Spiritualität und Religiosität in der psychotherapeutischen Praxis. Eine bundesweite Befragung von Psychologischen Psychotherapeuten

Von der Fakultät für Mathematik und Naturwissenschaften der Carl von Ossietzky Universität Oldenburg zur Erlangung des Grades und Titels einer

Dr. phil.

angenommene Dissertation

von Frau Liane Iris Hofmann

geboren am 6. 10. 1966 in Zweibrücken

Gutachter: Prof. Dr. Wilfried Belschner, Universität Oldenburg

Zweitgutachter: Prof. Dr. Dr. Harald Walach, Universität Northampton, GB

Tag der Disputation: 23.6. 2009

Inhaltsverzeichnis

Zusammenfassung der Dissertation i
Abstract of the Dissertation iv

Danksagung 7

I. Einleitung 9

II. Hintergrund der Studie 14
1. Wachsendes Interesse der akademischen Psychologie an den Themenbereichen Spiritualität und Religiosität 14
2. Zu den möglichen Ursachen für das wachsende Interesse an diesbezüglichen Fragestellungen und Ansätzen 19
2.1. Hohe Bedeutsamkeit von Religiosität und Spiritualität im Leben der US - amerikanischen Allgemeinbevölkerung 19
2.2. Die diesbezüglichen Entwicklungen im europäischen und im bundesdeutschen Raum 22
Exkurs: Definitionen und Konzeptualisierungen von Spiritualität und Religiosität 31
2.3. Zunehmende Kritik an der akademischen Psychologie und der Psychiatrie hinsichtlich ihres Umgangs mit den Themenbereichen Religiosität und Spiritualität 48
2.3.1. Mögliche Ursachen für die Vermeidung von religionsbezogenen Themen 52
2.4. Diagnostische Fragestellungen: Das Konzept der Spirituellen Krise und die DSM-IV V-Codierung „Religiöse oder Spirituelle Probleme“ 56
2.4.1. Spirituelle Krisen und Transpersonale Störungen 57
2.4.1.1. Zu den Grundannahmen des Konzeptes der Spirituellen Krise 60
2.4.1.1.1. Die Annahme eines heilsamen Potentials von veränderten Bewusstseinszuständen und von transpersonalen Erfahrungen 60
2.4.1.1.2. Erweiterte Modelle der Bewusstseinsentwicklung 62
2.4.1.1.3. Der Spirituelle Weg und seine Gefahren 64
2.4.1.1.4. Prognose einer Erhöhung der Inzidenz von spirituellen und transpersonalen Störungen 67
2.4.1.1.5. Entpathologisierung bestimmter krisenhafter psychischer Erfahrungen und die Forderung nach alternativen Behandlungsansätzen 69
2.4.1.2. Erscheinungsformen der Spirituellen Krise 70
2.4.1.2.1. Die Schamanische Krise 71
2.4.1.2.2. Kundalini-Erwachen 72
2.4.1.2.3. Episoden von Einheitsbewusstsein 73
2.4.1.2.4. Psychologische Erneuerung durch die Rückkehr zum Zentrum 73
2.4.1.2.5. Krise der sensitiven Öffnung (Psychic opening) 74
2.4.1.2.6. Erfahrungen aus früheren Leben 75
2.4.1.2.7. Kommunikation mit geistigen Führern und „Channeling“ 75
2.4.1.2.8. Besessenheitszustände 76
2.4.1.2.9. Nah-Tod-Erfahrungen 77
2.4.1.2.10. Erfahrungen mit dem Erscheinen von UFOs 77
2.4.1.3. Zur differentialdiagnostischen Einordnung von Spirituellen Krisen 78
2.4.1.3.1. Spirituelle Krise und Psychose 78
2.4.1.3.2. Zentrale Grundpfeiler der differentialdiagnostischen Beurteilung von klinisch relevanten spirituellen Problemen 81
2.4.1.3.2.1. Das Stufenmodell der Bewusstseinsentwicklung von Ken Wilber 81

2.4.1.3.2.2. Die Einbeziehung des psychischen Strukturniveaus ... 88
2.4.1.3.2.3. Weitere Konzeptualisierungen der Spirituellen Krise und der religiösen oder spirituellen Störungen auf Grundlage dieser Modelle ... 90
2.4.1.3.3.1. Religiöse Störungen ... 93
2.4.1.3.3.2. Psycho-spirituelle Störungen ... 93
2.4.1.3.3.3. Transpersonale Störungen ... 94
2.4.1.4. Einige abschließende Bemerkungen zu den Spirituellen Krisen und Transpersonalen Störungen ... 100
2.4.2. Die Historische Entwicklung und aktuellen Implikationen der DSM-IV V-Codierung „Spirituelles oder Religiöses Problem“ ... 100
2.4.2.1. Zur Begründung der Notwendigkeit einer neuen diagnostischen Kategorie „Religiöses oder spirituelles Problem“ ... 101
2.4.2.2. Aufnahme der Kategorie in das DSM-IV ... 102
2.4.2.3. Zur Problematik der Kategorie ... 104
2.4.2.4. Typen Spiritueller und Religiöser Probleme ... 105
2.4.2.4.1. Religiöse Probleme ... 106
2.4.2.4.1.1. Intensivierung der Anhängerschaft an Glaubensinhalte und Praktiken ... 107
2.4.2.4.1.2. Wechsel der konfessionellen Zugehörigkeit oder Konversion zu einer neuen Religion ... 107
2.4.2.4.1.3. Verlust oder Infragestellung des Glaubens ... 108
2.4.2.4.1.4. Schuld ... 108
2.4.2.4.1.5. Neue religiöse Bewegungen und Kulte ... 108
2.4.2.4.2. Spirituelle Probleme ... 108
2.4.2.4.2.1. Nah-Tod-Erfahrung ... 109
2.4.2.4.2.2. Mystische Erfahrung ... 110
2.4.2.4.2.3. Infragestellen spiritueller Werte ... 111
2.4.2.4.2.4. Spirituelles Erwachen / Krise ... 111
2.4.2.4.2.5. Trennung von einem spirituellen Lehrer ... 112
2.4.2.4.2.6. Tödliche Krankheit ... 112
2.4.2.4.2.7. Meditation ... 113
2.4.2.5. Vorteile der V-Kodierung und Implikationen für die Forschung ... 114
2.4.2.6. Weitere Neuerungen im DSM – Veränderungen im Hinblick auf kulturelle Sensibilität ... 115
2.4.2.7. Abschließende Beurteilung ... 118
3. Einbeziehung von Spiritualität und Religiosität im Rahmen der Psychotherapie und die Entwicklung von integrativen Ansätzen ... 118
3.1. Der Einsatz von Meditationspraktiken im Kontext der Psychotherapie ... 120
3.1.1. Achtsamkeits- und akzeptanzbasierte Therapie ... 120
3.1.1.1. Mindfulness Based Stress Reduction (MBSR) ... 125
3.1.1.2. Mindfulness Based Cognitive Therapy (MBCT) ... 126
3.1.1.3. Dialektische Therapie der Borderline-Störungen (DBT) ... 127
3.1.1.4. Zu den Wirkfaktoren von achtsamkeitsbasierten psychotherapeutischen Ansätzen ... 128
3.1.1.5. Stand der Forschung ... 130
3.2. Adaptierte kognitiv-behaviorale Psychotherapie für den religiösen Klienten ... 131
3.3. Explizit integrative Ansätze ... 132
3.3.1. Ansätze mit christlich-theistischem Hintergrund ... 134
3.3.2. Allgemeine Leitlinien zur Einbeziehung von Spiritualität und Religiosität im Rahmen der Anamnese und Diagnostik ... 138
3.3.3. Transpersonale und Integrale Psychotherapie ... 141
3.3.3.1. Integrale Psychotherapie und Diagnostik ... 152

3.3.3.2. Ergebnisse einer empirischen Untersuchung zur Vorgehensweise von integral oder ganzheitlich orientierten Psychotherapeuten 154
3.4. Ethische Fragestellungen – zu den Möglichkeiten und Grenzen einer Integration 160
3.5. Abschließende Beurteilung zum Thema „Integrative Ansätze“ 169

III. Stand der Forschung 172
1. Befragung von Psychotherapeuten zu dem Themenfeld „Spiritualität / Religiosität und Psychotherapie“ 172
1.1. US-amerikanische Studien 174
1.1.1. Akademiker und Religion 174
1.1.2. Befragungen von Psychotherapeuten 175
1.1.2.1. Geringere Einbindung in die konventionellen, institutionalisierten Formen der Religiosität – Religiöse Kluft 176
1.1.2.2. Interesse und Wertschätzung gegenüber der noetischen Dimension menschlichen Lebens - Persönliche Formen der Spiritualität 178
1.1.2.3. Glaubensüberzeugungen 183
1.1.2.4. Relevanz spiritueller / religiöser Themen im Rahmen der Behandlung 184
1.1.2.5. Ausbildung und Training 186
1.1.2.6. Einschätzung der Aus- und Weiterbildung bezüglich religiöser oder spiritueller Themen 187
1.1.2.7. Religiöse / spirituelle Interventionen in der Psychotherapie 188
1.1.2.8. Systematische Erfassung der religiösen / spirituellen Dimension im Rahmen der klinischen Praxis (Assessment) 190
1.1.2.9. Einfluss der theoretischen Orientierung 191
1.2. Studien aus dem deutschsprachigen Raum 194
1.2.1. Überblick 194
1.2.1.1. Psychotherapeuten denken religiös (Jordahl, 1990) 195
1.2.1.2. Glaubensüberzeugungen bei Psychotherapeuten / Psychotherapeutinnen (Ludwig & Plaum, 1998) 196
1.2.1.3. Psychotherapie und Religion - eine repräsentative Umfrage unter fränkischen Psychotherapeuten (Demling, Wörthmüller, O’Conolly, 2001) 196
1.2.2. Deskriptive Ergebnisse 197
1.2.2.1. Glaubensüberzeugungen 197
1.2.2.2. Konfessionszugehörigkeit 198
1.2.2.3. Religiöse Einstellung und Praxis 198
1.2.2.4. Religiosität / Spiritualität und Psychotherapie 199
1.2.2.5. Handhabung des Themas innerhalb der eigenen psychotherapeutischen Praxis 200
1.2.2.6. Aus- und Weiterbildung 201
1.2.2.7. Interventionen religiöser Natur 201
1.2.3. Zusammenhänge zwischen einzelnen Variablen 201
1.2.3.1. Persönliche Religiosität und Einstellung zur Religion in der Psychotherapie 202
1.2.3.2. Geschlecht 202
1.2.3.3. Alter 202
1.2.3.4. Konfession 203
1.2.3.5. Psychotherapeutische Orientierung 203
1.3. Abschließende Beurteilung der Ergebnisse der Psychotherapeutenbefragungen .. 204

IV. Methodik 205
1. Zu den Fragestellungen der Studie 205
2. Untersuchungsdesign der Gesamtstudie 208

2.1. Zielsetzungen und Vorgehen der vorliegenden Befragung 210
2.2. Das Erhebungsinstrument 211
2.3. Beschreibung der Antwortpostkarte 212
Exkurs 2: Zur Verwendung und Definition der Begriffe Spiritualität und Religiosität im Rahmen der vorliegenden Studie 213
2.4. Ablauf der Befragung 214
2.5. Maßnahmen zur Erprobung der Eignung und zur Erhöhung der Qualität des Fragebogens 214
2.6. Strategien zur Erhöhung und Kontrolle des Rücklaufs sowie zur Einschätzung der Repräsentativität der erhaltenen Daten 215
3. Vorlaufphase – Bestimmung von geeigneten Quellen für die Stichprobenrekrutierung 217
4. Pilotstudie 221
4.1. Ablauf der Pilotstudie 221
4.2. Ergebnisse 222
4.3. Zusammenfassende Beurteilung der Pilotstudie 228
4.4. Modifikationen auf Basis der Ergebnisse der Pilotstudie 229
5. Stichprobe 230
5.1. Quellen der Stichprobenziehung 230
5.2. Vorgehen bei der Erstellung der Ursprungslisten für die Stichprobenziehung 230
5.3. Berechnung der geplanten Stichprobe(n) für die Hauptstudie 232
5.3.1. Kriterien für die Berechnung der Stichprobengröße 232
5.3.2. Grundsätzliche Anmerkung zur Stichprobenberechnung 233
5.3.3. Stichprobenberechnung Kurzbefragung 234
5.3.4. Stichprobenberechnung Vertiefende Befragung 236
5.4. Zusammenfassung 238
6. Datenaufbereitung und Datenauswertung 240

V. Ergebnisse 243
1. Rücklauf und Beschreibung der Stichprobe 243
2. Deskriptive Auswertung 244
2.1. Soziodemographische Daten 244
2.1.1. Alter 244
2.1.2. Geschlecht 245
2.1.3. Familienstand und Partnersituation 245
2.1.4. Nationalität und Ost-West-Verteilung 245
2.2. Angaben zur psychotherapeutischen Tätigkeit 247
2.2.1. Dauer der psychotherapeutischen Tätigkeit 248
2.2.2. Anzahl der Klienten und der Stunden 248
2.2.3. Beruflicher Status 250
2.2.4. Abgeschlossene Ausbildungen 251
2.2.5. Angaben zur theoretischen Orientierung 257
2.3. Religiosität und Spiritualität in der psychotherapeutischen Praxis 264
2.3.1. Relevanz der Themenbereiche Religiosität und Spiritualität im Rahmen der psychotherapeutischen Praxis 265
2.3.1.1. Religiöse / spirituelle Inhalte und Probleme in der Psychotherapie 265
2.3.1.2. Anteil der Klienten, in deren Leben eine spirituelle oder religiöse Ausrichtung eine bedeutsame Rolle spielt 267
2.3.1.3. Wunsch nach expliziter Anerkennung in der Behandlung 268
2.3.2. Auseinandersetzung mit psychologisch relevanten Fragestellungen in Hinblick auf die Themenbereiche Religiosität und Spiritualität 269

2.3.3. Beurteilung von Aus- und Weiterbildung in Bezug auf die Themenbereiche Religiosität und Spiritualität ... 286
2.3.3.1. Wunsch nach stärkerer Berücksichtigung dieses Spezialgebiets im Rahmen des Diplomstudiengangs Psychologie ... 287
2.3.3.2. Grad der Berücksichtigung im Rahmen der Psychotherapieausbildung ... 287
2.3.3.3. Zufriedenheit mit der Psychotherapieausbildung ... 288
2.3.3.4. Nutzen von Weiterbildungen ... 289
2.3.4. Kompetenz im Umgang mit spirituellen / religiösen Klienten und Problemen ... 290
2.4. Fragen zur religiösen / spirituellen Orientierung und Einbindung der Psychotherapeuten ... 291
2.4.1. Konfession ... 291
2.4.2. Glaube an eine höhere Wirklichkeit ... 292
2.4.3. Bezeichnung der eigenen Glaubenseinstellung ... 293
2.4.4. Bedeutsamkeit von Religiosität bzw. Spiritualität für das eigene Leben ... 294
2.4.5. Eigene religiöse bzw. spirituelle Erfahrungen ... 295
2.4.6. Auswirkung der eigenen spirituellen bzw. religiösen Orientierung auf die psychotherapeutische Praxis ... 296
3. Gruppenvergleiche bezüglich der Faktoren „theoretische Orientierung“ und „Konfession“ ... 297
3.1. Ergebnisse der varianzanalytischen Gruppenvergleiche hinsichtlich des Faktors theoretische Orientierung im Überblick ... 299
3.1.1. Die einzelnen abhängigen Variablen ... 300
3.1.1.1. Anzahl religiöser / spiritueller Inhalte und Probleme ... 300
3.1.1.2. Anzahl spiritueller / religiöser Klienten ... 300
3.1.1.3. Wunsch nach expliziter Anerkennung und Einbeziehung der religiösen Orientierung in die Behandlung ... 301
3.1.1.4. Auseinandersetzung mit dem Spezialgebiet Religiosität und Spiritualität ... 301
3.1.1.5. Grad der Berücksichtigung in der Psychotherapieausbildung ... 302
3.1.1.6. Zufriedenheit mit der Psychotherapieausbildung ... 302
3.1.1.7. Nutzen von Weiterbildung ... 302
3.1.1.8. Kompetenz im Umgang mit religiösen / spirituellen Klienten ... 303
3.1.1.9. Bedeutsamkeit von Religiosität und Spiritualität im eigenen Leben ... 303
3.1.1.10. Auswirkung der spirituellen / religiösen Orientierung auf die psychotherapeutische Praxis ... 303
3.1.1.11. Eigene spirituelle / religiöse Erfahrungen ... 304
3.1.2. Zusammenfassende Beurteilung der Gruppenvergleiche ... 306
3.1.3. Darstellung der typischen Vertreter der einzelnen theoretischen Orientierungen ... 310
3.1.3.1. Der primär kognitiv-behavioral orientierte Psychotherapeut ... 310
3.1.3.2. Der primär psychoanalytisch / tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapeut ... 310
3.1.3.3. Der primär methodenübergreifend orientierte Psychotherapeut ... 311
3.1.3.4. Der primär humanistisch orientierte Psychotherapeut ... 311
3.2. Gruppenvergleiche bezüglich der theoretischen Orientierung für kategoriale Variablen ... 312
3.2.1. Stärkere Berücksichtigung im Rahmen des Psychologiestudiums ... 312
3.2.2. Konfessionszugehörigkeit ... 313
3.2.3. Bezeichnung der eigenen Glaubenseinstellung ... 314
3.2.4. Glaube an eine höhere Wirklichkeit ... 315
3.3. Varianzanalytische Gruppenvergleiche bezüglich des Faktors „Konfession“ ... 317
3.4. Gruppenvergleiche bezüglich des Faktors Konfession für kategoriale Variablen 318

4. Multiple Regression 321
4.1. Überprüfung auf Verletzung der Voraussetzungen 322
4.1.1. Nichtlinearität 322
4.1.2. Multikollinearität 322
4.1.3. Autokorrelation 323
4.1.4. Heteroskedastizität 323
4.1.5. Nicht-Normalverteilung 323
4.1.6. Abschließende Beurteilung 323
4.2. Vorgehen 323
4.3. Korrelationsstatistische Ergebnisse 324
4.4. Ergebnisse der Multiplen Regression 326
5. Ergebnisse der Nichtteilnehmerbefragung 329

VI. Diskussion und Ausblick 332
1. Zur Repräsentativität der Untersuchungsstichprobe 332
2. Diskussion der Ergebnisse 334
2.1. Relevanz der Themenbereiche Spiritualität und Religiosität im Rahmen der psychotherapeutischen Praxis 334
2.2. Konfessionszugehörigkeit 335
2.3. Spiritualität / Religiosität der Psychotherapeuten 337
2.4. Berücksichtigung der Themenbereiche Spiritualität und Religiosität im Rahmen der Aus- und Weiterbildung 338
2.5. Auswirkung der spirituellen / religiösen Orientierung des Therapeuten auf dessen psychotherapeutische Tätigkeit 342
2.6. Die Bedeutung der theoretischen Orientierung 343
2.7. Der Einfluss transpersonaler Konzepte und Perspektiven 346
2.8. Vorhersage der Anzahl der Klienten, die spirituelle / religiöse Inhalte und Probleme thematisieren 347
3. Implikationen für die akademische und psychotherapeutische Ausbildung 349
4. Ausblick 350

VII Literatur 352
Abbildungsverzeichnis 374
Tabellenverzeichnis 374

VIII. Anhang 376
Anhang A: Tabelle „Studien zum Thema“ 377
Anhang B: Anschreiben, Fragebogen und Antwortpostkarte zur Hauptbefragung 385
Anhang C:Anschreiben und Fragebogen zur Nichtteilnehmerbefragung 395
Anhang D: Statistiken 398
D1: Varianzanalystische Gruppenvergleiche. Feste Faktoren theoretische Orientierung und Konfession, Kovariate Alter 399
D2: Post-Hoc-Analysen Faktor Theoretische Orientierung 413
D3: Post-Hoc-Analysen Faktor Konfession 422
D4: Multiple Regression 426
D5: Statistiken zur Nichtteilnehmerbefragung 437
D6: Gruppenvergleiche mit non-parametrischen Verfahren 439
Erklärung 453
Lebenslauf 454

Zusammenfassung der Dissertation

In den vergangenen beiden Jahrzehnten lässt sich innerhalb der akademischen Psychologie eine zunehmende theoretische Diskussion und empirische Erforschung von klinisch-psychotherapeutisch relevanten Fragestellungen im Zusammenhang mit den Themenbereichen Spiritualität und Religiosität beobachten. Einen Schwerpunkt bildet dabei die Frage nach dem Umgang mit Spiritualität und Religiosität in der psychotherapeutischen Praxis sowie dem klinischen Wert einer Einbeziehung von spirituellen / religiösen Faktoren in die psychotherapeutische Praxis und Diagnostik. Empirische Studien zum Thema stammen bislang jedoch vor allem aus den USA.

Im Rahmen der vorliegenden Studie wurde die erste bundesweite Fragebogenerhebung mit in freier Praxis tätigen Psychologischen Psychotherapeuten zu den Themenbereichen Spiritualität und Religiosität durchgeführt. Das Forschungsvorhaben zielte darauf ab, die Einstellungen und Erfahrungen von Vertretern der etablierten psychotherapeutischen Versorgung bezüglich dieser Themenfelder zu explorieren. Dabei sollte im Einzelnen den folgenden Fragestellungen genauer nachgegangen werden:

a) In welchem Ausmaß und in welcher spezifischen Art und Weise sind die Themenbereiche Spiritualität und Religiosität in der derzeitigen bundesdeutschen psychotherapeutischen Praxis von Bedeutung?
b) In welchem Maße wurden klinisch relevante Fragestellungen zu diesen Themenbereichen im Rahmen der Psychotherapieausbildung berücksichtigt?
c) Wie beurteilen die psychotherapeutischen Praktiker ihre diesbezügliche Ausbildung und welche Bedürfnisse äußern sie?
d) Wie lässt sich die persönliche religiöse / spirituelle Einbindung und Orientierung der Psychotherapeuten beschreiben?
e) Welchen Einfluss hat die spirituelle bzw. religiöse Orientierung der Psychotherapeuten auf deren psychotherapeutische Tätigkeit?
f) Welche Bedeutung hat die theoretische Orientierung in Hinblick auf die Einstellung zu und den Umgang mit diesen Themenbereichen?

Eine der Herausforderungen der Studie lag darin, eine möglichst repräsentative Stichprobe zu erheben. Um dies zu gewährleisten, wurde ein mehrstufiges Vorgehen gewählt: Vorab wurde eine Pilotstudie mit einer repräsentativen Stichprobe von N = 120 durchgeführt, um den Fragebogen zu erproben und eine maximale Kooperation von Seiten der Psychotherapeuten zu sichern. Es folgte ein Kurzfragebogen, der so knapp wie möglich gehalten war, um dadurch möglichst viele der angeschriebenen Psychotherapeuten dazu zu

bewegen, sich an der Studie zu beteiligen. Dieser wurde an eine Stichprobe von 1700 Psychologischen Psychotherapeuten, bestehend aus repräsentativen Subgruppen von Psychotherapeuten der drei großen Psychotherapieschulen (kognitiv-behavioral, psychoanalytisch / tiefenpsychologisch fundiert, klientenzentriert), verschickt. Als nächstes wurde eine Nichtteilnehmerbefragung durchgeführt, die dazu dienen sollte, den Response-Bias zu bestimmen. In einem vierten Schritt kam schließlich ein differenzierter Vertiefungsfragebogen zum Einsatz, der an eine Teilstichprobe von Psychotherapeuten verschickt wurde, die sich im Rahmen der Kurzbefragung bereit erklärt hatten, darüber hinaus auch an einer vertiefenden Befragung teilzunehmen. Im Rahmen der vorliegenden Dissertation wurden die ersten drei Abschnitte der Studie bearbeitet.

Ausgewählte Ergebnisse: Die Rücklaufquote lag mit einem N von 909 bei 57%. Zudem erklärten sich 55% der teilnehmenden Psychotherapeuten (N = 498) bereit, auch an der geplanten vertiefenden Befragung teilzunehmen. Es zeigte sich, dass die drei großen Psychotherapieschulen zu etwa gleichen Anteilen vertreten waren. Darüber hinaus ergab die Nicht-Teilnehmerbefragung, dass nur eine leichte Stichprobenverzerrung vorlag: Und zwar waren unter den Teilnehmern diejenigen Psychotherapeuten tendenziell stärker vertreten, die sich für solche Themen stärker interessieren – nämlich humanistische und integrative Psychotherapeuten. Somit sind die Daten als annähernd repräsentativ einzustufen.

Es zeigte sich, dass die Themenbereiche Spiritualität und Religiosität auch für das Gros der Psychologischen Psychotherapeuten in der Bundesrepublik Deutschland ein aktuelles und relevantes Thema darstellen. Die Befragten erwiesen sich als sehr aufgeschlossen und interessiert, was diesbezügliche Fragestellungen anbelangt. Nach Einschätzung der Psychotherapeuten thematisieren im Durchschnitt 22% ihrer Klienten im Verlauf der Behandlung Inhalte und Probleme, die mit den Themenbereichen Spiritualität oder Religiosität zu tun haben. Demgegenüber ergab sich, ähnlich wie bei US-amerikanischen Studien, dass psychologisch relevante Fragestellungen im Zusammenhang mit den Themenbereichen Spiritualität und Religiosität im Rahmen der Psychotherapieausbildung nur marginal berücksichtigt werden. 81% der befragten Psychotherapeuten gaben an, dass diese Themen im Rahmen ihrer psychotherapeutischen Ausbildung gar nicht oder wenig berücksichtigt wurden. Ein beträchtlicher Anteil der Befragten sprach sich für eine stärkere Auseinandersetzung mit solchen Inhalten im Rahmen der Aus- und Weiterbildung aus. 67% bejahten den Wunsch nach einer stärkeren Berücksichtigung dieses Spezialgebietes im Rahmen des Psychologiestudiums, und mehr als die Hälfte versprach sich einen mittleren bis sehr hohen Nutzen von Weiterbildungen zum Thema für die eigene psychotherapeutische Praxis.

Darüber hinaus wurde deutlich, dass Spiritualität bzw. Religiosität vor allem im persönlichen Leben vieler Psychotherapeuten von Bedeutung ist. Gefragt nach der Bedeutsamkeit von Spiritualität bzw. Religiosität für das eigene Leben, beschrieben insgesamt 65% diese als in mittlerem (27%), ziemlich (22%) oder sehr hohem Maße (16%) ausgeprägt. Ein weiterer bemerkenswerter Befund dieser Studie ist, dass Spiritualität bzw. Religiosität vor allem als Einflussfaktor von Seiten der Therapeuten eine wesentliche Rolle zu spielen scheinen. So gab mehr als die Hälfte der befragten Psychotherapeuten an, dass ihre persönliche spirituelle bzw. religiöse Orientierung sich in mittlerem (27%), ziemlich (21%) oder sehr hohem Maße (8%) auf ihre psychotherapeutische Tätigkeit auswirke.

Die Unterschiede zwischen den einzelnen Gruppen der theoretischen Orientierung, was deren Einstellung zu und Erfahrungen mit den Themenbereichen Spiritualität und Religiosität anbelangt, erwiesen sich im Rahmen varianzanalytischer Gruppenvergleiche (abgesichert durch non-parametrische Verfahren) bei nahezu allen abhängigen Variablen als signifikant. Dabei war der Verlauf der Unterschiede zwischen den Gruppen nahezu durchgängig wie folgt: Die geringsten Werte lagen bei den primär kognitiv-behavioral orientierten Psychotherapeuten, gefolgt von den psychoanalytisch / tiefenpsychologisch fundierten und den methodenübergreifenden Psychotherapeuten. Die jeweils höchsten Kennwerte zeigten sich bei den humanistisch orientierten Psychotherapeuten. Der Eta-Koeffizient lag für den Faktor theoretische Orientierung bei den einzelnen abhängigen Variablen zwischen 0,021 und 0,076. Insgesamt lässt sich somit festhalten, dass die gefundenen Effekte, die auf den Faktor theoretische Orientierung zurückgehen, von geringer bis mittlerer praktischer Relevanz sind.

Im Rahmen einer schrittweisen multiplen Regression wurde die Frage untersucht, welche Aspekte von Seiten des Psychotherapeuten dazu beitragen, die Thematisierung von spirituellen / religiösen Inhalten und Problemen im Verlauf der Behandlung vorherzusagen. Insgesamt konnten mittels dieser Analyse 26% der Varianz in der Kriteriumsvariablen aufgeklärt werden. Dabei zeigte sich, dass persönliche Merkmale des Therapeuten, wie z.B. dessen persönliche Auseinandersetzung mit diesen Themenbereichen, die Bedeutsamkeit von Religiosität bzw. Spiritualität für dessen eigenes Leben oder der Glaube an eine höhere, transzendente Wirklichkeit, wichtiger sind als strukturelle Faktoren wie Kassenzulassung oder psychotherapeutische Orientierung.

Die Daten weisen insgesamt darauf hin, dass die Themenbereiche Spiritualität und Religiosität für bundesdeutsche psychotherapeutische Praktiker und deren Tätigkeit von beachtlicher Relevanz sind. Die Befunde implizieren von daher, dass religiöse und spirituelle Faktoren im Rahmen der Ausbildung und Forschung stärker berücksichtigt werden sollten.

Abstract of the Dissertation

In the past two decades, a growing theoretical discussion and empirical exploration of clinically relevant issues related to spirituality and religiosity can be observed within academic psychology. Of special interest are the questions of appropriate ways of dealing with spiritual and religious issues in a psychotherapeutic context as well as the clinical value of including spiritual and religious factors in psychotherapeutic practice and diagnostics. However, up to now most of the empirical studies about this subject come from the USA.

In the context of the project the first national survey of psychological psychotherapists in private practice concerning the issues of spirituality and religiosity was conducted. The goal of the research project was to explore the attitudes and experiences of mental health professionals concerning those fields. In particular the following questions were of interest:

a) To which extent and in which form do religiosity and spirituality play a role in contemporary psychotherapeutic practice in Germany?
b) To what degree were clinically relevant issues related to spirituality and religiosity considered in psychotherapy training?
c) How do the psychotherapeutic practitioners evaluate their psychotherapy training as regards this special subject?
d) How can the personal spiritual / religious affiliation and orientation of the psychotherapists be described?
e) To what degree does the psychotherapists' spiritual / religious orientation influence their practice of psychotherapy?
f) Of what importance is their theoretical orientation as regards their attitudes concerning and dealing with these topics?

A special challenge of the research project was to gain a sample as representative as possible. This problem was tackled by a three-tiered approach: First the questionnaire to be used was piloted with a small representative sample, incorporating qualitative feedback to ensure the psychotherapists' maximum collaboration. Then a short-questionnaire was employed, which was restricted to the most important questions currently described in the professional literature, thereby intending to ensure a high response rate. This questionnaire was sent to a sample of 1700 psychotherapists, consisting of representative subgroups of psychotherapists of the major psychotherapeutic schools (cognitive-behavioral approaches, psychoanalysis / in depth psychotherapy and client-centered approaches). Next another very

short questionnaire was sent to a random sample of non-respondents to estimate non-response bias. In a fourth step, a more differentiated and extensive questionnaire was employed. It was sent to a partial sample of psychotherapists who had agreed in the course of the short survey to participate in a further in-depth-survey. The dissertation at hand was concerned with the first three steps of the study.

Selected results: The response rate was 57% with an N of 909. In addition, 55% of the participating psychotherapists (N=498) agreed to participate in a more detailed survey. The major psychotherapeutic schools were equally strongly represented. The non-respondent survey showed that the respondent sample was only slightly biased towards those who are more likely to find this topic of interest, namely humanistic and integrative therapists. Thus the data can be considered comparatively robust.

It became apparent that the subject areas of religiosity and spirituality are also a current and relevant topic for the majority of psychotherapists in the Federal Republic of Germany. The participants proved to be very open minded and interested as regards such issues. The psychotherapists estimated that an average of 22% of their clients address matters and problems related to spirituality and religiosity in the course of therapy. Similar to US-american surveys the survey data suggest that clinically relevant issues related to religiosity and spirituality receive only limited consideration in psychotherapy training. 81% of the psychotherapists reported that such issues were rarely or never included. A great portion of the respondents advocated a greater consideration of this special subject in the context of academic education and psychotherapy training. 67% were of the opinion that it should play a greater part in the graduate education of psychologists and more than half of them estimated the possible benefit of further training concerning such issues as moderately to very high for their own psychotherapeutic practice.

Most notably the psychotherapists were found to have a sizeable personal investment in spirituality and religion. Asked for the relevance of spirituality / religiosity in their personal lives all in all 65% of them described them as of moderate importance (27%), or as fairly (22%) or very important (16%). A further remarkable finding of this study is, that spirituality and religiosity do play an important role as an influencing factor on the part of the psychotherapists. A total of 56% of them endorsed the assertion that their own spiritual / religious orientation influences their practice of psychotherapy at a moderate (27%), fairly (21%) or very strong (8%) level.

By using analysis of variance procedures, the differences between the individual groups of theoretical orientation yielded significant results for nearly all of the dependent variables

(confirmed by non-parametric procedures, Kruskal-Wallis). The course of the mean values within the dependent variables presented itself consistently as follows: The lowest levels were found for psychotherapists who self-classified their theoretical orientation as cognitive-behavioral, followed by psychodynamic / psychoanalytic and eclectic psychotherapists. The highest mean-values were shown by psychotherapists with a humanistic orientation. Eta^2 was between 0.021 and 0.076, signifying small to moderate effects overall.

A multiple regression was performed to examine which factors on the part of the psychotherapists are predicting the discussion of religious / spiritual issues and problems in the course of psychotherapy. All together 26% of the variance could be explained by this analysis. It showed that personal characteristics, such as personal dealings with these subject areas, the relevance of religiosity or spirituality for one's own life or the psychotherapists own belief in a higher transcendent reality, are more important than structural factors, such as professional status or psychotherapeutic orientation.

All in all the data do suggest that the issues of spirituality and religiosity are of considerable relevance for psychotherapeutic practitioners in the Federal Republic of Germany. The findings imply, that spiritual and religious factors should be given greater consideration in the context of education and training as well as research.

Danksagung

Zum Zustandekommen dieser Arbeit haben verschiedene Personen beigetragen, denen ich an dieser Stelle meinen herzlichen Dank aussprechen möchte.

An erster Stelle möchte ich Prof. Dr. Dr. Harald Walach für die engagierte Betreuung der Arbeit danken. Vor allem für seine innovativen Ideen und Anregungen in Hinblick auf das Design der Studie sowie für seine konstruktive, verständnisvolle und ermutigende Haltung in schwierigen Phasen des Projektes, möchte ich ihm meinen Dank aussprechen. Nicht zuletzt sei ihm auch dafür gedankt, dass ich in den verschiedenen Phasen dieser Arbeit auf das Equipment und die Infrastruktur der von ihm geleiteten Abteilung „Evaluation Komplementärmedizin“ am Institut für Umweltmedizin und Krankenhaushygiene des Universitätsklinikums Freiburg zurückgreifen konnte.

Prof. Dr. Franz Caspar sei besonders gedankt für seine Offenheit und sein Interesse an Themenstellungen dieser Art, für die Betreuung der Arbeit in ihrer ersten Phase sowie die dadurch gegebene Möglichkeit der Verankerung der Studie an der Universität Freiburg.

Prof. Dr. Wilfried Belschner, der das Forschungsprojekt von Beginn an mit begleitet und beratend unterstützt hat, sei ganz herzlich dafür gedankt, dass er in dessen fortgeschrittenem Stadium, die wissenschaftliche Betreuung der Disssertation an der Universität Oldenburg übernommen hat.

Den Mitgliedern der Abteilung Empirische Kultur- und Sozialforschung, namentlich Dr. Michael Schetsche, Dr. Gerhard Mayer und Dr. Ina Schmied-Knittel möchte ich meinen Dank aussprechen für die anregenden Diskussionen und das konstruktive Feedback in allen Phasen der Planung und Durchführung der Studie.

Den Mitarbeitern der Arbeitsgruppe „Evaluation Komplementärmedizin“ am Institut für Umweltmedizin und Krankenhaushygiene des Universitätsklinikums Freiburg, sei ebenfalls gedankt für die anregenden Diskussionen von Fragen der Planung und Durchführung der Studie im Rahmen von verschiedenen Forschungskolloquien. Namentlich seien hier vor allem Dr. Holger Bösch, Dr. Corinna Güthlin, Dr. Stefan Schmidt und Dipl. Psych. Susanne Jena erwähnt. Dr. Holger Bösch gilt mein Dank zudem für die Anleitung bei der Nutzung der Software zum Einscannen der Fragebögen, Dr. Corinna Güthlin, Dr. Stefan, Schmidt und Dipl. Psych. Susanne Jena für Beratung und Diskussion von Fragen der statischen Auswertung.

Prof. Dr. Markus Wirtz und Dr. Werner Ehm sei in diesem Zusammenhang ebenfalls ganz herzlich gedankt für ihre Beratung in Hinblick auf Fragen der statistischen Auswertung und für die Zeit, die sie sich dafür genommen haben.

Allen Mitgliedern meiner Familie, groß und klein, möchte ich meinen besonderen Dank aussprechen – vor allem für ihre emotionale Unterstützung und die Geduld, die sie während dieser Zeit mit mir hatten.

Darüber hinaus möchte ich den Teilnehmern der Studie noch einmal ganz herzlich für Ihr Engagement und ihr Interesse an Fragestellungen dieser Art danken. Dieses kam durch das Ausfüllen des Fragebogens, die zum Teil sehr ausführlichen und anregenden Rückmeldungen im Fragebogen sowie in der Bereitschaft zusätzlich an einer zeitaufwändigen vertiefenden Befragung teilzunehmen, deutlich zum Ausdruck.

Mein Dank geht darüber hinaus auch an Dr. Frauke Schmitz-Gropengießer für das engagierte und sorgfältige Korrekturlesen der Arbeit.

Last but not least bin ich auch dem Institut für Grenzgebiete der Psychologie und Psychohygiene für die Finanzierung der Studie zu Dank verpflichtet.

I. Einleitung

Bei der vorliegenden Studie handelt es sich um eine bundesweite, repräsentative Fragebogenerhebung mit in freier Praxis tätigen Psychologischen Psychotherapeuten zu den Themenbereichen Spiritualität und Religiosität. Das Forschungsvorhaben zielte darauf ab, die diesbezüglichen Einstellungen und Erfahrungen von Vertretern der etablierten psychotherapeutischen Versorgung zu explorieren. Darüber hinaus sollte erfasst werden, in welchem Ausmaß und in welcher Form die Themenbereiche Spiritualität und Religiosität in der derzeitigen psychotherapeutischen Praxis von Relevanz sind.

In den vergangenen zwei bis drei Jahrzehnten lässt sich gesamtgesellschaftlich, sowohl in den USA als auch in Deutschland, ein wachsendes Interesse vor allem an persönlichen, individuellen Formen der Spiritualität, ebenso aber auch an den traditionellen, institutionalisierten Formen der Religiosität beobachten. Vielfältige Entwicklungen – sowohl globaler Natur als auch innerhalb der westlichen post-modernen Industriegesellschaften – scheinen insgesamt dazu zu führen, dass die religiöse / spirituelle Dimension menschlicher Erfahrung und die Antworten und Weganleitungen, die die verschiedenen religiösen Traditionen in Hinblick auf menschliche Belange zur Verfügung stellen, von vielen Individuen in zunehmendem Maße gesucht werden. So sprach der Theologe Hans Küng bereits im Jahre 1987 von „einer gegenwärtigen Explosion von Religiosität überall auf der Welt in allen möglichen Formen (mythisch, kultisch, mystisch, christlich, indisch, fernöstlich; progressiv, restaurativ), welche die These vom Absterben der Religion Lüge“ strafe, die jedoch „vom Psychologen und Theologen gleichermaßen mit gemischten Gefühlen betrachtet“ werde (Küng, 1987, S. 9).

Mit diesem nahezu boomartigen Interesse an Spiritualität und Religiosität scheint auch das ganze mögliche Spektrum der damit verbundenen Erscheinungsformen und Aspekte – von den konstruktiven bis hin zu den destruktiven, von den heilsamen bis hin zu den pathogenen – zum Vorschein zu kommen, was dazu führt, dass diese Themen alles in allem recht kontrovers diskutiert werden. Wie auch immer man diese Entwicklungen beurteilen mag – man gewinnt den Eindruck, dass die religiöse / spirituelle Dimension menschlicher Erfahrung aufgrund der fortschreitenden Säkularisierung und Verwissenschaftlichung der westlichen Welt nicht obsolet geworden ist, sondern dass sie eher im Gegenteil derzeit eine Renaissance erlebt.

Dieses zunehmende Interesse an Spiritualität und Religiosität zeigt sich sowohl anhand von Bevölkerungsumfragen als auch an der verstärkten Thematisierung von diesbezüglichen

Inhalten in den Massenmedien. Das breite gesamtgesellschaftliche Interesse an diesen Themenbereichen hat mittlerweile auch Auswirkungen auf die wissenschaftlich Forschenden gezeitigt. Inzwischen werden diesbezügliche Fragestellungen auch im Rahmen der sozialwissenschaftlichen und psychologischen Forschung vermehrt aufgegriffen. Während historisch betrachtet die Themenbereiche Religion und Spiritualität im Rahmen der akademischen Psychologie und der konventionellen Psychotherapie aus den unterschiedlichsten Gründen weitgehend ausgeklammert wurden, scheint diese Ära nun vorüber zu sein. Angeregt durch die gesamtgesellschaftliche Popularität des Themas sowie die sich ändernden Problemlagen und Erfordernisse in den zunehmend multikulturellen westlichen Gesellschaften und einer globalisierten Welt scheint nun auch die akademische Psychologie neu an dieses heranzugehen und die Möglichkeiten der Einbeziehung von Spiritualität und Religiosität innerhalb eines empirisch-wissenschaftlich begründeten psychotherapeutischen Kontextes neu zu sondieren. Dies wird vor allem ersichtlich an der verstärkten Auseinandersetzung mit einer Reihe von entsprechenden Fragestellungen in der Fachliteratur. So werden beispielsweise Fragen nach der Bedeutung des Menschenbildes und der Weltanschauung im Rahmen von Psychotherapie und Beratung vermehrt diskutiert und ebenso Fragen der professionellen Zuständigkeiten und Grenzen im Umgang mit spirituellen oder religiösen Inhalten und Problemen. Von zentraler Bedeutung sind Fragen des klinischen Nutzens einer Einbeziehung von Spiritualität und Religiosität im Rahmen der Behandlung sowie nach der spezifischen Wirksamkeit von diesbezüglichen Ansätzen. All diese Entwicklungen befinden sich derzeit jedoch noch in einem frühen, quasi-experimentellen Stadium.

Der Großteil der wissenschaftlichen Fachliteratur und empirischen Forschung zum Themenfeld „Psychotherapie und Spiritualität / Religiosität“ stammt bislang aus den USA. Dies trifft auch auf diesbezügliche Befragungen von psychotherapeutischen Praktikern zu. Da zu vermuten war, dass sich das Thema aufgrund der anders gearteten historisch-kulturellen Bedingungen und des insgesamt stärkeren Säkularisierungsgrades in den west-europäischen Ländern hierzulande anders konstelliert, lag das Ziel der vorliegenden Untersuchung darin, die Relevanz der Thematik in der bundesdeutschen psychotherapeutischen Praxis genauer zu explorieren. Da dieses Thema im bundesdeutschen Raum bis dato weitgehend unbeforscht war, wurde ein explorativer, hypothesengenerierender und deskriptiver Forschungsansatz gewählt. Zum einen war die Deskription der Gesamtstichprobe von Interesse, zum anderen sollte untersucht werden, welche Bedeutung die theoretische Orientierung der Psychotherapeuten in Hinblick auf das Untersuchungsthema hat. Dazu wurden

Gruppenvergleiche zwischen Vertretern der zentralen psychotherapeutischen Orientierungen, im Einzelnen kognitiv-behavioral, psychoanalytisch / tiefenpsychologisch fundiert, humanistisch und methodenübergreifend, durchgeführt.

Die vorliegende Arbeit ist Bestandteil eines umfassenderen Gesamtprojektes, das am Institut für Grenzgebiete der Psychologie und Psychohygiene (IGPP) in Freiburg im Breisgau in Kooperation mit dem Psychologischen Institut der Albert-Ludwigs-Universität Freiburg durchgeführt wurde. Das Gesamtprojekt bestand aus drei Teilstudien: Im Rahmen einer ersten Erhebungswelle wurde ein Kurzfragebogen eingesetzt, der einige der derzeit diskutierten zentralen Fragestellungen zum Thema beinhaltete. Das Ziel dieser ersten Teilstudie lag in einer möglichst repräsentativen Erhebung dieser Fragen. In der darauf folgenden Zwischenphase wurde eine Skala zur Erfassung der Einstellung von Psychotherapeuten zum Verhältnis von Spiritualität / Religiosität und Psychotherapie entwickelt und im Rahmen einer Diplomarbeit empirisch validiert (Möckelmann, 2002; Hofmann, Möckelmann & Walach, 2003).[1] Die abschließende zweite Erhebungswelle der Hauptstudie bestand aus einer vertiefenden Befragung mithilfe eines umfangreichen Vertiefungsfragebogens, der unter anderem auch eine Kurzform der validierten Einstellungsskala enthielt. Im Rahmen der vertiefenden Befragung sollten Fragen, auf die im Rahmen der Kurzbefragung zugunsten der Repräsentativität verzichtet wurde, differenzierter exploriert werden. Im Rahmen der vorliegenden Dissertation wurde die erste Teilstudie des Gesamtprojektes bearbeitet.

Zur Gliederung der Arbeit:

Im folgenden Teil II der Arbeit werden die Hintergründe der Studie näher beschrieben. Hier werden in den Kapiteln 2.1. – 2.4. die verschiedenen Ursachen diskutiert, die insgesamt zu dem in jüngerer Zeit stark anwachsenden Interesse der akademischen Psychologie an psychologisch relevanten Fragestellungen im Zusammenhang mit den Themenbereichen Spiritualität und Religiosität beigetragen haben. Hierzu wird zunächst über die Bedeutung von Spiritualität und Religiosität im Leben der US-amerikanischen Allgemeinbevölkerung berichtet (Kap. 2.1.) sowie über die entsprechenden Entwicklungen im deutschen und europäischen Raum (Kap. 2.2.). Um zentrale Begrifflichkeiten der Studie zu klären, werden im Anschluss daran im Rahmen eines Exkurses verschiedene Definitionen und Konzeptualisierungen von Spiritualität und Religiosität vorgestellt und diesbezügliche empirische Befunde sowie Forschungsprobleme diskutiert. In einem weiteren Abschnitt werden die zunehmende Kritik an der akademischen Psychologie und der Psychiatrie

[1] Die Entwicklung der Einstellungsskala, ihre testtheoretischen Kennwerte und erste Ergebnisse wurden im Artikel von Hofmann, Möckelmann und Walach (2003) ausführlich beschrieben.

hinsichtlich ihres Umgangs mit den Themenbereichen Spiritualität und Religiosität sowie die spezifischen Kritikpunkte näher ins Blickfeld gerückt (Kap. 2.3.). Ebenso werden hier die möglichen Ursachen für die lange Zeit vorherrschende Marginalisierung dieser Themenfelder reflektiert (Kap. 2.3.1.). Die Vernachlässigung der spirituellen / religiösen Dimension sowie von diesbezüglich relevanten psychologischen Modellen im Rahmen der Anamnese und Diagnostik war ebenfalls einer der Punkte, die zunehmend unter Kritik standen. Ein weiterer Abschnitt beschäftigt sich von daher mit der Notwendigkeit und den Möglichkeiten einer Einbeziehung der religiösen / spirituellen Dimension im Rahmen der Anamnese und Diagnostik (Kap. 2.4.). Von besonderer Relevanz sind dabei das Konzept der Spirituellen Krise sowie die im Jahre 1996 neu aufgenommene V-Codierung „Spirituelles oder Religiöses Problem“ im Diagnostischen und Statistischen Manual Psychischer Störungen (DSM-IV). Deren historische Entwicklung und aktuelle Implikationen werden ausführlich diskutiert. Darüber hinaus werden die verschiedenen Erscheinungsformen von klinisch relevanten spirituellen oder religiösen Problemen dargestellt und Möglichkeiten der differentialdiagnostischen Einordnung sowie diesbezüglich relevante Modelle diskutiert.

In einem weiteren Abschnitt (Kap. 3) werden verschiedene derzeit populäre Formen einer Einbeziehung der spirituellen / religiösen Dimension im Rahmen der Psychotherapie sowie explizit integrative Ansätze im Überblick dargestellt. Anhand solch unterschiedlicher Ansätze wie „Achtsamkeits- und Akzeptanzbasierte Therapie“, „Integrale und Transpersonale Psychotherapie“, „Adaptierte kognitiv-behaviorale Psychotherapie für den religiösen Klienten“ oder „Christlich-Theistische bzw. Ökumenische Ansätze“ wird erkennbar, wie unterschiedlich die Zugangsweisen zum Thema und das ihnen zugrunde liegende Verständnis von Spiritualität bzw. Religiosität sind. Und ebenso wird der unterschiedliche Grad der theoretischen und empirischen Fundierung dieser Ansätze deutlich. Daran anschließend werden ethische Fragestellungen und die Möglichkeiten und Grenzen einer Integration von psychotherapeutischen und spirituellen / religiösen Ansätzen und Methoden diskutiert (Kap. 3.4.). Dieser Abschnitt endet mit einer Diskussion der derzeitigen Entwicklungen und des diesbezüglichen Forschungsstandes (Kap. 3.5.).

In Teil III der Arbeit wird der Stand der Forschung zum Thema noch weiter fokussiert. Hier werden die vorliegenden Befunde von Psychotherapeutenbefragungen aus dem US-amerikanischen (Kap. 1.1.) und dem deutschsprachigen Raum (Kap. 1.2.) gesichtet. Im Rahmen der erstgenannten werden dabei schwerpunktmäßig nationale Studien berücksichtigt. Auch dieser Teil endet mit einer abschließenden Beurteilung der Ergebnisse der berichteten Befragungen.

Im vierten Teil der Arbeit werden das methodische Design, die Zielsetzungen und Fragestellungen der Studie, die für die Erhebung verwendeten Materialien, Fragen der Stichprobengewinnung und Berechnung sowie der Ablauf der Studie beschrieben. Dazu gehört unter anderem auch die Durchführung einer Pilotstudie. Deren Ergebnisse und Implikationen für den weiteren Studienverlauf werden ebenfalls dargestellt. Dieser Teil endet mit Erläuterungen zur Aufbereitung und zur statistischen Analyse der erhobenen Daten.

Die Ergebnisse der Studie werden in Teil V berichtet. Zunächst wird ein Überblick über den Rücklauf der Studie und die Zusammensetzung der Untersuchungsstichprobe gegeben (Kap. 1). Daran anschließend werden die Ergebnisse mittels deskriptiver Statistiken näher beschrieben (Kap. 2.). Diese sind gegliedert in die Bereiche „soziodemographische Daten", „Angaben zur psychotherapeutischen Tätigkeit", „Religiosität und Spiritualität in der psychotherapeutischen Praxis", „Auseinandersetzung mit psychologisch relevanten Fragestellungen in Hinblick auf die Themenbereiche Religiosität und Spiritualität" sowie „Fragen zur religiösen bzw. spirituellen Einbindung und Orientierung der Psychotherapeuten". Im Anschluss daran werden die Ergebnisse der Gruppenvergleiche von Psychotherapeuten mit unterschiedlicher theoretischer Orientierung sowie bezüglich des Faktors Konfession berichtet (Kap. 3.) und ebenso die Ergebnisse einer multiplen Regression zur Vorhersage der Kriteriumsvariablen „Prozentsatz der Klienten, die spirituelle / religiöse Inhalte und Probleme thematisieren" (Kap. 4). Abschließend werden die Ergebnisse der Nichtteilnehmerbefragung berichtet und deren Implikationen in Bezug auf die Repräsentativität der Gesamtstichprobe diskutiert (Kap. 5).

In Teil VI „Diskussion und Ausblick" wird zunächst eine Einschätzung der Repräsentativität der Untersuchungsstichprobe vorgenommen (Kap. 1.). Darauf folgend werden die Ergebnisse nochmals unter spezifischen Schwerpunktsetzungen zusammengefasst und in Relation zum internationalen Forschungsstand eingeordnet und diskutiert (Kap. 2.1. – 2.8.). Die Arbeit endet mit einer Zusammenfassung der zentralen Implikationen der Studie (Kap. 3.) und einem Ausblick (Kap.4).

II. Hintergrund der Studie

1. Wachsendes Interesse der akademischen Psychologie an den Themenbereichen Spiritualität und Religiosität

Betrachtet man die psychologische Fachliteratur, so lässt sich in den vergangenen drei Jahrzehnten eine rasant anwachsende theoretische Diskussion und empirische Erforschung von psychologisch relevanten Fragestellungen im Zusammenhang mit den Themenbereichen Spiritualität und Religiosität feststellen.

Neben den per definitionem für solche Fragestellungen zuständigen Teildisziplinen der Religionspsychologie und der Transpersonalen Psychologie richten dabei zunehmend auch Vertreter aus anderen Teilbereichen der akademischen Psychologie, vor allem aus den stärker anwendungsbezogenen Gebieten, wie Klinische Psychologie, Psychotherapie, Beratung, Rehabilitationspsychologie oder Gesundheitspsychologie, ihr Interesse auf die Bedeutung, die spirituelle / religiöse Belange im Leben vieler Menschen haben, sowie auf deren physiologische, psychologische und interpersonale Bedingungen und Auswirkungen (Emmons, 1999). Damit einhergehend rückt auch die Schnittstelle von Spiritualität / Religiosität und Psychotherapie zunehmend ins Blickfeld (Worthington & Sandage, 2002).

So werden zum Beispiel die historische Entwicklung der Beziehung von Religion, Psychologie und Psychotherapie sowie die strukturellen und funktionalen Gemeinsamkeiten und Unterschiede zwischen religiösen und psychologischen Institutionen und deren Dienstleistungen thematisiert (De Groot, 1998; Richards & Bergin, 2002, Vande Kemp, 1996).[2] Eine zentrale Rolle spielt die Erforschung des Zusammenhangs von Religiosität / Spiritualität und psychischer sowie physischer Gesundheit (Bergin, 1983; Larson & Larson, 1994; Klein & Albani, 2007; Koenig, 1998; Koenig, McCullough, & Larson, 2001; Miller & Thorensen, 2003). Während sich, historisch betrachtet, das klinische Interesse häufig vor allem auf die möglichen pathogenen und maladaptiven Aspekte von Religiosität richtete, genießen derzeit vor allem Ansätze und Forschung zu den salutogenen Aspekten von Spiritualität und Religiosität hohe Popularität. Hierbei stehen Fragen nach den Möglichkeiten einer Einbeziehung und psychotherapeutischen Nutzbarmachung der spirituellen / religiösen Orientierung des Patienten im Vordergrund: so z.B. als eine wesentliche Komponente der gesundheitsbezogenen Lebensqualität oder als Coping-Faktor und Ressource im Alter, bei der Bewältigung von seelischen Krisen und Belastungssituationen ebenso wie bei schweren und

[2] Als zentrale frühere Werke zu diesem Thema sind des Weiteren die Werke von Jerome Frank (1985), Ellenberger (1973) oder Szasz (1978) anzuführen.

terminalen Erkrankungen. In diesem Zusammenhang finden Spiritualität bzw. Religiosität vor allem in der Rehabilitation, der Gerontologie, in den Pflegewissenschaften und in der Palliativmedizin zunehmend Beachtung (Cartwright, 1991; Kilpatrick & Mc Cullough; 1999; Klein & Albani, 2007; Mehnert, Rieß & Koch, 2003; Rippentrop, 2005; Shafranske, 2001; Zwingmann, 2005; Zwingmann & Moosbrugger, 2004).

Von unmittelbarer Relevanz für die psychotherapeutische Praxis ist darüber hinaus die Frage, welchen Einfluss Weltanschauung und Werte auf die Wahl des psychotherapeutischen Settings, des Psychotherapeuten und schließlich auf den Verlauf der Psychotherapie selbst haben (Bergin, 1980a; Bergin, Payne, & Richards, 1996; Lowe, 1976; Larson et al., 1988; Quackenbos, Privette & Klentz, 1985; Weaver et al., 1997; Josephson & Peteet, 2004; Worthington & Sandage, 2002). Andere Autoren diskutieren die Frage nach dem psychotherapeutisch angemessenen Umgang mit religiösen / spirituellen Patienten bzw. mit religionsbezogenen Inhalten und Problemen sowie die dafür erforderlichen Voraussetzungen von Seiten des Psychotherapeuten. Auch werden verschiedene Möglichkeiten der Einschätzung und Einbeziehung von Religiosität und Spiritualität als psychotherapeutisch relevante Variablen beschrieben (Benningfield, 1997; Lovinger, 1984; Shafranske, 1996b; Larson, Lu & Swyers, 1997; Zinnbauer & Pargament, 2000). Schließlich werden verschiedene Ansätze der Integration von Spiritualität / Religiosität und psychotherapeutischer Behandlung sowie religiös basierte oder orientierte Interventionen vorgestellt und deren Wirksamkeit untersucht (Richards & Bergin, 2002; Miller, 1999; Harris, Thorensen, McCullough & Larson, 1999; Payne, Bergin & Loftus, 1992; Shafranske, 1996b; Heidenreich & Michalak, 2003, 2006a; Worthington & Sandage, 2002; Worthington, Kurusu, McCullough & Sandage, 1996).

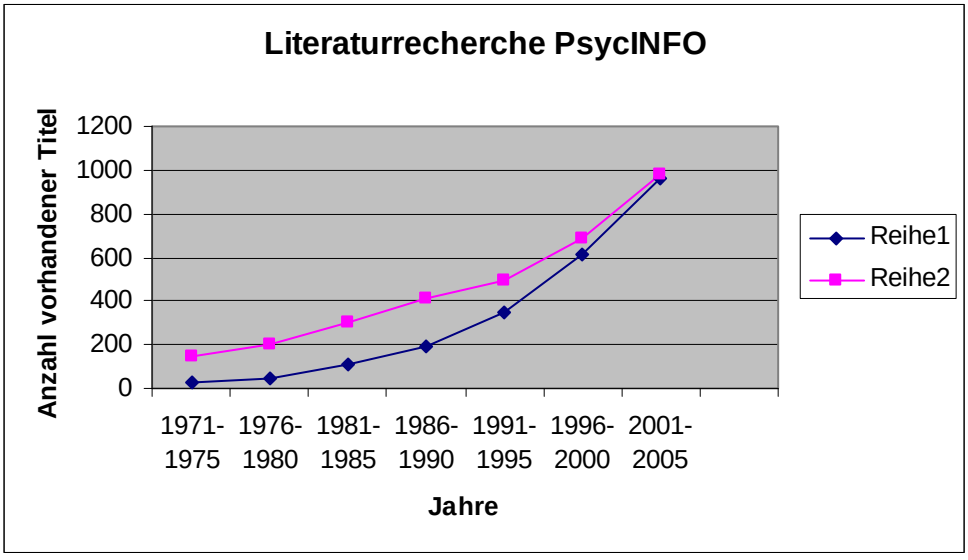
Die Popularität dieser Thematik innerhalb der akademischen Psychologie spiegelt sich in einer starken Zunahme von diesbezüglichen wissenschaftlichen Fachpublikationen wider. Anhand von Literaturrecherchen in englischsprachigen und deutschsprachigen elektronischen Fachdatenbanken aus dem Bereich der Psychologie („Psycinfo“[3] und „Psyndex“[4]) über den Zeitraum von 1970-2005 lässt sich beobachten, dass das Interesse an Spiritualität und

[3] Psychinfo ist eine von der American Psychological Association angebotene englischsprachige Datenbank, die Veröffentlichungen in rund 1.500 Zeitschriften, Büchern, Rezensionen, Monographien, Forschungsberichten, Fallstudien etc. zum Gesamtbereich der Psychologie dokumentiert. Weiter berücksichtigt werden Publikationen aus Bereichen, die für die Psychologie von Interesse sind, wie die Psychiatrie, Soziologie u.a.

[4] Die deutsch- und englischsprachige Datenbank Psychindex enthält psychologische Literatur in Form von Zeitschriften, Aufsätzen, Büchern, Sammelwerksbeiträgen, Reports und Dissertationen aus dem deutschsprachigen Raum. Inhaltlich wird das gesamte Spektrum der Psychologie einschließlich psychologisch relevanter Nachbardisziplinen wie Psychiatrie, Soziologie, Erziehung, Philosophie, Sport, Kriminologie, Linguistik und angewandte Ökonomie abgedeckt.

Religion / Religiosität in diesem Zeitraum stark und stetig angestiegen ist. Fokussiert man stärker auf den Bereich der Psychotherapie und bezieht diesbezügliche Publikationen in der medizinischen Fachdatenbank Medline[5] mit ein, so zeigt sich, dass sich das akademische Interesse ursprünglich stärker auf den Begriff der Religion / Religiosität bzw. auf die damit assoziierten Konzepte bezog, während sich das zunehmende Interesse an Spiritualität in etwa ab Mitte der 1990er Jahre feststellen lässt. Gegen Ende des 20. Jahrhunderts sind Publikationen, die sich mit spiritualitätsbezogenen Themen im Zusammengang mit Psychotherapie befassen, schließlich in etwa genauso häufig anzutreffen wie solche, die sich mit religions- bzw. religiositätsbezogenen Themen im Zusammenhang mit Psychotherapie auseinandersetzen. Das bedeutet zum einen, dass sowohl Spiritualität als auch Religion / Religiosität im Kontext der Psychotherapie in der wissenschaftlichen Literatur und Forschung im Verlauf der letzten Jahrzehnte eine ständig zunehmende Beachtung erfahren haben. Zum anderen lässt sich feststellen, dass der Begriff der Spiritualität, bzw. die damit assoziierten Konzepte, im Verhältnis einen deutlich stärkeren Zuwachs erfahren hat als der Begriff der Religion / Religiosität. Die Ergebnisse der erwähnten Literaturrecherchen sind in den Abbildungen 1-3 zusammengefasst.[6]

Abbildung 1: Datenbank PsychINFO - 1975-2005



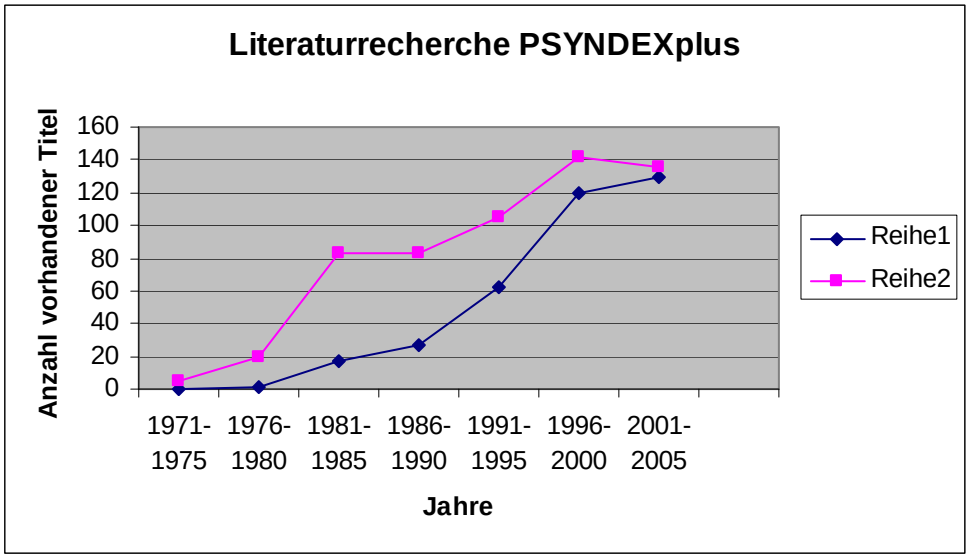
Reihe 1: Kombinierte Suche nach den Begriffen „psychotherap*“ und „spiritu*“

Reihe 2: Kombinierte Suche nach den Begriffen „psychotherap*“ und „religio*“

[5] Medline weist insgesamt ca. 14 Mio. medizinische Fachpublikationen aus ca. 3.900 Zeitschriften nach. Berücksichtigt wird der Gesamtbereich der Medizin, einschließlich Krankenpflege, Dental- und Veterinärmedizin und Randbereichen wie z.B. Biologie, Biochemie und Psychologie.

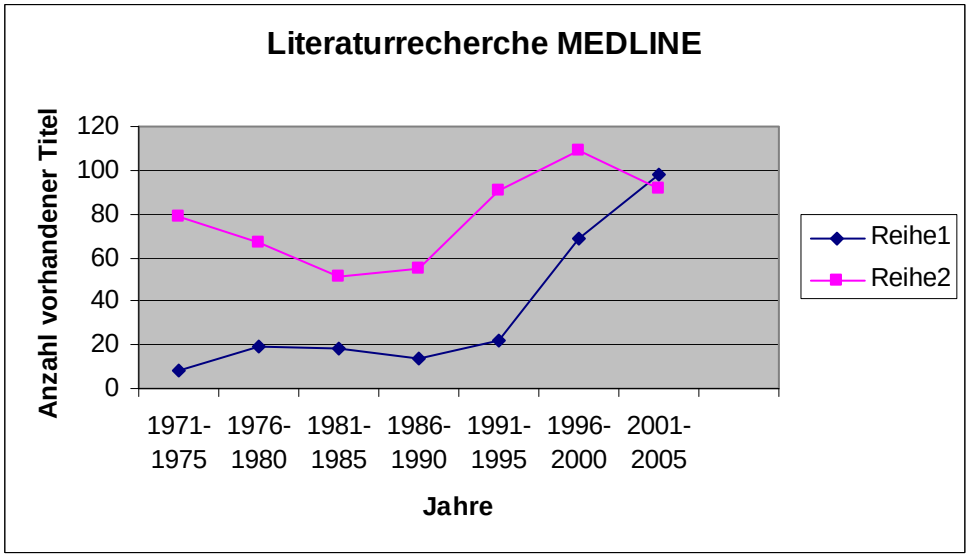
[6] Hier ist zu beachten, dass ein Teil dieser Veröffentlichungen sowohl das Stichwort „religio“ als auch das Stichwort „spiritu“ beinhalten kann.

Abbildung 2: Literaturrecherche Datenbank PSYNDEXplus - 1975-2005



Reihe 1: Kombinierte Suche nach den Begriffen „psychotherap*“ und „spiritu*“
Reihe 2: Kombinierte Suche nach den Begriffen „psychotherap*“ und „religio*“

Abbildung 3: Literaturrecherche Datenbank MEDLINE - 1975-2005



Reihe 1: Kombinierte Suche nach den Begriffen „psychotherap*“ und „spiritu*“
Reihe 2: Kombinierte Suche nach den Begriffen „psychotherap*“ und „religio*“

Das wachsende Interesse der im Bereich der psychischen Gesundheitsversorgung Tätigen an den Themenbereichen Religiosität und Spiritualität wird darüber hinaus durch eine Reihe von umfangreichen Handbüchern zum Themenkreis religiöse / spirituelle Themen in der klinischen Praxis dokumentiert, die in den vergangenen Jahren von der American Psychological Association publiziert wurden (Shafranske, 1996b; Richards & Bergin, 2000,

2002, 2003; Miller, 1999; Sperry & Shafranske, 2005). Ein ähnlicher Trend zeigt sich für die Psychiatrie (Bhugra, 1996; Boehnlein, 2000).

Auch im deutschsprachigen Raum sind erst kürzlich drei Übersichtswerke zur Bedeutung von Religiosität und Spiritualität im Kontext der Psychologie und Psychotherapie erschienen (Utsch, 2005; Bucher, 2007; van Quekelberghe, 2007). Shafranske (2005b, S. 496) spricht diesbezüglich gar vom Entstehen einer „angewandten Religionspsychologie", bei der theoretische und empirische Erkenntnisse aus dem Bereich der Religionspsychologie zur Praxis der Klinischen Psychologie und der Beratung beitragen.

Auch die in den 1980er und 1990er Jahren explosionsartig angestiegene Entwicklung von Messinstrumenten zur Erfassung von spirituellen oder religiösen Konstrukten weist auf das wachsende Forschungsinteresse an diesen Themenbereichen hin. Auch dies wird dokumentiert durch eine Reihe von Handbüchern und Übersichtsartikeln, die darauf abzielen, Forscher bei der Planung einer Studie oder Intervention zu unterstützen, die dafür geeigneten Erhebungsinstrumente zu finden. So werden in einem umfangreichen Referenzhandbuch von Hill und Hood (1999) Informationen zu über 100 standardisierten Erhebungsinstrumenten von Religiosität zur Verfügung gestellt. Zu den Bereichen, die mittels dieser Instrumente erfasst werden können, gehören unter anderem religiöse Überzeugungen und Praktiken, religiöse Einstellungen, religiöse Orientierung, religiöse Entwicklung, religiöses Commitment und Einbindung, religiöse Erfahrung, religiöse Werte, Spiritualität und Mystizismus, Vergebung, religiöses Coping und Problemlösestile, Gotteskonzepte, Tod und Sterben / Nachtod, göttliche Intervention bw. religiöse Attribuierung sowie religiöser Fundamentalismus. Ein weiterer Band zu Messinstrumenten aus dem Bereich der Spiritualität ist nach Emmons und Paloutzian (2003) in Bearbeitung. In einem Artikel von Slater, Hall und Edwards (2001) werden neuere Entwicklungen in der Erfassung von spirituellen und religiösen Konstrukten beschrieben, die zum Teil bei Hill und Hood (1999) noch nicht enthalten sind. Im Rahmen eines Übersichtsartikels von MacDonald, LeClair, Holland und Alter (1995) und einer Monographie von Yeginer (2000) werden darüber hinaus Erhebungsinstrumente zur Erfassung von transpersonalen Konstrukten aus dem anglo-amerikanischen und dem deutschsprachigen Raum gesichtet.

2. Zu den möglichen Ursachen für das wachsende Interesse an diesbezüglichen Fragestellungen und Ansätzen

2.1. Hohe Bedeutsamkeit von Religiosität und Spiritualität im Leben der US - amerikanischen Allgemeinbevölkerung

Für das wachsende Interesse der akademischen Psychologie an Fragestellungen dieser Art gibt es verschiedene Gründe. Zu erst einmal ist festzustellen, dass ein Großteil der diesbezüglichen Literatur aus den USA stammt. Für die US-amerikanische Bevölkerung wird von einer hohen Bedeutung von Religion bzw. Spiritualität im persönlichen Leben berichtet. Die einzelnen Befunde zur Religiosität der US-amerikanischen Allgemeinbevölkerung sind jedoch vielschichtig und erscheinen zum Teil sogar etwas widersprüchlich. Es dominieren jedoch zwei Versionen der Darstellung: Während ein Teil der Autoren von einer nach wie vor ungebrochen starken Bedeutung der traditionellen Formen organisierter Religiosität berichtet[7], betonen andere den deutlichen kulturellen Wandel, der mit einem Rückgang der Bedeutung von institutionalisierten Formen der Religiosität und einem Trend zu individualisierten Formen der Spiritualität einhergehe.[8] Häufig sind diese beiden Formen der Darstellungen auch gemeinsam anzutreffen, wobei die Gewichtung variiert, die man den Aspekten der traditionellen Religiosität und der persönlichen Spiritualität jeweils beimisst.

So führt der Soziologe Hoge (1996) in einem Übersichtsartikel zum Thema „Religion in Amerika“ verschiedene Ergebnisse einer Gallup-Umfrage von 1992 an: 91% der Bevölkerung gaben eine religiöse Präferenz an, 71% berichteten, formelles Mitglied einer Kirche oder Synagoge zu sein, und 95% der Befragten gaben an, an Gott zu glauben. Sowohl die Werte bezüglich der Kirchenzugehörigkeit als auch zum Glauben an Gott bleiben nach Hoge seit dem Beginn der Gallup-Umfrage im Jahre 1947 weitgehend stabil. Die Frage nach der Bedeutsamkeit von Religion für das persönliche Leben beantworteten 58% der Befragten mit sehr wichtig, 29% mit ziemlich wichtig und 12% mit nicht wichtig. Hoge kommt als Ergebnis seiner Übersicht zu dem Schluss, dass Religiosität in den USA gegenwärtig so lebendig sei wie seit jeher. Auch der Soziologe Roof (1999) spricht von der Kontinuität des religiösen Glaubens und der religiösen Praxis in den USA. Auch er bestätigt, dass sich die häufig zitierten Statistiken zur Religiosität der Amerikaner im Laufe der vergangenen Jahrzehnte nicht dramatisch verändert haben. Zusammen mit anderen Autoren weist er jedoch auf den Wandel in der religiösen Landschaft der USA hin, welcher sich vor allem durch eine

[7] Bei dieser Argumentation beziehen sich die jeweiligen Autoren zumeist auf repräsentative Gallup-Umfragen.

zunehmende Individualisierung innerhalb der religiösen Kultur sowie einen zunehmenden religiösen Pluralismus auszeichnet (siehe hierzu auch Hill et al., 2000; Zinnbauer et al., 1999). Dieser Trend ist nach Ansicht der Autoren vor allem darauf zurückzuführen, dass die zweite Hälfte des 20sten Jahrhunderts durch eine zunehmende Säkularisierung und einen wachsenden Vertrauensverlust und Desillusionierung in Bezug auf religiöse Institutionen und deren Repräsentanten geprägt war. Zentrale religiöse Organisationen haben während dieser Zeit einen starken Bedeutungsverlust erlitten. Vor allem in den 1960er und 1970er Jahren ließ sich nach Zinnbauer et al. (1999) eine deutliche Abnahme der Teilnahme an den Formen der organisierten Religion beobachten. Daraus lässt sich jedoch nicht etwa der Schluss ziehen, dass die US-amerikanische Bevölkerung weniger religiös bzw. spirituell geworden wäre. Es bedeutet lediglich, dass sich die Formen der religiösen Suche und des religiösen Ausdrucks einem Wandel unterzogen haben. Seit einigen Jahren lässt sich in der US-amerikanischen Bevölkerung ein wachsendes Interesse an Spiritualität und Religiosität beobachten. Vor allem an individualisierten Formen der Spiritualität besteht ein enormes Interesse (Hill et al., 2000; Zinnbauer et al., 1997, 1999). Der Klinische Psychologe van Quekelberghe (2007, S. 16) verweist in diesem Zusammenhang mit Elkins (1998) darauf, dass insgesamt drei gesellschaftliche Bewegungen überwiegend auf die intellektuelle Schicht in den USA und in Westeuropa Einfluss genommen haben und dadurch zur Popularität von Spiritualität bei gleichzeitiger Abnahme einer Partizipation an den organisierten Formen der Religion beigetragen haben: zum einen das „Human Potential Movement“, das für eine spirituelle Selbstverwirklichung jenseits aller religiösen Institutionen und Autoritäten eintrat, zum anderen die New-Age-Bewegung, die vielfältige Formen der „spirituellen Reise“ jenseits der etablierten Religionen entwarf und über die eher psychologisch orientierten Projekte des Human-Potential-Movements hinausging, und schließlich das „Soul-Movement“, welches Spiritualität mit „wellness“ und „care of the soul“ ebenfalls abseits der religiösen Institutionen propagierte. Der Begriff der Spiritualität wurde in dieser Zeit mit einer Vielzahl von religiösen, sozialen und politischen Bewegungen verknüpft. Nach Roof (1999) sind mittlerweile Bezugnahmen auf östliche Formen der Spiritualität, auf indigene amerikanische Spiritualität, Zwölf-Schritte-Spiritualität, Göttinnen-Spiritualität, erdbezogene oder ökologische Spiritualität und jüdisch-christliche Spiritualität durchaus üblich geworden. Auch Hoge (1996) berichtet von einem Trend zu alternativen, spirituell begründeten Weltanschauungen, Lehren und Praktiken, von denen die New-Age-Bewegung ein

[8] Bei letzterer Art der Darstellung beziehen sich die Autoren häufig auf die Ergebnisse von Umfragen des Princeton Research Centers (z.B. Zinnbauer, Pargament & Scott, 1999, S. 890, Lukoff, Lu & Turner, 1998, S. 42f).

Teilsegment bildet (Hoge, 1996). Seiner Ansicht nach ist die tatsächliche Reichweite dieses Trends jedoch aufgrund der hohen Diversität der angebotenen weltanschaulichen Lehren und Gruppierungen und deren geringen Institutionalisierungsgrades schwer einzuschätzen. Der Soziologe Naisbett dagegen identifizierte Spiritualität bereits im Jahre 1982 als einen „Megatrend" der modernen amerikanischen Gesellschaft (Naisbett, 1982). Auch der Religionspsychologe Emmons (1999) sieht in der wachsenden Sensitivität in Hinblick auf spirituelle Belange eine der definierenden Charakteristika der modernen Kultur. Der Klinische Psychologe van Quekelberghe ist der Ansicht, dass vor allem die für die postmoderne Ära typische und durch die weltweite Informationsvernetzung unübersehbar gewordene Relativierung der Geltungsansprüche von ehemals als allgemeingültig erachteten Normen und Weltanschauungen, einschließlich religiöser Deutungssysteme, das Bedürfnis nach einer Spiritualität jenseits von religionsbedingten Glaubenskodifizierungen und -ritualen begünstigt (2007, S. 13).

Der Soziologe Roof weist in diesem Zusammenhang darauf hin, dass nicht nur populäre religiöse Glaubensüberzeugungen und Praktiken, sondern auch die religiösen Institutionen selbst Transformationsprozesse bezüglich ihrer Form und ihres Stils durchlaufen. In diesem Prozess werden sie bestärkt durch ein demokratisches und in hohem Maße individualistisches Ethos und einen rapiden sozialen und kulturellen Wandel (Roof, 1999, S. 4). Die Grenzen, die einstmals eine Glaubenstradition von der anderen unterschieden und die als fest galten, werden dabei zunehmend aufgelöst. Religiöse Identitäten sind formbar geworden und sie weisen viele Facetten auf. Dabei überschneiden sich häufig auch Aspekte aus verschiedenen Traditionen.

Wie auch immer man die Situation einschätzt, ob man nun den traditionellen Formen der Religiosität nach wie vor einen hohen Stellenwert unterstellt oder ob man von einem „Megatrend der persönlichen Spiritualität" spricht, spirituelle und religiöse Belange sind in der US-amerikanischen Bevölkerung nach wie vor von hoher Bedeutung und scheinen seit einigen Jahren sogar eine Renaissance zu erleben. Die klassische Säkularisierungsthese, nach der die Religion im Laufe der Geschichte einen zunehmenden Bedeutungsverlust erfährt und in ihren psycho-sozialen Funktionen durch die Errungenschaften der Wissenschaften und einer rationalen aufgeklärten Kultur ersetzt wird, scheint sich nicht zu bestätigen. Stattdessen scheinen sich eher die Thesen von Revisionisten der Säkularisierungsthese zu bestätigen, nach denen die Säkularisierung nicht zu einer Eliminierung, sondern zu einer Transformation der Religion aufruft (Hill et al., 2000).

Richards & Bergin (2002) berichten ebenfalls von einem Wiederaufleben eines spirituellen Interesses und Glaubens in der amerikanischen Allgemeinbevölkerung und einem explosionsartigen Anstieg der Populärliteratur und der professionellen Literatur zum Thema ebenso wie von einer verstärkten Thematisierung diesbezüglicher Inhalte in den Massenmedien (vgl. auch Emmons, 1999, S. 5). Ihrer Meinung nach erfordert dieses wachsende spirituelle Interesse der US-amerikanischen Allgemeinbevölkerung auch von den psychotherapeutisch Tätigen eine höhere Bewusstheit und Sensibilität gegenüber religiösen und spirituellen Themen. So heißt es dort:

> This spiritual energy has created a powerful cultural demand for psychotherapists to be more aware of and sensitive to religious and spiritual issues. Unfortunately, relatively few psychotherapists are adequately trained or prepared to deal effectively with such issues. Because of the alienation that has existed historically between the behavioural sciences and religion, the religious faith and spiritual concerns of clients have long been neclected in the psychotherapy profession. (Richards & Bergin, 2002, S. 6)

2.2. Die diesbezüglichen Entwicklungen im europäischen und im bundesdeutschen Raum

Betrachtet man die Situation im europäischen und im bundesdeutschen Raum, so entsteht der Eindruck, dass sich viele der für die USA beschriebenen allgemeinen Entwicklungen und Tendenzen auch auf diesen übertragen lassen. Dies ist wohl vor allem durch die Gemeinsamkeiten, was die gesellschaftlichen, politischen und wirtschaftlichen Strukturen anbelangt, zu begründen. So bemerken Friesl und Polak (2002) in ihrem Einführungskapitel zur Monographie „Megatrend Religion? Neue Religiositäten in Europa“, dass in den letzten Jahren häufig von einem gestiegenen religiösen Bedarf die Rede sei, der die Jahrtausendwende kennzeichnet. Dieser Trend deute sich schon seit geraumer Zeit an: durch den Beginn der so genannten Jugendreligionen in den 70er Jahren, die New-Age Bewegung der 80er Jahre und den so genannten Esoterikboom der 90er Jahre (Friesl & Polak, 2002, S. 26). Um diesen Trend genauer zu erforschen, bemühte sich eine qualitative Studie im deutschsprachigen Raum um ein tieferes und angemesseneres Verständnis der im Entstehen begriffenen neuen Religiositäten. Dies beinhaltete unter anderem die Frage, welchen Beitrag verschiedene Faktoren, die gemeinhin dem säkularen Bereich zugeordnet werden, zu deren Entstehung und Formierung leisten (Polak, 2002).

Nach Friesl und Polak (2002, S. 36) formulieren Sozial- und Trendforscher zu Beginn des neuen Jahrtausends vor allem zwei Theorien hinsichtlich der Lage von Religion: 1. Religion sei ein „Megatrend“, gerade in der westlichen, häufig als säkularisiert und materialistisch etikettierten Welt, und 2. die traditionellen Formen des Christentums verlören an Bedeutung und die christlichen Kirchen befänden sich in einer tiefgreifenden Krise. Auch sie stellen gemeinsam mit vielen anderen fest, dass sich die Religiositäten des Menschen im Umbruch befinden. Diese Wandlungsprozesse stehen in einem Gesamtkontext von komplexen sozio-kulturellen und gesellschaftlichen Veränderungen. So sind „Trends“ nach Ansicht des Trendforschers Matthias Horx als kulturelle Anpassungsbemühungen an veränderte Gegebenheiten zu verstehen. Mit ihnen versuche die Gesellschaft den Spannungen, denen sie durch die Modernisierung und veränderte Bedingungen ausgesetzt ist, Gestalt zu verleihen (Horx, 1996, S. 11f, nach Friesl & Polak, 2002, S. 35).

Alles in allem werden in der Literatur eine Vielzahl von gesellschaftlichen Entwicklungen in den postmodernen westlichen Industrieländern für das Wiedererstarken des Interesses an Spiritualität bzw. Religiosität verantwortlich gemacht (vgl. hierzu Friesl & Polak, 2002; Utsch, 2005; van Quekelberghe, 2007). Als eine wesentliche Ursache wird der allgemeine Verlust von bewährten Sozialformen und traditionellen weltanschaulichen und moralischen Sicherheiten angeführt. Der in den westlichen Gesellschaften beobachtbare Trend zur Kleinfamilie und zur Individualisierung ist mit einer Lösung aus Familienverbänden und Traditionen einhergegangen. Dies hat wiederum dazu geführt, dass bewährte Sozialformen und Orientierungsmuster immer mehr verloren gehen. Dieser Verlust von Sicherheiten, was die eigene Lebenskonzeption und Orientierung anbelangt, wird noch weiter verstärkt durch die fortschreitende Globalisierung, Medialisierung und Informationsvernetzung (Stichwort „global village“) sowie durch die vielfältigen multikulturellen Einflüsse, denen die Menschen in den (post)-modernen westlichen Gesellschaften ausgesetzt sind. All diese Faktoren tragen dazu bei, dass sich der Einzelne mittlerweile mit den verschiedensten Weltanschauungen, Werthaltungen, Deutungssystemen und Lebensentwürfen konfrontiert sieht. Die wachsende Freiheit, was die Möglichkeiten der individuellen Lebensgestaltung anbelangt, gilt einerseits zwar als eine der großen Errungenschaften der westlich-aufgeklärten Gesellschaften und sie birgt den Vorteil, dass sich das Individuum mittlerweile anhand der Vielzahl der zur Verfügung stehenden Modelle frei für einen bestimmten Lebensentwurf entscheiden kann. Diese Freiheit geht anderseits jedoch einher mit einem wachsenden Gefühl der persönlichen Verantwortlichkeit, das von vielen Individuen, gerade angesichts der Vielfalt der zur Verfügung stehenden Optionen und des Mangels an traditionellen Vorgaben, zunehmend als

belastend erlebt wird. Darüber hinaus scheint der rasante wissenschaftliche Fortschritt, der für viele nicht mehr nachvollziehbar und in seinen Konsequenzen nicht zu überschauen ist, sowie die wachsende Informationsflut einen weiteren Beitrag zum allgemein wachsenden Gefühl der Orientierungslosigkeit zu leisten. Der Religionspsychologe Utsch zitiert diesbezüglich den Direktor für medizinische Ethik, Grundlagen der Psychotherapie und Gesundheitskultur Kick: „Das Schlagwort der neuen Unübersichtlichkeit beschreibt ein wenig zu idyllisch den Zustand: Unsere Gesellschaft ist überinformiert, aber unterorientiert“ (Kick, 2002, S. 3, zitiert nach Utsch, 2005, S. 38).

Auch die allgemeine Desillusionierung und Relativierung, was die Möglichkeiten der Wissenschaft anbelangt, als eine Quelle der Wahrheit und von Antworten auf zentrale Lebensfragen zu dienen, wird nicht selten als eine Erklärung für das wachsende Interesse an Spiritualität und Religiosität herangezogen. Das einstmals starke Vertrauen, was die Segnungen der Wissenschaft und die Möglichkeiten des wissenschaftlich-technologischen Fortschritts, des ökonomischen Wachstums sowie von Machbarkeit und Kontrollierbarkeit anbelangt, scheint zunehmend erschüttert. Probleme, wie die ökologische Krise, Hunger und Kriege in vielen Regionen der Welt sowie die wachsende Kluft zwischen Arm und Reich, um nur einige zu nennen, rücken, vermittelt durch die Massenmedien, zunehmend ins Bewusstsein. Diese machen zum einen die Grenzen der eigenen Möglichkeiten deutlich, zum anderen wird spürbar, dass diese Ereignisse mit all ihren Konsequenzen letztlich auch mit den eigenen Lebensbedingungen in unmittelbarem Zusammenhang stehen und nicht losgelöst von diesen, irgendwo weit entfernt stattfinden. All diese Entwicklungen werden von vielen Menschen zunehmend als besorgniserregend und bedrohlich empfunden.

Ein weiterer Faktor, der zur allgemeinen Suche nach Sinn, Ganzheitlichkeit und Einbindung beiträgt, ist in der für die säkulare Gesellschaft typischen zunehmenden Differenzierung und Spezialisierung der Lebenswelt zu sehen. Die zunehmende Differenzierung des Wissens und die damit einhergehende Professionalisierung haben historisch zu einer Aufsplitterung von ehemals verbundenen Lebensbereichen in verschiedene professionelle Zuständigkeitsbereiche geführt. Damit einhergehend wurden einzelne Teilbereiche im Leben des Individuums ebenfalls separiert. Dies kann im Rahmen der persönlichen Lebens- und Arbeitssituation zu Gefühlen der Vereinzelung und Entfremdung führen. Vor allem was den Bereich der psychosozialen und der medizinischen Versorgung anbelangt, wird diese Aufsplitterung in einzelne von einander losgelöste Teil- und Funktionsbereiche von vielen Menschen, die auf diesbezügliche Dienstsleistungen angewiesen sind, in wachsendem Maße als unbefriedigend empfunden. Vor allem darin liegt wohl eine der Hauptursachen für die hohe Popularität von

ganzheitlichen Ansätzen. Schließlich weisen Friesl und Polak (2002) darauf hin, dass angesichts sowohl der globalen als auch der spezifischen gesellschaftlichen Entwicklungen in den westlichen Industrieländern das für die kapitalistische Marktwirtschaft kennzeichnende Primat der Ökonomie und die Dominanz materieller Werte von vielen Menschen zunehmend in Frage gestellt werden. In einem solchen Gesamtkontext scheint das Bedürfnis nach Orientierung, tragfähigen Werten und die Suche nach Sinn bei vielen Individuen zunehmend dringlicher zu werden. So heißt es bei Friesl und Polak:

> In diesem „Klima" können Pluralisierung und Individualisierung religiositätsproduktiv wirken. Sie wecken den Bedarf nach Orientierungspunkten. Man sucht Möglichkeiten zum Energietanken und Innehalten, man sucht Methoden und Theorien, die Zufälligkeiten des Lebens zu ertragen, man sucht Methoden, sich vom Druck der Alleinverantwortung zu befreien. Man sehnt sich nach Einheit, Ganzheit und Harmonie und will in ein Größeres, Ganzes eingebettet sein (Friesl & Polak, 2002, S. 76).[9]

Die Antworten, die all diese globalen Entwicklungen und die spezifischen gesellschaftlichen Entwicklungen in der westlichen Welt auf der religiösen Ebene zeitigen, liegen in einem breiten Spektrum, welches von einem wachsenden religiösen Fundamentalismus einerseits bis hin zu neuen postmodernen individuellen Religionskompositionen andererseits reicht. Was die Kennzeichen der neuen Religiositäten anbelangt so formulieren Friesl und Polak (2002) auf Basis ihrer Studie und dem Stand der Forschung eine Reihe von ersten vorläufigen Thesen: Das spezifisch neue an den neuen Religiositäten sehen sie vor allem in der Individualisierung und in der Beschleunigung von Synkretismus und Eklektizismus. Der gesellschaftliche und religiöse Pluralismus forciere in diesem Zusammenhang die allgemeine Entwicklung, dass sich der Einzelne seinen religiös-weltanschaulichen Kosmos auf individuelle Art und Weise selbst erschafft. So wurde das Phänomen der zunehmenden Individualisierung im religiösen Raum auch für Europa beschrieben. Im Rahmen unterschiedlicher empirischer Studien zeigte sich, dass sich kaum mehr einheitliche, normierbare und abgrenzbare Weltanschauungen finden lassen und dass anstelle dessen unterschiedlichste Elemente zu einer komplexen, vielfältigen, nicht selten auch logisch inkonsistenten weltanschaulichen Gesamtkomposition zusammengestellt werden. Dieses

[9] Ähnlich wie bereits für die USA berichtet, stellt auch der Religionssoziologe Berger die These einer generellen Säkularisierung der westlichen Gesellschaft im Verlauf der Moderne in Frage: „Mit anderen Worten, das moderne Zeitalter ist ganz gewiss der Schauplatz einer massiven Säkularisierung, es ist aber ebenso der Schauplatz mächtiger Gegenbewegungen" (Berger, 1999, S. 35). Dabei beschreibt er die religiösen Prozesse in Westeuropa als eine „Entzauberung" und „Wiederverzauberung" zugleich" (nach Friesl & Polak, 2002, S. 42).

Phänomen wurde unter den Begriffen der Religionskompositionen, der Patchwork-Religiosität oder der Bricolage gefasst. Das Zusammenstellen einer individuellen Religion nach Wahl scheint mittlerweile zum Normalfall zu werden.

Darüber hinaus ist nach Friesl und Polak eine spezifische Gefühls- und Gedankenwelt für den religiösen Menschen kennzeichnend. Mit dieser werde eine der letzten vormodernen Bastionen – religiöses Fühlen und Denken – modernisiert und postmodernisiert. Die Grundhaltung der neuen Religiosität sei prinzipiell skeptisch und sowohl religions- als auch vernunftskritisch. Ebenso stehe sie Institutionen und Autoritäten kritisch gegenüber. Dieses gehe einher mit einem spezifisch humanistischen, aufklärerischen und antiklerikalen Bewusstsein. Auch werde Religiosität zunehmend als Privatangelegenheit betrachtet, die primär dazu dient, das Leben zu vervollkommnen und zu verbessern. Authentische Religiosität werde primär anhand der Erfahrungsdimension als solche eingestuft. Darüber hinaus sei es ein spezifisches Charakteristikum der neuen Religiosität, dass sie angesichts der Erfahrung von Relativität, Perspektivität und Subjektivität von Wahrheit ideologische Diskussionen und Konflikte vermeidet. Das neue religiöse Denken sei um größtmögliche Toleranz bemüht. Es sei offen, undogmatisch und pluralistisch eingestellt. Dennoch haben nach Ansicht der Autoren gerade moralische Anliegen und Fragen der Wertorientierung zum Entstehen der neuen Religiositäten beigetragen. Dabei bestimmen Vorstellungen von Glück, Selbstverwirklichung und praktischem Nutzen die Zielausrichtung. Darüber hinaus zählen Werte wie Harmonie, mit sich und der Welt, sowie das Streben nach Einheit, Eigenverantwortung, Selbständigkeit und Freiheit zu den zentralen Werten. Neue Religiosität dient nach Ansicht von Friesl und Polak vor allem auch dazu, den ausschließlich technologischen und naturwissenschaftlichen Fortschritt zu konterkarieren und die Sehnsucht nach einer anderen Wirklichkeit, jenseits einer zweckrational und ökonomisch bestimmten Welt, zu befriedigen. Wesentlich sei dabei die Orientierung an Ganzheitlichkeit und der Versuch, der Emotion und der Praxis innerhalb der Religion einen neuen Stellenwert zu geben. Neue Religiosität stellt sich nach Friesl und Polak den aktuellen Gegenwartsfragen, setzt sich mit Fragen von Leid und Katastrophen auseinander und ist von der Notwendigkeit moralischen Handelns überzeugt. Einer unreflektierten Einschätzung des modernen Fortschritts und der Segnungen der Wissenschaft und Technik stehe sie kritisch gegenüber und ebenso der Beschwörung angeblicher Sachzwänge in Wirtschaft und Politik (Friesl & Polak, 2002, S. 101ff).

In Ergänzung zum bisher Dargestellten soll die aktuelle Situation in Deutschland und Westeuropa anhand von quantitativen empirischen Daten zusätzlich noch etwas näher

beschrieben und mit den diesbezüglichen Daten aus den USA verglichen werden. Dafür werden Ergebnisse einer bevölkerungsrepräsentativen bundesdeutschen ALLBUS-Erhebung aus dem Jahre 2002, einer internationalen Gallup-Umfrage zur Jahrtausendwende sowie einer aktuellen internationalen Umfrage der Bertelsmann-Stiftung aus dem Jahr 2007 herangezogen.[10]

Bei den bundesdeutschen ALLBUS-Erhebungen handelt es sich um bevölkerungsrepräsentative Umfragen, die seit 1980 im zweijährigen Abstand vom Kölner Zentralarchiv für empirische Sozialforschung durchgeführt werden. Der Schwerpunkt der Erhebung im Jahr 2002 lag auf den Themenbereichen kollektive und individuelle Wertvorstellungen sowie Religion und Kirchlichkeit (ZA und ZUMA, 2003).[11] Als wesentliche Indikatoren der Religiosität sollen die Selbsteinstufung als religiös, der Glaube an eine höhere Wirklichkeit, die formale religiöse Praxis sowie die Zugehörigkeit zu einer religiösen Gemeinschaft berichtet werden. Zwei weitere Variablen ermöglichen einen zusätzlichen Eindruck hinsichtlich der Bedeutsamkeit von religiös-weltanschaulichen Faktoren. Bei der Frage nach der Selbsteinstufung als religiös ergab sich das folgende Bild: Auf einer 10-stufigen Skala von 1 (nicht religiös) bis 10 (religiös) stuften sich 38,6% der Befragten bei den unteren Werten von 1-4 ein (West: 32,1%, Ost: 66,6%), 18,6% im mittleren Bereich (West: 20,4%, Ost: 11,8%,) und 42,1% auf den Stufen von 7 bis 10 (West: 47,3%, Ost: 27,0%). Das heißt, insgesamt 60,7% beurteilen sich selbst als in mittlerem bis hohem Maße religiös (West: 67,7%, Ost: 38,8%). Gefragt nach der Gottesvorstellung berichteten 24,8% der Befragten, an einen persönlichen Gott zu glauben (West: 28,3% Ost: 11,5%), und weitere 33,6% glauben an ein höheres Wesen (West: 38,1%, Ost: 16,5%). 14,7% sind sich diesbezüglich nicht sicher (West: 14,8%, Ost: 15,5%) und 25,4% glauben nicht an die Existenz eines persönlichen Gottes, irgendeines höheren Wesens oder einer geistigen Macht (West: 18,8%, Ost: 56,5%). Auf die Vorgabe „ob es eine höhere Macht gibt, ist mir egal“ antworteten 35,1% der Befragten mit „trifft voll oder eher zu“ (West: 29,6%, Ost: 61,6%), für den Rest traf dies eher nicht oder gar nicht zu. 50% verneinten die Aussage „meine Weltanschauung folgt keiner religiösen Lehre“ im Sinne von „trifft eher nicht zu“ oder „trifft gar nicht zu“ (West: 55,7%, Ost: 27,9%). 24% der Bevölkerung gehören laut dieser Umfrage

[10] Im Rahmen der genannten Erhebungen wurde eine weit größere Anzahl an Variablen erfasst. Die folgende Auswahl begründet sich durch die Vergleichbarkeit der Variablen der einzelnen Studien untereinander, die Aussagekraft der Variablen in Bezug auf das Untersuchungsthema sowie durch die Vergleichbarkeit mit religionsbezogenen Variablen, die im Rahmen der vorliegenden Studie für die untersuchte Psychotherapeutenpopulation erhoben wurden.

[11] Die Daten sind gemäß der Ost-West-Verteilung der Bevölkerung gewichtet und können somit als repräsentativ betrachtet werden. Aufgrund der erheblichen Unterschiede zwischen ost- und westdeutschen Bundesbürgern werden diese in Klammer jeweils zusätzlich berichtet.

keiner Religionsgemeinschaft an (West: 15,1%, Ost: 62,9%), 36,6% sind evangelisch (West: 38,7%, Ost: 28,4%) und 33,1% katholisch (West: 39,5%, Ost: 6,6%). Insgesamt 61,2% der bundesdeutschen Bevölkerung nehmen seltener als mehrmals im Jahr am Gottesdienst, kirchlichen Aktivitäten oder Veranstaltungen teil (West: 73,6; Ost: 88,1). Der Psychologe Jochen Fahrenberg (2005a, b), der darüber hinaus die ALLBUS-Daten aus den Jahren 1980 und 2002 im Vergleich beurteilt hat, stellt fest, dass sich letztere bezüglich der Einstufung als religiös oder der Sinnhaltigkeit des Lebens in diesem Zeitraum nicht wesentlich verändert haben. Weder für die These des fortschreitenden Nihilismus noch für die des zunehmenden Vordringens der Esoterik sind seiner Ansicht nach in den ALLBUS-Daten Belege zu finden.

Bei der bis dato umfangreichsten internationalen Umfrage, dem „Gallup International Millennium Survey“ wurden im Jahre 1999 insgesamt 1,25 Billionen Menschen in 60 Ländern der Welt zu einer breiten Palette von Themen befragt. Dies beinhaltete unter anderem eine Reihe von Fragen bezüglich der religiösen Orientierung und Einbindung der Teilnehmenden (Gallup International Millennium Survey, 1999). Diese Studie erlaubt vor allem einen Vergleich zwischen Westeuropäern und der US-amerikanischen Bevölkerung. In Bezug auf die Zugehörigkeit zu einer religiösen Denomination ergaben sich nur geringfügige Unterschiede zwischen Westeuropäern und Nordamerikanern: 88% der ersteren berichteten, einer solchen anzugehören versus 91% bei den Nordamerikanern. Bei weiteren erfassten Variablen ergaben sich jedoch deutliche Unterschiede. So berichteten nur 20% der Westeuropäer, einmal wöchentlich oder häufiger an religiösen Veranstaltungen („religious services“) teilzunehmen im Vergleich zu 47% in der nordamerikanischen Bevölkerung. Die Rate derer, die fast nie zur Kirche gehen (nie oder einmal im Jahr), war in den westeuropäischen Ländern mit 48% und den osteuropäischen Ländern mit 44% am höchsten. Auf die Frage, wie wichtig Gott in ihrem Leben sei, gaben auf einer Skala von eins (überhaupt nicht wichtig) bis 10 (sehr wichtig) 49% der Westeuropäer eine hohe Bedeutung an (Werte 7-10) im Vergleich zu 83% der befragten Nordamerikaner. Auch hinsichtlich der Gottesvorstellung ergaben sich deutliche Unterschiede zwischen den beiden Bevölkerungsgruppen: 35% der Westeuropäer glaubten an einen personalen Gott, 36% an eine Art geistige Kraft oder Lebensenergie („some sort of spirit or life force“), 15% gaben an, weder an das eine noch an das andere zu glauben, und 15% waren sich diesbezüglich nicht sicher oder machten hierzu keine Angaben. Dagegen glauben 62% der nordamerikanischen Bevölkerung an einen personalen Gott und 29% glauben an eine geistige Macht oder Lebenskraft. Nur 2% glauben gar nicht an irgendeine Form einer höheren Macht und 7% waren sich diesbezüglich nicht sicher oder machten keine Angaben.

Im Rahmen eines von der Bertelsmann-Stiftung durchgeführten Projektes zur Rolle der Religion in der modernen Gesellschaft wurden 21 000 Menschen aus allen Kontinenten und Religionen, in insgesamt 21 Ländern mit einem über 100 Fragen umfassenden Erhebungsinstrument, dem „Religionsmonitor“, repräsentativ befragt (Bertelsmann Stiftung, 2007). Dabei konnten die Daten bezüglich der formalen Zugehörigkeit der Deutschen zu Kirchen und religiösen Gemeinschaften weitgehend bestätigt werden. So berichteten bei dieser Umfrage 70% der Befragten, einer Religionsgemeinschaft anzugehören. Von diesen gehörten etwa jeweils 30% der römisch-katholischen und der evangelischen Landeskirche an (Krech, 2007). Etwa 29% berichteten, keiner Religionsgemeinschaft oder religiösen Strömung anzugehören. Dieser Wert ist im internationalen Vergleich recht hoch. International liegt der prozentuale Anteil der nicht religiös Gebundenen bei 16,5% (ebenda). Ein etwas komplexerer Index, der ebenfalls im Rahmen dieser Studie verwendet wurde, zielte auf die Erfassung der Zentralität der Religiosität im Leben der Befragten ab. Bei der Bildung dieses Indexes flossen verschiedene erhobene Dimensionen der Religiosität mit ein. Insgesamt konnten 70% der deutschen Bevölkerung anhand dieses Indexes als religiös klassifiziert werden (West: 78%, Ost: 36%). Davon waren 18% hoch-religiös (West: 21%, Ost: 8%) und 52% („durchschnittlich“) religiös (West: 57%; Ost: 28%). 28% wurden als klar nicht-religiös klassifiziert (West; 19% Ost: 63%) (Gabriel, 2007; Huber & Klein, 2007; Huber, 2007). Ein Vergleich mit den Daten für die US-amerikanische Allgemeinbevölkerung zeigt, dass dort insgesamt 89% der Bevölkerung als religiös klassifiziert wurden, wovon 62% hoch-religiös waren.[12] Im internationalen Vergleich liegen, was die Zentralität der Religiosität betrifft, nur noch Großbritannien, Frankreich und Russland unter den Werten der Deutschen (Huber, 2007). Gefragt nach dem Selbstkonzept als religiös stuften sich 16% der Deutschen als ziemlich oder sehr religiös ein und 35% als in mittlerem Maße religiös. Die Frage, als wie spirituell sie sich selbst bezeichnen würden, wurde von 10% mit ziemlich oder sehr beantwortet und von 20% mit „mittel“ (Bertelsmann Stiftung, 2007, Anhang: Graphiken I, S. 272). Interessant ist darüber hinaus der Befund, dass unter den Konfessionslosen 33% als religiös oder hoch-religiös Klassifizierte zu finden waren. Zwei Drittel der Konfessionslosen gehen dagegen auf explizit nicht-religiöse Personen zurück (Bertelsmann Stiftung, Religionsmonitor Deutschland – Charts).

[12] Die drei Idealtypen bezüglich der Zentralität der Religiosität lassen sich nach Huber wie folgt definieren: Bei den hochreligiösen Personen spielen religiöse Inhalte eine zentrale Rolle. Solche Inhalte werden von den Betroffenen intensiv erlebt und haben einen starken Einfluss auf das allgemeine Erleben und Verhalten.
Bei den religiösen Menschen kommen religiöse Inhalte und Praktiken zwar ebenfalls vor. Jedoch spielen diese nur eine untergeordnete Rolle und sind von geringerer Relevanz für das allgemeine Erleben und Verhalten.
Bei den Nichtreligiösen kommen religiöse Inhalte, Praktiken und Erfahrungen kaum vor. Auch spielen diese kaum eine Rolle weder für die Persönlichkeit noch für die Erlebens- und Handlungsfelder. (Huber, 2007, S. 25)

Was lässt sich nun aus all diesen Daten folgern? Als ein recht gut gesicherter Trend lässt sich für Deutschland der zunehmende Bedeutungsverlust der christlichen Großkirchen bzw. der institutionalisierten Formen der Religiosität festhalten. Ein Phänomen, das auch schon unter den Schlagwörtern der „Entkirchlichung“ oder „Deinstitutionalisierung“ gefasst wurde. Zu den zentralen Indikatoren dieses Trends gehören die Kirchenzugehörigkeit und die Teilnahme am Gottesdienst. Des Weiteren wird auch für Deutschland von einem zunehmenden religiösen Pluralismus sowie der Herausbildung individueller, persönlicher Religionskompositionen berichtet. Alles in allem bleiben die Beurteilungen der Situation und die Prognosen hinsichtlich der weiteren Entwicklung der religiösen Landschaft jedoch widersprüchlich bzw. offen (vgl. Fahrenberg, 2005a, 2005b; Friesl & Polak, 2002; Bertelsmann Stiftung, 2007; Weis, 2008). Nach Friesl und Polak haben verschiedene Wissenschaftler aus verschiedenen Disziplinen ausführliche Analysen und Dokumentationen zu diesem Thema vorgelegt und sind dabei zu recht unterschiedlichen Schlussfolgerungen und Interpretationen gekommen (für eine Übersicht hierzu siehe Friesl & Polak, 2002, S. 34ff). Auch sie selbst schließen mit der Feststellung, dass derzeit keine genaueren Prognosen bezüglich der Weiterentwicklung der beobachteten Religiosität möglich seien. So heißt es dort:

> Der Religiositätsboom ist ein schillerndes und ambivalentes Phänomen. Zwischen Megatrend und Megaflop wird deutlich, wie komplex und keineswegs linear der Zusammenhang zwischen boomender Religiosität und Bedeutungsverlust des institutionalisierten Christentums ist. Das Verständnis von Christlichkeit ist ebenso im Wandel wie das von Religion und Religiosität. Christliches und religiöses können mitten im scheinbar religionsfreien Raum erwachen. (Friesl & Polak, 2002, S. 106)

Der Psychologe Fahrenberg (2005a, 2005b) prognostiziert im Rahmen seines Artikels über die Weltanschauung der Deutschen abschließend, dass sich die Kirchen vermutlich weiter leeren und die Mitgliederzahlen sinken werden. Die christliche Sicht des Menschen hält er jedoch nach wie vor für sehr einflussreich. Er weist jedoch darauf hin, dass es daneben auch andere Weltanschauungen und Menschenbilder gebe, die zunehmend rezipiert werden und die auch die Professionellen der psychologischen und medizinischen Versorgung beeinflussen. Und dennoch, schließt auch er:

> Auch wenn die wesentlichen Grundsätze und Formen des christlichen Glaubens nicht mehr akzeptiert werden, könnte eine individuelle Religiosität bestehen

> bleiben: Religiosität als Rückbindung des Menschen an die Idee eines höheren Wesens (Transzendenz), Religion als ernst genommene Sinnfrage und Religion als umfassende Spiritualität; oder Religion als Prozess der psychischen Zukunftsbewältigung angesichts von Leid und Tod. (Fahrenberg 2005a, S. 29)

Ungeachtet der starken Thematisierung in den Massenmedien und der diesbezüglichen Spekulationen in der Fachliteratur, lässt sich anhand der Daten für Deutschland weder die These des weiterhin zunehmenden Bedeutungsverlustes der Religiosität aufgrund der fortschreitenden Säkularisierung noch die einer Renaissance der Religion oder gar eines Megatrends Religion sicher belegen. Zieht man die Selbsteinstufung des Grades der eigenen Religiosität als Indikator heran, so weisen die Daten für die bundesdeutsche Bevölkerung am ehesten auf eine gewisse Stabilität hin, was die Bedeutung der religiösen Dimension im persönlichen Leben anbelangt.

Relativ eindeutig stellt sich dagegen die religiöse Situation in Deutschland bzw. Europa im Vergleich zu den USA dar. Für Deutschland zeigt sich insgesamt eine geringere Religiosität der Allgemeinbevölkerung. Dies in Bezug auf die persönliche Religiosität und den Glauben an eine höhere Macht, vor allem aber in Hinblick auf die Einbindung in die traditionellen, institutionalisierten Formen der christlichen Religiosität. Trotz der allseits als erstaunlich hoch eingestuften Religiosität der Deutschen liegen sowohl Deutschland als auch die westeuropäischen Länder insgesamt deutlich unter den diesbezüglichen Kennwerten für die USA (Bertelsmann Stiftung, 2007; Gallup International Millennium Survey, 1999).

Exkurs: Definitionen und Konzeptualisierungen von Spiritualität und Religiosität

Bereits William James, einer der Gründungsväter der akademischen Psychologie, wusste davon zu berichten, als wie schwierig sich der Versuch einer Definition von Religion erweist. So heißt es in seinem berühmten Werk „Die Vielfalt religiöser Erfahrungen“:

> Wir können definieren soviel wir wollen, letztlich müssen wir doch der Wahrheit ins Gesicht sehen, dass wir es mit einem Erfahrungsbereich zu tun haben, in dem es keine klar abgrenzbaren Begriffe gibt. Würden wir unter diesen Umständen den Anspruch erheben, begrifflich streng „wissenschaftlich“ oder „exakt“ zu sein, würde dies nur ein mangelhaftes Verständnis unserer Aufgabe beweisen. Dinge sind mehr oder weniger göttlich, Bewusstseinszustände sind mehr oder weniger religiös, Reaktionen sind mehr oder weniger umfassend; die Grenzen sind stets verschwommen, alles ist eine Frage des Ausmaßes und des Grades. (James, 1902, Reprint 1997, S. 71)

Wenngleich seit dieser Aussage mehr als ein Jahrhundert vergangen ist und sowohl die Sozialwissenschaften als auch die Religionspsychologie seit dieser Zeit große Fortschritte in der theoretischen und empirischen Durchdringung des Phänomens der menschlichen Religiosität vorzuweisen haben, so scheint doch die Situation, was die Definition der Begriffe Religiosität und Spiritualität anbelangt, nicht unbedingt einfacher und klarer geworden zu sein. Etymologisch läst sich das Wort Religion auf das lateinische „religare“ zurückführen, was soviel bedeutet wie anbinden, festhalten, zurückbinden. Der Begriff bezieht sich nach Utsch (1998, S. 90) auf die gemeinschaftliche Beachtung (religere) und persönliche Bindung (religare) an eine letztgültige, übermenschliche Wirklichkeit. „Spiritualität“ leitet sich von dem lateinischen Wort „spiritus“ ab, was mit Geist, Atem, Hauch übersetzt wird. Da der Atem in den meisten Kulturen als Lebensprinzip par excellence betrachtet wurde, verweist dieses Wort nach van Quekelberghe (2007, S. 32) auf das innere unsichtbare Lebensprinzip, den „großen Geist oder Wind“, der „überall weht“.

Sichtet man die sozialwissenschaftliche Fachliteratur in Hinblick auf Definitionen der Begriffe Religiosität und Spiritualität, so stellt man fest, dass sich keine einheitliche und allgemein verbindliche Definition bzw. Abgrenzung der beiden Begriffe finden lässt und dass diese in hohem Maße kultur- und kontextabhängig definiert sind. Sowohl für den Begriff der Spiritualität als auch für den der Religiosität liegen eine Vielzahl zum Teil recht unterschiedlicher Definitionen vor, von denen jede einzelne eine durch das jeweilige Forschungsinteresse bedingte, begrenzte Perspektive widerspiegelt (vgl. hierzu Hill et al., 2000; Harris et al., 1999). Dieser Befund sei anhand zweier Studien exemplarisch verdeutlicht. Scott (1997) wertete im Rahmen ihrer Studie 31 Definitionen von Spiritualität und 40 Definitionen von Religiosität aus sozialwissenschaftlichen Schriften des zwanzigsten Jahrhunderts mittels inhaltsanalytischer Methoden aus. Sie fand, dass sich die Definitionen von Spiritualität und Religiosität gleichermaßen auf die folgenden inhaltlichen Kategorien verteilten: 1) Erfahrungen der Verbundenheit oder Verbindung, 2) Prozesse, die die Verbundenheit fördern, 3) verhaltensmäßige Reaktionen auf etwas Heiliges oder Säkulares, 4) Denk- oder Glaubenssysteme, 5) traditionelle, institutionelle oder organisatorische Strukturen, 6) angenehme Seinszustände, 7) Glaube an das Heilige / Transzendente, 8) Bemühungen um oder Fähigkeiten zur Transzendenz und 9) Beschäftigung mit existenziellen Fragen oder Angelegenheiten (nach Hill et al. 2000, S. 63). Anhand der Analyse von Scott wurde zweierlei ersichtlich: zum einen, dass die Begriffsdefinitionen, in ihrer Gesamtheit, sehr unterschiedlich ausfielen, zum anderen, dass keine der angeführten Kategorien für die Mehrheit der verwendeten Definitionen maßgebend war. In einer weiteren frühen Studie von

Clark (1958) wurden Psychologen, Psychiater, Soziologen, Anthropologen, Philosophen, religiöse Schüler und Geistliche nach ihrer Definition von Religion gefragt. Das Spektrum der Antworten reichte von Bezugnahmen auf das Übernatürliche und mystische Erfahrungen über letztgültige Werte bis hin zu sozialen Werten, Gruppenbelangen und Kirchenmitgliedschaft. Auch Clark kam zu dem Schluss, dass Religion viele Facetten habe und dass Sozialwissenschaftler mit dem Begriff „religiös" sehr unterschiedliche Dinge verbinden (nach Zinnbauer et al., 1999, S. 892f).

Um die Vielfalt der Aspekte, die in der psychologischen Fachliteratur zur Definition der Begriffe Spiritualität und Religiosität herangezogen wurden, ersichtlich zu machen, seien einige davon exemplarisch angeführt:

Abbildung 4: Auswahl verschiedener Definitionen der Begriffe Religion / Religiosität und Spiritualität

Definitionen von Religion / Religiosität

Beit-Hallahmi (1989, S. 11f): "I will define religion as a sphere of human activity that includes the seven elements listed below: 1. Belief in a supernatural being or beings, and belief that human beings will establish a personal relationship with that being or beings. 2. Certain rites and beliefs, in addition to those in 1., that are sanctioned by supernatural reality. 3. The division of life into the sacred and the profane. 4. Belief that the supernatural world communicates through human messengers. 5. The attempt to order life in harmony with supernatural designs. 6. Belief that revealed truth supercedes other human efforts at understanding the world. 7. The practice of creating a community of believers."

Argyle und Beit-Hallahmi (1975, S. 1): "A system of beliefs in a divine or superhuman power, and practices of worship or other rituals directed towards such a power."

Batson, Schoenrade und Ventis (1993, S. 8): "Whatever we as individuals do to come to grips personally with the questions that confront us because we are aware that we and others like us are alive and that we will die."

Clark (1958, zitiert nach Zinnbauer, 1999, S. 893): "The inner experience of the individual when he senses a Beyond, especially as evidenced by the effects of those experiences on his behavior when he actively attempts to harmonize his life with the Beyond."

Doyle (1992, zitiert nach Zinnbauer, 1999, S. 892): "Practices carried out by those who profess a faith."

William James (1979, S. 64): „Die Gefühle, Handlungen und Erfahrungen von einzelnen Menschen in ihrer Abgeschiedenheit, die von sich selbst glauben, dass sie in Beziehung zum Göttlichen stehen."

Definitionen von Spiritualität:

Doyle (1992, zitiert nach Benor, 2006, S. 332): "Spiritual … means in essence 'searching for existential meaning.'"

Becvar (1994, zitiert nach Utsch, 2005, S. 189): "Spirituality is a way of being in the world that acknowledges the existence of a transcendent dimension. It includes an awareness of the connectedness of all that is, and accepts that all of life has meaning and purpose and is thus sacred."

Lerner (1994, zitiert nach Benor, 2006, S. 332): "It is useful to think of spirit, spirituality and religion as different points on a continuum. Spirit is the source dimension behind every personal or collective experience of spirituality. It is also the source dimension behind every religion. Spirituality can be considered closer to the source dimension than everyday religion that has moved far from the experience of spirit and primarily serves moral and social purposes. Spirit is said… to be the realm that unites us."

Elkins, Hedstrom, Hughes, Leaf und Saunders (1988, S. 10): "Spirituality …is a way of being and experiencing that comes about through awareness of a transcendent dimension and that is characterized by certain identifiable values in regard to self, others, nature, life, and whatever one considers to be the Ultimate."

Benner (1989, S. 21): "Our response to a deep and mysterious human yearning for self-transcendence and surrender, a yearning to find our place."

Harris et al. (1999, S. 414): "Spirituality refers to a person's orientation toward or experiences with the transcendent or existential features of life (eg. meaning, direction, purpose connectedness) sometimes referred to as the search for the sacred in life. That what is sacred can be thought of as something beyond oneself such as a Divine Being, Ultimate Power, Communal Spirit, or Nature although a deistic ore theistic spirituality is probably most common in western culture."

Tart (1975, zitiert nach Zinnbauer, 1999, S. 902): "The vast realm of human potential dealing with ultimate purposes, with higher entities, with God, with love, with compassion, with purpose."

Helminiak (1987, zitiert nach Utsch, 2005, S. 194): „Intrinsisches Prinzip authentischer Selbsttranszendenz."

Utsch (1998, S. 91): „Gestaltwerdung eines Glauben im Alltag, seine Lebenspraxis."

Belzen (1997, S. 210, zitiert nach Utsch, 2005, S. 194): „Individuelle Gestaltung der Bezogenheit auf Transzendenz."

Scharfetter (1991, S. 1): „Spiritualität heißt eine Haltung, eine Lebensführung der Pflege, Entwicklung, Entfaltung, Öffnung des eingeschränkten Alltagsbewußtseins hinaus über den Ego- und Personbereich in einen individuumsüberschreitenden, transzendierenden, deshalb transpersonal genannten Bewußtseinsbereich. Spiritualität bedeutet Leben in der Hinordnung, der Orientiertheit am Einen, das Bewußtsein der Teilhabe des einzelnen Individuums an einem überindividuellen Sein, bedeutet die Selbsterfahrung, dass die wahre Natur, der Kern, die Substanz unseres Wesens (Atman) dieses umgreifende Eine ist, welches über jede menschliche Gestalt- und Eigenschaftszuweisung hinausgeht…Spirituelles Bewusstsein ist religiöses Bewusstsein im vor-, überkonfessionellen Sinn: als eine achtungsvolle Haltung sorgsamer Bedachtheit auf das EINE, welches aller Einzelgestalt erst ihre Einordnung, Relation gibt."

Scharfetter (2008, S. 7f): „Ich verstehe unter Spiritualität eine Grundhaltung der lebensbestimmenden Ausrichtung auf das jedes Individuum, ja alles Seiende, urhervorbringende und zurücknehmende Eine, das kognitiv-affektiv nicht erfassbar ist, jedoch zum Leitstern der Orientierung im Leben werden kann…als lebensführende Einstellung und ethische Grundhaltung steht Spiritualität eher für ein implizites Bekenntnis - zur Philosophia perennis, zum Non-Dualismus, zur trans-theistischen Religio-Philosophie, zur negativen (apopathischen) Theologie."

Anhand dieser Definitionen sowie der berichteten Befunde wird deutlich, dass es sich sowohl bei Spiritualität als auch bei Religiosität um komplexe Phänomene handelt. Von daher verwundert es nicht, dass deren Ähnlichkeiten und Differenzen in der anzutreffenden Forschungspraxis je nach Konzeptualisierung und Operationalisierung mehr oder weniger stark variieren. Die vielfältigen Charakteristika, die zur Beschreibung des Phänomens der Spiritualität und der Religiosität herangezogen worden sind, haben denn auch eine Reihe von Forschern dazu veranlasst, diese als multidimensionale Konstrukte zu konzipieren (Allport & Ross, 1967; Elkins et al., 1988; Glock & Stark, 1965; Gorsuch, R. L., Mylvaganam, G., Gorsuch, K., & Johnson, R., 1997; Helminiak, 1996; La Pierre, 1994; Pargament et al., 1990). Darüber hinaus haben einzelne Autoren den Versuch unternommen, empirisch bereits

gut begründete und etablierte Konzepte um eine spirituelle Dimension zu erweitern. So konzipiert Emmons (2000) Spiritualität als einen eigenständigen Intelligenzfaktor und definiert dessen einzelne Komponenten als

a) die Fähigkeit zur Transzendenz,
b) die Fähigkeit, in höhere, spirituelle Bewusstseinszustände einzutreten,
c) die Fähigkeit, alltägliche Aktivitäten, Ereignisse und Beziehungen mit einem Gefühl des Heiligen auszustatten,
d) die Fähigkeit, spirituelle Ressourcen für die Bewältigung von Lebensproblemen zu nutzen,
e) die Fähigkeit sich wertorientiert zu verhalten.

(S. 4, Übers. d. Verf.)

Piedmont (1999) beschreibt Spiritualität als eine weitere Dimension stabiler Persönlichkeitsmerkmale, zusätzlich zu den im Rahmen des Fünf-Faktoren-Modells von McRae und Costa beschriebenen Persönlichkeitsfaktoren. Er definiert spirituelle Transzendenz im folgenden Sinne:

> Spiritual transcendence refers to the capacity of individuals to stand outside of their immediate sense of time and place to view life from a larger, more objective perspective. This transcendent perspective is one in which a person sees a fundamental unity underlying the diverse strivings of nature and finds a bonding with others that can not be severed, not even by death. (Piedmont, 1999, S. 988)

Wilber (1994) legt Wert darauf, eine exoterische Form der Religiosität von einer esoterischen oder mystischen Form der Religiosität zu unterscheiden. Während er erstere ihren Ausprägungen nach den prärationalen Stufen der Bewusstseinsentwicklung zuordnet, seien letztere den transrationalen, post-konventionellen Stufen der Bewusstseinsentwicklung zuzuordnen.[13] Die exoterische Religiosität sei durch den konkreten Glauben an religiöse Dogmen und Mythen als tatsächliche historisch gegebene Tatsachen gekennzeichnet. Dagegen sei die mystische oder esoterische Religiosität auf direkter innerer und kontemplativer Erfahrung begründet und stelle die Basis dar, auf denen die religiösen Schriften beruhen. Mystische Religiosität strebe Einsichten in die höheren Stufen der Bewusstseinsentwicklung bzw. in eine letzte Wirklichkeit an und deute die Aussagen der religiösen Schriften in einem symbolischen oder esoterischen Sinne. Während Wilber die

[13] Eine differenziertere Darstellung des Stufenmodells der Bewusstseinsentwicklung von Ken Wilber findet sich in Kap. 2.4.1.3.2.1.

mystische oder esoterische Form der Religiosität mit einer wissenschaftlichen Weltanschauung für durchaus kompatibel hält, seien Wissenschaft und Mythengläubigkeit grundsätzlich unvereinbar.

In einem ähnlichen Zusammenhang machen Walach und Reich (2005) deutlich, dass die spirituelle Erfahrung das Fundament bildet, auf dem viele Religionen beruhen, während die kodifizierten Religionen, als gleichsam komplementäres Gegenstück dazu, Wege darstellen, um diese spirituellen Erfahrungen zu kommunizieren und zu bewahren. Religionen ermöglichen es demnach, spirituelle Erfahrungen kulturell verfügbar zu machen. Mittels Symbolisierung, Riten, Bildern und Texten eröffnen sie den Menschen Wege, um diese Erfahrungen im eigenen Erleben unmittelbar nachvollziehen zu können. Religion sei in diesem Sinne als der formgebende Aspekt der spirituellen Erfahrung zu verstehen. Sie werde benötigt, um die spirituelle Erfahrung und deren Impetus, in Form von kulturell akzeptier- und verstehbaren Weisen der Weltsicht, zu kanalisieren (ebenda, S. 429). Die Institution der Kirche habe im Laufe der Geschichte immer wieder Versuche unternommen, sich an die historisch-kulturellen Änderungsprozesse anzupassen und die gemachten Erfahrungen in Form der neu verfügbaren intellektuellen Mittel, kulturellen Bilder und Versprachlichungen neu zu interpretieren. Vielen Menschen scheint dieses Unterfangen jedoch nicht genügend weit fortgeschritten, worin wohl eine der Hauptursachen für die wachsende Tendenz zur Entkirchlichung zu sehen sein dürfte.

Die oben beschriebenen bislang bestehende Vielfalt und Inkonsistenz der Begriffsdefinitionen von Spiritualität und Religiosität wird mittlerweile jedoch in zunehmendem Maße problematisiert. Nach Zinnbauer et al. (1999, S. 894) deutet diese auf einen Mangel an umfassenden und allgemein anerkannten Theorien hin, die der facettenreichen Natur der beiden Konstrukte gerecht werden. Andere weisen auf die negativen Implikationen sowohl für den Bereich der klinischen Anwendung als auch für die Forschung hin. Ein zentrales Problem ist zum einen darin zu sehen, dass ohne klare Definitionen unklar bleibt, was Forschende und Beforschte mit diesen Begriffen überhaupt verbinden. Darüber hinaus kann auch der fachübergreifende Diskurs durch den Mangel an Verständnis und klinischer Übereinstimmung eingeschränkt werden. Nicht zuletzt können ohne klare Definitionen keine allgemeinen Schlussfolgerungen aus verschiedenen Studien gezogen werden (Zinnbauer et al., 1997, S. 550; Hill et al., 2000, S. 65). Die Forschung zu diesen Bereichen krankt nach Hill et al. (2000, S. 52) bis dato vor allem an zwei Problemen: Entweder sind die untersuchten Konstrukte und die entsprechenden operationalen Definitionen zu eng gefasst, was in Forschungsprogrammen von begrenztem Wert resultiert,

oder aber es sind zu weit gefasste Definitionen anzutreffen, die zu einem Verlust der distinktiven Charakteristika von Religion und Spiritualität führen. Nach Ansicht der genannten Autoren besteht deshalb ein dringender Bedarf an einer eindeutigen und konsensfähigen Definition von Spiritualität und Religiosität sowie einer empirischen Begründung und Operationalisierung der beiden Konstrukte.

Die Unterscheidung und Differenzierung von Spiritualität und Religiosität, die sich zuerst innerhalb der Bevölkerung und mittlerweile auch im Kontext der sozialwissenschaftlichen Forschung beobachten lässt, ist jedoch ein relativ junges Phänomen. Nach Hill et al. (2000) ist sie eine Folge der zu Anfang bereits geschilderten historisch-kulturellen Entwicklungen (vgl. Kap. 2.1.) sowie des gegenwärtigen Wissensstandes. In jeder geschichtlichen Phase müsse neu ausgehandelt und definiert werden, was unter abstrakten Begriffen wie Religiosität und Spiritualität zu verstehen sei. Einerseits hat der allgemeine Trend zur Individualisierung in der religiösen Kultur und zum religiösen Pluralismus anscheinend dazu geführt, dass sowohl unter den sozialwissenschaftlich Forschenden als auch unter den Teilnehmern wissenschaftlicher Studien ein größerer Dissens besteht, was die Bedeutung der Begriffe Religiosität und Spiritualität anbelangt (Zinnbauer et al., 1999, S. 890). Andererseits scheint sich trotz dieser Vielfalt an Verständnismöglichkeiten allmählich ein kollektiver Trend durchzusetzen, was die Belegung der beiden Begriffe betrifft. Mittlerweile genießt in den USA vor allem der Begriff der Spiritualität eine andauernd hohe Popularität, was sich anhand der Thematisierung in den Massenmedien und in der Populärliteratur unschwer erkennen lässt. Spätestens seit Ende der achziger Jahre hat dieses anhaltende und wachsende Interesse an Spiritualität auch in der sozialwissenschaftlichen und psychologischen Forschung seinen Niederschlag gefunden. Dabei lässt sich feststellen, dass der Begriff der Spiritualität gegenüber dem der Religiosität allmählich eine Bedeutungsverschiebung erfahren hat. Dies hat vor allem mit der Herauslösung von religiösen Erfahrungen und Gefühlen aus deren Bindung an organisierte Religion zu tun. Damit einhergehend hat das Konstrukt der Religion bzw. Religiosität allmählich einen zunehmenden Bedeutungsverlust erlitten und wurde sukzessive enger gefasst, während Spiritualität einige der früheren Bedeutungen von Religion übernommen hat (Zinnbauer et al., 1997; Hill et al., 2000). Darüber hinaus ging die Differenzierung von Spiritualität und Religiosität mit einer Tendenz zur Polarisierung der beiden Konzepte einher. Diese Polarisierung lässt sich unter den Aspekten „organisierte Religion versus persönliche Spiritualität“, „substantive Religion versus funktionale Spiritualität“ und „negative Religion versus positive Spiritualität“ subsummieren (Zinnbauer, 1999; Zinnbauer & Pargament, 2005).

Spiritualität wird mittlerweile stärker mit einem persönlichen, individuellen und erfahrungsbezogenen Zugang zur transzendenten Dimension assoziiert, wohingegen sich Religion / Religiosität in zunehmendem Maße auf die formalen, traditionellen und institutionellen Aspekte des Glaubensvollzugs beschränkt. Auch in der psychologischen Fachliteratur lässt sich dieser Trend zu einer Unterscheidung von formaler, institutionsgebundener Religiosität und persönlicher, erfahrungsbezogener Spiritualität feststellen. Als exemplarisch hierfür seien die Definitionen von Spiritualität und Religiosität angeführt, die Lukoff, Lu und Turner (1992) in ihrem Antrag für die Etablierung einer neuen V-Codierung „Religiöses oder Spirituelles Problem“ im DSM-IV verwenden. Spiritualität beschreibt demnach „die Beziehung zwischen einer Person und einem transzendenten Sein oder einer transzendenten Kraft oder einem höheren Wesen; diese Qualität geht über eine spezifische religiöse Mitgliedschaft hinaus“ (Peterson & Nelson, 1987, zit. n. Lukoff et al., 1992, S. 674, Übers. d. Verf.). „Religiosität“ dagegen „bezieht sich auf die Befolgung der Glaubensvorstellungen und Praktiken einer organisierten Kirche oder religiösen Institution" (Shafranske & Malony, 1990, zit. n. Lukoff et al., 1992, S. 674, Übers. d. Verf.). Auch Peteet verwendet im Rahmen seines Artikels zu religiösen oder spirituellen Problemen in der Psychotherapie ähnliche Definitionen. Religiosität definiert er als “reflecting commitments to beliefs and practices characteristic for particular traditions” und Spiritualität als “[viewing] the human condition in a larger and or transcendent context and therefore concerned with the meaning and purpose of life and with unseen realities such as one’s relationship to a supreme being” (Peteet, 1994, S. 23).

Schließlich spiegelt auch die Definition der Begriffe “religiosity“ und “spirituality“ im Thesaurus der psychologischen Indexbegriffe der American Psychological Association diese Entwicklung wider. Der Begriff “religiosity“ wurde im Jahre 1973 in den Thesaurus aufgenommen und ist dort wie folgt definiert: “Degree of one's religious involvement, devotion to religious beliefs, or adherence to religious observances.“ Als verwandte Begriffe werden “religious beliefs”, “religious fundamentalism” und “spirituality” angeführt. Der Begriff “spirituality“ wurde dagegen erst im Jahre 1988 aufgenommen. Auch dies kann als Indikator für den Trend hin zur Unterscheidung von Religiosität und Spiritualität und für das wachsende Interesse der akademischen Psychologie an Spiritualität betrachtet werden. Spiritualität wird im Thesaurus definiert als **“**degree of involvement or state of awareness or devotion to a higher being or life philosophy. Not always related to conventional religious beliefs.” Verwandte Begriffe sind “Religion”, “Religiosity”, “Religious Beliefs”, “Religious Experiences” und “Soul”.

Richards und Bergin (2002) treffen eine ähnliche Unterscheidung, wobei sie Religion als eine Teilmenge von Spiritualität betrachten. Trotz der Überschneidung der beiden Konzepte ist es ihrer Ansicht nach möglich, diese entlang verschiedener Dimensionen voneinander zu unterscheiden. Religiöse Ausdrucksformen seien stärker assoziiert mit den Dimensionen „konfessionell", „external", „kognitiv", „verhaltensbezogen", „ritualistisch" und „öffentlich". Spirituelle Erfahrung dagegen mit „universal", „ökumenisch", „internal", „affektiv", „spontan" und „privat". Aus einer anderen Perspektive betrachtet bedeutet das, dass Spiritualität als ein Attribut des Individuums betrachtet werden kann, wogegen Religion den Charakter einer organisierten sozialen Entität hat, innerhalb deren Individuen grundsätzliche Überzeugungen und Praktiken miteinander teilen (Harris et al., 1999, S. 414).

Zur Polarisierung von funktionaler Spiritualität versus substantiver Religiosität lässt sich folgendes sagen: Ursprünglich wurde Religion in der religionspsychologischen Forschung sowohl unter einem funktionalen als auch unter einem substantiven Ansatz erforscht. Der substantive Ansatz untersucht Glaubensüberzeugungen, Gefühle, Praktiken und Beziehungen eines Individuums, die explizit auf eine höhere Kraft oder ein göttliches Wesen gerichtet sind. Religion wird dabei durch seine Substanz, nämlich das Heilige, definiert (Zinnbauer et al., 1999, S. 897). Beim funktionalen Ansatz dagegen wird der Zweck von Religion im Leben von Individuen betont (vgl. hierzu auch Friesl & Polak, 2002, S. 54ff). Hier liegt der Fokus darauf, wie Glaubensüberzeugungen, Gefühle, Verhaltensweisen oder Erfahrungen dazu dienen können, existentielle Probleme, wie die Sinnfrage oder den Umgang mit Krankheit, Tod, Leiden oder Ungerechtigkeit zu bewältigen. Spiritualität repräsentiert (nach Zinnbauer et al., 1999, S. 902) gegenwärtig all das, was Menschen tun, um Ziele wie Sinn, Ganzheit, Verbundenheit mit anderen oder die Suche nach Wahrheit und dem eigenen inneren Potential zu verwirklichen. Während Spiritualität zunehmend als dynamischer und funktionaler Prozess untersucht und beschrieben wird, werde Religion immer mehr als statische, substantive Entität betrachtet (Zinnbauer et al., 1999, S. 901).

Der dritte Aspekt der gegenwärtig zu beobachtenden Polarisierung von Spiritualität und Religiosität bezieht sich auf die Valenzen, die zunehmend mit den beiden Begriffen verbunden werden. Spiritualität repräsentiert dabei in der Regel das höher Wertige, ein höchstes Potential, welches es zu verwirklichen gilt, wohingegen Religion / Religiosität eher mit banalem Glauben assoziiert oder gar als ein Hindernis in Bezug auf die authentische religiöse Erfahrung oder die Verwirklichung dieses höchsten Potentials betrachtet wird. Während Religion mit Priestern, weltfremden und unzeitgemäßen Dogmen, Kirchen, Institutionen, politischer Einflussnahme und sozialen Organisationen assoziiert wird, wird

Spiritualität mit der Suche nach Authentizität, Verbundenheit, Sinn, Bestimmung, Einheit, Transzendenz und dem höchsten menschlichen Potential verbunden. Mit Marty lässt sich der Trend zur Polarisierung der beiden Begriffe wie folgt auf den Punkt bringen: “Spirituality is now cool; religion is uncool“ (Marty, 1996, nach Zinnbauer et al., 1999, S. 903).

Ursprünglich war Religion bzw. Religiosität im Rahmen der sozialwissenschaftlichen Forschung und innerhalb der Religionspsychologie jedoch ein weit gefasstes Konstrukt, das sowohl persönliche als auch institutionelle, sowohl progressive als auch traditionelle, intrinsische und extrinsische, substantive und funktionale, hilfreiche und schädliche Aspekte umfasste. Zinnbauer et al. (1999) sprechen in diesem Zusammenhang von Religion als „Breitband-Konstrukt“, welches ein weites Spektrum von Glaubensüberzeugungen, Verhaltensweisen, Gefühlen und Erfahrungen beinhaltete. Zwischen Spiritualität und Religiosität wurde in dieser Phase noch nicht unterschieden. Entweder wurden sämtliche Phänomene, die mittlerweile mit beiden Begriffen assoziiert werden, unter dem Oberbegriff „Religion“ untersucht oder die beiden Begriffe wurden als wechselseitig austauschbar verwendet.

So definierte beispielsweise William James (1997, S. 64) Religiosität als „die Gefühle, Handlungen und Erfahrungen von einzelnen Menschen in ihrer Abgeschiedenheit, die von sich selbst glauben, dass sie in Beziehung zum Göttlichen stehen.“ Im Weiteren unterschied er eine institutionelle Religion, die charakterisiert ist durch Gottesdienst und Opfer, Verfahren, sich die Gottheit geneigt zu machen, Theologie, Zeremonie und kirchliche Organisation, von einer persönlichen Religion - „das Individuum vollzieht seine Geschäfte selbständig und allein für sich selbst, die Beziehung zwischen dem Menschen und seinem Schöpfer verläuft direkt von Herz zu Herz, von Seele zu Seele“ (S. 61f).

Eine Reihe von Autoren weist mittlerweile auf die Gefahren hin, die mit einer solchen polarisierenden Begriffsverwendung verbunden sind (Hill et al. 2000; Hill & Pargament, 2003; Zinnbauer et al., 1999; Zinnbauer & Pargament, 2005). Nach Zinnbauer et al. (1999) wird bei einer solchen Einteilung zum einen nicht berücksichtigt, dass so gut wie jede Religion auch an spirituellen Angelegenheiten und der Suche nach dem Heiligen interessiert ist. So weise Pargament’s Definition von Spiritualität als die Suche nach dem Heiligen darauf hin, dass Spiritualität das Herz und die Seele und die zentrale Funktion von Religion sei. Darüber hinaus werde bei einer solchen Betrachtungsweise ignoriert, dass sich jegliche Form des religiösen oder spirituellen Ausdrucks in einem sozialen Kontext ereignet. So ist es nach Ansicht von Zinnbauer nicht verwunderlich, dass Spiritualität in einem kulturellen Kontext an Bedeutung gewonnen hat, in dem Individualismus wertgeschätzt und Autoritäten ablehnt

werden. Genauso wenig sei es sinnvoll, zwischen einer guten Spiritualität und einer schlechten Religion zu unterscheiden, da ein substantieller Teil der Forschung belegt, dass beide, Religion und Spiritualität, sich sowohl in gesunden als auch in ungesunden Formen manifestieren können. In ähnlicher Weise führt die Reduzierung auf eine substantive Religiosität dazu, dass Religiosität mehr und mehr zu einer statischen Entität verkümmert und sich nicht mehr auf die dynamische Art und Weise bezieht, in der sich Religiosität im Leben von Individuen auswirkt. Eine ausschließlich funktionale Spiritualität sei dagegen in Gefahr, die Grenzen zu anderen Disziplinen zu verlieren, die sich ebenfalls mit Fragen des Sinns, des Selbst und von Werten beschäftigen, und ihren heiligen, substantiven Kern zu verlieren.

Kritisiert wird darüber hinaus auch die Tendenz zur Verwässerung bzw. Inflation des Begriffes „spirituell“. Spirituell werde mittlerweile stellvertretend für „bewegend“, „wichtig“, „erfüllend“, oder „wertvoll“ verwendet. Hill et al. (2000) sind jedoch der Ansicht, dass Ideologien oder Lebensstile nicht spirituell genannt werden sollten, wenn sie nicht Betrachtungen über das Heilige und eine Suche nach diesem beinhalten, die das Subjekt transzendiert. Ein spiritueller Lebensstil oder Ideologie sei dementsprechend der Versuch, eine Ahnung des Heiligen zu artikulieren und sich zu diesem in Beziehung zu setzen. Wenn jeglicher Glaube oder jegliche Aktivität, die einem Individuum das Gefühl von Identität oder Sinnhaftigkeit verleiht, als spirituelle bzw. religiöse Bemühung bezeichnet werde, dann verliere dieses Feld jegliche Abgrenzungen und liege außerhalb der Grenzen dessen, was eigentlich gemeint sei (Hill et al., 2000, S. 71).

Gegen die Polarisierung und Beschreibung von Spiritualität und Religiosität als sich wechselseitig ausschließende Konstrukte sprechen darüber hinaus auch eine Reihe von empirischen Befunden. Anhand verschiedener Forschungsergebnisse zeigt sich nämlich vor allem zweierlei: Zum einen weisen die Ergebnisse insgesamt auf die nach wie vor beträchtlichen interindividuellen Differenzen in Bezug auf die Definition der beiden Begriffe hin. Dies nicht nur unter den sozialwissenschaftlich Forschenden, sondern auch in der Allgemeinbevölkerung. So ergaben verschiedene Studien mit Personen aus unterschiedlichen professionellen und religiösen Kontexten, dass diese den Begriffen Spiritualität und Religiosität von Person zu Person bzw. von Gruppierung zu Gruppierung recht unterschiedliche Bedeutungen zuschreiben. So fand Bibby (1995), der 1713 erwachsene Kanadier befragte, dass etwa die Hälfte derer, die von „spirituellen Bedürfnissen“ berichteten, dafür eine konventionelle Terminologie, wie Kirchenbesuch, Gebet, Glaube an Gott heranzog, während die andere Hälfte der Befragten dies mit Begriffen wie Meditation, Reflektion oder Gefühlen der Ganzheit verband (nach Hill et al., 2000). Zinnbauer et al. (1997) untersuchten

im Rahmen ihrer Studie Angehörige verschiedener religiöser Populationen von New Age bis konservativ christlich a) bezüglich der Art und Weise in der sie sich selbst und ihre Überzeugungen hinsichtlich Religiosität und Spiritualität charakterisieren, und b) bezüglich des Zusammenhangs zwischen der Selbstbeschreibung als spirituell oder religiös und verschiedenen soziodemographischen, religiösen / spirituellen und psychosozialen Variablen. Die Autoren fassen die Implikationen dieser Studie wie folgt zusammen:

> The findings of this study illustrate the necessity for researchers to recognize the many meanings attributed to religiousness and spirituality by different religious groups and cultural groups, and the different ways in which these groups consider themselves religious and or spiritual. As indicated by Hood et al. (1996) no single perspective on religion dominates in postmodern culture, but rather multiple perspectives exist simultaneously. (Zinnbauer et al., 1997, S. 562)

Der Religionspsychologe Michael Utsch (2005) weist in diesem Zusammenhang darauf hin, dass auch der Begriff „Glauben“ bzw. „gläubig“ einen traditionsreichen Begriff des christlichen Abendlandes darstellt. So bezeichnete sich in einer deutschen Studie von Showalter (2003, nach Utsch, 2005) der Großteil einer Gruppe von Krankenhauspatienten als gläubig. Auch Utsch weist angesichts solcher Ergebnisse darauf hin, dass bei der Konstruktion von Fragebögen die Verwendung von adäquaten Begrifflichkeiten, die dem subjektiven Empfinden der Teilnehmenden entsprechen, von zentraler Bedeutung ist.

Zum anderen deuten die Ergebnisse mehrerer Studien jedoch darauf hin, dass sich der Trend zu einer Unterscheidung von persönlicher, erfahrungsbezogener Spiritualität einerseits und traditioneller, institutionalisierter Religiosität andererseits auch für die Allgemeinbevölkerung zu bestätigen scheint. Dabei zeigt sich aber auch, dass die beiden Konzepte nicht vollständig unabhängig voneinander sind und dass ein großer Teil der US-amerikanischen Bevölkerung Aspekte beider Konstrukte – sowohl konventionelle und traditionelle als auch persönliche Ausdrucksformen – zu integrieren scheint. Die Befunde weisen insgesamt darauf hin, dass der institutionelle religiöse Kontext für das Gros der Amerikaner nach wie vor einen maßgeblichen Rahmen darstellt, innerhalb dessen spirituelle Bedürfnisse gelebt werden.

So zeigte sich in der bereits erwähnten Studie von Zinnbauer et al. (1997), in der Angehörige verschiedener religiöser Populationen von New Age bis konservativ christlich zu ihren Definitionen von Religiosität und Spiritualität befragt wurden, dass einige Merkmale für beide Begriffe gleichermaßen kennzeichnend sind, wobei sich diese jedoch im Fokus unterscheiden, der auf spezifische Aspekte gelegt wird. Während sowohl die Definitionen von

Religiosität als auch die von Spiritualität den Glauben an eine höhere Macht und den Versuch, die eigenen Überzeugungen und Werte im persönlichen Leben zu integrieren, beinhalteten, lag der Fokus bei den Definitionen von Religiosität auf den organisatorischen oder institutionellen Glaubensüberzeugungen und Praktiken, wohingegen der Fokus bei den Definitionen von Spiritualität auf der persönlichen Qualität der Verbundenheit mit bzw. der Beziehung zu einer höheren Macht lag. Des Weiteren lieferten auch korrelationsstatistische Analysen Hinweise darauf, dass sich die beiden Begriffe auf unterschiedliche Konzepte beziehen. Diese ergaben, dass die Selbstdefinition als religiös stärker mit Autoritarismus, religiöser Beteiligung der Eltern, religiöser Orthodoxie, intrinsischer Religiosität, Selbstgerechtigkeit und Kirchenbesuch korrelierte, wogegen für Spiritualität höhere Ausprägungen der Variablen mystische Erfahrungen, New-Age-Überzeugungen und Praktiken, höheres Einkommen sowie die Erfahrung, von Geistlichen verletzt worden zu sein, kennzeichnend waren. Sowohl die Definitionen der Teilnehmer als auch die korrelationsstatistischen Analysen deuten darauf hin, dass sich die Begriffe Religiosität und Spiritualität auf unterschiedliche Konzepte beziehen, und zwar im Sinne der oben beschriebenen Unterscheidung von Spiritualität als stärker persönlich und erfahrungsbezogen und Religiosität als mit organisatorischen und institutionellen Eigenschaften belegt. Obwohl sich die beiden Begriffe jedoch auf unterschiedliche Konzepte zu beziehen scheinen, erweisen sich diese als nicht vollkommen unabhängig voneinander. So gaben das Gros (74%) der Teilnehmer in der Studie von Zinnbauer et al. (1997) an, dass sie sich sowohl als spirituell als auch als religiös betrachten würden. Darüber hinaus korrelierte auch die Selbstbeschreibung als spirituell signifikant positiv mit Variablen wie Häufigkeit des Gebets, Kirchenbesuch, intrinsischer Religiosität oder religiöser Orthodoxie. Auch in einer Studie von Corrigan, Mc Corkle, Shell und Kidder (2003) bezeichneten sich nahezu zwei Drittel der befragten Personen sowohl als spirituell als auch als religiös (nach Zinnbauer & Pargament, 2005). Hill et al. (2000) kommen angesichts solcher Befunde zu dem folgenden Fazit:

> It appears that many individuals approach the sacred through the personal subjective and experiential part of spirituality; it is also apparent that this experiential path often includes organizational or institutional beliefs and practices. (Hill et al., 2000, S. 62)

Es gibt nur wenige empirische Studien, in denen Personen untersucht wurden, die das Label der Spiritualität dem der Religiosität eindeutig vorziehen. Dabei zeigt sich, dass sich solche Personen in der Regel dadurch auszeichnen, dass sie individualisierte Formen der Spiritualität, die mit Mystizismus und New-Age-Überzeugungen und -praktiken einhergehen,

bevorzugen, wohingegen sie traditionelle, organisierte Religion ablehnen. Diese Personen sind individualistischer und stammen häufiger aus Familien, die ebenfalls weniger an religiösen Angeboten teilnahmen (Zinnbauer et al., 1997, S. 561). So zeigte eine Studie von Roof (1993), der 1599 Personen aus den geburtenstarken Jahrgängen untersuchte, dass sich in den 1960er und 1970er Jahren viele von diesen von den organisierten Religionen losgesprochen hatten. Solche Personen vertraten häufig eine new-age-geprägte Form der Religiosität, mit einer Betonung der spirituellen Erfahrung gegenüber institutioneller Religion. Vor allem unter den hoch aktiven „Suchern", die ihren religiösen Glauben als „spirituelle Reise" oder „spirituelle Suche" charakterisieren, sei dies der Fall (nach Hill et al., 2000).

Auch in der bereits erwähnten Studie von Zinnbauer et al. (1997) bezeichneten sich 19% der Befragten als „spirituell aber nicht religiös". Auch hier zeigte sich, dass sich diese Gruppe durch New-Age-Überzeugungen und eine größere Unabhängigkeit auszeichnete und dass sie häufiger von eigenen mystischen Erfahrungen berichtete. Darüber hinaus hatten solche Personen häufiger an Selbsterfahrungsgruppen zur Förderung des spirituellen Wachstums teilgenommen. Auch sie praktizierten seltener die traditionellen Formen der Religiosität, wie z.B. Besuch von Gottesdiensten oder Gebet, und waren orthodoxen christlichen Glaubensüberzeugungen gegenüber eher abgeneigt. Auch betrachtete die Gruppe der Personen, die sich als ausschließlich spirituell bezeichnete, Spiritualität und Religion als unterschiedliche und sich nicht überschneidende Konzepte und sah Religion eher in einem negativen Licht. Ein weiteres interessantes Ergebnis dieser Studie liegt darin, dass auch die Gruppe der Personen, die im Bereich der psychischen Gesundheitsversorgung arbeiteten, sich selbst als hoch spirituell, aber nicht sehr religiös einstufte. Sie folgte damit gleich an zweiter Stelle auf die New-Age-Gruppe. Dieser Befund deutet darauf hin, dass Personen, die in der psychischen Gesundheitsversorgung arbeiten, Spiritualität und Religiosität in deutlich geringerem Maße integrieren, als es die Gläubigen und möglicherweise auch die Allgemeinbevölkerung tun. Worthington und Sandage (2002, S. 385) weisen in diesem Zusammenhang mahnend darauf hin, dass Psychotherapeuten die klinischen Auswirkungen einer bestimmten Begriffsverwendung unterschätzen könnten. So könnten hoch-religiöse Klienten durch einen Psychotherapeuten, der von Spiritualität spricht und dabei keine traditionell religiösen Begrifflichkeiten verwendet, eher abgeschreckt werden, wohingegen andere eher eine Aversion gegenüber religiösen Begrifflichkeiten haben und sich sehr stark mit einer spirituell geprägten Begrifflichkeit identifizieren.

Der Trend zur Differenzierung von Spiritualität und Religiosität ist mittlerweile so deutlich vorangeschritten, dass er Auswirkungen auf die Selbstdefinition der sozialwissenschaftlich Forschenden selbst zeitigt. So diskutieren Zinnbauer et al. (1997, S. 563) ob das Feld der sozialwissenschaftlichen Religionsforschung ("social scientific study of religion"), welches sich in seiner Bedeutung auf die ursprüngliche, weit gefasste Konzeptualisierung von Religion bezieht, den kulturellen Wandel reflektieren und sich selbst als akademisches Feld umdefinieren sollte. Beispielsweise als "social study of religion and spirituality". Oder aber ob die beiden Bereiche unter den beiden Labels "social study of religion" und "social study of spirituality" zukünftig getrennt beforscht werden sollten. Auch weisen die Autoren darauf hin, wie zentral solche Reflektionen für die weitere Entwicklung des Forschungsbereiches selbst sind. In einer weiteren Publikation weisen Zinnbauer et al. darauf hin, dass mit der gegenwärtigen Charakterisierung der Konstrukte Religiosität und Spiritualität bedeutsame Aspekte ihrer traditionellen Verwendung verloren gegangen seien. Ehemals ausbalancierte Konzeptualisierungen seien zugunsten von verzerrten und engeren Perspektiven aufgegeben worden. Ihrer Ansicht nach führt dies dazu, dass die Religionspsychologie als Forschungsfeld in Gefahr ist, ihren Fokus zu verlieren (Zinnbauer et al., 1999, S. 890). In diesem Sinne heißt ein jüngst herausgegebenes Handbuch von Paloutzian und Park (2005) denn auch „Handbook of the Psychology of Religion and Spirituality". Eine im Jahr 2009 neu erscheinende Zeitschrift der American Psychological Association trägt den Titel „Psychology of Religion and Spirituality" (APA, 2008).

Hill et al. (2000) erarbeiten im Rahmen ihres differenzierten Übersichtsartikels zu Definitionen und Konzeptualisierungen von Religion und Spiritualität eine Reihe von Kriterien, die sie in Hinblick auf die Entwicklung einer zukünftigen Arbeitsdefinition der beiden Konstrukte als nützlich erachten. Diese Kriterien sollen als Ausgangspunkt dienen, um eine weitere systematische Forschung im Zusammenhang mit Religiosität und Spiritualität zu erleichtern. Sie sind nach Ansicht der Autoren breit und flexibel genug, um sie jederzeit an die spezifischen Bedürfnisse der Forschenden bzw. die untersuchten Phänomene anpassen zu können. Sie seien jedoch nicht so weit gefasst, dass sich die Bedeutungen der beiden Konstrukte verwischen. Hill et al. (2000) verzichten darauf, sich auf eine einzige, nachvollziehbare Definition festzulegen. Statt dessen stellen sie den Versuch an, Spiritualität und Religiosität auf einer basalen Ebene zu analysieren und die fundamentalen Eigenschaften der beiden Konstrukte zu beschreiben. Dadurch sollen sowohl deren konzeptuelle Überschneidungen als auch die Unterschiede deutlich werden.

Das primäre Kriterium und der gemeinsame Nenner der Definitionen von Spiritualität und Religiosität wird wie folgt formuliert:

> The feelings, thoughts, experiences, and behaviors that arise from a search for the sacred. The term "search" refers to attempts to identify, articulate, maintain, or transform. The term "sacred" refers to a divine being, divine object, Ultimate Reality, or Ultimate Truth as perceived by the individual. (Hill et al., 200, S. 66)

Die Schlüsselkonzepte der Gesamtdefinition umfassen das Konzept des Heiligen, den Prozess der Suche, das Konzept des Nicht-Heiligen und das Ausmaß, in dem das Heilige von einer Gemeinschaft unterstützt wird. Im Zentrum von Religiosität und Spiritualität steht nach Hill et al. eine Empfindung des Heiligen. Bei der Definition dessen, was als heilig erachtet wird, spielen gesellschaftliche und kulturelle Einflüsse eine wesentliche Rolle. Was als heilig gilt, ist eine sozial beeinflusste Wahrnehmung.[14] Das Heilige ist nicht unmittelbar gegeben, sondern es erfordert einen Prozess der Suche. Diese beinhaltet die Identifizierung dessen, was als heilig gilt und somit der Hingabe bzw. des Engagements als wert erachtet wird (identification), die Fähigkeit, das, was man als heilig erachtet, zu artikulieren (articulation), die Bewahrung des Heiligen im Rahmen der religiösen oder spirituellen Erfahrung (maintenance), und schließlich beinhaltet der Suchprozess die Transformation und Modifikation dessen, was als heilig gilt.

Über dieses primäre gemeinsame Kriterium hinaus führen Hill et al. zwei weitere Kriterien an, durch die sich ihrer Ansicht nach Religiosität von Spiritualität unterscheidet. Eines von diesen beinhaltet, dass im Rahmen einer solchen „Suche nach dem Heiligen" auch „nicht-heilige" Dinge eine wesentliche Rolle spielen können (aber nicht müssen). Hierunter fällt beispielsweise die Befriedigung von zentralen psychologischen Bedürfnissen, wie das Bedürfnis nach einem Gefühl der Identität, nach Sicherheit, Zugehörigkeit, Gesundheit, Wohlbefinden oder Sinn – vorausgesetzt, die Befriedigung der genannten Bedürfnisse findet innerhalb eines Kontextes statt, der die Suche nach dem Heiligen unterstützt, wie z.B. einer Kirche oder Moschee. Dieses Kriterium entspricht in etwa dem Konzept der extrinsischen Religiosität. Ein weiteres spezifisches Kriterium für die Verwendung des Begriffes Religiosität ist, dass die spezifischen Mittel und Methoden der Suche (Rituale,

[14] Selbst bei einer derart weit gefassten Definition von Spiritualität lässt sich jedoch einwenden, dass sie dem Verständnis bestimmter monistischer oder non-theistischer spiritueller Traditionen nicht unbedingt entspricht. So strebt beispielsweise der Zen-Buddhismus die dauerhafte Erfahrung einer letzten Wirklichkeit, jenseits jeglicher konzeptueller Fassungen derselben und damit jenseits einer Unterteilung von profan und heilig, an. Eine bekannte Aussage in diesem Zusammenhang lautet „offene Weite nichts von heilig". Auch in der indischen non-dualistischen Tradition des Advaita Vedanta wird alles – sowohl das Manifeste als auch das Unmanifeste – als

vorgeschriebene Verhaltensweisen), auf die eine Person zurückgreift, durch eine soziale Gruppe oder Tradition validiert und legitimiert wird.

Alles in allem erscheint diese Definition und Unterscheidung zwar theoretisch plausibel, jedoch in Bezug auf die praktische Anwendbarkeit im Rahmen empirischer Studien wenig überzeugend. Die Autoren scheinen dies ähnlich zu empfinden, wenn sie abschließend darauf hinweisen, dass die Erfassung von Spiritualität und Religiosität als getrennte Konstrukte aufgrund ihrer soziologischen und psychologischen Überschneidungsbereiche schwierig sei.

2.3. Zunehmende Kritik an der akademischen Psychologie und der Psychiatrie hinsichtlich ihres Umgangs mit den Themenbereichen Religiosität und Spiritualität

Ein weiterer Anlass für die deutlich wachsende Diskussion von klinisch relevanten Fragestellungen in Bezug auf die Themenbereiche Religiosität und Spiritualität ist wohl der Tatsache geschuldet, dass der bisherige Umgang mit diesen Themenbereichen innerhalb der akademischen Psychologie und der Psychiatrie in zunehmendem Maße unter Kritik stand.[15]

So führten David Lukoff, Francis Lu und Robert Turner im Zusammenhang mit der Antragstellung für eine neue diagnostische Kategorie „Religiöse oder Spirituelle Probleme“ im Diagnostischen und Statistischen Manual Psychischer Störungen (DSM-IV) eine umfangreiche Literaturrecherche zu den Themenbereichen Spiritualität und Religiosität durch (Lukoff, Turner & Lu, 1992, 1993). Als Fazit dieser Literaturrecherche fassen sie eine Reihe von Kritikpunkten zusammen, die sich in ähnlicher Weise auch bei anderen Autoren finden lassen (Lukoff, Lu & Turner, 1992). So kommen sie zu dem Schluss, dass Religiosität und Spiritualität als psychologisch bedeutsame Variablen in der psychologischen und psychiatrischen Ausbildung, Literatur, Forschung und Versorgung bis dato nur mangelhaft beachtet wurden. Zudem liege eine historisch gewachsene, ausgeprägte Tendenz zur Ignorierung und Pathologisierung religiöser Erfahrungen in der klinischen Theorie, Praxis und Forschung vor. In einem ähnlichen Sinne hatte bereits der Theologe Hans Küng von einer Verdrängung der Religion in Psychologie, Psychiatrie und Psychotherapie gesprochen und diese als das letzte Tabuthema innerhalb dieser Professionen bezeichnet (Küng, 1987, S. 111f).[16] Auch Edward Shafranske, Herausgeber der umfangreichen APA-Publikation

---

ein Ausdruck der einen Wirklichkeit, jenseits einer Unterscheidung zwischen spirituell und weltlich, heilig und profan, betrachtet.

[15] Für eine Übersicht zu diesem Thema siehe z.B. Richards & Bergin, (2002, Kap. 2), Lukoff, Lu & Turner, (1992, 1995).

[16] In diesem Zusammenhang stellt er die folgenden Frage: „Muß nicht vielleicht gerade unter Psychiatern, ja akademisch gebildeten und rational erzogenen Menschen überhaupt, gefragt werden, ob hier nicht vielleicht doch ein Verdrängungsphänomen vorliegt und ob diese ‘Repression’ der Religion nicht ein ebenso

"Religion and the Clinical Practice of Psychology" hat wiederholt darauf hingewiesen, dass in Anbetracht der zentralen Bedeutung von Religiosität im Leben der US-amerikanischen Allgemeinbevölkerung und der Relevanz von religionsbezogenen Themen im Rahmen der psychotherapeutischen Praxis diese als klinische Variable in der psychologischen, psychiatrischen und medizinischen Forschung und Ausbildung bei weitem zu wenig berücksichtigt wird (Shafranske, 1996a, 1996c, 2000).[17]

Ein weiterer, ebenfalls häufig diskutierter Problembereich, lässt sich unter dem von Bergin und Jensen (1990) geprägten Begriff des "religiosity-gap" subsumieren. Dieser Begriff bezieht sich auf den in verschiedenen Studien angetroffenen Befund, dass zwischen der Allgemeinbevölkerung und den Professionellen der psycho-sozialen Versorgung eine religiöse Kluft in dem Sinne besteht, dass die Allgemeinbevölkerung den traditionellen Formen der Religiosität in deutlich stärkerem Maße zugeneigt ist. Die psychotherapeutisch Tätigen dagegen sind stärker säkular orientiert bzw. favorisieren Formen der individuellen, häufig humanistisch geprägten Spiritualität. Psychotherapeuten setzen sich nach Lovinger (1984) als Gruppe durch Standards ab, die auf einer wissenschaftlichen Weltanschauung, einer humanistischen Orientierung und einer liberalen politischen Anschauung basieren (Lovinger, 1984, nach Bergin & Jensen, 1990). Vor diesem Hintergrund wird die Frage diskutiert, inwiefern die Psychotherapeuten religiös eingestellten Klienten bzw. religiösen Problemen gegenüber überhaupt offen sind und inwiefern sie in der Lage sind, darauf sensibel zu reagieren. Oder aber auch ob der spezifische Zugang zur Spiritualität und die spezifischen Werte, durch die sich Psychotherapeuten auszeichnen, zu Schwierigkeiten im Umgang mit Klienten führen könnten, die eher im traditionellen Sinne religiös eingestellt sind (Bergin, 1980; Bergin & Jensen, 1990; Worthington & Sandage, 2002; Zinnbauer et al., 1997). Andere argumentieren grundsätzlicher – dass rein säkulare psychotherapeutische Herangehensweisen einen Werte-Rahmen zur Verfügung stellen, der vielen US-amerikanischen Klienten fremd sei. Ihrer Ansicht nach besteht innerhalb der Allgemeinbevölkerung ein Bedürfnis nach einer Form der Psychotherapie und der Beratung, die einer spirituellen Perspektive prinzipiell wohlwollend oder zumindest einfühlsam gegenüber steht. Oder gar, dass religiös orientierte Menschen eine Art der Hilfestellung suchen, die mit ihrem spirituellen Bezugrahmen übereinstimmt. Diesem Bedürfnis, so die Forderung, solle stärker Genüge geleistet werden (Bergin, 1980; Bergin & Jensen, 1990; Richards & Bergin, 2002).

---

untersuchungswürdiges Objekt wäre, wie deren Explosion in möglicherweise anderen Gesellschaftsschichten und Subkulturen?" (Küng, 1987, S. 118)

[17] Eine differenzierte Darstellung der Befunde zu Psychotherapeutenbefragungen zum Themenkreis Spiritualität / Religiosität und Psychotherapie findet sich in Teil III dieser Arbeit.

Nach Ansicht von Shafranske (1996c), der in einem Übersichtsartikel die Ergebnisse von Psychotherapeutenbefragungen zu den Themenbereichen Religiosität und Spiritualität zusammenfasst, legen die Forschungsdaten nahe, dass Psychologen im Allgemeinen nur begrenzte Aus- und Weiterbildung im Bereich Psychologie und Religion erhalten. Dennoch spielen Religiosität bzw. Spiritualität im Leben vieler Klienten eine wesentliche Rolle und religiöse und spirituelle Inhalte werden nicht selten in der Psychotherapie thematisiert. Auch ist Religiosität erwiesenermaßen eine Variable von klinischer Relevanz, dies sowohl als möglicher pathogener Faktor als auch als wesentlicher Aspekt der gesundheitsbezogenen Lebensqualität, als Protektivfaktor oder als Ressource bei der Bewältigung von kritischen Lebenssituationen. Angesicht des Mangels an Ausbildung fragen sich sowohl Lukoff, Lu und Turner (1992) als auch Shafranske (1996c), auf welcher Basis Psychotherapeuten Religion und Spiritualität als klinisch relevante Variablen überhaupt einschätzen.

Auf die mangelhafte Beachtung der Bereiche Religiosität und Spiritualität in der psychologischen Forschung und Lehre weisen eine Reihe von Studien hin, innerhalb deren systematische Analysen von psychologischer und psychiatrischer Fachliteratur hinsichtlich religiöser und spiritueller Variablen bzw. Themen durchgeführt wurden (Weaver et al., 1998; Larson; Pattisson, Blazer, Omran & Kaplan, 1986; Craigie, Liu, Larson & Lyons, 1988; Sherill, Larson & Greenwold, 1993). So führten beispielweise Larson et al. (1986) eine systematische Analyse der quantitativen Forschung zu religiösen Variablen in vier psychiatrischen Zeitschriften im Zeitraum von 1978 bis 1982 durch. Von den 2348 psychiatrischen Artikeln enthielten nur 2,5% eine religiöse Variable. Oft bestand diese aus einer einzigen Variablen zum Thema Religion. Eine ähnliche Studie von Weaver et al. (1998) mit sieben wichtigen Zeitschriften der APA wurde für den Zeitraum von 1991-1994 durchgeführt. Nur 62 von 2003 (2,7%) der quantitativen Studien erfassten religiöse oder spirituelle Variablen. Andere Autoren weisen darauf hin, dass der Begriff Religion in allgemeinen Einführungstexten der akademischen Psychologie und Psychiatrie so gut wie nicht vorzufinden sei (Richard & Bergin, 2002; Emmons, 1999; Lukoff, Lu & Turner, 1992; Küng, 1987). Bezüglich der Situation der US-amerikanischen Religionspsychologie äußern sich Hill et al. (2000, S. 51) wie folgt: „The state of the discipline today can be characterized as sufficiently developed but still overlooked if not bypassed by the whole of psychology."

In Deutschland stellt sich die Situation ähnlich dar. So berichtet bereits der Psychologe Franz Buggle in einem Forschungsbericht aus dem Jahre 1991 einen Mangel an empirischer religionspsychologischer Forschung (nach Huber, 1996, S. 13). Daran hat sich während der vergangenen 25 Jahre anscheinend nur wenig geändert. So beklagt auch der

Religionspsychologe Michael Utsch (2005) in seinem jüngst erschienenen Übersichtswerk zum Thema „Religiöse Fragen in der Psychotherapie“ den Mangel an religionspsychologischer Forschung in Deutschland. Anders als für seine US-amerikanischen Kollegen scheint sich für ihn jedoch die diesbezügliche Situation in den USA im Vergleich zur bundesdeutschen Lage geradezu als vorbildlich darzustellen.

Mittlerweile erhöht sich die Zahl derer, die für eine stärkere Einbeziehung der religiösen bzw. spirituellen Dimension im Rahmen der Psychotherapie und der klinisch-psychiatrischen Praxis plädieren. Genauso wie die Bedeutung verschiedener Variablen, wie zum Beispiel die des Geschlechtes oder der ethnischen Zugehörigkeit, im klinischen Bereich erforscht wurden solle auch religiösen Faktoren grundsätzlich eine größere Aufmerksamkeit gewidmet werden (Bergin & Jensen, 1990; Lukoff, Lu & Turner, 1992; Shafranske, 1996a). Wie jeder andere Aspekt oder des „Patienten intimes persönlichstes Leben“ erforderten auch religiöse Überzeugungen psychologisches Verständnis, so Küng (1987, S. 116). Auch stellt Religion einen bedeutsamen Aspekt der Kultur dar und Psychologen sind aufgrund der professionellen Standards in zunehmendem Maße ethisch verpflichtet, kulturell sensibel vorzugehen (APA, 1992). Spirituell bzw. religiös begründete Werte, Überzeugungen und Praktiken sind im Leben vieler Menschen von zentraler Bedeutung. Emmons (1999, S. 13) weist darauf hin, dass eine solche Ausrichtung nicht lediglich als eine charakteristische Komponente einer Person zu betrachten sei, sondern dass sie für viele vielmehr den Kern der Persönlichkeit bilde. In diesem Sinne argumentierte bereits Fowler:

> Faith, classically understood is not a separate dimension of life, a compartmentalized speciality. Faith is an orientation of the total person, giving purpose and goals to one’s hopes and strivings, thoughts and actions… as such faith is an integral part of one’s character or personality. (Fowler, 1981, nach Emmons, 1999, S. 89)[18]

Die lange Zeit vorherrschende, mehr oder weniger unhinterfragte und stillschweigende Marginalisierung bzw. Exklusion solcher Themen im Rahmen der psychotherapeutischen Forschung, Literatur und Praxis scheint von daher eine mehr als künstliche Separierung von Lebensbereichen darzustellen, die im persönlichen Leben von religiös bzw. spirituell orientierten Individuen in dieser Art nicht besteht.

[18] Ähnlich äußern sich auch Zinnbauer et al. (1999, S. 912): “..spiritual goals provide an overaraching framework for living, one that integrates other goals, reduces conflict, and offers the individual a sense of higher purpose and coherence in life. Perhaps spiritual strivings are more stable than other goals; people may be likely to persist in their search for the sacred in the face of external obstacles and threats if their goals are enduring and highly

2.3.1. Mögliche Ursachen für die Vermeidung von religionsbezogenen Themen

Das Unbehagen und die Ambivalenz der wissenschaftlichen Professionen der Psychologie und der Psychiatrie, die Bereiche Religiosität und Spiritualität in Forschung und Anwendung mit einzubeziehen, wird ebenfalls diskutiert und auf unterschiedliche Ursachen zurückgeführt.[19] So wird häufig vermutet, dass die Wurzeln der Vermeidung religionsbezogener Themen innerhalb der Psychologie in deren historischer Entwicklung hin zu einer wissenschaftlichen Profession zu finden seien.[20] Um sich sowohl von Religion als auch von der Philosophie abzugrenzen und als empirische Wissenschaft anerkannt und ernst genommen zu werden, wurden diese Themenbereiche aus ihrem Zuständigkeitsbereich ausgeschlossen (Shafranske & Gorsuch, 1984). Ein weiterer damit unmittelbar zusammenhängender Faktor, der ebenfalls zu einer Marginalisierung bzw. Vermeidung der religiösen Dimension menschlicher Erfahrung innerhalb der Psychiatrie und Psychologie beigetragen hat, wird in den stark naturwissenschaftlichen, biologistischen und positivistischen Orientierungen der beiden Disziplinen sowie in dem prinzipiellen Primat biologischer gegenüber kulturellen Faktoren gesehen. Die moderne Psychologie und Psychiatrie verstehen sich als Abkömmlinge der Aufklärung und sie entwickelten sich in einer Zeit, in der die moderne Wissenschaft religiöse Autorität und Traditionen als dominantes Weltbild und als Quelle der Wahrheit zunehmend ablöste. Aufgrund der wachsenden wissenschaftlichen Erkenntnisse und der Möglichkeit, psychische Probleme nun biologisch oder psychologisch zu erklären, entstand zunehmend der Eindruck, dass religiöse Konzepte und Erklärungen damit überwunden und überflüssig geworden seien. Psychologie als säkulare, wissenschaftlich fundierte Disziplin erschien als neue potentielle Quelle von Antworten auf wesentliche Lebensfragen, die Rolle der Religion zu ersetzen (Bergin, 1980; Richards & Bergin, 2002; Neeleman & Persaud, 1995; Lukoff, Lu & Turner, 1992).

Nicht selten wird die konstatierte kritisch-negative Haltung auch darauf zurückgeführt, dass Psychologen und Psychiater im Rahmen ihrer klinischen Praxis stärker mit den pathogenen und neurotischen Formen einer religiösen Orientierung konfrontiert sind, wodurch ein negatives Bild entstehe (Neeleman & Persaud, 1995). Ebenso wird vermutet, dass die

---

salient. And perhaps, people are especially likely to draw on spiritual resources and methods of coping in the pursuit of sacred ends."

[19] Es sei an dieser Stelle darauf hingewiesen, dass sich ähnliche Entwicklungen und Diskussionen, wie hier für die Psychologie und Psychotherapie beschrieben, auch für den Bereich der medizinischen Versorgung abzeichnen (vgl. hierzu Schlitz, Amorok & Micozzi, 2005; Sloan et al., 2000; Koenig, 2006; Larson, Wood & Larson, 1993; Bessinger & Kuhne, 2002).

[20] Zu einer Übersicht bezüglich der historischen Entwicklung des Verhältnisses von Religion und Wissenschaft sowie der Marginalisierung von religions- und spiritualitätsbezogenen Themen in der Psychologie sei auf Richards und Bergin (2002, Kap. 2) sowie Walach und Reich (2005) verwiesen.

religionskritische Haltung einiger bedeutender früher Vertreter der Psychotherapie, wie Sigmund Freud, der Begründer der Psychoanalyse, oder Albert Ellis, der Begründer der Rational-Emotiven Therapie, über lange Zeit den Umgang mit den Themenbereichen Religiosität und Spiritualität geprägt hat (Neeleman & Persaud, 1995, Lukoff, Lu & Turner, 1992). So wurde Religion unter anderem mit Aberglauben, als pathogen bzw. nicht vereinbar mit psychischer Gesundheit oder mit regressiven Zuständen assoziiert. So sah Freud (1927) in religiösen Vorstellungen eine Ansammlung nicht zeitgemäßer, infantiler Wunschprojektionen und er bezeichnete Religion aufgrund ihres zwanghaften und illusionären Charakters als eine „kollektive Zwangsneurose". In seinem Werk „Das Unbehagen in der Kultur" (1930) stellte er die Hypothese auf, dass die ozeanische mystische Erfahrung einem Zustand infantiler Hilflosigkeit und einer primär narzisstischen Regression entspreche. Albert Ellis, der Gründer der Rational-Emotiven Therapie, hat sich ebenfalls extrem kritisch in Hinblick auf Religiosität geäußert. Er betrachtete sie als eine Form des irrationalen Denkens und als äquivalent zu einer emotionalen Störung. So heist es bei ihm: "The elegant therapeutic solution to emotional problems is quite unreligious... The less religious they [patients] are, the more emotionally healthy they will tend to be" (Ellis, 1971, S. 637; vgl. hierzu auch Ellis, 2008). Innerhalb des Skinnerschen Behaviourismus wurden spirituelle, religiöse und metaphysische Bedürfnisse und Erfahrung zugunsten des beobachtbaren Verhaltens weitgehend außer Acht gelassen. Skinner betrachtete Religion vor allem als sozio-kulturelles Phänomen unter dem Gesichtspunkt der Verstärkung (Kohls, 2004). Er sah die Methoden der organisierten oder kirchlichen Instanzen als eine Form der Herrschaftsausübung und Kontrolle, die ihre regulativen Funktionen durch negative Verstärkung aufrechterhalten. So heißt es bei Skinner:

> Die Verhaltenssteuerung, durch die eine kirchliche Instanz so eng wie möglich definiert wird, leitet sich her von einer angeblichen Verbindung mit dem Übernatürlichen, mit deren Hilfe die Instanz gewisse Kontingenzen arrangiert oder verändert – darunter auch das Glück oder Unglück der Person in nächster Zukunft oder die ewige Seeligkeit oder ewige Verdammnis im nächsten Leben. (Skinner, 1973a, S. 322f, nach Kohls, 2004, S. 291)

Peteet (1994, S. 238) sieht eine mögliche Ursache für die Zurückhaltung hinsichtlich einer Einbeziehung von religiösen Themen im Rahmen der Psychotherapie in dem Bemühen begründet, eine unangebrachte Einflussnahme auf die Patienten zu vermeiden und die psychotherapeutische Neutralität zu wahren. Des Weiteren, so spekuliert er, könne dahinter auch schlicht ein Mangel an Kenntnissen stehen sowie Voreingenommenheiten, was die

verfügbaren spirituellen oder religiösen Ressourcen anbelangt, oder aber generelle Schwierigkeiten, sich eine sinnvolle Kombination von spirituellen und psychiatrischen Ansätzen vorzustellen. In einer Studie von O'Conolly, Demling und Wörthmüller (2002) mit fränkischen Psychotherapeuten führten die befragten Praktiker selbst die folgenden Begründungen für die geringe Berücksichtigung von Religiosität als psychotherapeutischer Ressource an: Berührungsängste und Unsicherheit, mangelhafte Informiertheit über die Thematik und Vernachlässigung in der theoretischen Ausbildung, die Einschätzung des Themas als nicht sachbezogen, irrelevant für die Therapie oder unwissenschaftlich, eine indifferente oder uninteressierte Einstellung ihrerseits, „historische" Gründe und schließlich eine kritische Einstellung in Bezug auf das amtskirchliche Religionsverständnis als zu dogmatisch und therapiefeindlich (S. 50).

Hill et al. (2000, S. 52) vermuten, dass das Hinwegsehen über die Zentralität und Bedeutung von Religiosität im Leben der Menschen, von Seiten der Psychologen, darauf zurückzuführen ist, dass diese selbst weniger religiös sind als die Allgemeinbevölkerung. Auch werde von vielen fälschlicherweise angenommen, dass Religion und Spiritualität in einem Zeitalter, welches dem Aufstieg der Wissenschaft und der Aufklärung verpflichtet ist, insgesamt an Bedeutung verliere, oder aber, dass diese Bereiche außerhalb des Fokuses der wissenschaftlichen Forschung liegen (Hill & Pargament, 2003, S. 65).

Andere Autoren vertreten jedoch die Ansicht, dass diese Trennung von Psychologie / Psychotherapie einerseits und Spiritualität / Religion andererseits bzw. die Exklusion dieser Bereiche aus dem Zuständigkeitsbereich der Psychologie und Psychotherapie nicht schlüssig sei. So wurde wiederholt auf die historischen Wurzeln der modernen Psychotherapie in religiösen Kontexten hingewiesen. Selbst wenn psychotherapeutische und religiöse Systeme durch unterschiedliche Oberflächenformen gekennzeichnet seien, so seien sie auf einer tieferen Ebene doch funktionell und sogar strukturell sehr ähnlich (Frank, 1985; Ellenberger, 1973; Bilgrave & Deluty, 2002; Kraft, 1995). So hat sich Jerome Frank (1985) im Rahmen seiner Dissertation mit der Frage nach den gemeinsamen Wirkfaktoren psychotherapeutischer Ansätze vom frühen Schamanismus bis hin zur modernen Psychotherapie befasst. Er kam zu dem Schluss, dass moderne psychotherapeutische Ansätze vieles mit traditionellen Ansätzen der Heilung gemeinsam haben. Vor allem die der Psychotherapie zugrunde liegende Struktur einer Person, die Heilung sucht und zu einer speziell qualifizierten Person geht um Linderung oder Heilung hinsichtlich eines Problems zu erfahren, scheint nach Sollod (2005) entweder historisch abgeleitet oder aber ein in der Natur des Menschen selbst angelegtes Motiv zu sein. Insofern schöpft die moderne Psychotherapie (ebenso wie die Medizin) aus kulturellen

Archetypen, die mit Heilung und Spiritualität in Verbindung stehen. Dazu gehört unter anderem der Glaube des Klienten an den Wert und die Effektivität der psychotherapeutischen Behandlung, eine spezifische therapeutische Herangehensweise sowie die Fähigkeit des Therapeuten, positive Veränderungen zu ermöglichen (ebenda, siehe hierzu auch Ellenberger, 1973). In ähnlicher Weise hat London auf die Rolle des Psychotherapeuten als Gebieter über Moral und Werte und als Quasi-Heiler und Quasi-Seelsorger der modernen Gesellschaft hingewiesen und diese mit dem Begriff der „säkularen Priesterschaft“ belegt (nach Sollod, 2005, S. 408).

Bilgrave und Deluty (2002) sehen in der Religion ein weiteres ideologisches System, neben Politik und Wissenschaft, das im Leben von vielen Menschen von zentraler Bedeutung ist. Solchen ideologischen Systemen sei gemeinsam, dass sie - und bei diesem Vergleich beziehen sie die psychotherapeutischen Schulen ebenfalls mit ein - einen kognitiven Rahmen zur Verfügung stellen, der a) ein gewisses Ausmaß an innerer Kohärenz aufweist, b) vorgibt, die Realität akkurat zu referenzieren, c) einen hohen Grad an Abstraktion erreichen kann und dadurch potentiell in der Lage ist, einen weiten Bereich der Wahrnehmung, Beurteilung und des Verhaltens zu beeinflussen, d) einen dabei unterstützt, die conditio humana zu verstehen und e) sowohl soziale als auch persönliche Probleme zu diagnostizieren und Heil(mittel) bzw. Lösungen anzubieten (S. 246, Übers. d. Verf.). Ihrer Ansicht nach ist Religion in der Lage, das zur Verfügung zu stellen, was Carver und Scheier (1990) als den „übergeordneten Referenzwert“ bezeichnen. Dies meint den Wert, der die größte und tiefgreifendste Kontrolle über selbstregulierendes Verhalten inne hat (Carver & Scheier, 1990; nach Bilgrave & Deluty, 2002).

Nach Sollod (2005) sind spirituelle / religiöse Traditionen darüber hinaus eine lange Zeit verdeckte und unterschätzte, wesentliche Quelle psychotherapeutischer Innovationen. So haben viele Gründer der modernen Psychotherapieschulen bei der Entwicklung ihrer psychotherapeutischen Ansätze unter anderem aus religiös-spirituellen Quellen geschöpft. Einige wurden durch die Art der Religiosität, die in ihrer Herkunftsfamilie gelebt wurde, wesentlich beeinflusst. Dies führte teilweise dazu, dass diese später gänzlich abgelehnt wurde oder aber, dass mehr oder weniger bewusst Elemente oder gar Methoden derselben im Rahmen ihrer therapeutischen Ansätze eingeflossen sind (Sollod , 2005, S. 408).

2.4. Diagnostische Fragestellungen: Das Konzept der Spirituellen Krise und die DSM-IV V-Codierung „Religiöse oder Spirituelle Probleme“

Neben den bereits diskutierten Ursachen für das wachsende klinisch-psychotherapeutische Interesse an den Themenbereichen Spiritualität und Religiosität mag eine weitere wohl darin zu sehen sein, dass im Zusammenhang mit einer religiösen / spirituellen Orientierung sowie der Anwendung von alternativen psycho-spirituellen Praktiken, wie Meditation, Yoga, Atemtechniken, Energiearbeit und anderes mehr, auch eine Vielzahl von Problemen auftreten können. Probleme dieser Art sind in den vergangenen Jahren unter verschiedenen Bezeichnungen und Stichworten, wie „Spirituelle oder Transpersonale Krisen“ (Grof & Grof, 1990, 1991; Galuska, 1998; Hofmann, 1995), „Krisen des Spirituellen Erwachens“ (Assagioli, 1992), „Transpersonale Pathologien“ (Wilber, 1988c), „Religiöse oder Spirituelle Probleme“ (Lukoff, Lu & Turner, 1992, 1998; Turner, Lukoff, Barnhouse & Lu, 1995), „Religiöse oder Spirituelle Störungen“ (Galuska, 2003d) oder „der spirituelle Weg und seine Gefahren“ (Scharfetter, 1991, 2008), zunehmend in der Literatur diskutiert worden. Die steigende Zahl solcher Probleme wird von den Autoren vor allem auf das wachsende Interesse und die Vielzahl an Angeboten und Möglichkeiten im Bereich alternativer psycho-spiritueller Praktiken und Wege zurückgeführt. Das zentrale Forschungsinteresse in Hinblick auf psychische Probleme und Krisen dieser Art betraf bislang vor allem deren Typologisierung sowie Fragen der diagnostischen und differentialdiagnostischen Einordnung. Einen weiteren Schwerpunkt bildete die Diskussion und Entwicklung von geeigneten Behandlungsansätzen zum Umgang mit klinisch relevanten Problemen in diesem Bereich. Von Seiten einiger Autoren der Transpersonalen Psychologie und der Klinischen Psychologie war wiederholt auf die Möglichkeit von iatrogenen Schäden aufgrund einer falschen Diagnostizierung und Behandlung von Spirituellen Krisen hingewiesen worden (Grof & Grof, 1991; Scharfetter, 1991; Lukoff, Lu & Turner, 1998).

Im Jahre 1996 wurde in die aktuelle Ausgabe des Diagnostischen und Statistischen Manuals Psychischer Störungen eine neue V-Codierung (V62.89) mit der Bezeichnung „Religiöses oder Spirituelles Problem“ aufgenommen (Saß, Wittchen & Zaudig, 1996). Damit wurde die aktuelle Relevanz religiöser und spiritueller Probleme für die klinische Praxis offiziell anerkannt. Auch hat die Thematik dadurch Eingang in die internationale Forschung gefunden. Weitere Neuerungen im DSM lassen darüber hinaus eine zunehmende Sensibilisierung für kontextspezifische und kulturelle Faktoren erkennen. Diese beziehen auch den religiösen Hintergrund der Patienten mit ein. So wurden ein Glossar kulturgebundener Syndrome neu

aufgenommen sowie Hinweise auf kulturspezifische Ausprägungen bezüglich der Symptomatik der einzelnen Störungsbilder eingeführt.

In den folgenden beiden Kapiteln sollen die einzelnen Strömungen und Entwicklungsschritte, die insgesamt zu einem differenzierteren Kenntnisstand bezüglich des Themas Spirituelle Krisen und Transpersonale Störungen und deren differentialdiagnostische Einordnung sowie zu einer stärkeren Beachtung von religiösen und spirituellen Faktoren im Rahmen der klinischen Diagnostik beigetragen haben, noch etwas differenzierter dargestellt werden.

2.4.1. Spirituelle Krisen und Transpersonale Störungen

Das Konzept der „Spirituellen oder Transpersonalen Krise“ wie es von Grof und Grof (1990, 1991) beschrieben wurde, lässt sich im Wesentlichen wie folgt zusammenfassen: Bei der Spirituellen Krise handelt es sich um spontane oder „induzierte“ Episoden von krisenhaften veränderten Bewusstseinszuständen, innerhalb deren unter anderem auch transpersonale Erfahrungen auftreten können. Diese Krisen werden als ein heilsamer Selbstreinigungsprozess interpretiert, in dessen Verlauf sich die Psyche von entwicklungshemmenden und pathogenen Bildern und Mustern, aus den verschiedenen Schichten des Unbewussten befreit. Darüber hinaus wird die Spirituelle Krise als Anzeichen einer spirituellen Öffnung, als eine Wachstumskrise im Verlauf der menschlichen Entwicklung hin zu transpersonalen Ebenen der Bewusstseinsentwicklung betrachtet. Diese Zustände erfordern erweiterte Möglichkeiten der diagnostischen Einordnung und sollten nicht pathologisiert werden. Zum anderen erfordern sie alternative Ansätze der Behandlung. Als wesentliche Bestandteile einer solchen werden vor allem ein grundsätzliches Vertrauen in den Selbstheilungsprozess der Psyche und eine die Symptome nicht unterdrückende Begleitung angeführt. Eine adäquate Begleitung vorausgesetzt, münden solche Krisen in einem höheren Level des gesamten psychischen, psychosozialen und physischen Wohlbefindens und Funktionierens.

Das Konzept der Spirituellen Krise und die darunter subsumierten Erscheinungsbilder und Prozesse haben in den vergangenen Jahren international zunehmend an Aufmerksamkeit und Popularität gewonnen. Dies ist vor allem Stanislav und Christina Grof und dem von Christina Grof im Jahre 1980 gegründeten „Spiritual Emergence/y Netzwerk“ (SEN) zu verdanken. Dabei handelt es sich um eine internationale Organisation, die Informationen, Weiterbildungen und die Vermittlung von betreuenden Fachleuten für Menschen in transformativen Prozessen anbietet. Das wachsende Interesse an solchen Ansätzen scheint nicht zuletzt ein Hinweis

darauf zu sein, dass innerhalb der gegenwärtigen klinisch-psychologischen und psychiatrischen Versorgung ein Mangel besteht, was die Diagnose und Behandlung von bestimmten klinisch relevanten Problemen im Zusammenhang mit einer spirituellen Orientierung und Praxis anbelangt. Diese Entwicklung vollzog sich lange Zeit vor allem außerhalb des Mainstreams der akademischen Psychologie und der etablierten klinischen Praxis. Mittlerweile scheint diese Bewegung mit der Etablierung der DSM-IV V-Codierung „Religiöses oder Spirituelles Problem“ jedoch auch Auswirkungen auf den wissenschaftlichen Mainstream gezeitigt zu haben. Das Konzept selbst scheint vor allem für psychotherapeutische Praktiker, die für eine Einbeziehung der transpersonalen oder spirituellen Dimension menschlicher Erfahrung und Entwicklung im Rahmen der Psychotherapie offen sind, sowie für die von solchen Prozessen betroffenen Personen von Interesse zu sein. Dass es innerhalb des akademisch-psychologischen Mainstreams bislang nur wenig rezipiert oder aufgegriffen wurde, liegt zum einen wohl an der allgemein geringen Berücksichtigung religiös-spiritueller Themen und zum anderen daran, dass auch die Erkenntnisse der so genannten „Bewusstseinsdisziplinen“[21] und deren Implikationen lange Zeit nur in geringem Maße rezipiert wurden (Walsh, 1980). Ein weiterer Grund ist wohl darin zu sehen, dass keine allgemein akzeptierte Definition der Spirituellen oder Transpersonalen Krise vorliegt und darunter eine Vielzahl zum Teil recht unterschiedlicher Phänomene und Prozesse subsumiert wird. Auch sind Fragen der differentialdiagnostischen Abgrenzbarkeit von Spirituellen Krisen und den herkömmlichen psychischen Störungsbildern nach wie vor umstritten. Vor allem der Psychiater Christian Scharfetter (1991, 2008) hat auf einige kritische Punkte in der Diskussion um die Spirituelle Krise hingewiesen. Andererseits scheint dieses Konzept bei vielen Betroffenen und psychotherapeutischen Praktikern auf Resonanz und Interesse zu stoßen. Jenseits der berichteten Divergenzen scheint ein Konsens bezüglich zentraler Inhalte des Konzeptes und der Notwendigkeit der Entwicklung eines solchen zu bestehen. Verschiedene Autoren haben mittlerweile vor allem zur weiteren konzeptuellen Differenzierung sowie zur Vertiefung des differentialdiagnostischen Kenntnisstandes

[21] Der Begriff „Bewusstseinsdisziplinen“ bezieht sich nach Walsh (1980) auf eine Reihe von Praktiken und Philosophien überwiegend asiatischen Ursprungs. Dabei handelt es sich um Formen eines intensiven und spezifischen mentalen Trainings (Meditation), die darauf abzielen, die Wahrnehmung und das Bewusstsein zu erweitern. Neben der Erfahrung von Bewusstseinszuständen und Zuständen des Wohlbefindens und der Gesundheit, die über das, was in der westlichen Psychologie beschrieben wurde, hinausreichen, wird mittels dieser Praktiken eine vertiefte Einsicht in die Natur mentaler Prozesse sowie in die Natur des Bewusstseins und der Realität angestrebt (Walsh, 1980, S. 663). Zur geringen Rezeption diesbezüglicher Themen und Erkenntnisse hat wohl vor allem der Umstand beigetragen, dass eine solche Kultur der Bewusstseinsentwicklung in der westlichen säkularisierten Sphäre weitgehend zugunsten des Bewusstseinsmodus eines mental-rational ausgerichteten Tageswachbewusstseins zurückgedrängt wurde (Scharfetter, 1991). Die Kultivierung erweiterter oder höherer Bewusstseinszustände war von daher lange Zeit nur von geringer Relevanz und erweckt erst seit etwa Ende der 60er Jahre in zunehmendem Maße das Interesse von Laien und wissenschaftlich Forschenden.

bezüglich der Spirituellen Krise oder Transpersonalen Störungen beigetragen (Brunnhuber & Wagner, 2006; Galuska, 2003d; Kohls, 2004; Lukoff, 1985; Lukoff, Lu & Turner, 1992; Nelson, 1994; Scharfetter, 1991, 2008; Turner, Lukoff, Barnhouse & Lu, 1995; Washburn, 1995; Wilber, 1988c; 2001a).[22] Diesbezügliche empirische Forschung ist jedoch nach wie vor rar.

Im Folgenden sind die zentralen Entwicklungsstränge und Grundannahmen, die in die Entwicklung des Konzeptes der Spirituellen Krise eingeflossen sind, im Überblick zusammengefasst:

1. Das Konzept der Spirituellen Krise beruht auf der Annahme eines heilsamen Potentials von veränderten Bewusstseinszuständen und von transpersonalen Erfahrungen.
2. Es beruht auf einem erweiterten Menschenbild. Dabei wird eine Weiterentwicklung des Bewusstseins, im Rahmen einer transpersonalen oder spirituellen Entwicklung, sowohl kollektiv (phylogenetisch) als auch individuell (ontogenetisch) postuliert.
3. Es beruht auf dem Wissen darum, dass der spirituelle Weg, mit seiner entsprechenden Ausrichtung und Praxis, oftmals mit einer Vielzahl von außergewöhnlichen Erfahrungen sowie schwierigen und tiefgreifenden körperlichen und psychischen Wandlungsprozessen einhergeht.
4. Es wird angenommen, dass die zunehmende Verbreitung von spirituellen Praktiken und Methoden der Selbsterfahrung im euro-amerikanischen Kulturraum zu einer Erhöhung der Inzidenz solcher Phänomene führt.
5. Es wird angenommen, dass es sich bei der Spirituellen Krise um eine problematische Episode, um eine transformative Krise oder Übergangsphase im Rahmen des spirituellen oder transpersonalen Entwicklungsprozesses handelt. Diese kann eine ähnliche Symptomatik aufweisen wie die einzelnen Kategorien psychischer Störungen, sie ist jedoch in Hinblick auf Ätiologie, Verlauf und Ausgang anders einzuschätzen.
6. Die psychischen Prozesse, die für die spirituelle Entwicklung kennzeichnend sind, können innerhalb eines Kontinuums von “spiritual emergence“ (spirituelle Öffnung) bis hin zu “spiritual emergency“ (spiritueller Notfall / Krise) verlaufen.
7. Es handelt sich dabei um den Versuch der Entpathologisierung von bestimmten krisenhaften psychischen Erfahrungen und um die Forderung nach alternativen Behandlungsmodellen.

[22] Eine erschöpfende Diskussion dieser Entwicklungen übersteigt den Rahmen dieser Arbeit. Diesbezüglich sei auf die angeführte Literatur verwiesen.

8. Es handelt sich dabei um einen Versuch, den differentialdiagnostischen Kenntnisstand hinsichtlich verschiedener psychotischer Zustandsbilder voranzutreiben.

Diese für das Konzept der Spirituellen Krise kennzeichnenden Grundannahmen sollen im Weiteren noch etwas differenzierter ausgeführt werden.

2.4.1.1. Zu den Grundannahmen des Konzeptes der Spirituellen Krise

2.4.1.1.1. Die Annahme eines heilsamen Potentials von veränderten Bewusstseinszuständen und von transpersonalen Erfahrungen

Der Schwerpunkt der wissenschaftlichen und psychotherapeutischen Arbeit des tschechischen Psychiaters und Freudianischen Analytikers Stanislav Grof liegt in der Untersuchung der theoretischen Bedeutung und des psychotherapeutischen Nutzens von veränderten Bewusstseinszuständen. Ab Mitte der 50er bis Anfang der 70er Jahre des zwanzigsten Jahrhunderts untersuchte er, zuerst am psychiatrischen Forschungskrankenhaus in Prag und später in verschiedenen Forschungsabteilungen und psychiatrischen Kliniken in den USA, im Rahmen der psycholytischen Therapie die Wirkung und das therapeutische Potential unterschiedlicher psychedelischer Substanzen. An diesen Sitzungen nahmen Patienten mit den unterschiedlichsten Störungsbildern, wie z.B. neurotische Störungen, Substanzabhängigkeit, Psychosen, Borderlinestörungen oder Krebserkrankungen im Endstadium teil (Grof, 1985a). Bei der psycholytischen Therapie handelt es sich um eine Behandlungsform, die aus einer Verbindung aus analytisch orientierter Psychotherapie und psychedelischen Drogen besteht. Die halluzinogenen Drogen werden dabei mit der Zielsetzung eingesetzt, an unbewusste Schichten der Persönlichkeit zu gelangen. Nach Grof (ebenda) erlauben es die psychedelischen Zustände, die tiefe unbewusste Dynamik der menschlichen Psyche einer direkten Beobachtung und bewussten Erfahrung zugänglich zu machen. Grof hat die während dieser Sitzungen auftretenden veränderten Bewusstseinszustände bzw. Erfahrungsbereiche ausführlich beschrieben und kartographiert (Grof, 1985a, 1985b, 1994). Er beobachtete dabei typische, wiederkehrende Muster von Erfahrungen, die er verschiedenen Schichten des Unbewussten zuordnete: Zu Beginn traten vor allem personale, auf die persönliche Biographie bezogene Erfahrungen auf, gefolgt von perinatalen Erfahrungen (z.B. Geburtstraumen) und pränatalem Material (vorgeburtliche Krisen wie Krankheit, Stress der Mutter, toxische Einflüsse, drohende Fehlgeburt, versuchte Abtreibung). Als letzter Bestandteil dieser Sequenz tauchten Inhalte aus den transpersonalen Schichten des Unbewussten auf. Dies sind nach Grof Erfahrungen, die die gewöhnlichen Ich-Grenzen der Persönlichkeit sowie die Grenzen von Raum und Zeit überschreiten (1985a, S.

296).[23] Grof war von den beobachteten Wirkungen dieser Art der Therapie außerordentlich beeindruckt. Vor allem die vom wissenschaftlichen Mainstream wenig untersuchten peri- und pränatalen sowie die transpersonalen Erfahrungen haben seiner Ansicht nach ein zutiefst heilsames und entwicklungsförderndes Potential. Dabei sei allein das Durchleben und Bewusstwerden in einer geschützten Umgebung heilsam. Nach Grof eröffnet dieser erlebnisorientierte Zugang zu transbiographischen Bereichen wichtige Möglichkeiten, die diejenigen einer verbalen, auf biographisches Material ausgerichteten Therapie, bei weitem überschreiten (Grof, 1985a, Grof, 1991). So heißt es bei (Grof, 1991) bezüglich der transpersonalen Erfahrungen:

> Außerdem transzendierten die therapeutischen Resultate dieser Sequenzen, wenn man sie ihrem natürlichen Lauf überließ, alles was ich je kennengelernt habe. Schwierige Symptome, die sich Monate oder sogar Jahre konventioneller Behandlung widersetzt hatten, verschwanden oft nach Erfahrungen wie Tod und Wiedergeburt, Gefühlen von kosmischer Einheit und Sequenzen, die die Klienten als Erinnerungen an frühere Leben beschrieben. (Grof, 1991, S. 43)

Nach Grof und Grof können ähnliche Prozesse wie die in den psycholytischen Sitzungen beobachteten, auch spontan auftreten. Prozesse dieser Art wurden von ihnen unter der Bezeichnung „Spirituelle Krisen“ ausführlich beschrieben (1990, 1991). Die Psyche reinige sich dabei von einengenden, unbewussten Strukturen und Erfahrungen biographischer, prä- und perinataler, aber auch transpersonaler Natur. Diesen Vorgang betrachten die Autoren als einen prinzipiell heilsamen Selbstreinigungsprozess der Psyche. Um das Heilungs- und Wachstumspotential dieser Zustände auszuschöpfen, erfordern diese ihrer Ansicht nach auch alternative Behandlungsansätze. Sie sollten in einer geschützten Umgebung ihrem natürlichen Verlauf überlassen und nicht medikamentös unterdrückt werden. Selbst dann nicht, wenn sie psychotische Ausmaße annehmen.

Nicht zuletzt aufgrund der zunehmend restriktiven Gesetzgebung in Bezug auf die psychedelische Forschung entwickelten Stanislav Grof und seine Frau Christina Grof schließlich die holotropische Therapie, später auch als „Holotropes Atmen“ bezeichnet - eine psychotherapeutische Methode, die mittlerweile den Ansätzen der Transpersonalen

[23] Dazu gehören unter anderem Erlebnisse des Einsseins mit anderen Personen oder Personengruppen, Identifikation mit Tieren oder Pflanzen, Erleben aus der Phylogenese oder vergangenen Inkarnationen, mythologische Szenen, archetypische Themen oder Gestalten oder Identifikation mit dem universellen Geist oder dem metakosmischen Nichts (1985a, S. 296).

Psychotherapie zugeordnet wird[24] (vgl. Zundel & Loomans, 1994). Das holotrope Atmen besteht aus einer Kombination von beschleunigter, tiefer Atmung, begleitet von rhythmischem Trommeln, unter Begleitung eines Helfers. Grof und Grof sind der Ansicht, dass man damit dieselben heilsamen Zustände und Effekte, wie die in der psycholytischen Therapie beobachteten, auch ohne Drogen erreichen könne. Der Begriff „holotropisch" stammt vom griechischen „holos" „ganz" und „trepein" „zugehen auf" ab. Damit wollen Grof und Grof zum Ausdruck bringen, dass diese Therapie auf die Ganzheit der Person ausgerichtet ist (Grof, 1985a, 1994).

2.4.1.1.2. Erweiterte Modelle der Bewusstseinsentwicklung

Das Konzept der Spirituellen Krise beruht des Weiteren auf einem erweiterten Menschenbild, welches erweiterte entwicklungspsychologische Modelle mit einschließt. Dabei wird in Übereinstimmung mit den Annahmen der Transpersonalen Psychologie angenommen, dass mit dem in unserer gegenwärtigen westlichen Kultur dominierenden personalen und mental-rational ausgerichteten Alltagsbewusstsein oder Tageswachbewusstsein noch nicht das volle Potential der menschlichen Entwicklungsmöglichkeiten ausgeschöpft sei (vgl. hierzu auch Scharfetter, 1991; Walsh, 1980; Wilber, Engler & Brown, 1988). Sowohl auf der individuell-biographischen als auch auf einer kollektiven Ebene sei die Entwicklung des Bewusstseins damit noch nicht abgeschlossen. Als ein bekannter früher Vertreter einer solchen Perspektive ist der Kulturanthropologe Jean Gebser (1973, Original, 1949) anzuführen. Gebser hat in seiner Kulturgeschichte der Geistesentwicklung die Entwicklung des Bewusstseins beschrieben und diese anhand von kulturanthropologischen Zeugnissen belegt. Als aufeinanderfolgende Stadien der Geistesentwicklung beschrieb Gebser die archaische, die magische, die mythische, die mentale bis hin zu einer sich seiner Ansicht nach bereits ankündigenden integralen Phase der Geistesentwicklung.

In ähnlicher Weise hat Ken Wilber, einer der bedeutendsten Theoretiker der Transpersonalen Psychologie, die Stadien der Bewusstseinsentwicklung anhand der Literatur der westlichen Psychologie sowie der östlichen und westlichen kontemplativen und philosophischen Systeme analysiert und in seinem umfassenden Spektrummodell der Bewusstseinsentwicklung ausgearbeitet (Wilber, 1988b, 2001a). Dieses schließt neben den von der westlichen Psychologie bereits gut erforschten und dokumentierten frühkindlich-

[24] Wilber (2001a) ordnet das Holotrope Atmen jedoch nicht den Transpersonalen Verfahren zu, sondern der perinatalen Ebene - als eine psychotherapeutische Methode, die möglicherweise für die frühen Störungen indiziert sei.

präpersonalen und erwachsenen-personalen Strukturen eine über diese hinausgehende transpersonale Entwicklung mit ein. Das Wissen um die transpersonalen Entwicklungsstufen beruht dabei vor allem auf den Schriften der verschiedenen meditativen und kontemplativen Disziplinen der Welt, wie dem des Yoga, des Advaita-Vedanta, des Zen, des Tibetischen Buddhismus sowie von Vertretern der christlichen und jüdischen Mystik. Dabei flossen die Erfahrungen der vergleichsweise wenigen Vorreiter, die einen solchen spirituell-kontemplativen Weg bis zur dauerhaften Etablierung der höchsten Stufen gegangen sind, mit ein. Diese Bewusstseinsentwicklung und eine entsprechende tiefgreifende Umwandlung der psychischen und kognitiven Strukturen ist der Weg und das Ziel des spirituellen Weges. Sie kann auf einer individuellen Ebene neben einer entsprechenden, gesamthaften spirituellen Lebensführung vor allem durch meditative Praxis gezielt vorangetrieben werden. Darüber hinaus wird im Rahmen der erweiterten Entwicklungsmodelle angenommen, dass es sich bei der Fortentwicklung des Bewusstseins auch um einen kollektiven Vorgang handelt – beruhend auf der biologisch-evolutionären sowie der sozio-kulturellen Entwicklung des Menschen.

Die berühmte Mystikforscherin Evelyn Underhill hatte eine solche Perspektive schon früh formuliert (1928, S. 580f):

> Was sagen uns die großen und seltsamen Abenteuer des Geistes über das Ziel dieses kleineren Lebensabenteuers, das wir zu bestehen haben; über unsere Bedeutung, unsere Freiheitsmöglichkeiten, unsere Beziehung zum Absoluten? Stellen sie nur die überspannten Leistungen eines seltsamen Seelentypus dar? Sind die unvergleichlichen Zeugnisse der Kontemplativen nur die Frucht einer ungezügelten Phantasie, die mit der Wirklichkeit ebenso wenig zu tun hat, wie die Musik mit den Schwankungen der Börse? Oder sind sie die höchsten Offenbarungen einer Kraft, die unserem Leben eingeboren ist; Zeugnisse von Beobachtungen einer wirklich vorhandenen Daseinsebene, welche unsere normale Welt der Sinne überragt und beherrscht? Diese Frage ist wesentlich, denn wenn die Geschichte der Mystiker es nicht vermag, einen Teil dieses normalen Erlebens aufzuhellen, wenn sie nicht ihren Platz in der allgemeinen Geschichte der Menschheit hat und etwas zu unserem Verständnis seiner Natur und Bestimmung beiträgt, so kann sie für uns immer nur ein entferntes akademisches und unwesentliches Interesse haben. Aber ich denke, daß diese Geschichte, weit entfernt, akademisch oder unwesentlich zu sein, vielmehr von vitaler Bedeutung für das tiefere Verständnis der Geschichte der Menschheit ist. Sie zeigt uns auf

> hoher Ebene die seelische Entwicklung, die jeder, der zur Wahrnehmung der Wirklichkeit aufsteigen will, durchmachen muß; das Gesetz, nach dem sich das religiöse Bewusstsein des Menschen, sei es nun stark oder schwach, notwendigerweise entfalten muß.

2.4.1.1.3. Der Spirituelle Weg und seine Gefahren

Zur Beziehung zwischen den Gefahren des Spirituellen Weges einerseits und dem Konzept der Spirituellen Krise andererseits findet sich bei Grof und Grof einleitend die folgende Aussage:

> In diesem Aufsatz gehen wir dem Gedanken nach, dass viele ungewohnte Geisteszustände, selbst solche, die dramatisch sind und psychotische Ausmaße annehmen, nicht notwendigerweise Symptome für Krankheit im medizinischen Sinne sind: Wir sehen sie als Krisen in der Evolution des Bewußtseins, als spirituelle Krisen, die mit Zuständen vergleichbar sind, die in den verschiedenen mystischen Traditionen der Welt beschrieben wurden. (Grof & Grof, 1990, S. 23)

Es ist bekannt, dass im Rahmen einer spirituellen Orientierung und Praxis, die insgesamt auf ein höchstes Ziel ausgerichtet ist, das je nach religio-kulturellem Kontext unterschiedlich benannt wird – als Verwirklichung des universalen Selbst oder der Buddhanatur, als mystische Vereinigung der Seele mit dem göttlichen Grund, als Erleuchtung oder Befreiung und ähnliches mehr – auch viele ungewöhnliche Erfahrungen und schwierige Phasen auftreten können. Diese scheinen genuine Bestandteile des spirituellen Weges zu sein und sind als solche Ausdruck von tiefgreifenden Transformationsprozessen. In den biographischen und autobiographischen Berichten über das Leben von Yogis, Heiligen, Mystikern und spirituellen Lehrern sind die oftmals lang andauernden, intensiven und sowohl körperlich als auch psychisch äußerst fordernden Prozesse, die die spirituelle Entwicklung und Wandlung begleiten, ausführlich dokumentiert. Betrachtet man diese rein phänomenologisch, anhand ihrer Symptomatik, so könnte man sie durchaus als psychische Störung einordnen.[25] Nicht selten führt dies dazu, dass die Person zeitweise selbst, und manchmal auch das soziale Umfeld, an ihrer Eignung hinsichtlich des spirituellen Weges oder gar an ihrer psychischen Gesundheit zweifeln. Im Nachhinein erweisen sich diese Zustände jedoch als schwierige Durchgangsstadien im Verlauf eines spirituellen Entwicklungsprozesses.

[25] Die Frage nach der Definition von Pathologie und psychischer Störung spielt in diesem Zusammenhang eine zentrale Rolle und sie hängt mit einer Vielzahl von sozio-kulturellen Faktoren zusammen. Dabei handelt es sich um ein äußerst komplexes Thema, welches in der Literatur ebenfalls diskutiert wird, jedoch an dieser Stelle nicht weiter ausgeführt werden kann.

Als diesbezügliche Beispiele aus dem christlichen Kontext sind die Werke von Johannes vom Kreuz (1542-1591) und Theresa von Avila (1515-1582) anzuführen. In ihren Werken „Die dunkle Nacht“ (Kreuz, J. v., 1995) und „Die innere Burg“ (Avila, 1979) beschreiben die beiden christlichen Mystiker auf Basis ihrer eigenen Erfahrungen die einzelnen Stadien der Wandlung, die die Seele auf dem Weg zur Einigung mit Gott zurücklegen muss. Aus dem frühchristlichen Mönchstum schildert Evagrios Pontikos (345-399) den Zustand von Akedia, den Dämonen des Überdrusses, der seelisch geistigen Erschöpfung und der körperlichen Atonie (Hollenstein, 1991). Evelyn Underhill (1928) hat in ihrem umfangreichen Werk „Mystik. Entwicklung des religiösen Bewußtseins im Menschen“ anhand der Biographien von zahlreichen europäischen Mystikern die einzelnen Phasen des Wandlungsprozesses analysiert und ausführlich beschrieben. So heißt es bei ihr, in einer für den modernen Menschen etwas altertümlich anmutenden Sprache:

> Wie der Embryo des physischen Menschen, sei er nun ein Heiliger oder ein Wilder, dieselben Entwicklungsstadien durchzumachen hat, so auch der geistliche Mensch. Wenn die „neue Geburt“ in ihm stattfindet, der neue Lebensprozess seines tieferen Selbst beginnt, so lernt der normale Mensch, ebenso gut wie der Mystiker, den spiralen Anstieg zu höheren Ebenen kennen, die heftigen Schwankungen zwischen Licht und Dunkel, die seltsamen geistigen Störungen, das plötzliche Hervorbrechen aus dem Unterbewußtsein und die verwirrenden flüchtigen Wahrheitsschimmer, die das Wachstum seiner übersinnlichen Kräfte begleiten, wenn er sie vielleicht auch in andern als im mystischen Sinne deutet. ...Mehr und mehr drängt sich uns beim Studium alles zugänglichen Materials die Tatsache, das Gesetz auf, daß die Bewegungslinie des menschlichen Bewußtseins, wenn es seinem eingeborenen Trieb zum Übersinnlichen folgt, immer dieselbe ist. (S. 582)

Underhill benennt zusammenfassend die folgenden Stadien des mystischen Weges: a) das Erwachen des Selbst zum Bewußtsein der göttlichen Wirklichkeit, b) die Reinigung des Selbst als Zustand des Leidens und Ringens, c) die Erleuchtung des Selbst als Zustand des freudigen Bewußtseins über eine übersinnliche Ordnung in höherer Form (mit den weiteren Stadien „Stimmen und Visionen“, „Innenkehr“, „Ekstase und Verzückung“), d) die dunkle Nacht der Seele, als letzte und vollständige Reinigung des Selbst (auch als mystischer Tod bezeichnet) und schließlich e) das Leben der Einigung, in dem „das absolute Leben nicht nur beglückt geschaut und empfunden“ wird, sondern „das Selbst eins mit ihm“ ist (Underhill,

1928, S. 225f). Weiteres Fallmaterial in Bezug auf religiös-spirituelle Erfahrungen findet sich bei James (1997), Starbuck (1909), Bucke (1975) oder Hardy (1979).

Aus dem spirituellen Kontext Indiens künden die Biographien von Jiddu Krishnamurti (Jayakar, 2003), Gopi Krishna (Krishna, 1993), Mata Amritanandamayi (1994), Swami Muktananda (Muktananda, 1975), Ramana Maharshi (Zimmer, 1944) oder Irina Tweedy (Tweedy, 1988), um nur einige zu nennen, eindrücklich von solchen Prozessen. Aus der buddhistischen Kultur dienen die Schilderungen des Zen-Meisters Hakuin (18. Jh.), einem der bedeutendsten japanischen Zen-Meister, als Anschauungsmaterial in Hinsicht auf die Erschwernisse und Anforderungen, die einem auf dem spirituellen Weg begegnen können. (Hakuin / Wadell, 1999)

Auch in der Literatur der verschiedenen spirituellen Traditionen wird der Weg der Seele oder die Ontogenese des Bewusstseins während der spirituellen Entwicklung mit ihren jeweiligen Entwicklungsstadien beschrieben und ebenso die Herausforderungen und Hindernisse, die der Aspirant im Rahmen seiner spirituellen Praxis zu bewältigen hat. Darüber hinaus werden Anleitungen zum rechten Umgang mit diesen gegeben. So werden in der Baghavadgita die Ängste und Zweifel von Arjuna geschildert, der exemplarisch für den Weg der Individualseele zur Universalseele steht. In den Yoga-Sutren des Patanjali werden die Hindernisse, denen man auf dem Weg des Yogas begegnen kann, dargestellt und Anleitungen zum rechten Voranschreiten auf dem Pfad gegeben (Bäumer, 1999). Im buddhistischen Kontext beschreiben die zehn Ochsenbilder des Zen exemplarisch die Stufen des Weges und die Hemmnisse und Schwierigkeiten auf diesem (Kapleau, 1972, S. 406ff).[26]

Mittlerweile sind vor allem aufgrund der Spirituellen-Krisen-Bewegung umfangreiche, aktuelle Fallsammlungen aus dem westlichen Kulturraum hinzugekommen (Bragdon, 1991; Greenwell, 1990, Grof, 1991; Kason, 1994). Da in den westlichen Ländern anders als in den asiatischen Traditionen keine Kultur der Bewusstseinsentwicklung besteht und dementsprechend der Fokus der westlichen Psychologie weitgehend auf dem personalen Alltagsbewusstsein und dessen möglichen Pathologien liegt, war der wissenschaftliche und psychotherapeutische Erkenntnisstand, was die Auswirkungen von meditativen Praktiken und derartige psychische Prozesse anbelangt, bis dato als relativ gering einzustufen. Nachdem sich

[26] Im Rahmen der Zen-Praxis werden einige der Schwierigkeiten des Weges auch unter dem Begriff „Zen-Krankeit“ (japanisch „zenbyo“) zusammengefasst. Diese beinhalten a) täuschende Empfindungen und Erscheinungen, die als Folge der meditativen Praxis auftreten, b) das Verhaftetsein an Erleuchtungserfahrungen, c) körperliche Erkrankungen, die vor allem in Folge zu intensiver Praxis entstehen können, und, als psychisches Pendant dazu, d) den so genannten Zen-Koller. Bei letzterem handelt es sich um psychische Entgleisungen bis hin zur Dekompensation, welche als Folge zu intensiver Trainingsperioden (japanisch „sesshin“) auftreten können (nach Rhyner, 1991, S.74ff).

bereits zu Beginn des 20. Jahrhunderts eine Reihe von Religionspsychologen mit religiösen und mystischen Erfahrungen vornehmlich innerhalb der anglo-amerikanischen und europäischen jüdisch-christlichen Tradition beschäftigt hatten (Hardy, 1979; Starbuck, 1909; James, 1997; Bucke, 1975; Underhill, 1928), ist es nun sicherlich als ein Verdienst der Transpersonalen Psychologie zu erachten, dass sie – diesmal stärker unter Einbeziehung des Erfahrungsschatzes der kontemplativen Traditionen des asiatischen Raums – die Aufmerksamkeit erneut auf solche Prozesse und den Mangel an diesbezüglicher Forschung und theoretischen Modellen innerhalb der westlichen Psychologie gelenkt hat (siehe hierzu Walsh, 1980; Walsh & Vaughan, 1993b; Wilber, Engler & Brown, 1988).[27]

2.4.1.1.4. Prognose einer Erhöhung der Inzidenz von spirituellen und transpersonalen Störungen

Das Konzept der Spirituellen Krise und das Bemühen um erweiterte diagnostische Kategorien und Behandlungsansätze ist nach Ansicht seiner Befürworter als eine Reaktion auf die Anforderungen der Zeit zu betrachten. Dabei wird darauf hingewiesen, dass sich die Häufigkeit von außergewöhnlichen Erfahrungen und von krisenhaften Prozessen dieser Art erhöht habe.[28] Darüber hinausgehend wird prognostiziert, dass die Inzidenz solcher Phänomene noch weiter ansteigen wird und der psychotherapeutische Praktiker zunehmend mit diesbezüglichen Fragestellungen konfrontiert sein wird (Turner, Lukoff, Barnhouse & Lu, 1995; Lukoff, Lu & Turner, 1998; Brunnhuber & Wagner, 2006). Der Anstieg solcher Phänomene wird vor allem auf die Anwendung eines breiten Spektrums von psycho-spirituellen Praktiken und Methoden, die einem breiten Publikum in den westlichen Ländern während der vergangenen Jahrzehnte zugänglich gemacht wurden, sowie auf das insgesamt wachsende Interesse an Bewusstseinsentwicklung zurückgeführt. Als Hauptauslöser der Spirituellen Krise zählen nämlich vor allem spirituelle Praktiken, eine Vielzahl von Übungen, die eine angenommene feinstoffliche Bioenergie beeinflussen sollen, sowie eine Reihe von Selbsterfahrungsmethoden. Dazu gehören die verschiedenen Formen der Meditation, Visualisations- und Konzentrationstechniken, körperorientierte Methoden des Westens und des Ostens, wie z.B. Bioenergetik, Hatha-Yoga, Tai-Chi, Qi-Gong, oder Formen der

[27] Washburn (1995, S.7) sieht in der Disproportionalität der Entwicklungsstufen – präpersonal, personal und transpersonal – sowohl, was die Häufigkeit als auch, was deren Dauer anbelangt, eine weitere mögliche Ursache dafür, dass sich solche tri-phasischen Stufenmodelle vor der Etablierung der Transpersonalen Psychologie nicht als eine wahrscheinliche Grundlage einer Entwicklungsstufentheorie aufgedrängt hatten. Die erste, prä-egoische Phase dauere nur kurz und die meisten Menschen erinnern sich nicht daran. Dagegen dauert die zweite, egoische Phase, sehr lange und für die meisten Menschen sogar möglicherweise das ganze Leben an. Die dritte, transpersonale Phase trete dagegen nur selten überhaupt auf – nur wenige Menschen nähern sich einer solchen an.

[28] Für eine Übersicht der Forschungsergebnisse, die diese Annahme stützen, siehe Lukoff et al. (1998, S. 42f.).

Atemarbeit, wie Zen-Atem-Praktiken, die Pranayamatechniken des Hatha-Yoga, das Holotrope Atmen und anderes mehr. So heißt es hierzu bei Grof und Grof:

> Aber einer der wichtigsten Katalysatoren für spirituelle Krisen scheint eine eingehende Beschäftigung mit verschiedenen Formen der Meditation und spirituellen Praktiken zu sein. Diese Methoden sind speziell dazu entwickelt worden, spirituelle Erfahrungen zu aktivieren. (Grof & Grof, 1991, S. 31).

Und an anderer Stelle:

> Da diese Techniken genau darauf ausgerichtet sind, das spirituelle Öffnen möglich zu machen, wandelte sich Spiritualität für viele Menschen von etwas worüber sie gehört oder gelesen hatten, zu einer persönlichen Erfahrung. Die Zahl derer, die mystische oder paranormale Zustände erfahren haben, wächst seit dieser Zeit ständig. (ebenda, S. 12)

Zur Verbreitung dieser Methoden haben verschiedene historisch-kulturelle Entwicklungen beigetragen: der explosionsartige Anstieg von Methoden der Selbsterfahrung im Rahmen der Encounter-Bewegung des Human-Potential-Movements, der Einfluss der New-Age-Bewegung und die damit einhergehende Verbreitung von spirituellen Methoden aus den verschiedensten weltanschaulich-religiösen Kontexten sowie das Interesse an Persönlichkeitswachstum, Selbsterfahrung und Bewusstseinserweiterung, welches vor allem im Rahmen der humanistischen und der Transpersonalen Psychologie propagiert wurde. In einem solchen Umfeld reisten viele Wahrheitssucher in asiatische Länder, um dort mit Drogen zu experimentieren oder sich von indischen Gurus oder in buddhistischen Klöstern auf dem spirituellen Weg unterweisen zu lassen. Dies führte alles in allem dazu, dass die ganzheitlich-spirituellen Weltanschauungen aus den asiatischen Kulturen in zunehmendem Maße das Denken vieler westlicher Menschen infiltrierte. Auch begannen sich eine Reihe von westlichen Psychologen und anderen Professionellen, die in der psycho-sozialen oder medizinischen Versorgung tätig sind, aufgrund solcher Begegnungen für die entsprechenden Menschenbilder und Konzeptionen der Bewusstseinsentwicklung sowie für die spirituellen Praktiken und die dadurch ausgelösten Erfahrungen und Prozesse zu interessieren. Dabei war vor allem deren Relevanz in Hinblick auf die menschlichen Entwicklungsmöglichkeiten sowie die psychische und körperliche Gesundheit von Interesse. Während sich einige in den jeweiligen Traditionen als Meditationslehrer ausbilden ließen und schließlich ihre kontemplativen und psychotherapeutischen Fachkenntnisse in ihrer Arbeit verbanden, trugen andere vor allem durch ihre Forschungstätigkeit und ihre theoretische Arbeit zu einer

wachsenden Popularität und zu einer beginnenden Integration dieser Sichtweisen in die westliche Psychologie bei. Ebenso reisten verschiedene indische Gurus und Yogis sowie buddhistische Lehrer in den Westen, um dort Vorträge zu halten und ihr Wissen weiterzugeben oder um sich dort dauerhaft zu etablieren und spirituelle Zentren zu gründen. Insgesamt betrachtet, haben all diese Entwicklungen dazu geführt, dass eine Reihe von hochwirksamen psychotherapeutischen, bio-energetischen und psycho-spirituellen Methoden für ein breites Publikum leicht zugänglich wurde, und dadurch die im Rahmen der Spirituellen Krise geschilderten Erfahrungen und Prozesse mittlerweile häufiger auftreten.[29]

2.4.1.1.5. Entpathologisierung bestimmter krisenhafter psychischer Erfahrungen und die Forderung nach alternativen Behandlungsansätzen

Grof und Grof ging es mit ihrem Konzept der Spirituellen Krise vor allem darum, bestimmte krisenhafte Zustände nicht vorzeitig zu pathologisieren. Stattdessen betonen sie die grundsätzliche Doppelnatur einer solchen Krise und das ihr innewohnende Wachstumspotential. So heißt es diesbezüglich bei Grof und Grof:

> Das chinesische Piktogramm für *Krise* ist eine perfekte Darstellung dessen, was wir unter einer spirituellen Krise verstehen. Es setzt sich aus zwei Grundzeichen zusammen, von denen eines „Gefahr" und das andere „Chance" bedeutet. Somit ist der Durchgang durch einen solchen Zustand zwar oft schwierig und erschreckend, aber zugleich liegt darin häufig ein enorm großes heilendes und evolutionäres Potential. Wenn man sie richtig versteht und als schwierige Phasen in einem natürlichen Entwicklungsprozess behandelt, können spirituelle Krisen zur spontanen Heilung von verschiedenen emotionalen und psychosomatischen Störungen, zu positiven Persönlichkeitsveränderungen, Lösung für wichtige Probleme im Leben und einer Evolution in Richtung dessen führen, was manche „höheres Bewusstsein" nennen…. In einer solchen evolutionären Krise können die Verwendung pathologischer Etiketten und der unvorsichtige Umgang mit diversen unterdrückenden Maßnahmen, zu denen auch die Kontrolle der Symptome durch Medikation gehört, das positive Potential des Prozesses beeinträchtigen. (Grof & Grof, 1990, S. 29f)

Grof und Grof (1990, 1991) diskutieren eine Reihe von Maßnahmen, die ihrer Ansicht nach im Rahmen der Begleitung einer Spirituellen Krise indiziert sind. Dazu gehört zuerst einmal

[29] Es sei jedoch an dieser Stelle darauf hingewiesen, dass zur tatsächlichen Verbreitung von Prozessen dieser Art, bis dato weder für den US-amerikanischen noch für den europäischen Raum repräsentative Daten vorliegen.

die Aufklärung bezüglich des Konzeptes der Spirituellen Krise. Dies meint insbesondere, dass die Symptome nicht als Anzeichen von Pathologie zu verstehen sind, sondern als Indikatoren eines psychischen Selbstheilungsprozesses. Des Weiteren erfordert ein solcher Prozess eine geschützte Umgebung, in der die betroffene Person ihren Prozess ungestört durchlaufen kann. Je nach Intensität der Dynamik halten Grof und Grof auch aufdeckende Therapien, die Zugang zu unbewusstem Material und dessen Integration ermöglichen, für angemessen. Oder auch verschiedene Formen der Körperarbeit, die darauf ausgerichtet sind, blockierte emotionale und psychische Energien zu befreien. Darüber hinaus empfehlen sie verschiedene Formen des künstlerischen Ausdrucks, die Durchführung persönlicher Rituale sowie verschiedene Methoden, die darauf abzielen, die innere Aktivität zu verlangsamen. Dazu gehört unter anderem die vorübergehende Einstellung der aktiven inneren Erforschung sowie der spirituellen Praxis. Schließlich erachten Grof und Grof bestimmte diätetische Maßnahmen, sportliche Aktivitäten sowie beruhigende und einfache, erdende Aktivitäten als hilfreich während eines solchen Prozesses.

2.4.1.2. Erscheinungsformen der Spirituellen Krise

Grof und Grof (1990, 1991) haben die folgenden Erscheinungsbilder als Spirituelle Krise konzeptualisiert:

1. Die Schamanische Krise
2. Das Erwachen der Kundalini
3. Episoden von Einheitsbewusstsein
4. Psychische Erneuerung durch die Rückkehr zum Zentrum
5. Das Erwachen von außersinnlicher Wahrnehmung (Krise der sensitiven Öffnung)
6. Das Auftauchen von „Erinnerungen an frühere Leben“
7. Kommunikation mit geistigen Führern und „Channeling“
8. Nah-Tod-Erfahrungen
9. Begegnungen mit UFOs
10. Zustände von Besessenheit

Die einzelnen Typen der Spirituellen Krise nach Grof und Grof sollen im nachfolgenden Überblick jeweils kurz skizziert werden. Aufgrund der stark populärpsychologischen Aufarbeitung bei Grof und Grof (1990, 1991) und weil einzelne der genannten Pänomentypen von anderen Autoren bereits in einer wissenschaftlich fundierteren und systematischeren Art und Weise untersucht und dargestellt wurden – in der Regel ohne diese als Spirituelle Krise zu konzeptualisieren – werden zusätzlich auch solche Quellen herangezogen.

In der Literatur zur Spirituellen Krise und zu außergewöhnlichen Erfahrungen werden typusübergreifend eine ganze Reihe von Gründen angeführt, aus denen solche Erfahrungen als belastend erlebt werden und den Betroffenen dazu veranlassen können, professionelle Hilfe zu suchen. So können beispielsweise die Primärerfahrungen selbst belastend sein und die Funktionsfähigkeit im Alltag deutlich beeinträchtigen. Darüber erweist sich häufig vor allem die Integration einer solchen Erfahrung in das bisherige Selbst- und Weltbild der Betroffenen als schwierig. Erfahrungen dieser Art können das bisher Sicherheit bietende Weltbild radikal in Frage stellen und dadurch zu erheblicher Verunsicherung und Instabilität führen. Häufig zweifeln die Betroffenen an sich selbst und befürchten, die Erfahrung könne ein Anzeichen für eine beginnende körperliche oder psychische Störung sein. Eine weitere häufige Befürchtung bezieht sich auf negative Reaktionen des sozialen Umfeldes. Man erwartet, von diesem nicht verstanden, zurückgewiesen oder pathologisiert zu werden. Neben diesen typusübergreifenden Problemen sind für die einzelnen Erscheinungsformen außergewöhnlicher Erfahrungen jeweils spezifische Problemstellungen kennzeichnend.

2.4.1.2.1. Die Schamanische Krise

Grof und Grof (1990, 1991) sind der Ansicht, dass viele Personen eine Reihe von Erfahrungen durchleben, die denen ähneln, die in den verschiedenen Kulturen der Welt als schamanische Krankheit oder Initiationskrise beschrieben wurden. Selbst innerhalb eines solchen indigenen Kontextes treten Erfahrungen dieser Art häufig spontan und unfreiwillig auf. Während dieser Phasen können die zukünftigen Schamanen den Kontakt zur Umwelt verlieren, starken inneren Erfahrungen ausgesetzt sein und sich äußerst ungewöhnlich verhalten.[30] Nach van Quekelberghe (2007) und Kalweit (1990) lässt es sich oft erst nach Jahren entscheiden, ob es sich dabei tatsächlich um eine für die Initiation zum Schamanen förderliche Periode handelt. Werden diese Episoden erfolgreich gemeistert, so geht der Schamane als ein wertvolles Mitglied seiner Gemeinschaft daraus hervor. Zu den archetypischen Elementen der schamanischen Krise gehören das Erleben einer Reise in die Unterwelt und von Angriffen von Dämonen, die den Betroffenen Qualen und Torturen auferlegen. Auf diese folgen Erfahrungen von Tod und Auflösung, der Wiedergeburt und schließlich des Aufstiegs in die oberen Welten oder himmlischen Reiche (Grof & Grof 1990, einleitender Kommentar zu Kalweit, 1990). Nach Scharfetter (1991) zeichnet sich die

[30] Zu einer differenzierteren Diskussion von Krisen nach dem Muster der (schamanischen) Initiationskrise und deren Beurteilung aus psychologischer und psycho-diagnostischer Perspektive, siehe Walsh (1998) und Kraft (1995).

schamanische Reise durch das Gefühl aus, dass die Seele oder ein Teil davon weggehe, vorübergehend den Körper verlasse und in andere Welten eingehe.

2.4.1.2.2. Kundalini-Erwachen

Das so genannte „Kundalini-Erwachen“ gilt bei einigen Vertretern der Transpersonalen Psychologie als die häufigste Erscheinungsform der Spirituellen Krise. Seine zentralen Kennzeichen sind eine Vielzahl von somato-sensorischen bzw. energetischen Phänomenen, vegetative Störungen, spontane unwillkürliche Körperbewegungen, außergewöhnliche Wahrnehmungen, vor allem akustischer und visueller Natur, starke emotionale Schwankungen sowie spontan auftretende veränderte Bewusstseinszustände. Dieses Phänomenbild wird in Anlehnung an einen innerhalb des Kundalini-Yogas beschriebenen Prozess als „Kundalini-Erwachen“ bezeichnet. (Greennwell, 1990; Hofmann, 1995) Beim Kundalini-Yoga handelt es sich um eine Spezialform des tantrischen Yoga. Der Tantra-Yoga basiert auf der Annahme eines feinstofflichen Energiesystems. Dieses Energiesystem bildet die Grundlage aller Lebens- und Bewusstseinsprozesse und die Manipulation dieser Energie bildet die Grundlage für die Transformation des Bewusstseins. Der Begriff Kundalini-Shakti („shak“- „mächtig“, „fähig sein“; „Kundal“ - „zusammengerollt“) bezieht sich auf die spirituelle, kosmische Energie, die am Fuße der Wirbelsäule ruht. Das Bild ist das einer schlafenden Schlange, die am Fuße der Wirbelsäule im untersten Chakra aufgerollt ruht und mit ihrem Mund den feinstofflichen Kanal, der innerhalb der Wirbelsäule aufwärts läuft (Shushumna-Nadi), verschließt. Ziel des Kundalini-Yogas ist die Erweckung dieser spirituellen Kraft mittels spiritueller Praktiken. Die Kundalini-Energie soll entlang des Shushumna-Nadis aufsteigen, wobei sie die einzelnen Chakras („Chakra“ – Rad), die Energie- oder Bewusstseinszentren, öffnet bzw. erweckt. Mit der Öffnung eines jeden Chakras gehen laut Tradition spezifische Erfahrungen und paranormale Fähigkeiten („Siddhis“) einher. Das Ziel des Prozesses ist die Ankunft der Kundalini-Shakti im „7. Chakra“ („Sahasrar“ – „tausendblättriger Lotus“), dem Sitz Shivas, dem reinen formlosen Bewusstsein, und die Vereinigung mit diesem. Für den Yogi bedeutet dies die Erfahrung der Identität des individuellen Bewusstseins (Jivatma) mit dem universalen Bewusstsein (Paramatma) und somit die Auflösung der Dualität. Laut Tradition birgt dieser Weg der Bewusstseinstransformation bestimmte Risiken und verlangt deshalb eine entsprechende Einbettung. Wilber äußert sich in diesem Zusammenhang wie folgt:

> Die dramatischste psychische Pathologie tritt beim spontanen und gewöhnlich nicht gesuchten Erwachen spirituell-psychischer Energien oder Fähigkeiten auf.

> Bestenfalls sind diese Krisen ärgerlich, schlimmstenfalls können sie verheerend sein ... Das Erwachen der Kundalini beispielsweise kann psychologisches Dynamit sein. (Wilber, 1988c, S. 130)

2.4.1.2.3. Episoden von Einheitsbewusstsein

Die dieser Kategorie zugehörigen Erfahrungen werden in der einschlägigen Literatur auch als Transzendenzerfahrungen, Einheitserfahrungen, mystische Erfahrungen, positive Ich-Auflösung oder als Gipfelerlebnisse bezeichnet. Sie sind gekennzeichnet durch eine Erweiterung oder Auflösung der Grenzen der Persönlichkeit bis hin zu einem Gefühl der Einheit mit einem umfassenderen Ganzen – der Natur, einer höheren Wirklichkeit oder dem gesamten Universum. Zu den weiteren Charakteristika einer solchen Erfahrung gehören euphorische Gefühle, Empfindungen eines tiefen Friedens und einer tiefen Liebe sowie der Eindruck, dass sich die Widersprüche des Lebens auflösen und man zu einem tieferen Verständnis über die Zusammenhänge des Lebens gelangt („noesis"). Auch wird berichtet, dass sich diese Erfahrung nicht mit Worten beschreiben lässt. Häufig kommt es während einer solchen Episode auch zu einer Veränderung des Zeiterlebens und der Umgebungswahrnehmung. Ebenso kann die mystische Erfahrung auch von optischen oder akustischen Halluzinationen begleitet sein (Thomas & Cooper, 1980; Lukoff, 1985).[31]

2.4.1.2.4. Psychologische Erneuerung durch die Rückkehr zum Zentrum

Diese Form der Spirituellen Krise geht auf die Theorie und Forschungstätigkeit des Psychiaters und jungianischen Analytikers John Weir Perry (1987, 1990, 1999) zurück. Dieser beobachtete in seiner Praxis akute Krisen mit psychotischem Ausmaß, bei denen eine spezifische Entwicklung und Abfolge des Verlaufs in Form von bestimmten archetypischen Themen auftraten, die um Geburt, Tod / Zerstörung, Wiederauferstehung und den Kampf der Gegensätze kreisen. Perry vertritt die Ansicht, dass es sich bei dieser Form der Krise um einen autonomen Erneuerungs- und Selbstheilungsprozess der Psyche handelt, der bis in die tiefen Schichten des archetypischen Unbewussten hinein reicht und der mit dementsprechend tiefgreifenden Abläufen der Desintegration und Neuorganisation des Selbst und des Selbstbildes einhergeht. Den Fokus einer solchen Aktivierung und der im Rahmen eines solchen Prozesses freigesetzten Energien bildet der Archetyp des Zentrums oder in der

[31] Die mystische Erfahrung wird in der Literatur äußerst unterschiedlich definiert. Lukoff, Lu & Turner kommen nach einer Literaturübersicht zur mystischen Erfahrung zu folgender Definition, die mit dem Großteil der theoretischen Literatur kongruent und gleichzeitig auch klinisch anwendbar sein soll: „The mystical experience is a transient, extraordinary experience marked by feelings of unity, harmonious relationship to the divine and

Terminologie C.G. Jungs ausgedrückt – der Archetyp des Selbst. Ein solcher Prozess sollte nach Perry als transformative Krise oder Krise mit Wachstumspotential und als eine notwendige Regression im Rahmen eines positiven Wandlungsprozesses unterschieden werden von chronifizierenden bzw. negativ verlaufenden Psychosen. Eine alternative Form der Behandlung vorausgesetzt, so postulierte er, führen solche Krisen zu positiven Ergebnissen und Persönlichkeitswachstum. Die von ihm begleiteten klinischen Forschungsprojekte, „Angnews" und „Diabasis", scheinen seine Annahmen weitgehend zu bestätigen. Dabei zeigten sich deutlich positive Ergebnisse bei den nach seinem alternativen Modell betreuten Patienten, im Vergleich zu Patienten mit konventioneller psychiatrischer Behandlung nach dem medizinischen Modell (Perry, 1987, 1999). Bragdon (1991) beschreibt ähnliche Prozesse wie die von Perry beschriebenen unter der Bezeichnung „Die Öffnung gegenüber dem Mythos des Lebens".

2.4.1.2.5. Krise der sensitiven Öffnung (Psychic opening)

Unter der Bezeichnung „Krise der Sensitiven Öffnung" („Psychic Opening") ist das plötzliche, gehäufte Auftreten von paranormalen Phänomenen und Fähigkeiten, wie z.B. verschiedenen Formen der außersinnlichen Wahrnehmung – Telepathie, Präkognition und Hellsehen[32] – und psychokinetischen Phänomenen[33], zu verstehen. Des Weiteren wird hier das gehäufte Auftreten von synchronistischen Ereignissen[34], Deja-Vu-Erfahrungen[35], Heilfähigkeiten und außerkörperlichen Erfahrungen[36] verortet.

---

everything in existence, as well as euphoric feelings, noesis, loss of ego functioning, alterations in time and space perception, and the sense of lacking control over the event" (1992, S. 678).

[32] Außersinnliche Wahrnehmung (ASW) wird im Rahmen der parapsychologischen Forschung definiert als „...ein Informationserwerb, der sich auf ein äußeres Ereignis, Objekt oder Geschehen bezieht (sei es psychisch oder physisch, vergangen, gegenwärtig oder zukünftig), ohne daß daran ein bekanntes Sinnesorgan beteiligt ist" (Bauer, 1995, S. 155). Allgemein werden drei Formen der außersinnlichen Wahrnehmung unterschieden: Telepathie, Hellsehen und Präkognition. Diese sind wie folgt definiert:

„Telepathie (telepathy): Der paranormale Informationserwerb, der sich auf Gedanken, Gefühle und Handlungen eines anderen bewußten Lebewesens erstreckt" (Bauer, 1995, S. 158).

„Hellsehen (clairvoyance): Paranormaler Informationserwerb, der sich auf einen Gegenstand oder ein gleichzeitig existierendes physikalisches Ereignis bezieht; im Unterschied zur Telepathie soll die Information von einer äußeren physikalischen Quelle stammen und nicht aus der Psyche einer anderen Person" (Bauer, 1995, S. 155).

„Präkognition (precognition): Eine Form von ASW, die die Wahrnehmung zukünftiger Ereignisse einschließt und die nicht aufgrund bekannter Ausgangsdaten in der Gegenwart abgeleitet werden kann" (Bauer, 1995, S. 157).

[33] Hierunter fallen außergewöhnliche physikalische Phänomene, die anscheinend nicht durch die bekannten physikalischen Kräfte und Gesetzmäßigkeiten erklärt werden können. Varianten solcher Phänomene sind unerklärliche Bewegungen von Objekten, Verformungen oder Beschädigungen von Gegenständen oder das Aus- oder Anschalten von elektrischen Geräten ohne erkennbare Ursache.

[34] Damit sind Erfahrungen gemeint, bei denen die betroffene Person den Eindruck hat, dass zwei oder mehrere Ereignisse, die nicht kausal miteinander verbunden sind, auf sinnvolle Art und Weise „zusammentreffen". Solche Ereignisse haben für die Betroffenen in der Regel einen starken Bedeutungsgehalt und Evidenzcharakter. Sie werden je nach Weltanschauung auf unterschiedliche Weise benannt und interpretiert, so zum Beispiel als Zufall, Synchronizität oder als göttliche oder schicksalhafte Fügung.

2.4.1.2.6. Erfahrungen aus früheren Leben

Scharfetter (1991) ordnet Erfahrungen dieser Art unter der Kategorie der „mnestischen Phänomene“ ein. Darunter fällt das Zurückschreiten in der eigenen Lebensgeschichte, zunächst in postnatale, dann in antenatale und pränatale Bereiche. Bei einigen Personen können zusätzlich die von Grof und Grof (1990, 1991) beschriebenen „Erfahrungen aus früheren Leben“ oder „Reinkarnationserinnerungen“ auftreten. Dabei hat die betroffene Person das Gefühl, dass sie frühere Existenzen durchlebt oder erinnert.

2.4.1.2.7. Kommunikation mit geistigen Führern und „Channeling“

Unter der Kategorie „Kommunikation mit geistigen Führern und „Channeling” werden Phänomene subsumiert, bei denen die betroffene Person den Eindruck hat, Botschaften oder Informationen von Wesen aus einer jenseitigen Welt zu empfangen. So zum Beispiel von geistigen Wesenheiten, Engeln oder den Seelen von Verstorbenen. Phänomene dieser Art werden in der einschlägigen Fachliteratur auch unter dem Begriff der psychischen Automatismen diskutiert. Dies sind Verhaltenweisen, die als nicht willentlich gesteuert und / oder außerhalb der eigenen Kontrolle erlebt werden. Um klassische Formen solcher Automatismen handelt es sich zum Beispiel beim automatischen Schreiben oder Malen oder beim automatischen Sprechen, das auch als „Mediumismus“ oder in moderner Terminologie als „Channeling“ bezeichnet wird. In der Regel werden solche automatischen Produktionen und Verhaltensweisen von den Betroffenen als ich-fremd und autonom erlebt. Aus diesem Grund werden die Ereignisse häufig auf spiritistische Weise, als Einflussnahme externer autonomer Wesenheiten, der Seelen Verstorbener oder geistiger Energien interpretiert. Die Phänomene können sowohl spontan auftreten als auch gezielt induziert werden. Ein Teil der Betroffenen versucht solche Phänomene zu evozieren, indem zuvor mittels bestimmter Techniken ein dafür geeigneter deutlich veränderter Bewusstseinszustand induziert wird. Ebenso können automatische Produktionen durch die Anwendung bestimmter spiritistischer Praktiken und Hilfsmittel, wie Gläserrücken, Pendeln oder die Verwendung einer Planchette, ausgelöst werden. Phänomene dieser Art können von den Betroffenen als sehr bereichernd und hilfreich erlebt werden, sie können jedoch auch in zunehmendem Maße als nicht mehr kontrollierbar erlebt und damit psychisch äußerst belastend werden. Im letztgenannten Sinne hat Hans Bender das Erscheinungsbild der „Mediumistischen Psychose“, einer dissoziativen

[35] Déjà-vu-Erlebnisse sind dadurch gekennzeichnet, dass in einer bisher unbekannten Umgebung oder in einer neuen Situation der subjektive Eindruck entsteht, dasselbe schon einmal erlebt zu haben.
[36] Die außerkörperliche Erfahrung ist gekennzeichnet durch das Gefühl, sich außerhalb des physischen Körpers zu befinden und dabei sowohl den eigenen Körper als auch die Umgebung von einer Position außerhalb des Körpers wahrzunehmen.

Störung beschrieben, bei dem sich die anfangs induzierten Phänomene im Laufe der Zeit verselbständigen und schließlich ohne gezielte Induktion oder Hilfsmittel spontan auftreten können (vgl. Bender, 1958; Vollmoeller, 1994, siehe hierzu auch Glauska, 2003d).

2.4.1.2.8. Besessenheitszustände

Bei den Phänomenen dieser Kategorie handelt es sich um das Gefühl, von fremden Geistern, Mächten oder Dämonen besessen und im Verhalten von ihnen bestimmt zu sein. Im Grunde genommen ist dies als eine Fortführung der Kategorie „Kommunikation mit geistigen Führern und Channeling“ zu verstehen. Der Unterschied ist lediglich gradueller Natur. Aus diesem Grund werden die Kategorien „Krise der sensitiven Öffnung“, „Kommunikation mit geistigen Führern und Channeling“ und „Zustände von Besessenheit“ bei Galuska (2003d) unter der Bezeichnung „Außersinnliche Wahrnehmung“ gemeinsam abgehandelt (S. 192ff). Nach Scharfetter (1991) sind Zustände von Besessenheit oft zeitlich begrenzt auf Stunden, sie würden jedoch oft wiederholt auftreten. Seiner Ansicht nach ist dieses Phänomen in der westlichen Kultur selten. Jedoch werden Besessenheitszustände aufgrund der ethnisch vielfältigen Patientenpopulation mittlerweile sowohl im DSM-IV unter der Bezeichnung „Dissoziative Trancestörungen“ (Saß, Wittchen & Zaudig, 1996, S. 818ff) als auch im ICD-10 unter „Trance- und Besessenheitszustände“ (Dilling, Mombour & Schmidt, 1999, S. 187) thematisiert. Als Kriterien für die Klassifikation gelten nach DSM-IV (Saß et al., 1996, S. 818) die erhebliche Veränderung des Bewusstseins oder des gewohnten Gefühls der eigenen Identität sowie die Einengung der Umgebungswahrnehmung oder die ungewöhnlich eingeengte und selektive Fokussierung auf Umgebungsreize. Bei einem Teil dieser Zustände entsteht der Eindruck, dass eine neue Identität an die Stelle der gewohnten Identität tritt und die Kontrolle über das Verhalten übernimmt. In solchen Fällen spricht man auch von Besessenheitstrance. Auch können innerhalb solcher Episoden automatisierte, stereotype Verhaltensweisen im Sinne der oben bereits beschriebenen Automatismen auftreten. Das vermutete Agens der Besessenheit ist häufig spiritueller Natur (übernatürliche Wesen, Götter, Geister von Verstorbenen, Dämonen). Trance-Zustände können von einer vollständigen oder partiellen Amnesie für die Ereignisse begleitet sein. Laut DSM und ICD sollten solche Zustände jedoch nur dann unter den jeweiligen Kategorien diagnostiziert werden, wenn sie unfreiwillig bzw. ungewollt in die alltäglichen Aktivitäten einbrechen, das heißt, wenn sie außerhalb religiöser oder in diesem Sinne kulturell akzeptierter Situationen auftreten und wenn sie darüber hinaus mit Leiden oder Beeinträchtigungen in wichtigen Funktionsbereichen einhergehen.

2.4.1.2.9. Nah-Tod-Erfahrungen

Irwin definiert die Nah-Tod-Erfahrung als eine tranzendente Erfahrung, die durch eine Konfrontation mit dem Tod herbeigeführt wird (Irwin, 1994, S. 42, Übers. d. Verf.). Bei der Nah-Tod-Erfahrung handelt es sich um ein basales Muster von phänomenologischen Merkmalen, das erstmals von Raymond Moody untersucht und beschrieben wurde. Moody (1977) hat die folgenden 15 Elemente der klassischen Nah-Tod-Erfahrung herausgearbeitet: Unbeschreiblichkeit, das Hören der Todesnachricht, Gefühle von Frieden und Ruhe, das Geräusch, der dunkle Tunnel, das Verlassen des Leibes (Außerkörperliche Erfahrung), Begegnung mit anderen, einschließlich eines liebenden Lichtwesens, die Rückschau, die Grenze oder Schranke, die Umkehr, Mitteilungsversuche gegenüber anderen, Folgen im Leben, neue Sicht des Todes und die nachträgliche Bestätigung von objektiven Ereignissen, die während der Nah-Tod-Erfahrung wahrgenommen wurden. Auslöser einer Nah-Tod-Erfahrung können potentiell lebensbedrohliche Situationen sein, in denen der Betroffene einer Verletzung gerade noch entgeht, ebenso aber auch ernsthafte Erkrankungen oder Verletzungen, von denen sich der Betroffene jedoch wider Erwarten erholt (Irwin, 1994). Am häufigsten wird der Fall des bereits klinisch toten Patienten angeführt. Gabbard und Twemlov (1991) kommen auf Basis einer Sichtung des Forschungsmaterials jedoch zu dem Schluss, dass die entscheidende Determinante für das Auftreten einer Nah-Tod-Erfahrung nicht das Vorliegen einer tatsächlich lebensbedrohlichen Situation sei, sondern, dass die Situation von der betroffenen Person subjektiv als lebensbedrohlich wahrgenommen wird. Nach Grof und Grof (1990) können Nah-Tod-Erfahrungen vor allem deshalb zum Auslöser einer Spirituellen Krise werden, weil sie die bisherige Weltanschauung und Vorstellungen von „Realität“ bei den Betroffenen grundlegend in Frage stellen können.

2.4.1.2.10. Erfahrungen mit dem Erscheinen von UFOs

Nach Clark (1998) stellen UFO-Entführungen ein vor etwa dreißig Jahren erstmals aufgetretenes Phänomen dar. Dabei handelt es sich um einen Erfahrungstypus, der ähnlich wie die Nah-Tod-Erfahrung durch eine bestimmte Ablaufstruktur gekennzeichnet ist. Zu den klassischen Bestandteilen eines solchen Musters gehört nach Apelle, Lynn und Newman (2000) die Gefangennahme (gefangen werden und an Bord eines Raumschiffes gebracht werden), die Untersuchungssituation (die Entführer unterziehen die Person einer physischen, geistigen oder spirituellen Untersuchung), die Konferenzsituation (Kommunikation mit den Entführern), die Tour (geführter Rundgang und Untersuchung des Raumschiffes), die Reise in andere Welten (Transport zu einem anderen Ort auf der Erde oder einer unirdischen

Umgebung), die Theophanie (Erhalt spiritueller oder religiöser Botschaften), die Rückkehr (Verlassen des UFOs und Rückkehr zur Erde) und schließlich die Nachwirkungen (Post-Abduktions-Erfahrungen und Auswirkungen).

Solche Erfahrungen einer Begegnung mit oder Entführung durch etwas, das von den Betroffenen als außerirdische Raumschiffe oder Wesen interpretiert wird, können nach Grof und Grof (1990, 1991) ebenfalls zum Auslöser einer spirituellen Krise werden. Sie diskutieren solche Erfahrungen in Anlehnung an C.G. Jung (1992) vor allem als ein archetypisches Muster, welches mythologische Motive enthält und dem kollektiven Unbewussten entspringt. Erfahrungen dieser Art beinhalten ihrer Ansicht nach zumeist eine wichtige tiefenpsychologische und spirituelle Dimension. So weisen die im Rahmen solcher Prozesse auftretenden Bilder, wie zum Beispiel die von Raumschiffen und kosmischen Flügen, starke Ähnlichkeiten mit Motiven aus der Mythologie auf. Darüber hinaus weisen die Grofs auf die Übereinstimmungen dieser Erfahrungen mit anderen Formen der spirituellen Krise hin, so z.B. visionäre Zustände oder schamanische Einweihungskrisen. Erfahrungen von unheimlichen, übernatürlich wirkenden Lichtern erinnern nach Ansicht der Autoren an mystische Erfahrungen oder veränderte Bewusstseinszustände allgemein. Andere Elemente solcher Berichte, wie körperliche Untersuchungen oder Experimente, die als Torturen empfunden werden, haben dagegen eine starke Nähe zu den bereits berichteten Elementen der schamanischen Einweihungskrise.[37]

2.4.1.3. Zur differentialdiagnostischen Einordnung von Spirituellen Krisen

2.4.1.3.1. Spirituelle Krise und Psychose

Grof und Grof wollten mit ihrer Konzeptualisierung der spirituellen Krise vor allem darauf hinwirken, dass bestimmte psychologische Phänomene nicht vorschnell pathologisiert und dadurch möglicherweise ihres transformativen Potentials beraubt werden. Dies selbst dann, wenn die Prozesse psychotische Ausmaße annehmen. In Hinblick auf den Versuch einer alternativen Herangehensweise an bestimmte psychotische Zustandsbilder stehen die Autoren jedoch nicht allein. Verschiedene Kliniker haben im Laufe der Zeit aus ihrer klinischen Erfahrung heraus bestimmte psychotische Zustandsbilder rekonzeptualisiert und deren tiefenpsychologische Dynamik und das ihnen innewohnende Wachstumspotential betont. Für solche psychotischen Episoden mit dem Potential eines positiven Outcomes haben diese Kliniker verschiedene Bezeichnungen vorgeschlagen:

[37] Eine differenzierte Übersicht zum Thema Entführung durch Außerirdische findet sich bei Apelle, Lynn und Newman (2002).

- Problem-solving disturbances oder Cataclysmic Experiences (Boisen, 1936)
- Positive disintegration (Dabrowsky, 1964)
- Schöpferische Krankheiten (Ellenberger, 1973)
- Metanoiac voyages (Laing, 1972)[38]
- Visionary states oder Renewal process (Perry, 1987, 1999)
- Mystical experience with psychotic features (Lukoff, 1985)
- RIST – Regression in the service of transcendence (Washburn, 1995)
- Plusheilung (Kraft, 1995, 1996)

Ein Teil der Diskussion in der Literatur zur spirituellen Krise dreht sich von daher um die Frage der diagnostischen Unterscheidungsmöglichkeiten zwischen Spirituellen Krisen oder Psychosen mit Wachstumspotential einerseits und chronifizierenden und progredienten Psychosen andererseits. Oder anders ausgedrückt: mit der Frage, welche veränderten Bewusstseinszustände mit psychotischem Ausmaß als Kandidaten für die Einordnung als Spirituelle Krise in Frage kommen. So heißt es bei Grof und Grof (1990, S. 69):

> Unter diesen Umständen macht es viel mehr Sinn zu fragen, welche Charakteristika außergewöhnlicher Bewußtseinszustände nahelegen, daß man mit alternativen Strategien bessere Ergebnisse erzielen könnte als mit Behandlungen, die auf dem medizinischen Modell beruhen.

Als allgemeine Indikatoren für das Vorliegen einer Spirituellen Krise oder Psychose mit Wachstumspotential werden auf der Grundlage der Psychoseforschung und klinischer Beobachtungen, weitgehend übereinstimmend von verschiedenen Autoren, die folgenden Kriterien angeführt (vgl. Grof & Grof, 1990, 1991; Lukoff, 1985; Nelson, 1994):

- kurze Dauer der Episode
- kein organischer Befund
- gutes prä-episodisches Funktionieren
- keine ernsthafte psychiatrische Vorgeschichte
- akutes Einsetzen der Symptomatik; Auslöser belastendes Lebensereignis oder spirituelle Praxis
- Inhalt: transpersonale Erfahrungen; der Ablauf lässt eine gewisse Struktur bzw. Entwicklung erkennen
- Einsicht, dass der Prozess heilender oder spiritueller Natur ist; positive, erforschende Haltung gegenüber dem Prozess
- die Fähigkeit, in Verbindung zu stehen und zu kooperieren, genügend Vertrauen

- Bewusstheit der innerpsychischen Natur des Prozesses, Unterscheidungsmöglichkeiten zwischen Innen und Außen, Fähigkeit, gewisses Maß an Common-Sense-Realität aufrechtzuerhalten, gewisses Maß an Realitätsprüfung vorhanden
- keine paranoiden Abwehrmechanismen; keine extreme Externalisierung der psychischen Prozesse; kein Verfolgungswahn oder permanente Stimmen
- keine Selbst- oder Fremdgefährdung
- keine konzeptuelle Desorganisation
- keine bizarren Wahnthemen, wenn Wahnthemen, dann der Mythologie entstammend.

Die Einbeziehung der genannten Kriterien im Rahmen des differentialdiagnostischen Prozesses ist sicherlich als sinnvoll einzustufen. Dadurch kann unter Umständen eine vorzeitige unangebrachte Pathologisierung solcher Phänomene vermieden werden. Ebenso ist die Notwendigkeit der weiteren Differenzierung des differentialdiagnostischen Kenntnisstandes sicherlich konsensfähig. Andere klinische Praktiker haben jedoch darauf hingewiesen, dass das Konzept der Spirituellen Krise die Gefahr einer euphemistischen Umdeutung von schwierigen psychischen Prozessen sowie einer Polarisierung zwischen „positiver", wachstumsfördernder Spiritueller Krise einerseits und „negativer", pathologischer Psychose andererseits in sich birgt. In diesem Sinne betont der Psychiater Christian Scharfetter bei der Definition von Krankheit vor allem den Aspekt der Infirmität, „das heißt dass ein Mensch durch Erlebnisse, Erfahrungen, Veränderungen dysfunktionell wird, d.h. seine Lebensaufgabe nicht mehr bewältigen kann und daher der Hilfe bedarf" (1991, S. 71). Und weiter heißt es dort:

> Die Gegenüberstellung „psychosis" oder „spiritual emergency" ist keine fruchtbare Alternativfrage: wenn psychotische Symptomatik bis zum Grade der Dysfunktionalität, Infirmität eines Menschen auftaucht, so darf man das nicht euphemistisch umdeuten – und damit unter Umständen die narzisstische Selbstüberhöhung des Klienten stimulieren. Sondern man wird religiös-spirituelle Erfahrungen als einen Weg anerkennen, auf dem desintegrationsgefährdete Menschen in eine Ich-Desintegration geraten können (ebenda, S. 50). …. Sofern der Inhalt ein religiös-spiritueller ist, wird die **Intensität** der Erlebnisse, die Ergriffenheit der Person und deren Fähigkeit, die Erfahrung zu integrieren und daran zu wachsen, oder deren Disposition daran zu scheitern und dysfunktionell, infirm d.h. krank zu werden, über die Zuordnung entscheiden. (Scharfetter 1991, S. 69)

[38] Vgl. zur Entwicklung des Konzeptes der „metanoiac voyage" auch Howarth-Williams (1977, S. 164ff).

2.4.1.3.2. Zentrale Grundpfeiler der differentialdiagnostischen Beurteilung von klinisch relevanten spirituellen Problemen

Als wesentliche Grundpfeiler in Bezug auf die differentialdiagnostische Einordnung sowie die Behandlung von klinisch relevanten spirituellen Problemen kristallisieren sich mittlerweile vor allem das Stufenmodell der Bewusstseinsentwicklung von Ken Wilber sowie die Einbeziehung des psychischen Strukturniveaus der betroffenen Personen heraus. Dies soll in den folgenden beiden Kapiteln näher erörtert werden.

2.4.1.3.2.1. Das Stufenmodell der Bewusstseinsentwicklung von Ken Wilber

Ken Wilber (1988b, 2001a) hat im Rahmen seiner Arbeit ein Spektrummodell des Bewusstseins entwickelt, welches den Anspruch erhebt, das gesamte mögliche Spektrum der menschlichen Bewusstseinsentwicklung zu umfassen. Dieses bezieht auch eine im Rahmen der westlichen akademischen Psychologie bis dahin noch nicht konzeptualisierte transpersonale Weiterentwicklung mit ein.[39]

Als Hauptkomponenten der Evolution des Bewusstseins beschreibt Wilber die Grundebenen oder -wellen, die Entwicklungslinien oder -ströme, verschiedene temporäre Bewusstseinszustände, das Selbst sowie auf das Selbst bezogene Entwicklungslinien (Wilber, 2001a). Die Grundebenen, die den Entwicklungsraum des menschlichen Bewusstseins darstellen, unterteilt er in Materie, Körper, Geist, Seele und GEIST. Durch diese Grundebenen bewegen sich (relativ unabhängig voneinander) verschiedene Entwicklungslinien, wie zum Beispiel die der kognitiven, der affektiven, der moralischen, der bedürfnisbezogenen oder der religiösen Entwicklung. Diese sind jeweils gekennzeichnet durch verschiedene Entwicklungsstufen von kognitiven Operationen, der affektiven und moralischen Entwicklung, der Selbstidentifikation, von Selbstbedürfnissen und anderen mehr. Im Zusammenhang mit veränderten Bewusstseinszuständen wie mystischen Erfahrungen weist Wilber darauf hin, dass diese zwar prinzipiell auf jeder Stufe der Selbstentwicklung

[39] Als bedeutsame theoretische Alternative zu diesem „strukturell-hierarchischen“ Modell von Wilber wurde von Washburn (1995) ein tiefenpsychologisch begründetes, „dynamisch-dialektisches“ Entwicklungsmodell vorgeschlagen. Diese beiden Modelle repräsentieren die innerhalb der Transpersonalen Psychologie dominierenden Paradigmen der Konzeptualisierung des menschlichen Entwicklungsprozesses. Diese konkurierenden Perspektiven wurden in der Literatur auch unter den polaren Begrifflichkeiten von „Leiter-Modell versus Spiral-Modell“, „progressive versus regressive Betrachtungsweisen“, „additive versus dialektische Theorien“ oder auch „Höhenpsychologie versus Tiefenpsychologie“ diskutiert (Visser, n.d.). Während dem jeweils erstgenannten Aspekt der Polarität Autoren wie Ken Wilber oder Roberto Assagioli zugeordnet werden können, wird der jeweils letztgenannte Pol durch Theoretiker wie Carl Gustav Jung, Stanislav Grof oder Michael Washburn vertreten. Wilber selbst hat das durch Washburn vertretene Paradigma im Rahmen einer Replik kritisch diskutiert und argumentativ widerlegt. Darüber hinaus hat er aufgezeigt, dass das Spiral-Motiv von Washburn durchaus in das von ihm entwickelte Stufen-Modell integriert werden kann, ohne dabei auch die dem Washburnschen und Jungianischen Modell innewohnenden „Prä-Trans-Verwechslungen“ (siehe hierzu weiter unten) zu übernehmen (Wilber, 1990; vgl. hierzu auch Wilber, 2001b).

temporär auftreten können, um jedoch eine andauernde Auswirkung auf die Bewusstseinsentwicklung zu haben, ist es erforderlich, dass solche temporären Erfahrungen im Verlauf der Zeit allmählich zu Strukturen werden. Das Selbst beschreibt Wilber vor allem als den Sitz der Identität, des Willens und der Abwehrmechanismen. Es hat die Aufgabe, durch alle verschiedenen Ebenen, Zustände und Entwicklungslinien, denen es begegnet, hindurch zu navigieren, sie zu koordinieren und zu integrieren. Wilber unterscheidet insgesamt 10 Grundebenen (und entsprechende Drehpunkte der Entwicklung – D 1-10), die das Selbst bei seiner Entwicklung durch das ganze Spektrum der Bewusstseinsentwicklung in den verschiedenen Lebensphasen durchläuft bzw. optimalerweise durchlaufen kann: die sensomotorische Ebene (D1), die phantasmisch-emotionale Ebene (D2), den repräsentationalen Geist (D3), den Rolle / Regel-Geist (D4), die formal-reflexive Ebene (D5), die Ebene der Schau-Logik (D6) und schließlich die psychische, subtile und kausale / nichtduale Ebene der transpersonalen Entwicklung (D7-9 / D10[40]) (S. 110). Je nach dem, mit welcher Ebene das sich entwickelnde Selbst identifiziert ist, spricht Wilber von einem physischen Selbst (D1), einem emotionalen Selbst (D2), einem konzeptuellen Selbst (D3), einem Rollen-Selbst (D4), einem reifen Ego (D5), dem Zentaur (D6), einem astral-psychischen Selbst (D7), einem subtilen Selbst (D8) oder einem kausalen Selbst (D9). Diese Stufen können wiederum zusammengefasst werden zu den präpersonalen (D1-D3), personalen (D4-D6) und transpersonalen Entwicklungsstufen (D7-D9 / D10). Der Begriff „präpersonale Stufen“ bezieht sich auf die entwicklungsgeschichtlich frühesten Stufen der frühen Kindheitsentwicklung. In dieser Phase hat sich noch kein gesondertes, individuelles und persönliches Ego herausgebildet. Die Bewusstseinsschwerpunkte der präpersonalen Stufe sind kollektivistisch, archaisch, präkonventionell, präverbal und vorbegrifflich (zusammengefasst nach Brunnhuber & Wagner, 2006, S. 38). Die präpersonalen Stufen führen schließlich zur Herausbildung des rationalen individuierten und personalen Selbst, der reifen Erwachsenenpersönlichkeit. Die Bewusstseinsschwerpunkte dieser Stufe sind deduktiv-induktiv, egologisch, ichhaft, diskursiv-sprachlich, konventionell, soziozentrisch und common-sense (ebenda). Die transpersonalen Stufen schließlich sind ego-überschreitend, deren Bewusstseinsschwerpunkte transverbal, postkonventionell und universal. Bei jedem Vorwärtsschreiten von einer Entwicklungsstufe zur anderen handelt es sich idealerweise um einen Prozess der Differenzierung und Integration der Elemente der jeweiligen betroffenen Stufen. Das heißt, das Selbst differenziert sich von der vorhergehenden Ebene und

[40] Die Stufe D-10 wird deshalb jeweils gesondert aufgeführt, weil es sich dabei im Grunde genommen nicht mehr um eine Entwicklungsstufe im eigentlichen Sinne handelt und sie nach Wilber jenseits der Manifestationen des GEISTES ist und zur gleichen Zeit alle anderen Stufen umfasst.

identifiziert sich zunehmend mit der nächst höheren Ebene. Dabei gehen die Elemente und Funktionen der Stufen, über die es hinausgeht, nicht verloren, sondern werden integriert und stehen weiterhin zur Verfügung. Ein solcher Übergang kann jedoch auch misslingen. Dementsprechend können bei jedem Übergang von einer Entwicklungsstufe zur anderen bestimmte, dem jeweiligen Drehpunkt zugehörige Pathologien im Sinne von unbewältigten Entwicklungsaufgaben auftreten und zugeordnet werden. Diese Pathologien sind wiederum gekennzeichnet durch die auf der jeweiligen Entwicklungsebene zur Verfügung stehenden spezifischen Abwehrmechanismen. Schließlich sind, je nachdem, welcher Entwicklungsebene eine Pathologie zuzuordnen ist, verschiedene Arten des Umgangs bzw. der Behandlung indiziert. Dies ist im Wesentlichen eine Weiterführung der Erkenntnisse und der Logik der konventionellen Psychologie und Psychotherapie. Das Neue ist „lediglich", dass Wilber das Spektrum derselben um die transpersonalen Entwicklungsstufen, deren Kennzeichen, Entwicklungsaufgaben, Pathologien und die entsprechenden indizierten „Behandlungsansätze" erweitert. Dies ist insofern wesentlich, als dadurch erstmals ein umfassendes theoretisches Modell vorliegt, welches die Erkenntnisse der westlichen Entwicklungspsychologie und der konventionellen Psychotherapie berücksichtigt und es gleichzeitig ermöglicht, die Phänomene der Spirituellen Krise oder Transpersonalen Störungen in einer nicht-reduktionistischen Weise einzuordnen und zu konzeptualisieren und diese somit als Ausdruck eines progressiven und nicht etwa eines regressiven Entwicklungsprozesses zu verstehen. Dazu gehört auch, dass dieses Modell wesentlich dazu beigetragen hat, zwischen entwicklungsgeschichtlich frühen „prä-personalen" bzw. prä-rationalen und entwicklungsgeschichtlich späteren „transpersonalen" bzw. „transrationalen" Erfahrungen zu unterscheiden. Solche Erfahrungen können phänomenologisch ähnlich sein und sind deshalb von einzelnen Vertretern der Psychologie und der Psychiatrie falsch zugeordnet worden. So können einerseits entwicklungsgeschichtlich frühere präpersonale Erfahrungen zu transpersonalen Erfahrungen erhöht werden, andererseits aber auch genuin transpersonale Erfahrungen fälschlicherweise als regressive Erfahrungen interpretiert werden. Beispiele einer solchen Verwechslung hat es in beiderlei Richtungen gegeben und sie bestimmen auch heute noch die Diskussion. So stellte z.B. Freud (1930) (wie in Kap. 2.3.1. bereits erwähnt) in seinem Werk „Das Unbehagen in der Kultur" die Hypothese auf, dass die ozeanische mystische Erfahrung einem Zustand der infantilen Hilflosigkeit und einer primärnarzisstischen Regression entspreche. Im Rahmen eines Jahresberichtes der „Group for the Advancement of Psychiatry" (GAP) zum Thema „Mysticism: Spiritual Quest or Psychic Disorder?" aus dem Jahre 1976, kommen die Autoren zu einem ähnlichen Schluss, indem sie

die mystische Einheitswahrnehmung als eine Regression, eine Flucht und eine Projektion auf die Welt innerhalb eines primitiven infantilen Zustandes definieren[41] (nach Deikman, 1977, S. 214). Auch Alexander beschrieb Meditation „als libidinöse narzisstische Wendung des Erkenntnisdranges nach innen, eine Art künstliche Schizophrenie, mit völligem Abzug des libidinösen Interesses von der Außenwelt“ (Alexander, 1931, S. 130, Übers. d. Verf.). C.G. Jung kann dagegen als Beispiel für eine Überhöhung von präpersonalen Erfahrungen hin zu transpersonalen gesehen werden. Bei den kollektiven Archetypen, wie sie von Jung beschrieben wurden, handelt es sich um Archetypen, die der präpersonalen Entwicklungsstufe zugehören. Jung benutzte diesen Ausdruck für mythische Grundstrukturen menschlicher Erfahrung. Er war der Ansicht, dass die Erfahrung der Archetypen mystisch und somit transpersonal sei. Wilber hat jedoch deutlich gemacht, dass diese mythenbildenden Strukturen den früheren prärationalen Entwicklungsstadien angehören. Im Wilber-Modell entspricht dies den Stufen drei und vier, der phantasmisch-magischen und mythischen Ebene der Selbstentwicklung. Diese mythenbildenden Strukturen haben seinem Verständnis nach nichts mit spiritueller, mystischer, transzendenter oder transpersonaler Erfahrung zu tun (D7 – D9 / D10) (vgl. Wilber, 1980; 1994). Diese Betrachtungsweisen und die Begriffsverwirrung, die sich bis in die heutige Zeit durchzieht, wurde von Wilber unter dem Begriff der Prä-Trans-Verwechslung diskutiert (1980, 1988d, 1996).[42]

Bei den auf den Drehpunkten 1 und 2 auftretenden Pathologien handelt es sich um die im Rahmen der Tiefenpsychologie gründlich erforschten und beschriebenen frühen Störungen (psychotisch, narzisstisch, borderline). Bei diesen Störungen sind in der Regel strukturbildende und identitätsbildende Techniken indiziert. Hier geht es vor allem darum, die Stufe der Ablösung und der Individuation abzuschließen und die Person dabei zu

[41] Deikmann (1977) beurteilt im Rahmen eines Kommentars zu diesem GAP-Report zum Thema Mystik die Vorgehensweise dieser Gruppe von Psychiatern, die sich die Weiterentwicklung der Psychiatrie auf die Fahnen geschrieben hat, äußerst kritisch. Im Rahmen dieses Kommentars diskutiert er exemplarisch eine Reihe von Punkten, die insgesamt dazu beigetragen haben, dass solche Themen innerhalb der Mainstream-Psychologie und Psychiatrie lange Zeit - und zum Teil noch immer - in einer verzerrten und reduktionistischen Weise behandelt wurden. Zusammenfassend beurteilt er diesen GAP-Bericht wie folgt: “Certain of the sections, especially those on Christian and Hindu Mysticism show an objectivity and scholarship that is quite commendable. As a whole however, the report displays extreme parochialism, a lack of discrimination, and a naïve arrogance in its approach to the subject.” (Deikmann, 1977, S. 213) In ähnlicher Weise haben Tart (1972) und Walsh (1980) sowie andere Autoren der Transpersonalen Psychologie auf die Verzerrungen und Fehlurteile hingewiesen, die auf der Basis von nicht-reflektierten paradigmatischen Vorannahmen entstehen können, sowie Vorschläge bezüglich einer dem Forschungsgegenstand angemesseneren Zugangsweise eingebracht.

[42] Bei Wilber heißt es hierzu: „Bei jeder Entwicklungsfolge – prä-rational zu rational zu trans-rational; unbewusst zu selbst-bewusst zu überbewusst; prä-verbal zu verbal zu trans-verbal oder präpersonal zu personal zu transpersonal – werden die „prä“ und die „trans“ Komponenten oft verwechselt und zwar in beide Richtungen. Sind sie erst einmal verwechselt worden, nehmen einige Forscher alle transrationalen Realitäten und versuchen sie auf prä-rationalen Infantilismus zu reduzieren (z.B. Freud), wärend andere einige der prä-rationalen infantilen Elemente nehmen und sie zu trans-rationalen glorifizieren (z.B. Jung). Dieser

unterstützen, ein starkes Selbst und klare Ich-Grenzen zu entwickeln. Als typische Verfahren, die für die Behandlung solcher Pathologien indiziert sind, nennt Wilber Aspekte der Objektbeziehungstherapie und die psychoanalytische Ich-Psychologie. Bei Drehpunkt 3 hat sich dagegen bereits ein kohärentes und integriertes Selbstgefühl herausgebildet. Die hier auftretenden psycho-neurotischen Störungen entstehen durch Konflikte zwischen einem bereits konsolidierten Ich und Triebwünschen, die von diesem als bedrohlich erlebt werden. Zu den Methoden der Wahl für die Behandlungen solcher Störungen gehören vor allem aufdeckende psychotherapeutische Techniken. Zu den wesentlichen psychotherapeutischen Zielsetzungen gehört hier die Auflösung der Verdrängungsschranke, die Kontaktaufnahme mit dem verdrängten Material oder dem Schatten und deren Reintegration in die Psyche. Zu den diesbezüglich indizierten Verfahren zählt Wilber die klassische Psychoanalyse, Aspekte der Gestalttherapie, Aspekte der Ich- und Selbst-Psychologie und die Schatten-Arbeit der Jungianischen Psychotherapie. Die Pathologien von Drehpunkt 4 bezeichnet Wilber als Skript-Pathologien. Das Selbst identifiziert sich hier mit dem neu auftauchenden Regel / Rolle-Geist. Dieser ermöglicht es, die Rolle von anderen zu übernehmen und Regeln zu lernen. Hierbei können sich eine Vielzahl von negativen und pathogenen Skripten, Vorstellungen und Überzeugungssystemen entwickeln. Es gehört vor allem zum Aufgabenbereich der kognitiven Psychotherapie, falsche und dysfunktionale Vorstellungen von sich selbst und anderen aufzudecken und diese durch neue, genauere und gesündere zu ersetzen. Bei Drehpunkt 5 taucht das selbst-reflexive Ich auf und der Schwerpunkt verschiebt sich von konventionell / konformistisch zu postkonventionell / individualistisch. Die Probleme dieser Ebene betreffen vor allem den schwierigen Übergang von konformistischen Rollen und einer Moral, die sich an allgemeinen Regeln orientiert, hin zu universellen Prinzipien des Gewissens und einer post-konventionellen Identität. Die entsprechende Pathologie ist die der Identitätskrise. Auf Ebene 6 dominiert der kognitive Modus der Schau-Logik. Dabei handelt es sich um eine hoch integrative Struktur, die dazu führt, dass sich hauptsächlich existentielle Themen und universelle Anliegen in den Vordergrund drängen. Hier geht es nach Wilber um existentielle Fragen, Authentizität, Selbstverwirklichung, die Integration von Körper und Geist, um globale Bewusstheit und holistische Umfassendheit. Vor allem die humanistisch-existentiellen Therapien zielen darauf ab, die Person bei der Entwicklung eines authentischen Selbst, der Findung eines existentiellen Sinns sowie der Integration von Körper und Geist zu unterstützen. Bei den Ebenen 7-10 der transpersonalen Entwicklung handelt es sich um Probleme, die im Rahmen des Übergangs von einer

---

Reduktionismus und dieser **Elevationismus** beruhen beide auf derselben Prä/Post-Verwechslung. Das ist ein

personalen zu einer transpersonalen Struktur auftreten können, sowie um Störungen, die während der Phase der dauerhaften Etablierung der höchsten Bewusstseinsebenen (subtil, kausal, non-dual) auftreten können. Bezüglich der Behandlung von Störungen der *psychischen* Ebene verweist Wilber auf einen wachsenden Korpus an Literatur, in dem sowohl konventionell-psychotherapeutische Methoden als auch solche aus den traditionellen spirituellen Disziplinen beschrieben werden. Er selbst hat als traditionelle Zugangsweisen vor allem schamanisch-yogische und meditative Ansätze und Methoden beschrieben (1988c).

In Tabelle 1 werden die einzelnen Drehpunkte der Entwicklung mit ihren jeweiligen Entwicklungsaufgaben, den für diese Entwicklungsstufe kennzeichnenden Abwehrmechanismen, den ebenenspezifischen Pathologien und den dafür indizierten Behandlungsansätzen nach Wilber noch einmal im Überblick zusammengefasst.

ständiges Problem mit und für Spiritualität.“ (Wilber, 2007, S. 81)

Tabelle 1: Stufen, Abwehrmechanismen, Pathologie, Behandlungsansätze

Dreh-punkte	Stadien der Selbstent-wicklung	Entwicklungs-aufgaben	Pathologien	Abwehrmecha-nismen	Behandlungs-ansätze
D-0	perinatale Grundmatrizen	Prä- und perinatale Entwicklung	Autismus, psychotische Störungen	Verzerrung Halluzination Halluzinatrische Wunscher-füllung Wahnhafte Projektionen	ruhig stellen, danach intensiv-regressiv
D-1	physisch	physische Lösung von der Umwelt			
D-2	emotional	emotionale Individuation	Borderline und narzisstische Störungen	Selbst-Objekt-Verschmelzung Projektion, Abspalten	stützend, danach intensiv-emotional
D-3	mental: Selbst-Konzept	Entwicklung eines Selbstkonzeptes	Klassische Psychoneurosen	Isolation, Verdrängung, Reaktions-bildung, Verschiebung	aufdeckend
D-4	Rollen-Selbst (Persona)	erlernen von Rollen und Skripten	Skriptpathologie	Mehrdeutiges Verhalten, verdeckte Absichten	Skriptanalyse
D-5	Ich (rational reflexiv)	Entwicklung der eigenen Identität	Identitätskrise	Unterdrückung von Impulsen Antizipation Sublimierung	Introspektion
D-6	integriert: Zentaur	Autonomie und Existentielle Endlichkeit	Existentielle Krise	Inauthentizität, Abstumpfung, aufgegebene Selbstverwirkli-chung, Resignation	Existentielle Therapie
D-7	Seele: psychisch		Spirituelle Krise	psychische Inflation, nicht integrierte Lebensziele, pranische Störungen, yogische Krankheit	seelisch (schamanisch-yogische Ansätze)
D-8	Subtil			misslungene Integration, archetypische Fragmentierung, misslungene Differenzierung	subtil (meditative Ansätze)
D-9	GEIST Kausales Selbst			Arhat-Krankheit	unmittelbares Gewahrsein
nicht-dual	nicht-dual				

Anmerkung: zusammengefasst nach Wilber (2001a, Tafel 1a, Anhang) und Weinreich (2005, S. 135)

Das gemeinsame heilende Agens all dieser psychotherapeutischen Ansätze besteht nach Wilber darin, „Bewusstsein oder Bewusstheit auf einen Bereich wirken zu lassen der verleugnet, entstellt, verfälscht oder ignoriert wird.“ (2001a, S. 188) Bezüglich des Prozesses der Bewusstseinsentwicklung, dessen möglicher Störungen und deren Behandlung äußert er sich zusammenfassend wie folgt:

> Kurz, in der großen morphogenetischen Wanderung von der Materie durch den Körper und den Geist und durch die Seele und durch den GEIST können Facetten des Bewusstsein auf jeder dieser Wellen abgespalten, entstellt oder vernachlässigt werden – Facetten des Körpers können verdrängt, Elemente des Geistes können entstellt, Aspekte der Seele können verleugnet, der Ruf des GEISTES kann ignoriert werden. In jedem Fall bleiben diese entfremdeten Facetten als wunde Punkte oder Verletzungen im Bewusstsein, abgespalten oder vermieden – eine Fragmentierung, die Pathologie hervorruft, wobei die Art der Pathologie zum großen Teil von der Ebene der Fragmentierung abhängt. Wenn man mit diesen Facetten Kontakt aufnimmt (oder wieder Kontakt aufnimmt), ihnen mit Bewusstheit begegnet und sie so voll erfährt, dann bekommt das Bewusstsein die Möglichkeit, ihre wichtige Stimme zu differenzieren (transzendieren) und in den Gesamtfluss evolutionärer Entfaltung zu integrieren. (Wilber, 2001a, S. 118)

2.4.1.3.2.2. Die Einbeziehung des psychischen Strukturniveaus

Als einen weiteren entscheidenden Faktor bei der Beurteilung und Behandlung einer bestehenden psychischen Problematik im Rahmen der religiös-spirituellen Entwicklung beziehen, wie oben bereits angeklungen und auch im Modell von Wilber mit enthalten, eine Reihe von Autoren das Strukturniveau bzw. den Grad der Persönlichkeitsorganisation der betroffenen Person mit ein. Im Rahmen der psychodynamisch-psychoanalytischen Psychologie werden verschiedene Ebenen der Persönlichkeitsorganisation und der Ichfunktionen beschrieben, die auf Fehlschlägen, Stillständen und Regressionen in unterschiedlichen Stadien der psychischen Entwicklung, vor allem in der Linie der Objektbeziehungen, beruhen (vgl. Engler, 1988). Diese Einteilung beruht auf der Arbeit von Otto Kernberg, der im Rahmen seines tiefenpsychologischen Modells ein entwicklungspsychologisch basiertes, hierarchisches System entwickelt hat, in das objektbeziehungstheoretische, trieb- und strukturtheoretische sowie selbstpsychologische Überlegungen eingeflossen sind (Kernberg, 1996, S. 288). Die von Kernberg vorgeschlagene Störungshierarchie ist dabei, im Gegensatz zu den gängigen dimensionalen oder kategorialen

Klassifikationssystemen, entlang der Schwere der Störungen konzipiert. Nach diesem Modell werden vier Typen der Persönlichkeitsorganisation unterschieden: die gesunde Persönlichkeitsorganisation, die neurotische Persönlichkeitsorganisation, die Borderline-Persönlichkeitsorganisation und die psychotische Persönlichkeitsorganisation (ebenda, S. 292). Die verschiedenen Formen der Persönlichkeitsorganisation unterscheiden sich zusammenfassend nach Galuska (2003d, S. 187) „vor allem durch das Ausmaß an Integration des Konzeptes des Selbst, des Konzeptes der bedeutsamen anderen Menschen, des Über-Ichs und der Handhabung von libidinösen und aggressiven Impulsen." Der Grad der Persönlichkeitsorganisation bestimmt dabei über die Fähigkeit der Person, bestimmte Erfahrungen zu integrieren. Darüber hinaus sind für die verschiedenen Ebenen der Persönlichkeitsorganisation jeweils unterschiedliche Formen der Behandlung indiziert. Im Rahmen der Operationalisierten Psychodynamischen Diagnostik[43] kann die Integrationsfähigkeit einer Person auf der Achse „Struktur" eingestuft werden (Arbeitskreis OPD, 1998). Die neurotische Struktur entspricht einer guten bis mäßigen Integration, die Borderline-Struktur einer mäßigen bis geringen und die psychotische Struktur einer Desintegration (Galuska, 2003d).

In der folgenden Tabelle 2 sind die einzelnen Stufen der Persönlichkeitsorganisation nach Kernberg mit ihren jeweils spezifischen Selbst- und Objektrepräsentanzen, Spitzen- und Leitaffekten, Abwehrmechanismen sowie den spezifischen Objektbezügen bzw. dem Grad der Realitätskontrolle im Überblick zusammengefasst.

[43] Die OPD wurde von einer Arbeitsgruppe bestehend aus 30 Psychotherapeuten und Psychosomatikern entwickelt (Arbeitskreis OPD, 1998). Anlass für die Entwicklung eines solchen Systems war die zunehmende Unzufriedenheit mit der ausschließlich deskriptiv-phänomenalen Klassifikation psychischer Störungen im DSM-III und ICD-10. Ein wesentlicher Nachteil einer solchen symptomzentrierten Diagnostik besteht darin, dass sie dem psychotherapeutischen Praktiker kaum Handlungsanweisungen liefert, was die Indikationsstellung und Durchführung einer spezifischen Therapie anbelangt. Die OPD beruht auf psychoanalytischen Basiskonzepten und umfasst die Achsen Krankheitserleben und Behandlungsvoraussetzungen, Beziehung, Konflikt, Struktur und Psychische- und Psychosomatische Störungen.

Tabelle 2: Strukturelle Organisationsformen

	Selbst- / Objekt-repräsentanz	Spitzen- / Leitaffekte	Abwehr-mechanismen	Objektbezüge / Realitätskontrolle
neurotisch	kohärente Selbst-, Objekt-repräsentanz	Schuld-, Strafe-, Gewissensängste	Verdrängung / Projektion	polyvalent, erhaltene Realitätskontrolle
narzisstisch	labiles, aber kohärentes Selbst	selbstevaluative Affekte	Idealisierung, Entwertung	eingeschränkte Ambivalenz-toleranz
borderline	Identitätsdiffussion	Vernichtungs-ängste	Spaltung, Verleugnung	vorwiegend dyadisch
prä-psychotisch	aufgehobene Selbst-Objekt-Grenzen	Verfolgungsängste	paranoide Abwehr	Realitätskontrolle aufgehoben

Quelle: Brunnhuber & Wagner (2006, S. 38)

2.4.1.3.2.3. Weitere Konzeptualisierungen der Spirituellen Krise und der religiösen oder spirituellen Störungen auf Grundlage dieser Modelle

Brunnhuber und Wagner (2006) unternehmen vor dem Hintergrund der beschriebenen Modelle von Wilber und Kernberg den Versuch, das Konzept der Spirituellen Krise an den psychologisch-psychiatrischen Mainstream anschlussfähig zu machen, indem sie ein spezifischeres diagnostisches Vorgehen sowie eine erste operationalisierte Einteilung von Spirituellen Krisen vorstellen. Dabei schlagen sie ein dreigliedriges klinisches Vorgehen vor, bei dem der Stand der Erkenntnisse der Bewusstseinspsychologie, die strukturellen Eigenschaften und Dispositionen der Person und schließlich das konventionelle differentialdiagnostische Vorgehen der Psychiatrie Berücksichtigung finden (Brunnhuber & Wagner, 2006, S. 35). Wesentliche Prämisse dabei ist, „dass es sich bei spirituellen Krisen nicht um psychotische, psychoreaktive oder organpathologische Zustände handelt, sondern um Zustandsbilder, welche sich nur aus der Eigenart der Bewusstseinsentwicklung hinreichend verstehen lassen“ (ebenda, S. 39). Darüber hinaus weisen die Autoren mit Wilber darauf hin, dass transpersonale Erfahrungen prinzipiell auf allen Ebenen der Selbstentwicklung auftreten können. Wie diese Erfahrungen jedoch interpretiert werden, wird vor allem durch den kognitiven Entwicklungsstand der Person bestimmt. Darüber hinaus spielt die Fähigkeit zur Integration der Erfahrung in die jeweilige subjektive Organisationsform eine wesentliche Rolle.

Auch Brunnhuber und Wagner haben eine Reihe von Kriterien zusammengestellt, die ihrer Ansicht nach eine Abgrenzung der Spirituellen Krise von psychiatrischen und

psychosomatischen Störungsbildern erlauben. Diese sind in der folgenden Tabelle 3 zusammengefasst:

Tabelle 3: Kriterien für die Abgrenzung der Spirituellen Krisen von psychiatrischen / psychosomatischen Erkrankungen

	Spirituelle Krisen (SK)	psychiatrische/psychosomatische Erkrankungen (P/PS)
medizinische Diagnostik	keine organischen Befunde	organische Befunde vorhanden
Affekte	1. Synchronizität komplementärer Affekte 2. Demut, Verzicht, Empathie	häufig isolierte Affektmuster, Spitzenaffekte (Wut, Ärger, Angst)
Mechanismen	Des-Identifikationen/Identifikationen, Progression	Projektionen, Verdrängungen, Spaltungen, Regressionen
Selbst	intrapsychische Vorgänge, Introspektion vor Extraversion	interpersonelle Beziehungsprobleme klinisch führend
Praxis	Bewusstseinserweiterung gebunden an kontemplative Praxis	Flucht vor Realität, Vermeidung von Problemlösungen
Ich-Funktionen	erhalten, biografisch nachweisbar	gehen verloren
Impulskontrolle	keine Selbst- oder Fremdgefährdung	häufig Selbst- oder Fremdgefährdung
Kognition	abstrakte, allgemeinere Wertinhalte, Sinnfragen	schlecht organisiert, oft keine inhaltlichen Entwicklungslinien erkennbar
Interaktion	Kooperationsbereitschaft und Vertrauen, Offenheit	misstrauisch, paranoides Verhalten

Quelle: Brunnhuber & Wagner (2006, S. 40)

Als weitere Kriterien, die über die weiter oben bereits angeführten allgemeinen Kriterien zur Identifikation einer Spirituelle Krise oder Psychose mit Wachstumspotential hinausgehen (siehe S. 79f.), nennen die Autoren vor allem das Vorliegen von spezifischen Affektprofilen. Die Spirituelle Krise zeichnet sich ihrer Ansicht nach in der Regel durch komplementäre Affektprofile aus. Bei diesen treten zur gleichen Zeit gegensätzliche Affekte auf, wie z.B. Geborgenheits- und Verlassenheitsgefühle, oder aber Schmerz, Leid und Gefühle der Sinnlosigkeit einerseits und Gefühle der Freude andererseits. Psychiatrische Erkrankungen seien dagegen häufig durch Spitzenaffekte wie Wut, Hass, Ärger oder Angst gekennzeichnet. Zudem seien bei Spirituellen Krisen reifere Affektprofile wie Empathie, Würde, Demut oder Verzicht typisch, während diese bei der psychiatrischen Zuordnung nicht klinisch führend seien. Darüber hinaus nennen die Autoren als vorrangige Abwehrmechanismen im Rahmen einer Spirituellen Krise die der Identifikation und der Desidentifikation. Ihrer Ansicht nach geht es im Rahmen solcher Prozesse vor allem um das Festhalten oder Loslassen von spezifischen, individualbiographisch vermittelten Inhalten.

Um einen Anschluss an die internationalen Klassifikationssysteme zu ermöglichen, unterscheiden die Autoren des Weiteren zwischen Brückensymptomen sowie Items erster und zweiter Ordnung. „Die Brückensymptome können anzeigen, dass sich die um einen gegebenen Bewusstseinsschwerpunkt organisierten Formen der Wahrnehmung der Bewertung und des Verhaltens ändern“ (Brunnhuber & Wagner, 2006, S. 42). Während die Brückensymptome relativ unspezifisch sind und gewissermaßen nur die Richtung im Sinne von Progression oder Regression angeben, ist es unter Hinzuziehung der Items erster und zweiter Ordnung möglich, die Spirituelle Krise näher zu charakterisieren. Unter den Brückensymptomen fassen Brunnhuber und Wagner psychische Zustände und Beschwerden zusammen, die ihrer Ansicht nach für den Übergang von einer personal-konventionellen Ebene zu einer transpersonal-postkonventionellen Ebene kennzeichnend sind. Hierzu gehören: verändertes Körperschema, psychomotorische Entladungen, psychovegetative Erregbarkeit, akustische / optische Wahrnehmungen, Angst, die Kontrolle zu verlieren oder verrückt zu werden, Erstickungsgefühle, grundloses intensives Leiden, unerträgliche Langeweile, Sterilität, Hoffnungslosigkeit und Schuldgefühle. Diese unspezifischen Symptome können durchaus an präpsychotische Zustände erinnern, sie sind jedoch anhand der Items erster und zweiter Ordnung zu ergänzen, um die Diagnose einer Spirituellen Krise zu untermauern. Als Item erster Ordnung nennen die Autoren: kein organischer Befund, kontemplative Praxis, erhaltene Ich-Funktionen und spezifische Affektprofile. Als Items zweiter Ordnung nennen sie Des-Identifikation, spezifische Wertinhalte, keine Fremd- oder Eigengefährdung und Introversion (ebenda, S. 42).

Auch Galuska (2003d) unternimmt in seinem Artikel zum Thema religiöse und spirituelle Störungen den Versuch, den Kenntnisstand über Störungen im religiös-spirituellen Bereich aufzuarbeiten und zu systematisieren sowie dessen konkrete Implikationen für die klinisch-psychotherapeutische Praxis herauszuarbeiten. So werden im Rahmen dieses Artikels unter anderem eine Reihe von differenzierten psychotherapeutischen und psychoedukativen Möglichkeiten im Umgang mit solchen Problemen beschrieben. Galuska versteht religiöse und spirituelle Störungen in Anlehnung an Wilber im Wesentlichen als Störungen auf der religiös-spirituellen Entwicklungslinie. Er unterteilt diese wie folgt:

1. Religiöse Störungen: „Störungen im Übergang von kindlicher zu erwachsener Religiosität, also im Übergang von präpersonalen zu personalen Formen von Religiosität und Spiritualität“ (Galuska, 2003d, S. 185).

2. Psycho-spirituelle Störungen: „Störungen der Integration subtiler Erfahrungen im personalen Bewusstsein, also von Erfahrungen energetischen Empfindens, außersinnlicher Wahrnehmungen und von Transzendenz- oder Gipfelerlebnissen."
3. Transpersonale Störungen: „Störungen im Übergang von der personalen zur transpersonalen Spiritualität, also der spirituellen Entwicklung im engeren Sinne."

2.4.1.3.3.1. Religiöse Störungen

Bei den religiösen Störungen handelt es sich um Störungen, die im Kontext einer religiösen Orientierung und Einbindung entstehen können. Glaubensfragen und religiöse Betätigungen führen nach Galuska in den einzelnen Übergangsphasen der Entwicklung zur Veränderung in der religiösen Orientierung und können auch psychische Störungen in Folge von Glaubensverlusten oder Auseinandersetzung mit religiösen Gemeinschaften oder Kirchen und ähnliches mehr zur Folge haben. Je mehr dabei die Gesamtpersönlichkeit und die Lebensführung von der Verunsicherung, dem Zweifel, dem Glaubensverlust und der Orientierungslosigkeit betroffen sind, desto eher können sich daraus schwere Lebenskrisen und verschiedene klinisch relevante Störungsbilder entwickeln (ebenda, S. 185f). Zu den schwereren gehören nach Galuska vor allem Angststörungen und Depressive Störungen. Was Galuska hier unter dem Terminus „Religiöse Störungen" aufführt, sind, wie später noch zu sehen sein wird, vor allem die Formen klinisch relevanter Probleme, die in der neuen V-Codierung im DSM-IV „Religiöses oder Spirituelles Problem" angesprochen werden. Darüber hinaus kann hier auch die so genannte ekklesiogene Neurose verortet werden. Dies meint neurotische Zustandsbilder, die zumeist durch die soziale Einbindung in ein streng dogmatisch-religiöses Umfeld bedingt sind. Die Internalisierung eines strafenden, strengen, übermächtigen Gottesbildes führt in solchen Fällen zur Ausbildung von überhöhten Über-Ich-Forderungen sowie zur Verdrängung von vitalen Impulsen und Bedürfnissen. Nach Weinreich ist eine solche Neurose mit der Aneignung von dysfunktionalen Skripten verbunden und lässt die Selbstentwicklung auf Stufe 3 und 4 der Persönlichkeitsentwickung nach Wilber stagnieren (Weinreich, 2005, S. 130).

2.4.1.3.3.2. Psycho-spirituelle Störungen

Galuska subsumiert den Großteil der Phänomene, die in der Literatur als Erscheinungsformen der Spirituellen Krise genannt werden, unter der Kategorie der „psycho-spirituellen Störungen". Diese sind seiner Ansicht nach auf eine Störung der Integration von subtilen Erfahrungen in ein personal strukturiertes Bewusstsein einer reifen Erwachsenenpersönlichkeit zurückzuführen. Als Beispiele solcher subtiler Erfahrungen nennt

er energetische Empfindungen, außersinnliche Wahrnehmungen und Transzendenzerfahrungen. Solche Phänomene können, wie weiter oben bereits diskutiert, durch eine Vielzahl von psycho-spirituellen Praktiken ausgelöst werden. Das vermehrte Auftreten solcher Erfahrungen und der Versuch ihrer Integration geht mit Phänomenbildern einher, die in der Literatur zur Spirituellen Krise unter den Termini „Kundalini-Erfahrung", „Psychic opening", „Besessenheitszustände" oder „mystische Erfahrungen" diskutiert werden.

Je nachdem, in welchem Ausmaß die Integration solcher subtiler Erfahrungen scheitert, kann daraus nach Galuska eine gestörte Verarbeitung im Sinne eines inneren Konfliktes, einer Dissoziation bis hin zu einer psychotischen Dekompensation resultieren. Entscheidend für die Integrationsfähigkeit der Person ist dabei, wie bereits angeklungen, deren Persönlichkeitsorganisation. Die Behandlung sollte sich von daher in Übereinstimmung mit den etablierten klinischen Kenntnissen und Vorgehensweisen vor allem am Strukturniveau der Persönlichkeit orientieren. Je strukturierter eine Person ist und je eher sie konflikthaft reagiert, desto eher sind nach Galuska aufdeckende und mobilisierende Behandlungsmethoden sinnvoll. Je dissoziierter und desintegrierter die Persönlichkeitsstruktur, desto eher sind strukturbildende identitätsaufbauende und identitätsstützende therapeutische Methoden indiziert (Galuska, 2003d; vgl. hierzu auch Wilber, 2001a; Brunnhuber & Wagner, 2006; Gemsener, 2003; Scharfetter, 1991). Neben diesen übergreifenden allgemeinen Richtlinien bezüglich des therapeutischen Vorgehens beschreibt Galuska im Rahmen dieser Veröffentlichung auch einige spezifische Behandlungsstrategien für den Umgang mit den einzelnen Typen der psycho-spirituellen Probleme.

2.4.1.3.3.3. Transpersonale Störungen

Transpersonale Störungen sind Störungen, die im Prozess der Entwicklung von einer personalen hin zu einer transpersonalen Bewusstseinsstruktur auftreten (Wilber, 1988c, 2001a; Galuska, 2003b, 2003d). Die gelungene Bewältigung dieses Reifeprozesses resultiert schließlich in einer stabilen Verankerung im transpersonalen Bewusstsein. Dieser Übergang wird bei den beiden Autoren auch als eine Veränderung in der Verankerung des Erlebens vom Ich hin zur Seele beschrieben (Wilber, 2001a; Galuska, 2003b). Dieser Entwicklungsschritt ist nach Galuska in der Regel verbunden mit aktiver spiritueller Übung, jahrelanger religiöser und meditativer Praxis und vielschichtiger Arbeit an sich selbst (Galuska, 2003d). Auch bei

diesem Entwicklungsschritt können eine Reihe von phasenspezifischen Störungen auftreten. Galuska nennt hier:

- Strukturelles Ungleichgewicht durch unbalancierte Praxis
- die dunkle Nacht der Seele
- Pseudo-Nirvana
- Spaltung in Spiritualität und Alltag
- Verabsolutierung eines spirituellen Weges
- Pseudo-Dukkha

(ebenda, S. 199)

Das Gros dieser Störungen wird bei Wilber unter den Pathologien der psychischen Ebene subsumiert. Diese können seiner Meinung nach 1) spontan in jeder relativ entwickelten Seele auftauchen, 2) in Perioden von Stress jede der niedrigeren Entwicklungsebenen durchdringen und 3) denjenigen befallen, der mit der Übung der kontemplativen Disziplinen beginnt (1988c, S. 130).

Als Beispiele der psychischen Pathologien, die vor allem Übende im Anfängerstadium einer spirituellen Disziplin betreffen können, führt Wilber die folgenden an:

- psychische Inflation
- strukturelles Ungleichgewicht aufgrund fehlerhafter Praxis der spirituellen Technik
- die dunkle Nacht der Seele
- gespaltene Lebensziele
- Pseudo-Dukkha
- Pranische Störungen
- Yogische Krankheit

Da Probleme dieser Art häufig mit einer deutlichen psychischen und physischen Beeinträchtigung verbunden und nicht selten mit unaufgearbeiteten Persönlichkeitsanteilen bzw. Mängeln in der Persönlichkeitsstruktur verquickt sind, können sie durchaus auch im Rahmen einer Psychotherapie zum Thema werden.[44] Was unter den einzelnen Typen dieser Transpersonalen Störungen zu verstehen ist, wird im Folgenden kurz erläutert.

[44] Wilber hat in diesem Zusammenhang auf die spezifische Herangehensweise einer Therapie hingewiesen, die die transpersonalen Ebenen der Bewusstseinsentwicklung mit einbezieht, und dabei in Anlehnung an das psychoanalytische Konzept der „Regression im Dienste des Ichs“ von einer „Regression im Dienste des Selbst“ gesprochen. Dabei kehrt das Bewusstsein zeitweise zu früheren Ebenen der Selbstentwicklung zurück, auf denen es zu Unterdrückungen, Verzerrung oder Abspaltung einzelner Selbstaspekte kam, mit dem Ziel, dadurch das Fundament für die Verwirklichung der höheren Potentiale der Entwicklung zu legen (2001a, S. 114, S. 128).

Psychische Inflation

Bei der psychischen Inflation werden die universal-transpersonalen Energien und Einsichten der *psychischen* Ebene fälschlicherweise ausschließlich dem persönlichen Ich zugeschrieben (Wilber, 1988c). Dies kann vor allem bei Personen mit unaufgearbeiteten narzisstischen Anteilen zu einem extremen Ungleichgewicht führen. Bereits Roberto Assagioli, Gründer der Psychosynthese, einer Form der Transpersonalen Psychotherapie, diskutierte dieses Phänomen der Ich-Inflation:

> In anderen, nicht seltenen Fällen jedoch ist die Persönlichkeit in einer oder mehrerer Hinsicht noch nicht reif und deshalb nicht in der Lage, das Einströmen von Licht und Kraft angemessen aufzunehmen.... Die Unfähigkeit der Psyche, diese Erleuchtung zu ertragen, oder die Neigung zu Egoismus und Eitelkeit können dazu führen, dass diese Erfahrung falsch interpretiert wird und das Ergebnis ist sozusagen 'eine Verwechslung der Ebenen'. Die Unterscheidung zwischen absoluten und relativen Wahrheiten, zwischen höherem Selbst und 'Ich' wird verwischt und die einfliessenden spirituellen Energien können die unglückliche Wirkung haben, die niedere Persönlichkeit oder das 'Ich' zu nähren und aufzublähen. (Assagioli, 2004, S. 86)

Strukturelle Ungleichgewichte

Strukturelle Ungleichgewichte können nach Galuska (2003d) aufgrund einer zu intensiven spirituellen Praxis bei gleichzeitig zu geringer Berücksichtigung des „Irdischen" und der Alltagsanforderungen entstehen. Ein solches Ungleichgewicht kann zu Spannungen und Konflikten sowie zu einer übermäßigen Reizbarkeit und Empfindlichkeit führen. Auch kann die intensive spirituelle Praxis zu einer allzu großen Offenheit und Sensibilität gegenüber Umwelteinflüssen führen. Nach Galuska sind solche Ungleichgewichte häufig durch unbalancierte Charakterzüge oder unaufgearbeitete neurotische oder narzisstische Themenkreise bedingt. Wilber (1988c) betont in diesem Zusammenhang vor allem, dass strukturelle Ungleichgewichte durch eine fehlerhafte Praxis der spirituellen Technik entstehen können. Solche Phänomene wurden in der Meditationsliteratur ausführlich beschrieben. Sie können sich in Form einer milden freischwebenden Angst, Rastlosigkeit, Unruhe, Derealisation oder Depersonalisation sowie vielfältiger psychosomatischer Symptome äußern (siehe hierzu auch Epstein & Lieff, 1988; Wilber, 2001a; Scharfetter, 1991).

Die Dunkle Nacht der Seele

In seinem Werk „Die dunkle Nacht“ beschreibt der christliche Mystiker Johannes vom Kreuz (1995) die verschiedenen Phasen des Wandlungsprozesses, die die Seele auf ihrem Weg der Vereinigung mit Gott durchlebt. Die dunkle Nacht wird dabei als ein tiefgreifender Läuterungsprozess der Seele von all ihren Unvollkommenheiten verstanden. Evelyn Underhill (1928) ordnet die „Dunkle Nacht“ als die vorletzte Phase auf dem Weg der Mystik ein. Auch von Assagioli (1992) wurde dieses Phänomen als eine der Reaktionen, die auf das spirituelle Erwachen folgen, beschrieben.

Die dunkle Nacht ist vor allem dadurch gekennzeichnet, dass auf anfängliche Phasen intensiver Transzendenzerfahrungen und des Eingebundenseins in einen göttlichen Grund eine Phase folgt, in der dieser Zustand des Aufgehobenseins, der Anhebung und des Glücks wieder verloren geht. Dieser Verlust kann zu intensivem Leiden, Gefühlen der Gottverlassenheit, der Verzweiflung, der Leere, der Verlorenheit und Selbstzweifeln führen. Auch kann er von einer tiefen Sehnsucht und einem Ringen begleitet sein, den verlorenen Zustand wieder zu erlangen. Gefährdet für Erscheinungsbilder dieser Art sind nach Galuska vor allem Personen, die zu Depression und Selbstzweifeln neigen. Nach Wilber (1988c) ist diese Art der Depression oder Melancholie zu unterscheiden von borderline, neurotischer oder existentieller Depression. In der Praxis können sich jedoch gerade solche Anteile vermischen und einen depressiven Zustand begünstigen.

Existentiell-depressive Krisen sind jedoch nicht selten auch Vorläufer eines spirituellen Transformationsprozesses. Sie können einer spirituellen Transformation vorausgehen bzw. diese ankündigen. So beschreibt Washburn (1995) im Rahmen seines Entwicklungsmodells das Auftreten von tiefgreifenden existentiell-depressiven Zuständen als die einleitende Phase, die einer grundlegenden Auflösung der egoischen Strukturen vorausgeht. Diese Zustände stellen im Rahmen seines Modells die erste Stufe einer „Regression im Dienste der Transzendenz“ dar. Auch Assagioli (1992) beschreibt Gefühle der inneren Leere, den Mangel an etwas Unbestimmbarem und die Suche nach einem tieferen Sinn als krisenhafte Zustände, die dem spirituellen Erwachen vorausgehen.

Pseudo-Nirvana

Der Begriff „Pseudo-Nirvana“ (Goleman, 1988, S. 26f) bezieht sich auf das Phänomen, dass einzelne spirituell-transpersonale Erfahrungen, die im Zusammenhang mit der meditativen Praxis auftreten können, wie zum Beispiel Lichterfahrungen, Erfahrungen eines tiefen Friedens, Gefühle der Glückseligkeit, Visionen, intensive körperliche Sensationen und

Ähnliches mehr, fälschlicherweise als Indikatoren dafür erachtet werden, dass der Zustand der Erleuchtung bereits erreicht sei. Dies kann vor allem bei narzisstischen Persönlichkeiten dazu führen, dass es zu einer Überschätzung der Bedeutung derartiger Erfahrungen und einer Fixierung auf diese kommt. Innerhalb der spirituellen Traditionen selbst werden solche Phänomene jedoch in der Regel als Blendwerk oder Ablenkung auf dem spirituellen Pfad betrachtet und je nach kulturellem Kontext mit Begriffen wie „maya", „makyo" oder „Teufelsverführungen" belegt. Bestenfalls werden sie als Indikatoren dafür angesehen, dass man bereits einen gewissen Fortschritt auf dem spirituellen Weg erzielt hat.

So werden beispielsweise in der Zen-Tradition alle Erfahrungen des subtilen Bereiches als subtile Täuschungen, „Makyo" oder „störende Phänomene" bezeichnet. Wenn man ihr wahres Wesen nicht erkennt und sich in ihnen verstrickt, können sich diese als Hindernisse auf dem spirituellen Weg erweisen (Kapleau, 1972, S. 71ff). Der adäquate Weg, um solche Erfahrungen richtig einordnen zu können, ist wohl vor allem die diesbezügliche Rückmeldung durch einen spirituellen Lehrer sowie das Bewusstwerden über Reaktionen des Stolzes und der Anhaftung (Epstein & Lieff, 1988, S. 75; Goleman, 1988). Ansonsten gilt im Rahmen der spirituellen Disziplinen grundsätzlich die Devise, diesen Phänomenen keine besondere Bedeutung beizumessen und nicht an Phänomenen jedweder Art anzuhaften. Statt dessen sind diese lediglich als Durchgangsstadien auf dem Weg zu einer tiefgreifenderen spirituellen Verwirklichung zu betrachten (vgl. hierzu auch Kapleau, 1972; Deikmann, 1977; Scharfetter, 1991).

Pseudo-Dukkha

„Pseudo-Dukkha" ist nach Wilber (1988c) eine Art der Depression die auf der *psychischen* Ebene der Bewusstseinsentwicklung angesiedelt ist. Innerhalb der buddhistischen Traditionen beschreibt „Dukkha" die Erkenntnis der leidvollen Natur der manifesten Existenz. Diese als Merkmal des Daseins zu erkennen und anzunehmen, gehört zur Aufgabe des Praktizierenden. Der Begriff „Pseudo-Dukkha" weist nun darauf hin, dass dieser Prozess nicht richtig vollzogen wurde. Er bezieht sich auf einen Zustand der inneren Ablehnung und Unversöhntheit mit der Existenz (Galuska, 2003d). Nach Wilber wird beim Pseudo-Dukkha die Leidhaftigkeit der Existenz überwältigend, die betroffene Person gewinne keine Erkenntnis über die Bitternis des Lebens, sondern sie werde verbittert. Auch diese Art der Depression ist seiner Ansicht nach nicht selten mit existentiellen, borderline oder psycho-neurotischen Anteilen vermischt. Eine Behandlung kann sich als schwierig erweisen, weil die

depressive Wahrnehmung häufig durch Rationalisierungsmechanismen spiritueller Art bestärkt wird.

Gespaltene Lebensziele

Im Rahmen der spirituellen Entwicklung können die Anforderungen und Bedürfnisse hinsichtlich des weltlichen Lebens zunehmend in Konflikt geraten mit denen einer spirituellen / religiösen Lebensorientierung. Dies kann unter Umständen extrem konflikthaft und lähmend sein und zu einer Spaltung zwischen Spiritualität und Alltag führen. Dabei können weltliche Belange, soziale Beziehungen und berufliche Anforderungen zunehmend an Bedeutung verlieren, wohingegen die spirituelle Praxis, die inneren Erfahrungen und die Werte des religiösen Lebens zunehmend das Leben bestimmen.

Eine solche Intensivierung der religiös-spirituellen Orientierung und Praxis kann jedoch auch einen Versuch darstellen, die konkreten Lebensaufgaben, die dem Individuum gestellt sind, nicht zu bearbeiten und diesen auszuweichen. Statt dessen werden vermeintlich höherwertige Ziele verfolgt. Dieses Phänomen wurde auch schon als „spirituelles by-passing“ bezeichnet.

Pranische Störungen und Yogische Krankheit

Bei den pranischen Störungen handelt es sich nach Wilber (1988c) um eine Fehlleitung der Kundalini-Energie in den Frühstadien ihres Erwachens. Dies ist in der Regel bedingt durch eine fehlerhafte Anwendung von Visualisierungs- und Konzentrationsmethoden. Vorherrschend sind dabei psychosomatische Symptome.

Die Yogische Krankheit wurde von Aurobindo beschrieben und ist nach diesem darauf zurückzuführen, dass die Entwicklung der höheren oder psychischen Ebenen des Bewusstseins den physisch-emotionalen Körper zu sehr überlasten. Die hohe Intensität der psychischen und subtilen Energien kann sozusagen „die „niedrigeren Stromkreise“ allzu stark aufladen“ (Wilber, 1988c, S. 132). Dies führt ebenfalls zu verschiedenen körperlichen Erkrankungen.

Wilber beschreibt über die bis hierhin dargestellten Störungen der beginnenden transpersonalen Entwicklung hinausgehend noch weitere Pathologien, die auf den höheren transpersonalen Ebenen, in der Regel in Folge einer jahrelangen spirituell-meditativen Praxis, auftreten können (Wilber, 1988c, S. 132ff). Aufgrund der geringen Relevanz dieser Phänomene für die klinisch-psychotherapeutische Praxis werden sie an dieser Stelle jedoch nicht weiter ausgeführt.

2.4.1.4. Einige abschließende Bemerkungen zu den Spirituellen Krisen und Transpersonalen Störungen

Im Rahmen des vorangegangenen Kapitels wurden die Entwicklungen skizziert, die zu einer Erhöhung der Inzidenz der so genannten Spirituellen oder Transpersonalen Krisen geführt haben. Dies hat mittlerweile zu einem differenzierteren Kenntnisstand und einer verstärkten Diskussion dieser Phänomene und ihrer klinisch-psychotherapeutischen Implikationen geführt. Während einerseits deutlich wurde, dass allzu schnelle Pathologisierungen und vor allem prä-trans-Irrtümer möglichst zu vermeiden sind, kristallisierte sich andererseits mehr und mehr heraus, dass weniger die spezifische Phänomenologie im Sinne von Kundalini oder mystischer Erfahrung als die Persönlichkeitsstruktur auf die eine solche Erfahrung trifft, für die Integrationsfähigkeit der Person und den weiteren Verlauf von zentraler Bedeutung zu sein scheint. Von daher liefern vor allem Entwicklungs- und Strukturmodelle wie die von Wilber oder Kernberg einen wesentlichen Beitrag, was die Differentialdiagnose und Behandlung von spirituellen Problemen und Störungen anbelangt.

2.4.2. Die Historische Entwicklung und aktuellen Implikationen der DSM-IV V-Codierung „Spirituelles oder Religiöses Problem“

Einen weiteren Meilenstein im Zusammenhang mit der klinisch-diagnostischen Einordnung von spirituellen oder religiösen Problemen stellt die Aufnahme einer neuen V-Kodierung V62.89 mit der Bezeichnung „Religiöses oder Spirituelles Problem“ in die aktuelle Ausgabe des Diagnostischen und Statistischen Manuals Psychischer Störungen (DSM-IV) dar (Saß, Wittchen & Zaudig, 1996). Der Antrag auf Aufnahme einer solchen Kategorie erfolgte durch die klinischen Psychologen und Psychiater David Lukoff, Francis Lu und Robert Turner im Dezember 1991. Die V-Kodierungen werden im DSM unter der Bezeichnung „Andere klinisch relevante Probleme“ zusammen mit den klinischen Syndromen auf Achse 1 codiert und dienen der Kennzeichnung von „anderen Erkrankungen oder Problemen, die berechtigterweise im Fokus der klinischen Aufmerksamkeit stehen können“ (Saß et al., 1996, S. 761). Das DSM nennt drei verschiedene Möglichkeiten des Zusammenhangs von klinisch relevanten Problemen und psychischen Störungen: Zum einen kann ein solches Problem im Fokus der Aufmerksamkeit stehen, ohne dass eine psychische Störung vorliegt, des Weiteren kann die Person unabhängig von diesem Problem eine psychische Störung aufweisen, und schließlich kann eine psychische Störung im Zusammenhang mit dem Problem stehen, wobei dieses Problem allein jedoch bereits schwer genug ist, um eine gesonderte klinische Beachtung zu erhalten (ebenda). Der Vorteil einer solchen V-Kodierung ist vor allem darin zu sehen, dass die Aufmerksamkeit auf Themenbereiche und Erlebnisformen gelenkt wird, die

ausgesprochen problematisch und belastend sein können, ohne diesen von vornherein Störungscharakter zuzuschreiben. Mit der Einführung der neuen V-Codierung wäre somit eine nicht-pathologische Kategorie für die Einordnung spiritueller und religiöser Probleme gegeben.

2.4.2.1. Zur Begründung der Notwendigkeit einer neuen diagnostischen Kategorie „Religiöses oder spirituelles Problem“

Lukoff, Lu & Turner (1992) führen eine Reihe von Argumenten an, die ihrer Ansicht nach für die Aufnahme einer neuen Kategorie zur Einordnung von klinisch relevanten religiösen oder spirituellen Problemen in das DSM-IV sprechen. Unter den Stichworten „Religiöse Kluft“, „Ausbildung“ und „kulturelle Sensibilität“ subsumieren sie verschiedene Forschungsergebnisse, die sich auf die USA beziehen und die auf eine mangelhafte Beachtung der Erfahrungsbereiche von Religion und Spiritualität in der klinischen Ausbildung, Forschung, Literatur und Versorgung hinweisen. Dies zeige sich unter anderem in einer historisch gewachsenen ausgeprägten Tendenz zur Ignorierung und Pathologisierung religiöser Erfahrungen in der klinischen Theorie und Praxis sowie einer geringen Beachtung der durch neuere Forschungsergebnisse belegten positiven Auswirkungen von Religiosität in der klinischen Literatur. Verschiedene Untersuchungen in den USA weisen des Weiteren auf eine Kluft zwischen der Normalbevölkerung und Psychiatriepatienten einerseits und den Professionellen der psychischen Gesundheitsversorgung andererseits hin. Sowohl die Normalbevölkerung als auch Psychiatriepatienten berichten, dass die Zugehörigkeit zu einer religiösen Organisation und / oder religiöse Praktiken und Orientierung von zentraler Bedeutung für ihr Leben seien. Demgegenüber steht ein hoher Prozentsatz an Psychologen und Psychiatern, die gar kein oder nur ein geringes Interesse an einer religiösen Einbindung oder Praxis angeben oder die sich als Atheist bezeichnen. Der hohe Stellenwert, den Religiosität und Spiritualität in der Bevölkerung haben, erfordert nach Ansicht der Autoren eine stärkere Beachtung dieser Dimension in der psychologischen Forschung und Ausbildung.

Ebenso ist nach Lukoff, Lu und Turner (1992) zu beobachten und weiterhin zu erwarten, dass einhergehend mit der zunehmenden Anzahl von Personen, die spirituelle Praktiken betreiben, auch das Ausmaß der dadurch ausgelösten Prozesse und Probleme anwachsen wird. So war, wie im vorangegangenen Kapitel bereits ausführlich berichtet, der Bedarf nach einer neuen Kategorie sowohl von Psychiatern als auch von Seiten der Transpersonalen Psychologie geäußert worden, die der Meinung waren, dass die gegebenen Kategorien zur Erfassung der spirituellen bzw. religiösen Probleme nicht ausreichen bzw. dass bestimmte

Erfahrungen unangebrachterweise pathologisiert werden. Dabei wurde auf mögliche iatrogene Schäden aufgrund einer falschen Diagnostizierung hingewiesen. Darüber hinaus, so die Autoren, reichen die im DSM bislang gegebenen Kategorien zur Erfassung des ganzen möglichen Spektrums religiöser und spiritueller Probleme nicht aus.

Ein weiterer Kritikpunkt bezieht sich auf die mangelhafte Ausbildung der psychotherapeutisch Tätigen in Hinblick auf religiöse und spirituelle Fragestellungen. Dementsprechend sind diese nach Ansicht von Lukoff et al. kaum darauf vorbereitet, das mögliche Spektrum religiöser und spiritueller Erfahrungen und Probleme vom gesunden bis hin zum pathologischen Ende adäquat einzuschätzen und entsprechend therapeutisch differenziert damit umzugehen.

Ein letzter wichtiger Punkt, der ebenfalls zur Beantragung der Kategorie „Religiöse oder Spirituelle Probleme“ beigetragen hat, war die immer wieder diskutierte Notwendigkeit eines für kulturelle Fragen sensibleren Diagnosesystems. Dem DSM wurde wiederholt vorgeworfen, es vernachlässige psychosoziale und kulturelle Faktoren, die psychische Gesundheits- und Krankheitsmuster und deren Definition wesentlich mit beeinflussen. Statt dessen würden dekontextualisierte Symptomcluster, unabhängig vom Einfluss und der Bedeutung der kulturellen Hintergründe, erfasst. Dies wird von einigen Autoren als nachteilig erlebt. Ebenso wird das DSM in zunehmendem Maße für eine ethnisch vielfältige Patientenpopulation eingesetzt. Religion und Spiritualität gehören nach Ansicht von Lukoff, Lu und Turner (1992) zu den bedeutsamsten kulturellen Faktoren. Die Etablierung der V-Kodierung, so die Hoffnung, könne somit nicht zuletzt auch zu einer Sensibilisierung für kulturelle Faktoren beitragen.

2.4.2.2. Aufnahme der Kategorie in das DSM-IV

Da jeder DSM-Antrag auf Forschungsergebnissen basieren muss, wurde vorab eine computerisierte Literatursuche in den Datenbanken Medline, PsychINFO und Religion Index durchgeführt (Lukoff, Turner & Lu, 1992, 1993). Als Ergebnis dieser Recherche arbeiteten die Antragsteller die am meisten verbreiteten und klinisch bedeutsamen psychospirituellen und psychoreligiösen Probleme heraus. In einem weiteren Schritt wurden Inzidenz, Bewertung, Behandlung, Differentialdiagnose, Fragen der Ausbildung und Implikationen für kulturelle Sensibilität für jede dieser beiden Kategorien exploriert. Der Vorschlag für die neue V-Kodierung orientierte sich am Modell der bereits existierenden Kategorie „Unkomplizierte Trauerreaktion“. Bei dieser handelt es sich um eine Kategorie, unter der Personen diagnostiziert werden können, die als Folge eines Verlustes Symptome einer Major

Depression aufweisen. Diese Symptome werden jedoch als normale Reaktion auf einen Verlust betrachtet und aus diesem Grund nicht als eine Major Depression, sondern unter der V-Kodierung „unkomplizierte Trauerreaktion“ verortet. Der Antrag assoziierte in analoger Weise den V-Code der „Spirituellen oder Religiösen Probleme“ mit Personen, die eine dramatische spirituelle Erfahrung durchmachen, welche alle Symptome einer psychischen Störung aufweist, die jedoch bei Beachtung des Kontextes als normale Reaktion innerhalb eines spirituellen Entwicklungsprozesses betrachtet werden kann (Turner et al., 1995; Lukoff et al., 1998). Die Autoren weisen in diesem Zusammenhang explizit darauf hin, dass der Impetus zu dieser Kategorie von transpersonalen Klinikern und der Bewegung der Spirituellen Krise ausging (Lukoff et al., 1998). Um jedoch stärkere Unterstützung für die neu vorgeschlagene Kategorie zu erhalten und wegen der deutlichen Überschneidungsbereiche zwischen Religion und Spiritualität und nicht zuletzt weil religiöse Probleme in der Forschungsliteratur in höherem Maße vertreten sind wurden der Antrag auf psychoreligiöse und psychospirituelle Probleme erweitert (ebenda).

Die geschilderten Vorarbeiten führten schließlich zu dem folgenden Formulierungsvorschlag für die neue Kategorie des DSM-IV:

> Psychoreligious problems are experiences that a person finds troubling or distressing and that involve the beliefs and practices of an organized church or religious institution: Examples include loss or questioning of a firmly held faith, change in denominational membership, conversion to a new faith, and intensification of adherence to religious practices and orthodoxy. Psychospiritual Problems are experiences that a person finds troubling or distressing and that involve a person’s relationship with a transcendent being or force. These problems are not necessarily related to the beliefs and practices of an organized church or religious institution. Examples include near death experiences and mystical experiences. This Z-Code Category45 can be used when the focus of treatment or diagnosis is a psychoreligious or psychospiritual problem that is not attributable to a mental disorder. (Lukoff, Lu & Turner, 1992, S. 676f).

Im Jahre 1994 wurde die neue Kategorie schließlich unter der Bezeichnung V62.89 (Z71.8) „Religiöses oder Spirituelles Problem“ in die aktuelle Ausgabe des DSM-IV aufgenommen. Sie lautete wie folgt:

[45] Ursprünglich war geplant, die V-Kodierungen im neu erscheinenden DSM-IV in Anlehnung an die ICD-10-Nomenklatur als „Z-Kodierungen“ zu bezeichnen. Statt dessen wurden die V-Kodierungen im neuen DSM-IV jedoch umbenannt in „andere klinisch relevante Probleme“ (Turner et al., 1995, S. 436).

> Diese Kategorie kann verwendet werden, wenn im Vordergrund der klinischen Aufmerksamkeit ein religiöses oder spirituelles Problem steht. Beispiele sind belastende Erfahrungen, die den Verlust oder das Infragestellen von Glaubensvorstellungen nach sich ziehen, Probleme im Zusammenhang mit der Konvertierung zu einem anderen Glauben oder das Infragestellen spiritueller Werte, auch unabhängig von einer organisierten Kirche oder religiösen Institution. (Saß et al., 1996, S. 772)

Die Aufnahme der neuen V-Kodierung kann zum einen als ein Verdienst der Spirituellen-Krisen-Bewegung betrachtet werden (Lukoff et al., 1998). Zum anderen weist sie nach Scott, Garver, Richards und Hathaway (2003) auf ein insgesamt wachsendes Bewusstsein der Professionellen der psychischen Gesundheitsversorgung in Hinblick auf die Relevanz von religiösen Belangen für die klinische Praxis hin.

2.4.2.3. Zur Problematik der Kategorie

Die Formulierung der Kategorie im DSM weicht in einigen Punkten von der ursprünglich von Lukoff, Lu und Turner vorgeschlagenen ab. So sind einige Beispiele religiöser und spiritueller Probleme, die in der Definition der Antragsteller aufgeführt waren und die eine zusätzliche Qualität ansprachen, im DSM-IV nicht übernommen worden. Diese sind unter den religiösen Problemen die „Konversion zu einem neuen Glauben“ sowie die „Intensivierung der Befolgung religiöser Praktiken und der Orthodoxie“. Ebenfalls weggefallen sind beide Beispiele spiritueller Probleme, nämlich „Nah-Tod-Erfahrung“ und „Mystische Erfahrung“. Diese wurden durch eine weniger spezifische Formulierung „Infragestellen spiritueller Werte auch unabhängig von einer organisierten Kirche oder religiösen Institution“ ersetzt. Damit sind die beiden am besten erforschten und in der Literatur dokumentierten Typen spiritueller Probleme weggefallen. Gerade diese sind jedoch beispielhaft für Erfahrungen in veränderten Bewusstseinszuständen und deren Folgen, wie sie in der Literatur zur Spirituellen Krise beschrieben werden.

Die Definition der Kategorie „Religiöses oder Spirituelles Problem“ im DSM-IV bleibt somit relativ vage und offen. Wer sich nicht bereits mit dieser Problematik auseinandergesetzt hat, weiß womöglich nicht viel mit dieser Kategorie anzufangen. Die Antragsteller erhoben Einwand gegen diese Veränderung mit dem Argument, dass die Klarheit der neuen Kategorie verringert werde, indem keine spezifischen Beispiele genannt würden, die in der Literatur bereits gut dokumentiert sind, und anstelle dessen eine vage, weniger geläufige Phrase gesetzt werde (Turner et al., 1995). Auch Scott et al. (2003) diskutieren Pro und Contra der neuen V-

Kodierung „Religiöses oder Spirituelles Problem“. Sie stellen fest, dass die weitgefasste Formulierung der Kategorie dem Kliniker einen großen subjektiven Freiraum lässt, was die Einordnung eines Problems als spirituelles oder religiöses Problem anbelangt. Dies wirkt sich ihrer Ansicht nach negativ auf die diagnostische Reliabilität der Kategorie aus. Auch seien vier Zeilen am Ende des DSM in Anbetracht der wesentlichen Bedeutung von Religiosität im Leben der US-amerikanischen Allgemeinbevölkerung als eine relativ bescheidene Anerkennung der religiösen Dimension im Rahmen der klinischen Diagnostik zu bewerten. Einen weiteren Nachteil der Kategorie sehen die Autoren darin, dass die Einordnung als V-Kodierung in verschiedener Hinsicht zu einer unglücklichen Kompartmentalisierung der Aufmerksamkeit des Klinikers führt. So werden V-Kodierungen in der Regel von zahlenden Drittparteien, wie z.B. Krankenversicherungen, nicht erstattet. Allein diese Tatsache führt vermutlich dazu, dass diese Kategorie zugunsten von anderen Störungsbildern vernachlässigt wird. Darüber hinausgehend argumentieren die Autoren mit Hathaway, Scott & Garver (2004), dass angesichts der hohen Religiosität der amerikanischen Allgemeinbevölkerung sowie der Bedeutung von Religiosität als ein integrativer und salutogener psychologischer Faktor das religiöse oder spirituelle Funktionieren des Patienten auch als ein wesentlicher Aspekt der psychischen Anpassung betrachtet werden könne und sollte. Dieser Aspekt verlange in gleicher Weise wie das berufliche, soziale und emotionale Funktionieren eine eigenständige Beachtung innerhalb des klinischen Assessments. Die Auswirkung einer psychischen Störung auf das religiöse oder spirituelle Funktionieren sollte von daher generell in die klinische Betrachtung mit einbezogen werden, da es denkbar ist, dass die psychische Störung auch zu einer Beeinträchtigung des religiösen oder spirituellen Funktionierens führt. Bei der gegenwärtigen Form der Konzeptualisierung in Form der V-Kodierung wird dagegen nur eine einseitige Betrachtungsweise verfolgt, indem nur diejenigen Aspekte des religiösen / spirituellen Funktionierens betrachtet werden, die zu einer klinischen Problematik beitragen.

Ein weiterer Aspekt, der darüber hinaus für den bundesdeutschen Raum von Relevanz ist, ist der, dass in vielen Bereichen klinisch-psychotherapeutischer Praxis der ICD-10 für die offizielle Dokumentation verpflichtend ist. In diesem Diagnosesystem gibt es jedoch bis dato noch keine Kategorie, die mit der neuen DSM-IV V-Kodierung „Religiöses oder Spirituelles Problem“ vergleichbar wäre.

2.4.2.4. Typen Spiritueller und Religiöser Probleme

Turner et al. (1995) reagieren auf die definitorische Uneindeutigkeit des DSM, indem sie das Vakuum im Rahmen eines weiteren Artikels durch mehrere konkrete Beispiele von

religiösen und spirituellen Problemen füllen, die in der Literatur gut dokumentiert sind (siehe hierzu auch Lukoff et al. 1995, 1998).

Als Typen religiöser Probleme führen sie die folgenden an:

a) die Intensivierung der Anhängerschaft an Glaubensinhalte und Praktiken,
b) Wechsel der konfessionellen Zugehörigkeit oder Konversion zu einer neuen Religion,
c) der Verlust oder die Infragestellung des Glaubens,
d) Probleme, die durch die Zugehörigkeit zu gefährlichen und destruktiven Kulten bzw. Sekten entstehen können, und
e) Schuld aufgrund tatsächlich begangener Verfehlungen.

Als Beispiele spiritueller Probleme werden genannt:

a) intrapsychische und interpersonale Probleme nach einer Nah-Tod-Erfahrung,
b) mystische Erfahrungen,
c) Infragestellen spiritueller Werte,
d) problematische Erfahrungen verursacht durch Meditation und
e) die belastende Trennung von einem spirituellen Lehrer.

Darüber hinaus erwähnen sie auch die in Kapitel 2.4.1.2. beschriebenen Typen der Spirituellen Krise nach Grof und Grof.

2.4.2.4.1. Religiöse Probleme

Unter den religiösen Problemen verstehen Lukoff, Lu und Turner (1992) Erfahrungen, die als schwierig oder belastend erlebt werden und die sich um die Überzeugungen und Praktiken einer organisierten Kirche oder religiösen Institution drehen. Dabei reicht das mögliche Spektrum von Konflikten in Bezug auf Fragen des religiösen Glaubens und der Doktrin bis zu tiefgreifenden religiösen Transformationsprozessen. Die erstgenannte Variante bezieht sich auf ethisch-moralische Dilemmata, die sich hinsichtlich solcher Fragen wie Scheidung, Abtreibung oder Sexualverhalten und Orientierung ergeben können. Als beispielhaft führen Lukoff et al. den Fall einer Frau an, die nach alternativen Möglichkeiten der Familienplanung sucht, die in Einklang mit den Anforderungen der Lehre ihrer Religion stehen. Probleme dieser Art werden üblicherweise im Rahmen der Kirche zwischen Anhängern und Vertretern der religiösen Institutionen behandelt. Solche Konflikte können jedoch auch zu psychischen Störungen führen und generell zum Thema von psychotherapeutischen Sitzungen werden (Lukoff, Lu & Turner, 1992, 1995).

Religiöse Transformations- und / oder Neuorientierungsprozesse haben darüber hinaus reichend einen starken Einfluss auf eine Vielzahl von psychologischen und psychosozialen

Variablen. Dies kann vor allem in den Übergangsstadien zu starken Belastungen und Krisenpotential führen. Die Veränderungen können dabei bis in tiefe Strukturen hineinreichen, die normalerweise Grundpfeiler der Identität und der psychischen Stabilität darstellen.

2.4.2.4.1.1. Intensivierung der Anhängerschaft an Glaubensinhalte und Praktiken

Diese spezifische Variante der religiösen Probleme betrifft Personen, die aus welchen Gründen auch immer ihre religiöse Praxis und das Befolgen von orthodoxen Regeln intensivieren. Dies kann mit ausgeprägten Veränderungen des Lebensstils und neuen Verhaltensweisen, wie z.B. dem intensiven Studium religiöser Schriften, einer intensiven Meditationspraxis oder Rückzugstendenzen gegenüber Freunden, einhergehen. Praktiziert die Person erstmals solche Formen der Religiosität, so kann es zur Aufgabe des Therapeuten werden, die entstehenden Konflikte zwischen dem früheren und dem gegenwärtigen Lebensstil, Glaubensüberzeugungen und Einstellungen der Person zu bearbeiten. Ebenso können sich Motivation und Wertesysteme deutlich verändern. Darüber hinaus kann sich ein solches Verhalten auch auf das soziale Umfeld auswirken und negative Reaktionen hervorrufen, die von den Betroffenen wiederum als psychisch belastend erlebt werden (Lukoff et al., 1992). Turner et al. (1995) führen verschiedene Ursachen an, die zu einer willentlichen Intensivierung von religiösen Praktiken führen können. So können diese beispielsweise als Folge einer religiösen Erfahrung auftreten. Ebenso kann es sich dabei jedoch auch um den Versuch handeln, mit Schuldgefühlen umzugehen. Auch könne ein solches Verhalten eine Bewältigungsstrategie im Umgang mit einer traumatischen Erfahrung darstellen, das mit dem Bedürfnis verbunden ist, ein solch belastendes Erlebnis als sinnhaft zu erfahren und einen Zusammenbruch der Identität zu verhindern.

2.4.2.4.1.2. Wechsel der konfessionellen Zugehörigkeit oder Konversion zu einer Neuen Religion

Hier nennen Lukoff et al. (1995) exemplarisch die Heirat zweier Partner mit unterschiedlichem religiösem Hintergrund, die für einen der Partner zum Verlust der bisherigen religiösen Gemeinschaft führen kann oder aber den Wechsel in eine andere Umgebung, in der es keinen Zweig jener Religion gibt, der die Person zuvor angehörte. In solchen Fällen kann ein Wechsel der Konfession als unfreiwillig und aufgezwungen erlebt werden und mit Verlustgefühlen einhergehen.

Ebenso können starke Konversionserfahrungen zu einem Wechsel des Glaubens oder der religiösen Bezugsgruppe führen. Ungeachtet der freiwilligen Entscheidung, kann die Trennung von der zuvor geschätzten religiösen Gemeinschaft auch in einem solchen Falle ausgeprägte Verlustgefühle hervorrufen.

2.4.2.4.1.3. Verlust oder Infragestellung des Glaubens

Der Verlust der bisherigen Glaubensorientierung und -einbindung kann mit Gefühlen einhergehen, die mit denen anderer Verlust- und Trauerreaktionen weitgehend übereinstimmen, wie z.B. Gefühlen des Zorns, der Leere, der Verzweiflung oder Traurigkeit (Lukoff et al., 1995). Probleme dieser Art können beim Übergang von einer Stufe der Glaubensentwicklung zur anderen entstehen und werden in einem solchen Falle häufig als Glaubenskrise erfahren. Besonders schwierig sind solche Krisen nach Ansicht der Autoren, wenn sie auf den frühen Stufen der Glaubensentwicklung auftreten. Um ein weiteres Problem dieser Art handelt es sich, wenn Personen aus ihrer religiösen Gemeinschaft ausgeschlossen werden.

2.4.2.4.1.4. Schuld

Diese Kategorie bezieht sich auf den Umgang mit tatsächlich begangenen Vergehen, die von den Betroffenen als schuldhaft erlebt werden. Turner et al. (1995) merken hierzu an, dass die Psychiatrie vor allem Methoden zum Umgang mit neurotischen Schuldgefühlen entwickelt habe. Wenn es um den Umgang mit tatsächlich begangenen Vergehen gehe, sei sie jedoch weniger effektiv. Die Religion besitze darüber hinausgehend jedoch möglicherweise Techniken, um mit „wirklicher“ Schuld umzugehen. Für den Fall, dass ein Patient andauernde Probleme mit Gefühlen dieser Art berichtet, sollte von daher eine Konzeptualisierung als religiöses Problem und die Hinzuziehung eines Geistlichen ernsthaft erwogen werden.

2.4.2.4.1.5. Neue religiöse Bewegungen und Kulte

Diese Kategorie bezieht sich auf Fälle, in denen die Zugehörigkeit oder Loslösung von einer neuen religiösen Gemeinschaft oder einem religiösen Kult als psychisch belastend erlebt wird und mit psychischen Problemen einhergeht.

2.4.2.4.2. Spirituelle Probleme

Im Rahmen ihrer ersten Publikation zur neu beantragten V-Kodierung „Religiöse oder Spirituelle Probleme“ definieren die Antragsteller „psychospirituelle Probleme“ als:

> Probleme, die von einer Person als problematisch oder belastend erlebt werden und die mit deren berichteter Beziehung zu einem transzendenten Wesen oder einer transzendenten Kraft zu tun haben. Probleme dieser Art müssen nicht unbedingt mit den Glaubenüberzeugungen und Praktiken einer organisierten Kirche oder religiösen Institution im Zusammenhang stehen. (Lukoff, Lu & Turner, 1992, S. 677, Übers. der Verf.)

Solche Probleme können Konflikte beinhalten, die im Zusammenhang mit der Beziehung der Person zu einer transzendenten Kraft oder Wirklichkeit entstehen oder aber durch eine spirituelle Praxis ausgelöst werden (Lukoff, Lu & Turner, 1992, S. 677). Auch solche Probleme werden in ihren milderen Formen üblicherweise von Personen begleitet, die bezüglich der jeweiligen spirituellen Lehren und Praktiken kompetent sind. Sie können jedoch auch zu psychischen Störungen führen oder solche verstärken und somit in den Aufgabenbereich des klinisch-psychiatrischen Praktikers fallen.

2.4.2.4.2.1. Nah-Tod-Erfahrung

Die Phänomenologie der Nah-Tod-Erfahrung wurde bereits im Kapitel zur Spirituellen Krise beschrieben. Lukoff et al. (1995) berichten darüber hinaus eine Reihe von intrapsychischen und interpersonalen Schwierigkeiten, die auf eine Nah-Tod-Erfahrung folgen können und im Rahmen einer psychotherapeutischen Aufarbeitung zum Thema werden können. Als intrapsychische Probleme, die in der Literatur zur Nah-Tod-Erfahrung berichtet werden, nennen die Autoren die folgenden:

a) Andauernder Ärger oder Depression aufgrund des Verlustes des Nah-Tod-Zustandes,
b) Schwierigkeiten, die Nah-Tod-Erfahrungen mit vorhergehenden religiösen Glaubensinhalten, Werten und Lebensstilen in Einklang zu bringen,
c) die Angst, die Nah-Tod-Erfahrung könne ein Indikator für geistige Instabilität sein.

Darüber hinaus können sich weitere Probleme auf der zwischenmenschlichen Ebene ergeben:

a) Schwierigkeiten, Einstellungsveränderungen mit den Erwartungen der Familien und von Freunden in Einklang zu bringen,
b) ein Gefühl der Isolation,
c) Angst, von anderen lächerlich gemacht oder zurückgewiesen zu werden,
d) Schwierigkeiten, die Bedeutung und Auswirkung der Nah-Tod-Erfahrung zu kommunizieren,

e) Schwierigkeiten, vorherige Lebensrollen aufrechtzuerhalten, die nicht länger die gleiche Bedeutung und Wichtigkeit haben.

(Lukoff et al., 1995, S. 476, Übers. d. Verf.)

Das Gros der hier aufgeführten Probleme ist im Grunde genommen, und wie weiter oben bereits besprochen, als relativ typisch für die Reaktion auf außergewöhnliche Erfahrungen und Spirituelle Krisen zu betrachten. Die Befürchtung, dass solche Erfahrungen nicht ernst genommen oder gar als pathologisch eingeordnet werden, sowie diesbezüglich negative Erfahrungen werden in der Literatur immer wieder geschildert. Dies kann nicht zuletzt als ein Hinweis auf die Notwendigkeit eines offenen, aufgeklärten und nicht pathologisierenden Umgangs mit solchen Phänomenen betrachtet werden.

2.4.2.4.2.2. Mystische Erfahrung

Auch das Erscheinungsbild der mystischen Erfahrung wurde bereits im vorhergehenden Kapitel beschrieben (s. S. 73). Das Spektrum reicht dabei von als glückhaft und bereichernd empfundenen, relativ kurz andauernden Gipfelerfahrungen („Peak-Experiences"), die relativ unproblematisch in die Persönlichkeitsstruktur integriert werden können, bis hin zu etwas länger andauernden Zuständen mit psychotischen Zügen. Mit Erfahrungen der letztgenannten Art hat sich David Lukoff (1985) im Rahmen seines Artikels „Mystical experiences with psychotic features" ausführlich befasst. Dabei ging es ihm um die Erforschung des Zusammenhangs zwischen mystischen / religiösen Erfahrungen einerseits und psychotischen Erfahrungen andererseits. Im Rahmen dieses Artikels entwirft er ein Modell, das sowohl die Zusammenhänge als auch die Unterscheidungsmöglichkeiten zwischen mystischen und psychotischen Erfahrungen abbilden soll. Seiner Meinung nach gibt es „rein mystische Erfahrungen" sowie „rein psychotische Episoden". Darüber hinaus gebe es jedoch auch Überschneidungen der beiden Erfahrungsbereiche veränderter Bewusstseinszustände. Die erste Kategorie bezeichnet er als „Mystische Erfahrungen mit psychotischen Merkmalen" (MEPF - mystical experience with psychotic features) und die zweite als „Psychotische Störungen mit mystischen Merkmalen". Lukoff ist der Meinung, dass eine Differentialdiagnose trotz der deutlichen Überschneidungen und Ähnlichkeiten dieser beiden Erscheinungsbilder möglich sei. Hierfür benennt er, auf Basis einer Metaanalyse der Literatur, eine Reihe von differentialdiagnostischen Kriterien.[46] In enger Anlehnung an das Konzept der Spirituellen Krise bezieht sich die MEPF laut Lukoff auf akute, relativ kurzzeitige psychotische Zustände mit Wachstumspotential innerhalb einer religiösen Erfahrung, die eine

[46] Diese wurden bereits im Kapitel „Spirituelle Krise und Psychose" zusammengefasst (vgl. Kap. 2.4.1.3.1.).

alternative Behandlung erfordern und zu einem positiven Ergebnis und einem höheren Funktionsniveau des Individuums führen sollen.[47]

Im Rahmen der Psychotherapie sind im Zusammenhang mit mystischen Erfahrungen in der Regel vor allem Probleme der Integration in die bisherige Identität der Betroffenen von Relevanz (Turner et al., 1995; Grof & Grof, 1991). Solche Erfahrungen können zu einer Infragestellung des bisherigen Weltbildes führen und starke Zweifel bezüglich der bis dato gültigen Ziel- und Wertorientierungen auslösen. Nicht selten resultieren sie in einer entsprechenden Neuorientierung.

2.4.2.4.2.3. Infragestellen spiritueller Werte

Das einzige Beispiel eines spirituellen Problems, das im Rahmen der neuen DSM V-Kodierung angeführt wird, lautet „Infragestellen spiritueller Werte auch unabhängig von einer organisierten Kirche oder religiösen Institution". Das Infragestellen spiritueller Werte deutet nach Turner et al. (1995, S. 439) darauf hin, dass es der Person an Richtung, Sicherheit und Vertrauen mangelt, was ihre Einbindung und Hingabe bezüglich einer höheren Wirklichkeit oder Lebensphilosophie anbelangt. Dies kann unter anderem bedeuten, dass damit der bisherige Lebenssinn und die ganze Art zu leben in Frage steht. Ebenso könne dabei auch die soziale Mitwelt betroffen sein, da Spiritualität die Quelle des tiefsten Gefühls von Zugehörigkeit und der Teilhabe darstellen kann (ebenda).

2.4.2.4.2.4. Spirituelles Erwachen / Krise

Hier führen Turner et al. (1995) die weiter oben bereits beschriebenen Formen der Spirituellen Krise „Mystische Erfahrung", „Nah-Tod-Erfahrung", „Kundalini-Erwachen", „Schamanische Einweihungskrise" und „Psychische Öffnung" (psychic opening) an.

Die Autoren sind der Meinung, dass man die milderen und dennoch problematischen Formen solcher Präsentationsmuster als nicht pathologisches und rein spirituelles Problem kategorisieren könne. Solche Krisen können jedoch auch einen schweren Verlauf annehmen und sich in Formen psychischer Störungen niederschlagen oder aber auch bereits bestehende Störungen verschlimmern. Im Falle solch extremer Varianten, die mit unkontrolliertem Auftreten spiritueller Phänomene und einer starker Beeinträchtigung des psychischen, beruflichen und sozialen Funktionierens einhergehen, sollten die entsprechenden Achse I-

[47] Lukoff hattte ursprünglich beabsichtigt, diese Kategorie als neue Kategorie im DSM vorzuschlagen. Der Zusatz „mit psychotischen Merkmalen" weist im DSM-III-R auf Störungsbilder hin, innerhalb deren psychotische Symptome auftreten, die aber keinem der psychotischen Störungsbilder zugeordnet werden. Ein Beispiel dafür ist die Diagnose der „Affektiven Störung mit psychotischen Merkmalen".

oder II-Kodierungen zusammen mit der Kategorie der „Religiösen oder Spirituellen Probleme“ kodiert werden (Turner et al., 1995, S. 440).

Als wesentliche unspezifische Bestandteile einer Behandlung von Spirituellen Krisen nennen Lukoff et al. (1995, S. 41) in Anlehnung an die Literatur der Transpersonalen Psychologie die zeitweise Einstellung der inneren Exploration und der spirituellen Praxis, die Aufnahme einer spezifischen Diät sowie einfacher „erdender“ körperlicher Aktivitäten, die Verwendung von Methoden, die den Ausdruck von Emotionen und Erfahrungen fördern, die Zusammenarbeit mit oder die Weiterverweisung an einen spirituellen Lehrer, Normalisierungsstrategien und Information bezüglich der Erfahrung und gegebenenfalls zusätzlich das Heranziehen von alternativen therapeutischen Ansätzen, wie Homöopathie, Körperarbeit, Kräuter und ähnliches mehr. Darüber hinaus weisen sie darauf hin, dass im Rahmen der Erholung sowie der Integration solcher Erfahrungen unter Umständen auch Medikation eine wesentliche Rolle spielen kann.

2.4.2.4.2.5. Trennung von einem spirituellen Lehrer

Eine weitere Form eines spirituellen Problems stellen die Schwierigkeiten dar, die auftreten können, wenn sich eine Person von ihrem spirituellen Lehrer trennt. Eine solche Loslösung von einer bis dahin äußerst wichtigen Bezugsperson und der dazugehörigen spirituellen Gemeinschaft, die über einen langen Zeitraum ein Gefühl der Sicherheit und des Eingebundenseins vermittelt haben, sowie der Übergang zu einem selbständigen Bestehen in der Welt kann als äußerst problematisch und belastend erlebt werden. Ein solcher Prozess kann unter Umständen auch eine therapeutische Begleitung erfordern. Irgendeine Form der psychischen Störung ausgeschlossen, sollten Probleme dieser Art nach Lukoff et al. (1995) als spirituelles Problem kategorisiert werden.

2.4.2.4.2.6. Tödliche Krankheit

Die religiöse / spirituelle Orientierung des Patienten beeinflusst häufig dessen Reaktion auf eine körperliche Erkrankung. Im Falle einer tödlichen Krankheit, bei der der Patient mit der Angst vor körperlichen Schmerzen, der Gefahr zu sterben, der Bedrohung der persönlichen Integrität sowie der Ungewissheit bezüglich eines Lebens nach dem Tode konfrontiert sei, können spirituelle Fragestellungen von besonderer Relevanz sein (Lukoff et al., 1995, S. 479). Auch können in einem solchen Falle die Möglichkeiten der gewohnten religiösen / spirituellen Lebensführung beeinträchtigt sein oder schwere Glaubenskrisen auftreten. Eine einfühlsame Behandlung sollte nach Ansicht der Autoren diese Themenbereiche sowohl im

Rahmen des Assessments als auch der Intervention berücksichtigen, um so auf das spirituelle Wohlergehen des Klienten zu achten. Ebenso weisen sie in diesem Zusammenhang darauf hin, dass im Rahmen einer Reihe von Artikeln auf den Wert einer Einbeziehung von Geistlichen in der Sorge um den sterbenden Patienten hingewiesen worden sei.

2.4.2.4.2.7. Meditation

Im Kapitel „Transpersonale Störungen“ (S. 94ff.) wurde bereits eine Reihe von Problemen beschrieben, die im Zusammenhang mit einer meditativ-kontemplativen Praxis auftreten können. In der Literatur wird sowohl ein weites Spektrum potentiell wachstumsfördernder und therapeutischer Effekte als auch möglicher ungünstiger Folgen der meditativen Praxis beschrieben. Eine Reihe von Autoren hat die Erfahrungen dokumentiert, die für die frühen Phasen der meditativen Praxis kennzeichnend sind (Epstein & Lieff, 1988; Walsh, 1977, 1978; Kornfield, 1979). Andere haben den Versuch unternommen, Faktoren herauszuarbeiten, die zu einer negativen Entwicklung im Zusammenhang mit einer meditativen Praxis beitragen können. Dabei wurden sowohl prädisponierende Persönlichkeitsfaktoren als auch spezifische Arten des Settings sowie ungünstige bzw. fehlerhafte Formen der Praxis als mögliche Auslöser problematischer Verläufe identifiziert (Epstein & Lieff, 1988; Engler, 1988; Engel, 1996; Scharfetter, 1983, 1991; Wilber, 1988c). Ebenso ist bekannt, dass Veränderungen der Wahrnehmung sowie Depersonalisations- und Derealisationserfahrungen in den frühen Stadien der Meditationspraxis keine Seltenheit sind und dass diese nicht pathologisch sein müssen (Lukoff et al., 1995; Epstein & Lieff, 1988). Der DSM-IV bezieht solche Erkenntnisse mit ein, indem unter den besonderen kulturellen Merkmalen der Depersonalisationsstörung darauf hingewiesen wird, dass willkürlich herbeigeführte Erfahrungen von Depersonalisation oder Derealisation Bestandteil von meditativen und Trance-Praktiken sind, wie sie in vielen Religionen und Kulturen vorkommen, und dass diese nicht mit einer Depersonalisationsstörung verwechselt werden sollten (Saß et al., 1996, S. 556). Solche Erfahrungen sollten, nach Lukoff et al. (1995), für den Fall, dass sie als belastend erlebt werden, unter die Kategorie „Religiöses oder Spirituelles Problem“ eingeordnet werden. Im dem Falle, dass eine latente oder bereits bestehende Störung durch eine meditative Praxis verschlimmert wird, empfehlen die Autoren wiederum, die V-Kodierung zusammen mit einer Achse I- oder II-Kodierung zu verwenden.

2.4.2.5. Vorteile der V-Kodierung und Implikationen für die Forschung

Die Aufnahme der V-Kodierung „Religiöses oder Spirituelles Problem“ hat nach Ansicht ihrer Antragsteller verschiedene Vorteile und weiterreichende Implikationen für Psychotherapie und Forschung. Die Vorteile der Kategorie sehen sie konkret darin, dass

a) durch die Anerkennung der Kategorie die Möglichkeit gegeben ist, die Genauigkeit diagnostischer Messungen, wenn es um spirituelle und religiöse Inhalte geht, zu verbessern,

b) das Auftreten iatrogener Schäden aufgrund einer falschen Diagnostizierung von religiösen und spirituellen Problemen verringert werden kann,

c) die Kategorie zur verbesserten Behandlung solcher Probleme führen könnte, indem klinische Forschungstätigkeit angeregt wird,

d) klinische Ausbildungszentren dadurch ermutigt werden könnten, sich mit der religiösen und spirituellen Dimension menschlicher Erfahrung zu beschäftigen,

e) die Aufmerksamkeit der Kliniker durch die Etablierung dieser neuen Kategorie auf die für religiöse und spirituelle Probleme relevante Literatur gelenkt wird,

f) die Aufnahme dieser Kategorie dazu beitragen kann, bestimmte Vorurteile, die hinsichtlich der Beachtung und Behandlung von spirituellen und religiösen Themen um die Psychiatrie kreisen, zu verringern,

g) solche Probleme als eine angemessene, wenn auch belastende und problematische psychische Reaktion diagnostiziert werden können, was sicherlich positivere Auswirkungen auf die Betroffenen hat als eine Einordnung als pathologische psychische Störung.

(zusammengefasst nach Lukoff, Lu und Turner, 1992, 1995; Turner et al., 1995)

Durch die Aufnahme der neuen V-Kodierung wird anerkannt, dass rein religiöse oder spirituelle Probleme mit klinischer Relevanz auch unabhängig von einer psychischen Störung existieren können, dass ebenso aber auch die Möglichkeit einer Überschneidung von religiösen / spirituellen Problemen und psychischen Störungen besteht. Am anderen Ende des Spektrums religiöser Erfahrungen wären schließlich die klassischen psychischen Störungsbilder mit religiösen Inhalten zu verorten. Dadurch wird einmal mehr deutlich, dass in diesem Bereich noch weitere Differenzierungen von Nöten sind, vor allem was die differentialdiagnostische Erfassung des gesamten möglichen Spektrums – von spirituellen oder religiösen Problemen bis hin zu psychischen Störungen mit spirituellen / religiösen Inhalten – ebenso wie die Entwicklung von angemessenen Behandlungskonzepten angeht. Die Autoren plädieren daher dafür, religiöse und spirituelle Probleme in Hinblick auf deren Prävalenz, klinische Bilder, prädisponierende interpersonale und intrapsychische Faktoren, ihren Verlauf und ihren Ausgang stärker zu beforschen.

Die Etablierung einer solchen Kategorie, die bislang noch sehr vage formuliert ist, ist somit auch ein Spiegel des gegenwärtigen Forschungsstandes in Bezug auf diese Thematik und kann nur durch weitere Forschungsarbeit eine Differenzierung und Klärung erfahren. Dass die neue V-Kodierung tatsächlich, wie von Lukoff, Lu und Turner intendiert, zur Akkumulation und Differenzierung der Wissensbasis bezüglich religiöser und spiritueller Probleme beiträgt, indem sie zu einer verstärkten theoretischen Diskussion und empirischen Erforschung führt, hat sich mittlerweile jedoch bestätigt.

2.4.2.6. Weitere Neuerungen im DSM – Veränderungen im Hinblick auf kulturelle Sensibilität

Neben der neuen V-Kodierung „Religiöses oder Spirituelles Problem“ gibt es noch weitere Neuerungen im DSM, die ebenfalls mit der religiösen Orientierung der Patienten im Zusammenhang stehen. In der einschlägigen Fachliteratur war immer wieder die Notwendigkeit eines kulturell sensibleren psychiatrischen Klassifikationssystems diskutiert worden. Eines, das psychosoziale und kulturelle Faktoren, die die Definition und den Ausdruck von Psychopathologie wesentlich mitformen, ebenfalls mit in Betracht zieht. Hierzu gehört vor allem auch die religiös-spirituelle Weltanschauung der Patienten. Die spirituelle bzw. religiöse Dimension der Kultur stellt nach Ansicht vieler Autoren einen der bedeutsamsten Faktoren dar, was die Strukturierung menschlicher Erfahrungen, Annahmen, Werte, Verhaltensweisen und Krankheitsmuster anbelangt. Ein kulturell sensibleres Diagnosesystem erschien dabei vor allem aufgrund der ansteigenden ethnischen Vielfalt der Patientenpopulation in den USA als erforderlich. Nach einer Schätzung der World Health Organisation vertrauen 70% der Weltbevölkerung auf nicht-allopathische Systeme der Medizin. Viele traditionelle Heiler, die innerhalb solcher Systeme arbeiten, ziehen zur Erklärung der Beschwerden ihrer Patienten spirituelle Konzepte heran (nach Lukoff et al., 1995, S. 441).

Die DSM Task-Force hat auf den Bedarf an einer kulturell sensibleren Einschätzung in der diagnostischen Nomenklatur reagiert und diesbezüglich mit einer vom National Institute for Mental Health gesponsorten Arbeitsgruppe für Kultur und Diagnose zusammengearbeitet (ebenda). Als Ergebnis kam es im DSM-IV zu einigen bedeutsamen Neuerungen. So heißt es dort zum Themenkreis „Ethnische und kulturelle Betrachtungen“ (Saß et al., 1996, S. 947):

„Bei den Vorbereitungen zu DSM-IV wurde in hohem Maße berücksichtigt, daß dieses Handbuch auf kulturell sehr unterschiedliche Populationen in den USA und weltweit angewandt wird..... Ist ein Untersucher mit den Einzelheiten des kulturellen Bezugsrahmens

der Person unvertraut, kann er die für diesen Bezugsrahmen spezifischen, normalen Variationen in Glaubenssätzen, Verhalten oder Erfahrungen fälschlich als psychopathologisch einstufen. So können beispielsweise bestimmte religiöse Bräuche oder Glaubenssätze (z.B. das Sehen oder Hören eines verstorbenen Angehörigen) als Manifestation einer psychotischen Störung fehldiagnostiziert werden."

Das neue DSM-IV enthält drei Arten von Informationen, die kulturelle Aspekte und Betrachtungsweisen mit einbeziehen:

1) „Eine Diskussion über kulturelle Variationen in den klinischen Bildern aller im DSM-IV beschriebenen Störungen im jeweiligen Begleittext,
2) eine Beschreibung kulturabhängiger Syndrome, die nicht in die Klassifikation nach DSM-IV aufgenommen wurden (diese sind in Anhang F aufgelistet),
3) einen Leitfaden zur Beurteilung kultureller Einflußfaktoren, der den Untersucher darin unterstützen soll, die Auswirkungen des kulturellen Kontextes einer Person systematisch zu beurteilen und einen Bericht hierüber abzufassen (siehe ebenfalls Anhang F)."

(ebenda, S. 947f)

Im Rahmen der Diskussion der kulturellen Variationen in den klinischen Bildern werden spezifische kulturelle Faktoren berücksichtigt, die mit vielen der Achse I- oder II-Störungen in Beziehung stehen können. Diese dokumentieren unter anderem eine größere Sensibilität in Hinblick auf religiöse und spirituelle Themen. So müssen beispielsweise Kliniker, die schizophrene Zustandsbilder in einer sozioökonomischen oder kulturellen Umgebung untersuchen, die sich von ihrer eigenen unterscheidet, religiöse und spirituelle Glaubenssysteme mit in Betracht ziehen, um eine Fehldiagnose zu vermeiden (Saß et al., 1996, S. 336). So heißt es dort:

> Ideen, die in einem Kulturkreis als wahnhaft erscheinen mögen (z.B. Zauberei und Hexerei), können in einem anderen üblich sein. In einigen Kulturen können optische oder akustische Halluzinationen religiösen Inhaltes normaler Bestandteil religiöser Erfahrung sein (z.B. die Jungfrau Maria sehen oder die Stimme Gottes hören). (ebenda)

In ähnlicher Weise wird hinsichtlich der Beurteilung, ob eine schizotypische Persönlichkeitsstörung vorliegt, darauf hingewiesen, dass kognitive und Wahrnehmungsverzerrungen vor dem Hintergrund des kulturellen Milieus des Betroffenen bewertet werden müssen. So heißt es hierzu im DSM-IV (Saß et al., 1996, S. 726):

> Festgefügte, kulturell geprägte Verhaltensweisen, insbesondere in Bezug auf religiöse Glaubensinhalte und Rituale, können auf den uninformierten Außenseiter schizotypisch wirken (z.B. Vodoo-Cult, das Sprechen in anderen Zungen, Leben nach dem Tod, Schamanentum, Gedankenlesen, sechster Sinn, Teufelsauge und magische Glaubensinhalte in Bezug auf Krankheit oder Gesundheit).

Auch bei den wahnhaften Störungen sind der kulturelle und religiöse Hintergrund einer betroffenen Person bei der Diagnosestellung zu berücksichtigen: „Einige Kulturen haben weitverbreitete und kulturell akzeptierte Überzeugungen, die in anderen Kulturen eventuell als wahnhaft angesehen würden. Auch die Inhalte des Wahns unterscheiden sich in verschiedenen Kulturen und Subkulturen." (ebenda, S. 355)

Darüber hinausgehend beinhaltet das im Anhang zusammengestellte Glossar der kulturgebundenen Syndrome 23 der am besten studierten „wiederholt auftretenden und auf bestimmte Orte beschränkten abweichenden Verhaltensweisen oder beunruhigenden Erfahrungen." (ebenda, S. 896) Diese können mit bestimmten diagnostischen Kategorien im DSM verbunden sein oder auch nicht. Diese kulturgebundenen Syndrome sind auf spezifische Gesellschaften oder kulturelle Gebiete begrenzt. Für diese gibt es in der Regel lokale, volksspezifische Diagnose-Kategorien, die einen kohärenten Bedeutungsrahmen für die wiederholt auftretenden, musterhaften und problematischen Erfahrungen liefern. Einige dieser Syndrome sind in den jeweiligen Traditionen mit spirituellen oder religiösen Konzepten assoziiert. So handelt es sich bei „Spell" um einen „Trance-Zustand, in dem die Person mit verstorbenen Verwandten oder Geistern 'kommuniziert'" (ebenda, S. 902). „Susto" (Schrecken oder Seelenverlust) ist eine „einem erschreckenden Erlebnis zugeschriebene Erkrankung, aufgrund derer die Seele den Körper verlässt und die zu Unglücklichsein und Krankheit führt" (ebenda). Die „Qi-Gong-psychotische Reaktion" bezieht sich auf eine akute zeitlich begrenzte Episode, die gekennzeichnet ist durch dissoziative, paranoide oder andere psychotische oder nicht psychotische Symptome, die im Zusammenhang mit der gesundheitsfördernden Praxis des Qi-Gong auftreten können. (ebenda, S. 900) Im Falle der kulturgebundenen Syndrome ist der Kliniker aufgefordert, den Zusammenhang zwischen dem vorliegenden Syndrom und relevanten DSM-Kategorien zu untersuchen. Dies schließt verschiedene Achse I-Kodierungen und ebenso die neue, nicht-pathologische Kategorie der religiösen und spirituellen Störung mit ein.

Schließlich erfordert der Leitfaden zur Beurteilung kultureller Einflussfaktoren eine „systematische Betrachtung des kulturellen Hintergrundes einer Person, der Rolle, die der

kulturelle Kontext im Ausdruck und der Bewertung von Symptomen und Funktionsstörungen spielt, und des Einflusses, den kulturelle Unterschiede auf die Beziehung zwischen Untersucher und Betroffenem haben können“ (ebenda, S. 895). In diesem Leitfaden wird auch Religion eigens als ein solcher kultureller Faktor erwähnt.

2.4.2.7. Abschließende Beurteilung

Aus klinisch-psychotherapeutischer Sicht scheint sich mittlerweile vor allem Folgendes herauszukristallisieren: Die neue DSM-IV V-Kodierung hat die Aufmerksamkeit auf religiöse und spirituelle Probleme gelenkt und damit das Feld für die diagnostische Anwendung einer solchen Kategorie und die Einbeziehung einer spirituellen / religiösen Perspektive in die klinisch-psychotherapeutische Praxis geöffnet. Auch trägt die Etablierung einer solchen Kategorie zur Förderung diesbezüglicher Forschungstätigkeiten bei. Diese neue V-Kodierung hat einerseits den Vorteil, dass sie die Möglichkeit einer nicht-pathologischen Zuordnung eines spirituellen oder religiösen Problems bietet. Andererseits wird anerkannt, dass eine solche Problematik auch mit psychischen Störungsbildern ko-existieren kann. Dies ist eine Anerkennung der Realität, wie sie dem psychotherapeutischen Praktiker in seinem klinischen Alltag häufig begegnet und der das Konzept der Spirituellen Krise mit seiner Tendenz zu einer Polarisierung von Wachstumsprozess einerseits und Pathologie andererseits zu wenig gerecht wurde. Das Potential der V-Kodierung liegt darin, dass dadurch die allgemeine Sensibilität hinsichtlich dieser Thematik erhöht wird. Darüber hinaus wird der Fokus stärker auf die Einbeziehung einer spirituellen Perspektive und die entsprechenden therapeutisch relevanten Modelle gelenkt. Dadurch wird einer reduktionistischen Betrachtungsweise und vorschnellen Pathologisierung vorgebeugt. Andererseits findet durch die Koppelung an eine der Achse I- und II-Störungen auch die klinische Perspektive genügend Berücksichtigung, indem der spezifischen Ausprägung eines Störungsbildes sowie dem Ausmaß an Infirmität, Leiden und Beeinträchtigung in wesentlichen Funktionsbereichen ebenfalls Rechnung getragen wird.

3. Einbeziehung von Spiritualität und Religiosität im Rahmen der Psychotherapie und die Entwicklung von integrativen Ansätzen

In den vergangenen beiden Jahrzehnten hat sich viel getan, was die Einbeziehung von spirituellen und religiösen Faktoren im Rahmen der Psychotherapie anbelangt. Es scheint sich eine grundsätzliche Trendwende, im Sinne einer neuen Offenheit für Fragestellungen dieser Art, innerhalb der akademischen Psychologie abzuzeichnen. Mittlerweile liegt eine kaum mehr überschaubare Menge an Literatur vor, in der mögliche Modelle und Formen einer

solchen Einbeziehung vorgestellt und die vielfältigen damit verbundenen Fragen und Problemstellungen ausführlich diskutiert werden. Auch existiert inzwischen ein breites Spektrum von religiös / spirituell orientierten psychotherapeutischen Interventionen. So sichten Harris et al. (1999) in ihrem Übersichtsartikel zu diesem Thema so unterschiedliche Interventionen wie: modifizierte kognitiv-behaviorale Psychotherapie für religiöse Klienten, verschiedene Formen der Meditation, Vergebungs-Interventionen, Gebet, Zwölf-Schritte-Programme, religiöse Bibliotherapie, das Weiterverweisen an religiöse oder spirituelle Führungspersonen und anderes mehr. Dabei lassen sich prinzipiell unterschiedliche Formen und Grade der Integration von konventionell psychotherapeutischen Konzepten und Methoden und solchen, die einem religiös-spirituellen Kontext entstammen, unterscheiden. Das Spektrum reicht von

1. der Verwendung von Methoden, die ursprünglich einem religiösen / spirituellen Kontext entstammen, die jedoch in einer vollständig säkularisierten Form, unter herkömmlichen klinisch-psychotherapeutischen Zielsetzungen eingesetzt werden, über
2. die Verwendung von adaptierten, säkularen psychotherapeutischen Interventionen, die auf den religiösen Klienten zugeschnitten sind, bis hin zu
3. explizit integrativen Ansätzen, die auf einem spirituellen Menschenbild beruhen und die sowohl konventionell psychotherapeutische als auch spirituelle / religiöse Methoden und Zielsetzungen umfassen. Solche Ansätze werden in der Regel als ganzheitliche, integrale oder integrative Ansätze bezeichnet.

Während Ansätze des erstgenannten Typus für nicht-religiöse Klienten und religiöse Klienten gleichermaßen geeignet sind, sind die beiden letztgenannten Varianten der Integration explizit auf den religiös bzw. spirituell orientierten Klienten zugeschnitten. Ihnen ist gemeinsam, dass sie davon ausgehen, dass die religiöse / spirituelle Orientierung einen zentralen Bestandteil im Leben des Klienten darstellt und eine ihm gemäße Einbeziehung im Rahmen der Psychotherapie erfordert. Darüber hinaus wird angenommen, dass die Berücksichtigung und aktive Nutzung dieser Bereiche sich sowohl auf die Compliance des Klienten als auch auf das Ergebnis der Psychotherapie positiv auswirken.

Aufgrund der sich rasch entwickelnden und differenzierenden Forschungslage und der Fülle der mittlerweile vorliegenden Literatur ist eine umfassende Darstellung der einzelnen Entwicklungsstränge an dieser Stelle leider nicht möglich. Es sollen von daher lediglich einige der derzeit zentralen Positionen und Ansätze zu diesem Themenbereich im Überblick dargestellt werden. Anhand dieser Auswahl wird nicht zuletzt auch die Unterschiedlichkeit der Konzeptionen sowie der unterschiedliche Grad der wissenschaftlichen Fundierung dieser

Ansätze deutlich (für eine Übersicht siehe Richards & Bergin, 2002; Shafranske, 1996b; Sollod, 2005; Harris et al. 1999; Quekelberghe, 2007; Sperry & Shafanske, 2005; Miller, 1999).

3.1. Der Einsatz von Meditationspraktiken im Kontext der Psychotherapie

Eine häufig anzutreffende Variante der Integration ist die, dass Konzepte und Methoden, die ihren Ursprung in religiösen Traditionen haben, im Rahmen des säkularen psychotherapeutischen Settings unter konventionellen klinisch-psychologischen Zielsetzungen eingesetzt werden, um psychologische und physiologische gesundheitsbezogene Variablen zu beeinflussen, ohne dabei jedoch deren religiös-weltanschauliche Komponenten zu übernehmen. Dies trifft vor allem auf die Verwendung von säkularisierten Formen der Meditation zu, wie z.B. Transzendentale Meditation, Yoga-Meditation, Zen-Meditation oder verschiedene Varianten der achtsamkeitsbasierten Meditation (für eine Übersicht siehe Shapiro, 1987; Bogart, 2003; Walsh & Shapiro, 2007). Während in den 1970er und 1980er Jahren vor allem säkularisierte Formen der Transzendentalen Meditation, aus der Tradition des indischen Advaita-Vedanta in verschiedenen Anwendungskontexten eingesetzt und wissenschaftlich untersucht wurden, sind seit etwa zwei Jahrzehnten Ansätze, die auf der buddhistischen Praxis der Achtsamkeitsmeditation beruhen, von großem Interesse. Letztere sollen im folgenden Kapitel etwas differenzierter dargestellt werden. Dazu werden in einem einleitenden Überblick zu achtsamkeitsbasierten Verfahren in der Psychotherapie deren Entstehungskontext beschrieben, zentrale Begrifflichkeiten und Konzepte erläutert sowie wesentliche Elemente solcher Ansätze und aktuelle Anwendungsformen dargestellt. Auch wird deren Einordnung in Relation zu den konventionellen verhaltenstherapeutischen Modellen und Vorgehensweisen diskutiert. Im Anschluss daran folgt eine Kurzdarstellung zentraler achtsamkeitsbasierter Ansätze. Zwei weitere Abschnitte befassen sich mit den Wirkfaktoren achtsamkeitsbasierter Therapie sowie dem aktuellen Forschungsstand.

3.1.1. Achtsamkeits- und akzeptanzbasierte Therapie

Die ursprünglich aus dem buddhistischen Kontext entstammende Praxis der Achtsamkeitsmeditation bzw. das ihr zugrunde liegende Konzept der Achtsamkeit ist geradezu als beispielhaft zu betrachten für eine Karriere von einer spirituellen Praxis bis hin zu einem psychotherapeutischen Ansatz, der auch schon als die dritte Epoche in der Evolution der Verhaltenstherapie bezeichnet wurde (Hayes, 2004). Im Laufe der vergangenen Jahre wurde eine Fülle von Behandlungsansätzen entwickelt und einem wissenschaftlichen

Wirksamkeitsnachweis unterzogen, die sich explizit auf die Behandlungsprinzipien Achtsamkeit („mindfulness“) und Akzeptanz („acceptance“) berufen. All diesen Ansätzen ist nach Heidenreich und Michalak (2006b, S. 231) gemeinsam, dass im Rahmen der psychotherapeutischen Behandlung neben dem wesentlichen Ziel der Veränderung auch Fertigkeiten zur Entwicklung von Akzeptanz und Achtsamkeit vermittelt werden.

Nach Kabat-Zinn (2003) ist Achtsamkeit ein zentraler Bestandteil aller Strömungen der buddhistischen Meditationspraxis, wenngleich die tatsächliche Praxis und die Bedeutung, die Achtsamkeit beigemessen wird, in den einzelnen Traditionen stark variiert. Achtsamkeit, „Vipassana“, wurde in zwei Lehrreden des Buddhas, der „Anapanasati-Sutra“ und der „Satipathana Sutra“, als ein zentraler Weg zur Befreiung vom Leiden beschrieben und gehört damit zum Kern und Fundament der buddhistischen Lehre. Die in der buddhistischen Lehre beschriebenen Gesetzmäßigkeiten („dharma“) beschreiben menschliche Erfahrungen des Leidens und der Glückseligkeit sowie deren Bedingungen. Von daher handelt es sich dabei nach Kabat-Zinn im Grunde genommen nicht um etwas spezifisch Buddhistisches, sondern um empirisch überprüfbare Regeln von universaler Gültigkeit. Er betont in diesem Zusammenhang, dass es sich dabei nicht um einen Glauben, eine Ideologie oder Philosophie handelt, sondern

> um eine kohärente phänomenologische Beschreibung der Natur des Geistes, der Emotionen und des Leidens sowie einer möglichen Befreiung vom Leiden, basierend auf einer Reihe von hochentwickelten Praktiken, die darauf abzielen, verschiedene Aspekte des Geistes und des Herzens mittels der Fähigkeit der achtsamen Aufmerksamkeit systematisch zu trainieren und zu kultivieren. (Kabat-Zinn, 2003, S. 145, Übers. d. Verf.).

Der Begriff „Achtsamkeit“ bezieht sich auf den Pali-Begriff „sati“ und meint eine besondere Form der Aufmerksamkeitslenkung, bei der die Aufmerksamkeit in einer absichtsvollen Weise auf die Erfahrungen des gegenwärtigen Augenblicks gerichtet wird. Den auftauchenden Erfahrungsinhalten soll dabei mit einer nicht urteilenden und nicht kategorisierenden Haltung sowie einer Qualität des „liebevollen Annehmens“ begegnet werden (Heidenreich & Michalak, 2006b). Der achtsame Geisteszustand zeichnet sich dadurch aus, dass die Person ganz im gegenwärtigen Augenblick präsent ist, ohne diesen zu beurteilen oder zu bewerten und ohne dabei in Erinnerungen an die Vergangenheit oder in ängstlich-sorgenvolle oder wie auch immer geartete Gedanken über eine mögliche Zukunft abzuschweifen. Auch soll keinerlei Versuch unternommen werden, als unangenehm empfundene Aspekte der gegenwärtigen Erfahrung zu verändern oder zu vermeiden. Die

Aufmerksamkeit bleibt in hohem Maße bewusst und auf den gegenwärtigen Moment fokussiert, ohne sich dabei in diskursiven gedanklichen Prozessen über die wahrgenommenen Phänomene zu verlieren oder in diffuse, auf andere Inhalte gerichtete Denkprozesse abzuschweifen. Achtsamkeitsbasierte Ansätze betonen die Wichtigkeit, achtsam, bewusst und in einer unkonditionierten Art und Weise auf das Hier und Jetzt zu antworten, anstatt in einer automatisierten Weise, in einem „achtlosen" Autopiloten-Modus auf dieses zu reagieren. Sie zeichnet sich im Wesentlichen durch eine direkte und unmittelbare Erfahrung der gegenwärtigen Situation aus, wohingegen elaboriertere Prozessierungen, wie Gedanken über die gerade gegebene Situation, deren Bedeutung und Implikationen oder aber das Bedürfnis nach entsprechenden Reaktionen, reduziert sind (Teasdale, Segal & Williams, 1995; Kabat-Zinn, 2003).

Der Begriff der Akzeptanz ist nach Heidenreich und Michalak (2006b) etwas schwieriger zu fassen. Er beinhaltet je nach Schwerpunktsetzung eine Erweiterung des Nicht-Bewertens im Rahmen der Achtsamkeit bis hin zu einer stärkeren Auffassung des Akzeptanzbegriffes, als im Gegensatz zu einer Haltung der (emotionalen) Vermeidung stehend. Die letztgenannte Position wird von Vertretern wie Hayes, Strohsal und Wilson vertreten (1999, nach Heidenreich & Michalak, 2006b). Dabei wird unter Akzeptanz eine Haltung verstanden, die eine Situationen „offen und aktiv aufnimmt, anstatt diese vermeiden zu wollen" (ebenda, S. 233). Bohus und Huppertz (2006) weisen darüber hinaus darauf hin, dass es in der Arbeit mit Patienten wichtig sei, diesen zu vermitteln, dass Akzeptanz nicht etwa bedeutet, dass man die Dinge, die geschehen oder geschehen sind, gut heißt, sondern dass es zuerst einmal meint, die Umstände in einer nicht-bewertenden Weise wahrzunehmen und zu akzeptieren, dass die Dinge so sind, wie sie nun eben mal sind.

„Achtsamkeit" wird darüber hinaus auch häufig als Synonym zu „Einsichtsmeditation" verwendet. Damit ist eine „tiefe, durchdringende und nicht-konzeptuelle Einsicht in die Natur des Geistes und der Welt" gemeint (Kabat-Zinn, 2003, S. 146, Übers. d. Verf.). Dieser Aspekt weist somit auf die tiefere, (spirituelle) Erkenntnisdimension hin, auf die die Achtsamkeitsmeditation in ihrem traditionellen Kontext ausgerichtet ist.

Zu unterscheiden ist im klinischen Kontext weiterhin zwischen achtsamkeitsinformierten und achtsamkeitsbasierten Ansätzen. Während erstere zwar einen theoretischen Verständnisrahmen heranziehen, der auf der Achtsamkeitspraxis beruht und auch einzelne Elemente der Achtsamkeit im Rahmen eines multimodalen Behandlungsrahmens in die psychotherapeutische Behandlung integriert, beinhalten letztere umfassendere oder gar ausschließlich Meditationsübungen und betrachten Achtsamkeit als das wesentliche Agens

der Psychotherapie (Heidenreich & Michalak, 2006b, S. 233). Zu den achtsamkeitsbasierten Verfahren gehören das von Jon Kabat-Zinn entwickelte „Mindfulness Based Stress Reduction Programm“ (MBSR) (Kabat-Zinn, 2001), die „Mindfulness Based Cognitive Therapy“ (MBCT) zur Rückfallprophylaxe bei Depressionen nach Segal, Williams und Teasdale (2002) sowie die „Dialektisch Behaviorale Therapie“ (DBT) der Borderline-Störungen von Marsha Linehan (1996a, 1996b). Als ein weiterer Ansatz, bei dem das Prinzip der Akzeptanz eine herausragende Rolle spielt, ist die „Akzeptanz und Commitment-Therapie“ (ACT) von Hayes et al. (2004) zu nennen (siehe hierzu auch van Quekelberghe, 2007).

Die hohe Popularität von achtsamkeits- und akzeptanzbasierten Ansätzen lässt sich unschwer anhand einer Reihe von Herausgeberwerken (Hayes, Folette & Linehan, 2004; Heidenreich & Michalak, 2006a; Baer, 2006) sowie Sonderheften zum Thema in psychologischen und psychotherapeutischen Fachzeitschriften (z.B. Clinical Psychology, Science and Practice, 2003, 10; Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie, 2005, 54) erkennen. Michalak, Heidenreich und Bohus (2006) vermuten, dass wohl verschiedene Faktoren zum Florieren dieses Bereiches innerhalb der klinischen Psychologie beigetragen haben: Zum einen weisen sie auf die wachsende gesamtgesellschaftliche Akzeptanz gegenüber Themen wie Meditation und Spiritualität hin. Da die Wissenschaft und deren anwendungsbezogene Gebiete nicht zuletzt auch durch das gesamtgesellschaftliche Klima beeinflusst werden, verwundert es ihrer Ansicht nach nicht, dass solche Themen mittlerweile in stärkerem Maße auch von der klinischen Psychologie aufgegriffen werden. Zum anderen sei das hohe gesellschaftliche Interesse an Spiritualität und Meditation wohl auch als Ausdruck realer Bedürfnisse und Sehnsüchte zu interpretieren. Gerade in einem gesamtgesellschaftlichen Klima, in dem zielgerichtetes Funktionieren und Effektivität die Lebensführung dominieren, scheinen Betrachtungsweisen, die einen lebendigen, zweckfreien Kontakt mit dem Hier und Jetzt und den Wert des Geschehenlassens betonen, zunehmend an Attraktivität zu gewinnen. Last not least, so die Autoren, dürfte die zunehmende wissenschaftlich-empirische Fundierung sowie die Tatsache, dass renommierte Forscher das Achtsamkeitsprinzip aufgegriffen und im Rahmen anspruchsvoller methodischer Studien einem Wirksamkeitsnachweis unterzogen haben, zur Verbreitung dieser Ansätze, vor allem auch im kognitiv-verhaltenstherapeutischen Bereich, beigetragen haben (Michalak et al., 2006, S. 241f.).

Ein weiteres wesentliches Element der achtsamkeitsbasierten Ansätze liegt in der Betonung des regelmäßigen und kontinuierlichen Übens als eine notwendige Bedingung für die Entwicklung und Vertiefung von Achtsamkeit. Auch wird als wichtig erachtet, Achtsamkeit

nicht nur während der formellen Übungsperioden zu praktizieren, sondern diese zunehmend auf sämtliche Tätigkeiten der täglichen Lebensführung auszudehnen. Letztendlich handelt es sich dabei nicht um eine spezifische, rein situationsgebundene „Problemlösestrategie", sondern um eine Art des In-der-Welt-Seins oder mit Kabat-Zinn um „eine gesunde Art zu leben" (2003, S. 148).

Die oben angeführten achtsamkeitsbasierten Verfahren wurden sämtlich innerhalb der Verhaltenstherapie aufgegriffen und entwickelt. Dennoch stehen Betrachtungs- und Herangehensweisen dieser Art doch auch in einem deutlichen Kontrast zur traditionellen Orientierung derselben. Von ihrem Grundansatz her handelt es sich bei Achtsamkeitsmeditation nicht um eine zielorientierte, sondern um eine absichtslose, seins-orientierte Vorgehensweise. Es geht darum, im gegenwärtigen Moment präsent zu sein, ohne irgendwelche Zielsetzungen und Absichten damit zu verbinden. In diesem Zusammenhang heißt es bei Kabat-Zinn:

> Vom Begin der Praxis an sind wir daran erinnert, dass es bei Achtsamkeit nicht darum geht, irgendwo anders hin zu kommen oder etwas zu lösen. Eher ist es eine Einladung, sich selbst zu erlauben, da zu sein, wo man bereits ist und die innere und äußere Landschaft der unmittelbaren Erfahrung in jedem Moment zu kennen. (Kabat-Zinn, 2003, S. 148, Übers. d. Verf.)

Die Prämisse der Akzeptanz fordert dazu auf, die eigenen Verhaltens- und Erlebensweisen so anzunehmen, wie sie sind, oder mit Bohus und Huppertz formuliert, den gegenwärtigen Augenblick „ohne Erwartung oder Bewertung, in seinem 'So-Sein' mit all seinen Facetten" bedingungslos anzunehmen (Bohus & Huppertz, 2006, S. 267). Mit dieser Ausrichtung ist die Grundhaltung der achtsamkeitsbasierten Ansätze konträr zum Credo der verhaltenstherapeutischen Ansätze mit ihrem veränderungsorientierten Fokus. Linehan (1994) ist jedoch der Ansicht, dass sich das Wechselspiel zwischen Achtsamkeit / Akzeptanz einerseits und Veränderung andererseits als die zentrale Dialektik der Psychotherapie überhaupt verstehen lässt. Sie formuliert von daher den Umgang mit dieser Dialektik als eine explizite Aufgabenstellung an Therapeut und Klient, indem sie diese auffordert, ein dynamisches Gleichgewicht zwischen Akzeptanz und Veränderung zu suchen (nach Bohus & Huppertz, 2006). Auch Heidenreich und Michalak sind der Ansicht, dass sich gerade aus dieser dialektischen Beziehung zwischen achtsamkeitsbasierten und traditionellen verhaltenstherapeutischen Herangehensweisen interessante Perspektiven ergeben, „die die Einseitigkeiten einzelner therapeutischer Orientierungen sinnvoll ergänzen" können (2006b, S. 237). Bohus (2006) sieht in der hohen Bereitschaft der Therapeuten, sich mit

achtsamkeitsorientierten Ansätzen auseinander zu setzen, einen Hinweis darauf, dass diesbezüglich bis dato ein Mangel bestand, der durch die therapeutische Kompetenz nur unzureichend abgedeckt werden konnte. Darüber hinaus weist er darauf hin, dass im Rahmen der achtsamkeitsorientierten Therapie prinzipiell auch die Möglichkeit bestehe, „die Bedeutung und Kraft spiritueller Aspekte heranzuziehen, die durch Achtsamkeitsübungen vermittelt werden“. Er schließt mit der Hypothese, dass vielleicht genau darin der Reiz der achtsamkeitsbasierten Psychotherapie liege, „dass quasi durch die Hintertüre des wissenschaftlichen Wirksamkeitsnachweises auch spirituelle Aspekte der Psychotherapie diskursfähig werden.“

3.1.1.1. Mindfulness Based Stress Reduction (MBSR)

Jon Kabat-Zinn war mit seinem Programm der „Mindfulness Based Stress Reduction“ der Erste, der einen achtsamkeitsbasierten Ansatz systematisch in einem klinischen Setting eingesetzt und einem wissenschaftlichen Wirksamkeitsnachweis unterzogen hat. Durch seine Arbeit hat er einen enormen Beitrag zur weiteren Popularität und wissenschaftlichen Erforschung dieser Ansätze geleistet. Das Programm der „Mindfulness Based Stress Reduction“ wurde in den 70er Jahren an der „Stress-Reduction-Clinic“ in Massachusetts entwickelt (Kabat-Zinn, 2001). Obwohl es ursprünglich als ein begleitendes Programm im Rahmen der Therapie von chronischen Schmerzstörungen konzipiert war, handelt es sich dabei um einen unspezifischen, störungsübergreifenden Ansatz, der bei Patienten mit unterschiedlichen psychischen und körperlichen Beschwerden und Erkrankungen eingesetzt werden kann. Das Programm ist als ein Gruppenprogramm angelegt, welches mit bis zu 30 Personen durchgeführt werden kann. Neben der Entwicklung von Fähigkeiten der Achtsamkeit werden auch Informationen zu Stress- und Selbstregulation vermittelt. Von daher hat das Programm auch eine gewisse Nähe zu verhaltensmedizinischen Ansätzen. Von seinem buddhistischen Hintergrund her ist es vor allem in der Vipassana-Tradition des Theravada-Buddhismus verankert.

Zur formellen Praxis des Programms gehört unter anderem der so genannte „Body-Scan“, bei dem die einzelnen Teile des Köpers in einer achtsamen Weise nacheinander wahrgenommen und „abgetastet“ werden, einzelne achtsam durchgeführte Yoga-Übungen sowie Formen der Sitz- und Atemmeditation. Der Behandlungsplan ist wie folgt strukturiert: Es werden acht wöchentliche Sitzungen mit einer Dauer von zwei bis drei Stunden durchgeführt. Darüber hinausgehend werden die bereits erworbenen Achtsamkeitsfertigkeiten an einem weiteren zusätzlichen Tag vertieft. Im Rahmen des Programms spielt einerseits die

Vermittlung von konkreten Übungen eine wichtige Rolle, andererseits wird die Bedeutung des Transfers der Übungsinhalte in das Alltagsleben und in die Alltagspraxis betont. Um dies zu erreichen, sind die Teilnehmer aufgefordert, bestimmte Achtsamkeitsfertigkeiten zu Hause, unterstützt durch eine CD, zu üben. Dies soll an sechs von sieben Tagen für einen Zeitraum von etwa 45 Minuten geschehen. Der Ansatz der MBSR hat mittlerweile starke Verbreitung gefunden. Unter anderem diente er auch als Modell, das nach und nach auch in anderen Kontexten, in denen der Umgang mit Stress und psychischer Belastung eine wichtige Rolle spielt, in entsprechend adaptierten Formen eingesetzt wurde. Achtsamkeitsbasierte Programme dieser Art kommen inzwischen weltweit in Krankenhäusern, Kliniken, Schulen, an Arbeitsplätzen, Büros von Firmen, im Rahmen der Jurausbildung, Gefängnissen, Gesundheitszentren und in vielen anderen Settings zum Einsatz (Kabat-Zinn, 2003). Nach Bishop (2002) wurde das Programm an 200 verschiedenen Orten in den USA und Europa durchgeführt.

3.1.1.2. Mindfulness Based Cognitive Therapy (MBCT)

Bei der Achtsamkeitsbasierten Kognitiven Therapie nach Segal et al. (2002) handelt es sich um ein störungsspezifisches Verfahren zur Behandlung von stark rückfallgefährdeten depressiven Patienten. Auch diesem Ansatz liegt die Vipassana Tradition des Theravada-Buddhismus zugrunde. Die Behandlung wurde in Anlehnung an das MBSR-Programm entwickelt und ist von daher ähnlich strukturiert. Sie umfasst acht wöchentliche Sitzungen á zwei Stunden und wird mit Gruppen von maximal 12 Personen durchgeführt. Bei der Entstehung von depressiven Rückfällen spielen nach Bohus und Huppertz (2006, S. 270) im Wesentlichen zwei Aspekte eine Rolle: Zunächst führen milde dysthyme Zustände zu einer Aktivierung von negativen Kognitionen, Grundannahmen und Erinnerungen. In deren Folge setzt häufig eine ruminative Verarbeitung dieser Gedankenmuster ein, bei der sich die Betroffenen in einer passiven Art und Weise auf die Diskrepanzen zwischen dem gerade bestehenden Zustand und einem nicht erreichbaren, erwünschten Zustand ausrichten. Die Achtsamkeitskomponenten im Rahmen der MBCT zielen von daher vor allem darauf ab, sich aufschaukelnde, negative Gedankenkreisläufe mit all ihren Konsequenzen zu verhindern. Dies wird zuerst einmal dadurch erreicht, dass negative Gedanken und Gefühle durch die Praxis der Achtsamkeit frühzeitig bemerkt werden können. Damit sich diese in Folge nicht noch weiter steigern, wird darüber hinaus eine Haltung der Desidentifikation gefördert. Damit ist gemeint, „dass Gedanken nicht als valide Abbilder der Situation oder als valide

Selbstaussagen“, sondern lediglich „als mentale Ereignisse“ bzw. Konstrukte betrachtet werden (nach Heidenreich & Michalak, 2006b, S. 236).

3.1.1.3. Dialektische Therapie der Borderline-Störungen (DBT)

Bei der von Marsha Linehan entwickelten Dialektisch Behavioralen Therapie (DBT) handelt es sich um ein störungsspezifisches Behandlungsprogramm für Patienten mit Borderline-Persönlichkeitsstörungen, welches auch in einer manualisierten Form vorliegt (Linehean, 1996a, 1996b). Die DBT besteht aus einer Kombination aus Einzel- und Gruppentherapie. Sie beruht auf klassischen verhaltenstherapeutischen Behandlungsansätzen, die jedoch zusätzlich um die Komponente der Achtsamkeit erweitert wurden. Nach Heidenreich und Michalak (2006b) ist dieser Ansatz als eine Mischform aus achtsamkeitsinformierten und achtsamkeitsbasierten Ansätzen anzusehen, da die Achtsamkeit nicht den gleichen zentralen Stellenwert hat wie im Rahmen der MBSR und der MBCT. Im Rahmen der DBT steht das Konzept der Achtsamkeit vor allem im Kontext des Zen-Buddhismus.

Während in den einzeltherapeutischen Sitzungen Umgangsweisen mit akuten Krisen, Suizidalität und parasuizidalem Verhalten erarbeitet werden, liegt der Fokus der gruppentherapeutischen Sitzungen auf dem Erlernen von zentralen Fertigkeiten, wie innere Achtsamkeit, Umgang mit Gefühlen, Stresstoleranz und zwischenmenschliche Fähigkeiten (Michalak et al., 2006). Das Modul der Achtsamkeitsfertigkeiten ist in einzelne Submodalitäten untergliedert: Drei verschiedene „Was-Modalitäten“ beschreiben, „was“ der Patient üben soll. Drei weitere „Wie-Modalitäten“ erläutern, auf welche Art und Weise er dies tun soll (Bohus & Huppertz, 2006).

Zu den „Was-Modalitäten“ gehören „Beobachten“, „Beschreiben“ und „Teilnehmen“. „Beobachten“ meint das aufmerksame Betrachten von Emotionen, Ereignissen und Verhaltensreaktionen, ohne diese zu versprachlichen, zu bewerten oder diesbezügliche Handlungen zu erwägen. „Beschreiben“ bezieht sich auf die verbale Benennung der beobachteten Inhalte. „Teilnehmen“ steht schließlich für eine hochkonzentrierte und uneingeschränkte Hingabe an das, was man gerade tut.

Die „Wie-Modalitäten“ lauten „nicht-bewertend“, „konzentriert“ und „wirkungsvoll“. Die erste Fertigkeit der „Wie-Modalitäten“ beschreibt eine nicht-bewertende und grundsätzlich annehmende Haltung einer gegebenen Situation gegenüber. Die zweite Fertigkeit „konzentriert“ meint eine völlige Fokussierung der Aufmerksamkeit auf ein einziges Phänomen. „Wirkungsvoll“ lässt sich nach Bohus und Huppertz wohl am ehesten als die

Fähigkeit beschreiben, „die richtigen Dinge zum richtigen Zeitpunkt zu tun“ (2006, S. 268). Hier ist ein Element des Loslassens angesprochen, das sich in der Bereitschaft ausdrückt, im richtigen Moment handelnd zu wirken, anstatt die Dinge erzwingen zu wollen. Linehan unterscheidet in diesem Zusammenhang zwischen „willingness“ und „willfullness“ (nach Bohus & Huppertz, 2006). Kennzeichnend für die DBT ist nach Huppertz (2006), dass sie die Werte der Achtsamkeit, der Akzeptanz, des Loslassens sowie der Teilnahme betont. Seiner Ansicht nach bewegt sie sich zwar im Rahmen der kognitiven Verhaltenstherapie und besteht aus zahlreichen Elementen des kompetenten Alltagswissens und der Psychoedukation. Dennoch liege ihr eigentliches Interesse nicht in einer Vermehrung von diskursivem Wissen über das eigene Selbst oder die Alltagswelt, sondern eher in einem erweiterten „Können“. Mit „Können“ meint er dabei die Fähigkeit, „dass wir uns intuitiv und bewusst den Interaktionen zwischen uns und unserer Umwelt überlassen“ im Sinne der Achtsamkeit als begleitendes, spürendes und wahrnehmendes Bewusstsein, als eine bewusste Teilnahme am Leben (Huppertz, 2006, S. 261).

3.1.1.4. Zu den Wirkfaktoren von achtsamkeitsbasierten psychotherapeutischen Ansätzen

Wenngleich sich achtsamkeitsähnliche Prinzipien auch in den einzelnen psychotherapeutischen Schulen finden lassen, wie beispielsweise das Prinzip der gleichschwebenden Aufmerksamkeit in der Psychoanalyse, die psychotherapeutische Grundhaltung der bedingungslosen Wertschätzung, Empathie und Kongruenz im Rahmen der Gesprächstherapie, die Betonung von Präsenz in der humanistischen Psychotherapie oder die Betonung der systematischen und nicht vermeidenden Beobachtung des eigenen Erlebens innerhalb der Verhaltenstherapie, weisen Heidenreich und Michalak (2006b) dennoch darauf hin, dass die Prinzipien der Achtsamkeit und Akzeptanz nicht deckungsgleich mit diesen sind und dass sie eigenständige und neue Sichtweisen und Methoden darstellen. Nach Bohus (2006) verfügt diese Form der Psychotherapie über Wirkfaktoren, die über störungsspezifische Ansätze hinausgehen.

Huppertz (2006, S. 256) fasst die positiven Aspekte der Achtsamkeit wie folgt zusammen:

1) „Achtsamkeit hilft dem Patienten wie dem Therapeuten, sich selbst zu spüren und zu erforschen.
2) Sie stärkt das gegenwärtige Erleben und mindert die subjektive Bedeutung der Vergangenheit und der Zukunft. Da sich Erinnerung per Definitionem auf die Vergangenheit und Ängste auf die Zukunft beziehen, mindert die Fokussierung der Gegenwart die Bedeutung der Vergangenheit und der Zukunft.

3) Durch die Betonung der sinnlichen Wahrnehmung reduziert sie das Nachdenken im Allgemeinen und das Grübeln im Besonderen.
4) Da Emotionen Bewertungen oder Anmutungen implizieren, kann eine nicht-bewertende, eher neutralisierende Haltung die Emotionalität reduzieren.
5) Achtsamkeit führt zu Entschleunigung. Durch Achtsamkeit lernen wir, alle Erlebnisse und Gefühle – angenehme und unangenehme – zunächst einmal wahrzunehmen, bevor wir dann reagieren oder auch nicht. Dadurch werden schnelle und automatische Reaktionen verhindert. Durch achtsame Wahrnehmung unserer Erlebnisse haben wir die Chance, adäquater wahrzunehmen, zu fühlen und zu handeln.
6) Achtsamkeit kann uns zu einem bewussteren Teilnehmen an der Wirklichkeit führen, das in einem Mitschwingen, einer bewussten Hingabe an Situationen, Menschen, Gefühlen besteht, einer bewussten und beteiligten Offenheit für das, was geschieht."

In einer stärker klinischen Terminologie ausgedrückt, bewirkt Achtsamkeitsmeditation in einem ersten Schritt die Einnahme einer Beobachterposition, von der aus die eigenen emotional-kognitiven Prozesse beobachtet werden können. Durch die Einnahme dieser Position erschließt sich dem Praktizierenden eine neue Ebene, die auch als „Monitor-Position", „Reflecting Self" oder als „Metakognition" bezeichnet wurde. Indem sich der Patient auf die metakognitive Ebene begibt, gewinnt er zunächst einen gewissen Abstand von seinen inneren Prozessen. Das achtsame Beobachten und die Bewusstwerdung der inneren Prozesse führen dazu, dass negative Gedanken von ihren häufig nachfolgenden, mehr oder weniger unbewussten und automatisierten Reaktionsmustern entkoppelt werden können. Damit wird wiederum der Handlungsdruck, den Emotionen oder automatisierte kognitive Schemata erzeugen können, verringert. Der somit entstehende Freiraum erlaubt es in einem weiteren Schritt, sekundäre Steuerungsmechanismen, zumeist kognitiver Art, zu aktivieren. Die dysfunktionalen Gedanken werden im weiteren therapeutischen Vorgehen vor allem dadurch „aufgelöst", dass die Gedanken als Gedanken und „nichts sonst" anerkannt werden. Gedanken werden dabei als hypothetische Konstrukte betrachtet, die nicht als Abbilder der Wirklichkeit genommen werden können.

Bohus und Huppertz (2006) versuchen im Rahmen ihres Artikels erste Hypothesen bezüglich der Wirkfaktoren von achtsamkeitsbasierter Therapie aufzustellen. Als konzeptionellen Zugang zu einer möglichen Wirkweise wählen sie die „Methodik" der Achtsamkeit. Abschließend formulieren sie die folgenden Aspekte, durch die achtsamkeitsbasierte Therapie ihrer Ansicht nach ihre Wirksamkeit entfaltet (Bohus & Huppertz, 2006, S. 274):

- „die Verbesserung von metakognitiven Prozessen, was eine Relativierung aktivierter emotionaler und kognitiver Schemata erleichtert;
- die Verbesserung der Akzeptanz unangenehmer innerer und äußerer Phänomene;
- die Verbesserung des emotionalen Aktivierungsniveaus bei expositionsbasierten Verfahren;
- die Verbesserung der Selbstorganisation kognitiv-emotionaler Strukturen bei psychopathologisch nicht relevanten Problemen und
- die Entfaltung von spirituellen Prozessen."

3.1.1.5. Stand der Forschung

Nach Bohus und Huppertz (2006) ist mittlerweile als gesichert anzunehmen, dass Achtsamkeit wirkt (für einen Überblick zum Stand der Wirkungsforschung siehe Baer, 2003, 2006; Bishop, 2002; Grossman, Niemann, Schmidt & Walach, 2004). Dagegen gebe es, von ersten Ansätzen abgesehen, so gut wie keine empirischen Untersuchungen zu der Frage, „wie" Achtsamkeit wirkt. Heidenreich und Michalak (2006b) sehen darüber hinaus wesentliche Aufgabenstellungen weiterer Forschung in der Beantwortung der Frage, wann achtsamkeitsbasierte und wann änderungsorientierte Interventionen sinnvoll sind, bzw. in der Erarbeitung von allgemeinen Indikationen und Kontraindikationen von achtsamkeitsbasierten Interventionen.

In einer jüngeren deutschen Studie von Grepmair, Mitterlehner, Loew et al. (2007) wurde ein gänzlich anderer möglicher Aspekt der psychotherapeutischen Wirksamkeit von Achtsamkeit untersucht. Hier wurden nicht die Patienten einem Achtsamkeitstraining unterzogen, sondern die behandelnden Psychotherapeuten selbst. In diesem Sinne hatte bereits Germer (2005) Psychotherapeuten, die selbst meditieren, um eine achtsamere Haltung in der Therapie zu erlangen, als eine weitere Form der Integration von Achtsamkeit im Rahmen der Psychotherapie, neben den oben bereits beschriebenen achtsamkeitsinformierten und achtsamkeitsbasierten Ansätzen, angeführt. Die Studie von Grepmair et al. (2007) befasste sich demgemäß mit der Frage, ob sich die Förderung von Achtsamkeit bei Psychotherapeuten in Ausbildung durch tägliches Training in Zen-Meditation auf die Behandlungsergebnisse bei ihren Patienten auswirkt. Dazu wurden die therapeutischen Verlaufs- und Behandlungsergebnisse zweier Gruppen von insgesamt 124 Klinikpatienten einer deutschen Klinik miteinander verglichen. Die Patienten wurden jeweils zufällig einer Gruppe der meditierenden und der nicht-meditierenden Therapeuten zugewiesen. Für die Gruppe der Patienten, die von den meditierenden Therapeuten behandelt wurden, ergaben sich

signifikante höhere Einstufungen für Einzeltherapie auf zwei STEP-Skalen[48], nämlich der Klärungs- und der Problemlösungsperspektive. Auch waren deren Einstufungen für das gesamte therapeutische Ergebnis für den VEV[49] höher. Darüber hinaus zeigte sich bei der Gruppe der Patienten, die von den meditierenden Psychotherapeuten behandelt wurden, eine signifikant stärkere Symptomreduktion anhand des Globalen-Schwere-Index (GSI) und 8 SCL-90 Skalen[50], einschließlich Somatisierung, Unsicherheit im sozialen Kontakt, Zwanghaftigkeit, Angst, Wut / Feindseligkeit, Phobische Angst, Paranoides Denken und Psychotizismus. Da es sich um eine erste kleinere Studie zum Thema handelt, bleibt jedoch offen, in wieweit die gefundenen Ergebnisse generalisiert werden können. Die Autoren kommen jedoch zu dem Schluss, dass die Ergebnisse darauf hinweisen, dass sich die Förderung von Achtsamkeit bei Psychotherapeuten als ein nützliches therapeutisches Werkzeug erweisen könnte, um deren Behandlungsergebnisse zu verbessern. Für den Fall, dass sich dieser Befund weiter erhärten sollte, schlagen sie vor, Achtsamkeitstraining im Rahmen der Ausbildung zum Therapeuten zu integrieren.

3.2. Adaptierte kognitiv-behaviorale Psychotherapie für den religiösen Klienten

Bei den bis hierhin beschriebenen Ansätzen handelte es sich um vollständig säkularisierte Varianten von ehemals in einen religiösen Kontext eingebetteten Konzepten und Methoden, die bei allen Patienten gleichermaßen, unabhängig von deren spezifischer religiös-weltanschaulicher Orientierung, Anwendung finden können. In den folgenden Kapiteln sollen dagegen solche psychotherapeutischen Ansätze beschrieben werden, die explizit auf den religiös orientierten Klienten zugeschnitten sind. Zu diesen gehören unter anderen die adaptierten kognitiv-behavioralen Ansätze für religiöse Klienten. Im Rahmen der adaptierten kognitiv-behavioralen Ansätze werden bereits etablierte kognitiv-behaviorale Behandlungsansätze dahingehend modifiziert, dass sie den Glaubensüberzeugungen des religiösen Klienten in stärkerem Maße entsprechen (vgl. Probst, 1988, 1996). Ein solches Vorgehen beinhaltet unter anderem religiös-theologisch begründete Argumentationsführungen, die darauf abzielen, dysfunktionale Gedanken in Frage zu stellen und einen Prozess der kognitiven Umstrukturierung einzuleiten, geführte Imaginationen mit religiösen Bildern (bspw. Christus ist mit einer Person in einer schwierigen Situation) sowie religiöse Motivationen in Hinblick auf die angestrebten Verhaltensänderungen (Richards &

[48] Bei den STEP-Skalen handelt es sich um Therapiestundenbögen zur Selbst- und Fremdeinschätzung von allgemeinen psychotherapeutischen Wirkfaktoren.
[49] Beim VEV handelt es sich um einen Fragebogen zur Erfassung der Veränderung des Erlebens und Verhaltens.
[50] Das SCL-90 ist ein psychodiagnostisches Screeningverfahren, welches die psychische Belastung während der vergangenen sieben Tage erfasst.

Bergin, 2002, S. 242ff). Bei diesen Interventionen handelt es sich somit um gängige psychologische Interventionen, die ihren Ursprung in säkularen Theorien haben, wobei jedoch religiöse Inhalte in diese integriert werden. Die patientengemäße Modifikation der Interventionen soll nach Harris et al. (1999) zum einen dazu dienen, dass der religiös orientierte Klient diese besser annehmen kann, zum anderen zielt sie darauf ab, dessen Glaubensüberzeugungen und Praktiken aktiv zu nutzen, um die erstrebten Veränderungen zu bewirken. Die Autoren vermuten, dass die Wirksamkeit solcher Interventionen vor allem dadurch begründet ist, dass sie den kognitiven Schemata des Klienten stärker entsprechen. Darüber hinaus könnte ein weiterer Vorteil solcher Interventionen darin liegen, dass dadurch vermieden wird, dass möglicherweise bestehende Divergenzen zwischen dem Weltbild des Psychotherapeuten und dem des Klienten eine effektive Behandlung verhindern.

Nach Harris et al. (1999) wurden bis dato jedoch nur fünf Outcome-Studien durchgeführt, in deren Kontext die relative Effektivität von religiös adaptierten kognitiv-behavioralen Ansätzen im Vergleich zu Standard-Ansätzen untersucht wurden. All diese Studien verwendeten Imaginationen, die auf christliche Patienten zugeschnitten waren. Insgesamt sind die Belege für die Wirksamkeit von religiös modifizierter kognitiv-behavioraler Therapie für religiöse Patienten bescheiden und die Ergebnisse zum Teil widersprüchlich. Signifikant bessere Ergebnisse für religiös-adaptierte kognitiv-behaviorale Therapie im Vergleich zur rein „säkularen“ Behandlung bei religiösen Patienten zeigten sich in zwei Studien von Probst (1982) und Probst et al. (1990, nach Harris et al., 1999). Ein interessanter Befund einer weiteren Studie von Probst et al. aus dem Jahre 1992 war der, dass religiöse Klienten, die religiöse Therapie von nicht-religiösen Therapeuten erhielten, bessere Werte in Bezug auf Depression und Fehlanpassung aufwiesen, als diejenigen Patienten, die die gleiche Behandlung von religiösen Therapeuten erhalten hatten (nach Harris et al., 1999). In einer Meta-Analyse zum Thema kommt McCullough (1999) zu dem Schluss, dass die Entscheidung, religiös orientierte Psychotherapie im Rahmen der psychotherapeutischen Arbeit mit religiösen Klienten einzusetzen, eher eine Frage der Präferenzen des Klienten sei denn eine Frage der differentiellen Wirksamkeit (nach Harris et al., 1999).

3.3. Explizit integrative Ansätze

Neben den bereits beschriebenen psychotherapeutischen Ansätzen gibt es auch solche, die eine umfassendere Integration der spirituellen Dimension im Rahmen der psychotherapeutischen Behandlung anstreben. Nach Sollod (2005) zeichnen sich solche explizit integrativen Ansätze zusammenfassend durch die folgenden Merkmale aus:

Sie betonen die Bedeutung einer Einbeziehung von Spiritualität in die psychotherapeutische Praxis sowohl im Rahmen der Erhebung als auch als potentielle psychotherapeutische Ressource sowie als einen möglichen Fokus der Behandlung. Darüber hinaus zeichnen sich solche Ansätze dadurch aus, dass sie sich des potentiellen Nutzens von spirituellen Interventionen bewusst sind und die Entwicklung einer spirituellen Identität als wichtig erachten. Auch betonen sie die Notwendigkeit, den Werterahmen des Klienten zu respektieren und innerhalb desselben zu arbeiten. Nicht zuletzt setzen sie sich auch mit ethischen Fragestellungen auseinander (Sollod, 2005, S. 404).

Bei den psychotherapeutischen Ansätzen, wie sie im Rahmen der Transpersonalen oder Integralen Psychologie oder auch im Rahmen des von Richards und Bergin (2002) vorgeschlagenen christlich-theistischen bzw. ökumenischen Ansatzes beschrieben werden, handelt es sich, wie im Folgenden noch zu sehen sein wird, um solche explizit integrativen Ansätze. Das zentrale Anliegen dieser Ansätze liegt nicht etwa darin, die bis dato erarbeiteten konventionell-psychotherapeutischen Kenntnisse und Vorgehensweisen des akademisch-psychologischen Mainstreams durch alternative spirituelle Strategien zu ersetzen. Jedoch soll über diese hinausreichend im Rahmen des psychotherapeutischen Prozesses auch die spirituelle Dimension in einer systematischen Art und Weise berücksichtigt und mit einbezogen werden. In diesem Sinne verstehen sich solche Herangehensweisen als umfassendere und ganzheitliche Ansätze, die darauf abzielen, dass im Rahmen der Psychotherapie das gesamte Spektrum der menschlichen Erfahrungsmöglichkeiten seinen Raum finden kann. Hauptargument dabei ist, dass Spiritualität bzw. Religiosität im Leben der solcherart orientierten Klienten eine in hohem Maße integrative Funktion ausüben. Infolgedessen sind deren spirituelle / religiöse Überzeugungen und Schemata in der Regel untrennbar mit ihrer psychischen Befindlichkeit und Problematik verschränkt. Von daher – so die Befürworter der integrativen Ansätze – sei es sowohl Ausdruck mangelnder Professionalität als auch ethisch fragwürdig, diese Bereiche im Rahmen der psychotherapeutischen Tätigkeit zu vernachlässigen. Als ähnlich problematisch sei es jedoch auch zu bewerten, dass die psychotherapeutisch Tätigen, die solche Themen mit einbeziehen, dies vor allem auf Basis ihrer persönlich geprägten Erfahrungen und Ansichten zu tun scheinen. Letzteres zumindest wird, wie später zu sehen sein wird, anhand der Forschungslage ersichtlich.

All diese integrativen Entwicklungen befinden sich derzeit jedoch in einem frühen, quasi-experimentellen Stadium. Der Versuch einer systematischen, empirisch-wissenschaftlich begründeten Integration von psychotherapeutisch relevanten Erkenntnissen im

Zusammenhang mit den Themenbereichen Spiritualität und Religiosität in die konventionelle Psychotherapie war bis dato noch nicht gegeben. Ein solcher Versuch erfordert jedoch auch entsprechende Adaptionsprozesse. Dazu gehört vor allem die Reflektion und Diskussion der ethischen und professionellen Rahmenbedingungen und Grenzen (Shafranske, 2005b; Richards & Bergin, 2002; Tan, 2003; Utsch, 2005). Die Frage, was in diesem Zusammenhang ein professionelles Vorgehen darstellt, ist durchaus nicht unumstritten.[51] Diesbezügliche Fragen werden jedoch mittlerweile ebenfalls intensiv diskutiert und es findet sich ein reichhaltiges Repertoire an entsprechenden Vorschlägen und möglichen Richtlinien. Nicht zuletzt müssen sich solche Ansätze, wenn sie denn tatsächlich eine Integration in den akademisch-psychologischen Mainstream anstreben, auch der Prozedur einer empirisch-wissenschaftlichen Validierung unterziehen.

3.3.1. Ansätze mit christlich-theistischem Hintergrund

Einige wesentliche Ansätze, innerhalb deren eine Einbeziehung von religiösen bzw. spirituellen Faktoren im Rahmen der psychotherapeutischen Praxis propagiert wird, werden durch US-amerikanische Autoren vertreten, die ihrer Arbeit ein christlich geprägtes, theistisches Verständnis von Religiosität und ein entsprechendes Menschenbild zugrunde legen. In der diesbezüglichen Literatur und bei den dort zu findenden Fallbeispielen liegt der Schwerpunkt dementsprechend auf Patienten, die den christlichen oder monotheistischen Religionen angehören. Dies trifft zum Beispiel auf die beiden von der APA publizierten Übersichtswerke von Richards und Bergin (2002) sowie von Shafranske (1996b) zu. Der Fokus auf die monotheistischen Religionen wird durch den hohen Anteil an US-amerikanischen Bürgern begründet, die diesen Formen der Religiosität angehören. Dennoch sind viele der dort diskutierten Fragestellungen und Vorgehensweisen auch auf die Anhänger anderer religiöser bzw. spiritueller Orientierungen anwendbar.

In diesen Werken wird die Ansicht vertreten, dass die klinische Kompetenz von Psychotherapeuten erweitert werden könne, indem Religion und Spiritualität als klinisch relevante Variable im Rahmen der Diagnostik und Intervention ebenfalls Berücksichtigung finden. Nach Shafranske zielen solche Herangehensweisen vor allem darauf ab, die Bedeutung von Religion bzw. Spiritualität im Rahmen der Weltanschauung des Klienten aktiv miteinzubeziehen. Dabei liege der psychotherapeutische Fokus auf dem spezifischen Beitrag,

[51] So findet sich zum Beispiel auch bei Utsch (2005) eine Sammlung von Psychotherapeutenberichten, in deren Rahmen sich namhafte deutsche Psychotherapeuten aus der Sicht des Praktikers zu diesem Thema äußern. Auch anhand dieser Darstellungen und Positionierungen wird deutlich, wie unterschiedlich die Herangehensweisen und Einstellungen bezüglich des Umgangs mit spirituellen / religiösen Themen im Rahmen der Psychotherapie sind.

den Religiosität bzw. Spiritualität bei der Konzeptualisierung von psychischen Problemen leisten, sowie auf deren Potential, als wesentliche Ressource der Problembewältigung zu dienen (Shafranske, 2005b, S. 497). Neben dem möglichen Nutzen eines solchen Vorgehens werden in diesen Werken auch dessen Grenzen und Gefahren diskutiert.

Ein explizit integrativer Ansatz findet sich bei Richards und Bergin (2002). Die Autoren schlagen der Mainstream-Psychologie und -Psychotherapie im Rahmen einer APA-Publikation eine spirituelle Strategie im Rahmen der Psychotherapie und Beratung vor, die auf einem theistischen, spirituellen Welt- und Menschenbild basiert. Die wichtigsten Annahmen dabei sind,

a) dass Gott existiert,
b) dass menschliche Wesen eine Schöpfung Gottes sind und
c) dass es unsichtbare spirituelle Prozesse gibt, über die die Verbindung zwischen Gott und der Menschheit aufrechterhalten wird.

(ebenda, S. 11, Übers. d. Verf.)

Ein solche Perspektive leistet nach Ansicht der Autoren einen einzigartigen Beitrag zur Psychologie und Psychotherapie, indem sie eine spirituelle Konzeption der menschlichen Natur und Persönlichkeit, einen moralischen Bezugsrahmen, anhand dessen sich die psychotherapeutische Praxis ausrichten und evaluiert werden kann, und schließlich einen Fundus von spirituellen und religiösen Interventionen zur Verfügung stellt. (ebenda) Die Autoren sind jedoch der Meinung, dass ihr Ansatz auch für Psychotherapeuten hilfreich sei, die den östlichen spirituellen Traditionen oder der humanistischen und transpersonalen Spiritualität zugeneigt sind. Der Ansatz sei prinzipiell ökumenisch konzipiert und solle jedem Psychotherapeuten, vollkommen unabhängig von dessen Weltbild und Glaubensorientierung, eine Hilfe sein, um sensibler und effektiver mit religiös oder spirituell orientierten Klienten umzugehen. Richards und Bergin verstehen ihren Ansatz als einen mehrdimensionalen, eklektischen und integrativen Ansatz, innerhalb dessen spirituelle Interventionen ebenso zum Einsatz kommen wie die säkularen Perspektiven und Interventionen der Mainstream-Psychologie (ebenda, S. 14). Die spirituelle Perspektive soll die herkömmlichen psychotherapeutischen Ansätze nicht ersetzen, sondern ergänzen und, wenn notwendig, Anwendung finden, so dass die Ressource der spirituellen Dimension genutzt werden kann. Dies sehen die Autoren im Einklang mit dem allgemeinen Trend des eklektischen oder methodenübergreifenden Arbeitens innerhalb der Psychotherapie. Die vorgeschlagene Strategie soll ökumenisch sein, das heißt, sie soll so weit gefasst sein, dass die

philosophischen und spirituellen Grundannahmen der Strategie vernünftig in Einklang zu bringen sind mit den Weltbildern der großen religiösen und spirituellen Systeme. Sie soll den gemeinsamen Grund erfassen, der der Spiritualität der Klienten zugrunde liegt, damit sich der Psychotherapeut nicht in den theologischen Konflikten der verschiedenen Glaubenssysteme verstrickt. Obwohl Richards und Bergin auch konfessionsspezifische Ansätze für wichtig erachten, reichen diese ihrer Ansicht nach zum derzeitigen Zeitpunkt nicht aus, da solche Ansätze dazu führen, dass die in diesem Bereich der Psychotherapie vorherrschende Zersplitterung und Inkohärenz eher noch mehr verstärkt wird (2002, S. 15). Im Rahmen einer weiteren APA-Publikation beschäftigen sich die Autoren jedoch auch mit solchen religionsspezifischen psychotherapeutischen und beraterischen Zugangsweisen (Richards & Bergin, 2000).

Da die spirituelle Sichtweise Aspekte einer eklektischen und multisystemischen Sicht des Menschen beinhaltet, orientieren sich die Therapieziele des solcherart arbeitenden Psychotherapeuten grundsätzlich an den Themen, die der Klient einbringt. Als Therapieziele, die sich direkt auf die spirituelle Dimension beziehen, nennen die Autoren die folgenden:

a) den Klienten dabei zu helfen, ihre ewige, spirituelle Identität zu festigen und in Einklang mit dem Geist der Wahrheit zu leben,
b) zu erfassen, welchen Einfluss religiöse und spirituelle Glaubensüberzeugungen auf das Leben der Klienten haben und ob diese ungelebte spirituelle Bedürfnisse haben,
c) die Klienten dabei zu unterstützen, religiöse und spirituelle Ressourcen zu nutzen, um ihnen dadurch in ihrem Bestreben behilflich zu sein, Situationen zu bewältigen, sich zu verändern und zu wachsen,
d) den Klienten dabei zu helfen, ungelöste spirituelle Fragen und Zweifel aufzulösen und Entscheidungen bezüglich der Rolle von Spiritualität in ihrem Leben zu treffen,
e) den Klienten zu helfen, ihre Spiritualität zu erforschen und ihre Suche nach spirituellem Wachstum fortzusetzen. (Richards & Bergin, 2002, S. 140f, Übers. d. Verf.)

Die Aufgabe des Therapeuten besteht nach Richards und Bergin zuerst einmal darin, eine warme, unterstützende und akzeptierende Atmosphäre aufzubauen, in der sich der Klient sicher und aufgehoben fühlt, um seine spirituellen Überzeugungen, Zweifel und Themen explorieren zu können. Darüber hinaus sollte der Therapeut sorgfältig erfassen, inwiefern die religiöse oder spirituelle Orientierung und Praxis des Klienten einen Einfluss auf dessen psychische Gesundheit oder auf seine zwischenmenschlichen Beziehungen hat. Eine weitere Funktion des Therapeuten besteht in der Implementierung von spirituellen und religiösen

Interventionen, die den Klienten dabei unterstützen sollen, seine religiösen und spirituellen Ressourcen im Rahmen seines Bewältigungs- und Wachstumsprozesses effektiver zu nutzen. Schließlich könne der Therapeut auch als Modell für gesunde Werte dienen und solche bestärken. Last not least wird dem Therapeuten geraten, bezüglich der Frage, auf welche Weise er Klienten am besten helfen könne, selbst spirituelle Führung und Anregung zu suchen (2002, S. 140f, Übers. d. Verf.).

Richards und Bergin führen eine große Bandbreite an Interventionen an, die im Rahmen einer spirituellen Strategie zum Einsatz kommen können: kognitive Umstrukturierung bezüglich irrationaler religiöser Glaubensüberzeugungen, Arbeit mit Übergangsfiguren, Erfassung des religiösen und spirituellen Status des Klienten im Rahmen der Anamnese und Diagnostik, Kontemplation und Meditation, das Lesen von religiösen Schriften, die Ermutigung zu Vergebung, Beichte, privatem Gebet oder zur Inanspruchnahme von Segnungen durch Geistliche, Teilnahme an Gottesdiensten und religiösen Veranstaltungen, spirituelle Imagination, Führen eines religiösen Tagebuches, spirituelle Bibliotherapie, Bezugnahme auf religiöse Schriften, Belehrungen hinsichtlich spiritueller Konzepte, spirituelle Selbstoffenbarung des Psychotherapeuten, spirituelle Konfrontation, gemeinsames Gebet, Nutzung der religiösen Gemeinschaft und des religiösen Unterstützungssystems des Klienten und anderes mehr. All diese Interventionen zielen primär darauf ab, das religiöse und spirituelle Bewältigungsverhalten, Wachstum und Wohlbefinden des Klienten zu fördern und ihn dabei zu unterstützen, in seiner Lebensführung auf spirituelle Ressourcen zurückzugreifen (s. Richard & Bergin, 2002, S. 231, S. 234f). Im Speziellen sollen sie nach Richards und Bergin dazu dienen,

a) den Klienten dabei zu unterstützen, seine ewige spirituelle Identität und seinen göttlichen Wert zu bekräftigen,
b) die Führung und Kraft Gottes zu suchen, ihn bei seinen Bemühungen um Bewältigung, Heilung und Wachstum zu unterstützen,
c) soziale, materielle und emotionale Unterstützung von seiner religiösen Gemeinschaft und religiösen Führungspersonen zu erhalten,
d) dysfunktionale religiöse Gedanken und Praktiken zu untersuchen und zu modifizieren,
e) Probleme aus einer ewigen, spirituellen Perspektive zu verstehen und neu einzuordnen,
f) religiöse Zweifel und Fragen zu untersuchen und durchzuarbeiten,
g) emotional und spirituell zu vergeben und Heilung in Bezug auf vergangenen Missbrauch und Schmerz zu erfahren,

h) Verantwortung zu übernehmen und Wiedergutmachung zu leisten für eigenes schädigendes und selbstsüchtiges Verhalten, das andere verletzt hat,

i) im Glauben und Engagement bezüglich der spirituellen Überzeugungen und Werte zu wachsen (S. 230, Übers. d. Verf.).

3.3.2. Allgemeine Leitlinien zur Einbeziehung von Spiritualität und Religiosität im Rahmen der Anamnese und Diagnostik

Mittlerweile liegen vor allem aus dem US-amerikanischen Raum eine Vielzahl an Vorschlägen dazu vor, wie klinisch bedeutsame Dimensionen von Spiritualität und Religiosität im Rahmen der Anamnese erhoben werden können. Diese reichen von einem kurzen Mini-Screening bis hin zu ausführlichen Explorationen im Rahmen eines klinischen Interviews. Darüber hinaus liegt mittlerweile aus dem Bereich der religionspsychologischen Forschung sowie der Transpersonalen Psychologie eine große Anzahl an Erhebungsinstrumenten vor, die im Rahmen einer vertieften Erhebung zum Einsatz kommen können.[52][53]

Richards und Bergin (2002, S. 172ff, Übers. d. Verf.) führen fünf Gründe an, die ihrer Ansicht nach für die Durchführung einer religiös-spirituellen Erhebung sprechen:

1) Eine solche Erhebung kann Psychotherapeuten dabei unterstützen, das Weltbild ihrer Klienten besser zu verstehen und somit ihre Fähigkeit erhöhen, die Klienten empathisch zu verstehen und einfühlsam mit ihnen zu arbeiten.

2) Sie kann Therapeuten dabei unterstützen zu bestimmen, inwiefern es sich bei der religiös-spirituellen Orientierung des Klienten um gesunde oder um ungesunde Formen handelt und welchen Einfluss diese auf die vorliegenden Probleme und Störungen haben.

3) Sie kann Therapeuten dabei unterstützen, die Frage zu beantworten, ob die religiösen und spirituellen Überzeugungen des Klienten und seine religiöse / spirituelle Gemeinschaft als Ressourcen genutzt werden können, welche diesen bei seinen Bewältigungs-, Heilungs- und Wachstumsprozessen unterstützen.

[52] Zu den Erhebungsinstrumenten siehe S. 18.

[53] Für eine Übersicht über Möglichkeiten der Berücksichtigung von spirituellen oder religiösen Faktoren im Rahmen der Anamnese siehe Richards und Bergin (2002, S. 171-199), van Quekelberghe (2007, S.129-138), Utsch (2005, 214f), Gorsuch und Miller (1999), Miller (2003, S. 145-149), Sperry (2001, S. 109-119) und West (2000, S. 77-83).

4) Sie kann Therapeuten dabei unterstützen zu bestimmen, welche spirituellen Interventionen im Rahmen der Therapie genützt werden könnten, um ihren Klienten zu helfen.
5) Sie kann Therapeuten dabei unterstützen herauszufinden, ob die Klienten ungelöste religiöse Zweifel, Belange oder Bedürfnisse haben, die im Rahmen der Therapie angesprochen werden sollten.

Van Quekelberghe (2007, S. 129) schlägt in Anlehnung an das von Koenig und Pritchett (1998) entwickelte Mini-Screening FICA (Faith, Influence, Community Adressing) eine entsprechende deutsche Version mit dem Kürzel „Graugans“ vor:

1. „G(r) für Glauben: Wie wichtig ist religiöser Glauben in Ihrer Lebensgestaltung? Weitere Fragen über Religionszugehörigkeit, religiöse Praktiken, spirituelle Erfahrungen etc. können sich daran anschließen.
2. AU für Auswirkungen: Welche Auswirkungen haben religiöse Werte/Einflüsse und/oder spirituelle Erfahrungen auf Ihr Leben? In der Vergangenheit? Heute?
3. G für Gemeinschaft. Sind Sie z. Z. in einer religiösen Gemeinde oder spirituellen Gemeinschaft aktiv? .... Wie wirkt sich diese Zugehörigkeit auf Sie aus?
4. ANS für Ansprechen: Welche religiösen oder spirituellen Bedürfnisse, Zielsetzungen, Probleme möchten Sie, dass ich anspreche?“

Richards und Bergin (2002, S. 187ff) schlagen ein mehrstufiges, multisystemisches und ökumenisches Assessment vor. Im Rahmen einer ersten kurzen und globalen Erhebung sind Informationen bezüglich der physischen, sozialen, verhaltensbezogenen, intellektuellen, ausbildungs- und berufsbezogenen, psychologisch-emotionalen sowie der religiös-spirituellen Ebene zu erheben. Dabei verlässt sich der Therapeut weitgehend auf die Selbsteinschätzung und Berichte des Klienten. Abhängig von der Problematik des Klienten, seinen Anliegen und den Ergebnissen dieser ersten globalen Einschätzung sind auf Stufe zwei der Erhebung diejenigen Bereiche vertiefend zu erfassen, die von klinischer Relevanz zu sein scheinen. Im Rahmen der ersten Stufe der Erhebung empfehlen die Autoren die folgenden Bereiche anzusprechen:

1) das metaphysische Weltbild des Klienten,
2) die religiöse Einbindung und Erfahrungen während der Kindheit,
3) die gegenwärtige religiöse Einbindung und deren Bedeutung,

4) ob der Klient der Meinung ist, dass seine spirituellen Überzeugungen und sein spiritueller Lebensstil zu seiner gegenwärtigen Problematik und seinen Belangen in irgendeiner Hinsicht beitragen,
5) ob er spirituelle Belange oder Bedürfnisse hat,
6) ob er bereit ist, seine spirituellen oder religiösen Themen zu explorieren und an spirituellen Interventionen teilzunehmen,
7) ob er der Ansicht ist, dass seine spirituellen oder religiösen Überzeugungen und seine spirituelle / religiöse Gemeinschaft eine potentielle Quelle der Kraft und Unterstützung sind.

(Richards & Bergin, 2002, S. 191f)

Klienten, bei denen sich anhand dieser ersten Erhebung zeigt, dass eine spirituelle oder religiöse Lebensführung von wesentlicher Bedeutung ist, die der Ansicht sind, dass spirituelle oder religiöse Themen im Zusammenhang mit ihren aktuellen Problemen von Bedeutung sind und die darüber hinaus dazu bereit sind, solche Themen im Rahmen der Therapie zu explorieren, sollten im Rahmen einer vertiefenden Erhebung differenzierter befragt werden. Hierbei kann nach Richards und Bergin ein breites Spektrum von Fragen therapeutisch hilfreich sein. So können beispielsweise die folgenden Bereiche exploriert werden:

1. der Grad der Orthodoxie des Klienten hinsichtlich seiner religiösen Überzeugungen und Verhaltensweisen,
2. sein religiöser Problemlösestil,
3. seine Vorstellungen von Gott (liebend, vergebend, unpersönlich, rachsüchtig),
4. sein Verständnis, was die wesentliche Doktrin und Lehren seiner religiösen Tradition anbelangt,
5. inwiefern sein Lebensstil und Verhalten kongruent sind mit seinen religiösen oder spirituellen Überzeugungen und Werten,
6. auf welcher Stufe der Glaubensentwicklung er sich befindet,
7. ob er eine spirituelle Zuversicht in Bezug auf seine ewige spirituelle Identität und seinen göttlichen Wert hat,
8. ob seine Beziehung zu Gott eine Quelle des Wohlbefindens und der Kraft ist,
9. ob die religiöse Orientierung des Klienten primär intrinsisch, gesund und reif oder extrinsisch, ungesund und unreif ist,

10. in welcher spezifischen Art und Weise der spirituelle oder religiöse Hintergrund des Klienten seine bestehenden Probleme und Störungen beeinflusst.

(nach Richards & Bergin, 2002, S. 194f)

Die aus dem anglo-amerikanischen Raum vorgeschlagenen Verfahren einer spirituellen Anamnese können zwar erste Anregungen liefern, sie sind jedoch, ähnlich wie das in dieser Literatur diskutierte Fallmaterial, häufig sehr kulturspezifisch. Nach Ansicht von Utsch (2005) ist eine gründliche kulturelle Anpassung und Überarbeitung erforderlich, um diesbezügliche Verfahren auch in Deutschland nutzbringend einsetzen zu können. Van Quekelberghe stellt darüber hinaus fest, dass die meisten der weltweit angewandten Erhebungsinstrumente zu diesem Bereich noch auf eine umfassende empirische Validierung warten. Zudem stammen auch diese zum großen Teil aus dem anglo-amerikanischen Sprachraum. Die bisher erzielten Ergebnisse weisen jedoch seiner Ansicht nach darauf hin, dass spirituelle und religiöse Erlebens- und Verhaltensweisen psychotherapeutisch in vielfacher Weise relevant sind und dass sich dies durch die Anwendung entsprechender Erhebungsinstrumente in zunehmendem Maße empirisch belegen lässt (van Quekelberghe, 2007, S. 138).

3.3.3. Transpersonale und Integrale Psychotherapie

Im Rahmen der Transpersonalen Psychologie[54] sowie der Integralen Psychologie nach Ken Wilber (2001a) wird die spirituelle oder transpersonale Dimension menschlicher Erfahrung in Theorie und Praxis ebenfalls explizit mit einbezogen. Diese Ansätze betonen mit Abraham Maslow formuliert „die umfassenderen Reiche des menschlichen Bewusstseins und Wachstums“. Hierbei wird Psychotherapie vor dem Hintergrund von erweiterten Modellen der menschlichen Entwicklung, die höhere psychologische Funktionen und personüberschreitende, transpersonale Entwicklungsstadien mit einbeziehen, eingesetzt. Neben den Methoden und Erkenntnissen der westlichen Psychologie fließen dabei auch die Erkenntnisse und Methoden der östlichen und westlichen kontemplativen und philosophischen Systeme mit ein. Die Transpersonale Psychologie besitzt aufgrund ihres Entstehungskontextes eine starke Affinität zur Humanistischen Psychologie und zu den spirituellen Traditionen bzw. den Bewusststeinsdisziplinen des asiatischen Raumes. Insgesamt sind die Quellen der Transpersonalen Psychologie jedoch vielfältig und heterogen und von daher ist sie durch einen starken Pluralismus der Meinungen und Methoden gekennzeichnet (Deutsches Kollegium für Transpersonale Psychologie und Psychotherapie, o.

J.; Walach, 2003; Walach, Kohls & Belschner, 2005). Dies gilt ebenso für ihre praktischen Anwendungen im Rahmen der Transpersonalen Psychotherapie. Zu den transpersonalen psychotherapeutischen Ansätzen werden beispielsweise so unterschiedliche Verfahren wie die Analytische Therapie nach Carl Gustav Jung, das Holotrope Atmen nach Stanislav und Christina Grof, die Psychosynthese nach Roberto Assagioli, die Logotherapie nach Viktor Frankl oder die Initiatische Therapie nach Karlfried Graf Dürckheim gezählt (für eine Übersicht hierzu siehe Zundel & Loomans, 1994; Quekelberghe, 2007). Die Tendenz scheint derzeit jedoch insgesamt dahin zu gehen, dass sich die transpersonale Perspektive nicht als eine weitere, eigenständige psychotherapeutische Schule fortschreibt sondern, dass transpersonale Sichtweisen und Konzepte vielmehr innerhalb der einzelnen Teilgebiete des psychologischen Mainstreams einschließlich der Psychotherapie immer häufiger in Theorie und Praxis mit einfließen.[55] Angesichts der beträchtlichen Heterogenität der einzelnen Ansätze soll der Fokus des nun folgenden Kapitels auf der Darstellung der allgemeinen Charakteristika liegen, die für eine transpersonal bzw. integral orientierte psychotherapeutische Vorgehensweise spezifisch sind.

Die Transpersonale Psychologie und Psychotherapie hat ihre Wurzeln in der Humanistischen Psychologie. Von daher ist sie ebenso wie diese prinzipiell wachstums- und gesundheitsorientiert und auf die Erfüllung des menschlichen Potentials ausgerichtet. Dabei geht sie von der Annahme aus, dass in jedem Menschen ein Impuls in Richtung Selbsttranszendenz und spirituelles Wachstum angelegt sei. Abraham Maslow, einer der Gründungsväter der Transpersonalen Psychologie, begann sich gegen Ende seiner Laufbahn mit den weiteren Entwicklungsmöglichkeiten der menschlichen Psyche zu beschäftigen, die über die von ihm beschriebene personale Selbstverwirklichung hinausgehen. Er beobachtete, dass bei gesunden, voll entwickelten, selbstaktualisierten Personen häufiger spontan so genannte „Gipfelerfahrungen“ auftraten. Dies sind Erfahrungen, die die üblicherweise gegebenen Grenzen der Persönlichkeit in Richtung hin zu einer umfassenderen Identität überschreiten, vergleichbar mit der mystischen Einheitserfahrung. Maslow beschäftigte sich ausgiebig mit solchen Personen und deren Erfahrungen und erweiterte schließlich das von ihm entwickelte Modell der Bedürfnishierarchie, indem er postulierte, es gebe Metabedürfnisse transpersonaler Natur, so genannte Seins-Werte, die auf die Erfüllung der basaleren materiellen und psychologischen Bedürfnisse folgen (Maslow, 1969a, 1969b, 1970,

[54] Für eine kritische Diskussion des gegenwärtigen Standes der Transpersonalen Psychologie sowie des Wilber-Modells sei auf Walach, Kohls und Belschner (2005), Ferrer (2002) und Weis (2002) verwiesen.

[55] Diese Entwicklung scheint nicht zuletzt auch in Einklang zu sein mit der allgemeinen Tendenz in der Entwicklung der Psychotherapie, welche sich vor allem durch eine eklektische Vorgehensweise und die Erarbeitung einer schulenübergreifenden Allgemeinen Psychotherapie auszeichnet.

1973).[56] Der voll entwickelte Mensch, so Maslow, sei motiviert durch Werte, die ihn selbst transzendieren (Maslow, 1969a). Darüber hinaus sprach er nunmehr von der Möglichkeit einer nicht-transzendierenden und einer transzendierenden Selbstverwirklichung (1969b). Dieser Prozess, so die Annahme der Vertreter der Transpersonalen Psychologie, kann auch im Rahmen der Psychotherapie gefördert werden.

Ken Wilber, einer der prominentesten Exponenten der Transpersonalen Psychologie, hat, wie bereits in Kapitel 2.4.1.3.2.1. näher beschrieben, in einem weiteren Schritt die entwicklungspsychologischen Erkenntnisse der westlichen und östlichen psychologischen und kontemplativen Schulen aufgearbeitet und in seinem umfassenden Stufenmodell der Bewusstseinsentwicklung zusammengefasst (Wilber, 1988b, 1988c, 2001a). Während sich die östlichen kontemplativen Traditionen in der Regel wenig mit der psychischen Entwicklung vom Säugling bis hin zur reifen Erwachsenenpersönlichkeit und deren möglichen Störungen befasst haben, hatte sich die akademische Psychologie bis vor kurzem nur wenig mit den weiteren, postkonventionellen Entwicklungsmöglichkeiten des menschlichen Bewusstseins und alternativen Modellen der psychischen Gesundheit, wie sie in den östlichen spirituellen Traditionen beschrieben und kultiviert werden, beschäftigt. Von daher, so die Annahme der Transpersonalen Psychologie, können sich beide Betrachtungsweisen und Epistemologien zu einem umfassenden Gesamtbild der menschlichen Psyche, ihres möglichen Entwicklungspotentials sowie der möglichen Entwicklungsstörungen und Pathologien ergänzen (Wilber et al., 1988; Walsh, 1992; Walsh & Vaughan, 1993a).

Während Wilber seine Arbeit zu Anfang dem Feld der Transpersonalen Psychologie zuordnete, distanzierte er sich im Laufe der Zeit zunehmend von dieser und bezeichnet den von ihm entwickelten Ansatz nunmehr als „Integrale Psychologie“ (Wilber, 2001a).[57] Wilbers Stufenmodell der Selbstentwicklung leistet, wie bereits angeklungen, einen wesentlichen theoretischen Beitrag, um verschiedene Pathologien und Störungsbilder spezifischen Entwicklungsstufen zuordnen zu können und die jeweils indizierten Therapieziele und therapeutischen Ansätze genauer zu bestimmen (Wilber, 1988a, 1988b, 1988c, 2001a; Weinreich, 2005). Diese erweiterten Modelle der menschlichen Entwicklung und des menschlichen Potentials erlauben somit eine differenziertere diagnostische Einschätzung von problematischen psychischen Zuständen. Darüber hinaus wird daraus jedoch auch ein

[56] Maslow sprach anfangs noch von einer „Transhumanistischen Psychologie“ und von „transhumanistischen Werten“. Dieser Begriff wurde zu einem später durch „transpersonal“ ersetzt. Die Transhumanistische Psychologie, so Maslow, beschäftige sich mit transzendenten Erfahrungen und Werten. (Maslow, 1969a)

[57] Den Entwicklungen innerhalb der Transpersonalen Psychologie, die dazu geführt haben, dass sich Wilber zunehmend von dieser abgrenzte, widmet sich ein Interview mit dem Autor (Wilber, o. J., http://www.integralworld.net/de/wilbershambhala1.html.).

breiteres Spektrum an psychotherapeutischen Methoden und Zielsetzungen abgeleitet. Die Transpersonalen Ansätze verstehen sich als integrative Ansätze, die alle Aspekte des menschlichen Wesens von der körperlichen über die emotionale und mentale bis hin zur spirituellen Ebene im Rahmen der Therapie berücksichtigt sehen wollen, und dementsprechend breit gestreut und eklektisch ist auch das Spektrum der Methoden, die im Rahmen der Therapie zum Einsatz kommen können. Analog bedeutet dies die Einbeziehung des ganzen möglichen Entwicklungsspektrums von den präpersonalen über die personalen bis hin zu den transpersonalen Stufen der Selbstentwicklung. Wilber spricht in diesem Zusammenhang auch von einer „Therapie des ganzen Spektrums". Aus diesem Grund ist es ein spezifisches Charakteristikum der Transpersonalen Psychotherapie, dass sich die psychotherapeutische Arbeit sowohl auf die Förderung der personalen Entwicklung als auch der transpersonalen bzw. spirituellen Entwicklung bezieht. Die Therapieziele können von daher sowohl konventionell psychologisch ausgerichtet sein als auch spezifisch transpersonale Zielsetzungen beinhalten. In diesem Sinne formulierte bereits Assagioli, einer der ersten Begründer eines genuin transpersonalen psychotherapeutischen Ansatzes, als Therapieziele seiner Psychosynthese, eine personale und eine transpersonale Psychosynthese (Assagioli, 2004, S. 75). Während die personale Psychosynthese die Entwicklung und Verwirklichung der Persönlichkeit zum Ziel hat, unterstützt die transpersonale Psychosynthese die transpersonale oder spirituelle Entwicklung des Menschen. So spielt im Rahmen der personalen Psychosynthese beispielsweise die Aufarbeitung und Integration von unterdrückten, konflikthaften Anteilen des tieferen Unbewussten und der persönlichen Vergangenheit eine herausragende Rolle. Die Arbeit an der Persönlichkeit ist dem Verständis Assagiolis gemäß jedoch kein Selbstzweck, sondern sie hat vielmehr zum Ziel, dass sich „das eigentliche Wesen", das „höhere Selbst", freier mitteilen kann – in Assagiolis Worten –, „die Energien des Selbst zu befreien".[58]

In ähnlicher Weise unterschied Karlfried Graf Dürckheim (1973) die Therapieformen einer psychologisch oder pragmatisch ausgerichteten Psychotherapie und die einer existentiell oder initiatisch ausgerichteten Psychotherapie. Die Aufgabe der Ersteren sieht er vornehmlich in der Wiederherstellung eines seelisch Erkrankten bzw. der Funktionsfähigkeit einer mit dem „Welt-Ich" identifizierten Person. Hierbei spielen konventionelle psychotherapeutische Zielsetzungen wie Symptomreduktion oder Stärkung der Funktions- und Beziehungsfähigkeit

[58] Bei Assagioli wird dies so zusammengefasst: „Die Psychosynthese zeichnet sich vor allem dadurch aus, dass sie die personalen Aspekte – also die Arbeit mit unbewussten Anteilen des tieferen Unbewussten und unserer persönlichen Vergangenheit – verbindet mit den transpersonalen: mit den Inhalten des höheren Unbewussten und damit unseren Entwicklungsmöglichkeiten und Potentialen, mit unserer inneren Berufung."

eine zentrale Rolle. Die existentiell oder pragmatisch ausgerichtete Therapie zielt dagegen auf die Freilegung verschütteter oder noch unbewusster „Wesenskräfte“ oder, anders ausgedrückt, auf eine „Selbstverwirklichung aus dem Wesen“ ab. Graf Dürckheim betonte in diesem Zusammenhang - zusammen mit vielen anderen transpersonalen Psychologen - die Bedeutung und Verantwortung der Person des Psychotherapeuten bzw. von dessen Fähigkeit, die Tiefendimension solcher Wesenserfahrungen wahrzunehmen, zu erkennen und diese als solche einzuordnen. Er wies darauf hin, dass die eigene Erfahrung des Therapeuten bezüglich solcher Erfahrungen sowie dessen Deutungsschemata entscheidend dazu beitragen, in welchem Maße solche Erfahrungen von den Betroffenen integriert und für das psychische Wachstum genutzt werden können, oder aber, ob das ihnen innewohnende Potential nicht erkannt oder gar in reduktionistischer Weise abgewertet wird. Zur Aufgabe des Therapeuten gehöre es von daher, zum einen numinose Erfahrungen in ihrem Bedeutungsgehalt wahr- und ernst zu nehmen und zum anderen das Wahrnehmungsvermögen seiner Klienten hinsichtlich solcher Erfahrungen zu stärken und sie dazu zu ermutigen „sich auch bewusstseinsmäßig mehr und mehr auf das Erfassen eines höher dimensionierten Erlebnispotentials einzulassen“ (ebenda, S. 222). Denn nur das, was der Therapeut für sich selbst sowohl theoretisch als auch existentiell ernst nimmt, gewinnt in der therapeutischen Situation an Gewicht (ebenda, S. 218). Sowohl Assagioli als auch Graf Dürckheim haben schon früh darauf hingewiesen, dass es psychische Störungen gibt, die erscheinungsbildlich den neurotischen Störungsbildern ähneln können. Anders als diese seien sie jedoch auf eine Verdrängung oder Unterdrückung von selbst-transzendierenden bzw. transpersonalen Impulsen zurückzuführen. In der Terminologie Assagioli’s ausgedrückt, kann diese Unterdrückung von Impulsen des höheren Unbewussten genauso schädlich und entwicklungshemmend sein wie die von Freud beschriebene Abwehr von Inhalten des tieferen Unbewussten.

Graf Dürckheim formuliert dies ähnlich:

> Dazu kommt neuerdings eine andere Thematik, die dort auftaucht, wo das Leiden des Menschen – sei es psychisch oder physisch – seine Wurzeln in einer Tiefe hat, die über das noch psychologisch Fassbare hinaus in den Kern seines metaphysischen Wesens reicht, also in jenen Kern des Unbewussten, deren Äußerungen einen numinosen Charakter haben. Wo das Numinose auftaucht, ist das Überweltliche im Spiel. ‘Heilung’ ist dann nur möglich, wenn der ‘Kranke’ lernt, sich von dort her zu begreifen und sein Versagen in der Welt als Ausdruck der Blockierung einer Selbstverwirklichung zu verstehen, in der sein eigenes transzendentes Wesen hervorkommen sollte. (Graf Dürckheim, 1973, S. 217)

Ein weiteres wesentliches Charakteristikum transpersonaler Psychotherapie besteht darin, dass der Umgang mit den personalen und den transpersonalen Ebenen sich grundsätzlich an der Diagnose und den Anliegen des Klienten orientiert und flexibel gehandhabt wird. Dies kann unter Umständen auch bedeuten, dass der Therapeut die Arbeit rein auf die personale Ebene beschränkt. In diesem Zusammenhang betont Vaughan (1979), dass der Inhalt einer transpersonal orientierten Psychotherapie nie ausschließlich transpersonal sein sollte, da er das ganze Spektrum der Lebenserfahrung des Klienten reflektieren muss.

Während die Transpersonale und Integrale Psychotherapie viel aus dem Erfahrungsschatz der östlichen und westlichen meditativ-kontemplativen Traditionen schöpft, fühlt sie sich prinzipiell dem Geist der Aufklärung verpflichtet und bemüht sich um eine zeitgemäße Adaption und Integration dieser Erkenntnisse – zum einen in Hinblick auf den Erkenntnisstand der akademischen Psychologie und zum anderen in Hinblick auf die lebensweltlichen Bedingungen der Postmoderne. Die Psyche und Umweltbedingungen des post-modernen westlichen Menschen sind sehr komplex geworden und mit den historisch-kulturellen Bedingungen, die in den Biographien der großen Kontemplativen beschrieben wurden, kaum mehr vergleichbar. Während diese ihr Leben in der Regel oft in Einsamkeit verbrachten und ausschließlich dem höchsten Ziel der Realisierung eines letzten Zustandes widmeten, ringt der moderne westliche spirituell orientierte Mensch vor allem darum, die Anforderungen, Ziele und Werte seines beruflichen und familiären Alltagslebens mit denen seiner spirituellen Orientierung und Praxis zu verbinden. Von daher erfordert eine therapeutische Begleitung in hohem Maße differenzierte und integrative Vorgehensweisen und Zielsetzungen.

Im Gegensatz zur Religionspsychologie und den zuvor dargestellten christlich-theistischen Ansätzen beschäftigt sich die Transpersonale Psychologie und Psychotherapie vergleichsweise wenig mit den institutionalisierten Formen der Religiosität. Da der Fokus der Transpersonalen Psychologie auf Spiritualität als erfahrener Wirklichkeit liegt und das Bewusstsein selbst als die Quelle der Spiritualität betrachtet wird, wird der Versuch unternommen, die spirituelle Entwicklung in einer bewusstseinspsychologischen Terminologie, jenseits von religiös-kulturell codifizierten Glaubenssätzen, zu erfassen (siehe hierzu Quekelberghe, 2007). Die Transpersonale Psychologie interessiert sich primär für den kulturinvarianten Kern der religiösen Erfahrung, noch bevor diese im Rahmen religiöser Traditionen gedeutet und institutionell codifiziert wurden. So heißt es bei Walach et al. (2005, S. 407): „Als spirituelle Erfahrungen bezeichnen wir Erfahrungen, deren Ursprung in der Beziehung zu einer absoluten transzendenten Wirklichkeit verstanden wird, die aber nicht

notwendigerweise im Rahmen eines traditionellen religiösen Systems ausgedrückt werden.“ Eine thematische Konstante der transpersonalen Psychologie ist von daher die der Spiritualität als erfahrener Wirklichkeit im Gegensatz zu dogmatisch geglaubten Sätzen eines religiösen Systems (ebenda, 2001, S. 408). In ähnlicher Weise äußert sich auch Wilber, wenn er darauf hinweist, dass es authentischer Spiritualität nicht um Glaubensvorstellungen oder Glauben gehe, sondern vielmehr um die Transformation des eigenen Bewusstseins (Wilber, 2001a, S. 158). Es gehe ihr, so Wilber, vor allem um die unmittelbare Erfahrung einer lebendigen Realität, die unmittelbar auf intime Weise im Herzen und Bewusstsein von Individuen erschlossen werden kann.[59]

Ein weiterer spezifischer Schwerpunkt des transpersonal bzw. integral orientierten Ansatzes liegt in der Bedeutung, die veränderten, vor allem erweiterten Bewusstseinszuständen beigemessen wird (Walsh & Vaughan, 1993a, 1993b; Gottwald & Hohwald, 1990), sowie in der Betonung des Wertes und der Gültigkeit von transpersonaler Erfahrung und Identität. Spirituelle oder mystische Erfahrungen und veränderte Bewusstseinszustände haben nach Ansicht der Vertreter der transpersonalen Psychologie ein starkes Transformations- und Heilungspotential und sollten deshalb auch im Rahmen der Psychotherapie durchaus gefördert werden. Von daher werden im Rahmen der Transpersonalen Psychotherapie veränderte Bewusstseinszustände und transpersonale Erfahrungen auch gezielt induziert.

Ebenfalls in diesem Zusammenhang steht, dass im Rahmen der Therapie neben der Erfahrung und Analyse der Objekte des Bewusstseins vor allem die Erfahrung des reinen Bewusstseins, als der Kontext aller Erfahrungen, gesucht wird (Vaughan, 1993). Dabei spielen die Bewusstwerdung der Identifizierungsprozesse und die Desidentifizierung von psychischen Inhalten sowie die Förderung des reinen Beobachtergewahrseins eine zentrale Rolle. Die transpersonale Psychotherapie fördert diesen Prozess der Desidentifizierung des Bewusstseins oder erfahrenden Ichs von seinen Inhalten. Dabei ist nicht, wie in der herkömmlichen Therapie oder wie im Rahmen der achtsamkeitsorientierten Ansätze beschrieben, die Freiheit bzw. Distanzierung des Bewusstseins von seinen Inhalten zentral – um dadurch beispielsweise mehr Distanz zu den eigenen Gefühlen zu erlangen und freiere Entscheidungen bezüglich des eigenen Verhaltens treffen zu können –, sondern vielmehr steht die vertiefte Erfahrung des Bewusstseins als solches im Zentrum des Interesses. Die Erfahrung dieses reinen Bewusstseins wird als heilend erfahren, da sie die Subjekt-Objekt-

[59] Von daher misst Wilber, ebenso wie andere Vertreter der Transpersonalen Psychologie auch, der spirituellen Praxis eine wesentliche Bedeutung bei, da diese die Person öffnen kann „für eine direkte Erfahrung des *GEISTES* und nicht nur für Glaubensvorstellungen oder Vorstellungen von *GEIST*“ (Wilber, 2001a, S. 157).

Trennung transzendiert und dadurch ein Gefühl von Ganzheit vermittelt. Die zunehmende Desidentifizierung von allen Erfahrungsinhalten wird zugunsten einer zunehmenden Identifizierung mit diesem Beobachter oder Bewusstseinsgrund vorangetrieben. Die ewig wechselnden Identifizierungen mit Inhalten des Bewusstseins jeglicher Art sollen dabei allmählich ersetzt werden durch die Identifizierung mit einer Ebene, die als unveränderbar, zeitlich und inhaltlich überdauernd, erfahren wird.[60] [61]

In diesem Kontext steht des Weiteren, dass auch der Fähigkeit des Psychotherapeuten, in einen transpersonalen Bewusstseinszustand einzutreten, eine wesentliche Bedeutung beigemessen wird. Das eigentlich Transpersonale ist nach Ansicht vieler Autoren weniger durch die Verwendung spezifischer Techniken bedingt als durch die Fähigkeit des Therapeuten, seinen Bewusstseinsraum zu erweitern und sich selbst im Therapieprozess für das Transpersonale zu öffnen. Diese Fähigkeit wird als optimale Bedingung für einen guten Verlauf der Therapie erachtet (Vaughan, 1979; Galuska, 2003b, 2003c).

Eine spezifische Aufgabenstellung des transpersonal orientierten Psychotherapeuten besteht, wie bereits angeklungen, darin, die transpersonale Entwicklung des Klienten zu fördern oder anders ausgedrückt – ihm beim Übergang von der personalen Struktur der reifen Erwachsenenpersönlichkeit bis hin zur Etablierung einer stabilen, transpersonalen Struktur zu begleiten. Wilber und Galuska sprechen diesbezüglich auch von einem Übergang vom „Ich" zur „Seele" (Wilber, 2001a; Galuska, 2003b, 2003d). Galuska (2003b) diskutiert in diesem Zusammenhang die Frage, wie ein modernes Seelenverständnis die wertvollen Elemente früherer Konzeptionen integrieren und aufbewahren könnte. Während sich der religiöse Seelenbegriff auf eine Art unsterblicher Identität beziehe, sei dieser in der modernen Psychotherapie weitgehend durch Begriffe wie Selbst, Ich, Identität und Persönlichkeit abgelöst worden. Die Transpersonale Psychologie sei im Gegensatz dazu gerade dabei, ein neues Seelenverständnis zu entwickeln. Dieses sei dadurch gekennzeichnet, dass die Seele als eine Struktur verstanden wird, die die Ich-Identität im Verlauf der Bewusstseinsentwicklung ablöst (Galuska, 2003b, S. 6). Dieser Entwicklungsprozess folgt den allgemeinen Gesetzen der psychischen Strukturbildung: Zunächst werden einzelne Erfahrungen eines transpersonalen Bewusstseins gemacht, diese werden im Laufe der Zeit wiederholt und integriert und führen so allmählich zur Herausbildung von stabilen und überdauernden Strukturen. Damit sei in diesem Falle eine „Kompetenz zur Verankerung im transpersonalen

[60] Der Klinische Psychologe van Quekelberghe (2007) hat dieses Thema in seinem Übersichtswerk „Grundzüge einer spirituellen Psychotherapie" unter der Formulierung „Ich als Kontext" und „Ich als Inhalt" differenziert behandelt und zu einem Leitthema gemacht, das sich wie ein roter Faden durch das ganze Werk zieht.
[61] Zur psychotherapeutischen Begründung siehe weiter unten.

Bewusstsein oder eben in der Seele“ gemeint (ebenda, S. 10). Die „Seele“, die auch mit Begriffen wie wahres Selbst, höheres Selbst, Wesen oder Essenz beschrieben wird, ist nach Galusuka erfahrbar und sie besitzt eine Doppelnatur, und zwar in dem Sinne, dass sie sowohl für das Persönliche als auch für das Überpersönliche transparent ist. In ähnlicher Weise beschreibt auch Wilber die Seele als Vermittler zwischen reinem GEIST und individuellem Selbst (2001a, S. 125). Die „Seele“ als Struktur wird schließlich gemäß dem Stufenmodell von Wilber in einem letzten Schritt der Bewusstseinsentwicklung im non-dualen Bewusstsein transzendiert.

Das personale Bewusstsein ist nach Galuska im Wesentlichen Ich-Bewusstsein. Zentral für diese Ebene der Entwicklung sind Identifizierungsprozesse, die zu stabilen und zusammenhängenden Bildern und Konzepten von uns selbst und anderen Menschen führen (Galuska, 2003b, S. 8). Die Seele als Struktur komme nun in dem Maße zum Vorschein, in dem sich die reife Erwachsenenpersönlichkeit im Laufe der Entwicklung der eigenen Identifizierungsvorgänge und Inhalte bewusst wird. Dieser Bewusstwerdungsprozess ermöglicht eine Relativierung bisheriger Selbstkonzepte und Identifizierungen bis hin zu einer grundsätzlichen und fundamentalen Desidentifizierung von ihnen. Schreitet dieser Prozess noch weiter voran, so mündet er schließlich in der Erfahrung des reinen Bewusstseins an sich, welches als die Qualität des eigenen Wesens erfahren wird. (ebenda, vgl. hierzu auch Weinreich, 2005, S. 126f; Wilber, 2001a)[62]

Als zentrale Charakteristika dieses transpersonalen Bewusstseinszustandes nennt Galuska (2003b, 2003c) Präsenz, Gegenwärtigkeit und bewusste Anwesenheit. Darüber hinaus beschreibt er eine Reihe von weiteren Qualitäten, die für den transpersonalen Bewusstseinsraum kennzeichnend sind:

Bewusstheit, Gewahrsein, Achtsamkeit, Zeuge, Wachheit

Klarheit, Reinheit, Unberührtheit

Freiheit, losgelöst sein, nicht identifiziert sein

Leere, Leerheit

Weite, Raumhaftigkeit, Unendlichkeit, leere Weite

Rezeptivität, Offenheit, Lichtung, offenes Gefäß

Durchlässigkeit, Transparenz, Sensitivität

Mitte, Zentriertheit, Nullpunkt

[62] Umgekehrt lässt sich sagen, dass die Erfahrung des reinen Bewusstseins an sich zur zunehmenden Desidentifizierung führt und somit zur Herauskristallisierung der Seele als Struktur.

Stille, Ruhe, Frieden, Zufriedenheit, Gleichmut

Freude und Glück

Mitgefühl und Liebe

Schönheit und Ehrfurcht

Heiligkeit, Heilsein

Seinsfühlung, Wesensfühlung

Grund, Seinsgrund, Wahrnehmungsgrund.

(Galuska, 2003b, S. 11; 2003c, S. 39)

Da diese Zustände frei sind vom üblichen Ich-Erleben und den damit einhergehenden Identifizierungsprozessen, überschreiten sie das personale Erleben und werden damit zu einem transpersonalen. Galuska weist darauf hin, dass jede einzelne dieser Qualitäten die Erfahrung der anderen erleichtern und somit als Zugang zu diesen bzw. zum transpersonalen Bewusstseinsraum dienen könne. Wichtig sei, dass der Psychotherapeut Methoden und Wege kennt, die zu diesen Qualitäten führen (Galuska, 2003b, 2003c). Transpersonale Bewusstseinszustände dieser Art können durch verschiedene Methoden induziert werden. Als via regia sind die verschiedenen Formen der Meditation anzuführen. Im Rahmen der Transpersonalen Psychologie wurden darüber hinaus auch andere Methoden entwickelt, wie z.B. Wahrnehmungsschulung, Atemtechniken, geführte Imagination, Desidentifikationsübungen, Köper- und Energiearbeit, Trancetechniken oder strukturierte Dialoge (Galuska, 2003b, S. 12, siehe hierzu auch Zundel & Loomans, 1994; Assagioli, 2004; Walsh & Vaughan, 1993a, 1993b; Rowan, 1993).

Die Fähigkeit des Therapeuten, in einen Transpersonalen Bewusstseinszustand einzutreten, birgt nach Galuska eine ganze Reihe von psychotherapeutischen Vorteilen in sich: Zum einen erleichtert die Einnahme der Zeugenposition im transpersonalen Bewusstseinszustand es dem Therapeuten, eine nicht-identifizierende Haltung aufrechtzuerhalten. Diese wiederum unterstützt ihn dabei, sich in der Arbeit mit „schwierigen“ Patienten weitgehend von Verstrickungen frei zu halten. Nach Galuska (2003c) besitzt der Psychotherapeut in einem solchen Zustand eine sichere Verankerung jenseits von Übertragung und Gegenübertragung. Dies hat auch Auswirkungen auf die Containment-Fähigkeit des Therapeuten – das heißt seine Fähigkeit, als ein Gefäß zu dienen, in welchem die Prozesse des Klienten aufgenommen und abgebildet werden können. Zum anderen eröffne der transpersonale Bewusstseinszustand dem Therapeuten die Möglichkeit, einerseits auf der persönlichen Ebene abstinent und nicht mit den Prozessen identifiziert zu sein, gleichzeitig aber dennoch im Wesen mit dem Klienten

verbunden zu sein. Aus einer transpersonalen Perspektive bestehe lediglich eine Unberührtheit und Distanz bezüglich der persönlichen Identität. Im Seelengrund oder Wesen könne jedoch eine tiefe Berührtheit und Verbundenheit erfahren werden (ebenda). Nicht zuletzt erschließt sich der Therapeut durch die Möglichkeit des Eintritts in einen transpersonalen Bewusstseinsraum auch andere Quellen der Wahrnehmung. So könne er vor allem seine Intuition als therapeutisches Medium nutzen. Bei der Entwicklung von intuitiven Fähigkeiten handelt es sich nach Ansicht von Galuska um ein Kernprinzip der transpersonalen Struktur. Der Transpersonale Therapeut schult und entwickelt seine intuitiven Fähigkeiten im Rahmen seiner eigenen spirituell-transpersonalen Entwicklung. Intuitiv könne er dann im therapeutischen Prozess entscheiden, welche seiner inneren Resonanzen – „kommen sie aus dem Fachwissen, seiner klinischen Erfahrung, seinen persönlichen Reaktionen oder seinem spirituellen Raum – er als Antwort zum Klienten hin ausdrückt“ (2003b, S. 14).

Der transpersonale Bewusstseinszustand ist im Rahmen der Psychotherapie somit in mehrerlei Hinsicht von Bedeutung: Von Seiten des Psychotherapeuten dient dessen Fähigkeit, in einen solchen Zustand einzutreten, zum einen als Gefäß für die Problematik und den Heilungsprozess des Klienten. Zum anderen erlaubt ihm ein solcher Bewusstseinszustand, im Rahmen der Therapie ein breiteres Erkenntnis- und Wahrnehmungsspektrum zu nutzen. Schließlich besteht die Möglichkeit, dass der Klient mit den Bewusstseins- und Seelenqualitäten des Therapeuten in Resonanz tritt und dass dadurch eine Empfindung seiner eigenen transpersonalen Wesensqualitäten evoziert wird.[63]

Beim Klienten können transpersonale Erfahrungen – sei es gezielt induziert oder aus der Resonanz mit dem Therapeuten entstehend – mit zutiefst heilsamen Qualitäten und temporären Einblicken in erweiterte Seinszustände verbunden sein. Darüber hinaus kann die Erfahrung des transpersonalen Bewusstseinsraums den Klienten optimalerweise beim Prozess der dauerhaften Etablierung der transpersonalen Strukturen unterstützen.

[63] Hier ist anzumerken, dass zwar eine ganze Reihe von Autoren auf die möglichen psychotherapeutischen Vorteile einer meditativen Praxis des Psychotherapeuten sowie eines gezielten Einsatzes von solchen Bewusstseinsmodalitäten im Rahmen der Psychotherapie hingewiesen haben (Belschner, 2002; Galuska, 2003c; Scharfetter, 1983; Sollod, 2005), bislang jedoch kaum empirische Studien zu den dadurch tatsächlich bewirkten Effekten sowie den spezifischen Wirkmechanismen vorliegen. Als ein solches Beispiel wäre die bereits erwähnte Studie von Grepmeier et al. (2007) zu erwähnen. Der Psychologe Wilfried Belschner hat diesbezüglich ein erstes Erhebungsinstrument „Wirkfaktor Präsenz“ vorgelegt (Yeginer, 2000; Belschner, 2002). Mit dessen Hilfe wurden verschiedene Bewusstseinsmodalitäten operationalisiert, auf die der Psychotherapeut im Rahmen seiner Arbeit potentiell zurückgreifen kann. Dabei sollte auch die transpersonale Dimension psychotherapeutischen Handelns explizit berücksichtigt und somit einer messenden Erfassung zugänglich werden. Für dieses Instrument ergaben sich in einer ersten Studie auf Basis einer Faktoranalyse drei Modi der Präsenz für die Strukturierung einer therapeutischen Beziehung. Diese wurden „Nonduale Präsenz“, „Empathischer Diskurs“ und „Empathische Resonanz“ benannt (Belschner, 2002).

3.3.3.1. Integrale Psychotherapie und Diagnostik

Die Integrale Psychologie und Psychotherapie nach Ken Wilber ist das Ergebnis eines umfassenden Vergleichs und einer Synthese von Theorien und empirischen Befunden, die den psychologischen Theorien des (zumeist westlichen) Mainstreams sowie non-mainstream oder alternativen (beipielsweise östlichen) psychologischen Ansätzen entstammen (Sehrbrock, 2007). Dieser umfassende Ansatz zielt darauf ab, die Erkenntnisse und Vorgehensweisen der verschiedenen psychotherapeutischen Schulen, der Psychopharmakologie, der Kulturpsychologie sowie der Soziologie innerhalb eines übergeordneten theoretischen Rahmens zu integrieren (ebenda).[64]

Der Integrale Ansatz wird mittlerweile auch unter dem Begriff „AQAL" zusammengefasst, was soviel bedeutet wie „alle Quadranten, alle Ebenen, alle Entwicklungslinien, alle Zustände, alle Typen" (Wilber, 2007).[65] Dies meint, dass der Ansatz darauf abzielt, das ganze Spektrum menschlicher Erfahrung zu berücksichtigen, indem im Rahmen der Psychotherapie alle betroffenen Entwicklungsebenen, Entwicklungslinien, Quadranten, Zustände und Typen in Betracht gezogen werden.[66] So heißt es bei Wilber: „Die Idee ist, alle Hauptfähigkeiten und -dimensionen von Körper und Geist des Menschen zugleich zu üben – physisch, emotional, mental, sozial, kulturell, spirituell" (Wilber, 2001a, S. 132). Da dem integralen Modell die Annahme einer kollektiven und individuellen Entwicklung zu immer höheren Ebenen des Bewusstseins zugrunde liegt, besteht die Zielsetzung der integralen Therapie nach Weinreich (2005) nicht lediglich in einer Symptomreduktion oder in der Wiederherstellung der sozialen Funktionsfähigkeit, sondern sie strebe an, den beeinträchtigten Entwicklungsprozess wieder in Gang zu bringen, bis schließlich ein Entwicklungsstand erreicht sei, der von der das Individuum umgebenden Gesellschaft für das Alter des Betreffenden als angemessen erachtet wird (Weinreich, S. 4). Darüber hinaus bestehe grundsätzlich auch die Möglichkeit, sich über das Durchschnittsbewusstsein hinaus zu entwickeln. Diese Zielsetzung ist nach Ansicht des Autors jedoch eher dem Bereich der Selbsterfahrung und der spirituellen Praxis zuzuordnen.

---

[64] Nach Sehrbrock besitzt der multimodale und integral informierte psychologische Ansatz die größte Nähe zu den Ansätzen der Bewegung der „Psychotherapie Integration" („psychotherapy-integration-movement") (vgl. hierzu Norcross & Goldfried, 2008; Caspar, 2002). Jedoch ist der integrale Ansatz noch recht „jung" und wird bislang nur von einer relativ geringen Anzahl von Klinikern praktiziert. Auch ist die Effektivität dieses Ansatzes bis dato noch kaum empirisch belegt.

[65] Der AQAL-Ansatz findet über den Bereich der Psychologie hinausreichend zunehmend auch in anderen Gebieten Anwendung, wie zum Beispiel in der Medizin, der Wirtschaft oder der Pädagogik. Dies hat zur Etablierung eines eigenständigen Publikationsorgans, der Zeitschrift „AQAL – Journal of Integral Theory and Practice" geführt.

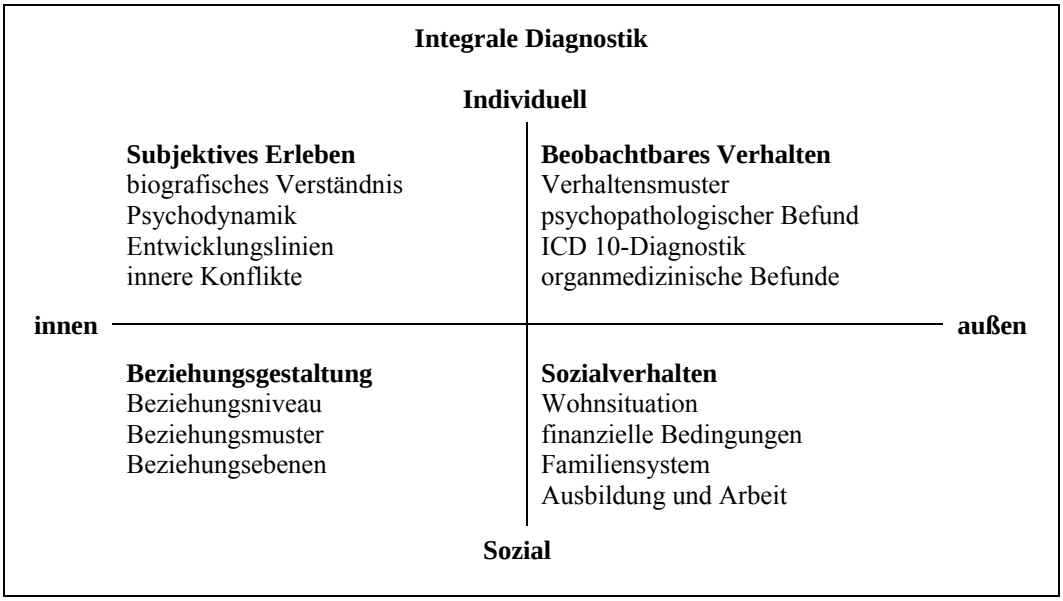
[66] Das Hinzukommen des so genannten Quadrantenmodells hat im Wesentlichen dazu geführt, dass Wilber seinen Ansatz nunmehr als „Integrale Psychologie" bezeichnet.

Zu den psychotherapeutisch relevanten Kernelementen des AQAL-Ansatzes gehören vor allem die Entwicklungsebenen, die Entwicklungslinien sowie die Berücksichtigung der vier Quadranten. Die verschiedenen Entwicklungsebenen und -linien und die spezifischen Störungsbilder, die auf den einzelnen Ebenen der Selbstentwicklung bzw. an deren Übergängen auftreten können, wurden weiter oben bereits beschrieben (vgl. Kap. 2.4.1.3.2.1. und Kap. 2.4.1.3.3.3.). „Alle Quadranten" bezieht sich nun auf die Berücksichtigung und Einbeziehung der verschiedenen Perspektiven, unter denen das Leben eines Individuums betrachtet werden kann. Wilber (2001a, 2007) hat diesbezüglich vier Quadranten oder Ebenen zusammengefasst: die innerlich-individuelle Ebene (subjektiv, intentional), die äußerlich-individuelle Ebene (objektiv, Verhaltensaspekt), die innerlich-kollektive Ebene (kulturell, intersubjektiv) und die äußerlich-kollektive Ebene (sozial, interobjektiv). Der obere linke Quadrant stellt das Innere des Individuums, den subjektiven Aspekt des Bewusstseins dar. Die Sprache dieses Quadranten ist die Ich-Sprache der ersten Person. Hier geht es um das subjektive Erleben des Individuums. Der obere rechte Quadrant stellt die objektiven und äußeren Entsprechungen dieser inneren Bewusstseinszustände dar. Die Sprache dieses Quadranten entspricht der Es-Sprache der wissenschaftlichen Perspektive der dritten Person. Hier werden beobachtbare Fakten, wie Verhalten oder körperliche Zustände, beschrieben. Die unteren beiden Quadranten beziehen sich auf die kollektive Ebene, in die das Individuum eingebettet ist. Unten rechts lassen sich Aspekte des innerlichen Kollektivs abbilden. Damit sind Werte, Bedeutungen, Weltsichten und Ethik, die innerhalb einer Gruppe geteilt und ausgehandelt werden, angesprochen. Die Sprache dieses Quadranten ist die Wir- oder Ich-Du-Sprache. Hier geht es um Verstehen, Gerechtigkeit und Werte. Die Elemente dieses Quadranten sind wiederum in äußeren, materiellen und institutionalisierten Formen, in sozialen Systemen verankert. Da dies ebenfalls objektive Phänomene sind, ist die Sprache dieses Quadranten, wie die beim objektiven Individuum, die Es-Sprache. Wesentlich ist dabei, dass alle Quadranten wechselseitig aufeinander wirken und von daher im Rahmen der Therapie zu beachten und einzubeziehen sind. Die verschiedenen psychotherapeutischen und klinisch-psychiatrischen Ansätze haben in der Regel ihren Schwerpunkt auf einer dieser Perspektiven. Das Ziel des integralen Ansatzes ist es nun, diese alle gleichermaßen zu berücksichtigen und den individuellen Erfordernissen gemäß zu gewichten.

Galuska (2003b) hat die einzelnen Aspekte, die es auf Basis des vier Quadranten-Modells im Rahmen einer integralen Diagnostik zu berücksichtigen gilt, aus der Perspektive des Klinikers etwas differenzierter beschrieben. In Bezug auf den subjektiven Quadranten wären seiner Ansicht nach im Rahmen der klinischen Diagnostik das Verständnis der individuellen

Biographie sowie der zugrundeliegenden psychodynamischen Konflikte zu erarbeiten. Darüber hinaus kann hier der Stand der Entwicklung auf den einzelnen Entwicklungslinien, wie der der Selbstentwicklung, der (Objekt)-Beziehungen, der Abwehrfunktionen sowie der kognitiven, affektiven, moralischen und religiös-spirituellen Entwicklung ins Blickfeld gerückt werden. Die Diagnostik der subjektiv sozialen Seite beinhaltet Fragen nach der Art der Beziehungsgestaltung, nach dem Beziehungsniveau, Beziehungsmustern oder -ebenen. Die Diagnostik des individuell-objektiven Quadranten umfasst beobachtbare Verhaltensmuster, organmedizinische und psychopathologische Befunde und resultiert schließlich in den dementsprechenden klinischen Diagnosen nach ICD-10 oder DSM-IV. Der Quadrant des Sozialverhaltens bezieht sich auf die Wohnsituation, finanziellen Bedingungen, Ausbildung und Arbeitssituation sowie den Familienstatus des Patienten. Das heißt, hier wären sowohl die Stellung im Familiensystem als auch die im Sozial- und Gesundheitssystem zu berücksichtigen.

Abbildung 5: Integrale Diagnostik



Nach Galuska (2003c, S. 42)

3.3.3.2. Ergebnisse einer empirischen Untersuchung zur Vorgehensweise von integral oder ganzheitlich orientierten Psychotherapeuten

Die bis hierhin beschriebenen integrativen bzw. integralen Ansätze beruhen weitgehend auf einer theoretischen Basis sowie auf den eigenen klinisch-psychotherapeutischen Erfahrungen der Autoren. Der Frage inwiefern die dort beschriebenen Vorgehensweisen mit der tatsächlichen Praxis von ganzheitlich orientierten Praktikern übereinstimmen, widmete sich eine Studie der Psychologin Ulrike Hundt (2007). Die Autorin führte im Rahmen ihrer Studie

Experteninterviews mit 14 ganzheitlich arbeitenden Psychotherapeuten, um zu erforschen, wie diese ihre professionelle psychotherapeutische Arbeitsweise und ihre spirituelle Haltung in der therapeutischen Arbeit miteinander verbinden. Oder anders formuliert: wie deren ganzheitlicher psychotherapeutischer Ansatz konkret zum Ausdruck kommt. Bei den Befragten handelte es sich um Experten im doppelten Sinne: Zum einen besaßen sie mehrjährige psychotherapeutische Ausbildungen und langjährige berufliche Erfahrung als Psychotherapeuten, zum anderen wiesen sie eine fundierte spirituelle Kompetenz auf, die auf einer langjährigen spirituellen Praxis, der Arbeit als Meditationslehrer, der Berufserfahrung als Seelsorger, der Zugehörigkeit zu einem religiösen Orden und ähnlichem mehr basierte. Die Interviews wurden auf Basis des Grounded-Theory-Ansatzes von Glaser und Strauss ausgewertet. Basierend auf den Berichten der befragten psychotherapeutischen Praktiker, entwirft Hundt ein Modell therapieschulenunabhängiger und religionsübergreifender spiritueller Wirkprinzipien, die im Rahmen des psychotherapeutischen Prozesses im Kontext einer ganzheitlich oder spirituell orientierten Psychotherapie zur Entfaltung kommen können. Dieses Modell bestätigt viele der oben dargestellten Aspekte eines transpersonalen oder integralen Ansatzes. Als die übergeordnete Zielsetzung der ganzheitlich oder integral arbeitenden Therapeuten formuliert Hundt „die Förderung eines transpersonalen Raumes“. Um dieses übergeordnete Ziel zu erreichen, greifen die Psychotherapeuten auf zwei sich wechselseitig ergänzende Haltungen bzw. Herangehensweisen zurück: zum einen auf ein bestimmtes therapeutisches Basisverhalten, welches zusammenfassend als „das Einnehmen einer spirituellen Haltung“ bezeichnet wird. Zum anderen werden darauf aufbauend spezifische therapeutische Strategien eingesetzt, die insgesamt darauf abzielen, die spirituellen Ressourcen des Klienten zu fördern. Beide Faktoren sind in jeweils zehn verschiedene Aspekte untergliedert. Um diese beiden grundlegenden Kategorien besser nachvollziehbar zu machen, seien sie zusammen mit einer Reihe von Leitfragen, die für ein psychotherapeutisches Vorgehen dieser Art kennzeichnend sind, im Folgenden wiedergegeben:

„Therapeutisches Basisverhalten: **Eine spirituelle Haltung einnehmen**

1. **Spirituelle Bewusstheit:** Bin ich mir meines Menschen- und Weltbildes genau bewusst, welches meine Vorstellungen, Annahmen und Handlungen als Psychotherapeut leitet? Welches Menschenbild vertrete ich?
2. **Selektive Offenheit:** Verfüge ich über eigene spirituelle bzw. existentielle Erfahrungen und die Erfahrung eigener Glaubenskrisen und habe ich diese auch

verarbeitet? Kann ich meinen Klienten auch bei spirituellen Fragen und Phänomenen offen begegnen? Verstehe ich wirklich, was sie bewegt?

3. **Authentizität und Demut:** Arbeite ich ernsthaft und ununterbrochen an meiner eigenen spirituellen und persönlichen Entwicklung? Bin ich mir meiner Schattenseiten, insbesondere meines eigenen Narzissmus kritisch bewusst? Kann ich all meine Klienten in ihrer Größe und Einzigartigkeit sehen? Begegne ich ihnen mit Respekt und Ehrfurcht?
4. **Weltanschaulich-konzeptuelle Zurückhaltung:** Kann ich andere Weltbilder wirklich respektieren und meine eigenen weltanschaulichen Ansichten zurückhalten?
5. **Vielperspektivität:** Kann ich eine Vielzahl therapeutischer Richtungen und Heilweisen respektvoll und gleichrangig betrachten? Wie sieht meine kollegiale Zusammenarbeit mir ihren Vertretern aus?
6. **Integrale Diagnostik:** Bin ich in der Lage, das Strukturniveau meines Klienten zu erkennen und seine Symptome, Probleme und Konflikte der jeweiligen Strukturebene zuordnen [sic]? Kann ich beispielsweise eine Psychose von einer spirituellen Krise unterscheiden?
7. **Durchlässigkeit, Intuition und Inspiration:** Wie empfänglich bin ich für Über- und Unterbewusstes bei mir und meinen Klienten? Nutze ich diese Resonanzen im therapeutischen Prozess?
8. **Liebevolle Annahme und Vergebung:** Kann ich meinen Gegenüber vollständig und mit all seinen Schwächen und Stärken annehmen? Kann ich ihn ganz in mein Herz nehmen?
9. **Achtsamkeit und Absichtslosigkeit:** Wie viel Raum nimmt mein vollständiges Gewahrsein des gegenwärtigen Erlebens in der therapeutischen Arbeit ein? Kann ich wirklich ohne jegliche Erwartungen und Vorstellungen präsent sein? Ist mir die Neuartigkeit jedes Augenblicks bewusst?
10. **Glaube und Vertrauen:** Kann ich dem Entwicklungsprozess meines Klienten vertrauen? Hilft mir mein spiritueller Glaube auch in schwierigen therapeutischen Situationen?“

(zitiert nach Hundt, 2007, S. 170f)

Als therapeutische Prozessvariablen, die dazu dienen, die spirituellen Ressourcen des Klienten gezielt zu fördern, sowie die diesbezüglichen Leitfragen werden die folgenden genannt:

1. **„Selbsterforschung**: Bin ich bereit, mich selbst zu erforschen? Wer bin ich in meiner tiefsten Essenz?
2. **Ich-Desidentifikation**: Wer oder was bin ich alles nicht?
3. **Wahrhaftigkeit**: Kann ich meine gegenwärtigen Lebensumstände vollständig annehmen? Sehe ich meine eigene Verantwortung, die mein Leben mitgestaltet?
4. **Bewusstsein von Vergänglichkeit**: Weiß ich um meine Vergänglichkeit und kann ich diese voll und ganz akzeptieren?
5. **Selbstannahme:** Kann ich mich selbst von ganzem Herzen vollständig annehmen?
6. **Verbundenheit**: Fühle ich mich mit allem in dieser Welt verbunden?
7. **Glaube, Hoffnung, Halt und Stärke**: Wie tief ist mein Glaube? Kann ich Trost und Stärke aus meinem Glauben schöpfen?
8. **Sinn- und Wertorientierung**: Was will ich in meinem Leben erreichen und was tue ich dafür? Mit welcher Haltung gehe ich durchs Leben? An welchen Werten orientiere ich mich?
9. **Im Körper verankert sein**: Fühle ich mich in meinem Körper verankert? Besitze ich eine gute Körperwahrnehmung und kann ich mich den körperlichen und energetischen Empfindungen vertrauensvoll hingeben?“

(zitiert nach Hundt, 2007, S. 172)

In der Studie von Hundt kristallisierte sich das Ziel der Förderung eines transpersonalen Raumes als das Metaziel einer ganzheitlichen oder integralen Therapie heraus. Darin unterscheidet sich dieser Ansatz wesentlich von herkömmlicher Psychotherapie. Wesentlich dabei ist, dass die Eröffnung eines solchen Raumes, bei dem es sich letztlich um einen spezifischen Bewusstseinszustand handelt, in der Fähigkeit des Psychotherapeuten begründet liegt, in einen solchen einzutreten. Des Weiteren spielen dabei auch nach Ansicht von Hundt vor allem Resonanzphänomene eine zentrale Rolle. Dem Klienten werde dadurch die Möglichkeit eröffnet, mit den Bewusstseinsqualitäten des Therapeuten in Resonanz zu treten, was es ihm erlaubt, ebenfalls in diesen Raum einzutreten und die Qualitäten eines erweiterten Bewusstseins bei sich selbst wahrzunehmen. Diese Erfahrung könne dann wiederum in je eigener und individueller Art und Weise interpretiert und in Begriffe gefasst werden. Von daher ist diese Art der Intervention nach Ansicht von Hundt im Wesentlichen als eine transkonzeptuelle und nicht religiös-gebundene Intervention zu verstehen. Auch könne es im Rahmen der erweiterten Bewusstseinszustände zu einer Erfahrung der eigenen Wesensnatur kommen, die einen weiterreichenden Bewusstseinswandel einleitet und zu einer Relativierung von bestehenden Identifizierungen und Rollenvorstellungen führt.

Eine weitere Besonderheit des integralen Vorgehens der befragten Therapeuten bestand in der Integration der Therapieziele „Persönlichkeitsentwicklung“ und „Wesensstärkung“. Die Fähigkeit des Therapeuten, zwischen einer personalen und einer transpersonalen Perspektive und Ebene zu wechseln, ist nach Hundt bei beiden Zielsetzungen von zentraler Bedeutung. Letztendlich gehe es bei der ganzheitlichen Therapie um die Verbindung dieser Ebenen. „Wesensstärkung“ bezieht sich dabei auf den spirituellen Kern, das innerste Wesen, die Essenz oder die Seele, die dem Menschen gemäß dem spirituellen Menschenbild zu eigen ist. Der Therapeut sei in der Lage, dem Klienten beide Ebenen anzubieten, indem er zusätzlich zu seiner Person und herkömmlichen fachlichen Kompetenzen in der Lage sei, einen transpersonalen Bewusstseinsraum zu öffnen und zu halten (S. 304).

Die Verbindung der beiden Entwicklungsströme der Persönlichkeitsentwicklung und der Wesensstärkung sieht auch sie als ein zentrales Ziel transpersonaler Psychotherapie. So heißt es diesbezüglich, der Mensch brauche nicht nur Unterstützung bei der Handhabung seiner weltlichen Belange, sondern auch bei der Verankerung seiner Essenz (S. 291). Die Entscheidung, welche spezifische Art der spirituellen Ressourcenstärkung angemessen ist und ob der Persönlichkeitsentwicklung und der Stärkung der Ich-Funktionen eine größere Bedeutung beigemessen wird oder aber der Wesensstärkung, orientiert sich nach Angaben der Therapeuten an der diagnostischen Einschätzung des Klienten im Rahmen einer integralen Diagnostik sowie an den Themen und Anliegen, die der Klient in die Therapie einbringt.

Das häufig diskutierte Problem der Unvereinbarkeit der Ziele der therapeutischen Disziplinen und der spirituellen Traditionen ist der Studie von Hundt zufolge anscheinend vor allem ein theoretisches. Für die befragten Praktiker stellte es kein wesentliches Konfliktfeld dar. So handele es sich beispielweise bei Absichtslosigkeit und Bedürfnisbefriedigung, Loslassen und Greifen, Nicht-Tun und Ausdruck der Gefühle, lediglich um verschiedene Möglichkeiten der Lebensbewältigung. Der Therapeut, so Hundt, spüre an der Resonanz zum Klienten genau, welche Qualitäten gerade der Entwicklung bedürfen (ebenda, S. 293). Eine Unvereinbarkeit ergibt sich wohl nur dann, wenn man eines der beiden Ziele absolut setzt.[67]

Die spirituelle Haltung erhält den Berichten der Befragten zufolge eine herausragende Bedeutung. Wesentlich für das Erreichen der Therapieziele sei die spirituelle Haltung, wobei

[67] Dies erinnert an die von Linnehan (1994) formulierte Dialektik von Akzeptanz und Veränderung und ihre Aufforderung an Therapeut und Klient, ein dynamisches Gleichgewicht zwischen diesen beiden Polen zu suchen. In ähnlicher Weise hat Belschner (2001) die beiden Lebensformen des „Tuns“ und des „Lassens“ beschrieben. All diese Konzepte und Entwicklungen weisen darauf hin, dass es sich hierbei nicht um sich wechselseitig ausschließende, sondern vielmehr um komplementäre Prinzipien handelt, die sich optimalerweise wechselseitig ergänzen können. Dabei scheint die westliche Psychologie und Psychotherapie bis dato den aktiven, veränderungsorientierten Pol stärker betont zu haben, während die kontemplativen Traditionen mehr Gewicht auf den seins-orientierten, akzeptierenden oder „passiven“ Pol legen.

diese nicht im Vordergrund stehe, sondern eher als Hintergrundfolie und als verfügbare Basiskompetenz der Unterstützung des therapeutischen Prozesses diene (ebenda, S. 177). Interventionen seien lediglich das sekundäre Handwerkszeug, welches es ermöglicht, den Geist, der die Arbeit trägt, zu transportieren. Die Interventionen seien in gewissem Sinne konventionell, jedoch unterscheide sich die Art und Weise, wie sie eingesetzt werden. Von daher verstehen sich die Befragten nicht als Therapeuten, die spirituelle Interventionen integrieren, sondern als solche, die Interventionen mit einer spirituellen Haltung anwenden (S. 299). Feststehende formale religiöse oder spirituelle Techniken lehnten sie dagegen eher ab. Auch erwies sich die Einbeziehung spiritueller oder religiöser Interventionen in der Studie von Hundt insgesamt als relativ unbedeutend. Spezielle religiöse Interventionen kamen nur in Ausnahmesituationen und bei eindeutig religiösen Patienten zum Einsatz (S. 301).

Bei den befragten Therapeuten zeigte sich darüber hinaus eine hohe Bewusstheit über die Gefahren einer möglichen Manipulation sowie ein geringes Interesse an einer weltanschaulichen Beeinflussung. Eine eher zurückhaltende Herangehensweise in Bezug auf spirituelle und religiöse Praktiken und Vorstellungen war für alle Befragten dieser Studie kennzeichnend. Hundt selbst hält die Verbindung von weltanschaulicher Abstinenz einerseits und einem essentiellen Wertetransfer andererseits für entscheidend. Es gehe nicht darum, den Klienten spezifische religiöse oder spirituelle Konzepte zu lehren, eine implizite spirituelle Vermittlung von Werten, wie Wahrhaftigkeit, Verbundenheit oder Selbstannahme mittels einer einfachen lebensnahen Sprache, stärke jedoch die Ressourcen des Klienten und habe sich als gesundheitsfördernd erwiesen (S. 307). Auch weisen die Ergebnisse dieser Studie darauf hin, dass eine Art der Einbeziehung der spirituellen Dimension, wie sie von den befragten Psychotherapeuten gehandhabt wurde, keine Passung der Weltbilder von Therapeut und Klient voraussetzt (S. 304). Weltanschauliche Fragestellungen rücken zum einen dadurch in den Hintergrund, dass der Therapeut seine spirituelle Haltung lediglich implizit vermittelt, und zum anderen dadurch, dass er dem Klienten eine transkonzeptuelle spirituelle Erfahrungsebene zur Verfügung stellt, für die dieser dann seine eigene weltanschauliche Interpretation finden könne (S. 309).

Hundt kommt zu dem Schluss, dass der integrale therapeutische Ansatz, wie er von den befragten Therapeuten repräsentiert wurde, im Wesentlichen psychotherapeutisch orientiert bleibt. Er unterstütze neben den herkömmlichen psychotherapeutischen Zielsetzungen auch die spirituelle Entwicklung des Klienten. Das Ziel, „seinem erwachten Wesen näherzukommen, bleibt im Therapieverlauf übergeordnet, wird aber in seiner letzten

Konsequenz als unrealistisch für einen Therapieabschluss gesehen“ (ebenda, S. 183). Die Ergebnisse ihrer Studie fasst sie abschließend wie folgt zusammen:

> Die integrale Psychotherapie bleibt somit vom Ansatz her in erster Linie eine psychotherapeutische Methode, die neben der Persönlichkeitsentwicklung auch eine spirituelle Entwicklung fördert und unterstützt. Durch die Erfahrung neuartiger, erweiterter Bewusstseinszustände weitet sie den Geist des Klienten und ermöglicht ihm eine grundsätzlich neue Lebenserfahrung, die ihm Perspektive, Sinn und eine individuelle Einordnung ins Gesamtgeschehen gibt. Die Stärkung seines inneren Wesens fördert die Auflösung der ausschließlichen Identifizierung mit seinem Ich-Bewusstsein. Die Förderung des religiösen Glaubens des Klienten gibt ihm eine gute Ressource, schwierige Lebenssituationen zu meistern. Die Therapeuten begreifen ihre Arbeit als spirituelles Tun, es erfolgt keine zusätzliche Integration von spirituellen Konzepten und Übungen, sondern die therapeutischen Methoden transportieren den spirituellen Geist des Therapeuten. Die spirituelle Verankerung des Therapeuten erhöht sein Containment und der Klient kann heilende Impulse aus einem größeren Spektrum erfahren. Kennzeichen einer ganzheitlichen Psychotherapie ist somit nicht eine neuartige Methode, die mit spirituellen Interventionen arbeitet, sondern eine erweiterte spirituelle Perspektive des Therapeuten, die den therapeutischen Prozess mitbestimmt. (Hundt, 2007, S. 306)

3.4. Ethische Fragestellungen – zu den Möglichkeiten und Grenzen einer Integration

Betrachtet man die einschlägige Fachliteratur, so stellt man fest, dass zunehmend die Frage in den Vordergrund rückt, wie Vertreter der Fachbereiche Psychologie und Psychiatrie an die Themenbereiche Spiritualität und Religiosität – und dies vor allem im Kontext der psychotherapeutischen Praxis – herangehen. Dies beinhaltet unter anderem die Fragen, wie den Bedürfnissen von religiös oder spirituell orientierten Klienten in einer angemessenen Weise Rechnung getragen werden kann und was eine diesbezüglich professionelle Vorgehensweise darstellt. In diesem Zusammenhang wird sowohl diskutiert, wie man mit Klienten umgehen sollte, die ein religiös / spirituell begründetes Weltbild und Wertesystem in die Psychotherapie einbringen, als auch die Frage, wie sich eine mögliche religiöse / spirituelle Orientierung des Psychotherapeuten bzw. dessen Weltanschauung im Allgemeinen auf die Psychotherapie auswirkt. Darüber hinausgehend wirft die Integration von psychotherapeutischen und spirituellen / religiösen Ansätzen eine Reihe von zusätzlichen

ethischen Fragen und Herausforderungen auf (Miller, 2003; Richards & Bergin, 2002; Eck, 2002; Sollod, 2005; Benningfield, 1997; Shafranske, 2005). Für die psychotherapeutischen Praktiker ist diesbezüglich wohl vor allem die Schärfung des Bewusstseins für mögliche Problembereiche, die Klärung des eigenen weltanschaulichen Standpunktes sowie die diesbezüglich kritische Reflexion und Analyse in der Arbeit mit konkreten Fällen von Nöten.

Es gilt als ein Grundpfeiler des psychotherapeutischen Arbeitens, die Unterschiedlichkeit individueller Werte und Einstellungen anzuerkennen, diese zu respektieren und innerhalb des Werterahmens des Klienten zu arbeiten. Darüber hinaus strebt die Psychotherapie in der Arbeit mit Klienten das Ideal der weltanschaulichen Neutralität und der Wertfreiheit an. Seit einigen Jahren lässt sich jedoch eine zunehmende Reflexion und Bewusstheit darüber erkennen, dass die psychotherapeutischen Schulen auf spezifischen Weltanschauungen und Menschenbildern beruhen, die wiederum mit bestimmten Wertsetzungen verbunden sind. Vor allem die verstärkten multikulturellen Einflüsse, der weltanschauliche Pluralismus in den postmodernen westlichen Gesellschaften sowie das allgemein wachsende Interesse an Spiritualität und Religiosität und die damit einhergehenden spezifischen Anforderungen, vor die psychotherapeutische Praktiker gestellt sind, haben dazu beigetragen, dass solche Fragen mittlerweile in stärkerem Maße reflektiert und diskutiert werden. Darüber hinaus hat wohl vor allem Allen Bergin's (1980a) Artikel über Psychotherapie und religiöse Werte zu einer vertieften Auseinandersetzung mit Fragen dieser Art innerhalb der psychotherapeutischen Gemeinschaft beigetragen. Mittlerweile scheint sich die Erkenntnis durchgesetzt zu haben, dass sowohl die Psychotherapie selbst als auch der Psychotherapeut als Person trotz angestrebter weltanschaulicher Neutralität nicht frei sind von bestimmten Wertvorstellungen (Bergin, 1980a; Giglio, 1993; Utsch, 2005), und dass Werte in der Psychotherapie als solcher und in je spezifischer Art und Weise, in den einzelnen Therapieschulen, inhärent sind (vgl. Huppertz, 2006, S. 261). Von daher plädiert eine zunehmende Anzahl von Autoren für die Reflexion und Transparenz der eigenen weltanschaulichen Position und Werthaltungen, gemäß der Idee der „informierten Einwilligung", falls solche Inhalte im Rahmen der Therapie zum Thema werden (vgl. Bergin, Payne & Richards, 1996).

Darüber hinaus hat das wachsende Bewusstsein darüber, dass Psychotherapie nicht in einem vollkommen wertneutralen Raum stattfindet, auch zu einer Revision der ethischen Richtlinien der Psychologie innerhalb der APA geführt (APA, 1992). Diese weisen auch auf einen Richtungswandel hin, was die Einbeziehung von religiösen Themen in der Psychotherapie anbelangt. Psychotherapeuten sind gemäß dieser ethischen Prinzipien der professionellen Praxis explizit aufgefordert, Religion als Ausdruck der kulturellen Diversität und als

möglichen Orientierungsrahmen des Klienten zu respektieren und einzubeziehen.[68] So heißt es dort: "Psychologists are aware of culture, individual, and role differences, including those due to gender, race, national origin, religion, sexual orientation, disability, language, and socioeconomic status" (APA, 1992, S. 1599, Principle D). Eine weitere ethische Richtlinie für Personen, die psychologische Dienstleistungen für ethnisch, linguistisch und kulturell unterschiedliche Populationen anbieten, lautet: „Psychologists respect client's religious and or spiritual beliefs and values including attributions and taboos since they affect worldview, psychosocial functions and expressions of distress" (APA, 1993, S. 461, zitiert nach Eck, 2002, S. 267). Darüber hinaus heißt es an anderer Stelle (APA, 1992, S. 1601, Ethical Standards 1.08):

> Where differences of age, gender, race, ethnicity, national origin, religion, sexual orientation, disability, language or socioeconomic status significantly affect psychologists' work concerning particular individuals or groups, psychologists obtain the training, experience, consultation, or supervision necessary to ensure the competence of their services, or they make appropriate referrals.

Nach Ansicht von Eck (2002) und weiteren Autoren implizieren diese ethischen Standards, dass praktizierende Psychotherapeuten die erforderliche Ausbildung und das erforderliche Training erhalten müssen, um die Rolle von Spiritualität und Religiosität im Leben der Klienten überhaupt adäquat einschätzen zu können (Shafranske, 1996a, 2005; Shafranske & Malony, 1996; Lukoff, Lu & Turner, 1998; Richards & Bergin, 2002; Lannert, 1991).

Im Jahr 1990 gab das Komitee „Religion and Psychiatry" der American Psychiatric Association darüber hinaus eine Reihe von ethischen Richtlinien für Psychiater heraus, um Konflikte zwischen deren Glaubensüberzeugungen und psychiatrischer Praxis zu vermeiden. Diese beinhalten die folgenden Punkte:

a) den Respekt gegenüber den Glaubensüberzeugungen der Klienten,
b) das Erfragen von Informationen über die religiöse Orientierung und Überzeugungen,
c) den Klienten nicht die eigenen religiösen, antireligiösen oder ideologischen Glaubensüberzeugungen aufzuzwingen,
d) akzeptierte diagnostische Konzepte und psychotherapeutische Praxis nicht durch solche Glaubensüberzeugungen oder Rituale zu ersetzen.

(APA; 1990, nach Larson et al., 1997, S. 3f., zusammengefasst und übers. durch d. Verf.).

[68] Auf die Forderung nach einer kulturell sensibleren Diagnostik aufgrund der zunehmenden ethnischen Vielfalt der Patientenpopulation, die auch eine Berücksichtigung der religiösen Orientierung des Patienten mit

Am differenziertesten haben sich wohl Richards und Bergin (2002) im Rahmen ihres theistisch-spirituellen Ansatzes mit ethischen Fragestellungen auseinandergesetzt. Als Resultat präsentieren sie eine Reihe von diesbezüglichen handlungspraktischen Vorschlägen und Anleitungen. Als grundlegende Prinzipien, die den Psychotherapeuten dabei leiten sollen, spirituelle oder religiöse Interventionen in einer ethischen und effektiven Art und Weise in die Psychotherapie zu integrieren, nennen Richards und Bergin a) einen tiefen Respekt für die Autonomie und Freiheit des Klienten, b) Sensibilität und Empathie in Hinblick auf die religiösen und spirituellen Überzeugungen des Klienten sowie c) Flexibilität und Responsivität in Hinblick auf die Werte und Bedürfnisse des Klienten (Richards & Bergin, 2002, S. 253).

Darüber hinaus führen sie eine Reihe von Empfehlungen an, die den Therapeuten während des Prozesses der Implementierung solcher Interventionen unterstützen sollen:

1. „Therapeuten sollten die Klienten im Rahmen ihrer Prozeduren der informierten Einwilligung darüber aufklären, dass sie mit einer spirituellen Perspektive an die Therapie herangehen und dass sie manchmal (falls es angebracht ist) spirituelle oder religiöse Interventionen anwenden.[69]
2. Therapeuten sollten, bevor sie spirituelle Interventionen anwenden, den religiösen oder spirituellen Hintergrund und den diesbezüglichen gegenwärtigen Status der Klienten erfassen.
3. Therapeuten sollten, bevor sie religiöse oder spirituelle Interventionen anwenden, eine Beziehung des Vertrauens und des Rapports mit den Klienten aufbauen.
4. Therapeuten sollten sorgfältig abwägen, ob spirituelle Interventionen indiziert (oder kontraindiziert) sind, bevor sie diese anwenden.
5. Therapeuten sollten die Interventionen, die sie anwenden wollen, sorgfältig beschreiben und die diesbezügliche Einwilligung des Klienten einziehen, bevor sie diese anwenden.
6. Therapeuten sollten religiöse oder spirituelle Interventionen in einer respektvollen Weise anwenden und dabei daran denken, dass viele dieser Interventionen von religiös Gläubigen als heilige, religiöse Praktiken betrachtet werden.
7. Therapeuten sollten innerhalb des Werterahmens des Klienten arbeiten und vorsichtig sein, dass sie den Klienten nicht die eigenen spirituellen Überzeugungen und Werte aufdrängen; dennoch sollten sie Überzeugungen der Klienten in Frage stellen, die mit

---

einschließt, wurde bereits im Kapitel zur DSM-IV V-Codierung hingewiesen.

dem präsentierenden Problem in Verbindung stehen und die eindeutig irrational und selbstschädigend sind, und ihnen dabei helfen, diese zu untersuchen.

8. Psychotherapeuten sollten religiöse und spirituelle Interventionen nicht in einer rigiden und uniformen Weise bei allen Klienten gleichermaßen anwenden, sondern sie in einer flexiblen und auf die Behandlung zugeschnittenen Art und Weise einsetzen.
9. Therapeuten, die an Gott und die Realität einer transzendenten spirituellen Führung glauben, sollten spirituelle Aufklärung („enlightenment") und Inspiration suchen, die sie dabei führt, welche Interventionen wann verwendet werden sollten."

(zitiert nach Richards & Bergin, 2002, S. 256, Übers. d. Verf.)

Die Autoren benennen die folgenden potentiellen ethischen Fallgruben, auf die Psychotherapeuten, die innerhalb des von ihnen vorgeschlagenen theistisch-spirituellen Ansatzes arbeiten, stoßen können:

- das Innehaben von religiösen und professionellen Doppelrollen,
- das Ersetzen oder Usurpieren von religiöser Autorität,
- dem Klienten religiöse oder spirituelle Werte aufzudrängen,
- die durch das Arbeitssetting gegebenen Grenzen zu überschreiten (Staat – Kirche),
- außerhalb der Grenzen der professionellen Kompetenz zu arbeiten,
- die Trivialisierung des Numinosen oder des Heiligen.

(2002, S. 143ff.)

Des Weiteren diskutieren sie verschiedene Möglichkeiten, diese Gefahren zu minimieren bzw. zu vermeiden. Hinsichtlich jeder der erwähnten Gefährdungen stellen sie eine Art Checkliste mit Empfehlungen zusammen, die den psychotherapeutischen Praktiker dabei unterstützen sollen, seinen integrativen Ansatz auf eine ethisch angemessene Art und Weise einzusetzen (ebenda).

Nicht wenige Kritiker der spirituell orientierten integrativen Ansätze befürchten, dass die Gefahr einer potentiell schädigenden Einflussnahme des Psychotherapeuten gegenüber dem Klienten in diesem Falle besonders stark gegeben sei. Richards und Bergin vertreten jedoch die Position, dass es bei Therapeuten, die eine spirituelle Strategie anwenden, nicht wahrscheinlicher sei, dass sie die Werteautonomie der Klienten beeinflussen, als bei anderen Psychotherapeuten. Im Gegenteil, die Tatsache, dass die Offenlegung der eigenen Werthaltungen ein expliziter Bestandteil der spirituell-integrativen Psychotherapie darstellt,

[69] Ein Beispielexemplar zur möglichen Gestaltung eines solchen schriftlichen Informed-Consent-Formulars, findet sich bei Richards und Bergin (2002, S. 125).

macht ihrer Ansicht nach eine Überschreitung eher weniger wahrscheinlich. Was auch immer deren spezifischer Standpunkt sein mag, Psychotherapeuten sollten nicht versuchen, Klienten in Richtung auf spezifische Entscheidungen oder Lebensstile zu nötigen oder zu manipulieren, die im Gegensatz zu den Werten, Bedürfnissen oder dem kulturellen Kontext des Klienten stehen. [70]

Auch Sollod (2005) thematisiert in seinem Übersichtsartikel zur Integration von spirituellen und psychotherapeutischen Ansätzen einige der damit verbundenen Problembereiche. Diese fasst er unter den Überschriften „Persönlicher Helfer oder Spiritueller Führer?“ und „Gesundheit oder Heiligkeit?“ zusammen. Seiner Ansicht nach gibt es klare Unterschiede zwischen spirituellen Führern und Psychotherapeuten, was deren Rollen, (Selbst-) Verpflichtungen (Commitments) und Kompetenzen anbelangt. So sei der Psychotherapeut anhand der ethischen Richtlinien der Psychotherapie aufgefordert, die spezifischen kulturellen oder religio-spirituellen Traditionen des Klienten zu respektieren und innerhalb dessen Wertekontext zu arbeiten. Dies beinhaltet unter anderem, dass er sich den Überzeugungen und Praktiken des Klienten weitgehend anpasst. Der spirituelle Führer dagegen sei eine Person, die sich durch Erfahrung und Wissen hinsichtlich des spirituellen Weges auszeichnet und die in der Lage ist, den Aspiranten diesbezüglich zu führen und gegebenenfalls zu korrigieren. Dies erfordert zuweilen auch recht direktive Vorgehensweisen sowie Hinweise, falls sich dieser auf dem „falschen Pfad“ befindet. Ebenso komme es vor, dass eine spirituelle Führungsperson Maßnahmen ergreift, deren Bedeutung für den Aspiranten für lange Zeit nicht nachvollziehbar ist und die seinen derzeitigen persönlichen Präferenzen sogar widerspricht. Auch Hundt (2007) weist darauf hin, dass die Beziehung zwischen spirituellem Lehrer und Aspiranten eine hierarchische ist. Der Lehrer interveniere fordernder und gebe entschieden die Richtung und das Ziel vor. Dabei erwarte er von seinem Schüler absolute Hingabe und Disziplin. Von daher seien Therapie und spirituelle Lehre in ihrer ausübenden Struktur nicht miteinander vergleichbar. Eine Gefahr besteht ihrer Ansicht nach von daher darin, professionell-psychotherapeutische mit hierarchisch-lehrenden Strukturen zu vermischen (Hundt, 2007, S. 305).

[70] Peteet weist jedoch in diesem Zusammenhang darauf hin, dass auch die Entscheidung des Therapeuten, seinen religiösen Standpunkt erkennbar zu machen, um sich selbst gegenüber dem Klienten als reales Objekt greifbarer zu machen, gewisse Gefahren im Zusammenhang mit Übertragungs- und Gegenübertragungsprozessen in sich birgt. So können positive, negative oder ambivalente Übertragungen entstehen, die sich auf den Therapeuten als Autoritätsfigur oder Repräsentanten einer Gruppe beziehen (Peteet, 1994, S. 241). Übertragungen dieser Art können entweder durch die religiöse Selbstoffenbarung des Psychotherapeuten bestärkt werden oder durch dessen reale oder implizierte Annahme einer Rolle wie z.B. der des Glaubensbruders, Beraters oder der religiösen Autorität. Solche Übertragungs- und Gegenübertragungsprozesse können nach Peteet (1994) für Widerstand, unproduktive Abhängigkeit oder Kämpfe, Vernachlässigung der psychotherapeutischen

Ein weiteres wesentliches Argument liegt vor allem darin, dass die Qualifikation des Psychotherapeuten, ein geeigneter Führer hinsichtlich des spirituellen Wachstums zu sein, mit Fug und Recht angezweifelt werden kann. Es ist fragwürdig, in welchem Ausmaß Psychotherapeuten über die Erfahrung, das Training und die Kenntnisse verfügen, um ihre Klienten in ihrer spirituellen Entwicklung zu unterstützen. Ein ausgeprägtes Interesse und eine positive Einstellung bezüglich Religiosität bzw. Spiritualität allein sind dabei wohl kaum hinreichend. Wenngleich auch bei den Vertretern von integrativen Ansätzen Konsens besteht, dass der Psychotherapeut nicht außerhalb seines Kompetenzbereiches arbeiten sollte, bleibt die Frage der dafür erforderlichen und hinreichenden Qualifikation bis dato noch weitgehend unbeantwortet. Sollod merkt hierzu an, dass in den meisten Abhandlungen über eine spirituell orientierte Psychotherapie klare Hinweise darauf fehlen, wer geeignet sein könnte, eine Person im Rahmen ihrer spirituellen Suche zu führen. Er stellt die Frage, ob jeder, der eine positive Einstellung bezüglich Spiritualität hat, in der Lage sei, eine solche Verantwortung zu übernehmen. Bislang gebe es keine Hinweise, wer den spirituell orientierten Psychotherapeuten ausgebildet hat und was die zugrunde liegenden Prinzipien dieses Trainings waren.

Auch Richards und Bergin diskutieren dieses Problem im Kontext ihres spirituell-theistischen Ansatzes. Vor dem Hintergrund, dass die Psychotherapeuten anhand der ethischen Richtlinien der APA aufgefordert sind, nicht außerhalb der Grenzen ihrer professionellen Kompetenz zu arbeiten, ist es ihrer Ansicht nach offenkundig, dass die Psychotherapeuten sicherstellen sollten, dass sie eine angemessene Ausbildung haben, bevor sie eine spirituelle Strategie, wie die von ihnen vorgeschlagene, im Rahmen ihrer Arbeit einbeziehen (Richards & Bergin, 2002, S. 164). Jedoch stellen sie ebenfalls fest, dass die meisten Ausbildungsprogramme im Bereich der psychischen Gesundheitsversorgung bis dato nicht geeignet sind, um Psychotherapeuten darauf vorzubereiten, hinsichtlich der spirituellen Dimension im Leben der Klienten zu intervenieren. Nur wenige Mental-Health-Programme des psychologischen Mainstreams würden Kurse oder Supervision zu spirituellen oder religiösen Themen in der psychischen Gesundheitsversorgung und der Psychotherapie zur Verfügung stellen. Viele Psychotherapeuten seien von daher gezwungen, zusätzliche Aus- und Weiterbildung jenseits dessen, was sie im Rahmen ihrer universitären Ausbildung erhalten haben, zu suchen, wenn sie hinreichend darauf vorbereitet sein wollen, eine spirituelle Strategie im Rahmen der psychotherapeutischen Behandlung anzuwenden. Da jedoch bislang noch keine allgemein anerkannten Standards vorliegen, was diesen Bereich

---

Zielsetzungen und Grenzüberschreitungen bis hin zur Ausbeutung des Klienten für religiöse oder andere Zwecke

angeht, sei es für interessierte Psychotherapeuten nicht einfach zu entscheiden, welche Art der Aus- und Weiterbildung sie benötigen und wie sie solche erhalten können.

Unter der Überschrift „Psychische Gesundheit und Heiligkeit“ zeigt Sollod (2005) darüber hinaus auf, dass Religion historisch betrachtet nicht unbedingt mit dem assoziiert war, was im Rahmen der Psychologie als „psychisch gesund“ erachtet wird. Darauf weisen unter anderem die Biographien von vielen Heiligen hin. Darüber hinaus werden in vielen religiösen Traditionen Vorgehensweisen und Werte propagiert, die denen der modernen Psychotherapie zum Teil diametral entgegenstehen. Dies betrifft beispielsweise die Einstellung zur Körperlichkeit im Allgemeinen und zur Sexualität im Besonderen, den Umgang mit „negativen“ Gefühlen, wie Wut oder Zorn, die Frage nach der Unterdrückung oder dem Verfolgen von persönlichen Interessen und Bedürfnissen und anderes mehr. Auch sei der Wert, der in den spirituellen / religiösen Traditionen dem Leiden und der Entsagung beigemessen wird, kaum in den modernen Psychotherapien zu finden. Seiner Ansicht nach ist eine vollständige Assimilation von Spiritualität in ein Modell der psychischen Gesundheit, von daher nicht möglich. Spirituelle Herangehensweisen an das Leben und die gegenwärtigen Modelle von psychischer Gesundheit seien je nachdem, um welche spirituelle / religiöse Tradition und um welches Konzept von psychischer Gesundheit es sich handelt, mehr oder weniger kompatibel. Auch in der Studie von Hundt waren die befragten Psychotherapeuten der Ansicht, dass die verschiedenen spirituellen Ansätze in unterschiedlichem Maße in die Psychotherapie integrierbar seien. Lebensnahe alltagsbezogene spirituelle Wege seien besser integrierbar, wogegen spirituelle Wege, die die Loslösung der Seele von der Welt zum Ziel haben, im Grunde genommen gar nicht integrierbar seien (Hundt, 2007, S. 178).

Sollod kommt abschließend in seiner Übersicht zur Integration von psychotherapeutischen und spirituellen Ansätzen zu den folgenden Beurteilungen: Die Integration von Spiritualität in dem Sinne, dass der Psychotherapeut innerhalb des Werterahmens des Klienten arbeitet und diesen achtet, ist wohl am wenigsten problematisch und in Übereinstimmung mit den ethischen Richtlinien der APA, die eine angemessene Berücksichtigung der kulturellen Vielfalt im Rahmen der Psychotherapie fordern. Im Grunde genommen, so könnte man einfügen, sollte dies im Rahmen einer jeden Therapie eine Selbstverständlichkeit sein. Ebenso, so Sollod, ist es sicherlich sowohl angemessen als auch förderlich für den psychotherapeutischen Prozess, über die spirituellen oder religiösen Aspekte des Lebens des Klienten informiert zu sein. Auch könne es nützlich sein, religiöse oder spirituelle Interventionen aus spirituellen Traditionen zu entleihen und sie mit psychotherapeutischen

---

verantwortlich sein (Peteet, 1994, S. 244).

Zielsetzungen einzusetzen, selbst dann, wenn die „Spiritualität“ solcher Methoden durch den Kontext und die Zielsetzungen „zunichte“ gemacht werden kann. Des Weiteren misst auch Sollod der spirituellen Orientierung bzw. Haltung des Psychotherapeuten sowohl als eine Ressource für das eigene Wohlergehen als auch als Ressource für die Förderung und Erhöhung der Effektivität des psychotherapeutischen Prozesses eine wichtige Bedeutung bei. Vor allem diese Form der Integration hält er für ein vielversprechendes Gebiet empirischer Forschung (Sollod, 2005, S. 414). Auch er argumentiert, ähnlich wie die Vertreter des transpersonalen oder integralen Ansatzes, dass durch eine andauernde spirituelle Praxis und Orientierung eine Reihe von Qualitäten und Einstellungen entwickelt und gefördert werden können, die auch psychotherapeutisch von Nutzen sind und die die Aufrechterhaltung einer tragfähigen psychotherapeutischen Beziehung fördern. Diesbezüglich nennt er verschiedene mentale Qualitäten, die vor allem durch eine meditative Praxis gefördert werden, wie z.B. Wachheit oder eine klare, unverzerrte Wahrnehmung, ebenso aber auch bestimmte Grundhaltungen und emotionale Qualitäten, wie die der bedingungslosen Wertschätzung, der Empathie, der Akzeptanz, des Nicht-Urteilens und ähnliches mehr. Hierzu gehört seiner Ansicht nach auch, dass der Psychotherapeut idealerweise in der Lage ist, in veränderte oder transzendente Bewusstseinszustände einzutreten, die dem therapeutischen Prozess dienlich sein können. Solche Zustände können nach Sollod ein tiefes Gefühl selbstloser Liebe, eine erweiterte Sensitivität gegenüber der anderen Person, Kontakt mit den inneren Quellen des Mitgefühls sowie die Wahrnehmung des Klienten als ganz oder potentiell ganz mit sich bringen. Wenngleich diese Qualitäten den Therapeuten dabei unterstützen können, eine hilfreiche therapeutische Beziehung aufrechtzuerhalten, müssen sie dennoch nicht zum Fokus der therapeutischen Aktivitäten werden. Dem Klienten müsse die innere spirituelle Haltung des Therapeuten dabei auch nicht unbedingt bewusst sein. Sollod befürwortet vor allem eine solche Art der Integration, da sie nicht dieselben ethischen und praktischen Fragen aufwirft, wie es bei anderen Formen der Integration der Fall ist. Die Unterstützung spiritueller Entwicklung oder Formation als primärer Fokus der Psychotherapie hält er dagegen für unangebracht. Dies begründet er damit, dass die Ziele und Methoden der spirituellen Formation nicht unbedingt kongruent sind mit denen der Psychotherapie. Auch die ideologischen Kontexte und die verwendeten Methoden unterscheiden sich seiner Ansicht nach wesentlich. Darüber hinaus sei der Psychotherapeut kraft seiner Ausbildung und Erfahrung gewöhnlich nicht darauf vorbereitet, die Verantwortung für spirituelle Führung zu übernehmen.

3.5. Abschließende Beurteilung zum Thema „Integrative Ansätze“

Da die religiöse Dimension einen zentralen Bestandteil menschlicher Erfahrung darstellt und religiöse Traditionen, Überzeugungen, Praktiken, Werte und Erfahrungen im Leben von vielen Menschen eine bedeutsame Rolle spielen, plädiert eine zunehmende Anzahl von Autoren für eine stärkere Auseinandersetzung mit und Einbeziehung von Religiosität bzw. Spiritualität innerhalb der Klinischen Psychologie sowie im Kontext der Psychotherapie. Genauso wie es notwendig sei, dass Psychotherapeuten Weiterbildung und Training erhalten, um ihre Fähigkeiten und Sensibilität im Hinblick auf den Umgang mit Geschlecht, Rasse und anderen Aspekten der menschlichen Diversität zu erweitern, seien sie verpflichtet, ihre Fähigkeiten und Sensibilität im Hinblick auf Klienten mit einer religiösen oder spirituellen Orientierung zu erhöhen (Richards & Bergin, 2002; Bergin & Jensen, 1990). Nach Ansicht von Shafranske (2005b) steht bislang jedoch noch keine befriedigende Forschungs- und Ausbildungsbasis zur Verfügung, um Interventionen bezüglich religiöser bzw. spiritueller Inhalte im Rahmen der Psychotherapie empfehlen zu können. Er plädiert von daher für anspruchsvollere Forschungsmethoden und -instrumente, die den verschiedenen Nuancen von Religiosität und Spiritualität gerecht werden, sowie für Forschungsprogramme, mit deren Hilfe kausale Effekte und Zusammenhänge hinsichtlich religiöser bzw. spiritueller Variablen in der psychischen Gesundheit näher untersucht werden können. Vor allem die Bereiche Resilienz, Coping und Behandlung sollten seiner Meinung nach stärker beforscht werden.

Ethische Richtlinien, Praxisstandards, Informed-Consent-Prozeduren sowie differenzierte Modelle einer möglichen Integration von Spiritualität und Religiosität im Rahmen der Psychotherapie stehen mittlerweile jedoch zur Verfügung. Diese können weiterentwickelt und in der Praxis erprobt werden. Dabei müssen sowohl der mögliche Nutzen als auch die Gefährdungen im Auge behalten werden, die der Versuch einer Integration dieser Bereiche in sich birgt. Bei diesem Gebiet handelt es sich um relatives Neuland in der ohnehin kurzen Geschichte der akademischen Psychologie. Der Umgang mit diesen Themenbereichen und die Integration solcher Ansätze erfordern eine hohe Sensibilität sowie Kenntnisse und nicht zuletzt eigene Erfahrungen bezüglich der ihnen zugrunde liegenden Traditionen und Praktiken. Ansonsten bestehen die Gefahren einer Vereinnahmung und der Verletzung der Integrität dieser Traditionen (Kabat Zinn, 2003), einer mangelnden Durchdringung und eines mangelnden Verständnisses der ihnen zugrunde liegenden Paradigmen (Walsh, 1980), einer rein technizistischen Herangehensweise, Funktionalisierung und Zweckentfremdung von spirituellen Praktiken und Prinzipien im Sinne einer auf Effizienz und Zielerreichung fixierten Gesundheitstechnologie (Michalak & Heidenreich, 2006), der Trivialisierung des Numinosen

(Richards & Bergin, 2002), einer missbräuchlichen und übergriffigen Vorgehensweise sowie einer Überschreitung des eigenen professionellen Kompetenzbereiches, bis hin zur Erweckung utopischer Erwartungshaltungen beim Klienten aufgrund der Verbindung von ärztlicher bzw. psychotherapeutischer und geistlicher Autorität (Utsch, 2005; Richards & Bergin, 2002). Auch sollte die Entscheidung, ob und wenn ja in welcher Form sich in einer spirituellen Tradition entwickelte Praktiken und Prinzipien zur Behandlung von psychischen Störungen und Problemen eignen und zum Wohle der Patienten in einem klinischen Kontext eingesetzt werden, nicht allein auf Basis persönlicher Erfahrungen und Evidenzen entschieden werden, sondern durch wissenschaftliche Forschung bezüglich bestimmter konsensfähiger Kriterien, wie Besserung von Störungen mit Krankheitswert oder Verbesserung der Lebensqualität, empirisch begründet werden (vgl. Michalak & Heidenreich, 2006).

Was die empirische Fundierung von spirituellen oder religiösen Interventionen betrifft, kommen Harris et al. (1999) in ihrem Übersichtsartikel zum Thema zu den folgenden Beurteilungen: Trotz der wachsenden Evidenz, dass eine religiöse oder spirituelle Orientierung mit zentralen gesundheitsbezogenen Variablen assoziiert ist, gibt es kaum empirisch gesicherte Ergebnisse bezüglich der verursachenden Faktoren sowie der Frage, ob spirituelle oder religiös orientierte Behandlungsansätze in der Arbeit mit religiösen Patienten tatsächlich effektiver sind als konventionelle Behandlungsansätze. Bis dato liegt zwar eine große Menge an Literatur dazu vor, wie Religiosität und Spiritualität im Rahmen der klinisch-psychotherapeutischen Praxis eingebunden werden können, jedoch besteht diesbezüglich weder ein Konsens, noch wurden diese Vorschläge bisher in das psychotherapeutische Standardrepertoire aufgenommen oder im Rahmen der Ausbildungscurricula vermittelt. Nach wie vor bestehe ein Mangel an empirischer Evidenz, dass einige der spirituell oder religiös orientierten Behandlungsansätze überhaupt wirksam oder anderen, nicht-religiösen Ansätzen in der Arbeit mit religiösen Patienten überlegen sind. Die Unterstützung für die Effektivität von religiösen oder spirituellen Interventionen bleibt weitgehend theoretischer Natur oder basiert auf Einzelfallstudien oder kleinen Untersuchungsstichproben (ebenda, S. 416). Darüber hinaus ist die Generalisierbarkeit der Ergebnisse auf andere Patientenpopulationen und klinische Settings aufgrund des Mangels an größeren Studien deutlich eingeschränkt. Nach Ansicht der Autoren gehört es zu den Aufgabenstellungen weiterer Forschung, dass spirituelle und religiöse Faktoren genauer definiert und der Nachweis erbracht wird, dass solche Faktoren einen unabhängigen Beitrag zur Wirksamkeit der Behandlung leisten. Die Einbeziehung von potentiellen Moderatorvariablen, wie z.B. „Ausmaß der religiösen Involviertheit“, „intrinsische Religiosität“, „spezifische religiöse Coping-Strategien“ im

Rahmen von Interventionsdesigns, könnten darüber hinaus dazu dienen, spezifische Zusammenhänge und Wirkmechanismen aufzuklären. Ferner plädieren sie für die Anwendung von unterschiedlichen Forschungsdesigns, wie Fragebogenstudien, randomisierte klinische Studien, Einzelfallstudien, experimentelle Studien sowie verschiedene Assessment-Methoden.

Um Forschende und Praktiker im Bereich der religiös oder spirituell orientierten Therapien bei der Entwicklung, Validierung und dem Vergleich von verschiedenen Behandlungsansätzen zu unterstützen, stellen die Autoren eine Reihe von entsprechenden Leitlinien zusammen (ebenda, S. 423ff.). Ihrer Ansicht nach bleibt noch vieles zu tun, um Wege zu entwickeln, die die Bedeutsamkeit von religiösen oder spirituellen Faktoren in der klinischen Praxis in einer spezifischeren und sensiblen Art und Weise erfassen. Die meisten der derzeit zur Verfügung stehenden oder verwendeten religiösen und spirituellen Interventionen wurden hinsichtlich ihrer Wirksamkeit oder klinischen Validität noch nicht gründlich evaluiert. Für einige Interventionen gebe es eine gewisse Evidenz in Hinblick auf deren Wirksamkeit. Dies betrifft vor allem die religiös orientierte kognitiv-behaviorale Therapie, Meditation, 12-Schritte-Programme, Vergebungstherapie und Fürbitte-Gebete. Nach Ansicht der Autoren bedarf es einerseits zwar einer Replikation der Ergebnisse anhand von besser kontrollierten Studien, insgesamt würden diese jedoch darauf hinweisen, dass die Weiterentwicklung und Evaluierung von spirituellen oder religiösen Interventionen ein lohnendes Unterfangen darstellt. Empirische Evidenz wird nach Harris et al. (1999) vor allem hinsichtlich der Fragen benötigt, wann, in welcher Art und Weise und bei welchen Patienten spirituelle oder religiöse Interventionen im Rahmen der Behandlung einbezogen werden könnten, um dadurch heilsame Effekte zu erreichen.

Die in diesem Kapitel referierten Vorschläge zu einer Integration der Bereiche Spiritualität und Religiosität im Rahmen der professionellen Psychotherapie zeigen meines Erachtens, dass ein solches Unternehmen nicht so undenkbar ist, wie es lange Zeit durch die gängige psychotherapeutische Ausbildung und Praxis zum Ausdruck kam. Dennoch dürfte ebenfalls deutlich geworden sein, dass dabei auch eine ganze Reihe von ernst zu nehmenden Gefährdungen und Begrenzungen bestehen, die es ebenfalls zu bedenken gilt. Jedoch hat sich auch gezeigt, dass hierzu bereits ein beachtliches Maß an theoretischen Reflexionen sowie handlungspraktischen Lösungsvorschlägen vorliegt.

III. Stand der Forschung

1. Befragung von Psychotherapeuten zu dem Themenfeld „Spiritualität / Religiosität und Psychotherapie“

Die aktuelle Diskussion über die Verhältnisbestimmung von Spiritualität bzw. Religiosität einerseits und Psychotherapie andererseits sowie die Entwicklung von integrativen Ansätzen gingen ursprünglich in starkem Maße von den USA aus. Auch stammt der Großteil der empirischen Untersuchungen, in denen Professionelle der psychosozialen Versorgung zu ihren Glaubensüberzeugungen, ihrer religiös-spirituellen Einbindung und Praxis sowie zu ihren Erfahrungen und ihrem Umgang mit spirituellen / religiösen Aspekten im Rahmen der Psychotherapie befragt wurden, aus den USA. Den USA wird jedoch immer wieder eine Art Sonderrolle innerhalb der westlichen Länder zugesprochen, was die Bedeutsamkeit von Religion anbelangt (vgl. Kap. 2.1.). In den USA spielen die christlichen Traditionen bzw. die institutionalisierten Formen der christlichen Religiosität sowohl im privaten als auch im öffentlichen und politischen Raum eine deutlich größere Rolle, als es in Europa und in Deutschland der Fall ist (siehe hierzu auch Shafranske, 1996b; Utsch, 2005, S. 223f.). Nach Lehmann (2004) zeichnen sich die Europäer dadurch aus, dass sie ein besonders distanziertes Verhältnis zur Religion entwickelt haben. Aufgrund dieses unterschiedlichen Stellenwertes von Religion in Kultur und Gesellschaft sowie der unterschiedlichen Ausformungen des religiös-spirituellen Feldes war von daher zu erwarten, dass sich die Erfahrungen und Einstellungen von deutschen Psychotherapeuten bezüglich des Themenfeldes „Psychotherapie und Spiritualität / Religiosität“ von denen ihrer US-amerikanischen Kollegen unterscheiden würden. Im Besonderen stand dabei die Frage im Raum, ob es sich bei diesem Thema um ein aus den USA importiertes handelt, welches hierzulande aufgrund der allseits zitierten fortschreitenden Säkularisierung nicht von sonderlicher Relevanz ist. Oder aber, ob die Themenbereiche Spiritualität und Religiosität auch in der bundesdeutschen psychotherapeutischen Praxis von Bedeutung sind, möglicherweise jedoch in deutlich anders gearteten Ausformungen.

Im nun folgenden Kapitel 1.1. sollen die Ergebnisse der Befragungen von US-amerikanischen Psychotherapeuten im Überblick dargestellt werden. Dabei werden vor allem repräsentative, nationale Studien berücksichtigt. Als Grundlage hierfür dienen insbesondere zwei Artikel von Shafranske (1996b, 2000), der den wesentlichen Teil der diesbezüglich zu diskutierenden Studien im Rahmen zweier Übersichtsartikel bereits zusammengefasst hat. Auch wird die von ihm vorgeschlagene Struktur zur Einordnung der gesichteten Befunde

weitgehend übernommen. Diese wird jedoch sowohl im Hinblick auf einige wesentlich erscheinende Punkte als auch bezüglich weiterer, neu hinzugekommener Studien sowie einer internationalen Untersuchung von Smith und Orlinsky (2004)[71] ergänzt. Darauf folgend werden in Kapitel 1.2. die Ergebnisse von Psychotherapeutenbefragungen aus dem deutschsprachigen Raum vorgestellt.

Bei der Interpretation und den Schlussfolgerungen bezüglich der Ergebnisse der gesichteten Studien sind Einschränkungen in zweierlei Hinsicht zu berücksichtigen: Zum einen liegen die Rücklaufquoten der amerikanischen Studien (national und regional) zwischen 17% und 71% und die der Studien aus dem deutschsprachigen Raum zwischen 24% und 72%.[72] Es ist durchaus möglich, dass sich die Einstellungen der teilnehmenden Personen von denen der Nicht-Teilnehmer unterscheiden, da anzunehmen ist, dass sich eher Personen mit Interesse an diesem Themenbereich an einer solchen Studie beteiligen und ihre Zeit für das Ausfüllen eines diesbezüglichen Fragebogens investieren als Personen, die die Themenbereiche Religiosität und Spiritualität nicht als besonders wichtig erachten. Überprüft wurde diese Möglichkeit allein in den Studien von Shafranske und Malony (1990b) sowie Shafranske (2001). Im Rahmen dieser Studien wurden Kurz-Befragungen mit den Nicht-Teilnehmern durchgeführt, die diese Annahme weitgehend bestätigten. Es zeigte sich, dass sich Nichtteilnehmer und Teilnehmer hinsichtlich solcher Faktoren wie der eigenen Einstellung gegenüber Spiritualität, des Interesses an diesen Bereichen im Rahmen der Therapie sowie der tatsächlichen Bedeutsamkeit derselben im Rahmen der Behandlung unterscheiden. Zum anderen ist bei den Zufallsstichproben aus einzelnen Bundesstaaten bzw. Bundesländern zu berücksichtigen, dass dort vor allem regionale sowie strukturelle Faktoren im Zusammenhang mit der psychotherapeutischen Arbeit einen Einfluss haben könnten, der in der Gesamtpopulation der US-amerikanischen bzw. deutschsprachigen Psychotherapeuten so nicht gegeben ist.

Um die Einordnung der berichteten Befunde zu erleichtern und einen Überblick über die insgesamt vorliegenden Befragungen von psychotherapeutisch Tätigen zu diesem Themenbereich zu geben, wurde ein tabellarischer Überblick mit Angaben zu wesentlichen Merkmalen der jeweiligen Studien, wie Quelle, Art und Größe der Stichprobe, Rücklaufquote und zentrale Fragestellungen, zusammengestellt (siehe Anhang A).

[71] Sämtliche Ergebnisdarstellungen in diesem Kapitel beziehen sich auf den US-amerikanischen Raum mit Ausnahme einer internationalen Studie von Smith und Orlinsky (2004).
[72] Diese Angaben beziehen sich auf die Studien, die im tabellarischen Überblick (siehe Anhang A) aufgeführt sind.

1.1. US-amerikanische Studien

1.1.1. Akademiker und Religion

Beit-Hallahmi (1977) analysiert in einem Übersichtsartikel aus dem Jahre 1977 den herrschenden Zeitgeist gegenüber der Religionspsychologie, indem er die Einstellung in Bezug auf Religion innerhalb der Psychologie als akademischer Disziplin und bei Psychologen als Individuen untersucht. Dazu sichtet er unter anderem eine Reihe von Studien aus dem Zeitraum von 1914-1975, in deren Rahmen Wissenschaftler und Akademiker zu ihren Einstellungen zum Thema Religion befragt wurden. Er kommt zu dem Schluss, dass der Befund, dass Wissenschaftler, und Akademiker im Allgemeinen, weniger religiös sind als der Rest der Bevölkerung, umfangreich dokumentiert sei (Beit-Hallahmi, 1977, S. 385).

Darüber hinaus zeigten sich Unterschiede zwischen den verschiedenen akademischen Disziplinen, was die Einstellung zur Religion anbelangt. Dabei erwies sich die Distanz zur Religion bei den Psychologen wiederholt als besonders ausgeprägt. So zeigte sich bereits in zwei frühen Studien von Leuba aus den Jahren 1914 und 1933, in denen die Glaubensüberzeugungen von Wissenschaftlern untersucht wurden, dass der Glaube an einen Gott, der Gebete erhört, je nach Fachdisziplin der befragten Wissenschaftler unterschiedlich ausgeprägt ist (Leuba, 1934).[73] Naturwissenschaftler glaubten am ehesten an einen solchen Gott, gefolgt von den Soziologen, und mit deutlichem Abstand an letzter Stelle standen die Psychologen. Insgesamt bestätigten in der Studie von Leuba 38% der Naturwissenschaftler, die sich mit unbelebter Materie befassen (z.B. Physiker, Geologen), 27% der Naturwissenschaftler, die sich mit belebter Materie befassen (Biologen, Botaniker u. ä.), 24 % der Soziologen und nur mehr 10% der Psychologen einen solchen Gottesglauben. In einer neueren Studie von Larson und Witham (1997) wurde US-amerikanischen Naturwissenschaftlern nochmals die gleiche Frage gestellt: 39,3% gaben an, an (einen solchen) Gott zu glauben, 14,5% konstatierten diesbezüglich eine zweifelnde oder agnostische Position und 45,3% glaubten nicht an (einen solchen) Gott.

In einer weiteren frühen Studie von Lehmann und Shriver (1968) wurden die Unterschiede zwischen den Angehörigen verschiedener akademischer Disziplinen differenzierter untersucht. Lehmann and Shriver führten diesbezüglich das Konzept der „wissenschaftlichen

[73] Die Formulierung lautete: "I believe in a God to whom one may pray in the expectation of receiving an answer. By 'answer' I mean more than the natural subjective psychological effect of prayer." (Leuba, 1934, S. 292). Die Formulierung der Studie von Leuba aus dem Jahr 1916 lautete: "I believe in a God in intellectual and affective communication with humankind, i.e. a God to whom one may pray in expectation of receiving an answer. By 'answer' I mean more than the subjective psychological effect of prayer" (zitiert nach Larson &

Distanz“ („scholarly distance“) ein. Sie vermuteten, dass diese Distanz ein wesentlicher Prädiktor der Religiosität der Akademiker sei. Das Konzept der „scholarly distance“ bezieht sich auf das Ausmaß, in dem innerhalb der Aktivitäten der jeweiligen akademischen Disziplin das Thema Religion ein legitimes Forschungsobjekt darstellt. Die Autoren nahmen an, dass bei Wissenschaftlern mit einer größeren wissenschaftlichen Distanz zu Religion, wie zum Beispiel Physikern oder Chemikern, ein höheres Maß an religiöser Involviertheit zu finden sein müsste als bei Wissenschaftlern, die aus Disziplinen stammen, in denen Religion durchaus zum Gegenstand wissenschaftlicher Forschung werden kann, wie zum Beispiel bei Anthropologen, Psychologen oder Soziologen. Die Ergebnisse ihrer Studie bestätigten diese Annahme (nach Beit-Hallahmi, 1977).

Auch eine jüngere Umfrage, die vom Roper Center for Public Opinion durchgeführt wurde (Politics, 1991, nach Shafranske, 1996b)[74], bestätigt die angeführten Befunde einer geringer ausgeprägten Religiosität von Akademikern im Allgemeinen und Psychologen im Besonderen. Bei dieser Umfrage gaben 30% der befragten Akademiker an, keiner Religion anzugehören.[75] Der Anteil der psychologischen Fakultät lag dabei mit 50% der Befragten, die angaben, keiner Religion anzugehören, an sechsthöchster Stelle von insgesamt 59 untersuchten Fakultäten. Der vergleichbare Wert bei der Allgemeinbevölkerung liegt gemäß einer Gallup-Umfrage aus dem Jahre 1994 bei 5% (Gallup Jr., 1994, nach Shafranske, 1996c, S. 151).

1.1.2. Befragungen von Psychotherapeuten

Im Zeitraum von 1980 bis 2007 wurde eine Reihe von Befragungen mit Psychologen und anderen Professionellen der Gesundheitsversorgung, die psychotherapeutisch tätig sind, durchgeführt. Dabei wurden deren religiöse Einbindung und Glaubensüberzeugungen sowie deren Einstellungen in Bezug auf Religiosität und Spiritualität exploriert. Und ebenso die diesbezüglichen Erfahrungen und Vorgehensweisen der Psychotherapeuten im Rahmen ihrer psychotherapeutischen Praxis. Bei diesen Befragungen ergab sich ein wesentlich differenzierteres Bild, was die Einstellung zu Religion bei Psychologen, respektive Psychotherapeuten anbelangt. Diese differenzierteren Analysen machten vor allem deutlich, wie wichtig es ist, bezüglich verschiedener Aspekte dieses Themas zu unterscheiden. So vor allem hinsichtlich der Bedeutung, die die Psychotherapeuten der spirituellen / religiösen Dimension im menschlichen Leben generell beimessen, ihren privaten und persönlichen

Witham, 1997 S. 436). Leuba wählte diese Art der Formulierung, weil sie seiner Ansicht nach der Vorstellung von Gott entspricht, wie er in der christlichen Religion verehrt wird (ebenda).

[74] Eine diesbezügliche Abbildung findet sich bei Shafranske (1996b, S. 152).

Ausdrucksformen von Religiosität bzw. Spiritualität, ihrer Einstellung zu bzw. Einbindung in traditionelle religiöse Institutionen und deren Aktivitäten sowie ihrer Einstellung bezüglich eines angemessenen Umgangs mit diesen Themenbereichen im Rahmen der Psychotherapie.

1.1.2.1. Geringere Einbindung in die konventionellen, institutionalisierten Formen der Religiosität – Religiöse Kluft

Bei all diesen Studien zeigte sich, wie weiter oben bereits erwähnt, eine geringere Religiosität der psychotherapeutisch Tätigen im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung. Bergin und Jensen (1990) sprachen diesbezüglich vom Vorliegen einer religiösen Kluft zwischen einer säkularen Profession und einer stärker religiösen Öffentlichkeit. Diese „religiöse Kluft", so zeigte sich jedoch ebenfalls, bezieht sich vor allem auf die Einbindung in die traditionellen, institutionalisierten Formen der Religiosität und die Teilnahme an deren Aktivitäten (wie zum Beispiel Kirchenzugehörigkeit und Kirchenbesuch). Die psychotherapeutisch Tätigen nehmen an diesen konventionellen Formen der Religiosität in geringerem Maße teil als die US-amerikanische Allgemeinbevölkerung.

So gaben in einer Studie von Shafranske und Malony (1990b) 71% der befragten Klinischen Psychologen eine Religionszugehörigkeit an, in einer Studie von Bergin und Jensen (1990) waren es 80% der befragten Psychotherapeuten aus unterschiedlichen Disziplinen, die eine religiöse Präferenz nannten. In einer jüngeren Studie von Delaney, Miller und Bisono (2007) nannten insgesamt 84% der befragten Klinischen Psychologen eine religiöse Präferenz. Als Vergleichswerte für die amerikanische Allgemeinbevölkerung nennen die Autoren Werte von 95% (Shafranske 1996c, S. 151), 91% (Bergin & Jensen, 1990) und 94% (Delaney et al., 2007) für den jeweiligen Zeitraum.

Zieht man die regelmäßige Teilnahme an den Aktivitäten einer organisierten Religion als Indikator für das religiöse Engagement der Psychotherapeuten heran, so finden sich auch hier, je nach Studie, moderate bis deutliche Unterschiede zwischen den psychotherapeutisch Tätigen und der Allgemeinbevölkerung. So gaben 28% einer Stichprobe von 253 Klinischen Psychologen und Klinischen Beratern, 26% von 111 befragten Psychiatern und 33% einer Stichprobe von 242 Rehabilitationspsychologen in Studien von Shafranske (2000, 2001) sowie 33% von 258 Klinischen Psychologen in einer jüngeren Studie von Delaney et al. (2007) an, während der vergangenen sieben Tage die Kirche oder Synagoge besucht zu haben. Bei der Allgemeinbevölkerung lag dieser Wert gemäß einer Gallup-Umfrage aus dem Jahr 1997 bei 43% (nach Shafranske, 2000, S. 526).

[75] Die Frage lautete: „What is your present religion?"

Gefragt nach der regelmäßigen bis häufigen Teilnahme an religiösen Aktivitäten bejahten dies 40,8% der befragten Klinischen Psychologen (Shafranske & Malony, 1990b), 34,5% der Mitglieder der APA-Abteilung Psychotherapie (Derr, 1991, nach Shafranske, 1996c) und 37,4% der APA-Mitglieder mit Abschluss in Klinischer Psychologie (Shafranske, 1996c). In der bereits erwähnten Studie von Bergin und Jensen (1990) gaben 50% der befragten Ehe- und Familienberater, 44% der Klinischen Sozialarbeiter, 32% der Psychiater und 33% der Klinischen Psychologen eine regelmäßige Teilnahme an religiösen Gottesdiensten an. Als Vergleichswert nennen Bergin und Jensen (1990) einen Wert von 40% für die Allgemeinbevölkerung. Damit sei, so resümieren sie zumindest für diese Studie, der prozentuale Anteil von 41% in der Gesamtstichprobe der psychotherapeutisch Tätigen durchaus vergleichbar mit dem der Allgemeinbevölkerung.[76]

Anhand dieser Daten wird ebenfalls ersichtlich, dass es eine wesentliche Rolle spielt, welcher Disziplin die psychotherapeutisch Tätigen angehören. So wiesen in der Studie von Bergin und Jensen (1990) die befragten Ehe- und Familienberater, gefolgt von den Klinischen Sozialarbeitern, das höchste Ausmaß an Einbindung in die institutionalisierten Formen der Religiosität auf, womit diese beiden Gruppen der Allgemeinbevölkerung am ähnlichsten sind. Auch Rehabilitationsmediziner und -psychologen scheinen diesbezüglich eine stärkere Nähe zur Allgemeinbevölkerung zu haben (Shafranske, 2000). Ebenso lassen sich Ähnlichkeiten zwischen Psychiatern und Klinischen Psychologen feststellen. Diese zeigten in verschiedenen Studien den geringsten Grad an religiöser Involviertheit und unterschieden sich dahingehend deutlich von der Allgemeinbevölkerung (Bergin & Jensen, 1990; Shafranske, 2000). Gefragt nach der Bedeutsamkeit von Religion, wurde diese in verschiedenen Studien von Shafranske beispielsweise von 76,4% der Rehabilitationsmediziner, von 69,9% der Rehabilitationspsychologen, von 57% der Psychiater und von 48% der Klinischen Psychologen und Klinischen Berater als ziemlich oder sehr wichtig eingestuft. Demgegenüber liegt der Vergleichswert in der Allgemeinbevölkerung bei 88% (Shafranske, 2000).

In der Studie von Bergin und Jensen (1990) stimmten insgesamt beachtliche 77% der befragten Psychotherapeuten der Aussage “I try hard to live my life according to my religious beliefs“ zu oder sehr stark zu. Auch hier zeigten sich Unterschiede zwischen den einzelnen Subgruppen der psychotherapeutisch Tätigen: Bei den Ehe- und Familientherapeuten waren es 85%, bei den Klinischen Sozialarbeitern 83%, bei den Psychiatern 74% und bei den Klinischen Psychologen 65%. Der Vergleichswert in der Allgemeinbevölkerung liegt bei

[76] Für den Vergleich mit der Allgemeinbevölkerung ziehen die Autoren eine Gallup-Umfrage aus dem Jahre 1985 heran.

84%. Eine neuere Studie von Delaney et al. (2007), die zum Ziel hatte, die mittlerweile schon etwas länger zurückliegenden Befunde bezüglich der Religiosität amerikanischer Psychotherapeuten im Rahmen einer nationalen Studie einer aktuellen Überprüfung zu unterziehen, ergab, dass 70% der befragten Klinischen Psychologen dem von Bergin und Jensen verwendeten Item "I try hard to live my life according to my religious beliefs" zustimmten. Der Aussage "My whole approach to life is based on my religion" stimmten in der Studie von Bergin und Jensen (1990) 62% der befragten Ehe- und Familientherapeuten zu oder sehr stark zu, 46% der Klinischen Sozialarbeiter, 39% der Psychiater und nur mehr 33% der Klinischen Psychologen. Im Jahre 2007 waren es 35% der befragten Klinischen Psychologen (Delaney et al., 2007). Die Zustimmungsrate zu einer vergleichbaren Formulierung lag für die Allgemeinbevölkerung wiederum bei 72% (nach Delaney et al., 2007, S. 540).

1.1.2.2. Interesse und Wertschätzung gegenüber der noetischen Dimension menschlichen Lebens - Persönliche Formen der Spiritualität

Trotz der geringeren Einbindung in die organisierten Formen der Religiosität findet sich kein Beleg für die Annahme, dass Psychotherapeuten generell a-religiös seien oder dass die Ablehnung der noetischen Dimension „ein professioneller Standard von Psychotherapeuten sei" (vgl. Ragan, Malony & Beit-Hallahmi, 1980, S. 213). Eine Reihe von Studien weisen im Gegenteil darauf hin, dass die befragten Psychotherapeuten der noetischen Dimension gegenüber prinzipiell offen sind und dass sie dieser durchaus eine positive Bedeutung beimessen. So schätzten in der Studie von Shafranske und Malony (1990b) 53% der Teilnehmer Religion prinzipiell als wertvoll ein („valuable"), 33% waren demgegenüber neutral und nur 14% erachteten Religion als nicht wünschenswert. In der Studie von Delaney et al. (2007) antwortete mit 82% das Gros der befragten Klinischen Psychologen auf die Frage „Was denken Sie ist Religion am wahrscheinlichsten?" mit „förderlich für die psychische Gesundheit", 11% mit „irrelevant für die psychische Gesundheit" und nur 7% mit „schädlich für die psychische Gesundheit".

Der persönliche Zugang der psychotherapeutisch Tätigen zur Religiosität scheint jedoch eher in persönlichen, individuellen Formen und in einer Ablösung von den konventionellen, institutionalisierten Formen der Religiosität seinen Ausdruck zu finden. So zeigte sich in der Studie von Bergin und Jensen (1990) ein beachtliches Ausmaß an persönlicher religiöser Involviertheit, wenngleich die religiöse Präferenz und Einbindung der Therapeuten geringer war als die der Allgemeinbevölkerung. Während beispielsweise nur 44% angaben, einer

bestimmten Religion anzugehören, an der sie aktiv teilnehmen, bejahten 68% das Item „I seek a spiritual understanding of the universe and one's place in it". In einer Studie von Shafranske und Malony (1990b) stimmten nur 18% der Befragten zu, dass organisierte Religion die primäre Quelle ihrer Spiritualität sei. Die Mehrheit (51%) bezeichnete ihre spirituellen Glaubensüberzeugungen und Praktiken als einen alternativen spirituellen Pfad, der nicht Teil einer organisierten Religion sei. 65% der Befragten dieser Studie berichteten, dass Spiritualität für sie persönlich relevant sei. Auch Lannert fand, dass 50% der von ihr befragten Internship-Training-Direktoren ihre Spiritualität als eine persönliche Haltung betrachten, die weder in Religion noch in irgendeiner bestimmten religiösen Organisation oder Bewegung verwurzelt ist (Lannert, 1992, nach Shafranske 1996c, S. 156).

Ein weiterer wesentlicher Punkt, der das zuvor Gesagte zu unterstreichen scheint, betrifft die deutliche Bevorzugung des Begriffes „Spiritualität" gegenüber dem Begriff der „Religion" bzw. Religiosität, wenn diese als Alternativen zur Beschreibung der eigenen Orientierung gewählt werden können (vgl. hierzu Shafranske, 2000, Tabelle, S. 52). Dieser Trend zeigte sich bei verschiedenen Gruppen von Personen, die in der psycho-sozialen Versorgung tätig sind. So schätzten 38% einer Zufallsstichprobe von 111 Psychiatern der American Psychiatric Association die Bedeutung von Religion in ihrem eigenen Leben als sehr wichtig ein, während 56,4% dieser Stichprobe die Bedeutung von Spiritualität in ihrem eigenen Leben als sehr wichtig einstuften (Shafranske, 2000). Umgekehrt beurteilten 41,7% dieser Psychiater Religion als nicht sehr wichtig, versus 17,8%, die wiederum Spiritualität als nicht sehr wichtig erachteten. Bei einer Stichprobe von Klinischen Psychologen und Klinischen Beratern (N = 253) wurde Religiosität von 26% der Befragten als sehr wichtig eingeschätzt, gegenüber 48%, die Spiritualität als sehr wichtig einstuften. 51% dieser Psychologen und Berater betrachteten dagegen Religion als nicht sehr wichtig und ein deutlich geringerer Prozentsatz von 26% erachtete Spiritualität als nicht sehr wichtig. Für eine Stichprobe von Rehabilitationspsychologen ergaben sich die Werte von 27%, die Religion als sehr wichtig, versus 50%, die Spiritualität als sehr wichtig einstuften. Auf der anderen Seite benannten 43% von diesen Religion und 19% Spiritualität als nicht sehr wichtig.

In einer Studie von Shafranske (2001) wurden darüber hinaus die Selbstzuschreibungen von Rehabilitationsmedizinern und -psychologen als religiös oder spirituell erfasst. 18,4% der Rehabilitationsmediziner beschrieben sich als sehr religiös und 42,3% als moderat religiös, während sich 27,3% von diesen als sehr und 48,3% als moderat spirituell bezeichneten. Bei den Rehabilitationspsychologen waren es 15,7% sehr religiöse versus 37,2% sehr spirituelle und 34,7% in moderatem Maße religiöse versus 43,8%, die sich als in moderatem Maße

spirituell bezeichneten. Auch in der jüngeren Studie von Delaney et al. (2007) beantworteten 52% der befragten Klinischen Psychologen die Frage „Wie wichtig ist Ihnen Ihre Spiritualität“ mit „sehr wichtig“, 28% stuften dies im mittleren Bereich der Skala ein, während Spiritualität für 20% der Befragten nicht sehr wichtig war. Dagegen zeigte sich auch in dieser Studie ein deutlich geringerer Anteil an Psychotherapeuten, die Religion in ihrem eigenen Leben als sehr wichtig einstuften (21%). Der Vergleichswert für die Allgemeinbevölkerung liegt nach Angaben von Delaney et al. (2007) bei 55%. Ebenso gaben 48% der Kliniker dieser Studie an, dass Religion in ihrem eigenen Leben nicht sehr wichtig sei, im Gegensatz zu 15% der Allgemeinbevölkerung.

Es ist anzunehmen, dass der höhere Stellenwert von Spiritualität im persönlichen Leben der Professionellen des Gesundheitswesens im Sinne der bereits diskutierten Unterscheidung von Spiritualität als eine individuelle, persönliche Beziehung und Zugangsweise zur noetischen Dimension interpretiert werden kann, wohingegen unter Religion die Einbindung in die traditionellen, institutionalisierten Zugänge zu eben dieser verstanden wird. Ebenso ist anzunehmen, dass in dieser unterschiedlichen Beurteilung von Spiritualität und Religion vor allem eine kritische Haltung gegenüber den institutionalisierten Formen der Religion zum Ausdruck kommt (vgl. S. 31ff. „Exkurs: Zu einer Definition der Begriffe Spiritualität und Religiosität“). Darüber hinaus mögen noch andere Faktoren eine Rolle spielen, die bei der Bevorzugung von Spiritualität gegenüber Religion bzw. Religiosität eine Rolle spielen. Festzuhalten ist jedoch, dass die psychotherapeutisch Tätigen des Gesundheitsversorgungssystems sich gegenüber der Allgemeinbevölkerung unterscheiden in Hinblick auf den Stellenwert, den sie der Einbindung in die institutionalisierten Formen der Religiosität für sich persönlich beimessen.

Bergin und Jensen (1990) kommen zu dem Schluss, dass das gefundene Interesse an den nicht institutionalisierten Formen der Religiosität bzw. an persönlicher Spiritualität, welches sie als „spirituellen Humanismus“ bezeichnen, der mögliche Schlüssel sein könnte, um die religiöse Kluft zwischen einer säkularen Profession und einer stärker religiösen Öffentlichkeit zu überbrücken. Sie vermuten jedoch auch, dass dieses Reservoir an spirituellen Interessen aufgrund der säkularen Rahmenbedingungen der professionellen Ausbildung und Praxis bislang nicht zum Tragen kam. Auch Shafranske (1996c, 2000) kommt in der Zusammenschau seiner Ergebnisse zu dem Fazit, dass klinisch tätige Psychologen und Psychiater der Allgemeinbevölkerung in Hinblick auf Religiosität ähnlicher sind, als zuvor angenommen. Kliniker und Klienten seien sich ähnlich in Hinblick auf die Bedeutung, die sie Spiritualität beimessen. Jedoch unterscheide sich ihre religiöse Erfahrung sowie die Art und

Weise, in denen sie sich Glaube, Zuversicht und Moral zu eigen machen, durch den Wert, den sie institutioneller Einbindung und Autorität beimessen.[77] „Religiös" zu sein oder „spirituell" zu sein, so vermutet er, beinhalte trotz der Gemeinsamkeiten möglicherweise auch Dynamiken, in denen sich die Allgemeinbevölkerung von den psychotherapeutisch Tätigen unterscheidet und die sich wechselseitig ausschließen (2000, S. 528).

Smith und Orlinsky (2004) beschäftigten sich im Rahmen einer internationalen Befragung von 975 Psychotherapeuten aus Neuseeland, Kanada und den Vereinigten Staaten genauer mit der Frage, wodurch sich die in den erwähnten Studien gefundene Spiritualität der Psychotherapeuten auszeichnet.[78] Die Psychotherapeuten sollten angeben, in welchem Ausmaß (auf einer Skala von 0-10) die folgenden Aspekte von Religiosität in ihrem derzeitigen Leben eine Rolle spielen: Religion als a) ein spezifisches Wertesystem oder ein Satz von Glaubensüberzeugungen, b) persönliche moralische oder ethische Standards, c) ein Gefühl der spirituellen Dimension in der persönlichen Erfahrung, d) Teilnahme an einer religiösen Gemeinschaft oder Gruppe, e) Zelebrieren der Schönheit und Würde eines Anbetungsrituals, f) Quelle der Disziplin und der Sinnhaftigkeit im Leben, g) die Einhaltung traditioneller religiöser Feiertage, h) der Ausdruck persönlicher Hingabe, indem man anderen dient, i) die Suche nach innerer Rückversicherung und Kommunion durch das Gebet und j) das Aufrechterhalten einer persönlich bedeutsamen historischen Tradition. Auf Basis einer Faktoranalyse identifizierten Smith und Orlinsky zwei Dimensionen der Religiosität, die sie „Traditionelle kommunale Religiosität"[79] und „Individuelle Spiritualität" nannten. Der Faktor institutionelle Religiosität war gekennzeichnet durch den Stellenwert, der der Teilnahme an einer religiösen Gemeinschaft, der Anbetung („worship"), der Einhaltung von religiösen Feiertagen, dem Aufrechterhalten einer Tradition sowie eines spezifischen Wertesystems oder spezifischer Glaubenssätze beigemessen wird. Der Faktor individuelle Spiritualität zeichnete sich aus durch die Bedeutung, die der persönlichen Erfahrung der spirituellen Dimension, einem Gefühl der Disziplin und der Sinnhaftigkeit im Leben sowie persönlichen moralischen

[77] Bei Shafranske (2000, S. 528) heisst es: „Although a clinician and a patient may experience concruence in salience of spirituality, the value that is placed on institutional affiliation and authority differentiates their religious experience and their mode for appropriating faith and morality."

[78] Die Vorgängerstudien krankten vor allem an den Problemen, dass a) entweder nur der Begriff „religiös" bzw. „Religiosität" angeboten wurde, dass b) nicht zwischen spirituell und religiös differenziert wurde und die beiden Begriffe innerhalb derselben Studie in relativ beliebig erscheinender Weise wechselweise verwendet wurden, wiederum ohne diese jeweils zu definieren, oder aber c) dass Spiritualität und Religiosität zwar explizit getrennt erfasst wurden, jedoch wiederum, ohne diese vorab zu definieren. Dies führt insgesamt zu Schwierigkeiten, was die Interpretation und die Vergleichbarkeit der Befunde anbelangt. Hinzu kommt, dass auch bei nationalen repräsentativen Gallup-Umfragen meist nur der Begriff „religiös" abgefragt wird und auch hier nicht zwischen Spiritualität und Religiosität unterschieden wird.

[79] Der Begriff „traditionelle kommunale Religiosität" wurde in einem weiteren, deutschsprachigen Artikel von Orlinsky (2005) mit „institutionelle Religiosität" übersetzt. Von daher wird im Weiteren der englische Begriff „communal" mit „institutionell" übersetzt.

und ethischen Standards beigemessen wird. Sowohl die Variable „hingebungsvoller Dienst am Nächsten“ als auch die Rückbindung durch das Gebet waren wesentliche, aber dennoch sekundäre Aspekte beider Dimensionen. Die gefundenen Faktoren scheinen die zu Anfang erwähnte Unterscheidung einer persönlichen Spiritualität und einer traditionellen (institutionellen) Religiosität erneut zu bestätigen. Aber auch in dieser Studie zeigte sich, dass diese beiden Dimensionen nicht vollständig unabhängig voneinander sind. Nach Ansicht der Autoren können sie deshalb als zwei zusammenhängende Aspekte der religiösen Erfahrung betrachtet werden, die von einzelnen Individuen zu jeweils unterschiedlichen Anteilen kombiniert werden. Eine von diesen beiden Dimensionen abgeleitete Typologie ergab, dass die größte Gruppe der Psychotherapeuten (51%) ein Muster aufwies, welches sich als persönliche Spiritualität definieren lässt. Dieses ist gekennzeichnet durch eine geringere Befürwortung institutioneller Religiosität bei gleichzeitig hoher Ausprägung des Aspektes der individuellen Spiritualität. Dieses Ergebnis scheint somit die oben berichteten Befunde und die daraus abgeleiteten, vorerst noch etwas spekulativen Schlussfolgerungen, zu bestätigen. Die zweitgrößte Gruppe (27%) zeigte ein Muster der „religiösen Spiritualität“. Dieses zeichnet sich aus durch eine hohe Bedeutung beider Aspekte, sowohl desjenigen der institutionellen Religiosität, als auch desjenigen der individuellen Spiritualität. Das heißt, eine nicht unwesentliche Anzahl an Psychotherapeuten scheint traditionelle und individuelle Ausdrucksformen der Religiosität zu integrieren. Allein die dritte Gruppe kann als wirklich säkular bezeichnet werden. Diese zeigte geringe Ausprägungen sowohl individueller Spiritualität als auch traditioneller Religiosität und maß lediglich persönlichen moralischen und ethischen Standards eine hohe Bedeutung bei. Dieser Gruppe wurde folglich der Begriff der „säkularen Moralität“ zugeordnet (21%). Eine letzte, mit 2% sehr kleine Gruppe, wurde beschrieben mit dem Label „Traditionelle Religiosität“[80]. Dies waren Psychotherapeuten mit hohen Einstufungen bei den Items der „institutionellen Religiosität“ und niedrigen bei der Skala der „individuellen Spiritualität“. Fasst man die beiden Gruppen der individuellen Spiritualität und der religiösen Spiritualität zusammen, so zeigt sich, dass insgesamt ein beachtlicher Anteil von 78% der befragten Psychotherapeuten als „spirituell“ bezeichnet werden können, was immer das im Einzelnen genau bedeuten mag, oder anders ausgedrückt: dass 78% eine spirituell-religiös geprägte Lebensorientierung aufweisen. In einem weiteren Artikel berichtet Orlinsky (2005) zusätzliche Ergebnisse für eine noch umfangreichere Psychotherapeutenstichprobe, bei der noch weitere 918 Psychotherapeuten aus England beteiligt waren. Bei einem Vergleich der beteiligten Länder USA, Kanada, Neuseeland und

[80] Im englischsprachigen Artikel heißt dieser Typus „religious traditionalism“. Der Einheitlichkeit der

England fällt auf, dass sich diese bezüglich der oben beschriebenen Vier-Felder-Typologie der Glaubens- und Wertsysteme nur geringfügig unterscheiden. Dagegen divergierten die befragten Psychotherapeuten hinsichtlich weiterer erfasster Variablen beachtlich. Orlinsky schließt von daher aus der Konsistenz der Ergebnisse, hinsichtlich der Glaubens- und Wertesysteme der befragten Psychotherapeuten, dass sie ein hohes Maß an Generalisierung zulassen. Interessant ist darüber hinaus, dass sich auch 70% der englischen Psychotherapeuten als spirituell klassifizieren ließen. Es wäre durchaus zu erwarten gewesen, dass im stärker säkularisierten europäischen Raum die Ergebnisse anders ausfallen würden. Alles in allem zeigen die Ergebnisse der Untersuchung von Smith und Orlinsky erneut, dass die Religiosität der Psychotherapeuten mit einer einfachen Unterscheidung von säkular und religiös nicht erschöpfend erfasst werden kann, sondern dass sie vielmehr in Begriffen von verschiedenen Dimensionen der Religiosität verstanden werden muss (Smith & Orlinsky, 2004).

1.1.2.3. Glaubensüberzeugungen

Auch in ihrem Glauben an Gott oder eine höhere Macht unterscheiden sich die psychotherapeutischen Praktiker von der Allgemeinbevölkerung. Während die diesbezüglichen Vergleichswerte für die Allgemeinbevölkerung je nach Quelle und Jahr zwischen 91% und 96% liegen, weisen die psychotherapeutisch Tätigen mit etwa 66% - 73% deutlich geringere Werte auf. Dennoch glaubt insgesamt ein beträchtlicher Anteil der wissenschaftlich-säkular sozialisierten Psychotherapeuten an eine höhere, transzendente Wirklichkeit. Im Rahmen einer Studie von Bilgrave und Deluty (1998) mit 237 Klinischen Psychologen und Beratern berichteten beispielsweise 66% von ihnen, an eine transzendente Wirklichkeit („God or universal spirit“) zu glauben. In einer weiteren Studie aus dem Jahre 2002 gaben 44% der befragten Klinischen Psychologen und Berater an, an Gott oder ein höchstes Wesen zu glauben. Weitere 27% dieser Stichprobe glaubten an eine „ewige, universelle Essenz oder ein ewiges, universelles Eines“.[81]

In zwei weiteren Studien von Shafranske fielen die Ergebnisse ähnlich aus: hier gaben 73% der befragten Psychiater und 72% der befragten Klinischen Psychologen an, an Gott oder einen universalen Geist zu glauben (nach Shafranske, 2000, S. 226).[82] In der Studie von Delaney et al. (2007) berichteten 76% der teilnehmenden Klinischen Psychologen, an Gott

---

Darstellung wegen wurde hier die Übersetzung des Begriffes aus Orlinky (2005) verwendet.

[81] Der Vergleichswert für die amerikanische Allgemeinbevölkerung liegt nach Bilgrave und Deluty bei 95% (Bilgrave & Deluty, 2002, S. 253). Hierzu ziehen die Autoren eine Gallup-Umfrage aus dem Jahr 1985 heran.

[82] Als Vergleichswerte für die Allgemeinbevölkerung zieht Shafranske Daten des „General Social Survey“ aus dem Jahre 1990 heran, die bei 96% lagen (siehe Shafranske, 2000, S. 226).

oder eine höhere Macht zu glauben, wenn auch teilweise mit einigen Zweifeln. 25% von diesen gaben dagegen an, nicht an Gott zu glauben bzw. es nicht zu wissen[83].

In einer Studie von Shafranske und Malony (1990b) wurden Klinische Psychologen gefragt, welche aus einer Reihe von ideologischen Positionen ihrer eigenen am besten entspreche. 40% entschieden sich für die Position einer personalen, transzendenten Gottesorientierung, 9% bejahten eine transzendente oder göttliche Dimension im Menschen[84], 21% sahen Gott in der Natur, 26% bekräftigten eine Orientierung derzufolge alle Vorstellungen von Gott oder von Transzendenz illusionäre Produkte der menschlichen Vorstellung, aber dennoch bedeutsam sind, und 2% waren der Ansicht, dass alle Vorstellungen von Gott oder von Transzendenz illusionär und somit irrelevant seien. Für eine Stichprobe von Rehabilitationspsychologen (N = 121) berichtet Shafranske diesbezügliche Werte von jeweils 47%, 27%, 16% und 0% (Shafranske, 2001).

1.1.2.4. Relevanz spiritueller / religiöser Themen im Rahmen der Behandlung

Die spezifische weltanschauliche Orientierung – sowohl des Klienten als auch des Psychotherapeuten – ebenso wie konkrete religionsbezogene Inhalte und Probleme können auf vielfältige Art und Weise den Verlauf der Therapie beeinflussen. Dies kann mehr oder weniger subtil und implizit geschehen, ebenso aber auch explizit zur Sprache bzw. zum Ausdruck kommen. Der Frage, in welchem Ausmaß dies tatsächlich geschieht, versuchte man sich in verschiedenen Befragungen von psychotherapeutisch Tätigen ebenfalls anzunähern. Dabei zeigte sich, dass religiöse Themen in der Psychotherapie keine Seltenheit sind. Mindestens ein Drittel der Psychotherapeuten gab an, dass religiöse Themen häufig oder sehr häufig vorkamen bzw. dass sie in der Arbeit mit allen oder vielen ihrer Klienten wichtig seien.

So berichteten in der Studie von Bergin und Jensen (1990) 29% der befragten Psychotherapeuten, dass religiöse Dinge in der Behandlung bei allen oder vielen ihrer Klienten wichtig seien. Dennoch sind die Autoren der Ansicht, dass dieser Wert geringer ist, als es aufgrund der hohen Religiosität der Allgemeinbevölkerung und der religiösen Involviertheit der Psychotherapeuten zu erwarten wäre. Dies liegt ihrer Ansicht nach daran, dass Ausbildung, Training und Praxis der Therapeuten wenig Raum für solche Betrachtungen

[83] Als Vergleichswert nennen die Autoren 95% der Allgemeinbevölkerung, die an Gott glauben.
[84] Die einzelnen Formulierungen hierzu lauteten: 1. There is a personal god of transcendent existence and power whose purposes will ultimately be worked out (29.6%), 2. there is a transcendent aspect of human experience, which some persons call God but who is not imminently involved in the events of the world and human history (10.3%) und 3. there is a transcendent or divine dimension which is unique and specific to the human self (9.3%).

lassen. In einer Studie von Shafranske (2000) gaben 49% einer Stichprobe von Psychiatern an, dass religiöse oder spirituelle Themen im Rahmen der psychiatrischen Behandlung häufig oder sehr häufig („a great deal of time“) vorkommen, 43% gaben an, dass dies manchmal, und 8%, dass dies selten der Fall sei. 44% der befragten Psychiater berichteten, dass Sinnkrisen häufig thematisiert würden oder einen großen Teil der Zeit in Anspruch nähmen. In der Studie von Shafranske (2001) gaben 47% der befragten Rehabilitationspsychologen an, dass religiöse oder spirituelle Themen manchmal, 27%, dass diese häufig, und 11%, dass diese sehr häufig in der therapeutischen Behandlung anzutreffen seien. 27% dieser Rehabilitationspsychologen berichteten, dass der Verlust an Sinn manchmal, 34%, dass dieser häufig, und 27%, dass dieser sehr häufig thematisiert werde. Jeweils 52%, 21% und 9% berichteten, dass die Patienten in Bezug auf ihre körperliche Erkrankung manchmal, häufig oder sehr häufig eine religiöse Bedeutung attribuieren würden. In der Studie von Delaney et al. (2007) berichteten 26% der Befragten, dass spirituelle oder religiöse Themen im Rahmen der Psychotherapie immer oder häufig von Relevanz seien, 57% gaben an, dass dies manchmal, und 17%, dass dies nie der Fall sei. In der Befragung von Shafranske und Malony (1990b) vertraten 64% der befragten Psychotherapeuten die Ansicht, dass der religiöse Hintergrund der Klienten den Verlauf und das Ergebnis der Therapie beeinflusse.

60% der klinischen Psychologen in der Studie von Shafranske und Malony (1990b) berichteten, dass die Klienten ihre persönlichen Erfahrungen häufig in einer religiösen Sprache präsentieren. Ungefähr die Hälfte dieser Psychologen gab an, dass mindestens jeder sechste Klient Themen präsentiert, die mit Religiosität oder Spiritualität zusammenhängen. 52% gaben an, dass Spiritualität in ihrem professionellen Leben relevant sei.

Während in der Literatur in der Regel untersucht wird, ob und wie sich die spirituelle bzw. religiöse Orientierung auf die psychische und physische Gesundheit auswirkt, richteten Hathaway, Scott und Garver (2004) ihre Aufmerksamkeit in einer Studie mit 333 Klinischen Psychologen auf den umgekehrten Ursache-Wirkungs-Zusammenhang: Sie fassen die religiöse / spirituelle Orientierung des Patienten als eine wesentliche Dimension der psychischen Anpassung und somit als potentielle Ressource des Patienten und beschäftigten sich unter anderem mit den möglichen negativen Auswirkungen einer psychischen Störung auf das spirituelle / religiöse Funktionieren. 91% der befragten Kliniker dieser Studie berichteten in diesem Zusammenhang, dass Klienten auch schon spontan über Veränderungen in ihrem religiösen und spirituellen Funktionieren berichtet hätten, welche als eine Folge von Problemen auftraten, die mit einer psychischen Störung zusammenhingen.

1.1.2.5. Ausbildung und Training

In Anbetracht der hohen Bedeutung von Religion im Leben der US-amerikanischen Allgemeinbevölkerung und der Tatsache, dass ein beträchtlicher Anteil der befragten Psychotherapeuten in verschiedenen Studien angab, dass religiöse Inhalte und Konzepte im Rahmen ihrer psychotherapeutischen Praxis eine recht bedeutsame Rolle spielen, lässt sich die Frage stellen, inwieweit die Psychotherapeuten auf der Grundlage ihrer Ausbildung überhaupt in der Lage sind, klinisch relevante Aspekte im Zusammenhang mit Religiosität und Spiritualität richtig einzuschätzen und diesbezüglich adäquat zu intervenieren. Betrachtet man die Datenlage, so weist diese darauf hin, dass Psychologen und Psychiater selten, wenn überhaupt, eine universitäre Ausbildung oder ein klinisches Training in Hinblick auf religiöse Themen erhalten.

In der Studie von Shafranske und Malony (1990b) gaben nur 5% der insgesamt 409 befragten Klinischen Psychologen an, dass religiöse und spirituelle Inhalte häufig oder sehr häufig in ihrer Ausbildung zum Psychologen präsentiert wurden. 83% berichteten dagegen, dass dies selten oder nie der Fall gewesen sei. 10% der Klinischen Psychologen dieser Studie hatten ein gewisses Ausmaß an theologischer Ausbildung genossen („graduate level training in religion or theology“) und 10% waren Mitglieder der APA-Abteilung 36 „Psychologists interested in religious issues“. Die Ausbildung von Rehabilitationspsychologen hinsichtlich der Themenbereiche Religion und Spiritualität ist ebenfalls als recht gering zu bezeichnen. In einer Studie von Shafranske (2001) ergaben sich ähnliche Werte wie die für die Klinischen Psychologen berichteten. 82% der befragten Rehabilitationspsychologen gaben an, dass religiöse oder spirituelle Themen in der Ausbildung selten oder nie präsentiert oder diskutiert wurden, und nur 5% berichteten, dass solche Themen häufig oder sehr häufig präsentiert wurden.

Bei den Psychiatern scheint diese Tendenz nicht ganz so stark ausgeprägt zu sein (Shafranske, 2000). Hier gaben „nur“ 65% einer Stichprobe von Psychiatern an, dass religiöse oder spirituelle Themen in der Ausbildung selten oder nie präsentiert und diskutiert wurden, 25% manchmal und 9% häufig bzw. sehr häufig.

Eine Studie von Lannert (1992, nach Shafranske 1996c) gibt Hinweise darauf, dass religiösen Themen im Rahmen des psychotherapeutischen Trainings mehr Aufmerksamkeit gewidmet wird. 72% der befragten Trainingsleiter dieser Studie berichteten, dass sie Fallstudien untersucht hätten, bei denen spirituelle / religiöse Themen eingeschlossen waren, und 76% gaben an, dass Fragen von spirituellen oder religiösen Werten im Rahmen klinischer

Fallrepräsentationen einbezogen worden seien. Es findet sich an dieser Stelle jedoch keine Aussage, wie häufig dies der Fall war.

Vor allem Shafranske hat wiederholt auf die Diskrepanz zwischen der Häufigkeit und der Relevanz religiöser Themen im Rahmen der Psychotherapie einerseits und dem Grad der Berücksichtigung dieser Themen im Rahmen der Ausbildung andererseits hingewiesen (1996a, 2000). Auf Basis der Ergebnisse verschiedener Studien kommt er zu dem Schluss, dass das Verständnis und der Umgang mit religiösen bzw. spirituellen Themen in der Psychotherapie eher auf persönlichen Erfahrungen und Einstellungen beruht denn auf wissenschaftlicher Evidenz und professioneller Ausbildung (Shafranske & Malony, 1990b; Shafranske, 1996c, 2000, 2005b). Deshalb ruft er die Disziplin der Psychologie zu einer erneuten Reflexion ihrer grundsätzlichen Einstellung gegenüber Religiosität und Spiritualität als Variable der psychischen Gesundheit und in der klinisch psychologischen Praxis auf (Shafranske, 1996c).

1.1.2.6. Einschätzung der Aus- und Weiterbildung bezüglich religiöser oder spiritueller Themen

Die Angaben zur Häufigkeit der Behandlung solcher Inhalte im Rahmen der Aus- und Weiterbildung sind jedoch nicht unbedingt als ein Indikator für deren prinzipielle Qualität bzw. die diesbezügliche Zufriedenheit der Psychotherapeuten zu betrachten. Es ist durchaus vorstellbar, dass die psychotherapeutisch Tätigen die relativ geringe Berücksichtigung religions- bzw. spiritualitätsbezogener Themen als angemessen betrachten. Aus diesem Grund wurde in einer Reihe von Untersuchungen die Zufriedenheit mit der Ausbildung hinsichtlich spiritueller / religiöser Themen bzw. der Wunsch nach Aufnahme solcher Themen im Rahmen der Aus- und Weiterbildung gesondert erfasst.

In der Studie von Shafranske und Malony (1990b) gaben hierzu 54% der befragten Klinischen Psychologen an, dass Religionspsychologie in der Ausbildung von Klinischen Psychologen wünschenswert sei, während 29% dies als nicht wünschenswert erachteten. 62% stuften klinische Supervision und Training zum Umgang mit religiösen oder spirituellen Inhalten als wünschenswert ein, während 24% dies als nicht wünschenswert einstuften. In dieser Studie hatten insgesamt 83% der Befragten angegeben, dass religiöse und spirituelle Themen im Rahmen der Ausbildung selten oder nie präsentiert wurden. 50% gaben an, mit der Ausbildung zufrieden gewesen zu sein, während 35% damit nicht zufrieden waren.

In einer weiteren Studie von Shafranske (2001) konnten die befragten Rehabilitationspsychologen den Grad der Adäquatheit ihres Trainings bezüglich religiöser /

spiritueller Inhalte auf einer 9-stufigen Skala von 1 = „gar nicht adäquat“ bis 10 = „sehr adäquat“ einschätzen. 69% gaben dabei die Werte von eins bis drei an. Nur 15% waren auf der oberen Hälfte der Skala zu verorten. In einer weiteren Studie gaben 60% der befragten Psychiater Werte von 1-3 an, wogegen 23% Adäquatheitswerte auf der oberen Hälfte der Skala verzeichneten (Shafranske, 2000). Das heißt, die Mehrheit der befragten Psychiater und Rehabilitationspsychologen betrachtet das Training zu religiösen oder spirituellen Themen als nicht angemessen. In diesen Studien wurden jedoch weder die spezifischen Kritikpunkte bezüglich der Ausbildung noch die diesbezüglichen spezifischen Bedürfnisse und Wünsche der psychotherapeutischen Praktiker untersucht. Das heißt, alles in allem deuten die wenigen Daten, die in Bezug auf diese Fragestellung vorliegen, darauf hin, dass die Mehrheit der klinischen Praktiker der Ansicht ist, dass die Themenbereiche Spiritualität und Religiosität im Rahmen der universitären Ausbildung und vor allem im Rahmen der Supervision und des klinischen Trainings grundsätzlich berücksichtigt werden sollten. Darüber hinaus vertrat das Gros der psychotherapeutischen Praktiker die Ansicht, dass diese Themenbereiche im Rahmen des klinischen Trainings bis dato noch nicht in einer angemessenen Form berücksichtigt werden.

1.1.2.7. Religiöse / spirituelle Interventionen in der Psychotherapie

Im Rahmen verschiedener Studien wurde des Weiteren exploriert, inwieweit Psychotherapeuten im Kontext ihrer psychotherapeutischen Tätigkeit auch religionsbezogene Interventionen anwenden (Shafranske, 2000, 2001; Shafranske & Malony, 1990b). Die erfragten Interventionen waren die folgenden: a) den religiösen Hintergrund der Klienten kennen, b) religiöse Glaubensüberzeugungen explorieren, c) das Weiterverweisen an einen Rabbi oder Kaplan, d) die Empfehlung von Meditation, e) die Verwendung von religiöser Sprache und Konzepten, f) die Empfehlung von religiösen Praktiken oder Büchern, g) persönliche religiöse Selbstoffenbarung, h) die Empfehlung, ein religiöses Tagebuch zu führen, i) die Verwendung von geführter religiöser Imagination, j) mit dem Klienten beten und k) die Empfehlung, die eigene Religion zu verlassen (Shafranske, 2000).[85] Die Teilnehmer wurden jeweils gefragt, ob sie diese Interventionen gut heißen, nicht gut heißen, empfehlen oder selbst anwenden. Es zeigte sich, dass die Raten, in denen die befragten Psychiater, Klinischen- und Rehabilitations-Psychologen solche Interventionen empfehlen oder selbst anwenden, in dem Maße sanken, in dem die Interventionen explizit stärker religiöser Natur wurden und die aktive Teilnahme beziehungsweise die direkte Einbeziehung

[85] Bei Shafranske und Malony (1990b) wurde nur ein Teil dieser Interventionen erfragt.

des Therapeuten erforderten. So waren mehr als 50% der befragten Psychiater (Shafranske, 2000) und 87% der Klinischen Psychologen (Shafranske & Malony, 1990b) der Ansicht, dass es angemessen sei, den religiösen Hintergrund der Klienten zu kennen. 74% der Psychiater und 78% der Klinischen Psychologen schätzten es dagegen als unangemessen ein, mit dem Klienten zu beten, und 56% der Psychiater missbilligten die persönliche religiöse Selbstoffenbarung. Beachtliche 62% der Psychiater würden eine spirituelle Praxis, wie Meditation, empfehlen (Shafranske, 2000). In der Studie von Shafranske und Malony (1990b) befürworteten 59% die Verwendung von religiöser Sprache, Methaphern und Konzepten. Insgesamt von den Psychiatern und Rehabilitationspsychologen am häufigsten tatsächlich durchgeführt wurden die Interventionen „den religiösen Hintergrund der Klienten kennen", „religiöse Glaubensüberzeugungen explorieren", „Weiterverweisen an religiöse Führungspersonen" und „das Verwenden von religiöser Sprache und Konzepten". Die Interventionen, die am häufigsten mit „lehne ich ab" beurteilt wurden, waren „die Empfehlung eine Religion zu verlassen" und „beten mit dem Klienten". Jedoch wurden auch „die Verwendung von religiöser geführter Imagination", „die persönliche religiöse Selbstoffenbarung" und „die Empfehlung ein religiöses Tagebuch zu führen" von mehr als 50% der Psychiater und der Rehabilitationspsychologen abgelehnt (Shafranske, 2000).

Darüber hinaus wurde in verschiedenen Studien ein Zusammenhang zwischen der persönlichen Einstellung der Therapeuten in Bezug auf Religion bzw. Spiritualität und deren Anwendung von religiösen Interventionen gefunden (Shafranske, 2000, 2001; Shafranske & Malony, 1990b; Shafranske & Gorsuch, 1984). So wendeten Psychiater, die Spiritualität als wichtig erachteten, religiöse Interventionen häufiger an als solche, die Spiritualität nicht als wichtig erachteten (Shafranske, 2000). In der Studie von Shafranske und Malony (1990b) fand sich ein positiver Zusammenhang zwischen der Einbindung der Psychotherapeuten in eine der organisierten Formen der Religion und der Anwendung von religiösen Interventionen. Je negativer die Therapeuten dagegen ihre eigenen Erfahrungen mit Religion in der Vergangenheit beurteilten, desto weniger wahrscheinlich war es, dass sie solche Interventionen einsetzten (ebenda).

Zusammenfassend kommt Shafranske (2005b, S. 504) zu dem Schluss, dass die Anwendung von religiösen / spirituellen Interventionen a) über verschiedene Kliniker hinweg betrachtet nicht systematisch und konsistent sei, b) durch die persönlichen Commitments der Psychotherapeuten beeinflusst ist, und c) je nach dem Grad der Einbeziehung des Klinikers in die Ausübung von explizit religiös-spirituellem Verhalten variiert. Auch wenn die Psychotherapeuten eine spezifische Einstellung in Bezug auf die religiöse Orientierung des

Klienten haben oder sogar diese Glaubensorientierung mit dem Klienten teilen, würden sie dennoch nicht dazu neigen, an dieser teilzunehmen oder den Klienten aktiv zu beeinflussen (Shafranske & Malony, 199b).

Bilgrave und Deluty (1998, 2002) stellten im Rahmen zweier Studien den teilnehmenden psychotherapeutischen Praktikern die Frage, inwiefern ihre religiösen Glaubensüberzeugungen ihre psychotherapeutische Tätigkeit beeinflussen. In einer ersten Studie aus dem Jahre 1998 berichteten 72% der 237 Klinischen- und in der Beratung tätigen Psychologen, dass ihre religiösen Glaubensüberzeugungen ihre psychotherapeutische Praxis beeinflussen. Im Rahmen einer späteren Befragung aus dem Jahre 2002, mit 282 promovierten Psychologen (von denen 71% Klinische Psychologen waren), gaben 63% von diesen an, dass ihre religiösen Glaubensüberzeugungen ihre psychotherapeutische Praxis in mittlerem bis stärkerem Maße beeinflussen würden. In einer Erhebung von Smith (1998) mit Mitgliedern der APA-Sektion „Psychotherapie“ stuften 38% der Befragten den Einfluss ihrer religiösen oder spirituellen Erfahrungen auf die psychotherapeutische Praxis auf einer Skala von 1-10 als gering ein (0-3), 39% berichteten von einem moderaten Einfluss (4-7) und 23% von einem starken (8-10). Das heißt, insgesamt gesehen berichten die befragten psychotherapeutischen Praktiker von beachtlichen Auswirkungen ihrer religiösen Glaubensüberzeugungen und Erfahrungen auf die psychotherapeutische Tätigkeit.

1.1.2.8. Systematische Erfassung der religiösen / spirituellen Dimension im Rahmen der klinischen Praxis (Assessment)

Die Ergebnisse verschiedener Studien weisen darauf hin, dass die religiöse / spirituelle Dimension von den psychotherapeutisch Tätigen nicht routinemäßig angesprochen bzw. erfasst wird. Verbindliche Leitlinien für die Erfassung der religiösen / spirituellen Dimension im Rahmen des Assessments fehlen bislang. Allem Anschein nach handhaben die Psychotherapeuten dieses Thema flexibel, wobei vermutlich auch persönliche Faktoren eine große Rolle spielen.

In der Studie von Shafranske und Malony (1990b) waren 87% der befragten Klinischen Psychologen der Ansicht, dass es angemessen sei, den religiösen Hintergrund der Klienten zu kennen. 91% gaben an, diesen in der Psychotherapie bereits exploriert zu haben.[86] In einer weiteren Studie von Shafranske (2000) berichteten 50% der befragten Psychiater, den religiösen Hintergrund ihrer Klienten zu kennen und deren religiöse Glaubensüberzeugungen zu explorieren. In der Studie von Delaney et al. (2007) wurden die klinischen Praktiker

ebenfalls danach gefragt, wie häufig sie Fragen zur Religion oder Spiritualität des Klienten explorieren oder diese messend erfassen. 14% von diesen berichteten, dies nie oder selten zu tun, 35% manchmal, 37% häufig und weitere 14% gaben an, dies immer zu tun.

Hathaway et al. (2004) widmeten sich im Rahmen ihrer Studie der Frage, in welchem Maße Psychotherapeuten das religiöse und spirituelle Funktionieren ihrer Klienten routinemäßig erfassen. Dazu befragten sie im Rahmen einer nationalen Studie 333 Psychotherapeuten. Obwohl 73,5% dieser Psychotherapeuten der Ansicht waren, dass das religiöse / spirituelle Funktionieren in mehr als 50% der Zeit bzw. Fälle eine wichtige Dimension der psychischen Anpassung sei, antworteten nur 31,4% von diesen, dass sie bei mehr als 50% ihrer Klienten als Bestandteil des Assessment-Prozesses Fragen bezüglich ihrer religiösen Überzeugungen, Erfahrungen oder Einbindung stellen würden. Über 50% der Teilnehmer gaben an, dies bei 50% und weniger ihrer Klienten zu tun. Weitere 12% berichteten, dies nie zu tun. Das Gros der Psychotherapeuten dieser Studie war der Ansicht, gesunde von ungesunden Formen der Religiosität / Spiritualität des Klienten unterscheiden zu können. 73,4% gaben an, dazu ziemlich oder sehr gut (in mehr als 50% der Zeit) in der Lage zu sein (Hathaway et al., 2004, S. 101). 69,9% gaben an, mit den spirituellen Überzeugungen, die für ihre Klientenpopulation charakteristisch sind, ziemlich oder sehr gut (in mehr als 50% der Zeit) vertraut zu sein. Über 80% berichteten, dass sie selten oder nie religiöse Experten im Verlauf ihrer Behandlung konsultieren oder mit solchen zusammenarbeiten. Die Autoren kommen zu dem Schluss, dass, obwohl der religiös-spirituelle Bereich nicht vollständig vernachlässigt wird, er in der klinischen Routine-Praxis nicht den Grad der Aufmerksamkeit bekommt, der ihm angemessen wäre. Sie plädieren von daher dafür, die Einschätzung der Religiosität/Spiritualität der Klienten zu einem üblichen Bestandteil der klinischen Praxis zu machen.

1.1.2.9. Einfluss der theoretischen Orientierung

Bilgrave und Deluty (1998, 2002) untersuchten im Rahmen zweier Studien unter anderem den Zusammenhang zwischen der theoretischen Orientierung und den religiösen Überzeugungen von Psychotherapeuten. Sie stellten vorab die allgemeine Hypothese auf, dass spezifische religiöse Überzeugungen mit unterschiedlichen theoretischen Orientierungen assoziiert sind. Diese Hypothese basierte wiederum auf der Annahme, dass a) viele Psychotherapeuten spezifische religiöse Überzeugungen und Werte heranziehen, die sie in ihrer psychotherapeutischen Arbeit leiten, und b) die bereits existierenden religiösen Überzeugungssysteme einen ideologischen Rahmen bilden, welcher die Wahl eines

[86] Dabei wurde jedoch allem Anschein nach ganz generell gefragt, ob die Psychotherapeuten dies schon getan

therapeutischen Überzeugungssystems und die entsprechende innere Verpflichtung diesem gegenüber beeinflusst (Bilgrave & Deluty, 1998, S. 331).

Für die Erfassung der religiösen Glaubensüberzeugungen wurden drei Subskalen mit Items verwendet, die zuvor auf Basis einer Faktoranalyse den Faktoren „orthodoxes Christentum", „östlich / mystisch" und „Atheismus / Agnostizismus" zugeordnet werden konnten. Ein ebenfalls intendierter jüdischer Faktor bestätigte sich jedoch nicht. Items der Skala „orthodoxes Christentum" beinhalteten Aussagen wie „Ich glaube, dass ich Erlösung finde, indem ich wahrhaftig an die erlösende Kraft Gottes durch das Leben, den Tod und die Auferstehung von Jesus Christus glaube" (ebenda S. 335, Übersetzung d. Verf.). Der Faktor „östlich / mystisch" beinhaltete Itemstatements wie „Ich glaube, dass wir Gott oder den universalen Geist direkt durch mystische Erfahrungen erfahren können" oder „Ich glaube an Reinkarnation". Auf dem Atheismus / Agnostizismus-Faktor luden Aussagen wie „Ich glaube, dass die Wahrscheinlichkeit, dass Gott nicht existiert, sehr hoch ist, deshalb nehme ich an, dass Gott nicht existiert, und lebe dementsprechend" (ebenda, Übersetzung d. Verf.).

In der ersten Studie aus dem Jahre 1998 zeigte sich, dass Psychologen, die eine kognitiv-behaviorale Orientierung angaben, tendenziell eher orthodoxe christliche Glaubensüberzeugungen bejahten. Bei Psychotherapeuten mit psychodynamischer Perspektive bestand diesbezüglich ein signifikant negativer Zusammenhang. Die humanistische und existentialistische Orientierung wurde vorhergesagt durch östliche und mystische Überzeugungen. Darüber hinaus wurde mittels einer Multiplen Regression zusätzlich der Einfluss verschiedener kategorial erfasster Zuordnungen zu einer religiösen Orientierung auf die theoretische Orientierung mit einbezogen. Dabei zeigte sich, dass die psychodynamische Orientierung durch die Selbsteinstufung als „jüdisch" vorhergesagt wurde. Bei den kognitiv-behavioral orientierten Psychotherapeuten war dagegen kein Zusammenhang mit einer Selbstzuordnung zu einer spezifischen religiösen Orientierung zu finden. Bei den humanistisch orientierten Psychotherapeuten stand die Selbstbeschreibung als „östlich" in einem signifikant positiven Zusammenhang, wogegen die Selbstbezeichnung als „christlich" und als „nicht-gläubig" in einem signifikant negativen Zusammenhang stand.

In einer späteren Studie (Bilgrave & Deluty, 2002) wurden die gefundenen Ergebnisse weitgehend repliziert. In dieser Untersuchung ergab sich ein positiver Zusammenhang zwischen einer humanistischen Perspektive einerseits und östlich / mystischen, atheistischen und agnostischen Überzeugungen andererseits. Dagegen tendierten Psychologen, die konservativ christlichen Ideologien zustimmten, dazu, in ihrer psychotherapeutischen Praxis

---

hatten, und nicht etwa, wie häufig sie dies tun.

eine kognitiv-behaviorale Perspektive zu wählen. Die psychodynamische Perspektive war im Rahmen dieser Studie negativ mit mystischen Glaubensüberzeugungen assoziiert.

Die stärkere Assoziation der humanistisch orientierten Perspektive mit den östlichen und mystischen Glaubensüberzeugungen ist nach Ansicht von Bilgrave und Deluty durchaus in Übereinstimmung mit dem Stand der Literatur. Die humanistische Direktive, der eigenen inneren Erfahrung zu vertrauen und nach innen zu schauen, um eine universelle, subjektiv erfahrbare Tendenz zur Selbstaktualisierung zu entdecken, sei durchaus in Einklang mit der mystischen Direktive, Gott, und somit die essentielle Identität, durch Meditation, Kontemplation und Gebet zu finden. Etwas überraschender erscheint dagegen das Ergebnis, dass Therapeuten mit kognitiv-behavioraler Orientierung eher zu orthodox-christlichen Glaubensüberzeugungen tendieren. Die Autoren erklären sich diesen Befund zum einen dadurch, dass die christlichen Glaubensüberzeugungen sowohl mit der humanistischen als auch mit der psychoanalytischen Perspektive stark konfligieren. Die christliche Perspektive sei aufgrund ihrer Vorstellung vom Menschen als einen Sünder, der auf Gottes Vergebung angewiesen ist, nur schwer vereinbar mit dem positiven humanistischen Menschenbild, welches davon ausgeht, dass der Mensch in sich selbst die Quelle der Selbstheilung und des Wachstums findet. Zum anderen habe die Psychoanalyse mit ihrer traditionellen Tendenz, religiöse Glaubensüberzeugungen abzuwerten, zu Spannungen zwischen einer psychodynamischen Perspektive und christlichen Überzeugungen beigetragen. Die kognitiv-behaviorale Perspektive sei unter allen psychotherapeutischen Hauptrichtungen womöglich diejenige, die noch am ehesten mit einer christlich-religiösen Perspektive vereinbar ist. Aufgrund ihrer streng empirisch-wissenschaftlichen Ausrichtung und ihrer Abstinenz, was jeglichen metaphysischen Standpunkt anbelangt, sowie aufgrund ihrer pragmatischen Anwendung von empirisch begründeten psychologischen Techniken sei eine kognitiv-behaviorale Ausrichtung womöglich am wenigsten in Konflikt mit einer christlichen Ideologie. Die Autoren räumen jedoch ein, dass auf einer tieferen Ebene sehr wohl starke Widersprüche zwischen einer (konservativ) christlichen Weltanschauung und der Weltanschauung besteht, auf der die kognitiv-behaviorale Psychotherapie beruht. Die kognitiv-behaviorale Psychotherapie ist im Wesentlichen geprägt durch die Weltanschauung der Moderne. Diese betont nach Bilgrave und Deluty Technizismus, Rationalität, Amoralität und klassischen Humanismus. Wenn es darum geht, die Lebenssituation zu verbessern, verlasse sich diese vor allem auf das rationale Denken und die Wissenschaft. Dies sei schwer mit einer orthodoxen christlichen Weltanschauung zu vereinbaren, die alle Hoffnung in einen jenseitigen Gott setzt, die Menschen auffordert, ihre Grenzen (und Sünden) anzuerkennen, die

auf Erlösung hofft und die den eigenen Willen unter den Willen Gottes stellt. Die Verbindung von christlicher Religiosität und kognitiv-behavioraler Perspektive ist nach Ansicht der Autoren vermutlich darauf zurückzuführen, dass die Psychotherapeuten diese in zwei getrennte Bereiche aufspalten. Dabei werden zwar einerseits die Techniken der kognitiv-behavioralen Therapie übernommen, andererseits jedoch nicht deren Weltanschauung der Moderne und einer positivistischen Wissenschaft. Dies erlaubt es den Therapeuten, so die Vermutung der Autoren, zwar einerseits kognitiv-behaviorale Techniken zu übernehmen, andererseits aber dennoch eine christliche Identität aufrechtzuerhalten. Bilgrave und Deluty (1998) kommen zu dem Schluss, dass die Psychotherapeuten persönliche Weltanschauungen entwickeln, bei denen es sich um eine Synthese aus verschiedenen Elementen des religiösen Hintergrundes und der psychotherapeutischen Ausbildung handelt. Diese Synthesen seien jedoch nicht zufällig – verschiedene religiöse Orientierungen seien assoziiert mit unterschiedlichen psychotherapeutischen Orientierungen.

In einer weiteren Studie von Elkins, Lipari und Kozora (1999, nach Elkins, 2005) wurden 230 Mitglieder der Abteilung Humanistische Psychologie der American Psychological Association unter anderem zu den Themenbereichen Spiritualität und Religiosität befragt. Dabei zeigte sich, dass diesen eine hohe Bedeutung beigemessen wird: 77% der befragten humanistischen Psychologen berichteten, dass Spiritualität in ihrem persönlichen Leben wichtig oder sehr wichtig sei. Dagegen gaben jedoch nur 22% an, dass organisierte Religion in ihrem eigenen Leben wichtig oder sehr wichtig sei, und 50%, dass diese gar nicht wichtig sei. Auf die Frage, welche Aussage ihre eigene spirituelle Orientierung am besten repräsentiere, wählten 55% der Befragten die Aussage „ich bin spirituell aber nicht religiös“, 32% wählten „ich bin sowohl spirituell als auch religiös“ und nur 6% entschieden sich für die Aussage „ich bin weder religiös noch spirituell“. 75% berichteten, an eine Art höhere Kraft oder transzendente Macht zu glauben, wobei 43% an einen personalen Gott glaubten. Letzteres deutet nach Elkins darauf hin, dass längst nicht alle humanistischen Psychologen, wie so häufig angenommen, Anhänger von nicht-theistischen Glaubensorientierungen sind (ebenda).

1.2. Studien aus dem deutschsprachigen Raum

1.2.1. Überblick

Aus dem deutschsprachigen Raum liegen bis dato drei Fragebogenerhebungen vor, in deren Rahmen Psychotherapeuten zu ihren Einstellungen und Erfahrungen zum Thema Psychotherapie und Religion befragt wurden. Eine davon stammt aus der Schweiz (Jordahl,

1990), bei den anderen beiden handelt es sich um regionale Studien aus dem bundesdeutschen Raum. Ludwig und Plaum (1998) befragten Psychotherapeuten aus München zum Thema, Demling, Wörthmüller und O'Conolly (2001; siehe auch O'Conolly, Demling & Wörthmüller, 2002) untersuchten Psychotherapeuten aus dem fränkischen Raum. Der Umfang der in diesen Studien angeschriebenen Stichproben liegt in einem Bereich von N = 238 bis zu einer Größenordnung von N = 1146. Die Rücklaufquoten liegen bei 24%, 32% und 72%. Von daher gilt es auch hier bei der Interpretation der Ergebnisse zu berücksichtigen, dass eine je nach Rücklaufquote mehr oder weniger ausgeprägte Verzerrung der Ergebnisse möglich ist, da sich vermutlich eher Psychotherapeuten mit Interesse an diesen Themenbereichen an einer solchen Studie beteiligen als solche ohne Interesse. Die Studie von Demling et al. (2001) ist sicher für kassenzugelassene Psychotherapeuten aus dem bundesdeutschen Raum die repräsentativste. Vorsicht im Hinblick auf generalisierende Interpretationen und Schlussfolgerungen ist dagegen vor allem bei den Studien von Jordahl (1990) und Ludwig und Plaum (1998), mit Rücklaufquoten von 24% und 32%, geboten. Nicht-Teilnehmerbefragungen mit dem Ziel, mögliche Ergebnisverzerrungen zu überprüfen, wurden bei keiner dieser Studien durchgeführt. In den nun folgenden Abschnitten 1.2.1.1. bis 1.2.1.3. wird zunächst eine Kurzdarstellung der einzelnen Studien sowie von deren Fragestellungen gegeben. Daran anschließend werden in den Kapiteln 1.2.2. und 1.2.3. wesentliche Ergebnisse dieser Studien im Überblick dargestellt. Dabei liegt der höheren Repräsentativität wegen der Schwerpunkt auf der Untersuchung von Demling et al.[87]

1.2.1.1. Psychotherapeuten denken religiös (Jordahl, 1990)

Bei der Untersuchung von Jordahl (1990) handelt es sich um die Weiterentwicklung einer Diplomarbeit am C. G. Jung Institut in Zürich aus dem Jahre 1969. Der Fragebogen wurde an 1146 Psychotherapeuten (Psychiater, Psychoanalytiker und Psychologen) in der Schweiz verschickt, die über ihre Mitgliedschaft in psychotherapeutischen Vereinigungen und Organisationen ermittelt wurden. Davon nahmen 279, das heißt 24%, an der Untersuchung teil.[88] Jordahl setzt sich in seiner Studie mit einer Reihe von Fragen auseinander, die das Verhältnis der psychologisch-psychotherapeutischen Dimension zur religiösen Dimension betreffen. Im Einzelnen wurden die Psychotherapeuten zu ihren Glaubensüberzeugungen und ihrer religiösen Praxis befragt, ebenso zu ihrer Einschätzung der psychologischen Funktion

[87] Leider wurde das Erhebungsinstrument allein in der Publikation von O'Conolly et al. (2002) abgebildet, jedoch wurden die einzelnen Fragen bei Ludwig und Plaum (1998) sowie bei Jordahl (1990) zum großen Teil wörtlich zitiert.

und Bedeutung von Religiosität, zu ihren Einstellungen bezüglich Religion, Theologie und Seelsorge, zu den Zuständigkeitsbereichen von Theologie und Seelsorge einerseits und Psychologie / Psychotherapie andererseits sowie zum Auftreten religiöser Themen im Rahmen der Psychotherapie.

1.2.1.2. Glaubensüberzeugungen bei Psychotherapeuten / Psychotherapeutinnen (Ludwig & Plaum, 1998)[89]

Ludwig und Plaum (1998) untersuchten in ihrer Studie die Glaubensüberzeugungen von Psychotherapeuten sowie deren Auswirkung auf die Psychotherapie. Erhoben wurden im Einzelnen die drei Fragenkomplexe „Allgemeines", „Fragen zum persönlichen Glauben des Therapeuten" und „Fragen zum Umgang mit dem Thema 'Glauben' in der psychotherapeutischen Praxis".

Für diese Studie wurden 236 Personen angeschrieben, die im Münchner Branchenverzeichnis als Psychotherapeuten aufgeführt waren. Damit dürfte nach Ludwig und Plaum (1998, S. 59) ein besonders charakteristisches, facettenreiches Therapeutenmilieu erfasst worden sein. Die Rücklaufquote der Studie lag mit 74 Fragebögen bei 32%. Von Nachteil bei dieser Studie sind die geringe Rücklaufquote sowie der geringe Umfang der Untersuchungsstichprobe. Auch war die Stichprobe in Hinblick auf die therapeutischen Richtungen und die Ausbildungen der Therapeuten recht heterogen. Aus diesen Gründen ist die Generalisierbarkeit der Ergebnisse sicherlich deutlich eingeschränkt.

1.2.1.3. Psychotherapie und Religion - eine repräsentative Umfrage unter fränkischen Psychotherapeuten (Demling, Wörthmüller, O'Conolly, 2001)[90]

Die Studie von Demling et al. (2001) zielte darauf ab, den Stellenwert zu ermitteln, den ärztliche und psychologische Psychotherapeuten dem Thema Religion sowohl für sich selbst als auch im Rahmen der Psychotherapie beimessen. Dafür wurden sämtliche niedergelassenen psychotherapeutisch tätigen Ärzte (mit der Zusatzbezeichnung Psychotherapie oder Psychoanalyse) sowie psychologische Psychotherapeuten, die in den KV-Verzeichnissen der nordbayerischen Regierungsbezirke Mittel-, Unter- und Oberfranken eingetragen waren, vollständig angeschrieben. Dies waren 274 ärztliche und 109 psychologische Psychotherapeuten. Die Antwortrate der niedergelassenen Ärzte lag bei 71,5%, die der

[88] Leider lässt die Darstellung der Studie von Jordahl viele wesentliche Fragen offen. So fehlen genauere Angaben zur Gewinnung der Stichprobe und zu den soziodemographischen Daten der Teilnehmer. Auch die Darstellung der Ergebnisse bleibt zum Teil unklar.
[89] Die Studie selbst wurde im Jahre 1994/1995 durchgeführt.
[90] Die Studie selbst wurde im Jahre 1994 durchgeführt.

psychologischen Psychotherapeuten bei 72,5%. Darüber hinaus wurden 20 Kliniken im fränkischen Raum mit der Bitte angeschrieben, Fragebogen an alle Ärzte mit der Zusatzbezeichnung Psychotherapie oder Psychoanalyse weiterzuleiten. Von diesen kamen insgesamt 45 Fragebogen zurück, womit die Anzahl der auswertbaren Fragebogen bei den Ärzten bei insgesamt 253 lag. Nach Ansicht der Autoren kann die Studie sowohl aufgrund der hohen Rücklaufquote als auch aufgrund der sozio-demographischen Merkmale der teilnehmenden Psychotherapeuten (konfessionelle Verteilung, Besiedlungsdichte) als für den Durchschnitt der praktizierenden Psychotherapeuten repräsentativ betrachtet werden (Demling et al. 2001, S. 80f.).[91]

1.2.2. Deskriptive Ergebnisse

1.2.2.1. Glaubensüberzeugungen

In den diskutierten Studien wurde die häufig anzutreffende Annahme, dass die Psychotherapeuten aufgrund ihrer wissenschaftlich fundierten, akademischen Ausbildung der religiösen / spirituellen Dimension gegenüber kritisch oder gar ablehnend eingestellt seien, nicht bestätigt. Die befragten Psychotherapeuten zeigten eine grundsätzliche Wertschätzung und Offenheit gegenüber der religiösen Dimension und berichteten von persönlichen Glaubensüberzeugungen, die über die Grenzen wissenschaftlich gesicherter Erkenntnisse hinausreichen.

So wurde die Frage „Glauben Sie an Gott?“ in der Studie von Jordahl (1990) von 52% der männlichen Therapeuten und von 64% der weiblichen Therapeuten bejaht, dagegen verneinten 20% der männlichen und 9% der weiblichen Therapeuten einen solchen Glauben. Der Rest war sich jeweils unsicher. In der Studie von Ludwig und Plaum (1998) gaben 74% der befragten Therapeuten an, an eine transzendente Realität zu glauben. Davon waren 59% von einer nicht-personifizierten transzendenten Realität überzeugt und 15% von einer personifizierten Transzendenz. Nur in vier Fällen wurde jeglicher Transzendenzglaube abgelehnt. 93% dieser Therapeuten berichteten, an etwas zu glauben, was über die Befunde der empirischen Wissenschaften hinausgeht. Bei der Erfassung des Glaubens an die reale Existenz von spezifischen Glaubensinhalten bejahten zwei Drittel der Therapeuten das Item „es gibt paranormale Phänomene“ (67%). Ein weiteres Drittel bejahte die Existenz von Geistheilung und 89% die Existenz von Todesahnungen. 31% glaubten an einen göttlichen

[91] Der Religionspsychologe Utsch sieht dies anders. So heißt es bei ihm bezüglich der Studie von Demling et al.: „Aber auch in Deutschland gibt es vereinzelt Untersuchungen an Stichproben, die nicht dem Durchschnitt

Plan oder Vorsehung und an wirksame Segnungen durch Gott und 12% bejahten den Glauben an die Existenz des Teufels.

1.2.2.2. Konfessionszugehörigkeit

Sowohl in der Studie von Ludwig und Plaum (1998) als auch in der von Demling et al. (2001) erwies sich der Anteil der katholischen und der evangelischen Psychotherapeuten als in etwa gleich verteilt. Das heißt, hinsichtlich der anteilsmäßigen Verteilung auf die beiden christlichen Amtskirchen zeigen sich keine Unterschiede zur Allgemeinbevölkerung. Hinsichtlich der Frage nach der formellen Zugehörigkeit zu einer religiösen Gemeinschaft ließen sich bei Ludwig und Plaum 51% der Teilnehmer formell als Christen bezeichnen, wobei die katholische und die evangelische Konfession in etwa gleich verteilt waren. Bei der Studie von Demling et al. gehörten die beiden Professionen Ärzte und Psychologen zu je einem Drittel der evangelischen und der katholischen Konfession an.

Bezüglich der Anzahl der konfessionslosen Psychotherapeuten ergaben sich jedoch Unterschiede zur Allgemeinbevölkerung. Verglichen mit dieser, gaben deutlich mehr der befragten Psychotherapeuten an, keiner Konfession anzugehören. So waren bei Ludwig und Plaum 44% der Therapeuten nicht Mitglied einer Glaubensgemeinschaft. Bei Demling et al. (2001) gaben jeweils 29% der Ärzte und 28% der Psychologen an, keine Konfessionszugehörigkeit zu haben. Damit ist der Anteil der Konfessionslosen mit 44% bei Ludwig und Plaum bzw. mit etwa einem Drittel bei Demling et al. deutlich höher als bei der Allgemeinbevölkerung, wo er für diesen Zeitraum bei 8% lag (Statistisches Bundesamt, 1998, nach Demling et al., 2001)[92].

1.2.2.3. Religiöse Einstellung und Praxis

Ein beachtlicher Anteil der bundesdeutschen Therapeuten berichtete von einer persönlichen religiösen Orientierung oder Praxis. In der Studie von Ludwig und Plaum (1998) beschrieben sich 46% der befragten Psychotherapeuten als einen glaubenden Menschen im Sinne einer religiösen Einstellung und etwa die Hälfte der Teilnehmer verwies auf eine große oder sehr große Bedeutung ihres persönlichen Glaubens. In der Studie von Demling et al. (2001) wurde die religiöse Einstellung der Psychotherapeuten innerhalb der drei Kategorien „religiös praktizierend“, „religiös eingestellt, aber nicht praktizierend“ und „agnostisch / atheistisch“

---

entsprechen und deshalb nicht verallgemeinert werden können.... Wäre die Studie nicht in Franken, sondern in Berlin durchgeführt worden, würden die Zahlen deutlich anders ausfallen“ (Utsch, 2005; S. 223).

[92] Demling et al. (2001) geben für die Allgemeinbevölkerung der alten Bundesländer einen Anteil von 8% Konfessionslosen an. Dafür ziehen sie einen Bericht des Statistischen Bundesamtes heran. Diese repräsentativen Daten wurden für das Jahr 1987 erhoben.

erfasst. Das Verhältnis der diesbezüglichen Antworten lag sowohl bei den Ärzten als auch bei den Psychologen in etwa bei 1:2:1. Von den psychotherapeutisch tätigen Ärzten und Psychologen hatte somit ein beträchtlicher Anteil eine religiöse Einstellung oder verfolgte darüber hinaus eine religiöse Praxis. Etwa drei Viertel der Ärzte und der Psychologen bezeichneten sich insgesamt als religiös eingestellt oder religiös praktizierend. Als agnostisch / atheistisch bezeichneten sich 22,5% der Ärzte und 21,5% der Psychologen.

Darüber hinaus zeigte sich, ähnlich wie bei den Studien aus dem US-amerikanischen Raum, dass die Nicht-Zugehörigkeit zu einer Kirche nicht unbedingt als Hinweis auf eine prinzipiell a-religiöse Einstellung betrachtet werden kann. Ungefähr die Hälfte der Psychotherapeuten, die in der Studie von Demling et al. angegeben hatten, keiner Konfession anzugehören, bezeichnete sich dennoch als religiös praktizierend oder religiös eingestellt. Darin mag zum einen eine kritisch-distanzierte Haltung gegenüber der Institution der Kirche zum Ausdruck kommen, zum anderen weist auch dieser Befund auf das Vorhandensein von individuellen, nicht-institutionell gebundenen Formen des Zugangs zur noetischen Dimension hin, ähnlich wie es auch für die US-amerikanischen Kollegen und die deutsche Allgemeinbevölkerung festgestellt wurde (vgl. Polak, 2002a; Fahrenberg, 2005a, 2005b).

Auch die Antworten der Therapeuten in der Studie von Ludwig und Plaum (1998) weisen darauf hin, dass sich deren religiöse Einstellung eher in einer spezifischen Lebensführung und Beziehungsgestaltung ausdrückt als in der Teilnahme an formellen religiösen Aktivitäten. Auf die Frage, in welcher Form die Therapeuten ihren Glauben praktisch ausüben, erhielten die Antwortvorgaben in der „Art Klienten zu begegnen“ und in der „Art zu leben“ die höchsten Einstufungen. Diese Formen der praktischen Umsetzung des eigenen Glaubens wurden häufiger angegeben und höher eingestuft als eher formelle religiöse Aktivitäten, wie Gottesdienstbesuche, private oder gemeinschaftliche rituelle Handlungen oder Gebete.

1.2.2.4. Religiosität / Spiritualität und Psychotherapie

Im Rahmen der diskutierten Studien finden sich nur wenige Fragen, die konkrete Hinweise auf das tatsächliche Ausmaß und die spezifische Art und Weise liefern, in der die Themenbereiche Religiosität und Spiritualität im Kontext der psychotherapeutischen Praxis von Belang sind. Auch sind Art und Formulierungen der diesbezüglichen Fragen sehr unterschiedlich und zum Teil auch hinsichtlich ihrer konkreten Bedeutung schwer zu interpretieren. Allgemeine Schlussfolgerungen sind von daher kaum möglich. Die Daten deuten einerseits darauf hin, dass religiöse Themen, Fragestellungen und Probleme im psychotherapeutischen Setting durchaus eine nicht zu vernachlässigende Rolle spielen.

Andererseits sind Themen dieser Art, wie zu erwarten, längst nicht für alle Klienten bzw. Therapeuten von Relevanz.

So maßen etwa 30% der Therapeuten in der Studie von Ludwig und Plaum (1998) dem Themenkreis „Glaube“ im Rahmen der eigenen psychotherapeutischen Tätigkeit eine größere Bedeutung bei, 16% eine mittlere und 52% eine geringe bis sehr geringe. 4% der befragten Psychotherapeuten dieser Studie beantworteten die Frage, ob Transzendenz für die therapeutische Arbeit eine Bedeutung habe, mit „ja, explizit“, 45% mit „ja, implizit“, 16% mit sowohl explizit als auch implizit und 28% verneinten dies.

In der Studie von Jordahl (1990) gab etwa ein Drittel der Therapeuten an, dass bei 1-10% ihrer Klienten das Hauptproblem religiöser Natur sei. 16,5% berichteten, dass bei mehr als 40% ihrer Klienten das Hauptproblem religiöser Natur sei. In dieser Studie vertraten 83% der männlichen und 71% der weiblichen Therapeuten die Ansicht, dass religiöse Erfahrung für die volle Entwicklung der Persönlichkeit notwendig sei.

1.2.2.5. Handhabung des Themas innerhalb der eigenen psychotherapeutischen Praxis

Eine Reihe von Fragen in der Studie von Demling et al. (2001) bezog sich auf den Umgang mit dem Thema Religiosität in der psychotherapeutischen Praxis. Der allgemeinen Aussage, dass das therapeutische Potenzial der Religiosität im psychotherapeutischen Setting zumeist nicht genügend genutzt werde, stimmte in dieser Studie sowohl etwa die Hälfte der Ärzte als auch der Psychologen zu. Das Gros der befragten Psychotherapeuten scheint diesem Thema gegenüber jedoch offen zu sein. Dabei hat es den Anschein, dass dieser Bereich flexibel gehandhabt und, je nach Situation und Bedarf, auch von den Therapeuten selbst angesprochen wird. Auf die Frage, wie häufig die Psychotherapeuten den Problemkreis Religion / Glaube von sich aus in die Therapie einbringen, antworteten 11,5% der Ärzte und 9% der Psychologen, dass sie dies stets tun. 68% bzw. 62% gaben an, dies manchmal zu tun, und 19% der Ärzte und 28% der Psychologen gaben an, dieses Thema von sich aus nicht anzusprechen. Vom Großteil der Klienten scheint das Ansprechen der Themenbereiche Religion / Glaube positiv aufgenommen zu werden. 63% der Ärzte und 58% der Psychologen beschrieben die diesbezügliche Reaktion der Klienten als positiv. Etwa 10% beider Gruppen beschrieben die Reaktion als indifferent und nur 0,4% bzw. 1,3% bezeichneten die Reaktion der Klienten als negativ. Der Rest war unbestimmt. Etwa zwei Drittel der Therapeuten beurteilten den Einfluss der Bearbeitung dieser Themen auf den Verlauf und das Ergebnis der Therapie als günstig (Ärzte 61%, Psychologen 67%), während jeweils ca. 23% diesbezüglich keinen Effekt sahen.

1.2.2.6. Aus- und Weiterbildung

Hinsichtlich der Bedürfnisse und Wünsche der Psychotherapeuten, was die Berücksichtigung der Themenbereiche Religiosität und Spiritualität im Rahmen der psychotherapeutischen Ausbildung anbelangt, gibt es ebenfalls nur wenige Hinweise. Diese deuten jedoch darauf hin, dass ein recht großer Anteil der befragten Psychotherapeuten für eine stärkere Auseinandersetzung mit diesen Themenbereichen im Rahmen der Ausbildung und innerhalb der psychotherapeutischen Schulen plädiert. Bei Demling et al. (2001) bejahten 53% der Psychologen und ebenso etwa die Hälfte der Ärzte die Frage, ob eine verstärkte Berücksichtigung des Themas im Rahmen der psychotherapeutischen Weiterbildung wünschenswert sei. Jeweils der Rest verneinte dies. Etwa ebenfalls die Hälfte stimmte der Aussage zu, dass das psychotherapeutische Potential der Religiosität im therapeutischen Setting meist nicht genügend genutzt werde. Auf die Frage, ob sich die Tiefenpsychologie stärker mit den psychologischen Aspekten von Religion beschäftigen sollte, antworteten nahezu die Hälfte (45%) der Therapeuten in der Studie von Jordahl (1990) mit Ja. Etwa 37% verneinten diese Frage. Der Rest blieb unentschieden.

1.2.2.7. Interventionen religiöser Natur

Bezüglich der Frage nach religionsbezogenen Interventionen oder Interventionen religiöser Natur liegen für den deutschsprachigen Raum anders als für die USA so gut wie keine empirischen Befunde vor. In der Studie von Demling et al. (2001) wurde nach der Verwendung von religionsbezogenen Interventionen im Sinne von Beten für den Klienten und der Kooperation mit Seelsorgern gefragt. 20% der befragten Psychologen berichteten, bereits öfter für Klienten gebetet zu haben. 70% hatten dies nie getan. Bei den psychotherapeutisch tätigen Ärzten wurde diese Frage nicht erfasst. Zu einer möglichen Kooperation zwischen Psychotherapie und Seelsorge gaben 52% der Ärzte und 49% der Psychologen an, dass sie sich die Mitbetreuung religiöser Patienten durch einen Seelsorger vorstellen könnten. 41% bzw. 37% konnten sich dies nicht vorstellen. Wie häufig dies in der Praxis tatsächlich geschieht, wurde jedoch nicht erfasst.

1.2.3. Zusammenhänge zwischen einzelnen Variablen

In den folgenden Abschnitten 1.2.3.1.-1.2.3.4. sollen zusätzlich noch einige der beobachteten Zusammenhänge zwischen spezifischen Variablen und den Einstellungen und Erfahrungen in Bezug auf Religion dargestellt werden.

1.2.3.1. Persönliche Religiosität und Einstellung zur Religion in der Psychotherapie

In der Studie von Demling et al. (2001) zeigte sich ein Zusammenhang zwischen der persönlichen Religiosität der Psychotherapeuten und deren Einstellung zur Religion im Rahmen der Psychotherapie. So lag das Verhältnis der Ja zu Nein Antworten auf die Frage nach dem Wunsch nach Berücksichtigung solcher Themen im Rahmen der Weiterbildung bei den religiös Praktizierenden bei 47:17, bei den religiös Eingestellten, aber nicht Praktizierenden, bei 62:60 und bei den Agnostikern / Atheisten bei 12:44. Ähnliche Zusammenhänge zeigten sich bezüglich der Meinung, dass das therapeutische Potential von Glaube und Religion im Rahmen der Therapie zu wenig genutzt werde. Das heißt, Therapeuten, in deren Leben Religion im Sinne der Ausübung religiöser Praktiken eine Rolle spielt, neigen auch dazu, dieser im Rahmen der Weiterbildung und der Therapie eine größere Bedeutung beizumessen. In analoger Weise tendieren atheistisch und agnostisch eingestellte Psychotherapeuten dazu, diesen eine geringere Bedeutung beizumessen.

1.2.3.2. Geschlecht

Bei den Studien im deutschsprachigen Raum zeigte sich wiederholt ein Einfluss des Geschlechts auf verschiedene religionsbezogene Variablen. Dabei hat es den Anschein, dass weibliche Psychotherapeuten dem Thema Religion gegenüber aufgeschlossener sind als männliche.[93] So war bei Demling et al. (2001) der Anteil der Frauen unter den Konfessionslosen wie unter den Agnostikern geringer als der der Männer. Auch hatten mehr Frauen als Männer angegeben, für Klienten gebetet zu haben. Bei der Befragung von Jordahl (1990) gaben mehr Männer als Frauen an, nicht an Gott zu glauben. Auch waren mehr weibliche als männliche Therapeuten der Ansicht, dass das Hauptproblem ihrer Klienten religiöser Natur sei. Ebenso berichteten weibliche Psychotherapeuten im Vergleich zu männlichen vermehrt von Träumen religiöser Natur oder anderen wichtigen religiösen Erlebnissen in ihrem eigenen Leben. Mehr weibliche als männliche Psychotherapeuten dieser Studie glaubten zudem an irgendeine Form des Lebens nach dem Tode.[94]

1.2.3.3. Alter

In der Studie von Demling et al. (2001) zeigte sich kein Einfluss des Lebensalters auf die Einstellung zur Religion oder die Handhabung dieses Themas im Rahmen der psychotherapeutischen Praxis. Jordahl (1990) dagegen fand, dass Psychotherapeuten jenseits der Lebensmitte (über 45 Jahre) häufiger glaubten, dass religiöse Erfahrung für die volle

[93] Dieser Befund findet sich jedoch weltweit auch für die Allgemeinbevölkerung.

Entwicklung der Persönlichkeit notwendig sei, und ebenso, dass eine bewusst ausgeübte Religiosität psychologisch notwendig sei. Auch waren die über 45-jährigen Psychotherapeuten häufiger der Meinung, dass das Hauptproblem der Klienten religiöser Natur sei. Die jüngeren Psychotherapeuten in dieser Studie, glaubten dagegen wesentlich seltener als die älteren an irgendeine Form des Lebens nach dem Tode.

1.2.3.4. Konfession

Unterschiede ergaben sich auch zwischen Psychotherapeuten mit unterschiedlicher Konfession. Demling et al. (2001) berichten, dass Katholiken sich als kirchentreuer erwiesen und religiösen Erfahrungen in der Psychotherapie gegenüber aufgeschlossener seien als Protestanten und Konfessionslose. So wurden die Aussagen, dass das therapeutische Potenzial der Religiosität im psychotherapeutischen Setting nicht genügend genutzt werde, sowie der Wunsch nach Berücksichtigung dieses Themas in der Weiterbildung und die Hinzuziehung eines Seelsorgers von signifikant mehr katholischen als evangelischen Therapeuten befürwortet, gefolgt von den konfessionslosen Therapeuten an letzter Stelle.

In der Studie von Jordahl (1990) gaben mehr Katholiken (70%) als Protestanten (59%) an, an Gott zu glauben. Deutlich mehr katholische (84%) als protestantische (40%) Psychotherapeuten waren der Meinung, dass ausgeübte Religiosität (Gottesdienst, Kult, privates Gebet) psychologisch förderlich sei. Ebenso war der Anteil der Psychotherapeuten, die berichteten, regelmäßig die Gottesdienste einer religiösen Gemeinschaft zu besuchen, bei den Katholiken höher. Und schließlich waren mehr katholische als protestantische Psychotherapeuten der Meinung, dass sich die Tiefenpsychologie mehr auf die psychologischen Aspekte der Religion konzentrieren sollte.

In der Studie von Demling et al. (2001) zeigten sich unter den psychologischen Verhaltenstherapeuten deutlich mehr konfessionslose als unter den Psychoanalytikern.

1.2.3.5. Psychotherapeutische Orientierung

In der Studie von Demling et al. (2001) zeigt sich, dass die Unterschiede zwischen Analytikern und Nicht-Analytikern weniger die religiöse Einstellung als die methodische Herangehensweise betreffen. So lehnen es ärztliche und psychologische Analytiker, dem Abstinenzgebot folgend, eher ab, das Thema Religion von sich aus anzusprechen. Freudsche Analytiker nehmen darüber hinaus eine etwas distanziertere Haltung zum Thema Religion ein

[94] Bei Jordahl (1990) werden allerdings keine statistischen Signifikanzprüfungen berichtet.

als Jungianer und Adlerianer, worin sich wiederum die Einstellung der jeweiligen Schulengründer widerzuspiegeln scheint.

1.3. Abschließende Beurteilung der Ergebnisse der Psychotherapeutenbefragungen

Die Ergebnisse der berichteten US-amerikanischen und internationalen Studien weisen insgesamt darauf hin, dass die psychotherapeutisch Tätigen der spirituellen / religiösen Dimension gegenüber deutlich aufgeschlossener und positiver eingestellt sind, als es aufgrund ihrer wissenschaftlich-säkularen Sozialisation und der geringen Berücksichtigung diesbezüglicher Inhalte im Rahmen der Ausbildung zu erwarten wäre. Psychotherapeuten sind jedoch weniger religiös als die Allgemeinbevölkerung und unterscheiden sich von dieser sowohl hinsichtlich ihrer Glaubensüberzeugungen als auch ihrer religiösen Praxis und Einbindung. Jedoch wurde ebenfalls deutlich, dass diese Unterschiede geringer sind, als zuvor angenommen. Es zeigte sich, dass eine spirituelle / religiöse Orientierung auch im persönlichen Leben von vielen Psychotherapeuten eine bedeutsame Rolle spielt. Diese findet allerdings häufig in persönlichen, individuellen Formen der Spiritualität ihren Ausdruck sowie in einer tendenziell kritischen Haltung gegenüber religiösen Institutionen. Insofern unterscheiden sich die psychotherapeutisch Tätigen von der Allgemeinbevölkerung vor allem durch eine geringere Einbindung in die institutionalisierten Formen der Religiosität. Jedoch messen sie der spirituellen / religiösen Dimension im menschlichen Leben prinzipiell eine wichtige und potentiell positive Bedeutung bei und vertreten somit keine ausschließlich religionskritische Perspektive. Klinisch relevante Fragestellungen im Zusammenhang mit den Themenbereichen Spiritualität und Religiosität waren im Rahmen der Aus- und Weiterbildung nur in geringem Maße vertreten. Dennoch werden religiöse / spirituelle Inhalte nicht selten in der Therapie thematisiert. Das Gros der Psychotherapeuten war mit der diesbezüglichen Ausbildung wenig zufrieden und sprach sich für eine stärkere Berücksichtigung solcher Themen im Rahmen der Aus- und Weiterbildung aus. Die Therapeuten verwenden religionsbezogene Interventionen in unterschiedlichem Maße. Dabei scheinen sie vor allem durch ihre persönlichen Überzeugungen und Kenntnisse geleitet zu werden und weniger durch ihre professionelle Ausbildung.

Die Befunde der Studien aus dem deutschsprachigen Raum scheinen die für die US-amerikanischen Kollegen gefundenen zunächst weitgehend zu bestätigen. Jedoch ist hierbei anzumerken, dass diese Befunde aufgrund der regionalen Einschränkungen und der zum Teil geringen Rücklaufraten in ihrer Generalisierbarkeit deutlich eingeschränkt sind.

IV. Methodik

1. Zu den Fragestellungen der Studie

Ausgehend von dem in den Abschnitten II und III dargestellten Theorie- und Forschungshintergrund war die vorliegende Studie als eine explorative Fragebogenstudie konzipiert. Deren Hauptinteresse bestand darin zu untersuchen, welche Einstellungen und Erfahrungen in Bezug auf die Themenbereiche Spiritualität und Religiosität für Vertreter der etablierten psychotherapeutischen Versorgung in Deutschland kennzeichnend sind. Zudem sollte erfasst werden, in welchem Ausmaß und in welcher Form diese Themenfelder in der bundesdeutschen psychotherapeutischen Praxis von Relevanz sind. Schließlich war die persönliche spirituelle bzw. religiöse Orientierung und Einbindung der Psychotherapeuten von Interesse. Eine weitere zentrale Fragestellung der Studie betraf den Zusammenhang zwischen der theoretischen Orientierung der Psychotherapeuten einerseits und deren Einstellung bezüglich der Themenbereiche Spiritualität und Religiosität sowie ihrem Umgang mit diesbezüglichen Inhalten und Problemen im Rahmen ihrer psychotherapeutischen Praxis andererseits. Bilgrave und Deluty (2002) gehen davon aus, dass bei der Entwicklung der Weltanschauung von Psychotherapeuten mindestens drei ideologische Systeme eine wesentliche Rolle spielen: Religion, Politik und die spezifische psychotherapeutische Orientierung, der die Psychotherapeuten im Rahmen ihrer Ausbildung ausgesetzt sind. Es ist anzunehmen, dass die psychotherapeutische Orientierung und das jeweilige Menschenbild, das damit verknüpft ist, auch die Einstellung zu den Themenbereichen Spiritualität und Religiosität sowie den Umgang mit diesen im Rahmen der Psychotherapie beeinflussen. Ebenso ist jedoch zu vermuten, dass dieser Zusammenhang reziproker Natur ist. So scheint es naheliegend zu sein, dass die Weltanschauung, die Werte und das Menschenbild des angehenden Psychotherapeuten dessen Entscheidung für ein bestimmtes psychotherapeutisches Verfahren bereits vorab mit bedingen. So hatten auch Bilgrave und Deluty in ihrer US-amerikanischen Studie die Hypothese aufgestellt, dass spezifische religiöse Überzeugungen mit unterschiedlichen theoretischen Orientierungen assoziiert sind. Diese Hypothese basierte auf den Annahmen, dass a) viele Psychotherapeuten spezifische religiöse Überzeugungen und Werte heranziehen, die sie in ihrer psychotherapeutischen Arbeit leiten, und b) die bereits existierenden religiösen Überzeugungssysteme einen ideologischen Rahmen bilden, welcher die Wahl eines therapeutischen Überzeugungssystems und die entsprechende innere Verpflichtung diesem gegenüber beeinflusst (1998, S. 331, Übers. d. Verf., vgl. hierzu Teil III, Kap. 1.1.2.9.).

In der vorliegenden Studie sollten jedoch nicht die Glaubensüberzeugungen der Psychotherapeuten erfasst werden, sondern vielmehr deren Einstellungen und Erfahrungen in Bezug auf die Themenbereiche Spiritualität und Religiosität. Und dies vor allem im Zusammenhang mit ihrer psychotherapeutischen Tätigkeit. Um zu überprüfen, ob zwischen der theoretischen Orientierung der Psychotherapeuten und deren Einstellung bezüglich dieser Themenfelder ein Zusammenhang besteht, sollten Gruppenvergleiche von Psychotherapeuten mit unterschiedlicher theoretischer Orientierung durchgeführt werden.

Wie in Teil III bereits berichtet, stammen empirische Studien zu diesem Thema bislang überwiegend aus den USA. Die US-amerikanischen Befunde haben jedoch für die bundesdeutsche Situation nur eine begrenzte Aussagekraft. Aufgrund der historisch-kulturellen Unterschiede und des stärkeren Säkularisierungsgrades in Deutschland war zu vermuten, dass sich die Erfahrungen und Einstellungen von deutschen Psychotherapeuten in Bezug auf diese Thematik von denen ihrer US-amerikanischen Kollegen unterscheiden werden. Dies war nicht zuletzt auch eine der Fragestellungen dieser Studie.

Wenngleich sich auch in Deutschland ein Trend zu einer stärkeren theoretischen Diskussion und empirischen Erforschung von klinisch relevanten Fragestellungen im Zusammenhang mit den Themenbereichen Spiritualität und Religiosität feststellen lässt (für eine Übersicht siehe Quekelberghe, 2007; Zwingmann & Moosbrugger, 2004; Utsch, 2005; Bucher, 2007), war die Datenlage, was die diesbezüglichen Einstellungen und Erfahrungen von psychotherapeutischen Praktikern in Deutschland anbelangt, bis dato als gering einzustufen. Die vorliegenden Studien waren darüber hinaus aufgrund ihrer Beschränkung auf bestimmte Regionen oder aufgrund von geringen Antwortraten hinsichtlich der Generalisierbarkeit ihrer Ergebnisse deutlich eingeschränkt. Mit der vorliegenden Studie sollte von daher eine erste bundesweite und, innerhalb der vorgegebenen Begrenzungen, möglichst repräsentative Erhebung zum Thema durchgeführt werden. Vor dem Hintergrund der zunehmenden Diskussion diesbezüglicher Inhalte in der psychologischen Fachliteratur sollte sie Auskunft darüber geben, wie psychotherapeutische Praktiker über solche Themen denken und welche konkrete praktische Relevanz die einzelnen der im Theorieteil näher beschriebenen Aspekte in der bundesdeutschen psychotherapeutischen Praxis haben.

Im Einzelnen standen im Rahmen der vorliegenden Studie die folgenden Fragenkomplexe und deren spezifische Aspekte im Mittelpunkt des Forschungsinteresses:

Spiritualität bzw. Religiosität der Psychotherapeuten

- Welche Art der religiösen / spirituellen Einbindung berichten die befragten Psychotherapeuten (Konfessionszugehörigkeit, Zugehörigkeit zu religiösen / spirituellen Gruppierungen)?
- Wie beschreiben die Psychotherapeuten ihre eigene Glaubenseinstellung?
- Welche Bedeutung hat Religiosität bzw. Spiritualität im persönlichen Leben der Psychotherapeuten?
- Hatten die Psychotherapeuten eigene bedeutsame religiöse / spirituelle Erfahrungen?

Auseinandersetzung, Aus- und Weiterbildung in Bezug auf die Themenbereiche Religiosität und Spiritualität

- In welchem Maße wurden psychologisch relevante Fragestellungen im Zusammenhang mit den Themenbereichen Religiosität und Spiritualität im Rahmen der Psychotherapieausbildung berücksichtigt?
- In welchem Maße haben sich die Psychotherapeuten insgesamt mit diesbezüglichen Fragestellungen auseinandergesetzt?
- Wie beurteilen die psychotherapeutischen Praktiker ihre diesbezügliche Ausbildung vor dem Hintergrund ihrer konkreten psychotherapeutischen Praxis?
- Wie hoch ist der Bedarf und das Interesse an Information / Weiterbildung bezüglich dieses Spezialgebietes im Rahmen der akademischen und psychotherapeutischen Aus- und Weiterbildung?
- Wie kompetent fühlen sich die Psychotherapeuten bezüglich des Umgangs mit spirituellen / religiösen Problemen bzw. Klienten?

Spiritualität und Religiosität in der psychotherapeutischen Praxis

- Welche Relevanz haben die Themenbereiche Spiritualität und Religiosität im Rahmen der psychotherapeutischen Praxis?
- Wie häufig werden religiöse oder spirituelle Inhalte und Probleme von den Klienten thematisiert?
- Wie hoch ist die Anzahl der Klienten, in deren Leben eine spirituelle oder religiöse Orientierung eine zentrale Rolle spielt?

- Wie hoch ist die Anzahl der Klienten, die Wert darauf legen, dass die eigene spirituelle bzw. religiöse Orientierung im Rahmen der Behandlung explizit anerkannt und mit einbezogen wird?
- Welchen Einfluss hat die Glaubenseinstellung / Weltanschauung des Psychotherapeuten auf dessen psychotherapeutische Tätigkeit?

Darüber hinaus bestand ein weiterer Fragenkompex aus ***Fragen zur psychotherapeutischen Tätigkeit***. Diese bezogen sich auf die Dauer der psychotherapeutischen Tätigkeit, die Anzahl der Klienten pro Woche, die Anzahl der Stunden, die die Psychotherapeuten für verschiedene Behandlungsmodalitäten aufwenden, den beruflichen Status der Psychotherapeuten (Approbation, Kassenzulassung), abgeschlossene Ausbildungen in psychotherapeutischen Verfahren sowie auf die theoretische Orientierung der Psychotherapeuten.

2. Untersuchungsdesign der Gesamtstudie

Die vorliegende Arbeit ist, wie in der Einleitung bereits berichtet, Bestandteil eines umfassenderen Gesamtprojektes zu diesem Thema, welches am Institut für Grenzgebiete der Psychologie und Psychohygiene (IGPP) in Freiburg i. Br. durchgeführt wurde. Das Gesamtprojekt bestand aus insgesamt drei Teilstudien. Im Rahmen der vorliegenden Dissertation wurde die erste dieser Teilstudien bearbeitet. Um deren Stellenwert und Einbindung im Gesamtzusammenhang nachvollziehbar zu machen, sollen die einzelnen Teilstudien und deren spezifische Zielsetzungen an dieser Stelle noch einmal kurz im Überblick dargestellt werden:

1. Im Rahmen der ersten Teilstudie kam ein Kurzfragebogen zum Einsatz, der einige der derzeit diskutierten zentralen Fragestellungen zum Thema beinhaltete. Dieser war so konzipiert, dass er mit geringem zeitlichem Aufwand auszufüllen war. Die Intention dieser Reduzierung auf möglichst wenige zentrale Fragestellungen lag darin, eine möglichst hohe Rücklaufquote zu erreichen. Durch die Kürze des Fragebogens sollten möglichst viele Psychotherapeuten dazu bewegt werden, zumindest an dieser ersten Befragung teilzunehmen. Die übergeordneten Ziele der Kurzbefragung lagen in der Durchführung von Gruppenvergleichen von Psychotherapeuten mit unterschiedlicher theoretischer Orientierung sowie in einer möglichst repräsentativen Erhebung. Zu den weiteren Bestandteilen der Kurzbefragung gehörten die Durchführung einer Pilotstudie sowie eine zusätzliche Befragung der Nicht-Teilnehmer. (Bearbeitung: Dipl. Psych. Liane Hofmann)

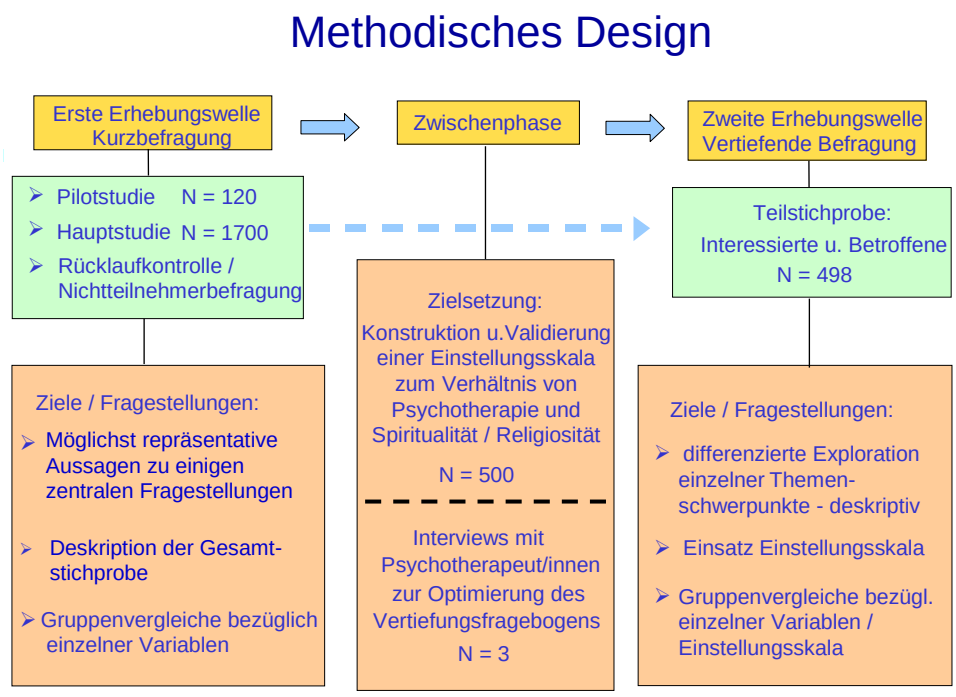
2. In Rahmen einer zweiten Teilstudie wurde eine Skala zur Erfassung der Einstellung von Psychotherapeuten zum Verhältnis von Spiritualität / Religiosität und Psychotherapie entwickelt und im Rahmen einer Diplomarbeit empirisch validiert. Auf Basis der item- und dimensionsanalytischen Untersuchung wurde ein ökonomisches Instrument mit zufriedenstellenden bis sehr guten psychometrischen Kennwerten für die Verwendung in der zweiten Erhebungswelle der Hauptstudie zusammengestellt. (Bearbeitung: Dipl. Psych. Britta Möckelmann, Dipl. Psych. Liane Hofmann)[95]
3. In der dritten Teilstudie kam ein differenzierter Vertiefungsfragebogen zum Einsatz. Dieser wurde an eine Teilstichprobe von Psychotherapeuten verschickt, die sich im Rahmen der Kurzbefragung bereit erklärt hatten, an einer vertiefenden Befragung teilzunehmen. Primäres Ziel war hier die differenzierte Exploration einzelner Themenschwerpunkte, auf die bei der ersten Erhebung zugunsten der Repräsentativität verzichtet werden musste. (Bearbeitung: Dipl. Psych. Liane Hofmann)

Eine Aufteilung der Hauptstudie in zwei Erhebungswellen (erste und dritte Teilstudie) erschien aus zweierlei Gründen angebracht: Zum einen hatten Experten aus dem Feld wiederholt darauf hingewiesen, dass Psychotherapeuten mit Kassenzulassung derzeit unter enormem Zeitdruck stünden und deshalb nicht zu erwarten sei, dass sie dazu bereit, bzw. in der Lage seien, einen umfangreichen Fragebogen auszufüllen. Zudem war zu erwarten, dass bei der Beschränkung auf nur einen umfangreichen Fragebogen nur diejenigen Psychotherapeuten teilnehmen, die am Thema interessiert bzw. dem Thema gegenüber positiv eingestellt sind. Eine derartige Selektion von Teilnehmern würde jedoch die Repräsentativität der Ergebnisse stark einschränken und könnte darüber hinaus zu statistischen Boden- und Deckeneffekten führen.

Im Rahmen der ersten Erhebung wurde vorab eine Pilotstudie mit 120 angeschriebenen Psychotherapeuten durchgeführt.[96] Eine zusätzlich durchgeführte Nicht-Teilnehmer-Befragung zielte auf eine Einschätzung der Repräsentativität der erhaltenen Daten ab. In Abbildung 6 ist das Design der Studie nochmals zusammengefasst:

[95] Die Reliabilität (Cronbach-Alpha) der Gesamtskala mit 19 Items liegt bei .91 und für die einzelnen Subskalen in einem Bereich zwischen .70 und .85 bei einer Itemanzahl von 4-5 Items pro Subskala. Für eine Kurzzusammenfassung hierzu siehe http://www.igpp.de/german/eks/Forschungsprojekte/einstellungsskala.htm.
[96] Näheres dazu siehe Kap. 4.

Abbildung 6: Methodisches Design der Gesamtstudie



Da im Rahmen der vorliegenden Arbeit ausschließlich die erste Teilstudie bearbeitet wurde, beziehen sich alle nun folgenden Darstellungen allein auf diese. In der Folge werden zunächst die Zielsetzungen, das Erhebungsinstrument sowie der Ablauf dieser Befragung noch etwas differenzierter beschrieben.

2.1. Zielsetzungen und Vorgehen der vorliegenden Befragung

Das Erhebungsinstrument der Studie enthielt einige der derzeit diskutierten zentralen Fragestellungen zum Thema. Das übergeordnete Ziel der Befragung lag in einer möglichst repräsentativen Erhebung dieser Fragestellungen. Neben der Deskription der Gesamtstichprobe lag eine weitere Zielsetzung in der Durchführung von Gruppenvergleichen von Psychotherapeuten mit unterschiedlicher theoretischer Orientierung. Der Fragebogen war so konzipiert, dass er mit einem geringen zeitlichen Aufwand auszufüllen war. Er umfasste lediglich drei Seiten. Durch die Reduzierung auf möglichst wenige, zentrale Fragen sollte eine möglichst hohe Rücklaufquote erreicht werden.

Da es sich um eine erste explorative Studie zum Thema handelte, lag der Fokus dieser Befragung vor allem darauf, Erkenntnisse bezüglich des quantitativen Aspektes, das heißt über die tatsächliche Bedeutsamkeit der Thematik in Hinblick auf die einzelnen erfragten Schwerpunktbereiche, wie z.B. „psychotherapeutische Weiterbildung“, „religiöse / spirituelle Probleme in der Psychotherapie“, „Religiosität / Spiritualität im Leben der

Psychotherapeuten“ usw., zu gewinnen. Vereinfacht zusammengefasst lautete hier die Frage: Ist das Thema für psychotherapeutische Praktiker in Deutschland tatsächlich ein bedeutsames Thema und, wenn ja, in welchem Ausmaß?[97]

Als Begleitschreiben zum Fragebogen wurde ein Anschreiben formuliert, welches die inhaltlichen Fragestellungen und das methodische Vorgehen der Studie transparent machen und die Teilnehmer dazu motivieren sollte, auch an der zweiten, vertiefenden Befragung teilzunehmen. Darüber hinaus wurde der Sendung eine Antwortpostkarte beigelegt. Diese diente zweierlei Zielen: zum einen der Identifikation der Teilnehmer[98] und zum anderen konnten die Teilnehmer dort vermerken, ob sie dazu bereit sind, auch an der vertiefenden Befragung teilzunehmen. Fragebogen und Antwortpostkarte sollten getrennt zurückgeschickt werden, damit die Anonymität der Teilnehmer vollständig gewahrt bleibt.[99]

2.2. Das Erhebungsinstrument

Die vorliegende Studie war als Fragebogenstudie konzipiert. Da dieser Bereich in Deutschland noch relativ unbeforscht war und hierzu keine standardisierten Instrumente vorlagen, wurden die Erhebungsinstrumente eigens für diese Studie entwickelt. Bei der Konzeption wurden die in den US-amerikanischen und deutschen Vorgängerstudien verwendeten Erhebungsinstrumente berücksichtigt.[100]

Der in der vorliegenden Studie verwendete Fragebogen war wie folgt aufgebaut: Auf einer ersten Seite befanden sich Hinweise zum Ausfüllen des Fragebogens, der die nachstehenden Elemente enthielt:

- Angabe zur Dauer des Ausfüllens
- Ziel der Studie / Beitrag, der durch die Teilnahme geleistet wird
- Konzeptionalisierung des Fragebogens und kurzer Überblick über die Inhalte

---

[97] Während sich der Kurzfragebogen vor allem mit der Einschätzung der prinzipiellen Bedeutsamkeit der Thematik befasste, lag die Zielrichtung des Vertiefungsfragebogens stärker auf dem „qualitativen Aspekt“. Hier sollte erfasst werden, in welcher spezifischen Art und Weise die Themenbereiche Religiosität und Spiritualität in der Psychotherapie bzw. im Leben der Psychotherapeuten eine Rolle spielen. Bezog sich beispielsweise im Rahmen der Erstbefragung die Fragestellung auf den Prozentsatz der Klienten, die im Verlauf der Behandlung Inhalte und Probleme thematisieren, die mit Religiosität bzw. Spiritualität zu tun haben, so wurde im Vertiefungsfragebogen danach gefragt, *welche* spezifischen religiösen / spirituellen Inhalte und Probleme (wie häufig) thematisiert werden. Einfach zusammengefasst lautete die Schwerpunktsetzung der Fragerichtung des Vertiefungsfragebogens: In welcher spezifischen Art und Weise (und in welchem Ausmaß) spielen die Themenbereiche Religiosität und Spiritualität in der psychotherapeutischen Praxis eine Rolle?

[98] Einzelheiten hierzu siehe unter Kap. 2.6. „Strategien zur Erhöhung und Kontrolle des Rücklaufs“.

[99] Sämtliche Materialien, die im Rahmen der Erhebung verwendet wurden, finden sich in den Anhängen B und C.

[100] In diesem Zusammenhang sei darauf hingewiesen, dass die Studie von Demling et al. (2001), mit Psychotherapeuten aus dem fränkischen Raum, zu diesem Zeitpunkt der Planung der Studie noch nicht publiziert war.

- Instruktionen zum Umgang mit den verschiedenen Antwortformaten
- Hinweis auf die anonyme Zurücksendung
- Hinweise zum Ausfüllen und Zurücksenden der beiliegenden Antwortpostkarte
- Hinweis bezüglich der Portokosten

Der Fragebogen selbst umfasste drei Seiten mit insgesamt 29 Fragen von überwiegend geschlossenem Antwortformat. Dabei wurden für die Antwortalternativen auf Intervallskalenniveau, unter Berücksichtigung der Studie zur Äquidistanz der Antwortstufen von Rohrmann (1978), fünfstufige Intensitätsskalen mit den verbalen Verankerungen „gar nicht", „wenig", „mittelmäßig", „ziemlich" und „sehr" verwendet. Daneben gab es einige Fragen mit kategorialem, eine mit ordinalem und wenige mit offenem Antwortformat.

Die einzelnen Fragen befassten sich mit den folgenden Bereichen:

- soziodemographische Daten (7 Items)
- Fragen zur psychotherapeutischen Tätigkeit und Orientierung (7 Items)
- Fragen zur Auseinandersetzung und zur Aus- und Weiterbildung in Bezug auf die Themenbereiche Spiritualität und Religiosität (7 Items)
- Fragen zur spirituellen / religiösen Einbindung und Orientierung der Psychotherapeuten (6 Items)
- Fragen zur Relevanz der Themenbereiche Spiritualität und Religiosität im Rahmen der psychotherapeutischen Tätigkeit (3 Items)

Die letzte Seite des Fragebogens enthielt die Anleitung zum Ausfüllen und Zurücksenden der Antwortpostkarte. Ein weiteres, großzügig angelegtes Feld diente der Rückmeldung von Anmerkungen, Anregungen oder Kritik.

2.3. Beschreibung der Antwortpostkarte

Ein weiterer Bestandteil der Sendung zur Kurzbefragung war die Antwortpostkarte. Diese bestand aus zwei Feldern. In Feld Nr. 1 sollten die Teilnehmer unter Angabe ihres Namens vermerken, dass sie an der Kurzbefragung teilgenommen hatten. Durch diese Rückmeldung der Teilnehmer war es möglich, die Nicht-Teilnehmer zu identifizieren, so dass nur diesen ein Erinnerungsschreiben zugeschickt werden musste. In Feld Nr. 2 sollten die Teilnehmer der Kurzbefragung angeben, ob sie darüber hinaus zur Teilnahme an der zweiten, vertiefenden Befragung bereit sind.

Exkurs 2: Zur Verwendung und Definition der Begriffe Spiritualität und Religiosität im Rahmen der vorliegenden Studie

Im Rahmen der vorliegenden Studie wurden die Begriffe Spiritualität und Religiosität bzw. spirituell und religiös im Fragebogen immer gemeinsam aufgeführt. Damit sollte jedoch nicht impliziert werden, dass diese Begriffe synonym zu verstehen sind. Vielmehr wurde davon ausgegangen, dass es sich sowohl bei Spiritualität als auch bei Religiosität um komplexe, multidimensionale Konstrukte handelt, zwischen denen sowohl Differenzen als auch Überschneidungen bestehen. Auf eine genaue Definition und Abgrenzung der Begriffe Spiritualität und Religiosität wurde im Kontext der vorliegenden ersten Teilstudie des Gesamtprojektes jedoch aus mehrerlei Gründen verzichtet: Da es sich um eine explorative Studie handelte, deren Ziel darin lag, einen allgemeinen Eindruck von der Relevanz des gesamten Themenspektrums – sowohl das der institutionalisierten, traditionellen Formen der Religiosität als auch der individuellen, persönlichen Formen der Spiritualität – im Kontext der psychotherapeutischen Versorgung zu gewinnen, erschien die gemeinsame Aufführung der Begriffe als eine angemessene Vorgehensweise. Damit wurde jedoch auf die Möglichkeit verzichtet, differenzierte Schlüsse bezüglich spezifischer Ausdrucksformen der Religiosität bzw. Spiritualität ziehen zu können. Eine getrennte Erfassung der beiden Konstrukte erschien auch aus Gründen der Ökonomie und der angestrebten Kürze des Fragebogens schwer realisierbar zu sein. Darüber hinaus war zu befürchten, dass jede Art der definitorischen Festlegung der beiden Begriffe zu Reaktanz von Seiten der Teilnehmer führen könnte. Da es sich bei diesem Gebiet um sensible, emotional bedeutsame Bereiche handelt, könnte eine Definition, die nicht mit dem persönlichen Empfinden der jeweiligen Person übereinstimmt, dazu führen, dass diese nicht an der Studie teilnimmt. Dies ist vor allem dann zu erwarten, wenn wertende Konnotationen mit einer Definition verbunden sind. Nicht zuletzt war davon auszugehen, dass ein gewisses Grundverständnis der beiden Begriffe vorausgesetzt werden kann. Der hohe Rücklauf in der Pilotstudie und die geringen Rückmeldungen bezüglich der Nicht-Definition der Begriffe schien dies zu bestätigen. Es bereitete den Teilnehmern anscheinend keine besonderen Probleme, diese Begriffe ihrem eigenen Verständnis gemäß zu füllen. Darüber hinaus gehend wurde bei den einzelnen Fragen im Fragebogen versucht, das ganze Spektrum denkbarer Inhalte anhand von konkreten Beispielen aufzuzeigen. Diese waren jeweils so gewählt, dass sich Therapeuten (respektive deren Klienten) mit unterschiedlichen Zugängen zu Religiosität und Spiritualität darin finden konnten.

2.4. Ablauf der Befragung

Die Eignung des beschriebenen Materials und des geplanten Vorgehens wurde vorab im Rahmen einer Pilotstudie mit einem N von 120 Psychotherapeuten geprüft.[101] Die erste Sendung der Hauptstudie enthielt ein Exemplar des Kurzfragebogens, einen freigemachten Rückumschlag, ein Begleitschreiben und eine Antwortpostkarte. Eine zweite Sendung enthielt ein Erinnerungsschreiben mit erneuter Bitte um Teilnahme. Auch dieses enthielt ein Exemplar des Kurzfragebogens, einen freigemachten Rückumschlag und die Antwortpostkarte. Das erste Anschreiben der Hauptstudie wurde am 6.11.2001 verschickt, das Erinnerungsschreiben am 5.12.2001.

2.5. Maßnahmen zur Erprobung der Eignung und zur Erhöhung der Qualität des Fragebogens

Um die Eignung des entwickelten Erhebungsinstrumentes zu erproben und dessen Qualität zu verbessern, wurden verschiedene Maßnahmen ergriffen, die im folgenden Abschnitt näher beschrieben werden.

Der Kurzfragebogen wurde in einem ersten Schritt einer Gruppe von zehn Kollegen, die alle wissenschaftlich und zum Teil auch psychotherapeutisch tätig waren, zur Beurteilung vorgelegt. Darüber hinaus wurde er im Rahmen eines Forschungskolloquiums mit Doktoranden und Kollegen diskutiert. In einem weiteren Schritt wurden der Fragebogen und eine Version des Anschreibens verschiedenen psychotherapeutischen Praktikern mit der Bitte um kritisches Feedback vorgelegt. Dafür wurden aus jeder psychotherapeutischen Schule, die in die Studie mit aufgenommen werden sollte, je drei Vertreter ausgewählt. Diese wurden aufgefordert, den Fragebogen probeweise selbst auszufüllen und hinsichtlich solcher Kriterien wie zeitlicher Aufwand, graphische Gestaltung, Gliederung, sprachliche Formulierung, Verständlichkeit, Umfang, möglicherweise Reaktanz auslösende oder aus anderen Gründen ungeeignete Fragen sowie bezüglich der Eignung der Antwortskalen einzuschätzen. Auf Grundlage der erhaltenen Rückmeldungen wurde der Fragebogen erneut überarbeitet. In einer letzten Erprobungsphase wurde der Kurzfragebogen im Rahmen der Pilotstudie auf Eignung und Akzeptanz geprüft und anhand der gewonnenen Rückmeldungen erneut revidiert.

[101] Eine ausführliche Beschreibung der Pilotstudie sowie ihrer Zielsetzungen und Ergebnisse findet sich in Kapitel 4.

2.6. Strategien zur Erhöhung und Kontrolle des Rücklaufs sowie zur Einschätzung der Repräsentativität der erhaltenen Daten

Ein zentrales Problem bei postalischen Befragungen besteht darin, dass ein geringer Rücklauf an Fragebögen zu einer Verzerrung der Stichprobe und somit zu Einschränkungen der Generalisierbarkeit der Ergebnisse führen kann. Von daher lag eine der methodischen Herausforderungen der Studie darin, eine möglichst hohe Rücklaufquote zu erreichen. Diekmann (2002) geht davon aus, dass bei Fragebogenerhebungen, bei denen keine zusätzlichen Maßnahmen zur Erhöhung des Rücklaufs ergriffen werden, die Rücklaufquote selten über 20% liegen wird. Nach Wogan und Norcross (1985, zit. nach Bilgrave und Deluty, 1998, S. 331) liegt die Rücklaufquote für nationale Umfragen mit US-amerikanischen Psychotherapeuten bei 40%. Die Rücklaufquoten für US-amerikanische Studien zum Themenbereich Spiritualität und Religiosität liegen derzeit zwischen 17% und 71% und bei den diesbezüglichen Studien im deutschsprachigen Raum zwischen 24% und 71,5% (vgl. hierzu Anhang A, tabellarischer Überblick der durchgeführten Studien zum Thema).

Um einen möglichst hohen Rücklauf an Fragebogen zu erhalten und eine Kontrolle des Rücklaufs zu ermöglichen, kamen in dieser Studie verschiedene Strategien zum Einsatz. Dabei wurden unter anderem die Empfehlungen von Dillman (1978)[102], Bortz und Döring (1995) sowie Sudman (1976) berücksichtigt:

a) Der Kurzfragebogen wurde möglichst knapp gehalten, um eine möglichst schnelle und problemlose Bearbeitung zu ermöglichen. Ebenso wurde aus diesem Grund so weit wie möglich auf Fragen mit offenem Antwortformat oder komplexe Fragen verzichtet.

b) Bei der Gestaltung des Begleitschreibens wurden verschiedene Punkte berücksichtigt, die dazu dienen sollten, die Adressaten zu einer Teilnahme zu motivieren und etwaige Bedenken hinsichtlich der Studie auszuräumen. So wurde das Briefpapier der Universität Freiburg verwendet und die verantwortlichen wissenschaftlichen Mitarbeiter und Betreuer der Studie sowie die zugehörigen Institutionen vorgestellt. Das Anschreiben war persönlich gefasst und mit der persönlichen Unterschrift der Untersucherin versehen. Darin wurden die Ziele und Fragestellungen der Studie beschrieben, deren Bedeutsamkeit näher erläutert und Angaben zur Dauer des Ausfüllens gemacht. Des Weiteren wurde auf die Bedeutsamkeit jedes einzelnen Fragebogens und auf mögliche Ergebnisverzerrungen, die durch eine Nicht-Teilnahme zustande kommen können, hingewiesen. Es wurden mögliche positive Konsequenzen der Studie für die Psychotherapeuten selbst

[102] Dillmann (1978) hat untersucht, welche Maßnahmen zur systematischen Steigerung der Rücklaufquote beitragen, und diese Erkenntnisse im Rahmen der von ihm entwickelten „Total-Design-Methode“ umgesetzt.

herausgearbeitet und versichert, dass die Auswertung der Daten absolut anonym erfolgt und ausschließlich wissenschaftlichen Zwecken dient. Ebenso wurde das Auswahlverfahren beschrieben und unter Angabe einer Telefonnummer zu Rückfragen ermuntert. Als Anreiz und Entschädigung für den Aufwand wurde den Teilnehmern die Zusendung einer Kurzfassung der Ergebnisse zugesichert. Schließlich wurde noch einmal an die Bereitschaft der Psychotherapeuten appelliert, die Studie durch ihre Teilnahme zu unterstützen, und ein genauer Rücklauftermin angegeben. Dem Fragebogen wurden ein freigemachter Umschlag für die Rückantwort und eine freigemachte Rückantwortpostkarte beigelegt.

c) Dem Anschreiben wurde eine Antwortpostkarte beigelegt mit der Bitte, diese an die Untersuchungsleiterin zurückzuschicken. Mittels dieser sollten die Teilnehmer unter Angabe von Namen und Adresse ihre Teilnahme an der Studie zurückmelden. Mithilfe dieser Identifikationskarten war es möglich, die Nicht-Teilnehmer der Kurzbefragung zu identifizieren und nur diesen ein Erinnerungsschreiben zu schicken. Dadurch konnten überflüssige Material- und Portokosten vermieden werden. Der Sinn dieser Vorgehensweise wurde im Fragebogen erläutert.

d) Durch wiederholtes Nachfragen sollte versucht werden, die Nicht-Teilnehmer doch noch zu einer Teilnahme an der Studie zu bewegen. In diesen Erinnerungsschreiben wurde erneut auf die aktuelle und praktische Relevanz der Studie hingewiesen. Der Entwurf der Erinnerungsschreiben orientiert sich an den Empfehlungen der „Total-Design-Methode“ von Dillmann (1978).[103] Darüber hinaus wurde nach den Empfehlungen von Sudmann (1976) und Dillmann (1978) auch dem ersten Erinnerungsschreiben ein Exemplar des Fragebogens sowie ein Rückantwort-Kuvert beigelegt.[104]

e) Eine weitere beabsichtigte Maßnahme bestand in der Durchführung einer gezielten telefonischen Nachbefragung mit einer Zufallsauswahl der Verweigerer, die als „Nicht-Teilnehmer-Bias-Check“ dienen sollte. Mittels dieser Nachbefragung sollten wesentliche inhaltliche Daten doch noch erfragt werden, um festzustellen, ob sich die Nicht-Antworter systematisch von den Teilnehmern unterscheiden. Auf dieser Grundlage ist es möglich,

[103] Ursprünglich waren zwei Erinnerungsschreiben geplant. Die Ergebnisse der Pilotstudie ergaben jedoch, dass ein zweites Nachhaken keinen nennenswerten zusätzlichen Gewinn bringt. Aus diesem Grund wurde in der Hauptstudie nur ein Erinnerungsschreiben verschickt.

[104] Dillmann (1978) schlägt eine Erinnerungspostkarte und nachfolgend drei Erinnerungsschreiben mit beigelegtem Fragebogen vor, Sudman (1976) zwei Erinnerungsschreiben mit beigelegtem Fragebogen.

eine Einschätzung der nicht-antwortenden Teilpopulation vorzunehmen und zu bestimmen, ob die untersuchte Stichprobe repräsentativ ist.[105]

f) Bei der Erhebung blieb die vollständige Anonymität der Teilnehmer gewahrt. Es war der Untersucherin zu keinem Zeitpunkt möglich, einen Fragebogen einer bestimmten Person zuzuordnen, ausgenommen natürlich jene Personen, die freiwillig auf ihre Anonymität verzichteten und Namen und Adresse auf dem Fragebogen angaben. Die Einhaltung und Zusicherung der vollständigen Anonymität sollte dazu dienen, den Psychotherapeuten mögliche Bedenken hinsichtlich der Verwendung ihrer Angaben zu nehmen.

3. Vorlaufphase – Bestimmung von geeigneten Quellen für die Stichprobenrekrutierung

Um die für die Untersuchung geeignete spezifische Population sowie die möglichen Quellen für die Stichprobenziehung genauer zu bestimmen, wurde in einer Vorlaufphase eine Analyse der aktuellen psychotherapeutischen Versorgungsstrukturen sowie der beruflichen Organisation von Psychotherapeuten durchgeführt. Bei der genauen Bestimmung der Untersuchungspopulation der Studie spielten einerseits der derzeitige Forschungsstand und -bedarf eine Rolle und andererseits die Zugänglichkeit der in Frage kommenden Untersuchungspopulationen.

Während bei den bis dato vorliegenden Studien im bundesdeutschen Raum zum einen eine relativ kleine, regionale und bezüglich der therapeutischen Richtung und beteiligten Berufsgruppen recht unsystematisch zusammengestellte Psychotherapeutenpopulation (Ludwig & Plaum, 1998) oder aber der alternative Anbietermarkt untersucht worden waren (Hellmeister & Fach, 1998), sollte in der vorliegenden Studie die etablierte konventionelle Psychotherapie als ein weiteres Segment der psycho-sozialen Versorgung näher exploriert werden. Dabei wurde die Auswahl in einem ersten Schritt auf Psychotherapeuten in freier Praxis begrenzt. Die untersuchte Gesamtstichprobe sollte für die konventionelle psychotherapeutische Versorgung durch Psychotherapeuten in freier Praxis möglichst repräsentativ sein. Ebenso wäre auch die Untersuchung von Psychotherapeuten, die in anderen Kontexten wie Kliniken oder Beratungsstellen arbeiten, eine denkbare und interessante Alternative gewesen.

Ein zentrales Anliegen der Studie lag in der Untersuchung der Frage, ob zwischen der theoretischen Orientierung der Psychotherapeuten und deren Einstellungen und Erfahrungen

[105] Die geplante telefonische Befragung der Nicht-Teilnehmer wurde jedoch auf Basis der Erkenntnisse der Pilotstudie in der Hauptstudie durch eine postalische Nachbefragung der Nicht-Teilnehmer ersetzt. Näheres dazu

bezüglich der Themenbereiche Spiritualität und Religiosität ein Zusammenhang besteht. Als die drei großen Strömungen der Psychotherapie wurden die kognitiv-behaviorale, die psychoanalytisch / tiefenpsychologisch fundierte und die humanistische Orientierung ausgewählt. Als Vertreter dieser Orientierungen kamen Psychotherapeuten mit verhaltenstherapeutischen, psychoanalytisch / tiefenpsychologisch fundierten sowie gesprächspsychotherapeutischen oder gestalttherapeutischen Ausbildungen in Frage.

Da zum einen genügend große Teilstichproben von Vertretern der genannten theoretischen Orientierungen und zum anderen eine möglichst hohe Repräsentativität angestrebt wurde, erschienen die verschiedenen psychotherapeutischen Fachgesellschaften und Berufsverbände am besten geeignet, um einen Zugang zu umfangreichen Adresslisten von Psychotherapeuten aus dem gesamten Bundesgebiet, einschließlich der Information über deren Psychotherapieschulenzugehörigkeit, zu erhalten.

Auf Basis der durchgeführten Analyse der Organisationsstrukturen, erfolgte eine schriftliche Kontaktaufnahme mit den Vertretern der Berufsverbände und Fachgesellschaften, um deren Kooperationsbereitschaft zu erfragen. Mittels dieses Anschreibens sollten die Ziele und Relevanz der Studie herausgestellt und mögliche Bedenken und Widerstände geklärt werden. Darüber hinaus sollte ein solcher Dialog die Einbeziehung von weiteren Gestaltungs- und Änderungsvorschlägen in Hinblick auf die geplante Studie ermöglichen. Das Anschreiben enthielt die Bitte um Unterstützung des geplanten Forschungsvorhabens, eine mehrseitige Kurzbeschreibung des aktuellen Forschungsstandes und des Ablaufs der geplanten Studie sowie Informationen über deren institutionelle Einbindung. Angefragt wurde bei den folgenden Fachgesellschaften und Berufsverbänden:

Fachgesellschaften:

- Gesellschaft für wissenschaftliche Gesprächspsychotherapie (GwG)
- Deutsche Vereinigung für Gestalttherapie (DVG)
- Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie (DGVT)
- Deutsche Gesellschaft für Analytische Psychologie (DGAP)
- Deutsche Psychoanalytische Gesellschaft (DPG)
- Deutsche Psychoanalytische Vereinigung (DPV)
- Deutsche Gesellschaft für Individualpsychologie

---

siehe Kap. 4.4.

Berufsverbände:

- Kassenärztliche Bundesvereinigung
- Verband psychologischer Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten
- Vereinigung der Kassenpsychotherapeuten
- Deutscher Psychotherapeutenverband

Nach einer gewissen Phase des schriftlichen und telefonischen Austausches zeigte sich jedoch, dass nahezu keine/r der aufgeführten Fachgesellschaften und Berufsverbände sich dazu bereit erklärte, ihre Mitgliederlisten für die Studie zur Verfügung zu stellen. In allen Fällen wurde als Begründung bedauernd auf datenschutzrechtliche Zwänge hingewiesen. Inhaltliche Bedenken und Kritik schienen für die Absagen keine Rolle zu spielen. Aus diesem Grund wurde eine andere Alternative für die Gewinnung der Untersuchungsstichprobe gewählt: Im Internet finden sich umfangreiche Adressenlisten von Psychologischen Psychotherapeuten aus dem gesamten Bundesgebiet, die von verschiedenen psychologischen Berufsverbänden als Service-Leistung öffentlich zur Verfügung gestellt werden. Auf diese wurde für die Stichprobenrekrutierung zurückgegriffen. Im Einzelnen waren dies die Psychotherapeutenlisten der folgenden Verbände:

- Liste des Deutschen Psychotherapeutenverbandes (DPTV)
- Liste der Vereinigung der Kassenpsychotherapeuten (KPTV)
- Liste des Bundes Deutscher Psychologen (BDP)

Dadurch war eine weitere Einschränkung auf approbierte Psychotherapeuten mit psychologischer Grundausbildung vorgegeben. Das Gros der Therapeuten dieser Listen hatte eine Kassenzulassung. Neben den Adressen werden dort auch die psychotherapeutischen Verfahren aufgeführt, mit denen die Psychotherapeuten arbeiten.

In der Liste des Psychotherapie-Informationsdienstes des Deutschen Psychotherapeutenverbandes fanden sich Psychotherapeuten mit Approbation und KV-Zulassung. Als spezifische psychotherapeutische Verfahren waren Analytische Psychotherapie, tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie, Verhaltenstherapie und Gesprächspsychotherapie angegeben.

Die Liste der Vereinigung der Kassenpsychotherapeuten beinhaltete ebenfalls Adressen von Psychologischen Psychotherapeuten mit Kassenzulassung. Als psychotherapeutische Verfahren waren dort ausschließlich die Richtlinienverfahren „Analytische Psychotherapie“,

„tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie“ und „Verhaltenstherapie“ angegeben. Angaben zu Gesprächs- oder Gestalttherapie fanden sich hier nicht.

Die Liste des Psychotherapie-Informationsdienstes des Bundes Deutscher Psychologen enthielt Adressen von Psychologischen und Ärztlichen Psychotherapeuten, „die die gesetzliche Voraussetzung für die Ausübung zur Psychotherapie erfüllen“. Hier fanden sich Angaben zu den folgenden psychotherapeutischen Verfahren: „Analytische Psychotherapie / Psychoanalyse“, „tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie“, „Verhaltenstherapie“ „Gestalttherapie“ und „Gesprächspsychotherapie“. Der Nachteil bei dieser Liste bestand darin, dass unklar war, wie viele der dort angeführten Psychotherapeuten keine Approbation oder Kassenzulassung hatten.

4. Pilotstudie

4.1. Ablauf der Pilotstudie

Die Durchführung einer Pilotstudie zur ersten Erhebungswelle diente mehreren Zielen: Zum einen sollten der geplante Untersuchungsablauf sowie die Eignung des Fragebogens und der einzelnen Anschreiben erprobt werden. Zum anderen sollte anhand des Gesamtrücklaufs sowie der Selbstzuordnung der befragten Psychotherapeuten zu den einzelnen theoretischen Orientierungen, die diese im Fragebogen angegeben hatten, die notwendige Größe der einzelnen anzuschreibenden Subgruppen der theoretischen Orientierungen für die geplante Hauptuntersuchung bestimmt werden. Neben der Fragebogenerhebung sollte im Rahmen der Pilotstudie auch die geplante telefonische Nachbefragung mit den Nicht-Teilnehmern erprobt werden.

Der Kurzfragebogen wurde in Rahmen der Pilotstudie mit einem N von 120 getestet. Die Zusammensetzung der Stichprobe orientierte sich an der geplanten Stichprobe für die Hauptuntersuchung: Es wurden aus fünf verschiedenen psychotherapeutischen Schulen, im einzelnen Verhaltenstherapie, tiefenpsychologisch fundierte Therapie, Analytische Psychotherapie, Gesprächspsychotherapie und Gestalttherapie, je vierundzwanzig Vertreter ausgewählt.

Tabelle 4: Teilstichproben der Psychotherapieschulen – Pilotstudie

Therapieschule	N	Prozent
Verhaltenstherapie	24	20
Analytische Psychotherapie und Analytisch / Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie*	24	20
Tiefenpsych. fundierte Psychoth.	24	20
Gesprächspsychotherapie	24	20
Gestalttherapie	24	20
Gesamt	120	100

Anmerkung: * Da diejenigen Psychotherapeuten, die als Verfahren nur analytische Psychotherapie angegeben hatten, anteilsmäßig nur in geringem Maße vertreten waren, bestand die Gruppe der „analytischen Psychotherapeuten“ aus rein analytischen Psychotherapeuten und solchen, die analytisch in Kombination mit tiefenpsychologisch fundierter Psychotherapie angegeben hatten.

Da die Adresslisten aus dem Internet zu diesem Zeitpunkt noch nicht so überarbeitet waren, dass sie als vollständige Listen zur Verfügung standen, wurde zu diesem Zeitpunkt nur eine annäherungsweise Zufallsauswahl durchgeführt. Die ausgewählten Psychotherapeuten waren je zur Hälfte männlichen und weiblichen Geschlechts und stammten aus den Postleitzahlenbereichen bzw. Bundesländern des gesamten Bundesgebietes, einschließlich der neuen Bundesländer. Für die Auswahl der analytisch und tiefenpsychologisch fundiert arbeitenden Psychotherapeuten sowie der Verhaltenstherapeuten wurde die Liste der Vereinigung der Kassenpsychotherapeuten verwendet. Da bekannt war, dass die Liste des Bundes Deutscher Psychologen auch Adressen von Psychotherapeuten ohne Kassenzulassung oder Approbation beinhaltet, wurde die Verwendung dieser Liste fürs Erste auf die Gesprächs- und Gestalttherapeuten beschränkt. Eine weitere Einschränkung bei der Auswahl der gesprächs- und gestalttherapeutischen Psychotherapeuten bestand darin, dass zum Zeitpunkt der Pilotstudie noch nicht die gesamte Adressliste überarbeitet war. Aus diesem Grund beinhaltete die Subgruppe der gesprächs- und gestalttherapeutischen Psychotherapeuten nicht nur reine Psychotherapeuten dieser Orientierung, sondern auch solche mit Mehrfachorientierungen, die zusätzlich noch mit weiteren Verfahren, wie Verhaltenstherapie oder tiefenpsychologisch fundierter Psychotherapie, arbeiteten.

Das erste Anschreiben wurde am 15. / 16.9.2000 verschickt. Dieses enthielt ein Begleitschreiben, den Kurzfragebogen, eine bereits adressierte und freigemachte Antwortpostkarte sowie ein adressiertes und freigemachtes Rückantwortkuvert. Die erste Erinnerung folgte am 18.10.2000. Sie enthielt ebenfalls ein Exemplar des Kurzfragebogens und der Antwortpostkarte. Eine zweite Erinnerung, die lediglich ein letztes Anschreiben enthielt, erfolgte am 9.11.2000.[106]

4.2. Ergebnisse

Von der angeschriebenen Gesamtstichprobe waren zwei Teilnehmer versehentlich zweimal angeschrieben worden. Darüber hinaus konnten fünf Briefe nicht zugestellt werden. Dadurch reduzierte sich die erreichte Gesamtstichprobe auf ein N von 113 Psychotherapeuten. Von diesen nahmen 81 (71,7%) an der Studie teil. Auch die Antwortpostkarten wurden von nahezu allen Teilnehmern zurückgeschickt (N = 79). Damit schien sich die Strategie, die Erhebung in zwei Wellen aufzuteilen, zu bewähren. Weitere Informationen zum Rücklauf der Pilotstudie können Tabelle 5 entnommen werden.

[106] Eine Abbildung der im Rahmen der Hauptstudie verwendeten Anschreiben, des Kurzfragebogens und der Antwortpostkarte findet sich in Anhang B.

Tabelle 5: Dokumentation der Pilotstudie

	N	Prozent
Gesamtstichprobe		
Anzahl Fragebögen, erstes Anschreiben	120	100
Reduktion der Stichprobe		
fälschlicherweise zweimal angeschriebene Personen	2	1,7
zurückgesandte Briefe, unbekannt verzogen	5	4,2
erreichte Stichprobe	113	94,2
Erreichte Stichprobe		
erreichte Stichprobe	113	100
davon zurückgesandte Fragebögen als Resultat des ersten Anschreibens	56	49,6
davon zurückgesandte Fragebögen als Resultat der ersten Erinnerung	20	17,7
davon zurückgesandte Fragebögen als Resultat der zweiten Erinnerung	5	4,4
Gesamtrücklauf	81/ 113	71,7
Gesamtrücklauf bezogen auf die angeschriebene Stichprobe	81/ 118*	68,7
Antwortpostkarte / Rückmeldung der Teilnahme		
zurückerhaltene Antwortpostkarten	79	69,9
telefonische Rückmeldung über Teilnahme an Erstbefragung	2	1,8

Anmerkung: *118, da zwei Personen fälschlicherweise zweimal angeschrieben wurden.

Mittels einer Analyse der Antwortpostkarten war es möglich, die teilnehmenden Psychotherapeuten den psychotherapeutischen Verfahren, die diese in den Internetlisten angegeben hatten, zuzuordnen (siehe Tabelle 6).[107] Im Einzelnen verteilten sich die Teilnehmer der Studie wie folgt über die einzelnen psychotherapeutischen Schulen: 24,1% der Teilnehmer arbeiteten gemäß den Angaben aus den Psychotherapeutenlisten verhaltenstherapeutisch, 19,0% tiefenpsychologisch fundiert, 17,7% analytisch und analytisch

[107] Durch die Antwortpostkarte war lediglich eine Zuordnung der antwortenden Psychotherapeuten zu den Psychotherapeutenlisten möglich, nicht jedoch eine Zuordnung zum Fragebogen der teilnehmenden Person.

/ tiefenpsychologisch fundiert, 17,7% gesprächs- und 21,5% gestalttherapeutisch. An der Studie teilgenommen hatten gemäß der Analyse der Antwortpostkarten 83% der angeschriebenen Verhaltenstherapeuten, 63% der angeschriebenen tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapeuten, 61% der analytisch / tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapeuten, 64% der methodenübergreifend-gesprächspsychotherapeutisch arbeitenden Psychotherapeuten und 81% der gestalttherapeutisch-methodenübergreifenden Psychotherapeuten. In Spalte 1 der folgenden Tabelle 6 findet sich die Anzahl der tatsächlich erreichten Psychotherapeuten der jeweiligen Schulen, in Spalte 2 die Anzahl der teilnehmenden Psychotherapeuten der jeweiligen Schulen. In den Spalten 3 und 4 ist der prozentuale Anteil der psychotherapeutischen Schulen bezogen auf die teilnehmenden und die erreichten Psychotherapeuten dieser Schulen aufgeführt.

Tabelle 6: Beteiligung an der Kurzbefragung über die Therapieschulen

Therapieschulen	N erreichte Psychothera-peuten	N Teilnehmer	Prozent der Teilnehmer der Kurzbefragung *	Prozent der erreichten Psychotherap. pro Schule
Verhaltenstherapie	23	19	24,1	83
Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie	24	15	19,0	63
Analytische Therapie / Tiefenps. fundierte PT	23	14	17,7	61
Gesprächspsychotherapie (methodenübergreifend)	22	14	17,7	64
Gestalttherapie (methodenübergreifend)	21	17	21,5	81
gesamt	113	79	100	–

Anmerkung: * Da nur 79 der insgesamt 81 teilnehmenden Psychotherapeuten eine Antwortpostkarte zurückgeschickt hatten, konnten nur diese in die vorliegende Analyse einbezogen werden. Die Prozentwerte beziehen sich von daher auf ein N von 79 anstelle von 81.

Von den 81 Teilnehmern der Kurzbefragung erklärten sich 35 (43,2%) dazu bereit, auch an einer vertiefenden Befragung teilzunehmen. Dies entspricht einem Anteil von 29,7% der angeschriebenen Gesamtstichprobe.

Tabelle 7: Teilnahmebereitschaft für die vertiefende Befragung gesamt

	N	Prozent
Nein	44	54,3
Ja	35	43,2
keine Rückmeldung	2	2,4
Gesamt	81	100

Von den Psychotherapeuten, die sich bereit erklärt hatten, auch an der zweiten Erhebung teilzunehmen, waren laut Analyse der Antwortpostkarten 6,3% Verhaltenstherapeuten, 8,9% tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapeuten, 8,9% analytische und tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapeuten, 11,4% Gestaltpsychotherapeuten (methodenübergreifend) und 8,9% Gesprächspsychotherapeuten (methodenübergreifend).[108] Der prozentuale Anteil der Teilnahmebereiten bezogen auf die Teilnehmer der Kurzbefragung betrug 26,3% bei den Verhaltenstherapeuten, 46,7% bei den tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapeuten, 50,0% bei den analytischen und tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapeuten, 52,9% bei den Gestalttherapeuten (methodenübergreifend) und 50,0% bei den Gesprächspsychotherapeuten (methodenübergreifend). 50,6% der teilnahmebereiten Personen waren männlich und 49,4% weiblich.

[108] Dies ergibt insgesamt einen Anteil von 44,4% der Teilnehmer, die sich bereit erklärten, auch an der vertiefenden Befragung teilzunehmen. Die Abweichung der diesbezüglichen prozentualen Gesamtsumme im Vergleich zu den Angaben in Tabelle 7 ergibt sich aus den unterschiedlichen Berechnungsgrundlagen: Tabelle 7 bezieht sich auf die Teilnehmer insgesamt (N=81), die vorliegende Berechnung (siehe Tabelle 8) auf das N der Antwortpostkarten (N=79).

Tabelle 8: Teilnahmebereitschaft vertiefende Befragung über Psychotherapieschulen

	N	prozentualer Anteil bezogen auf Teilnehmer insgesamt*	prozentualer Anteil bezogen auf Teilnehmer dieser Therapie-schulen**
Verhaltenstherapeuten	5	6,3	26,3
tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapeuten	7	8,9	46,7
analytische und tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapeuten	7	8,9	50,0
Gestalttherapeuten	9	11,4	52,9
Gesprächspsychotherapeuten	7	8,9	50,0
gesamt	35	44,4	–

Anmerkung: *Die Berechnungen basieren auf der Analyse der Antwortpostkarten. Die Prozentwerte beziehen sich auf das N der Personen, die eine Antwortpostkarte zurückgeschickt hatten. Dies waren N = 79. Für die Verhaltenstherapeuten wären dies 5 von 79 (6,3%) usw.

**Die Prozentangaben beziehen sich auf die Anzahl der Teilnehmer dieser Schule an der Kurzbefragung. Für die Verhaltenstherapeuten wären dies 5 von 19 (26,3%) – (vgl. Tabelle 6 Spalte 2).

In der folgenden Tabelle 9 wurden die insgesamt fünf angeschriebenen Teilstichproben zusammengefasst zu drei übergeordneten Gruppen der theoretischen Orientierung: Verhaltenstherapie (kognitiv-behavioral), Gesprächs- und Gestalttherapie (humanistisch) und analytisch / tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie. Abgebildet ist der Anteil der teilnahmebereiten Psychotherapeuten der jeweiligen übergeordneten theoretischen Orientierung bezogen auf die erreichten Teilstichproben dieser Gruppen.

* vgl. Tabelle 2, Spalte 1.

Tabelle 9: Teilnahmebereitschaft an vertiefender Befragung bezogen auf erreichte Teilstichproben der theoretischen Orientierung

Verfahren	ja N bezogen auf erreichte Teilstichproben	ja Prozent der erreichten Teilstichproben
VT	5 von 23	22
Gesprächstherapie / Gestalttherapie (methodenübergreifend)	16 von 43	37
analytisch / tiefen-psychologisch fundiert	14 von 47	30
gesamt	35 / 113	–

Anmerkung: Die Berechnung basiert auf der Analyse der Antwortpostkarten. Die prozentualen Angaben beziehen sich auf das N der gezogenen Teilstichproben der theoretischen Orientierung.

Mithilfe von Frage 6 im Fragebogen wurde die vorrangige theoretische Orientierung der Psychotherapeuten erfasst. Dazu wurde ein forciertes Antwortformat verwendet, bei dem sich die Psychotherapeuten auf nur eine theoretische Orientierung festlegen sollten. Die angebotenen Antwortalternativen waren „kognitiv-behavioral“, „humanistisch“, „systemisch“, „analytisch nach Jung“, „tiefenpsychologisch fundiert / psychoanalytisch“, „transpersonal“, „methodenübergreifend“ und „andere“. Die Antworten auf diese Frage sollten als Basis für die geplanten Gruppenvergleiche bezüglich der theoretischen Orientierung dienen. Es zeigte sich, dass die Gruppe der Psychotherapeuten, die als vorrangige theoretische Orientierung „humanistisch“ angab, deutlich unterrepräsentiert war. Dabei ist anzunehmen, dass vor allem Therapeuten aus der Gruppe der gesprächspsychotherapeutisch-methodenübergreifenden Psychotherapeuten sowie der gestalttherapeutisch-methodenübergreifenden Orientierung sich im Fragebogen bei der Frage nach der primären theoretischen Orientierung der methodenübergreifenden Gruppe zugeordnet hatten.

Insgesamt gaben 28,4% der befragten Psychotherapeuten „methodenübergreifend“, 22,2% „kognitiv-behavioral“, 11,1% „humanistisch“, 32,1% „tiefenpsychologisch fundiert“ und 6,1% „sonstige“ als primäre theoretische Orientierung an.

Tabelle 10: Primäre theoretische Orientierung

	N	Prozent
methodenübergreifend	23	28,4
kognitiv-behavioral	18	22,2
humanistisch	9	11,1
psychoanalytisch / tiefenpsychologisch fundiert	26	32,1
sonstige	4	6,1
keine Angabe	1	1,2
Gesamt	81	100

Betrachtet man den Anteil der Psychotherapeuten, die eine bestimmte primäre theoretische Orientierung als vorrangig angaben, in Relation zum Gesamtanteil der erreichten Psychotherapeuten der entsprechenden Psychotherapieschulen, so waren dies 18 von 23 (78%) der Verhaltenstherapeuten, die im Fragebogen eine kognitiv-behaviorale Orientierung angaben, 9 von 43 (21%) bei den gesprächspsychotherapeutisch und gestalttherapeutisch (methodenübergreifenden) Psychotherapeuten, die eine humanistische Orientierung nannten, und 26 von 46 (55%) psychoanalytisch/tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapeuten, die eine ebensolche Ausrichtung als primär anführten (vgl. Tabelle 11).

Tabelle 11: Anteil der vorrangigen theoretischen Orientierung bezogen auf erreichte Psychotherapeuten der zugehörigen Schule

Verfahren	N	Prozent
verhaltenstherapeutisch	18 von 23	78
gesprächspsychotherapeutisch gestalttherapeutisch (methodenübergreifend)	9 von 43	21
psychoanalytisch / tiefenpsychologisch fundiert	26 von 46	55

4.3. Zusammenfassende Beurteilung der Pilotstudie

Insgesamt erwies sich der Kurzfragebogen anhand der Voruntersuchung als ein geeignetes Erhebungsinstrument. Auf die gute Verständlichkeit und Akzeptanz des Fragebogens wiesen

zum einen die geringe Anzahl an nicht-beantworteten Fragen und zum anderen die Nutzung des Textfeldes, in dem die Teilnehmer ihre Anmerkungen, Anregungen und Kritik eintragen konnten, hin. In letzterem fanden sich so gut wie keine negativ-kritischen Bemerkungen. Häufig war dagegen die Begrüßung der Erforschung dieses Themas im Rahmen der akademischen Psychologie anzutreffen. Darüber hinaus sprachen sowohl die hohe Rücklaufquote von 71,7% als auch die recht hohe Bereitschaft, unentgeltlich an einer weiteren vertiefenden Befragung teilzunehmen (31% der erreichten Stichprobe, 43% der Teilnehmer), für die Akzeptanz des Instrumentes und ein Interesse der Psychotherapeuten an den Fragestellungen der Studie.

4.4. Modifikationen auf Basis der Ergebnisse der Pilotstudie

Auf Grundlage der Voruntersuchung wurden letzte geringfügige Modifikationen am Fragebogen vorgenommen. Darüber hinaus führten die aus der Vorstudie gewonnenen Erkenntnisse zu Änderungen im geplanten Ablauf der Hauptstudie. Eine dieser Änderungen betraf die beabsichtigte Nicht-Teilnehmerbefragung. Ursprünglich war die Durchführung von telefonischen Interviews mit einer Zufallsauswahl von Nicht-Teilnehmern geplant, um die Repräsentativität der erhaltenen Antworten besser einschätzen zu können. Für diesen Zweck wurde ein entsprechender Kurzfragebogen entwickelt sowie ein Gesprächsleitfaden, mit dessen Hilfe die Psychotherapeuten zur Teilnahme am Interview motiviert werden sollten. Bei der Erprobung dieses Verfahrens im Rahmen der Voruntersuchung zeigte sich jedoch, dass es äußerst schwierig ist, die Psychotherapeuten telefonisch zu erreichen. In der Regel waren Anrufbeantworter eingeschaltet, so dass es nicht möglich war, die Therapeuten zu einer spontanen Teilnahme an einem Interview zu bewegen, oder aber es gab nur sehr kurze Telefonsprechzeiten, in denen diese ebenfalls nicht sehr motiviert waren, an einer Befragung teilzunehmen. Aus diesem Grund wurde beschlossen, in der Hauptstudie eine postalische Befragung mittels eines kurzen Nicht-Teilnehmer-Fragebogens durchzuführen.[109] Des Weiteren ergab sich anhand der Voruntersuchung, dass der zusätzliche Rücklauf von 4,4%, der durch ein zweites Erinnerungsschreiben erreicht wurde, in keiner angemessenen Relation mehr zu den dafür entstehenden Kosten steht. Aus diesem Grund wurde in der Hauptstudie auf ein zweites Erinnerungsschreiben verzichtet.

[109] Eine Abbildung des Anschreibens und des Nicht-Teilnehmer-Fragebogens findet sich in Anhang C.

5. Stichprobe

5.1. Quellen der Stichprobenziehung

Als Quelle für die Stichprobenziehung dienten, wie bereits erwähnt, Adresslisten von Psychologischen Psychotherapeuten, die von verschiedenen Psychotherapeutenverbänden als Service-Leistung im Internet veröffentlicht werden. Im Rahmen der Studie wurden die Psychotherapeutenlisten der folgenden Verbände verwendet:

- Liste des Deutschen Psychotherapeutenverbandes (DPTV)
- Liste der Vereinigung der Kassenpsychotherapeuten (VKPT)
- Liste des Bundes Deutscher Psychologen (PID des BDP)

5.2. Vorgehen bei der Erstellung der Ursprungslisten für die Stichprobenziehung

Ein zentrales Anliegen der Studie war, Psychotherapeuten mit unterschiedlicher theoretischer Orientierung hinsichtlich deren Einstellung und Erfahrungen mit den Themenbereichen Religiosität und Spiritualität zu vergleichen. Aus diesem Grund wurde die Stichprobenziehung so durchgeführt, dass mehrere Zufallsstichproben aus den einzelnen Subgruppen der psychotherapeutischen Hauptschulen gezogen wurden. Die Erstellung der Ursprungslisten, die für die Stichprobenziehung verwendet wurden, erforderte eine Reihe von Vorarbeiten. Diese sollen im nun folgenden Abschnitt etwas näher beschrieben werden.

In einem ersten Schritt wurden die Adressen der drei Psychotherapeutenlisten hinsichtlich der angegebenen psychotherapeutischen Verfahren bzw. der diesen entsprechenden theoretischen Orientierungen geordnet und sämtliche, zu einem bestimmten Verfahren gehörenden Adressen, zusammengeführt. Aus diesen Listen wurden in einem weiteren Schritt die Adressen der folgenden Psychotherapeuten entfernt:

- ärztliche Psychotherapeuten, die nur einen medizinischen (Titel: Dr. med.) und keine psychologische Grundausbildung (Titel: Dipl. Psych.) hatten*
- alle Psychotherapeuten, die ausschließlich als Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten arbeiten*
- bei allen Psychotherapeuten mit Mehrfachmitgliedschaft, die in mehreren der verwendeten Listen auftauchten, wurden die Doppelnennungen gelöscht

* Dies war jeweils nur eine geringe Anzahl.

- Therapeuten mit unterschiedlicher Adresse bei gleichem Namen und gleichem Ort bzw. nahe beieinander liegenden Postleitzahlen wurden sicherheitshalber entfernt, da zu vermuten war, dass es sich dabei um dieselbe Person handelt[110]
- alle Adressen, die bereits im Rahmen der Pilotstudie verwendet wurden
- alle Adressen, die bereits im Rahmen der Diplomarbeit von Möckelmann (2002) für die Validierung der Einstellungsskala verwendet wurden.

Die endgültige Stichprobe der Studie bestand nur aus Subgruppen der theoretischen Orientierung, die im Rahmen der Studie untersucht werden sollten: Verhaltenstherapeuten als Vertreter der kognitiv-behavioralen Orientierung, analytisch und tiefenpsychologisch fundiert arbeitende Psychotherapeuten als Vertreter der psychoanalytisch / tiefenpsychologisch fundierten Orientierung und Gesprächspsychotherapeuten als Vertreter der humanistischen Orientierung. Dabei wurde der klareren Trennbarkeit der Gruppen wegen versucht, lediglich solche Psychotherapeuten in die Studie aufzunehmen, die nur Verfahren einer theoretischen Orientierung angegeben hatten. Dies war bei den Verhaltenstherapeuten und den tiefenpsychologisch arbeitenden Psychotherapeuten vollständig möglich. Die Psychotherapeuten, die Gesprächspsychotherapie als psychotherapeutisches Verfahren angaben, traten dagegen nur selten in Reinform auf. Das Gros dieser Gruppe kombinierte dieses Verfahren mit einem oder mehreren weiteren Verfahren.[111]

Nicht aufgenommen wurden Psychotherapeuten, die tiefenpsychologische Verfahren in Kombination mit verhaltenstherapeutischen Verfahren angegeben hatten, da hier die angestrebte Trennung der theoretischen Orientierung nicht gegeben war und diese Kombination in Hinblick auf die Fragestellung nach der Bedeutung der theoretischen Orientierung keinen zusätzlichen Erkenntnisgewinn versprach. Diese Kombination trat jedoch ohnehin nur bei einer relativ kleinen Subgruppe von etwa 170 Psychotherapeuten auf. Ebenfalls ausgeschlossen wurde die gestalttherapeutische Subgruppe, das heißt Psychotherapeuten, die nur Gestalttherapie oder Gestalttherapie in Kombination mit weiteren Verfahren angaben. Dies zum einen, weil die Adressen der gestalttherapeutisch arbeitenden Psychotherapeuten schon zu einem großen Teil im Rahmen der Diplomarbeit von Möckelmann (2002) sowie der Voruntersuchung verwendet worden waren, und zum anderen, weil bei den Gestalttherapeuten zu vermuten war, dass diese häufiger als die Vetreter der

[110] Dies waren insgesamt 36 Adressen.

[111] Die Therapeuten dieser Gruppe waren im Grunde genommen methodenübergreifend arbeitende Psychotherapeuten, die Gesprächspsychotherapie als ein Verfahren unter mehreren anwandten. Zur relativen Bedeutsamkeit der einzelnen Verfahren bei diesen „methodenübergreifenden“ Psychotherapeuten gab es in den Internetlisten keine Angaben.

anderen Schulen keine Approbation bzw. Kassenzulassung haben. Schließlich wurde noch eine kleine Gruppe von Psychotherapeuten, die nur analytisch oder analytisch in Kombination mit anderen Verfahren angaben, ausgeschlossen. Die nicht aufgenommenen Subgruppen sind in Tabelle 12 nochmals zusammengefasst.

Tabelle 12: Nicht in die Studie aufgenommene Subgruppen

Verfahren	Anzahl
AP	20
AP / GT / TP / VT	7
AP / TP / VT	19
AP / VT	11
TP / VT	170
Gestalt-Kombinationen	ca. 232
Gesamt	459

Anmerkung: AP = Analytische Psychotherapie, GT = Gesprächspsychotherapie, TP = tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie, VT = Verhaltenstherapie

5.3. Berechnung der geplanten Stichprobe(n) für die Hauptstudie

5.3.1. Kriterien für die Berechnung der Stichprobengröße

Die Bestimmung des notwendigen Umfangs der einzelnen Teilstichproben für die Hauptstudie orientierte sich an den folgenden übergeordneten Kriterien:

a) es sollten ausreichend große Subgruppen der theoretischen Orientierung für die geplanten varianzanalytischen Gruppenvergleiche bei Erhebung 1 und 2 gewährleistet sein,

b) die Stichprobe(n) sollte(n) für die Vertreter der jeweiligen Schulen im Rahmen der konventionellen psychotherapeutischen Versorgung möglichst repräsentativ sein und

c) die einzelnen Subgruppen der theoretischen Orientierung sollten im Rahmen der Kurzbefragung möglichst gleich groß sein.

Zu a) Die Berechnung der Stichprobe orientierte sich, wie bereits erwähnt, an den Ergebnissen der Pilotstudie. Dies sowohl in Hinblick auf den zu erwartenden Rücklauf der Erstbefragung als auch in Bezug auf die zu erwartende Teilnahme an der vertiefenden Befragung. Dabei war ein gewisser Spielraum mit einzukalkulieren, da nicht garantiert war, dass der recht hohe Rücklauf der Pilotstudie von 71,7% auch in der Hauptstudie erreicht

werden würde.[112] Die einzelnen Subgruppen der theoretischen Orientierungen sollten für Gruppenvergleiche mittels varianzanalytischer Verfahren bei beiden Erhebungswellen ausreichend groß sein. Für die Kurzbefragung wurde eine Anzahl von 150-300 Personen pro Subgruppe angestrebt, für die vertiefende Befragung 60-80 Personen pro Subgruppe.

Zu b) Sowohl die einzelnen Subgruppen als auch die Gesamtstichprobe sollten für in freier Praxis arbeitende Psychologische Psychotherapeuten der beteiligten theoretischen Orientierungen möglichst repräsentativ sein. Dies war vor allem gewährleistet durch die vollständig zufällige Auswahl der Psychotherapeuten der einzelnen Gruppen der theoretischen Orientierung.

Zu c) Darüber hinaus wurde der Repräsentativität der Gesamtstichprobe wegen angestrebt, dass die einzelnen Subgruppen der theoretischen Orientierung im Rahmen der Kurzbefragung in etwa gleichem Maße vertreten sind. Dieses Ziel musste jedoch für die humanistische Gruppe aufgegeben werden. Die Ausgangsstichprobe hätte zu groß sein müssen, um in etwa den gleichen Anteil an Psychotherapeuten zu erhalten, die sich im Fragebogen als humanistisch einordnen.

5.3.2. Grundsätzliche Anmerkung zur Stichprobenberechnung

Bei der Berechnung der Stichprobe handelte es sich lediglich um ein annäherungsweises Vorgehen. Dies lag zum einen daran, dass sich die Berechnung der Stichprobengröße am prozentualen Anteil der Psychotherapeuten orientierte, die sich im Kurzfragebogen einer bestimmten theoretischen Orientierung zugeordnet hatten, in Relation zur Gesamtzahl der angeschriebenen Psychotherapeuten dieser Schule (Orientierung), gemäß den Angaben in den Internetlisten. Diese Berechnung ging von der idealen Annahme aus, dass die genannten Zuordnungen übereinstimmen, das heißt, dass die Angaben der psychotherapeutischen Verfahren in den Internetlisten im Wesentlichen mit der Selbstzuschreibung der primären theoretischen Orientierung im Fragebogen übereinstimmen. Davon war jedoch nicht unbedingt in jedem Fall auszugehen. Dies vor allem deshalb, weil in einer der drei verwendeten Listen nur die kassenärztlich anerkannten, abrechnungsberechtigten Verfahren genannt werden konnten. Hatte ein Psychotherapeut dieser Liste noch zusätzliche Ausbildungen in Gesprächs- oder Gestaltpsychotherapie, so traten diese als Verfahren in diesen Listen nicht auf. Insofern war aufgrund der Angaben in den Psychotherapielisten nur eine Annäherung an die angestrebten Subgruppen der theoretischen Orientierung möglich. Letztlich war für die Auswertung der Studie allein die im Fragebogen angegebene

[112] Dies, zumal für die Hauptstudie kein zweites Erinnerungsschreiben geplant war.

Selbstzuordnung bzw. Nennung der primären theoretischen Orientierung von Bedeutung. Zum anderen war, wie bereits erwähnt, bei der Berechnung der Stichprobengröße ein gewisser Spielraum einzukalkulieren, da nicht unbedingt davon auszugehen war, dass die Rücklaufrate ebenso hoch sein würde wie die der Vorstudie.

5.3.3. Stichprobenberechnung Kurzbefragung

Für die Berechnung der für die Kurzbefragung notwendigen Teilstichproben wurde der Anteil der Psychotherapeuten, die in der Voruntersuchung im Fragebogen eine bestimmte vorrangige theoretische Orientierung angegeben hatten, am Gesamt der erreichten Psychotherapeuten[113] dieser Schule bestimmt. Dies waren 18 von 23 (78%) bei den kognitiv-behavioralen Psychotherapeuten, 26 von 46 (55%) bei den psychoanalytisch / tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapeuten und 9 von 43 (21%) bei den humanistischen Psychotherapeuten (vgl. S. 228, Tabelle 11).

Für die geplante Stichprobe der Verhaltenstherapeuten wurde ein N von 400 kalkuliert. Bei einem der Pilotstudie entsprechenden Gesamtrücklauf der Studie von 68,7%[114] und einem Anteil dieser Therapeuten, die sich im Kurzfragebogen als kognitiv-behavioral einordnen, von 78% war ein N von 312 Teilnehmern zu erwarten, die sich im Rahmen der Kurzbefragung der kognitiv-behavioralen Orientierung zuordnen würden.[115]

Da im Rahmen der Voruntersuchung der Anteil der angeschriebenen analytischen und tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapeuten, die sich einer ebensolchen Orientierung als primärer theoretischer Orientierung zugeordnet hatten, mit 55% geringer war als der bei den kognitiv-behavioral orientierten Psychotherapeuten, wurde für die Stichprobe der psychoanalytisch / tiefenpsychologisch arbeitenden Psychotherapeuten ein höheres N veranschlagt. Bei einer Ausgangsstichprobe von N = 500 würden sich erwartungsgemäß 275 Psychotherapeuten der psychoanalytisch / tiefenpsychologischen Orientierung als primärer theoretischer Orientierung zuordnen.

Die Gruppe der Psychotherapeuten, die sich im Fragebogen als humanistisch einordneten, hatte sich im Rahmen der Pilotstudie als sehr klein erwiesen. Von daher mussten für die Hauptstudie eine größere Anzahl an Personen angeschrieben werden, die Gesprächstherapie

[113] Bei der erreichten Stichprobe handelt es sich um die Ausgangsstichprobe, abzüglich der unbekannt verzogenen und fälschlicherweise doppelt angeschriebenen Psychotherapeuten (vgl. S. 223, Tabelle 5).
[114] Bezogen auf die angeschriebene Gesamtstichprobe der Pilotstudie N=118 (vgl. S. 223, Tabelle 5).
[115] Da unklar war, welcher Anteil der jeweiligen Psychotherapieschulen in der Hauptstudie wegen Nicht-Erreichbarkeit wegfallen würde, und dieser Anteil ohnehin nur einen geringen Prozentsatz der angeschriebenen Teilstichproben ausmachte, wurde für die Berechnung der Teilstichproben von der Anzahl der angeschriebenen

als ein Verfahren unter anderen angaben.[116] Zum einen war zu erwarten, dass dadurch die Subgruppe der primär humanistischen Psychotherapeuten in der Untersuchungsstichprobe für statistische Zwecke genügend groß sein würde und zum anderen, dass sich der Großteil der verbleibenden Psychotherapeuten vermutlich der methodenübergreifenden Orientierung zuordnen würden. Für die Gruppe der gesprächspsychotherapeutischen und gesprächspsychotherapeutisch-methodenübergreifenden Psychotherapeuten wurde ein N von 800 bestimmt. Bei einem zu erwartenden Anteil von 21% der angeschriebenen Psychotherapeuten dieser Gruppe, die sich der humanistischen Orientierung zuordnen würden, belief sich damit die Anzahl der Psychotherapeuten, die sich erwartungsgemäß als primär humanistisch einordnen würden, auf N = 168.

Darüber hinaus war, ausgehend von den Daten der Pilotstudie, ein Anteil von N = 340 Psychotherapeuten zu erwarten, die sich einer methodenübergreifenden Orientierung zuordnen, und ein Anteil von N = 77 Psychotherapeuten, die sich der Gruppe „Sonstige“ zuordnen oder keine Angaben machen. Der zu erwartende Gesamtrücklauf lag somit bei einer angeschriebenen Gesamtstichprobe von 1700 Psychotherapeuten und einem insgesamt zu erwartenden N der Teilnehmer von 1172, bei 68,9%. Berechnet man den prozentualen Anteil der zu erwartenden Teilnehmer der einzelnen theoretischen Orientierungen, so ergibt sich ein Anteil von 26,6% der Teilnehmer, die sich einer kognitiv-behavioralen Orientierung zuordnen, 23,5%, die sich einer psychoanalytisch / tiefenpsychologisch fundierten Orientierung zuordnen, und 14,3%, die sich einer humanistischen Orientierung zuordnen. In Tabelle 13 sind die soeben dargestellten Inhalte nochmals zusammengefasst.

Psychotherapeuten ausgegangen. Die tatsächlich zu erwartende Anzahl würde aufgrund nicht erreichbarer Teilnehmer geringer ausfallen.

[116] Wie bereits erwähnt, war die Anzahl der reinen Vertreter der gesprächspsychotherapeutischen Gruppe sehr gering, die Mehrheit der Gesprächspsychotherapeuten kombinierte diesen Ansatz mit weiteren Verfahren.

Tabelle 13: Berechnung der Stichprobenzusammensetzung für Stufe 1 der Befragung

Rücklauf vorrangige theoretische Orientierung	N der jeweiligen Teilstich-probe für Stichproben-ziehung∗	Zusammen-setzung der Teilstich-probe	Davon zu erwartende Antworter dieser Teilstichprobe in Prozent* (Basis Pilotstudie)	N der zu erwartenden Teilnehmer pro Subgruppe (Selbstzuord-nung im Fragebogen)	Prozentualer Anteil der zu erwartenden Teilnehmer der jeweiligen theoretischen Orientierung an der teilnehmen-den Gesamtstich-probe*
kognitiv-behavioral	400	reine Verhaltens-therapeuten	78	312	26,6
psychoanalyt. / tiefenps. fundiert	500	350 TP 150 TP / AP	55	275	23,5
humanistisch	800	reine GT und methoden-übergreifende GT	21	168	14,3
methoden-übergreifend	–		20	340	29,0
sonstige / keine	–		3,5	77	6,6
gesamt	1700			1172	100

Anmerkung: ∗Diese Prozentwerte wurden auf Basis der erreichten Therapeuten der Gesamtgruppe im Rahmen der Pilotstudie errechnet und sind somit auf die angeschriebene Gesamtstichprobe zu beziehen.

5.3.4. Stichprobenberechnung Vertiefende Befragung

Für die zu erwartende Teilnahme an der vertiefenden Befragung ergaben sich auf Basis der Daten aus der Pilotstudie die folgenden Berechnungen: Bei der Gruppe der Verhaltenspsychotherapeuten hatten sich 22% der erreichten Teilnehmer bereit erklärt, auch an einer vertiefenden Befragung teilzunehmen (vgl. S. 225, Tabelle 9). Dies ergab bei einer angeschriebenen Stichprobe von 400 Verhaltenstherapeuten ein zu erwartendes N von 88, die sich bereit erklären, auch an der vertiefenden Befragung teilzunehmen. Von den teilnehmenden verhaltenstherapeutisch arbeitenden Psychotherapeuten der Kurzbefragung

hatten wiederum 95% eine kognitiv-behaviorale Orientierung als vorrangig angegeben.[117] Dies ergibt für die vertiefende Befragung einen Erwartungswert von 84 Psychotherapeuten, die sich im Vertiefungsfragebogen als kognitiv-behavioral einordnen.[118,119] Von den Teilnehmern der Gruppe der analytisch und tiefenpsychologisch fundiert arbeitenden Psychotherapeuten hatten sich im Rahmen der Pilotstudie 30% bereit erklärt, auch an der vertiefenden Befragung teilzunehmen. Das ergab für die Hauptuntersuchung bei einem N von 500 angeschriebenen Psychotherapeuten dieser Gruppe einen Erwartungswert von N = 150, die sich bereit erklären, auch an der vertiefenden Befragung teilzunehmen. Von diesen würden erwartungsgemäß 89% eine analytisch-tiefenpsychologische Orientierung als vorrangig benennen, was einer Anzahl von 134 Psychotherapeuten entspricht. Für die humanistischen Psychotherapeuten (gesprächspsychotherapeutisch / gestalttherapeutisch-methodenübergreifend) wurde bei einer Stichprobe von N = 800 und einem prozentualen Anteil von 37% der erreichten Psychotherapeuten, die sich bereit erklärt hatten, auch an der vertiefenden Befragung teilzunehmen, ein zu erwartendes N von 296 errechnet. Von diesen wiederum war ein Prozentsatz von 29%, was einem N von 86 entspricht, zu erwarten, die sich vorrangig einer humanistischen Orientierung zuordnen. Damit lag der Rücklauf der zu erwartenden Teilnehmer der angeschriebenen Stichproben insgesamt bei einem N von 534. 304 davon würden sich den Berechnungen zufolge im Fragebogen den theoretischen Orientierungen kognitiv-behavioral, analytisch / tiefenpsychologisch fundiert und humanistisch zuordnen. Die verbleibenden 230 Psychotherapeuten würden sich erwartungsgemäß den theoretischen Orientierungen „methodenübergreifend“ und „sonstige“ zuordnen. In Tabelle 14 sind die oben dargestellten Inhalte noch einmal im Überblick ersichtlich.

[117] Berechnungsgrundlage vgl. Tabelle 10, Spalte 1 und Tabelle 6, Spalte 2. Dies waren in der Pilotstudie 18 von 19 teilnehmenden Verhaltenstherapeuten (95%), 9 von 31 teilnehmenden humanistischen Psychotherapeuten (29%) und 26 von 29 teilnehmenden analytisch/tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapeuten (89%).

[118] Da davon auszugehen war, dass in der vertiefenden Befragung alle angeschriebenen Psychotherapeuten auch tatsächlich teilnehmen, wurde der zu erwartende prozentuale Anteil der Therapeuten der jeweiligen psychotherapeutischen Schule, die auch im Fragebogen die entsprechende theoretische Orientierung angegeben hatten, auf Basis der teilnehmenden Psychotherapeuten (Pilotstudie) berechnet.

[119] Da unklar war, welcher Anteil der jeweiligen Psychotherapieschulen in der Hauptstudie wegen Nicht-Erreichbarkeit wegfallen wird, und dieser Anteil ohnehin nur einen geringen Prozentsatz der angeschriebenen Teilstichproben ausmacht, wurde für die Berechnung der Teilstichproben von der Anzahl der angeschriebenen Psychotherapeuten ausgegangen.

Tabelle 14: Berechnung der Stichprobenzusammensetzung in der vertiefenden Befragung

theoretische Orientierung / Schule	zu erwartender prozentualer Anteil dieser angeschriebenen Subgruppe bei der 2. Befragung [120]	zu erwartendes N dieser angeschriebenen Subgruppe bei der 2. Befragung	prozentualer Anteil der teilnehmenden Therapeuten, die sich selbst im Fragebogen der jeweiligen theoretischen Orientierung zugeordnet haben	zu erwartendes N der einzelnen Subgruppen, die sich im Fragebogen der jeweiligen Orientierung zuordnen
VT / kogn.-beh.	22	88	95	84
tpsf / pa	30	150	89	134
GT humanistisch	37	296	29	86
methodenüber-greifend	–			(230)
sonstige	–			
Gesamt	–	534	–	534

Anmerkung: VT = Verhaltenstherapie, kogn.-beh. = kognitiv-behavioral, tpsf = tiefenpsychologisch fundiert, pa = psychoanalytisch, GT = Gesprächspsychotherapie

5.4. Zusammenfassung

Basierend auf den aus der Pilotstudie vorliegenden Rücklaufwerten, ergab die Stichprobenberechnung für die Hauptstudie bei einem N von 1700 angeschriebenen Psychotherapeuten ein zu erwartendes N von 1172 Respondern, was einem prozentualen Anteil der angeschriebenen Stichprobe von 68,9% Prozent entspricht. Für die vertiefende Befragung wurde ein zu erwartendes N von 534 teilnehmenden Psychotherapeuten errechnet. Dies entspricht einem Anteil von 31,4% der angeschriebenen Gesamtstichprobe und einem Anteil von 45,6% der Teilnehmer der Erstbefragung.[121]

[120] Die Berechnung beruht auf der Analyse der Antwortpostkarten. Es handelt sich um den prozentualen Anteil der erreichten Therapeuten der jeweiligen psychotherapeutischen Schule, die sich bereit erklärt haben, an der vertiefenden Befragung teilzunehmen.

[121] Die leichte Differenz zwischen den berechneten Rücklaufwerten für die beiden Erhebungswellen im Rahmen der Hauptstudie und im Rahmen der Pilotstudie kommt dadurch zustande, dass bei der Stichprobenberechnung für die Hauptstudie die Prozentwerte, die auf die Nicht-Erreichbarkeit der Teilnehmer zurückgehen, nicht mit eingingen.

Für die Stichprobenziehung wurde aus den einzelnen zur Verfügung stehenden Adresslisten der psychotherapeutischen Verfahren Zufallsstichproben der berechneten Größe gezogen. Die einzelnen Adresslisten waren alphabetisch geordnet und entsprechend durchnummeriert. Mit dem Statistik-Programm Matlab wurden Zufallsstichproben der gewünschten Größenordnungen generiert. Mithilfe der so erzeugten Zufallszahlen wurden aus den Psychotherapeutenlisten die entsprechenden Nummern ausgewählt.[122]

Für die Gruppe der kognitiv-behavioral orientierten Psychotherapeuten wurden 400 von insgesamt 2244 zur Verfügung stehenden Adressen von verhaltenstherapeutisch arbeitenden Psychotherapeuten gezogen. Die analytisch / tiefenpsychologisch orientierte Gruppe setzte sich zusammen aus 150 von 222 Psychotherapeuten, die in den Internetlisten Analytische Psychotherapie und tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie angegeben hatten, und 350 von 891 zur Verfügung stehenden Adressen von tiefenpsychologisch fundiert arbeitenden Psychotherapeuten. Für die angestrebte humanistische Gruppe standen insgesamt 838 humanistische und humanistisch-methodenübergreifende Adressen zur Verfügung. Aus dieser Gesamtliste wurden 800 zufällig ausgewählt.

In Tabelle 15 ist die Zusammensetzung der intendierten Untersuchungsstichprobe für die Hauptstudie noch einmal im Überblick dargestellt. In Spalte 1 sind die psychotherapeutischen Verfahren aufgeführt, mit denen die Psychotherapeuten laut Angaben in den Internetlisten arbeiten. In Spalte 2 ist der Umfang der einzelnen Ursprungslisten der theoretischen Orientierung angegeben, die für die Stichprobenziehung nach Bereinigung der Adresslisten zur Verfügung standen. In Spalte 3 finden sich Angaben zur Zusammensetzung der gezogenen Teilstichproben (kognitiv-behavioral, humanistisch, psychoanalytisch / tiefenpsychologisch fundiert).

[122] Dr. Werner Ehm sei an dieser Stelle für die Generierung der Zufallszahlen gedankt.

Tabelle 15: Stichprobenziehung

Verfahren	Gesamtzahl vorhandener Adressen zu den jeweiligen psychotherapeutischen Verfahren	für die Studie gezogene Teilstichproben
VT rein	2244	400
AP / TP	221	150
TP rein	891	350
GT und methodenübergreifend (GT)	838	800
GT rein	–	(98)*
TP / GT	–	(304)
AP / GT	–	(5)
AP / TP / GT	–	(9)
VT / GT	–	(276)
TP / VT / GT	–	(106)
AP / VT / GT	–	(2)
gesamt	**4194**	**1700**

Anmerkung: VT = Verhaltenstherapie, TP = tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie, AP = Analytische Psychotherapie, GT = Gesprächspsychotherapie

* Die in Klammern gesetzten Kennwerte entsprechen der exakten Zusammensetzung der gezogenen Stichprobe der gesprächspsychotherapeutischen und gesprächspsychotherapeutisch-methodenübergreifenden Subgruppe.

6. Datenaufbereitung und Datenauswertung

Vorab wurden mittels statistischer Verfahren (Häufigkeitsauszählungen, Überprüfung auf Extremwerte und fehlende Werte) eine Fehlerkontrolle der Daten durchgeführt und Eingabefehler korrigiert. Items, die im Fragebogen eine doppelte Ankreuzung oder Kreuze zwischen den Antwortkategorien aufwiesen, wurden als fehlende Werte codiert. Eine Ausnahme hiervon bildete Frage 7. Hier wurde bei Doppelankreuzungen jeweils deren

Mittelwert eingesetzt.[123] Alle Fälle, die bei den Fragen 3a-c nach der Anzahl der Psychotherapiestunden halbe Stunden angegeben hatten, wurden aufgerundet auf ganzzahlige Werte. Weitere spezifische Details zum Umgang mit Besonderheiten im Antwortverhalten und zur Aufbereitung der Daten werden im Ergebnisteil unter den jeweiligen Fragen näher beschrieben.

Aufgrund des explorativen Charakters der Studie wurde die untersuchte Stichprobe zunächst mittels deskriptiver Statistiken näher beschrieben. Darüber hinaus wurden Vergleiche zwischen den einzelnen Gruppen der theoretischen Orientierung durchgeführt, um zu sehen, ob sich diese in Hinblick auf die einzelnen Fragestellungen der Untersuchung signifikant unterscheiden. Die Unterschiede zwischen den einzelnen Gruppen der theoretischen Orientierung wurden für die kategorialen Variablen mittels Chi^2-Tests nach Pearson und für die kontinuierlichen quantitativen Variablen mittels varianzanalytischer Verfahren mit anschließenden multiplen Einzelvergleichen nach Scheffé geprüft. Bei den multiplen Einzelvergleichen wurde wegen des explorativen Charakters der Studie auf eine Alpha-Korrektur verzichtet, da sie eine deskriptive Zielrichtung hatten und nicht der Hypothesentestung dienten. Die Voraussetzung der Normalverteilung wurde mittels Kolmogorov-Smirnov-Anpassungstest und die Voraussetzung der Gleichheit der Fehlervarianzen mittels Levene-Tests geprüft. Da sich die Variablen „Alter“ und „Konfession“ als mögliche konfundierende Variablen erwiesen und der Faktor „Konfession“ ebenfalls von inhaltlichem Interesse war, wurde eine zweifaktorielle Varianzanalyse mit „theoretischer Orientierung“ und „Konfession“ als festen Faktoren und „Alter“ als Kovariate durchgeführt. Aufgrund der Abhängigkeit dieses inferenzstatistischen Vorgehens von der Stichprobengröße wurden zusätzlich für die Beurteilung der praktischen Relevanz der gefundenen Unterschiede der Eta-Koeffizient (abgeleitet Effektstärkemaß f), als Maß für die Effektstärke des Faktors theoretische Orientierung, sowie Cohens Effektstärke d, als Maß für die Mittelwertsunterschiede zwischen den einzelnen Gruppen der theoretischen Orientierung, berechnet. Die Effektgröße f wurde berechnet nach der Formel $f = \sqrt{\eta 2} / 1 - \eta 2$, wobei $f \approx 0.10$ per Konvention als schwacher Effekt, $f \approx 0.25$ als mittlerer Effekt und $f \approx 0.40$ als starker Effekt gilt (Bortz & Döring, 1995). Die Effektstärke d nach Cohen wurde wie folgt berechnet: $MW_A - MW_B / SD_{pooled}$, wobei $d \approx 0{,}2$ als schwacher Effekt, $d \approx 0{,}5$ als mittlerer Effekt und $d \approx 0{,}8$ als starker Effekt gilt (Wirtz & Nachtigall, 2002). Um die gefundenen Ergebnisse der Gruppenvergleiche statistisch abzusichern, wurden zusätzlich voraussetzungsfreie, non-parametrische Verfahren (Kruskall-Wallis) eingesetzt.

[123] Dies war jedoch insgesamt nur achtmal der Fall.

Mittels einer schrittweisen multiplen Regression wurde untersucht, welche Variablen für die Vorhersage einer zentralen Kriteriumsvariablen, nämlich „Prozentsatz der Klienten, die im Rahmen der psychotherapeutischen Behandlung spirituelle bzw. religiöse Inhalte und Probleme thematisieren“ eine Rolle spielen und wie groß deren jeweiliger Erklärungsbeitrag in Bezug auf die Kriteriumsvariable ist.

Für den Vergleich zwischen Teilnehmern und Nichtteilnehmern wären aufgrund des geringen N der Nichtteilnehmer-Stichprobe (N = 21) und der Nicht-Erfüllung der Voraussetzungen für die Verwendung von parametrischen Verfahren bei den intervallskalierten Variablen zwar grundsätzlich verteilungsfreie Verfahren das Verfahren der Wahl, der höheren Teststärke und der geringeren Gefahr eines Beta-Fehlers wegen wurden jedoch parametrische Verfahren (t-Test) für die Überprüfung auf Signifikanz verwendet. Weitere Details zur statistischen Auswertung finden sich in den jeweiligen Kapiteln des Ergebnisteils.

Das Signifikanzniveau wurde in allen Fällen auf $\alpha<0,05$ festgelegt. Die Datenauswertung erfolgte unter Anwendung der Statistik-Software SPSS für Windows Version 8.0.

V. Ergebnisse

Im nun folgenden Teil werden die Ergebnisse der Befragung berichtet. In Abschnitt V.1. wird ein Überblick über den Rücklauf der Studie und die Zusammensetzung der Untersuchungsstichprobe gegeben. Daran anschließend werden die Ergebnisse mittels deskriptiver Statistiken näher beschrieben (Kap. 2.).[124] Diese sind gegliedert in die Bereiche soziodemographische Daten (Kap. 2.1.), Angaben zur psychotherapeutischen Tätigkeit (Kap. 2.2.), Religiosität und Spiritualität in der psychotherapeutischen Praxis (Kap. 2.3.), Auseinandersetzung mit psychologisch relevanten Fragestellungen in Hinblick auf die Themenbereiche Religiosität und Spiritualität (Kap. 2.4.) sowie Fragen zur religiösen bzw. spirituellen Einbindung und Orientierung der Psychotherapeuten (Kap. 2.5.). In Kapitel 3 werden die Ergebnisse der Gruppenvergleiche von Psychotherapeuten mit unterschiedlicher theoretischer Orientierung sowie bezüglich des Faktors Konfession zusammengefasst. Darauf folgen in Kapitel 4 die Ergebnisse einer multiplen Regression mit der Variablen „Prozentsatz der Klienten, die spirituelle / religiöse Inhalte und Probleme thematisieren“ als Kriteriumsvariable. Der Ergebnisteil endet mit einer Zusammenfassung der Befunde der Nichtteilnehmerbefragung.

Im abschließenden Teil VI „Diskussion und Ausblick“ werden zunächst die Repräsentativität der Untersuchungsstichprobe beurteilt (Kap. 1) und in Folge die zentralen Befunde noch einmal vertiefend diskutiert und in Relation zum internationalen Forschungsstand eingeordnet (Kap. 2). Die Arbeit schließt mit einer Diskussion der zentralen Implikationen der Studie (Kap. 3) und einem Ausblick (Kap. 4).

1. Rücklauf und Beschreibung der Stichprobe

Insgesamt wurden 1700 Psychotherapeuten in freier Praxis angeschrieben. 92 der Sendungen waren unzustellbar und eine Person war irrtümlicherweise zweimal in die Stichprobe aufgenommen worden. Damit lag die erreichte Stichprobe bei einem N von 1607 Psychotherapeuten. Von diesen nahmen 909 an der Studie teil, was einer Rücklaufquote von 56,6% entspricht. 54,8% der teilnehmenden Psychotherapeuten (N = 498) erklärten sich darüber hinaus dazu bereit, zusätzlich an einer vertiefenden Befragung teilzunehmen.

In einem ersten Schritt wurden diejenigen Teilnehmer, die bei der Angabe zum beruflichen Status nur die Heilpraktikerzulassung (N = 9), nur „andere“ ohne weitere Erläuterung (N = 3)

[124] Um überflüssige Wiederholungen zu vermeiden, werden die Ergebnisse zunächst weitgehend deskriptiv dargestellt. Eine vertiefte Interpretation und Diskussion der wesentlichen Befunde findet sich in der abschließenden Diskussion der Ergebnisse (siehe Teil VI, Kap. 2).

oder nur Ärztlicher Psychotherapeut (N = 2) angegeben hatten und die somit das Kriterium der Approbation als Psychologischer Psychotherapeut nicht erfüllten, aus der Stichprobe entfernt. Dies betraf insgesamt 14 Fälle. Damit bestand die Population, die in die statistische Auswertung einging, aus 895 Psychologischen Psychotherapeuten mit oder ohne Kassenzulassung.

Tabelle 16: Rücklauf erste Erhebung

Gesamtstichprobe:	N = 1700	
fälschlicherweise doppelt angeschrieben:	N = 1	
unzustellbar:	N = 92	
erreichte Stichprobe:	N = 1607	
Gesamtrücklauf:	N = 909	= 56,6 %
Ausgewertete Stichprobe	N = 895	

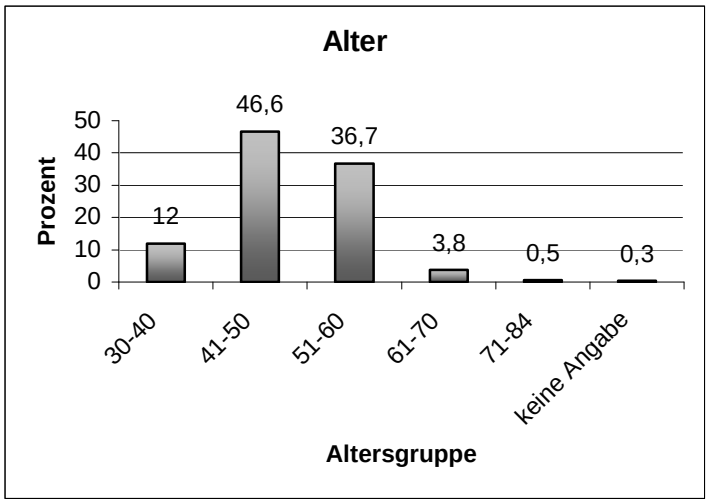
2. Deskriptive Auswertung

2.1. Soziodemographische Daten

2.1.1. Alter

Das Durchschnittsalter der Stichprobe lag bei 48,8 Jahren (SD = 7,1), mit einem Minimum von 30 und einem Höchstalter von 84 Jahren. Gemäß einer Statistik der kassenärztlichen Bundesvereinigung von Dezember 2001 liegt das Durchschnittsalter der niedergelassenen psychologischen Psychotherapeuten bei 48,0 Jahren. Somit kann die Stichprobe im Hinblick auf das Alter als repräsentativ für Psychologische Psychotherapeuten mit Kassenzulassung betrachtet werden. Abbildung 7 gibt die Altersverteilung der Stichprobe wieder.

Abbildung 7: Soziodemographische Daten - Alter



M:	48,8
SD:	7,1

Anmerkung: keine Angabe N = 3;
(M) Mittelwert, (SD) Standardabweichung

2.1.2. Geschlecht

67,4% der Teilnehmer waren weiblich und 31,3% männlich. 1,3% machten diesbezüglich keine Angaben. Zum Geschlecht ist anzumerken, dass das ursprüngliche Verhältnis von Frauen zu Männern in der angeschriebenen Gesamtstichprobe bei 66,6% zu 33,5% lag. Diese Geschlechterverteilung entspricht in etwa der der niedergelassenen Psychologischen Psychotherapeuten. Dort sind 66,1% weiblichen und 33,9% männlichen Geschlechtes (Kassenärztliche Bundesvereinigung, Dezember 2001). Die Untersuchungspopulation ist somit auch in Hinblick auf die Geschlechterverteilung repräsentativ für Psychologische Psychotherapeuten mit Kassenzulassung.

2.1.3. Familienstand und Partnersituation

67,4% der Teilnehmer waren verheiratet, 18,2% ledig, 12,6% geschieden und 1,5% verwitwet. Bei 0,3 % lagen diesbezüglich keine Angaben vor. In fester Partnerschaft oder Ehe lebten 75,9% der Befragten und 17,8% waren allein lebend. Bei 6,4% der befragten Psychotherapeuten fehlten die Angaben zur Partnersituation.

2.1.4. Nationalität und Ost-West-Verteilung

97,4% der Befragten gaben eine deutsche Nationalität an, 2,2% nannten andere Nationalitäten. 0,2% hatten eine Doppelstaatsbürgerschaft und 0,1% machten diesbezüglich keine Angaben.

Mittels der Antwortpostkarten war es möglich herauszufinden, wie viele der teilnehmenden Psychotherapeuten in etwa aus den alten Bundesländern, den neuen Bundesländern und aus Berlin stammen. Für n = 875 Teilnehmer lagen entsprechende Daten vor. 7,7% davon stammten aus den neuen Bundesländern, 81,83% aus den alten Bundesländern und 10,4% aus dem Großraum Berlin. Ein Vergleich mit diesbezüglich vorliegenden Daten für Psychologische Psychotherapeuten, die über die Kassenärztliche Vereinigung abrechnen, ergab, dass sich diese nur unwesentlich von der Untersuchungsstichprobe unterscheiden. Von diesen kamen im Jahr 2002 5,86% aus den neuen Bundesländern, 84,41% aus den alten Bundesländern und 9,73% aus Berlin.

Tabelle 17: Verteilung Ostdeutschland, Westdeutschland und Berlin unter den Teilnehmern der Studie und unter zugelassenen und ermächtigten psychologischen Psychotherapeuten im Vergleich

	Gesamt		Neue Bundesländer		Alte Bundesländer		Berlin	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Zahl der PT[1]	875	100	68	7,77	716	81,83	91	10,40
Zahl der PT[2]	12186	100	714	5,86	10286	84,41	1186	9,73

[1] Teilnehmer der Studie. Basierend auf einer Analyse der Antwortpostkarten, n = 875

[2] Zugelassene und ermächtigte Psychologische Psychotherapeuten, Angaben der KV für das Bundesgebiet (Kassenärztliche Bundesvereinigung, 2001)

Ergänzend findet sich in der folgenden Tabelle zusätzlich die Verteilung der gesamtdeutschen Bevölkerung auf Ostdeutschland, Westdeutschland und Berlin.

Tabelle 18: Deutsche Gesamtbevölkerung 2002

	Gesamt		Neue Bundesländer		Alte Bundesländer		Berlin	
	N (1000)	%	N (1000)	%	N (1000)	%	N (1000)	%
Bevölkerung	82 536,7	100	13 617,0	16,50	65 527,3	79,39	3 392,4	4,11

Anmerkung: Quelle: Statistisches Bundesamt (2002)

In Tabelle 19 sind die berichteten soziodemographischen Daten nochmals im Überblick zusammengestellt.

Tabelle 19: Soziodemographische Daten

	N	Prozent
Geschlecht		
männlich	280	31,3
weiblich	603	67,4
keine Angabe	12	1,3
Familienstand		
Ledig	163	18,2
verheiratet	603	67,4
geschieden	113	12,6
verwitwet	13	1,5
keine Angabe	3	0,3
Partnersituation		
allein lebend	159	17,8
in fester Partnerschaft / Ehe	679	75,9
keine Angabe	57	6,4
Nationalität		
deutsch	872	97,4
andere	20	2,2
Doppelstaatsbürgerschaft	2	0,2
keine Angabe	1	0,1
gesamt jeweils	895	100

2.2. Angaben zur psychotherapeutischen Tätigkeit

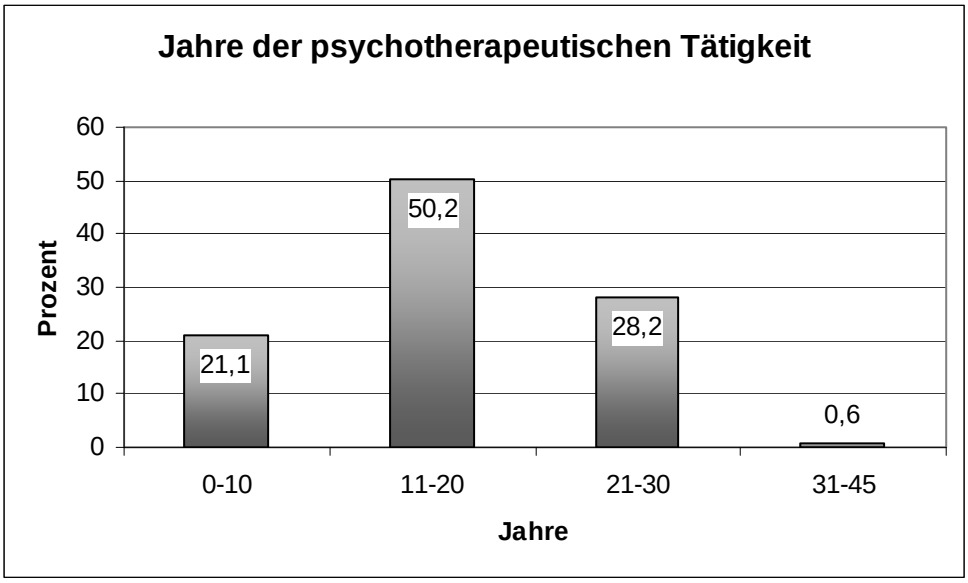
Drei weitere Fragen zielten darauf ab, einen Eindruck über die Berufserfahrung bzw. das Ausmaß der praktischen Tätigkeit der befragten Psychotherapeuten zu erhalten. Hier wurde zum einen erfragt, seit wie vielen Jahren die Psychotherapeuten therapeutisch tätig sind, zum

anderen wurden die Anzahl der Klienten pro Woche sowie die Anzahl der Stunden, die sie jeweils in Einzelsitzungen, in der Arbeit mit Gruppen oder mit Paaren verbringen, erfasst.

2.2.1. Dauer der psychotherapeutischen Tätigkeit

Im Durchschnitt waren die Psychotherapeuten seit 16,7 Jahren psychotherapeutisch tätig, mit einem Minimum von 2 Jahren und einem Maximum von 45 Jahren. Der Großteil der Psychotherapeuten (79%) war seit mehr als 10 Jahren psychotherapeutisch tätig.

Abbildung 8: Jahre der psychotherapeutischen Tätigkeit



M:	16,7
SD:	6,6

(M) Mittelwert, (SD) Standardabweichung

2.2.2. Anzahl der Klienten und der Stunden

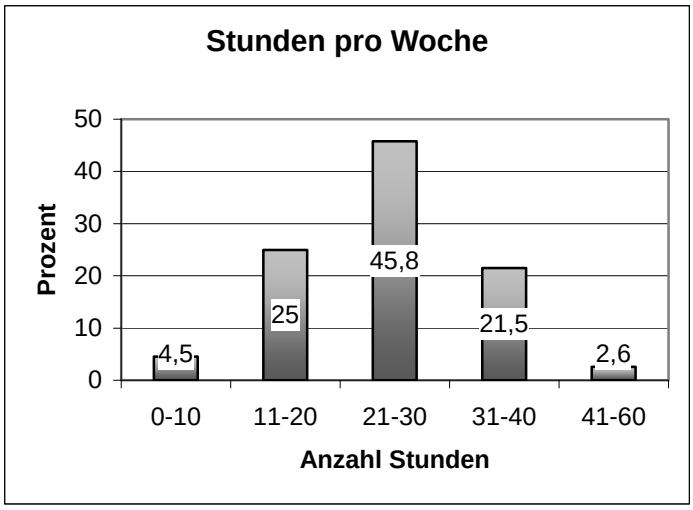
Im Mittel arbeiteten die befragten Psychotherapeuten mit 25 Klienten pro Woche, und zwar überwiegend in Form von Einzelsitzungen.[125] 45,7% arbeiteten ausschließlich in Form von Einzelsitzungen, der Rest, der auch paar-, gruppen- und familientherapeutisch arbeitete, tat dies in Kombination mit Einzelsitzungen. Im Durchschnitt wandten die befragten Psychotherapeuten 26 Stunden pro Woche für ihre psychotherapeutische Tätigkeit auf, wobei das Minimum bei 2 und das Maximum bei 60 Stunden lag. Die durchschnittliche Anzahl der Stunden mit Einzelsitzungen lag bei 23,8%, mit einem Minimum von 2 Stunden und einem Maximum von 60 Stunden. Zwei weitere Fragen im Fragebogen erfragten die Anzahl der Stunden, die die Psychotherapeuten pro Woche in der Arbeit mit Gruppen oder Paaren verbrachten. Viele hatten hier keine weiteren Angaben mehr gemacht. Es ist wohl davon

[125] Der Mittelwert der Anzahl der Klienten bei Therapeuten, die nur in Form von Einzelsitzungen arbeiten, liegt bei 24,1%.

auszugehen, dass ein nicht ausgefülltes Feld an dieser Stelle so interpretiert werden kann, dass diese Psychotherapeuten nur in Form von Einzelsitzungen arbeiten. Darauf weist auch die hohe Übereinstimmung der Mittelwerte bei der Anzahl der Klienten pro Woche und der Anzahl der Stunden mit Einzelsitzungen hin. Aus diesem Grund wurden nur diejenigen Fälle als fehlend eingestuft, die bei allen vier Antwortkategorien zu dieser Frage nicht geantwortet hatten. Bei allen anderen wurden die, die bei der Frage zur gruppentherapeutischen und paartherapeutischen Arbeit keine Angaben gemacht hatten, mit null Stunden in der jeweiligen Kategorie gleichgesetzt.

Die Anzahl der Therapeuten, die auch mit Gruppen arbeiteten, lag bei 25%. Dabei lag jedoch die Zeit, die sie pro Woche dafür verwendeten, bei nahezu allen (99%) unter 10 Stunden. 44,3% der Psychotherapeuten arbeiteten auch mit Paaren. Auch hier arbeitete das Gros dieser Therapeuten nur wenige Stunden in Form von Paararbeit (99% unter 10 Stunden). Fünf Personen hatten darüber hinaus die Arbeit mit Familien angegeben. In der folgenden Abbildung 9 findet sich eine graphische Darstellung der Verteilung der Stunden, die die Psychotherapeuten für ihre psychotherapeutische Tätigkeit insgesamt aufwenden.

Abbildung 9: Anzahl der Stunden der psychotherapeutischen Tätigkeit pro Woche



M:	26,0
SD:	8,5

Anmerkung: fehlende Werte N = 6
(M) Mittelwert, (SD) Standardabweichung

In Tabelle 20 sind die oben dargestellten Befunde zur Dauer der psychotherapeutischen Tätigkeit, den Klienten pro Woche, den Stunden pro Woche, die für Einzelsitzungen, Paararbeit und Gruppenarbeit aufgewendet werden, sowie zur Gesamtzahl der Stunden pro Woche noch einmal im Überblick zusammengefasst.

Tabelle 20: Angaben zur psychotherapeutischen Tätigkeit

	Min	Max	M	SD	Keine Angaben N
Jahre der therapeut. Tätigkeit	2	45	16,7	6,6	0
Klienten pro Woche	2	75	24,9	8,6	8
Einzelstunden pro Woche	2	60	23,8	8,5	6
Stunden mit Gruppen	0	22	1,0	2,4	6
Stunden mit Paaren	0	20	1,2	2,0	6
Gesamtzahl Stunden p. Woche	2	60	26,0	8,5	6

Anmerkung: (M) Mittelwert, (SD) Standardabweichung

2.2.3. Beruflicher Status

20,6% der teilnehmenden Psychotherapeuten hatten eine Approbation als Psychologischer Psychotherapeut. 79,4% hatten sowohl eine Approbation als Psychologischer Psychotherapeut als auch eine Kassenzulassung.

Tabelle 21: Angaben zum beruflichen Status

	N	Prozent
Approbation als psychologische / r Psychotherapeut/ in	184	20,6
Psychologische/r Psychotherapeut/in mit Kassenzulassung	711	79,4
Gesamt	895	100

Zusammenfassend lässt sich bezüglich der vorliegenden Untersuchungsstichprobe festhalten, dass es sich mit einer durchschnittlich 17-jährigen psychotherapeutischen Tätigkeit

und einer Anzahl von 25 Klienten bzw. 24 Einzelsitzungen pro Woche um Psychotherapeuten mit hoher beruflicher Erfahrung handelt.

2.2.4. Abgeschlossene Ausbildungen

Mit Hilfe einer weiteren Frage, mit offenem Antwortformat, wurden die psychotherapeutischen Verfahren erfasst, in denen die befragten Psychotherapeuten eine vollständige Ausbildung abgeschlossen hatten.

36,1% der befragten Psychotherapeuten gaben eine vollständig abgeschlossene Ausbildung an, 37,4% nannten zwei vollständig abgeschlossene Ausbildungen, 18,0% drei abgeschlossene Ausbildungen, nur noch 5,6% hatten vier Ausbildungen abgeschlossen und weitere 2,1% führten fünf bis acht abgeschlossene Ausbildungen an. Anders ausgedrückt: 63,1% der Psychotherapeuten hatten in mehr als einem psychotherapeutischen Verfahren eine vollständig abgeschlossene Ausbildung vorzuweisen.

Tabelle 22: Anzahl abgeschlossener Ausbildungen

Anzahl abgeschlossener Ausbildungen	N der Fälle	Prozent der Fälle
1	323	36,1
2	335	37,4
3	161	18,0
4	50	5,6
5	14	1,6
6	4	0,4
7	0	0,0
8	1	0,1
Anzahl fehlender Werte	7	0,8
Gesamt	895	100,0

Für die Einordnung der genannten Verfahren wurde ein Kategoriensystem entwickelt, welches sich an den übergeordneten theoretischen Konzepten bzw. den psychotherapeutischen Schulen, die den jeweiligen Verfahren zugrunde liegen, orientierte. Eine Abbildung des Kategoriensystems findet sich in Tabelle 23. [126]

Tabelle 23: Kategoriensystem zur Einordnung der abgeschlossenen Ausbildungen

Übergeordnete Kategorie psychotherapeutische Ansätze	**Beispiele**
verhaltenstherapeutische Ansätze	Verhaltenstherapie (VT), Rational Emotive Therapie, Kognitive Verhaltenstherapie, VT- Nachqualifikation, verhaltenstherapeutische Kinder- und Jugendlichen Psychotherapie, verhaltenstherapeutische Gruppentherapie
gesprächspsychotherapeutische Ansätze	Klientenzentrierte Psychotherapie, klientenzentrierte Gesprächspsychotherapie, Gesprächspsychotherapie (GT), klientenzentrierte Gesprächsführung, GF, person / klientenzentrierte Kinder- und Jugendlichen Psychotherapie
psychoanalytisch und tiefenpsychologisch fundierte Ansätze	Psychoanalyse, psychoanalytische Therapie, analytische Psychotherapie, tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie, Tiefenpsychologie (TP), TP-Nach-qualifikation, Individualpsychologie nach Adler, analytische Gruppentherapie, Gruppenanalyse, Psychoanalyse nach C.G. Jung
systemische Ansätze, paar- und familientherapeutische Ansätze	Systemische Psychotherapie, Familientherapie, Paartherapie, Sexualtherapie, Paarberatung, Ehe-, Familien- und Lebensberatung

[126] Bei der Interpretation der abgeschlossenen Ausbildungen ist zu berücksichtigen, dass die exakte Zuordnung von Verfahren zu theoretischen Orientierungen nicht immer möglich ist, da es diesbezüglich Überschneidungen gibt. So können kreative und erlebniszentrierte Methoden oder auch gestalttherapeutische Ansätze auf unterschiedlichen theoretischen Orientierungen basieren, wie z.B. tiefenpsychologischen, humanistischen, verhaltenstherapeutischen usw. Auch ist zu beachten, dass hinter den einzelnen angeführten Verfahren unterschiedlich umfangreiche Ausbildungen stehen, wie z.B. bei einer vollständigen VT-Ausbildung oder der VT-Nachqualifikation.

gestalttherapeutische Ansätze	Gestalttherapie, integrative Gestalttherapie, Integrative Psychotherapie[127]
transpersonal orientierte Ansätze	Transpersonale Psychologie / Psychotherapie, Logotherapie / Existenzanalyse, Holotropes Atmen, Psychosynthese
körperpsychotherapeutische Ansätze	Körperpsychotherapie, personale Leibtherapie, Orgodynamik, Atemtherapie, Hakomi, Lomi, biodynamische Analyse, Biosynthese, Bioenergetik, bioenergetische Analyse, psychoorganische Analyse, Körperprozessarbeit, Körperenergiearbeit, tiefenpsychologisch fundierte Körperpsychotherapie, Core-Energetik
Arbeit mit Kindern und Jugendlichen	Kinder- und Jugendlichen Psychotherapie, Kindertherapie, Spieltherapie
gruppentherapeutische Ansätze	Gruppentherapie unspezifiziert
hypnotherapeutische Ansätze	Hypnotherapie, Hypnose, klinische Hypnose
Psychodrama	Psychodrama
NLP	NLP
Katathymes Bilderleben	Katathymes Bilderleben (KB), Katathym-imaginative PT (KIP)
Transaktionsanalyse	Transaktionsanalyse
kreative und erlebniszentrierte Ansätze	Musiktherapie, Tanztherapie, Kunsttherapie, Focusing
Entspannungsverfahren	Autogenes Training, Entspannungsverfahren, funktionelle Entspannung

[127] Rein integrative Therapie wurde nur in 4 Fällen angegeben. Bei diesen ist es unklar, ob es sich um integrative oder integrativ-gestalttherapeutische Ansätze handelt. Bei den anderen Fällen wurde integrative Therapie immer in Kombination mit Gestalttherapie genannt.

traumatherapeutische Ansätze	EMDR, Traumatherapie, Psychotraumatologie
sonstige	Schmerztherapie, Realitätstherapie, Psychoonkologie, Energetisches Heilen, heilendes Tao, Interpersonelle PT, Klinische Seelsorge, Supervision, Klinische Psychologie, Life Energy Therapy, Suchttherapie, suggestive Verfahren, Neuropsychologie, Enneagramm, Energetische Psychotherapie
Keine	

Bei der Zuordnung zu einer bestimmten Kategorie wurde so vorgegangen, dass Personen, die z.B. bei Gruppentherapie oder bei Kinder- und Jugendlichen Psychotherapie Angaben zur psychotherapeutischen Richtung gemacht hatten, unter den jeweiligen psychotherapeutischen Ansätzen eingeordnet wurden. So wurde beispielsweise die Angabe „Ausbildung in verhaltenstherapeutischer Kinder- und Jugendlichen-Therapie“ unter die Kategorie „verhaltenstherapeutische Ansätze“ eingeordnet.[128] In den Kategorien „gruppentherapeutische Ansätze“ und „Arbeit mit Kindern und Jugendlichen“ finden sich folglich nur die unspezifischen Fälle, bei denen keine der Psychotherapieschulen zur näheren Spezifizierung angegeben waren.

Bei der folgenden Auswertung der Häufigkeiten der einzelnen Kategorien wurde so vorgegangen, dass Verfahren einer bestimmten Kategorie nur einmal pro Person gewertet wurden. Hatte eine Person mehrere Ausbildungen einer bestimmten Kategorie abgeschlossen, so ist dies in der folgenden Häufigkeitstabelle nicht berücksichtigt.

Auf die Frage, in welchen psychotherapeutischen Verfahren sie eine vollständige Ausbildung abgeschlossen hätten, gaben 43,4% der befragten Psychotherapeuten verhaltenstherapeutische Verfahren an, 41,6% gesprächspsychotherapeutisch-klientenzentrierte und 39,0% psychoanalytisch und tiefenpsychologisch fundierte Verfahren. Das heißt, die drei großen Psychotherapieschulen waren (im Sinne von abgeschlossenen Ausbildungen in den jeweiligen Verfahren) in der vorliegenden Stichprobe in etwa gleich verteilt. 13,3% der befragten Psychotherapeuten nannten Ausbildungen in systemischen, paar- und familientherapeutischen Verfahren und 10,3 % gestalttherapeutische Ausbildungen. Eine Abbildung der Häufigkeiten der genannten Verfahren findet sich in Tabelle 24.

[128] Eine solche Zuordnung lag insgesamt 15 mal vor.

Tabelle 24: Abgeschlossene Ausbildungen

Verfahren	N	Prozent
verhaltenstherapeutische Ansätze (vt)	388	43,4
gesprächspsychotherapeutische Ansätze (gt)	372	41,6
psychoanalytisch u. tiefenpsych. fundierte Verfahren (pa/ tps)	349	39,0
systemische Ansätze, Paar- und Familientherapie (syst)	119	13,3
hypnotherapeutische Ansätze	100	11,2
Gestalttherapie und Integrative Therapie (gest)	92	10,3
körperpsychotherapeutische Ansätze	78	8,7
Katathymes Bilderleben	28	3,1
Psychodrama	28	3,1
kreative und erlebniszentrierte Methoden	24	2,7
transpersonal orientierte Ansätze	12	1,3
Entspannungsverfahren	16	1,8
NLP	15	1,7
traumatherapeutische Ansätze	15	1,7
Arbeit mit Kindern und Jugendlichen	12	1,3
Gruppentherapeutische Ansätze	9	1,0
Transaktionsanalyse	7	0,8
Sonstige	41	4,6

Anmerkung: Fehlende Werte: N = 7; Mehrfachnennungen möglich

Tabelle 25 gibt einen Überblick über die Anzahl der „reinen“ Vertreter der verhaltenstherapeutischen, gesprächspsychotherapeutischen und psychoanalytisch-tiefenpsychologisch fundierten Schulen. Darunter sind diejenigen Psychotherapeuten zu verstehen, die nur eine vollständig abgeschlossene Ausbildung in einem dieser drei Verfahren angegeben haben.

Tabelle 25: „Reine“ Vertreter der drei psychotherapeutischen Hauptschulen[129]

abgeschlossene Ausbildung in…	N	Prozent
verhaltenstherapeutisch ohne pa / tpsf und gt	227	25,4
psychoanalytisch / tiefenpsychologisch fundiert ohne vt und gt	200	22,3
gesprächspsychotherapeutisch ohne vt und pa / tpsf	110	12,3
Gesamt	537	60,12

Anmerkung: fehlende Werte N = 7; Prozentangaben beziehen sich auf Gesamtstichprobe (N = 895)

pa = psychoanalytische Ansätze, tpsf = tiefenpsychologisch fundierte Ansätze, vt = verhaltenstherapeutische Ansätze, gt = gesprächstherapeutische Ansätze (vgl. Tabelle 20)

Tabelle 26 gibt einen Überblick über die Häufigkeit der Kombinationen von Ausbildungen in den drei psychotherapeutischen Ansätzen verhaltenstherapeutisch, psychoanalytisch / tiefenpsychologisch fundiert und gesprächspsychotherapeutisch.

[129] Hier ist zu beachten, dass sich die Anzahl der sog. „reinen“ Vertreter nur auf die Bezugsgruppen psychoanalytisch / tiefenpsychologisch fundiert und gesprächspsychotherapeutisch bezieht. Es können durchaus weitere Ausbildungen in anderen Verfahren vorliegen.

Tabelle 26: Ausbildung in psychotherapeutischen Verfahren – Kombinationen der Hauptverfahren[130]

abgeschlossene Ausbildung in…	N	Prozent
verhaltenstherapeutischen und psychoanalytisch / tiefenpsychologisch fundierten Ansätzen	17	1,9
verhaltenstherapeutischen und gesprächspsychotherapeutischen Ansätzen	130	14,5
gesprächspsychotherapeutischen und psychoanalytisch / tiefenpsychologisch fundierten Ansätzen	118	13,1
verhaltenstherapeutischen und psychoanalytisch / tiefenpsychologisch fundierten und gesprächspsychotherapeutischen Ansätzen	14	1,6
Gesamt	279	31,2

Anmerkung: fehlende Werte N = 7

Prozentangaben beziehen sich auf Gesamtstichprobe (N = 895)

2.2.5. Angaben zur theoretischen Orientierung

Mittels einer weiteren Frage wurde die vorrangige theoretische Orientierung der Psychotherapeuten erfasst. Im Fragebogen war hierfür ein forciertes Antwortformat vorgegeben, bei dem sich die Psychotherapeuten auf nur eine theoretische Orientierung festlegen sollten. Die angebotenen Antwortalternativen waren kognitiv-behavioral, humanistisch, systemisch, analytisch nach Jung, tiefenpsychologisch fundiert / psychoanalytisch, transpersonal, methodenübergreifend und andere. Bei Angabe einer methodenübergreifenden Orientierung konnten die Teilnehmer zusätzlich den Schwerpunkt der theoretischen Orientierung spezifizieren. Teilnehmer, die entgegen der Anweisung zwei oder mehrere Antwortalternativen angekreuzt hatten, wurden darüber hinaus ebenfalls der methodenübergreifenden Orientierung zugeordnet.

[130] Bei den genannten Verfahrenskombinationen können noch weitere Verfahren eingeschlossen sein, wie z.B. Hypnotherapie. Diese wurden jedoch nicht aufgeführt, da das Interesse auf den Hauptverfahren lag.

Auf die Frage nach der vorrangigen theoretischen Orientierung ordneten sich 37,0% einer methodenübergreifenden Orientierung zu, 27,9% der psychoanalytisch / tiefenpsychologisch fundierten Orientierung und 20,1% der kognitiv-behavioralen Orientierung. 11,5% der befragten Psychotherapeuten nannten eine humanistische Orientierung als primäre Orientierung. Unter der Kategorie „andere“ wurden diejenigen Psychotherapeuten zusammengefasst, die als primäre theoretische Orientierung systemisch, analytisch, transpersonal oder andere angegeben hatten. Dies waren insgesamt 3,5%.

Tabelle 27: Vorrangige theoretische Orientierung

Frage: Welches ist Ihre vorrangige theoretische Orientierung? Geben Sie bitte nur eine Antwortalternative an.

	N	Prozent
methodenübergreifend	331	37,0
psychoanalytisch / tiefenpsychologisch fundiert	250	27,9
kognitiv-behavioral	180	20,1
humanistisch	103	11,5
Andere	31	3,5
Gesamt	895	100

In Tabelle 28 ist für die methodenübergreifend orientierten Psychotherapeuten die jeweilige Spezifizierung des Schwerpunktes angegeben.[131]

[131] Auch hier ist der Anteil der drei theoretischen Orientierungen kognitiv-behavioral, humanistisch, tiefenpsychologisch/psychoanalytisch, die als Schwerpunkt einer methodenübergreifenden Orientierung angegeben wurden, in etwa gleich verteilt.

Tabelle 28: Methodenübergreifend mit Schwerpunkt auf folgender Orientierung

	N	Prozent
Mehrfachantwort	64	19,3
psychoanalytisch / tiefenpsychologisch	61	18,4
kognitiv-behavioral	59	17,8
humanistisch	51	15,4
mehrere	40	12,1
Andere	21	6,3
ohne Spezifizierung	18	5,4
systemisch	6	0,6
hypnotherapeutisch	6	1,8
analytisch nach Jung	2	0,6
transpersonal	3	0,9
Gesamt	331	100

Anmerkung: In der Kategorie „Mehrfachantwort“ sind diejenigen Psychotherapeuten eingeordnet, die zwei oder mehr Orientierungen angekreuzt hatten. Die Kategorie „mehrere“ beinhaltet die Psychotherapeuten, die unter Schwerpunkt der methodenübergreifenden Orientierung „mehrere“ angegeben hatten.

Um die Frage nach der theoretischen Orientierung noch etwas differenzierter zu explorieren, wurde mit der darauf folgenden Frage zusätzlich die Möglichkeit gegeben, den Einfluss der verschiedenen theoretischen Konzepte auf die eigene psychotherapeutische Praxis auf einer Skala von 1 „gar nicht“ bis 5 „sehr“ einzuschätzen. Für die dazwischen liegenden Antwortstufen waren lediglich numerische, jedoch keine verbalen Anker vorgegeben. Diese Frage wurde mit geringfügigen Änderungen übernommen aus dem Development of Psychotherapists Common Core Questionnaire des Collaborative Research Network der

Society of Psychotherapy Research (SPR) (Ambühl, Orlinsky, Cierpka, Buchheim, Meyerberg & Willutzki, 1995).[132]

Bei der Codierung der Frage ergaben sich die folgenden Besonderheiten: Es kam häufig vor, dass die Befragten statt 1 „keine“ anzukreuzen, gar kein Kreuz bei der jeweiligen erfragten Orientierung machten. Da die übrigen Ankreuzungen jedoch sowohl bei den vorhergehenden als auch bei den nachfolgenden Antwortvorgaben zu den erfragten theoretischen Konzepten vorhanden waren, erschien es plausibel und legitim, die nicht angekreuzten Fragen als 1 „gar nicht“ zu codieren. Vollständig fehlende Angaben für alle erfragten theoretischen Konzepte kamen nur in einem Fall vor. Zusätzlich wurde, für die Datenanalyse und um die Interpretation der Ergebnisse zu erleichtern, eine Umcodierung des Wertebereiches auf 0 „gar nicht“ bis 4 „sehr“ vorgenommen.

Insgesamt zeigt sich bei dieser Frage nach den handlungsleitenden Konzepten, ähnlich wie bei den Studien von Willutzky et al. (2005) sowie Ambühl et al. (1995), dass die Psychotherapeuten für ihre aktuelle psychotherapeutische Tätigkeit eine breite konzeptuelle Basis nutzen, indem sie auf Konzepte aus verschiedenen theoretischen Orientierungen zurückgreifen. Dieser Trend wurde auch in einer internationalen Studie (USA, Canada, Neuseeland) von Smith und Orlinsky (2004) bestätigt. Auch hier zeigte sich, dass die Mehrheit der befragten Psychotherapeuten (zwischen 53% und 60%), in allen der drei untersuchten Länder, mehr als nur eine theoretische Orientierung angab.

Tabelle 29 gibt den Anteil der „reinen“ Vertreter einer bestimmten theoretischen Orientierung wieder. Damit sind Psychotherapeuten gemeint, die nur eine theoretische Orientierung als Hauptorientierung (mit einem Wert von 4 auf der Antwortskala) angeben und die auf alle anderen theoretischen Konzepte entweder gar nicht („Rest = 0“) oder nur in geringem Ausmaß („Rest ≤ 2“) zurückgreifen. Es zeigt sich, dass die Anzahl dieser reinen Vertreter einer bestimmten theoretischen Orientierung sehr gering ist. Insgesamt geben lediglich 4,7% an, dass nur eine theoretische Orientierung einen starken Einfluss auf ihre psychotherapeutische Tätigkeit hat und der Rest gar keine und lediglich 7,8% geben an, dass nur eine theoretische Orientierung einen starken Einfluss hat und dass keine weitere theoretische Orientierung einen zusätzlichen Einfluss größer 2 auf der Antwortskala hat (was einer geringen Ausprägung der jeweiligen theoretischen Orientierung entspricht). Anders

[132] Der „Development of Psychotherapists Common Core Questionnaire“ ist ein Erhebungsinstrument zur Erfassung der Entwicklung von Psychotherapeuten, das von den Mitgliedern des Collaborative Research Network, einer internationalen Gemeinschaft von psychotherapeutisch tätigen Forschern, entwickelt wurde, um grundlegende Aspekte zu Ausbildung, Praxis und beruflicher Entwicklung von Psychotherapeuten zu erfassen.

ausgedrückt bedeutet dies, dass 95,3% bzw. 92,2%[133] der Psychotherapeuten zwei und mehr theoretische Ansätze in ihrer psychotherapeutischen Praxis kombinieren.

Tabelle 29: „Reine" Vertreter einer theoretischen Orientierung

Einfluss des theoretischen Konzeptes = 4 „sehr“	Rest = 0		Rest ≤ 2	
	N	%	N	%
kognitiv-behavioral	9	1,0	19	2,1
humanistisch	2	0,2	5	0,6
systemisch	0	0,0	1	0,1
analytisch-psychodynamisch	30	3,4	44	4,9
transpersonal	1	0,1	1	0,1
Andere	0	0,0	0	0,0
Gesamt	42	4,7	70	7,8

Die Zusammenhänge zwischen diesen handlungsleitenden Konzepten lassen sich unter anderem an den Korrelationen der einzelnen Konzepte untersuchen. Über die Gesamtstichprobe hinweg betrachtet zeigt sich nahezu kein systematischer Zusammenhang hinsichtlich der Bezugnahme auf die verschiedenen theoretischen Orientierungen. Die einzelnen bivariaten Korrelationen sind insgesamt relativ gering. Auffällig sind hier vor allem die durchgängig negativen Bezüge zwischen der analytisch-psychodynamischen Orientierung und den jeweils anderen Konzepten (zwischen -.022 bei den humanistischen und r = -.630 für die kognitiv-behavioralen Konzepte). Dieser Zusammenhang wurde auch in anderen Studien so gefunden (Willutzki et al., 2005, S. 29). Leicht positiv korreliert der analytisch-psychodynamische Ansatz bei der vorliegenden Untersuchungspopulation allein mit der transpersonalen Orientierung mit r = .113.

Positive Zusammenhänge zeigen sich darüber hinaus zwischen den humanistischen, den kognitiv-behavioralen und den systemischen Orientierungen (zwischen r = 0.051 und 0.224). Die ausgeprägtesten positiven Korrelationen ergeben sich zwischen humanistischen Konzepten einerseits und transpersonalen und systemischen Konzepten andererseits, mit r =

[133] 95,3% bei dem enger gefassten Kriterium, dass die Psychotherapeuten nur eine Hauptorientierung angegeben haben und keine weitere Orientierung mit einer Bedeutsamkeit größer 0 auf der Antwortskala. 92,2% bei dem weiter gefassten Kriterium, einer Hauptorientierung und keiner weiteren Orientierung, mit einem größeren Einfluss als 0-2 Punkte auf der Antwortskala.

.244 und r = .224, sowie zwischen systemischen und transpersonalen Perspektiven (r = .217). Die Bezugnahme auf kognitiv-behaviorale Konzepte korreliert mit r = .169 am stärksten mit der auf systemische Konzepte.

Tabelle 30: Beziehung der theoretischen Orientierungen untereinander

	kog.-beh.	human.	system.	transpers.	andere	analyt.-psychod.
kognitiv-behavioral						
humanistisch	.051					
systemisch	.169**	.224**				
transpersonal	-.069*	.244**	.217**			
Andere	.071*	.042	.084*	.072*		
analytisch-psychodyn.	-.630**	-.022	-.072*	.113**	-.096	

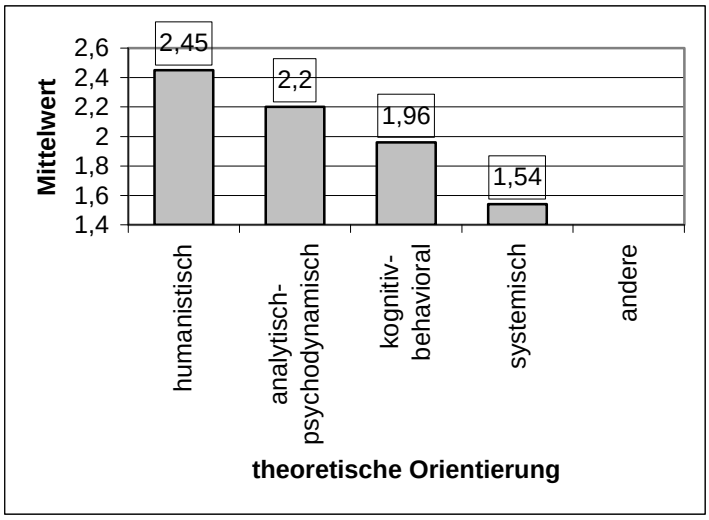
Anmerkung: Korrelation nach Pearson, Signifikanzprüfung zweiseitig

* Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0,01 signifikant

** Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0,005 signifikant

Unter zusätzlicher Berücksichtigung dieser Frage zeigte sich darüber hinaus, dass in der Stichprobe eine Art versteckter Humanismus vorliegt. Im Gegensatz zu Frage 6, bei der die Gruppe der Psychotherapeuten, die eine humanistische Orientierung als primäre anführen, die kleinste Gruppe unter den zentralen Orientierungen kognitiv-behavioral, humanistisch und tiefenpsychologisch fundiert / psychoanalytisch darstellt, wurde der Einfluss humanistischer Konzepte auf die psychotherapeutische Praxis im Durchschnitt am höchsten eingestuft. In Abbildung 10 findet sich eine graphische Darstellung der Mittelwerte des Einflusses der einzelnen theoretischen Konzepte.

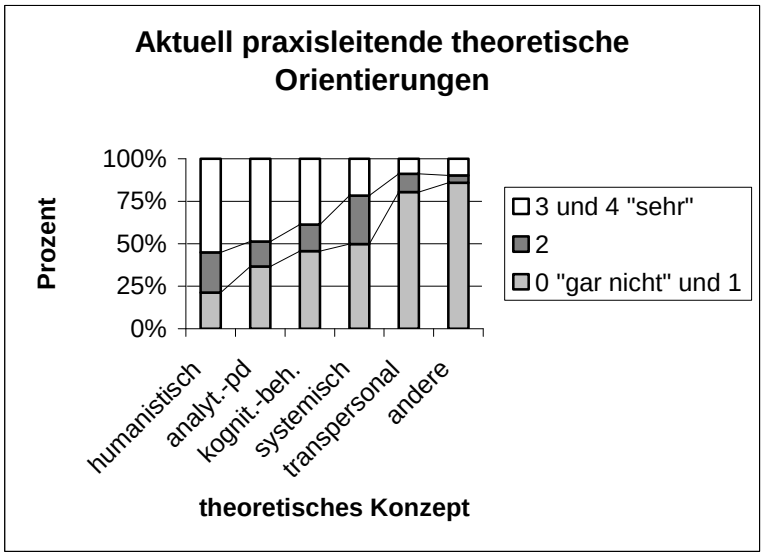
Abbildung 10: Einfluss der einzelnen theoretischen Konzepte auf die psychotherapeutische Praxis



Anmerkung: Skala „Einfluss der theoretischen Konzepte auf die eigene psychotherapeutische Praxis. Antwortskalierung von 0 – 4, wobei 0 = „gar nicht“ und 4 = „sehr“.

Insgesamt gaben 492 (55,0%) der befragten Psychotherapeuten die Höchstwerte 3 oder 4 für den Einfluss der humanistischen Orientierung an, gefolgt von 435 (48,6%), die bei den analytisch-psychodynamischen Konzepten die beiden Höchstwerte angaben und 346 (38,7) bei den kognitiv-behavioralen Konzepten. Abbildung 11 gibt die anteilmäßige Verteilung der einzelnen Antwortkategorien bezogen auf die einzelnen theoretischen Konzepte wieder.

Abbildung 11: Aktuell praxisleitende theoretische Orientierungen



Anmerkung: fehlende Werte N = 1

Interessant ist darüber hinaus, dass etwa 40% der Teilnehmer von einem Einfluss transpersonaler Konzepte im Rahmen ihrer psychotherapeutischen Tätigkeit berichten. Dabei geben 28,9% einen geringen bis mittleren Einfluss der transpersonalen Orientierung (Skalenwerte 1 und 2) und 8,9% einen starken bis sehr starken Einfluss derselben an (Skalenwerte 3 und 4). Dies deutet darauf hin, dass transpersonale Konzepte bzw. die transpersonale Dimension in einem gewissen Ausmaß in die psychotherapeutische Praxis Eingang gefunden haben, auch wenn die Transpersonale Psychologie und Psychotherapie als eigenständige psychologische Richtung im akademisch-psychologischen Mainstream nicht etabliert ist.[134]

Noch einmal zusammengefasst: Ein großer Teil der befragten Psychotherapeuten (63,1%) hatte in mehr als einem psychotherapeutischen Verfahren eine vollständig abgeschlossene Ausbildung. Darüber hinaus integriert das Gros der Psychotherapeuten (mehr als 90%) zwei und mehr theoretische Konzepte im Rahmen ihrer psychotherapeutischen Tätigkeit. Es hat den Anschein, dass sich der reine Vertreter einer bestimmten Psychotherapieschule bzw. einer theoretischen Orientierung bei den praktizierenden Psychotherapeuten kaum mehr finden lässt. Dies ist wohl vor allem auf den allgemeinen Trend in der Entwicklung der Psychotherapie in Richtung Methodenintegration, schulenübergreifende oder Allgemeine Psychotherapie (vgl. Wagner & Becker, 1999; Norcross & Goldfried, 2008)) sowie kassengesetzlich begründete Forderungen nach verhaltenstherapeutischen oder tiefenpsychologisch fundierten Zusatzqualifikationen etwa für Gesprächs- oder Gestalttherapeuten zurückzuführen. Zu ähnlichen Schlussfolgerungen kamen bereits Ambühl et al. im Rahmen ihrer Studie zur Entwicklung der theoretischen Orientierung von Psychotherapeuten (1995, S. 109): „Die Ergebnisse verdeutlichen, dass PsychotherapeutInnen sowohl in den formalen Mustern als auch in den spezifischen Inhalten ihrer therapeutischen Orientierungen sehr unterschiedlich sind und dass sie in der Regel dazu tendieren, zwei oder sogar mehrere theoretische Ansätze in der Arbeit mit Klienten zu integrieren."

2.3. Religiosität und Spiritualität in der psychotherapeutischen Praxis

Das zentrale inhaltsbezogene Segment des Fragebogens beschäftigte sich unter verschiedenen Gesichtspunkten mit der Frage nach der Bedeutsamkeit der Themenbereiche Religiosität und Spiritualität für die psychotherapeutischen Praktiker. So zielte eine Reihe von

[134] So steht beispielsweise eine Aufnahme des Fachbereiches Transpersonale Psychologie in die American Psychological Association noch aus (vgl. Lajoie & Shapiro, 1992). Auch ist der Fachbereich Transpersonale Psychologie in einem Curriculum eines nach der gültigen Rahmen-Prüfungsordnung für Psychologie aufgebauten Diplomstudiengangs an keiner bundesdeutschen Universität als eigenständiger Gegenstand der Lehre vorgesehen (vgl. Belschner & Koch-Göppert, 2003; Belschner, 2005).

Items darauf ab zu erfassen, in welchem Maße diese Themenbereiche im Rahmen der psychotherapeutischen Tätigkeit von Relevanz sind. Ein weiterer Schwerpunkt beschäftigte sich mit dem Kenntnisstand der Psychotherapeuten bezüglich dieses Spezialgebietes bzw. mit der Frage, in welchem Maße sie sich bis dato mit klinisch relevanten Fragestellungen im Zusammenhang mit Religiosität und Spiritualität auseinandergesetzt hatten. Des Weiteren wurde die Behandlung derartiger Inhalte im Rahmen der Aus- und Weiterbildung exploriert sowie die diesbezügliche Zufriedenheit und Wünsche der Psychotherapeuten. Einen letzten Punkt bildete die Frage nach der Einschätzung der eigenen Kompetenz, Klienten, die im Rahmen ihrer religiösen bzw. spirituellen Orientierung problematische Erfahrungen oder Prozesse erleben, adäquat begleiten zu können.

2.3.1. Relevanz der Themenbereiche Religiosität und Spiritualität im Rahmen der psychotherapeutischen Praxis

Ein erster Block von Fragen zielte darauf ab, einen Eindruck über die tatsächliche Relevanz von religions- oder spiritualitätsbezogenen Themen im Rahmen der psychotherapeutischen Praxis zu gewinnen. Hier wurde die Häufigkeit des Auftretens von religiösen / spirituellen Inhalten und Problemen in der psychotherapeutischen Praxis sowie eine Einschätzung der Bedeutsamkeit von Religiosität bzw. Spiritualität im Leben der Klienten erfragt. Darüber hinaus war von Interesse, wie viele der Klienten Wert darauf legen, dass ihre religiöse oder spirituelle Orientierung im Rahmen der Behandlung explizit anerkannt und mit einbezogen wird.

2.3.1.1. Religiöse / spirituelle Inhalte und Probleme in der Psychotherapie

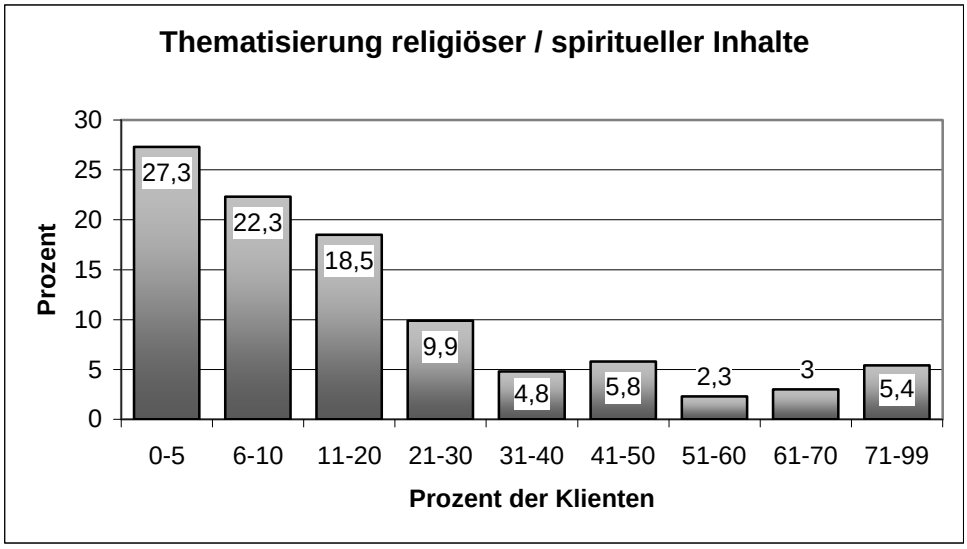
Bei der Frage nach dem Prozentsatz der Klienten, die im Verlauf der Behandlung Inhalte und Probleme thematisieren, die mit Spiritualität oder Religiosität zu tun haben, wurde offen gelassen, ob diese Themen implizit mitschwangen oder explizit angesprochen wurden und ebenso, ob es sich bei der Einstufung als „religiöse oder spirituelle Themen“ um eine Interpretationsleistung von Seiten des Klienten selbst oder aber von Seiten des Psychotherapeuten handelte. Um diese Frage zu konkretisieren und das mögliche Spektrum solcher Inhalte und Problemstellungen aufzuzeigen, wurden einige Beispiele angeführt. Diese waren so gewählt, dass sich Therapeuten (rsp. Klienten) mit unterschiedlichen Zugängen zu Religiosität / Spiritualität darin finden konnten.

Nach Einschätzung der Psychotherapeuten thematisieren im Durchschnitt 22,3% ihrer Klienten im Verlauf der Behandlung Inhalte und Probleme, die mit den Themenbereichen

Religiosität und Spiritualität zu tun haben. Betrachtet man diesen Wert für sich, so lässt sich festhalten, dass mit nahezu einem Viertel der Klienten, die Inhalte und Probleme mit Bezug auf die Themenbereiche Religiosität bzw. Spiritualität ansprechen, deren Relevanz im Rahmen der Psychotherapie sicherlich nicht als marginal eingestuft werden kann. Betrachtet man die Verteilung der Antworten etwas differenzierter, so ergibt sich das folgende Bild: Der Median liegt mit 11,5% deutlich geringer als der Mittelwert – die Hälfte der Psychotherapeuten schätzt die Anzahl der Klienten, die religions- bzw. spiritualitätsbezogene Themen einbringen, als zwischen 0 und 11,5% liegend ein. Nahezu ein Drittel (27,3%) gibt an, dass nur 0 bis 5% ihrer Klienten solche Themen ansprechen. Das heißt, für einen großen Teil der Klienten (bzw. Therapeuten) spielen Inhalte und Probleme im Zusammenhang mit Religiosität oder Spiritualität gar keine oder keine wesentliche Rolle im Verlauf des psychotherapeutischen Prozesses. Jedoch sind für eine nicht zu vernachlässigende Anzahl an Klienten rsp. deren Therapeuten diese Themenkreise durchaus von psychotherapeutischer Relevanz. Nahezu 40% der Therapeuten geben an, dass der Anteil der Klienten, die solche Inhalte einbringen, zwischen 10% und 50% liegt, und etwa weitere 10% berichten, dass mehr als 50% ihrer Klienten religiöse oder spirituelle Inhalte oder Probleme thematisieren. In Abbildung 12 sind die diesbezüglichen Ergebnisse noch einmal etwas differenzierter aufgeschlüsselt.

Abbildung 12: Prozentsatz der Klienten, die im Verlauf der psychotherapeutischen Behandlung religiöse / spirituelle Inhalte und Probleme thematisieren

Frage 8: Wie viel Prozent Ihrer Klient/innen thematisieren im Verlauf der Behandlung Inhalte und Probleme, die nach Ihrer Meinung oder nach Ansicht Ihrer Klient/innen mit Spiritualität oder Religiosität zu tun haben? (bspw. religiöse / spirituelle Erfahrungen; Probleme im Zusammenhang mit alternativen psycho-spirituellen Praktiken oder Seminaren, Probleme im Zusammenhang mit einer religiösen oder spirituellen Orientierung, u.ä.)



M:	22,3
Med.:	11,5
SD:	22,5

Anmerkung: Fehlende Werte N = 5
(M) Mittelwert, (SD) Standardabweichung, (Med) Median

2.3.1.2. Anteil der Klienten, in deren Leben eine spirituelle oder religiöse Ausrichtung eine bedeutsame Rolle spielt

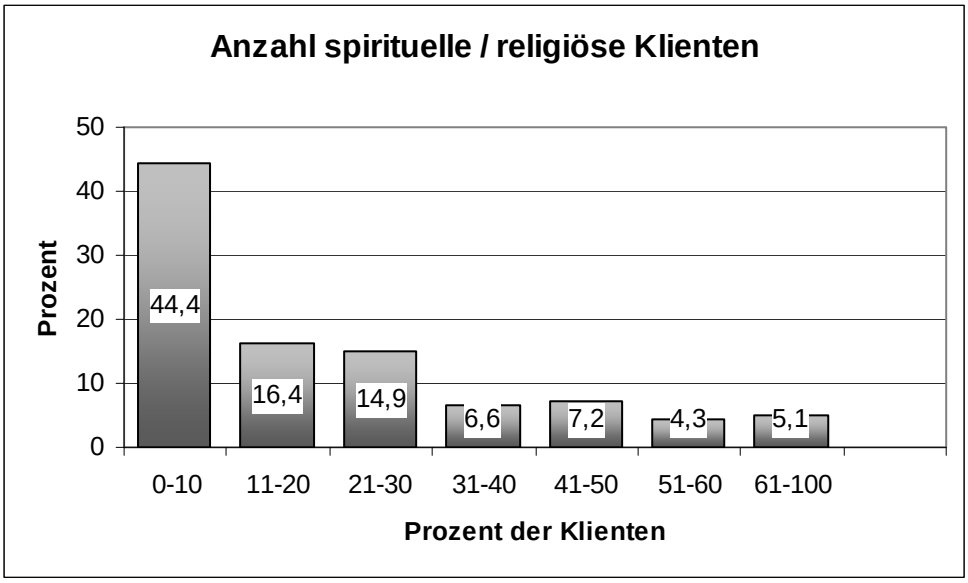
Den Anteil ihrer Klienten, in deren Leben eine spirituelle oder religiöse Ausrichtung eine bedeutsame Rolle spielt, schätzten die Psychotherapeuten im Durchschnitt mit 23,3% ein. Bei den Antworten zu dieser Frage ist zu beachten, dass es sich um eine subjektive Einschätzung von Seiten der Therapeuten handelt. Ob darüber hinaus noch mehr Klienten eine solche religiöse / spirituelle Orientierung haben, die jedoch im Kontext der Therapie nicht zu Tage tritt, bleibt offen.

Die Korrelation der beiden Variablen „Thematisierung religiöser / spiritueller Themen und Probleme“ und Anzahl spiritueller / religiöser Klienten liegt bei r = .578 (p = 0.01). Die Angaben korrelieren somit im mittleren Maße positiv, sind jedoch nicht redundant. Daraus lässt sich schließen, dass diejenigen, die spirituelle Themen einbringen, nicht immer eine

religiöse bzw. spirituelle Orientierung haben, und / oder dass diejenigen, die eine solche Orientierung haben, diesbezügliche Themen nicht immer einbringen.

Abbildung 13: Prozentsatz religiöser / spiritueller Klient/innen

Frage 9: Wie hoch würden Sie den Anteil Ihrer Klient/innen einschätzen, in deren Leben eine spirituelle oder religiöse Ausrichtung eine bedeutsame Rolle spielt (bspw. in Form von Glaubensüberzeugungen, Praktiken, Teilnahme an diesbezüglichen Veranstaltungen, Studium von diesbezüglicher Literatur)?



M:	23,3
SD:	20,2
Med.:	15,0

Anmerkung: fehlende Werte N = 7
(M) Mittelwert, (SD) Standardabweichung, (Med) Median

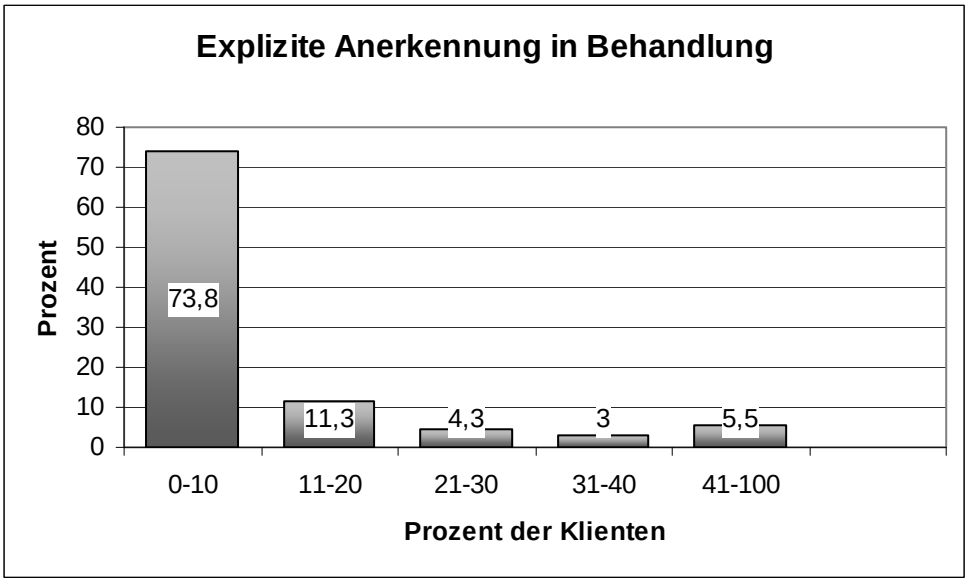
2.3.1.3. Wunsch nach expliziter Anerkennung in der Behandlung

Zum Abschluss dieses Abschnittes interessierte die Frage nach dem Anteil der Klienten, die Wert darauf legen, dass die eigene religiöse / spirituelle Orientierung im Rahmen der Behandlung explizit anerkannt und miteinbezogen wird. Im Mittel war dies nach Angaben der Psychotherapeuten bei 11,5% der Klienten der Fall. Dieses Ergebnis erweist sich im Nachhinein jedoch als schwer zu interpretieren, da unklar bleibt, was eine explizite Anerkennung und Miteinbeziehung meint. Eine mögliche Interpretation dieses Befundes wäre die, dass viele Klienten, in deren Leben eine spirituelle oder religiöse Orientierung eine bedeutsame Rolle spielt, dennoch nicht erwarten, dass diese explizit Thema in der Therapie sein sollte. Möglicherweise, weil man es in einem solchen, eher säkular geprägten Kontext nicht erwartet bzw. es nicht als in den Zuständigkeitsbereich der Psychotherapie gehörend

betrachtet. Ebenso ist es jedoch auch denkbar, dass die Klienten diesen Bereich einfach nicht als problemrelevant erachten.

Abbildung 14: Wunsch nach expliziter Anerkennung und Einbeziehung der religiösen / spirituellen Orientierung in der Behandlung

Frage 10: Wie viel Prozent Ihrer Klient/innen legen Wert darauf, dass die eigene spirituelle oder religiöse Orientierung im Rahmen der Psychotherapie explizit anerkannt und einbezogen wird?



M:	11,5
SD:	16,7
Med.:	5,0

Anmerkung: fehlende Werte N = 18
(M) Mittelwert, (SD) Standardabweichung, (Med) Median

2.3.2. Auseinandersetzung mit psychologisch relevanten Fragestellungen in Hinblick auf die Themenbereiche Religiosität und Spiritualität

Ein weiterer thematischer Abschnitt des Fragebogens befasste sich mit der Frage, in welchem Maße sich die Psychotherapeuten insgesamt mit psychologisch relevanten Fragestellungen im Zusammenhang mit den Themenbereichen Religiosität und Spiritualität beschäftigt hatten und – falls ja – mit welchen spezifischen Inhalten.

Unter Frage 11 im Fragebogen konnten die Befragten angeben, in welchem Maße sie sich bislang im Rahmen ihrer Aus- und Weiterbildung, im Selbststudium oder in anderen Zusammenhängen mit Fragestellungen dieser Art befasst hatten. Um die Einordnung dieser Frage zu erleichtern, wurden auch hier eine Reihe von möglichen Inhalten und Themen dieses Spezialgebietes exemplarisch angeführt. Dies waren: „gesundheitsfördernde und pathogene Formen von Spiritualität und Religiosität“, „die Auswirkungen von spirituellen Praktiken“,

„spirituelle Krisen“, „die diagnostische Einordnung außergewöhnlicher Erfahrungen“ und „Modelle der religiösen oder spirituellen Entwicklung“. Auch hier waren die Beispiele so gewählt, dass sich Psychotherapeuten mit einem möglichst breiten Spektrum an Interessen und Erfahrungen in diesem Bereich darin wieder finden konnten.

44,4% der Psychotherapeuten gaben an, sich gar nicht oder wenig mit psychologisch relevanten Fragestellungen im Zusammenhang mit den Themenbereichen Spiritualität und Religiosität beschäftigt zu haben. 27% hatten sich in mittlerem Maße und 27,6% in ziemlich oder sehr hohem Maße mit solchen Themen auseinandergesetzt. Auch hier zeigt sich, dass für nahezu die Hälfte der Therapeuten diese Thematik nicht relevant bzw. von Interesse zu sein scheint. Demgegenüber haben sich jedoch mehr als die Hälfte der Therapeuten in mittlerem bis sehr hohem Maße näher mit diesbezüglichen Fragestellungen befasst.

Tabelle 31: Auseinandersetzung mit dem Spezialgebiet Religiosität / Spiritualität

Frage 11: Verschiedene psychologisch relevante Fragestellungen im Zusammenhang mit den Themenbereichen Religiosität und Spiritualität werden von einzelnen Vertreter/innen inner- und außerhalb der akademischen Psychologie diskutiert und empirisch erforscht. So z.B. gesundheitsfördernde und pathogene Formen von Spiritualität / Religiosität, die Auswirkungen von spirituellen Praktiken, spirituelle Krisen, die diagnostische Einordnung außergewöhnlicher Erfahrungen, Modelle der religiösen oder spirituellen Entwicklung u.a.m.

Geben Sie bitte an, in welchem Maße Sie sich bislang mit diesem Spezialgebiet auseinandergesetzt haben (z.B. im Rahmen der psychotherapeutischen Aus- und Weiterbildung, Selbststudium u.ä.).

	N	Prozent
gar nicht	106	11,8
Wenig	292	32,6
Mittelmäßig	242	27,0
Ziemlich	150	16,8
Sehr	97	10,8
keine Angabe	8	0,9
Gesamt	895	100

Mittels einer weiteren Frage konnten die Psychotherapeuten spezifizieren, ob und falls ja mit welchen der genannten oder weiteren Aspekten dieses Spezialgebietes sie sich näher beschäftigt hatten. Für diese Frage war ein offenes Antwortformat vorgegeben. Da hierfür nur ein kurzes Textfeld zur Verfügung stand, handelt es sich bei den Antworten zu dieser Frage um stichwortartige Beschreibungen der Themenfelder, mit denen sich die Psychotherapeuten näher befasst hatten. Die hierzu erhaltenen Antworten wurden analysiert und in übergeordneten Kategorien zusammengefasst. Eine Abbildung dieses Kategoriensystems findet sich in Tabelle 32. In Spalte 1 der Tabelle sind die Bezeichnungen der jeweiligen Kategorien aufgeführt, in Spalte 2 werden die Inhalte der jeweiligen Kategorie anhand von Kurzzusammenfassungen und exemplarischen Zitaten spezifiziert. Letztere wurden möglichst wortgetreu übernommen.[135]

Tabelle 32: Kategoriensystem „Vertiefte Auseinandersetzung mit spezifischen Fragestellungen dieses Spezialgebietes“[136]

Nr.	Kategorie	Beispiele / Stichworte
1	gesundheitsfördernde und pathogene Formen von Religiosität und Spiritualität	Vorgabe wortgetreu übernommen bzw. markiert
2	Auswirkungen von spirituellen Praktiken	Vorgabe wortgetreu übernommen oder markiert
3	Spirituelle Krisen	Vorgabe wortgetreu übernommen oder markiert
4	Diagnostische Einordnung außergewöhnlicher Erfahrungen	Vorgabe wortgetreu übernommen oder markiert; diagnostische Einordnung außergewöhnlicher Erfahrungen, in Abgrenzung zu Psychosen, Schizophrenie, Spiritualität
5	Modelle der religiösen/spirituellen	Vorgabe wortgetreu übernommen oder markiert

[135] Bei denjenigen Kategorien, bei denen in Spalte 2 „Vorgabe wortgetreu übernommen oder markiert“ steht, handelt es sich um Inhalte, die bei Frage 11 als Beispiele angegeben waren. Diese wurden von den Teilnehmern entweder im Fragebogen unterstrichen oder eben wortgetreu übernommen. Wenn in Spalte 2 keine weiteren Inhalte angeführt werden, so bedeutet dies, dass diese durch die in Spalte 1 genannten Inhalte bereits erschöpfend erfasst wurden.

[136] Um das Verständnis der später folgenden Tabellen zu erleichtern, wurden die einzelnen Kategorien in dieser Tabelle nicht nach inhaltlichen Kriterien geordnet, sondern nach ihrer Kategoriennummer.

	Entwicklung	
6	Tod und Sterben, Trauer, Verlust	Auseinandersetzung mit Tod und Sterben; Trauerarbeit; spirituelle Aspekte in der Sterbebegleitung und Trauer; Hospizbewegung; Verlustverarbeitung; Sterbemeditation; Trauerrituale, Trauerbewältigung; Akzeptieren der Todesgefahr (im Zusammenhang mit Angststörungen); Haltung verschiedener Religionen und spiritueller Schulen zu Lebens- und Todesangst; Rolle der Religiosität in der Trauerarbeit; Trennung; Umgang mit Schwerkranken oder Sterbenden
7	weltanschauliche Fragen im Zusammenhang mit Tod und Sterben	Reinkarnation / Wiedergeburt; Leben nach dem Tod; Sterbeforschung; Karma; Diesseits-Jenseits; Was kommt nach dem Tod; Anfang und Ende des Lebens in verschiedenen Religionen
8	pathogene Formen der Religiosität / Spiritualität	pathogene Formen der Religiosität / Spiritualität; Auswirkungen rigider / restriktiver religiöser Erziehung; ekklesiogene Neurosen; rigide religiöse Orientierung; Pathologie des Christentums; Auswirkung christlicher Erziehung; Sünde / Schuldproblematik im Zusammenhang mit religiöser Erziehung; Schuldkomplexe; hohe Moralbegriffe; Über-Ich; pathologische Gewissensbildung
10	gesundheitsfördernde Formen der Religiosität / Spiritualität	gesundheitsfördernde Formen von Religiosität / Spiritualität; Zusammenhang Religiosität / Spiritualität und Gesundheit; Heilung und Glaube; Selbstheilungskräfte durch Kontakt mit Spiritualität; Spontanheilung; Gottvertrauen; religiöse / spirituelle Ressourcen; Notwendigkeit einer spirituellen Haltung; Burn-out-Prophylaxe;

		Spiritualität-Psychosomatik-Psychoneuroimmunologie
11	Sinnfrage	Sinnfrage; Lebenssinnfrage; Sinnkrisen; Gibt es einen übergeordneten Sinn; Ordnung; Lebensauftrag; Lebensaufgabe; Bestimmung?; Sinnfrage und -antworten in religiösen und spirituellen Konzepten; Spiritualität / Glaube als Sinnfindung; Sinnfrage mithilfe der Religiosität beantworten; Schicksal oder Zufall; Bedeutung / Sinn von Krankheiten und Lebensereignissen; Sinnfrage im Zusammenhang mit Depression und Krankheiten
12	Lebenskrisen, Existentielle Krisen	
13	Außergewöhnliche Erfahrungen	Nah-Tod-Erfahrungen; Kundalini-Erfahrungen; paranormale Erfahrungen; parapsychologische Phänomene; außergewöhnliche Sinneswahrnehmungen; außersinnliche Wahrnehmung; präkognitive Träume; Stimmenhören; sinnvolle Zufälle, religiöse Offenbarungen; starker Einfluss von religiösen / spirituellen Erlebnissen; Relevanz außergewöhnlicher Erfahrungen
14	Grenzerfahrungen, transpersonale Erfahrungen	transpersonale Erfahrungen; Erleuchtungserfahrungen; Erforschung transpersonaler Phänomene; mystische Erfahrungen
15	übergreifende und vergleichende Auseinander-setzung mit verschiedenen Weltreligionen / spirituellen	spirituelle Wege allgemein; Vergleich der Modelle von unterschiedlichen religiösen / spirituellen Systemen; interreligiöser Dialog; vergleichende Religionswissenschaften;

	Traditionen	fernöstliche Traditionen; Religionsformen
16	Schamanismus	
17	Buddhismus	Buddhismus; Zen
18	Hinduismus	
19	Yoga	
20	christliche Mystik	
21	Christentum	Christentum; katholische Religion; Theologie, Kirche
22	Meditation	Zen; TM; Auswirkungen von Meditation; heilende Aspekte der Meditation
23	Spezifizierungen sonstiger spiritueller Praktiken	Zen-Bogenschießen; Gebet; Atem als spirituelle Praxis; Kontemplation; Zen-Praxis
24	Transpersonale Ansätze und Methoden	Holotropes Atmen; Atemreisen; Psychosynthese; Psycholytische / psychedelische Therapie
25	Energie-Konzepte und Methoden	Reiki; Geistheilung; spirituelle Heilung
26	Satanismus	Satanismus; ritueller Missbrauch; traumatische Erfahrungen im Zusammenhang mit Satanismus
27	Sekten, destruktive Kulte	Sekten; destruktive Kulte; Psychokulte; Therapie mit Sektenangehörigen, Aussteigern und Geschädigten; religiöser / ritueller Missbrauch; Gehirnwäsche; Probleme im Zusammenhang mit Sekten
28	Spiritualität / Religiosität und Coping	Spiritualität / Religiosität als Unterstützung bei der Bewältigung von chronischen, schweren oder

		tödlichen Erkrankungen und schwierigen Lebenssituationen, Krisen; Psychoonkologie; Krankheitsverarbeitung; Bewältigung von Krankheit und Religiosität; Spiritualität im Umgang mit Lebensbedrohung; Religiosität als Coping; kritische Lebens-ereignisse und Glauben; Spiritualität und Trauma; Bedeutung eines spirituellen Halts für Traumatisierte; Simonton-Visualisierungen bei Krebskranken; Stabilisierung durch Religiosität bei schweren Erkrankungen; göttliche Unterstützung und Hilfe in Krisen
29	Spiritualität / Religiosität als Abwehr	Spiritualität und Religiosität als Abwehr und Ausdruck des Unbewussten; unbewusste Motive religiöse / spirituelle Deutung; Widerstand / Verdrängung und religiöse / spirituelle Deutung bzw. Auslegung; unbewusste Motive religiösen Glaubens; religiöse / spirituelle Abwehr psychischer Traumatisierungserfahrungen; Spiritualität als Flucht vor der Realität
30	Modelle und Konzepte des Selbst, Menschenbild, Konzepte von Gesundheit und Krankheit	Ich-Selbst-Seele; höheres Selbst; Modelle des Selbst nach Jung; spirituelles Selbst; Ich-Selbst-Psychologie; psychische Probleme vor verschiedenen weltanschaulichen Hintergründen; Heilserwartungen vor verschiedenen weltanschaulichen Hintergründen
31	New Age, Esoterik, alternative weltanschauliche Methoden und Konzepte	Anthroposophie; Astrologie; I-Ging; Tarot; Bachblüten; Chakraarbeit; Kurs in Wundern; Engel; Glaube an Engel; Schutzengel; Channeling; Transformationsseminare; Qi-Gong; chinesische Medizin; Pastlife;

		Reinkarnationstherapie; Pendeln; Imagination; Energie und Lichtarbeit; Gesundheitsgefährdung durch Esoterik; Trance; Trancereisen
32	Verhältnis von Spiritualität / Religiosität und Psychotherapie	Einstellung psychotherapeutischer Schulen zu Religiosität und Spiritualität; Zusammenhang und Abgrenzung zwischen Psychotherapie und Spiritualität; Möglichkeiten und Grenzen einer Integration von Spiritualität und Psychotherapie; Integration von spirituellen und psychotherapeutischen Ansätzen und Methoden. Beispielzitate: Einfluss der eigenen spirituellen / religiösen Einstellung auf Therapiegeschehen; Spirituelle Psychotherapie, Psychotherapie und Spiritualität; Abgrenzung Psychotherapie und Spiritualität; Psychoanalyse und Religion; Religionskritik im Rahmen der Tiefenpsychologie; Therapie ohne spirituellen Hintergrund überhaupt sinnvoll? Grenzen der Psychotherapie; Arbeitsteilung mit seelsorgenden Berufen; Meditation und Psychotherapie; Zen und Psychotherapie; Zusammenhang kognitive VT und Buddhismus; Anthroposophisch orientierte Psychotherapie; Transpersonale Psychotherapie; Christliche Psychotherapie; Bedeutung von Spiritualität im Rahmen des 12-Schritte-Programms; Integration und Förderlichkeit von spirituellen

		Praktiken in der PT; Anwendung spiritueller Erkenntnisse in Transpersonaler Psychotherapie; Buddhistische Praktiken in der Psychotherapie; Lehren des tibetischen Buddhismus im therapeutischen Prozess; Erarbeiten einer spirituellen Praktik zur therapeutischen Nutzung; Spirituelle Entwicklung mit dem Enneagramm, Eingliederung in Psychotherapie; Kontemplative Psychotherapie; Nutzung von veränderten Bewusstseinszuständen für die Psychotherapie.
34	Transpersonale Psychologie	
35	spirituelle Entwicklung, höhere Bewusstseinszustände, Erleuchtung	Bewusstseinserweiterung; Erleuchtung als Spitzenmodell persönlichen Wachstums, Phänomen der Erleuchtung; spirituelles Wachstum; Entwicklung spirituellen Bewusstseins
36	Spiritismus, Okkultismus	Spiritismus; Okkultismus; okkulte Praktiken
37	religionspsychologische und psychoanalytisch orientierte Fragestellungen und Konzepte im Zusammenhang mit Religiosität	Objektbeziehungen und Glaubensvorstellungen; Gottesbild; Gottesvorstellungen und Autoritätsglauben / Projektionen / Übertragungen; Identität und Glaubensfindung; Lebensentwicklung und Spiritualität; Religiosität und Gemeinschaftsgefühl; Religionspsychologie; gut-böse
38	Generationenperspektive, transgenerationale Perspektive	Generationenperspektive; transgenerationale Perspektive; Hellinger
39	Glaubensfragen	Gottesfrage; Was ist Gott; Transzendenz; Was ist

		Wirklichkeit; Frage nach Seele, höherer Macht
40	philosophische, erkenntnistheoretische Fragen	philosophische, erkenntnistheoretische Fragen; Religionskritik im Rahmen der Philosophie; Freiheit versus Determinismus
41	Feministische Thesen / Feministische Theologie	Feministische Thesen im Zusammenhang mit alten (keltischen) Traditionen; feministische Spiritualität
42	Sonstige	haltgebende Mutter Natur u.ä.
43	Sufismus	
44	Islam	
45	Taoismus	

Zu den Kategorien ist anzumerken, dass sie das Exklusivitäts-Kriterium des wechselseitigen Ausschlusses nicht immer vollständig erfüllen. Dies liegt daran, dass man sich mit einem Thema unter verschiedenen Gesichtspunkten beschäftigen kann. So wäre es bei einigen der unter „Meditation“ eingeordneten Fälle ebenso denkbar, diese unter „Auswirkungen spiritueller Praktiken“ einzuordnen oder aber unter „gesundheitsfördernde und pathogene Aspekte“. „Spiritualität/Religiosität als Abwehr“ könnte auch unter „pathogene Formen von Religiosität“ eingeordnet werden. Die Zuordnung zu den jeweiligen übergeordneten Kategorien richtete sich jeweils nach den dominierenden Themen und Stichworten. Alle Formulierungen, die nicht eindeutig zu interpretieren waren, sowie vereinzelt auftretende Themen wurden der Kategorie „Sonstige“ zugeordnet.

Insgesamt verneinten 48,9% der teilnehmenden Psychotherapeuten die Frage, ob sie sich mit einzelnen der genannten oder anderen Themen dieses Spezialgebietes näher auseinandergesetzt hätten, und 48,5% bejahten dies. 46,6% (N = 417) von diesen spezifizierten einzelne Inhalte. Dabei blieben sowohl die Frage nach den Beweggründen für eine solche vertiefte Auseinandersetzung als auch die Frage, in welchem Kontext diese stattgefunden hat, offen. Als Beweggründe sind sowohl persönliche Interessenlagen oder wesentliche Ereignisse im eigenen Lebenslauf denkbar als auch berufliche Erfordernisse, wie z.B. die vermehrte Thematisierung solcher Inhalte durch Klienten. Die Beschäftigung mit diesen Themenbereichen kann im Rahmen des Selbststudiums, der Selbsterfahrung oder einer

eigenen spirituellen / religiösen Praxis stattgefunden haben, ebenso aber auch im Rahmen der beruflichen Aus- und Weiterbildung.

In Tabelle 33 sind die Häufigkeiten der einzelnen Themenbereiche, mit denen sich die Therapeuten näher beschäftigt haben, in absteigender Reihenfolge der Häufigkeit der Nennungen aufgeführt. Spalte 4 der Tabelle gibt die Prozentwerte bezogen auf die Anzahl derer, die zu dieser Frage geantwortet haben, wieder, in Spalte 5 finden sich die Prozentwerte bezogen auf die Gesamtstichprobe.

Tabelle 33: Auseinandersetzung mit diesem Spezialgebiet 1

Frage 11b: Haben Sie sich mit einzelnen der genannten oder anderen Fragestellungen dieses Spezialgebietes näher beschäftigt? Nein / Ja, und zwar mit den folgenden Fragestellungen:

Nr.	Kategorie	Häufigkeit	% der Fälle bezogen auf Antworter N = 417	% der Fälle bezogen auf Gesamtstich-probe N = 895
3	Spirituelle Krisen	70	16,8	7,8
5	Modelle der religiösen oder spirituellen Entwicklung	54	12,9	6,0
10	gesundheitsfördernde Formen der Religiosität und Spiritualität	51	12,2	5,7
1	gesundheitsfördernde und pathogene Formen der Religiosität / Spiritualität	50	12,0	5,6
8	pathogene Formen der Religiosität / Spiritualität	47	11,3	5,3
4	diagnostische Einordnung außergewöhnlicher Erfahrungen	43	10,3	4,8

2	Auswirkungen von spirituellen Praktiken	41	9,8	4,6
11	Sinnfrage	40	9,6	4,5
27	Sekten, destruktive Kulte	38	9,1	4,2
17	Buddhismus	35	8,4	3,9
22	Meditation	35	8,4	3,9
6	Tod und Sterben	34	8,2	3,8
32	Verhältnis von Religiosität / Spiritualität und Psycho-therapie	30	6,4	3,3
13	Außergewöhnliche Erfahrungen	29	7,0	3,2
31	New-Age, Esoterik, alternative weltanschauliche Konzepte und Methoden	26	6,2	2,9
7	weltanschauliche Fragen im Zusammenhang mit Tod und Sterben	26	6,2	2,9
28	Spiritualität / Religiosität und Coping	17	4,1	1,9
21	Christentum	14	3,4	1,6
37	Konzepte aus der Psycho-analyse, sonstige psychologisch relevante Aspekte der religiösen / spirituellen Orientierung	12	2,9	1,3

15	Weltreligionen, vergleichende Religions-wissenschaften	11	2,6	1,2
24	Transpersonale Ansätze und Methoden	11	2,6	1,2
30	Modelle und Konzepte des Selbst, Menschenbild, Krankheitsbild	9	2,2	1,0
26	Satanismus	8	1,9	0,9
19	Yoga	6	1,4	0,7
29	Spiritualität / Religiosität als Abwehr	6	1,4	0,7
23	sonstige spirituelle Praktiken	6	1,4	0,7
36	Spiritismus, Okkultismus	6	1,4	0,7
35	spirituelle Entwicklung, höhere Bewusstseins-zustände	5	1,2	0,6
25	feinstoffliche Energie-konzepte und Methoden	5	1,2	0,6
12	Lebenskrisen, existentielle Krisen	4	1,0	0,4
16	Schamanismus	4	1,0	0,4
40	philosophische, erkenntnis-theoretische Fragen	4	1,0	0,4
41	feministische Thesen, feministische Theologie	4	0,5	0,4

14	Grenzerfahrungen, transpersonale Erfahrungen	3	0,7	0,3
38	Generationenperspektive, transgenerationale Perspektive	3	0,7	0,3
39	Glaubensfragen	3	0,7	0,3
18	Hinduismus	2	0,5	0,2
45	Taoismus	2	0,5	0,2
44	Islam	2	0,5	0,2
43	Sufismus	2	0,5	0,2
20	Christliche Mystik	1	0,2	0,1
34	Transpersonale Psychologie	3	0,7	0,1
42	Sonstige	48	11,5	5,4

In einem weiteren Schritt wurden einige der in Tabelle 33 aufgeführten Kategorien nochmals zu übergeordneten Themengruppen zusammengefasst. Tabelle 34 gibt die von den Psychotherapeuten am häufigsten genannten Inhalte dieser Themengruppen wieder. In Spalte 2 der Tabelle finden sich die Codierungen der ehemaligen Kategorien (vgl. Tab. 32), aus denen sich die jeweilige übergeordnete Themengruppe / Kategorie zusammensetzt.[137]

[137] Da bei dieser Frage Mehrfachantworten möglich waren, sind die Häufigkeiten der zusammengefassten Themengruppen so zu interpretieren, dass die Person sich mit einer oder mehreren der zugehörigen Einzelkategorien näher befasst hatte.

Tabelle 34: Auseinandersetzung mit diesem Spezialgebiet 2 – Themengruppen

Themengruppe / Kategorie	Zusammengefasste Kategorien vgl. Tabelle 32	Häufigkeit	% der Fälle bezogen auf Antworter N = 417	% der Fälle bezogen auf Gesamtstichprobe N = 895
gesundheits- bzw. krankheitsrelevante Aspekte von Spiritualität und Religiosität	1 / 8 / 10	143	34,3	16,0
spirituelle Praktiken und deren Auswirkungen	2 / 22 / 23	78	18,7	8,7
außergewöhnliche Erfahrungen und deren diagnostische Einordnung	4 / 13 / 14	74	17,7	8,3
spirituelle Krisen	3	70	16,8	7,8
Modelle der spirituellen / religiösen Entwicklung, höhere Bewusstseinszustände, Erleuchtung	5 / 35	58	13,9	6,5
Weltreligionen und spirituelle Traditionen	15 / 16 / 17 / 18 / 20 / 21 / 43 / 44 / 45	56	13,4	6,3

weltanschauliche Aspekte von und Umgang mit Tod und Sterben	6 / 7	52	12,5	5,8
Sekten, destruktive Kulte, Satanismus	26 / 27	44	10,6	4,9
Sinnfrage	11	40	9,6	4,5
Esoterik, New Age alternative welt-anschauliche Konzepte	31 / 25 / 36	32	7,7	3,6
Verhältnis von Spiritualität und Religiosität und Psychotherapie	32	30	7,2	3,4
psychologisch relevante Frage-stellungen und Konzepte im Zusam-menhang mit Religiosität und Spiritualität	29 / 30 / 37	27	6,4	3,0

Bei der nun folgenden Diskussion ist zu beachten, dass sich die prozentualen Angaben auf die Gruppe der Psychotherapeuten beziehen, die solche Inhalte spezifiziert hatten. Dies waren insgesamt N = 417.[138]

Der am häufigsten genannte Themenkreis bezog sich auf die gesundheitsrelevanten Aspekte von Spiritualität und Religiosität. 34,3% der Therapeuten, die Inhalte spezifiziert hatten, nannten dieses Thema. Einige Therapeuten hatten spezifiziert, ob sie sich mit den gesundheitsfördernden oder den pathogenen Formen von Religiosität oder Spiritualität

[138] Prozentwerte in Bezug auf die Gesamtstichprobe, siehe Tabelle 33, Spalte 5.

beschäftigt hatten. Interessant ist hier, dass nicht die Beschäftigung mit den pathogenen Formen der Religiosität / Spiritualität dominierte (11,3%*), sondern, dass sich in etwa genauso viele Therapeuten mit den gesundheitsfördernden Aspekten beschäftigt hatten (12,2%*). Nimmt man den Bereich „Spiritualität / Religiosität als möglicher Coping-Faktor beim Umgang mit lebensbedrohlichen Erkrankungen, schwierigen Lebenssituationen und Krisen“ noch hinzu (4,1%*[139]), dann hat es den Anschein, dass die salutogenen Aspekte von Religiosität und Spiritualität für die Psychotherapeuten von größerem Interesse sind als die pathogenen.

Weitere 18,7% hatten sich mit verschiedenen spirituellen Praktiken und deren Auswirkungen beschäftigt. Die weitaus am häufigsten angeführte Form der Praxis war die der Meditation. 17,7% der Therapeuten hatten sich für verschiedene außergewöhnliche Erfahrungen sowie deren diagnostische Einordnung interessiert. Am häufigsten wurde hier die Nahtod-Erfahrung genannt. 16,8% führten „Spirituelle Krisen“ als ein Thema an, mit dem sie sich auseinandergesetzt hatten. Hier gibt es vermutlich starke Überschneidungen mit dem Themenkreis der außergewöhnlichen Erfahrungen. Es ist bemerkenswert, dass die Kategorie der „Spirituellen Krise“ die am häufigsten genannte der ursprünglichen Einzelkategorien war. Das Konzept und das Thema der „Spirituellen Krise“ scheinen einen vergleichsweise hohen Bekanntheitsgrad bei den befragten psychotherapeutischen Praktikern zu haben und für diese von Interesse zu sein. Fasst man die Kategorien „außergewöhnliche Erfahrungen und deren diagnostische Einordnung“ und „Spirituelle Krisen“ zusammen (vgl. Tabelle 34), so sind es 27,8%, die sich mit diesem Themenkreis näher beschäftigt haben (13,0% der Gesamtstichprobe).[140]

13,9% hatten sich mit dem Themenkreis „religiöse oder spirituelle Entwicklung, spirituelles Wachstum, höhere Bewusstseinszustände und Erleuchtung“ befasst. Ein weiterer, häufig spezifizierter Themenkreis bezog sich auf die Auseinandersetzung mit verschiedenen Weltreligionen und spirituellen Traditionen. 13,4% machten Angaben zu diesem Bereich. Die Tradition, die hier am häufigsten genannt wurde, war die des Buddhismus mit 8,4%, gefolgt vom Christentum mit 3,4%. Von geringerer Bedeutung scheinen die Religionen Hinduismus, Islam, Sufismus und das Judentum zu sein. Diese wurden nur selten angeführt. Ein weiterer Themenkreis, der von recht großer Bedeutung zu sein scheint, ist „Tod und Sterben“. Hierbei geht es sowohl um den psychotherapeutischen Umgang mit Tod und Sterben als auch um die weltanschaulichen Aspekte dieses Themas, wie z.B. die Frage nach einem Fortgang der

[139] * Diese Prozentwerte beziehen sich auf die Einzelnennungen der Kategorien aus Tabelle 32, siehe Tabelle 33.

Existenz nach dem physischen Tod oder einer möglichen Wiedergeburt. 12,5% (5,8%) der Therapeuten hatten sich damit näher befasst. Ebenfalls häufig genannt wurde der Themenkreis „Sekten, Satanismus, destruktive Kulte“ mit 10,6%. Auch die Auseinandersetzung mit der „Sinnfrage“ wurde mit 9,6% vergleichsweise häufig genannt. Hier wurde die generelle Auseinandersetzung mit der Frage nach dem Sinn des Lebens oder des Sinns spezifischer Ereignisse sowie mit religiösen / spirituellen Antworten in Bezug auf die Sinnfrage beschrieben. Ein weiteres häufig angeführtes Thema war die Beschäftigung mit Esoterik, New Age und alternativen weltanschaulichen Konzepten und Methoden (7,7%). 7,2% nannten verschiedene Fragestellungen, die sich auf das Verhältnis von Spiritualität / Religiosität und Psychotherapie bezogen. Mit weiteren psychoanalytischen oder religionspsychologischen Fragestellungen und Konzepten im Zusammenhang mit Religiosität und Spiritualität, wie z.B. Gottesbild, Funktionen von Religiosität, Identität und Glaubensfindung oder Religiosität / Spiritualität als Abwehr, hatten sich 6,4% der Psychotherapeuten beschäftigt.

Bei der Interpretation dieser Ergebnisse müssen zweierlei Einschränkungen berücksichtigt werden. Zum einen ist es möglich, dass die Themen, die im Fragebogen als Beispiele aufgeführt wurden, häufiger bestätigt bzw. einfach unterstrichen wurden und dadurch einen größeren Stellenwert erhalten. Zum anderen nannten die Therapeuten aufgrund des sehr eingeschränkten Raumes, der für die Beantwortung dieser Frage zur Verfügung stand, möglicherweise nicht alle Themen, mit denen sie sich auseinandergesetzt hatten, sondern nur die prominentesten Beispiele. Aus diesen Gründen liegt es nahe, die dargestellten Ergebnisse nicht so sehr als absolute Häufigkeitsangaben zu interpretieren, sondern eher im Sinne einer prinzipiellen Bedeutsamkeit dieser Themenbereiche und deren Rangfolge. Insofern gibt die Analyse dieser Ergebnisse interessante Aufschlüsse über die tendenzielle Bedeutsamkeit spezifischer psychologisch relevanter Themen im Zusammenhang mit Religiosität und Spiritualität.

2.3.3. Beurteilung von Aus- und Weiterbildung in Bezug auf die Themenbereiche Religiosität und Spiritualität

Ein weiterer Themenkomplex der Studie beschäftigte sich mit der Berücksichtigung von psychologisch relevanten Fragestellungen im Zusammenhang mit den Themenbereichen Religiosität und Spiritualität im Rahmen der Aus- und Weiterbildung. Zu diesem Thema

[140] Das heisst, die Betreffenden hatten zu mindestens einer der ursprünglichen Kategorien 3, 4, 13 oder14 in Tabelle 32 eine Angabe gemacht.

wurden sowohl die diesbezüglichen Erfahrungen als auch die Bedürfnisse und Wünsche der psychotherapeutischen Praktiker näher untersucht.

2.3.3.1. Wunsch nach stärkerer Berücksichtigung dieses Spezialgebiets im Rahmen des Diplomstudiengangs Psychologie

Ein recht hoher Prozentsatz von 66,5% der Psychotherapeuten bejahte die Frage, ob sie der Ansicht seien, dass psychologisch relevante Fragestellungen im Zusammenhang mit den Themenbereichen Religiosität und Spiritualität im Rahmen des Diplomstudiengangs Psychologie stärker berücksichtigt werden sollten. Dies weist auf ein grundsätzliches Interesse der Psychologen an diesen Themenbereichen hin. 32,1% hingegen lehnten eine stärkere Berücksichtigung solcher Inhalte im Rahmen des Psychologiestudiums ab.

Tabelle 35: Wunsch nach stärkerer Berücksichtigung der Thematik im Psychologiestudium

Frage 12: Sind Sie der Ansicht, dass psychologisch relevante Fragestellungen im Zusammenhang mit den Themenbereichen Religiosität und Spiritualität im Rahmen des Diplomstudienganges Psychologie in stärkerem Maße berücksichtigt werden sollten?

	N	Prozent
Ja	595	66,5
nein	287	32,1
keine Angaben	13	1,5
Gesamt	895	100

2.3.3.2. Grad der Berücksichtigung im Rahmen der Psychotherapieausbildung

Auf die Frage nach dem Grad der Berücksichtigung solcher Inhalte im Rahmen ihrer eigenen Psychotherapieausbildung antworteten 81,1% der Befragten, dass dies gar nicht oder wenig der Fall gewesen sei. 10,9% gaben an, dass diese Themen in mittlerem Maße und 7,3%, dass diese in ziemlich oder sehr hohem Maße berücksichtigt wurden.

Tabelle 36: Grad der Berücksichtigung der Themenbereiche Religiosität und Spiritualität im Rahmen der Psychotherapieausbildung

Frage 13: In welchem Maße wurden psychologisch relevante Fragestellungen im Zusammenhang mit den Themenbereichen Spiritualität und Religiosität im Rahmen Ihrer psychotherapeutischen Ausbildung berücksichtigt?

	N	Prozent
Gar nicht	351	39,2
wenig	375	41,9
mittelmäßig	98	10,9
ziemlich	54	6,0
sehr	12	1,3
keine Angabe	5	0,6
gesamt	895	100

2.3.3.3. Zufriedenheit mit der Psychotherapieausbildung

Da anzunehmen ist, dass Psychotherapeuten in Hinblick auf die Behandlung dieser Themenbereiche im Rahmen der Psychotherapieausbildung unterschiedliche Vorstellungen und Bedürfnisse haben, wurde mithilfe einer weiteren Frage zusätzlich erfasst, in welchem Maße die Behandlung der Themenbereiche Religiosität und Spiritualität im Rahmen ihrer Psychotherapieausbildung ihren Bedürfnissen als psychotherapeutische Praktiker entsprochen hat. 42,7% der befragten Psychotherapeuten beantworteten diese Frage mit „gar nicht“ oder „wenig“. Dies dürfte wohl vor allem auf den geringen Grad der Berücksichtigung zurückzuführen sein. Ebenso sind aber auch andere Faktoren denkbar, wie z.B. die Auswahl der betreffenden Inhalte oder die Qualität der diesbezüglichen Ausbildung. 20,9% waren in mittlerem Maße zufrieden und 34,9% gaben an, dass die Berücksichtigung solcher Themen im Rahmen der Psychotherapieausbildung ihren Bedürfnissen ziemlich oder sehr entsprochen habe.

Tabelle 37: Zufriedenheit mit der Psychotherapieausbildung

Frage 14: In welchem Maße entsprach die Behandlung der Themenbereiche Spiritualität und Religiosität Ihren Bedürfnissen als psychotherapeutischer Praktiker?

	N	Prozent
Gar nicht	145	16,2
wenig	237	26,5
mittelmäßig	187	20,9
ziemlich	226	25,3
sehr	86	9,6
keine Angabe	14	1,6
gesamt	895	100

Die oben genannten Angaben zur Zufriedenheit mit der Psychotherapieausbildung beziehen sich jedoch auf die Gesamtstichprobe, das heißt inklusive der Therapeuten, in deren Ausbildung die Themenbereiche Spiritualität und Religiosität in mittlerem bis sehr starkem Maße berücksichtigt wurden. Zieht man bei dieser Frage nur diejenigen Psychotherapeuten in Betracht, die angegeben hatten, dass die Themenbereiche Spiritualität und Religiosität in der Psychotherapieausbildung gar nicht oder wenig berücksichtigt wurden (N = 726), so sind 49,4% von diesen damit gar nicht oder wenig zufrieden, während 29,3% damit ziemlich oder sehr zufrieden sind.

2.3.3.4. Nutzen von Weiterbildungen

Mittels einer weiteren Frage wurde eruiert, wie die Psychotherapeuten den Nutzen von Weiterbildungen zu diesem Spezialgebiet für ihre konkrete psychotherapeutische Praxis einschätzen. Während sich 36,9% von Weiterbildungen zu den Themenbereichen Religiosität und Spiritualität gar keinen oder wenig Nutzen versprachen, schätzten 32,1% den Nutzen als ziemlich oder sehr groß ein. 23,0% stuften den Nutzen von diesbezüglichen Weiterbildungen als im mittleren Bereich liegend ein. Das heißt, insgesamt versprach sich mehr als die Hälfte der befragten Psychotherapeuten einen mittleren bis sehr hohen Nutzen von Weiterbildungen zum Thema für die eigene psychotherapeutische Praxis.

Tabelle 38: Nutzen von Weiterbildungen zum Thema

Frage 15: Geben Sie bitte an, in welchem Maße Weiterbildungen zu den Themenbereichen Spiritualität und Religiosität für Ihre psychotherapeutische Praxis von Nutzen wären:

	N	Prozent
Gar nicht	92	10,3
wenig	238	26,6
mittelmäßig	272	30,4
ziemlich	206	23,0
sehr	81	9,1
keine Angabe	6	0,7
gesamt	895	100

2.3.4. Kompetenz im Umgang mit spirituellen / religiösen Klienten und Problemen

Wie bereits im Theorieteil beschrieben, wurde vor allem von Autoren im US-amerikanischen Raum der bisherige Umgang der klinischen Psychologie und der Psychiatrie mit den Themenbereichen Religiosität und Spiritualität kritisiert. Hierbei wurde eine historisch gewachsene Marginalisierung bis hin zur Tabuisierung dieser Themenbereiche in der psychologischen Fachliteratur, Forschung, Ausbildung und Versorgung konstatiert (Lukoff, Lu & Turner, 1992, 1995). In Anbetracht des Mangels an Beachtung solcher Inhalte im Rahmen der Aus- und Weiterbildung wurde die Frage aufgeworfen, auf welcher Basis Psychotherapeuten mit religiösen bzw. spirituellen Inhalten und Problemen im Rahmen der Psychotherapie überhaupt umgehen (Shafranske, 1996c, 2000).

Betrachtet man die eben dargestellten Befunde zur Berücksichtigung der Themenbereiche Religiosität und Spiritualität im Rahmen der Psychotherapieausbildung von deutschen Psychotherapeuten, so lässt sich auch hier die Frage stellen, wie kompetent sich diese fühlen, im Rahmen ihrer psychotherapeutischen Praxis mit derartigen Problemen umzugehen. Alles in allem schätzten die Psychotherapeuten ihre diesbezügliche Kompetenz jedoch recht positiv ein. 46,2% fühlten sich ziemlich oder sehr kompetent, und 36,3% fühlten sich im mittleren Maße kompetent mit Klienten umzugehen, die im Rahmen ihrer spirituellen bzw. religiösen Orientierung problematische Erfahrungen und Prozesse erleben. „Nur“ 17% gaben an, sich in dieser Hinsicht gar nicht oder wenig kompetent zu fühlen.

Tabelle 39: Kompetenz im Umgang mit spirituellen / religiösen Klienten bzw. Problemen

Frage 16: Geben Sie bitte an, wie kompetent Sie sich fühlen, Klient/innen, die im Kontext einer spirituellen bzw. religiösen Orientierung oder Praxis problematische Erfahrungen oder Prozesse erleben, adäquat zu begleiten.

	N	Prozent
gar nicht	26	2,9
Wenig	126	14,1
Mittelmäßig	325	36,3
Ziemlich	314	35,1
Sehr	99	11,1
keine Angabe	5	0,6
Gesamt	895	100

2.4. Fragen zur religiösen / spirituellen Orientierung und Einbindung der Psychotherapeuten

Ein weiterer Themenschwerpunkt der Erhebung befasste sich mit der religiösen bzw. spirituellen Orientierung und Einbindung der befragten Psychotherapeuten. Hier wurden die Konfessionzugehörigkeit der Psychotherapeuten erfasst sowie der Glaube an eine höhere Wirklichkeit. Des Weiteren waren die Bezeichnung der eigenen Glaubenseinstellung, die Bedeutung von Spiritualität bzw. Religiosität im eigenen Leben sowie die Häufigkeit eigener bedeutsamer spiritueller / religiöser Erfahrungen von Interesse. Darüber hinaus wurde nach der Auswirkung der eigenen spirituellen bzw. religiösen Orientierung auf die psychotherapeutische Tätigkeit gefragt.

2.4.1. Konfession

Auf die Frage, welcher Konfession bzw. Religionsgemeinschaft sie angehören, nannten 18,9% der Psychotherapeuten die katholische, 35,8% waren evangelisch und 41,2% gaben an, keiner Konfession oder Religionsgemeinschaft anzugehören. Für die Konfessionslosen bestand zusätzlich die Option, gegebenenfalls die frühere Religionszugehörigkeit anzugeben. Davon machten jedoch lediglich 2,1% der Therapeuten dieser Kategorie Gebrauch. Dies

waren zu etwa gleichen Anteilen Mitglieder der beiden christlichen Großkirchen. 3,2% der Befragten nannten andere Formen der religiösen / spirituellen Zugehörigkeit, wie zum Beispiel buddhistisch oder freichristlich, und 0,8% nannten eine Kombination von katholisch, evangelisch, „keine“ einerseits und „andere“ andererseits.

Tabelle 40: Konfession

Frage 17: Welcher Konfession bzw. Religionsgemeinschaft gehören Sie gegenwärtig an?

	N	Prozent
Katholisch	169	18,9
Evangelisch	320	35,8
Andere	29	3,2
Keine	369	41,2
katholisch und andere	1	0,1
evangelisch und andere	3	0,3
keine und andere	4	0,4
Gesamt	895	100

Anmerkung: Bei der Gruppe katholisch / evangelisch / keine und andere handelt es sich um Therapeuten, die Mehrfachangaben gemacht hatten.

2.4.2. Glaube an eine höhere Wirklichkeit

Ein weiterer Abschnitt des Fragebogens bezog sich auf die persönliche spirituelle bzw. religiöse Orientierung der Psychotherapeuten, unabhängig von der formalen Zugehörigkeit zu einer religiösen Institution oder Gruppierung. Eine erste Frage hierzu lautete: „Einmal abgesehen von Ihren Ansichten über Kirchen und andere religiöse Organisationen: Glauben Sie an eine höhere Wirklichkeit, die man unterschiedlich bezeichnen kann, z.B. Gott (Allah, Jahwe), höheres Wesen, Göttliches, Absolutes?“ [141] Ein recht hoher Prozentsatz von 64,9% der Psychotherapeuten bejahte diese Frage. 20,6% waren sich diesbezüglich nicht sicher und nur 13,3% der Psychotherapeuten schlossen die Existenz einer höheren Wirklichkeit explizit aus.

[141] Die Formulierung dieser Frage wurde aus dem Münchner Motivationspsychologischen Religiositätsinventar (MMRI) übernommen (Grom, Hellmeister & Zwingmann, 1998).

Tabelle 41: Glaube an höhere Wirklichkeit

Frage 18: Einmal abgesehen von Ihren Ansichten über Kirchen und andere religiöse Organisationen: Glauben Sie an eine höhere Wirklichkeit, die man unterschiedlich bezeichnen kann, z.B. Gott (Allah, Jahwe), höheres Wesen, Göttliches, Absolutes?

	N	Prozent
Ja	581	64,9
Nein	119	13,3
nicht sicher	184	20,6
keine Angabe	11	1,2
Gesamt	895	100

2.4.3. Bezeichnung der eigenen Glaubenseinstellung

Zusätzlich sollten die Psychotherapeuten angeben, welcher aus einer Reihe von vorgegebenen Begriffen die eigene Glaubenseinstellung am besten charakterisiere. 36,3% der Befragten wählten hierfür den Begriff „spirituell“, 20,7% wählten „religiös“ und 1,6% beschrieben sich als sowohl „spirituell“ als auch „religiös“. 10,7% waren atheistisch und 4,0% agnostisch eingestellt. Ein ebenfalls recht hoher Anteil von 17,5% der Befragten charakterisierte die eigene Glaubenseinstellung als unbestimmt und 8,4% machten von der Antwortvorgabe „keine davon“ Gebrauch“. 0,8% der Responder machten zu dieser Frage keine Angaben.

Tabelle 42: Bezeichnung für die eigene Glaubenseinstellung

Frage 19: Welcher der folgenden Begriffe charakterisiert Ihre Glaubenseinstellung am besten?

	N	Prozent
Spirituell	325	36,3
Religiös	185	20,7
Atheistisch	96	10,7
Agnostisch	36	4,0
Unbestimmt	157	17,5
keine davon	75	8,4
spirituell / religiös Doppelnennung	14	1,6
keine Angabe	7	0,8
Gesamt	895	100

2.4.4. Bedeutsamkeit von Religiosität bzw. Spiritualität für das eigene Leben

Im Weiteren wurden die Psychotherapeuten gefragt, wie bedeutsam Spiritualität bzw. Religiosität für ihr persönliches Leben sei. Ein gutes Drittel (34,3%) gab an, dass Religiosität bzw. Spiritualität für ihr eigenes Leben gar nicht oder wenig bedeutsam sei. Für mehr als die Hälfte (65,1%) jedoch waren diese Bereiche in mittlerem (27,5%) oder gar in ziemlich oder sehr hohem Maße (37,6%) von Bedeutung.

Tabelle 43: Bedeutsamkeit von Religiosität / Spiritualität für das eigene Leben

Frage 20: Geben Sie bitte an, wie bedeutsam Spiritualität bzw. Religiosität gegenwärtig für Ihr persönliches Leben ist:

	N	Prozent
gar nicht	89	9,9
Wenig	218	24,4
Mittelmäßig	244	27,3
Ziemlich	197	22,0
Sehr	140	15,6
keine Angabe	7	0,8
Gesamt	895	100

Anhand der soeben dargestellten Befunde wird deutlich, dass das Klischee des a-religiösen, rein wissenschaftlich-säkular orientierten Psychotherapeuten, der den Themenbereichen Spiritualität und Religiosität prinzipiell kritisch bis ablehnend gegenüber steht, keine Bestätigung findet. Im Gegenteil, ein Großteil der befragten Psychotherapeuten zeigt eine transzendenzoffene Haltung und für viele scheinen Spiritualität bzw. Religiosität auch im persönlichen Leben eine bedeutsame Rolle zu spielen.

2.4.5. Eigene religiöse bzw. spirituelle Erfahrungen

Eine in der einschlägigen Literatur vieldiskutierte Frage ist die nach den notwendigen Voraussetzungen für einen adäquaten Umgang mit religiösen oder spirituellen Klienten bzw. Problemen in der Psychotherapie (Richards & Bergin, 2002; Utsch, 2005). Hier werden vor allem spezielle Kenntnisse sowie eigene (praktische) Erfahrungen in diesem Bereich angeführt. Letztere sind, wenn auch nicht unbedingt notwendige Bedingungen, sicherlich jedoch förderlich, was das Verständnis und die Empathiefähigkeit hinsichtlich dieser Themenbereiche angeht. Nicht zuletzt aus diesem Grund wurde die Frage nach eigenen bedeutsamen spirituellen oder religiösen Erfahrungen gestellt. Nahezu zwei Drittel der Psychotherapeuten gaben an, bereits solche gemacht zu haben. Bei mehr als einem Drittel war dies sogar mehrmals der Fall. 34,6% hatten nie solche Erfahrungen gemacht.

Tabelle 44: Eigene bedeutsame religiöse / spirituelle Erfahrungen

Frage 21: Hatten Sie eigene bedeutsame religiöse oder spirituelle Erfahrungen?

	N	Prozent
nein, nie	310	34,6
ein oder zwei mal	230	25,7
ein paar mal	237	26,5
ja, oft	96	10,7
fehlende Werte	22	2,5
Gesamt	895	100

2.4.6. Auswirkung der eigenen spirituellen bzw. religiösen Orientierung auf die psychotherapeutische Praxis

Auch was die Frage nach dem Einfluss der eigenen spirituellen/religiösen Orientierung auf die psychotherapeutische Tätigkeit anbelangt, ergaben sich interessante Befunde. Mehr als die Hälfte der Psychotherapeuten berichtete von einem bedeutsamen Einfluss ihrer persönlichen religiösen oder spirituellen Orientierung auf ihre psychotherapeutische Tätigkeit. Und zwar war dies bei 26,9% in mittlerem Maße und bei 28,8% in ziemlich oder sehr hohem Maße der Fall. 43% der Psychotherapeuten gaben keinen oder nur einen geringen Einfluss ihrer religiösen / spirituellen Orientierung auf die psychotherapeutische Praxis an. Hier sind die Therapeuten, die keine solche Orientierung haben, mit eingeschlossen.

Tabelle 45: Auswirkung der spirituellen / religiösen Orientierung auf die psychotherapeutische Praxis

Frage 21: Wie sehr wirkt sich Ihre spirituelle oder religiöse Orientierung auf Ihre psychotherapeutische Tätigkeit aus?

	N	Prozent
gar nicht	106	11,8
wenig	279	31,2
mittelmäßig	241	26,9
ziemlich	189	21,1
sehr	69	7,7
keine Angabe	11	1,2
gesamt	895	100

Zieht man bei dieser Frage nur diejenigen Psychotherapeuten in Betracht, die eine mittlere bis starke Bedeutung der religiösen / spirituellen Orientierung im eigenen Leben angegeben hatten, so gaben 77,4% von ihnen an, dass sich diese in mittlerem bis sehr hohem Maße auf ihre psychotherapeutische Praxis auswirke. 22% dagegen berichteten gar keine oder nur wenig Auswirkungen der religiösen / spirituellen Orientierung auf die psychotherapeutische Tätigkeit.

3. Gruppenvergleiche bezüglich der Faktoren „theoretische Orientierung“ und „Konfession“

Ein zentrales Anliegen der Studie lag darin, zu untersuchen, ob zwischen der theoretischen Orientierung der Psychotherapeuten und ihren Einstellungen und Erfahrungen in Bezug auf die Themenbereiche Spiritualität und Religiosität ein Zusammenhang besteht. Zu diesem Zweck wurden Gruppenvergleiche von Therapeuten mit unterschiedlicher theoretischer Orientierung durchgeführt. Als Grundlage für die Gruppenzuordnung wurde die Selbstzuordnung der Psychotherapeuten zu einer vorrangigen theoretischen Orientierung herangezogen. In den Gruppenvergleich wurden die Gruppen der Therapeuten einbezogen, die als primäre theoretische Orientierung eine kognitiv-behaviorale, eine humanistische, eine psychoanalytisch / tiefenpsychologisch fundierte oder eine methodenübergreifende

Orientierung angegeben hatten. Die Gruppe „andere“ wurde als relativ kleine und heterogene Restgruppe nicht in den Vergleich aufgenommen.

In einem ersten Schritt wurden die Daten auf mögliche konfundierende Variablen überprüft. Bei einem Vergleich der Gruppen der theoretischen Orientierung bezüglich der Variablen Geschlecht, Familienstand, Partnersituation, beruflicher Status, Konfession und Alter ergaben sich signifikante Unterschiede zwischen den Gruppen der theoretischen Orientierung bezüglich der Variablen Alter und Konfession. Diese müssten somit als weitere zu kontrollierende Faktoren im Rahmen einer Varianzanalyse aufgenommen werden. In einem weiteren Schritt wurde geprüft, ob die Voraussetzungen für die Anwendung von varianzanalytischen Verfahren erfüllt sind. Hierbei zeigte sich, dass die Voraussetzungen der Normalverteilung und der Varianzhomogenität nicht in allen Fällen erfüllt waren. Da die untersuchte Stichprobe jedoch ein hohes N hat und die Varianzanalyse bei hohem N relativ robust gegenüber Verletzungen der Voraussetzungen ist (vgl. Bortz, 1999), wurden die Gruppenvergleiche für die kontinuierlichen Variablen dennoch mittels varianzanalytischer Verfahren gerechnet. Diese haben gegenüber non-parametrischen Verfahren den Vorteil, dass sie die Möglichkeit der statistischen Kontrolle von Störvariablen bieten. Darüber hinaus besteht bei einer solchen Vorgehensweise die Möglichkeit, die Größe der gefundenen Effekte bzw. deren praktische Relevanz zusätzlich anhand von verschiedenen Effektstärkemaßen zu beurteilen.

In einem ersten Schritt wurde vorab mit Hilfe einer univariaten mehrfaktoriellen Varianzanalyse (Prozedur: GLM - allgemein mehrfaktoriell), mit theoretischer Orientierung und Konfession als feste Faktoren und Alter als Kovariate, geprüft, ob sich die Gruppen der verschiedenen theoretischen Orientierungen signifikant unterscheiden. War dies der Fall, so wurden anschließend multiple Einzelvergleiche mittels Scheffé-Tests durchgeführt, um zu sehen, zwischen welchen der Gruppen jeweils signifikante Unterschiede bestehen. Der Scheffé-Test gilt als ein Test, der gegenüber Verletzungen der Voraussetzungen robust ist und der eher konservativ entscheidet (Bortz, 1999, S. 263). Bei diesem Test wird der gesamte, mit allen Einzelvergleichen verbundene Hypothesenkomplex auf dem Alpha-Niveau der Varianzanalyse abgesichert. Die Untersuchungsstichprobe, die in die Gruppenvergleiche einging, bestand aus einem N von 828. Nicht aufgenommen wurden, wie bereits erwähnt, die Gruppe der Psychotherapeuten, die als theoretische Orientierung „andere“ angegeben hatten, sowie Psychotherapeuten mit Konfession „andere“ oder Mehrfachangaben bei Konfession, da es sich bei diesen um relativ kleine und heterogene Restgruppen handelte.

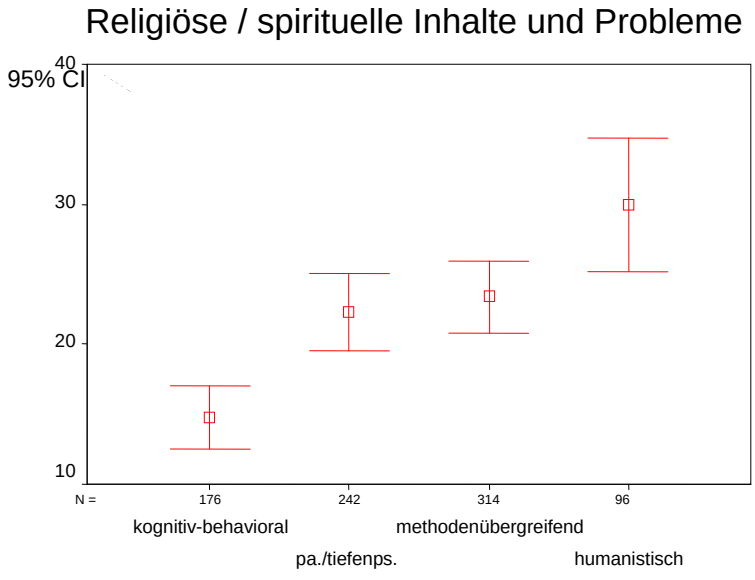
Im Folgenden werden zunächst die Ergebnisse der varianzanalytischen Gruppenvergleiche hinsichtlich des Faktors theoretische Orientierung berichtet (Kap. 3.1.). Daran schließen sich die Ergebnisse der Gruppenvergleiche für den Faktor theoretische Orientierung für die kategorialen Variablen an (Kap. 3.3.). In Kapitel 3.4. werden die Ergebnisse der varianzanalytischen Gruppenvergleiche für den Faktor Konfession dargestellt und in Kapitel 3.5. wiederum die Befunde hinsichtlich des Faktors Konfession für die kategorialen Variablen. Die ausführlichen Statistiken zu den im Folgenden dargestellten Gruppenvergleichen finden sich in Anhang D1 - D3.

3.1. Ergebnisse der varianzanalytischen Gruppenvergleiche hinsichtlich des Faktors theoretische Orientierung im Überblick

Der Verlauf der Mittelwerte in den neun überprüften abhängigen Variablen verlief nahezu durchgängig in aufsteigender Reihenfolge wie folgt: Die niedrigsten Mittelwerte wies die Gruppe der kognitiv-behavioral orientierten Psychotherapeuten auf, darauf folgten die psychoanalytisch / tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapeuten, die methodenübergreifenden Psychotherapeuten und schließlich die humanistischen Psychotherapeuten mit den jeweils höchsten Mittelwerten.

Abbildung 15 gibt die für die Gruppen typischen Mittelwertsverhältnisse in den abhängigen Variablen exemplarisch wieder.

Abbildung 15: Verlauf der Mittelwerte - exemplarische Darstellung



Die einzigen Ausnahmen bildeten Frage 13 „Grad der Berücksichtigung in der Psychotherapieausbildung“ und Frage 14 „Zufriedenheit mit der Psychotherapieausbildung“. Bei Frage 13 war lediglich die Reihenfolge der methodenübergreifenden und der psychoanalytisch / tiefenpsychologisch fundiert orientierten Psychotherapeuten, die sehr nahe beieinander lagen, vertauscht. Bei Frage 14 zeigten sich nur geringe Unterschiede in den Mittelwerten aller Gruppen und deren Reihenfolge war anders (humanistisch – psychoanalytisch / tiefenpsychologisch fundiert – kognitiv-behavioral – methodenüber-greifend).

Mit Ausnahme der Variablen „Zufriedenheit mit der Psychotherapieausbildung“ ergaben sich bei allen abhängigen Variablen signifikante Unterschiede zwischen den untersuchten Gruppen der theoretischen Orientierung auf einem Signifikanzniveau von $p \leq .001$.[142]

Die varianzanalytischen Gruppenvergleiche und die anschließenden Einzelvergleiche mittels Scheffé-Tests werden im Folgenden dargestellt.

3.1.1. Die einzelnen abhängigen Variablen

3.1.1.1. Anzahl religiöser / spiritueller Inhalte und Probleme

Bezüglich der Frage nach dem Prozentsatz der Klienten, die im Verlauf ihrer Behandlung Inhalte und Probleme thematisieren, die mit Spiritualität oder Religiosität zu tun haben, ergaben sich im Rahmen der Varianzanalyse signifikante Unterschiede zwischen den verschiedenen Gruppen der theoretischen Orientierung ($F_{(3,810)} = 8{,}952$; $p = .000$). Bei den anschließenden Einzelvergleichen mittels Scheffé-Tests zeigte sich, dass kognitiv-behavioral orientierte Psychotherapeuten (MW = 14,24) von signifikant weniger Klienten berichten, die im Verlauf ihrer Behandlung solche Inhalte thematisieren, als die psychoanalytisch / tiefenpsychologisch fundierten (MW = 21,89), die methodenübergreifenden (MW = 23,08) und die humanistischen Psychotherapeuten (MW = 28,65).

3.1.1.2. Anzahl spiritueller / religiöser Klienten

Auch bezüglich der Frage, wie hoch sie den Anteil ihrer Klienten einschätzen, in deren Leben eine spirituelle oder religiöse Ausrichtung eine bedeutsame Rolle spielt, unterschieden sich die Psychotherapeuten je nach der theoretischen Orientierung signifikant ($F_{(3,808)} = 8{,}250$;

[142] Um die gefundenen Ergebnisse abzusichern, wurden die Gruppenvergleiche zusätzlich mittels non-parametrischer Verfahren (Kruskall-Wallis) berechnet. Auch hier erwiesen sich mit Ausnahme der Variablen „Zufriedenheit mit der Psychotherapieausbildung“ die Unterschiede zwischen den einzelnen Gruppen der theoretischen Orientierung als statistisch signifikant.

p = .000). Bei den Einzelvergleichen zeigte sich, dass die humanistischen Psychotherapeuten für ihre psychotherapeutische Praxis eine höhere Anzahl solcher Klienten angaben als alle anderen Gruppen der theoretischen Orientierung. Zwischen den verbleibenden Gruppen zeigten sich diesbezüglich keine signifikanten Unterschiede. Die einzelnen Mittelwerte der beteiligten Gruppen lagen bei 19,13 für die kognitiv-behaviorale Gruppe, 19,78 für die psychoanalytisch / tiefenpsychologisch fundierte, 24,14 für die methodenübergreifende und 31,12 für die humanistische Gruppe.

3.1.1.3. Wunsch nach expliziter Anerkennung und Einbeziehung der religiösen Orientierung in die Behandlung

Die Frage nach dem Prozentsatz der Klienten, die Wert darauf legen, dass die eigene religiöse oder spirituelle Orientierung im Rahmen der Behandlung explizit anerkannt und mit einbezogen wird, wurde ebenfalls, je nach theoretischer Orientierung, unterschiedlich beantwortet ($F_{(3,798)}$ = 5,787; p = .000). Bei den Einzelvergleichen erwiesen sich die Unterschiede zwischen den folgenden Gruppen als signifikant: Humanistisch und kognitiv-behavioral sowie methodenübergreifend und kognitiv-behavioral. Die einzelnen Mittelwerte der beteiligten Gruppen lagen bei 7,26 für die kognitiv-behaviorale Gruppe, 10,48 für die psychoanalytisch / tiefenpsychologisch fundierte, 12,68 für die methodenübergreifende und 14,08 für die humanistischen Psychotherapeuten.

3.1.1.4. Auseinandersetzung mit dem Spezialgebiet Religiosität und Spiritualität

Auch hinsichtlich der Frage, in welchem Maße sich die Psychotherapeuten mit psychologisch relevanten Fragestellungen im Zusammenhang mit den Themenbereichen Religiosität und Spiritualität auseinandergesetzt hatten, zeigten sich signifikante Unterschiede zwischen den verschiedenen Gruppen der theoretischen Orientierung ($F_{(3,807)}$ = 12,709; p = .000). Bei den Einzelvergleichen ergab sich wiederum, dass sich Psychotherapeuten mit kognitiv-behavioraler Orientierung seltener mit solchen Fragestellungen auseinandergesetzt hatten als alle anderen Gruppen der theoretischen Orientierung. Darüber hinaus waren die Unterschiede zwischen den humanistischen und den psychoanalytisch / tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapeuten signifikant. Die einzelnen Mittelwerte der beteiligten Gruppen lagen bei 2,31 für die kognitiv-behaviorale Gruppe, 2,69 für die psychoanalytisch / tiefenpsychologisch fundierte, 2,94 für die methodenübergreifende und 3,08 für die humanistischen Psychotherapeuten.

3.1.1.5. Grad der Berücksichtigung in der Psychotherapieausbildung

Signifikante Unterschiede zwischen den einzelnen Gruppen der theoretischen Orientierung zeigten sich ebenso bei der Frage nach der Behandlung psychologisch relevanter Fragestellungen im Rahmen der Psychotherapieausbildung ($F_{(3,810)}$; = 11,507; p = 0 .000). Auch hier lagen die Mittelwerte bei den kognitiv-behavioralen Psychotherapeuten unter denen der anderen Gruppen der theoretischen Orientierung. Darüber hinaus zeigten humanistische Psychotherapeuten signifikant höhere Werte als methodenübergreifende. Die einzelnen Mittelwerte der beteiligten Gruppen lagen bei 1,54 für die kognitiv-behaviorale Gruppe, 1,87 für die methodenübergreifende, 1,96 für die psychoanalytisch / tiefenpsychologisch fundierten und 2,19 für die humanistischen Psychotherapeuten. Bei der Interpretation der Ergebnisse zu dieser Frage ist jedoch Vorsicht angebracht. Hier ist zu beachten, dass die gefundenen Unterschiede nur tendenziell und nicht eins-zu-eins gleichzusetzen sind mit der Berücksichtigung diesbezüglicher Inhalte in den entsprechenden Therapieschulen, da die Psychotherapeuten häufig Mehrfachausbildungen in verschiedenen psychotherapeutischen Verfahren angegeben hatten. Dadurch bleibt es unklar, auf welche konkreten Ausbildungen sich die Antworten beziehen.

3.1.1.6. Zufriedenheit mit der Psychotherapieausbildung

Bei der Frage, in welchem Maße die Behandlung der Themenbereiche Spiritualität und Religiosität im Rahmen ihrer Psychotherapieausbildung ihren Bedürfnissen als psychotherapeutische Praktiker entsprochen habe, zeigten sich keine signifikanten Unterschiede zwischen den verschiedenen Gruppen der theoretischen Orientierung. Auch hier ist jedoch anzumerken, dass bei dieser Frage Gruppenvergleiche bezüglich der theoretischen Orientierung nur begrenzt sinnvoll sind, da unklar bleibt, auf welche konkreten Ausbildungen und auf welches Ausmaß der Behandlung dieser Themen im Rahmen der Psychotherapieausbildung die Antworten auf diese Frage zu beziehen sind.

3.1.1.7. Nutzen von Weiterbildung

Auch bei der folgenden Frage nach dem Nutzen von Weiterbildung zu den Themenbereichen Religiosität und Spiritualität für die eigene psychotherapeutische Praxis zeigte sich ein signifikanter Einfluss der theoretischen Orientierung ($F_{(3,809)}$; = 18,243; p = .000). Dabei schätzten Psychotherapeuten, die kognitiv-behavioral oder psychoanalytisch / tiefenpsychologisch fundiert als primäre theoretische Orientierung angegeben hatten, den Nutzen von Weiterbildung als geringer ein als humanistische und methodenübergreifende

Psychotherapeuten. Für die Unterschiede zwischen kognitiv-behavioralen und psychoanalytisch / tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapeuten wurde die Signifikanz knapp verfehlt. Die einzelnen Mittelwerte der beteiligten Gruppen lagen bei 2,45 für die kognitiv-behaviorale Gruppe, 2,74 für die psychoanalytisch / tiefenpsychologisch fundierte, 3,11 für die methodenübergreifende und 3,28 für die humanistischen Psychotherapeuten.

3.1.1.8. Kompetenz im Umgang mit religiösen / spirituellen Klienten

Auch die Frage nach der Einschätzung der eigenen Kompetenz bezüglich des Umgangs mit Klienten, die im Kontext einer religiösen oder spirituellen Orientierung problematische Erfahrungen und Prozesse erleben, wurde je nach theoretischer Orientierung unterschiedlich beantwortet ($F_{(3,809)}$ = 7,396; p = .000). Kognitiv-behavioral orientierte Psychotherapeuten schätzten ihre Kompetenz bezüglich solcher Fragen geringer ein (MW = 3,01) als die Therapeuten mit einer psychoanalytisch / tiefenpsychologisch fundierten (MW = 3,31), einer methodenübergreifenden (MW= 3,49) oder einer humanistischen Orientierung (MW = 3,49). Bei dieser Frage lagen die einzelnen Kennwerte der Gruppen jedoch trotz Signifikanz relativ nahe beieinander.

3.1.1.9. Bedeutsamkeit von Religiosität und Spiritualität im eigenen Leben

Auch die Bedeutsamkeit von Religiosität und Spiritualität im eigenen Leben wurde je nach theoretischer Orientierung unterschiedlich eingestuft ($F_{(3,808)}$; = 15,649; p = .001). Methodenübergreifende (MW = 3,25) und humanistische Psychotherapeuten (MW = 3,47) gaben eine höhere Bedeutsamkeit von Spiritualität und Religiosität im eigenen Leben an als kognitiv-behaviorale (MW = 2,57) und psychoanalytisch / tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapeuten (MW = 2,88). Zwischen den verbleibenden Gruppen zeigten sich keine signifikanten Unterschiede.

3.1.1.10. Auswirkung der spirituellen / religiösen Orientierung auf die psychotherapeutische Praxis

Die Prüfung auf Unterschiede zwischen den einzelnen Gruppen der theoretischen Orientierung ergab auch signifikante Ergebnisse bei der Frage, wie sehr sich die eigene spirituelle bzw. religiöse Orientierung auf die psychotherapeutische Tätigkeit auswirkt ($F_{(3,805)}$ = 22,071; p = .000). Statistisch signifikant wurden die folgenden Untergruppen: kognitiv-behavioral (MW = 2,29) und analytisch / tiefenpsychologisch fundiert (MW = 2,56) einerseits sowie methodenübergreifend (MW = 3,02) und humanistisch (MW = 3,18) andererseits.

3.1.1.11. Eigene spirituelle / religiöse Erfahrungen

Eine letzte Prüfung auf Unterschiede zwischen den einzelnen Gruppen der theoretischen Orientierung betraf die Frage nach eigenen bedeutsamen religiösen bzw. spirituellen Erfahrungen. Diese wurde wegen des ordinalen Skalenniveaus der abhängigen Variablen mittels non-parametrischer Verfahren berechnet. Auch hier ergaben sich signifikante Unterschiede zwischen den verschiedenen theoretischen Orientierungen ($Chi^2_{(3, 807)} = 42{,}463$; $p = .000$). Humanistische und methodenübergreifende Psychotherapeuten berichteten dabei von mehr bedeutsamen spirituellen oder religiösen Erfahrungen als psychoanalytisch / tiefenpsychologisch fundierte und kognitiv-behaviorale Psychotherapeuten. Darüber hinaus berichteten auch psychoanalytisch / tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapeuten von mehr bedeutsamen spirituellen Erfahrungen als die kognitiv-behavioralen Therapeuten. [143]

In der folgenden Tabelle 46 sind die Ergebnisse der Varianzanalyse noch einmal im Überblick zusammengefasst:

[143] Die Berechnungen für diese Variable basieren auf der gleichen Fallzahl, wie für die Varianzanalyse zugrundegelegt (N=828). Das heißt, die Fälle mit Konfession „andere“ oder „mehrere“ wurden ebenfalls ausgeschlossen.

Tabelle 46: Varianzanalyse. Feste Faktoren: theoretische Orientierung und Konfession; Kovariate: Alter

Itemnr.	Variable	Globaler F-Test Signifikanz	a) MW kognitiv-behavioral (n = 176)	b) MW psychoanalytisch / tiefenpsycho-logisch fundiert (n = 242)	c) MW methoden-übergreifend (n = 314)	d) MW humanistisch (n = 96)	Eta^2
F8	Patienten, die spir. / rel. Inhalte und Probleme thematisieren	$F_{(3,810)} = 8,952$ $p = 0.000$	14,24	21,89	23,08	28,65	0.032
F9	Prozent spir. / rel. Patienten	$F_{(3,808)} = 8,250$ $p = 0.000$	19,13	19,78	24,14	31,12	0.030
F10	Wunsch nach expliziter Anerkennung in Behandlung	$F_{(3,798)} = 5,787$ $p = 0.001$	7,26	10,48	12,68	14,08	0.021
F11a	Auseinandersetzung mit diesem Spezialgebiet	$F_{(3,807)} = 12,709$ $p = 0.000$	2,31	2,69	2,94	3,08	0.045
F13	Grad der Berücksichtigung in Psychotherapieausbildung	$F_{(3,810)} = 11,507$ $p = 0.000$	1,54	1,96	1,87	2,19	0.041
F14	Zufriedenheit mit der PT-Ausbildung	n.s.					
F15	Nutzen von Weiterbildung	$F_{(3,809)} = 18,243$ $p = 0.000$	2,45	2,74	3,11	3,28	0.063
F16	Kompetenz im Umgang mit rel. / spir. Klienten	$F_{(3,809)} = 7,396$ $p = 0.000$	3,01	3,31	3,49	3,49	0.027
F20	Bedeutsamkeit von Rel. / Spir. im eigenen Leben	$F_{(3,808)} = 15,649$ $p = 0.000$	2,57	2,88	3,25	3,47	0.055
F21	Auswirkung der rel. / spir. Orient. auf die psychotherapeutische Praxis	$F_{(3,805)} = 22,071$ $p = 0.000$	2,29	2,56	3,02	3,18	0.076

Anmerkung: MW = Mittelwert; Eta^2 für den Faktor theoretische Orientierung; Signifikanz zwischen den Gruppen der einzelnen theoretischen Orientierung bei Post-Hoc-Vergleichen

3.1.2. Zusammenfassende Beurteilung der Gruppenvergleiche

Der Verlauf der Unterschiede zwischen den Gruppen bezüglich der abhängigen Variablen zeigte sich wie bereits erwähnt nahezu durchgängig in aufsteigender Reihenfolge wie folgt: kognitiv-behavioral – psychoanalytisch / tiefenpsychologisch fundiert – methodenübergreifend – humanistisch. Diese sind zu interpretieren im Sinne einer entsprechenden Zunahme

- der Anzahl der Klienten, die nach Einschätzung der Psychotherapeuten im Verlauf des psychotherapeutischen Prozesses religiöse bzw. spirituelle Inhalte und Probleme thematisieren,
- der Anzahl der Klienten, in deren Leben nach Einschätzung der Psychotherapeuten eine spirituelle oder religiöse Orientierung eine bedeutsame Rolle spielt,
- der Anzahl der Klienten, die nach Einschätzung der Psychotherapeuten Wert darauf legen, dass deren spirituelle oder religiöse Orientierung im Rahmen der psychotherapeutischen Behandlung explizit anerkannt und miteinbezogen wird,
- der Auseinandersetzung der Psychotherapeuten mit diesem Spezialgebiet,
- des Interesses der Psychotherapeuten, sich mit diesen Themenbereichen im Rahmen der Weiterbildung auseinanderzusetzen,
- der Einschätzung der eigenen Kompetenz mit Klienten, die im Rahmen ihrer religiösen oder spirituellen Orientierung problematische Erfahrungen und Prozesse erleben, adäquat zu begleiten,
- der Bedeutung von Religiosität und Spiritualität für das eigenen Leben,
- der Auswirkung der eigenen religiösen / spirituellen Orientierung auf die psychotherapeutische Praxis,
- an eigenen bedeutsamen religiösen bzw. spirituellen Erfahrungen.

Die Unterschiede zwischen den verschiedenen Gruppen der theoretischen Orientierung erwiesen sich mit Ausnahme einer abhängigen Variablen im Rahmen varianzanalytischer Gruppenvergleiche als statistisch signifikant. Bei den darauf folgenden Einzelvergleichen ergaben sich für jede der untersuchten abhängigen Variablen signifikante Unterschiede zwischen humanistischen und kognitiv-behavioralen Psychotherapeuten. Auch zwischen den methodenübergreifenden und den kognitiv-behavioralen Psychotherapeuten erwiesen sich mit Ausnahme der Variablen f9 „Anzahl religiöser / spiritueller Klienten“ die Unterschiede bei allen abhängigen Variablen als signifikant. Bei drei von sechs Variablen zeigten sich darüber

hinaus signifikante Unterschiede zwischen humanistischen und psychoanalytisch / tiefenpsychoanalytisch fundierten Psychotherapeuten. Näher beieinander und sich häufig nicht signifikant (7 von 9 Variablen) unterscheidend lagen die Gruppen der humanistischen und der methodenübergreifenden Psychotherapeuten. Ebenso lagen die Mittelwerte der psychoanalytisch / tiefenpsychologisch fundierten und der kognitiv-behavioralen Psychotherapeuten näher beieinander. Zwischen diesen zeigten sich bei vier von neun der erfassten Variablen signifikante Unterschiede.

Bei der gegebenen Stichprobengröße ist es jedoch nicht auszuschließen, dass die Vergleiche allein aufgrund des hohen N der Stichprobe sehr schnell signifikant werden. Aus diesem Grund wurde für die Beurteilung der praktischen Relevanz der gefundenen Unterschiede der Eta-Koeffizient (abgeleitet Effektstärkemaß f) als Maß für die Effektstärke des Faktors theoretische Orientierung sowie Cohens Effektstärke d als Maß für die Mittelwertsunterschiede zwischen den einzelnen Gruppen der theoretischen Orientierung berechnet. Die Effektstärke d nach Cohen wurde wie folgt berechnet: $MW_A - MW_B / SD_{pooled}$, wobei $d \approx 0{,}2$ per Konvention als schwacher Effekt, $d \approx 0{,}5$ als mittlerer Effekt, und $d \approx 0{,}8$ als starker Effekt gilt. Die Effektgröße f, als Effektstärkemaß für mehrfaktorielle Varianzanalysen, wurde berechnet nach der Formel $f = \sqrt{\eta 2} / 1 - \eta 2$, wobei $f \approx 0.10$ schwacher Effekt, $f \approx 0.25$ mittlerer Effekt, $f \approx 0.40$ starker Effekt.

Der Eta-Koeffizient stellt ein Maß für den Erklärungsbeitrag der einzelnen Faktoren an der Gesamtvarianz dar. Mithilfe dieses Koeffizienten lässt sich einschätzen, welcher prozentuale Anteil der Varianz in der abhängigen Variablen auf die geprüften Faktoren zurückzuführen ist. Indem η zum Quadrat gesetzt wird, erhält man den Anteil des jeweiligen Faktors an der Gesamtvarianz. Der Eta-Quadrat-Wert für den Faktor theoretische Orientierung liegt zwischen 0,021 und 0,076. Das heißt, der Faktor theoretische Orientierung erklärt je nach Variable zwischen 2% und 8% der Gesamtvarianz der abhängigen Variablen. Für das abgeleitete Effektstärkemaß f ergeben sich Werte zwischen 0,15 und 0,29. Insgesamt lässt sich somit festhalten, dass die gefundenen Effekte, die auf den Faktor theoretische Orientierung zurückgehen, von geringer bis mittlerer praktischer Relevanz sind (siehe Tabelle 47). Zieht man zusätzlich die standardisierte Mittelwertsdifferenz d als Maß für die Stärke der Effekte zwischen den einzelnen Gruppen der theoretischen Orientierung in Betracht, so zeigt sich jedoch, dass zwischen den humanistischen und den kognitiv-behavioralen Psychotherapeuten mit mittleren bis starken Effekten in einem Bereich von 0.48 – 0.86 recht deutliche Unterschiede bestehen. Auch zwischen den methodenübergreifenden und den kognitiv-behavioralen Therapeuten zeigten sich mit Effektstärken zwischen 0.25 und 0.68 bei

einigen Variablen noch recht beachtliche Unterschiede. In Tabelle 47 werden die Effektstärkemaße in Bezug auf die einzelnen Gruppen der theoretischen Orientierung für sämtliche varianzanalytisch untersuchten Variablen noch einmal zusammengefasst.

Tabelle 47 Effektstärken: Eta-Koeffizient, abgeleitetes Effektstärkemaß f und standardisierte Mittelswertsdifferenz d für die untersuchten abhängigen Variablen

Item Nr.	Variable	Eta² theor. Orient.	F	d hum / kog-beh	d hum / pa-tpsf	d pa-tpsf / kog-beh	d mü / pa-tpsf	d mü / kog-beh
f8	Patienten, die spir. / rel. Inhalte und Probleme thematisieren	0.032	0,18	0,77	0,30	0,39	0,05	0,42
f9	Prozent spir. / rel. Patienten	0.030	0,18	0,59	0,59	0,03	0,22	0,25
f10	Wunsch nach expliziter Anerkennung in Behandlung	0.021	0,15	0,48	0,23	0,22	0,13	0,34
f11a	Auseinandersetzung mit diesem Spezialgebiet	0.045	0,22	0,73	0,33	0,35	0,22	0,59
f13	Grad der Berücksichtigung in Psychotherapieausbildung	0.041	0,21	0,79	0,24	0,51	0,10	0,39
f15	Nutzen von Weiterbildung	0.063	0,26	0,78	0,49	0,27	0,34	0,62
f16	Kompetenz im Umgang mit rel. / spir. Klienten	0.027	0,17	0,49	0,19	0,32	0,19	0,50
f20	Bedeutsamkeit von Rel. / Spir. im eigenen Leben	0.055	0,24	0,79	0,50	0,27	0,31	0,58
f21	Auswirkung der rel. / spir. Orient. auf die psycho-therapeutische Praxis	0.076	0,29	0,86	0,58	0,26	0,42	0,68

Anmerkung: kog-beh = kognitiv-behavioral, hum = humanistisch, pa-tpsf = psychoanalytisch-tiefenpsychologisch fundiert, mü = methodenübergreifend;

d steht für Effektstärke nach Cohen, mit $MW_A - MW_B / SD_{pooled}$, wobei d ≈ 0,2 schwacher Effekt, d ≈ 0,5 mittlerer Effekt, d ≈ 0,8 starker Effekt (Wirtz & Nachtigall, 2002, S. 92);

Die Effektgröße f wurde berechnet nach der Formel $f = \sqrt{\eta 2 / 1 - \eta 2}$, wobei f ≈ 0.10 schwacher Effekt, f ≈ 0.25 mittlerer Effekt, f ≈ 0.40 starker Effekt (Bortz & Döring, 1995, S. 568 / S. 572)

3.1.3. Darstellung der typischen Vertreter der einzelnen theoretischen Orientierungen

Im folgenden Abschnitt sollen die typischen Vertreter der einzelnen theoretischen Orientierungen anhand der Daten näher charakterisiert werden.

3.1.3.1. Der primär kognitiv-behavioral orientierte Psychotherapeut

Durchschnittlich 14,24% der Klienten eines primär kognitiv-behavioral orientierten Psychotherapeuten thematisieren nach dessen Einschätzung im Verlauf ihrer Behandlung Inhalte und Probleme, die mit Religiosität oder Spiritualität zu tun haben. Den Anteil ihrer Klienten, in deren Leben eine spirituelle / religiöse Ausrichtung eine bedeutsame Rolle spielt, liegt nach deren Schätzung im Mittel bei 19,31%. Der kognitiv-behaviorale Psychotherapeut hat sich wenig (MW = 2,31)[144] mit psychologisch relevanten Fragestellungen im Zusammenhang mit den Themenbereichen Spiritualität und Religiosität auseinandergesetzt. Er gibt an, dass solche Themen gar nicht bis wenig (MW = 1,54) in seiner / seinen Psychotherapieausbildung(en) berücksichtigt wurden. Die Behandlung solcher Themen im Rahmen der Psychotherapieausbildung entsprach seinen Bedürfnissen als psychotherapeutischer Praktiker im Durchschnitt im mittleren Maße (MW = 2,88). Von Weiterbildung zu den Themenbereichen Religiosität und Spiritualität verspricht er sich einen geringen bis mittleren Nutzen (MW = 2,45). Er hält sich für in mittlerem Maße (MW = 3,01) kompetent, Klienten zu begleiten, die im Kontext einer religiösen oder spirituellen Orientierung oder Praxis problematische Erfahrungen und Prozesse erleben. Religiosität und Spiritualität sind auch in seinem eigenen Leben von geringer bis mittlerer Bedeutung (MW = 2,57). Die Auswirkung seiner religiösen oder spirituellen Orientierung auf die psychotherapeutische Praxis schätzt er als gering (MW = 2,29) ein.[145]

3.1.3.2. Der primär psychoanalytisch / tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapeut

Nach Angaben des primär psychoanalytisch / tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapeuten thematisieren 21,89% seiner Klienten im Verlauf ihrer Behandlung Inhalte und Probleme, die mit Religiosität oder Spiritualität zu tun haben. Den Anteil ihrer Klienten, in deren Leben eine spirituelle oder religiöse Ausrichtung eine bedeutsame Rolle spielt, liegt nach Schätzung dieser Psychotherapeuten bei durchschnittlich 19,78%. Primär psychoanalytisch / tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapeuten haben sich wenig bis zu

[144] Die Skalierung der dargestellten Variablen war wie folgt: 1=gar nicht, 2=wenig, 3=mittelmäßig, 4=ziemlich, 5=sehr.

[145] Bei dieser Frage ist zu berücksichtigen, dass auch Psychotherapeuten, die gar keine oder wenig Bedeutung einer spirituellen / religiösen Orientierung im eigenen Leben angegeben hatten, diese Frage beantwortet haben.

einem mittleren Maße (MW = 2,69) mit dem Spezialgebiet Religiosität und Spiritualität auseinandergesetzt. Im Rahmen ihrer Psychotherapieausbildung wurden diese Themenbereiche eher wenig berücksichtigt (MW = 1,96). Sie sind mit der Behandlung dieser Themenbereiche im Rahmen der Psychotherapieausbildung im mittleren Maße (MW = 2,98) zufrieden. Von Weiterbildung zum Thema versprechen sie sich tendenziell einen mittleren Nutzen (MW = 2,74). Auch sie schätzen sich im mittleren Maße (MW = 3,31) als kompetent ein, Klienten adäquat zu begleiten, die im Kontext einer religiösen oder spirituellen Orientierung oder Praxis problematische Erfahrungen und Prozesse erleben. Religiosität bzw. Spiritualität ist im Rahmen ihres eigenen Lebens von mittlerer (MW = 2,88) Bedeutung. Die Auswirkung ihrer eigenen religiösen bzw. spirituellen Orientierung auf die Psychotherapie beschreiben sie als in geringem bis mittlerem Maße ausgeprägt.

3.1.3.3. Der primär methodenübergreifend orientierte Psychotherapeut

23,08% der Klienten des primär methodenübergreifenden Psychotherapeuten berichten im Verlauf ihrer Behandlung von Inhalten und Problemen, die mit Religiosität oder Spiritualität zu tun haben. Der Anteil seiner Klienten, in deren Leben eine spirituelle oder religiöse Ausrichtung eine bedeutsame Rolle spielt, liegt nach Schätzung dieser Psychotherapeuten bei durchschnittlich 24,14%. Der primär methodenübergreifend orientierte Psychotherapeut hat sich im mittleren Maße (MW = 2,94) mit psychologisch relevanten Fragen im Zusammenhang mit den Themenbereichen Religiosität und Spiritualität auseinandergesetzt. Im Rahmen seiner Psychotherapieausbildung(en) wurden diese Themenbereiche wenig (MW = 1,87) berücksichtigt. Die Behandlung dieser Themenbereiche entspricht wiederum seinen Bedürfnissen als psychotherapeutischer Praktiker tendenziell im mittleren Maße (MW = 2,77). Von Weiterbildungen zum Thema verspricht er sich einen mittleren Nutzen (MW = 3,11). Er fühlt sich im mittleren Maße bis ziemlich kompetent (MW = 3,49), Klienten zu begleiten, die im Kontext einer religiösen oder spirituellen Orientierung oder Praxis problematische Erfahrungen und Prozesse erleben. Spiritualität bzw. Religiosität sind in seinem eigenen Leben von mittlerer Bedeutung (MW = 3,25). Die Auswirkungen dieser Orientierung auf die psychotherapeutische Praxis liegen im mittleren Bereich (MW = 3,02).

3.1.3.4. Der primär humanistisch orientierte Psychotherapeut

Der Anteil der Klienten, die im Verlauf ihrer Behandlung Inhalte und Probleme thematisieren, die mit Religiosität oder Spiritualität zu tun haben, ist beim primär humanistisch orientierten Psychotherapeuten am höchsten. Nahezu ein Drittel seiner Klienten (MW = 28,65%) tun dies. Darüber hinaus ist er der Ansicht, dass im Leben von nahezu jedem

Dritten seiner Klienten (MW = 31,12%) eine religiöse oder spirituelle Ausrichtung eine bedeutsame Rolle spielt. Er selbst hat sich im mittleren Maße mit psychologisch relevanten Fragen zu diesen Themenbereichen auseinandergesetzt (MW = 3,08). Im Rahmen seiner Psychotherapieausbildung(en) wurden diese Themenbereiche eher wenig berücksichtigt (MW = 2,19). Die Berücksichtigung solcher Themen im Rahmen der Psychotherapieausbildung entsprach seinen Bedürfnissen als psychotherapeutischer Praktiker insgesamt in mittlerem Maße. Von Weiterbildungen verspricht er sich einen mittleren Nutzen (MW = 3,28). Er fühlt sich im mittleren bis ziemlich hohen Maße kompetent, Klienten zu begleiten, die im Kontext einer religiösen oder spirituellen Orientierung oder Praxis problematische Erfahrungen und Prozesse erleben. Spiritualität bzw. Religiosität spielen in seinem eigenen Leben eine mittlere bis ziemlich wichtige Rolle (MW = 3,47). Den Einfluß seiner religiösen bzw. spirituellen Orientierung auf die eigene psychotherapeutische Praxis beschreibt er als im mittleren Maß ausgeprägt (MW = 3,18).

3.2. Gruppenvergleiche bezüglich der theoretischen Orientierung für kategoriale Variablen

Für die Überprüfung auf Unterschiede zwischen den einzelnen Gruppen der theoretischen Orientierung bei den kategorial-skalierten Variablen wurden Chi^2-Tests nach Pearson eingesetzt. Dies betraf die Variablen „Wunsch nach stärkerer Berücksichtigung im Psychologiestudium“, „Konfession“, „Bezeichnung der eigenen Glaubenseinstellung“ und „Glaube an eine höhere Wirklichkeit“. In diese Gruppenvergleiche gingen der Vergleichbarkeit halber die gleichen Fälle ein, wie für die Varianzanalyse beschrieben(N = 828). Von daher ist bei den folgenden Ergebnissen zu berücksichtigen, dass sich die Gesamthäufigkeit bei den einzelnen abhängigen Variablen aufgrund des Ausschlusses der genannten Fälle von denen der Gesamtstichprobe unterscheiden.

3.2.1. Stärkere Berücksichtigung im Rahmen des Psychologiestudiums

Die Frage, ob sie der Ansicht seien, dass die Themenbereiche Spiritualität und Religiosität im Rahmen des Psychologiestudiums stärker berücksichtigt werden sollten, wurde von den Anhängern der verschiedenen theoretischen Orientierungen unterschiedlich beantwortet (Chi^2 = 31,805, df = 3; p = 0,000). So bejahten 75,8% der humanistischen, 72,8% der methodenübergreifenden, 63,8% der psychoanalytisch / tiefenpsychologisch fundierten und 49,4% der kognitiv-behavioralen Psychotherapeuten diese Frage. Dagegen lehnten kognitiv-behaviorale Psychotherapeuten eine Einbeziehung solcher Themen im Rahmen des Diplomstudiengangs Psychologie mit 50,6% am häufigsten ab, gefolgt von 36,3% der

psychoanalytisch / tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapeuten, 27,2% der methodenübergreifenden und 24,2% der humanistischen Psychotherapeuten.

Tabelle 48: Primäre theoretische Orientierung / Wunsch nach stärkerer Berücksichtigung im Psychologiestudium

	kog-beh	pa / tpsf	mü	hum
nein	50,6 %	36,3 %	27,2 %	24,2 %
ja	49,4 %	63,8 %	72,8 %	75,8 %
gesamt	100 %	100 %	100 %	100 %

Anmerkung: kog-beh = kognitiv-behavioral, hum = humanistisch, pa / tpsf = psychoanalytisch / tiefenpsychologisch fundiert, mü = methodenübergreifend;
$Chi^2 = 31{,}805$, N = 816, df = 3, p = 0.000

3.2.2. Konfessionszugehörigkeit

Auch hinsichtlich der Konfessionszugehörigkeit zeigten sich signifikante Unterschiede ($Chi^2 = 14{,}748$, df = 6; p = 0,022). Während die Psychotherapeuten aller theoretischen Orientierungen in etwa gleich häufig der evangelischen Konfession angehörten, war der Anteil der Katholiken bei den psychoanalytisch / tiefenpsychologisch fundiert orientierten Psychotherapeuten mit 12,0% deutlich geringer als bei den verbleibenden Gruppen (mü: 22,3%; hum: 22,9%; kog.-beh.: 24,4%). Auch war die Rate der Konfessionslosen unter den Psychoanalytikern mit 49,6% mit Abstand am höchsten, während sich diese bei den restlichen Gruppen kaum unterschied (hum: 41,7%; kognitiv-behavioral: 40,3%; methodenübergreifend: 39,8%).

Tabelle 49: Primäre theoretische Orientierung / Konfession

	kog-beh	pa / tpsf	mü	hum
katholisch	24,4 %	12,0 %	22,3 %	22,9 %
evangelisch	35,2 %	38,4 %	37,9 %	35,4 %
keine	40,3 %	49,6 %	39,8 %	41,7 %
gesamt	100 %	100 %	100 %	100 %

Anmerkung: kog-beh = kognitiv-behavioral, hum = humanistisch, pa / tpsf = psychoanalytisch / tiefenpsychologisch fundiert, mü = methodenübergreifend;
$Chi^2 = 14{,}748$, N = 828, df = 6 p = 0.022

3.2.3. Bezeichnung der eigenen Glaubenseinstellung

Auch hinsichtlich der Charakterisierung der eigenen Glaubeneinstellung unterschieden sich die Psychotherapeuten signifikant ($Chi^2 = 46{,}319$, df = 15, p = 0.000). Die Rate der Psychotherapeuten, die ihre Glaubenseinstellung als spirituell bezeichneten, lag bei den humanistisch orientierten mit 51,6% mit Abstand am höchsten, gefolgt von den methodenübergreifenden Psychotherapeuten (38,2%), den psychoanalytisch / tiefenpsychologisch fundiert orientierten Psychotherapeuten (32,1%) und den kognitiv-behavioralen Psychotherapeuten (21,8%). Bei der Wahl des Begriffes „religiös“ zur Charakterisierung der eigenen Glaubenseinstellung erwiesen sich die Unterschiede zwischen den einzelnen Gruppen der theoretischen Orientierung dagegen als eher gering. Während sich 24,7% der methodenübergreifenden Psychotherapeuten als religiös bezeichneten, waren dies 18,9% bei den humanistischen, 21,8% bei den kognitiv-behavioral orientierten und 19,8% bei den psychoanalytisch/tiefenpsychologisch fundiert orientierten Psychotherapeuten. Der Anteil der Atheisten war unter den psychoanalytisch / tiefenpsychologisch fundiert orientierten Psychotherapeuten mit 16,5% am höchsten. Mit geringem Abstand folgten mit 15,5% die kognitiv-behavioral orientierten Psychotherapeuten. Von den methodenübergreifenden bezeichneten sich 8,2% als atheistisch und von den humanistisch orientierten Psychotherapeuten nur mehr 5,3%. Die Agnostiker waren unter den kognitiv-behavioral orientierten Psychotherapeuten mit 6,3% am stärksten vertreten. Darauf folgten die humanistisch orientierten Psychotherapeuten (5,3%), die psychoanalytisch /

tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapeuten (4,6%) und schließlich die methodenübergreifenden Psychotherapeuten (2,0%). Der Begriff „unbestimmt“ wurde am häufigsten von den kognitiv-behavioralen Psychotherapeuten zur Charakterisierung der eigenen Glaubenseinstellung herangezogen (24,1%). Darauf folgten die psychoanalytisch / tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapeuten (19,8%), die methodenübergreifenden (17,1%) und die humanistischen Psychotherapeuten (11,6%). Die Antwortalternative „keine davon, sondern“ wurde von 10,3% der kognitiv-behavioralen Psychotherapeuten, von 9,9% der methodenübergreifenden, von 7,4% der humanistischen und von 7,2% der psychoanalytisch / tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapeuten gewählt.

Tabelle 50: Primäre theoretische Orientierung / Glaubenseinstellung

	kog-beh	pa / tpsf	mü	hum
spirituell	21,8 %	32,1 %	38,2 %	51,6 %
religiös	21,8 %	19,8 %	24,7 %	18,9 %
atheistisch	15,5 %	16,5 %	8,2 %	5,3 %
agnostisch	6,3 %	4,6 %	2,0 %	5,3 %
unbestimmt	24,1 %	19,8 %	17,1 %	11,6 %
keine davon	10,3 %	7,2 %	9,9 %	7,4 %
gesamt	100 %	100 %	100 %	100 %

Anmerkung: kog-beh = kognitiv-behavioral, hum = humanistisch, pa / tpsf = psychoanalytisch / tiefenpsychologisch fundiert, mü = methodenübergreifend;
$Chi^2 = 46,319$, N = 810, df = 15 p = 0.000

3.2.4. Glaube an eine höhere Wirklichkeit

Signifikante Unterschiede ergaben sich auch bezüglich der Frage nach dem Glauben an eine höhere Wirklichkeit ($Chi^2 = 31,243$, df = 6; p = 0,000). Mit Abstand am häufigsten wurde der Glaube an eine höhere Wirklichkeit von den humanistisch orientierten Psychotherapeuten bejaht (77,7%), gefolgt von den methodenübergreifenden (71,7%), den psychoanalytisch / tiefenpsychologisch fundiert orientierten (56,1%) und schließlich den kognitiv-behavioral orientierten Psychotherapeuten mit 54,6%. Der Anteil der Psychotherapeuten, der den

Glauben an Transzendenz eindeutig ausschloss, war bei den psychoanalytisch / tiefenpsychologisch fundiert orientierten mit 20,1% am höchsten. Dagegen schlossen 16,7% der kognitiv-behavioralen Psychotherapeuten die Existenz einer höheren Wirklichkeit aus versus 10,6% der methodenübergreifenden und 8,5% der humanistischen Psychotherapeuten. Der Anteil derer, die sich diesbezüglich nicht sicher waren, lag wiederum bei den kognitiv-behavioral orientierten Psychotherapeuten mit 28,7% am höchsten, gefolgt von 23,8% bei den psychoanalytisch / tiefenpsychologisch fundiert orientierten Psychotherapeuten, 17,7% bei den methodenübergreifend orientierten Psychotherapeuten und 13,8% bei den humanistisch orientierten Psychotherapeuten.

Zusammenfassend zeichnen sich die einzelnen Gruppen der theoretischen Orientierung hinsichtlich ihrer religiösen / spirituellen Orientierung und Einbindung durch die folgenden Charakteristika aus: Die humanistischen Psychotherapeuten beschreiben sich am häufigsten als spirituell eingestellt und glauben am weitaus häufigsten an die Existenz einer höheren Wirklichkeit. Die psychoanalytisch / tiefenpsychologisch fundiert orientierten Psychotherapeuten schließen dagegen die Existenz einer höheren Wirklichkeit am häufigsten explizit aus. Sie gehören deutlich seltener der katholischen Konfession an und sind deutlich häufiger konfessionslos als die Vertreter der drei anderen theoretischen Orientierung. Die kognitiv-behavioralen Psychotherapeuten sind in Hinblick auf die Konfessionszugehörigkeit als eher unauffällig zu bezeichnen. Sie bezeichnen sich jedoch weit seltener als spirituell als ihre Kollegen und ziehen insgesamt am seltensten die Begriffe religiös oder spirituell zur Charakterisierung der eigenen Glaubenseinstellung heran. In Bezug auf die Frage nach der Existenz einer höheren Wirklichkeit sind sie sich im Vergleich zu den Vertretern der anderen theoretischen Orientierungen am wenigsten sicher.

Tabelle 51: Primäre theoretische Orientierung / Glaube an höhere Wirklichkeit

	kog-beh	pa / tpsf	mü	hum
ja	54,6 %	56,1 %	71,1 %	77,7 %
nein	16,7 %	20,1 %	10,6 %	8,5 %
nicht sicher	28,7 %	23,8 %	17,7 %	13,8 %
gesamt	100 %	100 %	100 %	100 %

Anmerkung: kog-beh = kognitiv-behavioral, hum = humanistisch, pa / tpsf = psychoanalytisch / tiefenpsychologisch fundiert, mü = methodenübergreifend;
$Chi^2 = 31{,}243$, N = 818, df = 6, p = 0.000

3.3. Varianzanalytische Gruppenvergleiche bezüglich des Faktors „Konfession“

Für den Faktor Konfession ergaben sich signifikante Effekte bei den Variablen „Thematisierung religiöser / spiritueller Inhalte und Probleme“ ($F_{(2, 810)} = 4{,}541$, p = 0,011), „Zufriedenheit mit der Psychotherapieausbildung“ ($F_{(2, 801)} = 9.238$, p = 0,000), „Bedeutsamkeit von Religiosität und Spiritualität im eigenen Leben“ ($F_{(2, 808)} = 16{,}256$, p = 0,000) und „Auswirkung der religiösen / spirituellen Orientierung auf die psychotherapeutische Praxis“ ($F_{(2, 805)} = 9{,}587$, p = 0,000).

Die anschließenden Einzelvergleiche ergaben das folgende Bild: Spirituelle / religiöse Inhalte und Probleme werden in der psychotherapeutischen Praxis von evangelischen Psychotherapeuten (MW = 24,66) häufiger thematisiert, als es bei den konfessionslosen Therapeuten (MW = 18,97) der Fall ist. Dagegen zeigten sich diesbezüglich keine statistisch bedeutsamen Unterschiede zwischen katholischen Psychotherapeuten (MW = 21,04) und den beiden verbleibenden Gruppen. Die konfessionslosen Psychotherapeuten berichten insgesamt eine geringere Bedeutung von Spiritualität bzw. Religiosität im eigenen Leben als die katholischen (p = .000) und die evangelischen Psychotherapeuten (p = .000). Die beiden letztgenannten Gruppen unterschieden sich diesbezüglich nicht signifikant.

Dementsprechend wirkte sich die spirituelle / religiöse Orientierung bei den konfessionslosen Psychotherapeuten in signifikant geringerem Maße auf die psychotherapeutische Tätigkeit aus, als es bei den katholischen (p = .007) und den evangelischen Psychotherapeuten (p = .000) der Fall war. Zwischen katholischen und

evangelischen Psychotherapeuten zeigten sich dagegen wiederum keine signifikanten Unterschiede.

Was die Berücksichtigung von psychologisch relevanten Fragestellungen im Zusammenhang mit den Themenbereichen Spiritualität und Religiosität im Rahmen der Ausbildung anbelangt, erwiesen sich die konfessionslosen Psychotherapeuten als zufriedener als die konfessionell gebundenen (katholisch: p = 000; evangelisch: p = .010). Katholische und evangelische Psychotherapeuten unterschieden sich diesbezüglich wiederum nicht.

Insgesamt deuten die Ergebnisse bezüglich des Faktors Konfession darauf hin, dass dieser keine herausragende Rolle spielt, was die Einstellung und Erfahrungen bezüglich der Thematik in der Psychotherapie anbelangt. So zeigten sich über die drei Gruppen hinweg keine signifikanten Unterschiede bezüglich der Anzahl spiritueller / religiöser Patienten bzw. der Anzahl der Patienten, die explizit den Wunsch nach Anerkennung solcher Themen in der Behandlung äußern. Auch hatten sich konfessionell gebunde Psychotherapeuten weder stärker mit diesbezüglichen Inhalten auseinandergesetzt noch fühlten sie sich kompetenter, mit solchen Themen im Rahmen der Therapie umzugehen, als ihre konfessionslosen Kollegen. Auch zeigten sich keine Unterschiede, was die Einschätzung des Nutzens von Weiterbildung anbelangt.

Darüber hinaus zeigten sich bei keiner der erfassten Variablen signifikante Unterschiede zwischen katholischen und evangelischen Psychotherapeuten. Die bedeutsamsten Differenzen ergaben sich zwischen den Konfessionslosen und den konfessionell Gebundenen. Diese Befunde sind konsistent und erscheinen erwartungsgemäß, da zu vermuten ist, dass die gefundenen Unterschiede vor allem auf die insgesamt geringere Bedeutsamkeit von Religiosität und Spiritualität im persönlichen Leben der Konfessionslosen zurückzuführen sind.

3.4. Gruppenvergleiche bezüglich des Faktors Konfession für kategoriale Variablen

In den Gruppenvergleich bezüglich des Faktors Konfession für die katgorialen Variablen gingen die gleichen Fälle ein wie für die varianzanalytischen Vergleiche (N = 828). Das heißt, die Analysen gelten für die zentralen Gruppen der theoretischen Orientierung (kognitiv-behavioral, humanistisch, methodenübergreifend psychoanalytisch / tiefenpsychologisch fundiert) sowie der Konfession (evangelisch, katholisch, keine). Untersucht wurden die Variablen „Charakterisierung der eigenen Glaubenseinstellung“ und „Glaube an eine höhere Wirklichkeit“. Darüber hinaus wird in diesem Zusammenhang in der folgenden Diskussion

die Variable „Bedeutsamkeit einer spirituellen / religiösen Orientierung im eigenen Leben“ nochmals unter anderen Gesichtspunkten aufgegriffen.

Auch bei diesen Variablen zeigten sich nur geringfügige Unterschiede zwischen katholischen und evangelischen Psychotherapeuten. Der bedeutsamste Unterschied lag darin, dass die katholischen Psychotherapeuten deutlich häufiger den Begriff „religiös“ (37,5%) für die Charakterisierung der eigenen Glaubenseinstellung wählten als Psychotherapeuten, die der evangelischen Konfession angehörten (30,7%). Auch gaben katholische Psychotherapeuten häufiger eine ziemlich oder sehr starke Bedeutsamkeit der religiösen oder spirituellen Orientierung im eigenen Leben an als ihre evangelischen Kollegen. Darüber hinausgehend erlauben die untersuchten Variablen einige Schlussfolgerungen, was die Bindung der eigenen religiösen / spirituellen Orientierung an einen institutionellen Kontext anbelangt. Als interessant erweist sich hier vor allem die Ausprägung „Konfessionszugehörigkeit keine“. 49,7% der Psychotherapeuten, die keiner Konfession zugehören, berichten dennoch, an eine höhere Wirklichkeit zu glauben. 50,4% von diesen gaben an, dass Spiritualität und Religiosität in ihrem persönlichen Leben von mittlerer bis sehr hoher Bedeutung sei. 31,7% bezeichneten sich als spirituell und 6,9% als religiös. Nur 22,8% der Konfessionslosen charakterisierten sich als atheistisch eingestellt. Umgekehrt gab ein gutes Viertel sowohl der katholischen als auch der evangelischen Psychotherapeuten an, dass Religiosität und Spiritualität im persönlichen Leben von gar keiner oder geringer Bedeutung sei. Jeweils etwa 7% von diesen glaubten nicht an eine höhere Wirklichkeit und jeweils etwa 17% waren sich diesbezüglich nicht sicher.

Tabelle 52: Konfession / Glaubenseinstellung

	katholisch	evangelisch	keine
spirituell	35,6 %	37,0 %	31,7 %
religiös	37,5 %	30,7 %	7,2 %
atheistisch	2,5 %	4,3 %	22,8 %
agnostisch	1,3 %	2,6 %	6,6 %
unbestimmt	16,3 %	15,5 %	22,8 %
keine davon	6,9 %	9,8 %	8,9 %
gesamt	100 %	100 %	100 %

Anmerkung: $Chi^2 = 141{,}670$, N = 810, df = 10, p = 0.000

Tabelle 53: Konfession / Glaube an höhere Wirklichkeit

	katholisch	evangelisch	keine
ja	75,3 %	74,8 %	49,7 %
nein	7,4 %	7,8 %	23,4 %
nicht sicher	17,3 %	17,3 %	26,9 %
gesamt	100 %	100 %	100 %

Anmerkung: $Chi^2 = 62{,}876$, N = 818, df = 4, p = 0.000

Tabelle 54: Konfession / Bedeutsamkeit von Spiritualität

	katholisch	evangelisch	keine
gar nicht	4,9 %	4,9 %	18,7 %
wenig	20,9 %	21,9 %	30,9 %
mittelmäßig	31,3 %	31,0 %	23,5 %
ziemlich	23,3 %	28,8 %	15,3 %
sehr	19,6 %	13,4 %	11,6 %
gesamt	100 %	100 %	100 %

4. Multiple Regression

Eine zentrale inhaltliche Frage bezog sich auf den Anteil der Klienten, die im Verlauf der Behandlung religiöse bzw. spirituelle Inhalte und Probleme thematisieren. Um zu klären, welche Faktoren von Seiten der Psychotherapeuten beim Zustandekommen dieser Variablen eine Rolle spielen und wie groß deren Einfluss auf die abhängige Variable ist, wurde das Verfahren der multiplen linearen Regression angewandt. Dieses Verfahren dient dazu, die Ausprägung einer abhängigen Variablen (Kriterium) in Abhängigkeit von mehreren unabhängigen Variablen (Prädiktoren) zu berechnen. Dieser Zusammenhang wird mittels einer linearen Funktion quantifiziert und beschrieben. Da es sich um eine explorative Studie handelte und zu dieser Fragestellung noch keine Hypothesen vorlagen, die es zu überprüfen galt, wurde ein explorativer Ansatz gewählt, bei dem die Prädiktorvariablen möglichst vollständig in eine schrittweise multiple Regression aufgenommen wurden, um zu sehen, welche sich für die Vorhersage der Kriteriumsvariablen als bedeutsam erweisen. Da es möglich ist, dass einzelne Variablen, die bivariat nur unbedeutend mit der Kriteriumsvariablen korrelieren, sich bei simultaner Betrachtung doch als bedeutsam für die Erhöhung des Vorhersagebeitrages erweisen, indem sie irrelevante Varianz in den anderen Prädiktorvariablen unterdrücken, sollte die möglichst vollständige Aufnahme der Prädiktoren darüber hinaus dazu dienen, solche möglichen Suppressionseffekte mit einzubeziehen.

Die genaue Auswahl der Prädiktorvariablen richtete sich nach den folgenden Kriterien: Alle inhaltlich bedeutsamen Variablen wurden in die Analyse aufgenommen. Ausgeschlossen wurden a) Variablen, die nur Informationen über den Einfluss von Seiten der Klienten liefern

und nicht über den Einfluss von Seiten der Therapeuten, wie z.B. „Anzahl religiöser / spiritueller Klienten“ oder „Wunsch nach Anerkennung in der Behandlung“, und b) Prädiktoren, die inhaltlich nicht sinnvoll zu interpretieren sind bzw. bei denen ein Kausalzusammenhang nur umgekehrt nahe zu liegen scheint, wie z.B. bei der Variablen „Nutzen von Weiterbildung“.[146] Darüber hinaus wurden diejenigen Fälle aus der Analyse ausgeschlossen, die bei den Angaben zur Konfession Mehrfachantworten angegeben hatten (N = 8) und die bei der Frage zur Bezeichnung der Glaubenseinstellung eine Kombination von religiös und spirituell angeführt hatten (N = 14). Damit belief sich die Anzahl der Fälle, auf deren Basis die multiple Regression berechnet wurde, auf N = 873.

4.1. Überprüfung auf Verletzung der Voraussetzungen

Die Durchführung einer Multiplen Regression beruht auf bestimmten Vorannahmen, die vorab überprüft wurden und im Folgenden dargestellt werden (Backhaus, Erichson, Plinke & Weiber, 1996, S. 31ff.).[147]

4.1.1. Nichtlinearität

Die multiple Regression setzt einen linearen Zusammenhang zwischen Kriteriums- und Prädiktorvariablen voraus. Um dies zu prüfen, müssen die Streudiagramme der Korrelationen der einzelnen Prädiktorvariablen mit der Kriteriumsvariablen auf einen linearen Zusammenhang überprüft werden. Für die dichotomen Variablen erweist sich die Prüfung auf Linearität als hinfällig, da sie per Definitionem erfüllt ist. Für die verbleibenden Variablen zeigt sich anhand der Streudiagramme, dass die Voraussetzung eines linearen Zusammenhangs erfüllt ist.

4.1.2. Multikollinearität

Multikollinearität liegt vor, wenn zwischen einer Variablen und einer oder mehreren unabhängigen Variablen ein starker Zusammenhang besteht. Zur Prüfung des Vorliegens von Kollinearität kann entweder die Korrelationsmatrix der Prädiktoren herangezogen werden oder auch der Toleranzwert überprüft werden. Letzterer sollte möglichst dicht bei 1 liegen. Aus einer kleinen Toleranz kann geschlossen werden, dass Kollinearität vorliegt.

[146] Ausgeschlossen wurden die folgenden Variablen: f15 „Nutzen von Weiterbildung“, f9 „Anzahl spiritueller Klienten“, f10 „Anerkennung in Behandlung“, f12 „Wunsch nach stärkerer Berücksichtigung im Psychologiestudium“, f14 „Zufriedenheit mit Psychotherapieausbildung“, f2 „Anzahl Klienten pro Woche“, f3 „Anzahl Stunden pro Woche“, f7f „theoretische Orientierung andere“, f19 „Glaubenseinstellung andere“, f23 „Nationalität“, f26 „Familienstand“, f27 „Partnersituation“.

[147] Die Statistiken zur Multiplen Regression sowie die Statistiken und Graphiken, die für die Überprüfung der Voraussetzungen herangezogen wurden, finden sich in Anhang D4.

Toleranzwerte < .1 wecken dabei den Verdacht auf Kollinearität (Brosius & Brosius, 1995, S. 495). Im vorliegenden Fall liegen die Toleranzwerte zwischen .488 und .972. Somit bestehen keine Hinweise auf das Vorliegen von Kollinearität.

4.1.3. Autokorrelation

Eine weitere Vorannahme der multiplen Regression besteht darin, dass die Residuen in der Grundgesamtheit unkorreliert sind. Eine Möglichkeit, dies zu prüfen, besteht in der Überprüfung des Durbin-Watson-Quotienten. Dieser sollte möglichst nahe bei 2 liegen. Der Durbin-Watson-Quotient liegt bei .396, was auf eine leicht positive Autokorrelation der Residuen hindeutet.

4.1.4. Heteroskedastizität

Eine weitere Prämisse der linearen Regression ist, dass keine Heteroskedastizität vorliegen darf. Heteroskedastizität liegt dann vor, wenn die Streuung der Residuen in einer Reihe von Werten der abhängigen Variablen nicht konstant ist. Dies kann überprüft werden, indem man das Streudiagramm hinsichtlich einer heterogenen Streuung der Residuen über die vorhergesagten Werte überprüft. Im vorliegenden Fall ist kein Dreiecksmuster erkennbar, welches auf eine solche heterogene Streuung hinweisen würde. Somit ist keine Heteroskedastizität gegeben.

4.1.5. Nicht-Normalverteilung

Eine letzte Voraussetzung besteht in der Annahme der Normalverteilung der Residuen. Anhand der Überprüfung des Histogramms der standardisierten Residuen betätigt sich, dass auch diese Voraussetzung erfüllt ist.

4.1.6. Abschließende Beurteilung

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass die Daten aufgrund der leicht positiven Autokorrelation der Residuen die Voraussetzungen für die Berechnung einer multiplen Regression nicht vollständig erfüllen. Dadurch kann eine gewisse Verzerrung der Regressionsschätzung nicht ausgeschlossen werden.

4.2. Vorgehen

Bei der Durchführung der multiplen Regression wurden die Prädiktorvariablen mit 5-stufigem Antwortformat als quasi-intervallskalierte Variablen betrachtet. Um auch kategoriale Variablen in die multiple Regression aufnehmen zu können, wurden für diese vorab

Indikatorvariablen gebildet, die die Informationen der nominal-skalierten Merkmale in codierter Form enthalten. Dafür wurde eine Dummy-Codierung gewählt. Bei der Dummy-Codierung werden für jede der k-fach gestuften Kategorien der Prädiktorvariablen k-1 binär (1/0) codierte Indikatorvariablen gebildet (Bortz, 1999, S. 470). Die ordinal-skalierte Variable „eigene religiöse / spirituelle Erfahrungen“ wurde zu den Kategorien ja / nein zusammengefasst und ging ebenfalls als dummy-codierte Variable in die Multiple Regression ein. Eine weitere Voraussetzung für die Anwendung des Verfahrens der Multiplen Regression besteht in der Normalverteilung der Kriteriumsvariablen. Da die Ausprägungen der Kriteriumsvariablen jedoch in Form von Prozentwerten vorlagen und Prozentwerte per definitionem nicht normalverteilt sein können, wurde die Kriteriumsvariable vorab einer logarithmischen Transformation unterzogen, um deren Verteilung in eine Normalverteilung zu überführen.[148]

Als Analysemethode der multiplen Regression wurde die Methode „schrittweise“ gewählt. Bei der Methode „schrittweise“ wird als erster Prädiktor derjenige aufgenommen, der die höchste bivariate Korrelation mit der Kriteriumsvariablen aufweist. In Folge werden nur noch die Prädiktoren mit der jeweils höchsten Partialkorrelation aufgenommen, die noch einen signifikanten Zuwachs bezüglich der Vorhersage des Kriteriums leisten. Das heißt, die Aussage gilt für das Gesamtmodell – es wird eine Auswahl von Prädiktoren zusammengestellt, die zusammengenommen den höchsten Erklärungswert besitzen. Dabei können einzelne interessante Variablen verlorengehen, da sie redundant sind mit bereits aufgenommenen Prädiktoren[149]. Für den Umgang mit fehlenden Werten wurde der „fallweise Ausschluss“ gewählt. Dabei beruhen die Berechnungen nur auf Fällen, die für alle Variablen gültige Werte haben. Dies hat den Vorteil, dass die Anzahl der Fälle, die in die Analyse eingehen, für alle Variablen gleich bleibt.

4.3. Korrelationsstatistische Ergebnisse

Bei Betrachtung der Korrelationsmatrix lässt sich feststellen, dass die bivariaten Korrelationen zwischen den Prädiktorvariablen und der Kriteriumsvariablen „Prozentsatz der Klienten, die religiöse oder spirituelle Inhalte und Probleme thematisieren“ insgesamt im unteren bis mittleren Bereich liegen (r zwischen .011 und .438). In Tabelle 55 werden die

[148] Die Log-Transformation wurde nach der Formel logit (p) = log p / 1 - p berechnet. Da Wertausprägungen von p = 0 nicht in die Berechnung der logarithmischen Transformation eingehen können, wurden diese vorab auf p = 0.001 umcodiert. Dies war bei N = 10 Fällen der Fall.

[149] Aus diesem Grund ist es dennoch interessant, auch die einfachen bivariaten Korrelationen im Auge zu behalten.

höchsten bivariaten Korrelationen einzelner Variablen mit der Kriteriumsvariablen, geordnet nach deren Rangfolge, aufgeführt.

Tabelle 55: Bedeutsame bivariate Korrelationen mit der Kriteriumsvariablen

Variable	r	Signifikanz
Auseinandersetzung mit diesem Spezialgebiet	.439	.000
Bedeutsamkeit von Religiosität / Spiritualität für das eigene Leben	.396	.000
Auswirkung der religiösen / spirituellen Orientierung auf die Psychotherapie	.366	.000
Kompetenz im Umgang mit religiösen / spirituellen Klienten	.333	.000
Glaube an höhere Wirklichkeit „ja“	.318	.000
Glaubenseinstellung „spirituell“	.301	.000
Eigene religiöse bzw. spirituelle Erfahrungen	.290	.000
Konzept transpersonal	.269	.000
Glaube an höhere Wirklichkeit „nein“	-.258	.000
Grad der Berücksichtigung in Psychotherapieausbildung	.249	.000
Glaubenseinstellung „atheistisch“	-.240	.000
Glaubenseinstellung „unbestimmt“	-.176	.000
Konzept humanistisch	.164	.000
theoretische Orientierung kognitiv-behavioral	-.162	.000

Anmerkung: Produkt-Moment-Korrelation nach Pearson, einseitige Fragestellung.

4.4. Ergebnisse der Multiplen Regression[150]

Das korrigierte R^2 liegt bei .259 und ist mit einem F-Wert von 40,75 hochsignifikant ($F_{7/798} = 40{,}756$; $R^2_{korr} = .259$, $p = .000$).

[150] Die ausführlichen Statistiken zur Multiplen Regression finden sich in Anhang D4.

Zur Vorhersage der Kriteriumsvariablen „Anteil der Klienten, die im Verlauf der Behandlung religiöse bzw. spirituelle Inhalte oder Probleme thematisieren“ trugen die folgenden Prädiktoren bei: „Auseinandersetzung mit diesem Spezialgebiet“ (β = .236; p = .000), „Grad der Berücksichtigung in der Psychotherapieausbildung“ (β = .129; p = .000), „Bedeutsamkeit von Spiritualität / Religiosität im eigenen Leben“ (β = .114; p = .009), „Glaube nein“ (β = -.094; p =.008), „Kompetenz im Umgang mit religiösen / spirituellen Problemen“ (β = .087; p = .020), „Glaubenseinstellung spirituell“ (β = .078; p = .031) und „Konfession evangelisch“ (β = .068; p = .029).

Das heißt, Psychotherapeuten, die von einer größeren Anzahl an Klienten berichten, die im Verlauf der Behandlung religiöse oder spirituelle Inhalte oder Probleme thematisieren, a) hatten sich stärker mit psychologisch relevanten Fragestellungen im Zusammenhang mit den Themenbereichen Spiritualität und Religiosität auseinandergesetzt, b) in deren Ausbildung waren klinisch-relevante Fragestellungen im Zusammenhang mit den Themenbereichen Spiritualität und Religiosität stärker berücksichtigt worden, c) in deren persönlichem Leben war eine spirituelle / religiöse Orientierung von größerer Bedeutung, e) fühlten sich kompetenter im Umgang mit Klienten, die im Rahmen ihrer religiösen spirituellen Orientierung problematische Erfahrungen und Prozesse erleben, f) bezeichneten ihre eigene Glaubenseinstellung häufiger als spirituell und g) gehörten häufiger der evangelischen Konfession an. Dagegen wurden spirituelle oder religiöse Inhalte und Probleme bei Psychotherapeuten, die selbst nicht an eine höhere Wirklichkeit glauben, seltener thematisiert.

Die Ergebnisse der Multiplen Regression sind in Tabelle 56 noch einmal im Überblick dargestellt.

Tabelle 56: Multiple Regression

Modellzusammenfassung			**Anova**		**Koeffizienten Modell 7**				
Modell	R	Korrigiertes R^2	$F_{7/798}$	Signifikanz		B	Beta	T	Signifikanz
					Konstante	-4,255		-18,995	0,000
1	,439[a]	,192	190,74	,000[a]	a. Auseinandersetzung mit diesem Spezialgebiet	,340	,236	5,638	0,000
2	,475[b]	,224	116,025	,000[b]	b. Bedeutsamkeit von Religiosität/ Spiritualität	,156	,114	2,620	0,009
3	,494[c]	,242	85,714	,000[c]	c. Grad der Berücksichtigung in Psychotherapieausbildung	,234	,129	4,044	0,000
4	,502[d]	,248	66,800	,000[d]	d. Glaube nein	-,449	-,094	-2,673	0,008
5	,507[e]	,252	54,739	,000[e]	e. Kompetenz im Umgang mit rel. / spir. Problemen	,152	,087	2,332	0,020
6	,511[f]	,255	46,560	,000[f]	f. Konfession evangelisch	,235	,068	2,190	0,029
7	,515[g]	,259	40,756	,000[g]	g. Glaubenseinstellung spirituell	,268	,078	2,156	0,031

5. Ergebnisse der Nichtteilnehmerbefragung

Um die Repräsentativität der Untersuchungsstichprobe besser einschätzen zu können, wurde eine zusätzliche Befragung mit einer Teilstichprobe der Nichtteilnehmer durchgeführt. Damit sollte geprüft werden, ob sich diese hinsichtlich untersuchungsrelevanter Variablen systematisch von den Teilnehmern unterscheiden. Hierfür wurden 50 Psychotherapeuten, die nicht an der Studie teilgenommen hatten, erneut angeschrieben, mit der Bitte, ein kurzes Antwortblatt auszufüllen. Von den 50 Anschreiben waren 3 unzustellbar, womit die erreichte Stichprobe bei N = 47 lag. Davon nahmen 21 Psychotherapeuten (44,7%) an der Befragung teil.

Das Antwortblatt beinhaltete eine Reihe von ausgewählten Markeritems aus dem Gesamtfragebogen, die zentrale Inhalte in Hinblick auf die Fragestellungen der Studie erfassten.[151] Dies waren die folgenden Variablen:

a) Bedeutsamkeit von Spiritualität / Religiosität für das eigene Leben
b) Anzahl der Klienten, die spirituelle / religiöse Inhalte und Probleme thematisieren
c) Vorrangige theoretische Orientierung
d) Bedeutung der einzelnen theoretischen Konzepte im Rahmen der psychotherapeutischen Praxis[152]

Für die Variablen „Prozentsatz der Klienten, die religiöse / spirituelle Inhalte und Probleme thematisieren“ und „Bedeutsamkeit von Spiritualität / Religiosität für das eigene Leben“ zeigten sich keine statistisch bedeutsamen Unterschiede zwischen Nicht-Teilnehmern und Teilnehmern. Auch bei der Variablen „Einfluss der einzelnen psychotherapeutischen Konzepte im Rahmen der psychotherapeutischen Tätigkeit“ ergaben sich mit Ausnahme der theoretischen Orientierung „transpersonal“ keine signifikanten Unterschiede zwischen den beiden Gruppen. Die teilnehmenden Psychotherapeuten berichteten dabei von einem größeren Einfluss von transpersonalen Konzepten im Rahmen ihrer psychotherapeutischen Tätigkeit als die nicht teilnehmenden ($T = 5{,}228$, $p = 0.000$).[153]

Hinsichtlich der Frage nach der vorrangigen theoretischen Orientierung der teilnehmenden und der nichtteilnehmenden Therapeuten ergab sich folgendes: unter den Nicht-Teilnehmern fanden sich mehr kognitiv-behaviorale Psychotherapeuten (Differenz: 8,5%) und

[151] Eine Abbildung des Anschreibens und des Nichtteilnehmerfragebogens findet sich in Anhang C
[152] Zur Erinnerung: Bei der letztgenannten Frage wurde die Bedeutung der einzelnen theoretischen Konzepte kognitiv-behavioral, humanistisch, analytisch-psychodynamisch, systemisch und transpersonal im Rahmen der eigenen psychotherapeutischen Praxis auf einer 5-stufigen Antwortskala erfasst.
[153] Die ausführlichen Statistiken zur Nichtteilnehmerbefragung finden sich in Anhang D5

tiefenpsychologisch fundiert / psychoanalytische Psychotherapeuten (Differenz: 5,4%) als unter den Teilnehmern. Die humanistischen (Differenz: 4,8%) und methodenübergreifenden (Differenz: 8,4%) Psychotherapeuten waren dagegen bei den Nicht-Teilnehmern in geringerem Maße vertreten als bei den Teilnehmern. Für die Überprüfung der statistischen Signifikanz dieser Unterschiede wäre im Grunde genommen ein Chi-Quadrat-Test das angemessene Verfahren. Aufgrund des zu geringen N der einzelnen Gruppen der theoretischen Orientierung war jedoch eine statistische Überprüfung auf Unterschiede zwischen Teilnehmern und Nichtteilnehmern nicht möglich. Aus diesem Grund sind die Unterschiede zwischen Teilnehmern und Nichtteilnehmern in bezug auf diese Variable in der folgenden Übersicht lediglich deskriptiv dargestellt.

Tabelle 57: Vergleich Teilnehmer vs. Nichtteilnehmer

	T	df	Sign. 2-seitig
Bedeutsamkeit von Spiritualität und Religiosität im eigenen Leben	1,237	906	0,217 n.s.
Anzahl der Klienten, die spirituelle / religiöse Inhalte und Probleme thematisieren	0,917	909	0,359 n.s.
Einfluss der jeweiligen theoretischen Konzepte im Rahmen der psychotherapeutischen Tätigkeit:			
kognitiv-behavioral:	-1,369	914	0,171 n.s.
analytisch / psychodynamisch:	-0,401	914	0,688 n.s
humanistisch:	-1,124	21, 446	0,273 n.s.
transpersonal:	5,228	26, 913	0,000**
systemisch:	- 1,214	914	0,196
Primäre theoretische Orientierung:	Teilnehmer (%)	Nichtteiln. (%)	Differenz (%)
kognitiv-behavioral:	20,1	28,6	8,5
pa / tpsf:	27,9	33,3	5,4
humanistisch:	11,5	4,8	6,7
methodenübergreifend:	37,0	28,6	8,4

Anmerkung: pa / tpsf = psychoanalytisch / tiefenpsychologisch fundiert

Zusammenfassend legen die Ergebnisse der Nichtteilnehmerbefragung nahe, dass die humanistischen und methodenübergreifenden Psychotherapeuten und deren Perspektive unter den Teilnehmern tendenziell überrepräsentiert sind, ansonsten aber nur geringe Unterschiede vorliegen und somit die Daten der Befragung im Wesentlichen extrapolierbar sind.

VI. Diskussion und Ausblick

Die Ergebnisse dieser ersten annähernd repräsentativen bundesweiten Studie zeigen: Das Thema „Spiritualität und Religiosität in der psychotherapeutischen Praxis“ ist auch für Psychologische Psychotherapeuten in der Bundesrepublik Deutschland ein aktuelles und relevantes Thema. Sowohl die für Fragebogenstudien im Fachbereich der Psychologie recht zufrieden stellende Rücklaufquote von 57% als auch die hohe Bereitschaft, zusätzlich und unentgeltlich an einer zeitaufwändigen vertiefenden Befragung teilzunehmen, und nicht zuletzt die Ergebnisse der Studie weisen darauf hin, dass diese Themenbereiche für viele Psychotherapeuten von Bedeutung und Interesse sind.

1. Zur Repräsentativität der Untersuchungsstichprobe

Wir strebten eine möglichst repräsentative Stichprobe an. Dies erwies sich aus verschiedenen Gründen als schwer zu realisieren. So wurde die Weitergabe von vollständigen bundesweiten Adresslisten sowohl von den angefragten Fachverbänden als auch von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung aufgrund von datenschutzrechtlichen Gründen auf eine Anfrage hin bedauernd abgelehnt. Aus diesem Grund fiel die Wahl schliesslich auf die Rekrutierung der Psychotherapeuten über Psychotherapeutenlisten, die im Internet öffentlich zur Verfügung gestellt werden. Darüber hinaus ist es angesichts des breiten Spektrums von psychotherapeutischen Ansätzen und der unterschiedlichen professionellen und institutionellen Rahmenbedingungen, innerhalb deren psychotherapeutisch Tätige arbeiten, generell schwierig zu bestimmen, welche Population für psychotherapeutisch Tätige repräsentativ sein soll (vgl. Orlinsky et al., 1999). Im Rahmen der vorliegenden Studie sollten Vertreter der konventionellen psychotherapeutischen Versorgung untersucht werden. Aus diesem Grund fiel die Entscheidung letztlich für approbierte Psychologische Psychotherapeuten der drei psychotherapeutischen Hauptschulen, wobei diese nicht zwingend eine Kassenzulassung haben mussten.

Bei der Ziehung der Stichprobe wurde innerhalb dieser Vorgaben eine möglichst hohe Repräsentativität angestrebt. Ein Vergleich mit Daten der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zeigt, dass die Untersuchungsstichprobe in Hinblick auf die soziodemographischen Variablen Geschlecht, Alter und Ost-West-Verteilung repräsentativ ist für kassenzugelassene Psychologische Psychotherapeuten.

Einschränkungen der Repräsentativität können aus den folgenden Gründen gegeben sein: Die Rücklaufquote der Studie lag bei 57%, was ein erfreuliches Ergebnis ist. Jedoch ist

anzunehmen, dass die restlichen 43%, die nicht an der Studie teilgenommen haben, eher weniger Interesse an den Themengebieten Religiosität und Spiritualität haben als die Teilnehmenden. Im Rahmen der Nichtteilnehmerbefragung zeigte sich, dass unter diesen prozentual mehr kognitiv-behaviorale und psychoanalytisch / tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapeuten und weniger humanistische und methodenübergreifende Psychotherapeuten als bei den Teilnehmern vertreten waren. Da bei den erstgenannten Gruppen der Grad der spiritualitätsbezogenen / religiositätsbezogenen Aussagen regelmäßig etwas geringer war, ist eine dementsprechende Verzerrung der Ergebnisse möglich. Jedoch deuten die Ergebnisse der Nichtteilnehmerbefragung insgesamt darauf hin, dass die Unterschiede zwischen Teilnehmern und Nichtteilnehmern eher geringfügig sind und somit die Daten als relativ robust eingeschätzt werden können.

Ein weiterer Faktor ist, dass die Psychotherapeuten aus Internetlisten rekrutiert wurden. Es ist möglich, dass sich Personen, die für diese Medien offen sind, von solchen unterscheiden, bei denen dies nicht der Fall ist. Inwiefern diese potentiellen Unterschiede mit dem Thema der Studie zusammenhängen, ist jedoch nicht bekannt.

Ein letzter Faktor ist in der Vorgabe zu sehen, dass für die geplanten Gruppenvergleiche ein genügend großer Anteil an Vertretern der humanistischen Orientierung in der Untersuchungsstichprobe repräsentiert sein sollte. Da die reinen Vertreter der Gesprächspsychotherapie in den Psychotherapeutenlisten kaum mehr zu finden waren, erforderte dies bei der Stichprobenziehung eine recht große Teilstichprobe von Psychotherapeuten, die nach eigenen Angaben mit zwei oder mehr Verfahren, einschließlich gesprächspsychotherapeutischen, arbeiten. Es ist nicht auszuschließen, dass dadurch der Einfluss der methodenübergreifenden und humanistischen Orientierung und die entsprechenden Tendenzen in der Untersuchungsstichprobe stärker repräsentiert ist, als es in der Population der Kassenpsychotherapeuten der Fall ist. Da jedoch keine Statistiken verfügbar sind über den Anteil der kassenzugelassenen Psychotherapeuten, der auch Ausbildungen in humanistischen, insbesondere gesprächspsychotherapeutischen Verfahren hat, kann dazu keine definitive Aussage gemacht werden.

Jedoch war die Stichprobe in Hinblick auf die Anzahl der vollständig abgeschlossenen Ausbildungen in gesprächspsychotherapeutischen, verhaltenstherapeutischen und psychoanalytischen / tiefenpsychologischen Verfahren vollkommen ausgewogen, das heißt, die drei großen Psychotherapieschulen waren in gleichem Maße repräsentiert. Darüber hinaus gab es zwei größere Subgruppen von Psychotherapeuten mit gestalttherapeutischen und systemischen Ausbildungen. Man kann also abschließend festhalten, dass die

Untersuchungspopulation ein repräsentatives und aussagekräftiges Bild abgibt, was die Einstellungen und Erfahrungen von erfahrenen, approbierten, psychotherapeutischen Praktikern der dominierenden Psychotherapieschulen anbelangt.

2. Diskussion der Ergebnisse

2.1. Relevanz der Themenbereiche Spiritualität und Religiosität im Rahmen der psychotherapeutischen Praxis

Die Ergebnisse der Studie machen deutlich, dass hinsichtlich der Frage nach der Bedeutsamkeit der Themenbereiche Spiritualität und Religiosität im Rahmen der psychotherapeutischen Praxis zwischen verschiedenen Subgruppen von Psychotherapeuten, respektive deren Klienten, differenziert werden muss.

Für einen recht großen Anteil der befragten Psychotherapeuten scheinen Inhalte und Probleme im Zusammenhang mit den Themenbereichen Spiritualität und Religiosität gar keine oder keine wesentliche Rolle zu spielen. So berichtete nahezu ein Drittel der Psychotherapeuten (27,3%), dass nur 0 bis 5% ihrer Klienten im Verlauf der Behandlung diesbezügliche Inhalte thematisieren, und die Hälfte gab an, dass nur 0-11,5% der Klienten dies tun. Dies kann zum einen dadurch bedingt sein, dass die Klienten selbst eher säkular eingestellt sind und dass Religion oder Spiritualität in deren Leben wenig bedeutsam ist. Ebenso ist es denkbar, dass eine religiöse oder spirituelle Orientierung im Leben der Klienten zwar eine wichtige Rolle spielt, dieser Bereich jedoch nicht als problemrelevant erachtet wird. Zur Frage, inwiefern unausgesprochene Hemmschwellen und Unsicherheiten sowohl von Seiten des Therapeuten als auch von Seiten der Klienten die Thematisierung solcher Inhalte im Kontext einer wissenschaftlich-säkular basierten Psychotherapie verhindern, liegen bis dato nur wenige empirische Befunde vor (O'Conolly et al., 2002, vgl. S. 54 der vorliegenden Arbeit). Es gibt jedoch Hinweise darauf, dass religiös orientierte Klienten ein säkulares psychotherapeutisches Setting aufgrund der antizipierten weltanschaulichen Unterschiede gar nicht erst aufsuchen und statt dessen Angebote bevorzugen, die ihren Glaubensüberzeugungen stärker entsprechen (Larson et al., 1988; Quackenbos et al., 1985).

Für eine weitere, ebenfalls substantielle Gruppe von Patienten sind die Themenbereiche Spiritualität und Religiosität jedoch sowohl von lebensweltlicher als auch von psychotherapeutischer Relevanz. So ist nach Einschätzung der Therapeuten eine religiöse / spirituelle Ausrichtung im Leben von nahezu jedem vierten ihrer Klienten von wesentlicher Bedeutung und jeder vierte bis fünfte Klient (22,3%) thematisiert im Verlauf der Behandlung

religiöse / spirituelle Inhalte oder Probleme. 40% der Psychotherapeuten schätzten die Anzahl der Klienten, die solche Inhalte einbringen, als zwischen 10% und 50% liegend ein und etwa weitere 10% berichteten, dass mehr als 50% ihrer Klienten dies tun. Für eine beachtenswerte Anzahl der Klienten, respektive deren Therapeuten, sind diese Themenkreise somit durchaus von psychotherapeutischer Relevanz. Angesichts dieser Zahlen scheint der Appell einer Reihe von Autoren, die religiöse / spirituelle Orientierung als bedeutsame sozio-kulturelle Variable mit Einfluss auf Identität, Werte, Ziele und Lebensführung der Patienten, sowohl im Rahmen der akademischen Forschung und Ausbildung als auch in der Psychotherapie selbst, stärker zu berücksichtigen, durchaus gerechtfertigt zu sein.

2.2. Konfessionszugehörigkeit

Vergleicht man die Verteilung der Konfessionszugehörigkeit in der vorliegenden Psychotherapeutenstichprobe mit der der bundesdeutschen Allgemeinbevölkerung, so zeigt sich, dass die katholischen Psychotherapeuten mit 18,1% unterdurchschnittlich vertreten sind. In der deutschen Gesamtbevölkerung liegt der Anteil der Katholiken bei 33,1% (ZA & ZUMA, 2003).[154] Der Anteil der evangelischen Psychotherapeuten entspricht mit 35,8% in etwa dem der Allgemeinbevölkerung (36,6%). Dagegen ist die Gruppe der Konfessionslosen mit 41% im Vergleich zur bundesdeutschen Allgemeinbevölkerung mit etwa 24%, die keiner Glaubensgemeinschaft angehören, deutlich überrepräsentiert. Eine Anfrage bei der Kassenärztlichen Bundesvereinigung ergab, dass keine Daten zur Verteilung der konfessionellen Zugehörigkeit von Psychologischen Psychotherapeuten mit Kassenzulassung vorliegen, so dass ein Vergleich mit dieser Population leider nicht möglich ist. Es bleibt von daher unklar, ob die geringere Anzahl an katholischen Psychotherapeuten der tatsächlichen Verteilung der Konfessionen unter Psychologischen Psychotherapeuten entspricht, ob es sich um eine Verzerrung aufgrund der Stichprobenziehung handelt oder ob sich katholische Psychotherapeuten in geringerem Maße von der Studie angesprochen gefühlt und an ihr beteiligt haben als konfessionslose und evangelische Psychotherapeuten. Ein größerer Anteil an Konfessionslosen unter Psychotherapeuten im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung wurde jedoch auch bei den Studien von Ludwig und Plaum (1998) und Demling et al. (2001) gefunden. Bei Demling et al. lag dieser Anteil bei 30%, bei Ludwig und Plaum bei 43,8%.[155]

[154] Für den Vergleich der Untersuchungsstichprobe mit der bundesdeutschen Allgemeinbevölkerung wurde die anfangs bereits erwähnte bevölkerungsrepräsentative ALLBUS-Erhebung aus dem Jahre 2002 (ZA Zentralarchiv für empirische Sozialforschung und ZUMA Zentrum für Umfragen, Methoden und Analysen) herangezogen. Bei dieser Umfrage lag der Schwerpunkt auf dem Themenbereich Religion.

[155] Bei diesen Studien handelte es sich jedoch um Studien mit Psychotherapeuten aus den alten Bundesländern. Von daher gingen die Autoren von den Vergleichswerten für diesen Teil der Allgemeinbevölkerung aus.

In diesen beiden Studien lag der Anteil der katholischen Psychotherapeuten jedoch deutlich höher und entsprach in etwa dem der evangelischen Psychotherapeuten. Dies mag jedoch wiederum dadurch bedingt sein, dass beide Studien im süddeutschen Raum durchgeführt wurden, für den ein höherer Anteil an Katholiken kennzeichnend ist. In einer Studie von Fahrenberg (2006)[156] zeigte sich, dass bereits Psychologiestudenten häufiger ohne Konfession sind als die Allgemeinbevölkerung. Jedoch war unter den Psychologiestudenten die Rate der Konfessionslosen mit 30% geringer als in der vorliegenden Psychotherapeutenstichprobe mit 41%. Auch waren die Studenten mit 29,7% zwar ebenfalls etwas seltener katholisch als die Allgemeinbevölkerung, jedoch nicht so ausgeprägt wie in der vorliegenden Studie. Der deutlich geringste Anteil an Katholiken und gleichzeitig deutlich höchste Anteil an Konfessionslosen zeigte sich im Rahmen der vorliegenden Studie unter den psychoanalytisch / tiefenpsychologisch orientierten Psychotherapeuten. Eine mögliche Interpretation dieser Befunde wäre die, dass katholische Psychotherapeuten möglicherweise häufiger aus der Kirche austreten als evangelische Psychotherapeuten und psychoanalytische Katholiken möglicherweise häufiger, als die Katholiken unter den anderen theoretischen Orientierungen.

In der folgenden Tabelle sind die Befunde zur Konfessionszugehörigkeit der bundesdeutschen Allgemeinbevölkerung (ZA & ZUMA, 2003), der erwähnten Stichprobe von Psychologiestudenten (Fahrenberg, 2006, S. 7) sowie der Untersuchungsstichprobe noch einmal im Vergleich zusammengestellt.

Tabelle 58: Konfessionszugehörigkeit im Vergleich

	ALLBUS 2002[157]	Fahrenberg-Studie Psychologiestudenten	Psychotherapeuten-stichprobe
katholisch	33,1	29,7	18,9
evangelisch	36,6	35,9	35,8
keine	24,0	32,1[158]	41,2
sonstige	4,5[159]	2,3	3,2

Demnach lag der Anteil der Konfessionslosen in der westdeutschen Allgemeinbevölkerung im Jahre 1987 bei 8%.

[156] In der Studie von Fahrenberg (2006) wurden 563 Studierende aus dem Fachbereich Psychologie zu ihrem Menschenbild befragt.

[157] Diese Werte sind gewichtet und können somit als „bevölkerungsrepräsentativ" betrachtet werden.

[158] Religionszugehörigkeit keine bzw. keine Angabe.

Insgesamt betrachtet, stimmen die Ergebnisse mit denen von US-amerikanischen Studien überein, bei denen ebenfalls eine geringere konfessionelle Einbindung unter Akademikern im Allgemeinen und Psychotherapeuten im Besonderen gefunden wurde (Bergin & Jensen, 1990; Shafranske, 1996c, 2000).

2.3. Spiritualität / Religiosität der Psychotherapeuten

Ein erstaunlicher Befund dieser Studie liegt in der überraschend hohen Bedeutung, die die Psychotherapeuten den Themenbereichen Spiritualität bzw. Religiosität im persönlichen Leben beimessen. Dies war vor dem Hintergrund des im Vergleich zu den USA stärkeren Säkularisierungsgrades in Deutschland und der empirisch-wissenschaftlichen Sozialisation der Psychotherapeuten nicht unbedingt zu erwarten. So gaben 65% der Studienteilnehmer an, an die Existenz einer höheren Wirklichkeit zu glauben, 58,6% bezeichneten ihre Glaubenseinstellung als spirituell oder religiös und etwa zwei Drittel der Befragten berichteten von eigenen bedeutsamen spirituellen oder religiösen Erfahrungen. Gefragt nach der Bedeutsamkeit von Spiritualität bzw. Religiosität für das eigene Leben, beschrieben insgesamt 65% diese als in mittlerem (27,3%), ziemlich (22,0%) oder sehr hohem Maße (15,6%) bedeutsam.

Dieses Resultat stimmt jedoch mit den Befunden aus US-amerikanischen und internationalen Studien zum Thema überein (Shafranske, 1996c; Delaney, Miller & Bisono, 2007; Smith & Orlinsky, 2004). So sprechen Smith und Orlinsky (2004) von einem Gefühl der Spiritualität, welches im Leben der meisten Psychotherapeuten eine wichtige Rolle spiele. Dies scheint auch für deutsche Psychotherapeuten zuzutreffen. Auch in der Studie von Demling et al. (2001) berichteten etwa drei Viertel der befragten fränkischen Psychotherapeuten, selbst religiös eingestellt oder religiös praktizierend zu sein. [160] [161] Smith und Orlinsky (2004) kommen auf Basis ihrer internationalen Befragung von Psychotherapeuten zu dem Fazit, dass die Disziplin der Psychologie säkular orientiert sei, die Psychotherapeuten selbst jedoch nicht. Dies scheint auch in Deutschland eine gewisse Gültigkeit zu haben. Die zu Anfang diskutierten Stereotypen einer prinzipiell kritischen bis ablehnenden Haltung gegenüber Religion bzw. Religiosität und die Vermeidung bzw. Marginalisierung dieser Themenbereiche mögen für die Psychologie als wissenschaftliche

[159] Darunter fallen: evangelische Freikirchen, andere christliche Religionsgemeinschaften und andere nicht-christliche Religionsgemeinschaften.
[160] Demling et al. (2001) differenzierten in ihrer Studie nicht zwischen Religiosität und Spiritualität.
[161] Der noch höhere Anteil in der Studie von Demling et al. dürfte der Tatsache geschuldet sein, dass die Studie im fränkischen Raum durchgeführt wurde, ein Gebiet, in dem Religiosität insgesamt von hoher Bedeutung ist. In der vorliegenden Studie war dagegen auch der insgesamt weniger religiöse, norddeutsche Raum repräsentiert.

Disziplin lange Zeit zutreffend gewesen sein, für die gegenwärtigen psychotherapeutischen Praktiker kann dies jedoch nicht festgestellt werden.[162] Smith und Orlinsky (2004) stellen diesbezüglich fest, dass die persönliche Orientierung der meisten Therapeuten sowohl säkular sei, insofern sie von institutionalisierter Religion unabhängig ist, als auch „religiös", insofern sie sich mit letzten Anliegen („ultimate concerns") befasst.

Mit 34% der Psychotherapeuten, die angeben, dass die Themenbereiche Spiritualität und Religiosität im eigenen Leben gar nicht oder nur wenig von Bedeutung sind, scheint ein weiteres, gutes Drittel jedoch tatsächlich rein säkular eingestellt zu sein. Diese Gruppe entspricht vermutlich am ehesten dem in der Untersuchung von Smith und Orlinsky (2004) gefundenen Typus der „säkularen Moral", welcher in der persönlichen Lebensführung weder dem Aspekt der persönlichen Spiritualität noch dem der institutionellen Religiosität, sondern ausschließlich persönlichen moralischen und ethischen Standards eine hohe Bedeutung beimaß. In der Studie von Smith und Orlinsky machte dieser Typus 21% der untersuchten Psychotherapeuten aus.

Verschiedene Studien fanden bei US-amerikanischen Psychotherapeuten eine geringere Einbindung in traditionelle, institutionalisierte Formen der Religiosität bei gleichzeitig starker Offenheit für die religiöse Dimension und persönliche Formen einer humanistisch geprägten Spiritualität (Richards & Bergin, 1990; Shafranske, 2000; Smith & Orlinsky, 2004). Gefragt nach der Bezeichnung für die eigene Glaubenseinstellung, beschreiben sich auch die deutschen Psychotherapeuten häufiger als „spirituell" denn als „religiös". Es wurde in der vorliegenden Befragung jedoch nicht erfasst, was genau die befragten Psychotherapeuten unter Spiritualität und Religiosität verstehen und wie sie diese Begriffe unterscheiden. Es ist jedoch anzunehmen, dass ähnlich, wie es sich in einigen der US-amerikanischen Studien gezeigt hat, der Begriff der Spiritualität einem eher persönlichen, individuellen und erfahrungsbezogenen Zugang zur transzendenten Dimension entspricht, wogegen mit dem Begriff der Religiosität eher dessen traditionelle, institutionalisierte Formen assoziiert werden.

2.4. Berücksichtigung der Themenbereiche Spiritualität und Religiosität im Rahmen der Aus- und Weiterbildung

Anhand der Ergebnisse dieser Studie wird deutlich, dass psychologisch relevante Fragestellungen im Zusammenhang mit den Themenbereichen Religiosität und Spiritualität auch in der psychotherapeutischen Ausbildung in Deutschland nur in geringem Maße berücksichtigt werden. Ein recht hoher Anteil von 81,1% der befragten Psychotherapeuten

[162] Wie sich anhand der eingangs dargestellten Literaturrecherchen zeigt, ist dieses Stereotyp mittlerweile selbst

berichtete, dass Themen dieser Art im Rahmen ihrer Psychotherapieausbildung gar nicht oder nur wenig berücksichtigt wurden. US-amerikanische Studien kamen diesbezüglich zu vergleichbaren Werten (Shafranske, 2001; Shafranske & Malony, 1990b). Dabei zeigte sich jedoch, wie zu erwarten, dass die Angaben zum Ausmaß der Behandlung solcher Themen im Rahmen der Psychotherapieausbildung allein noch kein hinreichend aussagekräftiges Bild vermitteln und dass die Psychotherapeuten diesbezüglich unterschiedliche Vorstellungen und Bedürfnisse zu haben scheinen. Für einen recht hohen Anteil der insgesamt 726 Psychotherapeuten, die berichtet hatten, dass die Themenbereiche Spiritualität und Religiosität in ihrer Psychotherapieausbildung gar nicht oder nur wenig berücksichtigt wurden, erwies sich dies als unbefriedigend. 49,4% von diesen gaben an, dass dies ihren Bedürfnissen als psychotherapeutische Praktiker gar nicht oder nur wenig entsprochen habe. Weiteren 29,3% dagegen erschien die geringe Berücksichtigung der Themenbereiche Spiritualität und Religiosität im Rahmen der Psychotherapieausbildung durchaus angemessen, sei es, weil diese im Rahmen ihrer psychotherapeutischen Praxis nicht relevant sind, sei es, weil sie der Meinung sind, dass diese Themenbereiche nicht in den Zuständigkeitsbereich der Psychotherapie gehören.

Alles in allem besteht von Seiten der psychotherapeutischen Praktiker jedoch ein recht großes Interesse an Fragestellungen zu diesem Spezialgebiet. 66,5% der befragten Psychotherapeuten sprachen sich für eine stärkere Berücksichtigung der Themenbereiche Spiritualität und Religiosität im Rahmen des Diplomstudiengangs Psychologie aus und mehr als die Hälfte versprach sich einen mittleren bis sehr hohen Nutzen von Weiterbildungen zum Thema für die eigene psychotherapeutische Praxis. Auch dies ist konsistent mit den Ergebnissen der Studie von Demling et al. (2001), bei der sich jeweils mehr als die Hälfte der befragten ärztlichen und psychologischen Psychotherapeuten für eine stärkere Berücksichtigung solcher Themen im Rahmen der Psychotherapieausbildung aussprachen.

Mehr als die Hälfte der Therapeuten berichtete, dass sie sich insgesamt in mittlerem bis sehr hohem Maße mit klinisch relevanten Fragestellungen im Zusammenhang mit den Themenbereichen Spiritualität und Religiosität auseinandergesetzt hatten. Auch dies weist auf ein starkes Interesse an diesen Themenbereichen bzw. auf eine hohe Bedeutsamkeit derselben für die psychotherapeutische Tätigkeit hin. Beachtenswert ist dabei der hohe Anteil von fast einem Drittel der Therapeuten, die dies in ziemlich oder sehr hohem Maße getan hatten. Andererseits zeigte sich jedoch auch bei dieser Frage, dass für nahezu die Hälfte der Therapeuten (44,4%) dieses Thema nicht relevant bzw. von Interesse zu sein scheint.

---

für die akademische Psychologie nicht mehr zutreffend.

Bemerkenswert ist in diesem Zusammenhang der folgende Befund: Während nur 18,2% der Psychotherapeuten angaben, dass die Themenbereiche Spiritualität und Religiosität im Rahmen der Psychotherapieausbildung in mittlerem bis sehr hohem Maße berücksichtigt wurden, berichteten 54,6%, dass sie sich in mittlerem bis sehr hohem Maße mit diesem Spezialgebiet beschäftigt hatten. Die Diskrepanz zwischen diesen beiden Angaben deutet darauf hin, dass sich viele Psychotherapeuten ihre diesbezüglichen Erfahrungen und Kenntnisse aus anderen Quellen als der professionellen Psychotherapieausbildung aneignen. Offen bleibt dabei jedoch, inwieweit das gefundene Interesse an solchen Fragestellungen eher persönlicher Natur ist und inwieweit es sich auf die konkrete psychotherapeutische Arbeit bezieht.

Richards und Bergin (2002) haben in diesem Zusammenhang auf ein Dilemma hingewiesen, mit dem diesbezüglich interessierte Psychotherapeuten konfrontiert sind: Auf der einen Seite weisen die hohe Bedeutsamkeit von Spiritualität bzw. Religiosität innerhalb der Allgemeinbevölkerung, die Thematisierung diesbezüglicher Inhalte von Seiten der Klienten sowie die empirischen Befunde zu Religiosität und Spiritualität als bedeutsame gesundheitsbezogene Faktoren zwar auf die grundsätzliche Relevanz dieser Themenbereiche für die Psychotherapie hin, auf der anderen Seite hinken die akademische Psychologie und die etablierte Psychotherapie, was die systematische Einbeziehung dieser Themenbereiche im Rahmen der Ausbildungscurricula und die Etablierung von verbindlichen psychotherapeutischen Richtlinien anbelangt, dem Stand dieser Entwicklungen jedoch deutlich hinterher. Dadurch bleiben die psychotherapeutischen Praktiker, was den Umgang mit diesen Themenbereichen im Rahmen der Psychotherapie und die Suche nach geeigneten Weiterbildungen in diesem Bereich angeht, weitgehend auf sich selbst und ihr subjektives Empfinden gestellt.[163] Auch bei Shafranske heißt es hierzu:

> The development of competence in understanding the contributions of religion and spirituality to mental health as well as in the applied psychology of religion, in the near term, is likely to rest on unique training experiences rather than on systematic attention throughout all levels of graduate education and clinical training. To a great extend the personal faith commitment of the clinician will continue to serve as a salient feature of motivation and determine the extend to which a psychologist obtains expertise in this area. (Shafranske, 2005a, S. 506)

[163] In diesem Zusammenhang ist darauf hinzuweisen, dass sowohl bei der vorliegenden Erhebung als auch in der Studie von Hofmann et al. (2003) in hierfür vorgesehenen freien Textfeldern im Fragebogen häufig Anmerkungen von Seiten der Psychotherapeuten zu finden waren, dass es begrüssenswert sei, dass diese Thematik nun „endlich“ auch im Rahmen der akademischen Forschung aufgegriffen werde.

Das spezifische Interesse der Psychotherapeuten an psychologisch relevanten Fragestellungen dieses Spezialgebietes betrifft vor allem die Frage nach den gesundheitsrelevanten Aspekten von Religiosität und Spiritualität. Dabei hatten sich die Therapeuten, die sich mit solchen Fragestellungen auseinandergesetzt hatten, weniger mit den pathogenen als mit den gesundheitsfördernden Aspekten, einschließlich des Themas Spiritualität als Copingfaktor, befasst. Dies entspricht dem allgemeinen Trend in der internationalen Literatur und Forschung zum Thema, der sich schwerpunktmäßig mit den salutogenen Aspekten der spirituellen / religiösen Orientierung und der Nutzung von Religiosität / Spiritualität als psychotherapeutisch relevanter Ressource befasst.

In Anbetracht des Mangels an Beachtung solcher Inhalte im Rahmen der Aus- und Weiterbildung wurde wiederholt die Frage aufgeworfen, auf welcher Basis Psychotherapeuten Spiritualität und Religiosität als klinisch relevante Variable überhaupt einschätzen (Shafranske, 2000; Lukoff, Lu & Turner, 1992). Basierend auf den Ergebnissen verschiedener Studien, kommt Shafranske zu dem Schluss, dass das Verständnis und der Umgang mit religiösen / spirituellen Themen in der Psychotherapie eher auf persönlichen Erfahrungen und Einstellungen zu beruhen scheint als auf wissenschaftlicher Evidenz und professioneller Ausbildung (Shafranske & Maloney, 1990b; Shafranske, 1996c, 2000). Diese Annahme lässt sich in Anbetracht der oben dargestellten Befunde wohl auch auf die bundesdeutsche Situation übertragen.

Dennoch schätzten die Psychotherapeuten ihre diesbezügliche Kompetenz insgesamt recht positiv ein. Ungeachtet der Tatsache, dass 81% der Psychotherapeuten angegeben hatten, dass klinisch relevante Fragestellungen im Zusammenhang mit den Themenbereichen Religiosität und Spiritualität im Rahmen der Ausbildung zum Psychotherapeuten gar nicht oder wenig behandelt wurden und 44,4%, berichtet hatten, dass sie sich gar nicht oder wenig mit diesbezüglichen Inhalten auseinandergesetzt hatten, gaben nur 16,9% der Therapeuten an, sich gar nicht oder wenig kompetent zu fühlen, Klienten zu begleiten, die im Rahmen ihrer spirituellen / religiösen Orientierung oder Praxis problematische Erfahrungen und Prozesse erleben. Dies deutet darauf hin, dass die Mehrheit der Therapeuten der Ansicht ist, dass der Umgang mit solchen Problemen keine spezifischen Fachkenntnisse erfordert und dass hierfür übergreifende und unspezifische psychotherapeutische Kompetenzen ausreichend sind.

2.5. Auswirkung der spirituellen / religiösen Orientierung des Therapeuten auf dessen psychotherapeutische Tätigkeit

Ein weiterer bemerkenswerter Befund der vorliegenden Studie liegt darin, dass Spiritualität bzw. Religiosität vor allem auch als Einflussfaktor von Seiten der Therapeuten von wesentlicher Bedeutung ist. Mehr als die Hälfte der befragten Psychotherapeuten berichtete, dass sich ihre spirituelle bzw. religiöse Orientierung in mittlerem bis sehr hohem Maße auf ihre psychotherapeutische Tätigkeit auswirke. Dieses Resultat scheint durchaus nachvollziehbar, da die weltanschauliche Orientierung sowohl das Menschenbild als auch die Motive und Werte einer Person in wesentlichem Maße mit bestimmt. Auch dieses Ergebnis ist weitgehend deckungsgleich mit den Befunden US-amerikanischer Studien. So gaben in der bereits erwähnten Studie von Bilgrave und Deluty (2002) 63% der befragten Psychotherapeuten an, dass ihre religiösen Glaubensüberzeugungen die psychotherapeutische Praxis in mittlerem bis stärkerem Maße beeinflussen, und in der Studie von Shafranske und Malony (1990b) berichteten 64% der Befragten, dass ihr religiöser Hintergrund den Verlauf und den Ausgang der psychotherapeutischen Behandlung beeinflusse. Befunde dieser Art machen deutlich, dass selbst wenn dieses Thema in der Psychotherapieausbildung keine wesentliche Rolle spielt, die persönliche religiöse / spirituelle Orientierung des Psychotherapeuten doch einen nicht zu vernachlässigenden Einfluss auf dessen psychotherapeutische Tätigkeit hat und keinesfalls als gänzlich losgelöst von dieser betrachtet werden kann. Die spezifischen Implikationen dieser Auswirkungen der spirituellen / religiösen Orientierung des Psychotherapeuten auf die psychotherapeutische Praxis scheinen bis dato weder in hinreichendem Maße theoretisch reflektiert noch empirisch untersucht noch systematisch genutzt zu werden.

Im Rahmen der vorliegenden Studie wurde nicht erfasst, in welcher spezifischen Art und Weise dieser „Einfluss“ zum Tragen kommt.[164] Interessant wäre es zu wissen, ob dies eher subtil und implizit geschieht, beispielsweise im Sinne einer bestimmten inneren Haltung oder einer Ressource für den Psychotherapeuten selbst, oder aber ganz explizit in Form von konkreten Vorgehensweisen und spezifischen Interventionen. Die zu Anfang diskutierten Befunde von Hundt (2007) lassen jedoch eher vermuten, dass dieser Einflussfaktor überwiegend in Form einer persönlichen Haltung bzw. mittels Qualitäten zum Tragen kommt, die die Psychotherapeuten aufgrund ihrer spirituellen / religiösen Orientierung und Praxis entwickelt haben, als dass er sich in konkreten religiösen oder spirituellen Interventionen oder gar einer weltanschaulichen Einflussnahme äußert. Insofern bieten diese beiden Studien mit

[164] Dies war jedoch eine Fragestellung der vertiefenden Befragung.

ihren unterschiedlichen methodischen Herangehensweisen eine sich wechselseitig recht gut ergänzende Perspektive in Bezug auf diese Fragestellung.

2.6. Die Bedeutung der theoretischen Orientierung

Bei der Untersuchung der Frage, ob zwischen der theoretischen Orientierung der Therapeuten und deren Einstellungen und Erfahrungen in Hinblick auf das Untersuchungsthema ein Zusammenhang besteht, ergaben sich für nahezu alle untersuchten abhängigen Variablen signifikante Ergebnisse. Dabei erwies sich der Verlauf der Unterschiede zwischen den einzelnen Gruppen der theoretischen Orientierung nahezu durchgängig wie folgt: Die geringsten Werte lagen bei den verhaltenstherapeutischen Psychotherapeuten gefolgt von den psychoanalytisch / tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapeuten, dann die methodenübergreifenden Psychotherapeuten und mit den jeweils höchsten Kennwerten die humanistischen Psychotherapeuten. Diese graduellen Unterschiede beziehen sich grob verallgemeinert auf die Bedeutung, die die Psychotherapeuten den Themenbereichen Religiosität und Spiritualität im Rahmen der Ausbildung, der psychotherapeutischen Praxis sowie im persönlichen Leben beimessen. Für das Zustandekommen dieses Befundes ist vermutlich ein komplexes Ursachengefüge verantwortlich, welches an dieser Stelle weder erschöpfend dargestellt noch anhand der Daten hinreichend belegt werden kann. Insgesamt scheint der Verlauf der gefundenen Unterschiede jedoch plausibel zu sein und den Schwerpunkten der verschiedenen theoretischen Schulen zu entsprechen. Von daher sollen einige wesentlich und plausibel erscheinende Schlussfolgerungen an dieser Stelle kurz diskutiert werden.

Bei den kognitiv-behavioral orientierten Psychotherapeuten dürfte vor allem die andere Schwerpunktsetzung dieses Ansatzes im Vergleich zu den anderen großen Schulen eine wesentliche Rolle spielen. So fanden Ambühl et al. (1995) in ihrer Untersuchung zu den orientierungsspezifischen Zielsetzungen von psychotherapeutischen Praktikern bei den kognitiv-behavioral orientierten Psychotherapeuten, in Übereinstimmung mit deren theoretischem Hintergrund, vor allem eine hohe Bedeutung der konkreten Problem- und Alltagsbewältigung (Bewältigungsperspektive) und die aktive verhaltensorientierte Unterstützung dazu. Im Vergleich zu Praktikern mit humanistischer und psychoanalytischer Orientierung zeigte sich darüber hinaus unter den Verhaltenstherapeuten eine geringere Bedeutung der Förderung von Einsicht und innerer Erfahrung (Klärungsperspektive). Des Weiteren ist zu vermuten, dass sich die Anhänger der kognitiv-behavioralen Orientierung am stärksten mit einer logisch-positivistischen und empirisch-wissenschaftlichen Ausrichtung

identifizieren. Diese lässt sich zum einen nur schwer mit einer religiösen Weltanschauung vereinbaren, zum anderen haben verschiedene Autoren darauf hingewiesen, dass genau diese Ausrichtung innerhalb der akademischen Psychologie zu einer Vernachlässigung von kulturellen Faktoren sowie einer Marginalisierung der Themenbereiche Spiritualität und Religiosität im Rahmen der klinischen Ausbildung, Literatur und Forschung geführt hat (vgl. Kap. 2.3. und 2.3.1). Angesichts eines solchen Hintergrundes und des Mangels an verbindlichen professionellen Leitlinien bezüglich der Einbeziehung dieser Themenbereiche im Rahmen der psychotherapeutischen Diagnostik und Behandlung dürfte es verhaltenstherapeutischen Praktikern wohl am schwersten fallen, diese Bereiche im Rahmen ihrer psychotherapeutischen Tätigkeit mit einzubeziehen.

Dagegen hat sich eine Reihe von prominenten Vertretern der Psychoanalyse und der Tiefenpsychologie intensiv mit dem Thema Religion und mit der Bedeutung von Religion für die psychische Entwicklung, Identitätsbildung und Gesundheit auseinandergesetzt (z.B. Freud, Jung, Adler, Fromm, Winnicott). Wenngleich deren Positionierung in Bezug auf diese Thematik insgesamt recht unterschiedlich ausfiel, liegt damit ein Fundus an Interpretationsfolien vor, an denen sich tiefenpsychologisch und psychoanalytisch orientierte Psychotherapeuten in ihrer Beurteilung und ihrem Umgang mit diesbezüglichen Fragestellungen in der psychotherapeutischen Praxis orientieren können. So diskutiert beispielsweise der Religionspsychologe Michael Utsch (2005, 82ff) eine Reihe von psychoanalytisch geprägten, religionspsychologischen Konzepten, die im Umgang mit religiösen / spirituellen Klienten und Inhalten im Rahmen der Psychotherapie herangezogen werden können (siehe hierzu auch Shafranske, 2005a; Rizutto, 1996).

Bei den Anhängern der humanistischen Orientierung weist die häufige Charakterisierung der eigenen Glaubenseinstellung als spirituell darauf hin, dass diese eine größere Nähe zum Thema Spiritualität haben. Auch zeigte sich eine hochsignifikante positive Korrelation, was das Zurückgreifen sowohl auf humanistische als auch auf transpersonale Konzepte im Rahmen der psychotherapeutischen Praxis anbelangt. Auch diese Befunde sind erwartungsgemäß, wurden doch die psychotherapeutischen Ansätze von prominenten Vertretern der humanistischen Psychologie wie Fritz Perls, Abraham Maslow oder Carl Rogers unter anderem durch deren Auseinandersetzung mit östlich-kontemplativen Traditionen beeinflusst. Auch ist die Transpersonale Psychologie, die sich schwerpunktmäßig mit der transpersonalen oder spirituellen Dimension menschlicher Erfahrung beschäftigt, in den 60er Jahren aus der humanistischen Psychologie hervorgegangen (Walach et al., 2005). Auch Bilgrave und Deluty (1998, 2002) fanden in ihren Studien, dass die humanistische

Orientierung am häufigsten mit mystischen und östlichen religiösen Glaubensüberzeugungen assoziiert war. Ihrer Ansicht nach ist die humanistische Direktive, der eigenen inneren Erfahrung zu vertrauen und nach innen zu schauen, um eine universelle, subjektiv erfahrene Tendenz zur Selbstaktualisierung zu entdecken, in Einklang mit der mystischen Direktive, Gott, oder die essentielle Identität, durch Meditation, Kontemplation und Gebet zu finden (Bilgrave & Deluty, 2002, S. 246).

Die beiden Extrempole bilden die Gruppen der primär kognitiv-behavioral und der primär humanistisch orientierten Psychotherapeuten. Zwischen diesen bestehen durchaus beachtliche Unterschiede. Dies betrifft sowohl die persönliche Haltung gegenüber Religiosität / Spiritualität als auch den psychotherapeutischen Kontext. Auch zwischen den kognitiv-behavioral und den methodenübergreifend orientierten Psychotherapeuten liegen für einige der geprüften Variablen bemerkenswerte Effekte vor. Dabei ist anzunehmen, dass auch hier der humanistische Einfluss bei den methodenübergreifenden Psychotherapeuten eine Rolle spielt. Was die Unterschiede zwischen den verbleibenden Gruppen der theoretischen Orientierung anbelangt, so sind diese als eher gering einzustufen. Dies mag unter anderem darauf zurückzuführen sein, dass die ehemals gültige, klassische Trennung nach Therapieschulen aufgrund von strukturellen Rahmenbedingungen, wie kassenärztlichen Vorgaben im Zusammenhang mit den so genannten Richtlinienverfahren einerseits und aktuellen psychotherapeutischen Entwicklungen andererseits, die zusammen einen Trend hin zu Mehrfachausbildungen, Methodenintegration, Eklektizismus und methodenübergreifender bzw. Allgemeiner PT bewirken, mehr und mehr aufgehoben wird. Dass der reine Schulenvertreter kaum mehr zu finden ist, wurde auch anhand der Ergebnisse der vorliegenden Studie bestätigt. So waren unter den befragten Psychotherapeuten nur 8,7%, die nur eine Hauptorientierung angaben, und keine weitere Orientierung mit einem Einfluss größer als 2 auf einer Skala von 0-4. Das heißt, bei der Frage nach der primären theoretischen Orientierung handelt es sich um eine vergleichsweise grobe Verallgemeinerung, hinter der komplexe Muster der theoretischen Orientierung stehen.

Auch ist zu vermuten, dass die Entscheidung für eine Ausbildung in einem bestimmten psychotherapeutischen Verfahren nicht allein nach Maßgabe des Welt- und Menschenbildes sowie den damit implizit enthaltenen Wert- und Zielvorstellungen getroffen wird, sondern auch aufgrund gegebener berufspolitischer Entwicklungen und alltagspraktischer Entscheidungen. Für diese Annahme spricht der Befund, dass zwar insgesamt die größte Anzahl an Therapeuten eine Ausbildung in kognitiv-behavioralen Verfahren abgeschlossen hatte, aber dennoch der Einfluss dieser Orientierung im Rahmen der psychotherapeutischen

Tätigkeit im Vergleich zu dem der humanistischen und psychoanalytisch / tiefenpsychologisch fundierten Orientierung am geringsten ausgeprägt war.

2.7. Der Einfluss transpersonaler Konzepte und Perspektiven

Im Rahmen der vorliegenden Studie ergaben sich darüber hinaus einige interessante „Nebenbefunde", was die Einbeziehung von transpersonalen Konzepten bzw. den Eingang der transpersonalen Perspektive innerhalb der konventionellen Psychotherapie anbelangt. Dazu lagen bis dato noch keine empirischen Befunde vor.

In Anbetracht der Tatsache, dass die Transpersonale Psychologie es nicht geschafft hat, sich innerhalb der akademischen Psychologie als eigenständiger Fachbereich zu etablieren, erwies sich der Einfluss dieser Perspektive doch als erstaunlich hoch. Obwohl insgesamt nur 1,3% der befragten Psychotherapeuten eine Ausbildung in Verfahren der transpersonalen Psychologie abgeschlossen hatten, berichteten 28,9% der Fälle von einem geringen bis mittleren Einfluss (Skalenwerte 1 und 2 auf einer Skala von 0-4) und 8,9% von einem starken bis sehr starken Einfluss (Skalenwerte 3 und 4) von transpersonalen Konzepten im Rahmen ihrer psychotherapeutischen Tätigkeit. Das heißt, insgesamt berichteten 40% der Psychotherapeuten von einem wie auch immer gearteten Einfluss der transpersonalen Perspektive auf ihre psychotherapeutische Tätigkeit.

Bei der Frage, mit welchen spezifischen religions- und spiritualitätsbezogenen Fragestellungen sich die Therapeuten intensiver auseinandergesetzt haben, erwies sich die Kategorie der „Spirituellen Krise" als die am häufigsten genannte der ursprünglichen Einzelkategorien. Dies weist darauf hin, dass das zu Anfang diskutierte Konzept der „Spirituellen Krise" (vgl. Kap. 2.4.) einen vergleichsweise hohen Bekanntheitsgrad bei psychotherapeutischen Praktikern erlangt hat und für diese von Interesse ist. Fasst man die Kategorien „außergewöhnliche Erfahrungen und deren diagnostische Einordnung" und „Spirituelle Krisen" zusammen, so sind es 27,8% von denjenigen Psychotherapeuten, die bei dieser Frage spezifische Inhalte angeführt hatten, bzw. 13,0% der Gesamtstichprobe, die sich mit diesem Themenkreis näher beschäftigt haben.

Diese Befunde scheinen die eingangs im Theorieteil aufgestellte Vermutung zu bestätigen, dass transpersonale Konzepte bzw. transpersonale Perspektiven in zunehmendem Maße in die psychologische Theorie und Praxis Eingang finden, auch wenn die Transpersonale Psychologie und Psychotherapie als eigenständige psychologische Richtung im akademisch-psychologischen Mainstream nicht etabliert ist. Auch scheint sich hier die Vermutung von Walach et al. (2005) zu bestätigen, dass diese Strömung vor allem von psychotherapeutischen

Praktikern rezipiert wird. Interessant ist dabei auch, dass die transpersonale Perspektive sowohl mit einer psychoanalytisch / tiefenpsychologischen Orientierung als auch mit einer humanistischen und einer systemischen Orientierung kompatibel zu sein scheint und von diesbezüglich interessierten Praktikern auch tatsächlich integriert wird. Dagegen korrelierte der Einfluss der transpersonalen Perspektive allein mit der kognitiv-behavioralen Perspektive negativ.[165]

2.8. Vorhersage der Anzahl der Klienten, die spirituelle / religiöse Inhalte und Probleme thematisieren

Im Rahmen der multiplen Regression konnten zwar 26% der Varianz aufgeklärt werden, die Analyse weist aber auch darauf hin, dass noch Raum bleibt für die Wirksamkeit anderer erklärender Variablen, die im Rahmen des Modells nicht berücksichtigt wurden. Dies ist nicht erstaunlich, denn hinsichtlich der Thematisierung von spirituellen / religiösen Inhalten und Problemen im Verlauf der Psychotherapie dürften sicherlich eine Reihe von weiteren Faktoren vor allem von Seiten des Klienten eine Rolle spielen, wie zum Beispiel dessen Störungsbild bzw. Problematik, dessen weltanschauliche Orientierung oder dessen Erwartungen an die Psychotherapie.

Den höchsten Beitrag zur Erklärung der Kriteriumsvariablen leistete die Variable „Auseinandersetzung mit dem Spezialgebiet Religiosität bzw. Spiritualität“. Bei diesem Prädiktor sind Ursache-Wirkungs-Zusammenhänge in beiderlei Richtungen denkbar. So ist es möglich, dass sich Psychotherapeuten, ausgelöst durch die Thematisierung spiritueller bzw. religiöser Inhalte und Probleme von Seiten ihrer Klienten, veranlasst sehen, sich mehr mit diesem Spezialgebiet auseinanderzusetzen. Ebenso ist es vorstellbar, dass Psychotherapeuten, die sich bereits mit diesem Themenbereich auseinandergesetzt haben, sich diesbezüglich einen gewissen Bekanntheitsgrad erworben haben und solche Klienten eher anziehen. Oder aber, dass solche Therapeuten sensibler sind, wenn diesbezügliche Themen in der Therapie mehr oder weniger explizit mitschwingen, und diese in Folge eher aufgreifen.

Als einziger signifikanter Prädiktor mit eher strukturellen Implikationen wurde die Variable „Grad der Berücksichtigung in der Psychotherapieausbildung“ aufgenommen. Das heißt,

[165] Damit soll jedoch nicht gesagt sein, dass die Abstinenz der kognitiv-behavioralen Psychotherapeuten, was die transpersonale Perspektive anbelangt, darauf zurückzuführen ist, dass transpersonale Konzepte prinzipiell nicht mit einer solchen Perspektive kompatibel wären. So hat Piron (2007) ein Handbuch zu einer transpersonalen Verhaltenstherapie vorgelegt, und auch die starke Popularität von achtsamkeitsbasierten, verhaltenstherapeutischen Ansätzen, spricht für die Möglichkeit einer Integration von Konzepten und Methoden, die einem spirituellen Kontext entstammen, mit solchen, die einem psychotherapeutischen Kontext entstammen.

Psychotherapeuten, in deren Ausbildung solche Themen stärker berücksichtigt wurden, berichten auch häufiger von Klienten, die solche Themen einbringen.

Des Weiteren spielen persönliche Faktoren von Seiten der Psychotherapeuten, wie die Bedeutsamkeit der religiösen oder spirituellen Orientierung im eigenen Leben, die Bezeichnung der eigenen Glaubenseinstellung als spirituell und dessen eigener Glaube an eine höhere Wirklichkeit, eine wesentliche Rolle für die Vorhersage des Auftretens religiöser oder spiritueller Inhalte und Probleme im Rahmen des psychotherapeutischen Prozesses. Dabei stand das Merkmal „Glaube an eine höhere Wirklichkeit 'nein'" in einem negativen Zusammenhang mit der Thematisierung religiöser bzw. spiritueller Inhalte und Probleme. Dieser Befund bestätigt die Ergebnisse von US-amerikanischen und anderen deutschen Studien (Demling et al., 2001; Shafranske, 1996c), bei denen sich ebenfalls ein deutlicher Zusammenhang zwischen der persönlichen Einstellung bezüglich der Themenbereiche Spiritualität und Religiosität und den Einstellungen und Vorgehensweisen in Hinblick auf diese Themenbereiche im Rahmen der psychotherapeutischen Praxis ergab.

Auch die Variable „Konfession evangelisch" wurde als Prädiktor, der im Rahmen des Gesamtmodells einen signifikanten Beitrag zur Aufklärung der Kriteriumsvariablen leistet, mit aufgenommen. Dies könnte ein Hinweis darauf sein, dass evangelische Psychotherapeuten gegenüber der Thematisierung diesbezüglicher Inhalte im Rahmen der Psychotherapie generell aufgeschlossener sind, oder aber auch, dass es ihnen leichter fällt, auf solche Themen einzugehen oder diese zu evoziieren, als ihren konfessionslosen und katholischen Kollegen.

Weder die primäre theoretische Orientierung noch die Variablen, die den Einfluss der einzelnen theoretischen Konzepte erfassen, erwiesen sich im Rahmen der multiplen Regression als bedeutsame Prädiktoren. Schließlich erwies sich auch die Variable „Kompetenz im Umgang mit Klienten, die religiöse bzw. spirituelle Probleme thematisieren" als signifikanter Prädiktor für die Vorhersage der Anzahl der Klienten, die solche Themen einbringen. Auch hier ist eine Ursache-Wirkung-Beziehung in beiderlei Richtung denkbar: Zum einen ist es möglich, dass die stärkere Thematisierung solcher Inhalte durch die Klienten dazu führt, dass sich die Therapeuten mehr mit solchen Themen auseinandersetzen und dadurch mehr Kompetenz und Erfahrung in diesen Bereichen gewinnen. Zu anderen ist es denkbar, dass Therapeuten, die sich diesbezüglich kompetent fühlen, die Klienten implizit oder explizit eher ermutigen, solche Themen auch einzubringen.

Zusammenfassend zeigen die Ergebnisse der multiplen Regression, dass für die Vorhersage der Bedeutsamkeit von Religiosität und Spiritualität in der eigenen psychotherapeutischen Praxis weniger die strukturellen Faktoren, wie z.B. „Kassenzulassung" oder „theoretische

Orientierung“, als vielmehr inhaltliche und persönliche Variablen, wie „Auseinandersetzung mit diesem Spezialgebiet“, „Bedeutung von Religiosität und Spiritualität für das eigene Leben“ oder eine eigene spirituelle Glaubenseinstellung, von Bedeutung sind. Eine wichtige Ausnahme bildet die Variable „Grad der Berücksichtigung in der Psychotherapieausbildung“. Diese Variable wurde als einzige strukturelle Variable in das Regressionsmodell aufgenommen. Ein Befund, der wesentliche Implikationen für den Umgang mit diesen Themenbereichen im Rahmen der Aus- und Weiterbildung hat.

3. Implikationen für die akademische und psychotherapeutische Ausbildung

Die Ergebnisse dieser Studie beinhalten vor allem in Hinblick auf die Ausbildung zum Diplom-Psychologen und zum Psychologischen Psychotherapeuten einige wesentliche Implikationen. Sie weisen darauf hin, dass Spiritualität bzw. Religiosität im Leben einer substantiellen Gruppe von Patienten eine bedeutende Rolle spielt und dass die Thematisierung diesbezüglicher Inhalte und Probleme auch im Rahmen der Psychotherapie keine Seltenheit ist. Dies spricht dafür, Religiosität und Spiritualität als spezifische, klinisch relevante Variablen sowohl im Rahmen der akademischen und psychotherapeutischen Ausbildung als auch im Kontext der psychotherapeutischen Praxis selbst stärker mit einzubeziehen. Die Daten weisen jedoch darauf hin, dass derartige Fragestellungen auch in der Psychotherapieausbildung in Deutschland bis dato nur geringfügig berücksichtigt werden. Von Seiten der psychotherapeutischen Praktiker besteht jedoch große Offenheit und Interesse an diesen Themenbereichen. Ein beträchtlicher Anteil sprach sich für eine stärkere Berücksichtigung von psychologisch relevanten Fragestellungen im Zusammenhang mit den Themenbereichen Religiosität und Spiritualität sowohl im Rahmen des Diplomstudiengangs Psychologie als auch im Rahmen der psychotherapeutischen Weiterbildung aus. Das heißt, innerhalb der Profession der Psychotherapeuten besteht ein beachtliches Interesse an einer stärkeren Einbeziehung dieses Spezialgebietes im Rahmen der Aus- und Weiterbildung. Darüber hinaus weisen auch die Ergebnisse der Multiplen Regression auf die Bedeutung der Ausbildung in Hinblick auf spirituelle / religiöse Inhalte hin. So erwies sich die Variable „Grad der Berücksichtigung in der Psychotherapieausbildung“ als signifikanter Prädiktor für die Thematisierung von religiösen bzw. spirituellen Inhalten und Problemen im Verlauf der Behandlung. Dies deutet darauf hin, dass die professionelle Vertrautheit des Psychotherapeuten mit diesem Themenbereich, einen Einfluss darauf hat, wie häufig diese Themen in der Therapie thematisiert und aufgegriffen werden. Ein weiteres wichtiges Ergebnis der vorliegenden Studie ist vor allem darin zu sehen, dass Spiritualität bzw.

Religiosität auch als Einflussfaktor von Seiten der Therapeuten eine wesentliche Rolle spielt. Dies stimmt mit den Eingangs erwähnten Befunden aus den USA überein (Bilgrave & Deluty, 1998, 2002). Bilgrave und Deluty (2002, S. 256) kommen aufgrund der Ergebnisse ihrer Studien zu dem Schluss, dass Psychologen ihre Praxis nicht auf einer strikt wissenschaftlichen Epistemologie aufbauen und dass im Rahmen der psychotherapeutischen Arbeit Weltbilder und Werte zum Tragen zu kommen scheinen, die verschiedenen kulturellen Bereichen außerhalb der Wissenschaft entstammen, wie z.B. Religion und Politik[166]. Psychotherapeuten scheinen ihr berufliches Handeln nicht allein am Ideal des Scientist-Practitioner-Modells zu orientieren, sondern auch religiöse / spirituelle Überzeugungen und politische Ideologien in ihre Metatheorien und die Annahmewelt einzubeziehen, die sie in ihrer psychotherapeutischen Praxis leitet. Dies kann ihrer Ansicht nach als ein weiterer Hinweis darauf betrachtet werden, dass auf religiösen Überzeugungen und politischen Ideologien basierende Einflüsse sowohl im Rahmen der Ausbildung als auch in der psychotherapeutischen Praxis stärker reflektiert werden sollten.

4. Ausblick

Die Ergebnisse dieser ersten annähernd repräsentativen bundesweiten Studie bestätigen, dass die Themenbereiche Spiritualität und Religiosität in der bundesdeutschen psychotherapeutischen Praxis von Relevanz sind und dass von Seiten der psychotherapeutischen Praktiker ein großes Interesse an diesbezüglichen Fragestellungen und Ansätzen besteht. Die spirituelle / religiöse Dimension ist ein zentraler Bestandteil menschlicher Erfahrung und erfordert von daher auch im Rahmen der Psychotherapie eine angemessene Berücksichtigung. Dabei ist eine empirisch-wissenschaftliche Fundierung von Leitlinien, psychotherapeutischen Ansätzen und Interventionen erforderlich, um eine professionelle Basis im Umgang mit diesen Themenbereichen zu gewährleisten. Darüber hinaus erscheint vor allem im Rahmen der Ausbildung eine verstärkte Reflexion und Diskussion des Einflusses von Weltanschauung, Menschenbild und Werten auf den psychotherapeutischen Prozess wichtig zu sein. Nicht zuletzt sind die ethischen Implikationen und Fragen der professionellen Grenzen im Umgang mit diesen Themenbereichen zu diskutieren. Eine verbesserte wissenschaftlich-empirische Basis und die verstärkte Auseinandersetzung mit den Themenbereichen Spiritualität und Religiosität im Rahmen der psychologisch-psychotherapeutischen Ausbildung könnte so zu mehr Professionalität, Bewusstheit und Transparenz im Umgang mit diesen Bereichen im Rahmen der

[166] … „[psychologists] may inform their work with worldviews and values that are derived from multiple cultural

psychotherapeutischen Praxis führen. Darüber hinaus könnte ein solches Vorgehen eine bessere Ausschöpfung des psychotherapeutischen Potentials einer Einbeziehung von religiösen und spirituellen Faktoren im Rahmen der Psychotherapie ermöglichen.

domains outside of science, domains such as religion and politics (Bilgrave & Deluty, 2002, S. 256).

VII Literatur

Alexander, F. (1931). Buddhistic training as an artificial catatonia. *The psychoanalytic review, 18,* 129-145.

Allman, L., de la Rocha, O., Elkins, D. & Weathers, R. (1992). Psychotherapists' attitudes toward clients reporting mystical experiences. *Psychotherapy, 29*, 564-569.

Allport, G. W. & Ross, .J. M. (1967). Personal religious orientation and prejudice. *Journal of Personality and Social Psychology, 5*, 432-443.

Ambühl, H., Orlinsky, D., Cierpka, M., Buchheim, P., Meyerberg, J., Willutzky, U. & das SPR Collaborative Research Network. (1995). Zur Entwicklung der theoretischen Orientierung bei PsychotherapeutInnen. *PPmP Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie, 45*, 109-120.

American Psychological Association (1992). Ethical principals of psychologists and code of conduct. *American Psychologist, 47*, 1597-1611.

American Psychological Association (2008): *Psychology of Religion and Spirituality*. Verfügbar unter: http://www.apa.org/journals/rel/ [05.12.2008].

Appelle, S., Lynn, S. J. & Newman, L. (2000). Alien abduction experiences. In E. Cardeña, S. J. Lynn & S. Krippner (Eds.), *Varieties of anomalous experience: Examining the scientific evidence* (pp. 253-282). Washington, DC: American Psychological Association.

Arbeitskreis OPD (Hrsg.). (1998). *Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik. Grundlagen und Manual* (2., korrigierte Aufl.). Bern: Huber.

Argyle, M. & Beit-Hallahmi, B. (1975). *The social psychology of religion* (rewritten ed.). London: Routledge & Kegan Paul.

Assagioli, R. (1992). *Psychosynthese und transpersonale Entwicklung*. Paderborn: Junfermann.

Assagioli, R. (2004). *Handbuch der Psychosynthese. Grundlagen, Methoden und Techniken* (4. Aufl.). Zürich: Nawo.

Avila, T. v. (1979). *Die innere Burg* (F. Vogelgsang, Übers.). Zürich: Diogenes.

Backhaus, K., Erichson, B., Plinke, W. & Weiber, R. (1996). *Multivariate Analysemethoden: eine anwendungsorientierte Einführung* (8. Aufl.). Berlin: Springer.

Baer, R. (2003). Mindfulness training as a clinical intervention: A conceptual and empirical review. *Clinical Psychology: Science and Practice, 10*, 125-143.

Baer, R. (Ed.). (2006). *Mindfulness-based treatment approaches: Clinician's guide to evidence base and applications*. New York: Academic Press.

Bäumer, Bettina (Hrsg.). (1999). *Patanjali. Die Wurzeln des Yoga.* Bern: Barth/ Scherz.

Batson, C. D., Schoenrade, P. & Ventis, W. L. (1993). *Religion and the individual: a social-psychological perspective* (rev. ed.). New York: Oxford University Press.

Bauer, E. (1995). Parapsychologisches Glossar. *Zeitschrift für Parapsychologie und Grenzgebiete der Psychologie*, *Sonderheft*, 154-159.

Becvar, D. S. (1994). Can spiritual yearning and therapeutic goals be melded? *Family Therapy News, 7*, 13-14.

Beit-Hallahmi, B. (1977). Curiosity, doubt, and devotion: The beliefs of psychologists and the psychology of religion. In H. N. Malony (Ed.), *Current perspectives in the psychology of religion* (pp. 381-391). Grand Rapids: Eerdmans.

Beit-Hallahmi, B. (1989). *Prolegomena to the psychological study of religion*. Lewisburg: Bucknell University Press.

Belschner, W. (2001). Tun und Lassen: Ein komplementäres Konzept der Lebenskunst. *Transpersonale Psychologie und Psychotherapie, 2*, 85-102.

Belschner, W. (2002). Die vergessene Dimension in Grawes Allgemeiner Psychotherapie. In W. Belschner, J. Galuska, H. Walach & E. Zundel (Hrsg.), *Transpersonale Forschung im Kontext* (S. 167-216). Oldenburg: BIS.

Belschner, W. (2005). Consciousness Mainstreaming. Eine dringende Strategie für die Entwicklung der Bewusstseinsbildung und einer Bewusstseinskultur. In W. Belschner, H. Piron, & H. Walach (Hrsg.), *Bewusstseinstransformation als individuelles und gesellschaftliches Ziel* (S. 116-145). Münster: LIT.

Belschner, W., Galuska, J., Walach, H. & Zundel, E. (Hrsg.). (2002). *Transpersonale Forschung im Kontext* (Transpersonale Studien Band 5). Oldenburg: BIS.

Belschner, W., Hofmann, L. & Walach, H. (Hrsg.). (2003). *Auf dem Weg zu einer Psychologie des Bewusstseins* (Transpersonale Studien Band 8). Oldenburg: BIS.

Belschner, W. & Koch-Göppert, G. (2003). Transpersonale Psychologie - Ein besonderes Kapitel Hochschulpolitik. In W. Belschner, L. Hofmann & H. Walach (Hrsg.), *Auf dem Weg zu einer Psychologie des Bewusstseins* (S. 167-171). Oldenburg: BIS.

Beltz, J. (Hrsg.). (2008). Glaubenssachen. Religion – Spiritualität – Esoterik [Themenheft]. *Psychologie Heute Compact, 19*.

Bender, H. (1958). Mediumistische Psychosen. Ein Beitrag zur Pathologie spiritistischer Praktiken. *Zeitschrift für Parapsychologie und Grenzgebiete der Psychologie, 2,* 173-201.

Benner, D. G. (1989). Toward a psychology of spirituality: Implications for personality and psychotherapy. *Journal of Psychology & Christianity, 8(1)*, 19-30.

Benningfield, M. (1997). Adressing spiritual / religious issues in therapy: potential problems and complications. *Journal of Family Social Work, 2(4)*, 25-42.

Benor, D. J. (2006). *Personal Spirituality. Science, Spirit and The Eternal Soul*. Medford: Wholistic Healing Publications.

Bergin, A. E. (1980). Psychotherapy and religious values. *Journal of Consulting & Clinical Psychology, 48*, 95-105.

Bergin, A. E. (1983). Religiosity and mental health: a critical reevaluation and meta-analysis. *Professional Psychology - Research & Practice, 14*, 170-184.

Bergin, A. E. & Jensen, J. (1990). Religiosity of psychotherapists: A national survey. *Psychotherapy, 27*, 3-7.

Bergin, A. E., Payne, R., I. & Richards, P. S. (1996). Values in psychotherapy. In E. P. Shafranske (Ed.), *Religion and the clinical practice of psychology* (pp. 297-325). Washington, DC: American Psychological Association.

Bertelsmann Stiftung (Hrsg.). (2007). *Religionsmonitor 2008*. Gütersloh: Gütersloher Verlagshaus.

Bertelsmann Stiftung (o. J.). *Religionsmonitor Deutschland - Charts*. Verfügbar unter: http://www.bertelsmann-stiftung.de [10.01.2008].

Bessinger, D. & Kuhne, T. (2002). Medical spirituality: Defining domains and boundaries. *Southern Medical Journal, 95(12)*, 1385-1388.

Bhugra, D. (1996). *Psychiatry and religion: context, consensus and controversies*. London: Routledge.

Bilgrave , D. & Deluty, R. (1998). Religious beliefs and therapeutic orientations of clinical and counseling psychologists. *Journal for the Scientific Study of Religion, 37(2)*, 329-349.

Bilgrave, D. & Deluty, R. (2002). Religious beliefs and political ideologies as predictors of psychotherapeutic orientations of clinical and counseling psychologists. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training, 29(3)*, 245-260.

Bishop, S. R. (2002). What do we really know about mindfulness-based stress reduction? *Psychosomatic Medicine, 64*, 71-84.

Boehnlein, J. (Ed.). (2000). *Psychiatry and Religion - The Convergence of Mind and Spirit*. Washington, DC: American Psychiatric Press.

Bogart, G. (2003). The use of meditation in psychotherapy. A review of the literature. *American Journal of Psychotherapy, 45(3)*, 383-412.

Bohus, M. (2006). Achtsamkeitsbasierte Psychotherapie. *Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie, 54(4)*, 229.

Bohus, M. & Huppertz, M. (2006). Wirkmechanismen achtsamkeitsbasierter Psychotherapie. *Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie, 54(4)*, 265-276.

Boisen, A. T. (1936). *The exploration of the inner world. A study of mental disorder and religious experience.* New York: Harper & Brothers.

Bortz, J. (1999). *Statistik für Sozialwissenschaftler* (5., vollständig überarbeitete und aktualisierte Aufl.). Berlin: Springer.

Bortz, J. & Döring, N. (1995). *Forschungsmethoden und Evaluation: für Human- und Sozialwissenschaftler* (2. Aufl.). Berlin: Springer.

Bragdon, E. (1988). *A Sourcebook for Helping People in Spiritual Emergency.* Los Altos: Lightening up Press.

Bragdon, E. (1991). *Spirituelle Krisen. Wendepunkte im Leben*. Freiburg i. Br.: Bauer.

Brosius, G. & Brosius, F. (1995). *SPSS: base system und professional statistics.* Bonn: International Thomson Publishing GmbH.

Brunnhuber, S. & Wagner, R. (2006). Zur Differentialdiagnostik spiritueller Krisen (ICD10: F.44.3; DSM IV: 62.89). *Transpersonale Psychologie und Psychotherapie, 12(1)*, 34-44.

Bucher, A. (2007). *Psychologie der Spiritualität. Handbuch*. Weinheim: Beltz.

Bucke, R. (1975). *Die Erfahrung des kosmischen Bewusstseins*. Freiburg i. Br.: Aurum.

Cardeña, E., Lynn, S. J. & Krippner, S. (Eds.). (2000). *Varieties of anomalous experience: Examining the scientific evidence*. Washington, DC: American Psychological Association.

Cartwright, R. (1991). Is religion a help around the time of death? *Public Health, 105*, 79-87.

Caspar, F. (2002). Ätiologie und Therapie psychischer Störungen aus Sicht eines integrativen Modells. In: S. Ahrens, & W. Schneider (Hrsg.), *Lehrbuch der Psychotherapie und Psychosomatischen Medizin (S.569-580).* Stuttgart: Schattauer.

Clark, J. (1998). *The UFO book. Encyclopedia of the extraterrestrial*. Detroit: Visible Ink Press.

Craigie, F., Liu, I., Larson, D. & Lyons, J. (1988). A systematic analysis of religious variables in the Journal of Family Practice 1976-1986. *Journal of Family Practice, 27(5)*, 509-513.

Dabrowski, K. (1964). *Positive disintegration*. Boston: Little Brown.

De Groot, C. (1998). Sociology of religion looks at psychotherapy. *Recherches Sociologiques, 29(2)*, 3-17.

Deikman, A. (1977). Commentary on the GAP report on mysticism. *The Journal of Nervous and Mental Disease, 165(3)*, 213-217.

Delaney, H. D., Miller, W. R. & Bisono, A. M. (2007). Religiosity and spirituality among psychologists: A survey of clinician members of the American Psychological Association. *Professional Psychology: Research & Practice, 38(5)*, 538-546.

Demling, J., Wörthmüller, M. & 0'Connolly, T. (2001). Psychotherapie und Religion. Eine repräsentative Umfrage unter fränkischen Psychotherapeuten. *PPmP Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie, 51*, 76-82.

Deutsches Kollegium für Transpersonale Psychologie und Psychotherapie (o. J.). *Transpersonale Psychologie*. Verfügbar unter: www.dktp.org/uber_uns.htm/ [29.11.2006].

Diekmann, A. (2002). *Empirische Sozialforschung. Grundlagen, Methoden, Anwendungen* (8. Aufl.). Reinbek: Rowohlt.

Dilling, H., Mombour, W., Schmidt, M. H. & Schulte-Markwort, E. (Hrsg.). (1999). *Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V (F). Klinisch-diagnostische Leitlinien* (3. Aufl.). Bern: Huber.

Dillman, D. (1978). *Mail and telephone surveys*. New York: John Wiley & Sons.

Dürckheim, K. G. (1973). *Vom doppelten Ursprung des Menschen: als Verheißung, Erfahrung, Auftrag.* Freiburg i. Br.: Herder.

Eck, B. E. (2002). An exploration of the therapeutic use of spiritual disciplines in clinical practice. *Journal of Psychology and Christianity*, 21, 266-280.

Eckhardt, C., Kassinove, H. & Edwards, L. (1992). Religious beliefs and scientific ideology in psychologists: Conflicting or coexisting systems? *Psychological Reports, 71(1)*, 131-145.

Elkins, D. N. (1998). *Beyond Religion. A personal programm for building a spiritual life outside the walls of traditional religion*. Wheaton: Theosophical Publishing House.

Elkins, D. N. (2005). A Humanistic Approach to Spiritually Oriented Psychotherapy. In L. Sperry & E. Shafranske (Eds.), *Spiritually Oriented Psychotherapy* (pp. 131-151). Washington, DC: American Psychological Association.

Elkins, D. N., Hedstrom, L. J., Hughes, L. L., Leaf, J. A. & Saunders, C. (1988). Toward a humanistic-phenomenological spirituality: Definition, description, and measurement. *Journal of Humanistic Psychology, 28*, 5-18.

Ellenberger, H. F. (1973). *Die Entdeckung des Unbewussten* (Band 1). Bern: Huber.

Ellis, A. (1971). Psychotherapy and atheistic values: A response to A.E. Bergin's "Psychotherapy and religious values". *Journal of Consulting & Clinical Psychology, 48*, 635-639.

Ellis, A. (2008). "Religion ist nichts als Illusion" [Interview mit Albert Ellis]. *Psychologie heute Compact, 19*, 96-97.

Emmons, R. A. (1999). *The Psychology of Ultimate Concerns - Motivation and Spirituality in Personality*. New York: Guilford.

Emmons, R. A. (2000). Is spirituality an intelligence? Motivation, cognition, and the psychology of ultimate concern. *International Journal for the Psychology of Religion, 10*, 3-16.

Emmons, R. A. & Paloutzian, R. F. (2003). The Psychology of Religion. *Annual Review of Psychology, 54*, 377-402.

Engel, K. (1996). Meditation. Abbrüche, Nebenwirkungen, prognostische Faktoren. *Grenzgebiete der Wissenschaft, 45,* 245-255.

Engler, J. (1988) Entwicklungsstadien der Selbstrepräsentation. In K. Wilber, J. Engler & D. P. Brown (Hrsg.), *Psychologie der Befreiung* (S. 67-76). Bern: Scherz.

Epstein, M. D. & Lieff, J. D. (1988). Psychiatrische Komplikationen der Meditationspraxis. In K.Wilber, J. Engler & D. P. Brown (Hrsg.), *Psychologie der Befreiung* (S. 67-76). Bern: Barth/Scherz.

Fahrenberg, J. (2005a). Die Weltanschauung der Deutschen. Leere Kirchen sind kein Indiz für schwindende Religiosität. *Psychologie Heute*, *32(3)*, 28-29.

Fahrenberg, J. (2005b). Die Weltanschauung der Deutschen. Verfügbar unter: http://www.jochen-fahrenberg.de/fileadmin/pdf/Die_Weltanschauung_der_Deutschen.pdf [03.09.2008].

Fahrenberg, J. (2006). Philosophische Anthropologie - Eine Fragenbogenstudie zum Menschenbild von 800 Studierenden der Psychologie, Philosophie und Naturwissenschaften. *e-Journal Philosophie der Psychologie,* 1-20.
Verfügbar unter: http://www.jp.philo.at/texte/FahrenbergJ1.pdf [03.06.2008].

Ferrer, J. N. (2002). Transpersonal Theory. In J. N. Ferrer (Ed.), *Revisioning transpersonal theory: A participatory vision of human spirituality* (pp. 1-12). Albany: State University of New York Press.

Frank, J. D. (1985). *Die Heiler. Über psychotherapeutische Wirkungsweisen psychotherapeutischer Beeinflussung: Vom Schamanismaus bis zu den modernen Therapien.* Stuttgart: dtv.

Freud, S. (1927). *Die Zukunft einer Illusion.* Leipzig: Internationaler Psychoanalytischer Verlag.

Freud, S. (1930). *Das Unbehagen in der Kultur*. Wien: Internationaler Psychoanalytischer Verlag.

Friesl, C. & Polak, R. (2002). Theoretische Weichenstellungen. In R. Polak (Hrsg.), *Megatrend Religion? Neue Religiosität in Europa* (S. 25-106). Ostfildern: Schwabenverlag.

Gabbard, G. O. & Twemlow, S. W. (1991). Do "near-death experinences" occur only near death? - Revisited. *Journal of Near-Death-Studies, 10(1),* 41-47.

Gabriel, K. (2007). Religiöser Pluralismus. Die Kirchen in Westdeutschland. In Bertelsmann Stiftung (Hrsg.), *Religionsmonitor 2008* (S. 76-84). Gütersloh: Gütersloher Verlagshaus.

Gallup International Millennium Survey (1999). *Religion in the world at the end of the millennium*. Verfügbar unter:
http://www.gallup-international.com/ContentFiles/millennium15.asp [03.06.2008].

Galuska, J. (1998). Spirituelle Krisen. In T. Bock & H. Weigand (Hrsg.), *Hand-werks-buch Psychiatrie* (S. 236-248). Bonn: Psychiatrie Verlag.

Galuska, J. (Hrsg.). (2003a). *Den Horizont erweitern. Die transpersonale Dimension in der Psychotherapie*. Berlin: Leutner.

Galuska, J. (2003b). Die erwachte Seele und ihre transpersonale Struktur. *Transpersonale Psychologie und Psychotherapie, 2*, 6-17.

Galuska, J. (2003c). Grundprinzipien einer transpersonal orientierten Psychotherapie. In J. Galuska (Hrsg.), *Den Horizont erweitern. Die transpersonale Dimension in der Psychotherapie* (S. 38-62). Berlin: Leutner.

Galsuska, J. (2003d). Religiöse und Spirituelle Störungen. In J. Galuska (Hrsg.), *Den Horizont erweitern. Die transpersonale Dimension in der Psychotherapie* (S. 182-203). Berlin: Leutner.

Gebser, J. (1973). *Ursprung und Gegenwart. 1. Teil: Die Fundamente der aperspektivischen Welt.* München: dtv.

Germer, C. K. (2005). Mindfulness. What is it? Why does it matter. In R. D. Siegel & P. R. Fulton (Eds.), *Mindfulness and psychotherapy* (pp. 3-27). New York: Guilford.

Gibson, W. & Herron, W. (1990). Psychotherapists' religious beliefs and their perception of the psychotherapy process. *Psychological Reports, 66*, 3-9.

Giglio, J. (1993). The impact of patients' and therapists' religious values on psychotherapy. *Hospital & Community Psychiatry, 44*, 768-771.

Glock, C. & Stark, R. (1965). *Religion and society in tension*. Chicago: Rand McNally.

Goleman, D. (1988). *The meditative mind. The varieties of meditative experiences*. Los Angeles: Tarcher.

Gorsuch, R. L. & Miller, W. R. (1999). Assessing spirituality. In W. R. Miller (Ed.), *Integrating spirituality into treatment. Resources for practitioners* (pp. 47-64). Washington, DC: American Psychological Association.

Gorsuch, R. L., Mylvaganam, G., Gorsuch, K. & Johnson, R. (1997). Perceived religious motivation. *International Journal for the Psychology of Religion, 7*, 253-261.

Gottwald, F. T. & Howald, W. (1990). Bewusstseinsentfaltung in spirituellen Traditionen Asiens. In A. Resch (Hrsg.), *Veränderte Bewusstseinszustände* (S. 405-488). Innsbruck: Resch Verlag.

Greenwell, B. (1990). *Energies of transformation. A guide to the Kundalini process.* Cupertino: Shakti River Press.

Grepmair, L., Mitterlehner, F., Loew, T., Bachler, E., Rother, W. & Nickel, M. (2007). Promoting mindfulness in psychotherapists in training influences the treatment results of their patients: A randomized, double-blind, controlled study. *Psychotherapy and Psychosomatics, 76*, 332-338.

Grof, S. (1985a). Folgerungen aus der Bewusstseinsforschung für Psychotherapie und Selbsterfahrung. *Integrative Therapie, 11(3-4)*, 290-300.

Grof, S. (1985b). *Topographie des Unbewussten. LSD im Dienst der tiefenpsychologischen Forschung* (3. Aufl.). Stuttgart: Klett-Cotta.

Grof, S. (1991). Vorwort. Gott im Labor – Stanislaws Geschichte. In C. Grof & S. Grof, *Die stürmische Suche nach dem Selbst* (S. 34-47). München: Kösel.

Grof, S. (1994). Das Heilungspotential außergewöhnlicher Bewußtseinszustände. Beobachtungen aus der psychedelischen und holotropen Therapie. In E. Zundel & P. Loomans (Hrsg.), *Psychotherapie und religiöse Erfahrung. Konzepte und Methoden transpersonaler Psychotherapie* (S. 159-204). Freiburg i. Br.: Herder.

Grof, C. & Grof, S. (Hrsg.). (1990). *Spirituelle Krisen. Chancen der Selbstfindung*. München: Kösel.

Grof, C. & Grof, S. (1991). *Die stürmische Suche nach dem Selbst*. Praktische Hilfe für spirituelle Krisen. München: Kösel.

Grom, B., Hellmeister, G. & Zwingmann, C. (1998). Münchner Motivationspsychologisches Religiositäts-Inventar (MMRI). In C. Henning & E. Nestler (Hrsg.), *Religion und Religiosität zwischen Theologie und Psychologie* (S. 183-196). Frankfurt a. Main: Peter Lang.

Grossmann, P., Niemann, L., Schmidt, S. & Walach, H. (2004). Mindfulness-based stress reduction and health benefits: A meta-analysis. *Journal of psychosomatic research, 57*, 35-43.

Hakuin (1999). *Wild Ivy. The Spiritual Autobiography of Zen Master Hakuin* (N. Waddell, Trans.). Boston: Shambhala.

Hardy, A. (1979). *The Spiritual Nature of Man.* Oxford: Clarendon.

Harris, A., Thoresen, C., McCullough, M. & Larson, D. (1999). Spiritually and religiously oriented health interventions. *Journal of Health Psychology, 4*, 413-433.

Hathaway, W., Scott, S. & Garver, S. (2004). Assessing religious/ spiritual functioning: A neglected domain in clinical practice? *Professional Psychology: Research and Practice, 35(1)*, 97-104.

Hayes, S. C. (2004). Acceptance and commitment therapy and the new behavior therapies: Mindfulness, acceptance and relationship. In S. C. Hayes, V. M. Follette & M.M. Linehan (Eds.), *Mindfulness and acceptance. Expanding the cognitive-behavioral tradition* (pp.1-29). New York: Guilford.

Hayes, S.C. Strosahl, K. D. & Wilson, K. G. (2004). *Akzeptanz und Commitment-Therapie: ein erlebnisorientierter Ansatz zur Verhaltensänderung.* München: CIP

Hayes, S. C. (2004). Acceptance and commitment therapy, relational frame theory, and the third wave of behavior therapy. *Behavior Therapy, 35*, 639-665.

Hayes, S. C., Follette, V. M. & Linehan, M. M. (Eds.). (2004). *Mindfulness and acceptance. Expanding the cognitive-behavioral tradition*. New York: Guilford.

Heidenreich, T. & Michalak, J. (2003). Achtsamkeit («Mindfulness») als Therapieprinzip in Verhaltenstherapie und Verhaltensmedizin. *Verhaltenstherapie, 13*, 264-274.

Heidenreich, T. & Michalak, J. (Hrsg.). (2006a). *Achtsamkeit und Akzeptanz in der Psychotherapie* (2., korr. Aufl.). Tübingen: dgvt-Verlag.

Heidenreich, T. & Michalak, J. (2006b). Einführung in die Thematik Achtsamkeit und Akzeptanz in der Psychotherapie. *Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie, 54(4)*, 231-240.

Hellmeister, G. & Fach, W. (1998). Anbieter und Verbraucher auf dem Psychomarkt. In Deutscher Bundestag. Enquete-Komission "Sogenannte Sekten und Psychogruppen" (Hrsg.), *Endbericht der Enquete-Komission "Sogenannte Sekten und Psychogruppen". Drucksache 13/10950* (S. 47-55). Bonn: Bundesanzeiger Verlagsgesellschaft.

Helminiak, D. (1996). A scientific spirituality: The interface of psychology and theology. *The International Journal for the Psychology of Religion, 6(1)*, 1-19.

Hill, P. & Hood, R.W. (Eds.). (1999). *Measures of religiosity*. Birmingham: Religious Education Press.

Hill, P. C. & Pargament, K. I. (2003). Advances in the conceptualizing and meassurement of religion and spirituality. Implications for physical and mental health research. *American Psychologist, 58(1)*, 64-74.

Hill, P. C., Pargament, K. I., Hood, R. W., McCullough, M. E., Swyers, J.P., Larson, D. & Zinnbauer, B. J. (2000). Conceptualizing religion and spirituality: Points of commonality, points of departure. *Journal for the Theory of Social Behaviour., 30(1)*, 51-76.

Hofmann, L. (1995). *Spirituelle Krise und Kundalini-Erfahrung. Eine kulturübergreifende Studie.* Unveröffentlichte Diplomarbeit, Albert-Ludwigs-Universität Freiburg.

Hofmann, L., Möckelmann, B. & Walach, H. (2003). Entwicklung und empirische Validierung einer Skala zur Erfassung der Einstellung von Psychotherapeuten zum Verhältnis von Psychotherapie und Spiritualität/ Religiosität. In W. Belschner, L. Hofmann & H. Walach (Hrsg.), *Auf dem Weg zu einer Psychologie des Bewusstseins* (S. 113-154). Oldenburg: BIS.

Hoge, D. (1996). Religion in America: The demographics of religion in the clinical practice of psychology. In E. Shafranske (Ed.), *Religion and the Clinical Practice of Psychology* (pp. 21-41). Washington, DC: American Psychological Association.

Hollenstein, M. (1991). Akedia. In C. Scharfetter (Hrsg.), *Der spirituelle Weg und seine Gefahren. Spiritualität, Begriff, Typen - Bewusstseinsbereiche, Induktoren und Inhalte - Meditation - spirituelle Krise - Sekten und totalitäre Kulte. Eine Übersicht für Berater und Therapeuten* (S. 55-60). Stuttgart: Enke.

Hood, R. W. (1996). *The psychology of religion : an empirical approach* (2nd ed.). New York: Guilford.

Horx, M. (1996). *Trendbuch 2. Megatrends für die späten Neunziger Jahre*. Düsseldorf: Econ

Howarth-Williams, M. (1977). *R. D. Laing: His work and it's relevance for sociology*. London: Routledge.

Huber, S. (1996). *Dimensionen der Religiosität. Skalen, Messmodelle und Ergebnisse einer empirisch orientierten Religionspsychologie*. Freiburg: Universitätsverlag.

Huber, S. (2007). Aufbau und Strukturprinzip des RELIGIONSMONITORS. In Bertelsmann Stiftung (Hrsg.), *Religionsmonitor 2008* (S. 19-29). Gütersloh: Gütersloher Verlagshaus.

Huber, S. & Klein, K. (2007). *Religionsmonitor. Kurzbericht zu ersten Ergebnissen des RELIGIONSMONITOR der Bertelsmann-Stitung (Befragung in Deutschland)*. Verfügbar unter: http://www.bertelsmann-stiftung.de/bst/de/media/detailergebnisse_deutschland.pdf [08.05.08].

Hundt, U. (2007). *Spirituelle Wirkprinzipien in der Psychotherapie. Eine qualitative Studie zur Arbeitsweise ganzheitlicher Psychotherapeuten*. Münster: LIT.

Huppertz, M. (2006). Achtsamkeit in der Dialektisch-Behavioralen Therapie (DBT). *Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie, 54(4)*, 255-264.

Hutton, M. (1993). *Spiritual beliefs, spiritual practices, psychotherapeutic techniques and personality types among transpersonal, cognitive behavioural and psychoanalytic psychotherapists.* Unpublished dissertation, California Institute of Integral Studies.

Hutton, M. (1994). How transpersonal psychotherapists differ from other practitioners: An empirical study. *Journal of Transpersonal Psychology, 26*, 139-174.

Irwin, H. J. (1994). The phenomenology of parapsychological experiences. *Advances in Parapsychological Research, 7*, 10-76.

James, W. (1997). *Die Vielfalt religiöser Erfahrung*. Frankfurt a. Main: Insel.

Jayakar, P. (2003). *Krishnamurti. Ein Leben in Freiheit. Die autorisierte Biographie*. Freiburg i. Br.: Maurer.

Jensen, J. (1986). *Mental health values of professional therapists: A national interdisciplinary survey.* Unpublished Dissertation, Brigham Young University.

Jordahl, D. (1990). *Psychotherapeuten denken religiös. Eine überraschende Bilanz*. Olten: Walter.

Josephson, A. M. & Peteet, J. R. (2004). *Handbook of spirituality and worldview in clinical practice*. Arlington: American Psychiatric Publishing.

Jung, C.G. (1992). Geheimnisvolles am Horizont. Von Ufos und ähnlichen Phänomenen. Olten: Walter.

Kabat-Zinn, J. (2001). *Gesund durch Meditation*. München: Barth / Scherz.

Kabat-Zinn, J. (2003). Mindfulness-based interventions in context: Past, present, and future. *Clinical Psychologie: Science and Practice, 10(2)*, 144-156.

Kalweit, H. (1990). Leiden tötet, Leiden belebt - Krankheit und Selbstheilung. In C. Grof & S. Grof (Hrsg.). *Spirituelle Krisen. Chancen der Selbstfindung* (S. 119-144). München: Kösel.

Kapleau, P. (Hrsg.). (1972). *Die drei Pfeiler des Zen. Lehre – Übung – Erleuchtung* (2. Aufl.). Weilheim/Obb.: Barth.

Kason, Y. (1994). *A farther shore: How near-death and transcendental experiences and other extraordinary experiences can change ordinary lives*. Toronto: Harper & Collins.

Kassenärztliche Bundesvereinigung (2001). *Psychotherapeuten-Statistiken*. Unveröffentlichtes Manuskript.

Kernberg, O. F. (1996). Ein psychoanalytisches Modell der Klassifizierung von Persönlichkeitsstörungen. *Psychotherapeut, 41*, 288-296.

Kernberg, O., Dulz, B. & Eckert, J. (Hrsg.). (2003). *WIR: Psychotherapeuten über sich und ihren „unmöglichen" Beruf.* Stuttgart: Schattauer.

Kilpatrick, S. & McCullough, M. (1999). Religion and spirituality in rehabilitation psychology. *Rehabilitation Psychology, 44(4)*, 388-402.

Klein, C. & Albani, C. (2007). Religiosität und psychische Gesundheit. Eine Übersicht über Befunde, Erklärungsansätze und Konsequenzen für die klinische Praxis. *Psychiatrische Praxis, 34*, 58-65.

Koenig, H. G. (1998). *Handbook of religion and mental health*. San Diego: Academic Press.

Koenig, H. G. (2006). Integrating spirituality into medical practice: A new era in medicine. In A. Büssing, T. Ostermann, M. Glöckler, & P. F. Matthiessen (Hrsg.), *Spiritualität, Krankheit und Heilung - Bedeutung und Ausdrucksformen der Spiritualität in der Medizin* (S. 232-241). Frankfurt a. Main: VAS.

Koenig, H. G., McCullough, M. & Larson, D. (2001). *Handbook of religion and health*. Oxford: Oxford University Press.

Koenig, H. G. & Prittchet, J. (1998). Religion and psychotherapy. In H. G. Koenig (Ed.), *Handbook of Religion and mental health* (pp. 323-336). San Diego: Academic Press.

Kohls, N. B. (2004). *Außergewöhnliche Erfahrungen - Blinder Fleck der Psychologie? Eine Auseinandersetzung mit außergewöhnlichen Erfahrungen und ihrem Zusammenhang mit geistiger Gesundheit*. Münster: LIT.

Kornfield, J. (1979). Intensive insight meditation: A phenomenological study. *Journal of Transpersonal Psychology, 2(1)*, 41-58.

Kraft, H. (1995). *Über innere Grenzen. Initiation in Schamanismus, Kunst, Religion und Psychoanalyse*. München: Eugen Diederichs.

Kraft, H. (1996). Von der transformativen Krise zur PlusHeilung. *Transpersonale Psychologie und Psychotherapie, 2*, 28-36.

Krech, V. (2007). Exklusivität, Bricolage und Dialogbereitschaft. Wie die Deutschen mit religiöser Vielfalt umgehen. In Bertelsmann Stiftung (Hrsg.), *Religionsmonitor 2008* (S. 33-43). Gütersloh: Gütersloher Verlagshaus.

Kreuz, J. v. (1995). *Die dunkle Nacht* (U. Dobhan, E. Hense & E. Peeters, Übers.). (2. Aufl.). Freiburg i. Br.: Herder.

Krishna, G. (1993). *Kundalini. Erweckung der geistigen Kraft im Menschen* (5. Aufl.). Weilheim: Barth.

Küng, H. (1987). *Freud und die Zukunft der Religion*. München: Piper.

Laing, R. D. (1972). Metanoia: Some experiences at Kingsley Hall, London. In H. M. Ruitenbeek (Ed.), *Going Crazy* (pp. 11-21). New York: Bantam.

Lajoie, D. & Shapiro, S. (1992). Definitions of transpersonal psychology: The first twenty-three years. *Journal of Transpersonal Psychology, 24*, 79-98.

Lannert, J. L. (1991). Resistance and countertransference issues with spiritual and religious clients. *Journal of Humanistic Psychology, 31*, 68-76.

Lannert, J. L. (1992). *Spiritual and religious attitudes, beliefs, and practices of clinical training directors and their internship sites.* Unpublished dissertation, University of Southern California.

Lapierre, L. L. (1994). A model for describing spirituality. *Journal of Religion and Health, 33(2)*, 153-161.

Larson, D., Pattisson, E., Blazer, D., Omran, A. & Kaplan, B. (1986). Systematic analysis of research on religious variables in four major psychiatric journals, 1978-1982. *American Journal of Psychiatry, 143(3)*, 329-334.

Larson, D., Hohmann, A., Kessler, L., Meador, K., Boyd, J.H. & Mc Sherry, E. (1988). The couch and the cloth: The need for linkage. *Hospital & Community Psychiatry, 39*, 1064-1069.

Larson, D. & Larson, S. (1994). *The forgotten factor in physical and mental health: What does research show?* Rockville: National Institute for Healthcare Research.

Larson, D., Lu, F. & Swyers, J. (1997). *A model curriculum for psychiatric residency training programs: Religion and spirituality in clinical practice*. (rev. ed.). Rockville: The National Institute for Healthcare Research.

Larson, D., Wood, G. G. & Larson, S. (1993). A paradigm shift in medicine toward spirituality? *Advances, 9*, 39-49.

Larson, E. J. & Witham, L. (1997). Scientists are still keeping the faith. *Nature, 386,* 435-436.

Lehmann, H. (2004). *Säkularisierung. Der europäische Sonderweg in Sachen Religion*. Göttingen: Wallstein.

Lehman, H. & Shriver, D. (1968). Academic discipline as predictive of faculty religiosity. *Social Forces, 47*, 171-182.

Leuba, J. (1934). Religious beliefs of American Scientists. *Harper's magazine, 169*, 291-300.

Linehan, M. M. (1994). Acceptance and change: The central dialectic in psychotherapy. In S. C. Hayes, N. S. Jacobson, V. M. Follette & M. J. Dougher (Eds.), *Acceptance and change: Content and context in psychotherapy* (pp. 73-86). Reno: Context Press.

Linehan, M. M. (1996a). *Dialektisch-behaviorale Therapie der Borderline-Persönlichkeitsstörung*. München: CIP-Medien.

Linehan, M. M. (1996b). *Trainingsmanual der Dialektisch-Behavioralen Therapie der BPS*. München: CIP-Medien.

Lovinger, R. (1984). *Working with religious issues in psychotherapy*. New York: Aronson.

Lowe, C. M. (1976). *Value orientations in counseling and psychotherapy: the meanings of mental health* (2nd ed.). Cranston: Caroll Press.

Ludwig, M. & Plaum, E. (1998). Glaubensüberzeugungen bei Psychotherapeutinnen/ Psychotherapeuten. *Zeitschrift für klinische Psychologie, Psychiatrie und Psychotherapie, 46(1)*, 58-83.

Lukoff, D. (1985). The diagnosis of mystical experiences with psychotic features. *The Journal of Transpersonal Psychology, 17(2)*, 155-181.

Lukoff, D., Lu, F. & Turner, R. (1992). Toward a more culturally sensitive DSM-IV: Psychoreligious and psychospiritual problems. *Journal of Nervous & Mental Disease, 180*, 673-682.

Lukoff, D., Lu, F. & Turner, R. (1995). Cultural considerations in the assessment and treatment of religious and spiritual problems. *Psychiatric Clinics of North America, 18*, 467-485.

Lukoff, D., Lu, F. & Turner, R. (1998). From spiritual emergency to spiritual problem: The transpersonal roots of the new DSM-IV category. *Journal of Humanistic Psychology, 38*, 21-50.

Lukoff, D., Turner, R., & Lu, F. (1992). Transpersonal psychology research review: Psychoreligious dimensions of healing. *Journal of Transpersonal Psychology, 24,* 41-60.

Lukoff, D., Turner, R. & Lu, F. (1993). Transpersonal psychology research review: Psychospiritual dimensions of healing. *Journal of Transpersonal Psychology, 25*, 11-28.

MacDonald, D. A., LeClair, L., Holland, C. J. & Alter, A. (1995). A survey of measures of transpersonal constructs. *Journal of Transpersonal Psychology, 27*, 171-235.

Maslow, A. H. (1969a). The farther reaches of human nature. *The Journal of Transpersonal Psychology, 1(1),* 1-9.

Maslow, A. H. (1969b). Theory Z. *The Journal of Transpersonal Psychology, 1(2),* 31-47.

Maslow, A. H. (1970). *Religions, values, and peak-experiences*. New York: Viking.

Maslow, A. H. (1973). *Psychologie des Seins*. München: Kindler.

McCullough, M. E. (1999). Research on religion-accommodative counseling: Review and meta-analysis. *Journal of Consulting Psychology, 46(1)*, 92-98.

Mehnert, A., Rieß, S. & Koch, U. (2003). Die Rolle religiöser Glaubensüberzeugungen bei der Krankheitsbewältigung maligner Melanome. *Verhaltenstherapie und Verhaltensmedizin, 24(2)*, 147-166.

Michalak, J. & Heidenreich, T. (2006). Achtsamkeit und Akzeptanz in der Psychotherapie: Resümee. In T. Heidenreich & J. Michalak, (Hrsg.), *Achtsamkeit und Akzeptanz in der Psychotherapie* (S. 771 – 782). Tübingen: dgvt-Verlag.

Michalak, J., Heidenreich, T. & Bohus, M. (2006). Achtsamkeit und Akzeptanz in der Psychotherapie. *Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie, 54(4)*, 241-253.

Miller, G. (2003). *Incorporating spirituality in counseling and psychotherapy. Theory and technique*. Hoboken: John Wiley & Sons.

Miller, W. R. (Ed.). (1999). *Integrating spirituality into treatment: Resources for practitioners*. Washington, DC: American Psychological Association.

Miller, W. R. & Thorensen, C. E. (2003). Spirituality, religion and health: An emerging field. *American Psychologist*, 58, 24-35.

Möckelmann, B. (2002). *Konstruktion und testtheoretische Überprüfung eines Einstellungsfragebogens zur Verhältnisbestimmung von Spiritualität/ Religiosität und Psychotherapie.* Unveröffentlichte Diplomarbeit, Albert-Ludwigs-Universität Freiburg.

Moody, R. A. (1977). *Leben nach dem Tod*. Reinbek: Rowohlt.

Muktananda, S. (1975). *Spiel des Bewusstseins*. Freiburg i. Br.: Aurum.

Naisbett, J. (1982). *Megatrends: Ten new directions transforming our lives*. New York: Warner Books.

Neeleman, J. & Persaud, R. (1995). Why do psychiatrists neglect religion? *British Journal of Medical Psychology, 68*, 169-178.

Nelson, J. E. (1994). *Healing the split. Integrating spirit into our understanding of the mentally ill.* (3rd ed.). Albany: State University of New York Press.

Norcross, J. C. (2002). (Ed.). *Psychotherapy relationships that work: therapist contributions and responsiveness to patients.* New York: Oxford University Press.

Norcross, J. C. & Goldfried, M. R. (Eds.). (2008). *Handbook of Psychotherapy Integration*. New York: Oxford University Press.

O'Connolly, T. A., Demling, J. H. & Wörthmüller, M. (2002). *Psychotherapie und Religion: Eine repräsentative Erhebung unter fränkischen Therapeuten*. Aachen: Shaker.

Orlinsky, D. (2005). Die Spiritualität von Psychotherapeuten. In J. Galuska & A. Pietzko (Hrsg.), *Psychotherapie und Bewusstsein. Spirituelle und transpersonale Dimensionen der Psychotherapie* (S. 39-60). Bielefeld: Kamphausen.

Orlinsky, D., Ambühl, H., Rønnestad, M. H., Davis, J., Gerin, P., Davis, M., Willutzky, U., Botermans, J., Dazord, A., Cierpka, M., Aapro, N, Buchheim, P., Bae, S., Davidson, C., Friis-Jorgensen, E., Joo, E., Kalmykova, E., Meyerberg, J., Northcut, T., Parks, B., Scherb, E., Schröder, T., Shefler, G., Stiwne, D., Stuart, S., Tarragona, M., Vasco, A.B., Wiseman, H. & das SPR Collaborative Research Network (1999). Development of psychotherapists: Concepts, questions, and methods of a collaborative international study. *Psychotherapy Research, 9(2),* 127-153.

Paloutzian, R. F. & Park, C. L. (2005). *Handbook of the psychology of religion and spirituality*. New York: Guilford.

Pargament, K. I., Ensing, D. S., Falgout, K., Olsen, H., Reilly, B., van Haitsma, K., Warren, R. (1990): God help me (I): Religious coping efforts as predictors of the outcomes to significant negative life events. *American Journal of Community Psychology, 18*, 793-842.

Payne, I., Bergin, A. & Loftus, P. (1992). A review of attempts to integrate spiritual and standard psychotherapy techniques. *Journal of Psychotherapy Integration, 2*, 171-192.

Perry, J. W. (1987). Residential treatment centers. A model for worldwide use. *Spiritual Emergence Network Journal, 1(1)*, 28-41.

Perry, J. W. (1990). Spirituelle Krisen und Erneuerung. In C. Grof und S. Grof (Hrsg.), *Spirituelle Krisen. Chancen der Selbstfindung* (S. 102-118). München: Kösel.

Perry, J. W. (1999). *Trials of the visionary mind. Spiritual emergency and the renewal process*. Albany: State University of New York Press.

Peteet, J. R. (1994). Approaching spiritual problems in psychotherapy: A conceptual framework. *Journal of Psychotherapy Practice and Research, 3*, 237-245.

Petzold, H. (Hrsg.). (1983). *Psychotherapie, Meditation, Gestalt*. Paderborn: Junfermann.

Piedmont, R. L. (1999). Does spirituality represent the sixth factor of personality? Transcendence and the five-factor model. *Journal of Personality,* 67(6), 987-1013.

Piron, H. (2007). *Transpersonale Verhaltenstherapie. Von der Stagnation zur Transformation*. Petersberg: Via Nova.

Polak, R. (Hrsg.). (2002). *Megatrend Religion? Neue Religiositäten in Europa*. Ostfildern: Schwabenverlag.

Probst, L. R. (1988). *Psychotherapy in a religious framework: Spirituality in the emotional healing process.* New York: Human Sciences Press.

Probst, L. R. (1996). Cognitive-behavioral therapy and the religious person. In E. P. Shafranske (Ed.), *Religion and the clinical practice of psychology* (pp. 391-407). Washington, DC: American Psychological Association.

Quackenbos, S., Privette, G. & Klentz, B. (1985). Psychotherapy: Sacred or secular? *Journal of Counseling & Development, 63*, 290-293.

Quekelberghe, R. v. (2007). *Grundzüge der spirituellen Psychotherapie*. Eschborn: Klotz.

Ragan, C., Malony, H. & Beit-Hallahmi, B. (1980). Psychologists and religion: Professional factors and personal belief. *Reviews of religious research, 21(2)*, 208-217.

Rhyner, B. (1991). Zen-Krankheit. In C. Scharfetter (Hrsg.), *Der spirituelle Weg und seine Gefahren. Spiritualität, Begriff, Typen - Bewusstseinsbereiche, Induktoren und Inhalte - Meditation - spirituelle Krise - Sekten und totalitäre Kulte. Eine Übersicht für Berater und Therapeuten* (S. 74-79). Stuttgart: Enke.

Richards, P. & Bergin, A. (2000). *Handbook of psychotherapy and religious diversity.* Washington, DC: American Psychological Association.

Richards, P. & Bergin, A. (2002). *A spiritual strategy for counseling and psychotherapy.* (4th ed.). Washington, DC: American Psychological Association.

Richards, P. & Bergin, A. (2003). *A casebook for a spiritual strategy in counseling and psychotherapy.* Washington, DC: American Psychological Association.

Rippentrop, A. E. (2005). A review of the role of religion and spirituality in chronic pain populations. *Rehabilitation Psychology, 50(3)*, 278-284.

Rizzuto, A. M. (1996). Psychoanalytic treatment and the religious person. In E. P. Shafranske (Ed.), *Religion and the clinical practice of psychology* (pp. 409-433). Washington, DC: American Psychological Association.

Rohrmann, B. (1978). Empirische Studien zur Entwicklung von Antwortskalen für die sozialwissenschaftliche Forschung. *Zeitschrift für Sozialpsychologie, 9*, 222-245.

Roof, W. C. (1999). *Spiritual marketplace: Baby boomers and the remaking of American religion*. Princeton: Princeton University Press.

Rowan, J. (1993) The transpersonal. Psychotherapy and Counselling. London: Routledge.

Sansone, R., Khatain, K. & Rodenhauser, P. (1990). The role of religion in psychiatric education: A national survey. *Academic Psychiatry, 14*, 34-38.

Saß, H., Wittchen, H. & Zaudig, M. (1996). *Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen. DSM - IV* (4. Aufl.). Göttingen: Hogrefe.

Scharfetter, C. (1983). Über Meditation. Begriffsfeld, Sichtung der "Befunde", Anwendung in der Psychotherapie. In H. Petzold (Hrsg.), *Psychotherapie, Meditation, Gestalt.* (S. 27-52). Paderborn: Junfermann.

Scharfetter, C. (1991). *Der spirituelle Weg und seine Gefahren: Spiritualität, Begriff, Typen - Bewusstseinsbereiche, Induktoren und Inhalte - Meditation - Spirituelle Krise - Sekten und totalitäre Kulte. Eine Übersicht für Berater und Therapeuten*. Stuttgart: Enke.

Scharfetter, C. (2008). *Das Ich auf dem spirituellen Weg: Vom Egozentrismus zum Kosmozentrismus* (2. Aufl.). Sternenfels: Verlag Wissenschaft und Praxis.

Schlitz, M., Amorok, T., & Micozzi, M. S. (Eds.). (2005). *Consciousness & healing. Integral Approaches to Mind-Body Medicine*. St. Louis: Elsevier Churchill Livingstone.

Scott, S., Garver, S., Richards, J. & Hathaway, W. L. (2003). Religious issues in diagnosis: The V-code and beyond. *Mental Health, Religion & Culture, 6(2)*, 161-173.

Segal, S. (1997). *Kollision mit der Unendlichkeit*. Bielefeld: Context.

Segal, Z., Williams, J. M. & Teasdale J. D. (2002). *Mindfulness-based cognitive therapy for depression: A new approach to preventing relapse*. New York: Guilford.

Shafranske, E. P. (1996a). Introduction: Foundation for the consideration of religion in the clinical practice of psychology. In E. Shafranske (Ed.), *Religion and the clinical practice of psychology* (pp. 1-17). Washington, DC: American Psychological Association.

Shafranske, E. P. (Ed.). (1996b). *Religion and the clinical practice of psychology*. Washington, DC: American Psychological Association.

Shafranske, E. P. (1996c). Religious beliefs, affiliations, and practices of clinical psychologists. In E. P. Shafranske (Ed.), *Religion and the clinical practice of psychology* (pp. 149-162). Washington, DC: American Psychological Association.

Shafranske, E. P. (2000). Religious involvement and professional practices of psychiatrists and other mental health professionals. *Psychiatric Annals, 30(8)*, 525-532.

Shafranske, E. P. (2001). The religious dimension of patient care within rehabilitation medicine: The role of religious attitudes, beliefs, and professional practices. In A. Sherman & T. Plante (Eds.), *Faith and health: Psychological perspectives* (pp. 311-335). New York: Guilford.

Shafranske E.P. (2005a). A psychoanalytic approach to spiritually oriented psychotherapy. In L. Sperry & E.P. Shafranske (Eds.) *Spiritually oriented psychotherapy* (pp. 105- 130). Washington, DC: American Psychological Association.

Shafranske, E. P. (2005b). The psychology of religion in clinical and counseling psychology. In R. F. Paloutzian & C. L. Park (Eds.), *Handbook of the psychology of religion and spirituality* (pp. 496-514). New York: Guilford.

Shafranske, E. P. & Gorsuch, R. (1984). Factors associated with the perception of spirituality in psychotherapy. *Journal of Transpersonal Psychology, 16*, 231-241.

Shafranske, E. P. & Malony, H. (1990a). California psychologists' religiosity and psychotherapy. *Journal of Religion and Health, 28(3)*, 219-231.

Shafranske, E. P. & Malony, H. (1990b). Clinical psychologists' religious and spiritual orientations and their practice of psychotherapy. *Psychotherapy, 27*, 72-78.

Shafranske, E.P. & Malony, H. (1996). Religion and the clinical practice of psychology. A Case for Inclusion. In E. Shafranske (Ed.), *Religion and the Clinical Practice of Psychology* (pp. 581-586). Washington, DC: American Psychological Association.

Shapiro, D. H. (1987). *Meditationstechniken in der klinischen Psychologie*. Eschborn: Fachbuchhandlung für Psychologie, Verl.-Abt.

Sherman, A. & Plante, T. (Eds). (2001) *Faith and health: Psychological perspectives.* New York: Guilford.

Sherrill, K. A. Larson. D. B. & Greenwold, M. (1993). Is religion taboo in gerontology? Systematic review of research on religion in three major gerontology journals. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, *1*, 109-117.

Slater, W., Hall, T. W. & Edwards, K. J. (2001). Measuring religion and spirituality: Where are we and where are we going? *Journal of Psychology and Theology, 29(1)*, 4-21.

Sloan, R. P., Bagiella, E., VandeCreek, L., Casalone, C., Jinpu Hirsch, T., Hasan, Y., Kreger, R. & Poulos, P. (2000). Should physicians prescribe religious activities? *The New England Journal of Medicine, 142(5)*, 1913-1916.

Smith, D. P. (1998). *Patterns of religious experience among psychotherapists and their relation to theoretical orientation.* Unpublished Dissertation, University of Chicago.

Smith, D. & Orlinsky, D. (2004). Religious and spiritual experiences among psychotherapists. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training, 41(2)*, 144-151.

Sollod, R. N. (2005). Integrating spirituality with psychotherapy. In J. Norcross & M. R. Goldfried (Eds.), *Handbook of Psychotherapy Integration* (pp. 403-416). New York: Oxford University Press.

Sperry, L. (2001). *Spirituality in clinical practice - Incorporating the spiritual dimension in psychotherapy and counseling*. Philadelphia: Brunner-Routledge.

Sperry, L. & Shafranske, E. P. (2005). *Spiritually oriented psychotherapy.* Washington, DC: American Psychological Association.

Starbuck, E. D. (1909). *Religionspsychologie*. Leipzig: Klinkhardt.

Statistisches Bundesamt (Hrsg.). (2002). *Bevölkerungsfortschreibung*. (Fachserie 1, Reihe 1.3). Verfügbar unter: http://www-ec.destatis.de/csp/shop/sfg/bpm.html.cms.cBroker.cls?cmspath=struktur,vollanzeige.csp&ID=1015595 [05.06.2008]

Sudman, S. (1976). *Applied sampling*. New York: Academic Press.

Swami Amritaswarupananda (1994). *Ammachi. A Biography of Mata Amritanandamayi*. San Ramon: Mata Amritanandamayi Center.

Szasz, T. S. (1979). *The myth of psychotherapy: mental healing as religion, rhetoric, and repression*. Oxford: University Press.

Tan, S. J. (2003). Religion in clinical practice: Integrating spiritual direction into treatment. *Journal of Psychology and Theology, 31*, 14-26.

Tart, C. (1972). States of consciousness and state-specific-sciences. *Science, 176*, 1203-1218.

Teasdale J. D., Segal, Z. & Williams, J. M. (1995). How does cognitive therapy prevent depressive relapse and why should attentional control (mindfulness) training help? *Behaviour Research Therapy, 33(1)*, 25-39.

Thomas, L. E. & Cooper, P. E. (1980). Incidence and psychological correlates of intense spiritual experiences. *Journal of Transpersonal Psychology, 12*, 75-85.

Turner, R., Lukoff, D., Barnhouse, R. & Lu, F. (1995). Religious or spiritual problem: A culturally sensitive diagnostic category in the DSM-IV. *Journal of Nervous & Mental Disease, 183*, 435-444.

Tweedie, I. (1988). *Der Weg durchs Feuer. Tagebuch einer spirituellen Schulung durch einen Sufi-Meister* (3. Aufl.). Interlaken: Ansata.

Underhill, E. (1928). *Mystik. Eine Studie über die Natur und Entwicklung des religiösen Bewußtseins im Menschen.* Bietigheim: Turm.

Utsch, M. (1998). *Religionspsychologie: Voraussetzungen, Grundlagen, Forschungsüberblick*. Stuttgart: Kohlhammer.

Utsch, M. (2005). *Religiöse Fragen in der Psychotherapie. Psychologische Zugänge zum religiösen Erleben*. Stuttgart: Kohlhammer.

Vande Kemp, H. (1996). Historical perspective: religion and clinical psychology in America. In E. Shafranske (Ed.), *Religion and the clinical practice of psychology* (pp. 71-112). Washington, D.C.: American Psychological Association.

Vaughan, F. (1979). Transpersonal psychotherapy: Context, content and process. *Journal of Transpersonal Psychology, 11*, 101-110.

Vaughan, F. (1993). Healing and wholeness: Transpersonal psychotherapy. In R. Walsh & F. Vaughan (Eds.), *Paths beyond ego. The transpersonal vision* (pp. 160-165). New York: Tarcher/Putnam.

Visser, F. (n.d.). Transpersonal psychology at a crossroads. Verfügar unter: http://www.integralworld.net/esseng2.html [11.2.2009].

Vollmoeller, W. (1994). Zur Problematik "mediumistischer Psychosen". Ein Fallbeispiel. *Der Nervenarzt, 65*, 57-61.

Wagner, R. F. & Becker, P. (Hrsg.). (1999). *Allgemeine Psychotherapie*. Göttingen: Hogrefe.

Walach, H. (2003). Transpersonale Psychologie. Chancen und Probleme. In M. Utsch & J. Fischer (Hrsg.), *Im Dialog über die Seele. Transpersonale Psychologie und christlicher Glaube* (S. 53-76). Münster: LIT.

Walach, H., Kohls, N. & Belschner, W. (2005). Transpersonale Psychologie - Psychologie des Bewusstseins: Chancen und Probleme. *PPmP - Psychotherapie Psychosomatik medizinische Psychologie, 55(405)*, 405-415.

Walach, H. & Reich, K. H. (2005). Reconnecting science and spirituality: Toward overcoming a taboo. *Zygon,* 40(2), 423-441.

Walsh, R. (1977). Initial meditative experiences. *Journal of Transpersonal Psychology*, *9(2)*, 151-192.

Walsh, R. (1978). Initial meditative experiences: II. *Journal of Transpersonal Psychology*, *10(1)*, 1-28.

Walsh, R. (1980). The consciousness disciplines and the behavioral sciences: Questions of comparison and assessment. *American Journal of Psychiatry, 137,* 663-673.

Walsh, R. (1992). The search for synthesis: Transpersonal psychology and the meeting of east and west, psychology and religion, personal and transpersonal. *Journal of Humanistic Psychology, 32(1)*, 19-45.

Walsh, R. (1998). *Der Geist des Schamanismus*. Frankfurt a. Main: Fischer.

Walsh, R. & Shapiro, S. L. (2007). Die Begegnung von meditativen Disziplinen und westlicher Psychologie: Ein sich gegenseitig bereichernder Dialog. *Transpersonale Psychologie und Psychotherapie, 2*, 56-81.

Walsh, R. & Vaughan, F. (1993a). Introduction. In R. Walsh und F. Vaughan (Eds.), *Paths beyond ego. The transpersonal vision* (pp. 1-10). New York: Tarcher/Putnam.

Walsh, R. & Vaughan, F. (Eds.) (1993b). *Paths beyond ego. The transpersonal vision*. New York: Tarcher/Putnam.

Washburn, M. (1995). *The ego and the dynamic ground. A transpersonal theory of human development* (2nd ed., rev.). Albany: State University of New York Press.

Weaver, A., Samford, J., Kline, A., Lucas, L., Larson, D. & Koenig, H. (1997). What do psychologists know about working with the clergy? An analysis of eight APA journals: 1991-1994. *Professional Psychology - Research & Practice, 28*, 471-474.

Weaver, A., Kline, A., Samford, J., Lucas, L., Larson, D. & Gorsuch, R. (1998). Is religion taboo in psychology? A systematic analysis of research on religion in seven major American Psychological Association journals: 1991-1994. *Journal of Psychology & Christianity, 17*, 220-232.

Weinreich, W. M. (2005). *Integrale Psychotherapie. Ein umfassendes Therapiemodell auf der Grundlage der Integralen Philosophie nach Ken Wilber*. Leipzig: Araki.

Weis, H.-W. (2002). Ken Wilbers transpersonale Systemspekulation. Eine kritische Auseinandersetzung. In W. Belschner, J. Galuska, H. Walach und E. Zundel (Hrsg.), *Transpersonale Forschung im Kontext* (S. 101-114). Oldenburg: BIS.

Weis, H.-W. (2008). Zurück zur Religion? *Psychologie Heute Compact*, *196*, 90-95.

West, W. (2000). *Psychotherapy and spirituality: Crossing the line between therapy and religion*. London: Sage.

Wilber, K. (o. J.). Ein Shambala Interview mit Ken Wilber. Über Kritiker, das integrale Institut, meine neueren Schriften und andere weniger wichtige Themen. Teil I. Verfügbar unter: http://www.integralworld.net/de/wilbershambhala1.html [12.1.09].

Wilber, K. (1980). The pre/trans fallacy. *ReVision, 3(2)*, 51-71.

Wilber, K. (1988a). Behandlungsmodalitäten: Therapie oder moderne Praxis? In K. Wilber, J. Engler & D. P. Brown (Hrsg.), *Psychologie der Befreiung* (S. 137-169). Bern: Scherz. [vorher 1988c]

Wilber, K. (1988b). Das Spektrum der Entwicklung. In K. Wilber, J. Engler & D. P. Brown (Hrsg.), *Psychologie der Befreiung* (S. 77-116). Bern: Scherz.

Wilber, K. (1988c). Das Spektrum der Psychopathologie. In K. Wilber, J. Engler & D. P. Brown (Hrsg.), *Psychologie der Befreiung* (S. 117-136). Bern: Scherz.

Wilber, K. (1988d). *Die drei Augen der Erkenntnis. Auf dem Weg zu einem neuen Weltbild*. München: Kösel.

Wilber, K. (1990). "Two patterns of transcendence": A reply to Washburn. *Journal of Humanistic Psychology, 30*, 113-136.

Wilber, K. (1994). Esoterische Religion, Bewusstseinsentwicklung und Psychotherapie. In E. Zundel (Hrsg.), *Psychotherapie und religiöse Erfahrung. Konzepte und Methoden transpersonaler Psychotherapie* (S. 291-318). Freiburg i. Br.: Herder.

Wilber, K. (1996). *Eros, Kosmos, Logos: Eine Vision an der Schwelle zum nächsten Jahrtausend.* Frankfurt a. Main: Krüger.

Wilber, K. (2001a). *Integrale Psychologie. Geist, Bewusstsein, Psychologie, Therapie.* Freiamt: Arbor.

Wilber, K. (2001b). The eye of spirit: an integral vision for a world gone slightly mad. (3rd ed., expanded). Boston: Shambhala.

Wilber, K. (2007). *Integrale Spiritualität. Spirituelle Intelligenz rettet die Welt*. München: Kösel.

Wilber, K., Engler, J. & Brown, D. P. (Hrsg.). (1988). *Psychologie der Befreiung.* Bern: Scherz.

Willutzki, U., Orlinsky, D., Cierpka, M., Ambühl, H., Laireiter, A.-R., Meyerberg, J. & das SPR Collaborative Research Network (2005). WIR – Daten über uns. Psychotherapeuten in Deutschland, Österreich und der Schweiz. In O. Kernberg, B. Dulz & J. Eckert (Hrsg.), *WIR: Psychotherapeuten über sich und ihren „unmöglichen" Beruf* (S. 36-38). Stuttgart: Schattauer.

Wirtz, M. & Nachtigall, C. (2002). *Deskriptive Statistik. Statistische Methoden für Psychologen. Teil 1* (2., überarbeitete Aufl.). Weinheim: Juventa.

Worthington, E. & Sandage, S. J. (2002). Religion and spirituality. In J. Norcross (Ed.), *Psychotherapy Relationships that Work* (pp. 383-399). New York: Oxford Press.

Worthington, E. L., Jr., Kurusu, T. A., McCullough, M. E. & Sandage, S. J. (1996). Empirical research on religion and psychotherapeutic processes and outcomes: A 10-year review and research prospectus. *Psychological Bulletin, 119*, 448-487.

Yeginer, A. (2000). *Forschungsinstrumente der Transpersonalen Psychologie*. Oldenburg: BIS.

ZA (Zentralarchiv für Empirische Sozialforschung) & ZUMA (Zentrum für Umfragen, Methoden und Analysen) (2003). *ALLBUS 2002 (ZA-Studien-Nr. 3700), elektronisches Codebuch*. Köln: Zentralarchiv.

Zimmer, H. (1944). *Der Weg zum Selbst. Lehre und Leben des indischen Heiligen Shri Ramana Maharshi aus Tiruvannamalei*. Zürich: Rascher.

Zinnbauer, B. J., Pargament, K., Cole, B., Rye, M. S., Butter, E. M., Belavich, T. G., Hipp, K. M., Scott, A. B. & Kadar, J. L. (1997). Religion and spirituality: Unfuzzing the fuzzy. *Journal for the Scientific Study of Religion, 36(4)*, 549-564.

Zinnbauer, B. J., Pargament, K. I. & Scott, A. B. (1999). The emerging meanings of religiousness and spirituality: Problems and prospects. *Journal of Personality, 67(6)*, 889-819.

Zinnbauer, B. J. & Pargament, K. I. (2000). Working with the sacred: Four approaches to religious and spiritual issues in counseling. *Journal of Counseling and development, 78*, 162-171.

Zinnbauer, B. J. & Pargament, K. I. (2005). Religiousness and spirituality. In R. F. Paloutzian & C. L. Park (Ed.), *Handbook of the psychology of religion and spirituality* (pp. 21-42). New York: Guilford.

Zundel, E. & Loomans, P. (Hrsg.). (1994). *Psychotherapie und religiöse Erfahrung. Konzepte und Methoden transpersonaler Psychotherapie.* Freiburg i. Br.: Herder.

Zwingmann, C. & Moosbrugger, H. (Hrsg.). (2004). *Religiosität: Messverfahren und Studien zu Gesundheit und Lebensbewältigung. Neue Beiträge zur Religionspsychologie.* Münster: Waxmann.

Zwingmann, C. (2005). Erfassung von Spiritualität/Religiosität im Kontext der gesundheitsbezogenen Lebensqualität. *PPmP - Psychotherapie Psychosomatik medizinische Psychologie, 55*, 241-246.

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Datenbank PsychINFO - 1975-2005 ... 16
Abbildung 2: Literaturrecherche Datenbank PSYNDEXplus - 1975-2005 ... 17
Abbildung 3: Literaturrecherche Datenbank MEDLINE - 1975-2005 ... 17
Abbildung 4: Auswahl verschiedener Definitionen der Begriffe Religion / Religiosität und Spiritualität ... 33
Abbildung 5: Integrale Diagnostik ... 154
Abbildung 6: Methodisches Design der Gesamtstudie ... 210
Abbildung 7: Soziodemographische Daten - Alter ... 245
Abbildung 8: Jahre der psychotherapeutischen Tätigkeit ... 248
Abbildung 9: Anzahl der Stunden der psychotherapeutischen Tätigkeit pro Woche ... 249
Abbildung 10: Einfluss der einzelnen theoretischen Konzepte auf die psychotherapeutische Praxis ... 263
Abbildung 11: Aktuell praxisleitende theoretische Orientierungen ... 263
Abbildung 12: Prozentsatz der Klienten, die im Verlauf der psychotherapeutischen Behandlung religiöse / spirituelle Inhalte und Probleme thematisieren ... 267
Abbildung 13: Prozentsatz religiöser / spiritueller Klient/innen ... 268
Abbildung 14: Wunsch nach expliziter Anerkennung und Einbeziehung der religiösen / spirituellen Orientierung in der Behandlung ... 269
Abbildung 15: Verlauf der Mittelwerte - exemplarische Darstellung ... 299

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Stufen, Abwehrmechanismen, Pathologie, Behandlungsansätze ... 87
Tabelle 2: Strukturelle Organisationsformen ... 90
Tabelle 3: Kriterien für die Abgrenzung der Spirituellen Krisen von psychiatrischen / psychosomatischen Erkrankungen ... 91
Tabelle 4: Teilstichproben der Psychotherapieschulen – Pilotstudie ... 221
Tabelle 5: Dokumentation der Pilotstudie ... 223
Tabelle 6: Beteiligung an der Kurzbefragung über die Therapieschulen ... 224
Tabelle 7: Teilnahmebereitschaft für die vertiefende Befragung gesamt ... 225
Tabelle 8: Teilnahmebereitschaft vertiefende Befragung über Psychotherapieschulen ... 226
Tabelle 9: Teilnahmebereitschaft an vertiefender Befragung bezogen auf erreichte Teilstichproben der theoretischen Orientierung ... 227
Tabelle 10: Primäre theoretische Orientierung ... 228
Tabelle 11: Anteil der vorrangigen theoretischen Orientierung bezogen auf erreichte Psychotherapeuten der zugehörigen Schule ... 228
Tabelle 12: Nicht in die Studie aufgenommene Subgruppen ... 232
Tabelle 13: Berechnung der Stichprobenzusammensetzung für Stufe 1 der Befragung ... 236
Tabelle 14: Berechnung der Stichprobenzusammensetzung in der vertiefenden Befragung ... 238
Tabelle 15: Stichprobenziehung ... 240
Tabelle 16: Rücklauf erste Erhebung ... 244
Tabelle 17: Verteilung Ostdeutschland, Westdeutschland und Berlin unter den Teilnehmern der Studie und unter zugelassenen und ermächtigten psychologischen Psychotherapeuten im Vergleich ... 246
Tabelle 18: Deutsche Gesamtbevölkerung 2002 ... 246
Tabelle 19: Soziodemographische Daten ... 247
Tabelle 20: Angaben zur psychotherapeutischen Tätigkeit ... 250
Tabelle 21: Angaben zum beruflichen Status ... 250
Tabelle 22: Anzahl abgeschlossener Ausbildungen ... 251

Tabelle 23: Kategoriensystem zur Einordnung der abgeschlossenen Ausbildungen 252
Tabelle 24: Abgeschlossene Ausbildungen 255
Tabelle 25: „Reine“ Vertreter der drei psychotherapeutischen Hauptschulen 256
Tabelle 26: Ausbildung in psychotherapeutischen Verfahren – Kombinationen der Hauptverfahren 257
Tabelle 27: Vorrangige theoretische Orientierung 258
Tabelle 28: Methodenübergreifend mit Schwerpunkt auf folgender Orientierung 259
Tabelle 29: „Reine" Vertreter einer theoretischen Orientierung 261
Tabelle 30: Beziehung der theoretischen Orientierungen untereinander 262
Tabelle 31: Auseinandersetzung mit dem Spezialgebiet Religiosität / Spiritualität 270
Tabelle 32: Kategoriensystem „Vertiefte Auseinandersetzung mit spezifischen Fragestellungen dieses Spezialgebietes“ 271
Tabelle 33: Auseinandersetzung mit diesem Spezialgebiet 1 279
Tabelle 34: Auseinandersetzung mit diesem Spezialgebiet 2 – Themengruppen 283
Tabelle 35: Wunsch nach stärkerer Berücksichtigung der Thematik im Psychologiestudium 287
Tabelle 36: Grad der Berücksichtigung der Themenbereiche Religiosität und Spiritualität im Rahmen der Psychotherapieausbildung 288
Tabelle 37: Zufriedenheit mit der Psychotherapieausbildung 289
Tabelle 38: Nutzen von Weiterbildungen zum Thema 290
Tabelle 39: Kompetenz im Umgang mit spirituellen / religiösen Klienten bzw. Problemen 291
Tabelle 40: Konfession 292
Tabelle 41: Glaube an höhere Wirklichkeit 293
Tabelle 42: Bezeichnung für die eigene Glaubenseinstellung 294
Tabelle 43: Bedeutsamkeit von Religiosität / Spiritualität für das eigene Leben 295
Tabelle 44: Eigene bedeutsame religiöse / spirituelle Erfahrungen 296
Tabelle 45: Auswirkung der spirituellen / religiösen Orientierung auf die psychotherapeutische Praxis 297
Tabelle 46: Varianzanalyse. Feste Faktoren: theoretische Orientierung und Konfession; Kovariate: Alter 305
Tabelle 47: Effektstärken: Eta-Koeffizient, abgeleitetes Effektstärkemaß f und standardisierte Mittelswertsdifferenz d für die untersuchten abhängigen Variablen 309
Tabelle 48: Primäre theoretische Orientierung / Wunsch nach stärkerer Berücksichtigung im Psychologiestudium 313
Tabelle 49: Primäre theoretische Orientierung / Konfession 314
Tabelle 50: Primäre theoretische Orientierung / Glaubenseinstellung 315
Tabelle 51: Primäre theoretische Orientierung / Glaube an höhere Wirklichkeit 317
Tabelle 52: Konfession / Glaubenseinstellung 320
Tabelle 53: Konfession / Glaube an höhere Wirklichkeit 320
Tabelle 54: Konfession / Bedeutsamkeit von Spiritualität 321
Tabelle 55: Bedeutsame bivariate Korrelationen mit der Kriteriumsvariablen 326
Tabelle 56: Multiple Regression 328
Tabelle 57: Vergleich Teilnehmer vs. Nichtteilnehmer 331
Tabelle 58: Konfessionszugehörigkeit im Vergleich 336

VIII. Anhang

Anhang A: Tabelle „Studien zum Thema“

Anhang B: Anschreiben, Fragebogen und Antwortpostkarte zur Hauptbefragung

Anhang C: Anschreiben und Fragebogen zur Nichtteilnehmerbefragung

Anhang D: Statistiken

- **D1: Varianzanalytische Gruppenvergleiche. Feste Faktoren: theoretische Orientierung und Konfession, Kovariate Alter**
- **D2: Post-Hoc-Analysen Faktor Theoretische Orientierung**
- **D3: Post-Hoc-Analysen Faktor Konfession**
- **D4: Multiple Regression**
- **D5: Statistiken zur Nichtteilnehmerbefragung**
- **D6: Gruppenvergleiche mit non-parametrischen Verfahren**

Anhang A: Tabelle „Studien zum Thema“

Befragungen von psychotherapeutisch Tätigen zu den Themenbereichen Spiritualität und Religiosität

Autor	Land	Stichprobe	Umfang der Stichprobe	Rücklauf	Zentrale Fragestellungen
Repräsentative, nationale Studien					
Ragan, Malony & Beit-Hallahmi (1980) Psychologists and religion: Professional factors and personal beliefs.	USA nationale Studie	2% aller Mitglieder der American Psychological Association (APA) (1975)	N = 783 zwei Anschreiben (N = 522, 67%) plus Telefoninterviews oder Fragebogen (N = 60)	N = 555 71%	- persönliche Religiosität - Art der Arbeit als Psychologe - wissenschaftliche Werte (scholarly values) und verwandte Einstellungen
Jensen (1986, PhD); Bergin & Jensen (1990) Religiosity of psychotherapists. A national survey.	USA nationale Studie	Klinische Psychologen, Ehe- u. Familientherapeuten, Sozialarbeiter, Psychiater	N = 720	N = 425 59%	übergeordnetes Thema: „Werte von Psychotherapeuten“ - religiöse Präferenz und Einbindung - Bedeutung religiöser Inhalte für die Behandlung
Shafranske & Malony (1990a) Clinical psychologists' religious and spiritual orientations and their practice of psychotherapy.	USA nationale Studie	Klinische Psychologen, Mitglieder der APA Abteilung Klinische Psychologie	N = 1000	N = 409 41%	- Ideologie - Anhängerschaft an institutionalisierte Formen der Religiosität - Dimensionen der Religiosität - klinische Praxis und Training - religiöse / spirituelle Einbindung - Einstellung zu Religiosität / Spiritualität - Interventionen religiöser Natur in der Psychotherapie - Aus- und Weiterbildung zum Thema - Auftreten spiritueller / religiöser Inhalte in der Psychotherapie - Kompetenz zur Begleitung solcher Inhalte
Shafranske (1995) Religiosity of clinical and counseling		Zufallsstichprobe von APA-Mitgliedern mit Abschlüssen in klinischer Psychologie oder	N = 253		

psychologists. (unpublished manuscript)		Beratung			
Bilgrave & Deluty (1998) Religious beliefs and therapeutic orientation of clinical and counseling psychologists.	USA nationale Studie	Klinische Psychologen und Berater (counseling psychologists) Zufallsauswahl aus vier Mitgliederlisten der APA: Clinical, Counseling, Psychotherapy, Humanistic zielt nicht auf Repräsentativität, sondern auf eine möglichst große Spannweite von psychotherapeutischen Überzeugungen und Praktiken ab	N = 501 N = 31 nicht zustellbar = 6%	N = 239 51%	Professionelle und religiöse Charakteristika: - religiöse Überzeugungen - Bedeutung von Religiosität - Konfession - psychotherapeutische Orientierung - Beziehung zwischen religiösen Überzeugungen und psychotherapeutischer Praxis
Smith (1998, PhD)	USA nationale Studie	Mitglieder der Abteilung 29 der APA – Psychotherapie	N = 1800	N = 307 17%	- Rolle von Spiritualität und Religiosität für die persönlichen Überzeugungen, professionellen Einstellungen und psychotherapeutische Praxis von Psychotherapeuten
Shafranske (2000) Religious involvement and professional practices of psychiatrists and other mental health professionals.	USA nationale Studie	Zufallsstichprobe von Psychiatern, Mitgliederlisten der American Psychiatric Association (1997-1998)	N = 335	N = 111 31%	- Glaube an Gott - Bedeutung von Religion und Spiritualität - Religiöse / spirituelle Inhalte in der professionellen Praxis und Ausbildung - Verwendung religiöser Interventionen
Shafranske (2001) The religious dimension of patient care within rehabilitation medicine.	USA nationale Studie	Rehabilitationspsychologen, Mitglieder der Abteilung Rehabilitationspsychologie der APA Mediziner, Mitglieder der	N = 620 N = 1000	N = 240 51,5% N = 328	- religiöse Überzeugungen - Religionszugehörigkeit - religiöse Praxis - Bedeutung von Religiosität und Spiritualität - Bedeutung von Religiosität und Spiritualität in der klinischen Praxis

		American Medical Association		37,8%	
Hathahway, Scott & Garver (2004) Assessing religious / spiritual functioning: A neglected domain in clinical practice.	USA nationale Studie	Zufallsstichprobe von Klinischen Psychologen Liste des American Psychological Association Research Office Kriterien: doctorate level in Klinischer Psychologie und „special practice assessment“	N = 1000	N = 333 33%	In welchem Ausmaß adressieren die Psychotherapeuten routinemäßig Fragen des religiösen und spirituellen Funktionierens der Klienten in ihrer klinischen Praxis? - klinische Praxis im Hinblick auf die Religiosität / Spiritualität des Klienten - Überzeugungen und Wahrnehmungen der Psychotherapeuten hinsichtlich der Religiosität / Spiritualität der Klienten - Ausbildung und Training in Bezug auf religiöse / spirituelle Themen - Verwendung der V-Codierung (V62.89)
Delaney, Miller & Bisono (2007) Religiosity and spirituality among psychologists: A survey of clinician members of the American-Psychological Association	USA Nationale Studie	Zufallsauswahl aus den Mitgliederlisten der APA, Sektionen: Klinische Psychologie, Beratung, Psychotherapie, Psychoanalyse, Psychologen in freier Praxis, Familien-Psychologie, Gruppen-Psychologie und Gruppen-Psychotherapie, Abhängigkeitsstörungen	zwei Wellen N = 406 N = 203	N = 258 53%	Erfassung der spirituellen und religiösen Einbindung sowie Einstellungen von klinischen Psychologen und Beratern zum Thema. Vergleich dieser Befunde mit den diesbezüglichen Daten für die Allgemeinbevölkerung und mit den Daten von Bergin und Jensen (1990) - persönliche Religiosität - spirituelle Erfahrungen - Effekt von Religion auf die psychische Gesundheit - Häufigkeit spiritueller / religiöser Inhalte im Rahmen der PT - Explorieren der religiösen / spirituellen Orientierung der Klienten

Internationale Studien					
Autor	**Land**	**Stichprobe**	**Umfang der Stichprobe**	**Rücklauf**	**Zentrale Fragestellungen**
Smith & Orlinsky (2004) Religious and spiritual experience among psychotherapists.	Neuseeland, Kanada, USA	Psychotherapeuten	N = 975		- Was bedeutet Religion für Psycho-therapeuten? - Variieren diese Bedeutungen je nach Geschlecht, Religionszugehörigkeit, Alter, Profession der Psychotherapeuten?

Subgruppen eines bestimmten Spektrums von psychotherapeutisch Tätigen, spezifische Fragestellungen					
Autor	**Land**	**Stichprobe**	**Umfang der Stichprobe**	**Rücklauf**	**Zentrale Fragestellungen**
Gibson and Herron (1990) Psychotherapists' religious beliefs and their perception of the psychotherapy process.	USA	Mitglieder der APA-Abteilung „Psychotherapy" und „Psychologists interested in religious issues"	N = 300 150 „religiöse Gruppe" 150 „nicht religiöse Gruppe"	N = 103 34%	vergleichender Ansatz - Hat die Religiosität bzw. Nicht-Religiosität des Therapeuten einen Einfluss auf den Therapieprozess?
Allman, de La Rocha, Elkins & Weathers (1992) Psychotherapists' attitudes toward clients reporting mystical experiences.	USA	Mitgliederlisten der APA Klinische Psychologen in Vollzeit-Praxis	N = 650	N = 285 44%	- Anzahl der Klienten, die mystische Erfahrungen berichten - Einstellungen von Therapeuten hinsichtlich mystischer Erfahrungen (psychotisch / pathologisch oder nicht?) - diagnostische Einschätzung von Fallvignetten
Eckhardt, Kassinove & Edwards (1992) Religious beliefs and scientific ideology in psychologists: conflicting or	USA	Mitgliederliste der APA (1990) nur Vollmitglieder oder Mitglieder auf dem Doctoral-Level	N = 400	N = 151 38%	- Befürwortung von Religion und Wissenschaft als Quellen des Wissens - Konflikt zwischen diesen beiden Orientierungen - theoretische Orientierung

coexisting systems?					
Neeleman & King (1993) Psychiatrists' religious attitudes in relation to their clinical practice: a survey of 231 psychiatrists.	GB London	Psychiater, die in Londoner Lehrhospitälern arbeiten. Die Fragebogen wurden verteilt.	N = 275	N = 231 84%	- die Rolle von religiösen Glaubens-überzeugungen bei psychischen Erkrankungen - die Relevanz der Glaubensüberzeugungen der Klienten im Rahmen der klinischen Praxis - der religiöse Hintergrund und die Glaubensüberzeugungen des Arztes und wie beeinflussen letztere dessen klinische Praxis?
Bilgrave & Deluty (2002) Religious beliefs and political ideologies as predictors of psychotherapeutic orientations of clinical and counseling psychologists.	USA	Klinische Psychologen und psychologische Berater aus den Mitgliederlisten von fünf Abteilungen der APA: Klinische, Beratung, Psychotherapie, Humanistisch, Psychoanalyse Ziel war es nicht, eine repräsentative Stichprobe aller klinischen und in der Beratung tätigen Psychologen zu bekommen, sondern eine Stichprobe mit einem möglichst breiten Spektrum an theoretischen Orientierungen	N = 715 60 nicht zustellbar	N = 243 43% Auswertbare Fragebögen N = 233	- psychotherapeutische Orientierung - Religionszugehörigkeit und Glaubensüberzeugungen - religiöses Engagement (commitment) - politische Ideologien und Parteizugehörigkeit - politisches Engagement - Bedeutung von Religiosität - Glaube an die Wissenschaft - Grad der Beeinflussung der psychotherapeutischen Praxis durch die religiösen und politischen Überzeugungen

Studien in US-amerikanischen Bundesstaaten					
Autor	**Land**	**Stichprobe**	**Umfang der Stichprobe**	**Rücklauf**	**Zentrale Fragestellungen**
Shafranske & Gorsuch (1984) Factors associated with the perception of spirituality in	USA Kalifornien	Klinische Psychologen	N = 1400	N = 406 29%	- Einstellung zum Thema Spiritualität - religiöse Einbindung - Glaubensorientierung - theoretische Orientierung - Aus- und Weiterbildung zum Thema

psychotherapy.					- Bedeutung von Spiritualität für das persönliche Leben und die klinische Arbeit
Sansone, Kathain & Rodenhauser (1990) The role of religion in psychiatric education.	USA	Mitglieder der American Association of Psychiatric Residency Training	N = 348	N = 276 79%	Bedeutung der Religion im Rahmen der psychiatrischen Ausbildung
Shafranske & Malony (1990b) California psychologists' religiosity and psychotherapy.	USA Kalifornien	Klinische Psychologen	N = 100 Nicht-Teilnehmer-befragung	N = 47 47%	- Ideologie - Einstellungen zu Religiosität - Anhängerschaft an institutionalisierte Religion - Dimensionen der Religiosität - klinische Interventionen religiöser Natur
Hutton (1993, 1994, PhD) How transpersonal psychotherapists differ from other practitioners: An empirical study.	USA Kalifornien	Transpersonale, verhaltenstherapeutische und psychoanalytische Psychotherapeuten; Mitglieder klinischer Organisationen der San Fransisco Bay Area	N = 591	N = 104 17,6%	- spirituelle / religiöse Einbindung - spirituelle Praxis - spirituelle Erfahrungen - transpersonale Aus- und Weiterbildungen - Methoden - Einstellung zum Thema Spiritualität / Religiosität und Psychotherapie - Persönlichkeitstypus der Therapeuten
Kahle (1997, PhD) The influence of the person of the therapist on the integration of spiritualitiy and psychotherapy.	USA	Psychologen Ehe- und Familien-Therapeuten	N = 290	N = 155 53,6%	- religiöse Überzeugungen - Bereitschaft, spirituelle Themen und Psychotherapie zu integrieren - professionelle Faktoren: Ausbildung, Lizenz, Kollegen, Arbeitssituation - therapeutische Orientierung

Studien aus dem deutschsprachigen Raum					
Autor	**Land**	**Stichprobe**	**Umfang der Stichprobe**	**Rücklauf**	**Zentrale Fragestellungen**
Jordahl (1990)	CH	Psychiater, Psychoanalytiker und	N = 1146	N = 279	- religiöse Einbindung

Psychotherapeuten denken religiös. Eine überraschende Bilanz.		Psychologen Mitglieder therapeutischer Vereinigungen und Organisationen		24%	- religiöse Praxis - Bedeutung von Religiosität für die Entwicklung der Persönlichkeit - Bedeutung von Religiosität für die Psychotherapie - Kontakte und Austausch mit Geistlichen - Wissen über den gegenwärtigen Stand der Theologie - Natur der Probleme des modernen Menschen - Anzahl an Patienten, deren Hauptproblem religiöser Natur ist
Ludwig & Plaum (1998) Glaubensüberzeugungen bei Psychotherapeutinnen/ Psychotherapeuten.	BRD München	Psychotherapeuten aus dem Münchner Branchenverzeichnis unter der Rubrik Psychotherapie	N = 236 erreicht 232	N = 74 32%	- religiöse Einbindung - Glaubensüberzeugungen - reale Existenz von bestimmten Glaubensinhalten - Bedeutung von Transzendenz / Glauben für die therapeutische Arbeit
Demling, Wörthmüller & O'Conolly (2001, 2002) Psychotherapie und Religion. Eine repräsentative Umfrage unter fränkischen Psychotherapeuten.	BRD Franken	Psychologische und medizinische Psychotherapeuten (1994)	N = 274 niedergelassene Ärzte, Liste der Kassenärztlichen Vereinigung (KV) vollständig angeschrieben plus 20 Kliniken angeschrieben N = 109 KV-Liste frei praktizierende psychologische Psychotherapeuten, KV-Liste vollständig angeschrieben	N = 196 71,5% plus 45 von Klinikärzten N = 253 N = 79 72,5%	- Konfessionszugehörigkeit - religiöse Einstellung - Handhabung des Themas in der psychotherapeutischen Praxis - allgemeine Einstellung zur Religion in der Psychotherapie - Nutzen von Weiterbildung

Anhang B: Anschreiben, Fragebogen und Antwortpostkarte zur Hauptbefragung

ALBERT-LUDWIGS-
UNIVERSITÄT FREIBURG

Institut für Grenzgebiete der Psychologie und Psychohygiene ·
Wilhelmstr. 3a · 79098 Freiburg

Lehrstuhl für Klinische Psychologie und Psychotherapie
Prof. Dr. Franz Caspar

Dipl. Psych. Liane Hofmann
Tel: 0761 / 20721-54

«Anrede»
«Titel» «Vorname» «Nachname»
«Straße_Nr»

«Plz_Ort»

Freiburg, Datum des Poststempels

Sehr geehrte «Anrede» «Nachname»,

im Rahmen meiner Doktorarbeit am Psychologischen Institut der Universität Freiburg führe ich als Wissenschaftliche Mitarbeiterin des Instituts für Grenzgebiete der Psychologie und Psychohygiene e.V. eine empirische Studie zum Thema **„Spiritualität und Religiosität in der psychotherapeutischen Praxis“** durch. Dafür möchte ich Sie recht herzlich um Ihre Unterstützung bitten.

Ziel dieser Studie ist es, zu untersuchen, in welcher Art und in welchem Ausmaß die Themenbereiche „Spiritualität“ und „Religiosität“ in der etablierten psychotherapeutischen Versorgung eine Rolle spielen und wie praktizierende Psychotherapeut/innen darüber denken.

Ich bin mir bewußt, daß es sich hierbei um eine sehr komplexe Thematik handelt. Aus diesem Grunde wurde die Untersuchung in zwei Wellen aufgeteilt. Für die vorliegende erste Erhebungswelle wurde ein Kurzfragebogen entwickelt, der vor allem auf die Ermittlung eines möglichst repräsentativen Gesamtbildes abzielt. Ihre persönliche Beteiligung an dieser Kurzbefragung ist von großer Bedeutung, da jede Nicht-Teilnahme ihren Aussagewert verringert. Das Ausfüllen des Fragebogens beansprucht etwa 10 Minuten.

Falls Sie Interesse an der Thematik haben, unabhängig davon, welches Ihre Einstellung dazu ist, und / oder wenn diese Themen im Rahmen Ihrer therapeutischen Tätigkeit eine Rolle spielen, dann möchte ich Sie darüber hinaus recht herzlich darum bitten, auch an der in etwa vier Monaten folgenden, vertiefenden Befragung teilzunehmen. Dafür wurde ein zusätzlicher Vertiefungsfragebogen entwickelt, der einige der aktuell diskutierten Punkte zum Thema „Spiritualität / Religiosität und psychotherapeutische Versorgung“ differenzierter erfassen soll.

Wenn Sie auch an der vertiefenden Befragung teilnehmen möchten, dann können Sie dies auf der beiliegenden Antwortpostkarte vermerken. Schicken Sie jedoch bitte Postkarte und Fragebogen getrennt zurück, damit Ihre Anonymität vollständig gewahrt bleibt. Sämtliche Portokosten werden selbstverständlich von uns getragen.

Die Untersuchungsstichprobe besteht aus therapeutisch tätigen Diplom-Psycholog/innen. Ihre Anschrift ist durch eine statistische Zufallsauswahl aus Psychotherapeuten-Listen, die im Internet veröffentlicht sind, in die Untersuchungsauswahl gelangt. Selbstverständlich werden Ihre Antworten absolut anonym behandelt. Die Auswertung der Daten dient ausschließlich wissenschaftlichen Zwecken.

Ich wäre Ihnen sehr dankbar, wenn Sie mich unterstützen würden. Bitte senden Sie mir den beiliegenden Fragebogen baldmöglichst – jedoch bis spätestens 26.11.2001 - ausgefüllt zurück. In der Anlage finden Sie hierfür einen Freiumschlag. Als kleines Dankeschön meinerseits werde ich Ihnen zu einem späteren Zeitpunkt eine Kurzfassung der Studienergebnisse zukommen lassen. Für evtl. Rückfragen stehe ich Ihnen gerne unter der o.g. Telefonnummer zur Verfügung. Schon im voraus möchte ich mich für die Unterstützung meiner Untersuchung bedanken.

Mit freundlichen Grüßen

Dipl.- Psych. Liane Hofmann

ALBERT-LUDWIGS-
UNIVERSITÄT FREIBURG

Lehrstuhl für Klinische Psychologie und Psychotherapie
Prof. Dr. Franz Caspar

Dipl.-Psych. Liane Hofmann
Tel: 0761 / 20721-54
e-mail: hofmann@igpp.de

Dipl.-Psych. Liane Hofmann · Institut für Grenzgebiete der Psychologie und Psychohygiene · Wilhelmstr. 3a · 79098 Freiburg

«Anrede»
«Titel» «Vorname» «Nachname»
«Straße_Nr»

«Plz_Ort»

Befragung „Spiritualität und Religiosität in der psychotherapeutischen Versorgung“

Freiburg, Datum des Poststempels

Sehr geehrte «Anrede» «Nachname»,

vor etwa vier Wochen habe ich Ihnen im Rahmen einer wissenschaftlichen Untersuchung zum Thema „Spiritualität und Religiosität in der psychotherapeutischen Versorgung“ einen Fragebogen zugeschickt.

Da ich bislang noch keine Antwortpostkarte von Ihnen erhalten habe, mit der Sie mir Ihre Teilnahme an der Befragung bestätigen, ***möchte ich Sie heute noch einmal recht herzlich darum bitten, an dieser Befragung teilzunehmen***. Es ist mir bewußt, daß Sie als Psychotherapeutin ein hohes Arbeitspensum zu bewältigen haben. Um dies zu berücksichtigen, ist der Fragebogen so konzipiert, daß Sie lediglich etwa zehn Minuten zum Ausfüllen benötigen.

Gegenwärtig findet eine breite akademische und öffentliche Diskussion über Stellenwert, Funktionen und Auswirkungen von religiösen oder spirituellen Orientierungen, Praktiken und diesbezüglichen Angeboten statt. Bislang liegen jedoch in Deutschland so gut wie keine empirischen Studien vor, die Auskunft über die Relevanz dieser Thematik in der etablierten psychotherapeutischen Versorgung und über die diesbezüglichen Einstellungen von praktizierenden Psychotherapeut/innen geben könnten. Die vorliegende Studie ist die erste bundesweite Studie zum Thema. Mit Ihrer Teilnahme können Sie wesentlich dazu beitragen, die genannten Wissenslücken zu schließen und über Ihre Bedürfnisse als psychotherapeutische Praktikerin, in Hinblick auf zukünftige Aus- und Weiterbildungsangebote zum Thema, Auskunft geben.

Um die aktuelle Situation und die Einstellungen von Psychotherapeut/innen zu diesem wichtigen Thema adäquat einschätzen zu können, bin ich auf Ihre Antwort angewiesen. ***Ihre persönliche Beteiligung ist für die Gewährleistung der Repräsentativität der Untersuchungsergebnisse von großer Bedeutung. Jede Nicht-Teilnahme verringert den Nutzen und den Aussagewert der Studie.*** Auch möchte ich Sie an dieser Stelle noch einmal darauf hinweisen, daß durch die vollkommen anonyme Rücksendung des Fragebogens keinerlei Rückschlüsse über Ihre Person möglich sind.

Eine inhaltlich und begrifflich differenziertere Betrachtung der Thematik ist jedoch nur im Rahmen einer vertiefenden Befragung möglich. Ich würde mich deshalb sehr freuen, wenn Sie auch dazu bereit wären. Wenn dies der Fall ist, so können Sie mir dies mit der beiliegenden Antwortpostkarte mitteilen.

Ich wäre Ihnen dankbar, wenn Sie mir den Fragebogen baldmöglichst – jedoch bis spätestens 31.12.2001 - im beigelegten Freiumschlag zurückschicken würden.

Vielen herzlichen Dank für Ihre Unterstützung bei diesem wichtigen Thema!

Last but not least, wünsche ich Ihnen eine besinnliche Weihnachtszeit und alles Gute für das neue Jahr!
Mit freundlichen Grüßen

Dipl.-Psych. Liane Hofmann

Fragebogen

Spiritualität und Religiosität in der psychotherapeutischen Versorgung

© Dipl.-Psych. Liane Hofmann
Wilhelmstr. 3a, 79098 Freiburg i. Br., Tel. 0761 / 20721-54

Hinweise zum Ausfüllen des Fragebogens

Liebe Teilnehmerin, lieber Teilnehmer,

zuerst einmal vielen Dank, daß Sie an dieser Befragung teilnehmen. Das Ausfüllen des Fragebogens dauert etwa 10 Minuten.

Durch Ihre Teilnahme ermöglichen Sie es uns, das Ausmaß und die Art und Weise einzuschätzen, in dem die Themenbereiche Spiritualität und Religiosität gegenwärtig in der etablierten psychotherapeutischen Versorgung eine Rolle spielen.

Der Fragebogen ist so angelegt, daß Sie ihn auch beantworten können, wenn Sie sich nicht für besonders spirituell oder religiös halten, bzw. wenn diese Themen im Rahmen Ihrer psychotherapeutischen Tätigkeit keine nennenswerte Rolle spielen. Neben Fragen zu Ihrem therapeutischen Hintergrund finden Sie Fragen zum Stellenwert von Spiritualität und Religiosität in Ihrer psychotherapeutischen Praxis sowie zu Ihrer persönlichen Spiritualität bzw. Religiosität.

Bitte beantworten Sie möglichst alle Fragen. Sie werden gebeten, Kästchen (❑) anzukreuzen, Zahlen in Felder (☐☐) einzutragen, oder Text in freie Zeilen (_____) zu schreiben. Bitte kreuzen Sie, wenn nicht anders angegeben, nur eine Antwort pro Frage an. Es ist mir bewußt, daß es sich hierbei um ein sehr komplexes und sensibles Thema handelt, und daß einzelne Formulierungen Ihre Einstellung nicht immer optimal wiedergeben können. Kreuzen Sie im Zweifelsfall bitte die Antwortalternative an, die noch am ehesten auf Sie zutrifft. Damit die vollkommen anonyme Behandlung Ihres Fragebogens gewährleistet ist, möchte ich Sie bitten, keinesfalls Ihren Namen auf den Fragebogen zu schreiben.

Wenn Sie am Ende des Fragebogens angekommen sind, dann füllen Sie bitte abschließend noch die beiliegende Antwortpostkarte aus und schicken Sie diese getrennt vom Fragebogen zurück. Sämtliche Portokosten werden selbstverständlich von uns getragen. Zum Vorgehen beim Ausfüllen der Antwortpostkarte folgen Sie bitte den Hinweisen am Ende des Fragebogens.

Noch einmal vielen herzlichen Dank für Ihr Interesse und Ihre Mitarbeit!

Fragen zu Ihrer psychotherapeutischen Tätigkeit

1. Seit wievielen Jahren sind Sie psychotherapeutisch tätig?

Seit ☐☐ Jahr/en

2. Mit wievielen Klient/innen arbeiten Sie ungefähr pro Woche?

Mit ☐☐ Klient/innen

3. Wieviele Stunden wenden Sie gegenwärtig in etwa pro Woche für Einzelsitzungen, für Paararbeit und für Gruppenarbeit auf?

Ca. ☐☐ Stunden für Einzelsitzungen

Ca. ☐☐ Stunden für die Arbeit mit Paaren

Ca. ☐☐ Stunden für die Arbeit mit Gruppen

4. Geben Sie bitte an, welche der folgenden Angaben zum beruflichen Status auf Sie zutreffen: (Mehrfachnennungen möglich)

- ❑1 Heilpraktikerzulassung
- ❑2 ärztliche/r Psychotherapeut/in
- ❑3 Approbation als psychologische/r Psychotherapeut/in
- ❑4 psychologische/r Psychotherapeut/in mit Kassenzulassung / Ermächtigung gemäß SGB V
- ❑5 keine davon

5. In welchem psychotherapeutischen Verfahren haben Sie eine vollständige Ausbildung abgeschlossen?
(Mehrfachnennungen möglich)

_____

6. Welches ist Ihre vorrangige theoretische Orientierung? Geben Sie bitte nur eine Antwortalternative an:

- ❑1 kognitiv-behavioral
- ❑2 humanistisch
- ❑3 systemisch
- ❑4 analytisch (n. Jung)
- ❑5 tiefenpsychologisch fundiert / psychoanalytisch
- ❑6 transpersonal
- ❑7 methodenübergreifend, mit Schwerpunkt auf folgender Orientierung_____
- ❑8 andere, nämlich _____

7. Wie stark wird Ihre psychotherapeutische Praxis im einzelnen von den folgenden theoretischen Konzepten bestimmt?

	[gar nicht = 1				5 = sehr]
kognitiv-behavioral	1	2	3	4	5
humanistisch	1	2	3	4	5
systemisch	1	2	3	4	5
analytisch / psychodynamisch	1	2	3	4	5
transpersonal	1	2	3	4	5
andere, nämlich_____		2	3	4	5

Fragen zum Thema Spiritualität / Religiosität und Psychotherapie

8. Wieviel Prozent Ihrer Klient/innen thematisieren im Verlauf der Behandlung Inhalte und Probleme, die nach Ihrer Ansicht oder nach Ansicht Ihrer Klient/innen mit Spiritualität oder Religiosität zu tun haben? (bspw. religiöse / spirituelle Erfahrungen; Probleme im Zusammenhang mit alternativen psycho-spirituellen Praktiken oder Seminaren; Probleme im Zusammenhang mit einer religiösen oder spirituellen Orientierung u.ä.)

Ca. ☐☐ %

9. Wie hoch würden Sie den Anteil Ihrer Klient/innen einschätzen, in deren Leben eine spirituelle oder religiöse Ausrichtung eine bedeutsame Rolle spielt (bspw. in Form von Glaubensüberzeugungen, Praktiken, Teilnahme an diesbezüglichen Veranstaltungen, Studium von diesbezüglicher Literatur)?

Ca. ☐☐ %

10. Wieviel Prozent Ihrer Klient/innen legen Wert darauf, daß die eigene spirituelle oder religiöse Orientierung im Rahmen der Behandlung explizit anerkannt und miteinbezogen wird?

Ca. ☐☐ %

11. Verschiedene psychologisch relevante Fragestellungen im Zusammenhang mit den Themenbereichen Religiosität und Spiritualität werden von einzelnen Vertreter/innen in- und außerhalb der akademischen Psychologie diskutiert und empirisch erforscht. So z.B. gesundheitsfördernde und pathogene Formen von Spiritualität / Religiosität, die Auswirkungen von spirituellen Praktiken, Spirituelle Krisen, die diagnostische Einordnung außergewöhnlicher Erfahrungen, Modelle der religiösen oder spirituellen Entwicklung, u.a.m.

11 a. Geben Sie bitte an, in welchem Maße Sie sich bislang mit diesem Spezialgebiet beschäftigt haben (z.B. im Rahmen der psychotherapeutischen Aus- und Weiterbildung, Selbststudium u.ä.):

❑1 gar nicht ❑2 wenig ❑3 mittelmäßig ❑4 ziemlich ❑5 sehr

11 b. Haben Sie sich mit einzelnen der genannten oder anderen Fragestellungen dieses Spezialgebietes näher beschäftigt?

❑0 nein ❑1 ja, und zwar mit den folgenden Fragestellungen:

_____

12. Sind Sie der Ansicht, daß psychologisch relevante Fragestellungen im Zusammenhang mit den Themenbereichen Spiritualität und Religiosität im Rahmen des Diplomstudiengangs Psychologie in stärkerem Maße berücksichtigt werden sollten?

❑1 ja ❑0 nein

13. In welchem Maße wurden psychologisch relevante Fragestellungen im Zusammenhang mit den Themenbereichen Spiritualität und Religiosität im Rahmen Ihrer psychotherapeutischen Ausbildung berücksichtigt?

❑1 gar nicht ❑2 wenig ❑3 mittelmäßig ❑4 ziemlich ❑5 sehr

14. In welchem Maße entsprach die Behandlung der Themenbereiche Spiritualität und Religiosität in Ihrer psychotherapeutischen Ausbildung Ihren Bedürfnissen als psychotherapeutische/r Praktiker/in?

❑1 gar nicht ❑2 wenig ❑3 mittelmäßig ❑4 ziemlich ❑5 sehr

15. Geben Sie bitte an, in welchem Maße Weiterbildungen zu den Themenbereichen Spiritualität und Religiosität für Ihre psychotherapeutische Praxis von Nutzen wären:

❑1 gar nicht ❑2 wenig ❑3 mittelmäßig ❑4 ziemlich ❑5 sehr

16. Geben Sie bitte an, wie kompetent Sie sich fühlen, Klient/innen, die im Kontext einer spirituellen bzw. religiösen Orientierung oder Praxis problematische Erfahrungen und Prozesse erleben, adäquat zu begleiten:

❑1 gar nicht ❑2 wenig ❑3 mittelmäßig ❑4 ziemlich ❑5 sehr

Fragen zu Ihrer persönlichen Spiritualität / Religiosität

17. Welcher Konfession bzw. Religionsgemeinschaft gehören Sie gegenwärtig an?

❑1 katholisch ❑2 evangelisch ❑3 andere, nämlich _____

❑4 keiner, ggf. frühere Religionszugehörigkeit_____

18. Einmal abgesehen von Ihren Ansichten über Kirchen und andere religiöse Organisationen: Glauben Sie an eine höhere Wirklichkeit, die man unterschiedlich bezeichnen kann, z.B. Gott (Allah, Jahwe...), höheres Wesen, Göttliches, Absolutes?

❑1 ja, ich glaube an eine solche höhere Wirklichkeit

❑2 nein, ich glaube nicht an eine solche höhere Wirklichkeit

❑3 ich bin mir da nicht sicher

19. Welcher der folgenden Begriffe charakterisiert Ihre Glaubenseinstellung am besten?

❑1 spirituell ❑2 religiös ❑3 atheistisch ❑4 agnostisch ❑5 unbestimmt ❑6 keiner davon, sondern_____

20. Geben Sie bitte an, wie bedeutsam Spiritualität bzw. Religiosität gegenwärtig für Ihr persönliches Leben ist:

❑1 gar nicht ❑2 wenig ❑3 mittelmäßig ❑4 ziemlich ❑5 sehr

21. Wie sehr wirkt sich Ihre spirituelle oder religiöse Orientierung auf Ihre psychotherapeutische Tätigkeit aus?

❑1 gar nicht ❑2 wenig ❑3 mittelmäßig ❑4 ziemlich ❑5 sehr

22. Hatten Sie eigene bedeutsame religiöse oder spirituelle Erfahrungen?

❑1 nein, nie ❑2 ein oder zwei mal ❑3 ein paar mal ❑4 ja, oft

Angaben zur Person

23. Nationalität: ❑1 deutsch ❑2 andere, nämlich _____

24. Geschlecht: ❑1 männlich ❑2 weiblich

25. Alter: ☐☐

26. Familienstand: ❑1 ledig ❑2 verheiratet ❑3 geschieden ❑4 verwitwet

27. Partnersituation: ❑1 allein lebend ❑2 in fester Partnerschaft / Ehe

28. Höchster Berufsabschluß:

❑1 Fachhochschule ❑2 Universität ❑3 sonstiger Abschluß, nämlich _____

29. Nennen Sie bitte die genaue Bezeichnung Ihres Berufs- bzw. Studienabschlusses:

_____

Das war's! Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

Bitte füllen Sie abschließend noch die beiliegende Antwortpostkarte aus. Folgen Sie dabei den Hinweisen zum Ausfüllen der Antwortpostkarte auf der folgenden Seite.

Hinweise zum Ausfüllen der Antwortpostkarte

1. Wenn Sie den vorliegenden Kurzfragebogen ausgefüllt haben, dann geben Sie bitte in Feld Nr. 1 auf der Postkarte Ihren Namen und Ihre Adresse an. Durch diese Rückmeldung über Ihre Teilnahme ermöglichen Sie es uns, die Nichtteilnehmer/innen der ersten Kurzbefragung zu identifizieren, so daß wir nur diesen ein Erinnerungsschreiben schicken müssen. Dadurch unterstützen Sie uns dabei, überflüssigen Materialverbrauch und Kosten zu vermeiden. Ihre Anonymität bleibt gleichzeitig vollständig gewahrt, da Sie Fragebogen und Postkarte getrennt zurückschicken.

2. In Feld Nr. 2 können Sie darüber hinaus angeben ob Sie auch an der vertiefenden Befragung teilnehmen möchten oder nicht. Wenn Sie dies tun möchten, werden wir Ihnen den Vertiefungsfragebogen in etwa vier Monaten zuschicken.

Hier haben Sie noch Raum für eventuelle Anmerkungen, Anregungen oder Kritik:

Feld Nr. 1

Ich habe an der Kurzbefragung teilgenommen:

_____
(Name)

_____
(Straße und Hausnummer)

_____ _____
(Plz.) (Wohnort)

Feld Nr. 2

Ich möchte auch an der vertiefenden Befragung teilnehmen. Bitte schicken Sie mir einen weiteren Fragebogen zu:

ja ☐ nein ☐

Vielen Dank

Entgelt bezahlt Empfänger

Rückantwort

Dipl.-Psych. Liane Hofmann

Institut für Grenzgebiete der Psychologie und Psychohygiene

Wilhelmstr. 3a

79098 Freiburg

Anhang C: Anschreiben und Fragebogen zur Nichtteilnehmerbefragung

ALBERT-LUDWIGS-
UNIVERSITÄT FREIBURG

Wenn Empfänger verzogen, nachsenden ! Wenn unzustellbar, zurück!

Dipl.- Psych. Liane Hofmann · Institut für Grenzgebiete der Psychologie und Psychohygiene · Wilhelmstr. 3a · 79098 Freiburg

«Anrede»
«Titel» «Vorname» «Name»
«Straße_Nr»

«Postleitzahl_Ort»

Lehrstuhl für Klinische Psychologie und Psychotherapie

Prof. Dr. Franz Caspar

Dipl.-Psych. Liane Hofmann

Tel.: 0761/ 20721-54

Nicht-Teilnehmer-Befragung „Spiritualität und Religiosität in der psychotherapeutischen Versorgung“

Freiburg, den

Sehr geehrter «Anrede» «Name»,

vor etwa einem Jahr habe ich Ihnen im Rahmen meiner Doktorarbeit zum Thema „Spiritualität und Religiosität in der psychotherapeutischen Versorgung“ einen Kurzfragebogen zugeschickt. Heute möchte ich mich ein letztes Mal mit der Bitte um Unterstützung an Sie wenden.

57% der angeschriebenen Psychotherapeut/innen haben sich an der Studie beteiligt. Dies ist ein recht erfreuliches Ergebnis. ***Dennoch sind Aussagen über die Repräsentativität der Stichprobe und damit die Interpretation der Ergebnisse stark eingeschränkt, solange wir nichts über die Psychotherapeut/innen wissen, die nicht an der Studie teilgenommen haben.***

Sie können uns dabei helfen, dieses Problem zu lösen, und dadurch ganz erheblich zum Wert und zum Gelingen der Studie beitragen. Dies ist möglich, indem Sie das beiliegende Antwortblatt für Nicht-Teilnehmer/innen ausfüllen. Dazu benötigen Sie lediglich etwa 3 Minuten.

Wir haben dieses Antwortblatt an eine zufällig ausgewählte Teilstichprobe der Nicht-Teilnehmer/innen verschickt. Auf Basis dieser wenigen Informationen können wir einschätzen, ob die bereits erhaltenen Ergebnisse als repräsentativ betrachtet werden können, und Ergebnisverzerrungen bei der Auswertung und Interpretation der Daten vermeiden. Die Auswertung Ihrer Angaben erfolgt selbstverständlich anonym und dient ausschließlich wissenschaftlichen Zwecken.

Lieber «Anrede» «Name», in Anbetracht des Aufwandes, der in eine solche Studie fließt, können Sie mit relativ geringem Aufwand sehr viel zu deren Gelingen beitragen. Für Ihre Unterstützung wäre ich Ihnen deshalb sehr dankbar. Mit dem beiliegenden Freiumschlag können Sie das Antwortblatt – bitte bis spätestens 5.5.2003 – anonym zurücksenden.

Mit bestem Dank und den besten Wünschen für Ihre Arbeit

Dipl.-Psych. Liane Hofmann

Antwortblatt für Nicht-Teilnehmer/innen

1. Geben Sie bitte an, wie bedeutsam Spiritualität bzw. Religiosität gegenwärtig für Ihr persönliches Leben ist:

❑1 gar nicht ❑2 wenig ❑3 mittelmäßig ❑4 ziemlich ❑5 sehr

2. Wieviel Prozent Ihrer Klient/innen thematisieren im Verlauf der Behandlung Inhalte und Probleme, die nach Ihrer Ansicht oder nach Ansicht Ihrer Klient/innen mit Spiritualität oder Religiosität zu tun haben?
(bspw. religiöse / spirituelle Erfahrungen; Probleme im Zusammenhang mit alternativen psycho-spirituellen Praktiken oder Seminaren; Probleme im Zusammenhang mit einer religiösen oder spirituellen Orientierung u.ä.)

Ca. ☐☐ %

3. Welches ist Ihre vorrangige theoretische Orientierung? Geben Sie bitte nur eine Antwortalternative an:

❑1 kognitiv-behavioral
❑2 humanistisch
❑3 systemisch
❑4 analytisch (n. Jung)
❑5 tiefenpsychologisch fundiert / psychoanalytisch
❑6 transpersonal
❑7 methodenübergreifend, mit Schwerpunkt auf folgender Orientierung_____
❑8 andere, nämlich_____

4. Wie stark wird Ihre psychotherapeutische Praxis im einzelnen von den folgenden theoretischen Konzepten bestimmt?

	[0= gar nicht ..... 4= sehr]				
kognitiv-behavioral	0	1	2	3	4
humanistisch	0	1	2	3	4
systemisch	0	1	2	3	4
analytisch / psychodynamisch	0	1	2	3	4
transpersonal	0	1	2	3	4
andere, nämlich_____		1	2	3	4

Das war's. Herzlichen Dank!

Anhang D: Statistiken

D1: Varianzanalytische Gruppenvergleiche. Feste Faktoren: theoretische Orientierung und Konfession, Kovariate Alter

D2: Post-Hoc-Analysen Faktor Theoretische Orientierung

D3: Post-Hoc-Analysen Faktor Konfession

D4: Multiple Regression

D5: Statistiken zur Nichtteilnehmerbefragung

D6: Gruppenvergleiche mit non-parametrischen Verfahren

Anhang D1: Varianzanalytische Gruppenvergleiche. Feste Faktoren: theoretische Orientierung und Konfession, Kovariate Alter

Varianzanalytische Gruppenvergleiche
Gruppe 2 = theoretische Orientierung
f17 = Konfession
f25 = Kovariate Alter

Deskriptive Statistiken

Abhängige Variable: religiöse/ spirituelle Probleme

Gruppendefinition	Konfession	Mittelwert	Standardabweichung	N
methodenübergreifend	katholisch	24,31	23,85	70
	evangelisch	25,81	24,63	118
	keiner	19,82	22,50	125
	Gesamt	23,08	23,71	313
kognitiv-behavioral	katholisch	14,70	15,88	43
	evangelisch	18,20	17,91	61
	keiner	10,56	10,87	71
	Gesamt	14,24	15,17	175
humanistisch	katholisch	19,18	19,28	22
	evangelisch	33,32	25,41	34
	keiner	29,92	23,94	39
	Gesamt	28,65	23,89	95
tiefenpsychologisch	katholisch	23,97	23,67	29
	evangelisch	24,24	22,86	93
	keiner	19,53	21,00	118
	Gesamt	21,89	22,10	240
Gesamt	katholisch	21,04	21,61	164
	evangelisch	24,65	23,25	306
	keiner	18,97	20,93	353
	Gesamt	21,50	22,08	823

Levene-Test auf Gleichheit der Fehlervarianzen[a]

Abhängige Variable: religiöse/ spirituelle Probleme

F	df1	df2	Signifikanz
5,786	11	811	,000

Prüft die Nullhypothese, daß die Fehlervarianz der abhängigen Variablen über Gruppen hinweg gleich ist.

a. Design: Intercept+F25+GRUPPE2+F17+GRUPPE2 * F17

Tests der Zwischensubjekteffekte

Abhängige Variable: religiöse/ spirituelle Probleme

Quelle	Quadratsumme vom Typ III	df	Mittel der Quadrate	F	Signifikanz	Eta-Quadrat
Korrigiertes Modell	23925,889[a]	12	1993,824	4,287	,000	,060
Intercept	4293,269	1	4293,269	9,232	,002	,011
F25	711,366	1	711,366	1,530	,217	,002
GRUPPE2	12488,534	3	4162,845	8,952	,000	,032
F17	4223,450	2	2111,725	4,541	,011	,011
GRUPPE2 * F17	3061,948	6	510,325	1,097	,362	,008
Fehler	376679,846	810	465,037			
Gesamt	780887,000	823				
Korrigierte Gesamtvariation	400605,735	822				

a. R-Quadrat = ,060 (korrigiertes R-Quadrat = ,046)

Deskriptive Statistiken

Abhängige Variable: Anzahl spirituelle / religiöse Patienten

Gruppendefinition	Konfession	Mittelwert	Standardabweichung	N
methodenübergreifend	katholisch	25,07	20,70	69
	evangelisch	25,96	21,76	118
	keiner	21,90	18,88	125
	Gesamt	24,14	20,43	312
kognitiv-behavioral	katholisch	19,35	17,11	43
	evangelisch	20,64	16,89	61
	keiner	17,69	21,99	70
	Gesamt	19,13	19,09	174
humanistisch	katholisch	29,09	22,07	22
	evangelisch	30,74	22,44	34
	keiner	32,58	22,35	40
	Gesamt	31,12	22,13	96
tiefenpsychologisch	katholisch	19,17	19,32	29
	evangelisch	23,73	19,90	92
	keiner	16,86	15,59	118
	Gesamt	19,78	18,03	239
Gesamt	katholisch	23,06	19,91	163
	evangelisch	24,75	20,50	305
	keiner	20,59	19,49	353
	Gesamt	22,63	20,01	821

Levene-Test auf Gleichheit der Fehlervarianzen

Abhängige Variable: Anzahl spirituelle / religiöse Patienten

F	df1	df2	Signifikanz
2,414	11	809	,006

Prüft die Nullhypothese, daß die Fehlervarianz der abhängigen Variablen über Gruppen hinweg gleich ist.

a. Design: Intercept+F25+GRUPPE2+F17+GRUPPE2 * F17

Tests der Zwischensubjekteffekte

Abhängige Variable: Anzahl spirituelle / religiöse Patienten

Quelle	Quadratsumme vom Typ III	df	Mittel der Quadrate	F	Signifikanz	Eta-Quadrat
Korrigiertes Modell	17032,655[a]	12	1419,388	3,683	,000	,052
Intercept	18071,753	1	18071,753	46,887	,000	,055
F25	1332,751	1	1332,751	3,458	,063	,004
GRUPPE2	9539,707	3	3179,902	8,250	,000	,030
F17	1260,973	2	630,487	1,636	,195	,004
GRUPPE2 * F17	1213,037	6	202,173	,525	,790	,004
Fehler	311431,547	808	385,435			
Gesamt	748766,000	821				
Korrigierte Gesamtvariation	328464,202	820				

a. R-Quadrat = ,052 (korrigiertes R-Quadrat = ,038)

Deskriptive Statistiken

Abhängige Variable: Anerkennung in Behandlung

Gruppendefinition	Konfession	Mittelwert	Standardabweichung	N
methodenübergreifend	katholisch	16,96	23,41	69
	evangelisch	11,64	13,91	115
	keiner	11,24	16,86	123
	Gesamt	12,68	17,68	307
kognitiv-behavioral	katholisch	6,37	8,76	43
	evangelisch	8,17	15,56	60
	keiner	7,04	12,32	71
	Gesamt	7,26	12,77	174
humanistisch	katholisch	10,86	14,45	22
	evangelisch	15,85	14,97	34
	keiner	14,35	18,76	40
	Gesamt	14,08	16,49	96
tiefenpsychologisch	katholisch	12,43	22,22	28
	evangelisch	12,54	16,87	90
	keiner	8,41	12,00	116
	Gesamt	10,48	15,53	234
Gesamt	katholisch	12,54	19,50	162
	evangelisch	11,70	15,38	299
	keiner	9,81	14,90	350
	Gesamt	11,05	16,11	811

Levene-Test auf Gleichheit der Fehlervarianzen[a]

Abhängige Variable: Anerkennung in Behandlung

F	df1	df2	Signifikanz
4,240	11	799	,000

Prüft die Nullhypothese, daß die Fehlervarianz der abhängigen Variablen über Gruppen hinweg gleich ist.

a. Design: Intercept+F25+GRUPPE2+F17+GRUPPE2 * F17

Tests der Zwischensubjekteffekte

Abhängige Variable: Anerkennung in Behandlung

Quelle	Quadratsumme vom Typ III	df	Mittel der Quadrate	F	Signifikanz	Eta-Quadrat
Korrigiertes Modell	7387,384[a]	12	615,615	2,423	,004	,035
Intercept	1507,952	1	1507,952	5,934	,015	,007
F25	68,540	1	68,540	,270	,604	,000
GRUPPE2	4411,952	3	1470,651	5,787	,001	,021
F17	467,844	2	233,922	,921	,399	,002
GRUPPE2 * F17	2066,423	6	344,404	1,355	,230	,010
Fehler	202789,740	798	254,122			
Gesamt	309168,000	811				
Korrigierte Gesamtvariation	210177,125	810				

a. R-Quadrat = ,035 (korrigiertes R-Quadrat = ,021)

Deskriptive Statistiken

Abhängige Variable: Auseinandersetzung mit diesem Spezialgebiet

Gruppendefinition	Konfession	Mittelwert	Standardabweichung	N
methodenübergreifend	katholisch	2,94	1,16	69
	evangelisch	3,06	1,01	116
	keiner	2,84	1,20	123
	Gesamt	2,94	1,12	308
kognitiv-behavioral	katholisch	2,51	,83	43
	evangelisch	2,24	,94	62
	keiner	2,25	1,10	71
	Gesamt	2,31	,99	176
humanistisch	katholisch	2,68	1,21	22
	evangelisch	3,15	1,02	34
	keiner	3,25	1,24	40
	Gesamt	3,08	1,17	96
tiefenpsychologisch	katholisch	2,76	1,24	29
	evangelisch	2,74	1,13	92
	keiner	2,63	1,16	119
	Gesamt	2,69	1,16	240
Gesamt	katholisch	2,76	1,11	163
	evangelisch	2,81	1,08	304
	keiner	2,70	1,20	353
	Gesamt	2,75	1,14	820

Levene-Test auf Gleichheit der Fehlervarianzen[a]

Abhängige Variable: Auseinandersetzung mit diesem Spezialgebiet

F	df1	df2	Signifikanz
2,430	11	808	,006

Prüft die Nullhypothese, daß die Fehlervarianz der abhängigen Variablen über Gruppen hinweg gleich ist.

a. Design: Intercept+F25+GRUPPE2+F17+GRUPPE2 * F17

Tests der Zwischensubjekteffekte

Abhängige Variable: Auseinandersetzung mit diesem Spezialgebiet

Quelle	Quadratsumme vom Typ III	df	Mittel der Quadrate	F	Signifikanz	Eta-Quadrat
Korrigiertes Modell	85,606[a]	12	7,134	5,886	,000	,080
Intercept	53,534	1	53,534	44,167	,000	,052
F25	17,820	1	17,820	14,702	,000	,018
GRUPPE2	46,212	3	15,404	12,709	,000	,045
F17	,424	2	,212	,175	,839	,000
GRUPPE2 * F17	9,773	6	1,629	1,344	,235	,010
Fehler	978,144	807	1,212			
Gesamt	7265,000	820				
Korrigierte Gesamtvariation	1063,750	819				

a. R-Quadrat = ,080 (korrigiertes R-Quadrat = ,067)

Deskriptive Statistiken

Abhängige Variable: Grad der Berücksichtigung in Psychotherapieausbildung

Gruppendefinition	Konfession	Mittelwert	Standardabweichung	N
methodenübergreifend	katholisch	1,90	1,02	70
	evangelisch	1,88	,86	117
	keiner	1,85	,92	124
	Gesamt	1,87	,92	311
kognitiv-behavioral	katholisch	1,51	,67	43
	evangelisch	1,55	,76	62
	keiner	1,55	,65	71
	Gesamt	1,54	,69	176
humanistisch	katholisch	1,95	1,05	22
	evangelisch	2,26	,96	34
	keiner	2,26	1,09	39
	Gesamt	2,19	1,03	95
tiefenpsychologisch	katholisch	1,90	,82	29
	evangelisch	1,96	,92	93
	keiner	1,98	,90	119
	Gesamt	1,96	,90	241
Gesamt	katholisch	1,80	,92	164
	evangelisch	1,88	,89	306
	keiner	1,88	,91	353
	Gesamt	1,87	,90	823

Levene-Test auf Gleichheit der Fehlervarianzen[a]

Abhängige Variable: Grad der Berücksichtigung in Psychotherapieausbildung

F	df1	df2	Signifikanz
1,226	11	811	,265

Prüft die Nullhypothese, daß die Fehlervarianz der abhängigen Variablen über Gruppen hinweg gleich ist.

a. Design: Intercept+F25+GRUPPE2+F17+GRUPPE2 * F17

Tests der Zwischensubjekteffekte

Abhängige Variable: Grad der Berücksichtigung in Psychotherapieausbildung

Quelle	Quadratsumme vom Typ III	df	Mittel der Quadrate	F	Signifikanz	Eta-Quadrat
Korrigiertes Modell	35,567[a]	12	2,964	3,784	,000	,053
Intercept	89,523	1	89,523	114,291	,000	,124
F25	2,718	1	2,718	3,470	,063	,004
GRUPPE2	27,039	3	9,013	11,507	,000	,041
F17	1,316	2	,658	,840	,432	,002
GRUPPE2 * F17	1,594	6	,266	,339	,916	,003
Fehler	634,462	810	,783			
Gesamt	3533,000	823				
Korrigierte Gesamtvariation	670,029	822				

a. R-Quadrat = ,053 (korrigiertes R-Quadrat = ,039)

Deskriptive Statistiken

Abhängige Variable: Zufriedenheit mit PT-Ausbildung

Gruppendefinition	Konfession	Mittelwert	Standardabweichung	N
methodenübergreifend	katholisch	2,64	1,19	69
	evangelisch	2,65	1,27	116
	keiner	2,97	1,26	121
	Gesamt	2,77	1,25	306
kognitiv-behavioral	katholisch	2,43	1,23	42
	evangelisch	2,84	1,27	62
	keiner	3,19	1,33	70
	Gesamt	2,88	1,31	174
humanistisch	katholisch	2,68	1,43	22
	evangelisch	2,97	1,29	34
	keiner	3,22	1,12	40
	Gesamt	3,01	1,26	96
tiefenpsychologisch	katholisch	2,69	1,00	29
	evangelisch	2,91	1,11	92
	keiner	3,11	1,23	117
	Gesamt	2,98	1,16	238
Gesamt	katholisch	2,60	1,20	162
	evangelisch	2,80	1,22	304
	keiner	3,09	1,25	348
	Gesamt	2,88	1,24	814

Levene-Test auf Gleichheit der Fehlervarianzen[a]

Abhängige Variable: Zufriedenheit mit PT-Ausbildung

F	df1	df2	Signifikanz
1,231	11	802	,262

Prüft die Nullhypothese, daß die Fehlervarianz der abhängigen Variablen über Gruppen hinweg gleich ist.

a. Design: Intercept+F25+GRUPPE2+F17+GRUPPE2 * F17

Tests der Zwischensubjekteffekte

Abhängige Variable: Zufriedenheit mit PT-Ausbildung

Quelle	Quadratsumme vom Typ III	df	Mittel der Quadrate	F	Signifikanz	Eta-Quadrat
Korrigiertes Modell	45,602[a]	12	3,800	2,517	,003	,036
Intercept	203,891	1	203,891	135,023	,000	,144
F25	5,819	1	5,819	3,853	,050	,005
GRUPPE2	3,939	3	1,313	,870	,456	,003
F17	27,899	2	13,949	9,238	,000	,023
GRUPPE2 * F17	4,159	6	,693	,459	,839	,003
Fehler	1209,543	801	1,510			
Gesamt	8028,000	814				
Korrigierte Gesamtvariation	1255,145	813				

a. R-Quadrat = ,036 (korrigiertes R-Quadrat = ,022)

Deskriptive Statistiken

Abhängige Variable: Nutzen von Weiterbildung

Gruppendefinition	Konfession	Mittelwert	Standardabweichung	N
methodenübergreifend	katholisch	3,20	1,10	70
	evangelisch	3,25	1,01	118
	keiner	2,92	1,13	123
	Gesamt	3,11	1,08	311
kognitiv-behavioral	katholisch	2,49	,98	43
	evangelisch	2,53	1,05	62
	keiner	2,35	1,03	71
	Gesamt	2,45	1,02	176
humanistisch	katholisch	3,36	1,14	22
	evangelisch	3,26	1,05	34
	keiner	3,25	1,19	40
	Gesamt	3,28	1,12	96
tiefenpsychologisch	katholisch	2,93	1,16	29
	evangelisch	2,84	1,00	92
	keiner	2,63	1,12	118
	Gesamt	2,74	1,08	239
Gesamt	katholisch	2,99	1,12	164
	evangelisch	2,98	1,05	306
	keiner	2,74	1,14	352
	Gesamt	2,88	1,11	822

Levene-Test auf Gleichheit der Fehlervarianzen[a]

Abhängige Variable: Nutzen von Weiterbildung

F	df1	df2	Signifikanz
,629	11	810	,805

Prüft die Nullhypothese, daß die Fehlervarianz der abhängigen Variablen über Gruppen hinweg gleich ist.

a. Design: Intercept+F25+GRUPPE2+F17+GRUPPE2 * F17

Tests der Zwischensubjekteffekte

Abhängige Variable: Nutzen von Weiterbildung

Quelle	Quadratsumme vom Typ III	df	Mittel der Quadrate	F	Signifikanz	Eta-Quadrat
Korrigiertes Modell	82,924[a]	12	6,910	5,994	,000	,082
Intercept	118,125	1	118,125	102,466	,000	,112
F25	1,725	1	1,725	1,497	,222	,002
GRUPPE2	63,092	3	21,031	18,243	,000	,063
F17	6,520	2	3,260	2,828	,060	,007
GRUPPE2 * F17	2,089	6	,348	,302	,936	,002
Fehler	932,630	809	1,153			
Gesamt	7843,000	822				
Korrigierte Gesamtvariation	1015,554	821				

a. R-Quadrat = ,082 (korrigiertes R-Quadrat = ,068)

Deskriptive Statistiken

Abhängige Variable: Kompetenz im Umgang mit religiösen /spirituellen Klienten

Gruppendefinition	Konfession	Mittelwert	Standardabweichung	N
methodenübergreifend	katholisch	3,50	,99	70
	evangelisch	3,59	,83	117
	keiner	3,39	1,00	124
	Gesamt	3,49	,94	311
kognitiv-behavioral	katholisch	3,51	,88	43
	evangelisch	2,85	,94	62
	keiner	2,83	,98	70
	Gesamt	3,01	,98	175
humanistisch	katholisch	3,09	,97	22
	evangelisch	3,59	,89	34
	keiner	3,63	,95	40
	Gesamt	3,49	,95	96
tiefenpsychologisch	katholisch	3,48	,74	29
	evangelisch	3,40	,90	93
	keiner	3,19	,97	118
	Gesamt	3,31	,92	240
Gesamt	katholisch	3,45	,92	164
	evangelisch	3,38	,92	306
	keiner	3,24	1,01	352
	Gesamt	3,33	,96	822

Levene-Test auf Gleichheit der Fehlervarianzen[a]

Abhängige Variable: Kompetenz im Umgang mit religiösen /spirituellen Klienten

F	df1	df2	Signifikanz
,624	11	810	,809

Prüft die Nullhypothese, daß die Fehlervarianz der abhängigen Variablen über Gruppen hinweg gleich ist.

a. Design: Intercept+F25+GRUPPE2+F17+GRUPPE2 * F17

Tests der Zwischensubjekteffekte

Abhängige Variable: Kompetenz im Umgang mit religiösen /spirituellen Klienten

Quelle	Quadratsumme vom Typ III	df	Mittel der Quadrate	F	Signifikanz	Eta-Quadrat
Korrigiertes Modell	62,943[a]	12	5,245	6,099	,000	,083
Intercept	118,676	1	118,676	137,998	,000	,146
F25	9,351	1	9,351	10,873	,001	,013
GRUPPE2	19,082	3	6,361	7,396	,000	,027
F17	2,867	2	1,433	1,667	,189	,004
GRUPPE2 * F17	19,300	6	3,217	3,740	,001	,027
Fehler	695,723	809	,860			
Gesamt	9892,000	822				
Korrigierte Gesamtvariation	758,667	821				

a. R-Quadrat = ,083 (korrigiertes R-Quadrat = ,069)

Deskriptive Statistiken

Abhängige Variable: Bedeutsamkeit von Religiosität /Spiritualität

Gruppendefinition	Konfession	Mittelwert	Standardabweichung	N
methodenübergreifend	katholisch	3,49	1,15	70
	evangelisch	3,50	1,07	117
	keiner	2,88	1,22	123
	Gesamt	3,25	1,19	310
kognitiv-behavioral	katholisch	2,88	1,10	43
	evangelisch	2,74	1,03	61
	keiner	2,24	1,16	71
	Gesamt	2,57	1,13	175
humanistisch	katholisch	3,36	1,26	22
	evangelisch	3,59	1,02	34
	keiner	3,44	1,25	39
	Gesamt	3,47	1,17	95
tiefenpsychologisch	katholisch	3,54	1,04	28
	evangelisch	3,09	1,03	93
	keiner	2,56	1,24	120
	Gesamt	2,88	1,18	241
Gesamt	katholisch	3,32	1,15	163
	evangelisch	3,23	1,09	305
	keiner	2,70	1,26	353
	Gesamt	3,02	1,21	821

Levene-Test auf Gleichheit der Fehlervarianzen[a]

Abhängige Variable: Bedeutsamkeit von Religiosität /Spiritualität

F	df1	df2	Signifikanz
1,430	11	809	,154

Prüft die Nullhypothese, daß die Fehlervarianz der abhängigen Variablen über Gruppen hinweg gleich ist.

a. Design: Intercept+F25+GRUPPE2+F17+GRUPPE2 * F17

Tests der Zwischensubjekteffekte

Abhängige Variable: Bedeutsamkeit von Religiosität /Spiritualität

Quelle	Quadratsumme vom Typ III	df	Mittel der Quadrate	F	Signifikanz	Eta-Quadrat
Korrigiertes Modell	164,794[a]	12	13,733	10,744	,000	,138
Intercept	78,515	1	78,515	61,425	,000	,071
F25	17,028	1	17,028	13,322	,000	,016
GRUPPE2	60,008	3	20,003	15,649	,000	,055
F17	41,559	2	20,779	16,256	,000	,039
GRUPPE2 * F17	11,105	6	1,851	1,448	,193	,011
Fehler	1032,811	808	1,278			
Gesamt	8695,000	821				
Korrigierte Gesamtvariation	1197,605	820				

a. R-Quadrat = ,138 (korrigiertes R-Quadrat = ,125)

Deskriptive Statistiken

Abhängige Variable: Auswirkung der rel./ spir. Orientierung auf PT

Gruppendefinition	Konfession	Mittelwert	Standardabweichung	N
methodenübergreifend	katholisch	3,16	1,16	70
	evangelisch	3,24	1,03	118
	keiner	2,72	1,13	122
	Gesamt	3,02	1,12	310
kognitiv-behavioral	katholisch	2,42	,91	43
	evangelisch	2,34	,87	61
	keiner	2,17	1,12	70
	Gesamt	2,29	,99	174
humanistisch	katholisch	2,95	1,16	21
	evangelisch	3,56	,99	34
	keiner	2,97	1,09	39
	Gesamt	3,18	1,10	94
tiefenpsychologisch	katholisch	2,76	,99	29
	evangelisch	2,70	,98	92
	keiner	2,41	1,10	119
	Gesamt	2,56	1,05	240
Gesamt	katholisch	2,87	1,10	163
	evangelisch	2,93	1,06	305
	keiner	2,53	1,14	350
	Gesamt	2,75	1,12	818

Levene-Test auf Gleichheit der Fehlervarianzen[a]

Abhängige Variable: Auswirkung der rel./ spir. Orientierung auf PT

F	df1	df2	Signifikanz
1,223	11	806	,267

Prüft die Nullhypothese, daß die Fehlervarianz der abhängigen Variablen über Gruppen hinweg gleich ist.

a. Design: Intercept+F25+GRUPPE2+F17+GRUPPE2 * F17

Tests der Zwischensubjekteffekte

Abhängige Variable: Auswirkung der rel./ spir. Orientierung auf PT

Quelle	Quadratsumme vom Typ III	df	Mittel der Quadrate	F	Signifikanz	Eta-Quadrat
Korrigiertes Modell	126,258[a]	12	10,521	9,518	,000	,124
Intercept	72,154	1	72,154	65,272	,000	,075
F25	9,387	1	9,387	8,492	,004	,010
GRUPPE2	73,192	3	24,397	22,071	,000	,076
F17	21,196	2	10,598	9,587	,000	,023
GRUPPE2 * F17	7,296	6	1,216	1,100	,360	,008
Fehler	889,865	805	1,105			
Gesamt	7194,000	818				
Korrigierte Gesamtvariation	1016,122	817				

a. R-Quadrat = ,124 (korrigiertes R-Quadrat = ,111)

Kruskall-Wallis-Test

Abhängige Variable f22: Eigene spirituelle / religiöse Erfahrungen

	theoretische Orientierung	N	Mittlerer Rang
eigene religiöse / spirituelle Erfahrungen	methodenübergreifend	305	442,59
	kognitiv-behavioral	173	320,60
	humanistisch	95	468,28
	tiefenpsychologisch	234	389,26
	gesamt	807	

Statistik für Test

	eigene religiöse / spirituelle Erfahrungen
Chi-Quadrat	42,463
df	3
Asymptotische Signifikanz	,000

a Kruskal-Wallis-Test

b Gruppenvariable: Gruppe 2

Anhang D2: Post-Hoc-Analysen Faktor Theoretische Orientierung

Tabelle Post-Hoc-Tests / Mehrfachvergleiche – abhängige Variable: religiöse/ spirituelle Probleme

(I) Gruppendefinition eindeutig auf Frage 6 basierend	(J) Gruppendefinition eindeutig auf Frage 6 basierend	Mittlere Differenz (I-J)	Signifikanz
methodenübergreifend	kognitiv-behavioral	8,84*	,000
	humanistisch	-5,57	,187
	tiefenpsychologisch	1,19	,938
kognitiv-behavioral	methodenübergreifend	-8,84*	,000
	humanistisch	-14,41*	,000
	tiefenpsychologisch	-7,65*	,006
humanistisch	methodenübergreifend	5,57	,187
	kognitiv-behavioral	14,41*	,000
	tiefenpsychologisch	6,77	,086
tiefenpsychologisch	methodenübergreifend	-1,19	,938
	kognitiv-behavioral	7,65*	,006
	humanistisch	-6,77	,086

* Die mittlere Differenz ist auf der Stufe .05 signifikant

* Die mittlere Differenz ist auf der Stufe .05 signifikant

Tabelle Homogene Untergruppen – religiöse/ spirituelle Probleme

	Gruppendefinition eindeutig auf Frage 6 basierend	N	Untergruppe für Alpha = .05.		
			1	2	3
Scheffé-Prozedur [a,b]	kognitiv-behavioral	175	14,24		
	methodenübergreifend	240		21,89	
	tiefenpsychologisch	313		23,08	23,08
	humanistisch	95			28,65
	Signifikanz		1,000	,968	,134

Die Mittelwerte für die in homogenen Untergruppen befindlichen Gruppen werden angezeigt.

a. Verwendet ein harmonisches Mittel für Stichprobengröße = 169,476.
b. Die Gruppengrößen sind nicht identisch. Es wird das harmonische Mittel der Gruppengröße verwendet. Fehlerniveaus des Typs I sind nicht garantiert.

Tabelle Post-Hoc-Tests / Mehrfachvergleiche – abhängige Variable: Anzahl spirituelle/ religiöse Patienten

(I) Gruppendefinition eindeutig auf Frage 6 basierend	(J) Gruppendefinition eindeutig auf Frage 6 basierend	Mittlere Differenz (I-J)	Signifikanz
methodenübergreifend	kognitiv-behavioral	5,01	,066
	humanistisch	-6,99*	,027
	tiefenpsychologisch	4,36	,086
kognitiv-behavioral	methodenübergreifend	-5,01	,066
	humanistisch	-11,99*	,000
	tiefenpsychologisch	-,65	,991
humanistisch	methodenübergreifend	6,99*	,027
	kognitiv-behavioral	11,99*	,000
	tiefenpsychologisch	11,34*	,000
tiefenpsychologisch	methodenübergreifend	-4,36	,086
	kognitiv-behavioral	,65	,991
	humanistisch	-11,34*	,000

* Die mittlere Differenz ist auf der Stufe .05 signifikant

Tabelle Homogene Untergruppen – Anzahl spirituelle/ religiöse Patienten

	Gruppendefinition eindeutig auf Frage 6 basierend	N	Untergruppe für Alpha = .05.	
			1	2
Scheffé-Prozedur[a,b]	kognitiv-behavioral	174	19,13	
	methodenübergreifend	239	19,78	
	tiefenpsychologisch	312	24,14	
	humanistisch	96		31,13
	Signifikanz		,140	1,000

Die Mittelwerte für die in homogenen Untergruppen befindlichen Gruppen werden angezeigt.

a. Verwendet ein harmonisches Mittel für Stichprobengröße = 169,830.
b. Die Gruppengrößen sind nicht identisch. Es wird das harmonische Mittel der Gruppengröße verwendet. Fehlerniveaus des Typs I sind nicht garantiert.

Tabelle Post-Hoc-Tests / Mehrfachvergleiche – abhängige Variable: Wunsch nach Anerkennung in Behandlung

(I) Gruppendefinition eindeutig auf Frage 6 basierend	(J) Gruppendefinition eindeutig auf Frage 6 basierend	Mittlere Differenz (I-J)	Signifikanz
methodenübergreifend	kognitiv-behavioral	5,41*	,005
	humanistisch	-1,41	,904
	tiefenpsychologisch	2,20	,473
kognitiv-behavioral	methodenübergreifend	-5,41*	,005
	humanistisch	-6,82*	,011
	tiefenpsychologisch	-3,21	,258
humanistisch	methodenübergreifend	1,41	,904
	kognitiv-behavioral	6,82*	,011
	tiefenpsychologisch	3,60	,326
tiefenpsychologisch	methodenübergreifend	-2,20	,473
	kognitiv-behavioral	3,21	,258
	humanistisch	-3,60	,326

* Die mittlere Differenz ist auf der Stufe .05 signifikant

Tabelle Homogene Untergruppen – Wunsch nach Anerkennung in Behandlung

	Gruppendefinition eindeutig auf Frage 6 basierend	N	Untergruppe für Alpha = .05.	
			1	2
Scheffé-Prozedur[a,b]	kognitiv-behavioral	174	7,26	
	methodenübergreifend	234	10,48	10,48
	tiefenpsychologisch	307		12,68
	humanistisch	96		14,08
	Signifikanz		,332	,232

Die Mittelwerte für die in homogenen Untergruppen befindlichen Gruppen werden angezeigt.

a. Verwendet ein harmonisches Mittel für Stichprobengröße = 168,815.
b. Die Gruppengrößen sind nicht identisch. Es wird das harmonische Mittel der Gruppengröße verwendet. Fehlerniveaus des Typs I sind nicht garantiert.

Tabelle Post-Hoc-Tests / Mehrfachvergleiche – abhängige Variable: Auseinandersetzung mit Spezialgebiet

(I) Gruppendefinition eindeutig auf Frage 6 basierend	(J) Gruppendefinition eindeutig auf Frage 6 basierend	Mittlere Differenz (I-J)	Signifikanz
methodenübergreifend	kognitiv-behavioral	,63*	,000
	humanistisch	-,14	,768
	tiefenpsychologisch	,26	,065
kognitiv-behavioral	methodenübergreifend	-,63*	,000
	humanistisch	-,77*	,000
	tiefenpsychologisch	-,38*	,009
humanistisch	methodenübergreifend	,14	,768
	kognitiv-behavioral	,77*	,000
	tiefenpsychologisch	,40*	,034
tiefenpsychologisch	methodenübergreifend	-,26	,065
	kognitiv-behavioral	,38*	,009
	humanistisch	-,40*	,034

* Die mittlere Differenz ist auf der Stufe .05 signifikant

Tabelle Homogene Untergruppen – Auseinandersetzung mit Spezialgebiet

	Gruppendefinition eindeutig auf Frage 6 basierend	N	Untergruppe für Alpha = .05.		
			1	2	3
Scheffé-Prozedur [a,b]	kognitiv-behavioral	176	2,31		
	methodenübergreifend	240		2,69	
	tiefenpsychologisch	308		2,94	2,94
	humanistisch	96			3,08
	Signifikanz		1,000	,207	,724

Die Mittelwerte für die in homogenen Untergruppen befindlichen Gruppen werden angezeigt.

a. Verwendet ein harmonisches Mittel für Stichprobengröße = 170,127.
b. Die Gruppengrößen sind nicht identisch. Es wird das harmonische Mittel der Gruppengröße verwendet. Fehlerniveaus des Typs I sind nicht garantiert.

Tabelle Post-Hoc-Tests / Mehrfachvergleiche – abhängige Variable: Grad der Berücksichtigung in Psychotherapieausbildung

(I) Gruppendefinition eindeutig auf Frage 6 basierend	(J) Gruppendefinition eindeutig auf Frage 6 basierend	Mittlere Differenz (I-J)	Signifikanz
methodenübergreifend	kognitiv-behavioral	,33*	,001
	humanistisch	-,31*	,027
	tiefenpsychologisch	-8,81E-02	,718
kognitiv-behavioral	methodenübergreifend	-,33*	,001
	humanistisch	-,65*	,000
	tiefenpsychologisch	-,42*	,000
humanistisch	methodenübergreifend	,31*	,027
	kognitiv-behavioral	,65*	,000
	tiefenpsychologisch	,23	,214
tiefenpsychologisch	methodenübergreifend	8,81E-02	,718
	kognitiv-behavioral	,42*	,000
	humanistisch	-,23	,214

* Die mittlere Differenz ist auf der Stufe .05 signifikant

Tabelle Homogene Untergruppen – Grad der Berücksichtigung in Psychotherapieausbildung

	Gruppendefinition eindeutig auf Frage 6 basierend	N	Untergruppe für Alpha = .05.		
			1	2	3
Scheffé-Prozedur [a,b]	kognitiv-behavioral	176	1,54		
	methodenübergreifend	311		1,87	
	tiefenpsychologisch	241		1,96	1,96
	humanistisch	95			2,19
	Signifikanz		1,000	,839	,134

Die Mittelwerte für die in homogenen Untergruppen befindlichen Gruppen werden angezeigt.

a. Verwendet ein harmonisches Mittel für Stichprobengröße = 169,686.
b. Die Gruppengrößen sind nicht identisch. Es wird das harmonische Mittel der Gruppengröße verwendet. Fehlerniveaus des Typs I sind nicht garantiert.

Tabelle Post-Hoc-Tests / Mehrfachvergleiche – abhängige Variable: Nutzen von Weiterbildung

(I) Gruppendefinition eindeutig auf Frage 6 basierend	(J) Gruppendefinition eindeutig auf Frage 6 basierend	Mittlere Differenz (I-J)	Signifikanz
methodenübergreifend	kognitiv-behavioral	,66*	,000
	humanistisch	-,17	,599
	tiefenpsychologisch	,36*	,002
kognitiv-behavioral	methodenübergreifend	-,66*	,000
	humanistisch	-,83*	,000
	tiefenpsychologisch	-,30	,054
humanistisch	methodenübergreifend	,17	,599
	kognitiv-behavioral	,83*	,000
	tiefenpsychologisch	,54*	,001
tiefenpsychologisch	methodenübergreifend	-,36*	,002
	kognitiv-behavioral	,30	,054
	humanistisch	-,54*	,001

* Die mittlere Differenz ist auf der Stufe .05 signifikant

Tabelle Homogene Untergruppen – Nutzen von Weiterbildung

	Gruppendefinition eindeutig auf Frage 6 basierend	N	Untergruppe für Alpha = .05.	
			1	2
Scheffé-Prozedur[a,b]	kognitiv-behavioral	176	2,45	
	methodenübergreifend	239	2,74	
	tiefenpsychologisch	311		3,11
	humanistisch	96		3,28
	Signifikanz		,093	,537

Die Mittelwerte für die in homogenen Untergruppen befindlichen Gruppen werden angezeigt.

a. Verwendet ein harmonisches Mittel für Stichprobengröße = 170,227.
b. Die Gruppengrößen sind nicht identisch. Es wird das harmonische Mittel der Gruppengröße verwendet. Fehlerniveaus des Typs I sind nicht garantiert.

Tabelle Post-Hoc-Tests / Mehrfachvergleiche – abhängige Variable: Kompetenz im Umgang mit religiösen/ spirituellen Klienten

(I) Gruppendefinition eindeutig auf Frage 6 basierend	(J) Gruppendefinition eindeutig auf Frage 6 basierend	Mittlere Differenz (I-J)	Signifikanz
methodenübergreifend	kognitiv-behavioral	,48*	,000
	humanistisch	-8,37E-04	1,000
	tiefenpsychologisch	,18	,177
kognitiv-behavioral	methodenübergreifend	-,48*	,000
	humanistisch	-,48*	,001
	tiefenpsychologisch	-,30*	,016
humanistisch	methodenübergreifend	8,37E-04	1,000
	kognitiv-behavioral	,48*	,001
	tiefenpsychologisch	,18	,471
tiefenpsychologisch	methodenübergreifend	-,18	,177
	kognitiv-behavioral	,30*	,016
	humanistisch	-,18	,471

* Die mittlere Differenz ist auf der Stufe .05 signifikant

Tabelle Homogene Untergruppen – Kompetenz im Umgang mit religiösen/ spirituellen Klienten

	Gruppendefinition eindeutig auf Frage 6 basierend	N	Untergruppe für Alpha = .05.	
			1	2
Scheffé-Prozedur[a,b]	kognitiv-behavioral	175	3,01	
	methodenübergreifend	240		3,31
	tiefenpsychologisch	311		3,49
	humanistisch	96		3,49
	Signifikanz		1,000	,372

Die Mittelwerte für die in homogenen Untergruppen befindlichen Gruppen werden angezeigt.

a. Verwendet ein harmonisches Mittel für Stichprobengröße = 170,118.
b. Die Gruppengrößen sind nicht identisch. Es wird das harmonische Mittel der Gruppengröße verwendet. Fehlerniveaus des Typs I sind nicht garantiert.

Tabelle Post-Hoc-Tests / Mehrfachvergleiche – abhängige Variable: Bedeutsamkeit von Religiosität/ Spiritualität im eigenen Leben

(I) Gruppendefinition eindeutig auf Frage 6 basierend	(J) Gruppendefinition eindeutig auf Frage 6 basierend	Mittlere Differenz (I-J)	Signifikanz
methodenübergreifend	kognitiv-behavioral	,68*	,000
	humanistisch	-,22	,456
	tiefenpsychologisch	,38*	,003
kognitiv-behavioral	methodenübergreifend	-,68*	,000
	humanistisch	-,90*	,000
	tiefenpsychologisch	-,30	,078
humanistisch	methodenübergreifend	,22	,456
	kognitiv-behavioral	,90*	,000
	tiefenpsychologisch	,60*	,001
tiefenpsychologisch	methodenübergreifend	-,38*	,003
	kognitiv-behavioral	,30	,078
	humanistisch	-,60*	,001

* Die mittlere Differenz ist auf der Stufe .05 signifikant

Tabelle Homogene Untergruppen – Bedeutsamkeit von Religiosität/ Spiritualität im eigenen Leben

	Gruppendefinition eindeutig auf Frage 6 basierend	N	Untergruppe für Alpha = .05.	
			1	2
Scheffé-Prozedur[a,b]	kognitiv-behavioral	175	2,57	
	methodenübergreifend	241	2,88	
	tiefenpsychologisch	310		3,25
	humanistisch	95		3,47
	Signifikanz		,128	,386

Die Mittelwerte für die in homogenen Untergruppen befindlichen Gruppen werden angezeigt.

a. Verwendet ein harmonisches Mittel für Stichprobengröße = 169,378.
b. Die Gruppengrößen sind nicht identisch. Es wird das harmonische Mittel der Gruppengröße verwendet. Fehlerniveaus des Typs I sind nicht garantiert.

Tabelle Post-Hoc-Tests / Mehrfachvergleiche – abhängige Variable: Auswirkung der rel./ spir. Orientierung auf die psychotherapeutische Praxis

(I) Gruppendefinition eindeutig auf Frage 6 basierend	(J) Gruppendefinition eindeutig auf Frage 6 basierend	Mittlere Differenz (I-J)	Signifikanz
methodenübergreifend	kognitiv-behavioral	,72*	,000
	humanistisch	-,16	,635
	tiefenpsychologisch	,45*	,000
kognitiv-behavioral	methodenübergreifend	-,72*	,000
	humanistisch	-,89*	,000
	tiefenpsychologisch	-,27	,095
humanistisch	methodenübergreifend	,16	,635
	kognitiv-behavioral	,89*	,000
	tiefenpsychologisch	,62*	,000
tiefenpsychologisch	methodenübergreifend	-,45*	,000
	kognitiv-behavioral	,27	,095
	humanistisch	-,62*	,000

* Die mittlere Differenz ist auf der Stufe .05 signifikant

Tabelle Homogene Untergruppen – Auswirkung der rel./ spir. Orientierung auf die psychotherapeutische Praxis

	Gruppendefinition eindeutig auf Frage 6 basierend	N	Untergruppe für Alpha = .05.	
			1	2
Scheffé-Prozedur[a,b]	kognitiv-behavioral	174	2,29	
	methodenübergreifend	240	2,56	
	tiefenpsychologisch	310		3,02
	humanistisch	945		3,18
	Signifikanz		,150	,574

Die Mittelwerte für die in homogenen Untergruppen befindlichen Gruppen werden angezeigt.

a. Verwendet ein harmonisches Mittel für Stichprobengröße = 168,223.
b. Die Gruppengrößen sind nicht identisch. Es wird das harmonische Mittel der Gruppengröße verwendet. Fehlerniveaus des Typs I sind nicht garantiert.

Anhang D3: Post-Hoc-Analysen Faktor Konfession

Tabelle Post-Hoc-Tests / Mehrfachvergleiche – abhängige Variable: religiöse/ spirituelle Probleme

(I) Konfession	(J) Konfession	Mittlere Differenz (I-J)	Signifikanz
Katholisch	evangelisch	-3,62	,234
	keiner	2,07	,608
Evangelisch	katholisch	3,62	,234
	keiner	5,69*	,004
keiner	katholisch	-2,07	,608
	evangelisch	-5,69*	,004

Basiert auf beobachteten Mittelwerten.
* Die mittlere Differenz ist auf der Stufe ,05 signifikant.

Tabelle Homogene Untergruppen – religiöse/ spirituelle Probleme

	Konfession	N	Untergruppe für Alpha = .05	
			1	2
Scheffé[a,b]	keiner	353	18,97	
	katholisch	164	21,04	21,04
	evangelisch	307		24,66
	Signifikanz		,579	,188

Die Mittelwerte für die in homogenen Untergruppen befindlichen Gruppen werden angezeigt.

a. Verwendet Stichprobengrößen des harmonischen Mittels = 246,149
b. Die Größen der Gruppen sind ungleich. Es wird das harmonische Mittel der Größe der Gruppen verwendet. Fehlerniveaus für Typ I werden nicht garantiert.

Tabelle Post-Hoc-Tests / Mehrfachvergleiche – abhängige Variable: Zufriedenheit mit der Psychotherapieausbildung

(I) Konfession	(J) Konfession	Mittlere Differenz (I-J)	Signifikanz
Katholisch	evangelisch	-,20	,255
	keiner	-,49*	,000
Evangelisch	katholisch	,20	,255
	keiner	-,29*	,010
keiner	katholisch	,49*	,000
	evangelisch	,29*	,010

Basiert auf beobachteten Mittelwerten.
* Die mittlere Differenz ist auf der Stufe ,05 signifikant.

Tabelle Homogene Untergruppen – Zufriedenheit mit der Psychotherapieausbildung

	Konfession	N	Untergruppe	
			1	2
Scheffé[a,b,c]	keiner	162	2,60	
	katholisch	305	2,80	
	evangelisch	348		3,09
	Signifikanz		,207	1,000

Die Mittelwerte für Gruppen in homogenen Untergruppen werden angezeigt.
Basiert auf Typ III Quadratsumme.
Der Fehlerterm ist „Mittel der Quadrate (Fehler) = 1,513“

a. Verwendet Stichprobengrößen des harmonischen Mittels = 243,406
b. Die Größen der Gruppen sind ungleich. Es wird das harmonische Mittel der Größe der Gruppen verwendet. Fehlerniveaus für Typ I werden nicht garantiert.
c. Alpha = ,05

Tabelle Post-Hoc-Tests / Mehrfachvergleiche – abhängige Variable: Bedeutsamkeit von Religiosität / Spiritualität im eigenen Leben

(I) Konfession	(J) Konfession	Mittlere Differenz (I-J)	Signifikanz
Katholisch	evangelisch	8,05E-02	,780
	keiner	,62*	,000
Evangelisch	katholisch	-8,05E-02	,780
	keiner	,54*	,000
keiner	katholisch	-,62*	,000
	evangelisch	-,54*	,000

Basiert auf beobachteten Mittelwerten.
* Die mittlere Differenz ist auf der Stufe ,05 signifikant.

Tabelle Homogene Untergruppen – Bedeutsamkeit von Religiosität / Spiritualität im eigenen Leben

	Konfession	N	Untergruppe	
			1	2
Scheffé[a,b,c]	keiner	353	2,70	
	katholisch	306		3,24
	evangelisch	163		3,32
	Signifikanz		1,000	,751

Die Mittelwerte für Gruppen in homogenen Untergruppen werden angezeigt.
Basiert auf Typ III Quadratsumme.
Der Fehlerterm ist „Mittel der Quadrate (Fehler) = 1,388“

a. Verwendet Stichprobengrößen des harmonischen Mittels = 245,182
b. Die Größen der Gruppen sind ungleich. Es wird das harmonische Mittel der Größe der Gruppen verwendet. Fehlerniveaus für Typ I werden nicht garantiert.
c. Alpha = ,05

Tabelle Post-Hoc-Tests / Mehrfachvergleiche – abhängige Variable: Auswirkung der rel./spir. Orientierung auf die psychotherapeutische Praxis

(I) Konfession	(J) Konfession	Mittlere Differenz (I-J)	Signifikanz
Katholisch	evangelisch	-7,29E-02	,793
	keiner	,33*	,007
Evangelisch	katholisch	7,29E-02	,793
	keiner	,40*	,000
keiner	katholisch	-,33*	,007
	evangelisch	-,40*	,000

Basiert auf beobachteten Mittelwerten.
* Die mittlere Differenz ist auf der Stufe ,05 signifikant.

Tabelle Homogene Untergruppen – Auswirkung der rel./spir. Orientierung auf psychotherapeutische Praxis

	Konfession	N	Untergruppe	
			1	2
Scheffé[a,b,c]	keiner	350	2,53	
	katholisch	163		2,87
	evangelisch	306		2,94
	Signifikanz		1,000	,766

Die Mittelwerte für Gruppen in homogenen Untergruppen werden angezeigt.
Basiert auf Typ III Quadratsumme.
Der Fehlerterm ist „Mittel der Quadrate (Fehler) = 1,216“

a. Verwendet Stichprobengrößen des harmonischen Mittels = 244,696
b. Die Größen der Gruppen sind ungleich. Es wird das harmonische Mittel der Größe der Gruppen verwendet. Fehlerniveaus für Typ I werden nicht garantiert.
c. Alpha = ,05

Anhang D4: Multiple Regression*

* **Anmerkung: Die Variablenbezeichnung „f8logit“ steht für die Kriteriumsvariable „Anzahl der Klienten, die im Verlauf der Behandlung spirituelle oder religiöse Inhalte und Probleme thematisieren“.**

Deskriptive Statistiken

	Mittelwert	Standardabweichung	N
F8LOGIT	-1,7681	1,6708	799
Jahre der therapeutischen Tätigkeit	16,70	6,60	799
beruflicher Status	,8010	,3995	799
methodenübergreifend	,3655	,4819	799
kognitiv-behavioral	,2090	,4069	799
tiefenpsychologisch	,2741	,4463	799
humanistisch	,1164	,3209	799
Konzept kognitiv behavioral umkodiert	1,988	1,416	799
Konzept humanistisch umkodiert	2,461	1,298	799
Konzept systemisch umkodiert	1,538	1,180	799
Konzept analytisch psdychodynamisch umkodiert	2,175	1,512	799
Konzept transpersonal umkodiert	,675	1,039	799
Konzept andere umkodiert	,461	1,116	799
Auseinandersetzung mit diesem Spezialgebiet	2,78	1,16	799
Grad der Berücksichtigung in Psychotherapieausbildung	1,86	,92	799
Kompetenz im Umgang mit religiösen /spirituellen Klienten	3,34	,96	799
Konfession keine	,4168	,4933	799
Konfession evangelisch	,3655	,4819	799
Konfession katholisch	,1852	,3887	799
Glaube ja	,6395	,4804	799
Glaube nein	,1414	,3487	799
religiös	,2090	,4069	799
spirituell	,3742	,4842	799
atheistisch	,1151	,3194	799
agnostisch	4,255E-02	,2020	799
unbestimmt	,1815	,3857	799
Bedeutsamkeit von Religiosität /Spiritualität	3,06	1,22	799
Auswirkung der rel./ spir. Orientierung auf PT	2,77	1,13	799
Geschlecht	,6821	,4660	799
Alter	48,70	7,14	799
eigene Erfahrungen	,6345	,4819	799

Modellzusammenfassung[h]

Modell	R	R-Quadrat	Korrigiertes R-Quadrat	Standardfehler des Schätzers	Durbin-Watson-Statistik
1	,439[a]	,193	,192	1,5018	
2	,475[b]	,226	,224	1,4720	
3	,494[c]	,244	,242	1,4550	
4	,502[d]	,252	,248	1,4489	
5	,507[e]	,257	,252	1,4451	
6	,511[f]	,261	,255	1,4420	
7	,515[g]	,265	,259	1,4387	,396

a. Einflußvariablen : (Konstante), Auseinandersetzung mit diesem Spezialgebiet

b. Einflußvariablen : (Konstante), Auseinandersetzung mit diesem Spezialgebiet, Bedeutsamkeit von Religiosität /Spiritualität

c. Einflußvariablen : (Konstante), Auseinandersetzung mit diesem Spezialgebiet, Bedeutsamkeit von Religiosität /Spiritualität, Grad der Berücksichtigung in Psychotherapieausbildung

d. Einflußvariablen : (Konstante), Auseinandersetzung mit diesem Spezialgebiet, Bedeutsamkeit von Religiosität /Spiritualität, Grad der Berücksichtigung in Psychotherapieausbildung, Glaube nein

e. Einflußvariablen : (Konstante), Auseinandersetzung mit diesem Spezialgebiet, Bedeutsamkeit von Religiosität /Spiritualität, Grad der Berücksichtigung in Psychotherapieausbildung, Glaube nein, Kompetenz im Umgang mit religiösen /spirituellen Klienten

f. Einflußvariablen : (Konstante), Auseinandersetzung mit diesem Spezialgebiet, Bedeutsamkeit von Religiosität /Spiritualität, Grad der Berücksichtigung in Psychotherapieausbildung, Glaube nein, Kompetenz im Umgang mit religiösen /spirituellen Klienten, Konfession evangelisch

g. Einflußvariablen : (Konstante), Auseinandersetzung mit diesem Spezialgebiet, Bedeutsamkeit von Religiosität /Spiritualität, Grad der Berücksichtigung in Psychotherapieausbildung, Glaube nein, Kompetenz im Umgang mit religiösen /spirituellen Klienten, Konfession evangelisch, spirituell

h. Abhängige Variable: F8LOGIT

ANOVA[h]

Modell		Quadratsumme	df	Mittel der Quadrate	F	Signifikanz
1	Regression	430,188	1	430,188	190,741	,000[a]
	Residuen	1797,518	797	2,255		
	Gesamt	2227,706	798			
2	Regression	502,835	2	251,418	116,025	,000[b]
	Residuen	1724,871	796	2,167		
	Gesamt	2227,706	798			
3	Regression	544,576	3	181,525	85,741	,000[c]
	Residuen	1683,130	795	2,117		
	Gesamt	2227,706	798			
4	Regression	560,917	4	140,229	66,800	,000[d]
	Residuen	1666,789	794	2,099		
	Gesamt	2227,706	798			
5	Regression	571,589	5	114,318	54,739	,000[e]
	Residuen	1656,117	793	2,088		
	Gesamt	2227,706	798			
6	Regression	580,881	6	96,813	46,560	,000[f]
	Residuen	1646,825	792	2,079		
	Gesamt	2227,706	798			
7	Regression	590,498	7	84,357	40,756	,000[g]
	Residuen	1637,208	791	2,070		
	Gesamt	2227,706	798			

a. Einflußvariablen : (Konstante), Auseinandersetzung mit diesem Spezialgebiet

b. Einflußvariablen : (Konstante), Auseinandersetzung mit diesem Spezialgebiet, Bedeutsamkeit von Religiosität /Spiritualität

c. Einflußvariablen : (Konstante), Auseinandersetzung mit diesem Spezialgebiet, Bedeutsamkeit von Religiosität /Spiritualität, Grad der Berücksichtigung in Psychotherapieausbildung

d. Einflußvariablen : (Konstante), Auseinandersetzung mit diesem Spezialgebiet, Bedeutsamkeit von Religiosität /Spiritualität, Grad der Berücksichtigung in Psychotherapieausbildung, Glaube nein

e. Einflußvariablen : (Konstante), Auseinandersetzung mit diesem Spezialgebiet, Bedeutsamkeit von Religiosität /Spiritualität, Grad der Berücksichtigung in Psychotherapieausbildung, Glaube nein, Kompetenz im Umgang mit religiösen /spirituellen Klienten

f. Einflußvariablen : (Konstante), Auseinandersetzung mit diesem Spezialgebiet, Bedeutsamkeit von Religiosität /Spiritualität, Grad der Berücksichtigung in Psychotherapieausbildung, Glaube nein, Kompetenz im Umgang mit religiösen /spirituellen Klienten, Konfession evangelisch

g. Einflußvariablen : (Konstante), Auseinandersetzung mit diesem Spezialgebiet, Bedeutsamkeit von Religiosität /Spiritualität, Grad der Berücksichtigung in Psychotherapieausbildung, Glaube nein, Kompetenz im Umgang mit religiösen /spirituellen Klienten, Konfession evangelisch, spirituell

h. Abhängige Variable: F8LOGIT

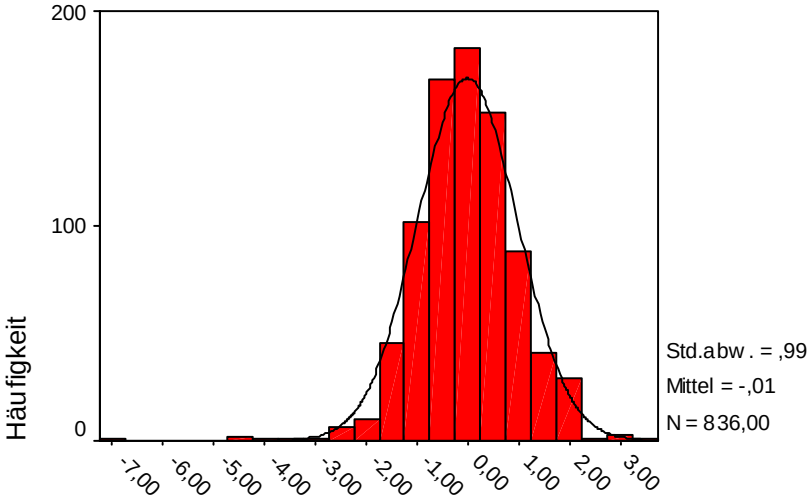
Koeffizienten[a]

Modell		Nicht standardisierte Koeffizienten		Standardisierte Koeffizienten	T	Signifikanz	Kollinearitätsstatistik	
		B	Standardfehler	Beta			Toleranz	VIF
1	(Konstante)	-3,526	,138		-25,567	,000		
	Auseinandersetzung mit diesem Spezialgebiet	,632	,046	,439	13,811	,000	1,000	1,000
2	(Konstante)	-3,946	,153		-25,717	,000		
	Auseinandersetzung mit diesem Spezialgebiet	,455	,054	,317	8,399	,000	,684	1,462
	Bedeutsamkeit von Religiosität /Spiritualität	,298	,052	,218	5,790	,000	,684	1,462
3	(Konstante)	-4,272	,169		-25,351	,000		
	Auseinandersetzung mit diesem Spezialgebiet	,406	,055	,282	7,411	,000	,656	1,526
	Bedeutsamkeit von Religiosität /Spiritualität	,294	,051	,215	5,767	,000	,684	1,462
	Grad der Berücksichtigung in Psychotherapieausbildung	,257	,058	,142	4,440	,000	,933	1,071
4	(Konstante)	-4,015	,192		-20,962	,000		
	Auseinandersetzung mit diesem Spezialgebiet	,412	,055	,286	7,547	,000	,654	1,528
	Bedeutsamkeit von Religiosität /Spiritualität	,226	,056	,165	4,021	,000	,556	1,797
	Grad der Berücksichtigung in Psychotherapieausbildung	,257	,058	,141	4,446	,000	,933	1,071
	Glaube nein	-,469	,168	-,098	-2,790	,005	,766	1,306
5	(Konstante)	-4,261	,220		-19,380	,000		
	Auseinandersetzung mit diesem Spezialgebiet	,360	,059	,250	6,086	,000	,555	1,802
	Bedeutsamkeit von Religiosität /Spiritualität	,203	,057	,149	3,572	,000	,539	1,854
	Grad der Berücksichtigung in Psychotherapieausbildung	,240	,058	,132	4,134	,000	,918	1,089
	Glaube nein	-,492	,168	-,103	-2,931	,003	,763	1,311
	Kompetenz im Umgang mit religiösen /spirituellen Klienten	,148	,065	,085	2,261	,024	,664	1,505
6	(Konstante)	-4,330	,222		-19,521	,000		
	Auseinandersetzung mit diesem Spezialgebiet	,367	,059	,255	6,212	,000	,553	1,808
	Bedeutsamkeit von Religiosität /Spiritualität	,195	,057	,142	3,413	,001	,536	1,864
	Grad der Berücksichtigung in Psychotherapieausbildung	,235	,058	,129	4,048	,000	,917	1,091
	Glaube nein	-,460	,168	-,096	-2,733	,006	,757	1,322
	Kompetenz im Umgang mit religiösen /spirituellen Klienten	,148	,065	,085	2,261	,024	,664	1,505
	Konfession evangelisch	,227	,107	,065	2,114	,035	,974	1,027
7	(Konstante)	-4,255	,224		-18,995	,000		
	Auseinandersetzung mit diesem Spezialgebiet	,340	,060	,236	5,638	,000	,529	1,891
	Bedeutsamkeit von Religiosität /Spiritualität	,156	,060	,114	2,620	,009	,488	2,047
	Grad der Berücksichtigung in Psychotherapieausbildung	,234	,058	,129	4,044	,000	,917	1,091
	Glaube nein	-,449	,168	-,094	-2,673	,008	,756	1,323
	Kompetenz im Umgang mit religiösen /spirituellen Klienten	,152	,065	,087	2,332	,020	,664	1,506
	Konfession evangelisch	,235	,107	,068	2,190	,029	,972	1,028
	spirituell	,268	,124	,078	2,156	,031	,715	1,398

a. Abhängige Variable: F8LOGIT

Histogramm

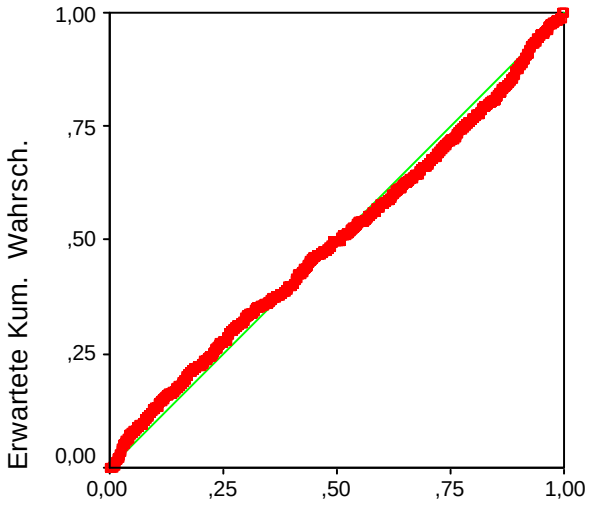
Abhängige Variable: F8LOGIT



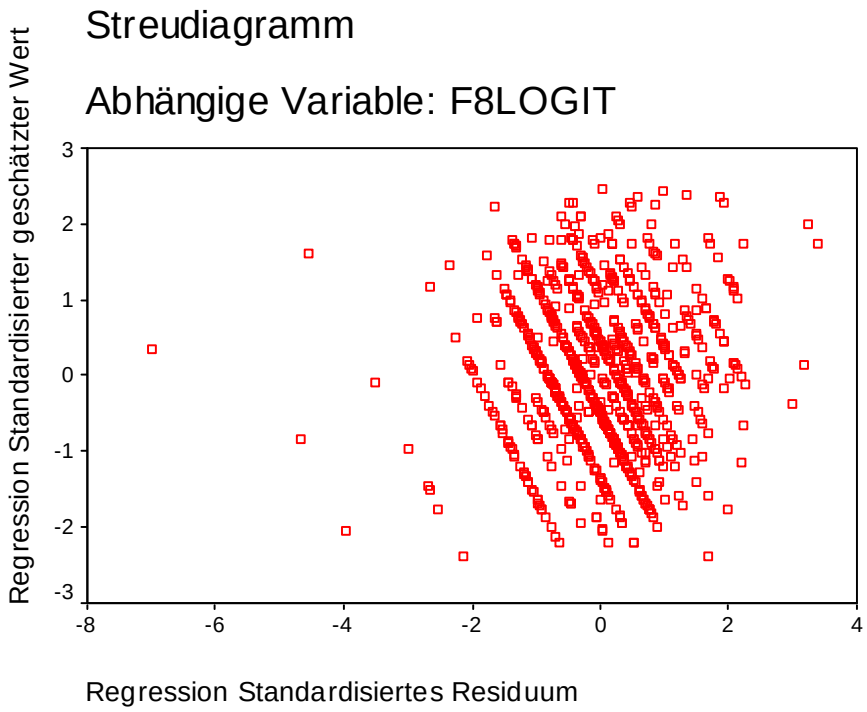
Regression Standardisiertes Residuum

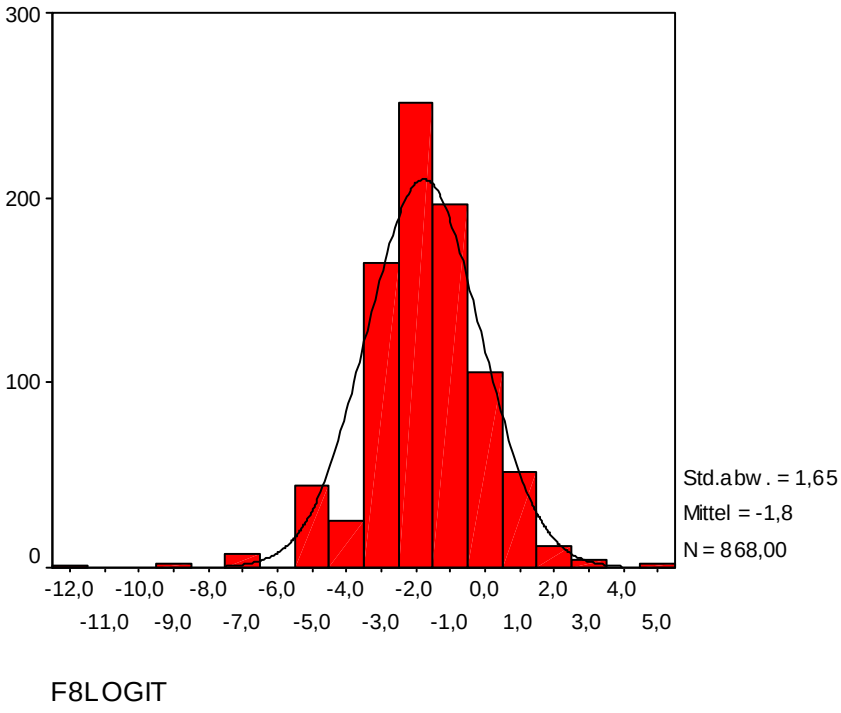
P-P-Diagramm von Standardisiertes

Abhängige Variable: F8LOGIT

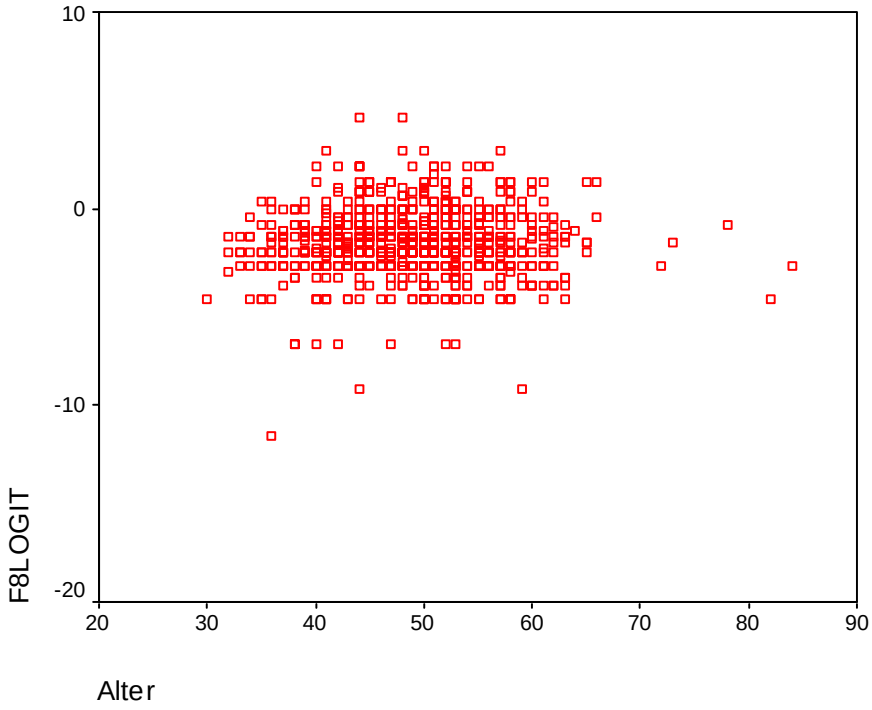


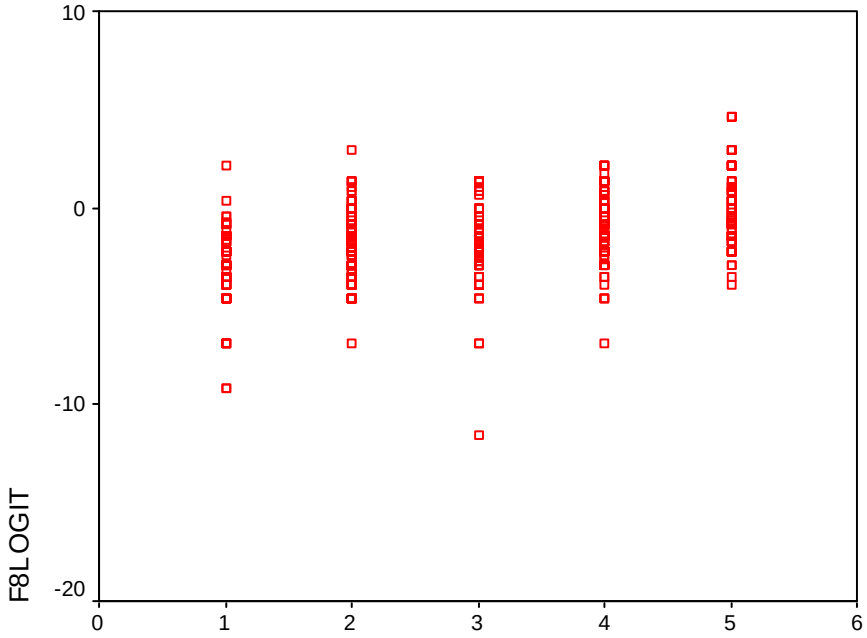
Beobachtete Kum. Wahrsch.

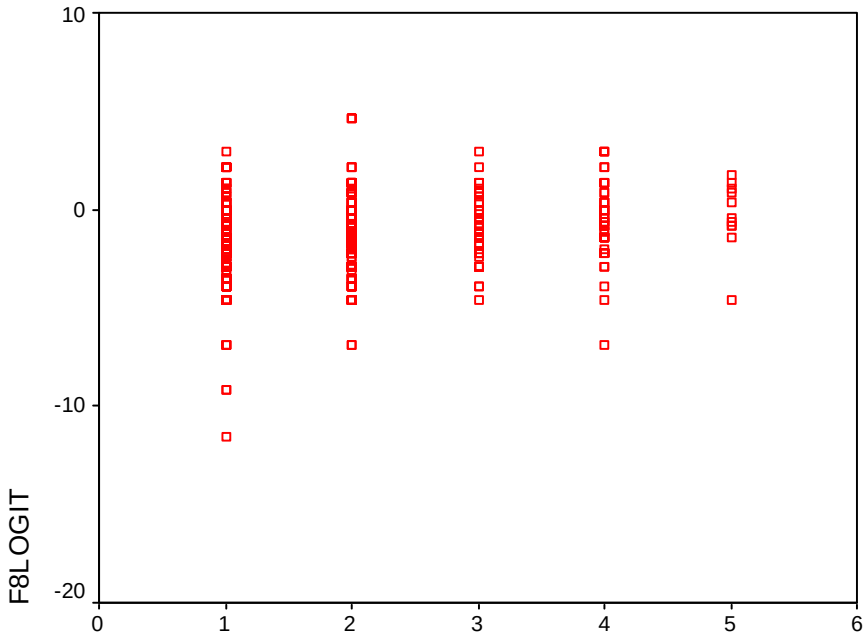

Streudiagramm
Abhängige Variable: F8LOGIT
Regression Standardisierter geschätzter Wert
3
2
1
0
-1
-2
-3
-8
-6
-4
-2
0
2
4
Regression Standardisiertes Residuum

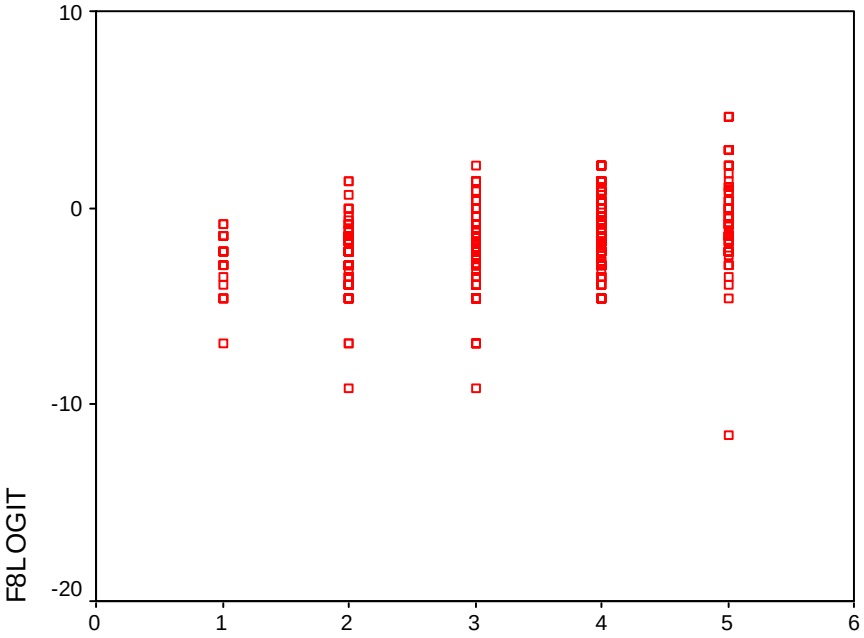

300
200
100
0
-12,0
-10,0
-8,0
-6,0
-4,0
-2,0
0,0
2,0
4,0
-11,0
-9,0
-7,0
-5,0
-3,0
-1,0
1,0
3,0
5,0
Std.abw. = 1,65
Mittel = -1,8
N = 868,00
F8LOGIT

Streudiagramme der bivariaten Korrelationen von Kriteriums- und Prädiktorvariablen

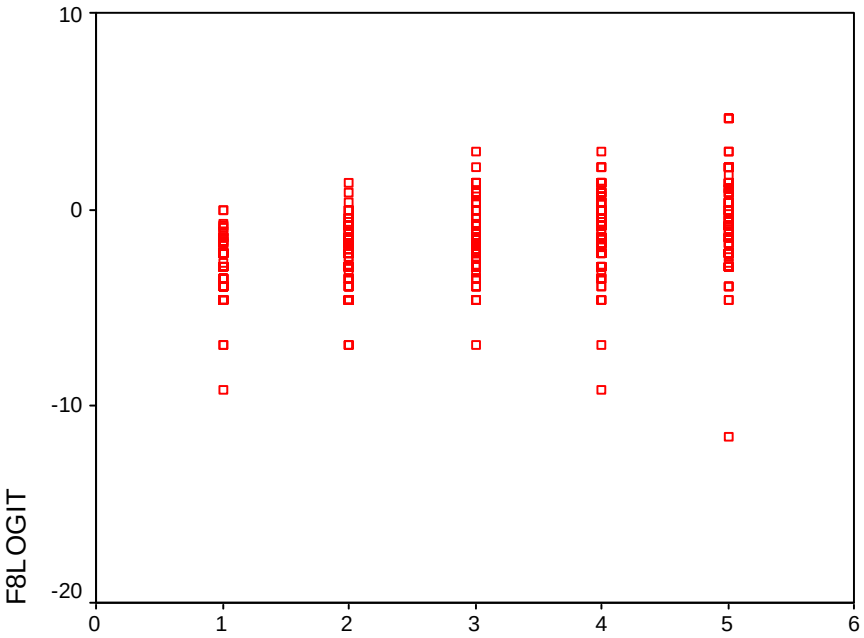



10
0
-10
-20
F8LOGIT
0
1
2
3
4
5
6
Auseinandersetzung mit diesem Spezialgebiet

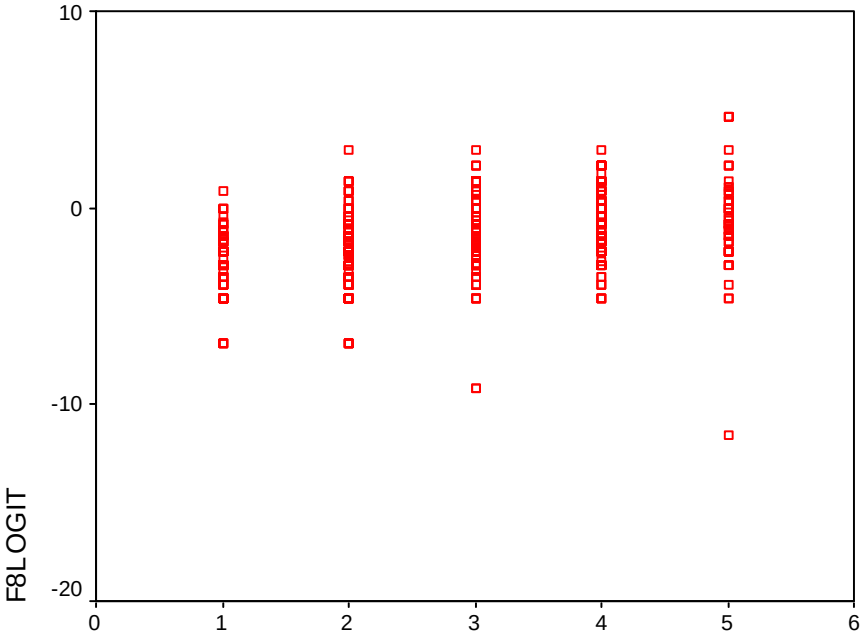

10
0
-10
-20
F8LOGIT
0
1
2
3
4
5
6
Grad der Berücksichtigung in Psychotherapieausbildung



Kompetenz im Umgang mit religiösen /spirituellen Klienten



Bedeutsamkeit von Religiosität /Spiritualität



Auswirkung der rel./ spir. Orientierung auf PT

Anhang D5: Statistiken zur Nichtteilnehmerbefragung
Vergleich Teilnehmer – Nichtteilnehmer

Test bei unabhängigen Stichproben

		Levene-Test der Varianzgleichheit		T-Test für die Mittelwertgleichheit						
									95% Konfidenzintervall der Differenz	
		F	Signifikanz	T	df	Sig. (2-seitig)	Mittlere Differenz	Standardfehler der Differenz	Untere	Obere
religiöse/ spirituelle Probleme	Varianzen sind gleich	,520	,471	,917	909	,359	4,56	4,97	-5,19	14,30
	Varianzen sind nicht gleich			1,005	21,158	,326	4,56	4,53	-4,87	13,98
Bedeutsamkeit von Religiosität /Spiritualität	Varianzen sind gleich	,686	,408	1,237	906	,217	,34	,28	-,20	,88
	Varianzen sind nicht gleich			1,295	19,954	,210	,34	,26	-,21	,89
Konzept kognitiv behavioral umkodiert	Varianzen sind gleich	,221	,638	-1,369	914	,171	-,426	,311	-1,037	,185
	Varianzen sind nicht gleich			-1,458	21,085	,160	-,426	,292	-1,034	,182
Konzept humanistisch umkodiert	Varianzen sind gleich	3,869	,049	-,922	914	,357	-,263	,286	-,824	,297
	Varianzen sind nicht gleich			-1,124	21,446	,273	-,263	,234	-,750	,223
Konzept systemisch umkodiert	Varianzen sind gleich	,236	,628	-1,214	914	,225	-,318	,262	-,832	,196
	Varianzen sind nicht gleich			-1,166	20,871	,257	-,318	,273	-,885	,249
Konzept analytisch psdychodynamisch umkodiert	Varianzen sind gleich	3,263	,071	-,401	914	,688	-,134	,335	-,792	,523
	Varianzen sind nicht gleich			-,351	20,713	,729	-,134	,383	-,932	,664
Konzept transpersonal umkodiert	Varianzen sind gleich	16,334	,000	2,149	914	,032	,494	,230	4,298E-02	,946
	Varianzen sind nicht gleich			5,228	26,913	,000	,494	9,458E-02	,300	,689
Konzept andere umkodiert	Varianzen sind gleich	2,200	,138	-,741	914	,459	-,179	,241	-,652	,295
	Varianzen sind nicht gleich			-,615	20,640	,545	-,179	,291	-,784	,426

Anhang D6: Gruppenvergleiche mit non-parametrischen Verfahren

Gruppenvergleiche mit non-parametrischen Verfahren nach Kruskal-Wallis

Ränge

	Gruppendefinition eindeutig auf Frage 6	N	Mittlerer Rang
religiöse/ spirituelle Probleme	methodenübergreifend	314	421,82
	kognitiv-behavioral	175	337,35
	humanistisch	95	491,59
	tiefenpsychologisch	240	423,80
	Gesamt	824	
Anzahl spirituelle / religiöse Patienten	methodenübergreifend	313	428,87
	kognitiv-behavioral	174	364,95
	humanistisch	96	514,48
	tiefenpsychologisch	239	381,27
	Gesamt	822	
Anerkennung in Behandlung	methodenübergreifend	308	429,69
	kognitiv-behavioral	174	336,51
	humanistisch	96	473,43
	tiefenpsychologisch	234	400,56
	Gesamt	812	
Auseinandersetzung mit diesem Spezialgebiet	methodenübergreifend	309	451,28
	kognitiv-behavioral	176	323,33
	humanistisch	96	477,74
	tiefenpsychologisch	240	396,74
	Gesamt	821	
Grad der Berücksichtigung in Psychotherapieausbildung	methodenübergreifend	312	414,05
	kognitiv-behavioral	176	330,90
	humanistisch	95	485,88
	tiefenpsychologisch	241	441,15
	Gesamt	824	
Zufriedenheit mit PT-Ausbildung	methodenübergreifend	307	386,45
	kognitiv-behavioral	174	406,59
	humanistisch	96	433,00
	tiefenpsychologisch	238	426,74
	Gesamt	815	
Nutzen von Weiterbildung	methodenübergreifend	312	459,78
	kognitiv-behavioral	176	320,21
	humanistisch	96	495,36
	tiefenpsychologisch	239	383,74
	Gesamt	823	
Kompetenz im Umgang mit religiösen /spirituellen Klienten	methodenübergreifend	312	447,78
	kognitiv-behavioral	175	338,47
	humanistisch	96	448,15
	tiefenpsychologisch	240	404,64
	Gesamt	823	
Bedeutsamkeit von Religiosität /Spiritualität	methodenübergreifend	311	455,85
	kognitiv-behavioral	175	325,33
	humanistisch	95	497,29
	tiefenpsychologisch	241	383,02
	Gesamt	822	
Auswirkung der rel./ spir. Orientierung auf PT	methodenübergreifend	311	465,94
	kognitiv-behavioral	174	316,92
	humanistisch	94	496,69
	tiefenpsychologisch	240	371,04
	Gesamt	819	

	Religiöse / spirituelle Probleme
Chi-Quadrat	29,465
df	3
Asymptotische Signifikanz	,000

	Anzahl spirituelle / religiöse Patienten
Chi-Quadrat	30,892
d	3
Asymptotische Signifikanz	,000

	Anerkennung in Behandlung
Chi-Quadrat	27,067
d	3
Asymptotische Signifikanz	,000

	Auseinandersetzung mit diesem Spezialgebiet
Chi-Quadrat	44,506
d	3
Asymptotische Signifikanz	,000

	Grad der Berücksichtigung in Psychotherapieausbildung
Chi-Quadrat	38,678
d	3
Asymptotische Signifikanz	,000

	Zufriedenheit mit Psychotherapieausbildung
Chi-Quadrat	5,448
d	3
Asymptotische Signifikanz	,142

	Nutzen von Weiterbildung
Chi-Quadrat	57,771
d	3
Asymptotische Signifikanz	,000

	Kompetenz im Umgang mit spirituellen / religiösen Klienten
Chi-Quadrat	29,039
d	3
Asymptotische Signifikanz	,000

	Bedeutsamkeit von Spiritualität / Religiosität im eigenen Leben
Chi-Quadrat	52,539
d	3
Asymptotische Signifikanz	,000

	Auswirkung der spir. / rel. Orientierung auf die psychotherapeutische Tätigkeit
Chi-Quadrat	67,969
d	3
Asymptotische Signifikanz	,000

Nicht Parametrische Einzelvergleiche / Mann-Whitney-Tests

Abhängige Variable: religiöse / spirituelle Probleme
Gruppen: methodenübergreifend – kognitiv-behavioral

	Religiöse / spirituelle Probleme
Mann-Whitney-U	21939,500
Wilcoxon-W	37339,500
Z	-3,731
Asymptotische Signifikanz (2-seitig)	,000

a. Gruppenvariable theoretische Orientierung

Gruppen: methodenübergreifend – humanistisch

	Religiöse / spirituelle Probleme
Mann-Whitney-U	12460,500
Wilcoxon-W	61915,500
Z	-2,450
Asymptotische Signifikanz (2-seitig)	,014

a. Gruppenvariable theoretische Orientierung

Gruppen: methodenübergreifend – tiefenpsychologisch

	Religiöse / spirituelle Probleme
Mann-Whitney-U	37525,000
Wilcoxon-W	86980,000
Z	-,084
Asymptotische Signifikanz (2-seitig)	,933

a. Gruppenvariable theoretische Orientierung

Gruppen: kognitiv-behavioral – humanistisch

	Religiöse / spirituelle Probleme
Mann-Whitney-U	5201,500
Wilcoxon-W	20601,500
Z	-5,126
Asymptotische Signifikanz (2-seitig)	,000

a. Gruppenvariable theoretische Orientierung

Gruppen: kognitiv-behavioral – tiefenpsychologisch

	Religiöse / spirituelle Probleme
Mann-Whitney-U	16495,500
Wilcoxon-W	31895,500
Z	-3,771
Asymptotische Signifikanz (2-seitig)	,000

a. Gruppenvariable theoretische Orientierung

Gruppen: humanistisch - tiefenpsychologisch

	Religiöse / spirituelle Probleme
Mann-Whitney-U	9451,500
Wilcoxon-W	38371,500
Z	-2,458
Asymptotische Signifikanz (2-seitig)	,014

a. Gruppenvariable theoretische Orientierung

Abhängige Variable: Anzahl spirituelle / religiöse Patienten
Gruppen: methodenübergreifend – kognitiv-behavioral

	Anzahl spirituelle / religiöse Patienten
Mann-Whitney-U	23072,000
Wilcoxon-W	38297,000
Z	-2,821
Asymptotische Signifikanz (2-seitig)	,005

a. Gruppenvariable theoretische Orientierung

Gruppen: methodenübergreifend – humanistisch

	Anzahl spirituelle / religiöse Patienten
Mann-Whitney-U	11929,000
Wilcoxon-W	61070,000
Z	-3,074
Asymptotische Signifikanz (2-seitig)	,002

a. Gruppenvariable theoretische Orientierung

Gruppen: methodenübergreifend – tiefenpsychologisch

	Anzahl spirituelle / religiöse Patienten
Mann-Whitney-U	33030,000
Wilcoxon-W	61710,000
Z	-2,377
Asymptotische Signifikanz (2-seitig)	,017

a. Gruppenvariable theoretische Orientierung

Gruppen: kognitiv-behavioral – humanistisch

	Anzahl spirituelle / religiöse Patienten
Mann-Whitney-U	5305,000
Wilcoxon-W	20530,000
Z	-5,018
Asymptotische Signifikanz (2-seitig)	,000

a. Gruppenvariable theoretische Orientierung

Gruppen: kognitiv-behavioral – tiefenpsychologisch

	Anzahl spirituelle / religiöse Patienten
Mann-Whitney-U	19900,000
Wilcoxon-W	35125,000
Z	-,757
Asymptotische Signifikanz (2-seitig)	,449

a. Gruppenvariable theoretische Orientierung

Gruppen: humanistisch - tiefenpsychologisch

	Anzahl spirituelle / religiöse Patienten
Mann-Whitney-U	7727,500
Wilcoxon-W	36407,500
Z	-4,719
Asymptotische Signifikanz (2-seitig)	,000

a. Gruppenvariable theoretische Orientierung

Abhängige Variable: Anerkennung in Behandlung
Gruppen: methodenübergreifend – kognitiv-behavioral

	Anerkennung in Behandlung
Mann-Whitney-U	20700,000
Wilcoxon-W	35925,000
Z	-4,199
Asymptotische Signifikanz (2-seitig)	,000

a. Gruppenvariable theoretische Orientierung

Gruppen: methodenübergreifend – humanistisch

	Anerkennung in Behandlung
Mann-Whitney-U	13229,000
Wilcoxon-W	60815,000
Z	-1,572
Asymptotische Signifikanz (2-seitig)	,116

a. Gruppenvariable theoretische Orientierung

Gruppen: methodenübergreifend – tiefenpsychologisch

	Anerkennung in Behandlung
Mann-Whitney-U	33435,000
Wilcoxon-W	60930,000
Z	-1,455
Asymptotische Signifikanz (2-seitig)	,146

a. Gruppenvariable theoretische Orientierung

Gruppen: kognitiv-behavioral – humanistisch

	Anerkennung in Behandlung
Mann-Whitney-U	5540,000
Wilcoxon-W	20765,000
Z	-4,641
Asymptotische Signifikanz (2-seitig)	,000

a. Gruppenvariable theoretische Orientierung

Gruppen: kognitiv-behavioral – tiefenpsychologisch

	Anerkennung in Behandlung
Mann-Whitney-U	17088,500
Wilcoxon-W	32313,500
Z	-2,811
Asymptotische Signifikanz (2-seitig)	,005

a. Gruppenvariable theoretische Orientierung

Gruppen: humanistisch - tiefenpsychologisch

	Anerkennung in Behandlung
Mann-Whitney-U	9173,500
Wilcoxon-W	36668,500
Z	-2,644
Asymptotische Signifikanz (2-seitig)	,008

a. Gruppenvariable theoretische Orientierung

Abhängige Variable: Auseinandersetzung mit diesem Spezialgebiet
Gruppen: methodenübergreifend – kognitiv-behavioral

	Auseinandersetzung mit diesem Spezialgebiet
Mann-Whitney-U	18619,500
Wilcoxon-W	34195,500
Z	-6,001
Asymptotische Signifikanz (2-seitig)	,000

a. Gruppenvariable theoretische Orientierung

Gruppen: methodenübergreifend – humanistisch

	Auseinandersetzung mit diesem Spezialgebiet
Mann-Whitney-U	13813,000
Wilcoxon-W	61708,000
Z	-1,052
Asymptotische Signifikanz (2-seitig)	,293

a. Gruppenvariable theoretische Orientierung

Gruppen: methodenübergreifend – tiefenpsychologisch

	Auseinandersetzung mit diesem Spezialgebiet
Mann-Whitney-U	32188,000
Wilcoxon-W	61108,000
Z	-2,747
Asymptotische Signifikanz (2-seitig)	,006

a. Gruppenvariable theoretische Orientierung

Gruppen: kognitiv-behavioral – humanistisch

	Auseinandersetzung mit diesem Spezialgebiet
Mann-Whitney-U	5290,500
Wilcoxon-W	20866,500
Z	-5,295
Asymptotische Signifikanz (2-seitig)	,000

a. Gruppenvariable theoretische Orientierung

Gruppen: kognitiv-behavioral – tiefenpsychologisch

	Auseinandersetzung mit diesem Spezialgebiet
Mann-Whitney-U	17420,000
Wilcoxon-W	32996,000
Z	-3,186
Asymptotische Signifikanz (2-seitig)	,001

a. Gruppenvariable theoretische Orientierung

Gruppen: humanistisch - tiefenpsychologisch

	Auseinandersetzung mit diesem Spezialgebiet
Mann-Whitney-U	9289,500
Wilcoxon-W	38209,500
Z	-2,865
Asymptotische Signifikanz (2-seitig)	,004

a. Gruppenvariable theoretische Orientierung

Abhängige Variable: Grad der Berücksichtigung in Psychotherapieausbildung
Gruppen: methodenübergreifend – kognitiv-behavioral

	Grad der Berücksichtigung in Psychotherapieausbildung
Mann-Whitney-U	21949,000
Wilcoxon-W	37525,000
Z	-4,019
Asymptotische Signifikanz (2-seitig)	,000

a. Gruppenvariable theoretische Orientierung

Gruppen: methodenübergreifend – humanistisch

	Grad der Berücksichtigung in Psychotherapieausbildung
Mann-Whitney-U	12247,500
Wilcoxon-W	61075,500
Z	-2,739
Asymptotische Signifikanz (2-seitig)	,006

a. Gruppenvariable theoretische Orientierung

Gruppen: methodenübergreifend – tiefenpsychologisch

	Grad der Berücksichtigung in Psychotherapieausbildung
Mann-Whitney-U	35146,500
Wilcoxon-W	83974,500
Z	-1,413
Asymptotische Signifikanz (2-seitig)	,158

a. Gruppenvariable theoretische Orientierung

Gruppen: kognitiv-behavioral – humanistisch

	Grad der Berücksichtigung in Psychotherapieausbildung
Mann-Whitney-U	5273,500
Wilcoxon-W	20849,500
Z	-5,471
Asymptotische Signifikanz (2-seitig)	,000

a. Gruppenvariable theoretische Orientierung

Gruppen: kognitiv-behavioral – tiefenpsychologisch

	Grad der Berücksichtigung in Psychotherapieausbildung
Mann-Whitney-U	15440,500
Wilcoxon-W	31016,500
Z	-5,175
Asymptotische Signifikanz (2-seitig)	,000

a. Gruppenvariable theoretische Orientierung

Gruppen: humanistisch - tiefenpsychologisch

	Grad der Berücksichtigung in Psychotherapieausbildung
Mann-Whitney-U	10135,000
Wilcoxon-W	39296,000
Z	-1,751
Asymptotische Signifikanz (2-seitig)	,080

a. Gruppenvariable theoretische Orientierung

Abhängige Variable: Nutzen von Weiterbildung
Gruppen: methodenübergreifend – kognitiv-behavioral

	Nutzen von Weiterbildung
Mann-Whitney-U	18094,000
Wilcoxon-W	33670,000
Z	-6,477
Asymptotische Signifikanz (2-seitig)	,000

a. Gruppenvariable theoretische Orientierung

Gruppen: methodenübergreifend – humanistisch

	Nutzen von Weiterbildung
Mann-Whitney-U	13568,000
Wilcoxon-W	62396,000
Z	-1,444
Asymptotische Signifikanz (2-seitig)	,149

a. Gruppenvariable theoretische Orientierung

Gruppen: methodenübergreifend – tiefenpsychologisch

	Nutzen von Weiterbildung
Mann-Whitney-U	30331,500
Wilcoxon-W	59011,500
Z	-3,887
Asymptotische Signifikanz (2-seitig)	,000

a. Gruppenvariable theoretische Orientierung

Gruppen: kognitiv-behavioral – humanistisch

	Nutzen von Weiterbildung
Mann-Whitney-U	4954,500
Wilcoxon-W	20530,500
Z	-5,827
Asymptotische Signifikanz (2-seitig)	,000

a. Gruppenvariable theoretische Orientierung

Gruppen: kognitiv-behavioral – tiefenpsychologisch

	Nutzen von Weiterbildung
Mann-Whitney-U	17732,000
Wilcoxon-W	33308,000
Z	-2,842
Asymptotische Signifikanz (2-seitig)	,004

a. Gruppenvariable theoretische Orientierung

Gruppen: humanistisch - tiefenpsychologisch

	Nutzen von Weiterbildung
Mann-Whitney-U	8371,000
Wilcoxon-W	37051,000
Z	-3,997
Asymptotische Signifikanz (2-seitig)	,000

a. Gruppenvariable theoretische Orientierung

Abhängige Variable: Kompetenz im Umgang mit religiösen / spirituellen Klienten
Gruppen: methodenübergreifend – kognitiv-behavioral

	Kompetenz im Umgang mit religiösen / spirituellen Klienten
Mann-Whitney-U	20107,500
Wilcoxon-W	35507,500
Z	-5,066
Asymptotische Signifikanz (2-seitig)	,000

a. Gruppenvariable theoretische Orientierung

Gruppen: methodenübergreifend – humanistisch

	Kompetenz im Umgang mit religiösen / spirituellen Klienten
Mann-Whitney-U	14945,000
Wilcoxon-W	63773,000
Z	-,032
Asymptotische Signifikanz (2-seitig)	,974

a. Gruppenvariable theoretische Orientierung

Gruppen: methodenübergreifend – tiefenpsychologisch

	Kompetenz im Umgang mit religiösen / spirituellen Klienten
Mann-Whitney-U	33438,500
Wilcoxon-W	62358,500
Z	-2,273
Asymptotische Signifikanz (2-seitig)	,023

a. Gruppenvariable theoretische Orientierung

Gruppen: kognitiv-behavioral – humanistisch

	Kompetenz im Umgang mit religiösen / spirituellen Klienten
Mann-Whitney-U	6199,500
Wilcoxon-W	21599,500
Z	-3,731
Asymptotische Signifikanz (2-seitig)	,000

a. Gruppenvariable theoretische Orientierung

Gruppen: kognitiv-behavioral – tiefenpsychologisch

	Kompetenz im Umgang mit religiösen / spirituellen Klienten
Mann-Whitney-U	17526,000
Wilcoxon-W	32926,000
Z	-3,033
Asymptotische Signifikanz (2-seitig)	,002

a. Gruppenvariable theoretische Orientierung

Gruppen: humanistisch - tiefenpsychologisch

	Kompetenz im Umgang mit religiösen / spirituellen Klienten
Mann-Whitney-U	10281,000
Wilcoxon-W	39201,000
Z	-1,625
Asymptotische Signifikanz (2-seitig)	,104

a. Gruppenvariable theoretische Orientierung

Abhängige Variable: Bedeutsamkeit von Religiosität / Spiritualität im eigenen Leben
Gruppen: methodenübergreifend – kognitiv-behavioral

	Bedeutsamkeit von Religiosität / Spiritualität im eigenen Leben
Mann-Whitney-U	18568,000
Wilcoxon-W	33968,000
Z	-5,978
Asymptotische Signifikanz (2-seitig)	,000

a. Gruppenvariable theoretische Orientierung

Gruppen: methodenübergreifend – humanistisch

	Bedeutsamkeit von Religiosität / Spiritualität im eigenen Leben
Mann-Whitney-U	13240,500
Wilcoxon-W	61756,500
Z	-1,576
Asymptotische Signifikanz (2-seitig)	,115

a. Gruppenvariable theoretische Orientierung

Gruppen: methodenübergreifend – tiefenpsychologisch

	Bedeutsamkeit von Religiosität / Spiritualität im eigenen Leben
Mann-Whitney-U	30795,500
Wilcoxon-W	59956,500
Z	-3,695
Asymptotische Signifikanz (2-seitig)	,000

a. Gruppenvariable theoretische Orientierung

Gruppen: kognitiv-behavioral – humanistisch

	Bedeutsamkeit von Religiosität / Spiritualität im eigenen Leben
Mann-Whitney-U	4878,500
Wilcoxon-W	20278,500
Z	-5,758
Asymptotische Signifikanz (2-seitig)	,000

a. Gruppenvariable theoretische Orientierung

Gruppen: kognitiv-behavioral – tiefenpsychologisch

	Bedeutsamkeit von Religiosität / Spiritualität im eigenen Leben
Mann-Whitney-U	18086,000
Wilcoxon-W	33486,000
Z	-2,558
Asymptotische Signifikanz (2-seitig)	,011

a. Gruppenvariable theoretische Orientierung

Gruppen: humanistisch - tiefenpsychologisch

	Bedeutsamkeit von Religiosität / Spiritualität im eigenen Leben
Mann-Whitney-U	8263,500
Wilcoxon-W	37424,500
Z	-4,080
Asymptotische Signifikanz (2-seitig)	,000

a. Gruppenvariable theoretische Orientierung

Abhängige Variable: Auswirkung der rel. / spir. Orientierung auf die eigene psychotherapeutische Praxis

Gruppen: methodenübergreifend – kognitiv-behavioral

	Auswirkung der rel. / spir. Orientierung
Mann-Whitney-U	17259,000
Wilcoxon-W	32484,000
Z	-6,838
Asymptotische Signifikanz (2-seitig)	,000

a. Gruppenvariable theoretische Orientierung

Gruppen: methodenübergreifend – humanistisch

	Auswirkung der rel. / spir. Orientierung
Mann-Whitney-U	13527,000
Wilcoxon-W	62043,000
Z	-1,133
Asymptotische Signifikanz (2-seitig)	,257

a. Gruppenvariable theoretische Orientierung

Gruppen: methodenübergreifend – tiefenpsychologisch

	Auswirkung der rel. / spir. Orientierung
Mann-Whitney-U	28630,000
Wilcoxon-W	57550,000
Z	-4,852
Asymptotische Signifikanz (2-seitig)	,000

a. Gruppenvariable theoretische Orientierung

Gruppen: kognitiv-behavioral – humanistisch

	Auswirkung der rel. / spir. Orientierung
Mann-Whitney-U	4606,500
Wilcoxon-W	19831,500
Z	-6,116
Asymptotische Signifikanz (2-seitig)	,000

a. Gruppenvariable theoretische Orientierung

Gruppen: kognitiv-behavioral – tiefenpsychologisch

	Auswirkung der rel. / spir. Orientierung
Mann-Whitney-U	18054,000
Wilcoxon-W	33279,000
Z	-2,467
Asymptotische Signifikanz (2-seitig)	,014

a. Gruppenvariable theoretische Orientierung

Gruppen: humanistisch - tiefenpsychologisch

	Auswirkung der rel. / spir. Orientierung
Mann-Whitney-U	7792,500
Wilcoxon-W	36712,500
Z	-4,572
Asymptotische Signifikanz (2-seitig)	,000

a. Gruppenvariable theoretische Orientierung

Erklärung

Hiermit erkläre ich, dass ich die Arbeit selbständig verfasst und nur die angegebenen Hilfsmittel verwendet habe.

Freiburg i. Br. 29.4.09

Lebenslauf

Persönliche Daten

Name:	Dipl. Psych. Liane Hofmann
Anschrift:	Ziegelweg 12 79100 Freiburg
Geburtsdatum und -ort:	6.10.1966 in Zweibrücken, Rheinland-Pfalz
Familienstand:	Ledig
Staatsangehörigkeit:	Deutsche

Schulische Ausbildung

1973 - 1977:	Grundschule in Bottenbach, Rheinland-Pfalz
1977 - 1986:	Helmholtz-Gymnasium in Zweibrücken, Rheinland-Pfalz
Juni 1986:	Abitur

Praktikum

Oktober 1987 - Mai 1988	Praktikum an der Werk- und Sprachschule für ausländische Jugendliche in Freiburg im Breisgau

Studium

SS 1987:	Anglistik, Spanisch und Französisch an der Albert-Ludwigs-Universität, Freiburg im Breisgau
1988 - 1995:	Studium der Psychologie an der Albert-Ludwigs-Universität, Freiburg im Breisgau
Oktober 1995:	Diplom in Psychologie

Berufstätigkeit

Seit Oktober 1995:	Wissenschaftliche Mitarbeiterin am Institut für Grenzgebiete der Psychologie und Psychohygiene (IGPP) in Freiburg im Breisgau