

EDGAR W. HARNACK

TRANSPERSONALE VERHALTENSTHERAPIE -

RELIGIOSITÄT ALS GEGENSTAND VON VERHALTENSTHERAPIE

Dieser Artikel ist erschienen in: Verhaltenstherapie & Verhaltensmedizin 2007, 28 (4), 503-519

Zusammenfassung

Religiosität und Spiritualität¹ als psychische Ressource und wichtige Grundhaltung vieler Menschen werden von der Psychotherapie, insbesondere aber der Verhaltenstherapie, bisher wenig thematisiert, geschweige denn in ein Behandlungskonzept integriert. Eine Verhaltenstherapie, die die religiöse Grundhaltung ihrer Klienten in konfessionell neutraler Haltung akzeptiert und aktiv unterstützt, als psychischen Gesundheitsfaktor in die Behandlung einbezieht, ohne sie nur zu nutzen (sie vielmehr als Selbstzweck oder therapeutisches Teilziel ernst nimmt), wird hier als *transpersonale Verhaltenstherapie* (TVT) bezeichnet. Neben einer historischen Einordnung und Abgrenzung eines solchen Ansatzes gegenüber ähnlichen wissenschaftlichen Disziplinen und verhaltenstherapeutischen Verfahren werden einige wesentliche Bestimmungstücke einer transpersonalen Verhaltenstherapie vorgestellt.

Abstract

Religiosity and spirituality as a psychological resource and important basic attitude of many persons are still little addressed by psychotherapy, especially by CBT, and are even less integrated into a concept of treatment. A CBT accepting and actively supporting the religious attitudes of clients in a confessionally neutral form, without just utilizing it (but taking it seriously as a purpose on its own or a therapeutic goal), here will be called a *transpersonal behavioral therapy* (TBT). Besides of a historical classification and demarcation of such an approach against similar scientific disciplines and other cognitive-behavioral methods, some essentials for a framework of a transpersonal behavioral therapy are outlined.

¹ Religiosität bezeichnet eher die institutionalisierte, Spiritualität die individualisierte Form von Glauben an eine höhere Wirklichkeit, die im Folgenden allgemein als „Transzendenz“ bezeichnet wird.

Einleitung

Zahlreiche Untersuchungen der letzten Jahre und Jahrzehnte legen nahe, dass sich Religiosität unter Beachtung bestimmter Randbedingungen als psychische Ressource erweist, die mit psychischer Gesundheit korreliert ist (Koenig, 2001; Grom, 2004; George et al., 2000). Demnach kann sich Religiosität zwar prinzipiell auch als pathogen erweisen, wenn sie dysfunktionale Einstellungen fördert. Dies dürfte auf bestimmte religiöse Gemeinschaften eher zutreffen als auf andere, für deren Angehörige dann ein besonderer psychologischer Beratungsbedarf besteht (Deutscher Bundestag, 1998). Grundsätzlich aber scheinen die positiven Wirkungen von Religion auf die psychische Gesundheit (z. B. durch soziale Unterstützung, Vermittlung positiver Einstellungen wie Optimismus und Selbstakzeptanz, soziale Kontrolle gegenüber gesundheitsschädlichem Verhalten) zu überwiegen (Grom, 2004). Einige Autoren haben sich explizit für eine Integration religiöser Themen in die Psychotherapie ausgesprochen (z. B. Koenig & Pritchett, 1998; Bergin, 1980), wenige auch speziell für eine Integration in die Verhaltenstherapie (z. B. Crombach, 1980; Miller & Martin, 1988; D'Souza & Rodrigo, 2004). Einige Studien untersuchten die Effekte kognitiv-behavioraler Verfahren mit oder ohne Integration religiöser Themen empirisch (z. B. Pecheur & Edwards, 1984; Propst et al., 1992; Johnson et al., 1994). Keine dieser Untersuchungen fand Differenzen (weder Unter- noch Überlegenheit) der religiösen Treatmentgruppe gegenüber dem verhaltenstherapeutischen *treatment as usual*, was unter anderem durch die wenig phantasievolle Elaboration des Treatmentverfahrens (die Manuale orientierten sich beispielsweise ausschließlich an der Bibel) bedingt sein dürfte. Effektivitätsstudien von ausgewiesenen transpersonalen Psychotherapien fehlen bislang weitgehend.

Dass das Interesse von Patienten an der Behandlung religiöser Inhalte in der Psychotherapie auch eine quantitativ nicht zu vernachlässigende Größe bildet, zeigt jedoch für die USA eine Befragung von Mitgliedern der American Psychological Association, in der 60% angaben, dass ihre Klienten häufig religiöse Sprachmuster zur Beschreibung ihrer Erlebnisse nutzten und dass ca. 15% der Patienten religiöse oder spirituelle Themen direkt ansprachen (Shafranske & Maloney, 1990). Umgekehrt scheinen Psychotherapeuten in Deutschland ihre eigene Glaubensüberzeugungen mehr oder weniger ungefragt in die Psychotherapie einzubringen, wie eine Untersuchung von Demling et al. (2001) an Psychologischen Psychotherapeuten und psychotherapeutisch tätigen Ärzten bestätigt. Immerhin 75% ihrer Stichprobe bezeichneten sich als religiös praktizierend oder zumindest religiös eingestellt. Etwa 10% der Befragten sprechen das Thema stets von sich aus in der Therapie an, zwei Drittel tun dies

gelegentlich und ca. 60% registrierten eine positive Reaktion ihrer Patienten darauf.² Andere Autoren fanden zumindest deutliche Hinweise darauf, dass Religiosität und Spiritualität auch ein Thema für Psychotherapeuten wie ihre Patienten ist (vgl. auch Kaiser, 2001). So hatte „Transzendenz“ in der Untersuchung von Ludwig & Plaum (1998) bei 45 % der befragten Psychotherapeuten verschiedener Schulrichtungen im Raum München eine implizite und bei 4% eine explizite Bedeutung für die Therapie. Bergin (1991) stellte in seiner US-amerikanischen Stichprobe zwar unter Psychologen, übereinstimmend mit Demling et. al. (2001), eine geringere religiöse Bindung fest als in der Allgemeinbevölkerung, jedoch stimmten auch sie zu einem Drittel einem so starken Satz zu wie „My whole approach to life is based on my religion“ (Bergin, 1991, 396), und von untersuchten Berufsgruppen von *mental health professionals* sahen 41% die spirituelle Suche nach dem eigenen Platz im Universum als relevantes Thema innerhalb der Psychotherapie an. In der multinationalen Studie von Orlistny (2005) an fast 2.000 Psychotherapeuten bezeichneten sich 80% der Psychotherapeuten als entweder an einer persönlichen Spiritualität (51%) interessiert oder als institutionell religiös gebunden (29%). Unter letzteren befanden sich wiederum nur 2%, deren Religiosität ausschließlich an den äußerlichen Formen institutioneller Religion orientiert war.

Offenbar stoßen Psychotherapeuten immer wieder an die Grenzen des Wertfreiheitspostulat, das Max Weber (1917) für die Sozialwissenschaften propagiert hat. Im Unterschied zur Wissenschaft können sich Therapeut wie Klient in einem therapeutischen Prozess den Fragen nach Sinn und Ziel, nach dem ethisch und metaphysisch Guten im Leben nicht entziehen (vgl. Bergin, 1980). Obwohl religiöse oder quasi-religiöse Werthaltungen in der Psychotherapie unvermeidlich sind (Johnson & Sandage, 1999), werden sie aus der Psychotherapie ausgeklammert oder ohne konzeptuelle Einbindung in die Therapie eingebracht, wenn die Therapiemethode selbst keinen Platz für die Reflektion derartiger Fragen bietet. Letzteres scheint insbesondere für die Verhaltenstherapie zu gelten. Denn trotz der potentiellen Bedeutung religiöser Werthaltungen für das biopsychosoziale Gesamtsystem unserer Patienten wie ihrer Therapeuten, haben sich Verhaltenstherapeuten bislang kaum zu einem Rahmenkonzept oder einer konkreten Methodik der Integration spiritueller Anliegen in die verhaltenstherapeutische Praxis geäußert³. In einer qualitativen Studie von U. Hundt (2003) findet sich dementsprechend unter den interviewten Psychotherapeuten, die Psychotherapien unter Integration spiritueller Inhalte anbieten, kein Verhaltenstherapeut.

² Die von Demling (2001 und 2004) zitierte Studie von Jordahl (1990) fand zwar eine ähnlich hohe Affinität von Psychotherapeuten zu religiösen Themen, ihre Daten wurden jedoch bereits 1969 erhoben und sind deshalb für die aktuelle Situation wenig aussagekräftig.

³ Eine Recherche in den Suchmaschinen Psynex, google, High Wire Press, medline und Library of Congress online catalog ergab nur vier wissenschaftliche Publikationen unter den Titeln „transpersonal“ oder „spirituell/spiritual“ oder „religiös/religious“ und „Verhaltenstherapie/behavior(u)ral therapy“: Piron (2005), Miller & Martin (1988), Crombach (1980) sowie D'Souza & Rodrigo (2004)

Inzwischen erschien zwar unter Mitwirkung von Albert Ellis die erste kognitiv-behavioral orientierte Monographie zum Thema „Counseling and psychotherapy with religious persons“ (Nielsen et al., 2001). Sie entstand, wie der Hauptautor S. L. Nielsen im Vorwort preisgibt, jedoch ebenfalls als ein Kompromiss zwischen dessen eigenen religiösen Überzeugungen und dem atheistischen Standpunkt des Nestors der kognitiven Therapie, Albert Ellis (Nielsen, 2001, xi). Ellis hatte zuvor mehrfach klargestellt, dass er – ähnlich wie einst S. Freud (Freud 1927/1999, 1930/1999) – Religion als eine pathogene oder sogar pathologische Überzeugung ansieht (Ellis, 1980a, 1980b). Diese Haltung wird nun dahingehend korrigiert, dass religiöse Überzeugungen nicht automatisch zu den irrationalen Kognitionen gezählt werden müssen, die nach den Regeln der Rational-Emotiven Therapie zu beseitigen sind. Und doch lässt sich noch die Ambitendenz des Kompromisses erkennen, wenn Nielsen et al. (2001) die Religiosität ihrer Klienten für die Methode zwar nutzen und benutzen, dabei aber ganz der Methode unterordnen, ohne selbst eine werthaltige Aussage zu treffen.

Eine Antwort aus dem Dilemma zwischen einem theoretischen Postulat von Wertneutralität der kognitiven Methode und der Unmöglichkeit von dessen Durchsetzung in der Realität besteht in der expliziten Offenlegung der weltanschaulichen Prämissen einer konkreten psychotherapeutischen Situation (Kraul, 1998). Dies gilt insbesondere dann, wenn von vorneherein feststeht, dass für die Klientin Religion oder Spiritualität eine gewichtige Rolle spielt. Eventuell kommen Klienten sogar zu einem Therapeuten, weil er seine eigene proreligiöse Werthaltung schon durch seine Therapiemethode explizit und publik macht. Diesen Fall wollen wir als „transpersonale Psychotherapie“ und im besonderen als „Transpersonale Verhaltenstherapie“ (TVT) bezeichnen.

Abgrenzung und historische Einordnung einer Transpersonalen Verhaltenstherapie

Der Begriff „transpersonal“ wird heute gleichbedeutend mit dem Begriff „spirituell“ und vornehmlich im psychologischen Kontext gebraucht. In diesem Sinne wurde er Ende der 1960er Jahre von einer Gruppe humanistischer Psychologen um Abraham Maslow eingeführt (Vich, 1988), darunter vor allem S. Grof, A. Sutich (der den Begriff erstmals in dieser Form publizierte; Sutich 1968) und V. Frankl. Maslow und seine Kollegen gingen davon aus, dass die spirituelle Befähigung des Menschen als anthropologische Grundkonstante zu den positive Lebenserfahrungen ermöglichenden psychischen Ressourcen gerechnet werden muss. Transpersonale Psychologie ist deshalb zugleich eng verknüpft mit dem psychotherapeutischen Anliegen der humanistischen Psychologie, Selbstaktualisierung bzw. eine Höherentwicklung des Menschen zu fördern (Sutich, 1973, und Weide, 1973). Lajoie & Shapiro (1992)

gelangen aufgrund einer Literaturanalyse zu folgender allgemeiner Definition: „Transpersonal psychology is concerned with the study of humanity’s highest potential, and with the recognition, understanding, and realization of unitive, spiritual, and transcendent states of consciousness.“ (Lajoie & Shapiro, 1992, 91).

Eine transpersonale Psychologie ist somit eine Form der (occidentalen/akademischen) Psychologie, die sich um die Beschreibung und Erklärung der Wechselbeziehung zwischen Transzendenz und Immanenz (personales Menschsein) bemüht, wobei sie die Existenz des Transzendenten axiomatisch voraussetzt; dies im Unterschied zur Religionspsychologie, die sich den metaphysischen Voraussetzungen ihres Untersuchungsgegenstands gegenüber neutral verhält (Moosbrugger & Zwingmann, 2004). Die Neutralität des transpersonalen Psychotherapeuten hingegen bezieht sich nicht auf sein eindeutig werthaltiges Bekenntnis zum Axiom der relevanten Existenz des Transzendenten, sondern auf seine persönlichen Vorlieben gegenüber dessen verschiedenen konfessionellen Ausgestaltungen. Transpersonale Psychotherapie versteht sich eben nicht als konfessionell festgelegt, sondern als ein jeder spirituellen Orientierung gegenüber grundsätzlich offenes Verfahren (Vaughan, 1993). Sie unterscheidet sich dadurch wiederum deutlich von der Theologie und ihrer Anwendungsform als Pastoralpsychologie oder der religiösen Schulungen anderer Traditionen. Da transpersonale Psychologie gegenüber den religiösen Traditionen Neutralität wahrt, befindet sie sich in der Nähe der Vergleichenden Religionswissenschaft, die religiöse Phänomene distanziert beschreibend betrachtet (wie die Religionspsychologie), ohne ein Bekenntnis zum „Axiom der Realität des Transzendenten“⁴.

Neben den humanistischen Eltern der transpersonalen Bewegung werden heute unter dem Begriff von transpersonaler Psychologie auch Therapieformen eingeordnet, die schon vor dem eben skizzierten Zeitraum entstanden sind. Dieser zweite, ältere Strang der transpersonalen Psychotherapien ist direkt aus der Psychoanalyse oder in Reaktion auf sie entstanden. Hierzu zählen die Analytische Psychologie C. G. Jungs (vgl. Müller & Seifert, 1998), die Initiatische Therapie K. Graf Dürckheims (vgl. Dürckheim, 1989) und die Psychosynthese R. Assagiolis (Assagioli, 1993). Als einzige der großen Psychotherapieschulen hat die Verhaltenstherapie bis heute kein wesentliches Bemühen gezeigt, den Menschen auch als religiöses Wesen ernst zu nehmen. Das führt zu einer inhaltlichen und faktischen Unterversorgung von religiösen Patienten, die befürchten müssen, mit ihrem Weltbild und ihren Anliegen von herkömmlichen (Verhaltens-)Therapeuten nicht ernst genommen zu werden, wie Miller (1988) für die Situation der USA feststellt: „The religious client, then, is often left with a

⁴ Vgl. die Zusammenstellung der Sammelbände zur Transpersonalen Psychologie und Psychotherapie: Boorstein (1980), Tart (1975), Walsh & Vaughan (1980) und Zundel & Fittkau (1989)

conflictual choice between a competent therapist hostile to cherished beliefs, or a like-minded counselor with less of the needed therapeutic expertise." (Miller, 1988, 43).

Zugehörigkeit einer TVT zur Verhaltenstherapie

Um die Zugehörigkeit der Transpersonale Verhaltenstherapie zur Verhaltenstherapie zu bestimmen, wäre eine Definition von Verhaltenstherapie erforderlich, die aufzustellen sich jedoch als schwieriges Unterfangen erweist, da es derzeit weder ein generell geteiltes wissenschaftliches Paradigma noch eine theoretisch oder historisch kohärente Begründung zu geben scheint, um zu erfassen, was Verhaltenstherapie ist und was nicht⁵. Der Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen hat in den so genannten Psychotherapie-Richtlinien das Abrechnungsverfahren Verhaltenstherapie definiert durch seinen Bezug zur wissenschaftlichen Psychologie, durch die Erstellung eines Störungsmodells und einer übergeordneten Behandlungsstrategie, „aus der heraus die Anwendung spezifischer Intervention zur Erreichung definierter Therapieziele erfolgt“.⁶ Dabei wird betont, dass als Gegenstand der Verhaltenstherapie nicht allein das äußerliche Verhalten, sondern auch interne Prozesse menschlichen Erlebens zu gelten haben. Im Anschluss werden dort typische verhaltenstherapeutische Methoden genannt (stimulus-bezogene, response-bezogene Methoden, Modelllernen, kognitive Umstrukturierung und Selbststeuerungsmethoden).

Margraf (1997) nennt in einem Grundsatzaufsatz als Prinzipien der Verhaltenstherapie:

1. Sie orientiert sich an der empirischen Psychologie
2. ist problemorientiert
3. setzt an bei Prädispositionen, auslösenden und aufrechterhaltenden Problembedingungen
4. ist zielorientiert
5. ist handlungsorientiert
6. nicht auf das therapeutische Setting begrenzt
7. ist transparent
8. gibt Hilfe zur Selbsthilfe
9. bemüht sich um ständige Weiterentwicklung
10. orientiert sich am methodologischen Behaviorismus
11. besitzt eine Störungstheorie, die auf den drei Bedingungen von 3. basiert.

⁵ Vgl. Margraf (1996)

⁶ Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen, Psychotherapierichtlinien (Fassung vom 11.12.1998), B I 1.2

Als Arbeitsdefinition von Verhaltenstherapie, die die wichtigsten derzeit gebräuchlichen, Charakteristika enthält, wird hier vorgeschlagen:

Verhaltenstherapie ist ein (a) geplantes, (b) strukturiertes, (c) explizit zielgerichtetes (d) Set von Interventionen, das (e) auf Erkenntnissen der wissenschaftlichen Psychologie basiert und (f) direkte Veränderungen von (g) dysfunktionalen kognitiven und verhaltensmäßigen Mustern (h) in funktionale Muster anstrebt, und zwar durch (i) kognitive und verhaltensmäßige Selbstkontrolle und (k) reale und vorgestellte Übung (vgl. auch Margraf, 1996).

Wenn ein transpersonales Vorgehen im Rahmen einer verhaltenstherapeutischen Intervention also als Erweiterung der Verhaltenstherapie und nicht als ein eigenständiges therapeutisches Vorgehen verstanden werden will, so muss sie dieser Definition genügen und zugleich der transpersonalen Prämisse eines nicht wertneutralen, sondern von spirituellen Zielsetzungen bestimmten Vorgehens: *Transpersonale Verhaltenstherapie ist eine Form der Psychotherapie, die dem Axiom folgt, dass Transzendenz eine für die Therapie relevante Realität besitzt, und die sich zugleich der Methodik und der theoretischen Prinzipien der Verhaltenstherapie bedient.*

Indikationen

Für die Durchführung einer TVT müssen die allgemeinen Indikationen für eine Psychotherapie, insbesondere eine Verhaltenstherapie gegeben sein. Soweit es sich um eine psychotherapeutische Behandlung und nicht um „Lebenshilfe“ oder „Beratung“ handelt, zählt hierzu, dass eine psychische Beeinträchtigung von so erheblicher Schwere vorhanden ist, dass die Person unter dieser Störung oder deren sozialen Folgen leidet und nicht aus eigener Kraft Abhilfe schaffen kann (Vorhandensein einer Achse-I- oder Achse-II-Störung). Da verhaltenstherapeutische Behandlungsmöglichkeiten für praktisch alle Achse-I und -II-Störungen zur Verfügung stehen, ist die allgemeine Indikation für eine Verhaltenstherapie damit erfüllt⁷.

Eine spezielle Indikation für eine *Transpersonale* Verhaltenstherapie besteht darüber hinaus dann, wenn

- a) der Klient mit besonderer Betonung spirituelle oder religiöse Themen in die Psychotherapie einbeziehen möchte oder

⁷ Damit ist nichts über die differentielle Indikation für eine Verhaltenstherapie gegenüber den Vor- und Nachteilen anderer Therapieverfahren ausgesagt.

- b) der Klient sich durch die psychische Symptomatik an der Verwirklichung seiner Religiosität bzw. in seinem spirituellen Wachstum behindert fühlt und darunter leidet oder
- c) die Symptomatik direkt oder indirekt aus religiösen oder spirituellen Erfahrungen erwächst oder
- d) die Symptomatik zu pathologischen Formen religiöser Gedankeninhalte, religiösen Verhaltens oder pseudo-spirituellen psychischer Zustände führt.

Ad a) Einbeziehung spiritueller Themen

Dies ist der allgemeinste Fall einer undefinierten Beziehung zwischen psychischer Problematik und Spiritualität. Der Klient hat den Wunsch bei der Behebung seiner psychischen Schwierigkeiten auch seine spirituellen Ressourcen einzusetzen. Er und seine Therapeutin können beispielsweise davon überzeugt sein, dass ein tragfähiges Vertrauen in Gott bei der Bewältigung einer Angstsymptomatik therapeutische Wirkung besitzt. Die Gottesbeziehung wird dann als Gebet Bestandteil der Entspannung in einer systematischen Desensibilisierung oder der Umstrukturierung existentieller Befürchtungen in einem kognitiven Ansatz. In den meisten derartigen Fällen kann die Spiritualität des Klienten als Ressource ein nützliches zusätzliches therapeutisches Agens bilden.

Ad b) Auswirkungen der psychischen Symptomatik auf die eigene Spiritualität

In einigen, selteneren Fällen werden Klienten eine Psychotherapie wünschen, weil sie bemerken, dass psychische Probleme ihre Religiosität behindern. Vor allem religiös sehr engagierte Personen, beispielsweise Ordensangehörige, können darunter leiden, ihren eigenen religiösen Idealen nicht gerecht zu werden. Wenn dahinter psychische Symptomatiken stecken und nicht „nur“ menschliche Unzulänglichkeiten, kann dies ein berechtigter Grund für eine Verhaltenstherapie unter Einbeziehung religiös konnotierter Therapieziele (z. B. „Nächstenliebe“) sein.

Ad c) Spirituelle und religiöse Krisen

Unter dem Begriff der spirituellen Krise bzw. dem englischen Begriff *spiritual emergency* (Grof & Grof, 1989, oder neuerdings: *spiritual emergence*) werden Zustände akuter psychischer Notfallsituationen oder anhaltender psychischer Beeinträchtigung verstanden, die unmittelbar mit spirituellen Erlebnissen in Verbindung stehen. Im Allgemein wird in der Psychologie ein genuin spirituelles Erlebensspektrum ignoriert, um so mehr die Möglichkeit, dass psychopathologische Symptome nicht durch die allgemein bekannten Ursachenfaktoren erklärbar sein könnten. Dagegen haben transpersonale Psychologen immer wieder auf den genuin anderen Charakter spirituell verursachter gegenüber sozial, biologisch oder anders psychogenen Störungen verwiesen (vgl. Grof & Grof, 1989; Scharfetter 1992). Insbesondere

in den religiösen Traditionen, die mit bewusstseinsverändernden Prozessen vertraut sind (so die fernöstlichen und die schamanischen Traditionen), sind Phänomene wie beispielsweise die Kundalini-Krankheit im indischen Yoga (Greenwell, 1995) gut bekannte Epiphänomene spiritueller Praktiken.

Auf einer ganz anderen Ebene liegen psychische Beeinträchtigungen aufgrund der schädlichen Einflüsse rigider und überfordernder religiöser Gemeinschaften. Hier kann es um die Bewältigung des sozialen Drucks bei Verbleib in der Gemeinschaft oder um den „Ausstieg“ aus der Gruppe gehen. Bei Klienten, die eine totalitäre religiöse oder pseudo-religiöse Gruppierung bereits verlassen haben, geht es zumeist um eine Bewältigung der Probleme, die in die Gruppe geführt haben oder durch deren Indoktrination in Folge des Ausstiegs entstehen (Schuldgefühl, soziale Isolation, offene Sinnfragen) (Rohmann, 2002). Das DSM-IV hat diesen beiden Phänomengruppen mit der neuen Restkategorie V62.89 („religious or spiritual problem“) Rechnung getragen (Luckoff, 1998).

Ad d) Pathologische Symptome in religiösem Gewand

Die Anerkennung, dass eine Klasse religiöser Erfahrung existiert, die als außergewöhnlicher Bewusstseinszustand als eine Phänomenklasse eigener Art von pathologischen Geisteszuständen abzugrenzen ist, bedeutet nicht die Negation solcher pathologischer Zustände. Religiöse Wahnvorstellungen oder – in milderer Form - depressive oder Persönlichkeitsstörungen, die sich in religiösen Themen quasi symptomatisch äußern, sind ernsthafte psychische Störungen und keine spirituellen Erlebensweisen. Dennoch sind sie in den Händen eines Psychotherapeuten mit einem geschulten Blick auf spirituelle Erlebenshintergründe gut aufgehoben, da er die religiösen Implikationen eher zu deuten und abzugrenzen vermag.

Voraussetzungen

Sutich (1973) fordert in einer der Pionierarbeiten zur damals neuen transpersonalen Psychotherapie als Durchführungsbedingungen *auf Therapeutenseite*, der Therapeut solle (1) sich selbst auf einem spirituellen Pfad befinden, (2) das Recht der Klientin akzeptieren, einen eigenen Pfad zu wählen, (3) das emotionale und spirituelle Wachstum der Klientin fördern, (4) die Mechanismen der Selbsttäuschung auch bei sich selbst kennen, (5) die Klientin „dort abholen, wo sie sich befindet“ (d. h. wohl auch sie von einem weniger religiösen zu einem religiöseren Pfad geleiten!). Kontrastierend zu Sutichs deutlich den Annahmen der humanistischen Schule verpflichteten Ansatz kann für eine Transpersonale Verhaltenstherapie gelten:

- 1) Die Therapeutin soll unvoreingenommen und offen einer immateriellen Realität oder einem überweltlichen Prinzip gegenüberstehen. Eine eigene gelebte Spiritualität ist dabei Voraussetzung.
- 2) Die Therapeutin soll sich ihrer eigenen Voreingenommenheiten gegenüber anderen spirituellen Pfaden als ihrem eigenen bewusst sein. Es widerspricht dem Wesen der transpersonalen Psychologie als einem Teil der Psychologie (im Unterschied z. B. zur Pastoralpsychologie als einem Teil der Theologie), wenn die Therapeutin explizit oder gar implizit nur eine bestimmte Form von Religiosität akzeptiert und fördert. Die Therapeutin muss also zu einer Trennung zwischen ihrer eigenen spirituellen Praxis und der des Klienten in Wertung und therapeutischer Durchführung in der Lage sein (vgl. Vaughan, 1993), auch wenn diese Forderung oft ein Ideal bleiben wird.
- 3) Die Therapeutin besitzt, um dieser Forderung tatsächlich nachkommen zu können, religionswissenschaftliches Grundwissen über die Kenntnis ihrer eigenen religiösen Tradition hinaus.
- 4) Die Therapeutin ist ausgebildete Verhaltenstherapeutin.

Auf der Klientenseite ist entweder eine eindeutige Haltung zu einer gelebten bzw. „erlebten“ Spiritualität einerseits oder doch ein Bedürfnis nach einem solchen Glaubensvollzug unabdingbare Voraussetzung für die Durchführung einer spirituell orientierten Verhaltenstherapie. Für transpersonale Psychotherapien sollte jeglicher Versuch einer subliminalen Indoktrination Tabu sein. Ein Klient, der keinerlei Affinität zu religiösen Inhalten verspürt, sollte folglich nicht „bekehrt“ oder „überzeugt“ werden, sondern schlicht von der Durchführung einer *transpersonalen* Therapieform ausgeschlossen bleiben. Diese Haltung leitet sich aus der ethischen Notwendigkeit ab, von Anfang an die Therapieziele von Klient und Therapeut transparent zu machen und den Klienten in seiner autonomen Wertesuche zu stärken.

Voraussetzung für die Durchführung einer Transpersonalen Verhaltenstherapie *in der Beziehung zwischen Klient und Therapeut* ist deshalb eine vorhergehende explizite Absprache, Spiritualität zur Basis der Therapie zu machen. Ohne eine solche Absprache widerspricht die „heimliche“ Einführung spiritueller Elemente in die Therapie dem Wesen der Verhaltenstherapie als einer transparenten, die Autonomie der Klientin fordernden Therapieform. Überdies wird nur durch eine solche explizite Vereinbarung der Rahmen des „Verhaltensscripts“ für die Therapie soweit erweitert, dass das Ansprechen spiritueller Themen durch den Therapeuten vom Klienten nicht als Diskrepanz zum erwarteten Verhaltensscript einer Psychotherapie erlebt wird. Andererseits muss zwischen beiden Partnern geklärt sein, dass der Therapeut nicht als religiöser Führer zur Verfügung steht (was auch den Therapeuten von überzogenen Erwartungen entlastet).

Vorgehen

Am Anfang jeder TVT steht die Erhebung einer religiösen Anamnese. Ganz besonders gezielt werden Details des Weltbildes des Klienten erfasst, die der späteren Therapiegestaltung dienen soll. Von Anfang an sollen Konflikte zwischen der therapeutischen Intention und dem Weltbild des Klienten vermieden werden. So genügt es heute oft nicht mehr, die christliche Konfessionszugehörigkeit des Klienten zu erfahren, um zu wissen, ob er sich nicht beispielsweise auch für Zen-Meditation oder die dahinter stehende buddhistische Weltanschauung interessiert oder solchen Strömungen völlig ablehnend gegenüber steht. Auch das anschließend zu entwerfende Störungsmodell wird bereits religiöse oder spirituelle Elemente enthalten, etwa ein bestimmtes, depressiogenes Gottesbild oder bestimmte unerfüllbare karitative Ideale. Entsprechend wird die Vereinbarung von Therapiezielen religiöse Elemente einschließen, die der Bewältigung der psychischen Problematik dienlich sind. Dabei muss zugleich zwischen „erlaubten“ und „unrealistischen“ Therapiezielen unterschieden werden (z. B. „mehr Vertrauen in Gottes Liebe haben“ gegenüber „Gottes Liebe direkt erfahren“).

Die einzelnen Interventionen werden schließlich als Kombination aus religiösen und profanen Therapieinhalten und ebenso aus gängigen verhaltenstherapeutischen Methoden und aus Anleihen aus dem „Methodenrepertoire“ der Weltreligionen gebildet. Wir haben es damit mit vier Teilmengen therapeutischer Elemente zu tun.

Teilmenge 1: Nicht-religiöse Inhalte

Klienten kommen mit dem Anliegen, psychopathologische Symptome zu verändern. Diese Symptomatiken gehören in die erste Teilmenge nicht-religiöser Therapieinhalte. Andererseits gehören in diese Kategorie auch die „profanen“ psychosozialen Ressourcen des Klienten, die in der Therapie aktiviert, aufgegriffen und verstärkt werden.

Teilmenge 2: Religiöse Inhalte

Negative religiöse Inhalte können in Form von „spirituellen Notfällen“ oder dysfunktionalen religiösen Kognitionen vorliegen, z. B. solchen, die zu Depressionen eher beitragen statt sie zu lindern. Umgekehrt gehören auch die spirituellen Ressourcen der Klienten in dieses Set von Therapieelementen. Spirituelle Ressourcen sind beispielsweise solche Formen von Glauben, die Vertrauen in die eigenen Möglichkeiten, in der Welt zu bestehen, fördern, indem sie Trost oder Kraft geben, oder die die Konfrontation mit der persönlichen Realität erleichtern. Bei diesem Set ist an kognitive oder emotionale Schemata zu denken wie be-

stimmte Einstellungen gegenüber Gott (McIntosh, 1995), einem spirituellen Lehrer oder einer Lehre.

Teilmenge 3: Nicht-religiöse Methoden

Dieses Set enthält alle real oder imaginativ übenden Verfahren der klassischen Verhaltenstherapie sowie die Verfahren zur Einstellungsänderung der kognitiven Verhaltenstherapie. Als diese Methoden begründendes Theorieset stehen unter anderem die Lerngesetze der klassischen und der operanten Konditionierungsverfahren, des Modelllernens (Oman & Thoresen, 2003) und der übrigen kognitiven Lerngesetze sowie die Annahmen der kognitiven Verfahren zur Verfügung, die sich auch auf religiöse Inhalte beziehen lassen (z. B. nach Nielsen et al., 2001).

Teilmenge 4: Religiöse Methoden

Dieses Methodenset erkennt an, dass die religiösen Traditionen verschiedene kognitive oder behaviorale Schulungsmethoden entwickelt haben, deren religiöser Zweck nicht im Widerspruch zu einer Einbettung in einen Gesamtplan des Aufbaus funktionalen Verhaltens steht, zu dem auch funktionales religiöses Verhalten gehört. Zu den spirituellen Methoden zählen einerseits solche, die von den traditionellen Religionen entwickelt wurden (in systematischer Form z. B. die Exerzitien des Ignatius von Loyola oder der tibetische Lamrim; Dayab & Lautwein, 2001). Dabei handelt es sich um die aktionalen Elemente der Religionen wie die Praxis von Gebeten oder Meditationen, der Vollzug von Ritualen, der Besuch von Gottesdiensten oder Unterweisungen sowie sozial-karitative Handlungen. Andererseits haben die transpersonalen Psychotherapien mitunter eigene Methoden entwickelt, so zum Beispiel die Psychosynthese R. Assagiolis (1993), die ein Repertoire von Übungen nutzt.

Orientierende Studie: Ziele, Untersuchungspopulation und Methode

Um zu erfahren, welche Bedeutung religiöse Elemente in der psychologischen Berufsausübung besitzen, wurde eine deskriptive, orientierende Befragung mittels Fragebogen angestellt. Der Fragebogen bestand aus 18 Fragen zur Bedeutung religiöser und spiritueller Bereiche in der psychologischen Arbeit, insbesondere im supervisorischen Kontext, die teilweise als Skalierungsfragen, teilweise in freiem Antwortformat vorgegeben waren.

Die Ausgangspopulation bestand aus den 78 Psychologinnen und Psychologen, die zum Untersuchungszeitpunkt (Mai 2006) in der Supervisorenliste des BDP (www.supervisorenregister.de) im Postleitzahlenbereich 1 gemeldet waren. 13 Fragebögen konnten wegen falscher Adressangaben nicht zugestellt werden. Von den verbleibenden 66 vermutlich zugestellten Fragebögen wurden 20 zurückgeschickt, von denen zwei nicht aus-

wertbar waren (somit 18 echte Responder oder 27 % auswertbarer Rücklauf). Da die Bevölkerung der Untersuchungsregion Berlin, Brandenburg und Mecklenburg-Vorpommern weltweit zu den am wenigsten religiösen Bevölkerungen zählt (ISSP 1998), war mit einer überproportional positiven Einstellung gegenüber religiösen Themen hier nicht zu rechnen. Insofern zeichnet sich im Rücklauf sicherlich bereits eine Selektion ab, die eine einfache Generalisierbarkeit der Befragung grundsätzlich einschränkt.

Ergebnisse der Untersuchung und Diskussion

Die skalierten Fragen des Fragebogens und der Grad der Zustimmung wird in der folgenden Tabelle A abgebildet.

Tabelle A. N = 18	M	s
1. Würden Sie sich selbst als religiös oder spirituell interessiert bezeichnen?	5,08 1)	3,18
2. In wie vielen Fällen haben Sie den deutlichen Eindruck gehabt, dass Ihre Klienten zumindest ein wenig religiös oder spirituell interessiert waren?	29,7 2)	20,5
3. Sind Sie in Ihrer Berufspraxis jemals mit erheblichen ethischen Fragen konfrontiert worden?	42,8 2)	32,5
4. Haben Sie versucht, diese Fragen mithilfe religiöser, weltanschaulicher oder spiritueller Überlegungen zu lösen?	32,8 2)	33,4
5. Haben jemals Klienten von sich aus explizit religiöse oder spirituelle bzw. weltanschauliche Fragen oder Anliegen angesprochen?	21,7 2)	14,7
5b) Wenn ja: Sind Sie darauf eingegangen?	61,4 2)	39,7
6. Haben Sie jemals mit Ihren Klienten explizit daran gearbeitet, eine bessere Integration weltanschaulicher, religiöser oder spiritueller Positionen in den Berufsalltag zu erreichen?	41,9 2)	31,8
7. Welchen Stellenwert haben die [in Tabelle B] genannten Konzepte oder Methoden in Ihrer Arbeit?	2,8 1)	2,9
8. Falls dies zutrifft: Wie viele Ihrer Klienten reagieren auf diese Konzepte und Methoden positiv?	43,3 2)	36,8

1) Die Zahlen beziehen sich auf eine elfstufige Skala (0-10) mit zunehmendem Zustimmungsgrad;

2) Die Zahlen beziehen sich auf eine Prozentskala (0-100%) mit der Formulierung: „in ...% der Fälle“

Tabelle B:	Nen-
-------------------	------

	nungen
<i>Welche der folgenden Methoden benutzen Sie zumindest gelegentlich in Ihrer Arbeit?</i>	
Meditation / Achtsamkeitstraining	12
Methoden der transpersonalen / integralen Psychologie	3
Gebete oder Rituale	4
Astrologie, Enneagramm, I Ging	0
Andere divinatorische Methoden z. B. Tarotkartenlegen, Pendeln etc.	0
Zitieren, Diskutieren oder Erzählen religiöser Literatur, von Mythen etc.	6
Im Gespräch spirituelle Anregungen geben, z. B. Arbeit im religiösen Kontext zu sehen	4
<i>Eigene Nennungen: verwendete Methoden aus ursprünglich religiösem Kontext:</i>	
buddhistisches Denken	1
Focussing	1
Symboldeutung und Imagination nach C. G. Jung	1
Katathmyes Bilderleben	1
Imagination	1
Entspannungserfahrungen	1
Anregungen aus dem Schamanismus	1
Hypnotherapie	1
Sufigeschichten	1
Kommunikationstraining / „Einander-Verstehen“	1

<i>Mit welchem Ziel benutzen Sie solche Konzepte oder Methoden?</i>	
Selbsterfahrung bzw. –entwicklung der Klienten	11
religiöses bzw. spirituelles Wachstum der Klienten	3
Diagnostik	4
Veränderung beruflicher Verhaltensweisen	5
Veränderung beruflich relevanter Einstellungen	8
<i>Eigene Nennungen:</i>	
Integration in die Gemeinschaft, neue Perspektiven erarbeiten	1
sozialer Zusammenhalt stärken und Befreiung von Krankheit	1
Bemühe mich, nicht selbst etwas einzusetzen, sondern die Freiheit der Klienten zu fördern	1

Unter den – ca. 27 % der befragten Grundgesamtheit abbildenden – 18 echten Respondern waren nur zwei, für die laut eigenem Bekunden Religiosität oder Spiritualität keine Rolle spielt. Da vorsichtigerweise davon auszugehen ist, dass die Mehrheit der 48 Non-Responder kein Interesse am Themenbereich „Psychologische Praxis und Spiritualität“ besitzt, lässt sich bezogen auf die Gesamtstichprobe aus den Antworten zur ersten Frage doch die Aussage ableiten, dass für *mindestens* 24 % (16 von 66) der Grundgesamtheit von als Supervisor tätigen Psychologen Religion oder Spiritualität eine persönliche Bedeutung besitzt. Dabei ist eine inhaltliche Eingrenzung der Begriffe „Religiosität“ und beziehungsweise versus „Spiritualität“ ebenso wie in der wissenschaftlichen Literatur (vgl. Krishnakumar 2002) auch innerhalb der Stichprobe schwierig. Als ein Abbild der Gesamtgesellschaft finden sich in den erläuternden Kommentaren zu Frage 1 nicht nur Aussagen wie „Ich bin in einer Kirchengemeinde sehr aktiv“, die eine religiöse Bindung traditionellen Typs nahe legt, sondern überwiegend Bekenntnisse zu einer nicht institutionell gebundenen Spiritualität („Ich bin von einer übergeordneten Sinnhaftigkeit überzeugt, die wir selbst mitgestalten und die uns führt“).

Angesichts einer vermutlich selektierten Stichprobe verwundert die Häufigkeit nicht, mit der spirituelle oder religiöse Anliegen von den befragten Supervisoren in ihrer Arbeit wahrgenommen werden. Wenn Supervisoren – bei einer relativen breiten Streuung - in 42% der Fälle versuchen, eine Integration religiöser, spiritueller oder weltanschaulicher Themen in den Berufsalltag ihrer Klienten zu erreichen (Frage 6), spricht das für die Relevanz, die die Untersuchungsstichprobe dem Thema beimisst. Auch die Antworten in freiem Antwortformat verraten eine erstaunliche Offenheit bei dieser Gruppe von Supervisoren, sich mit spirituellen Problemen jeder Form auseinanderzusetzen. So wird auf ethische Problemstellungen von den Befragten nicht nur in Form eines offenen Diskurses, sondern durchaus auch einmal mit Rekurs auf die Bibel, auf kirchengeschichtlich-theologische Aspekte oder aus einer überkonfessionelle spirituellen Perspektive heraus geantwortet.

Ein klarer Trend ist bei den angewandten spirituellen oder ursprünglich religiösen Methoden zu erkennen: Sehr hoch ist die Zahl der Personen (12, also 2/3 der Stichprobe), die erklären, sie hätten Methoden aus Meditations- oder Achtsamkeitsverfahren in ihren Sitzungen angewandt. Dagegen werden typisch „esoterische“ Techniken wie Astrologie in der Stichprobe gänzlich gemieden.⁸ Ebenso zeichnet sich bei den Zielsetzungen des Einsatzes „spiritueller Methoden“ ein deutlicher Trend ab, diese vorwiegend um der Selbsterfahrung und -entwicklung der Klienten willen sowie zur Veränderung beruflich relevanter Einstellungen zu nutzen.

⁸ Dass dies nicht für alle Supervisoren und Coaches in Berlin zutrifft beweist ein durch viele Publikationen (vor allem im Bereich Bewerbungstraining) bekannter Coach, der sich in einem öffentlichen Vortrag 2005 zur Astrologie als Beratungsmethode bekannte.

Zugleich gibt es jedoch in der Stichprobe nicht eine einzige Psychologin, die sich nicht ihrer professionellen Heimat in der akademischen Psychologie sehr bewusst wäre. Darauf deuten typische ergänzende Kommentare hin von der Art: „Ich bringe nicht selbst religiöse Konzepte ein, sondern begleite den Klienten in seinem Prozess“ beziehungsweise „Ich gehe mit religiösen Konzepten des Klienten ebenso um wie mit anderen Einstellungen und Konzepten“. Als Beispiel für letzteres Statement wird der „sokratische Dialog“ genannt, den man aus der Kognitiven Verhaltenstherapie kennt. Supervisoren sind also im professionellen Bereich selbst dann keine „Esoteriker“, wenn sie persönlich, wie eine Kollegin schreibt, „sowohl Zen-Meditation praktizieren als auch Katechetin in einer christlichen Kirche“ sind, und ein religiöser Fundamentalismus ist aus keiner der Äußerungen in der Untersuchungsstichprobe zu entnehmen. Erstaunlich viele von ihnen aber sind dazu in der Lage, auf existentielle Sorgen von Klienten in einer Weise zu reagieren, die eine ebenso existentielle Antwort nicht scheut.

Literatur:

- Assagioli, R. (1993). *Psychosynthese: Handbuch der Methoden und Techniken*. Reinbek: Rowohlt
- Belschner, W., Piron, H., Walach, H. (Hg.) (2005). *Bewusstseins transformation als individuelles und gesellschaftliches Ziel*. Münster: Lit
- Bergin, A. E. (1980). Psychotherapy and religious values. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 48, 95-105
- Bergin, A. E. (1991). Values and religious issues in psychotherapy and mental health. *American Psychologist*, 46 (4), 394-403
- Boorstein, S. (ed.) (1980). *Transpersonal Psychotherapy*. Palo Alto: Science and Behavior Books
- Crombach, G. (1980). Verhaltensmodifikation und transpersonale Psychologie: Eine kleine Provokation, in: *Verhaltensmodifikation*, 1 (3), 96-104
- D'Souza, R. F. & Rodrigo, A. (2004). Spiritually augmented cognitive behavioral therapy, in: *Australasian Psychiatry*, 12 (2), 148-152
- Dayab Rinp., L. S. & Lautwein, T. (2001). *Achtsamkeit und Versenkung*. München: Diederichs
- Demling, J. H. (2004). *Zum Stellenwert der Religion in der Psychotherapie: Historischer Rückblick*. In: Zwingmann, Christian; Moosbrugger, Helfried (Ed.), *Religiosität: Messverfahren und Studien zu Gesundheit und Lebensbewältigung*. Neue Beiträge zur Religionspsychologie (S. 41-55). Münster: Waxmann
- Demling, J. H., O'Connolly, T. A. & Wörthmüller, M. (2001). *Psychotherapie und Religion*.

- Eine repräsentative Umfrage unter fränkischen Psychotherapeuten. *Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie*, 51, 76-82
- Deutscher Bundestag (Hg.) (1998). *Abschlußbericht der Enquete-Kommission „Sogenannte Sekten und Psychogruppen“*
- Dürckheim, K. Graf (1989). *Transzendenz als Erfahrung*. In: Zundel, E. & Fittkau, B. (Hg.): *Spirituelle Wege und Transpersonale Psychotherapie*. Paderborn: Junfermann
- Ellis, A. (1980a), Psychotherapy and atheistic values: A response to A. E. Bergin's 'Psychotherapy and religious values'. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 48, 635-639
- Ellis, A. (1980b). *The case against religion: A psychotherapist's view and the case against religiosity*. Austin: American Atheist Press
- Freud S. (1999, Orig. 1930). *Das Unbehagen in der Kultur*, in: *Gesammelte Werke*, XIV, Frankfurt: Fischer, 443
- Freud, S. (1999, Orig. 1927). *Die Zukunft einer Illusion*, in: *Gesammelte Werke*, XIV, Frankfurt: Fischer, 367
- George, L. K., Larson, D. B.; Koenig, H. G.; McCullough, M. E. (2000). Spirituality and health : What we know, what we need to know. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 19 (1), 102-116
- Greenwell, B. (1995). *Energies of Transformation: A Guide to the Kundalini Process*. Saratoga, CA: Shakti River Press
- Grof, S. & Ch. Grof (ed.) (1989). *Spiritual Emergency: When Professional Transformation Becomes a Crisis*. New York: Tarcher
- Grom, B. (2004). *Religiosität - psychische Gesundheit - subjektives Wohlbefinden: Ein Forschungsüberblick*, in: Zwingmann, Ch. & Moosbrugger, H. (Ed.). *Religiosität: Messverfahren und Studien zu Gesundheit und Lebensbewältigung*. Neue Beiträge zur Religionspsychologie, 187-214. Münster: Waxmann
- Hildemann, K. D. & Potthoff, P. (Hg.) (1997). *Psychotherapie – Quo vadis?* Göttingen: Hogrefe
- Hundt, U. (2003). Psychotherapie und Spiritualität. Eine qualitative Studie über die Integration spiritueller Konzepte und Methoden in die psychotherapeutische Arbeitsweise. *Journal für Psychologie*, 11 (4), 368-386
- ISSP (1998): *International Social Survey Programme 1998, Religion II* (Datenpool für Sozialwissenschaftler)
- Johnson, E. L. & Sandage, S. L. (1999). A postmodern reconstruction of psychotherapy: orienteering, religion, and the healing of the soul. *Psychotherapy*, 36 (1), 1-15
- Johnson, W. B., Devries, R., Ridley, C. R. & Pettorini, D. (1994). The comparative efficacy of Christian and secular rational emotive therapy with Christian clients. *Journal of Psychol-*

- ogy and Theology*, 22 (2), 130-140
- Jordahl, D. (1990). *Psychotherapeuten denken religiös. Eine überraschende Bilanz*. Olten: Walter
- Kaiser, P. (2001). *Arzt und Guru. Die Suche nach dem richtigen Therapeuten in der Postmoderne*. Marburg: diagonal.
- Koenig, H. G. & Pritchett, J. (1998). *Religion and Psychotherapy*, in: H. G. Koenig (ed.) (1998). *Handbook of Religion and Mental Health*. Oxford: Elsevier Books
- Koenig, H. G. (ed.) (1998). *Handbook of Religion and Mental Health*. Oxford: Elsevier Books
- Koenig, H. G., McCullough, M. E. & Larson, D. B. (2001). *Handbook of Religion and Health*. Oxford University Press.
- Kraul, A. (1998). Die Wertorientierung. Die ideengeschichtliche Bedeutung von Wertorientierungen im Psychotherapieschulenvergleich. In *Psychotherapeut*, 43 (1), 32-38
- Krishnakumar, S. & Neck, Ch. P. (2002): The "what", "why" and "how" of spirituality in the workplace. *Journal of Managerial Psychology* 17 (3), 153 - 164
- Lajoie, D. H. & Shapiro, S. I. (1992). Definitions of Transpersonal Psychology – The first 23 years, in: *Journal of Transpersonal Psychology*, 24 (1), 79-98
- Ludwig, M. & Plaum, E. (1998). "Glaubensüberzeugungen" bei Psychotherapeutinnen/Psychotherapeuten. *Zeitschrift für Klinische Psychologie, Psychiatrie und Psychotherapie*, 46 (1), 58-83
- Lukoff, D. (1998). From Spiritual Emergency to Spiritual Problem: The Transpersonal Roots of the New DSM-IV Category, *Journal of Humanistic Psychology*, 38(2), 21-50
- Margraf, J. (1997). *Möglichkeiten und Grenzen der Verhaltenstherapie*, in: Hildemann, K. D. & Potthoff, P. (Hg.): *Psychotherapie – Quo vadis?* Göttingen: Hogrefe
- Margraf, J. (Hg.) (1996). *Lehrbuch der Verhaltenstherapie*, Berlin: Springer, Bd. 1, 3ff.
- McIntosh, D. (1995). Religion-as-schema, with implications for the relation between religion and coping. *The International Journal for the Psychology of Religion*, 5 (1), 1-16
- Miller, W. R. & Martin, J. E. (1988) (Ed.). *Behavior therapy and religion. Integrating spiritual and behavioral approaches to change*. Newbury Park: Sage
- Miller, W. R. (1988). *Including Clients' Spiritual Perspectives in Cognitive-Behavior Therapy*. In: Miller, W. R. & Martin, J. E. (1988) (Ed.): *Behavior therapy and religion. Integrating spiritual and behavioral approaches to change*. Newbury Park: Sage
- Müller, L. & Seifert, Th. (1989). *Die Analytische Psychologie C. G. Jungs als Form transpersonaler Psychologie*. In: Zundel, E. & Fittkau, B. (Hg.): *Spirituelle Wege und Transpersonale Psychotherapie*. Paderborn: Junfermann
- Nielsen, S. L., Johnson, W. B. & Ellis, A. (2001). *Counseling and psychotherapy with religious persons*. Mahwah: Lawrence Erlbaum
- Oman, D. & Thoresen, C. E. (2003). Spiritual modeling: A key to spiritual and religious

- growth? *The International Journal for the Psychology of Religion*, 13 (3), 149-165
- Orlinsky, D. (2005). *Die Spiritualität von Psychotherapeuten*, in: J. Galuska & A. Pietzko, *Psychotherapie und Bewusstsein. Spirituelle und transpersonale Dimensionen der Psychotherapie*, Bielefeld: J. Kamphausen
- Pecheur, D. & Edwards, K. J. (1984). A comparison of secular and religious versions of cognitive therapy with depressed christian college students. *Journal of Psychology and Theology*, 12 (1), 45-54
- Piron, H. (2005). *Meditatives Gewahrsein in der Verhaltenstherapie: Auf dem Weg zu einer Transpersonalen Wende?*, in: Belschner, W., Piron, H., Walach, H. (Hg.), *Bewusstseins-transformation als individuelles und gesellschaftliches Ziel*, 147-173, Münster: Lit
- Propst, L. R., Ostrom, R., Watkins, P., Dean, T. & Mashburn, D. (1992), Comparative efficacy of religious and nonreligious cognitive-behavioral therapy for the treatment of clinical depression in religious individuals. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60 (1), 94-103
- Rohmann, D. (2002). Von Riesen und Zwergen: Überlegungen und Tipps für die Arbeit mit Kultmitgliedern, -aussteigern und deren Angehörigen, in: *Wege zum Menschen*, 54, (2)
- Scharfetter, Christian (1992), *Der spirituelle Weg und seine Gefahren*. Stuttgart: Enke
- Shafranske, E. & Maloney, H. (1990). Clinical psychologists' religious and spiritual orientations and their practice of psychotherapy. *Psychotherapy*, 27 (1), 72-78
- Stavemann H. H. (2002). *Sokratische Gesprächsführung in Therapie und Beratung: eine Anleitung für Psychotherapeuten, Berater und Seelsorger*. Weinheim: Beltz/PVU
- Sutich, A. J. (1968). Transpersonal Psychology: An emerging force, *Journal of Humanistic Psychology*, 1, 77-78
- Sutich, A. J. (1973). Transpersonal Therapy, in: *Journal of Transpersonal Psychology* 5, 1-6
- Tart, C. T. (ed.) (1975). *Transpersonal psychologies*. New York: Harper & Row
- Utsch, M. (2005). *Religiöse Fragen in der Psychotherapie. Psychologische Zugänge zu Religiosität und Spiritualität*. Stuttgart: Kohlhammer
- Vaughan, F. (1993). *Psychotherapy and Spiritual Practice*. Vortrag, gehalten auf der Jahrestagung der Association for Transpersonal Psychology
- Vich, M. A. (1988). Some historical sources for the term „transpersonal“, *Journal of Transpersonal Psychology*, 20 (2), 107-110
- Walsh, R. N. & Vaughan, F. (ed.) (1980). *Beyond ego: Transpersonal dimensions in psychology*. Los Angeles: J. P. Tarcher
- Weber, M. (1917). Der Sinn der „Wertfreiheit“ der soziologischen und ökonomischen Wissenschaften, in: *Logos*, 7 (1)
- Weide, Th. N. (1973). Varieties of Transpersonal Therapy, in: *Journal of Transpersonal Psychology*, 5, 7-14

Zundel, E. & Fittkau, B. (Hg.) (1989). *Spirituelle Wege und Transpersonale Psychotherapie*. Paderborn: Junfermann

Zwingmann, Ch. & Moosbrugger, H. (2004): *Einleitung*, in: Zwingmann, Ch. & Moosbrugger, H. (Ed.) (2004). *Religiosität: Messverfahren und Studien zu Gesundheit und Lebensbewältigung*. Neue Beiträge zur Religionspsychologie. Münster: Waxmann

Zwingmann, Ch. & Moosbrugger, H. (Ed.) (2004). *Religiosität: Messverfahren und Studien zu Gesundheit und Lebensbewältigung*. Neue Beiträge zur Religionspsychologie. Münster: Waxmann