

RELIGIONSWISSENSCHAFT**Gesund oder krank? Eine vergleichende Untersuchung religiöser Visionen an PsychiatriepatientInnen und Gesunden**Tanja Scagnetti-Feurer¹¹ Praxis für Shiatsu, Psychosynthese & Biosynthese, Zürich**Kontakt**

Dr. phil. Tanja Scagnetti-Feurer
Praxis für Shiatsu, Psychosynthese & Biosynthese
Trittligasse 2
8001 Zürich

Tel.: +41 78 606 96 98

E-Mail: contact@transformations.ch**Zusammenfassung**

Menschen mit religiösen Visionen werden im psychiatrisch-psychologischen Umfeld oft vorschnell pathologisiert und visionäre Erfahrungen als optische Halluzination in einen klinischen Kontext gestellt. Eine solche einseitige Betrachtungsweise wird dem Phänomen der Vision jedoch nicht gerecht. Die vorliegende empirische Studie beschäftigt sich auf der Basis der visionären Erfahrungen selbst, sowie dem lebensgeschichtlichen und religiösen Hintergrund mit Unterscheidungskriterien von Menschen mit Visionen, die psychiatrisch erkrankt und solchen, die psychisch gesund sind.

Anhand eines teilstrukturierten Interviews, das Fragen zu den visionären Erfahrungen, dem lebensgeschichtlichen Hintergrund, zur Religiosität und zu den Folgen der Vision umfasst, und eines Fragebogens zur Religiosität wurden zwei Vergleichsgruppen mit positiv empfundenen religiösen Visionen untersucht: PsychiatriepatientInnen (Gruppe 1) und psychisch gesunde Personen (Gruppe 2). Die Ergebnisse zeigen, dass einige Gemeinsamkeiten und zahlreiche Unterschiede zwischen den beiden Vergleichsgruppen bestehen, die sich sowohl auf die visionäre Erfahrung selbst als auch auf den biografischen Hintergrund, den religiös-spirituellen Werdegang und die Auswirkungen der Visionen im Leben der Betroffenen beziehen. Anhand von zwei Schlüsselkonzepten – psychische Inflation bei Gruppe 1, Vorhandensein eines Interpretationsrahmens für Gruppe 2 – werden die Gemeinsamkeiten und Unterschiede in einen größeren Zusammenhang gestellt. Da die inhaltlich breitgefächerte Untersuchung aufgrund der kleinen Stichprobe keine Generalisierung der Ergebnisse zulässt, wäre weitere empirische Forschung zu diesem Thema aufschlussreich.

Schlüsselwörter: Vision, spirituelle Erfahrung, Religiosität, Spiritualität, spirituelle Krise, Halluzination, Psychopathologie, Psychose, Wahn, Megalomanie, psychische Inflation, Interpretationsrahmen, Bezugssystem, Gesundheit

Healthy or ill? A comparative study of religious visions with psychiatric in-patients and mentally healthy persons

Abstract

In the psychiatric-psychological context, people with religious visions are, often prematurely, diagnosed as pathologic; and visionary experiences are taken into a clinical context by being labelled optical hallucinations. However, such a one-sided approach does not do justice to the phenomenon of the vision. On the basis of the visionary experiences themselves and by taking into consideration biographical and religious background, the present empirical study looks at the criteria of differentiation of people with visions that are mentally ill and ones that are mentally healthy.

By means of a partially structured interview, which comprised questions about the visionary experiences, biographical background, religiousness and the aftermath of the visions, and by further means of a questionnaire about religiousness, two groups with positively perceived religious visions were examined: psychiatric in-patients (group 1) and mentally healthy persons (group 2). Between the two groups, the results show some similarities and numerous differences which are related both to the visionary experience itself and to the biographical background, the religious and spiritual history and the impact of the visions on the life of the affected. Two key concepts – psychic inflation for group 1, frame of reference for group 2 - put the similarities and differences into a bigger context. Since the examination is wide-ranging with regards to content, and the surveyed sample is small, no generalization of the results is possible and further empirical research regarding this topic would be informative.

Keywords: Vision, Spiritual experience, Religiousness, Spirituality, Spiritual crisis, Hallucination, Psychopathology, Psychosis, Delusion, Megalomania, Psychic inflation, Frame of reference, Health

Einleitung

Ein Mann sieht in einer schweren Krise plötzlich einen Bildschirm vor sich und hört Gottes Stimme, die sagt: „Fürchte dich nicht. Hab keine Angst. Sei unbesorgt.“ Eine Frau sieht während einer Zirkusvorstellung, wie der Himmel sich öffnet und sich Engel hinter jeden Zuschauer stellen. Solche religiösen Visionen werfen in einem psychologisch-psychiatrischen Kontext immer wieder die Frage auf, inwiefern sie als psychopathologische Symptomatik verstanden werden müssen. So werden religiöse Visionen als außergewöhnliche religiöse Erfahrungen (zum Themenbereich der außergewöhnlichen oder außeralltäglichen religiösen Erfahrungen vgl.

z.B. Henning, 2007, Vergote, 2007) oft vor-schnell unter dem Begriff der optischen Halluzination subsumiert und im Rahmen psychotischer Störungen abgehandelt. Eine solche vorschnelle Pathologisierung wird diesem Phänomen jedoch nicht gerecht und kann für die Betroffenen schwerwiegende problematische Konsequenzen nach sich ziehen. So können Betroffene auf Grund ihrer Erfahrungen für krank erklärt, mitunter gar stigmatisiert, vor allem aber falsch behandelt werden (vgl. der Erfahrungsbericht von Segal, 2000). Immer wieder hat es Menschen gegeben, die Dinge sahen, die andere nicht sahen. Auch heute noch. Manche Menschen gehen seelisch gestärkt aus solchen Erfahrungen hervor, sie

erleben einen Bezug zu Gott, der sie mitfühlender werden lässt, ihre Verbindung zu sich selber, ihren Mitmenschen und der Welt vertieft und ihnen das Gefühl vermittelt, ein erfüllteres, sinnvolles Leben zu führen. Manche Menschen werden durch solche Erfahrungen erschüttert, erleben Angst und verlieren den Bezug zur Realität. Psychopathologie oder Erfüllung? Es gibt beides. Aber wie lassen sich religiöse Visionen und ihre Folgen im Leben Betroffener differenzieren? Was unterscheidet Pathologie und vertieftes Wohlbefinden? Und was ist beiden gemeinsam?

Die vorliegende Studie¹ befasst sich mit diesen Fragestellungen, indem religiöse Visionen und deren Folgen sowie der lebensgeschichtliche Hintergrund der VisionärInnen im Leben von PsychiatriepatientInnen und Gesunden hier und heute untersucht werden.

Hintergrund

Historisch gesehen setzte sich eine psychopathologische Deutung der Vision gegen Ende des 19. Jahrhunderts durch (Benz, 1969, S. 9). Man begann, visionäre Erfahrungen unter dem klinischen Begriff der Halluzination abzuhandeln. Eine solche psychopathologische Sichtweise spiritueller Phänomene zeigt sich etwa in Erfahrungsberichten von Betroffenen (vgl. Segal, 2000). Auch neurologische Deutungen visionärer Phänomene kommen vor – so interpretiert etwa Sacks (1996, S. 222-226) die Visionen von Hildegard von Bingen als Aura eines Migräneanfalls. Andererseits wird auch versucht, ein Gegengewicht zu setzen. So argumentiert etwa Stephens (1992), dass nicht alle Halluzinationen pathologischen

Ursprungs sein mögen und ein Psychiater in der Regel eine Negativauswahl von Menschen mit optischen oder akustischen Halluzinationen zu sehen bekommt, weil nur Menschen einen Psychiater aufsuchen, deren Phänomene mit Unwohlsein und Stress verbunden sind. Stephens (1992) kommt zum Schluss, dass die Möglichkeit nicht-pathologischer Halluzinationen nicht ausgeschlossen werden sollte. Manchmal wird eine integrative Sichtweise vertreten und dabei sowohl die psychopathologische als auch die spirituelle Seite einer Person diskutiert. So betrachten etwa Kroll und de Ganck (1986) in ihrem Artikel die Visionärin Beatrice von Nazareth sowohl als Mystikerin als auch als manisch-depressiv Erkrankte. Ein neuerer Review (Menezes und Moreira-Almeida, 2010) präsentiert verschiedene Studien zum Thema spiritueller Erfahrungen: Dabei zeigen manche Untersuchungen, dass Halluzinationen auch in nicht-klinischen Populationen vorkommen – andere weisen auf die starke Präsenz religiöser Inhalte bei psychotischen Patienten hin. Menezes und Moreira-Almeida (2010) diskutieren Kriterien, die verwendet werden können, um eine Differenzialdiagnose zwischen gesunden spirituellen Erfahrungen und psychischen Störungen mit religiös-spirituellen Inhalten machen zu können.

Im theologischen Kontext bestand im Verlauf der Kirchengeschichte der Fokus des Interesses an Visionen darin, herauszufinden, welchen Ursprungs die visionären Erfahrungen waren – ob sie also göttlicher oder diabolischer Natur waren. Dabei ging es weniger um eine umfassende Kenntnis des Phänomens, sondern um den Schutz des kirchlichen Kanons und der Kirchenlehre vor neuen Offenbarungen, die eine Bedrohung für die bestehenden Dogmen und die Institution an sich hätten darstellen können (Benz, 1969, S. 9). Um dies zu überprüfen wurde traditionellerweise die Übereinstimmung mit dem kirchli-

¹ Dieser Artikel beruht auf der Lizentiatsarbeit der Autorin „Religiöse Visionen. Eine vergleichende Untersuchung an PsychiatriepatientInnen und Gesunden“, die im Fachbereich Psychopathologie an der Universität Zürich entstanden ist und die 2004 als Buch unter dem Titel „Religiöse Visionen“ bei Königshausen & Neumann in Würzburg erschienen ist (Scagnetti-Feurer, 2004).

chen Kanon untersucht. In diese Richtung gehen auch manche heutige Studien wie etwa die von Wiebe (1999), der Visionen der Heiligen Teresa von Avila untersuchte und argumentiert, dass ihre Visionen von Christus allenfalls doch körperlich und nicht – wie sie behauptete – imaginativ gewesen seien. Teresa habe Grund gehabt, zu sagen, ihre Christus-Visionen seien imaginativ gewesen, da körperliche visionäre Erfahrungen von der Kirche als diabolisch betrachtet worden wären. In der vorliegenden Studie geht es nicht um die theologische Frage nach dem Ursprung einer Vision, sondern um eine psychologisch-psychiatrische Frage – um Psychopathologie und Gesundheit von Menschen mit visionären Erfahrungen.

Nach Benz (1969) lässt sich seit dem 17. Jahrhundert im römischen Katholizismus eine „progressive Abwertung der Visionäre und Visionen“ (S. 9) feststellen. Im Protestantismus wurden die Visionäre von den Anfangsjahren der Reformation an angefeindet, als Schwärmer abgestempelt und mit besonderem Nachdruck bekämpft. Aber auch die Entwicklung der modernen Philosophie hat dazu beigetragen, dass das Phänomen der Vision in Misskredit geriet. So hat Kant den Visionär Swedenborg massiv kritisiert und dabei visionäre Phänomene als Phantasie-Produkt abgetan und Visionäre für verrückt erklärt (Benz, 1969, S. 10, S. 280-281).

Erst in der von Carl Gustav Jung begründeten Schule der Analytischen Psychologie fanden visionäre Phänomene mehr Beachtung und wurden hier ernsthaft studiert. Jung entwickelte auf der Grundlage eigener visionärer Erfahrungen und durch das Studium entsprechender Literatur das Konzept der Archetypen - kollektive Grundmuster, die als Ausdrucksform typisch menschlicher Erfahrung im Unbewussten verstanden werden (Jung, 1981, S. 53-54). Archetypen werden als Urbilder des kollektiven Unbewussten mit dem Begriff der

„Numinosität“ (vgl. Otto, 1917/2004) charakterisiert und sind damit mit der Erfahrung des Unaussprechlichen, Geheimnisvollen, aber auch Erschreckenden, dem „Ganz anderen“ in der Gotteserfahrung des Menschen verbunden (Jung, 1976, S. 182, S. 381, Otto, 1917/2004).

Bisher gibt es kaum systematische vergleichende Studien, die Gemeinsamkeiten und Unterschiede visionärer Erfahrungen und Psychopathologie herausarbeiten. Der Marburger Kirchenhistoriker Ernst Benz (1969) beschreibt in seinem umfangreichen Werk „Die Vision“ das Phänomen visionärer Erfahrungen im Christentum sehr umfassend. Seine Darstellung ist jedoch nicht auf eine vergleichende psychiatrisch-psychopathologische Sichtweise ausgerichtet. Er verzichtet auch bewusst darauf, „neuere und heute noch lebende Visionäre in die Untersuchung einzu beziehen“ (S. 13). Der Theologe und Mediziner Gerd Schallenberg (1979) hingegen fokussiert in seiner psychopathologischen Untersuchung auf visionäre Erfahrungen des 20. Jahrhunderts und untersucht diese anhand von schriftlichen Dokumenten von VisionärInnen. Im Zentrum seiner Studie steht die Frage, ob visionäre Erfahrungen „prinzipiell mit dem psychopathologischen Begriff der Halluzination belegt werden können [und] ob diese ‚Visionen‘ bei genauerer Analyse nicht eher mit anderen [psychopathologischen] Begriffen bezeichnet werden müssten“ (Schallenberg, 1979, S. 18). Im Unterschied zu Schallenbergs Untersuchung steht in der vorliegenden Studie ein Vergleich von direkt befragten Menschen mit Visionen und deren Psychopathologie bzw. Gesundheit im Vordergrund.

Material und Methoden

Da bisher kaum vergleichbare Studien vorliegen, wurde die Untersuchung als explorative qualitative Studie konzipiert, deren Schwerpunkt auf einer inhaltlich breit angelegten Befragung lag zu den visionären Erfahrungen,

deren Auswirkungen im Leben der Betroffenen, zur Religiosität und zum lebensgeschichtlichen Hintergrund der Befragten. Im Zentrum sollten dabei das individuelle Erleben und die persönlichen Erfahrungen mit positiv empfundenen religiösen Visionen stehen.

Auswahlkriterien für die beiden Vergleichsgruppen

Um Differenzierungsmöglichkeiten visionärer Erfahrungen, deren Hintergründe und Auswirkungen im Leben Betroffener herauszukristallisieren, wurden zwei Vergleichsgruppen befragt: (1) eine Gruppe psychisch kranker und (2) eine Gruppe psychisch gesunder Menschen. Auf Grund der Operationalisierbarkeit wurde als Kriterium psychischer Gesundheit insbesondere die Funktionsfähigkeit im Alltag berücksichtigt (vgl. Scagnetti-Feurer, 2004, S. 33), für psychische Erkrankung galt die Hospitalisierung in einer psychiatrischen Klinik zum Zeitpunkt des Interviews als wesentliches Kriterium. Dabei wurden hinsichtlich der psychiatrischen Hauptdiagnose sowohl Menschen mit akuten als auch mit chronischen psychischen Störungen berücksichtigt. Um sicher zu stellen, dass sich die beiden Vergleichsgruppen klar hinsichtlich des Krankheitskriteriums unterscheiden, galten für die Gruppe der psychisch Gesunden außerdem folgende Bedingungen: Sie durften noch nie in einer psychiatrischen Klinik hospitalisiert gewesen und nicht in psychiatrischer Abklärung oder Behandlung sein sowie aktuell nicht mit Psychopharmaka behandelt sein.

Hauptkriterium für die Teilnahme an der Studie war für beide Vergleichsgruppen das Vorhandensein positiv empfundener religiöser Visionen oder real empfundener Begegnungen mit religiösen Gestalten oder religiösen Begebenheiten sowie ein aktuelles Vorhandensein einer religiösen Thematik. Da religiöse Visionen inhaltlich meist dem religiösen

Hintergrund der Betroffenen entsprechen (vgl. Benz, 1969) - ein Christ also eher Christus, Maria oder Engel sieht, während ein Hindu eher Visionen von Shiva, Krishna etc. erlebt – wurden Menschen befragt, die in einem christlich orientierten Umfeld aufgewachsen sind. Um primär physiologisch bedingte Phänomene auszuschließen, durften die Befragten keine hirnrorganischen Veränderungen und keine epileptischen Erkrankungen haben. Bei den epileptischen Erkrankungen ist in diesem Zusammenhang insbesondere der Ausschluss einer Temporallappenepilepsie von Bedeutung, da mystisch-religiöse Erfahrungen oder das Empfinden einer göttlichen Bestimmung für diese Erkrankung typisch sind (vgl. Heinrich, 1997, S. 146, Kolb, 1996, S. 362).

Auf eine umfassende Parallelisierung der beiden Vergleichsgruppen über die bereits erwähnten Kriterien hinaus konnte verzichtet werden, da keine statistischen Aussagen angestrebt wurden. In Artikeln zu religiösem Wahn stellen Scharfetter (1977) sowie Zweifel und Scharfetter (1977, S. 323-324) fest, dass die Häufigkeit und Art religiöser Wahnthematik nicht von der Konfession abhängig sind, ebenso ließen sich keine eindeutige Beziehung zum Geschlecht und zum Alter nachweisen. So wurden bei der Auswahl der Teilnehmenden in der vorliegenden Studie Alter, Geschlecht und Konfession nicht als zentrale Kriterien gewichtet. Die beiden Vergleichsgruppen erwiesen sich dann jedoch bezüglich Alter und ursprünglicher konfessioneller Ausrichtung als vergleichbar (siehe Tabelle 1).

Beschreibung der beiden Vergleichsgruppen

Aufgrund der genannten Auswahlkriterien wurden 4 Personen befragt, die zum Zeitpunkt der Befragung in einer psychiatrischen Klinik hospitalisiert waren (Gruppe 1, in Tabelle 1 grau schraffiert) sowie 5 Personen, die die Kriterien psychischer Gesundheit erfüllten (Gruppe 2). Alle Teilnehmenden bis auf eine

Person der psychisch gesunden Gruppe (die in einer evangelischen Familie aufgewachsen war) waren katholisch erzogen worden. Das

lungen in Form von Erzählungen zu lassen, wodurch Aspekte des episodischen und des narrativen Interviews mitberücksichtigt wur-

Tabelle 1: Beschreibung der beiden Vergleichsgruppen

	Person	Geschlecht	Alter	Konfession	Diagnose
Gruppe 1	Herr F.	m	71	kath.	Verdacht auf chronisch-paranoide Schizophrenie (F20.0)
	Herr V.	m	45	kath.	Verdacht auf wahnhaftige Störung bei psychosozialen Belastungsfaktoren (F22.0)
	Herr H.	m	59	kath.	chronifizierte gemischte schizoaffektive Störung (F25.2)
	Frau M.	w	43	kath.	akute polymorphe psychotische Störung mit Symptomen einer Schizophrenie (F23.1)
Gruppe 2	Frau Z.	w	47	kath.	-
	Frau L.	w	64	kath.	-
	Frau G.	w	47	kath.	-
	Frau E.	w	56	kath.	-
	Frau R.	w	64	evang.	-

Durchschnittsalter der Personen in der psychiatrischen Klinik betrug 54.5 Jahre, der psychisch Gesunden 55.6 Jahre, bei einer Variabilität von 45-71 Jahren bzw. 47-64 Jahren. Die psychiatrischen Diagnosen wurden den aktuellen Krankengeschichten entnommen und beziehen sich ausschließlich auf den aktuellen Klinikaufenthalt. Aus diesem Grund handelt es sich nicht bei allen Diagnosen um gesicherte ICD-10-Diagnosen, sondern in zwei Fällen um Verdachtsdiagnosen. Alle PatientInnen weisen Erkrankungen aus dem Formenkreis der schizophrenen, schizotypen und wahnhaften Störungen auf (ICD-10: F2). Tabelle 1 gibt dazu einen Überblick.

Erhebungsmethode

Die Teilnehmenden wurden anhand eines teilstrukturierten Interviews zu ihrer persönlichen Lebensgeschichte und Religiosität sowie zu ihren visionären Erfahrungen und deren Folgen befragt. Ergänzend wurde ein Fragebogen zur Religiosität eingesetzt.

Interview

Die Teilnehmenden wurden anhand eines teilstrukturierten Interviews mit einem zugrundeliegenden Leitfaden befragt. Dabei wurde darauf geachtet, den Interviewten möglichst viel Raum für kontextbezogene Darstel-

den. Im episodischen Interview kann sowohl die Darstellungsform (Beschreibung oder Erzählung) der entsprechenden Situation als auch die Auswahl von Situationen vom Befragten weitgehend selber gestaltet werden (Flick, 1995, S. 124-129). Das Hauptprinzip des narrativen Interviews, an das sich das episodische Interview anlehnt, besteht darin, den Befragten zum Erzählen einer selbsterlebten Geschichte anzuregen (Hermanns, 1991, S. 182-185).

Folgende Themen wurden aufgrund der interessierenden Themenbereiche in Bezug auf die Visionen und den lebensgeschichtlichen Hintergrund der Betroffenen und aufgrund der relevanten Literatur in den Leitfaden für das Interview aufgenommen:

- Themenkreise zum Bereich der visionären Erfahrung
 - erstes Auftreten der visionären Erfahrung: lebensgeschichtliche Situation, Art und Erleben der Vision, Kommunikation über die Erfahrung
 - Verlauf: Häufigkeit, Art und ungefähre Dauer der Vision in der heutigen Situation und im Vergleich zur Zeit des Beginns visionärer Erfahrungen; Auftreten negativer Erscheinungen

- Eindrücke, Gefühle während der visionären Erfahrung
 - Aktivität/Passivität der eigenen Person während der visionären Erfahrung
 - von der Person empfundener Sinn/Bedeutung und Wirklichkeitscharakter der visionären Erfahrung
 - Selbstbild in Bezug auf die Vision
 - Einfluss der Visionen auf das Leben des/der Betroffenen
 - bei PatientInnen zusätzlich: jetzige Situation der Hospitalisation
- Themenkreise zum Bereich der persönlichen Lebensgeschichte
- demographische Angaben
 - Angaben zur Religiosität in der Familie, dem eigenen Erleben der Religiosität früher und heute und der Bedeutung der Religiosität im eigenen Leben
 - Erleben des Vaters und der Mutter als Kind
 - wichtigste positive und negative Lebensereignisse
 - zwischenmenschliche Beziehungen
 - Stärke des Lebenswillens im Lebensverlauf, Suizidalität
 - heutige Lebenssituation

Zu jedem Themenkreis wurden konkrete Fragen ausformuliert, die als inhaltliche Leitlinien für das Interview verwendet wurden (zum Leitfaden für das Interview siehe Scagnetti-Feurer, 2004, S. 339-341).

Fragebogen zur Religiosität

Um zusätzliche Informationen zur religiösen Einstellung und zur religiösen Motivation zu gewinnen, wurden ergänzend zum Interview der Fragebogen zur Religiosität von Kim (1988) sowie die Religious Orientation Scale von Allport und Ross (1967) bzw. die Intrinsic/Extrinsic Scale von Feagin (1964) in der deutschen Übersetzung von Zwingmann (1991) verwendet. Für die Auswahl beider

Fragebogen war entscheidend, dass sie nicht ausschließlich kirchlich-institutionell ausgerichtet sind und kein religiöses Wissen abfragen. Die religiöse Motivation wurde mit der Religious Orientation Scale von Allport und Ross (1967) bzw. die Intrinsic/Extrinsic Scale von Feagin (1964) erfasst, die Items zu den beiden Dimensionen einer extrinsischen (EXTR) und einer intrinsischen (INTR) Orientierung der Religiosität beinhaltet. Allport und Ross (1967) charakterisieren die beiden Skalen kurz mit den Worten: „die extrinsisch motivierte Person benutzt ihre Religion – die intrinsisch motivierte lebt sie“ (S. 434) [Übersetzung durch die Autorin, Hervorhebungen im Original].

Kims (1988) Fragebogen wurde zur Erhebung der religiösen Einstellung eingesetzt. Für die vorliegende Studie war von Vorteil, dass der Fragebogen eine breite Palette von Dimensionen religiöser Einstellung umfasst: die Skalen werden bezeichnet als Orthodoxie (ORTH), Pietismus (PIET), Mystizismus (MYST), Religiöse Angst (RELA), Religiöses Vertrauen (RELV), Religiöser „Sozialismus“ (SOZ), Sinnfrage (SINN) und Atheismus (ATHE).

Datenauswertung

Der Fragebogen zu Religiosität wurde anhand der Rohwerte der einzelnen Teilnehmenden und der Mittelwerte der beiden Vergleichsgruppen ausgewertet. Aufgrund der kleinen Stichprobe wurde keine Signifikanzprüfung, sondern ein qualitativer Vergleich der beiden Gruppen durchgeführt.

Die Interviews wurden mit dem Einverständnis der Befragten auf Tonträger aufgenommen und vollständig von der Autorin transkribiert. Das transkribierte Material wurde nach einer Anonymisierung der Daten inhaltsanalytisch ausgewertet. Dazu wurde die Technik der zusammenfassenden aufsteigenden Inhaltsanalyse nach Mayring (1994, S. 42-70) verwendet. In der zusammenfassenden aufsteigenden

Inhaltsanalyse wird das Datenmaterial sukzessive reduziert, indem in induktiver Vorgehensweise schrittweise inhaltlich relevante Aspekte herauskristallisiert werden. Dieses datenorientierte qualitative Verfahren eignet sich für die Auswertung großer Textmengen, wie sie aus den breit angelegten Interviews hervorgingen. Da bisher kaum Studien vorliegen zum Vergleich gesunder und kranker Menschen mit visionären Erfahrungen, wurde dieses Vorgehen gewählt, um ausgehend von den Aussagen betroffener Menschen einen Satz relevanter Kategorien zu ihren biografischen Themen und ihrem religiösen Erleben zu generieren.

Weitere Auffälligkeiten, die sich während der Auswertung der Interviews zeigten, ergaben neue thematische Bereiche wie Unterschiede beim Interviewbeginn und Verschiedenheiten beim Strukturierungsgrad des Interviews, die anschließend systematisch aus den Interviewdaten herauskristallisiert wurden.

In einem abschließenden Auswertungsschritt wurde eine Rücküberprüfung des zusammenfassenden Kategoriensystems und der während der Auswertung gefundenen Auffälligkeiten am empirischen Ausgangsmaterial vorgenommen und wo nötig entsprechend überarbeitet.

Ergebnisse

In den Interviews zeigte sich, dass in der Gruppe der psychisch kranken Menschen mit Visionen lebensgeschichtlich mehr Belastungsfaktoren vorhanden waren als in der Vergleichsgruppe. So erzählten alle Personen der Gruppe 1 von einem vorübergehenden oder andauernden Verlust oder einer Trennung von der Mutter in der Kindheit. Insgesamt wurden in dieser Gruppe massivere und über mehrere Jahre andauernde Belastungsfaktoren unterschiedlicher Art berichtet, oft waren auch mehrere gleichzeitig vorhanden. So wuchs etwa Herr F. in einem Waisenhaus

auf und erlebte dort massive Misshandlungen. In der Gruppe der psychisch gesunden Menschen mit Visionen (Gruppe 2) wurden teilweise ebenfalls belastende Kindheitserlebnisse berichtet (Trennung von der Mutter oder äußere belastende Umstände), teilweise waren keine Belastungsfaktoren vorhanden. Spätere Lebenskrisen waren mit weniger Belastungsfaktoren verbunden und betrafen insgesamt weniger Lebensbereiche. Belastende Lebensphasen waren von kürzerer Dauer.

Unterschiede zwischen den beiden Vergleichsgruppen zeigen sich auch im Umfeld der visionären Erfahrungen: So traten bei den aktuell hospitalisierten VisionärInnen (Gruppe 1) die Visionen ausnahmslos im Kulminationspunkt einer schweren Krise auf. Auf die visionäre Erfahrung folgten eine zunehmende psychische Dekompensation, sozialer Rückzug, erhöhtes Aggressionspotential, Fremdgefährdung und schließlich die Klinikeinweisung. Aus den erhobenen Daten lässt sich nicht erschließen, ob Vision und Dekompensation inhaltlich in einem Kausalzusammenhang stehen oder ob die Dekompensation lediglich zeitlich auf die visionäre Erfahrung folgte. Die Lebensveränderungen nach den visionären Erfahrungen werden vorwiegend als negativ beschrieben. Es ließen sich keine klaren Zusammenhänge zwischen dem Auftreten der Visionen und einer Beschäftigung mit religiösen Themen erschließen. Die visionären Erfahrungen wurden gemäß den Schilderungen der Betroffenen in einem Zustand von Alltagsbewusstsein wahrgenommen und meist eher als reale Begebenheit denn als Vision eingeschätzt. Die eigene Religiosität und Spiritualität wurde von den Betroffenen der Gruppe 1 im lebensgeschichtlichen Verlauf als gleichbleibend beschrieben.

Auch bei den psychisch gesunden VisionärInnen (Gruppe 2) gingen krisenhafte Lebensereignisse den visionären Erfahrungen voraus – diese Lebensphase war jedoch mit weniger

Belastungsfaktoren verbunden als in der Vergleichsgruppe. Im Unterschied zu Gruppe 1 erzählten alle befragten psychisch gesunden VisionärInnen (Gruppe 2), dass sie sich im Verlauf ihrer Biografie von ihrer ursprünglichen, kirchlich-institutionell orientierten Religiosität distanzieren und sich schließlich einer erfahrungsbezogenen, wahrnehmungsorientierten Form der Spiritualität zuwandten. Dieser Schritt zu einer neuen Form der eigenen Spiritualität fand meist während der erwähnten krisenhaften Lebensereignisse statt und wurde von den Betroffenen als erster Schritt in der Bewältigung dieses schwierigen Lebensabschnitts gesehen. Visionäre Erfahrungen (im Erwachsenenalter) traten nach dieser (von den Betroffenen meist als tiefgreifend beschriebenen) Veränderung der Religiosität und einer Phase der bewussten, aktiven Auseinandersetzung mit spirituellen Themen auf. In den Erzählungen von Gruppe 2 wird dann auch eine größere Bandbreite von Bewusstseinszuständen während der Vision deutlich: im Unterschied zur Gruppe 1 wird oft von veränderten Bewusstseinszuständen wie Meditation, Übergang zwischen Schlafen und Wachsein und in einem Fall von Koma berichtet, während die Visionen auftraten. Die Veränderungen nach den visionären Erfahrungen werden im Unterschied zur Vergleichsgruppe als überwiegend positiv erlebt. So wird von vertieften zwischenmenschlichen Beziehungen erzählt, die aber weniger mit den visionären Erfahrungen selbst als vielmehr mit einer spirituell orientierten Lebensführung in Zusammenhang gebracht werden, auf deren Hintergrund die Visionen auftraten. Es wird von Gefühlen wie größerer Gelassenheit, innerer Ruhe, Bescheidenheit und Demut, mehr Toleranz, größerer emotionaler Stabilität, Intensivierung der spirituellen Arbeit oder einem liebevolleren Umgang mit sich selbst und anderen berichtet.

In beiden Gruppen folgten den Visionen also Lebensveränderungen (ob lediglich zeitlich folgend oder kausal, ist wie bereits erwähnt nicht erschließbar aus den Daten) – bei Gruppe 1 überwiegend negativ erlebte, bei Gruppe 2 vorwiegend positiv empfundene.

Der visionären Erfahrung wird in den beiden Vergleichsgruppen eine unterschiedliche Bedeutung beigemessen: Alle Personen der Gruppe 1 (psychisch erkrankt) empfanden durch die Vision ein klares Gefühl für einen göttlichen Auftrag. Die visionäre Erfahrung wird als Berufungsvision erlebt, verbunden mit einem Gefühl der Auserwähltheit der eigenen Person durch Gott. Dabei findet eine Identifikation mit einer religiösen Gestalt statt – in der Regel mit Jesus. So beginnt Herr H. das Interview unvermittelt von sich aus mit den Worten: „Ich bin Christus.“ Und auch bei Frau M. zeigt sich der Interviewbeginn auffällig, indem sie ihren göttlichen Auftrag zusammenfasst: „Meine Story ist Sehnsucht nach Liebe, Familie und finanziell. Der liebe Gott ist zu mir gekommen.“ Teil des durch die Vision empfundenen göttlichen Auftrages ist bei allen Personen von Gruppe 1 das Eingehen einer Ehe mit einer bestimmten Person. Bei der Erfüllung ihres Auftrages stoßen sie auf verschiedene äußere Hindernisse. So sieht etwa Herr V. seinen göttlichen Auftrag darin, das Geld abzuschaffen, um eine gerechtere Welt zu gestalten. Seine Bemühungen bleiben erfolglos. Ebenso ist auch sein Versuch, seinen Führerschein auf den Namen Jesus umschreiben zu lassen, von keinem Erfolg gekrönt. Weitere spirituelle Erfahrungen von Personen der Gruppe 1 thematisieren die eigene Auserwähltheit. Auffällig ist, dass kaum Zweifel an den visionären Erfahrungen auftauchen und kaum Versuche gemacht werden, die Botschaften der Vision zu verifizieren oder irgendeine Form der Realitätsüberprüfung vorzunehmen. Bestätigung für die Echtheit der visionären Erfahrungen wird durch

die Berufungsvision selbst erlebt sowie durch das eigene Leiden und besondere Fähigkeiten. So wird von den meisten Interviewten der Gruppe 1 berichtet, dass sie heilen könnten. An den eigenen Überzeugungen wird festgehalten.

Im Unterschied dazu hatten die VisionärInnen der Gruppe 2 (psychisch gesund) kein Gefühl eines göttlichen Auftrags und keine Auserwähltheitsgedanken. Visionen seien Erfahrungen, die im Grunde jeder haben könne, der offen und achtsam sei für diesen Bereich der Wahrnehmung – so lautet der Grundtenor dieser Gruppe. Die Personen der Gruppe 2 empfanden ihre Visionen als wichtig für ihr

eigenes Leben, das durch diese Erfahrungen an Sinn und Tiefe gewonnen habe. Nach den Visionen traten hier im Unterschied zur Vergleichsgruppe starke Zweifel auf. So schildert Frau G. (im Interview kann sie ihr damaliges Erlebnis mit Humor erzählen): „... es ist dann ... dieser Engel gekommen, der sagte, er heiße Ariel. Und ich bin aus dieser Meditation raus [lacht] und habe gedacht, ich hätte eine etwas lebhaftere Phantasie, und ich spinne ein wenig“. Auf die Zweifel folgt ein Bemühen um Realitätsüberprüfung – so etwa im Dialog mit vertrauten Personen oder über Literatur. In Tabelle 2 sind diese und weitere Ergebnisse aus den Interviews zusammengefasst.

Tabelle 2: Zusammenfassung der Ergebnisse

Kriterium	Psychisch kranke VisionärInnen (Gruppe 1)	Psychisch gesunde VisionärInnen (Gruppe 2)
<i>Charakteristiken in der Kindheit</i>	Alle mit vorübergehender oder andauernder Trennung oder Verlust einer primären Bezugsperson (hier immer die Mutter)	Teilweise belastende Kindheitserlebnisse: Trennung oder Verlust von einer primären Bezugsperson (Mutter) oder äußere belastende Umstände. Teilweise keine belastenden Kindheitserlebnisse.
<i>Belastungsfaktoren, Lebenskrisen</i>	Insgesamt massivere, über mehrere Jahre andauernde Belastungsfaktoren unterschiedlicher Art – oft auch mehrere gleichzeitig	Krisen im unmittelbaren Umfeld der aktuellen visionären Erfahrungen mit weniger Belastungsfaktoren verbunden, betreffen insgesamt weniger Lebensbereiche und sind zeitlich von kürzerer Dauer.
<i>Zeitpunkt des Auftretens visionärer Erfahrungen</i>	Visionäre Erfahrungen treten ausnahmslos im Kulminationspunkt der Krise auf.	Auftreten visionärer Erfahrungen späterer Lebensphasen erst, nachdem bereits eine Orientierung im spirituellen Bereich stattgefunden hat, die als erster Schritt in der Bewältigung der Krise verstanden werden kann.
<i>Näheres chronologisches Umfeld in der Biographie</i>	Zunehmende psychische und soziale Dekompensation mit Aggressionspotential	Bewusste, aktive Auseinandersetzung mit spirituellen Themen oder der Vision
<i>Religiosität und Spiritualität im Lebenslauf</i>	Kaum Veränderungen in der Religiosität	Nach einer Phase der Distanzierung, Abwendung oder Loslösung von der bisherigen Form der Religiosität und damit dem kirchlich-institutionellen Rahmen folgt eine Hinwendung an eine erfahrungsbezogene Form (Spiritualität).
<i>Auftreten visionärer Erfahrungen im Zusammenhang mit der religiösen Biographie</i>	Keine klaren Zusammenhänge zwischen Beschäftigung mit religiösen Themen und dem Auftreten von Visionen feststellbar.	Visionäre Erfahrungen treten nach einer tiefgreifenden Veränderung der Religiosität in Richtung einer an der eigenen Wahrnehmung orientierten Spiritualität und der Aufnahme vermehrter spiritueller Aktivität auf.
<i>Formale Struktur der Schilderung spiritueller Erfahrungen insgesamt</i>	Insgesamt weniger spirituelle Erfahrungen. Verwenden narrative Struktur seltener (als Gruppe 2) zur Schilderung einer Erfahrung. Deskriptive Struktur wird auch zur Schilderung singulärer Erfahrungen häufiger verwendet.	Insgesamt mehr spirituelle Erfahrungen. Verwenden narrative Struktur häufiger (als Gruppe 1) zur Schilderung einer Erfahrung. Deskriptive Struktur wird v.a. verwendet zur Schilderung wiederholter oder noch andauernder Erfahrungen.
<i>Formale Struktur der Schilderung visionärer Erfahrungen</i>	Durchschnittlich etwa gleich viele visionäre Erfahrungen wie Gruppe 2. Verwenden v.a. deskriptive Struktur zur Schilderung einer Erfahrung. Deskriptive Struktur wird auch zur Schilderung singulärer Erfahrungen häufiger verwendet.	Durchschnittlich etwa gleich viele visionäre Erfahrungen wie Gruppe 1. Verwenden v.a. narrative Struktur zur Schilderung einer Erfahrung. Deskriptive Struktur wird v.a. verwendet zur Schilderung wiederholter oder noch andauernder Erfahrungen.
<i>Unmittelbare Lebenssituation</i>	Belastende Lebenssituation	Mehrheitlich nicht belastende Lebenssituation, häufig Meditation

Kriterium	Psychisch kranke VisionärInnen (Gruppe 1)	Psychisch gesunde VisionärInnen (Gruppe 2)
<i>Wahrgenommener Einfluss auf das Eintreten oder die Beendigung einer Vision</i>	Kaum Einflussnahme möglich	Nur über Meditation ist eine gewisse Einflussnahme möglich. Sonst kein Unterschied zu Gruppe 1.
<i>Inhalte der Visionen</i>	Überwiegend konkrete Motive, die religiös gedeutet und in der Regel mit einer zentralen religiösen Gestalt identifiziert (Gott, Maria, Heiliger Geist) oder zumindest als konkretes religiöses Geschehen verstanden werden	Überwiegend transzendente Motive (Licht, Engel). Konkrete Motive selten und wenn, dann als Wahrnehmung Verstorbener. Maria als einzige zentrale religiöse Gestalt. Keine Identifikation mit religiösen Gestalten. Stärkere Differenzierung der farblichen Beschreibung und häufigeres Vorliegen von Handlungsabläufen als bei Gruppe 1.
<i>Gefühle während der Visionen</i>	Überwiegend positive Gefühle während der Visionen	Überwiegend positive Gefühle während der Visionen. Schilderungen der Gefühle ausführlicher, detaillierter, differenzierter und emotional beteiligter als bei Gruppe 1.
<i>Gefühlsmäßige Wirkung der Visionen</i>	Überwiegend positive gefühlsmäßige Wirkungen. Zunächst positiv erlebte Visionen können nachträglich gefühlsmäßig problematisch erlebt werden.	Überwiegend positive gefühlsmäßige Wirkungen. Zunächst positiv erlebte Visionen können nachträglich gefühlsmäßig problematisch erlebt werden. Anschaulicher dargestellt als bei Gruppe 1.
<i>Aussagen zum Bewusstseinszustand während der Visionen</i>	Alltagsbewusstsein. Visionäre Erfahrungen tendenziell realitätsnäher eingeschätzt als von Gruppe 2.	Größere Bandbreite von Bewusstseinszuständen: Alltagsbewusstsein, veränderte Bewusstseinszustände (Meditation, Übergang zwischen Schlafen und Wachsein, Koma).
<i>Dauer und Häufigkeit der Visionen</i>	Unterschiedlich	Unterschiedlich. Energetische Veränderungen bleiben z.T. nach der visionären Erfahrung dauerhaft bestehen. Diese werden dann nicht mehr visuell, sondern über ein Spüren zugänglich.
<i>Kommunikation mit der visionären Gestalt</i>	Meist nicht möglich	Teilweise möglich. Dialog mit der visionären Gestalt.
<i>Vorkommen anderer Sinneswahrnehmungen</i>	Am häufigsten mit Auditionen kombiniert	Am häufigsten mit Auditionen kombiniert. Vorkommen taktiler Wahrnehmungen (im Unterschied zu Gruppe 1).
<i>Vorkommen negativer Erscheinungen</i>	Negative Erscheinungen kommen vor. Identifikation mit dem Teufel kommt vor. Keinerlei Angst bei Begegnungen mit dem Teufel.	Negative Erscheinungen kommen vor. Keine Identifikation mit dem Teufel. Große Ängste bei Begegnungen mit negativen Gestalten, die oft auch sehr körperlich spürbar werden.
<i>Sinn und Bedeutung der Visionen</i>	Erste positive Vision (im Erwachsenenalter) als Berufungsvision erlebt, in der eine Auserwählung durch Gott erfahren und ein göttlicher Auftrag erteilt wird. Die Berufungsvisionen werden alle sehr eng in Zusammenhang mit Gott gebracht: Gott wurde in der Vision entweder direkt geschaut oder seine Stimme wahrgenommen.	Visionen werden in keinem der Fälle in einen direkten Zusammenhang mit Gott gebracht. Keinerlei Erleben von Berufung oder Auserwählung. Die visionären Erfahrungen werden als Gruß oder Geschenk aus dem spirituellen Bereich verstanden und als Auslöser einer tiefgreifenden Veränderung erlebt.
<i>Wichtigkeit der Vision im eigenen Leben</i>	Große Bandbreite des Stellenwerts der Visionen im eigenen Leben (von Hoffnung auf ein besseres Leben ohne Visionen bis zu religiösen Errettungsgedanken durch die Visionen)	Einheitlicheres, ausschließlich positives Bild bezüglich der Wichtigkeit visionärer Erfahrungen: Ihr Leben würde an Tiefe und Sinn einbüßen ohne Visionen.
<i>Mit der Vision verbundener Auftrag</i>	Klares Gefühl für einen göttlichen Auftrag durch die Vision. Teil des göttlichen Auftrages ist bei allen Personen der Gruppe 1 das Eingehen einer Ehe mit einer bestimmten Person. Bei der Erfüllung ihres Auftrages stoßen sie auf verschiedene äußere Hindernisse.	Kein klares Gefühl eines göttlichen Auftrags.
<i>Selbstbild in Bezug auf die Vision</i>	Auserwähltheitsgedanken, Identifikation mit einer religiösen Gestalt und außergewöhnliche Fähigkeiten	Betrachten sich nicht als auserwählt, vertreten die Ansicht, dass andere Menschen auch Visionen haben können. Ein Vorhandensein von Visionen wird in einem Zusammenhang mit einer Offenheit oder Achtsamkeit für diesen Bereich der Wahrnehmung gesehen, den jeder Mensch haben könne.

Kriterium	Psychisch kranke VisionärInnen (Gruppe 1)	Psychisch gesunde VisionärInnen (Gruppe 2)
<i>Spirituelles Erleben</i>	Weitere spirituelle Erfahrungen thematisieren die eigene Auserwähltheit.	Breiteres Spektrum anderer spiritueller Erfahrungen (Kontakt zu Verstorbenen, mystische Erfahrungen, Präkognitionen, Erinnerungen an frühere Leben, Nahtoderfahrung, Wahrnehmungen von Energien)
<i>Kommunikation über die Vision</i>	Geringere Selektivität bei der Wahl eines Gesprächspartners. Soziales Umfeld reagiert mit Unverständnis auf das Erleben der betroffenen Person.	Größere Selektivität bei der Wahl eines Gesprächspartners. Positive Reaktionen der Umwelt.
<i>Folgen der Visionen</i>	Deutliche Folgen: erhöhtes Aggressivitätspotential	Deutliche Folgen: positive Veränderungen
<i>Lebensveränderungen auf Grund der Visionen</i>	Vorwiegend negativ	Vorwiegend positiv
<i>Einfluss der spirituellen Erfahrungen auf zwischenmenschliche Beziehungen</i>	Nach visionären Erfahrungen eine Tendenz zu sozialer Isolierung und fremdgefährdendem Verhalten	Vertiefung, Erweiterung und größere Selbständigkeit in zwischenmenschlichen Beziehungen. Veränderungen im zwischenmenschlichen Bereich werden weniger mit den visionären Erfahrungen selbst als vielmehr mit dem spirituellen Entwicklungsweg an sich in Zusammenhang gebracht.
<i>Krankheitskonzept</i>	Aktuelle Hospitalisation wird nicht in Zusammenhang mit visionärem Erleben gebracht. Selbst- und Fremdanangaben driften stark auseinander.	-
<i>Legitimation</i>	Auserwähltheit der eigenen Person durch Gott	Offenheit gegenüber einer anderen Form von Realität, zu der jeder Mensch Zugang haben kann
<i>Bestätigung</i>	Kaum Versuche, die eigenen Überzeugungen in Übereinstimmung mit der sozialen Realität zu bringen. Unverständnis aus der sozialen Umgebung. Bestätigungen für die Echtheit ihrer Erfahrungen durch: die Berufungsvision selbst, die die letzten Zweifel ausräumt; durch eigenes Leiden und besondere Fähigkeiten.	Bemühen um Realitätsüberprüfung. Bestätigungen für die Echtheit ihrer Erfahrungen durch: erlebte Intensität und Stärke der visionären Erfahrungen, die positiven Auswirkungen und Folgen des spirituellen Erlebens, die Realitätsüberprüfungen mit Hilfe anderer Personen und die positiven Auswirkungen auf zwischenmenschliche Beziehungen.
<i>Interpretation</i>	Berufungsvision, Bestätigung der eigenen Besonderheit, Empfangen eines göttlichen Auftrages, direktes Anteilhaben an Gott	Quelle der Visionen wird unbestimmt erwähnt, Gefühl von Aufgehobensein in einem größeren Ganzen, visionär gesehene Gestalten werden als transzendente Gestalten interpretiert.
<i>Zweifel</i>	Kaum vorhanden. Festhalten an den eigenen Überzeugungen.	Stark vorhanden
<i>Psychopathologie in den Interviews</i>	Formale Denkstörungen Wahn Sinnestäuschungen Ich-Störungen Störungen der Affektivität Antriebs- und psychomotorische Störungen Andere Störungen (sozialer Rückzug, Aggressivität, Suizidalität, Mangel an Krankheitsgefühl, Mangel an Krankheitseinsicht)	- - Sinnestäuschungen - z.T. frühere Störungen der Affektivität Antriebs- und psychomotorische Störungen Andere Störungen (früheres Gefühl, nicht mehr leben zu wollen)
<i>Auffälligkeiten in den Interviews</i>	Mangel an Struktur, Undifferenzierte und sehr knappe Schilderung der visionären Erfahrungen, Äußerungen zu finanziellen Themen, Äußerungen zum eigenen Welt- und Menschenbild, Auffälligkeiten beim Interviewbeginn	Klare Struktur, visionäre Erfahrungen detailliert, erfahrungsbezogen und lebendig dargestellt

Beim Fragebogen zur Religiosität unterscheiden sich die beiden Vergleichsgruppen am deutlichsten in den Skalen Orthodoxie (ORTH) und extrinsische Religiosität (EXTR) voneinander, wobei die Gruppe der psychisch kranken VisionärInnen in beiden Skalen die

höheren Werte aufweisen als die Vergleichsgruppe (zu den Rohwerten siehe Tabelle 3, zu den Gruppenmittelwerten siehe Tabelle 4). Auch die Werte in der Skala „Religiöse Angst“ (RELA) ist bei Gruppe 1 höher (Tabelle 4). Wie bereits erwähnt lassen sich auf

Tabelle 3: Rohwerte der Teilnehmenden in den einzelnen Religiositätsskalen

	<i>Person</i>	<i>ORTH</i>	<i>PIET</i>	<i>MYST</i>	<i>RELA</i>	<i>RELV</i>	<i>SOZ</i>	<i>SINN</i>	<i>ATHE</i>	<i>EXTR</i>	<i>INTR</i>
<i>Gruppe 1</i>	Herr F.	34	40	50	44	50	48	48	22	42	39
	Herr V.	28	28	47	22	46	26	48	24	36	28
	Herr H.	46	50	50	34	50	50	46	26	60	40
	Frau M.	34	32	46	22	30	26	22	18	41	31
<i>Gruppe 2</i>	Frau Z.	12	22	26	15	32	29	38	24	22	20
	Frau L.	19	30	45	16	42	33	45	13	26	34
	Frau G.	19	30	42	21	36	31	42	20	24	34
	Frau E.	17	30	45	20	47	34	50	18	28	37
	Frau R.	19	28	43	19	44	31	41	19	27	35

Tabelle 4: Gruppenmittelwerte in den einzelnen Religiositätsskalen

	<i>ORTH*</i>	<i>PIET</i>	<i>MYST</i>	<i>RELA</i>	<i>RELV</i>	<i>SOZ</i>	<i>SINN</i>	<i>ATHE</i>	<i>EXTR</i>	<i>INTR</i>
<i>Gruppe 1</i>	35.5	37.5	48.25	30.5	44	37.5	41	22.5	44.75	34.5
<i>Gruppe 2</i>	17.2	28	40.2	18.2	40.2	31.6	43.2	18.8	25.4	32

*Fett gedruckt sind in Tabelle 4 die Skalen mit den deutlichsten Unterschieden zwischen den beiden Vergleichsgruppen.

Grund der Stichprobengröße aus diesen Daten keine statistischen Aussagen machen, sondern lediglich eine qualitative Tendenz aufzeigen.

Interpretation und Diskussion

Im Folgenden wird auf die Schlüsselkonzepte eingegangen, auf Grund derer sich die wesentlichsten Unterschiede zwischen den Vergleichsgruppen in einen größeren Zusammenhang stellen lassen. Für eine vertiefte Diskussion sei auf die Originalstudie (Scagnetti-Feurer, 2004, S. 291-313) hingewiesen, in der die beiden Schlüsselkonzepte die Basis für zwei Modelle bilden, die aus den Studienergebnissen entwickelt wurden.

Psychische Inflation als Schlüsselkonzept für die psychisch kranken VisionärInnen (Gruppe 1)

Das Schlüsselkonzept für die Gruppe der psychisch kranken VisionärInnen bildet der Prozess der psychischen Inflation, der bei allen Befragten der Gruppe 1 in ihrer stärksten Ausprägung, der Megalomanie, auftrat (zur psychischen Inflation vgl. z.B. Assagioli, 1988/1992, Rosenthal, 1998, Scharfetter, 1995b, Walach, 2000). Die psychische Inflation stellt eine mögliche Reaktionsweise auf

visionäres Erleben dar. Aus psychologischer Sicht verwechselt die betroffene Person dabei ihr persönliches Selbst mit den überpersönlichen Inhalten, mit denen sie in einer visionären Erfahrung in Kontakt kommt. Resultat dieses intrapsychischen Prozesses ist ein übermäßiges Erleben der eigenen Größe, eine „Aufblähung“ des eigenen Ichs. Ein solcher Prozess kann im ungünstigsten Fall in der Manifestierung eines Größenwahns (Megalomanie) gipfeln (vgl. Podvoll, 1997, S. 145-158): Die betroffene Person identifiziert sich dabei etwa mit Gott, Jesus, Maria oder anderen Gestalten, die das Gefühl der eigenen übermäßigen Größe widerzuspiegeln vermögen.

Psychische Inflation zeigte sich in dieser Studie ausschließlich in der Gruppe der psychisch kranken Personen. Die psychische Inflation kann somit als klares Unterscheidungskriterium zwischen den beiden Vergleichsgruppen gelten. Die psychische Inflation ist dabei primär eine intrapsychische Dynamik innerhalb der betroffenen Person. Dieser Prozess tritt dabei in der zeitlichen Folge der visionären Erfahrung auf oder festigt sich durch eine Vision. Die Vision wird als Berufungsvision erlebt, in der die betroffene Per-

son sich durch Gott auserwählt erlebt und in der ihr ein göttlicher Auftrag erteilt wird. Die Umsetzung des göttlichen Auftrages nimmt mitunter viel Zeit der Betroffenen in Anspruch und wird zum bestimmenden Muster der Lebensführung. So nimmt sich etwa Herr H. täglich Zeit, die Bibel neu zu schreiben.

In diesem Prozess wirkt die psychische Inflation nicht nur in der Psychodynamik des Betroffenen, sondern beginnt auch, den Umgang mit seinem sozialen Umfeld zu beeinflussen – und das soziale Umfeld reagiert entsprechend auf den Betroffenen. So beginnen sich die Betroffenen, die sich von ihrem Umfeld nicht verstanden fühlen, zurückzuziehen und sich gar zu isolieren. Schließlich wird eine so große Bedrohung erlebt, dass sie ein erhöhtes Aggressionspotential entfalten und schließlich fremdgefährdend werden. Darauf folgt die Klinikeinweisung.

Schwierigkeiten im Umgang mit der Vision und mit deren Integration ins tägliche Leben stehen im vorliegenden Datenmaterial in einem Zusammenhang mit der psychischen Inflation (Reaktionen und Folgen der Vision). Eine psychische Inflation entsteht also, wenn ein anderer Umgang mit der Vision nicht gelingt oder eine Integration der Erfahrung misslingt, wenn eine psychische Inflation vorhanden ist. Die Kausalrichtung ist aufgrund der erhobenen Daten nicht erschließbar – die Zusammenhänge zeigen sich jedoch deutlich.

Interessant ist hier, dass sich diese auch von den Betroffenen selbst als negativ erlebten Veränderungen einstellen, obwohl die Visionen selbst als positiv empfunden wurden (was ja eine Grundbedingung für eine Teilnahme an der Studie darstellte). Die positiv erlebte Vision und die darauf folgenden negativen Lebensveränderungen klaffen also auseinander. Die visionäre Erfahrung scheint in ihrem positiven Kern nicht verinnerlicht und ins Leben integriert werden zu können – außer

eben in der verzerrten Form der psychischen Inflation. In diesem Zusammenhang sind die Ergebnisse der Fragebogen-Auswertung interessant: Die im Unterschied zur Vergleichsgruppe höheren Werte in den Skalen Orthodoxie (ORTH), Religiöse Angst (RELA) und Extrinsische Orientierung der Religiosität (EXTR) zeigen eine Tendenz zu einer an äußeren Kriterien, Geboten und Verboten orientierten und einer eher angstgeprägten, starren institutionellen religiösen Ausrichtung. Hier kann man sich fragen, inwieweit eine Integration einer Vision – die ja eine innere und oft schwer mitteilbare Erfahrung ist – an dieser starken Außenorientierung der Religiosität dieser Gruppe gescheitert sein mag. Inwieweit hätte eine andere oder eine veränderte religiöse Einstellung (wie bei Gruppe 2) und ein für eine visionäre Erfahrung adäquaterer Interpretationsrahmen eine Dekompensation der Betroffenen verhindern können? Diese Frage bleibt auf Grund der erhobenen Daten unbeantwortet, wäre aber ein interessanter Ausgangspunkt für weitere Forschung. Vermutlich bildet die mangelnde Passung von eigener Erfahrung und religiöser Einstellung oder die Unfähigkeit, selber eine Verbindung zwischen persönlichem Erleben und religiösem Hintergrund herzustellen, einen von mehreren Faktoren, die eine angemessene Integration der Erfahrung verunmöglichten. Diese These findet Unterstützung durch das Schlüsselkonzept von Gruppe 2, bei der ein Interpretationsrahmen für die Erfahrung vorhanden war und der es gelang ihre Visionen zu integrieren. Ein weiterer dieser Faktoren, der eine adäquate Integration der Erfahrung nicht zuließ, liegt wahrscheinlich in der vorbestehenden größeren lebensgeschichtlichen Belastung der psychisch kranken VisionärInnen, die im Sinne eines Diathese-Stress-Modells das Risiko für eine spätere psychische Erkrankung erhöht.

Die Betroffenen der Gruppe 1 sprechen im Interview von Visionen von Gott, dem Heili-

gen Geist oder Maria. Bei konkretem Nachfragen zeigt sich, dass es sich bei den visionär geschauten Inhalten überwiegend um konkrete Motive handelt, die als Gott oder Heiliger Geist verstanden werden. So beschreibt etwa Herr F. seine Visionen von Gott oder dem Heiligen Geist als eine Spirale oder als Feuerwerk. Frau M. schildert ihre visionären Phänomene als Bilder von Verwandten, bekannten Schauspielern oder einem Staatspräsidenten, die sie alle als Gott versteht. Diese überwiegend konkreten Motive entsprechen nicht den in der Literatur beschriebenen visionären Erfahrungen von Menschen in einer psychotischen Krise (Mundhenk, 1999, Podvoll, 1997).

Visionen von Maria beinhalten eine visionär geschaute Frau, die oft nicht näher oder nur sehr rudimentär beschrieben werden kann. Hier zeigt sich eine bei Gruppe 1 sehr einheitliche Auffälligkeit in den Interviews: Keinem der Befragten ist eine detailliertere Beschreibung der Vision zu entlocken – auch nicht durch verschiedene Arten der Nachfrage. Die Betroffenen antworten entweder nur sehr allgemein, weichen der Frage aus (einer der Befragten geht just in dem Moment Tee holen) oder beginnen etwas anderes, damit Zusammenhängendes, ausführlicher zu beschreiben. Erklärungsansätze für diesen Mangel an Detailliertheit in der Visionsbeschreibung könnten in einer Vielzahl von Möglichkeiten liegen: Denkbar sind eine geringe Detailliertheit der visionären Schau selbst, eine mit der Vision zusammenhängende Angst (angstvolle Ich-Entgrenzung und letztendlich negative Folgen durch die Vision, die der Betroffene im Interview möglichst nicht wieder erleben oder erinnern möchte), mangelnde Kommunikationsfähigkeit oder das insgesamt tiefere Bildungsniveau von Gruppe 1 als in der Vergleichsgruppe, ein dämpfender Einfluss der aktuellen Medikation, die aktuell vorhandene Psychopathologie (v.a. formale Denkstörun-

gen), mangelnde Erinnerung an die visionäre Erfahrung oder geringer emotionaler Bezug zur Vision. Angst im Zusammenhang mit der visionären Erfahrung, mangelnder emotionaler Bezug dazu sowie mangelnde Erinnerung daran (gerade auch aus einem mangelnden emotionalen Bezug oder einer Angst heraus) erscheinen als plausible Möglichkeiten: So zeigen sich etwa bei Frau M. (Gruppe 1) indirekte Hinweise auf Angst, indem der Mangel an Struktur im Interview immer dann deutlich stärker war, wenn sie zu ihren visionären Erfahrungen befragt wurde. Auch die unmittelbar beobachtbare psychopathologische Symptomatik (insbesondere formale Denkstörungen) nahmen bei Frau M. deutlich zu, sobald sie über ihre Visionen sprach. Ob die visionäre Erfahrung tatsächlich in geringerer Detailliertheit geschaut wurde als bei Gruppe 2 ist nicht eruierbar, da es sich dabei um von den Betroffenen selbst geschilderte, retrospektiv dargestellte subjektive Inhalte handelt.

In diesem Zusammenhang sei auf eine Problematik der vorliegenden Studie hingewiesen, die in der sprachlichen Vermittlung der Vision liegt: Eine visionäre Erfahrung ist nie direkt erforschbar, nie unmittelbar empirisch zugänglich, sondern immer nur über eine Form der kommunikativen Vermittlung. Mit einer solchen Studie können also nie die visionären Erfahrungen selbst untersucht werden, sondern immer nur die Weise, wie die Betroffenen sie darstellen. So bleibt letztlich die Frage im Raum, ob die psychisch gesunden VisionärInnen ihre Visionen lediglich kompetenter darstellen konnten als die psychisch kranken (Schnettler, persönliche Mitteilung vom 15.11.2010). Für diese These würde das insgesamt tiefere Bildungsniveau der psychisch kranken Gruppe ebenso sprechen wie eine dämpfende Wirkung der aktuellen Medikation und Beeinträchtigungen durch die psychischen Erkrankungen, die teilweise mit formalen Denkstörungen einher gehen. Aller-

dings werden in den Interviews andere Details etwa aus der Lebensgeschichte, der eigenen Weltanschauung oder des göttlichen Auftrags, der den Betroffenen durch die Vision erwuchs, im Gegensatz dazu zum Teil sehr ausführlich und mitunter auch sprachlich gewandt beschrieben. Dies erweckt die Vermutung, dass doch gewisse Einflussfaktoren in der visionären Erfahrung selbst oder deren sprachlicher Vermittlung liegen. Möglicherweise spielt hier das Fehlen eines Interpretationsrahmens für die visionäre Erfahrung bei Gruppe 1 eine Rolle und bringt gerade durch das fehlende Bezugssystem eine mangelnde Detailliertheit und Differenziertheit in der sprachlichen Vermittlung der Erfahrung mit sich.

Interpretationsrahmen als Schlüsselkonzept für die psychisch gesunden VisionärInnen (Gruppe 2)

Im Unterschied zu den psychisch kranken VisionärInnen zeigt sich bei keiner Betroffenen der Vergleichsgruppe eine psychische Inflation. Zentrales Merkmal aller psychisch gesunden VisionärInnen (Gruppe 2) der untersuchten Stichprobe ist das Vorhandensein eines Interpretationsrahmens für die Erfahrung (vgl. dazu die Studie von Jackson und Fulford, 1997). Dabei scheint das Vorhandensein von Zweifeln an der Erfahrung eine wichtige Motivation für eine Realitätsüberprüfung darzustellen: Nach der Vision tauchen bei allen Personen der Gruppe 2 Zweifel am Erlebten auf. Die Betroffenen fragen sich, ob sie verrückt seien, sich alles nur eingebildet oder eine allzu blühende Phantasie haben. Diese Zweifel führen zu einem selbstkritischen Hinterfragen der Vision und zu einer Realitätsüberprüfung. Dazu werden vertraute Personen einbezogen, spirituelle Bücher und Zeitschriften gelesen und auf bisheriges spirituelles Wissen zurückgegriffen. So kann Frau G. ihre Vision des Engels Ariel dann besser akzeptieren, als sie in einem Buch Aussagen

über diesen Engel findet, die mit ihrem eigenen Erleben übereinstimmen. Auf diese Weise haben die Betroffenen ein Bezugssystem zur Verfügung, das ein Verstehen, Interpretieren, eine Erdung und Integration der Erfahrung im Alltag ermöglicht. Dieser Prozess führt zu einer vorläufigen Interpretation der Vision, die nicht als absolute Wahrheit oder gefestigtes Wissen verstanden wird. Es bleibt eine Offenheit für neue Deutungsmuster und für eine Erweiterung des Erfahrenen bestehen. Anders als in der Megalomanie bei Gruppe 1 bleibt hier eine innere Flexibilität bestehen, die diese Offenheit ermöglicht.

Das soziale Gegenüber erhält im Prozess der Realitätsüberprüfung eine wichtige Funktion durch einen gegenseitigen Austausch. Dadurch finden die Betroffenen Unterstützung in der Einordnung der Erfahrung. Die hohe Selektivität in der Auswahl der GesprächspartnerInnen scheint vor allem aus Gründen des Selbstschutzes zu erfolgen: Die Betroffenen erwähnen Bedenken, ihr Gegenüber könnte sie für verrückt halten. So ist die hohe Selektivität also zunächst Ausdruck von Vorsicht und als durchaus realistische Einschätzung der Situation zu verstehen. Eine solche fehlt bei Gruppe 1 weitgehend. Die Vision wird dort wahllos kommuniziert.

Die Vision wurde bei Gruppe 2 zum Ausgangspunkt einer positiven Lebensveränderung für die Betroffenen selbst wie auch im zwischenmenschlichen Kontakt. Die Vision hat eine Vertiefung und Intensivierung der zwischenmenschlichen Kontakte zur Folge. Die soziale Interaktion wird als liebevoller, toleranter, aufrichtiger und verständnisvoller beschrieben. So beschreibt Frau E. etwa, wie die innere Veränderung, die sie durch ihre visionären Erfahrungen erlebte, auch für ihre Familie spürbar wurde und sich in der Folge alle Familienmitglieder mit Spiritualität zu beschäftigen begannen. Noch heute – ihre Kinder haben längst eigene Kinder – spiele

Spiritualität für alle eine zentrale Rolle und präge auch die berufliche Ausrichtung. Ganz in diesem Sinn schreibt auch Stettner (1974) in einem Artikel über Visionen, wie wichtig es sein kann, für visionäre Erfahrungen offen zu sein, sie als real zu nehmen, ihnen Aufmerksamkeit zu schenken, sie zu verstehen versuchen, und sie ins Leben zu integrieren.

In den Interviews wurde bei den psychisch kranken VisionärInnen (Gruppe 1) ein Mangel an Struktur deutlich sowie eine Fixierung auf bestimmte Themen wie Finanzen und das eigene Welt- und Menschenbild, was bei den psychisch gesunden nicht vorkam. Diese Phänomene können im Zusammenhang mit dem Strukturverlust in der Psychose und den formalen Denkstörungen, sowie im Umfeld der Wahnsymptomatik erklärt werden. Die stark ausgeprägten Schilderungen des eigenen Welt- und Menschenbildes können auch im Zusammenhang mit dem Fehlen eines entsprechenden Deutungssystems für die visionäre Erfahrungen verstanden werden. So mögen die befragten psychisch kranken VisionärInnen aufgrund des fehlenden Interpretationsrahmens für ihre Erfahrung eher dazu tendieren, ihre visionären Erfahrungen und deren Verständnis zu rechtfertigen. Beim Vorliegen eines Bezugs- und Deutungssystems, wie es bei den psychisch gesunden VisionärInnen vorhanden war, muss im Unterschied dazu nicht viel Aufhebens um eine Erklärung und Rechtfertigung gemacht werden (vgl. Knoblauch und Schnettler, 2001).

Wo bei beiden Vergleichsgruppen eine belastende Lebensphase den visionären Erfahrungen vorausgeht, folgt bei den psychisch gesunden VisionärInnen (Gruppe 2) den belastenden Ereignissen eine aktive Auseinandersetzung mit spirituellen Themen und eine Neuorientierung im religiös-spirituellen Bereich, die dem Auftreten der Visionen vorausgeht. Diese Neuorientierung erweist sich als Unterstützung in der Bewältigung der Krise.

Die visionäre Erfahrung findet dann vor dem Hintergrund einer spirituell orientierten Lebensweise statt, die sich durch eine Beschäftigung mit spirituellen Themen über Bücher und Kurse und die Ausübung von Meditation kennzeichnet. Die Auseinandersetzung mit spirituellen Fragen und die Meditationspraxis, die alle Interviewten dieser Gruppe ausüben, scheinen in engem Zusammenhang mit dem Auftreten der aktuellen Visionen zu stehen. Alle Interviewten der psychisch gesunden Gruppe werden in der Folge auch sozial tätig: Alle üben eine Form der beratenden Tätigkeit aus, in die sie auch ihren spirituellen Hintergrund einfließen lassen.

Dass alle untersuchten psychisch gesunden VisionärInnen sich mit spirituellen Themen auseinandersetzen, könnte eine Folge der Stichprobenrekrutierung sein, die im Umfeld der transpersonalen Psychologie stattfand. Der Unterschied zur Vergleichsgruppe – in der niemand eine Veränderung in der Religiosität im biografischen Verlauf beschreibt – ist aber so deutlich, dass eine gezielte Untersuchung dieser Thematik mit zwei Stichproben außerhalb des Kontextes der transpersonalen Psychologie interessant wäre (vgl. dazu den Artikel von Vergote, 2007, der die Berücksichtigung des religiösen Kontextes bei außergewöhnlichen religiösen Erfahrungen fordert, da dieselben Phänomene in unterschiedlichem Kontext völlig anders verstanden werden können). Die großen Unterschiede in der Art der Religiosität zeigen sich auch im Fragebogen: So sind in der Gruppe der psychisch kranken VisionärInnen im Fragebogen zur Religiosität hohe Werte in der Skala Orthodoxie zu verzeichnen. Im Gegensatz dazu fühlten sich die psychisch gesunden VisionärInnen durch die „Kirchlichkeit“ der Fragen des Religiositäts-Fragebogens dermaßen abgeschreckt, dass sich eine Person sogar überlegte, den darauf folgenden Termin für das Interview abzusagen. Die unterschiedliche

Einbettung in einen religiös-spirituellen Kontext und dessen Stellenwert im Alltag wird auch in der stärkeren extrinsischen religiösen Orientierung der Gruppe der psychisch kranken VisionärInnen deutlich. Religiosität wird hier vermehrt als Mittel zum Zweck eingesetzt (extrinsisch), während sie von der Gruppe der psychisch gesunden VisionärInnen (Gruppe 2) stärker als Hauptbeweggrund und Basis des täglichen Lebens empfunden wird (intrinsisch) (Allport und Ross, 1967, Feagin, 1964). Letzterer Befund widerspiegelt auch die spirituell orientierte Lebensführung von Gruppe 2.

Eine fundierte und aktive Auseinandersetzung mit Spiritualität (Gruppe 2) kann wohl als wichtiger protektiver Faktor im Zusammenhang mit visionären Erfahrungen verstanden werden, die neben anderen Faktoren einen Schutz vor psychischer Inflation und psychischer Dekompensation bilden. So kann aktive Auseinandersetzung mit spirituellen Themen im Vorfeld der visionären Erfahrung als eine Form der Vorbereitung verstanden werden, die vor einer Überflutung durch die Neuheit der Eindrücke schützt (vgl. z.B. Assagioli, 1988/1992). Bei den psychisch kranken VisionärInnen (Gruppe 1) handelt es sich um plötzlich hereinbrechende Phänomene, die nicht in einem religiös-spirituellen Kontext vorbereitet wurden. Durch die vorgängige aktive Auseinandersetzung mit Spiritualität stand den psychisch gesunden VisionärInnen (Gruppe 2) also ein Interpretationsrahmen für die Einordnung der Erfahrung zur Verfügung (vgl. dazu Engel, 1998, S. 89). Weitere protektive Faktoren, die bei der Gruppe der psychisch gesunden VisionärInnen zum Zeitpunkt der visionären Erfahrungen im Erwachsenenalter zur Verfügung standen, sind ein relativ gesichertes soziales Umfeld, ein soziales Netz von Freunden und Gleichgesinnten (vgl. Stroebe et al., 1996), eine geregelte Le-

bensführung und eine berufliche Tätigkeit (vgl. Engel, 1998, S. 89).

Wird die Dynamik der psychisch kranken VisionärInnen mit einem Vulnerabilitäts-Stress-Modell verglichen, so stehen bei den psychisch gesunden VisionärInnen Stress und Coping im Vordergrund. Über Faktoren zur Diathese kann aufgrund des vorhandenen Datenmaterials keine Aussage gemacht werden. Der Bereich des Coping – und das generelle Vorhandensein von mehr Ressourcen - ist bei der Gruppe der psychisch gesunden VisionärInnen stark ausgeprägt und zeigt sich in der bereits diskutierten Nutzung eines kognitiven, sozialen und spirituellen Rahmens zur Einordnung der visionären Erfahrung.

Hier stellt sich die Frage, welcher Grad an therapeutischer oder präventiver Relevanz den Ressourcen und dem Bereich des Copings der psychisch gesunden VisionärInnen (Gruppe 2) zukommt. Inwieweit ein Vorhandensein solchen Copings auch bei den psychisch kranken VisionärInnen (Gruppe 1) einen protektiven oder therapeutischen Effekt gehabt hätte, kann aufgrund des untersuchten Datenmaterials nicht festgestellt werden.

Zusammenfassung und Perspektiven

Die vorliegende Studie macht auf einer breitgefächerten empirischen Datenbasis Gemeinsamkeiten und Unterschiede zwischen psychisch kranken (Gruppe 1) und psychisch gesunden Menschen (Gruppe 2) mit religiösen Visionen deutlich und zeigt damit Differenzierungsmöglichkeiten auf, mittels derer eine vorschnelle Pathologisierung visionärer Phänomene vermieden werden kann. Dazu wurden der lebensgeschichtliche Hintergrund, die Religiosität, die visionären Erfahrungen und deren Folgen im Leben der Betroffenen untersucht. Die beiden Vergleichsgruppen unterscheiden sich hinsichtlich einer Reihe von Kriterien voneinander, die anhand von zwei Schlüsselkonzepten in einen größeren Zu-

sammenhang gestellt wurden: In der Gruppe der psychisch kranken VisionärInnen (Gruppe 1) erweist sich die psychische Inflation in ihrer stärksten Ausprägungsform, der Megalomanie, als zentrales Konzept, das eine Reihe problematischer psychodynamischer und sozialer Prozesse nach sich zieht, in deren Verlauf die betroffene Person schließlich psychisch und sozial dekompenziert. Bei den psychisch gesunden VisionärInnen (Gruppe 2) erweist sich das Vorhandensein eines Interpretationsrahmens für die visionäre Erfahrung als zentral, der eine Einordnung, Realitätsüberprüfung, Interpretation und Integration der Erfahrung ins tägliche Leben ermöglicht. Gemeinsamkeiten bestehen in den untersuchten Vergleichsgruppen insbesondere im Vorhandensein religiöser Visionen, dem häufigen Vorkommen damit verbundener Auditionen, den überwiegend positiven Gefühlen während und meist auch unmittelbar nach den visionären Erfahrungen und dem Vorhandensein belastender lebensgeschichtlicher Ereignisse im zeitlichen Umfeld vor der visionären Erfahrung.

Mit dem verwendeten qualitativen Untersuchungsdesign wurde das Ziel verfolgt, ein breites Spektrum an erfahrungsbezogenen und lebensgeschichtlich relevanten Informationen Betroffener zu evaluieren. Die Ergebnisse dieser Studie eröffnen ein breites Forschungsfeld zur weiteren Überprüfung. Da die kleine Stichprobe keine Generalisierung der Ergebnisse zulässt, wäre eine Untersuchung an einer größeren Stichprobe und eine damit verbundene statistische Auswertung wünschenswert. Dabei könnten insbesondere die beiden Schlüsselkonzepte der psychischen Inflation und eines Interpretationsrahmens mit den damit zusammenhängenden Einzelergebnissen der Studie interessant sein. Eine Untersuchung zweier Vergleichsgruppen innerhalb eines kirchlich-institutionellen Umfelds bzw. aus dem Bereich der transpersonalen Psycho-

logie könnte die Bedeutung der religiös-spirituellen Biografie gezielt erhellen. Dabei könnte sich zeigen, ob eine aktive Auseinandersetzung mit religiös-spirituellen Themen sich als wichtiger protektiver Faktor bestätigt und welcher Art eine solche Auseinandersetzung sein muss, um hilfreich für die Betroffenen zu sein. Ebenso wäre eine systematische Untersuchung der Inhalte religiöser Visionen aufschlussreich, da die visionären Inhalte und Motive in der vorliegenden Studie bei den psychisch kranken VisionärInnen (Gruppe 1) von der Literatur zu religiösem Erleben in einer Psychose (vgl. z.B. Jackson und Fulford, 1997, Mundhenk, 1999) abweichen.

Erfreulicherweise wurden seit dem Entstehen der vorliegenden Studie vermehrt religiöse und spirituelle Themen im Rahmen der Psychiatrie und Psychotherapie diskutiert (z.B. Keks und D'Souza, 2003, Verhagen, 2010) und die Notwendigkeit des Einbezugs oder der Beachtung dieser Bereiche in eine psychiatrische Behandlung wird betont (z.B. D'Souza und George, 2006, Josephson et al., 2000, Sperry, 2000). Turbott (2004) stellt eine wachsende Akzeptanz der Bedeutung von Religion und Spiritualität in der Psychiatrie fest. Van Belzen (2007) spricht gar von einem „regelrechten Boom“ (S. 57) an Veröffentlichungen aus dem Bereich der Psychologie und Psychiatrie, die sich für Religion interessieren. Es bestehen aktuelle Bestrebungen, die Bedeutung von Religiosität und Spiritualität im psychiatrischen Kontext vermehrt zu würdigen und sie nicht mehr so sehr als mögliche Problematiken, sondern vor allem auch als Ressourcen einzubeziehen und in die Schulung und Weiterbildung von Psychiatern und Psychotherapeuten aufzunehmen (Grabovac et al., 2008, Kozak et al., 2010, Puchalski et al., 2000).

Referenzen

1. Allport G W & Ross J W (1967): Personal religious orientation and prejudice. *Journal of Personality and Social Psychology*, 67, 432-443.
2. Assagioli R (1988/1992): Psychosynthese und transpersonale Entwicklung, Paderborn, Junfermann. (Original erschienen 1988: *Lo sviluppo transpersonale*).
3. Benz E (1969): *Die Vision. Erscheinungsformen und Bilderwelt*, Stuttgart, Klett.
4. D'souza R & George K (2006): Spirituality, religion and psychiatry: its application to clinical practice. *Australasian Psychiatry*, 14, 408-412, December 2006.
5. Engel K (1998): Meditation - und ihre gesundheitsrelevanten Aspekte. *Transpersonale Psychologie und Psychotherapie*, 4, 83-91.
6. Feagin J R (1964): Prejudice and religious types: A focused study of southern fundamentalists. *Journal for the scientific Study of Religion*, 4, 3-13.
7. Flick U (1995): *Qualitative Forschung. Theorie, Methoden, Anwendung in Psychologie und Sozialwissenschaften*, Reinbek bei Hamburg, Rowohlt.
8. Grabovac A, Clark N & Mario M K (2008): Pilot study and evaluation of postgraduate course on "The interface between spirituality, religion and psychiatry". *Academic Psychiatry*, 32, 332-337, July/August 2008.
9. Heinrich K (1997): Religiöse Erlebensweisen in psychiatrischer Sicht. *Zeitschrift für Klinische Psychologie, Psychiatrie und Psychotherapie*, 45, 145-156.
10. Henning C (2007): Außeralltägliche religiöse Phänomene in systematisch-theologischer Sicht. In: Henning C & Van Belzen, J A (Hrsg.): *Verrückt nach Gott. Zum Umgang mit außergewöhnlichen religiösen Phänomenen in Psychologie, Psychotherapie und Theologie*. Paderborn, Schöningh.
11. Hermans H (1991): Narratives Interview. In: Flick U, Kardorff, E V, Keupp, H, Rosenstiel, L V & Wolff, S (Hrsg.): *Handbuch Qualitative Sozialforschung. Grundlagen, Konzepte, Methoden und Anwendungen*. München, Psychologie Verlags Union.
12. Jackson M & Fulford K W M (1997): Spiritual experience and psychopathology. *Philosophy, Psychiatry and Psychology*, 4, 41-65.
13. Josephson A, Larson D B & Juthani N (2000): What's happening in Psychiatry Regarding Spirituality? *Psychiatric Annals*, 30, 533-541, August 2000.
14. Jung C G (1976): *Die Archetypen und das kollektive Unbewusste*, Olten, Walter.
15. Jung C G (1981): *Das symbolische Leben (I)*, Olten, Walter.
16. Keks N & D'souza R (2003): Spirituality and psychosis. *Australasian Psychiatry*, 11, 170-171, June 2003.
17. Kim J-K (1988): *Strukturelle Zusammenhänge zwischen Religiosität und Persönlichkeit*, Bonn, Universität (Dissertation).
18. Knoblauch H & Schnettler B (2001): *Die kulturelle Sinnprovinz der Zukunftsvision und Ethnophänomenologie*. *Psychotherapie und Sozialwissenschaft*, 3, 228-249.
19. Kolb B (1996): *Neuropsychologie*, Heidelberg, Berlin, Oxford, Spektrum Akademischer Verlag.
20. Kozak L, Boynton L, Jacob B & Bezy E (2010): Introducing spirituality, religion and culture curricula in the psychiatry residency programme. *Medical Humanities*, 36, 48-51.
21. Kroll J & De Ganck R (1986): The adolescence of a thirteenth-century visionary nun. *Psychological Medicine*, 16, 745-756.
22. Mayring P (1994): *Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken*, Weinheim, Deutscher Studien Verlag.
23. Menezes A & Moreira-Almeida A (2010): Religion, spirituality and psychosis. *Current Psychiatry Reports*, 12, 174-179, June 2010.
24. Mundhenk R (1999): *Sein wie Gott. Aspekte des Religiösen im schizophrenen Erleben und Denken.*, Neumünster, Paranus.

25. Otto R (1917/2004): *Das Heilige. Über das Irrationale in der Idee des Göttlichen und sein Verhältnis zum Rationalen*, München, C.H. Beck.
26. Podvoll E M (1997): *Verlockung des Wahnsinns. Therapeutische Wege aus entrückten Welten*, München, Hugendubel.
27. Puchalski C M, Larson D B & Lu F (2000): Spirituality courses in psychiatry residency programs. *Psychiatric Annals*, 30, 543-548, August 2000.
28. Rosenthal G (1998): Das Phänomen der psychischen Inflation im spirituellen Bereich. In: Wilber K, Ecker, B & Anthony, D (Hrsg.): *Meister, Gurus, Menschenfänger. Über die Integrität spiritueller Wege*. Frankfurt am Main, Fischer Taschenbuch.
29. Sacks O (1996): *Der Mann, der seine Frau mit einem Hut verwechselte*, Reinbek bei Hamburg, Rowohlt.
30. Scagnetti-Feurer T (2004): *Religiöse Visionen*, Würzburg, Königshausen & Neumann.
31. Schallenberg G (1979): *Visionäre Erlebnisse. Erscheinungen im 20. Jahrhundert. Eine psychopathologische Untersuchung*, Aschaffenburg, Paul Pattloch.
32. Scharfetter C (1977): *Religiöser Wahn*. Fachzeitschrift des Schweizerischen Verbandes diplomierter Psychiatrieschwestern und Psychiatriepfleger, 77, 73-77.
33. Scharfetter C (1995b): *Krisen auf dem Weg. Sogenannte spirituelle Krisen aus der Sicht eines Psychiaters*. In: Matzner M, Riedel, L & Schäfflein, O (Hrsg.): *Mit Krisen leben. Luzerner Psychotherapie Tage 1995*. Goldach, Luzerner Psychotherapie Tage.
34. Segal S (2000): *Kollision mit der Unendlichkeit*, Reinbek bei Hamburg, Rowohlt.
35. Sperry L (2000): Spirituality and psychiatry: Incorporating the spiritual dimension into clinical practice. *Psychiatric Annals*, 30, 518-523.
36. Stephens A (1992): *Visions and voices*. *Modern Churchman*, 34, 42-46.
37. Stettner J-W (1974): *What to do with visions*. *Journal of Religion and Health*, 13, 229-238.
38. Stroebe W, Hewstone M & Stephenson G M (1996): *Sozialpsychologie. Eine Einführung*, Berlin, Heidelberg, New York, Springer.
39. Turbott J (2004): *Religion, spirituality and psychiatry: steps towards rapprochement*. *Australasian Psychiatry*, 12, 145-147, June 2004.
40. Van Belzen J A (2007): *Zum psychologischen Umgang mit außeralltäglichen religiösen Phänomenen - Konditionen der Interpretationen*. In: Henning C & Van Belzen, J A (Hrsg.): *Verrückt nach Gott. Zum Umgang mit außergewöhnlichen religiösen Phänomenen in Psychologie, Psychotherapie und Theologie*. Paderborn, Schöningh.
41. Vergote A (2007): *Klinische Psychologie außergewöhnlicher religiöser Erfahrungen*. In: Henning C & Van Belzen, J A (Hrsg.): *Verrückt nach Gott. Zum Umgang mit außergewöhnlichen religiösen Phänomenen in Psychologie, Psychotherapie und Theologie*. Paderborn, Schöningh.
42. Verhagen P J (2010): *The case for more effective relationships between psychiatry, religion and spirituality*. *Current Opinion in Psychiatry*, August 2010.
43. Walach H (2000): *Narzissmus - Der Schatten der Transpersonalen Psychologie*. *Transpersonale Psychologie und Psychotherapie*, 6, 53-67.
44. Wiebe P (1999): *The christic visions of Teresa of Avila*. *Scottish Journal of Religious Studies*, 20, 73-87.
45. Zweifel A & Scharfetter C (1977): *Christliche Religiosität und Psychopathologie*. *Schweizer Archiv für Neurologie, Neurochirurgie und Psychiatrie*, 121, 317-324.
46. Zwingmann C (1991): *Religiosität und Lebenszufriedenheit*, Regensburg, S. Roderer.

Eingereicht: 29.08.2010, Reviewer: Christian Zwingmann, Bernt Schnettler, überarbeitet eingereicht: 23.01.2011, online veröffentlicht: 30.04.2011, Layout: Wilfried Honekamp, Korrektorat: Holger Lange.

Zu zitieren als:

Scagnetti-Feurer T: Gesund oder krank? Eine vergleichende Untersuchung religiöser Visionen an PsychiatriepatientInnen und Gesunden. Zeitschrift für Nachwuchswissenschaftler 2011/3(1)

Please cite as:

Scagnetti-Feurer T: Healthy or ill? A comparative study of religious visions with psychiatric inpatients and mentally healthy persons. German Journal for Young Researchers 2011/3(1)

URL: <http://www.nachwuchswissenschaftler.org/2011/1/30/>

URN: urn:nbn:de:0253-2011-1-303