zur Orientierung.

Die Übergänge zwischen den Kategorien sind fließend. Es handelt sich hierbei vordergründig nicht um ein hierarchisches Kategoriensystem. In der Anwendung durch die etablierten Akteure des medizinischen Feldes, wie z. B. den Krankenkassen, Rehabilitationseinrichtungen oder behandelnden Ärzten, zeigen sich dennoch Unterschiede hinsichtlich der Akzeptanz sowie in der getroffenen Nützlichkeitseinschätzung einzelner Methoden. Das spiegelt sich auch in den Angeboten der Rehabilitationseinrichtungen wider, die diesbezüglich hauptsächlich Yoga oder autogenes Training flächendeckend anbieten. Von Allgemeinmediziner*innen werden Methoden wie Misteltherapie, Homöopathie oder Anthroposophische Medizin im Hinblick auf ihren kurativen Nutzen um ein vielfaches wirksamer eingeschätzt als bspw. sog. Geistheilung (Münstedt, Brüggmann und Jungi 2007). Diese Bevorzugung basiert nicht auf

Tab. 10.1.: CAM-Kategorien mit zugeordneten Medizinsystemen, Praktiken, Anwendungen und Präparaten

MIND–BODY THERAPIES	Autogenes Training, Mediation, Imagination, Tai Chi, Chi Gong, Meditation, Yoga
BODY-BASED THERAPIES	Akupressur, Osteopathie, Feldenkrais, Eurythmie
ENERGY MEDICINE	Geistheilung, Fernheilung, Reiki
BIOLOGICAL BASED THERAPIES	Nahrungsergänzungsmittel, Kräuter, Misteltherapie
WHOLE MEDICAL SYSTEMS	Homöopathie, Akupunktur, TCM, Aryurveda, Antrophosophische Medizin

Wirksamkeitsnachweisen der entsprechenden Methoden; vielmehr ist anzunehmen, dass diese Hierarchisierung in Zusammenhang mit ökonomischen Erwägungen steht. Krankenkassen, die für derartige Methoden Kostenübernahmen anbieten, begreifen das Gebiet der Komplementär- und Alternativmedizin zunehmend als Möglichkeit der Profilierung und Gewinnung besonders attraktiver Kunden- und Nutzergruppen (Münstedt, Brüggmann und Jungi 2007). Studien zufolge ist der typische Nutzer von komplementären und alternativen Heilverfahren weiblich, gut gebildet und relativ einkommensstark. Die Patienten weisen höhere Internalitätswerte auf, das heißt, dass sie in einem stärkeren Maße davon überzeugt sind, selbst auf ihre Gesundheit oder Krankheit Einfluss nehmen zu können (Unkelbach und Abholz 2006; Härtel und Volger 2004).

10.5. Brustkrebs im Kontext komplementärer und alternativer Heilmethoden

Der Wunsch, eine aktive Rolle im Behandlungsprozess einzunehmen, gilt demzufolge als wichtigster Motivationsgrund für die zusätzliche Inanspruchnahme von komplementären und alternativen Heilmethoden. In Hinsicht auf eine Brustkrebserkrankung nutzen insbesondere diejenigen Patienten komplementäre und alternative Heilmethoden, die bereits vor der Erkrankung einschlägige Erfahrungen damit gemacht haben (Burkhard 2006). Aus medizinischer Sicht wird zudem die Inanspruchnahme in Abhängigkeit zu einschneidenden Behandlungszeitpunkten einer Brustkrebserkrankung beobachtet. Komplementäre und alternative Heilmethoden werden verstärkt kurz nach Diagnosestellung und vor Abschluss der Primärtherapie in Anspruch genommen. Dies könnte darauf zurückzuführen sein, dass die Betroffenen besonders zu diesen Zeitpunkten in schmerzhaften diagnostischen Prozeduren und belastenden Therapien involviert sind (ebd.).

Als Ergebnis sozialwissenschaftlicher Arbeiten zu diesem Kontext kann festgehalten werden, dass die Inanspruchnahme komplementärer oder alternativer Heilmethoden auf einer vielschichtigen Motivlage fußt. Sie reicht von dem Versuch den Krebs zu heilen, über die Absicht, eine Behandlung bzw. Milderung der Nebenwirkungen von Operation und Chemotherapie zu erreichen. Sie speist sich aus einer generellen Unzufriedenheit mit den Behandlungsergebnissen der konventionellen Methoden, formiert sich als Kritik an der Arzt-Patienten-Kommunikation und mündet in dem Wunsch, mehr Kontrolle über den Behandlungs- und Heilungsprozess zu erlangen (Salamonsen, Kruse und Eriksen 2012).

10.6. Die Nutzung komplementärer und alternativer (Be-)Handlungsoption aus Sicht der interviewten Frauen

Die Krankheitserfahrung Brustkrebs kann in Anschluss an die Denktradition des symbolischen Interaktionismus als ist ein individuelles somatisches Ereignis

nis, das zudem kollektive Deutungsprozesse, Bewertungsmuster und Handlungsoptionen aktualisiert, betrachtet werden. Eine zentrale Rolle bei diesen Überlegungen spielt dabei die Frage, welche Situationsdefinitionen konkrete Wirkmächtigkeit entfalten können und somit routinierte Handlungspraxen aktualisieren oder kreative Handlungsoptionen initiieren. Übertragen auf den Kontext der erkrankten Frauen wird das Erkenntnisinteresse zunächst von den Fragen geleitet, wie die Erkrankungssituation Brustkrebs gedeutet bzw. bewertet wird und welche Handlungsrouinen und kreativen Handlungsmöglichkeiten daraus für die Betroffenen resultieren. In einem weiteren Schritt können Rückschlüsse auf die gesellschaftliche Einbettung und soziale Gestaltung des Körpers in Hinblick auf die Dimensionen von Krankheit und Gesundheit gezogen werden (Abraham 2002).

Die Datenbasis des vorgestellten empirischen Materials besteht aus Ergebnissen einer Fragebogenerhebung und teilstrukturierter Interviews mit Brustkrebspatientinnen; diese werden ergänzt durch Interviews mit Experten aus dem Kontext des Krankenhauses und der Patientenselbsthilfe. Das ausgewertete Protokollmaterial stammt aus dem DFG-Projekt „**Der Einfluss lebensverändernder Ereignisse beim Verlauf des Mammacarzinoms**“. Im Rahmen des Projekts nahmen betroffene Frauen zu drei Zeitpunkten (T_0 = OP-Zeitpunkt, T_1 = 1 Jahr nach der OP, T_2 = 5 Jahre nach OP) an Befragungen teil. Mittels teilstrukturierter Interviews sammelten die Projektmitarbeiterinnen Informationen zu Behandlungserfahrungen, zum Auftreten belastender Lebensereignisse sowie zum Coping und zur sozialen Unterstützung. Im Rahmen meiner Sekundäranalyse wurde das Interviewmaterial der Zeitpunkte (T_0 und T_1) zunächst auf spontane Äußerungen zu dem Themenkomplex Religiosität im Kontext einer Krankheitserfahrung untersucht. Die Analyse zeigte ein Neben- und Miteinander von kirchenreligiöser Praxis, aktuellen Formen alternativer Spiritualität und der Inanspruchnahme alternativer und komplementärer Heilverfahren. Die Befunde wurden unter Ergänzung von Literaturanalysen und Experteninterviews (Krankenhausseelsorgerin, Gynäkologin und Psychotherapeutin im Bereich der psychosomatischen Frauenheilkunde, Leiterin einer Selbsthilfegruppe von Frauen mit Brustkrebs) weitergehend ex-

ploriert. Die Ergebnisse bildeten die Grundlage für Entwicklung und Einsatz eines Fragebogens. Zum Zeitpunkt T₂ konnte so u.a. die Nutzung komplementärer und alternativer Heilmethoden, körperbezogener Therapien und die Alltagsrelevanz von Religiosität systematisch erhoben werden.

Statistischen Untersuchungen zufolge weisen Brustkrebspatientinnen eine besonders hohe Nutzungsfrequenz von komplementären und alternativen Heilverfahren auf (Burkhard 2006). Deren Inanspruchnahme und Bewertung komplementärer und alternativer Heilmethoden in Kontext der Erkrankungssituation wird nachstehend auf Grundlage der erläuterten Datenbasis dargestellt.

Das Nutzungsverhalten der befragten Teilnehmerinnen weist eine große Bandbreite auf. Die berichteten Expertenkontakte, Praxisformen, Anwendungen und Präparate stammen aus allen fünf Kategorien (Mind-Body Therapies, Body-Based Therapies, Energy Medicine, Biological Based Therapies, Whole Medical Systems) der komplementären und alternativen Heilmethoden. 15 % der Befragten gaben an, Heiler konsultiert zu haben, 13 % der Frauen waren vertraut mit dem Gebrauch von sog. Heilsteinen. Therapieformen, die insbesondere auf Körper- und Atemerfahrungen abzielen, hatten bereits 30 % der Teilnehmerinnen praktiziert. Häufigste Nennung in diesem Zusammenhang waren Entspannungsübungen, Meditation, Reiki, Tai Chi, Chi Gong und Yoga. Zusätzlich zu diesen Praxisformen und Anwendungen berichteten die Interviewteilnehmerinnen über Kontakte zu Experten und Dienstleistern des alternativen Medizinfeldes. Diese erfolgten bspw. über die telefonische Konsultation von Fernheilern, die sowohl für die Behandlung allgemeinmedizinischer Probleme (Infekte, Ekzeme) als auch zur Beseitigung von Beschwerden, die die Brust betrafen (Mikrokalk im Brustgewebe), in Anspruch genommen wurden. Über den eigenen Körper hinaus, wurde auch der häusliche Bereich mit in die Aktivitäten einbezogen. Feng Shui Experten und Routengänger wurden beauftragt, vor Ort mögliche negative Energien zu identifizieren und zu eliminieren. Zudem spielte der Kontakt zu Heilpraktikern, Homöopathen und anthroposophischen Ärzten eine große Rolle. Die Teilnehmerinnen wiesen vermehrt auf die Bedeutung einer gelungenen Arzt-Patienten-Beziehung hin.

Die alternativen Experten werden als „medizinische Anlaufstelle“ (M274)¹ und Unterstützungsgarant beschrieben, die überlebensnotwendig waren, weil sie die Betroffenen „durch die [konventionellen] Behandlungen getragen hätten“ (M130). Einige Teilnehmerinnen waren durch den Kontakt mit alternativen Experten und Erfahrungen im alternativmedizinischen Feld so beeindruckt, dass sie selbst ein Expertentum anstrebten, indem sie Ausbildungen zum Heilpraktiker begannen (M323) oder Reiki-Einweihungsgrade erwarben (M231).

Die Kontaktwege zu den komplementären und alternativen Heilmethoden bzw. den jeweiligen Experten waren sehr vielgestaltig. Für einige Teilnehmerinnen wurde die Informationssuche über Internet, durch Zeitschriften- und Ratgeberpublikationen zum Kontaktportal zu komplementärmedizinischen Heilmethoden und alternativen Sichtweisen auf ihre Krankheitserfahrung. Für Andere waren es Vertrauenspersonen aus dem sozialen Umfeld wie Familienangehörige und Mitglieder des Freundeskreises, die entsprechende Behandlungsoptionen an die Betroffenen herantrugen. Einige Interviewpartnerinnen berichteten, dass sie bereits vor ihrer Brustkrebserkrankung Erfahrung mit der Konsultation von Heilpraktikern, Homöopathen und Heilern hatten. Ein großer Teil der Frauen kam über Institutionen und Akteure des konventionellen medizinischen Feldes wie Patientenorganisationen, Rehabilitationseinrichtungen und Allgemeinmediziner in Berührung mit Entspannungstechniken, Yoga, Tai Chi, Chi Gong oder Misteltherapie. Selbst wenn hier die etablierten Akteure des medizinischen Feldes wie Promoter der komplementär- und alternativen Heilmethoden erscheinen, berichten die Teilnehmerinnen auch von Konflikten mit Allgemeinmediziner, die von der Inanspruchnahme bestimmter Therapien abieten, und von Krankenkassen, die Kuraufhalte in Einrichtungen mit komplementärmedizinischem Schwerpunkt nicht finanzierten.

Als Gründe für die Nutzung der komplementären und alternativen Methoden wurden spezifische somatische Beschwerden genannt. Es ging den Frauen um die Abmilderung der Operationsfolgen und Therapienebenwirkungen

¹Die Kennzeichnung M + dreistellige Zahl ist die Verschlüsselung der Interviewteilnehmerinnen.

(M262, M208), eine allgemeine Unterstützung des körperlichen Wohlbefindens (M216) oder der psychischen Stabilität (M259). Die Erwartungshaltungen der Frauen an die Komplementär- und Alternativmedizin sind limitiert. Sie wurde als etwas beschrieben, das nicht konsultiert wird, um Krebs zu heilen, sondern eher als eine Möglichkeit den Körper während der Krankheit und in der Zeit der Therapien zu unterstützen (M125). Der Komplementär- und Alternativmedizin wird deutlich eine supplementäre und supportive Funktion im Heilungsgeschehen zugewiesen; den Primat im Behandlungsablauf hat jedoch die konventionelle Medizin inne. Ihre Wirksamkeitseinschätzung der beiden Medizinsysteme und ihre eigene Entscheidung für die sog. Schulmedizin beschreibt eine Teilnehmerin wie folgt:

Weil ich glaube, dass gegen den Krebs kein Kraut gewachsen ist, also wenn er erstmal da ist. [...] Es war schon so, das mir liebe Menschen [Heil-] Steinsammlungen zu Verfügung gestellt haben, die ich da und dort platzieren musste, was ich auch getan habe, weil es mich nicht weiter gestört hat, aber ich hätte jetzt nie eine Steinsammlung gegen die Chemotherapie eingetauscht. Da glaube ich einfach nicht dran. Es gibt einfach Dinge, da vertraue ich der Schulmedizin. (M134)

Die komplementären und alternativen Heilmethoden werden mit den Begriff „Kraut“ assoziiert; dies positioniert sie in den Bereich einer naturnahen Heilkunde. Brustkrebs wird als eine Erkrankung eingeschätzt, der nicht auf diese Weise beizukommen ist. Die konventionelle Medizin, beschrieben durch den Begriff der Schulmedizin und konkretisiert anhand der Chemotherapie, wird als vertrauenswürdige und wirksame Option beschrieben. Im Angesicht der Krankheit Brustkrebs stehen nun das Kraut und die Chemo-(Therapie) als Mittel der Wahl zur Verfügung. Natur versus Naturwissenschaft; deutlicher kann der Kontrast der beiden Medizinsysteme aus Sicht der Interviewteilnehmerin nicht auf den Punkt gebracht werden.

Die Nutzung komplementärer und alternativer Heilmethoden wird von Teilnehmerinnen durchgängig positiv als wohltuend und hilfreich konnotiert. Beispiele von Frauen, die sich bewusst gegen die Nutzung entschieden haben, begründen ihre Entscheidung folgendermaßen:

Ich finde, daran muss man glauben, und ich bin so ein Typ, der glaubt, dass mit diesen Dingen nur Geld gemacht wird. (M392)

Hier zeigen sich Erzählmotive, die vermehrt auftauchen. Die Komplementär- und Alternativmedizin wird als etwas eingeschätzt, das einem wissenschaftlichen Wirksamkeitsnachweis nicht standhält, sondern eine Sache des Glaubens ist. Nur durch den Glauben könne diese Methode ihre unbestimmte Wirksamkeit entfalten. Darüber hinaus wird die Komplementär- und Alternativmedizin mit dem Vorwurf konfrontiert, dass hier mit eigentlich unwirksamen Mitteln Profit gemacht werden würde.

Das Vertrauen in den eigenen Einfluss auf den Verlauf des Heilungsprozesses und die Reflexion der eigenen Rolle im Rahmen des Behandlungsvorgehens wird im Zusammenhang mit der Inanspruchnahme komplementärer und alternativer Heilungsmethoden vielfach thematisiert.

Im Moment bin ich sehr zuversichtlich und hoffe, dass die Behandlung, wie sie im Moment läuft und meinem Dazutun eben, dass ich das in den Griff kriege. Ich sage jetzt mal ich. Und das ist ja auch der Punkt, ich hätte niemals sagen können, ich verzichte komplett auf diese Schulmedizin, was ja auch durchaus Menschen tun. [...] Also die Schulmedizin ist die eine Geschichte und die Psyche und diese Sache mit TCM oder Heilpraktiker ist die andere Geschichte und wo ich selber was tun kann und will und muss. [...] Was kann ich für mich tun, um zu überleben sag ich mal, was muss ich ändern, was kann ich ändern, was will ich ändern. [...] Ich befasse mich schon damit, und mit der Heilpraktikerin führe ich auch Gespräche, und ich bin ein Meister des Verdrängens, und das ist auch so ein Thema und nicht umsonst ist diese Krankheit bei mir das dritte Mal ausgebrochen. Das hat sicherlich schon einen tieferen Grund und da arbeite ich dran. (M217)

Wie von der Befragten beschrieben, nutzen die Betroffenen in der Regel komplementär- und alternativmedizinische sowie konventionelle Verfahren parallel, die unterschiedlichen Behandlungssysteme scheinen gleichberechtigt zu koexistieren. Darüberhinaus wird in dieser Interviewpassage ein wichtiges laienätiologisches Erzählmotiv deutlich, das die Krebserkrankung in ei-

nen klaren Zusammenhang mit der psychischen Dimension setzt. Der somatische Vorgang wird in Rückbezug auf psychische Verhaltensmuster, Dispositionen oder unbewusster Traumatisierungen interpretiert. Das Überleben der Erkrankung hängt in diesem Verständnis von einer individuellen, psychischen Verhaltensänderung ab. So thematisierten Teilnehmerinnen die Erkrankung als transformatives Geschehen und den Körper als einen Verbündeten in einer Zeit des Aufbruchs – von alten Verhaltensmustern hin zu einer veränderten Haltung zu sich selbst und ihrer privaten oder beruflichen Lebensführung. Sie sahen „den Krebs als Warnsignal ihres Körpers“ (M311) und äußerten die Überzeugung „irgendwas will der Körper damit sagen“ (M318). Die Erkrankung erlebten sie als „Wink des Schicksals“ (M363). Die betroffenen Frauen ordneten die Erfahrung der Erkrankung und ihre Folgen in eine Langzeitperspektive ein oder sahen in ihr eine Herausforderung zu persönlichem Wachstum und veränderter Lebensgestaltung:

Ich dachte, das ist ein Signal, das nicht von mir gesetzt wurde, sondern durch das Leben oder das Schicksal, es ist ein Signal gesetzt worden: Abbremsen, ruhiger werden, drüber nachdenken, und ich denke jetzt schon in eine andere Richtung. Einiges, was mir früher wichtig war, ist jetzt nicht mehr wichtig. (M393)

Krankheit scheint hier als ein Phänomen wahrgenommen zu werden, das über die immanente Körpergrenze hinaus auf einen transzendenten Sinnzusammenhang verweist.

10.7. Individualisierung von Gesundheit und die Pluralisierung des medizinischen Feldes

In Hinsicht auf das ausgewertete Material lässt sich feststellen, dass die Inanspruchnahme von alternativen und komplementären Heilmethoden für die interviewten Frauen eine relevante (Be-)Handlungsoption darstellt, die auf pragmatischen Erwägungen basiert. An den Schilderungen der Interviewten über die Krankheitserfahrung Brustkrebs lassen sich zwei relevante Aspekte

verdeutlichen. Es handelt sich dabei um die Individualisierung von Gesundheitspraktiken und um die Pluralisierung des medizinischen Feldes. Der Umgang mit der Erkrankung ist von einem starken Individualisierungsmodus geprägt. Die Betroffenen sehen sich zunehmend vor die Aufgabe gestellt in der Rolle eines aktiven Gestalters die unterschiedlichen Therapieoptionen zu moderieren. Insbesondere im Kontext onkologischer Erkrankungen kommt es zu einer vermehrten Wahrnehmung von Therapieformen, die zusätzlich zur somatischen Ebene eine reflexive Ebene integrieren (Broom 2009). Ein neues medizinisches Feld, das die Heilung von Körper und Seele (Hero 2011) gleichermaßen im Blick hat, befindet sich im Etablierungsprozess. Diese zunehmende Pluralisierung des medizinischen Feldes durch spezifische Heilungsangebote und Gesundheitspraktiken geht einher mit der Aushandlung von Auffassungsunterschieden in Bezug auf Gesundheit, Krankheit und Heilung. Die größte Dynamik entsteht wohl im Zusammenhang mit der Frage, inwieweit hier von einem reinen somatischen Geschehen auszugehen ist, das losgelöst von transzendenten Bezügen oder religiösen Sinnstiftungen wahrgenommen werden kann.

Literatur

- Abraham, Anke (2002), *Der Körper im biographischen Kontext*. Wiesbaden: Westdeutscher Verlag (zit. S. 291).
- Broom, Alex (2009), „Intuition, Subjectivity, and Le Bricoleur: Cancer Patients' Accounts of Negotiating a Plurality of Therapeutic Options“. In: *Qualitative Health Research* 19.8, S. 1050–1059. DOI: [10.1177 / 1049732309341190](https://doi.org/10.1177/1049732309341190) (zit. S. 288, 297).
- Burkhard, Barbara (2006), „Alternative, komplementäre, integrative Medizin, Paramedizin oder CAM in der Onkologie?“ In: *Kompendium Internistischer Onkologie: Standards in Diagnostik und Therapie*. Hrsg. von Hans-Joachim Schmoll, Klaus Höffken und Kurt Possinger. Berlin, Heidelberg und New York: Springer, S. 2361–2398. DOI: [10.1007/3-540-31303-6_148](https://doi.org/10.1007/3-540-31303-6_148) (zit. S. 287, 290, 292).

- Crammer, Corinne, Chiewkwei Kaw und Ted Gansler (2011), „Cancer Survivors’ Spiritual Well-being and Use of Complementary Methods: A Report From the American Cancer Society’s Studies of Cancer Survivors“. In: *Journal of Religion and Health* 50.1, S. 92–107. DOI: [10.1007/s10943-010-9327-x](#) (zit. S. 287).
- Dahlke, Ruediger (1999), *Krankheit als Sprache der Seele: Be-Deutung und Chance der Krankheitsbilder*. München: Goldmann (zit. S. 286).
- Engelhardt, Dietrich von (2007), „Das Krebsleiden in der Medizin- und Kulturgeschichte“. In: *Onkologie* 30, S. 6–11. DOI: [10.1159/000098554](#) (zit. S. 286).
- Frass, Michael u. a. (2012), „Use and Acceptance of Complementary and Alternative Medicine Among the General Population and Medical Personnel: A Systematic Review“. In: *Ochsner Journal* 12.1, S. 45–56 (zit. S. 288).
- Härtel, Ursula und Eberhard Volger (2004), „Inanspruchnahme und Akzeptanz klassischer Naturheilverfahren und alternativer Heilmethoden in Deutschland: Ergebnisse einer repräsentativen Bevölkerungsstudie“. In: *Forschende Komplementärmedizin und Klassische Naturheilkunde* 11.6, S. 327–334 (zit. S. 289).
- Hay, Louise L. (1994), *Gesundheit für Körper und Seele: Wie Sie durch mentales Training Ihre Gesundheit erhalten und Krankheiten heilen können*. München: Heyne (zit. S. 286).
- Hero, Markus (2011), „Der Markt für spirituelles Heilen: Eine soziologische Betrachtung seiner Akteure und Institutionen“. In: *Gesundheit – Religion – Spiritualität: Konzepte, Befunde und Erklärungsansätze*. Hrsg. von Hendrik Berth, Friedrich Balck und Constantin Klein. Weinheim und München: Juventa, S. 149–161 (zit. S. 297).
- Holtgräwe, Martina, Christiane Pinkert und Hartmut Remmers (2007), „Belastungen und Bewältigungsstrategien von Frauen mit Brustkrebs in der Phase der chirurgischen Primärtherapie: Die Sicht der Pflegenden“. In: *Pflege* 20, S. 72–81. DOI: [10.1024/1012-5302.20.2.72](#) (zit. S. 285).
- Mukherjee, Siddharta (2012), *Der König aller Krankheiten: Krebs – eine Biographie*. Köln: DuMont (zit. S. 286).

- Münstedt, Karsten, Dörthe Brüggmann und Walter F. Jungi (2007), „Naturheilkunde und Komplementärmedizin in der Tumorthherapie: Gefahren, Aufklärungsbedarf und Qualitätssicherung“. In: *Der Onkologe* 13.6, S. 528–533 (zit. S. 287–289).
- Münstedt, Karsten und Jutta Hübner (2013), „Alternative Medizin bei Tumorerkrankungen“. In: *Der Onkologe* 19.2, S. 117–124. DOI: [10.1007/s00761-012-2357-0](https://doi.org/10.1007/s00761-012-2357-0) (zit. S. 286).
- Rittner, Volker (1982), „Krankheit und Gesundheit: Veränderungen in der sozialen Wahrnehmung des Körpers“. In: *Die Wiederkehr des Körpers*. Hrsg. von Dietmar Kamper und Christoph Wulff. Frankfurt am Main: Suhrkamp, S. 40–51 (zit. S. 283).
- Robert-Koch-Institut (2014), *Zentrum für Krebsregisterdaten*. URL: <http://www.krebsdaten.de/> (besucht am 01.02.2014) (zit. S. 284).
- Salamonsen, Anita, Tove Kruse und Sissel H. Eriksen (2012), „Modes of Embodiment in Breast Cancer Patients Using Complementary and Alternative Medicine“. In: *Qualitative Health Research* 22.11, S. 1497–1512. DOI: [10.1177/1049732312457077](https://doi.org/10.1177/1049732312457077) (zit. S. 290).
- Thomas-MacLean, Roanne (2005), „Beyond Dichotomies of Health and Illness: Life After Breast Cancer“. In: *Nursing Inquiry* 12.3, S. 200–209. DOI: [10.1111/j.1440-1800.2005.00268.x](https://doi.org/10.1111/j.1440-1800.2005.00268.x) (zit. S. 285).
- Unkelbach, Roland und Heinz Harald Abholz (2006), „Unterschiede zwischen Patienten schulmedizinischer und anthroposophischer Hausärzte“. In: *Forschende Komplementärmedizin* 13.6, S. 349–355. DOI: [10.1159/000096224](https://doi.org/10.1159/000096224) (zit. S. 289).

11. Ayurveda als Aushandlungsort religiöser Verkörperung? Eine Fallstudie aus Deutschland

Antony George Pattathu, Universität Heidelberg

Zusammenfassung: Der folgende Beitrag untersucht Ayurveda als Aushandlungsort religiöser Verkörperung. Vor dem Hintergrund der geschichtlichen Entwicklungen in Deutschland und den akademischen Verortungen wird der Frage nachgegangen, wie sich Ayurveda-Praktizierende im Spannungsfeld Religion und Medizin positionieren und wie dies bereits die Möglichkeiten einer religiösen Verkörperung für die Praktizierenden-Patienten-Beziehung beeinflusst. Es soll gezeigt werden, wo Möglichkeiten für eine religiöse Verkörperung zu erkennen sind und wie diese bereits in der Konzeption von Ayurveda und den religionsgeschichtlichen Bezügen angelegt sind. Die Dosha-Lehre spielt hierbei eine zentrale Rolle für die Darstellung von Ayurveda als Inbegriff der ‚Ganzheitlichkeit‘. Anhand von erhobenen empirischen Daten und bestehenden Untersuchungen wird deutlich, dass religiöse Verkörperung selbst als Aushandlungsprozess verstanden werden muss, der sich durch einen flexiblen Umgang mit den diskursiven Prämissen des Ayurveda und den Positionierungen in Bezug auf das Diskursfeld Ayurveda und Religion auf der Patienten- und der Praktizierenden-Seite auszeichnet.

11.1. Einleitung

Ayurveda in Deutschland ist eine der Therapien in dem schnell wachsenden Feld der Complementary and Alternative Medicines (CAM)¹ und wird auf-

¹Die World Health Organization (WHO) definiert CAM wie folgt: „The terms ‘complementary medicine’ or ‘alternative medicine’ are used interchangeably with traditional medicine in

grund des indischen Kulturkontextes und der geschichtlichen Entwicklungen von Ayurveda in der religionswissenschaftlichen Debatte immer wieder mit der Frage nach einer Verknüpfung zur Spiritualität und Religion beleuchtet (Koch 2005a; Knoblauch 2009; Kessler u. a. 2013, S. 2). Vor allem die Verbindung von Ayurveda und New-Age-Einflüssen sowie die Frage nach der Authentizität der Praxis wurden bereits diskutiert (Frank 2004; Otten 1996; Zimmermann 1992; Zysk 2001). In dieser Hinsicht sind mehrfach Studien aus dem religionswissenschaftlichen, soziologischen, indologischen und medizinischen Bereich erschienen, die sich dem Diskursfeld Ayurveda und Religion widmen.

Der Zuwachs an alternativen Heilmethoden ist als eine Reaktion auf Transformationen und Reformationen im Gesundheitssystem zu verstehen (vgl. Frank 2004, S. 32; Lüddeckens 2012, S. 288). Die geschichtlich gewachsene Doktrin der Trennung von Geist und Körper (cartesianischer Dualismus) in der Biomedizin² lässt CAM-Therapien, die mit ‚Ganzheitlichkeit‘ eine Alternative im Gesundheitssystem darstellen, sehr attraktiv erscheinen (vgl. Kaiser 2001, S. 16). Vor diesem Hintergrund kommt es zu Entdifferenzierungen zwischen den Bereichen Religion und Medizin (vgl. Lüddeckens 2012). Dies beeinflusst das Rollenverständnis von Praktizierenden in beiden Bereichen (vgl. Koch 2005a, S. 24; Kaiser 2001). Im Zuge dieser Entwicklungen ist in den letzten Jahren ein zunehmender Boom im religiös-therapeutischen Bereich zu verzeichnen (vgl. Fields 2001, S. 2).

Ayurveda befindet sich genau in diesem Spannungsfeld zwischen Religion

some countries. They refer to a broad set of health care practices that are not part of that country's own tradition and are not integrated into the dominant health care system.“ In einem erweiterten Sinne lässt sich mit Cant und Sharma (1999, S. 5) ergänzen: „[F]orms of healing that depend on knowledge bases distinct from that of biomedicine and which, as such, do not share the special legitimation that the state has conferred upon biomedicine“.

² Im vorliegenden Artikel wird in Anlehnung an die medizinethnologische Diskussion der Begriff der Biomedizin benutzt. Biomedizin bezeichnet die dominante Medizinform, die weltweite Verbreitung gefunden hat und in Deutschland auch als Schulmedizin bezeichnet wird. In der ethnologischen Diskussion wird dieser Begriff benutzt, um die humanbiologische und pathophysiologische Betrachtung des menschlichen Körpers zu verdeutlichen und auf die normativen und technisierenden Tendenzen Bezug zu nehmen. Für einen Überblick dieser Diskussion (vgl. Lock und Nguyen 2010).

und Medizin und bedient die Bedürfnisse nach einer Alternative zum biomedizinischen System jenseits der Trennung von Körper und Geist. Durch ‚Ganzheitlichkeit‘, die, wie gezeigt werden soll, in der Konzeption von Ayurveda angelegt ist und insbesondere durch das Konzept der Doshas³ zugänglich gemacht wird, ist Ayurveda besonders anschlussfähig an religiöse Verkörperung⁴ und die Verortung im Diskursfeld Ayurveda und Religion.⁵

³Die Bedeutung der Doshas bildet im Ayurveda einen eigenen Diskurs, der unterschiedlichste Positionen und philologische Auslegungen beinhaltet (vgl. Heckmann 2003, S. 35; Mittwede 1998, S. 89–91). Auf der Basis einer inhaltlichen Annäherung für den Leser soll daher in Referenz zu einem deutschen Ayurveda-Lehrbuch eine Darlegung der Doshas gegeben werden, die mit den Ansichten der Untersuchten, die in Abschnitt 11.6 genauer vorgestellt werden, in Verbindung steht. Die Doshas werden in diesem Sinne als Energieprinzipien beschrieben, die sowohl die physischen als auch die psychischen Prozesse des Körpers konstituieren und lenken. Die Doshas Vata, Pitta und Kapha basieren in ihrer Stofflichkeit auf den Elementen Erde, Wasser, Feuer, Luft und Äther und sind in bestimmten Bereichen des Körpers in unterschiedlichen Konzentrationen vorhanden. Sie zeichnen sich durch bestimmte Wirkungsweisen und Eigenschaften aus. Je nachdem, ob die Doshas in einem Gleichgewicht sind oder nicht, können sie zu unterschiedlichen Krankheiten führen oder gesund machen. Sie können durch Medikamente, die Ernährung und Verhaltensweisen beeinflusst werden (vgl. Heckmann 2003, S. 35–40).

⁴Religiöse Verkörperung wird in diesem Beitrag als ein Aushandlungsprozess verstanden der zwischen Praktizierenden und Patienten geprägt wird. Die Erfahrung der Patienten, das ästhetische Setting der Ayurveda-Behandlung und das Vorwissen der Patienten und Praktizierenden bedingen diesen Aushandlungsprozess. Innerhalb des in diesem Beitrag untersuchten Rahmens lassen sich daher nur einzelne Beispiele anführen, die durch die emische Perspektive und durch die Konzeption des Ayurveda durch Praktizierende Indikatoren für eine religiöse Verkörperung bilden und kontextabhängig betrachtet werden müssen.

⁵Das religionswissenschaftliche Diskursfeld Ayurveda und Religion, das sich in diesem Beitrag um das Thema der religiösen Verkörperung in der Ayurveda-Therapie entfaltet, wird hier in Anlehnung an den Ansatz einer kulturwissenschaftlich orientierten Religionswissenschaft und diskurstheoretischen Herangehensweise nachgezeichnet (vgl. Bergunder 2008, S. 491, 2011, S. 19). In Anlehnung an Bergunders Anwendung von Stuart Hall soll hier aufgezeigt werden, wie Ayurveda als ‚identity marker‘ innerhalb des Diskursfeldes ausgehandelt wird. Welche Attribute werden dem ‚identity marker‘ Ayurveda durch die unterschiedlichen Instanzen im Diskursfeld zugeschrieben, auf welche Weise werden diese Zuschreibungen für die Praktizierenden entscheidend um sich im Spannungsfeld zwischen Religion und Medizin zu positionieren und wie bedingt dies religiöse Verkörperung im Ayurveda (vgl. Bergunder 2008, S. 492)?

Wechselwirkungen zwischen wissenschaftlichen Aussagen zu Ayurveda und den emischen Perspektiven sollen hier noch einmal genauer betrachtet werden, da sie die Vorbedingungen schaffen, unter welchen eine religiöse Verkörperung stattfindet. Die Frage nach der religiösen Verkörperung von Ayurveda ist auch an das Selbstverständnis der hier im Fokus liegenden Praktizierenden⁶ geknüpft, die ihren Patienten ein bestimmtes Bild von Ayurveda vermitteln und Praktiken für eine religiöse Verkörperung anbieten oder ausklammern. Anhand des Forschungsdiskurses und der Aussagen der Praktizierenden sollen so die Interferenzen zwischen Ayurveda und religiöser Verkörperung aufgearbeitet und im spezifischen historischen Kontext von Ayurveda in Deutschland betrachtet werden. Durch die Strukturen des diskursiven Netzwerkes, das sich über die Kommunikation, Sprache, Praktiken, Institutionalisierungs- und Materialisierungsprozesse in Bezug auf Ayurveda in Deutschland auszeichnet, wird der emische und wissenschaftliche Umgang mit Ayurveda und Religion beleuchtet, um das Feld genauer zu kartieren.⁷ In diesem Zusammenhang geht es darum, auf exemplarische Weise aufzuzeigen, welches die Diskurselemente sind, die eine religiöse Verkörperung bedingen.

Der vorliegende Beitrag widmet sich auf Basis einer 2009 durchgeführten Feldforschung der Frage, wie eine religiöse Verkörperung im Ayurveda für den

⁶Der Begriff Praktizierende wird in dieser Arbeit gewählt, um das Spektrum der untersuchten Ayurveda-Praktizierenden und deren Diversität zu fassen. Im Vergleich zum Begriff des Therapeuten oder des Heilers wird somit das gesamte Spektrum vom Ernährungsberater bis zum biomedizinischen Arzt angesprochen. Zudem ist der Begriff dahingehend neutraler, als dass er auch die multiple Qualifikation der Praktizierenden berücksichtigt und die weiblichen und männlichen Akteure gleichermaßen benennt.

⁷Die unterschiedlichen Konzeptionen von Ayurveda lassen sich als ein diskursives Netzwerk beschreiben. Dieses Netzwerk speist sich durch eine Diskursgemeinschaft, die sich unter Anderem aus Wissenschaftlern, Praktizierenden, Journalisten, den Medien und Patienten speist. Die Artikulation von Ayurveda im Sinne des ‚identity marker‘ wird dabei in unterschiedlichen Diskursfeldern vorgenommen (Medien, Wissenschaft, Recht, Politik etc.). Da sich diese Felder häufig überlappen und die Instanzen der Artikulation in mehreren Feldern aktiv sein können, wurde hier der Fokus speziell auf das Diskursfeld Ayurveda und Religion gelegt, welches, wie gezeigt werden soll, bereits durch die bestehenden Forschungen und Medienrepräsentationen vorkonstituiert wird (vgl. Bergunder 2011, S. 44–45).

Patienten möglich werden kann. Welches sind die entscheidenden Diskurs-elemente, die hierfür eine Verweisstruktur bilden? Dabei sollen vor allem die Perspektiven der Praktizierenden im Vordergrund stehen, um zu zeigen, wie sie sich im Spannungsfeld von Religion und Medizin auf dem deutschen Gesundheitsmarkt positionieren und in welchem Verhältnis der wissenschaftliche Diskurs zu ihren Positionierungen steht. Dies ist die Grundlage um zu verstehen, wie und inwiefern, Ayurveda einen Aushandlungsort religiöser Verkörperung in der Praktizierenden-Patienten-Beziehung und Erstkonsultation darstellt.

Die folgenden Beobachtungen, die einen transdisziplinären Ansatz unter Berücksichtigung einer medizinethnologischen Perspektive verfolgen, sollen dazu beitragen das Spektrum der religionswissenschaftlichen Betrachtung von Ayurveda in Deutschland zu erweitern.

11.2. Empirische Erkundungen

Grundlage des vorliegenden Beitrages ist eine dreimonatige Studie, die vom Dezember 2008 bis Februar 2009 basierend auf dem ethnologischen Ansatz der Feldforschung in Verbindung mit semi-narrativen Interviews von Ayurveda-Praktizierenden und einer Orientierung an der Grounded Theory (vgl. Glaser und Strauss 1973) durchgeführt wurde.⁸ Weiterhin lag der Studie eine Untersuchung der medialen Selbstdarstellung (Werbebroschüren, Internetseiten, Zeitschriften, Beiträge bzw. wissenschaftliche Publikationen der interviewten Praktizierenden) der besuchten Institutionen zugrunde. Im Rahmen der Studie wurden unterschiedliche Ayurveda-Institutionen in Süddeutschland besucht. Dazu zählten Privatkliniken, Arztpraxen, Gesundheits-

⁸Die Vorstudie ist das Ergebnis einer Forschungskollaboration mit Prof. Harish Naraindas von der JNU in Delhi und wäre ohne ihn und seine Unterstützung nie zustande gekommen. An dieser Stelle sei auch Prof. Gabriele Alex herzlich gedankt, die diese Kooperation erst möglich gemacht hat. Die Interviews aus der Forschung wurden auf Englisch durchgeführt und haben sprachliche Mängel, die in den hier verwendeten Zitaten beibehalten wurden, um die Darstellung der Interviewsituation nicht zu verfälschen. Die Namen der Interviewpartner wurden zum Schutz ihrer Identität geändert.

zentren und Praxiseinrichtungen von Heilpraktikern. Die Studie grenzt sich damit bewusst von Untersuchungen ab, die sich vorwiegend auf eine bestimmte Klientel von Praktizierenden beschränken, und zeigt das Spektrum der Ayurveda-Praktizierenden auf.⁹

Während der Beobachtungseinheiten, die zwischen einem halben Tag und 3–4 Tage andauerten, wurden neben den Interviews mit den leitenden Ayurveda-Praktizierenden informelle Befragungen mit Personal und Patienten durchgeführt. Im Fokus der Studie standen neun Praktizierende, unter denen sich zwei Heilpraktiker und zwei Bachelor of Ayurvedic Medicine and Surgery (BAMS)¹⁰ befanden. Die weiteren fünf Hauptbefragten, von denen zwei weiblich waren, hatten eine schulmedizinische Ausbildung genossen und sind approbiert. Alle weiteren Hauptbefragten waren männlich. Ziel der Studie war es, die Formen der Praxis und die Positionierungen von Ayurveda-Praktizierenden innerhalb des deutschen Gesundheitssystems zu beleuchten. Fragen nach dem Werdegang der Praktizierenden und ihrer therapeutischen Praxis standen im Vordergrund der Interviews. Es wurde gefragt, wie und ob Ayurveda in Relation zur Biomedizin oder religiösen Bezügen dargestellt und praktiziert wird und wie die Praktizierenden die gegenwärtige Situation und die Chancen für die Zukunft von Ayurveda beurteilen.

Es muss betont werden, dass eine umfassende Aufarbeitung und Beantwortung der in diesem Beitrag gestellten Fragen einer detaillierteren und langfristigeren Forschung bedarf, die sich auch gezielt den Praktizierenden-Patienten-Konsultationen widmet und solchen in systematischer Weise bewohnt. Daher versteht sich dieser Beitrag als ein erster Einblick in die therapeutischen Praktiken von ausgewählten Ayurveda-Praktizierenden, um das Thema der religiösen Verkörperung im Ayurveda zu untersuchen.

⁹So untersucht Robert Frank in seiner Studie: *Globalisierung alternativer Medizin. Homöopathie und Ayurveda in Indien und Deutschland* beispielsweise nur die Gruppe der Ärzte (vgl. Frank 2004, S. 200).

¹⁰Der BAMS-Titel wird durch das Ayurveda College System innerhalb Indiens verliehen und basiert auf einem mehrjährigen Studium, das zunehmend die biomedizinischen Curricula integriert (vgl. Welch 2008, S. 129; Langford 2002, S. 130).

11.3. Entwicklungslinien von Ayurveda in Deutschland

Im folgenden Abschnitt werden die geschichtlichen Entwicklungen von Ayurveda in Deutschland nachgezeichnet, da hier bereits die ersten Verweisstrukturen ersichtlich werden, die einen starken Bezug zum Diskursfeld Ayurveda und Religion aufweisen. Ähnlich wie Suzanne Newcombe für die Geschichte von Ayurveda in England diagnostiziert, lassen sich primär Institutionalisierungsprozesse und Diskussionen um Ayurveda in den Medien nutzen, um die Geschichte von Ayurveda nachvollziehen zu können (vgl. Newcombe 2008, S. 257). In diesem Sinne muss man für die folgenden Ausführungen zur Entwicklung von Ayurveda in Deutschland anmerken, dass es sich eher um die Skizzierung von Entwicklungslinien handelt.

Zu Beginn ist die Gründung der Deutschen Gesellschaft für Ayurveda in Osnabrück im Jahr 1983 zu nennen, die als der erste Verband Ayurveda-Praktizierender innerhalb Deutschlands bezeichnet werden kann. 1985 gründete sich dort auch das erste Maharishi Ayurveda Gesundheitszentrum (vgl. Frank 2004, S. 198).¹¹

Bereits 1980 hatte Maharishi Mahesh Yogi¹² eine Konferenz in Delhi abgehalten, die die weltweite Verbreitung von Ayurveda und die Wiederbelebung der vedischen Wissenschaft zum Thema hatte. (vgl. Jeannotat 2008, S. 300). Die Gründung der Deutschen Gesellschaft für Ayurveda, die in enger Verbindung mit der **Deutschen Ayurveda Akademie** steht, ist in direktem Zusammenhang mit der Maharishi-Bewegung zu betrachten, auch wenn dieser Bezug heute mehr in den Hintergrund gerückt wird. So bezeichnet sich

¹¹Als Beispiele für andere Verbände, die sich zwischenzeitlich gegründet haben und einen wichtigen Einfluss auf die Entwicklung, Anerkennung und Legitimierung von Ayurveda innerhalb des deutschen Gesundheitssystems haben, sind der **Verband Europäischer Ayurveda-Mediziner und Therapeuten** (VEAT) und die **Deutsche Ärztesgesellschaft für Ayurveda-Medizin** (DÄGAM) zu nennen.

¹²Maharishi Mahesh Yogi (1911–2008) ist ein indischer Physikabsolvent der am Sankaracarya Jyotir Math durch Brahmananda Saraswati (1869–1953) in die Lehren des Advaita Vedanta eingeführt wurde. Er gilt als Begründer der Transzendentalen Meditation und hat vor allem als Guru von Prominenten wie den Beatles und Mia Farrow Bekanntheit erlangt (vgl. Knott 2006, S. 634).

der Verband als „eingetragener Verein“ und „freie und unabhängige Fachgesellschaft“, in der „die Mitgliedschaft [...] an keine bestimmte Richtung der ayurvedischen Medizin gebunden ist.“ (Vgl. [Historie](#)) Der Bezug zu Maharishi Ayurveda als einem vom All India Ayurvedic Congress befürworteten Qualitätssiegel wird an anderer Stelle auf der Webseite deutlich gemacht (vgl. [Maharishi Ayurveda](#)). Hier zeigt sich bereits das systematische Marketing, durch welches das Label Maharishi Ayurveda verbreitet wird. Ähnliches gilt für die Ayurveda-Produkte, die unter der Markenbezeichnung Maharishi AyurvedaTM vertrieben werden. Dieses Lizenznehmer-System, das durch die Maharishi-Bewegung ins Leben gerufen wurde, ist einer der zentralen und fassbaren Aspekte der Geschichte von Ayurveda in Deutschland (vgl. [Humes 2008](#), S. 309–310). Besonders interessant ist hierbei, dass sich die Entwicklung von Ayurveda in England (vgl. [Newcombe 2008](#), S. 257) und Amerika durch einen ähnlichen Institutionalisierungsprozess mit der Maharishi-Bewegung vollzogen hat (vgl. [Reddy 2000](#), S. 5).

In den achtziger und neunziger Jahre stellte die Maharishi-Bewegung damit eines der komplexesten Netzwerke innerhalb der deutschen Ayurvedalandschaft dar. Mit eigenen Produkten und Kliniken nahm das Netzwerk von Maharishi Ayurveda eine zentrale Rolle in der Popularisierung von Ayurveda ein (vgl. [Jeannotat 2008](#), S. 303). Allerdings geriet die Bewegung auch zunehmend in die Kritik und gerade die Verbindung von Ayurveda und Transzendentaler Meditation (TM)¹³ wurde zu einer Angriffsfläche, wie in diesem Bericht des Nachrichtenmagazins Spiegel von 2004 deutlich wird:

Ayurveda, das uralte indische Medizinsystem, ist ein Mega-Trend im Wellness-Bereich. Der deutsche Markt wird von den Jüngern des indischen Gurus Maharishi Mahesh Yogi dominiert: Mit teuren Kuren vermarktet „Seine Heiligkeit“ ihre Transzendente Meditation und abstruse Welterlösungstheorien. ([Schwertfeger 2004](#))

¹³Kim Knott definiert TM wie folgt: „[T]ranscendental meditation is a technique for mental and physical well-being and rejuvenation which, for some committed meditators, leads on to programmes for higher spiritual development (e. g. sidhi yoga), alternative medicine (ayurveda), and Vedic astrology“ (Knott [2006](#), S. 634–635).

Dieses kurze Medienecho zeigt bereits, wie kontrovers die Entwicklung von Ayurveda in Deutschland durch die Dominanz der Maharishi-Bewegung wahrgenommen wird.¹⁴

Durch die Befragten aus den empirischen Erkundungen hingegen ließen sich auch andere Tendenzen in der Entwicklung erkennen, die parallel zu der institutionellen Entwicklung durch Maharishi verlaufen sind. Hier ist das Feld geprägt von einzelnen Praktizierenden, die ebenfalls in den achtziger und neunziger Jahren eine Ausbildung in Indien begonnen hatten oder von Indien nach Deutschland immigriert waren, um Ayurveda zu praktizieren. Dies war der Fall bei zwei der Praktizierenden in der Studie. Die Präsenz von Ayurveda-Praktizierenden und -Institutionen jenseits der geschichtlich dominanten Entwicklungen um Maharishi Ayurveda nimmt in den letzten Jahren stetig zu. Ein Beispiel hierfür bietet die Europäische Akademie für Ayurveda, die von Kerstin und Mark Rosenberg 1993 in Birstein gegründet wurde und geleitet wird (vgl. Rosenberg 2012, S. 63). Dort wird ein breites Spektrum an Ausbildungsmöglichkeiten angeboten. Hier konnte die erste von einem öffentlich-rechtlichen Bildungsträger zertifizierte Weiterbildung zum ‚Ayurveda-Fachberater‘ in Kooperation mit der IHK Saarland eingerichtet werden. Außerdem gibt es Master-Studiengänge, die sich an Ärzte und Fachpersonal aus dem medizinischen Bereich richten und in Zusammenarbeit mit der Middlesex University London durchgeführt werden (vgl. Internationales Netzwerk).¹⁵

Eine umfassende Geschichte von Ayurveda in Deutschland, welche in genealogischer Weise die Brüche und Kontinuitäten innerhalb der geschichtlich

¹⁴ Auch aus den neunziger Jahren lassen sich Mediendarstellungen finden, in welchen Maharishi Ayurveda bereits in ähnlicher Weise dargestellt wird. Im Nachrichtenmagazin Focus wird unter der Rubrik Sekten darüber berichtet, wie die Transzendente Meditation „unter dem Deckmantel der Gesundheit“ vermarktet wird (Frenckell 1993).

¹⁵ Das Entstehen solcher Institutionen stellt eine der Entwicklungen von Ayurveda in Deutschland dar, die es gilt, in präziser Weise aufzuarbeiten und die bisher noch kaum Beachtung gefunden hat. Im Rahmen dieses Artikels kann allerdings lediglich auf den Umstand der Entstehung selbst hingewiesen werden, da es für die Betrachtung der geschichtlichen Entwicklungen einer gesonderten Studie bedarf.

dominanten Narrative aufzeigt, stellt nach wie vor ein Forschungsdesideratum dar.

Die Tendenzen, die in der Entwicklung von Ayurveda in Deutschland zu beobachten sind, wurden von Anne Koch (2005a) durch den Begriff ‚Reflexives Kurieren‘ beschrieben. Darunter versteht sie in Anlehnung an Michael Stausberg die Rückwirkung der Wissenschaften¹⁶ auf die religionsgeschichtlichen Entwicklungen, den medialen Diskurs und die Formung des Verständnisses von Ayurveda durch eine Wechselwirkung zwischen den Wissenschaften und der populären Darstellung und Praxis von Ayurveda (vgl. Koch 2005a, S. 26). Sie unterscheidet dabei drei Phasen der Etablierung von Ayurveda, die sie als Homogenisierung (a), Popularisierung (b) und Diversifikation (c) benennt.

(a) Das Zustandekommen von Ayurveda als ein homogenisiertes rezeptionsfähiges Phänomen sieht sie hierbei in der Übersetzung, Übertragung und Rezeption einzelner Schriften und Konzepte des Ayurveda durch Wissenschaftler. Durch ihre eigenen Werke haben diese Wissenschaftler zu einer Kanonisierung und Standardisierung des Ayurveda beigetragen, die Koch als Homogenisierung bezeichnet. In diesem Zusammenhang spielen die Modernisierungs- und Reformprozesse in der indischen Ayurvedalandschaft zwar eine Rolle für Ayurveda in Deutschland. Allerdings lassen sich die deutschen Diskussionen um eine religiöse oder medizinische Konnotation von Ayurveda nicht aus dem indischen Kontext ableiten (vgl. Koch 2005a, S. 27).

(b) Die Popularisierung zeichnet sich hingegen verstärkt durch unterschiedliche Faktoren aus. Beispielsweise bilden die zunehmende Erstellung von Schriften, die Etablierung von Institutionen und einzelne engagierte und vernetzte Akteure die notwendigen Multiplikatoren zur Verbreitung des Ayurveda. Zudem spielen hierbei die religionsgeschichtlichen Entwicklungen innerhalb der New-Age-Bewegung eine wichtige Rolle, auf die Koch mit Bezug auf

¹⁶In diesem Beitrag sind primär die Wissenschaften und dazugehörigen Wissenschaftler gemeint, die sich intensiv mit der Thematik und Praxis des Ayurveda beschäftigen, allen voran die Indologie, Ethnologie, Soziologie, Public Health, Religionswissenschaft und Medizin.

Christoph Bochinger verweist, wobei sie insbesondere die Vermischung von religiösen und säkularen Elementen in Bezug auf Ökologie und Ganzheitlichkeit nennt (vgl. Koch 2005a, S. 29; Bochinger 1994, S. 401). Diese Verzahnungen von New Age und Ayurveda werden im folgenden Kapitel noch einmal gesondert aufgegriffen. Im Zuge der Pluralisierung des Gesundheitsmarktes, die als eine Reaktion auf die Wandlungen im Gesundheitssystem und im ‚religiösen Feld‘¹⁷ zu verstehen sind, geht auch die Popularisierung von Ayurveda einher. In einem erweiterten Sinne lassen sich im Zuge dieser Entwicklungen auch die Pluralisierung des Angebotes von CAM-Therapien in der individuellen Praxis und auf dem Gesundheitsmarkt feststellen. Diese Pluralisierung dient als eine Art Katalysator für die Popularisierung von Ayurveda in Deutschland. Hierbei spielen besonders einzelne Personen oder Institutionen eine Rolle, wie auch die zuvor beschriebenen Beispiele zeigen. Gerade für einige Praktizierende, die im Zuge der empirischen Erkundungen befragt wurden, ließ sich beobachten, dass sie diverse alternative Heilmethoden anbieten, die in Verbindung oder zusätzlich zur Ayurveda Behandlung verwendet werden (vgl. Koch 2005a, S. 28–30).

(c) Gerade eine solche Kombination von Ayurveda mit einer Vielzahl von anderen Therapiemethoden oder die Übertragung ayurvedischer Prinzipien in andere Bereiche zum Zwecke der Vermarktung kann im Sinne von Koch als eine Form von Popularisierung aber auch Diversifikation verstanden werden. Die Diversifikation ist für Koch nach der Homogenisierung und Popularisierung die dritte Phase der Entwicklung von Ayurveda, die sie für die 1990er ansetzt. Hierbei steht vor allem die stärkere institutionelle Etablierung im Vordergrund. Marktwirtschaftliche Aspekte und Strategien, wie im Falle von Maharishi Ayurveda zu beobachten ist, aber auch die Vermarktung von Ayurveda als Wellness oder Kosmetik zählen zu Diversifikation. Ebenso treten die juristischen Rahmenbedingungen und unterschiedlichen Legitimationsstrategien von Ayurveda in den Vordergrund (vgl. Koch 2005a, S. 30). Besonders wird die Diversifikation jedoch durch das Internet vorangetrieben.

¹⁷ Den Begriff des ‚religiösen Feldes‘ verwendet Koch in Anlehnung an Pierre Bourdieu (Koch 2006a, S. 60–61).

Die Konzeptualisierung, die hier vorgenommen wird, stellt angesichts der fehlenden geschichtlichen Aufarbeitung von Ayurveda in Deutschland eine gute Möglichkeit zur Annäherung an die Entwicklungslinien dar. Die drei Phasen dienen dabei als Hilfskonstruktion für die Beschreibung vorherrschender Entwicklungstendenzen, die im zeitgenössischen Kontext parallel existent sind und sich gegenseitig bedingen.

Das Diskursfeld Ayurveda und Religion soll im Folgenden im Spiegel der Aussagen verschiedener Wissenschaftler und Praktizierender aus den Bereichen der Indologie, Religionswissenschaft, Medizin und Soziologie betrachtet werden. Im Sinne des ‚Reflexiven Kurierens‘ ergeben sich Rückwirkungen aus dem akademischen Diskurs über Ayurveda auf die Praktizierenden. Eine Betrachtung dieses Verhältnisses zeigt, wie sich die Positionierungen der Praktizierenden auf die Möglichkeiten einer religiösen Verkörperung in der Therapie auswirken.

11.4. Das Diskursfeld Ayurveda und Religion in Deutschland

Um das Diskursfeld Ayurveda und Religion in Deutschland kartieren zu können, müssen unterschiedlichste Positionierungen berücksichtigt werden. Im vorherigen Kapitel wurden dazu Einblicke in die Entwicklungslinien des Ayurveda gegeben, die als geschichtliche Hintergrundfolie für die Betrachtungen in diesem Kapitel dienen sollen. Im Folgenden werden einzelne wissenschaftliche Positionen im Diskurs, deren Ergebnisse und die Rückwirkungen auf die Praktizierenden diskutiert. Es soll gezeigt werden, wie durch die wissenschaftlichen Positionen Normierungen vorgenommen werden, die direkt und indirekt auf das Selbstverständnis der Ayurveda-Praktizierenden rückwirken und deren Stimmen im Kampf um Legitimierung zu Gunsten einer Verortung von Ayurveda im religiösen Feld oder einer Beurteilung von Ayurveda als authentisch oder nicht-authentisch, ausblenden. Dabei bewegen sich diese Beurteilungen hauptsächlich auf einer Makro-Ebene, das heißt einer Ebene der Repräsentation, auf der ausgehandelt wird, was Ayurveda ist und inwiefern es als religiös oder authentisch bezeichnet werden kann oder nicht. Dem entge-

gen möchte der vorliegende Beitrag durch die Ergebnisse aus den empirischen Erkundungen die bisher außer acht gelassene Ebene der Praktizierenden und der Praktizierenden-Patienten-Beziehung als ausschlaggebende Kriterien in die Diskussion um eine Verortung von Ayurveda im religiösen Feld und die Möglichkeiten einer religiösen Verkörperung im Ayurveda einführen.¹⁸

Wenn es um die Frage nach einer religionswissenschaftlichen Bestimmung von Ayurveda geht, sind es die unterschiedlichen Rezeptionslinien und Positionierungen der Praktizierenden, Patienten, Medien sowie der Wissenschaft, die Ayurveda als spirituell, religiös oder als Religion verorten. Dabei sollen im Folgenden einige dieser Zuschreibungen aufgegriffen werden, um zu zeigen, wie diese ein Feld konstruieren, in dem Ayurveda als das Pendant von Religion oder direkt als Religion verstanden wird.¹⁹ Dies stellt allerdings nur eine Facette der Praxis von Ayurveda dar und geht an dem Umgang der Praktizierenden mit dem Thema Religion vorbei. Eine der einschlägigsten Rezeptionslinien, die eine religiös konnotierte Verweisstruktur aufweisen, ist Maharishi Ayurveda, das bereits im vorherigen Kapitel aufgegriffen wurde. Hierbei lassen sich leicht Elemente aufzeigen, die eine solche Zuordnung möglich machen. Als ein Beispiel kann die Verknüpfung von Maharishi Ayurveda mit Transzendentaler Meditation und vedischer Musik (*Gandharva Veda*) gewertet werden. Diese Verknüpfungen zeigen im Speziellen für Maharishi Ayurveda den Bezug zu einem breiten Spektrum an religiösen Techniken,²⁰ die in direktem Zusammenhang mit religiöser Verkörperung stehen. Das Hören der vedischen Musik sei beispielsweise die direkte Verbindung zum transzenden-

¹⁸ Dabei nimmt sich der vorliegende Beitrag keinesfalls aus der normierenden Rolle des wissenschaftlichen Diskurses heraus, sondern versucht unter Berücksichtigung der widerstrebenden Positionen die Pluralität von Ayurveda zu berücksichtigen und in Bezug auf die Möglichkeiten einer religiösen Verkörperung darzustellen.

¹⁹ Dies wird zum Beispiel an Gegenüberstellungen folgender Art deutlich: „Ayurveda kann also wichtige Lebensbereiche weltanschaulich oder spirituell abdecken, die im Christentum vakant bleiben.“ (Koch 2005b, S. 253) Durch diese Arten der Gegenüberstellung wird Ayurveda, entgegen der diversen Positionen im Feld, automatisch als das ‚Andere‘ der Religion apostrophiert.

²⁰ Einen ausführlichen Überblick über die Entwicklung und das Programm von Maharishi Ayurveda gibt Jeannotat (2008, S. 285–307).

talén Bewusstsein.²¹

Die Maharishi-Bewegung ist eines der Beispiele, dass Kenneth Gregory Zysk (2001) dazu veranlasst, Ayurveda im ‚Westen‘²² als ‚New Age Ayurveda‘ zu bezeichnen. Er beschreibt mit ‚New Age Ayurveda‘ die aktuelle Phase der Geschichte indischer Medizin, die sich durch ihren Import in den ‚Westen‘ auszeichnet. Zysk sieht darin die Verbindung zur ‚Holistic Health Bewegung‘, die sich im Umfeld der New-Age-Bewegung aus der Kritik an der Biomedizin und dem damit einhergehenden cartesianischen Dualismus etabliert hat (vgl. Zysk 2001, S. 13). „The most recent manifestation of Ayurveda is found in the Western world. It combines the spiritual and ideological elements of the New Age Movement with an ancient Indian medical tradition to produce New Age Ayurveda.“ (ebd., S. 26) Durch diese Zuschreibungen konzipiert Zysk Ayurveda in direkter Verbindung zur New-Age-Bewegung und verleiht Ayurveda *per se* einen religiösen Charakter. Auf diese Weise erzeugt er auch einen Antagonismus zwischen dem, was er als ‚authentisches Ayurveda in Indien‘ versteht und ‚New Age Ayurveda‘ im ‚Westen‘ (vgl. ebd.).²³ Dabei ist anzumerken, dass man mit der Deklaration eines authentischen Ayurveda nur den emischen Diskurs der Praktizierenden in Indien und Deutschland reproduziert und verstärkt, anstatt ihn darzustellen und die unterschiedli-

²¹Vgl. Maharishi Mahesh Yogi über Gandharva Veda: „Gandharva music is the eternal melody of Nature which is ever-lively in Transcendental Consciousness. From there it reverberates and constructs different levels of creation. Gandharva Veda is the basis of all order and harmony in Nature, therefore is [sic!] has that most harmonizing, most integrating influence.“

²²Der Begriff ‚Westen‘ (‚westlich‘) wird in diesem Beitrag in Anführungszeichen gestellt, um die pejorativen Konnotationen aufmerksam zu machen die mit der Begriffsgeschichte und der undifferenzierten Dichotomie des Wortes verbunden sind.

²³Auch Wujastyk und Smith (2008) greifen das Konzept des ‚New Age Ayurveda‘ nach Zysk auf und bezeichnen es als eines der drei Formen von ‚Global Ayurveda‘, welches sie als die Formen von Ayurveda verstehen, die sich außerhalb des indischen Kontext in unterschiedlichen geographischen Kontexten entwickelt haben. New Age Ayurveda im ‚Westen‘ steht in ihrer Konzeption dem modernen säkularisierten Ayurveda in Indien gegenüber (vgl. Wujastyk und Smith 2008, S. 2).

chen Positionen in der Diskussion um Authentizität deutlich zu machen.²⁴ Der Begriff ‚New Age Ayurveda‘ wirkt zudem in stereotypisierender Weise und vernachlässigt die stark politisch geprägte Diskussion innerhalb der Praktizierendengemeinschaft in Bezug auf den Umgang mit einer religiösen oder spirituellen Dimension von Ayurveda (vgl. Warrier 2011, S. 87).

Dass die Konzeption von ‚New Age Ayurveda‘ auf der Praktizierenden-Ebene überwiegend kritisch aufgenommen wird, zeigt sich exemplarisch im folgenden Zitat:

This Ayurvedic department is not a “wellness center”; patients usually come here to treat or prevent diseases. It also must be stressed that Ayurveda, as it is understood here, is not a spiritual discipline, nor is it “New Age Ayurveda.” [...] Rather, it is a medical discipline in continuation of a centuries old tradition. (Chopra 2008, S. 244)

Diese Gegenposition aus der Akteursebene im akademischen Bereich, kommt von Ananda Samir Chopra, der approbierter und leitender Arzt der Ayurveda-

²⁴ Auf ähnliche Weise unterstützen auch die Beiträge von Francis Zimmermann (1992) und Tina Otten (1996) die Diskussion um einen authentischen Ayurveda, von der sich der vorliegende Beitrag abgrenzen möchte. In seinem Artikel „Gentle Purge: The Flower Power of Ayurveda“ beschreibt Zimmermann, wie zeitgenössische Repräsentanten des Ayurveda es als oberste Doktrin und attraktives Prinzip ansehen, Ayurveda als gewaltlos zu bezeichnen. Es wird als ein sanfter Antagonismus zu der mit Nebenwirkungen beladenen Biomedizin konstruiert. Sanfte Massagen komplementieren das Bild der Gewaltlosigkeit und die harschen Anwendungen wie therapeutisches Erbrechen und Einläufe, die auch Teil der ayurvedischen Therapie sind, werden dabei ausgeblendet. Tina Otten knüpft mit ihrem Aufsatz: „Die sanfte Veränderung ayurvedischer Heilverfahren am Beispiel der Pancha Karma Kur“ an Zimmermanns Argumentation an und zeichnet diese Form der sanften Therapie, die sich an die westlichen Konsumenten anpasst und versucht den Mind-Body-Dualismus zu überwinden, nach. Sie macht auch darauf aufmerksam, wie diese Transformationsprozesse bereits in der Übersetzung stattfinden und sich den Bedürfnissen der Wissenschaftlichkeit einer Heilmethode widmen. Ein Beispiel hierfür ist die Übersetzung des Begriffs *ama* (die häufig in Übersetzungen als unverdaute krankheitserzeugende Speisereste bezeichnet werden) als Toxine. Otten kommt in einem ähnlichen Wortlaut wie Zimmermann zu der Schlussfolgerung, dass Ayurveda in Deutschland als Rehabilitations- und Entspannungstherapie verkauft wird und nicht als kodifiziertes Medizinsystem.

Abteilung der Habichtswaldklinik in Kassel ist.²⁵ Er verortet seine Praxis explizit als Gegenentwurf zu Zysks Zuschreibungen. Die ökonomischen Tendenzen und Vermarktungsstrategien, die benutzt werden, um Ayurveda zu popularisieren, und die diesen in vielerlei Hinsicht als Wellnessanwendung beschreiben, sowie die akademischen Auseinandersetzungen, die Ayurveda im Bereich des Spirituellen oder des New Age verorten, verdecken eine andere Seite des Diskursfeldes um die Praxis von Ayurveda in Deutschland. Die Bemühungen der Praktizierenden, Ayurveda in Deutschland als medizinische Disziplin zu etablieren, wird durch die Aussage von Chopra deutlich.

Dass Ayurveda eine Neigung zu Spiritualität und Religion aufweist, wird nicht nur durch den kurzen Exkurs zu den Entwicklungslinien von Ayurveda in Deutschland deutlich, sondern auch durch eine kürzlich erschienene Studie von Kessler u. a. (2013), die aus dem medizinischen Bereich stammt.²⁶ Die Positionierung sowohl von Praktizierenden als auch von Patienten in Bezug auf die Themen Religion, Spiritualität und Medizin wurden darin durch eine primär quantitative Vorgehensweise erhoben. Dabei wurden insgesamt 140 Praktizierende (70) und Patienten (70) in das Auswertungscluster aufgenommen und anhand eines Fragebogens befragt. Es konnte herausgestellt werden, dass 73 % der Befragten Ayurveda als eine Form von Spiritualität ansehen und nur 11 % als eine Religion. 100 % verstehen Ayurveda als eine Gesundheitslehre und 95 % als ein Medizinsystem (vgl. Kessler u. a. 2013, S. 5). Für die Befragten verkörpert Ayurveda Aspekte von Spiritualität, Religion und Wissenschaft, wobei die medizinische Dimension von Ayurveda an erster Stelle steht und auch eine Kombination mit der Biomedizin nicht ausgeschlossen wird (ebd., S. 6).

Die Argumentationen von Kessler u. a. und Chopra machen deutlich, dass die Verbindungen zur Spiritualität und Religion einer vertiefenden Betrachtung

²⁵ Zudem ist Chopra auch Indologe und in medizinethnologisch orientierten Forschungsprojekten tätig. An seinem Beispiel wird auch die Pluralität im Diskursfeld deutlich, da er in unterschiedlichen Diskursfeldern agiert und mehrfach qualifiziert ist.

²⁶ Ähnlich wie Chopra ist auch bei Kessler anzumerken, dass es sich bei ihm um einen approbierten Arzt und Indologen handelt.

tung bedürfen, die die Praktizierenden-Patienten-Ebene und die Frage nach dem Umgang mit Religion und Spiritualität in der Praxis in den Blick nimmt (vgl. Abschnitt 11.6). Zusätzlich sollte das medizinische Verständnis von Ayurveda stärker fokussiert werden und die Probleme, die in einem von der Biomedizin dominierten Gesundheitssystem das Selbstverständnis und die Praxis der Praktizierenden prägen (vgl. Abschnitt 11.5). Es wird deutlich, dass die akademische Bestimmung von Ayurveda in Bezug auf Religion und Spiritualität ein Teil des Spannungsfeldes zwischen Religion und Medizin mitkonstituiert. Dieses prägt die Repräsentation und das Rollenverständnis der Praktizierenden und sollte in Bezug auf das Thema der religiösen Verkörperung nicht ausgeblendet werden.

Interessant an dem Beitrag von Zysk und der Reaktion von Chopra sowie den Entwicklungslinien von Ayurveda in Deutschland ist die religionsgeschichtliche Verbindung von Ayurveda mit der New-Age-Bewegung,²⁷ auf die Koch bereits aufmerksam macht und die Zysk in Verbindung mit dem ‚Holistic Health Movement‘²⁸ zum Definitionskriterium für Ayurveda erhebt. Die Medizinsoziologin Sita Reddy zeigt dies ebenfalls für den amerikanischen Raum auf und deutet die zunehmende Betonung von Ayurveda als ‚Holistic Health Care‘ als eine Anpassung an den amerikanischen Kontext und den Einfluss des New Age. Diese Verbindung wird für sie zum Dreh- und Angelpunkt

²⁷Für die Diskussion um New Age und die unterschiedlichen Ansätze der Konzeptualisierung innerhalb der Religionswissenschaft vgl. Bergunder (2008), Boehinger (1994), Hanegraaff (1996) und Heelas (1996, 2008).

²⁸Hanegraaff sieht die Konzepte von Holismus, Milde, Harmonisierung und Integration von Körper und Geist als zentrale Aspekte der ‚holistischen Medizin‘ an, die sich aus der ‚Holistic Health Bewegung‘ gegründet hat. Wie die ‚Holistic Health Bewegung‘ hat die holistische Medizin das Ziel, eine Person als Ganzes zu heilen. In dieser Konstellation wird jedes Individuum als eine Interdependenz von Körper, Geist und Emotionen betrachtet. Der Heilungsprozess involviert all diese Aspekte und geht sogar noch tiefer, da die Interdependenz, die das Individuum ausmacht, durch das Universum konstituiert ist und der Heilungsprozess genau diese innere Kraft anspricht. Hierbei ist die Kraft des Geistes auf den Körper ein entscheidendes Merkmal, da hier das Potential der Heilung liegt, aber auch die Quelle für Krankheit. Das Individuum muss die tieferen Bedeutungen der Krankheit verstehen und wird dadurch zum Zentrum der Behandlung (Hanegraaff 1996, S. 53–55).

für eine Kritik der Ayurveda-Praktizierenden an der Biomedizin, für eine Verbindung von Ayurveda zur Spiritualität und als symbolisches Kapital auf dem Gesundheitsmarkt (vgl. Reddy 2000, S. 5). Das Element der ‚Ganzheitlichkeit‘, des Holistischen, ist ein entscheidender ‚identity marker‘, der von Seiten der Wissenschaften als ein zentrales Element in der Verortung von Ayurveda in Deutschland im religiösen Feld benutzt wird.

Eine Zuordnung in dieser Art wird durch die ‚Netz-Ethnografie‘ über zehn Ayurveda-Anbieter von Anne Koch (2005a) vorgenommen.²⁹ In ihren Untersuchungen aus dem Jahr 2004 der Internetpräsenz von zehn Ayurveda-Anbietern beleuchtet sie die Glaubhaftmachung, Repräsentation, Sprache und Ästhetik des jeweils angebotenen Ayurveda. Dabei erarbeitet sie ein inhalts-ästhetisches Cluster, das semantische Stereotypen herausstellt. An dieser Stelle stehen vor allem die ersten sechs von elf Punkten im Vordergrund.³⁰

1. Authentisierung/Standardisierung des Angebots, 2. Ursprung und Datierung des Ayurveda, Bezeichnung (z. B. Gesundheitslehre, [Natur-]Heilsystem, alternative Medizin), eventuell Nennung der frühesten schriftlichen Quellen, 3. Kennzeichnung des Ayurveda, meist als sanft, individuell, komplementär, ganzheitlich, 4. Elementenlehre, Tri-Dosha-Lehre mit Gleichgewicht, 5. Konstitutionstypen, 6. Krankheitsbild: Gleichgewichtslehre. (Koch 2005a, S. 35–36)

²⁹Die religionswissenschaftlichen Arbeiten von Anne Koch greifen das Themengebiet Ayurveda in Deutschland bisher am ausführlichsten auf. Sie hat sich mit der Darstellung von Ayurveda in Kochbüchern auseinandergesetzt und die religiösen Codierungen in der ayurvedischen Ernährungslehre (vgl. Koch 2005b), die Attraktivität von Ayurveda als alternatives Heilsystem (2006), ethische Plausibilisierungsmuster des Ayurveda im ‚Westen‘ und die ‚Formierung deutscher Ayurveden‘ anhand von Webpräsenzen (2005) untersucht. In diesem Beitrag wird gezielt die ‚Netz-Ethnografie‘ zu den Webpräsenzen aufgenommen, da hier direkte Verbindungen zu den Untersuchten aus den empirischen Erkundungen und den in diesem Beitrag zitierten Praktizierenden A. S. Chopra bestehen.

³⁰Die anderen Aspekte des semantischen Stereotyps sind (Koch 2005a, S. 36): „7. Hervorheben der Prävention und des Nutzens bei chronischen Krankheiten, Indikationslisten, 8. Erklärung der Behandlungsmethoden, besonders Panchakarma, Angaben zu weiteren einbezogenen (ganzheitlichen) Verfahren: Yoga, Meditation, Farbtherapie, Psychotherapie, Schulmedizin u. a., 9. Ernährung, 10. Service: Unterbringung, Kosten, Anfahrt, z. T. Preislisten, 11. Haftungsausschluss (disclaimer)“.

Diese Aspekte haben sich auch für das Forschungsfeld der empirischen Erkundungen nachzeichnen lassen und bilden wichtige Merkmale der Positionen von Ayurveda-Praktizierenden. Datierung, Authentisierung und Benennung von Ayurveda spiegeln sich zudem in der zuvor zitierten Aussage von Chopra wider. Die Merkmale ‚sanft‘, ‚individuell‘ und ‚ganzheitlich‘ tauchen in der Authentizitätsdebatte immer wieder auf und werden benutzt, um Ayurveda im Westen als nicht authentisch darzustellen (s. oben Anm. 24). Koch geht nach der Zusammenstellung und einer qualitativen Beschreibung der Webseiten dazu über, ihre Ergebnisse mit folgenden Worten einzuleiten: „Wir konnten die Etablierung einer bundesdeutschen ‚Ganzheitsreligion‘ beobachten. Heilung, Typaufklärung, Meditation und zivilisationskritische Stressbewältigung spielen in ihr eine Rolle.“³¹ Die Merkmale, die sie hier erarbeitet hat, bringen sie so zu der Definition von Ayurveda als eine spezifische Form von Religion, die auf ‚Ganzheitlichkeit‘ beruht.

Die unterschiedlichen Positionen im Diskursfeld Ayurveda und Religion in Deutschland haben gezeigt, wie sich der Diskursmarker der ‚Ganzheitlichkeit‘ immer wieder als ausschlaggebendes Kriterium offenbart hat, Ayurveda im religiösen Feld zu verorten. Ganzheitlichkeit steht dabei in einer religionsgeschichtlichen Linie, die bei den Autoren Zysk, Reddy und Koch in Verbindung zum New Age eingeordnet wird. Diese normierenden Verortungen von Ayurveda im religiösen Feld werden durch das Verständnis von Praktizierenden und Patienten von Ayurveda als spirituell gestützt (vgl. Kessler u. a. 2013). Sie stehen jedoch der Aussage von Chopra und anderen Praktizierenden entgegen (vgl. Abschnitt 11.5) und blenden den Aspekt des Selbstverständnisses von Ayurveda als primär medizinischer Disziplin aus. Zudem besteht weder bei Kessler et al noch bei Zysk und Koch ein direkter Bezug zur Praktizierenden-Patienten-Ebene, die entgegen der Auseinandersetzung mit der Repräsentati-

³¹ Eine Verortung von Ayurveda im religiösen Feld nimmt auch Hubert Knoblauch vor (Knoblauch 2009, S. 168): „Ein eindruckliches Beispiel für die spirituelle Form der Medizin ist sicherlich Ayurveda, das sich seit den 1990er-Jahren in Deutschland ausbreitet.“ Knoblauch orientiert sich bei seiner Verortung von Ayurveda im Bereich der populären Spiritualität an den Beiträgen von Anne Koch.

on von Ayurveda den Blick auf die Praxis und den dort stattfindenden Umgang mit Spiritualität und Religion lenkt.

Das Diskursfeld Religion und Ayurveda ist geprägt durch die normierenden Positionen innerhalb des Feldes. Die Repräsentationen von medialer, wissenschaftlicher und Praktizierenden-Seite stehen sich dabei gegenüber und präsentieren ihre Konzeption von Ayurveda.

Diese Konzeptionen stehen innerhalb des hier betrachteten Diskursfeldes Ayurveda und Religion in einem Austauschprozess, in dem sich die Positionen gegenseitig bedingen. Speziell die Bemühungen der Praktizierenden, Ayurveda als medizinische Disziplin in einem biomedizinisch dominierten Gesundheitssystem zu praktizieren, machen ein grundlegendes hierarchisches Verhältnis erkennbar, das sich, wie im nächsten Abschnitt gezeigt werden soll, auf die Positionierung der Praktizierenden und ihr Selbstverständnis sowie ihr Verständnis von Ayurveda und die Art, wie sie es repräsentieren, auswirkt. Der Umgang mit dem Thema Ayurveda und Religion innerhalb der Praktizierenden-Patienten-Beziehung wird dadurch auch beeinflusst und schafft entscheidende Bedingungen für die Möglichkeit einer religiösen Verkörperung im Ayurveda.

11.5. Diskursive Austauschprozesse

Im Folgenden soll anhand der Interviewaussagen der an den empirischen Erkundungen beteiligten Praktizierenden diskutiert werden, wie sich das Verhältnis von Ayurveda zur Biomedizin und Religion für sie konstituiert und durch unterschiedliche diskursive Austauschprozesse gekennzeichnet ist. Diese stellen die Basis dafür da, wie die Praktizierenden mit dem Thema Religion und Ayurveda in der Konsultation umgehen und wie dies Formen der religiösen Verkörperung bedingt.

Um das Verhältnis von Ayurveda und Religion in Hinsicht auf das Rollenverständnis der Praktizierenden zu verstehen, muss man zuerst bei der Relation von Ayurveda zur Biomedizin ansetzen. Dies lässt sich bereits an den Ergebnissen der empirischen Erkundungen ableiten, denn alle an der Studie

Beteiligten stellen die Position von Ayurveda als CAM oder Medizinsystem in den Vordergrund, wohingegen in keinem der Interviews die Relation zur Religion oder Spiritualität als primärer Identitätsmarker zur Sprache kam. Auch der Fokus auf die Ganzheitlichkeit wurde hier betont, ohne zwingend eine religiöse oder spirituelle Dimension daraus abzuleiten.

Innerhalb eines biomedizinisch dominierten Gesundheitssystem unterliegt die ayurvedische Praxis ständigen Transformationsprozessen, die durch die Übersetzung ayurvedischer Prinzipien aber auch durch die Anpassung an das biomedizinische System erzeugt werden. Diese sind notwendig, um Ayurveda innerhalb eines biomedizinischen Gesundheitssystems praktizieren zu können. Ayurveda in Deutschland kann auf einer offiziellen Ebene, also im Sinne einer Anerkennung als Medizinsystem wie es die Biomedizin in Deutschland darstellt oder in ähnlich anerkannter Weise wie es für Ayurveda in Indien³² der Fall ist, nicht praktiziert werden.

Heilpraktikern, Ärzten und BAMS-Praktizierenden bleibt aus ökonomischer Sicht und aufgrund der rechtlichen Lage meist nichts anderes übrig, als den Spagat zwischen den medial dominanten Bildern von Ayurveda als Wellness und der Darstellung als alternative Heilmethode zu vollziehen und in der Therapie ihr eigenes Verständnis von Ayurveda zu vermitteln – sei dies nun rein medizinisch oder in Verbindung zu einer spirituellen Praxis. Seit einigen Jahren werden zunehmend wissenschaftliche Stellungnahmen von deutschen Praktizierenden zum Verständnis von Ayurveda im medizinischen Bereich publiziert, um das eben beschriebene Spannungsfeld aufzubrechen. Die Konzeption von Ayurveda als ‚Whole Medical System‘ durch Kessler und Michalsen (2012) bietet hierfür ein Beispiel.³³

³² Den geschichtlichen Prozess der staatlichen Anerkennung von Ayurveda in Indien skizzieren Wujastyk und Smith (2008, S. 8–9).

³³ „Whole medical systems are eo ipso complete and coherent systems of medical theory and practice that have evolved, and continue evolving, in different regions, cultures and time periods around the globe, independently from modern western medicine [...]. Here, the most well-known traditional Indian system of medicine, Ayurveda, can spearhead as *pars pro toto* for all others for a particular reason: on top of its inbound coherence it possesses an inherent outbound quality of openness to its surrounding realities“ (Kessler und

Würde man Ayurveda als anerkanntes Medizinsystem praktizieren, so würde ein ganz anderer Korpus an Gesetzen greifen und die Verabreichung vieler ayurvedischer Medikamente wäre nicht länger möglich, da diese dann unter das Arzneimittelgesetz fallen würden. BAMS Shulaji, einer der Befragten, der leitender Ayurvedaarzt eines Zentrums mit 30 Betten ist, betonte in diesem Zusammenhang, dass er gezwungen ist, Ayurveda als Gewerbe im Wellnessbereich anzusiedeln, auch wenn er seine Praxis in keiner Weise als Wellness versteht. Der Status von Ayurveda in Deutschland drängt ihn in eine rechtliche Grauzone. Auf die Frage, wie es um die Verwendung von Medikamenten in der ayurvedischen Therapie in seiner Einrichtung stehe, entgegnet er:

We give herbal teas, kashayam [Ayurvedic decoction] is actually a herbal medicine, but we are giving it as a tea. You know, here, everywhere there are loopholes. If you say kashayam is a medicine you are not allowed to use it. But if you declare it is a tea, you are allowed. (Interview BAMS Shulaji 2008)

Die Versuche, ayurvedische Medikamente und die ayurvedische Praxis aus rechtlicher Sicht als Arzneien bzw. Medizin zu bezeichnen, stellen sich als schwierig heraus, da häufig die finanziellen Mittel nicht gegeben sind, um pharmakologische und klinische Studien durchzuführen. Diese nehmen langsam zu, sind aber auch vor das grundlegende Problem gestellt, dass sich die Prinzipien des Ayurveda in einen biomedizinischen Kontext übersetzen lassen müssen.

Hier kann davon gesprochen werden, dass unterschiedliche diskursive Prämissen aufeinandertreffen und Austauschprozesse zwischen Ayurveda und der Biomedizin erzeugt werden, welche in den multiplen Beschreibungen und Handlungen, die den ‚identity marker‘ Ayurveda ausmachen, zu Tage treten (z. B. Ayurveda als Wellness, Ayurveda als Religion, Ayurveda als Medizinsystem). Diese Beschreibungen und Zuschreibungen an den Gegenstand Ayurveda stehen in einem komplexen diskursiven Netzwerk zueinander und

Michalsen 2012, S. 65). Diese Definition und der dazugehörige Artikel machen die Legitimationsbestrebungen deutlich, Ayurveda einen festen und anerkannten Platz im deutschen Gesundheitssystem zu verschaffen.

bedingen sich gegenseitig. Die Relation von Ayurveda zur Biomedizin ist in dieser Hinsicht hegemonial geprägt und stellt den Nährboden dar, auf dem sich viele der Praktiken vollziehen, die Ayurveda auf mannigfaltige Weise hervorbringen (z. B. indem ayurvedische Kategorien in biomedizinische übersetzt bzw. umgewandelt werden). So hat keiner der Praktizierenden den Bezug oder die Einbindung von Biomedizin verneint, was bereits die Zwanghaftigkeit der diskursiven Prämisse, die Biomedizin zu integrieren, verdeutlicht.

Die Positionen der Praktizierenden und ihre Darstellung von Ayurveda werden in diesem Sinne als multipel verstanden. Die Stellungnahmen bilden demnach ein Netzwerk an Aussagen, in dem sich die unterschiedlichen Konzeptionen von Ayurveda innerhalb des diskursiven Netzwerkes sedimentieren. Die Dimensionen der Praxis spiegeln die Situation und Hierarchien innerhalb des medizinischen Pluralismus und der Auseinandersetzung mit Religion wider, und so trifft die folgende Aussage zu CAM-Therapien der Medizinethnologinnen Sarah Cant und Ursula Sharma auf die Situation von Ayurveda im deutschen Gesundheitssystem zu:

In as much as these forms have not been totally incorporated into biomedical practices and knowledge they do not share biomedicine's privileged relation to the state, though the precise nature and degree of their delegitimation varies from case to case and from country to country. (Cant und Sharma 1999, S. 6)

Dies wird auch auf der Ebene der Praktizierenden sehr deutlich, wie die Aussage der Ayurveda-Praktizierenden und approbierten Biomedizinerin Dr. Tumar aus den empirischen Erkundungen sehr deutlich macht: „Doctors of modern medicine tell me that I don't have a clue and because I don't have a clue, this is why I am using alternative medicine.“ (Interview Dr. Tumar 2008)

Im Falle der Praxis erfolgt eine Delegitimierung nicht nur durch die Fachkollegen wie im Falle von Dr. Tumar, sondern auch durch die Assoziation mit Religion. Auf die Frage, welche Rolle die Religion in seiner Praxis spielt, antwortet BAMS Shulaji:

No, we are not doing that, especially because we are Indians. We have our religion and our culture but I don't want to implement that in this

center with Indian meditation and everything [...] I say you can believe in whatever you believe God is. There is one energy and I am born in a Hindu family. We have employees from the Muslim and Christian religion here, but we do only Ayurvedic treatment, nothing more. If you start and make some meditation and everything the local publics will start and say: "That is a sect". [...] We have to be careful ... (Interview BAMS Shulaji 2008)

Diese Aussage von BAMS Shulaji bringt dessen Bedenken zum Ausdruck, Religion in seiner Praxis zu implementieren, verneint seinen eigenen religiösen Hintergrund jedoch nicht. Die Assoziationen, die er in Bezug auf die Meditation und die Zuordnung zu einer ‚Sekte‘ befürchtet, stehen in direkter Resonanz zu den Entwicklungslinien von Ayurveda in Deutschland und der Praxis von Maharishi Ayurveda.³⁴ Dies stellt eine der Argumentationen dar, in der die Relation von Ayurveda zur religiösen Verkörperung abgelehnt wird, da Religion als ein delegitimierender Faktor und eine Gefahr für die Praxis angesehen wird. Ähnliches gilt auch für den zuvor zitierten Dr. Chopra, der seine Ayurveda-Einrichtung und -Praxis nicht im Bereich von Wellness oder Spiritualität versteht, sondern als medizinische Disziplin. Die Gegenreaktion und Positionierung von Chopra zeigt eine deutliche Abgrenzungsstrategie, die mit der Legitimierung von Ayurveda als medizinische Disziplin untrennbar verknüpft ist. Um als säkulare medizinische Disziplin öffentlich wahrgenommen werden zu können, müssen die Sektoren von Wellness und Spiritualität ausgegrenzt werden.

Gerade in Bezug auf die Thematik des Maharishi Ayurveda ist besonders interessant, dass sich die drei Teilnehmer der Vorstudie, die sich als Maharishi Ayurveda-Praktizierende bezeichnen, von der Praxis der Transzendentalen Meditation distanzieren haben. Dafür wurde vor allem der Preis für die Meditationskurse als Begründung genannt. So betonte eine Ärztin, dass sie zwar immer noch regelmäßig zur TM rät und ihren Effekt jedem Patienten empfiehlt, aber dass dies keine Bedingung für eine therapeutische Behandlung sei – eine Position, die alle drei Maharishi-Praktizierenden vertreten. Die Tran-

³⁴ Man denke hier zum Beispiel an das obige Zitat von Schwertfeger (vgl. S. 308)

szendentale Meditation stellt jedoch ein Beispiel für religiöse Verkörperung im Ayurveda dar. Sie ist gekoppelt an ein breiteres Glaubenssystem indem sich die individuelle Praxis des Patienten auf die gesamte Menschheit und den Kosmos auswirkt und auch einen Einfluss auf die Doshas nimmt.

Die bisher dargestellten Positionen der Praktizierenden zeigen eine deutliche Abwendung von einer Verbindung von Ayurveda und Religion. Kesslers und Kochs Studien haben hingegen die eindeutige und überwiegende religiöse Konnotation von Ayurveda herausgestellt. Diese lässt sich auch in der Praktizierenden-Landschaft der Vorstudie herausstellen und wurde dort auch betont, primär dann, wenn es um die therapeutische Ausübung und Konsultation geht.

Es wird allerdings deutlich, dass die Antwort auf die Frage nach religiöser Anbindung des Ayurveda bereits bei den Positionierungen und ökonomischen und rechtlichen Strategien der Praktizierenden ansetzen muss. Dabei wird eine dezidiert politische Dimension erkennbar, was durch die Aussagen von BAMS Shulaji, Dr. Chopra und die Maharishi-Praktizierenden bestätigt wurde. Auch Dr. Tumar erwähnte, dass sie die religiöse Ebene, die Ayurveda für sie hat, einem Fachkollegen gegenüber im Zweifel kaschieren würde und dass dieser Aspekt für eine wissenschaftliche Evaluierung von Ayurveda nicht entscheidend sei, für die Praktizierenden-Patienten Beziehung jedoch schon (Interview Dr. Tumar 2008).

Die bisher dargestellten Positionen bilden so eine erste Makro-Ebene aus den empirischen Erkundungen, die dem in Abschnitt 11.4 kartierten Diskursfeld Ayurveda und Religion eine neue Perspektive hinzufügen. Das Verhältnis von Religion und Ayurveda zeigt sich hier bereits als vielschichtiger als die häufige Verortung von Ayurveda im religiösen Bereich vermuten lässt. Diese Ebene der Repräsentation, die durch die Interviewsituationen erzeugt wurde, und die Motivation der Praktizierenden, an den Befragungen teilzunehmen, muss hierbei in reflexiver Weise mitgedacht werden, um das diskursive Netzwerk um die Praxis und Konzeptionen von Ayurveda zu verstehen.

Daher soll im Folgenden durch eine gezielte Untersuchung der Praxis und den hier vorherrschenden Bedingungen ein Blick auf die Mikro-Ebene und

insbesondere auf die Praktizierenden-Patienten-Beziehung geworfen werden, die für eine religiöse Verkörperung im Ayurveda ausschlaggebend ist. Durch diese Art der Untersuchung wird entgegen einer pauschalisierenden Einordnung von Ayurveda die Mannigfaltigkeit des Diskurfeldes Ayurveda und Religion in Deutschland deutlich, indem sowohl die Praktizierenden- als auch die Rezipienten-Perspektive berücksichtigt wird.

Grundlegend ist zu berücksichtigen, dass sich die Praxis zwischen Praktizierendem und Patient über eine Vertrauensbasis aufbaut, in der das jeweilige Verständnis von Ayurveda, das der Praktizierende hat, eingeführt wird. Dabei spielen die erste Konsultation und das Konzept der Dosha-Lehre eine zentrale Rolle, sowohl für die individuelle Behandlung und den Umgang der Patienten mit Ayurveda als auch für die religiöse Verkörperung in der Therapie.

11.6. Die Aushandlung religiöser Verkörperung in der Ayurveda-Therapie

Konsultationen als Mittel der therapeutischen Praxis der Ayurveda-Praktizierenden sind in besonderer Weise relevant für die Frage, inwieweit sich bestimmte Elemente des Ayurveda im Kontext der Behandlung als religiös verstehen lassen und wie sie Eingang in die Therapie finden. Entscheidend in der Behandlung ist die erste Konsultation, wie von allen an der Studie beteiligten Praktizierenden betont wurde. Hier werden Grundzüge der ayurvedischen Praxis erläutert und patientengerecht erklärt, wobei sich natürlich auch erste Widerstände oder Sympathien für eine religiös beeinflusste Therapie herausstellen lassen. In vielen Konsultationen und Behandlungen wird die Frage nach Religion oder Spiritualität nicht direkt in Bezug auf Ayurveda thematisiert, wenn es nicht vom Patienten gewünscht oder angesprochen wird. Dies erfordert von den Praktizierenden eine gewisse Flexibilität im Umgang mit den Patienten. Hierbei wird bereits deutlich, dass eine religiöse Auslegung von Ayurveda als prozessual zu verstehen ist und in der Behandlung je nach Vorprägung des Patienten sowie Praktizierenden und nach Verlauf des Gespräches aufgebaut werden kann. Zusätzlich werden diese ersten Kon-

sultationen durch Vorträge in den Einrichtungen gestützt, die im Falle der Privatkliniken öffentlich gemacht werden und im Kontext der kleineren Einrichtungen auf die Patienten zugeschnitten werden. Die vorliegenden Ergebnisse basieren dabei auf der Interviewsituation und sind in diesem Sinne nicht gleichbedeutend mit einer Praktizierenden-Patienten-Behandlung, allerdings zeigen sie zentrale Elemente der Konsultation auf, die zum Diskurs um eine religiöse Verkörperung gehören.

Für den befragten Heilpraktiker Lutz, der eine kleine private Praxis leitet, in der er auch ambulante Pancha-Karma-Therapien anbietet, beginnt die erste Konsultation beispielweise schon mit der Frage nach der Geburt und beinhaltet alle sozialen und familiären Hintergründe. Der Antagonismus zur gängigen Herangehensweise bei biomedizinischen Untersuchungen wird häufig durch das Erstaunen der Patienten ersichtlich, wenn sich der Praktizierende ihre Geschichte im Detail anhören möchte, wie BAMS Shulaji und ein Großteil der anderen Praktizierenden über ihre Erstkonsultationen berichteten (vgl. Pattathu 2009, S. 62–77).

Anhand der ersten Konsultation und durch die Beschreibung der Doshas lässt sich zeigen, auf welche Weise eine religiöse Verkörperung stattfinden kann. Dabei ist ein entscheidender Faktor, dass die Darstellung der Doshas dem Patienten die Möglichkeit gibt, sich mit den ayurvedischen Kategorien zu identifizieren. Um deutlich zu machen, was unter den Doshas zu verstehen ist und wie diese in einer ersten Konsultation in Ansätzen beschrieben werden, folgt hier ein Auszug aus dem Interview mit Heilpraktiker Lutz:

The doshas vata, pitta and kapha ... I describe for example vata, as vayu (wind) its akasha (aether) and vayu. Wind and aether I tell them for example vata is a very thin person, tall or small and because of what? The wind is cooling, makes the people cold, wind is drying. If there is water it dries the water, it dries the skin, the eyes, the hair, some organs, the stool and this main center of vata is the colon [...] for example kapha is water and earth. If wind blows into the earth like in the desert, the sand is flying away so you need some water to make a sandcastle. I tell them, if you do some castles at the sea side, sand alone is nothing but you need the water and, well, also pitta.

These elements, 20 % water and mostly fire, it holds the temperature, it makes the metabolism. (Interview Heilpraktiker Lutz 2008)

Alle Praktizierenden bezeichnen die Doshas als das Hauptkonzept, das das Verhältnis von Krankheit und Gesundheit beschreibe. Die Doshas werden als Teil der biologischen Prozesse und der physischen Beschaffenheit des Körpers dargestellt, stehen aber immer in Relation zu psychischen Merkmalen und Charakterzügen einer Person. Sie basieren auf einer Auswahl aus den fünf Elementen Feuer, Wasser, Erde, Luft/Wind und Raum/Äther,³⁵ die im Ayurveda die Beschaffenheit von allen Stoffen ausmachen. Diese Erklärung wird von Heilpraktiker Lutz im Verlaufe des Gespräches gegeben. Zugleich zeigt er die Applikationsfähigkeit der Dosha-Lehre auf die Prozesse in der Umwelt (z. B. der Wind als Teil von Vata, mit der Eigenschaft zu trocknen, trocknet die Haut aus und verdeutlicht den Bezug der Doshas zum Körper. In dieser Konzeption von Ayurveda stellt der Körper die Verbindung zwischen Innen- und Außenwelt des Patienten dar, die Elemente in der Umwelt würden so als Teil der Doshas im Körper wirksam.

Die Doshas sind das zentrale Moment in der Lehre des Ayurveda, das in der Praxis dazu führt, dass Ayurveda als ‚ganzheitlich‘ bezeichnet wird. Sie stehen repräsentativ für die Überwindung des Geist-Körper-Gegensatzes, da jedes Dosha sowohl körperlich als auch geistlich zu verstehen ist. Religionsgeschichtlich wird dieser Aspekt von Zysk und Koch als eindeutige Referenz zur New-Age-Bewegung oder zur ‚Holistic Health Bewegung‘ gewertet, um Ayurveda im religiösen Feld zu verorten. Die Möglichkeit einer Verortung von Ayurveda unter Berücksichtigung der Stimmen der Praktizierenden wird dadurch zugunsten einer wissenschaftlichen Verortung ausgeklammert. Auch die Rolle der Elemente in Verbindung mit den Ideen von Harmonisierung, Gleichgewicht und Bezug zum Kosmos führen bei Koch dazu, Ayurveda als eine Form von Religion darzustellen. Hier besteht in der Tat der zentrale Verknüpfungspunkt für die Möglichkeiten einer religiösen Verkörperung. Allerdings ist diese im Ayurveda nicht automatisch gegeben, sondern bedarf einer

³⁵Die Doppelbezeichnungen entsprechen unterschiedlichen Zuordnungen von Praktizierenden.

Berücksichtigung der Praktizierenden- und Patienten-Perspektive, um zu sehen, wie sich religiöse Verkörperung als Aushandlungsprozess vollzieht. Für einen der Maharishi-Praktizierenden beginnt der Prozess der religiösen Verkörperung schon durch das Setting und das Hören der vedischen Gandharva-Musik, die sowohl seine Doshas als auch die seiner Patienten in Einklang mit der kosmischen Ordnung bringt.

Der Patient kann aktiv an der Verkörperung von Ayurveda mitarbeiten, da er durch die Erklärungen der Praktizierenden angeleitet wird und seine eigene Identität in der Dosha-Lehre wiederfinden und neu konstituieren kann. Die bereits zu Beginn beschriebene Problematik der Legitimierung von Ayurveda, die durch ein Aufeinanderprallen von zwei diskursiven Prämissen, nämlich der biomedizinischen und der ayurvedischen, hervorgerufen wird, kann hier in einen Dialog verwandelt werden, der sich durch die Praktizierenden-Patienten-Beziehung entwickelt. Einige der Patienten haben in den informellen Gesprächen im Rahmen der empirischen Erkundungen einen solchen Prozess beschrieben, in dem ihr Krankheitszustand durch den Dialog mit den Praktizierenden und deren Erklärungen neu bewertet wurde.

Die Krankheit des Patienten, dessen Identifizierung mit der Krankheit sowie die Identität des Patienten wird hierbei auf performative Weise durch den Kommunikationsprozess zwischen Praktizierendem und Patienten resignifiziert (vgl. Butler 2006, S. 28).³⁶ Die Identität und das Krankheitsbild, das im biomedizinischen Sinne als ein pathologisierter Körper bezeichnet wird, kann durch die Konsultation und die Einführung in die Dosha-Lehre neu be-

³⁶ „Allgemeiner bedeutet dies, daß die veränderliche Macht solcher Ausdrücke eine Art diskursiver Performativität markiert, die nicht aus diskreten Reihen von Sprechakten, sondern aus einer rituellen Kette von Resignifizierungen besteht, deren Ursprung und Ende nicht feststehen und nicht feststellbar sind. In diesem Sinne stellt eine ‚Handlung‘ kein singuläres Geschehen dar. Vielmehr ist sie ein Netz von zeitlichen Horizonten bzw. die Kondensierung einer Iterabilität, die den Augenblick ihres Geschehens übersteigt.“ (Butler 2006, S. 30) Gerade in Bezug auf die Doshas findet so ein Resignifizierungsprozess statt der sich durch die Praktizierenden-Patienten-Beziehung entwickelt und ein neues Verständnis des Körpers ermöglicht. Die Doshas sind in diesem Sinne ein Mittel durch welches eine religiöse Verkörperung ermöglicht werden kann.

setzt werden. Dies ist ein Prozess, der in Gang gesetzt wird und sich auf die alltägliche Praxis auswirkt, da die Dosha-Lehre in Form der Diätetik mit den Alltagshandlungen der Patienten verknüpft wird.

Die Ergebnisse der Arbeit von Christine Kupfer „Caring for the Whole Self: How German Patients Use Ayurvedic Concepts“ (2006) machen ebenfalls einen solchen alltäglichen Gebrauch der Doshas durch die Patienten deutlich. Über einen Zeitraum von drei Wochen hat sie den Therapieprozess von Ayurveda-Patienten in einer Ayurveda-Klinik beobachtet und dort Interviews mit 20 Patienten durchgeführt. Dabei kam sie zu dem Schluss, dass die Doshas für viele Patienten einen der zentralen Bausteine darstellt in der Begegnung und Anwendung von Ayurveda und ein Vehikel der Selbstermächtigung für den Patienten sind, das sie für sich nutzbar machen können, um so Individualität, Autonomie und Entscheidungen in Bezug auf ihre eigene Selbstfürsorge und den Heilungsprozess zu bewahren (vgl. Kupfer 2006, S. 110–114). Dabei lässt Kupfer die Rolle der Instruktion durch den Praktizierenden nicht außer Acht, sondern macht deutlich, wie dieser die Patienten unterstützt und ihnen dabei hilft, die Konzepte besser zu verstehen. Kupfer bemerkt, dass es so den Patienten möglich wird, durch die Dosha-Lehre einen Zugang zum Ayurveda zu finden, der sich mit ihrem Vorwissen vereint und sich durch ein neues Vokabular bestätigt, das mit den Doshas assoziiert wird (vgl. ebd., S. 72).

Gerade auf dieser individuellen Vertrauens- und Kommunikationsebene, die sowohl die sozialen Umstände des Patienten als auch seine möglichen Berührungängste berücksichtigt, wird über die Aneignung der Dosha-Lehre ein primärer Zugangspunkt für eine religiöse Verkörperung möglich. Die sensible Situation der Praktizierenden-Patienten-Beziehung erfordert in dieser Hinsicht eine große Flexibilität von Seiten der Praktizierenden, wie Dr. Tumar in Bezug auf die Verknüpfung von Ayurveda und Religion in der Konsultation und Therapie bemerkt:

So you can use it and that is a very nice thing about Ayurveda, that, according to the level of your patient, you can stay on a functional level. But the more you realize the patient opens up to more, the mo-

re you can also kind of introduce terms like prana. You can introduce terms like chakra; you can show what the different chakras energies are for. Whatever their “thing” is. [...] You have incredible options in Ayurveda. You can start with simple oils and herbs, [...] the physical therapy and you can go to the extreme subtle and extreme fine therapies, depending on what level the patient is ready to come with you. (Interview Dr. Tumar 2008)

Diese Stellungnahme von Dr. Tumar ist zentral für ein Verständnis von religiöser Verkörperung in der Ayurveda-Behandlung und zeigt auf, dass das Spannungsfeld von Religion und Medizin, in dem sich Ayurveda-Praktizierende befinden, einen flexiblen und individuellen Umgang mit dem Bezug zur Religion erfordert. Die Möglichkeit, Ayurveda auf einer funktionalen Ebene zu praktizieren und mit der Öffnung des Patienten, religiöse oder philosophische Konzepte einzubauen, ist ein prozesshaftes Element, das grundlegend ist für die Möglichkeiten einer religiösen Verkörperung im Ayurveda.

11.7. Schlusswort

Die Positionierung von Praktizierenden in einem Feld, das von einem religiösen Verständnis von Ayurveda wie auch von einer Etablierung von Ayurveda als anerkanntem Medizinsystem bestimmt ist, stellt ein zentrales und konfliktreiches Element des Diskursfeldes Ayurveda und Religion in Deutschland dar, das auch bei einer religionswissenschaftlichen Betrachtung nicht ausgeklammert werden darf. Praktizierende, Patienten, mediale Darstellungen und Rezipienten-Perspektive – kurzum die gesamte Diskursgemeinschaft, die an der Artikulation von Ayurveda beteiligt ist – sollten in die Untersuchungen mit einbezogen werden. Die Konstruktion von Ayurveda als ein Pendant zur Religion im Sinne von ‚New Age Ayurveda‘ (Zysk 2001) oder Ayurveda als bundesdeutsche ‚Ganzheitsreligion‘ (Koch 2005a) stellt eine Kategorisierung dar, die entscheidende Aspekte der Praxis und Konzeption von Ayurveda im emischen und wissenschaftlichen Verständnis der Ayurveda-Praktizierenden unberücksichtigt lässt.

Ayurveda ist auf mannigfaltige Weise spirituell und religiös konnotiert. Die Entwicklungslinien des Ayurveda in Deutschland machen diesen Bezug durch die Maharishi-Bewegung deutlich und auch die quantitativ erhobene emische Perspektive aus der Studie von Kessler u. a. (2013) hat dies gezeigt.

Über eine dezidiert medizinethnologische Perspektive konnte gezeigt werden, wie sich die Praktizierenden innerhalb eines biomedizinisch dominierten Feldes positionieren, welches durch ein hegemoniales Verhältnis zur Biomedizin bestimmt ist. Dadurch wird Ayurveda auf multiple Weise konstituiert, wodurch auch der Umgang in Bezug auf eine religiöse Verkörperung mitbestimmt wird, wie die Positionen von Chopra und BAMS Shulaji gezeigt haben. Bei den Maharishi-Praktizierenden war ein Rückgang in der Verwendung von TM zu beobachten.

Am Beispiel der Dosha-Lehre konnte dann gezeigt werden, wie die Doshas ein Vehikel darstellen, das eine religiöse Verkörperung ermöglicht, indem es dem Patienten erlaubt, sich in der jeweiligen Konzeption des Ayurveda zu bewegen. Die Doshas bieten eine Möglichkeit, die eigene Identität neu zu konstituieren. Ob und wie diese Identität durch Ayurveda in religiöser Weise konnotiert ist, hängt von der Voreinstellung ab, die Patienten und Praktizierende mitbringen. Hierbei zeigt sich, dass eine flexible Handhabung von Ayurveda auf einer rein funktionalen Ebene bis hin zu einer eindeutig religiös konnotierten Ebene in einem prozessualen Verhältnis steht.

Ziel dieses Beitrages war es, Ayurveda als Aushandlungsort religiöser Verkörperung in der Erstkonsultation und der Praktizierenden-Patienten-Beziehung gerade hinsichtlich der Bedingungen, die dies ermöglichen, zu analysieren. Es hat sich gezeigt, wie diese bereits durch die Positionierung der Praktizierenden auf dem deutschen Gesundheitsmarkt vorbestimmt sind und einen flexiblen Umgang mit dem Thema Ayurveda und Religion erfordern. Die Vielfalt an Aushandlungsprozessen zwischen Praktizierenden und Patienten, die in der Therapie zu einer religiösen Verkörperung führen, und die dabei benutzten Praktiken stellen einen Bereich dar, der gezielt durch die religionswissenschaftliche Untersuchung von Praktizierenden-Patienten-Konsultationen aufgearbeitet werden muss.

Der Prozess, den Wissenschaftler in Auseinandersetzung mit dem Gegenstand in der Forschung erleben, sollte immer auch Raum lassen, vorherrschende Vorannahmen zu reflektieren und den Gegenstand auf reflexive Weise zu betrachten. Dadurch eröffnen sich neue Perspektiven, die es ermöglichen, ein Verständnis für die Akteure im Feld zu schaffen, das sich gerade durch einen transdisziplinären Ansatz über das dominante Telos der eigenen Disziplin hinausbewegen kann.

Literatur

- Bergunder, Michael (2008), „Was ist Esoterik? Religionswissenschaftliche Überlegungen zum Gegenstand der Esoterikforschung“. In: *Aufklärung und Esoterik: Rezeption – Integration – Konfrontation*. Hrsg. von Monika Neugebauer-Wölk. Tübingen: Niemeyer, S. 477–507 (zit. S. 303, 317).
- (2011), „Was ist Religion? Kulturwissenschaftliche Überlegungen zum Gegenstand der Religionswissenschaft“. In: *Zeitschrift für Religionswissenschaft* 19, S. 3–55. DOI: [10.1515/zfr-2011-0001](https://doi.org/10.1515/zfr-2011-0001) (zit. S. 303, 304).
- Bochinger, Christoph (1994), „New Age“ und moderne Religion: Religionswissenschaftliche Analysen. Gütersloh: Kaiser (zit. S. 311, 317).
- Butler, Judith (2006), *Haß spricht: Zur Politik des Performativen*. Frankfurt am Main: Suhrkamp (zit. S. 329).
- Cant, Sarah und Ursula Sharma (1999), *A New Medical Pluralism? Alternative Medicine, Doctors, Patients and the State*. London: UCL (zit. S. 302, 323).
- Chopra, Ananda Samir (2008), „Practicing Ayurveda in the Western World: A Case Study from Germany“. In: *Modern and Global Ayurveda: Pluralism and Paradigms*. Hrsg. von Dagmar Wujastyk und Frederick M. Smith. Albany: State University of New York Press, S. 243–255 (zit. S. 315).
- Fields, Gregory (2001), *Religious Therapeutics: Body and Health in Yoga, Ayurveda, and Tantra*. Albany, NY: State University of New York Press (zit. S. 302).
- Frank, Robert (2004), *Globalisierung alternativer Medizin: Homöopathie und Ayurveda in Indien und Deutschland*. Bielefeld: Transcript (zit. S. 302, 306, 307).

- Frenckell, Jan von (1993), *Der heimliche Guru des Ayurveda*. Focus Online. URL: http://www.focus.de/kultur/leben/sekten-der-heimliche-guru-des-ayurveda_aid_143019.html (besucht am 23.08.2014) (zit. S. 309).
- Glaser, Barney G. und Anselm L. Strauss (1973), *The Discovery of Grounded Theory*. 1. paperback ed. Chicago: Aldine (zit. S. 305).
- Hanegraaff, Wouter J. (1996), *New Age Religion and Western Culture: Esotericism in the Mirror of Secular Thought*. Studies in the History of Religions 72. Leiden [et al.]: Brill (zit. S. 317).
- Heckmann, Jürgen (2003), „Die drei Körperbestandteile“. In: *Ayurveda: Basislehrbuch*. Hrsg. von Subhash Ranade, Christian Hosius und Jürgen Heckmann. München [u. a.]: Urban & Fischer, S. 34–40 (zit. S. 303).
- Heelas, Paul (1996), *The New Age Movement: The Celebration of the Self and the Sacralization of Modernity*. Oxford [u. a.]: Blackwell (zit. S. 317).
- (2008), *Spiritualities of Life: New Age Romanticism and Consumptive Capitalism*. Oxford [u. a.]: Blackwell (zit. S. 317).
- Humes, Cynthia Ann (2008), „Maharishi Ayur-Veda: Perfect Health through Enlightened Marketing in America“. In: *Modern and Global Ayurveda: Pluralism and Paradigms*. Hrsg. von Dagmar Wujastyk und Frederick M. Smith. Albany: State University of New York Press, S. 309–332 (zit. S. 308).
- Jeannotat, Françoise (2008), „Maharishi Ayur-Ved: A Controversial Model of Global Ayurveda“. In: *Modern and Global Ayurveda: Pluralism and Paradigms*. Hrsg. von Dagmar Wujastyk und Frederick M. Smith. Albany: State University of New York Press, S. 285–308 (zit. S. 307, 308, 313).
- Kaiser, Peter (2001), *Arzt und Guru: Die Suche nach dem richtigen Therapeuten in der Postmoderne*. Marburg: Diagonal (zit. S. 302).
- Kessler, Christian und Andreas Michalsen (2012), „The Role of Whole Medical Systems in Global Medicine“. In: *Forschende Komplementärmedizin* 19.2, S. 65–66. DOI: [10.1159/000338294](https://doi.org/10.1159/000338294) (zit. S. 321).
- Kessler, Christian u. a. (2013), „Ayurveda: Between Religion, Spirituality, and Medicine“. In: *Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine* 2013, S. 1–11. DOI: [10.1155/2013/952432](https://doi.org/10.1155/2013/952432) (zit. S. 302, 316, 319, 332).

- Knoblauch, Hubert (2009), *Populäre Religion: Auf dem Weg in eine spirituelle Gesellschaft*. Frankfurt am Main: Campus (zit. S. 302, 319).
- Knott, Kim (2006), „Transcendental Meditation“. In: *Encyclopedia of New Religious Movements*. Hrsg. von Peter B. Clarke. London: Routledge, S. 634–635 (zit. S. 307, 308).
- Koch, Anne (2005a), „Spiritualisierung eines Heilwissens im lokalen religiösen Feld? Zur Formierung deutscher Ayurveden“. In: *Zeitschrift für Religionswissenschaft* 13.1, S. 21–44. DOI: [10.1515/zfr.2005.13.1.21](https://doi.org/10.1515/zfr.2005.13.1.21) (zit. S. 302, 310, 311, 318, 331).
- (2005b), „Zur religiösen Codierung moderner Ernährung: Ayurvedische Koch- und Ernährungsbücher als Lebensratgeber“. In: *Zeitschrift für Religions- und Geistesgeschichte* 58.3, S. 243–264. DOI: [10.1163 / 1570073054396000](https://doi.org/10.1163/1570073054396000) (zit. S. 313, 318).
 - (2006a), „Ayurveda: Zur Attraktivität eines alternativen Heilsystems“. In: *Was macht uns gesund? Heilung zwischen Medizin und Spiritualität*. Hrsg. von Verena Wetzstein. Freiburg: Herder, S. 57–75 (zit. S. 311).
 - (2006b), „Wie Medizin und Heilsein wieder verwischen: Ethische Plausibilisierungsmuster des Ayurveda im Westen“. In: *Zeitschrift für medizinische Ethik* 52.2, S. 169–182 (zit. S. 318).
- Kupfer, Christine (2006), „Caring for the Whole Self: How German Patients Use Ayurvedic Concepts“. Magisterarb. Heidelberg: Universität Heidelberg (zit. S. 330).
- Langford, Jean M. (2002), *Fluent Bodies: Ayurvedic Remedies for Postcolonial Imbalance*. Durham, NC und London: Duke University Press (zit. S. 306).
- Lock, Margaret M. und Vinh-Kim Nguyen (2010), *An Anthropology of Biomedicine*. Oxford: Wiley-Blackwell (zit. S. 302).
- Lüddeckens, Dorothea (2012), „Religion und Medizin in der europäischen Moderne“. In: *Religionswissenschaft*. Hrsg. von Michael Stausberg. Berlin und Boston: De Gruyter, S. 283–297 (zit. S. 302).
- Mittwede, Martin (1998), *Der Ayurveda: Von den Wurzeln zur Medizin heute*. Haug (zit. S. 303).

- Newcombe, Suzanne (2008), „Ayurvedic Medicine in Britain and the Epistemology of Practicing Medicine in ‘Good Faith’“. In: *Modern and Global Ayurveda: Pluralism and Paradigms*. Hrsg. von Dagmar Wujastyk und Frederick M. Smith. Albany: State University of New York Press, S. 257–284 (zit. S. 307, 308).
- Otten, Tina (1996), „Die sanfte Veränderung ayurvedischer Heilverfahren am Beispiel der Pancha Karma Kur“. In: *Die gesellschaftliche Konstruktion von Befindlichkeit: Ein Sammelband zur Medizinethnologie*. Hrsg. von Angelika Wolf und Michael Stürzer. Berlin: VWB, S. 75–88 (zit. S. 302, 315).
- Reddy, Sita (2000), „Reinventing Medical Traditions: The Professionalization of Ayurveda in Contemporary America“. Diss. Philadelphia, PA: University of Pennsylvania (zit. S. 308, 318).
- Rosenberg, Mark (2012), „The European Academy of Ayurveda: 20 Years of Ayurvedic Education in Germany“. In: *Ancient Science of Life* 32.1, S. 63–65. DOI: [10.4103/0257-7941.113797](https://doi.org/10.4103/0257-7941.113797) (zit. S. 309).
- Schwertfeger, Bärbel (2004), *Maharishi-Ayurveda: Die Wellness-Jünger Seiner Heiligkeit*. Spiegel Online. URL: <http://www.spiegel.de/wissenschaft/mensch/maharishi-ayurveda-die-wellness-juenger-seiner-heiligkeit-a-289737.html> (besucht am 23.08.2014) (zit. S. 308).
- Warrier, Maya (2011), „Modern Ayurveda in Transnational Context“. In: *Religion Compass* 5.3, S. 80–93. DOI: [10.1111/j.1749-8171.2011.00264.x](https://doi.org/10.1111/j.1749-8171.2011.00264.x) (zit. S. 315).
- Welch, Claudia (2008), „An Overview of the Education and Practice of Global Ayurveda“. In: *Modern and Global Ayurveda: Pluralism and Paradigms*. Hrsg. von Dagmar Wujastyk und Frederick M. Smith. Albany: State University of New York Press, S. 129–138 (zit. S. 306).
- Wujastyk, Dagmar und Frederick M. Smith (2008), „Introduction“. In: *Modern and Global Ayurveda: Pluralism and Paradigms*. Hrsg. von Dens. Albany: State University of New York Press, S. 1–29 (zit. S. 314, 321).
- Zimmermann, Francis (1992), „Gentle Purge: The Flower Power of Ayurveda“. In: *Paths to Asian Medical Knowledge*. Hrsg. von Charles Leslie und Allan Young. Berkeley, CA: University of California Press, S. 209–223. DOI: [10.1525/california/9780520073173.003.0010](https://doi.org/10.1525/california/9780520073173.003.0010) (zit. S. 302, 315).

Zysk, Kenneth Gregory (2001), „New Age Ayurveda or What Happens to Indian Medicine When it Comes to America“. In: *Traditional South Asian Medicine* 6, S. 10–26 (zit. S. 302, 314, 331).

Unveröffentlichtes Quellenmaterial

Pattathu, Antony George (2009), „The Glocal German Ayurvedascape: A Case Study From South Germany“. Magisterarbeit, Universität Heidelberg.
Interviews (Transkripte) mit leitenden Ayurveda-Praktizierenden (Ärzte, BAMS und Heilpraktiker) Dezember 2008 bis Februar 2009

12. Radikale Körper-Empathie spiritueller Heiler und somatische Gegenübertragungen im Heilritual: Ein Beispiel für das methodologische Spiel mit psychoanalytischen Konzepten in der Religionswissenschaft

Florian Jeserich, Florian Besch, Christine Holmberg, Barbara Stöckigt, Michael Teut¹

Zusammenfassung: Auf der Grundlage einer empirischen Studie über spirituelle Heiler und ihre Klienten wird ein Beitrag zur religionswissenschaftlichen Religionspsychologie geleistet. Im Sinne des methodologischen Ludismus wird mit psychoanalytischen Außen- und religiösen Innenperspektiven gespielt, um verschiedene Aspekte der Psychodynamik von Heiler-Klient-Beziehungen in Heilritualen zu erschließen. Dabei kommt dem Körper als Wahrnehmungsinstrument psychischer Prozesse eine besondere Bedeutung zu – zumal das, was aus psychoanalytischer Sicht als ein durch radikale Körper-Empathie ausgelöstes Übertragungs- und Gegenübertragungsgeschehen interpretiert werden kann, aus Sicht der Akteure oft gerade das ausmacht, was als genuin religiöses Moment beschrieben wird. Von radikaler Körper-Empathie kann dann gesprochen werden, wenn der gemeinsam von Heiler und Klient aufgespannte zwischenleibliche Erfahrungsraum so sehr zusammen geschoben wird, dass sich der Unterschied zwischen eigenen und ichfremden Körperwahrnehmungen zunehmend aufzu-

¹Die dem Aufsatz zugrunde liegende empirische Studie wurde von den Autoren gemeinsam konzipiert. Die Daten wurden von BS, FB, FJ und MT erhoben und aufbereitet. BS, CH, FB, FJ und MT führten erste Datenanalysen durch. Der Text wurde von FJ verfasst und mit den Koautoren besprochen.

lösen scheint. Das Konzept der radikalen Körper-Empathie wird in ein psychoanalytisches Gegenübertragungsmodell eingebettet und anhand einer Interviewpassage expliziert. Es zeigt sich, dass radikale Körper-Empathie eine ähnliche Funktion hat wie der von Bion (2013 [1962]) als *réverie* bezeichnete Bewusstseinszustand des Analytikers: Sie versetzt den Heiler in einen rezeptiven Zustand, der Ich-Grenzen aufweicht und trägt so zur Induktion und Intensivierung von somatischen Übertragungs- und Gegenübertragungsprozessen bei. Aus der Sicht der Akteure hingegen basieren die sich unwillkürlich einstellenden multisensorischen Wahrnehmungen auf den ‚übernatürlichen‘ Fähigkeiten des Heilers. Das Modell müsste aus dieser Perspektive zudem um ein transzendentes Drittes ergänzt werden, das als eigentliche Einflussgröße im Heilungsvorgang angesehen wird.

Laut dem niederländischen Religionspsychologen Jacob A. van Belzen (2010) mangelt es der Religionswissenschaft an Ansätzen, in denen psychologische Konzepte methodisch planvoll eingesetzt werden, um empirisches Material zu analysieren. Van Belzen (2010, S. 4) ist ferner der Meinung, dass eine psychoanalytisch orientierte Religionspsychologie im besonderen Maße dazu geeignet wäre, diese Forschungslücke zu schließen. Dafür führt er im Wesentlichen fünf Gründe an: 1) Psychoanalyse ist kompatibel mit dem multidisziplinären Kontext der Religionswissenschaft; 2) sie eignet sich als Theorierahmen für Forschungsprojekte; 3) sie klammert Wechselwirkungen zwischen individueller Psyche und Kultur nicht aus; 4) sie gewährt den nuanciertesten Zugang zur unbewussten Dimension psychischer Vorgänge; und nicht zuletzt: 5) sie bezieht die körperliche Verfasstheit des Menschen ein (Belzen 2010, S. 31–33).

Im Folgenden werden psychoanalytische Konzepte wie Empathie oder Gegenübertragung mit empirischen Daten (Interviews mit spirituellen Heilern und ihren Klienten)² in Zusammenhang gebracht, um einige Aspekte der psychischen Dimension religiös gedeuteter Heilungsrituale zu fokussieren. Dabei

²Wir gebrauchen aus Gründen der Lesbarkeit Pluralformen wie ‚Heiler‘ und ‚Klienten‘ geschlechtsneutral, d.h. Frauen und Männer sind gleichermaßen inbegriffen. Im Singular verwenden wir Nomen wie ‚Heilerin‘ und ‚Klientin‘, um deutlich zu machen, ob es sich um eine Frau oder einen Mann handelt.

kommt dem Körper als Wahrnehmungsinstrument psychischer Prozesse eine besondere Bedeutung zu – zumal das, was aus psychoanalytischer Sicht als ein durch Körper-Empathie der Heiler begünstigtes/ausgelöstes Übertragungs- und Gegenübertragungsgeschehen interpretiert werden kann, aus Sicht der Akteure oft gerade das ausmacht, was als genuin religiöses Moment beschrieben wird. Da zu vermuten ist, dass an diesem Punkt Kritik ansetzt und da diese Kritik die Religionspsychologie als Ganzes betrifft und womöglich mit zu deren marginaler Position in der Religionswissenschaft beigetragen hat, scheinen zunächst methodologische Vorbemerkungen am Platz zu sein. Dabei wird bereits auf empirisches Material zurückgegriffen, weil darzulegen ist, dass psychoanalytische Konzepte nicht einfach auf Daten projiziert werden, sondern dass eine tiefenpsychologische Logik dem Untersuchungskontext inhärent ist.

12.1. Methodologisches Spiel mit psychoanalytischen Konzepten in der Religionswissenschaft

Während Heiler vor allem religiöse Sprache gebrauchen, um ihr Tun und Fühlen bzw. ihre subjektiven Krankheits- und Heilungsvorstellungen zu erläutern, greift eine Vielzahl der Klienten auf psychologische Erklärungsmuster zurück. Ein Grund hierfür mag die Zwitterstellung ritualisierter Heilbehandlungen zwischen praktizierter Religion und Laien-Psychotherapie sein, die für das kulturelle Milieu (die sog. New-Age-Bewegung), von dem viele der Akteure beeinflusst sind, insgesamt charakteristisch ist (Hanegraaff 1996, Kap. 8). Die Religionswissenschaftlerin Ann Gleig (2014) benutzt in diesem Zusammenhang das Adjektiv „psychospirituell“, um die zunehmende Durchdringung religiöser und psychologischer Denkrahmen im westlichen Kulturraum zu beschreiben. Geht man davon aus, dass Heilungssitzungen in einem psychospirituellen Kontext verortet sind bzw. die Beteiligten eine mehr oder minder starke Verflechtung mit diesem kulturellen Phänomen aufweisen, verwundert es nicht, dass viele Akteure ihre Erfahrungen tiefenpsychologisch deuten. Dabei kommt in der Regel keine ausgefeilte psychologische Theorie

zum Tragen, wohl aber Begriffe, die sich ausgehend von Freuds Psychoanalyse im kulturellen Mainstream festgesetzt haben, inzwischen aus dem alltäglichen Sprachgebrauch nicht mehr wegzudenken sind und unser Menschenbild dementsprechend prägen (Heine 2009, S. 149–150). Als Beispiel für ein solches Deutungsmuster kann die psychodynamische Metapher des ‚Hochkommens‘ dienen, die erst vor dem Hintergrund des ersten topischen Modells von Freud (1987 [1900], S. 541–546) zu verstehen ist, gemäß der die Psyche aus drei Systemen aufgebaut ist: Bewusstes, Vorbewusstes und Unbewusstes, wobei das Bewusste nach gängiger Vorstellung ‚oben‘ und das Unbewusste ‚unten‘ lokalisiert ist. So erzählt eine Klientin: „Und es kommt ja auch, sagen wir mal, die ersten Healings kam viel Trauer und Schmerz hoch. Also ... (räuspert sich) ... und das sind ja alles Dinge, die man, ich sag mal, zugeklappt hat, ne“ (A_H1_K2).³

In der Regel sind sich Heiler im Klaren darüber, dass ihre Behandlung psychotherapeutische Aspekte aufweist, die von Klienten häufig dazu genutzt werden, das Wahrgenommene zu objektivieren. Ein Heiler rückt seinen Ansatz z. B. in die Nähe kognitiver Psychotherapie, wenn er rhetorisch fragt: „Wie kann man so jemand äh ... wieder in ’ne andere Denkweise, in ’ne andere Perspektive rein bringen? Das, würd’ ich sagen, is’ so was wie Psychotherapie auch“ (C_H4). Gleichzeitig wird die Psychologisierung des spirituellen Heilens kritisch beurteilt, eben weil Klient *und* Heiler dadurch Gefahr laufen, das Geschehen auf erklärbare Mechanismen zu reduzieren und die religiöse Dimension des Vorgangs zu vergessen: „Da sind eher denn die psychologischen Patienten, die dann ... schon mal eher mich ... äh, vielleicht auch zu sehr verleiten, denn in die Psychologie abzurutschen, so“ (C_H4). Heiler C_H4, ein ausgebildeter Mediziner, der sich nunmehr ganz dem geistigen Heilen verschrieben hat, nennt diese Klienten „Psychos“, was er explizit nicht abwertend meint, und beziffert die Größe dieser Gruppe auf ein Drittel seiner Kundschaft. Manche Heiler lehnen es ab, dieses Klientel zu behandeln: „Also,

³Die Namen der Studienteilnehmer wurden nach einem Schema anonymisiert, das erlaubt, Klienten ‚ihren‘ Heilern zuzuordnen und nachzuvollziehen, welches Mitglied des Forscherteams das Interview geführt hat.

wenn jemand 'n psychisches Problem hat, und eher 'ne Therapie bräuchte, dann mag ich keine Energiebehandlung! geben, dann sag ich: „Du da, ich kenne 'ne gute Therapeutin, geh doch mal da hin““ (D_H2). Gleichwohl stimmen die meisten Heiler darin überein, dass der Mensch eine Einheit aus Psyche und Soma ist und dass demgemäß beide Aspekte in jeder Behandlung eine Rolle spielen. Heilerin A_H3 erklärt in Übereinstimmung mit den Grundsätzen der psychosomatischen Medizin: „Die Sprache des Körpers drückt etwa aus, was wir ... auf unserer psychologischen Ebene verweigern wahrzunehmen. Dann somatisiert das.“

Werden psychoanalytische Begriffe gewählt, um Aspekte der Heiler-Klient-Beziehung zu beleuchten, dann wird die Innenperspektive jener Akteure berührt, die Heilrituale auch psychologisch zu erklären versuchen. Die Verwendbarkeit psychoanalytischer Konzepte scheint aber nicht nur aufgrund des psychologisch orientierten subkulturellen Milieus gegeben zu sein, vor dessen Hintergrund Heiler und Klienten ihre Erfahrungen interpretieren, sondern auch aufgrund der Tatsache, dass wir uns in einem therapeutischen Setting bewegen – in einem Setting also, das der Situation, aus dem Freud heraus seine Begriffe schuf, in mancher Hinsicht ähnelt: in beiden Fällen steht die intensive therapeutische Beziehung zwischen zwei Personen, die gemeinsam einen intersubjektiven Erfahrungs- und Deutungsraum schaffen, im Mittelpunkt der Dynamik. Damit ist zumindest jene Kritik entkräftet (wenn auch nicht aufgehoben), um die der Berliner Religionswissenschaftler Hartmut Zinser (2000) kreist, nämlich die problematische Übertragung psychoanalytischer Begriffe, die eigentlich auf die Psyche des Individuums gemünzt sind (wie z. B. das Unbewusste) oder psychoanalytischer Methoden, die eigentlich eine therapeutische Beziehung zur Voraussetzung haben (wie z. B. die freie Assoziation), auf (andere) Gesellschaften und kulturelle Artefakte (wie z. B. Mythen).

Da wir uns mit dem Rekurs auf psychoanalytische Konzepte von der Innenperspektive einiger Heiler entfernen, die das, was sich während eines Heilungsrituals abspielt, vor allem religiös deuten, bleibt die Frage: Geht mit der Verwendung psychoanalytischer Konzepte nicht zwangsläufig ein

reduktionistischer Psychologismus einher? Wir sind nicht dieser Meinung. Denn trotz des in der klassischen Psychoanalyse verankerten Atheismus bleibt die für die Religionswissenschaft charakteristische Haltung des methodologischen Agnostizismus erhalten. Diese besagt, dass von einem wissenschaftlichen Standpunkt aus keinerlei Aussage über die Existenz oder Nicht-Existenz der von den Untersuchungssubjekten postulierten transzendenten Wesen und Wirkmächten möglich ist (Smart 1973, S. 147–148; Knoblauch 1999, S. 14–16). Es bleibt offen, ob und in welchem Maße die tiefenpsychologische Dynamik, die folgend als ein Deutungsmodell für die Wirksamkeit des Heilens herangezogen wird, ggf. auch transzendenten Einflussfaktoren unterliegt. Dem gleichberechtigten Nebeneinander von außenperspektivisch-psychologischen und innenperspektivisch-religiösen Interpretationen wird am radikalsten Rechnung getragen, wenn der für die Religionswissenschaft seit den 1970er Jahren verbreitete methodologische Agnostizismus in einen methodologischen Ludismus gipfelt (Droogers 2006; Knibbe und Droogers 2011; Yong 2012). Gemäß diesem wird das (freilich nie erreichbare) Ideal der Wertneutralität nicht (nur) dadurch verwirklicht, dass Religionswissenschaft darum bemüht ist, Innenperspektiven möglichst ‚dicht‘ von ‚außen‘ zu beschreiben und sich dabei jeglicher Wertung, ob das Geglaubte ‚wahr‘ ist oder nicht, zu enthalten; sondern darüber hinaus wird den Perspektiven der Forschenden und Erforschten dadurch Ausdruck verliehen, dass unterschiedliche Wahrheitsansprüche und Weltansichten vertreten werden: der Forscher wechselt in einen ‚Als ob‘-Modus und spielt die zur Debatte stehenden Sichtweisen durch, was ihm ermöglicht, mehrere – ja sogar widerstreitende – Positionen nachzuvollziehen. In diesem Sinne wird folgend mit psychoanalytischen und religiösen Konzepten gespielt: Zunächst tun wir so, als ob es so etwas wie Psyche, unbewusste Prozesse oder Übertragungen gibt (was ja, wenn diese Begriffe einmal ihre Selbstverständlichkeit verloren haben, durchaus fraglich werden kann) und abschließend versuchen wir den psychoanalytischen Blickwinkel zu ergänzen, indem wir so tun, als ob den von Akteursseite postulierten transzendenten Kräften und Entitäten Realität zukommt.

Somit wird Psychoanalyse nicht als überlegene Wirklichkeitsdeutung eingeführt, sondern als eine von vielen Perspektiven, die im Übrigen selbst religiöse Züge aufweisen kann und auch deshalb nicht unreflektiert als Mittel zur ideologiekritischen Betrachtung sog. mythischer Weltbilder eingesetzt werden kann (wie dies noch vom Marburger Religionshistoriker Kurt Rudolph [1992, S. 95] empfohlen wurde). Psychoanalyse muss stets Gegenstand religionswissenschaftlicher Ideologiekritik bleiben (Schlesier 1990; Koch und Schipper 2008; Mohn 2010), auch und gerade dann, wenn sie zugleich eingesetzt wird, um der Religionswissenschaft ihre eigene Mythologizität bzw. sinn- und religionsproduzierende Kraft bewusst zu machen. So hat der Berliner Religionsphilosoph Klaus Heinrich (1993) psychoanalytisches Denken zum integralen Bestandteil einer kritischen und reflexiven Religionswissenschaft gemacht, die immer wieder Rechenschaft darüber ablegen muss, was sie als ihren Gegenstandsbereich definiert und was nicht bzw., um die entscheidende psychoanalytische Vokabel zu gebrauchen: was sie ‚verdrängt‘.⁴ Und sie muss sich fragen, warum sie dies tut. Die Gründe können z. B. persönlicher (Jeserich 2013, S. 9–10), kultureller, (wissensschafts-)historischer und/oder politischer Natur sein.

Ohne dies im Einzelnen erörtern zu können, darf davon ausgegangen werden, dass die Psyche-Soma-Verbindung, die im Fokus dieses Beitrags steht, ein wenig beachtetes – wenn man will: verdrängtes – Gebiet religionswissenschaftlicher Forschung darstellt. War Religionswissenschaft in der Vergangenheit oft philologisch ausgerichtet (Klinkhammer 2012, S. 141–144), so entdeckt sie neuerdings Themenfelder wie Ästhetik, Materialität oder Verkörperung. Religion ist nicht nur Glaube, durch Sprache und Schrift kommuniziert, sondern stets auch ein körpergebundenes und insofern multisensorisch konstruiertes und ästhetisch wahrgenommenes Phänomen (Beiträge in Stausberg 2012, Teil IV).

⁴Hier greift freilich die Kritik Zinsers, mit der gegen seinen Lehrer Heinrich gewendet gefragt werden könnte, wie dieser sich das (kollektive) Unbewusste einer wissenschaftlichen Disziplin vorstellt und wie es möglich sein soll, dieses Unbewusste selbstreflexiv zu erforschen.

Auf den ersten Blick mag es verwundern, warum gerade ein psychoanalytischer Ansatz dazu beitragen soll, die in der Religionswissenschaft lange vernachlässigte Dimension des Körperlich-Sinnlichen in den Vordergrund zu rücken. Zwar stand der Körper, insbesondere die frühkindliche sexuelle Entwicklung, im Blickpunkt klassischer Psychoanalyse. Aber ähnlich wie die Religionswissenschaft, die sich vorderhand auf das Wort konzentrierte, so nahm auch die Psychoanalyse als „Redekur“ ihren Anfang (Freud und Breuer 1970, S. 27). Mit der Zeit wurde jedoch eine Brücke zwischen Semiotik und Somatik geschlagen und es bildete sich eine analytische Körperpsychotherapie heraus (Downing 1996; Maaz und Krüger 2001; Vulcan 2013), die auf Erkenntnissen neuerer Säuglingsforschung fußt (Dornes 2004 [1993]) und den Körper nicht nur theoretisch einbezieht, sondern auf heilende Berührung setzt (Heisterkamp 1993; Moser 2001).

Psychoanalytische Begriffe haben sich so vielfältig weiterentwickelt, dass nur noch schwer von ‚der‘ Psychoanalyse im Singular gesprochen werden kann. Es ist eine Aufgabe psychoanalytischer Religionspsychologie dieser Pluralität in Zukunft gerechter zu werden. Die Konzentration auf Freud und seine Religionstheorie bzw. -kritik als alleiniges Thema religionswissenschaftlicher Reflexion (z. B. Lanwerd 2006) sollte in Anbetracht dieser bislang kaum genutzten Theoriefülle überwunden werden. Im vorliegenden Beitrag, in dem vor allem Empathie-Konzepte und der Begriff der somatischen Gegenübertragung zur Sprache kommen, werden dementsprechend nicht nur Freud'sche Definitionen referiert, sondern es wird darum gehen, mit unterschiedlichen etischen und emischen Konzepten zu spielen, um auf diese Weise Aspekte der Psychodynamik von Heiler-Klient-Beziehungen in religiösen Heilritualen zu erschließen. Bevor wir uns diesem Unterfangen widmen, wird die empirische Studie vorgestellt, auf der unsere Überlegungen basieren.

12.2. ‚Heiler und ihre Klienten‘ – eine empirische Studie

Da bislang nur vereinzelt Daten über die spirituelle Heilerszene in Deutschland vorliegen, entschied sich das von der Goerdts-Stiftung geförderte inter-

disziplinäre Forscherteam, das aus drei Mediziner*innen, zwei Medizinethnologen und einem Religionswissenschaftler bestand, dafür, auf qualitative Methoden empirischer Sozialforschung zurückzugreifen. Maßgebend für die Wahl der Forschungsmethoden war ferner die Überlegung, dass sowohl verbale als auch Beobachtungsdaten erhoben werden sollten. Eine Kombination beider Datentypen erlaubt es eher, Rückschlüsse bspw. über die psychologische Dynamik der Heiler-Klient-Beziehung zu ziehen. Aus diesem Grund wurden sowohl halbstrukturierte Interviews mit Heilern ($n = 24$) und ihren Klienten ($n = 20$) als auch teilnehmende Beobachtungen ($n = 8$) von Heilungssitzungen durchgeführt.

Die Heiler wurden mit Hilfe eines Schneeball-Verfahrens rekrutiert (Biernacki und Waldorf 1981). Zugang zum Feld erlangten wir, in dem wir Kontakt mit Heilerorganisationen aufnahmen und an ausgewählten Kongressen, Workshops und Ausbildungsmodulen teilnahmen. Darauf aufbauend verließen wir uns auf persönliche Empfehlungen. Obwohl wir darum bemüht waren, das Geschlechterverhältnis ausgeglichen zu gestalten, Personen aus ländlichen und städtischen Umgebungen zu gewinnen und Kontakt zu Heilern mit unterschiedlichen Ausbildungshintergründen, Weltbildern und Heilverfahren aufzubauen, liegt es in der Natur des Auswahlverfahrens, dass unsere Studie keinerlei Anspruch auf Repräsentativität erhebt; vielmehr handelt es sich um eine Pilotstudie, die Einblicke in einen sehr heterogenen Bereich eines florierenden Sektors der deutschen Gesundheitsversorgung wirft. Dasselbe gilt für das Sampling der Klienten-Stichprobe: die Heiler, die ihre Teilnahme an dem Forschungsprojekt zugesagt haben, wurden gebeten, aus dem Kreis ihrer Klienten einige auszuwählen, die Interesse daran haben könnten, an unserer Studie mitzuwirken und ggf. bereit dazu wären, sich während einer Sitzung teilnehmend beobachten zu lassen. Um in die Studie aufgenommen zu werden, mussten die Untersuchungssubjekte mindestens 18 Jahre alt sein, die deutsche Sprache beherrschen und nach vorheriger Aufklärung über die Inhalte der Studie eine Einverständniserklärung unterzeichnen. Das Forschungsprojekt wurde am 2.11.2010 vom Ethikkomitee der Charité – Universitätsmedizin Berlin genehmigt (EA1/238/10).

Insgesamt nahmen 15 Heiler (neun Frauen, sechs Männer) und 16 Klienten (13 Frauen, drei Männer) an der Studie teil. Das Durchschnittsalter der Heiler betrug $55 \pm 7,9$ Jahre, wobei zwei Heiler ihr Alter nicht mitteilen wollten. Vier Heiler waren Ärzte, vier Heilpraktiker und sieben Laien. Der weltanschauliche Hintergrund der Heiler war genauso heterogen wie ihr Ausbildungsgang. Die meisten Heiler fühlten sich allerdings einer christlich orientierten Spiritualität (jedoch weniger einer Kirche) verbunden. Zwei Heiler waren Christian Science Praktiker, ein Heiler griff auf Konzepte des Sufismus zurück und einer fühlte sich dem Zen-Buddhismus verbunden. Die Mehrzahl der untersuchten Heiler praktizierte Handauflegen und/oder Gebetsheilung. Das Durchschnittsalter der Klienten betrug $56 \pm 13,8$ Jahre. Sechs Klienten waren Angestellte, drei arbeiteten im Gesundheitsbereich, zwei in der Medienindustrie und einer als Anwalt. Ein Klient war arbeitslos und drei pensioniert. Über die Weltanschauung der Klienten sind nicht in jedem Gespräch gezielt Informationen gesammelt worden, dem Material ist aber zu entnehmen, dass die Überzahl, ähnlich wie im Falle der Heiler, als christlich-spirituell und eher kirchenfern eingestuft werden kann. Sowohl hinsichtlich des Alters als auch hinsichtlich der Weltsicht bestanden zwischen Heilern und den von ihnen rekrutierten Klienten große Kongruenzen.

Manche Heiler und Klienten wurden mehrmals interviewt. Ein zweites Gespräch wurde angesetzt, wenn sich nach vorläufiger Auswertung des ersten Interviews noch wesentliche Fragen ergaben. Mit den 15 für die Studie ausgewählten Heilern wurden aus diesem Grund 24 Interviews geführt, d. h. mit neun Heilern führten wir Vertiefungsgespräche. Mit den 16 Klienten führten wir 20 Interviews. Der Leitfaden für die halbstrukturierten Interviews wurde vom Forscherteam auf der Grundlage einer Literaturdurchsicht sowie der Formulierung drängender Forschungsfragen entwickelt. Die Gespräche dauerten zwischen 45 und 120 Minuten.

Alle Interviews wurden wörtlich transkribiert. Die transkribierten Interviews bildeten zusammen mit den Beobachtungs- und Erfahrungsprotokollen der Feldforscher den Datenkorpus der Studie. Das Textmaterial wurde mit Hilfe des Programms MAXQDA® kodiert und einer gezielten qualitativen

Inhaltsanalyse unterzogen (Hsieh und Shannon 2005). Um die Intersubjektivität zu erhöhen und die verschiedenen Blickwinkel der in unterschiedlichen Wissenschaftsdisziplinen verorteten Forschungsgruppenmitglieder fruchtbar zu machen, wurde jedes Interview zweimal kodiert: einmal von dem Forscher, der das Interview geführt hat und daraufhin von einem zweiten, nach Zufallsprinzip bestimmten Teammitglied. Dabei kam sowohl deduktives als auch induktives Kodieren zur Anwendung. Auf der Basis einschlägiger Literatur und dem bereits durch den Interviewleitfaden vorgegebenen Themenspektrum erstellte das Team ein grobmaschiges Kodiersystem, das in gewisser Hinsicht eine Perspektive auf das Material vorgab. Gleichzeitig waren alle Kodierer jedoch nicht nur dazu angehalten, jene Themen in den Daten aufzuspüren, die bereits im Vorfeld der Studie als relevant eingestuft worden sind, sondern auch Ausschau zu halten nach Themen, die sich erst aus dem Material ergeben. Auf diese Weise wurden im Laufe des Auswertungsprozesses eine Vielzahl von neuen Kodes und Subkodes eingeführt, die in regelmäßigen Abständen zwischen den Teammitgliedern ausgetauscht wurden. Das schlussendliche Kodiersystem war eine Kombination aus den Fragen und Themen, die wir an das Material herangetragen haben und den Fragen und Themen, auf die uns das Material selbst aufmerksam werden ließ.

Die Thematik des vorliegenden Beitrags ist ein Produkt dieses schöpferischen Hin- und Herpendelns zwischen deduktiver und induktiver Methodik. Die einzige theoretische Perspektive, die wir von Beginn an in das deduktive Kodierschema eingeflochten haben, war das von dem amerikanischen Medizin- und Religionsethnologen Thomas J. Csordas (1990) eingeführte *Embodiment*-Paradigma. Zwar war unsere Forschung nicht im religiös-kulturellen Kontext des charismatischen Katholizismus verortet, der das hauptsächliche Untersuchungsfeld von Csordas (1994) bildet. Aber wir gingen davon aus, dass auch im Verlauf der von uns beobachteten Heilungssitzungen multisensorische körperliche Empfindungen bei Heilern und Klienten auftreten, die, um mit Csordas zu sprechen, religiös objektiviert werden. Die psychoanalytische Perspektive, die neben dem *Embodiment*-Paradigma von Bedeutung für die hier geführte Diskussion ist, trat erst spät im Verlauf des

Datenanalyseprozesses hinzu, ergab sich also erst aus dem Material selbst: es stellte sich im Laufe der Kodierung heraus, dass (Körper-)Empathie ein Schlüsselkonzept für die Heiler-Klient-Beziehung ist und auch als Erklärung für die Effektivität spirituellen Heilens aus psychologischer Sicht herangezogen werden kann.

12.3. Radikale Körper-Empathie spiritueller Heiler

Mit Hilfe des Begriffs ‚Einfühlung‘ machte Freud (1990 [1913], S. 473–474) darauf aufmerksam, dass Empathie – ein Neologismus, der auf die Übersetzung von ‚Einfühlung‘ ins Amerikanische und dessen Rückübersetzung ins Deutsche zurückgeht (Körner 1998, S. 3) – eine Grundvoraussetzung für die Haltung des Analytikers und somit auch für die Initiierung einer therapeutischen Beziehung darstellt (Shaughnessy 1995). Er konzipierte Einfühlung als jenen Mechanismus, der es dem Analytiker erlaubt, das „Ichfremde“ zu verstehen (Freud 1991 [1921], S. 119; ausführlich zur Geschichte des Freud’schen Einfühlungskonzepts: Pigman 1995). Heinz Kohut, dem Gründer der Selbstpsychologie, kommt der Verdienst zu, den psychoanalytischen Empathiebegriff verbreitert und vertieft und so dessen übergreifende Bedeutung für die Tiefenpsychologie herausgearbeitet zu haben (Kohut 1987, S. 252).

Empathie nimmt eine Schlüsselrolle in Kohuts psychoanalytischer Selbstpsychologie ein. Seine scheinbar simple Definition von Empathie als „stellvertretende Introspektion“ (Kohut 1959, S. 459) täuscht jedoch über die Vielschichtigkeit seines Konzepts hinweg. In Anlehnung an Butzer (1997, S. 48–50) kann Kohuts Empathiebegriff in drei Bedeutungsebenen untergliedert werden: 1) Empathie ist ein Modus der Beobachtung, der eine bestimmte Art von Daten generiert (nämlich Informationen über das Innenleben anderer Menschen); 2) Empathie ist eine sozial erlernte Weise der Wahrnehmung, die Menschen dabei hilft, sich adäquat zu verhalten; 3) Empathie ist eine psychotherapeutische Haltung, eine Form des Verstehens. Im Verlauf einer selbstpsychologischen Analyse kommen alle drei Aspekte von Empathie gleichzeitig oder im Wechsel zur Anwendung. Kohut betont, dass Empathie ‚lediglich‘ ein

therapeutisches Werkzeug sei, gesteht schließlich aber zu, dass Empathie an und für sich auch heilende Wirkungen entfalten kann (Kohut 1987, Kap. 9).

Unser Datenmaterial weist darauf hin, dass spirituelle Heiler alle drei von Kohut beschriebenen Formen der Empathie in intensivierter Weise nutzen. Empathie könnte daher einer der wesentlichen Faktoren sein, der aus psychoanalytischer Sicht erklärt, warum religiöse Heilungsrituale sich im westlichen Kulturraum zunehmend großer Beliebtheit erfreuen und warum sie aus Klientenperspektive positive Resultate erzielen (zu den sog. *outcomes* spiritueller Heilbehandlungen s. Teut u. a. 2014).

Neben Vertrauenswürdigkeit (18 Kodierungen) und Liebesfähigkeit (15 Kodierungen) war Empathie (15 Kodierungen) unter den drei am häufigsten genannten Eigenschaften, die einen ‚guten Heiler‘ auszeichnen. Dieses Kriterium wird von Heiler C_H1 in folgender Formel zusammengefasst: „’n guter Heiler is’ ja auch ungeheuer empathie:fähig“ – eine Eigenschaft, die er auch für sich selbst in Anspruch nimmt: „dieses Empathievermögen, is’ bei mir ganz, ganz stark.“ Vielen Heilern wird von Klienten eine überdurchschnittliche Empathiebegabung attestiert. So erzählt bspw. der Heiler B_H3:

Vielleicht, das hab’ ich eben früher schon gehört, auch von meinen Patienten, ... hab’ ich die besondere Gabe ... für ein besonders außergewöhnliches Verständnis ... für die Patienten. Und zwar nich’ nur für die Patienten, ihre Sorgen und Nöte, sondern auch für die Krankheiten, die sie haben. Nicht für die Krankheit, [...] sondern was! eine Krankheit mit einem Menschen macht.

Weil Empathie aus Sicht der Akteure im Mittelpunkt einer gelungenen Diagnostik und Heilbehandlung steht, sind Heiler bemüht, ihre Empathiefähigkeit zu perfektionieren. Heilerin C_H2 argumentiert in einem Workshop: „Du kannst nicht lernen jemand zu lieben, du kannst nicht lernen demütig! zu sein. Aber du kannst lernen ... feinfühlig zu sein oder zu werden.“

Kohut, der Empathie ebenfalls zu den unverzichtbaren Eigenschaften eines guten Therapeuten zählte, betonte, dass sie „keine Gottesgabe [sei], die nur wenigen Auserwählten zuteil wird“ (Kohut 1987, S. 127), sondern dass Empathie eine „fundamentale Begabung wie Sehen, Hören, Fühlen, Riechen und

Schmecken“ (Kohut 1981, S. 129) sei. Den individuellen Entwicklungsgrad von Empathie führt Kohut weniger auf Veranlagung zurück (hierzu s. jedoch den Hinweis auf eine ggf. auch „angeborene [...] affektive [...] Kälte des Kleinkindes“ in Kohut 1992, S. 340), als vielmehr auf die Persönlichkeitsstruktur der Eltern, insbesondere der Mutter. Ob die besondere Empathie des Heilers eine Gabe oder aber eine erlernbare Fähigkeit ist, ist innerhalb der Heilerszene umstritten. Einige Heiler führen ihre Empathie auf drastische biographische Umstände zurück (Typus des ‚verletzten Heilers‘), andere geben an, sie im Laufe der Jahre erlernt zu haben (Typus des ‚gelernten Heilers‘).⁵

Folgt man der Ethnologin Joan D. Koss-Chioino (2006), die sich im Bereich der interkulturellen Psychiatrie einen Namen gemacht hat, sind a) die spirituelle Transformation des Heilers und b) seine Verbindung zu transzendenten Wesen und Wirklichkeiten – egal, ob diese nun durch Krise und Krankheit ‚erzwungen‘ oder aber im Laufe einer Ausbildung allmählich erarbeitet wurde – die beiden Grundvoraussetzungen für den Erwerb einer Befähigung, die Koss-Chioino passend ‚radikale Empathie‘ genannt hat. Radikale Empathie wird als Bewusstseinsvorgang expliziert, in dem sich individuelle Differenzen zwischen Heiler und Klient in einem gemeinsamen Erfahrungsfeld auflösen: „As I have defined it, radical empathy seems to require a willingness to transcend all boundaries between one’s own consciousness and that of another person.“ (Koss-Chioino 2006, S. 663) Zwar wird die Definition von radikaler Empathie als veränderter Bewusstseinszustand von unserem Material durchaus gedeckt, wie z. B. die vom Heiler C_H1 gebrauchte Metapher des ‚geistigen Eintauchens‘ illustriert: „Das kann auch ein besonders tiefes ... Eintauchen ... in ‘s Geistige sein, dass man empfind‘, boaa!, da ... Man denkt ja manchmal parallel, man empfindet man is‘ ganz tief eingetaucht.“ Aber abgesehen von den Christian Science Praktikern, die gemäß ihrer Glaubensüberzeugung (Materie und Körper sind bloß Illusion) versuchen, Heilung ausschließlich auf der

⁵Neuere Forschungen zeigen, dass Empathie eine neuronale Basis hat und durch die Aktivierung von ähnlichen emotionalen Erfahrungen erklärt werden kann (Bernhardt und Singer 2012). Ungeklärt ist jedoch, ob Empathie eine stabile Charaktereigenschaft oder aber eine erlernbare Fähigkeit ist (Singer und Lamm 2009).

Ebene des Gottbewusstseins zu vollziehen, praktizieren die von uns untersuchten Heiler radikale Empathie nicht nur auf mentaler sondern zugleich auf körperlicher Ebene.⁶ Radikale Empathie ist immer auch verkörperte Empathie.

An dieser Stelle hilft das Konzept der Zwischenleiblichkeit (*intercorporeality*) weiter, das von Csordas weiterentwickelt wurde, um der Versuchung zu widerstehen, zu meinen, der intersubjektive Raum, der sich zwischen Heiler und Klient öffnet, würde lediglich durch die abstrakte Beziehung zwischen zwei abstrakten geistbegabten Entitäten aufgespannt (Csordas 2008, S. 119). Greifen wir auf eine Aussage der Heilerin C_H2 zurück, die geräuschvolles Ein- und Ausatmen mit der Rückkehr eines Seelenanteils gleichsetzt, um zu illustrieren, auf welche Weise spirituelle Heiler auf eine zwischenleiblich fundierte Empathie zurückgreifen, um Krankheits- und Heilungsverläufe tiefergehend zu verstehen:

Er kommt nach Hause. Alles bereit, er kommt!, er kommt!, er is' schon zu sehen. Und ... man merkte auch, dass der [Vorname TN6] (holt Luft) bei; man merkte wie ein Seelenanteil! zurück! ging. Weil er fing plötzlich etwas tief an zu atmen, also eh; wenn ihr bei der Behandlung merkt, dass jemand so ... (atmet tief und geräuschvoll) anfängt richtig; ihr dürft ihn dann nicht wecken. ... Es wäre auch gut, wenn da nich' gerade jemand rein kommt und die Tür zu schlägt. Das is'n heiliger Augenblick.

Csordas macht deutlich, dass körperliche Vorgänge (wie z. B. das spezielle Atmen) nicht wie Texte oder Symbole zu dekodieren seien; es handele sich hierbei nicht um lesbare Körper-Sprache, sondern um eine eigenständige zwischenmenschliche Verständigungsform jenseits des Sprachlichen: Die Heilerin entschlüsselt das Atmen nicht etwa wie eine Textbotschaft, die eine be-

⁶Obwohl das ethnographische Beispiel, das Koss-Chioino gewählt hat – nämlich spiritistische Heilungssitzungen – im Lichte des *Embodiment*-Paradigmas an Kontur gewinnen würde, geht Koss-Chioino in diesem Artikel nicht weiter auf den Umstand ein, dass nach geläufiger Vorstellung ein Geistwesen Besitz vom *Körper* des Mediums ergreift, den Körper dabei 'überformt' und dessen Seele/Geist häufig verdrängt. Zu einer Interpretation ihrer ethnographischen Arbeit im Lichte des *Embodiment*-Paradigmas s. Csordas (1993, S. 143).

stimmte festgelegte Bedeutung hat, sondern versucht ein Ereignis in Worte zu fassen, dass sich im zwischenleiblichen Raum abgespielt hat. Gerade das gemeinsame Atmen ist, wie der Münchner Professor für Spiritual Care, der Psychoanalytiker Eckhard Frick SJ (2013, S. 100) darlegt, ein Paradebeispiel für Zwischenleiblichkeit:

In der zwischenleiblichen Begegnung atmen wir nie allein, wir atmen in das Zwischen hinein, und auch wenn wir den eigenen Rhythmus haben, z. B. ruhiger und bauchiger atmen als unser Gegenüber, uns abgrenzen, nehmen wir den Atemrhythmus des anderen atmend wahr, z. B. seine schnelle Frequenz und das Heben der Schultern.

Die Rückkehr des Seelenanteils ist aus dieser Perspektive eine zwischenleiblich konstituierte Erfahrung, die in der körperlichen Heiler-Klient-Interaktion fundiert ist und nicht bloß eine subjektive religiöse Deutung der Heilerin. Das Konzept der Zwischenleiblichkeit erinnert daran, dass Intersubjektivität auch ein körperliches Phänomen ist und daran, dass Aufmerksamkeit vor allem ein körperlicher Wahrnehmungsmodus ist: Die Heilerin wird mit ihrem Körper (sie sieht, hört, spürt den Atem) auf ihren Körper und den Körper des Klienten aufmerksam (Csordas 1993, S. 138).

Heiler sind spezialisiert auf zwischenleibliche Kommunikation. Ihr oftmals außerordentliches Empathievermögen beruht zu großen Teilen darauf, dass sie die Begabung bzw. gelernt haben, wahrzunehmen, was sich während der Heilbehandlung ‚zwischen‘ bzw. ‚in‘ den Körpern ereignet. Die Reflexion, die den eigenen und fremden Körper ‚objektiviert‘ und Subjekt-Objekt-Relationen überhaupt erst konstruiert (Csordas 1993, S. 149) setzt als dominanter Wahrnehmungs- und Interpretationsmodus zeitweise aus und der Heiler öffnet sich für die Möglichkeit, die Problematik des anderen selbst körperlich wahrzunehmen. Dies stimmt mit der Überzeugung vieler Heiler überein, die meinen, es sei nötig, dass beide Seiten – Heiler wie Klient – den ‚Verstand ausschalten‘, um sich für sog. ‚übersinnliche‘ Körperwahrnehmungen zu öffnen (mit 14 Kodierungen ist ‚Rationalität‘ der am Häufigsten genannte Hinderungsfaktor im Heilungsprozess). Heilerin C_H2 bspw. sagt:

Absolut: Denken ... weg! [...] hätt' ich gedacht!, hätt' ich überlegt, hätt' ich das nich' gesehen. Ich hätt' 's auch nich' gehört. Weil mein Verstand, alle Sinne, ... alle übersinnlichen Sinne ... schließt. In dem Augenblick, wo mein Verstand in den Vordergrund tritt, is' mein drittes Auge zu ... sind meine geistigen Ohren zu und ich hab' keinen Zugang in die zwölfte Dimension.

Und Heiler B_H4 bezieht dasselbe Prinzip in ähnlich absoluter Weise auf seine Klienten:

Wenn mir einer gesagt hat: „Ich seh' gar nichts“ [es geht um Hellsichtigkeit während der Heilbehandlung], dann hab' ich gesagt: „Ja, denn musst du mal deinen Verstand ausschalten. ... Wenn du den Schalter findest, um deinen Verstand auszuschalten, können wir weiter arbeiten, ansonsten ... haben wir keine Chance.“

Von radikaler Körper-Empathie kann dann gesprochen werden, wenn – um eine räumliche Metapher zu gebrauchen – der gemeinsam von Heiler und Klient aufgespannte zwischenleibliche Erfahrungsraum so sehr ‚zusammen geschoben‘ wird, dass sich der Unterschied zwischen ‚meinen‘ und ‚deinen‘ Körperwahrnehmungen zunehmend aufzulösen scheint. Dies kann geschehen, darin stimmen Csordas und Heiler überein, wenn das reflexiv-dualistische Denken in den Hintergrund rückt. Allerdings ist es schwer, festzustellen, ob und in welcher Form Heiler Zustände radikaler Körper-Empathie erleben – von außen sind sie nicht ‚beobachtbar‘ und sie werden nur selten so in Worte gefasst, dass ihr non-dualer Charakter erhalten bleibt. Angedeutet wird ein Zustand radikaler Körper-Empathie in der Schilderung von D_H3, besonders am Ende der folgend wiedergegeben Passage, wo er die Unterscheidung zwischen Heiler- und Klientenrolle aufhebt und von energetischer Vereinigung spricht:

[E]s ist in der Tat so, dass ich manchmal dasitze und mit jemandem weine. Ich muss weinen, ich spüre die Trauer. Das ist aber nicht unangenehm für mich. Es ist sehr schön für mich, dann fließen meine Tränen ... und, äh, damit helfe ich ihm sozusagen, diese emotionale Verdichtung aufzulösen. Das geschieht dann auch in mir, was in dem Patienten passiert. Und danach ist das aber auch kein Problem mehr,

nie mehr, dass ich mich danach irgendwie belastet fühle oder so. Ich fühle mich oft erfrischt, weil ich hab ja auch geweint. Das ist auch gut für meine! Augen. Ich müsste manchmal fast sagen, eigentlich müsste ich Ihnen was zahlen. Ja, es ist ... es ein bisschen ein, wie ein Liebesakt auch, auf 'ner e-, energetischen Ebene. Man vereint sich sehr mit jemandem, man fließt ja zusammen ... Und bei mir passiert das, also über die Emotionen und Bilder.

In der Regel sind Heiler zwar bestrebt, die Grenzen zwischen den Körper- und Bewusstseinsräumen vorübergehend soweit aufzuweichen, dass ein zwischenleibliches Erfahrungsfeld entsteht, auf das Heiler und Klient zugreifen und über das sie nonverbal kommunizieren können. Aber eine *radikale* Körper-Empathie im oben definierten Sinne, in der zwischen Ich und Du nur noch schwer unterschieden werden kann, wird oft vermieden. Begründet wird die bewusste oder intuitive Beschränkung der Körper-Empathie häufig damit, dass der Heiler sich vor der Übernahme fremder Krankheiten oder Gemütszustände schützen muss – eine Argumentation, die auf dem Denken beruht, dass ‚etwas‘ von Körper A zu Körper B transferiert wird, also noch verhaftet bleibt in den Unterscheidungen zwischen Ich und Du, Subjekt und Objekt, Körper und Geist und nicht selten damit einhergeht, dass Emotionen oder Krankheitssymptome verdinglicht werden. Ein prägnantes Beispiel für ein solches (negatives) Transfererlebnis ist die Aussage von Heiler A_H3: „Da kam einer, der hatte Bauchweh, und als er ging, hatte ich! Bauchweh.“ Es folgt eine Passage aus dem Interview mit Heiler D_H1, die einen Eindruck davon vermittelt, wie Heiler Ausmaß und Art ihrer Körper-Empathie regulieren und wie das Hin und Her zwischen Ent- und Begrenzung legitimiert wird:

Also ich erleb häufig seine ... Probleme in meinem Körper. Das heißt, ähm, wenn ihm irgendwo was weh tut, jetzt sag ich mal, Schulter, starke Schmerzen da drin, dann spür ich denselben Schmerz, den er hat, ähm, ... an seiner Stelle bei mir, wenn ihm das Gesicht brennt, stark, äh, ... starke, also so, so Schmerzen in der Backe oder so, brennt bei mir's Gesicht. Aber ich mach's dann so, ich neutralisier mich dazu, also ich nehme den Schmerz nicht in der Intensität wie, wie er!, sondern ich merk, aha, er redet von dem, er! fühlt sich so!, und das

reicht mir. Dann weiß ich im Prinzip, wie's ihm! geht dabei [...]. Aber ich kann's auch so machen, dass ich neutral bleib, dass ich sag, ich will das nicht spüren [...], ist aber im Prinzip dasselbe, es ist für mich sozusagen eine Möglichkeit, ähm, mich emotional auf ihn so einzustellen, dass ich weiß, wie geht's ihm eigentlich. Ne, dann weiß ich, oh, oh, ja, wenn ich das hätte, würde ich mich auch so beschissen fühlen. Wenn ich mich so!; ja, das fühlt sich ja übel an. Dieser Schmerz im Gesicht sozusagen, jetzt kann ich verstehen, von was er redet. Wenn ich das nicht fühle, ne, bleibt natürlich meine Emotion draußen, mein Gefühl draußen. Aber was auch für die Heilung, oder für die Energieübertragung, letztendlich kein, äh, Unterschied macht, aber ich kann mich natürlich leichter! auf sein Gespräch, leichter! auf seine Gefühle, leichter! auf seinen Zustand einlassen, wenn ich weiß, wie er! sich dabei fühlt. Also diese Empathie sozusagen, das Mitfühlen, (räuspert sich.) kann ich benutzen, um selber, äh, mir Klarheit zu verschaffen, wie geht's denn jemandem.

Besonders dann, wenn sich der Heiler gegen Reaktionen, die ein Klient in ihm auslöst, glaubt ‚wehren‘ oder ‚abgrenzen‘ zu müssen, besteht der Verdacht, dass der Heiler mit einer Gegenübertragung bzw. projektiven Identifikation ringt, die ggf. durch das hohe Maß an Empathie ausgelöst oder zumindest begünstigt worden ist. Aus psychoanalytischer Sicht scheinen die Grenzen zwischen radikaler Körper-Empathie, die nicht bei „stellvertretender Introspektion“ stehen bleibt, sondern die Ich-Du-Differenz transzendiert, und einem psychodynamischen Prozess, der als somatische Gegenübertragung bezeichnet wird, fließend zu sein. So definiert z. B. Hess-Liebers (1999, S. 312) Körper-Empathie als „körperlich erlebte Gegenübertragung“, verwischt also den konzeptionellen Unterschied.

12.4. Somatische Gegenübertragungen im Heilritual

Während Empathie ein Begriff ist, der sowohl von Akteuren als auch von wissenschaftlichen Beobachtern gebraucht wird, sich also anbot, um Kongruenzen von Innen- und Außensicht zu erschließen, wird mit dem Begriff

der (somatischen) Gegenübertragung ein ethisches Konzept eingeführt. Damit ändern sich die Parameter des methodologischen Spiels: Während zuvor Kohuts Empathiebegriff und ethnopsychologische Konzepte (radikale Empathie, *embodiment*) mit Interview-Aussagen assoziiert wurden und so das von Akteuren als außergewöhnlich apostrophierte Einfühlungsvermögen spiritueller Heiler als Radikalisierung stellvertretender Introspektion auf der Ebene der Zwischenleiblichkeit gekennzeichnet werden konnte, nehmen wir nun temporär eine psychoanalytische Außenperspektive ein. Das Konzept radikaler Körper-Empathie wird in ein psychoanalytisches Gegenübertragungsmodell eingebettet und somit auf eine Art und Weise erklärt, die auf metaphysische Annahmen verzichtet.

In der Schrift *Über Psychoanalyse* beschrieb Freud (1990 [1910][b], S. 55) (Gegen-)Übertragung als allgemeines Phänomen und stellte klar, dass es sich dabei nicht um ein Artefakt der spezifischen analytischen Situation handeln würde: „Die Übertragung stellt sich in allen menschlichen Beziehungen ebenso wie im Verhältnis des Kranken zum Arzte spontan her, sie ist überall der eigentliche Träger der therapeutischen Beeinflussung, und sie wirkt um so stärker, je weniger man ihr Vorhandensein ahnt.“ Dies ist in unserem Zusammenhang zentral, weil es einer psychoanalytischen Religionspsychologie die Möglichkeit eröffnet, Begriffe wie Übertragung und Gegenübertragung im Zusammenhang mit nicht-analytischen Beziehungen, bspw. der Heiler-Klient-Beziehung, zu gebrauchen. Zunächst wird skizziert, was im Kontext psychoanalytischer Theorien unter (Gegen-)Übertragung verstanden wird.

12.4.1. Übertragungs- und Gegenübertragungskonzepte

Das Phänomen der Übertragung wurde von Freud und Breuer erstmals 1895 in den *Studien über Hysterie* erwähnt. In der Folge hat der Begriff in Freuds Gesamtwerk changierende Bedeutungen angenommen: Ursprünglich benutzte Freud den Begriff ‚Übertragung‘ um einen psychoenergetischen Prozess im Rahmen seines topischen Modells zu bezeichnen, nämlich die Verschiebung verdrängter Wünsche und Triebe ins Vorbewusste. In späteren Schriften wie

z. B. dem *Bruchstück einer Hysterie-Analyse* (1905) oder in *Zur Dynamik der Übertragung* (1912) bezog Freud den Vorgang auf die therapeutische Beziehung: Unbewusste Wünsche und verdrängte Affekte, die eigentlich einer früheren Erziehungsperson (in der Regel einem Elternteil) gelten, werden in der therapeutischen Beziehung erweckt und auf den Analytiker übertragen, auf den nun die Rolle der geliebten (positive Übertragung) oder gehassten (negative Übertragung) Elternfigur projiziert wird (Freud 1991 [1905], S. 279, 1990 [1912], S. 365). Maßgeblich für Freuds Übertragungsverständnis ist der Zwang des Patienten, frühere Konflikte in aktuellen Beziehungen zu wiederholen und reale Begebenheiten damit zu verzerren.

Weil es von Freud weniger häufig und präzise beschrieben worden ist und nachfolgende Analytikergenerationen vielfältige neue Ansätze hinzufügten, begegnet uns das Problem der Begriffsbestimmung im Hinblick auf das komplementäre Konzept der Gegenübertragung in verschärfter Form. Laplanche und Pontalis (1973, S. 164; im Orig. Fettdruck) schlagen eine totalistische Definition vor: Gegenübertragung sei die „Gesamtheit der unbewußten Reaktionen des Analytikers auf die Person des Analysanden und ganz besonders auf dessen Übertragung.“ Freud betrachtete Gegenübertragungsreaktionen als Hindernisse, da er befürchtete, dass durch sie unbearbeitete Persönlichkeitsanteile des Analytikers verzerrend auf die therapeutische Situation einwirken würden. Um zu verhindern, dass sich eine Gegenübertragung einstellt, empfahl er emotionale Abstinenz und fortlaufende Selbstanalyse (Freud 1990 [1910][a], S. 108). Von Anfang an regte sich Widerstand gegen die negative Einschätzung von Gegenübertragung als bloßem Störfaktor und gegen die Idee, der Analytiker habe eine leere Projektionsfläche ohne Eigenleben zu sein. Spätestens jedoch mit Paula Heimanns Aufsatz „On Counter-Transference“ (1950), der als Schlüsseltext (Furman und Levy 2003) bzw. Klassiker (Langs 2004) der psychoanalytischen Literatur gehandelt wird, wurde die Gegenübertragung vom Stigma des Behandlungsfehlers befreit und als diagnostisches Hilfsmittel im therapeutischen Prozess erkannt: Die spezifische Reaktion des Analytikers auf die Person des Analysanden wurde als Indikator für dessen psychische Verfasstheit konzeptionalisiert. Was Freud in der Traumdeutung entdeckt zu

haben glaubte, nämlich die *via regia* zum Unbewussten (Goldmann 2003), wurde von manchen Therapeuten nunmehr in der Analyse der Gegenübertragung erblickt (Bernstein 1999).

Es ist hier nicht der Ort, die Geschichte des Konzepts kritisch zu entfalten (hierzu s. Orr 1954; Ernsberger 1979; Stirn 2002). Statt sich an den Debatten über das ‚richtige‘ Konzept von (Gegen-)Übertragung zu beteiligen, scheint es ratsam zu sein, die Pluralität unterschiedlicher Gegenübertragungsformen anzuerkennen (Geddes und Pajic 1990) und diesem Beitrag ein integratives Modell zugrunde zu legen. Die kleinianisch geprägten Psychoanalytiker David E. Scharff und Jill S. Scharff (1998) haben eine solche ‚Geographie‘ der (Gegen-)Übertragung entworfen, die dabei helfen soll, verschiedene (Gegen-)Übertragungsformen wahrzunehmen und zu sortieren. Ankerpunkt ihres Modells ist das von dem britischen Psychoanalytiker Wilfred R. Bion (2013 [1962]) entwickelte *Container/contained*-Modell, das auf der psychoanalytischen Theorie Melanie Kleins fußt und in eine größere Theorie des Denkens eingebettet ist. Das Modell besagt, dass das Kind/der Analysand negative Affekte und körperliches Unwohlsein, die es/er nicht aushalten oder verarbeiten kann, in die Mutter/in den Analytiker projiziert und dass diese/r, als Container fungierend, die negativen Gefühle aufnimmt und in sich transformiert. Schließlich reintrojiert das Kind/der Analysand die zuvor ausgelagerten Empfindungen in psychisch verarbeiteter Form. Bions Modell wird herangezogen, um zu klären, wo die Gegenübertragung lokalisiert ist: a) in der Innenwelt des Analytikers; b) im Zwischenraum, der von Analytiker und Analysand erzeugt wird; oder c) in der Innenwelt des Analysanden. Zugleich wird die Frage gestellt, wie die Gegenübertragung in Raum und Zeit zu verorten ist: Häufig finden (Gegen-)Übertragungen im Hier und Damals statt, d. h. die aktuelle Arbeitsbeziehung reaktiviert frühere Konflikte. Allerdings sollten auch ‚äußere‘ Faktoren einbezogen werden, die die Reaktion des Analytikers auf den Analysanden einfärben oder verzerren und die bspw. im Dort und Damals (Übertragungsbeziehungen zu früheren Patienten) oder im Dort und Jetzt (derzeitige gesellschaftliche Trends oder therapeutische Kulturen) zu lokalisieren sind. Mit Heinrich Racker (1959) und Donald W. Winnicott

(1945) unterscheiden die Autoren schließlich noch zwischen komplementären (Übernahme einer auf den Analytiker projizierten Rolle) und konkordanten (Übernahme eines auf den Analytiker projizierten Ich-Anteils) sowie zwischen fokussierten (Reaktion auf die Person) und kontextuellen (Reaktion auf die Atmosphäre) Gegenübertragungen.

Die Unterscheidung zwischen somatischer und nicht-somatischer Gegenübertragung wird nicht explizit getroffen. Scharff und Scharff (1998, S. 262–263) bemerken lediglich, dass das psychische Material entweder in die Psyche oder den Körper des Analytikers projiziert werden würde und die Gegenübertragung als physische Empfindung, Gedanke, Fantasie, Geruch oder Gefühl spürbar werden könnte. Unklar bleibt, ob die in den Körper des Therapeuten projizierten psychischen Inhalte entsprechend somatische Gegenübertragungen induzieren. In der Literatur, die sich mit dem Phänomen beschäftigt, scheint weitgehend Konsens darüber zu bestehen, dass somatische Formen von Gegenübertragung besonders dann auftreten, wenn der Analysand mit psychischen Tiefenschichten in Berührung kommt, die in präsymbolische Stadien seiner Entwicklung zurückreichen oder unzureichend mentalisiert wurden, sprich: sich einer Verbalisierung entziehen (s. z. B. Volz-Boers 2007, S. 41). Die psychosomatische Ärztin Aglaja Stirn (2002, S. 56) verweist darüber hinaus auf „Patienten mit körperlichen Entwicklungsstörungen der Organfunktionen, wie z. B. Atmung, Schlaf, Appetit, Verdauung, Wärmeregulation“, die ebenfalls somatische Reaktionen im Therapeuten hervorrufen können. Während diese Erklärungsversuche dem frühen psychoanalytischen Paradigma verpflichtet bleiben, gemäß dem Gegenübertragung als Reaktion auf die Übertragung des Patienten zu deuten ist, also von diesem ausgelöst wird, weist unser Befund darauf hin, dass somatische Gegenübertragungen auch mit aktiv praktizierter Körper-Empathie im Zusammenhang stehen (ähnlich argumentiert Pallaro 2007, S. 180–182).

12.4.2. Die Gegenübertragung einer spirituellen Heilerin

Wenden wir uns einer Interviewpassage zu, in der Heilerin C_H2 von einer extremen körperlichen Reaktion während einer Energiebehandlung berichtet und die exemplarisch im Lichte des multidimensionalen Gegenübertragungsmodells analysiert werden soll:

[I]ch hab' die Hände aufgelegt ... und mir wurde kotzübel (leiser gesprochen), mir war so schlecht. Mir war so schlecht, ich war auf einmal wum!, ich hab' äh, ... ich, ich, ich hab' immer 'ne Zeitreisen, ich bin auf einmal da und ich bin [auf einem] Schlachtfeld! ... Tote überall, Menschen über Menschen und, und, und ähm ... äh, Hakenkreuze und diese Stimme von Hitler und ich hab' gedacht, mir wird so übel!, mir wird so übel, ich musste nach fünf sechs Minuten, ich musste aufhören, ich konnt' nich' mehr (holt Luft) ich; Ich saß dann so, ich hab' gedacht: „poah, das hab' ich aber noch nie erlebt, also da is' jede Besetzung nichts gegen“. Ähm ... und ... das stellte sich raus, ihr Vater hat Selbstmord begangen, und ihr Großvater war ... irgend so 'n ... Nazi. [...] und die [Klientin] hatte eine, die hatte Colitis, glaub' ich, die hatte so 'n wahnsinniges Darm-; Darmprobleme und nichts ging, ständige ... äh Vereiterungen, ständige Entzündungen und, und, und [...].

Die Formulierung „das stellte sich heraus“ kann sich sowohl auf die Familien- als *auch* auf die Krankengeschichte beziehen. Zwar wäre es theoretisch denkbar, dass die Heilerin ihre Erzählung retrospektiv durch eine rhetorische Wende dramatisiert (es also so klingen lässt, als ob sie vorher nichts von einer Darmkrankheit gewusst hätte) und die in ihr ausgelösten körperlichen Reflexe auf diese Weise als einen ‚Beweis‘ für ihre Feinfühligkeit ins Feld führt (Legitimationsdiskurs). Es ist aber anzunehmen, dass sich die Formulierung „das stellte sich heraus“ nur auf die familiären Hintergründe bezieht und die Diagnose bekannt war. Heilerin C_H2 arbeitet nämlich eng mit einem ärztlichen Kollegen, Heiler C_H4, zusammen, der im Vorfeld der Heilbehandlung eine Anamnese erhebt und eine Krankenakte anlegt, weshalb es unwahrscheinlich ist, dass die Heilerin im Vorfeld nichts von der Darmkrankheit (*Colitis ulcerosa*) ihrer Klientin wusste und erst im Nachgespräch von den Beschwerden

erfuhr. Somit ist nicht auszuschließen, dass der Brechreiz der Heilerin, der im Moment der körperlichen Kontaktaufnahme entsteht, auf Autosuggestion beruht: Das Unbewusste der Heilerin ist darauf trainiert, physische Zustände zu erzeugen, die zum Krankheitsbild der Klientin passen. Neben selbstinduzierter Beeinflussung der Soma-Psyche gibt es eine zweite Möglichkeit, die plötzliche Übelkeit der Heilerin zu erklären: Es könnte sich auch um eine spontan durch radikale Körper-Empathie entwickelte somatische Gegenübertragung handeln. Die heftige körperliche Reaktion der Heilerin wird nicht, so wie in klassischen Analysen üblich, durch verbalisiertes psychisches Material der Patientin, sondern durch Körperkontakt ausgelöst: Just in dem Moment, in dem die Heilerin ihre Hände auflegt, wird ihr übel. Wir wissen nicht, wo die Heilerin ihre Hände aufgelegt hat. Aber das, was wir als zwischenleibliche Kommunikation beschrieben haben, erscheint besonders dann wahrscheinlich, wenn sie ihre Hände auf dem Abdomen platziert und vermittels Körper-Empathie ihre Ich-Grenzen gelockert hat. Sie ist dann in besonderem Maße befähigt, subtile zwischenleibliche Signale aufzunehmen und mit dem Leiden der Klientin zu verschmelzen. Auf diese Weise wird eine augenblickliche innere Verbindung hergestellt, die entscheidend dazu beiträgt, dass das Übertragungsangebot der empathisch-zugewandten Heilerin schneller und leichter angenommen wird als das des klassischen Analytikers, der darum bemüht ist, Distanz zu wahren und eine leere Spiegelfläche zu sein. So stellt z. B. auch Bettighofer (2000, Kap. 3.3) heraus, dass Empathie das Ingangkommen der therapeutischen Beziehung begünstigt und der nicht nur spiegelnde, sondern mitagierende Therapeut Übertragungsprozesse aktiv fördern kann. Die Frage, was die Übelkeit auslöst, die Übertragung/Projektion der Klientin und/oder die psychische Aktivität der Heilerin, wird hinfällig, wenn das klassische Verständnis von Gegenübertragung (der Patient beeinflusst die Psyche des Analytikers) zugunsten einer intersubjektiven Auffassung (es bestehen Wechselwirkungen zwischen Patient und Analytiker) aufgeweicht wird (Gabbard 2001). Gerade das in unserem Zusammenhang zentrale Konzept der radikalen Körper-Empathie weist darauf hin, dass in der Heiler-Klient-Interaktion Ich-Du-Grenzen verwischen und Übertragung und Gegenübertragung, Aktion

und Reaktion nur noch schwer voneinander zu trennen sind. Die Übelkeit ist weder nur die Schöpfung der Klientin, die durch ihre Übertragung eine Gegenübertragung induziert (Heimann 1950) noch nur die Folge einer wohlwollenden extraktiven Introjektion der Heilerin.⁷ Vielmehr steht zu vermuten, dass die Gegenübertragung eine Ko-Schöpfung von Heilerin und Klientin ist.

Weil es den relationalen Charakter der Heiler-Klient-Beziehung, in der Übertragung und Gegenübertragung ineinander verschlungen ablaufen, in besonderer Weise abzubilden vermag, bietet es sich an, die Interviewpassage mit Rückgriff auf das *Container/contained*-Modell (Bion 2013 [1962]) zu explizieren: Das Handauflegen, das der Klientin suggeriert, dass nun die Energieübertragung beginnt, setzt mannigfaltige unbewusste Prozesse in beiden Akteurinnen in Gang. Gerade die therapeutische Berührung setzt oft Material frei, das nicht primär im psychischen, sondern im ‚körperlichen Unbewussten‘ abgespeichert wurde (zu diesem Konzept s. Russon 2004). Der Umstand, dass die Klientin mit geschlossenen Augen auf einer Liege gebettet ist und empathisch-liebevoll berührt wird (was frühkindliche Erinnerungen des Geborgenseins, des *containments*, aktivieren kann), begünstigt die Regression und das Hinübergleiten in eine positive Mutter-Tochter-Übertragung. Die Heilerin, die unwillkürlich in die Reihe der Mutter-Imagines eingereiht wird, wird zum idealen *container*; auf sie projiziert die Klientin all jene unerträglichen Gemüts- und Körperzustände, die sie nicht ‚verdauen‘ kann, die sie loswerden will. Die Heilerin ist unterdessen nicht nur in jenem träumerischen Bewusstseinszustand, den Bion (2013 [1962]) *réverie* nannte, und der es der Mutter/Therapeutin ermöglicht, Projektionen und Übertragungen ihres Kindes/Patienten zu erspüren und aktiv aufzunehmen (Mitrani 2001), son-

⁷Wird angenommen, dass die Übelkeit der Heilerin keine Reaktion auf eine Übertragung der Klientin ist, sondern mit der psychischen Aktivität der Heilerin zu begründen ist, könnte das Konzept der extraktiven Introjektion in Anschlag gebracht werden. Bollas (2011, Kap. 2) beschrieb mit diesem Begriff einen intersubjektiven Prozess, bei dem eine Person in die Innenwelt einer anderen eindringt und bestimmte Aspekte ihres psychischen Lebens in Besitz nimmt. Wird das Konzept von seiner negativen Konnotation („Diebstahl“) befreit und im Sinne radikaler Empathie umgedeutet, könnten die Wahrnehmungen der Heilerin auch auf diese Weise erklärt werden.

dern sie ist in einem bewussten Zustand radikaler Körper-Empathie, der sie noch weiter für die körperlichen Symptome und Projektionen ihrer Klientin öffnet.⁸ Das gewählte Beispiel (Darmkrankheit der Klientin und Übelkeit der Heilerin) ist in diesem Zusammenhang besonders dankbar, da Bion (2013 [1962]) ein biologisch-organisches Modell der Psyche vertritt und die Verarbeitung der unerträglichen Zustände durch den Therapeuten mit Metaphern wie ‚mentale Verdauung‘, ‚Entgiftung‘ oder ‚Metabolismus‘ umschreibt (Torres 2013, S. 15–16). Die sich unwillkürlich einstellende somatische Gegenübertragung, mit der die Heilerin auf das körper-empathisch aufgenommene bzw. in sie projizierte Material reagiert, fällt so heftig aus, dass sie die Behandlung nach wenigen Minuten abbrechen muss. Sie unterbricht die Energieübertragung und damit gleichsam die auf unbewusster Ebene ablaufende somatische (Gegen-)Übertragung.

Die Frage stellt sich, ob die Heilerin den therapeutischen Kreislauf des *containing* in diesem Fall erfolgreich zum Abschluss bringt – schließlich gehört zu diesem Prozess nicht nur die Aufnahme psychischer Inhalte, sondern auch deren Transformation in der eigenen Soma-Psyche und schließlich die Reintrojektion der modifizierten Inhalte durch den Patienten. Ist die mentale Verdauung der unerträglichen Erfahrungen missglückt? Behandlungsabbruch und anhaltende Übelkeit sprechen zunächst dafür. Wird der Blick aber weg von der körperlichen Reaktion auf die begleitende *Gegenübertragungsfantasie* gelenkt, entsteht ein anderer Eindruck. Die Übelkeit geht mit audio-visuellen Wahrnehmungen einher, in denen die Heilerin Bilder von toten Menschen auf einem Schlachtfeld und von Hakenkreuzen sieht und die Stimme Hitlers hört. Wie die Heilerin in unserem Beispiel ihre Wahrnehmungen interpretiert, geht aus der Erzählung nicht hervor. Berichtet wird nur von Assoziationen, die in der Klientin offenbar im Nachgespräch ausgelöst worden sind: sie bringt das von der Heilerin Erlebte mit dem Selbstmord ihres Vaters und der Person

⁸Die Idee, die radikale Körper-Empathie der spirituellen Heilerin als eine extreme und professionalisierte Form von *réverie* aufzufassen, wird von neueren komparatistischen Arbeiten gestützt, die Bions Konzept mit meditativen Bewusstseinszuständen oder Gebetshaltungen in Zusammenhang bringen (Mathew 2005; Pelled 2007).

ihres Großvaters in Zusammenhang, den sie als „Nazi“ bezeichnet. Da die nachträglich gezogenen Verbindungen zwischen Fantasie und Biographie die Pointe der Erzählung bilden, ist davon auszugehen, dass die Gegenübertragungsfantasie der Heilerin der Klientin dabei geholfen hat, ihrem Kranksein Bedeutung zu geben, ihr Leiden sinnhaft in ihre Familiengeschichte einzubetten. Das, was zuvor als körperliches Symptom existierte und nicht verbalisiert werden konnte, weil es auf präsymbolische Entwicklungsstufen der Psyche zurückgeht oder dem Bewusstsein aufgrund traumatischer Erlebnisse entzogen wurde, wird von der Heilerin körperlich in Szene gesetzt, in Symbolsprache transformiert und schließlich offen angesprochen; plötzlich werden die Inhalte, die die Klientin projiziert hat, greifbar und ansprechbar. Es findet eine De-Somatisierung bzw., um einen psychoanalytischen Ausdruck zu gebrauchen, eine Mentalisierung statt, die es der Klientin ermöglicht, zuvor unzugängliche körperlich fixierte Affekte in modifizierter, nämlich gedeuteter Form zu verinnerlichen. Der *Containing*-Prozess kommt durch die Umwandlung der somatischen Gegenübertragung in Sprache zu einem vorläufigen Abschluss.

Gegenübertragungsanalyse und psychoanalytische Deutungsarbeit beginnen an diesem Punkt allerdings erst. Aus psychoanalytischer Sicht liegt es nahe, die Wahrnehmungen der Heilerin als Gegenübertragungsfantasien aufzufassen, die auf einen ‚unverdauten‘ Vaterkonflikt der Klientin deuten: Die Figur Hitlers könnte als negative Vater-Imago interpretiert werden und die Toten auf dem Schlachtfeld sprechen ggf. für unterdrückte Aggressionen oder dafür, dass in der Familie etwas ‚totgeschwiegen‘ wurde. Spinnt man die Assoziationskette weiter, so wäre es theoretisch möglich, die körperlichen Symptome auf eine abgespaltene und in den Körper der Heilerin hineinprojizierte Selbstwertproblematik zurück zu beziehen: die unterschwellig wirkende Selbstzuschreibung ‚ich bin übel‘ bzw. ‚ich bin schlecht‘ äußert sich auf somatischer Ebene als chronische Darmkrankheit bzw. führt in der somatischen Gegenübertragung zu Aussagen wie „mir war so schlecht“ oder „mir wird so übel“. Wollte man diese Fährte weiter verfolgen, wäre bspw. zu fragen, warum die Heilerin die „Stimme von Hitler“ hört (Hat der Vater die Klientin

vielleicht verbal gedemütigt oder zurückgewiesen?) oder warum die Gegenübertragung eine so stark somatische Form annimmt und fast augenblicklich mit einem Körperkontakt beginnt (Gab es einen körperlichen Übergriff des Vaters bzw. einer Vaterfigur, der mit körperbezogener Selbstabwertung und verdrängten Aggressionen einherging?). Natürlich sind diese Gedankenverknüpfungen spekulativ; es fehlen Expertise und Daten, um die Stichhaltigkeit solch weitreichender Hypothesen zu prüfen. An dieser Stelle ging es uns aber auch weniger um die Triftigkeit der Überlegungen als vielmehr darum, zu zeigen, wie fruchtbar es sein kann, Heiler-Klient-Interaktionen (auch wenn diese nur kurz und retrospektiv erzählt worden sind) im Lichte eines multidimensionalen Gegenübertragungsmodells zu analysieren.

12.5. Schlussbemerkung oder: Kritik aus Sicht der Heiler

Die Körperempfindungen einer Heilerin während einer Energiebehandlung (Handauflegen) wurden mit Rekurs auf Bions *Container/contained*-Modell als somatische Gegenübertragung und ihre audio-visuellen Wahrnehmungen als korrespondierende Gegenübertragungsfantasie interpretiert. Anhand des Beispiels konnte zudem die für spirituelle Heiler charakteristische Haltung der radikalen Körper-Empathie als Katalysator und Verstärker von Übertragungsprozessen bestimmt werden: Sie scheint nicht nur intensive projektive Identifizierungen zu induzieren, sondern gleichfalls die Empfänglichkeit für diese zu erhöhen. Zwar ist vielen Heilern bewusst, dass sie Objekt von Übertragungen und Projektionen sind und sie arbeiten auch mehr oder minder absichtsvoll mit den verschiedenen Rollenzuschreibungen ihrer Klienten – in einer Heilerausbildung erklärt z. B. Heilerin C_H2, also just jene Heilerin, die mit der Übelkeit zu kämpfen hatte, ihren Schülern: „Du wirst bei jedem! Patienten anders sein. Der eine braucht ’n stärkeren, der andere braucht ’ne Mutter, der andere braucht ’n Vater, der andere braucht einen, der ’n bisschen derber ... an ihn rangeht.“ Es wird aber auch deutlich, dass Heilerin C_H2, ähnlich wie das Gros ihrer Kollegen, die körperlichen Empfindungen und audiovisuellen Wahrnehmungen, die eine Heilbehandlung oft spontan begleiten, eher nicht

als Gegenübertragung bezeichnen würde. Sie interpretiert ihr Erleben auf der Grundlage ‚übernatürlicher‘ Heilerfähigkeiten. Ändern wir zum Schluss also nochmals die Perspektive und vergegenwärtigen uns einige Aspekte des Menschen- und Weltbilds, die für viele Heiler leitend sind. Was sehen wir, wenn wir die ‚Brille‘ der Psychoanalyse wieder abnehmen und – ganz im Sinne des methodologischen Ludismus – die metaphysischen Annahmen der Heiler zeitweise als gesetzt betrachten?

Das, was im psychoanalytischen Kontext als Gegenübertragungsfantasie interpretiert wurde, bezeichnet die Heilerin selbst als Zeitreise. Dem Interview ist nicht zu entnehmen, welches Konzept sie mit dem Begriff ‚Zeitreise‘ verbindet. Deutlich wird nur, dass das Phänomen sich unwillkürlich und sehr häufig bei ihr einstellt („ich hab’ immer ’ne Zeitreise, ich bin auf einmal da“). Der entscheidende Unterschied zwischen den Konzepten Fantasie und Zeitreise scheint der unterschiedliche Grad des angenommenen Realitätsbezugs zu sein. Zwar muss Fantasie nicht zwangsläufig ein Phantasma (psychisches Produkt, das nicht auf eine äußere Realität bezogen ist) sein, sondern kann auch, um eine Unterscheidung von C. G. Jung (1960 [1921], S. 493, 500) aufzugreifen, als Imagination (bildhafter Ausdruck psychischer Aktivität) verstanden werden. Aber im Unterschied zum Konzept der Zeitreise, das einen direkten Zusammenhang mit der äußeren Realität postuliert und insofern unmittelbare Aussagekraft beansprucht, sind Imaginationen psychische Schöpfungen, deren latenter Sinn erst entschlüsselt werden muss. Wer die Fähigkeit besitzt, in der Zeit zu reisen, kann die Deutungsarbeit überspringen und einen direkt kausalen Zusammenhang zwischen geschauter Vergangenheit und gegenwärtigen Symptomen herstellen. In unserem Beispiel würde dies bedeuten, dass die chronische Darmkrankheit der Klientin auf die Verwicklung ihrer Familie mit dem Nationalsozialismus zurückzuführen ist. Dies stimmt auch mit der Ausschlussdiagnose überein, die mit der Formulierung „da is’ jede Besetzung nichts gegen“ indirekt gestellt wird: Obzwar somatoforme Störungen wie Übelkeit traditionell mit Besessenheit in Zusammenhang gebracht wurden (Martin und Rief 2011) und auch die Heilerin offenbar diese Verbindung zieht, wird deutlich, dass sie die körperlichen Symptome nicht

auf negative Kräfte, sondern auf einen familiengeschichtlichen Ursprung zurückführt.

Auch wenn in unserem Beispiel ‚Besetzung‘ als Deutungsmuster für die chronische Krankheit sowie die körperliche Reaktion der Heilerin indirekt ausgeschlossen und der Klientin eine ‚natürliche‘ Erklärung für ihre Leiden angeboten wurde, so ist doch klar geworden, dass spirituelle Heiler mit dem Einfluss transzendenter Wirkmächte rechnen. Zwar beschränken sich neuere intersubjektive Ansätze in der Psychoanalyse nicht mehr nur auf die Psyche des Analysanden und die Psyche des Analytikers, sondern anerkennen darüber hinaus ein ‚Dazwischen‘ oder ein ‚Drittes‘, das die therapeutische Situation beeinflusst. Aber dieses ‚Dazwischen‘ bzw. dieses ‚Dritte‘ meint keine transzendente Wirklichkeit, sondern bezieht sich auf ‚natürliche‘ Faktoren wie z. B. die äußere Realität des Patienten (Thomä 1999) oder die von Analysand und Analytiker ko-konstruierte Symbolwelt (Ogden 1994). Vor diesem Hintergrund kann das Besondere der therapeutischen Heiler-Klient-Beziehung bestimmt werden als der systematische Miteinbezug eines transzendenten ‚Dritten‘, wodurch jedwede binäre Logik (Heiler-Klient, Ich-Du, Subjekt-Objekt) gesprengt wird. Das transzendente Dritte spielt in der Regel sowohl bei der Interpretation von Krankheiten als Besetzung, Blockade, Disharmonie oder Illusion eine Rolle als auch bei der Erklärung von Diagnose- und Heilverfahren, die mit göttlicher Führung, dem Wirken von Engeln und Geistführern oder anderen intelligenten Energien und Entitäten in Zusammenhang gebracht werden. Dies geht oft soweit, dass ein Heiler sich als Person zurückzieht und nur noch als Medium oder Kanal für eine höhere Macht fungiert. Auch Heilerin C_H2, deren Beispiel uns begleitet hat, lehrt: „Llegt eure Hände auf und betet ... Lasst euch führen. Wenn Engel deine Hände führen, wenn Gott deine Hand führt, warum soll ich mit meinem kleinen Vogelverstand ihm sagen, wo der [Energiestrom] hingehen soll?“ In diesem Denkraum ist gerade das, was wir als radikale Körper-Empathie und zwischenleibliche Erfahrung konzeptionalisiert haben, offen für religiöse Zuschreibungen. Wo duales Denken aussetzt, wo die Grenzen zwischen Ich und Du und Körper und Geist verschmelzen

und sich intensive wechselseitige Übertragungs- und Gegenübertragungsprozesse Bahn brechen, wirkt aus Sicht der Heiler ein transzendentes Drittes, das diese transpersonalen Vorgänge vermittelt höherer Intelligenz steuert.

Rekapitulieren wir in Kürze, welche Einsichten wir durch das methodologische Spiel mit unterschiedlichen Innen- und Außenperspektiven über die psychologische Dynamik der Heiler-Klient-Beziehung gewinnen konnten. Der Versuch, Aussagen von spirituellen Heilern und ihren Klienten im Lichte des *Embodiment*-Paradigmas zu betrachten und mit Empathie-Konzepten in Verbindung zu bringen, mündete in der Entwicklung eines neuen Konzepts: Das als außergewöhnlich apostrophierte Einfühlungsvermögen spiritueller Heiler bezeichneten wir als radikale Körper-Empathie und wir beschrieben diese als eine extreme Form stellvertretender Introspektion auf der Ebene der Zwischenleiblichkeit. In einem zweiten Schritt wurde das Konzept der radikalen Körper-Empathie in ein psychoanalytisches Gegenübertragungsmodell eingebettet. Es zeigte sich, dass die radikale Körper-Empathie des Heilers eine ähnliche Funktion hat wie der von Bion (2013 [1962]) als *réverie* bezeichnete Bewusstseinszustand des Analytikers; sie versetzt Heiler in einen rezeptiven Zustand, der Ich-Grenzen aufweicht und trägt so zur Induktion und Intensivierung von Übertragungs- und Gegenübertragungsprozessen bei. Die somatische Gegenübertragung und die sie häufig begleitende Gegenübertragungsfantasie des Heilers werden dabei nicht nur dazu genutzt, um sich mit den Beschwerden des Klienten zu identifizieren, sondern sie dienen darüber hinaus als diagnostische Werkzeuge und sind Teil des Heilungsprozesses. Heiler, die mit Hilfe radikaler Körper-Empathie mit ihren Klienten verschmelzen, aktivieren unverarbeitetes präverbales psychisches Material, das in die als *container* fungierende Soma-Psyche des Heilers aufgenommen, dort transformiert und in Form symbolischer (oft religiöser) Sprache zurückgespiegelt wird. Aus der Innenperspektive der Akteure gründen sich die multisensorischen Wahrnehmungen, die wir aus psychoanalytischer Sicht mit dem Begriff der Gegenübertragung gefasst haben, jedoch auf den ‚übernatürlichen‘ Fähigkeiten der Heiler (Zeitreisen,

Hellsinnigkeit, etc.). Aus emischer Sicht müsste das Modell zudem um ein transzendentes Drittes (intelligente Energie, Engel, Gott, etc.) ergänzt werden, das als die eigentliche Einflussgröße im Heilungsvorgang angesehen wird.

Literatur

- Belzen, Jacob A. van (2010), „Desiderata and Possibilities for the Psychological Study of Religion: How to Enlarge the Place of Freudian Thought in Religious Studies“. In: *Disciplining Freud on Religion: Perspectives from the Humanities and Social Sciences*. Hrsg. von Gregory Kaplan und William B. Parsons. Lanham, MD und Plymouth: Lexington, S. 3–58 (zit. S. 340).
- Bernhardt, Boris C. und Tania Singer (2012), „The Neural Basis of Empathy“. In: *Annual Review of Neuroscience* 35, S. 1–23. DOI: [10.1146/annurev-neuro-062111-150536](https://doi.org/10.1146/annurev-neuro-062111-150536) (zit. S. 352).
- Bernstein, Jeanne Wolff (1999), „Countertransference: Our New Royal Road to the Unconscious?“. In: *Psychoanalytic Dialogues* 9.3, S. 275–299. DOI: [10.1080/10481889909539321](https://doi.org/10.1080/10481889909539321) (zit. S. 360).
- Bettighofer, Siegfried (2000), *Übertragung und Gegenübertragung im therapeutischen Prozess*. 2. Aufl. Stuttgart: Kohlhammer (zit. S. 363).
- Biernacki, Patrick und Dan Waldorf (1981), „Snowball Sampling: Problems and Techniques of Chain Referral Sampling“. In: *Sociological Methods Research* 10.3, S. 141–163. DOI: [10.1177/004912418101000205](https://doi.org/10.1177/004912418101000205) (zit. S. 347).
- Bion, Wilfred R. (2013 [1962]), „The Psycho-Analytic Study of Thinking“. In: *The Psychoanalytic Quarterly* 82.2, S. 301–310. DOI: [10.1002/j.2167-4086.2013.00030.x](https://doi.org/10.1002/j.2167-4086.2013.00030.x). Zuerst publiziert unter dem Titel „A Theory of Thinking“ in: *International Journal of Psychoanalysis*, 43 (1962), S. 306–310 (zit. S. 340, 360, 364, 365, 370).
- Bollas, Christopher (2011), *The Christopher Bollas Reader*. London und New York: Routledge (zit. S. 364).
- Butzer, Ralph J. (1997), *Heinz Kohut zur Einführung*. Hamburg: Junius (zit. S. 350).

- Csordas, Thomas J. (1990), „Embodiment as a Paradigm for Anthropology“. In: *Ethos* 18, S. 5–47. JSTOR: [640395](#) (zit. S. 349).
- (1993), „Somatic Modes of Attention“. In: *Cultural Anthropology* 8.2, S. 135–156. DOI: [10.1525/can.1993.8.2.02a00010](#) (zit. S. 353, 354).
 - (1994), *The Sacred Self: A Cultural Phenomenology of Charismatic Healing*. Berkeley, CA: University of California Press (zit. S. 349).
 - (2008), „Intersubjectivity and Intercorporeality“. In: *Subjectivity* 22, S. 110–121. DOI: [10.1057/sub.2008.5](#) (zit. S. 353).
- Dornes, Martin (2004 [1993]), *Der kompetente Säugling: Die präverbale Entwicklung des Menschen*. 11. Aufl. Frankfurt am Main: Fischer (zit. S. 346).
- Downing, George (1996), *Körper und Wort in der Psychotherapie*. München: Kösel (zit. S. 346).
- Droogers, André (2006), „The Third Bank of the River: Play, Methodological Ludism, and the Definition of Religion“. In: *Playful Religion: Challenges for the Study of Religion*. Delft: Eburon, S. 75–96 (zit. S. 344).
- Ernsberger, Claire (1979), „The Concept of Countertransference as Therapeutic Instrument: Its Early History“. In: *Modern Psychoanalysis* 4.2, S. 141–164 (zit. S. 360).
- Freud, Sigmund (1987 [1900]), „Die Traumdeutung“. In: *Gesammelte Werke: Chronologisch geordnet*. 7. Aufl. Bd. 2 und 3: Die Traumdeutung; Über den Traum. Frankfurt am Main: Fischer, S. 1–644 (zit. S. 342).
- (1990 [1910]a), „Die zukünftigen Chancen der psychoanalytischen Therapie“. In: *Gesammelte Werke: Chronologisch geordnet*. 8. Aufl. Bd. 8: Werke aus den Jahren 1909–1913. Frankfurt am Main: Fischer, S. 103–116 (zit. S. 359).
 - (1990 [1910]b), „Über Psychoanalyse“. In: *Gesammelte Werke: Chronologisch geordnet*. 8. Aufl. Bd. 8: Werke aus den Jahren 1909–1913. Frankfurt am Main: Fischer, S. 1–60 (zit. S. 358).
 - (1990 [1912]), „Zur Dynamik der Übertragung“. In: *Gesammelte Werke: Chronologisch geordnet*. 8. Aufl. Bd. 8: Werke aus den Jahren 1909–1913. Frankfurt am Main: Fischer, S. 364–374 (zit. S. 359).

- (1990 [1913]), „Zur Einleitung der Behandlung“. In: *Gesammelte Werke: Chronologisch geordnet*. 8. Aufl. Bd. 8: Werke aus den Jahren 1909–1913. Frankfurt am Main: Fischer, S. 453–478 (zit. S. 350).
 - (1991 [1905]), „Bruchstück einer Hysterie-Analyse“. In: *Gesammelte Werke: Chronologisch geordnet*. 7. Aufl. Bd. 5: Werke aus den Jahren 1904–1905. Frankfurt am Main: Fischer, S. 161–286 (zit. S. 359).
 - (1991 [1921]), „Massenpsychologie und Ich-Analyse“. In: *Gesammelte Werke: Chronologisch geordnet*. 7. Aufl. Bd. 14: Werke aus den Jahren 1920–1924. Frankfurt am Main: Fischer, S. 73–164 (zit. S. 350).
- Freud, Sigmund und Josef Breuer (1970), *Studien über Hysterie*. Frankfurt am Main und Hamburg: Fischer (zit. S. 346).
- Frick, Eckhard (2013), „Spiritual Care“. In: *Funktionelle Entspannung*, S. 97–103 (zit. S. 354).
- Furman, Andrew C. und Steven T. Levy (2003), *Influential Papers from the 1950s*. London: Karnac (zit. S. 359).
- Gabbard, Glen O. (2001), „A Contemporary Psychoanalytic Model of Countertransference“. In: *Journal of Clinical Psychology* 57.8, S. 983–991. DOI: [10.1002/jclp.1065](https://doi.org/10.1002/jclp.1065) (zit. S. 363).
- Geddes, Michael J. und Anne K. Pajic (1990), „A Multidimensional Typology of Countertransference Responses“. In: *Clinical Social Work Journal* 18.3, S. 257–272 (zit. S. 360).
- Gleig, Ann (2014), „Psychospiritual“. In: *Encyclopedia of Psychology and Religion*. Hrsg. von David A. Leeming, Kathryn Madden und Stanton Marlan. 2. Aufl. New York: Springer, S. 1437–1439. DOI: [10.1007/978-0-387-71802-6_544](https://doi.org/10.1007/978-0-387-71802-6_544) (zit. S. 341).
- Goldmann, Stefan (2003), *Via regia zum Unbewußten: Freud und die Traumforschung im 19. Jahrhundert*. Gießen: Psychosozial (zit. S. 360).
- Hanegraaff, Wouter J. (1996), *New Age Religion and Western Culture: Esotericism in the Mirror of Secular Thought*. Studies in the History of Religions 72. Leiden [et al.]: Brill (zit. S. 341).
- Heimann, Paula (1950), „On Counter-Transference“. In: *The International Journal of Psychoanalysis* 31, S. 81–84 (zit. S. 359, 364).

- Heine, Susanne (2009), „Religionspsychologie: Zum Profil einer jungen Disziplin“. In: *Aspekte der Religionswissenschaft*. Hrsg. von Richard Faber und Susanne Lanwerd. Würzburg: Königshausen & Neumann, S. 141–158 (zit. S. 342).
- Heinrich, Klaus (1993), *Arbeiten mit Ödipus: Begriff der Verdrängung in der Religionswissenschaft*. Dahlemer Vorlesungen 3. Basel [et al.]: Stroemfeld (zit. S. 345).
- Heisterkamp, Günter (1993), *Heilsame Berührungen: Praxis leibfundierter analytischer Psychotherapie*. München: Pfeiffer (zit. S. 346).
- Hess-Liebers, Waltraud (1999), „Erfahrungen mit Körper-Empathie: Ein Bericht aus der psychoanalytischen Praxis“. In: *Forum der Psychoanalyse* 15, S. 312–326. DOI: [10.1007/s004510050050](https://doi.org/10.1007/s004510050050) (zit. S. 357).
- Hsieh, Hsiu-Fang und Sarah E. Shannon (2005), „Three Approaches to Qualitative Content Analysis“. In: *Qualitative Health Research* 15.9, S. 1277–1288. DOI: [10.1177/1049732305276687](https://doi.org/10.1177/1049732305276687) (zit. S. 349).
- Jeserich, Florian (2013), „Die Beiträge dieses Bandes im Kontext von Edmund HermSENS Leben und Werk“. In: *Ägypten – Kindheit – Tod: Gedenkschrift für Edmund HermSEN*. Hrsg. von Florian Jeserich. Wien [et al.]: Böhlau, S. 7–22 (zit. S. 345).
- Jung, Carl Gustav (1960 [1921]), *Psychologische Typen*. Zürich: Rascher (zit. S. 368).
- Klinkhammer, Gritt (2012), „Zur Performativität religionswissenschaftlicher Forschung“. In: *Religionswissenschaft*. Berlin und Boston: De Gruyter, S. 141–153 (zit. S. 345).
- Knibbe, Kim und André Droogers (2011), „Methodological Ludism and the Academic Study of Religion“. In: *Method & Theory in the Study of Religion* 23.3–4, S. 283–303. DOI: [10.1163/157006811X608395](https://doi.org/10.1163/157006811X608395) (zit. S. 344).
- Knoblauch, Hubert (1999), *Religionssoziologie*. Berlin [et al.]: De Gruyter (zit. S. 344).
- Koch, Anne und Bernd U. Schipper (2008), „Echnatons ‚Monotheismus‘: Rezeptionen Amarnas in den Wissenschaften“. In: *Amarna: Lebensräume – Lebensbilder – Weltbilder*. Potsdam: Arcus, S. 296–305 (zit. S. 345).

- Kohut, Heinz (1959), „Introspection, Empathy, and Psychoanalysis: An Examination of the Relationship between Mode of Observation and Theory“. In: *Journal of the American Psychoanalytic Association* 7.3, S. 459–483. DOI: [10.1177/000306515900700304](#) (zit. S. 350).
- (1981), *Die Heilung des Selbst*. Frankfurt am Main: Suhrkamp (zit. S. 352).
 - (1987), *Wie heilt die Psychoanalyse?* Frankfurt am Main: Suhrkamp (zit. S. 350, 351).
 - (1992), *Narzißmus: Eine Theorie der psychoanalytischen Behandlung narzißstischer Persönlichkeitsstörungen*. 8. Aufl. Frankfurt am Main: Suhrkamp (zit. S. 352).
- Körner, Jürgen (1998), „Einfühlung: Über Empathie“. In: *Forum der Psychoanalyse* 14.1, S. 1–17. DOI: [10.1007/s004510050001](#) (zit. S. 350).
- Koss-Chioino, Joan D. (2006), „Spiritual Transformation, Relation and Radical Empathy: Core Components of the Ritual Healing Process“. In: *Transcultural Psychiatry* 43.4, S. 652–670. DOI: [10.1177/1363461506070789](#) (zit. S. 352).
- Langs, Robert, Hrsg. (2004), *Classics in Psychoanalytic Technique*. Oxford: Rowman & Littlefield (zit. S. 359).
- Lanwerd, Susanne (2006), „„Die Zukunft einer Illusion‘: Anmerkungen zu Sigmund Freuds Religionskritik“. In: *Atheismus: Ideologie, Philosophie oder Mentalität?* Hrsg. von Richard Faber und Susanne Lanwerd. Würzburg: Königshausen & Neumann, S. 91–104 (zit. S. 346).
- Laplanche, Jean und Jean-Bertrand Pontalis (1973), *Das Vokabular der Psychoanalyse*. Frankfurt am Main: Suhrkamp (zit. S. 359).
- Maaz, Hans-Joachim und Arnim H. Krüger, Hrsg. (2001), *Integration des Körpers in die analytische Psychotherapie: Materialien zur analytischen Körperpsychotherapie*. Sammlung von Beiträgen zur analytischen Psychotherapie und Tiefenpsychologie 5. Lengerich [et al.]: Pabst (zit. S. 346).
- Martin, Alexandra und Winfried Rief (2011), „Somatoforme Störungen“. In: *Klinische Psychologie und Psychotherapie*. Hrsg. von Hans-Ulrich Wittchen und Jürgen Hoyer. Heidelberg: Springer, S. 1021–1038 (zit. S. 368).

- Mathew, Marilyn (2005), „Reverie: Between Thought and Prayer“. In: *Journal of Analytical Psychology* 50.3, S. 383–393. DOI: [10.1111/j.0021-8774.2005.00539.x](#) (zit. S. 365).
- Mitrani, Judith L. (2001), „Taking the Transference: Some Technical Implications in Three Papers by Bion“. In: *The International Journal of Psychoanalysis* 82.6, S. 1085–1104. DOI: [10.1516/JECN-FBNV-TUUE-NUHX](#) (zit. S. 364).
- Mohn, Jürgen (2010), „Wissenschaft der Mythologien – Mythologien der Wissenschaft: Mythos, Religion und das Unbewusste im Spiegel der Wissenschaftsverständnisse der Psychoanalyse (S. Freud, C. G. Jung) und des Strukturalismus (C. Lévi-Strauss)“. In: *Die Wissenschaft des Unbewussten*. Hrsg. von Kathy Zarnegin. Würzburg: Königshausen & Neumann, S. 189–212 (zit. S. 345).
- Moser, Tilmann (2001), *Berührung auf der Couch: Formen der analytischen Körperpsychotherapie*. Frankfurt am Main: Suhrkamp (zit. S. 346).
- Ogden, Thomas H. (1994), „The Analytic Third: Working with Intersubjective Clinical Facts“. In: *International Journal of Psychoanalysis* 75.1, S. 3–20 (zit. S. 369).
- Orr, Douglass W. (1954), „Transference and Countertransference: A Historical Survey“. In: *Journal of the American Psychoanalytic Association* 2.4, S. 621–670. DOI: [10.1177/000306515400200405](#) (zit. S. 360).
- Pallaro, Patrizia (2007), „Somatic Countertransference: The Therapist in Relationship“. In: *Authentic Movement: Moving The Body, Moving the Self, Being Moved*. Hrsg. von Patrizia Pallaro. Bd. 2. London: Kingsley, S. 176–193 (zit. S. 361).
- Pelled, Esther (2007), „Learning from Experience: Bion’s Concept of Reverie and Buddhist Meditation. A Comparative Study“. In: *The International Journal of Psychoanalysis* 88.6, S. 1507–1526. DOI: [10.1111/j.1745-8315.2007.tb00757.x](#) (zit. S. 365).
- Pigman, George W. (1995), „Freud and the History of Empathy“. In: *International Journal of Psychoanalysis* 76.2, S. 237–256 (zit. S. 350).
- Racker, Heinrich (1959), *Übertragung und Gegenübertragung: Studien zur psychoanalytischen Technik*. München: Reinhardt (zit. S. 360).

- Rudolph, Kurt (1992), *Geschichte und Probleme der Religionswissenschaft*. Leiden [et al.]: Brill (zit. S. 345).
- Russon, John (2004), „The Bodily Unconscious in Freud’s ‘Three Essays’“. In: *Rereading Freud: Psychoanalysis Through Philosophy*. Hrsg. von Jon Mills. Albany, NY: State University of New York Press, S. 35–50 (zit. S. 364).
- Scharff, David E. und Jill S. Scharff (1998), „The Geography of Transference and Countertransference“. In: *Object Relations Individual Therapy*. Oxford: Rowman & Littlefield, S. 241–281 (zit. S. 360, 361).
- Schlesier, Renate (1990), *Mythos und Weiblichkeit bei Sigmund Freud: Zum Problem von Entmythologisierung und Remythologisierung in der psychoanalytischen Theorie*. Frankfurt am Main: Hain (zit. S. 345).
- Shaughnessy, Peter (1995), „Empathy and the Working Alliance: The Mistranslation of Freud’s Einfühlung“. In: *Psychoanalytic Psychology* 12.2, S. 221–231. DOI: [10.1037/h0079632](https://doi.org/10.1037/h0079632) (zit. S. 350).
- Singer, Tania und Claus Lamm (2009), „The Social Neuroscience of Empathy“. In: *Annals of the New York Academy of Sciences* 1156, S. 81–96. DOI: [10.1111/j.1749-6632.2009.04418.x](https://doi.org/10.1111/j.1749-6632.2009.04418.x) (zit. S. 352).
- Smart, Ninian (1973), *The Science of Religion and the Sociology of Knowledge: Some Methodological Questions*. Princeton, NJ: Princeton University Press (zit. S. 344).
- Stausberg, Michael, Hrsg. (2012), *Religionswissenschaft*. Berlin und Boston: De Gruyter (zit. S. 345).
- Stirn, Aglaja (2002), „Gegenübertragung: Vom veränderten Umgang mit einem zentralen Begriff“. In: *Psychotherapeut* 47, S. 48–58 (zit. S. 360, 361).
- Teut, Michael u. a. (2014), „Perceived Outcomes of Spiritual Healing and Explanations: A Qualitative Study on the Perspectives of German Healers and Their Clients“. In: *BMC Complementary and Alternative Medicine* 14.1, S. 240–250. DOI: [10.1186/1472-6882-14-240](https://doi.org/10.1186/1472-6882-14-240) (zit. S. 351).
- Thomä, Helmut (1999), „Zur Theorie und Praxis von Übertragung und Gegenübertragung im psychoanalytischen Pluralismus“. In: *Psyche* 53.9–10, S. 820–872 (zit. S. 369).

- Torres, Nuno (2013), „Gregariousness and the Mind: Bion and Trotter, an Update“. In: *Bion's Sources: The Shaping of His Paradigms*. Hrsg. von Nuno Torres und Robert D. Hinshelwood. New York: Routledge, S. 5–19 (zit. S. 365).
- Volz-Boers, Ursula (2007), „Psychoanalyse mit Leib und Seele: Körperliche Gegenübertragung als Zugang zu nicht symbolisierter Erfahrung und neuer Repräsentanzenbildung“. In: *Psychoanalyse der Lebensbewegungen: Zum körperlichen Geschehen in der psychoanalytischen Therapie. Ein Lehrbuch*. Wien und New York: Springer, S. 39–58 (zit. S. 361).
- Vulcan, Maya (2013), „Crossing the Somatic-Semiotic Divide: The Troubled Question of Dance/Movement Therapists' (DMTs) Professional Identity“. In: *The Arts in Psychotherapy* 40.1, S. 6–19. DOI: [10.1016/j.aip.2012.09.001](https://doi.org/10.1016/j.aip.2012.09.001) (zit. S. 346).
- Winnicott, Donald W. (1945), „Primitive Emotional Development“. In: *The International Journal of Psychoanalysis* 26.3–4, S. 137–143 (zit. S. 360).
- Yong, Amos (2012), „Observation-Participation-Subjunctivation: Methodological Play and Meaning-Making in the Study of Religion and Theology“. In: *Religious Studies and Theology* 31.1, S. 17–40 (zit. S. 344).
- Zinser, Hartmut (2000), „Probleme und Grenzen der Anwendung psychoanalytischer Begriffe in der Religionswissenschaft“. In: *Paideuma* 46, S. 189–206. JSTOR: [40341789](https://www.jstor.org/stable/40341789) (zit. S. 343).

A black and white photograph of a person in a crouching pose, silhouetted against a bright background with large windows. The person is positioned on the left side of the frame, with their back to the camera and head tilted back. The floor is made of light-colored wooden planks. The background features large, multi-paned windows that let in bright light, creating a high-contrast scene. The text "Autorinnen und Autoren" is overlaid in the center of the image.

Autorinnen und Autoren

Dr. phil. **Florian Besch** ist Ethnologe und Indologe mit Schwerpunkt Medizinethnologie. Er promovierte an der Universität Heidelberg über die Professionalisierung tibetischer Ärzte im nordwestlichen indischen Himalaya („Tibetan Medicine Off the Roads: Modernizing the Work of the Amchi in Spiti“). Seine Forschungsschwerpunkte sind die gegenwärtige Praxis asiatischer Medizinsysteme und der Alternativmedizin (CAM) im Westen. Derzeit arbeitet er als selbständiger Dozent u. a. mit Lehraufträgen am Südasien Institut der Universität Heidelberg und als Forscher im Rahmen einer Studie über geistiges Heilen in Deutschland an der Charité – Universitätsmedizin Berlin.

Alexandra von Garmissen, M.A. Religionswissenschaft, ist Lehrkraft für besondere Aufgaben am Institut für Soziologie an der Universität Hannover. Arbeitsschwerpunkte: Körper- und religionssoziologische Fragestellungen, Vermittlung von qualitativen Forschungsmethoden (Ethnographische Methoden, Grounded Theory) insbesondere im Rahmen von Forschungslernmodulen z. B. zu: Körper als Medium religiöser Kommunikation, gesellschaftliche Akzeptanz und institutionelle Etablierung alternativer Heilmethoden.

E-Mail: [a.vongarmissen\(at\)ish.uni-hannover.de](mailto:a.vongarmissen(at)ish.uni-hannover.de)

Dr. phil. **Christine Holmberg**, M. P. H., hat Ethnologie, Europäische Ethnologie und Religionswissenschaft in Tübingen und Berlin studiert und in Europäische Ethnologie promoviert. Als Postdoc war sie von 2002 bis 2006 am National Cancer Institute in den USA. In dieser Zeit hat sie ebenfalls ein Public Health Studium mit Schwerpunkt Epidemiologie abgeschlossen. Dr. Holmberg arbeitet seit 2010 als leitende wissenschaftliche Mitarbeiterin an der Charité – Universitätsmedizin Berlin. Ihre Forschungsschwerpunkte liegen an der Schnittstelle von Medizin und Anthropologie. Dabei ist ihr Anliegen die Analyse des Einflusses neuer Technologien auf Krankheitserfahrungen mit besonderem Fokus auf Therapieentscheidungen und Risikokommunikation.

Florian Jeserich, M.A., hat Religionswissenschaft und Ethnologie in Heidelberg und kulturwissenschaftliche Fächer an der University of Hawai'i at Mānoa studiert. Von 2008 bis 2011 war er als wissenschaftlicher Mitarbeiter im Bereich „Anthropologie und Ethik“ am Institut für Medizinmanagement und Gesundheitswissenschaften tätig. Von 2011 bis 2012 war Jeserich Gastwissenschaftler an der Charité-Universitätsmedizin Berlin im Projekt „Heiler und ihre Klienten“. In seinem vom Cusanuswerk geförderten Promotionsprojekt „Rigides Konhärenzgefühl und Religion“ arbeitet er an der Schnittstelle zwischen Religions- und Gesundheitspsychologie. Seit 2014 ist er in der katholischen Akademie „Die Wolfsburg“ (Mülheim an der Ruhr) als Medizinethiker im Projekt „Christliches Profil katholischer Krankenhäuser“ tätig.

Dr. phil. **Gritt Klinkhammer** ist seit 2004 Professorin für Religionswissenschaft an der Universität Bremen. Ihre Forschungsschwerpunkte liegen im Bereich Islam in Europa, religionssoziologischer Fragestellungen wie auch von empirischer Religionsforschung. Ihre derzeitigen Forschungen befassen sich mit dem Feld post-säkularer Religion und Heilung, mikro- und mesosozialer Entwicklungen im Spannungsfeld von religiöser Pluralität und Identität, mit Dialog zwischen Muslimen und Christen und mit neo-islamischen Strömungen um Salafismus und Pop-Islam.

Dr. phil. **Robert Langer** ist Islamwissenschaftler und Ethnologe. Er studierte in Heidelberg, Damaskus, Ankara und Istanbul und promovierte im Rahmen einer Emmy-Noether-Forschergruppe am Institut für Religionswissenschaft der Universität Heidelberg über Schrein- und Wallfahrtswesen zeitgenössischer Zarathustrier in Iran. Derzeit führt er eine Nachwuchsforschergruppe an der Universität Bayreuth im Bereich „Islamische Gegenwartskulturen“ und leitet an der Universität Heidelberg ein Projekt zu alevitischem Kulturerbe. Zuvor arbeitete er im Sonderforschungsbereich „Ritualdynamik“ zu Ritualen marginalisierter Gruppen, u. a. der Aleviten und Jesiden. Er ist Lehrbeauftragter für „Geschichte des Alevitentums“ an der PH Weingarten, Vorstandsmitglied des „Heidelberger Centrums für Euro-Asiatische Studien“ sowie Mitglied des „Heidelberg Centre for Cultural Heritage“.

Antony George Pattathu ist Religionswissenschaftler und Ethnologe und arbeitet seit 2013 als wissenschaftlicher Mitarbeiter am Institut für Religionswissenschaft der Universität Heidelberg, wo er zum Thema der Mediatisierung von Bestattungskultur am Beispiel des Spielfilms promoviert. Er studierte Klassische Indologie, Ethnologie und Religionswissenschaft in Heidelberg und Berkeley und war von 2010 bis 2013 als wissenschaftlicher Mitarbeiter im Sonderforschungsbereich Ritualdynamik tätig. 2011 und 2012 war er Gastwissenschaftler am „Department of Anthropology“ an der Universität Berkeley. Seine Forschungsschwerpunkte sind Performanz- und Ritualtheorie, Spielfilm und Religion, Gegenwartsreligiosität, Ayurveda und Medizinethnologie.

Dr.phil. **Ulrike Popp-Baier**, seit 1993 Associate Professor für Religionspsychologie, Universität von Amsterdam, Fakultät der Geisteswissenschaften, Abteilung Kunst-, Religions- und Kulturwissenschaften. Arbeitsschwerpunkte: Religionspsychologie, narrativ-biografische Religionsforschung, Methodologie der sozialwissenschaftlichen Religionsforschung.

Oude Turfmarkt 147, 1012 GC-Amsterdam, Niederlande. E-Mail: [U.L.Popp-Baier\(at\)uva.nl](mailto:U.L.Popp-Baier@uva.nl)

Martin Radermacher, ist seit 2014 wissenschaftlicher Mitarbeiter am Centrum für religionswissenschaftliche Studien (CERES) an der Universität Bochum. Zuvor war er wissenschaftliche Hilfskraft am Seminar für Allgemeine Religionswissenschaft der Westfälischen Wilhelms-Universität Münster. Nach einem Studium der Kultur- und Sozialanthropologie sowie der Allgemeinen Religionswissenschaft (B.A.) begann er im Oktober 2010 eine Fast-Track-Promotion über evangelikale Sport- und Fitnessprogramme in den USA; die Dissertation wurde im Juli 2014 von der Philosophischen Fakultät der WWU Münster angenommen. Forschungsschwerpunkte: nordamerikanischer Evangelikalismus, Gegenwartsreligion und Spiritualität im deutschsprachigen Raum, Theorien und Methoden der Religionsforschung.

Siehe auch <https://www.uni-muenster.de/forschungaz/person/9604>.

Dr.phil. **Katja Rakow** ist Religionswissenschaftlerin und leitet derzeit eine Nachwuchsforschungsgruppe zum Thema „Transcultural Dynamics of Pen-

tecostalism in Singapore and Beyond“ am Exzellenzcluster „Asia and Europe in a Global Context“ an der Universität Heidelberg. Sie studierte Religionswissenschaft, Ethnologie und Soziologie an der Freien Universität Berlin. Im Jahr 2010 erfolgte die Promotion im Fach Religionswissenschaft an der Universität Heidelberg mit einer Arbeit zu den Transformationen des tibetischen Buddhismus im 20. Jahrhundert in transkultureller Perspektive. In einem Postdoc-Projekt beschäftigte sie sich mit der religionshistorischen und religionsökonomischen Dimension sowie der materialen Kultur evangelikal-charismatischer Megachurches und Fernsehpastoren in den USA am Beispiel des Fernsehpredigers Joel Osteen und seiner Lakewood Church in Houston, Texas. Neben den genannten Themen sind weitere Arbeitsschwerpunkte Religion und Populärkultur sowie poststrukturalistische Ansätze in der religionswissenschaftlichen Forschung und Theoriebildung.

Nasima Selim, M.A., is a doctoral student at the Institute of Social and Cultural Anthropology (Institut für Ethnologie) of Freie Universität Berlin since 2012. Her PhD project is a practice-centred ethnography of Sufi healing in Berlin, supervised by Prof. Dr. Hansjörg Dilger and supported by the DAAD. Nasima is a member of the working groups of Medical Anthropology and Anthropology of Religion at the Institute.

E-mail: [nasimaselim\(at\)zedat.fu-berlin.de](mailto:nasimaselim(at)zedat.fu-berlin.de) or [nasimaselim\(at\)yahoo.com](mailto:nasimaselim(at)yahoo.com)

Dr. phil. **Sebastian Schüler** studierte Religionswissenschaft und Kulturanthropologie an der Johann Wolfgang Goethe-Universität Frankfurt. Er war von 2006 bis 2009 wissenschaftlicher Mitarbeiter am Seminar für Allgemeine Religionswissenschaft an der Universität Münster. 2010 erfolgte die Promotion in Religionswissenschaft in Münster zu dem Thema „Religion, Kognition, Evolution: Eine religionswissenschaftliche Auseinandersetzung mit der Cognitive Science of Religion“, die 2011 mit dem Dissertationspreis der Deutschen Vereinigung für Religionswissenschaft (DVRW) ausgezeichnet wurde. Von 2009 bis 2011 war er wissenschaftlicher Mitarbeiter am Exzellenzcluster „Religion und Politik“ an der Universität Münster mit einem Projekt zu gegenwärti-

gen Transformationen im Evangelikalismus (Emerging Church). Von 2012 bis 2013 folgte er dem Ruf als Juniorprofessor für empirische Religionswissenschaft an die Universität Greifswald. Seit Oktober 2013 ist er Juniorprofessor für Religionswissenschaft an der Universität Leipzig.

Dr. med. **Barbara Stöckigt** ist Ärztin mit mehrjähriger ärztlicher Tätigkeit in der Psychiatrie. Sie promovierte im Bereich transkultureller Psychiatrie an der Medizinischen Hochschule Hannover. Diesbezügliche Feldforschung führte sie in Ostafrika durch. Derzeit arbeitet sie als wissenschaftliche Mitarbeiterin am Institut für Sozialmedizin, Epidemiologie und Gesundheitsökonomie, Forschungsbereich Komplementärmedizin, an der Charité – Universitätsmedizin Berlin. Ihr Forschungsinteressen liegen in den Bereichen transkulturelle Psychiatrie, Bewusstseinsforschung, spirituelle Heilmethoden und Komplementärmedizin

Dr. med. **Michael Teut** ist Facharzt für Allgemeinmedizin. Er arbeitet als Wissenschaftler und Arzt im Institut für Sozialmedizin, Epidemiologie und Gesundheitsökonomie der Charité Universitätsmedizin Berlin und forscht qualitative und quantitativ zur Komplementärmedizin. Er leitet die Hochschulambulanz für Naturheilkunde der Charité in Berlin Mitte.

Webseite: <http://www.michael-teut.de/>

Eva Tolksdorf, Dipl. Rel.-Wiss., studierte Religionswissenschaft in Bremen und war von 2009 bis 2014 wissenschaftliche Mitarbeiterin am Institut für Religionswissenschaft und Religionspädagogik an der Universität Bremen. Als Doktorandin arbeitet sie an ihrer religionswissenschaftlichen qualitativ-empirischen Dissertation zu Normierung/Normalisierung und Authentizitätskonstruktionen in der (neo-)pfingstlich-charismatischen Bewegung und untersucht mittels Feldforschung und 45 Interviews drei bundesweit und international bedeutsame (Groß-)Gemeinden in Hessen und Baden-Württemberg hinsichtlich der rezenten Bedeutung von körperlich-expressiven Manifestationspraktiken insbesondere in (Heilungs- und Segnungs-)Gottesdiensten. Speziell für diesen Sammelband erforschte sie zusätzlich explorativ individuelle Heilungsgebetsangebote in Hanau, Stuttgart und Bremen. Insgesamt arbeitet

sie mit poststrukturalistischen, de- und sozialkonstruktivistischen Ansätzen für die religionswissenschaftliche Forschung und Theoriebildung.

Der vorliegende Sammelband bietet mit seiner Frage nach einer „Somatisierung des Religiösen“ eine fokussierte Auswahl von insbesondere religionswissenschaftlichen sowie psychologischen, (medizin-) ethnologischen und soziologischen (qualitativ-)empirischen Studien zu rezenten Heilungs- und Therapieangeboten aus dem deutschen, niederländischen und US-amerikanischen Raum. Vom 23. bis 25. Oktober 2013 fand in Hannover im Schloss Herrenhausen das von der Volkswagenstiftung geförderte Symposium *Somatisierung des Religiösen: Religionswissenschaftliche und -soziologische Perspektiven auf den rezenten religiösen Heilungs- und Therapiemarkt* statt, das den Ausgangspunkt für dieses Buchprojekt bildete. Hierbei wurden insbesondere ‚westliche‘ Heilungsangebote aus dem charismatisch-evangelikalen, sufischen und esoterischen Spektrum vergleichend in den Blick genommen. Das Symposium hatte zum Ziel, das Embodiment-Paradigma aus religionswissenschaftlicher Perspektive methodologisch kritisch zu diskutieren und gegenwärtig laufende wie auch zukünftige empirische Forschungsprojekte anzuregen, die auf eine innovative Weise die Verwobenheit von Körperlichkeit und Religion in ‚westlichen‘ religiösen Heilungs- und Therapiekontexten sowie Etablierungsbestrebungen in öffentlichen gesellschaftlichen (Gesundheits-)Bereichen thematisieren. Die gegenwärtige Koexistenz von religiösen und säkularen Diskursen ist hierbei als spezifische ‚post-säkulare‘ Verwobenheit neu in den Blick zu nehmen. Dieser Band dokumentiert eine Auswahl der Vorträge, die zu ausführlichen Beiträgen erweitert wurden.