

Spirituelle Psychotherapien?

Psychotherapie und Spiritualität – zwei die sich einst befehdeten, scheinen immer unbefangener zusammenzuarbeiten. Das neue Miteinander beruht nicht auf einer etwaigen Rückkehr der Religion in die Gesellschaft, sondern auf der Erkenntnis, daß Klienten in ihren religiösen Überzeugungen ernstgenommen werden wollen und daß positive Spiritualität als psychische Ressource wirken kann. Dabei wird der fast inflationär verwendete Begriff Spiritualität recht unterschiedlich verstanden. Während er im kirchlichen Bereich mehr und mehr das bieder gewordene Wort Frömmigkeit ersetzt, wird Spiritualität in der Psychologie und gesundheitsbezogenen Lebensqualitätsforschung seit etwa 1995 oft weiter und bisweilen transzendenzlos im Sinn einer säkularen Humanität verstanden.

Seit den 80er Jahren wurde im englischen und deutschen Sprachraum mit vielerlei Formen des Zusammenwirkens experimentiert. Ihre Vielfalt ist kaum noch überschaubar (vgl. als Einführung: Utsch 2005; van Quekelberghe 2007). Man könnte sie systematisch ordnen, indem man beschreibt, in welche Therapierichtungen spirituelle Elemente integriert (Sperry u. Shafranske 2005) oder bei welchen Störungen sie angewandt werden (Mijares u. Khalsa 2005). Der folgende Überblick versucht – um Überschneidungen zu vermeiden –, markante Ansätze nach der Art und Weise zu unterscheiden, wie Psychotherapie und Spiritualität aufeinander bezogen sind.

Typ 1: Psychotherapie und Spiritualität eigenständig, aber in Kooperation

Eine erste Grundform zeigt sich beispielsweise in der Arbeit der „De'IGNIS-Fachklinik für Psychiatrie und Psychosomatik“ in Egenhausen (Nordschwarzwald), die einerseits Vertragsklinik der gesetzlichen Krankenkassen, Rentenversicherungsträger und anderer ist, andererseits aber von der 1986 gegründeten „IGNIS – Deutsche Gesellschaft für Christliche Psychologie“ getragen wird, die überkonfessionell-christlich ausgerichtet, aber charismatisch geprägt ist. Die Klinik wird mehrheitlich, wenn auch nicht ausschließlich, von bewußt christlichen, meist freikirchlichen Patienten gewählt, die wünschen, daß die Therapieschritte mit ihren christlichen Wertüberzeugungen übereinstimmen. Die Behandlung erfolgt durch fachlich ausgebildetes Personal sowohl nach einer psychoanalytisch-interaktionell arbeitenden Einzel- und Gruppentherapie als auch nach verhaltenstherapeutischen Methoden. Die heilungsfördernden Kräfte des Glaubens sollen bei religiösen Pati-

enten ein freiwilliges Rahmenprogramm mit täglicher Morgenandacht und abendlichem Rückblick auf den Tag unter Einschluß von Gebet aktivieren. Religiöse Themen und Fragen kommen in der Einzel- und Gruppentherapie dann zur Sprache, wenn es die Patienten wünschen – eine Form, die über das gewöhnliche Seelsorgeangebot von psychosomatischen Kliniken hinausgeht, ohne sich religiös „unmusikalischen“ Patienten aufzudrängen.

Welchen Vorteil bringt dies den religiös Interessierten? Eine Studie ergab, daß sich ihre Symptombelastung im Vergleich zu Patienten einer Klinik mit traditionellem Seelsorge-Angebot zwar nicht überzufällig verringerte, daß sich aber ihr „spirituelles Wohlbefinden“ verbesserte, zumal das Gefühl, Gott nahe zu sein (Schowalter u.a. 2003). Es geschehen also keine Heilungswunder, doch ist unter Umständen das Vertrauensverhältnis zwischen Patient und Therapeut stärker und das Rückfallrisiko geringer, weil das verbesserte spirituelle Wohlbefinden zum guldigen Weiterarbeiten motivieren kann. Das wurde allerdings nicht untersucht. Die mit der Klinik verbundene „IGNIS-Akademie für Christliche Psychologie“ bietet unter anderem eine dreijährige Ausbildung in „Christlicher Beratung“ an, die man mit einem Bachelor in „Christian pastoral counseling“ abschließen kann. Sie lehrt keine spezielle psychologische Theorie, betrachtet christliche Beratung und Therapie aber als Weiterführung des Heilungsauftrags Jesu und betont Gebet sowie Vergebung als Wege zu innerer Heilung.

Nicht auf Klinikebene, sondern im Hinblick auf die Gemeindeseelsorge oder eine eigene Beratungspraxis, will das „Institut für Psychotherapie und Seelsorge“ in Freudenstadt mit seinem Konzept der „*Biblisch-Therapeutischen Seelsorge*“ (BTS) eine Kooperation von Psychotherapie und Spiritualität fördern (Dieterich 2001). Es möchte Seelsorgekräfte dazu befähigen, kompetent mit psychisch belasteten Menschen umzugehen. Inzwischen haben schon mehr als 600 Personen die anspruchsvolle Ausbildung abgeschlossen. Ziel ist eine pastoralpsychologische Arbeit, die alle bewährten Methoden der Psychotherapie bedarfsgerecht anwendet, sie aber ergänzt durch Trösten, Zurechtweisen, Lösen und Binden (Sündenvergebung, Beichte, Sich-Lossagen von okkulten Praktiken, aber ohne Exorzismus), Lern- und Umdenkprozesse, Selbsterkenntnis und Selbstannahme im Sinn von Carl Rogers sowie Analysieren der Vergangenheit und Eröffnen von Zukunftsperspektiven (nach Alfred Adler bzw. Viktor Frankl): ökumenisch offen, aber mit pietistischen Wurzeln.

Ähnlich denken andere Gruppen und Organisationen, die die im Jahr 2000 gegründete „Akademie für Psychotherapie und Seelsorge“ (APS) unterstützen oder ihr nahestehen – von der „Klinik Hohe Mark“ (Oberursel) über die „Bildungsinitiative Prävention – Seelsorge – Beratung“ (Kirchheim unter Teck) bis zur psychiatrischen und psychotherapeutischen „Klinik Sonnenhalde“ (Riehen/Schweiz). Die Akademie für Psychotherapie und Seelsorge versteht sich als schulenübergreifendes Forum für christliche Psychotherapeuten und Seelsorger mit persönlichem

Glauben im Sinn der Deutschen Evangelischen Allianz, einer Landes- und Freikirchen übergreifenden Gebets- und Evangelisationsbewegung. Sie richtet jährlich zwei Tagungen und alle drei Jahre einen mehrtägigen Kongreß aus.

Bei diesem Typ werden Psychotherapie einerseits und Spiritualität/Seelsorge andererseits als eigenständige Vorgehensweisen und Ressourcen betrachtet, aber *kooperativ* miteinander verbunden. Der Spiritualität/Seelsorge wird eine wichtige therapieunterstützende und stabilisierende Kraft zugeschrieben, weshalb man auch den etwas vollmundigen Ausdruck „therapeutische Seelsorge“ nicht scheut, doch soll sie – im Gegensatz zu totalen evangelikalen Therapieansprüchen – eine professionelle Psychotherapie nicht ersetzen, sondern auf ihre Weise ergänzen, offen auf verschiedene Therapie-Methoden.

Solche Kooperation vermag das Vertrauen von psychisch Leidenden zum Psychotherapeuten und zur Psychotherapie zu stärken und sie zum Durchhalten zu ermutigen. Sie kann auch darauf bauen, daß aktiv religiöse Personen erwiesenermaßen chronische körperliche Krankheit, Verlust eines geliebten Menschen sowie andere negative Lebensereignisse günstiger bewältigen als andere und auch eine geringere nicht-klinische Depressivität aufweisen (Grom 2007, Kap. 4). Allerdings hängt dieser günstige Einfluß davon ab, ob und wie der Patient in seinem inneren Ringen mit Angst, Selbstabwertung und depressiver Verstimmung Glaubensinhalte mobilisiert. Der Glaube wird hier nicht – wie in Typ 2 – konkret in den therapeutischen Prozeß integriert, vielmehr muß dies der Patient selbst leisten, auch wenn der Therapeut mit ihm betet.

Typ 2: Spiritualität – konkret integriert in eine professionelle Psychotherapie

Eine engere Verschränkung empfehlen beispielsweise P. Scott Richards und Allen E. Bergin (2005) in ihrem Rahmenkonzept „*Theistische Psychotherapie*“. Sie wollen, daß bei theistischen Patienten – Juden, Christen, Muslimen, Zoroaster-Anhängern, Sikhs –, die sich daran interessiert zeigen, religiöse Anstöße, die sich aus dem Glauben an einen personalen Gott, seinen Plan und seine Verbundenheit mit den Menschen sowie deren Verantwortung ergeben, möglichst konkret in die professionelle, säkulare Therapiemethode integriert werden, ganz gleich, ob letztere kognitiven, systemischen, klientenzentrierten, psychodynamischen oder anderen Ansätzen verpflichtet ist. (Für nichttheistische Klienten soll ihr Vorschlag angemessen modifiziert werden.) Der theistische Therapeut soll – eine anspruchsvolle Forderung – ermitteln, über welche religiösen Ressourcen ein Patient verfügt bzw. ob seine Gottesvorstellung eher belastend wirkt, und dementsprechend spirituelle Interventionen entwickeln, sofern die nötige Vertrauensbeziehung geschaffen ist.

Spirituelle Interventionen können darin bestehen, daß der Therapeut den Patienten zu Gebet und Meditation ermuntert, auf religiöse Texte hinweist, die Bedeutung

der Bitte um Vergebung, des Verzeihenkönnens und des Lobpreises hervorhebt, zu Gesprächen mit dem Seelsorger sowie zum Kontakt mit der Glaubensgemeinschaft ermutigt oder eine Schriftstelle für den „Gedankenstop“ bei Panikattacken auswendig lernen läßt. Die Vielfalt der in diesem Rahmen möglichen Interventionen machen Fallbeispiele deutlich, in denen Therapeuten berichten, wie sie bei Ängsten, Depressionen, Eßstörungen, Alkohol- und Drogenabhängigkeit, posttraumatischen Belastungsstörungen und Partnerschaftskonflikten „theistische Psychotherapie“ praktiziert haben – bei Protestanten, Katholiken, Sufi-Anhängern und anderen (Richards u. Bergin 2004, 2005).

Beispielsweise hat ein Psychotherapeut und Pastor einer Pfingstgemeinde eine 51jährige alkoholabhängige Frau mit depressiven und dysthymen Störungen und einer schwierigen Kindheit in den ersten Therapiewochen dazu angeleitet, die Mechanismen, die ihr Suchtverhalten auslösen, zu beobachten, die ersten Anzeichen des Verlangens nach Alkohol genau wahrzunehmen, über Versuchungen, Erfolge und Mißerfolge zu berichten, ihre Tagesstimmung auf einer Zehn-Punkte-Skala zu registrieren und eine Liste täglicher Verpflichtungen aufzustellen, um sie im Gebet zu betrachten. Außerdem sollte sie aus einer Reihe von vorgeschlagenen Bibelstellen mindestens einen Satz auswendig lernen. Nach einigen Fortschritten setzte – etwa drei Monate nach Beginn – die eigentlich spirituelle Phase ein, die in Anlehnung an das Zwölf-Schritte-Programm der Anonymen Alkoholiker so konzipiert war:

1. Im Gebet mit Gott über das sprechen, was einen stört. Die Frau schrieb beispielsweise einen fiktiven Brief an ihren Vater und erzählte Gott im Gebet von den schmerzlichen Gefühlen, die sie darin artikuliert hatte.

2. Negative Gefühle wie Ambivalenz, Wut oder Schuld in einem entlastenden („kathartischen“) Gebet intensiv – unter Umständen weinend oder schreiend – ausdrücken, bis man eine Erleichterung spürt.

3. Seine Lebensgeschichte durchgehen und Gott um eine neue, weniger schmerzliche Deutung der negativen Anteile bitten.

4. Die neue Beurteilung der erlebten Kränkungen, die sich entwickelt hat, aufschreiben, das Blatt so ablegen, daß man oft daran erinnert wird, und Gott für die neue Sicht danken.

Einen abschließenden Schwerpunkt bildete das Thema Vergeben – den Eltern und sich selbst –, das der Therapeut auch mit der Liebe Gottes zu uns begründete (Dobbins 2004).

Dieses Vorgehen zeigt unter anderem, wie „theistische Psychotherapie“ die Vertrautheit des Klienten mit bestimmten spirituellen Formen – etwa der vorgeschlagenen Art des Betens – berücksichtigen muß.

Seit den 80er Jahren wurden – ohne den Rahmen und das Etikett einer „theistischen Psychotherapie“ – verschiedene Formen einer Einbeziehung von Spiritualität erprobt; die Sammelbände von William Miller (1999) sowie Len Sperry und Edward P. Shafranske (2005) erwecken geradezu den Eindruck, in den USA wollte neuerdings keine Psychotherapie- und Beratungsrichtung mehr auf Spiritualität verzich-

ten. Während sich Psychoanalytiker eher darauf beschränken, parallel zur Veränderung der Eltern- und anderen Beziehungen auch die Gottesvorstellung bewußt-zumachen und deren Entwicklung unterstützend zu begleiten (Shafranske 2005), setzen Vertreter der „Kognitiven Verhaltenstherapie“ die spirituellen Ressourcen aktiv ein (programmatisch: Tan u. Johnson 2005).

Zwei Pioniere auf diesem Gebiet, David R. Pecheur und Keith J. Edwards (1984), behandelten Studierende mit milder Depressivität nach Aaron T. Becks „Kognitiver Therapie“ in einer Gruppe nach der säkularen Standardform und in einer anderen nach einer religiösen Variante von ihr. In der religiösen Variante regte der Klinische Psychologe die Teilnehmer zuerst dazu an, sich automatische Denkmuster bewußt zu machen, die – nach Becks Theorie – die eigene Person, die Erfahrungen mit der Umwelt und die Zukunft negativ verzerren und Depressionen erzeugen können. In einem weiteren Schritt sollten sie im Gespräch mit dem Therapeuten realitäts-gerechtere und günstigere Bewertungen formulieren und sie in Bereichen des alltäglichen Lebens, wo sie ihnen schwerfielen, einüben. Dabei stützte sich der Therapeut auch auf biblische Aussagen, beispielsweise auf den Satz: „Gott aber hat seine Liebe zu uns darin erwiesen, daß Christus für uns gestorben ist, als wir noch Sünder waren“ (Röm 5, 8). Dies sollte das Vertrauen wecken, daß Gott den Menschen so akzeptiert, wie er ist. In der Gruppe mit der Standardtherapie empfahl er hingegen ohne jeden Bezug zum Glauben, sich etwa zu sagen: „Unsere Selbstannahme und unser Selbstwert gehen nicht verloren oder werden nicht gemindert, wenn wir scheitern.“

Andere Autoren haben neben solchen Selbstinstruktionen und Affirmationen auch hilfreiche Vorstellungen (Visualisierungen) angeboten, durch die sich Klienten in symbolischer Form unterstützende Glaubensüberzeugungen vergegenwärtigen konnten. So empfand es eine Frau mit Sprechangst als hilfreich, sich vorzustellen, daß Jesus vor einem Auftritt seine Hand auf ihre Schulter legt und sie freundlich anlächelt, während sie redet. Auch bei tiefreligiösen Muslimen, die an Angststörungen litten, hat man mit Erfolg Gespräche über religiöse Themen in die kognitive Verhaltenstherapie integriert (Azhar, Varma u. Dharap 1994).

Bei diesem Typ von Interventionen werden spirituelle Impulse gezielt und konkret in eine professionelle Psychotherapie *integriert*, und was bei Typ 1 größtenteils dem Patienten überlassen bleibt, wird hier vom Therapeuten aktiv angeregt. Er leitet den Patienten, der sich daran interessiert zeigt, dazu an, Gebet/Meditation in seine Emotionsregulation einzubeziehen (kognitiv-verhaltenstherapeutisch betrachtet) und in diesem Gespräch mit dem bedingungslos akzeptierenden Gott seine Gefühle besser zu verstehen und zu beeinflussen (klientenzentriert) bzw. sie darin abzureagieren (tiefenpsychologisch). Er weist auf die Bedeutung des Vergeben- und Dankenkönnens hin – zwei Bereitschaften, die die meisten Glaubensüberlieferungen immer schon betont haben und deren therapeutische Bedeutung seit einigen Jahren auch von der Klinischen Psychologie erkannt wird. Er kann auch

günstigere Neubewertungen und Einstellungen (kognitive Umstrukturierungen) religiös motivieren. Die entscheidenden Wirkfaktoren sieht man in der professionellen Psychotherapie, verstärkt sie aber durch Glaubensinhalte.

Ein Vorteil kann sein, daß man bei dieser Integration die psychologischen Anstöße zur Selbstveränderung in Denkweisen verankert, die spirituell interessierten Patienten geläufig und wichtig sind. Untersuchungen haben ergeben, daß religiös orientierte Therapien im Vergleich zu den säkularen Standardtherapien bei Angststörungen sowie milden und schweren Depressionen die Besserung des Befindens beschleunigen. Allerdings sind die Ergebnisse nicht einheitlich, und es scheint, daß nach einiger Zeit kaum noch ein Unterschied zum säkularen Vorgehen festzustellen ist (zusammenfassend: Koenig, McCullough u. Larson 2001, 132–135; 151–153). Darum wird diese Art von spirituellen Interventionen von nicht wenigen seriösen Klinischen Psychologen in den USA befürwortet – sofern der Therapeut darauf achtet, daß sie den Bedürfnissen und Voraussetzungen des Patienten und nicht eigenem Missionierungsdrang entsprechen, stets im Rahmen von bewährten therapeutischen Maßnahmen und nicht als deren Ersatz erfolgen, unvermeidliche schmerzliche Erfahrungen nicht überdecken, den Therapeuten nicht in die Rolle des Seelsorgers versetzen und seine Kompetenzen nicht überfordern (Tan u. Johnson 2005).

Typ 3: Spiritualität, die selbst Psychotherapie werden will

Je stärker man das therapeutische Potential einer Spiritualität veranschlagt, desto eher wird man dazu neigen, die Bedeutung einer professionellen Psychotherapie und Beratung zu relativieren und die Spiritualität für den entscheidenden Wirkfaktor zu halten. Ein ausgeprägtes Beispiel für diese Tendenz ist die „Hagiotherapie“ des katholischen Fundamentaltheologen Tomislav Ivančić (1997; 1998) aus Zagreb, nach deren Leitlinien seit 1990 mehrere „Zentren für geistliche Hilfe“ in Kroatien, Österreich und Deutschland arbeiten (vgl. Braunsteiner 2004). Die Hagiotherapie will die ausschließlich körperorientierte Medizin und die bloß seelenbezogene Psychotherapie und Psychiatrie ergänzen als eine allen anderen psychologischen Methoden überlegene „Therapie des Geistes“, nicht nur der Seele.

Denn nach Ivančićs Ansicht können Psychotherapie und Psychiatrie seelische Beschwerden nicht zufriedenstellend heilen, weil diese in moralischen Ursachen, d. h. in einem Mangel an geistlicher Gesundheit wurzeln. Ob es sich um Ängste, Depressionen, Schuldgefühle, Suizidgedanken, Familienkrisen, Sinnlosigkeitsgefühle oder Trauer handelt – die Hagiotherapie erhebt die Symptome mit einem eigenen Fragebogen, ordnet sie „geistlichen Organen“ zu und führt sie vor allem auf spirituelle Ursachen zurück; eine Hauptquelle ist für sie Liebesmangel. So betrachtet sie auch psychiatrische Diagnosen, die zwar in Zusammenarbeit mit Ärzten erhoben

werden. Demnach äußert sich „geistliche Gesundheit“ hauptsächlich in moralischem Verhalten, guter Kommunikation mit Gott und Menschen sowie in der Befreiung von inneren Verwundungen, Angst und Aggressivität.

Der Therapieplan sieht vor, daß in der Agape-Therapie durch das Innwerden der Liebe Gottes der grundlegende Mangel an Liebe behoben wird. In der Pistis-Therapie soll sich der Glaube entfalten und Angst und fehlendes Urvertrauen heilen. Innere Verwundungen kurieren und Versöhnungsbereitschaft fördern soll die Eirene-Therapie durch die Zusage von Gottes Vergebung, während bei okkulten Belastungen die Dynamis-Therapie Befreiungsgebete aus dem Rituale „Die Feier der Eingliederung Erwachsener in die Kirche“ verwendet. Die wichtigsten Mittel („Medikamente“) sind Katechese und Heilungsgebete, die man der jeweiligen Situation entsprechend als Hausaufgaben verrichtet. Trotz dieser „katholikal“en Prägung soll die Hagiotherapie, die vor allem evangelisieren will, auch bei Nichtchristen und Atheisten anwendbar sein.

Daß nicht nur Theologen, sondern auch Psychotherapeuten ähnlich denken, zeigt sich in der „Psychosomatischen Basistherapie“ des Zürcher Medizinpsychologen Balthasar Staehelin (1985; 2003), in der biblisch und „Christlich orientierten Psychotherapie“ von Helmut Jaschke (1995), der Eugen Drewermann nahesteht, sowie in Versuchen, depressive Störungen mit Elementen der „Sufi-Psychologie“ zu behandeln (Hammerle 2005).

Transpersonale Ansätze – zum Beispiel Initiatische Therapie

Haben die eben erwähnten Angebote unverkennbar theistische Wurzeln, so wird das Spirituelle in anderen Ansätzen auf vieldeutige Weise *transpersonal* verstanden. Der therapeutische Optimismus ist jedoch der gleiche, nimmt man wörtlich, was Abraham Maslow (1985, 11), der Mitbegründer der „*Transpersonalen Psychologie*“, schrieb: „Ohne das Transzendente und Transpersonale werden wir krank, gewalttätig, nihilistisch oder sogar hoffnungslos und apathisch.“ Wirken nun transpersonale Erfahrungen, d.h. das Überschreiten der eigenen Person hin zum Erleben einer umfassenden Ganzheit in außergewöhnlichen Bewußtseinszuständen, heilend oder bloß als Schutzfaktor gegen psychische Störungen? Die transpersonale Psychotherapie, wie sie im deutschen Sprachraum vor allem an der Fachklinik Heiligenfeld (Bad Kissingen), am Rütte-Forum (Todtmoos) und an der Schule für transpersonale Psychologie und Psychiatrie (Freiburg) in Kursen, Seminaren und Tagungen gelehrt wird, betrachtet sich als „Erweiterung“ der nach wie vor unentbehrlichen „traditionellen Psychotherapie“, hält diese Erweiterung aber bei der Behandlung fast aller psychischen Störungen für notwendig, ohne auf die Grenzen ihres Einflusses hinzuweisen.

Die transpersonale Psychotherapie kennt keine einheitliche Theorie und arbeitet

weitgehend eklektisch mit einem Spektrum von Verfahren, das von der Zen-Meditation über schamanische Trance und astrologische Psychologie bis zu Übungen aus Roberto Assagiolis Psychosynthese reicht. Viele lassen sich von Ken Wilber inspirieren, der für eine transformierende Meditation eintritt, durch die der Mensch die Stufen des Unbewußt-Präpersonalen wie auch des Bewußt-Personalen überschreitet hin zum Überbewußt-Transpersonalen, d.h. zum mystischen Erleben eines überindividuellen Absoluten, das – östlich als All-Eines gedacht – den wahren Kern des Menschen bilde.

Einen Weg zu solchen transpersonalen Erfahrungen will beispielsweise die „*Initiatische Therapie*“ weisen, die von Karlfried Graf Dürckheim und Maria Hippus-Gräfin Dürckheim entwickelt wurde und von Pieter Loomans (1994) im Rütte-Forum weitergeführt wird. Sie möchte ergänzend zur tiefenpsychologischen Psychotherapie nach Carl Gustav Jung ohne Einschränkung auf bestimmte Störungen durch eine Reihe von Verfahren und letztlich durch die einweihende, „initiatische“ Erfahrung des numinosen Getragenseins vom „überraumzeitlichen Sein“ (Dürckheim) den Individuationsprozeß fördern, der die innere Spaltung heilt und gesunde, erfüllende Ganzheit ermöglicht. Durch initiatische Leibtherapie, geführtes Zeichnen, Gestalten mit Tonerde, Übungen mit dem Schwert, Kultisches Nähen, Bewegung und Stimme, Tanzimprovisation, Umgang mit Träumen, Gespräch, Zazen-Meditation und bewußtes Leben im Alltag soll der „Besucher“ des Zentrums „durchlässiger werden für das dem Menschen innewohnende Wesen und einen mehr dauerhaften Bezug zur immanenten Transzendenz gewinnen“ (vgl. www.ruette-forum.de).

Diese Transzendenz hat sich Dürckheim wohl vereinbar mit christlichem wie auch mit zenbuddhistischem Denken vorgestellt. Der initiatische Weg umfaßt drei Schritte. In der *Zentrierungsphase* wird das Gefühl für die Ki-Kraft in der Bauchmitte und für die Harmonisierung der Energien in den Chakren gefördert, wird durch wiederholtes Zeichnen einer Schale bzw. einer Senkrechten der Bezug zum Becken bzw. zur Wirbelsäule („Aufgerichtetsein“) bewußt. Dies bereitet die *Prozeßphase* vor: Im Gespräch über freie Zeichnungen und Träume werden Themen artikuliert, die ins Bewußtsein drängen. Der Leibtherapeut berührt die Stellen, an denen dies seiner Ansicht nach spürbar wird. Hier geht es – streng jungianisch betrachtet – um das Integrieren verdrängter Aspekte (Schattenbereinigung), um die Harmonisierung von weiblichen und männlichen Anteilen (Anima, Animus) und darum, daß das Ich seine Vorherrschaft an das Selbst übergibt. Die *Transzendenzphase* zeigt sich darin, daß man die Harmonie von „feinstofflichen Ebenen und grobstofflichem Leib“, d.h. das Durchflutetwerden von Kundalini-Energie als tiefe Freude und als Durchlässigkeit für die immanente Transzendenz erlebt. Das numinose Aufgehobensein wird in Zeichnungen und Träumen symbolisiert, und die Zazen-Meditation läßt, dem „Selbst“ folgend, die ins Bewußtsein drängenden Themen hinter sich und führt in eine übergegenständliche „reine Leere“ hinein, die als Fülle erlebt wird.

Die Auseinandersetzung mit „archetypischen Gestalten und Energien“ sowie heilendes, kosmisches Einssein will Stanislaw Grofs (1994) „Holotrope Therapie“ durch beschleunigtes Atmen, Musik und das Zeichnen von Mandalas ermöglichen. Transpersonale Ansätze, die ganz auf bioenergetischen und schamanischen Vorstellungen beruhen, sehen die Quelle aller Heilung vor allem in kosmischen Energien. Beispielsweise Asha Nahoma Clinton (2002), die nur noch wenige Aspekte traditioneller Psychotherapie in ihre Transpersonale Energie-Heilung zur Traumabehandlung einbezieht. Oder Howard Brockman (2006), der Elemente der Hypnose, der kognitiven Verhaltenstherapie unter anderem in sein Dynamisch-Energetisches Heilen integriert (nicht umgekehrt!) und damit Depressionen, Angststörungen und Suchtabhängigkeit behandelt.

Die in diesem Abschnitt geschilderten Ansätze unterscheiden sich von denen von Typ 1 und 2 dadurch, daß sie sich von den professionellen (für sie nur „traditionellen“) Psychotherapien zwar unterstützen lassen, aber dazu neigen, ihre *Spiritualität als eigene Psychotherapie* mit den entscheidenden Wirkfaktoren aufzufassen. Sie integrieren eher Elemente der professionellen Psychotherapie in sich, als daß sie ihre Spiritualität in diese integrieren wie bei Typ 2. Dementsprechend übernimmt der Psychotherapeut weitgehend die Rolle des spirituellen Begleiters – im Extremfall als Seelsorger oder Schamane.

Theoretisch orientiert sich dieser Typ 3 nur teilweise an Konstrukten der akademischen Psychologie; maßgeblich ist für ihn die *eigene parawissenschaftliche spirituelle Psychologie*, die man von religiösen Überlieferungen bzw. von vorwissenschaftlichen Menschen- und Weltbildvorstellungen, die in ihnen impliziert sind, ableitet. So nehmen manche an, Blockierungen der feinstofflichen Lebensenergie (Ki, Prana) oder Verletzungen aus früheren Leben beeinflussten das psychische Wohlbefinden, und wer dies nicht berücksichtige, bleibe dem angeblich völlig mechanistischen Menschenbild der westlichen Psychologie verhaftet. Vor allem erklärt man Depressionen und Angststörungen spirituell: Sie sollen maßgeblich durch den Mangel an Urvertrauen, Liebe oder Verbundensein mit Gott bzw. dem All-Einen verursacht sein, so wie Suchtabhängigkeit auf unerfüllter Sehnsucht nach Ganzheit bzw. nach Gott beruhe. Weshalb man die Heilung wesentlich, wenn auch nicht ausschließlich, „ganzheitlich“ vom psychospirituellen Ganzsein und Heilsein erwartet.

Christlich-theologisch wäre zu fragen, ob dadurch das „Heil“ nicht über die Maßen psychosomatisch und diesseitig verstanden wird und ob ein lebendiger Glaube immer gegen Angst, Depression und ähnliches wappnet. Psychologisch ist einzuwenden, daß ernsthafte psychische Störungen multifaktoriell bedingt sind, d.h. daß an ihrem Entstehen wie auch an ihrer Linderung innerseelische und psychosoziale, neurobiologische und biographisch-lerngeschichtliche Einflüsse beteiligt sind – und daß Spiritualität dabei zwar als Stütze sehr hilfreich, aber kein „Heilungsmechanismus von ungewöhnlicher Kraft“ (Grof 1994, 190) sein kann. Wie wirksam sind spirituelle Psychotherapien vom Typ 3? Die erfolgreichen Ein-

zelfälle, die berichtet werden, mögen alle stimmen, doch liegen keinerlei statistische Untersuchungen vor, die eine Verallgemeinerung erlaubten. Die einzelnen Erfolge beruhen unter Umständen auf unspezifischen Wirkfaktoren wie gesprächsbereiter Anteilnahme und Ermutigung zur Geduld, die auch zu nichtspirituellen Behandlungen gehören. So läuft diese Art von spiritueller Psychotherapie Gefahr, ihr Potential zu überschätzen und eine leichte Heilung zu versprechen, die sich die mühsame Bearbeitung von Konflikten meint ersparen zu können.

Typ 4: Psychotherapeutische Wirkfaktoren spirituellen Ursprungs

Bieten Yoga-, Mantra- und Zazen-Meditation nicht so viele psychohygienische Chancen, daß man sie auch ohne religiöse Absichten praktizieren kann? Nachdem sie sich auch im Westen verbreitet hatten, lag es nahe, sie therapeutisch zu beerben. Es entstand ein vierter Typ von „spiritueller Psychotherapie“, der aus Übungen religiöser Traditionen einzelne Wirkfaktoren übernommen und in professionelle Verfahren integriert hat – im Unterschied zu Typ 2 nicht mit ihren motivierenden religiösen Inhalten, sondern losgelöst davon, weltanschaulich (meistens) neutral.

Eine Sichtung von 15 Studien zur Wirksamkeit von *Meditation* (Transzendente Meditation u. a.) zeigte bei Patienten mit Spannungs- und Angstgefühlen mehrmals eine bedeutsame Verbesserung, während diese bei Schlafstörungen sowie Alkohol- und Drogenabhängigkeit nur in einzelnen Untersuchungen nachgewiesen wurde (Grawe, Donati u. Bernauer 1994); die Transzendente Meditation kann das subjektive Befinden verbessern und dadurch eine Therapie unterstützen (Fehr 1996).

Speziell die Prinzipien Achtsamkeit und Akzeptanz haben seit den 70er Jahren in die professionelle Prävention und Behandlung verschiedenartiger Störungen Eingang gefunden. Beispielsweise ist die „Achtsamkeitsbasierte Streßreduktion“ nach Jon Kabat-Zinn (2004) von der Vipassana-Meditation des Theravada-Buddhismus inspiriert, während sich die „Dialektische Therapie der Borderline-Störungen“ nach Marsha Linehan (1996) auf die Zazen-Tradition beruft. Achtsamkeit (in Pali: „sat“, englisch: „mindfulness“) und Akzeptanz bedeutet, daß die Patienten in all diesen Programmen durch bestimmte Meditationsübungen zu lernen versuchen, Körperempfindungen, Gefühle und Gedanken aufmerksam wahrzunehmen, sie aber nicht zu beurteilen, sondern liebevoll zu akzeptieren und so Abstand von ihnen zu gewinnen.

Im sogenannten Body Scan werden wie im Vipassana die verschiedenen Teile des Körpers nacheinander achtsam wahrgenommen, oder man lenkt in anderen Übungen wie im Zazen die Aufmerksamkeit auf den Atem. Diese Art der Achtsamkeit soll man auch im Alltag üben und beispielsweise beim Duschen gelassen die momentanen Empfindungen wahrnehmen, statt schon an die Aufgaben zu denken, die auf einen warten. Dazu werden Kenntnisse über Streß vermittelt oder – bei Border-

line-Störungen – Fertigkeiten trainiert, die das Ertragen von Belastungen, die Regulierung von Emotionen und den Umgang mit den Mitmenschen erleichtern. Ein Programm leitet dazu an, negative Gedankenmuster, die zu Rückfällen in Depressionen führen, frühzeitig zu unterbrechen. Zur genauen Wirkweise von achtsamkeitsbasierten Behandlungsformen werden verschiedene Hypothesen diskutiert (Bohus u. Huppertz 2006) – ganz ohne energetische Spekulationen. Ihre Wirksamkeit ist für verschiedenartige Störungen nachgewiesen, doch fehlen noch Untersuchungen zur Frage, ob sie bei bestimmten Beschwerden gleich effektiv oder effektiver sind als herkömmliche Verfahren.

Im buddhistischen Kontext soll das nicht wertende Achtsamsein und Akzeptieren der Vipassana-Meditation die Loslösung und De-Identifikation von allem erleichtern, was die Illusion eines Ich aufrechterhält und es an das leiderzeugende Dasein bindet; indes will der Meditierende im Zazen von allen Gedanken, Gefühlen und Bildern leer werden, um die Nicht-Zweiheit von Ich, Welt und All-Einem zu erfahren. Die achtsamkeitsbasierten Therapien betonen aber, daß sie nicht weltanschauungsgebunden arbeiten, sondern aus den buddhistischen Traditionen nur Wirkfaktoren entnehmen, die allgemein-menschlich sind. Was ist an ihnen also noch spirituell? Einerseits ihre spirituelle Herkunft und andererseits die Möglichkeit, sie nach wie vor mit der ursprünglichen Absicht einer spirituellen Entwicklung aktivieren zu können (auch in einem christlichen Rahmen).

Die Vielfalt der hier vorgestellten Versuche zeigt, daß die Einbeziehung von spirituellen Themen bei Patienten, die dafür aufgeschlossen sind, eine nicht unbedeutende Ressource erschließen kann. Bei Ansätzen nach Typ 1 und 2 kann Spiritualität zur Belastungsbewältigung, zur Therapie und zu einem sinnerfüllten Leben motivieren und dadurch Störungen und Rückfällen vorbeugen sowie Heilungsprozesse unterstützen, wenn sie mit einer professionellen Psychotherapie kooperativ verbunden oder in sie integriert ist. Bei Typ 4 werden aus spirituellen Übungen Wirkfaktoren extrahiert – ebenfalls mit Erfolg. Bei Ansätzen nach Typ 3 ist eine Wirkung, die über allgemeine stützende Faktoren hinausgeht, nicht belegt. Die anderen, nachweislich hilfreichen Versuche sollte man weder als typisch amerikanisches Phänomen abtun noch mit wolkiger „Der Glaube heilt“-Rhetorik überschätzen, sondern mit wissenschaftlicher Begleitung weiterverfolgen. Denn Spiritualität, auch die positivste und intensivste, verändert ja nicht die genetischen und erlernten Anteile von psychischen Störungen, sondern nur die Bereitschaft, günstiger mit ihnen umzugehen und ein positiveres Denken, Verhalten und Erleben zu erlernen.

LITERATUR

M. Z. Azhar, S. L. Varma u. A. S. Dharap, Religious psychotherapy in anxiety disorder patients, in: *Acta Psychiatrica Scandinavica* 90 (1994) 1–3; M. Bohus u. M. Huppertz, Wirkmechanismen achtsamkeitsbasierter Psychotherapie, in: *Zs. für Psychiatrie, Psychologie u. Psychotherapie* 54 (2006) 265–276; G. Braunsteiner, Therapie des Geistes. Der Ansatz der Hagiotherapie – ein Beispiel therapeutischer Theologie? (Münster 2004); H. Brockman, Dynamic energetic healing: Integrating core shamanic practices with energy psychology applications and processwork principles (Blackrock 2006); A. N. Clinton, Seemorg Matrix Work-super (TM): The transpersonal energy psychotherapy, in: *Energy psychology in psychotherapy: A comprehensive sourcebook*, hg. v. F. P. Gallo (New York 2002) 93–115; M. Dieterich, Einführung in die allgemeine Psychotherapie u. Seelsorge (Wuppertal 2001); R. Dobbins, Spiritual interventions in the treatment of dysthymia and alcoholism, in: *Casebook for a spiritual strategy in counseling and psychotherapy*, hg. v. P. S. Richards u. A. E. Bergin (Washington 2004) 105–117; Th. Fehr, Therapeutische relevante Effekte durch transzendente Meditation? in: *Psychotherapie Psychosomatik medizinische Psychologie* 46 (1996) 178–188; K. Grawe, R. Donati u. F. Bernauer, Psychotherapie im Wandel (Göttingen 1994); St. Grof, Das Heilungspotential außergewöhnlicher Bewußtseinszustände. Beobachtungen aus der psychedelischen u. holotropen Therapie, in: *Psychotherapie u. religiöse Erfahrung*, hg. v. E. Zundel u. P. Loomans (Freiburg 1994) 159–204; B. Grom, Religionspsychologie (München 2007); A. E. Hammerle, Journey into the heart: Sufi ways for healing depression, in: *The psychospiritual clinician's handbook. Alternative methods for understanding and treating mental disorders*, hg. v. Sh. G. Mijares u. G. S. Khalsa (New York 2005) 259–279; T. Ivančić, Therapie des Geistes (Güssing: Verein „Auferstehung“ 1997); ders., Grundlagen der Hagiotherapie (Graz 1998); H. Jaschke, Der Heiler. Psychotherapie aus dem Neuen Testament (Freiburg 1995); J. Kabat-Zinn, Achtsamkeitsbasierte Interventionen im Kontext: Vergangenheit, Gegenwart u. Zukunft, in: *Achtsamkeit u. Akzeptanz in der Psychotherapie. Ein Handbuch*, hg. v. Th. Heidenreich u. J. Michalak (Tübingen 2004) 103–138; H. G. Koenig, M. E. McCullough u. D. B. Larson, Handbook of religion and health (New York 2001); M. Linehan, Dialektisch-Behaviorale Therapie der Borderline-Persönlichkeitsstörung (München 1996); P. Loomans, Initiatische Therapie nach Graf Dürckheim u. M. Hippus-Gräfin Dürckheim, in: *Psychotherapie u. religiöse Erfahrung. Konzepte u. Methoden transpersonaler Psychotherapie*, hg. v. E. Zundel u. P. Loomans (Freiburg 1994) 137–158; A. Maslow, Psychologie des Seins (Frankfurt 1985); Integrating spirituality into treatment: Resources for practitioners, hg. v. W. R. Miller (Washington 1999); *The psychospiritual clinician's handbook. Alternative methods for understanding and treating mental disorders*, hg. v. Sh. G. Mijares u. G. S. Khalsa (New York 2005); D. R. Pecheur u. K. J. Edwards, A comparison of secular and religious versions of cognitive therapy with depressed christian college students, in: *Journal of Psychology and Theology* 12 (1984) 45–54; P. S. Richards u. A. E. Bergin, A spiritual strategy for counseling and psychotherapy (Washington 2005); *Casebook for a spiritual strategy in counseling and psychotherapy*, hg. v. P. S. Richards u. A. E. Bergin (Washington 2004); M. Schowalter u.a., Die Integration von Religiosität in die psychotherapeutische Behandlung bei religiösen Patienten – ein Klinikvergleich, in: *Zs. für Klinische Psychologie, Psychiatrie u. Psychotherapie* 51 (2003) 361–374; E. P. Shafranske, A psychoanalytic approach to spiritually oriented psychotherapy, in: *Spiritually oriented psychotherapy*, hg. v. L. Sperry u. E. P. Shafranske (Washington 2005) 105–130; *Spiritually oriented psychotherapy*, hg. v. L. Sperry u. E. P. Shafranske (Washington 2005); S.-Y. Tan u. W. B. Johnson, Spiritually oriented cognitive-behavioral therapy, in: *Spiritually oriented psychotherapy*, hg. v. L. Sperry, L. u. E. P. Shafranske (Washington 2005) 77–103; B. Staehelin, Psychische Heilung durch christliche Spiritualität (OttoBrunn 1985); ders., Heilung geschieht von innen. Die Praxis der Christustherapie (Freiburg 2003); M. Utsch, Religiöse Fragen in der Psychotherapie. R. van Quekelberghe, Grundzüge der spirituellen Psychotherapie (Eschborn 2007).