

Religiosität und Spiritualität in der Psychotherapie

Matthias Richard & Henning Freund

Zusammenfassung: Spiritualität und Religiosität ist für eine beachtliche Anzahl von Psychotherapeuten und Patienten ein wichtiger Lebensbereich. Welche Rolle spirituelle und religiöse Aspekte in der Psychotherapie spielen oder spielen sollten, wird kontrovers diskutiert. Spirituelle und religiöse Elemente finden zunehmend Eingang in psychotherapeutische Konzepte. Dieser Beitrag stellt Ergebnisse aus Befragungen von Psychotherapeuten und Patienten zusammen, die verdeutlichen, dass der Einbezug von spirituellen und religiösen Themen wichtig und hilfreich sein kann. Ethische Fragen, die in diesem Kontext häufiger auftauchen, werden diskutiert. Es wird beschrieben, wie spirituelle bzw. religiöse Interventionen sich definieren lassen und inwiefern der Einsatz von religiösen/spirituellen Elementen in der Psychotherapie als psychotherapeutische Intervention verstanden werden kann – auch in Abgrenzung zu Seelsorge bzw. spiritueller Beratung.

Religiosität und Spiritualität bei Psychotherapeuten

Lange Zeit galten Psychotherapeuten eher als säkular und gegenüber Religion kritisch bis indifferent eingestellt. Dieses Psychotherapeutenbild hatte mehrere Gründe. Die akademische Psychologie als die Hauptbezugswissenschaft hat sich immer als eine säkulare Wissenschaft verstanden. In ihrer rasanten Entwicklung im 20. Jahrhundert besetzte sie zunehmend Deutungs- und Handlungsfelder, die bis dahin der Theologie und kirchlichen Institutionen vorbehalten waren. Bis in die 1980er-Jahre wurde in der klinischen Psychologie vorwiegend zu negativen Auswirkungen von Religion auf psychische Gesundheit geforscht, erst später kamen auch die gesundheitsförderlichen Aspekte ins Blickfeld (Klein & Albani, 2011). Einflussreiche Begründer von psychotherapeutischen Schulen wie Sigmund Freud oder Albert Ellis betrachteten die Religiosität ihrer Patienten eher als Hinderungsgrund auf dem Weg zu einer reifen und rationalen Auseinandersetzung mit sich selbst und der Welt. Am dezidiertesten ist die Religionskritik von Freud in seiner Schrift „Die Zukunft einer Illusion“ aus dem Jahr 1927 formuliert worden. Darin bezeichnete er illusionäres Wunschenken und infantiles Anlehnungsbedürfnis als die entscheidenden Faktoren bei der Entstehung von Religiosität. Jedoch nur wenige Jahre später vertrat C. G. Jung (1940) die Auffassung, dass nahezu alle psychischen Probleme eine religiöse Di-

mension besitzen und daher Religion konstruktiv in die Psychotherapie einzubeziehen sei. Auch andere Wegbereiter der Psychotherapie wie Viktor Frankl oder Carl Rogers erkannten den existenziellen Wert der Religion bei der Krisenbewältigung an (Demling, 2004). Neuere psychoanalytische Autoren diskutieren die Fähigkeit, etwas glauben zu können, als bedeutsam für psychische Gesundheit (Britton, 1998). In der Verhaltenstherapie ist neuerdings bei den sogenannten „Verfahren der Dritten Welle“ eine Renaissance religiös/spiritueller Konzepte aus dem Kontext des Buddhismus und fernöstlicher Religionen zu beobachten (Hathaway & Tan, 2009).

Eine empirische Überprüfung, wie es nun tatsächlich um die persönliche Einstellung von Psychotherapeuten zu Religiosität und Spiritualität bestellt ist und welche Bedeutung diese Dimension im jeweiligen praktischen therapeutischen Handeln hat, erfolgte erst relativ spät seit den 1980er-Jahren. Der größte Teil der Befunde stammt aus den USA, einem Land mit umfangreicher religionspsychologischer Forschungstradition. In Deutschland sind einige wenige, aber dennoch sehr aussagekräftige Studien durchgeführt worden. Eine genaue Unterscheidung der kulturellen Kontexte, in der die Daten erhoben wurden, ist unabdingbar, da Religion als wichtige Determinante von Kultur verstanden werden muss (Cohen, 2009). Aufgrund der ungleich höheren Bedeutung

von Religion in der nordamerikanischen Gesellschaft und des speziellen religionsgeschichtlichen Hintergrunds der USA dürfen die Befunde nur mit Vorsicht übertragen werden. So wird in Deutschland die religiöse Haltung viel stärker als in den USA dem ganz privaten Bereich zugeordnet, während in den USA die Religiosität einen mehr öffentlichen Charakter hat. Entsprechend wird sich ein Gespräch über Glauben/Spiritualität für eine deutsche Person „persönlicher“ oder „näher“ anfühlen als für eine amerikanische.

Die Wissenschaftler sind dazu übergegangen, bei den Psychotherapeuten nicht nur die konfessionelle Zugehörigkeit und die Selbstbezeichnung als „religiös“ zu erfragen, sondern auch den Spiritualitätsbegriff zu verwenden.¹ Damit folgen sie einem allgemeinen Trend in den Gesundheits- und Sozialwissenschaften, der eine substantielle Zunahme des Terminus „spirituell“ in der Selbstbezeichnung von Menschen und auch in wissenschaftlichen Untersuchungen beinhaltet (Utsch & Klein, 2011). So stuften sich Psychologen in den USA (Delaney, Miller & Bisonó, 2007) im Vergleich zu einer früheren Untersuchung (Bergin & Jensen, 1990) nicht als religiöser ein, auffällig jedoch war die hohe Bedeutung, die sie neuerdings der Spiritualität beimaßen.

Diese aktuelle Tendenz von US-amerikanischen Psychotherapeuten, sich in ihrer eigenen weltanschaulichen Ausrichtung eher als „spirituell“ und nicht als „religiös“ zu bezeichnen, deckt sich auch mit neueren Befunden für die deutschen Fachkollegen. Die Ergebnisse einer repräsentativen Studie (Hofmann & Walach, 2011) an am-

¹ Die Begriffe „Religiosität“ und „Spiritualität“ sind aufgrund ihrer Komplexität sehr unterschiedlich gebraucht und definiert worden (vgl. Zinnbauer & Pargament, 2005). Wir möchten uns nicht an dieser Diskussion beteiligen, sondern nur die Tatsache aufgreifen, dass Menschen heutzutage beide Begriffe verwenden, um sich selbst in ihrer Beziehung zum Transzendenten zu beschreiben.

bulant arbeitenden Psychologischen Psychotherapeuten in Deutschland sind beeindruckend. Über die Hälfte der Psychotherapeuten bezeichneten ihre persönliche Glaubensüberzeugung entweder als religiös (20,7%) oder spirituell (36,3%), nahezu zwei Drittel (63%) gaben an, ein oder mehrmals in ihrem Leben ein bedeutsames religiöses oder spirituelles Erlebnis gehabt zu haben. Die Befragten schätzten, dass etwa 22% ihrer Patienten religiöse/spirituelle Themen im Verlauf der Psychotherapie einbrachten. In diesem Zusammenhang berichteten 81% der Psychotherapeuten, entweder gar nicht oder kaum in ihrer Psychotherapieausbildung auf diese Themenstellungen vorbereitet worden zu sein und 66% wünschten sich explizit eine stärkere Berücksichtigung in der Psychotherapieausbildung. Insgesamt betrachtet, deutet die Studie auf eine hohe Relevanz von Religiosität und Spiritualität in unterschiedlichen Facetten für Psychotherapeuten hin.

Zu derselben Einschätzung gelangte eine regional begrenzte Untersuchung, welche im fränkischen Teil von Bayern niedergelassene und angestellte ärztliche Psychotherapeuten sowie Psychologische Psychotherapeuten in freier Praxis einschloss (Demling, Wörthmüller & O'Connolly, 2004). Etwa drei Viertel der Befragten bezeichneten sich selbst als „religiös praktizierend“ oder zumindest „religiös eingestellt“. In der Arbeit mit den Patienten konnte sich die Hälfte der Psychotherapeuten den Einbezug eines Seelsorgers prinzipiell vorstellen. In der Teilgruppe der Psychologischen Psychotherapeuten gaben rund 20% der Befragten an, schon öfters für ihre Patienten gebetet zu haben. Somit konnten die Autoren nicht nur die hohe Bedeutung von Religiosität und Spiritualität für Psychotherapeuten feststellen, sondern auch erste Einblicke gewinnen, wie dies in der konkreten Praxis aussieht. Die Rücklaufquote der Befragung war mit über 70% erstaunlich gut. Allerdings wird die Repräsentativität dieser Studie durch die recht hohe einseitige Konfessionszugehörigkeit in der Untersuchungsregion eingeschränkt.

Noch mehr Tiefenschärfe in diesem Bereich besitzt die qualitative Studie von

Hundt (2003), die mit biographischen Interviews die konkrete Arbeitsweise von Psychotherapeuten aus dem humanistischen Psychotherapiespektrum in Berlin erkundet hat. Für die Befragten gehörte der Einbezug von „spirituellen Konzepten“ und „östlichen“ Heilungstechniken mit zum Interventionsrepertoire. Alle Befragten lehnten es jedoch explizit ab, von sich aus das Thema Spiritualität in der Psychotherapie einzubringen. Die Autorin fand einen Widerspruch zwischen dieser Grundhaltung und der Formulierung von Psychotherapiezielen für die Klienten, die sehr wohl religiöse bzw. spirituelle Inhalte mittransportierten. Sie schlussfolgert, dass von einer ideologischen Neutralität bei ihrem Sample nicht ausgegangen werden kann, und diskutiert die Möglichkeit einer weltanschaulichen Beeinflussung von Klienten durch Psychotherapeuten. Damit ist die wichtige Frage nach der weltanschaulichen oder religiösen Neutralität der Psychotherapeuten aufgeworfen. Die ethischen Implikationen einer Integration von religiösen/spirituellen Themen im Behandlungsverlauf werden neuerlich sehr heftig diskutiert. Dazu gehören insbesondere ethische Prinzipien wie Selbstbestimmung und informierte Einwilligung (*informed consent*) der Patienten sowie Nutzen-/Schadensabwägung durch den Psychotherapeuten (Gonsiorek, Richards, Pargament & McMinn, 2009; Rosenfeld, 2011).

In umgekehrter Perspektive bleiben Psychotherapeuten in ihrer Arbeit auch nicht unbeeinflusst von der Religiosität ihrer Patienten. Es gibt Hinweise darauf, dass sie zu einem höheren Psychopathologie-Rating bei Patienten neigen, die einer religiösen Gruppierung abseits der christlichen Mainstream-Religiosität angehören (O'Connor & Vandenberg, 2005). Da in Deutschland zunehmend mehr Menschen mit Migrationshintergrund eine psychotherapeutische Behandlung aufsuchen, häuft sich auch die interkulturelle Begegnung mit unvertrauten religiösen Überzeugungen. Daraus ergibt sich für Psychotherapeuten die Notwendigkeit, sich in fremde religiöse Vorstellungswelten und deren Gesundheits-/Krankheitskonzepte einzudenken (Agorastos, 2010; Erim, 2009).

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass das anfangs gezeichnete religionskritische bis -indifferente Psychotherapeutenbild sich in Deutschland nicht mit den empirischen Befunden deckt. Der überwiegende Teil der Psychotherapeuten hält sich selbst für spirituell oder religiös, wobei die Selbstbezeichnung „spirituell“ zunehmend mehr Bedeutung gewinnt und sogar über den Selbstzuschreibungen in der deutschen Allgemeinbevölkerung liegt (Religionsmonitor der Bertelsmann Stiftung, 2008). Das anfangs erwähnte Bild von Psychotherapeuten ist wohl eher durch ein Unbehagen mit der kirchlich-institutionellen Seite von Religion bedingt, während die persönliche existenzielle Auseinandersetzung mit dem Transzendenten für Psychotherapeuten durchaus als berechtigt und wünschenswert gilt. Auch in der praktischen psychotherapeutischen Arbeit kommen religiöse/spirituelle Konzepte und Themen durchaus vor. Dennoch wird deutlich, dass es für das Verständnis von Religiosität/Spiritualität im psychotherapeutischen Kontext nicht reicht, die persönlichen Einstellungen von Psychotherapeuten zu diesem Themenkomplex zu analysieren. Vielmehr muss der Blick auf die Bedürfnisse der Patienten und vor allem die therapeutische Beziehung ausgeweitet werden, um die Bedeutung der religiösen/spirituellen Dimension des Menschseins im psychotherapeutischen Behandlungsprozess angemessen erfassen zu können.

Erwartungen und Bedürfnisse von Patienten

Interessanterweise gibt es so gut wie keine Untersuchungen zu Religiosität und Spiritualität bei Psychotherapiepatienten in Deutschland. In den USA hingegen ist dies ein intensiv beforschtes Feld (Post & Wade, 2009). Der Fokus in diesem Forschungsfeld liegt fast ausschließlich auf den Erwartungen und Bedürfnissen von Patienten hinsichtlich Religiosität und Spiritualität in der Psychotherapie. Während die meisten Studien sich mit sehr religiösen Patienten in konfessionell gebundenen Beratungs- und Psychotherapieeinrichtungen beschäftigen, dürfte die beste Vergleichbarkeit mit den deutschen Verhältnissen bei Stichproben bestehen, die

im nichtkonfessionellen Psychotherapiesetting erhoben wurden.

Rose, Westefeld und Ansley (2001) befragten Patienten in Beratungseinrichtungen, die zum Teil (40%) gar keine Zugehörigkeit zu einer religiösen Gruppe angegeben hatten oder sehr unterschiedlichen religiösen Gruppen (60%) angehörten. Die Mehrheit der Patienten (63%) hielt eine Thematisierung von Religiosität und Spiritualität für angemessen und wünschte eine Berücksichtigung in der Beratung (53%). Lediglich 18% wünschten, nicht darüber zu sprechen. Als Gründe nannten sie die mangelnde Relevanz für das persönliche Problem oder die Bevorzugung eines Geistlichen für diesen Bereich. Dass Religion auch ursächlich mit ihren Problemen und Beeinträchtigungen in Zusammenhang stehe, vermuteten in einer anderen Studie rund ein Fünftel der Befragten in Studentenberatungsstellen (Johnson & Hayes, 2003). Häufig genannte Probleme waren Konflikte mit religiösen Werten oder die Überzeugung, für die eigenen Sünden bestraft zu sein.

Eine spezielle Gruppe von Patienten in der psychotherapeutischen Praxis sind hochreligiöse Patienten. Dabei handelt es sich um Patienten, die nicht nur einer Kirche oder religiösen Gruppierung angehören, sondern deren Glaube das wichtigste Motiv der Lebensführung ist. Dieser Typus wurde in der Religionspsychologie von Gordon Allport mit dem Begriff „Intrinsisch Religiöse“ umschrieben. Damit meinte Allport Menschen, die dem Glauben als Hauptmotiv alle anderen Bedürfnisse unterordnen und versuchen, ihre religiösen Überzeugungen auch konkret im Leben wirksam werden zu lassen (Allport & Ross, 1967, S. 434). Stefan Huber hat im deutschsprachigen Raum den Ansatz von Allport zu einem Konzept der „Zentralität“ des religiösen Überzeugungssystems eines Menschen weiterentwickelt (Huber, 2003). Hochreligiöse Patienten sind demnach Menschen, bei denen die Religiosität eine zentrale Position in der Persönlichkeit einnimmt und übergeordnet bestimmend für die Lebensführung ist.

In diesem Zusammenhang verwundert es nicht, dass sehr religiöse Patienten spezifi-

sche Erwartungen an die Psychotherapeuten und deren therapeutisches Vorgehen haben. In einer qualitativen Untersuchung mit zehn religiösen Patienten berichteten diese, vor Psychotherapiebeginn befürchtet zu haben, dass der Psychotherapeut ihren Glauben ignorieren oder unsensibel behandeln könnte (Mayers, Leavey, Vallianatou & Baker, 2007). Die meisten dieser Patienten bezeichneten aber die Psychotherapie bei einem säkularen Psychotherapeuten als eine insgesamt positive Erfahrung mit sogar glaubensstärkenden Impulsen. Die therapeutische Allianz wurde umso stärker empfunden, je mehr Akzeptanz und Respekt der Psychotherapeuten religiösen Überzeugungen des Patienten gegenüber zum Ausdruck brachte.

Hochreligiöse Patienten haben häufig auch den Wunsch nach spezifischen Interventionen, die sie in ihrer eigenen Glaubenspraxis als hilfreich erlebt haben. Dazu gehören zum Beispiel das laut gesprochene Gebet in der Psychotherapiesitzung oder die Beschäftigung mit heiligen Schriften (Belaire & Young, 2002). Aus diesem Grund suchen sie bevorzugt Psychotherapeuten auf, die explizit der eigenen Glaubensrichtung zugehörig sind. Diese hohe Passung zwischen Patienten und Psychotherapeuten auf der religiösen/weltanschaulichen Ebene wurde von Martinez, Smith und Barlow (2007) in einem mormonischen Beratungszentrum in den USA untersucht. Erwartungsgemäß beurteilten die ebenfalls mormonischen Patienten viele therapeutische Interventionen mit religiösem Bezug als hilfreich, wie beispielsweise die Ermutigung zu Vergebungsprozessen oder die Selbstöffnung des Psychotherapeuten in Bezug auf die eigene Religiosität/Spiritualität. Bemerkenswerterweise waren bestimmte religiöse Handlungen wie Handauflegen oder gemeinsames Gebet in ihrer Sichtweise für die Psychotherapie nicht angemessen, sondern wurden dem Verantwortungsbereich von Geistlichen zugeordnet. Die befragten Patienten trennten somit sehr deutlich zwischen den Aufgabenbereichen ihrer religiösen Führer und psychotherapeutischen Behandler.

Dieser Befund ist von wegweisender Bedeutung für den Umgang mit der religiösen/spirituellen Sphäre bei Patienten. Es

genügt demnach nicht, Patienten als atheistisch, agnostisch, religiös oder hochreligiös zu identifizieren. Vielmehr sind eine Exploration und ein interessiertes Kennenlernen des spezifischen Weltanschauungs- oder Glaubenshintergrundes und der damit verbundenen Erwartungen an die Psychotherapie von großem Vorteil. So konnte in einer kürzlich veröffentlichten Untersuchung (Walker, Worthington Jr., Gartner, Gorsuch & Hanshew, 2011) gezeigt werden, dass es bei religiösen Patienten notwendig ist, differenziert religiöse Werte, Glaubensinhalte, Einstellungen und Verhaltensweisen zu erfassen, da diese Variablen substantiell mit Erwartungen an Psychotherapie und deren Bewertung zusammenhängen. In diesem Sinne schlagen Richards und Bergin (2005) ein zweistufiges diagnostisches Verfahren vor. Stufe eins beinhaltet einige wenige offene Fragen wie „Gehören Sie im Moment einer Religionsgemeinschaft an?“ oder „Gibt es religiöse/spirituelle Themen, die Sie gerne hier in der Psychotherapie ansprechen möchten?“ als ein Bestandteil der Gesamtanamnese. Bei merklichem Ansprechen auf diese Screeningfragen oder einer großen Differenz zur Religiosität/Spiritualität des Psychotherapeuten ist eine eingehendere Exploration der religiösen/spirituellen Dimension in Stufe zwei angebracht. Dazu gehören Fragen nach den konfessionellen Besonderheiten, ob der religiöse/spirituelle Hintergrund mit dem aktuellen Problem zusammenhängt und welche religionsgebundenen Erwartungen an die Psychotherapie existieren.

Die Studien zu den Erwartungen und Bedürfnissen sind hauptsächlich bei Patienten mit Zugehörigkeit zu einer Religionsgemeinschaft durchgeführt worden, weniger bei denen, die sich als „spirituell“ bezeichnen. Dieser blinde Fleck könnte zumindest in der Psychotherapie durch ein entsprechendes Eingehen auf das persönliche Spiritualitätsverständnis beseitigt werden. Dies ist auch deshalb notwendig, da Spiritualitätskonzepte zum Teil höchst individualisiert und weniger gruppenkonsensabhängig sind. Für die psychotherapeutische Praxis lohnt sich auf jeden Fall ein Bereitschaftssignal, die religiöse/spirituelle Bezo-genheit des Patienten respektieren und kennenlernen zu wollen. So können auch

Begegnungen zwischen säkularen Psychotherapeuten und religiösen/spirituellen Patienten in einen hilfreichen Prozess münden, der gleichermaßen Ressourcen und Blockaden des Glaubens in Betracht zieht.

Ethische Gesichtspunkte in der Arbeit mit religiös eingestellten Patienten

Es gehört zu den allgemeinen Berufspflichten von Psychotherapeuten, unabhängig von der religiösen Orientierung, die Menschenwürde der Patienten zu achten. Dies ist in der Musterberufsordnung der Psychotherapeuten verankert (§ 3 Allgemeine Berufspflichten, Satz 3): „Psychotherapeuten haben die Würde ihrer Patientinnen und Patienten zu achten, unabhängig insbesondere von Geschlecht, Alter, sexueller Orientierung, sozialer Stellung, Nationalität, ethnischer Herkunft, Religion oder politischer Überzeugung“ (Stellpflug & Berns, 2006, S. 4). Vorher, in Satz 2, werden ethische Prinzipien zitiert, wobei an erster Stelle die Patientenautonomie steht: „Bei der Berufsausübung sind die international anerkannten ethischen Prinzipien zu beachten, insbesondere: die Autonomie der Patienten zu respektieren (...).“ (ebd. S. 3).

Bei der Arbeit mit religiös/spirituell eingestellten Menschen gibt es immer wieder Besonderheiten, bei denen ethische Fragen berührt werden, wie auch erst kürzlich in einem Artikel des Ärzteblattes PP erwähnt (Sonnenmoser, 2010). Hierzu folgendes Beispiel zur Illustration:

Fallbeispiel zum Umgang mit religiös/spirituell eingestellten Patienten:

Eine 19-jährige depressive Patientin, Auszubildende, eröffnet ihrer Psychotherapeutin, dass sie mit ihrem Freund zusammenziehen möchte. Sie ist Mitglied einer religiösen Gemeinschaft, die das Zusammenleben von Paaren vor der Hochzeit ablehnt. Sie befürchte nun, dass sie von ihrer Familie und aus der religiösen Gemeinschaft in ihrem Heimatort ausgeschlossen werde, was sie nicht ertragen würde – gleichzeitig wolle sie aber auch ihren Freund nicht verlieren. Für die Psychotherapeutin ist klar erkennbar, dass

die depressiven Symptome mit diesem Konflikt eng verknüpft sind. Die Psychotherapeutin kennt die religiösen Haltungen der Patientin, sie haben schon oft darüber gesprochen.

Zwei mögliche Umgangsweisen seien hier skizziert:

Psychotherapeutin A: Sie bewertet diese Situation als eine typische Belastungssituation im Zuge der Ablösung vom Elternhaus, deren Lösung sie in der Stärkung der Patientin zu mehr Unabhängigkeit und Selbstbestimmtheit sieht. Sie entscheidet sich dazu, der Patientin Hilfestellung zu geben, zu einer eigenen Entscheidung bzw. Haltung für ihre Situation zu kommen; dabei bekräftigt sie alle Äußerungen und Wünsche der Patientin, die in Richtung Unabhängigkeit und Selbstbestimmtheit gehen.

Psychotherapeutin B: Sie ist selbst ähnlich religiös und teilt die Haltung der betreffenden Gemeinschaft, ist aber nicht deren Mitglied. Sie erkennt in den Glaubenshaltungen der Patientin Einseitigkeiten oder Fehlinterpretationen der religiösen Überlieferung. Sie erhofft sich eine Milderung des Konfliktes und der Symptome, indem sie die Patientin auf Inkongruenzen und mögliche Missverständnisse im Verständnis der religiösen Überlieferung hinweist und mit ihr bespricht.

Welche möglichen ethischen Konflikte eröffnen sich hier? Sind die beiden skizzierten Sicht- und Ansatzweisen ethisch vertretbar? Barnett und Johnson (2011) weisen auf eine Reihe von ethischen Problemfeldern bei der Arbeit mit religiösen Patienten hin, die hier kurz skizziert werden sollen.

Patienteninformation und Einwilligung

Wie in der medizinischen Behandlung auch, haben Patienten ein Recht darauf, zu erfahren, welche Methoden bei ihnen zur Anwendung kommen. Dies gilt genauso auch in der Psychotherapie. Informationen über allgemeine Psychotherapieziele, Interventionsformen, Arbeitsschwerpunkte (oder Spe-

zialisierungen) und über das grundsätzliche Verständnis psychischer Beschwerden sind im Vorfeld der Psychotherapie und auch im Verlauf immer mal wieder anzusprechen und mit dem Patienten zusammen zu klären. So auch auf der religiösen/spirituellen Ebene: Wendet ein Psychotherapeut sehr häufig z. B. Yoga-Techniken oder andere Elemente östlicher Spiritualität an und macht dies von Beginn der Behandlung an klar, hilft dies den Patienten zu entscheiden, ob sie die Behandlung unter diesen Vorzeichen beginnen möchten. So wie viele Ärzte im Wartezimmer ein Faltblatt ausliegen haben, in dem die Grundeinstellung oder „Philosophie“ des Arztes bei der Gabe von Antibiotika oder von homöopathischen Präparaten beschrieben wird, so kann auch der Psychotherapeut seine grundsätzliche Herangehensweise oder sein Verständnis von Religiosität in der therapeutischen Arbeit beschreiben. Das stärkt die Position der Patienten, und so können sie besser eine (informierte) Entscheidung treffen und in die Behandlung einwilligen oder nicht. Auf therapeutischer Ebene macht es einen Unterschied, einerseits über die eigene Arbeitsweise aufzuklären und dabei zu signalisieren, dass auch religiöse/spirituelle Themen wichtige Themen sein können, oder andererseits die eigene persönliche spirituelle/glaubensmäßige Haltung zu offenbaren. Letzteres ist eine Selbstoffenbarung des Psychotherapeuten und wird einen deutlich stärkeren Einfluss auf die therapeutische Beziehung haben als die Aufklärung über die Arbeitsweise und sollte wohlüberlegt erfolgen (s. u.).

Wie oben erwähnt, kann vonseiten des Psychotherapeuten durchaus eine weltanschauliche Beeinflussung des Klienten ausgehen, besonders dann, wenn in der Psychotherapie auch religiöse oder spirituelle Ziele verfolgt werden. Diese Zielsetzung entspräche in etwa dem Typ III der von Bernhard Grom (in dieser Ausgabe, siehe S. 198 ff.) vorgestellten Einteilung, bei dem Spiritualität/Religiosität in der Gefahr steht, die Stelle des „therapeutischen Agens“ einzunehmen. Diese Haltung ist an sich schon bedenklich, da sie die Autonomie des Patienten gefährden kann und den wissenschaftlichen Rahmen von Psychotherapie verlässt (s. u.). Aus diesem Grund ist hier seitens des Psychotherapeuten mindestens

eine Aufklärung über die Arbeitsweise und ein entsprechendes Einverständnis des Patienten erforderlich – wobei die Arbeit mit vornehmlich religiösen/spirituellen Inhalten oder Prinzipien in der Psychotherapie (ethisch) fragwürdig bleibt.

Psychotherapeutische Beziehung

Sollte ein Psychotherapeut seine eigene religiöse/spirituelle Haltung dem Patienten offenbaren oder fällt dies unter die Abstinenzpflicht? Im Kommentar der Musterberufsordnung zu diesem Punkt erläutern Stellpflug und Berns (2006, S. 57): „Die abstinente Haltung des Therapeuten in der Psychotherapie dient dem Ziel, dem Patienten den Freiraum zu verschaffen, ohne Rücksicht auf die persönliche Situation des Therapeuten diesem die eigene Situation zur Bearbeitung anvertrauen zu können.“ Selbstoffenbarung „ja“ oder „nein“ entscheidet sich demnach daran, ob sie eben diesen Freiraum schafft, sich dem Psychotherapeuten besser anvertrauen zu können – dies ist in den meisten Fällen durch Abstinenz gegeben. Aufklärung über die ggf. religiös gefärbte Arbeitsweise oder auch eine Selbstoffenbarung über die persönliche Haltung des Psychotherapeuten ermöglicht dem Patienten zu entscheiden, ob er sich frei fühlen kann oder nicht. Gerade bei sehr religiösen Patienten kann ein Abrücken von der Abstinenz bzgl. des Themas „Religiosität“ beziehungsförderlich sein. Denn häufig kommen diese Patienten mit Vorurteilen über Psychotherapeuten in die Behandlung, sind also gerade *nicht* frei, ohne Rücksicht auf den Psychotherapeuten die eigene Situation zu bearbeiten. Hier können klärende Worte über die Haltung des Psychotherapeuten zum Thema Religiosität die Situation entspannen, wenn der Patient daraus eine Wertschätzung gegenüber seiner eigenen Spiritualität/Religiosität entnehmen kann. Hierzu brauchen Psychotherapeut und Patient auch nicht unbedingt in ihren Haltungen übereinzustimmen.

Gleichwohl ist besonders auf eine vertrauensvolle Psychotherapiebeziehung zu achten, gerade wenn Psychotherapeut und Patient nicht die gleiche Religiosität teilen. Die Beziehung ist dabei von zwei Seiten bedroht: sowohl vom Psychotherapeuten

als auch vom Patienten. Wie schon erwähnt, kommen religiöse Patienten mit mehr Befürchtungen oder Vorurteilen über Psychotherapie in Behandlung und sind daher misstrauischer – andererseits mag auch der Psychotherapeut Vorbehalte und Ablehnung gegenüber der religiösen Lebensart haben. So sollten sich Psychotherapeuten ihrer eigenen Haltung gegenüber der Religiosität/Spiritualität des Patienten klar sein, um nicht fälschlicherweise die Religiosität für die Symptomatik oder für Schwierigkeiten in der Psychotherapie verantwortlich zu machen und dadurch evtl. ihre Wertschätzung gegenüber dem Patienten zu beeinträchtigen. Ist Letzteres der Fall, so ist die Frage zu stellen, ob eine Psychotherapie überhaupt begonnen werden sollte. Um religiösen Patienten mehr Vertrauen zu ermöglichen, ist es hilfreich, in der Eingangsdiagnostik auch Fragen zur Bedeutung der Religiosität im Alltag der Patienten zu stellen und ggf. auch zu eruiieren, ob der Patient einen Bezug der psychischen Symptomatik zu seiner Religiosität sieht. Damit wird dem Patienten der offene, wertschätzende Umgang mit dem Thema Religiosität/Spiritualität signalisiert und die Selbstöffnung erleichtert. Im weiteren Verlauf der Gespräche bleibt es dann dem Patienten überlassen, auch religiöse/spirituelle Themen aufzugreifen (was in etwa dem von Bernhard Grom beschriebenen Typ I entspricht, siehe S. 196 ff.)

Kompetenz

Das Wissen um den sozialen und kulturellen Hintergrund der Patienten ist notwendig, um sich in deren Welt einfühlen zu können. Bei der Arbeit mit religiösen Patienten ist daher ein fundiertes Wissen über Glaubensinhalte, Werte, Normen und Vorschriften der jeweiligen Gemeinschaft nötig. Das hilft, die Erlebnisse des Patienten aus den Denk- und Deutungsmustern sowie den Reaktions- und Verhaltensweisen der religiösen Gemeinschaft heraus zu verstehen und einzuschätzen. Dabei gibt es je nach Tradition durchaus spezifische Ansätze, wie psychische Symptome innerhalb der religiösen Tradition gedeutet werden (z. B. aktuelles Leiden als Aufgabe, sein Karma aus früheren Leben aufzuarbeiten). Das heißt, auch innerhalb der einzelnen religiösen Traditionen gibt es mehr

oder weniger typische Modellvorstellungen über solche Zusammenhänge, so z. B., dass es notwendig und hilfreich ist, einem Menschen zu vergeben, der einem Unrecht getan hat. Im englischen Sprachraum gibt es hierzu bereits Literatur, die solche typischen Modellvorstellungen – und was diese für die Psychotherapie bedeuten können – unterschiedlicher religiöser Gruppierungen beschreibt (Dowd & Nielson, 2006; Richards & Bergin, 2000). Dieses Wissen bietet überdies dem Psychotherapeuten auch Ansatzpunkte für die Behandlung, indem es „Vorlagen“ für die Entwicklung eines Störungsmodells anbietet, welches gemeinsam mit dem Patienten an seine jeweilige Situation angepasst werden kann, ohne gleich den religiösen Bezugsrahmen des Patienten verlassen zu müssen und ihn auf ein weltliches Modell zu „trimmen“. Beim gerade erwähnten Beispiel der Vergebung stellen unserer Erfahrung nach Patienten öfters fest, dass sie zwar „vom Kopf her“ vergeben haben, aber keine Erleichterung verspüren. Hier kann man ausgehend vom religiös verankerten Vergabungsgedanken das Auseinanderfallen von Kognition und Emotion ansprechen und das Konzept „Vergabung“ in diese beiden Ebenen differenzieren (Vergabung „mit Kopf“ und „mit Bauch“) und damit weiterarbeiten. Gerade die schon in der religiösen Tradition vorhandenen Mittel zur Bewältigung von psychischen Problemen können sich als guter Ausgangspunkt oder sogar als Ressource für die therapeutische Arbeit erweisen.

Kompetenz des Psychotherapeuten heißt in diesem Zusammenhang nicht nur Wissen über den religiösen Hintergrund, sondern bezieht sich auch auf religiöse Modellvorstellungen oder religiös-spirituelle Interventionsformen, die aus der Tradition der Patienten kommen. Entscheidet sich ein Psychotherapeut, solche „religiösen Interventionen“ (s. u.) anzuwenden, sollte er darin auch entsprechend ausgebildet und trainiert sein. Unseres Wissens nach spielen weder das Wissen um den religiösen Hintergrund noch ein Training von religiösen Interventionen in den heutigen Psychotherapieausbildungen eine Rolle. Angesichts der wachsenden Diversität in unserer Gesellschaft sollte in den Ausbildungsgängen zumindest vermehrt Wissen

über verschiedene religiöse (und auch kulturelle) Gruppierungen vermittelt werden. Gerade in Bezug auf diese Desiderate wurde im Jahr 2011 ein berufsbegleitender Studiengang M. A. „Religion und Psychotherapie“ an der Evangelischen Hochschule Tabor in Marburg eingerichtet.² Der Studiengang betritt in seiner interdisziplinären und interkulturellen Annäherung an das Themenfeld sicherlich Neuland.

Grenzen wahren

Psychotherapeuten, die Patienten aus dem Umfeld der eigenen religiösen Gemeinschaft behandeln, haben zusätzlich die Aufgabe, ihre Haltung bzgl. doppelter Rollen zu den Patienten zu klären. Üblicherweise wird versucht, doppelte Rollen gegenüber Patienten zu vermeiden, da so die unabhängige Sicht und der Umgang mit dem Problem des Patienten verloren gehen kann. Wegen dieser fließenden Übergänge in den Rollen bzw. möglicher doppelter Rollen ist es wichtig, sich als Psychotherapeut seiner Haltung klar zu werden und diese dem Patienten transparent zu machen.

Religiöse/spirituelle Interventionen in der Psychotherapie

Bei den religiösen Interventionen dreht es sich nicht nur um das Thematisieren der Religiosität zum vertieften Verständnis der Patienten oder um die Konsultation mit einem Vertreter der religiösen Gemeinschaft, sondern es handelt sich um die konkrete Arbeit mit religiösen Inhalten und Verhaltensweisen. Religiöse/spirituelle Interventionen sind also Interventionen, in denen Inhalte besprochen bzw. Handlungen ausgeführt werden, die aus der religiösen/spirituellen Tradition des Patienten kommen: beispielsweise der Gebrauch von religiösen Texten und Metaphern, Meditation, gemeinsames Gebet oder Ermutigung zu rituellen Handlungen (z. B. Trauer- oder Vergebungsritual). – Kann man das noch als Psychotherapie bezeichnen?

Die Nutzung des Spirituellen/Religiösen in der Psychotherapie

Arbeitet ein Psychotherapeut mit religiösen Interventionen (z. B. Gebet mit dem Patienten oder Arbeit mit religiösen Tex-

ten), nähert er sich der Rolle eines Geistlichen an und es stellt sich die Frage, wo seine Rolle als Psychotherapeut endet und die Rolle eines Geistlichen beginnt. Versteht sich der Psychotherapeut eher als weitgehend neutraler Fachmann, der die Religiosität als Ressource zur Besserung der psychischen Gesundheit nutzt, oder auch als geistlicher/spiritueller Begleiter, der dem Patienten auch zu spiritueller Weiterentwicklung helfen möchte? Letzteres entspricht *nicht* dem Behandlungsauftrag und der einem Psychotherapeuten zugeschriebenen Rolle; die psychotherapeutische Arbeit stößt also dann auf Grenzen, wenn das Behandlungsziel eindeutig auf der spirituellen/religiösen Ebene liegt.

In diesem Bereich ist die Abgrenzung zwischen Psychotherapie und seelsorgerlichem Handeln/spiritueller Beratung zu suchen: Während die Seelsorge/spirituelle Beratung in ihrem Hauptbestandteil (dem „*proprium*“) natürlicherweise Metaphysisches oder Glaubensinhalte einschließt, kann die auf wissenschaftlichen Theorien basierende Psychotherapie hierzu keine Aussagen machen. Vielmehr kommt die Psychotherapie in Erklärungsnöte, wenn die Ziele ihrer Intervention im Metaphysischen liegen, also außerhalb des Gegenstandsbereiches von Psychologie und Psychotherapie. Ob eine Besserung eines Patienten dann darauf zurückzuführen ist, dass jemand „sein Karma aufgearbeitet“, „sich mit Gott versöhnt“ oder zum „harmonischen Gleichklang mit kosmischen Schwingungen“ gefunden hat, entzieht sich jeglicher Nachprüfbarkeit und wird austauschbar. Während Seelsorge/spirituelle Beratung fast selbstverständlich auf Techniken psychotherapeutischer Gesprächsführung zurückgreift, ist der Einbezug des Metaphysischen oder von Glaubensinhalten in die Psychotherapie aus den o. g. Gründen deutlich schwieriger.

Wann ist die Anwendung spiritueller/religiöser Interventionen als psychotherapeutisch zu bezeichnen? Wie oben schon angesprochen, macht die Anwendung dieser Interventionen dann Sinn, wenn damit ein *psychotherapeutisches Ziel* verfolgt wird. Einige Beispiele:

1. Verfolgt man das Ziel, die Selbstwahrnehmung zu verbessern, so kann bei einem Patienten mit buddhistischem Hintergrund das Durchführen einer spirituellen Meditation angemessen sein; bei einem Patienten mit christlichem Hintergrund dagegen „eine Zeit der Stille vor Gott“ (zehn Minuten Schweigen) mit erleuchteter Kerze auf dem Tisch oder Boden; bei einem Patienten ohne religiösen Bezug wäre ein schweigendes Sitzen mit geschlossenen Augen dagegen eine Übung zur inneren Achtsamkeit.
2. Ein Psychotherapeut möchte rigide oder selbstabwertende Denkmuster, die durch ein überzogenes Verständnis der religiösen Überlieferung noch genährt werden, abbauen. Als Teil einer kognitiven Umstrukturierung könnte er mit dem Patienten andere Textstellen der Überlieferung durchsprechen, welche diese Denkmuster in Frage stellen.
3. Patienten beten zu lassen (auf deren Wunsch oder mit deren Einwilligung) und dies wohlwollend zu begleiten, kann eine gute Möglichkeit bieten, Zugang zu anders nicht zugänglichen Emotionen zu finden (vgl. McMinn, 2009).

Letztlich bedient man sich bei der Anwendung „spiritueller/religiöser Interventionen“ des in der Tradition der Patienten schon vorhandenen „Instrumentariums“ bzw. vorhandener Riten, um eine psychologische Wirkung zu erzielen (vgl. die Diskussion um den „*relaxation response*“ durch Gebet bzw. Meditation; Benson & Klipper, 2000). Aus dieser Perspektive wird nochmal deutlich, wie wichtig es auf therapeutischer Seite ist zu wissen, welche psychologische Wirkung eine religiöse Intervention hat – ein Bereich der Religionspsychologie, der bisher allerdings noch wenig erforscht ist. Ohne ein fundiertes Wissen über die religiöse Tradition selbst und wie diese vom Patienten erlebt wird, wird dies schlecht möglich sein.

Spirituelle/religiöse Interventionen in diesem Sinne sind eine konsequente Nut-

² www.eh-tabor.de/t3/ma_religion-und-psychotherapie

zung des religiösen und kulturellen Hintergrundes eines Patienten als Ressource für Veränderung und Verbesserung einer psychischen Störung. Aus theologischer Sicht mag dies einen negativen Beigeschmack haben, da das Religiöse hier nur Mittel zum Zweck (Verbesserung der Gesundheit) ist – aus psychologischer Sicht ist es aber genau das: der Lebensbezug Spiritualität/Religiosität, den die Patienten (und ggf. auch Psychotherapeuten) mitbringen, wird Teil des psychotherapeutischen Handelns und als Ressource nutzbar gemacht, um eine psychologische und psychotherapeutische Wirkung zu erzielen. Dieser Ansatz entspricht in etwa dem Typ II der im Beitrag von Bernhard Grom (siehe S. 197 ff.) vorgestellten Einteilung.

Religiöse/Spirituelle Psychotherapiekonzepte

In Deutschland lassen sich kaum systematisch ausgearbeitete Ansätze finden, die spirituelle/religiöse Aspekte in die Psychotherapie integrieren. Manualisierte Psychotherapien, die beschreiben, wie spirituelle/religiöse Elemente integriert werden können, existieren in Deutschland unseres Wissens nicht. Bestehende Ansätze wie z. B. die Buddhistische Psychotherapie (Ennenbach, 2010), die Transpersonale Verhaltenstherapie (Piron, 2007) oder das Konzept der „IGNIS Akademie für Christliche Psychologie“ (Halder, 2011) führen eher ein Schattendasein und sind noch nicht in ihrer Wirksamkeit im Vergleich zu einer Kontrollgruppe untersucht worden. Beim Vergleich der Ansätze fällt auf, dass es allen dreien darum geht, in der Behandlung einen Raum für Veränderung, Kreativität, Intuition bereitzustellen, der dem Konzept der inneren Achtsamkeit zu ähneln scheint: In der Transpersonalen Verhaltenstherapie sind dies (in der Psychosynthese und ZEN-Meditation wurzelnden) meditative Übungen, um die sogenannte „Dritte Matrix“ des Selbstbildes zu stärken, was neue Impulse für die Zukunft gibt. Dies geschieht ebenso in der Buddhistischen Psychotherapie, die sich dezidiert auf die buddhistische Tradition beruft und viele meditative Übungen und solche zur Achtsamkeit anwendet, um zu einer „Transformation“ zu gelangen. Und auch in der Christlichen Psychologie geht es in der Be-

handlung darum, durch eher meditative oder die Aufmerksamkeit nach innen lenkende Übungen einen Raum zu schaffen, um „auf Gott zu hören“ und die „Beziehung zu Gott“ in ihrer Einzigartigkeit zu vertiefen. Es gibt einige wenige Kliniken, die in ihrer konzeptionellen Ausrichtung die Spiritualität bzw. Religiosität der Patienten in die psychotherapeutische Behandlung integrieren (z. B. Heiligenfeld, Hohe Mark, Delgnis).

Übrigens enthalten auch die neueren, achtsamkeitsorientierten Psychotherapieansätze Elemente aus der fernöstlichen Spiritualität, diese sind aber vom transzendenten Deutungshorizont der Religion weitgehend abgelöst, sodass hier nicht mehr von religiöser Intervention gesprochen werden kann (was in etwa dem Typ IV der Einteilung im Beitrag von Bernhard Grom entspricht, siehe S. 199 ff.). Allen gemeinsam scheint zu sein, Abstand von den äußerlichen Einflüssen zu bekommen, um zu innerer Ruhe zu gelangen, einen Perspektivwechsel vornehmen zu können und auf die inneren und insbesondere emotionalen Impulse zu achten.

Fazit

Zusammenfassend wollen wir festhalten, dass Spiritualität bzw. Religiosität sowohl für Patienten als auch für Psychotherapeuten ein Thema ist. Dementsprechend wird sie in der Psychotherapie entweder „nur“ als soziokultureller Hintergrund oder auch als ein für die Störung relevanter Faktor (als Belastung oder Ressource) immer wieder eine Rolle spielen. Psychotherapeuten tun gut daran, die Spiritualität/Religiosität der Patienten zu beachten und zu respektieren und ihre eigene Haltung zu diesem Thema, wenn nötig, transparent zu machen. Ein offener Umgang mit Spiritualität/Religiosität in der Psychotherapie bis hin zum Einsatz von spirituellen/religiösen Interventionen erscheint unter Beachtung ethischer Grundsätze sinnvoll – es bleibt jedoch zu beachten, dass in der Psychotherapie das Ziel spiritueller/religiöser Interventionen ein psychologisches bzw. psychotherapeutisches ist. Es ist Zeit, das bisherige Schattendasein dieses Themas in der wissenschaftlich-therapeutischen Diskussion zu überwinden und sich ihm vermehrt zuzuwenden.

Literatur

- Agorastos, A. (2010). Religion und Migration. In A. Heinz & W. Machleidt (Hrsg.), *Praxis der interkulturellen Psychiatrie und Psychotherapie: Migration und psychische Gesundheit* (S. 85-92). München: Urban & Fischer/Elsevier GmbH.
- Allport, G. W. & Ross, J. M. (1967). Personal religious orientation and prejudice. *Journal of Personality and Social Psychology*, 5, 432-443.
- Barnett, J. E. & Johnson, W. B. (2011). Integrating Spirituality and Religion Into Psychotherapy: Persistent Dilemmas, Ethical Issues, and a Proposed Decision-Making Process. *Ethics & Behavior*, 21 (2), 147-164.
- Belaire, C. & Young, J. S. (2002). Conservative Christians' expectations of non-Christian counselors. *Counseling and Values*, 46, 175-187.
- Benson, H. & Klipper, M. Z. (2000). *The Relaxation Response – updated and expanded*. London: Harper Collins.
- Bergin, A. E. & Jensen, J. P. (1990). Religiosity of psychotherapists: A national survey. *Psychotherapy: Theory, Research Practice, Training*, 27, 3-7.
- Bertelsmann-Stiftung (Hrsg.) (2008). *Religionsmonitor 2008* (2. Aufl.). Gütersloh: Bertelsmann-Stiftung.
- Britton, R. (1998). *Glaube, Phantasie und psychische Realität*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Cohen, A. (2009). Many forms of culture. *American Psychologist*, 64 (3), 194-204.
- 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 and Practice*, 38, 538-546.
- Demling, J. H. (2004). Zum Stellenwert der Religion in der Psychotherapie. In C. Zwingmann & H. Moosbrugger (Hrsg.), *Religiosität: Messverfahren und Studien zu Gesundheit und Lebensbewältigung. Neue Beiträge zur Religionspsychologie* (S. 41-55). Münster: Waxmann.
- Demling, J. H., Wörthmüller, M. & O'Connolly, T. A. (2001). Psychotherapie und Religion – eine repräsentative Umfrage unter fränkischen Psychothe-

- rapeuten. *Psychotherapie – Psychosomatik – medizinische Psychotherapie*, 51, 76-82.
- Dowd, E. T. & Nielson, S. L. (2006). *The Psychologies in Religion: Working with the Religious Client*. New York: Springer Publishing Company.
- Ennenbach, M. (2010). *Buddhistische Psychotherapie. Ein Leitfadens für heilsame Veränderungen*. Oberstdorf: Windpferd Verlag.
- Erim, Y. (2009). *Klinische Interkulturelle Psychotherapie. Ein Lehr- und Praxisbuch*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Freud, S. (1927). *Die Zukunft einer Illusion*. Leipzig/Wien/Zürich: Internationaler Psychoanalytischer Verlag.
- Gonsiorek, J. C., Richards, P. S., Pargament, K. I. & McMinn, M. R. (2009). Ethical challenges and opportunities at the edge: Incorporating spirituality and religion into psychotherapy. *Professional Psychology: Research and Practice*, 40, 385-395.
- Halder, K. (2011). *Die Grundlagen christlicher Psychologie. Ein Lehrbuch*. (Bd. 1 und 2). Kitzingen: IGNIS Edition.
- Hathaway, W. L., Scott, S. Y. & Garver, S. A. (2004). Assessing religious/spiritual functioning: A neglected domain in clinical practice? *Professional Psychology: Research and Practice*, 35, 97-104.
- Hathaway, W. L. & Tan, E. (2009). Religiously Oriented Mindfulness-Based Cognitive Psychotherapy. *Journal of Clinical Psychology: In Session*, 65 (2), 158-171.
- Hofmann, L. & Walach, H. (2011). Spirituality and religiosity in psychotherapy – A representative survey among German psychotherapists. *Psychotherapy Research*, 21 (2), 179-192.
- Huber, S. (2003). *Zentralität und Inhalt. Ein neues multidimensionales Messmodell der Religiosität*. Bd. 9 der Reihe Veröffentlichungen der Sektion „Religionssoziologie“ der Deutschen Gesellschaft für Soziologie. Opladen: Leske + Budrich.
- Hundt, U. (2003). Psychotherapie und Spiritualität. Eine qualitative Studie über die Integration spiritueller Konzepte und Methoden. *Journal für Psychologie*, 11 (4), 368-386.
- Johnson, C. V. & Hayes, J. A. (2003). Troubled spirits: Prevalence and predictors of religious and spiritual concerns among university students and counseling center clients. *Journal of Counseling Psychology*, 50, 409-419.
- Jung, C. G. (1940). *Psychologie und Religion*. Die Terry Lectures 1937, gehalten an der Yale University. Zürich/Leipzig: Rascher.
- Klein, C. & Albani, C. (2011). Religiosität und psychische Gesundheit – empirische Befunde und Erklärungsansätze. In C. Klein, H. Berth & F. Balck (Hrsg.), *Gesundheit – Religion – Spiritualität. Konzepte, Befunde und Erklärungsansätze* (S. 215-245). Weinheim: Juventa.
- Martinez, J. S., Smith, T. B. & Barlow, S. H. (2007). Spiritual interventions in psychotherapy: Evaluations by highly religious clients. *Journal of Clinical Psychology*, 63, 943-960.
- Mayers, C., Leavey, G., Vallianatou, C. & Barker, C. (2007). How clients with religious or spiritual beliefs experience psychological help-seeking and therapy: A qualitative study. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 14, 317-327.
- McMinn, M. R. (2009). Ethical Considerations With Spiritually Oriented Interventions. *Professional Psychology: Research and Practice*, 40, 393-395.
- O'Connor, S. & Vandenberg, B. (2005). Psychosis or faith? Clinicians' assessment of religious beliefs. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73, 610-616.
- Piron, H. (2007). *Transpersonale Verhaltenstherapie. Von der Stagnation zur Transformation*. Petersberg: Via Nova.

Fortsetzung auf S. 210



Dr. phil. **Matthias Richard**, Dipl.-Psych., ist als Psychotherapeut und wissenschaftlicher Mitarbeiter in der Abteilung für Medizinische Psychologie an der Universität Würzburg tätig. Die Schwerpunkte seiner Arbeit liegen in der empirischen Untersuchung von religiösem Erleben, Psychoneurologie und in der Therapie von posttraumatischen Belastungsstörungen.



Prof. Dr. **Henning Freund** ist als Dozent für Religionspsychologie an der Evangelischen Hochschule Tabor in Marburg tätig. Dort ist er wissenschaftlicher Geschäftsführer des Marburger Instituts für Religion und Psychotherapie und Leiter des berufsbegleitenden Weiterbildungsstudiengangs M. A. Religion und Psychotherapie.

Dr. phil. Matthias Richard

Abteilung für
Medizinische Psychologie der
Universität Würzburg
Klinikstraße 3
97070 Würzburg
richard@uni-wuerzburg.de

Prof. Dr. Henning Freund

Marburger Institut für Religion und
Psychotherapie
Evangelische Hochschule Tabor/ Marburg
Dürerstraße 43
35039 Marburg
henning.freund@eh-tabor.de
www.marburger-institut.de

- Post, B. C. & Wade, N. G. (2009). Religion and Spirituality in Psychotherapy: A Practice-Friendly Review of Research. *Journal of Clinical Psychology: In Session*, 65 (2), 131-146.
- Richards, P. S. & Bergin, A. E. (Hrsg.) (2000). *Handbook of psychotherapy and religious diversity*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Rose, E. M., Westefeld, J. S. & Ansley, T. N. (2001). Spiritual issues in counseling: Clients' beliefs and preferences. *Journal of Counseling Psychology*, 48, 61-71.
- Rosenfeld, G. W. (2011). Contributions From Ethics and Research That Guide Integrating Religion Into Psychotherapy. *Professional Psychology: Research and Practice*, 42 (2), 192-199.
- Sonnenmoser, M. (2010). Religion als Hürde und Chance. Psychotherapie mit religiösen Fundamentalisten. *Deutsches Ärzteblatt PP*, 7, 320-321.
- Stellpflug, M. H. & Berns, I. (2006). *Musterberufsordnung für die Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten*. Heidelberg: Psychotherapeutenverlag.
- Utsch, M. & Klein, C. (2011). Religion, Religiosität, Spiritualität: Bestimmungsversuche für komplexe Begriffe. In C. Klein, H. Berth & F. Balck (Hrsg.), *Gesundheit – Religion – Spiritualität. Konzepte, Befunde und Erklärungsansätze* (S. 25-45). Weinheim: Juventa.
- Walker, D. F., Worthington Jr., E. L., Gartner, A. L., Gorsuch, R. L. & Hanshew, E. R. (2011). Religious commitment and expectations about psychotherapy among Christian clients. *Psychology of Religion and Spirituality*, 3 (2), 98-114.
- Zinnbauer, B. & Pargament, K. I. (2005). Religiousness and spirituality. In R. Paloutzian, C. Parks (Eds.), *Handbook of the psychology of religion and spirituality* (pp. 21-42). New York: Guilford Press.