

**Religiosität und Spiritualität in der Psychotherapie.
Eine Darstellung ihrer Integration in die kognitive
Verhaltenstherapie in Österreich, mit Fokus auf die Rational-
Emotive Verhaltenstherapie nach Albert Ellis und die Akzeptanz-
und Commitment-Therapie nach Steven Hayes.**

Diplomarbeit zur Erlangung des akademischen Grades Magister der
Psychotherapiewissenschaft

an der Sigmund Freud Privatuniversität Wien

Fakultät für Psychotherapiewissenschaft

eingereicht von
Marwin Kuderna
01549568

betreut von Univ.-Doz. Dr. Max Leibetseder

Wien, im November 2025

Abstract: Immer mehr gewinnt das Thema der Spiritualität und Religiosität in der Psychotherapie an Relevanz. Dies lässt sich nicht nur in den USA, sondern auch in Europa, speziell im deutschsprachigen Raum beobachten. Inwiefern kann eine professionelle Integration von Spiritualität und Religiosität in der Verhaltenstherapie gestaltet werden? Zuerst wird der Versuch unternommen, die Container-Begriffe der Spiritualität und Religiosität sowohl zu definieren als auch voneinander abzugrenzen. In einem nächsten Schritt soll durch einen Abriss der Geschichte der Verhaltenstherapie das zuerst feindliche, dann produktive Verhältnis zu Religiosität dargestellt werden. Dies geschieht mit Fokus auf Albert Ellis' Rational-Emotive Verhaltenstherapie und dem Vorhaben, diese auf religiöse Menschen in Amerika anzupassen. Auf Basis der österreichischen Richtlinie zur Frage der Abgrenzung der Psychotherapie von esoterischen, spirituellen, religiösen und weltanschaulichen Angeboten sowie Hinweise für PatientInnen bzw. KlientInnen folgt eine kritische Auseinandersetzung mit dem eben genannten Therapiemanual. Daraus entstehen sowohl ethisch vertretbare Handlungsbeispiele einer religionssensiblen Herangehensweise in der kognitiven Verhaltenstherapie in Österreich als auch Ambivalenzen bezüglich der vorliegenden Richtlinie. In einem letzten Schritt wird die Methode der Akzeptanz- und Commitment-Therapie nach Steven Hayes vorgestellt und ihr integratives Bemühen um religiöse und spirituelle Themen erläutert.

Abstract: The topic of spirituality and religiosity is becoming increasingly relevant in psychotherapy. This can be observed not only in the USA, but also in Europe, especially in German-speaking countries. To what extent can spirituality and religiosity be professionally integrated into behavioral therapy? First, an attempt will be made to define the umbrella terms of spirituality and religiosity and to distinguish between them. In a next step, an outline of the history of behavioral therapy will be used to illustrate the initially hostile, then productive relationship with religiosity. This will be done with a focus on Albert Ellis' rational-emotive behavioral therapy and the attempt to adapt it to religious people in America. Based on the Austrian guideline on the distinction between psychotherapy and esoteric, spiritual, religious, and ideological offerings, as well as information for patients and clients, a critical examination of the aforementioned therapy manual will follow. This will result in ethically

acceptable examples of a religion-sensitive approach in cognitive behavioral therapy in Austria, as well as ambivalences regarding the present guideline. In a final step, Steven Hayes' method of acceptance and commitment therapy will be presented, as well as its integrative approach to religious and spiritual issues.

Schlagworte: Psychotherapie, Religiosität, Spiritualität, Verhaltenstherapie, Rational-Emotive Verhaltenstherapie, Kognitive Verhaltenstherapie, Akzeptanz- und Commitment-Therapie, Gebet, Ethik

Abkürzungen:

A = Auslöser

ACT = Akzeptanz- und Commitment-Therapie

B = Bewertung/Belief

C = Consequence

CBT = Cognitive Behavioral Therapy

D = Disputation

E = Effektive neue Bewertung

iB = Irrational Belief

MBCT = Mindfulness-Based Cognitive Therapy

MBSR = Mindfulness-Based Stress Reduction

REBT = Rational-Emotive Behavioral Therapy

REVT = Rational-Emotive Verhaltenstherapie

R-CBT = Religion-Adapted Cognitive Behavioral Therapy

S-R = Spirituality and Religion

Inhaltsverzeichnis

1. EINLEITUNG	2
1.1 DIE KONNOTATIVE WENDE	2
1.2 „SPIRITUAL TURN“ AUF DEM PRÜFSTAND.....	5
2. SPIRITUALITÄT UND RELIGIOSITÄT	8
2.1 DEFINITIONEN VON „SPIRITUALITÄT“ UND „RELIGIOSITÄT“	8
3. GESCHICHTE DER VERHALTENSTHERAPIE	14
3.1 WAS IST VERHALTENSTHERAPIE?	14
3.2 VOM BEHAVIORISMUS ZUR KOGNITIVEN VERHALTENSTHERAPIE	15
4. DIE RATIONAL-EMOTIVE VERHALTENSTHERAPIE NACH ALBERT ELLIS (1978)	18
4.1 VON DER PSYCHOANALYSE ZUR RATIONAL-EMOTIVEN THERAPIE	18
4.2 DIE ANFÄNGE DER ANWENDUNG DER RATIONAL-EMOTIVEN THERAPIE.....	20
4.3 „WIE HAST DU’S MIT DER RELIGION?“	22
4.4 DAS ERSTE VOLLSTÄNDIGE REVT-THERAPIEMANUAL FÜR RELIGIÖSES KLIENTEL (NIELSEN ET AL. 2001)	27
4.4.1 <i>Allgemeines Rational der REVT für religiöse Klientenpersonen</i>	28
4.4.2 <i>Exkurs: Vier Typen spiritueller Interventionen</i>	33
4.4.3 <i>Assessment/Diagnostik in der REVT bei religiösen Menschen (Nielsen et al. 2001)</i>	37
4.4.4 <i>Welche Kognitionen sind nun irrational?</i>	39
4.4.5 <i>Besonderheiten religiöser Menschen im REVT-Prozess</i>	40
4.4.6 <i>Neu formulierte Disputationstechniken mit religiösem Inhalt</i>	43
4.4.7 <i>Weitere religiös-integrierende Methoden in der REVT</i>	44
4.4.8 <i>Schwierigkeiten in der REVT mit religiösem Klientel</i>	45
5. AKTUELLERE RELIGIÖS-INTEGRIERENDE METHODEN IN DER KOGNITIV-VERHALTENSTHERAPEUTISCHEN PRAXIS	47
5.1 EINE SYSTEMATISCHE STUDIE RELIGIÖS-INTEGRIERENDER METHODEN	47
5.1.1 <i>Angrenzende Methoden der kognitiven Verhaltenstherapie</i>	48
5.1.2 <i>Die kognitiven Kernmethoden</i>	52
6. ETHISCHE BEDENKEN UND GEFAHREN	54
6.1 „RICHTLINIE ZUR FRAGE DER ABGRENZUNG DER PSYCHOTHERAPIE VON ESOTERISCHEN, SPIRITUELLEN, RELIGIÖSEN UND WELTANSCHAULICHEN ANGEBOTEN SOWIE HINWEISE FÜR PATIENTINNEN BZW. KLIENTINNEN“ SIEHE ÖSTERREICHISCHES BUNDESMINISTERIUM FÜR SOZIALES, GESUNDHEIT, PFLEGE UND KONSUMENTENSCHUTZ	54
6.2 WELTANSCHAULICHE NEUTRALITÄT ALS EINE GRUNDVORAUSETZUNG IN DER PSYCHOTHERAPIE IN ÖSTERREICH	57
6.3 POSITIONSPAPIER FÜR DIE EMPFEHLUNG ZUM UMGANG MIT RELIGIOSITÄT UND SPIRITUALITÄT IN PSYCHIATRIE UND PSYCHOTHERAPIE DER DGPPN (2016).....	61
6.4 GEBET IN DER PSYCHOTHERAPIE IN AMERIKA UND IM DEUTSCHSPRACHIGEN RAUM	63
6.5 WELCHE METHODEN SIND IN DER KOGNITIVEN VERHALTENSTHERAPEUTISCHEN PRAXIS NACH AKTUELLEM STAND IN ÖSTERREICH ETHISCH ZULÄSSIG?	70
7. EIN KURZER ABRISS BEKANNTER METHODEN DER DRITTEN WELLE DER VERHALTENSTHERAPIE UND DEREN RELIGIÖS-INTEGRIERENDER VERSUCH	74
7.1 DIE DRITTE WELLE DER VERHALTENSTHERAPIE	74
7.2 DIE AKZEPTANZ- UND COMMITMENT-THERAPIE (ACT) (HAYES ET AL. 1999) UND MÖGLICHE ANKNÜPFUNGSPUNKTE ZU CHRISTLICHER RELIGIOSITÄT	75
7.2.1 <i>Überschneidung der Menschenbilder</i>	77
7.2.2 <i>Eine christlich adaptierte Akzeptanz- und Commitment-Therapie (Nieuwsma et al. 2016)</i>	78
8. DISKUSSION UND KONKLUSION	87
6. LITERATURVERZEICHNIS	91

1. Einleitung

1.1 Die konnotative Wende

Obwohl eine Integration von Spiritualität und Religiosität in die äußerst säkular geprägte Psychotherapie lange Zeit vermieden wurde, befindet sich die Herangehensweise jener Thematik im amerikanischen Raum seit Jahrzehnten im Wandel und nach diesem Trend ist im europäischen Raum in ähnlicher Weise eine konnotative Wende spürbar. Es lässt sich gesamtgesellschaftlich eine zunehmende Affinität insbesondere für persönliche und individuelle Prägungen gelebter Spiritualität, aber auch für mehr traditionelle und institutionalisierte Prägungen der Religiosität beobachten (Freund & Gross 2016). Insbesondere ist bei der jüngeren europäischen Generation Z im Vergleich zur Boomer-Generation ein deutlicher Ruck hin zu mehr gelebter Religiosität zu beobachten. Dies zeigt die Umfrage von Ipsos in ihrem Bericht „Global Religion 2023. Religious Beliefs Across the World. A 26-country Global Advisory survey“ (1), die im Mai 2023 veröffentlicht wurde. Grundlegend vollzieht sich eine Veränderung im psychotherapeutischen Kontext von einer überwiegend kritisch ignorierenden Perspektive hin zu einer ausgewogenen ressourcenorientierten Haltung (Freund & Gross 2016).

Dieses Phänomen könnte aus der Sicht „eines rationalistisch-neopositivistischen Weltbildes erschrecken und verzweifelt Erklärungsmuster suchen lassen“ (Hundt 2003, 370). Ein sogenanntes Erklärungsmuster liefert Michael Utsch, als er es der „mangelnden Integrationskraft und Plausibilität einzelwissenschaftlicher Erkenntnisse“ zuschreibt (1999, 343). Es dominieren ein Verlust der Werte und durch die unbegrenzte Auswahl an Gestaltungsmöglichkeiten unseres Lebens Desorientierung und Verunsicherung. Solch ein Mangel könne durch die Hingabe in neu aufkommende spirituelle Weltdeutungen ausgeglichen werden und führe zu mehr Halt und Orientierung (Utsch 2001).

Auch Peter Kaiser sieht die Rolle von Religion sogar in den letzten tausend Jahren nicht schwindend, wie von vielen angenommen wurde. Nein, sie habe geradezu „[...] als Identitäts- und Sinn-stiftendes Element, positiv wie negativ, an Aktualität

gewonnen. Nicht Funktionsverlust, sondern ein – parallel zu anderen Veränderungen der belebten und unbelebten Umwelt –, rasanter Funktionswandel hat eingesetzt.“ (2007, 52). Es gehe infolge weniger um den Inhalt des Glaubens und dessen Realitätsprüfung, sondern mehr um Religion als „[...] handlungsbeeinflussendes Moment und, schwerpunktmäßig, als Ressource [...]“ (ebd.). Der salutogenetische Effekt von Religion auf die psychische Gesundheit hat dieses Thema wieder aktueller gemacht.

Vor allem in amerikanischen Studien könne das Interesse an dem funktionalen Element stark beobachtet werden. Ungefähr zwei Drittel der Studienlage lassen positive Wirkungen von Spiritualität und Religiosität auf die psychische Gesundheit erahnen. So sei auch in ähnlichem Maße der Effekt auf spezifische Störungsbilder wie Depression, Angst oder Suizidalität einzuordnen (ebd.). Doch die Forschungsergebnisse können aufgrund grober kultureller Differenzen zwischen den USA und Europa nicht eins zu eins ohne kritische Reflexion übernommen werden. So weist Michael Utsch (Utsch et al. 2014) daraufhin, dass es in der amerikanischen Religionspsychologie vielmehr darum geht die Effekte einer „alltäglichen spirituellen Praxis“ zu erforschen, als „extreme Bewusstseinszustände“ (ebd., 2). Religiöse und spirituelle Erfahrungen können in Amerika als zugehörig zu einem gesunden Wohlbefinden des Menschen sowohl zeitgleich in Europa als pathologisierendes Phänomen gedeutet werden. „Ein großer Unterschied zwischen der amerikanischen und deutschen Sichtweise hinsichtlich des Stellenwerts der Religionspsychologie liegt darin, dass mit religiösem Erleben und Verhalten in der Vereinigten Staaten sehr viel unbefangener und pragmatischer umgegangen wird.“ (ebd.). Innerhalb der Westlichen Welt liegen bereits in den Grundannahmen der Bewertung religiöser und spiritueller Praktiken und Erlebnisse signifikante Unterschiede. Die einen verbinden sie mit einem weitestgehend problemlosen seelischen Wohlbefinden, die anderen assoziieren damit „fragwürdige Erscheinungen wie außersinnliche Wahrnehmungen, parapsychologische Erfahrungen oder transpersonale Bewusstseinszustände.“ (ebd., 3).

Mit Blick auf die konstruktive Bewertung von Religiosität und Spiritualität in der Psychotherapie, war dies, wie obschon kurz erwähnt, nicht immer so. Der

Gründervater der Psychotherapie, Sigmund Freud, verstand Religiosität als pauschal pathologisch. „Die klassische Psychoanalyse trat an, den aufgeklärten Menschen von zwanghaft repressiven Varianten des Glaubens durch eine aufgeklärte Vernunft zu befreien und mündete dabei in einer grundsätzlichen Religionskritik.“ (Utsch 2016, 1152). Dieser Zugang prägte zunehmend die Psychiatrie und Psychotherapie im 20. Jahrhundert (Kaiser 2007). Dies zeigt sich insbesondere in Studien der 50er und 60er Jahren, als diese überwiegend negative Auswirkungen auf den Menschen beschreiben (Koenig & Larson 2001). Auf die mangelhafte Methodik und Operationalisierung der Studien macht nicht zuletzt Kaiser aufmerksam. Vor allem in der Psychoanalyse sei ein *spiritual turn* aufgrund der jahrzehntelangen, stark ablehnenden Auffassung besonders bemerkbar, ergänzt Henning Freund (2021). Das lässt sich vor allen Dingen „[...] in der Entpathologisierung von persönlichem Glauben und einer Entschärfung religionskritischer Haltungen [...]“ beobachten (ebd., 167).

Allerdings deuten einige aktuellere Forschungsergebnisse auf eine ebenso krankmachende Komponente von Religiosität, wie zum Beispiel die verstärkende Wirkung auf Depressionen und Angststörungen hin (Kaiser 2007). Religiosität kann sowohl einen positiven als auch negativen Effekt auf die menschliche Psyche ausüben. In welche Richtung es geht, komme insbesondere auf die Art des Glaubens an. Dennoch gelte, dass eine positive Religiosität einen gut belegbaren Einfluss auf die Förderung des psychischen Wohlbefindens habe (ebd.).

Michael Utsch (Utsch et al. 2014) verweist ebenfalls auf „ambivalente Wirkungen des Glaubens“, die vor allem in europäischen Studien vorzufinden sind. Man solle die oftmals einseitigen Ergebnisse der sogenannten amerikanischen „Glaubensmedizin“ mit Vorsicht genießen und skeptisch sein. Schon William James hat vor mehr als 100 Jahren auf die starke Verbindung von Emotionalität und Religiosität aufmerksam gemacht (James 1997). Mit den persönlichen Glaubensüberzeugungen, die speziell in Europa eher als Privatsache gilt, können ein Spektrum von verschiedenen Emotionen geweckt werden, abhängig von den individuellen Erfahrungen und Perspektiven die bisher gebildet wurden: Angst, Liebe, Ehrfurcht, Freude, etc.

1.2 „Spiritual Turn“ auf dem Prüfstand

Ob aber tatsächlich von einem „spiritual turn“ in der Psychotherapie gesprochen werden kann, sieht Henning Freund neuerdings skeptisch (2021). In seinem Artikel zeichnet er die Begriffsbestimmung des „spiritual turns“ nach und stellt überraschend fest, dass dieses Konzept alleinig im deutschsprachigen Raum Verwendung findet. Aufgrund der Abwesenheit von Längsschnitt- oder Verlaufsstudien, die es für „soziale oder individuelle Veränderungsprozesse im quantitativ-statistischen Sinne“ braucht, wird zum Einschätzen der sukzessiv spirituellen Affinität, das Feld in der Psychotherapie in sogenannte „Akteurinnen und Akteure“ unterteilt (ebd., 161). Nämlich in: Psychotherapeutenpersonen, Patientenpersonen, Psychotherapieforschung und Aus- und Weiterbildung.

Die Forschungslage lässt aufgrund mangelnder Daten kein explizites Ergebnis eines aufkommenden „spiritual turns“ bei Psychotherapeutenpersonen im deutschsprachigen Raum zu. Das was zu erkennen ist, ist eine explizite Aufforderung einer spirituellen Wende von Seiten der Autorenpersonen der Studien, da mehr als zwei Drittel von den 895 befragten psychologischen Psychotherapeutenpersonen in Deutschland angeben eine spirituelle oder religiöse Weltsicht zu vertreten (Hofmann & Walach 2011). Eine Erklärungshypothese sei das fallende Interesse an den institutionell-christlichen Religionen, welches eine selbständige und individuelle Aufarbeitung von Psychotherapeutenpersonen in Bezug auf Transzendenz-Fragen bewirkt hat (Freund 2021). Es sei demnach zu beobachten, dass sich unter Psychotherapeutenpersonen eine größere Offenheit und Affinität für diese Themenfelder entwickelt hat, obwohl sie sich zeitgleich unzureichend dafür ausgebildet fühlen (Freund & Gross 2016).

Im Bereich der Hilfesuchenden fasst Freund zwei Forschungsergebnisse (Stephan & Utsch 2016; Balci-Sentürk & Freund 2018) folgendermaßen zusammen: „Beide Querschnittstudien lassen keine direkten Rückschlüsse auf Veränderungsprozesse oder gar *spirituelle turns* beim Hilfesuchverhalten von religiösen Menschen zu. Sie deuten vielmehr auf noch immer bestehende Vorbehalte von hochreligiösen Muslimen und Christen hin, eine säkulare Richtlinienpsychotherapie in Anspruch zu nehmen“ (Freund 2021, 164). Trotzdem sticht der Wunsch von

Klientenpersonen mit psychischer Störung ihre Glaubensinhalte und Werte in der Behandlung ernst zu nehmen hervor. Noch dazu bringt jede vierte Klientenperson solche Themen in die Therapie ein (Freund & Gross 2016).

Im Spektrum der Aus- und Weiterbildung wird die Inklusion von Religiosität und Spiritualität steigend eingefordert. Jedoch zeigen erste Ergebnisse, dass diese Hinweise lediglich von Personen beachtet werden, die bereits eine persönliche Sensibilität für diese Themen aufweisen. Außerhalb eines solchen Bezuges, zeichnet sich ein weiter bestehendes „Desinteresse“ ab (ebd., 165).

Betreffend des Akteurs Psychotherapieforschung verweist Freund auf eine Metaanalyse (Hodapp & Zwingmann 2018) über die aus dem deutschsprachigen Raum erschienenen empirischen Forschungen, in der seit 2006 ein starker Zuwachs an der Menge von Studien zu Religiosität und Spiritualität in Verbindung zu psychischer Gesundheit die Autoren überrascht stimmt. „Dieser unerwartete Befund kann durchaus als Indikator für einen *spiritual turn* in der Forschung über Psychotherapie gelten“ (Freund 2021, 165). In einer von Henning Freund selbstständigen bibliometrischen Untersuchung zeigt sich ein ähnliches Bild. Nämlich ein Anstieg in „[...] der psychologischen Fach- und Forschungsliteratur mit [sic] religions-/spiritualitätsbezogenem Schwerpunkt zwischen 1990 und 2009 [...]. Seit 2010 scheint es zu einer Stagnation gekommen zu sein“ (ebd., 167). Darüber hinaus ist es interessant anzumerken, dass der Spiritualitätsbegriff den der Religion in Bezug auf die Häufigkeit ihrer Verwendung im Zeitraum von 2014-2019 überholt hat (ebd.).

Zusammenfassend ist festzustellen, dass sich ein sogenannter „spiritual turn“ im Kontext der Psychotherapie, am stärksten in der Forschung erkennen lässt, jedoch am wenigsten im Bereich der Aus- und Weiterbildung. Betreffend Klientenpersonen mit psychischen Erkrankungen ist das Bedürfnis nach einer religions- und spirituellsensiblen Psychotherapie spürbar, sowie eine Affinität an individuell geprägten spirituellen Verstehensweisen der Lebenswelt von Psychotherapeutenpersonen. Freund schlägt am Ende dieses Artikels vor, den Begriff des „spiritual turns“, im engeren Sinne eines Paradigmenwechsels in der Wissenschaft, mit dem der „Akzentverschiebung“ zu

substituieren, denn dieser beschreibt wohl die derzeitige Situation im deutschsprachigen Raum besser (ebd., 168).

Allgemein formuliert dürften Sinnfragen, Religiosität und Spiritualität in der Psychotherapie eine größere Rolle spielen, als bisher gedacht (Freund & Gross 2016), denn Menschen geben ihre Religion nicht an der Garderobe ab, wenn sie das Therapiezimmer betreten (Pargament 2007). Nichtsdestotrotz stellt dieses Thema aufgrund der Verpflichtung von Psychotherapeutenpersonen zu weltanschaulicher Neutralität eine besonders wichtige und komplexe Herausforderung dar. Es sollen schließlich die gesetzlichen Vorgaben stets eingehalten werden, damit es zu keiner Vermischung von religiösen oder spirituellen Therapien und Psychotherapie kommt, und so Klientenpersonen einer professionellen, wissenschaftlich fundierten Krankenbehandlung verwehrt bleiben (siehe: „Richtlinie zur Frage der Abgrenzung der Psychotherapie von esoterischen, spirituellen, religiösen und weltanschaulichen Angeboten sowie Hinweise für PatientInnen bzw. KlientInnen“). Trotzdem sollen religiöse und spirituelle Bedürfnisse in der Psychotherapie ernst genommen werden. Hier wird das Spannungsfeld, besonders in Österreich durch die eben genannte Richtlinie, deutlich spürbar. Die Frage ist offensichtlich: Wie kann man in der alltäglichen psychotherapeutischen Praxis mit spirituellen, religiösen, existenziellen und Sinnkrisen professionell umgehen?

Demnach ist die Relevanz des Umgangs von Religiosität und Spiritualität im deutschsprachigen Raum angekommen und verlangt nach vertiefter wissenschaftlicher Untersuchung im Kontext der Psychotherapie, speziell der Literaturarbeit betreffend, in der Verhaltenstherapie. Es sollen Ansätze und Anknüpfungspunkte von verhaltenstherapeutischen Methoden betreffend Spiritualität und Religiosität, sowie der Umgang mit spirituellen Themen in der verhaltenstherapeutischen Praxis, aufgearbeitet werden.

Bevor diese Studie begonnen wird, müssen jedoch die schwer begrenzbaren Begriffe „Spiritualität“ und „Religiosität“ definiert werden, um zu einer wahrscheinlich äußerst kurz gegriffenen, aber für die Diplomarbeit notwendigen Einigung zu kommen.

Diese Differenzierung ist darüber hinaus für die psychotherapeutische Praxis relevant, da immer mehr Menschen in amerikanischen als auch europäischen Gebieten ihre Glaubenseinstellung eher spirituell als religiös bezeichnen (Freund & Gross 2016).
Worin liegen also die Unterschiede?

2. Spiritualität und Religiosität

2.1 Definitionen von „Spiritualität“ und „Religiosität“

Bereits 1902 wusste der Pionier in der akademischen Psychologie in Amerika William James in seinen weitreichend bekannten Vorlesungen über das Phänomen der religiösen Erfahrung, um das komplexe und fast unmögliche Unterfangen den Begriff der Religion zu definieren: „Wir können definieren soviel wir wollen, letztlich müssen wir doch der Wahrheit ins Gesicht sehen, dass wir es mit einem Erfahrungsbereich zu tun haben, in dem es keine klar abgrenzbaren Begriffe gibt. Würden wir unter diesen Umständen den Anspruch erheben, begrifflich streng „wissenschaftlich“ oder „exakt“ zu sein, würde dies nur ein mangelhaftes Verständnis unserer Aufgabe beweisen. Dinge sind mehr oder weniger göttlich, Bewusstseinszustände sind mehr oder weniger religiös, Reaktionen sind mehr oder weniger umfassend; die Grenzen sind stets verschwommen, alles ist eine Frage des Ausmaßes und des Grades.“ (James 1997, 71).

Ähnlich zu dem oben genannten Zitat von William James, gestaltet sich die Suche nach einer einheitlichen Definition von Spiritualität, recht milde ausgedrückt, schwierig. So meinen die einen, dass Spiritualität einen umfassenderen Bereich abdeckt als Religiosität (Bucher 2007; Elkins 1998; Edwards et al. 2001; Rosmarin 2018) und andere legen eine Konzeptualisierung dar, die genau gegensätzlich verläuft (Utsch et al. 2014). Um die Spannung ein Stück weit aufzulösen, gilt es den dahinterliegenden Verstehenshorizont der Autoren sichtbar zu machen um die Begriffe etwas näher unter die Lupe zu nehmen.

Davor soll angemerkt sein, dass in dieser Diplomarbeit dem komplexen und jahrzehntelangen Diskurs bezüglich der Erfassung von Religiosität und Spiritualität und deren Differenzen sowie Überschneidungen nicht genügend Raum gegeben werden kann. Um eine solche Entwicklung rechtmäßig nachzuzeichnen wäre eine eigene Studie notwendig und das soll nicht Schwerpunkt dieser Literaturlarbeit sein, da es doch vielmehr um den psychotherapeutischen, im Speziellen, verhaltenstherapeutischen Umgang, mit den sogenannten Themen geht. Demnach soll in diesem Kapitel hauptsächlich die Klärung einer Arbeitsdefinition aufgearbeitet werden, damit die Leserpersonen eine ähnliche Vorstellung jener Container-Begriffe aufweist und somit unvermeidbaren Missverständnissen etwas vorgebeugt wird.

Wie kann es also zu solch gegensätzlichen Aussagen kommen? Bei genauer Betrachtung liegt dies an der differierenden Füllung der Bedeutung der Begriffe. Wenn Spiritualität auf der einen Seite als „one’s personal relation to the sacred or transcendent, a relation that then informs other relationships and the meaning of one’s own life“ (Sinnott 2001, 199) verstanden und Religiosität auf der anderen als „auf konfessionell-kirchliche Glaubensüberzeugungen, Dogmen, vorgeschriebene Verhaltensweisen und Riten“ (Bucher 2007, 10) bezogen wird, ist die Argumentation, Spiritualität sei das umfassendere Konzept, deutlich nachvollziehbar. Laut Bucher sehen viele Psycholog*innen eine derartige strikte Unterscheidung als wichtig an, denn es gibt seit mehreren Jahren diesen Trend, der als Abwendung traditioneller Kirchlichkeit und Hinwendung zu persönlicher Spiritualität beobachtbar ist (Fuller 2001). Bei diesem Konzept ist das Ausschlaggebende die Individualität und die persönliche Erfahrung ohne jegliche Nähe zu traditionellen und religiös aufgeladenen Weltbildern. Michael Utsch (Utsch et al. 2014) würde eine solche Definition als anthropologische Spiritualität beschreiben. Diese sei von der theologischen oder religiösen Spiritualität zu unterscheiden.

Anton Bucher merkt an dieser Stelle an, dass jene anthropologische Spiritualität, um bei dem Begriff von Michael Utsch zu bleiben, von Religiosität nicht zur Gänze zu trennen sei, liegen doch die spirituellen Wurzeln vielmehr in traditionsreichen Religionen. So ist auch die lateinische Wurzel des Spiritualitätsbegriffs „spiritualis“,

welches eine Übersetzung des neutestamentlichen Wortes „pneumatikos“ ist, tief mit dem christlichen Weltbild verbunden und „meint die christliche Lebensgestaltung - Leben im und aus dem Geist Gottes, der im Menschen wohnt“ (ebd., 28). Mit einem solchen Verständnis von Spiritualität, einer eher religiösen Spiritualität, kann Religiosität als das durchaus umfassendere Konzept verstanden werden, da Spiritualität als eine praktische und alltägliche Komponente in Religion eingebettet ist.

Laut Karl Baier (2006) können grundsätzlich zwei unterschiedlich breit gefasste Definitionen von Spiritualität genannt werden: eine weite und eine enge Begriffsfassung. In der breiten Verstehensweise geht es um die allgemeine Verbundenheit und Bezogenheit auf etwas Größeres, Heiliges oder Ganzes, mit dabei auch religiöse Inhalte. „Zum Mensch-Sein gehört die tiefe Dimension einer heilvollen, identitätsstiftenden Bezogenheit auf eine letzte Wirklichkeit“ (ebd., 14). Diese Beschreibung weist starke Gemeinsamkeiten mit dem eben genannten anthropologischen Verständnis auf, obwohl bei Karl Baier auch der religiöse Glaube in dieser Definition seinen Platz findet.

Die enge Definition, die der religiösen Spiritualität sehr nahe steht, wird am besten durch eine knappe Beschreibung von dem deutschen Theologen und Religionspädagogen Fulbert Steffensky beschrieben: „Spiritualität ist religiöse Aufmerksamkeit“ (2005, 71). Nach diesem Verständnis geht es wiederum im religiösen Sinne um das Umsetzen eines spirituellen Lebens aus dem Geist Gottes heraus. Hier ist, aus christlich-theologischer Perspektive, eine teleologische Ausrichtung klar erkennbar, welches im anthropologischen Konzept weitaus fehlt. „Spiritualität ist als Streben nach Selbsttranszendenz *theologisch* unzureichend beschrieben, weil eine solche Bestimmung methodisch ausklammert, was christlich gesehen entscheidend ist: die wirksame Präsenz des Geistes Christi“ (Peng-Keller 2011, 239).

Es gibt nämlich, so erklärt auch Michael Utsch, eine Unterscheidung: „Geschulte Aufmerksamkeit für das Geheimnis Gottes ist etwas anderes als die Wahrnehmung der Verbundenheit mit einem großen Ganzen. Zwischen einer anthropologisch gedeuteten, transpersonalen Spiritualität als >>Bezogenheit auf ein

größeres Ganzes<< und einer theologisch verstandenen, personalen Spiritualität als persönlicher Gottesbeziehung bestehen Spannungen“ (Utsch et al. 2014, 28). So weist in ähnlicher Argumentationslinie Herman Westerink (2012) auf eine klarere Differenzierung im Bereich der Spiritualität hin. Spiritualität soll nicht lediglich die neue, säkularisierte Form von Religiosität infolge der sukzessiv sinkenden Zahl von Menschen, die sich als religiös bezeichnen, sein, obwohl es scheint, als beschreibe Spiritualität dieses Phänomen, nämlich „the situation of the religious after religion“, ziemlich exakt (ebd., 4). Nein, so leicht darf man es sich nicht machen, werden so gleichermaßen beide Begriffe nicht genug gewürdigt und verkürzt dargestellt.

Trotzdem wird an dieser Stelle ersichtlich, warum die Erfassung einer einheitlichen Definition von Spiritualität so schwer fällt: soll sie sowohl traditionelle Inhalte und Formen der Religiosität als auch säkulare Weltanschauungen beinhalten. Gleichzeitig lässt sich die Beziehung zwischen Spiritualität und Religiosität nicht einfach im Sinne einer persönlichen spirituellen Suche nach dem Heiligen einerseits innerhalb oder andererseits außerhalb der Religion beschreiben. Es ist nicht wunderlich, dass sich der Versuch des Konzeptualisierens so schwer, breit und unscharf darstellt. „Since spirituality is a multidimensional concept, an all-inclusive definition of the concept is difficult, if not impossible“ (ebd., 13).

Die letztgeschriebenen Absätze der Diplomarbeit spiegeln diese Beobachtung durchaus wider. Nach gründlichem Abwegen, die obigen Überlegungen meinerseits in eine verständlichere Struktur mit erkennbarerem roten Faden zu bringen, entscheide ich mich bewusst dagegen, um die Leserperson zumindest ein Stück weit nacherleben zu lassen in welchem Forschungsprozess sich der Verfasser dieser Recherche befand.

Bevor die Klärung der abschließenden Arbeitsdefinition unternommen wird, kommen wir zu einer interessanten theoretischen Auflösung des Diskurses. Herman Westerink schlägt vor, einen theistischen von einem nicht-theistischen Spiritualitätsbegriff zu unterscheiden. Der theistische ist folgendermaßen zu verstehen: „Theistic spirituality can be defined by the faith in, experiences of and/or search for a divine reality attributed with divine qualities. This divine reality can either be described

in transcendent (God) or immanent terms (e.g., Ultimate Ground)“ (ebd.). In der nicht-theistischen Spiritualität geht es um folgendes: „Non-theistic spirituality is composed of existential orientations that (1) centre around holistic worldviews marked by connectedness with cosmos and/or nature or (2) centre around the sacralisation or transcendence of the Self.“ (ebd.). Durch die Einführung dieser Grundtypologie ergeben sich zwei wesentliche Vorteile: Erstens kann das Konzept der Spiritualität verwendet werden ohne ständige Versuche sie mit Religiosität in Verbindung setzen zu müssen und zweitens lässt sich eine Reduktion der vielfältigen Dimensionen der Spiritualität auf einzelne Prozesse wie Selbsttranszendenz oder Sinn-Suche vermeiden.

An dieser Stelle sei vorab angemerkt, dass aufgrund der aufgezeigten Schwierigkeit einer einheitlichen Definition von Spiritualität und Religiosität, in diese Container-Begriffe auch in der psychotherapeutischen Praxis alle möglichen Inhalte und Bedeutungen mit einfließen. Das erschwert von vornherein den psychotherapeutischen Umgang der ohnehin schon sensiblen Thematik. Deshalb kann es hilfreich sein, eine religiös-, spirituellsensible Anamnese durchzuführen, wenn bemerkt wird, dass Spiritualität und Religiosität im weiten Sinne verstanden, für die Therapie und für die Klientenperson wichtig ist (Koenig 2008). Es sei erwähnt, dass im deutschsprachigen Raum Fragebögen und qualitative Interview-Leitfäden entwickelt worden sind und ihre Anwendung finden (Zwingmann & Klein 2012). Zur religiös-sensiblen Anamnese wird im Kapitel 4.4.3 näher eingegangen.

All diese theoretischen Überlegungen sind für den wissenschaftlichen Diskurs äußerst produktiv. Allerdings muss in dieser Literatuarbeit eine Arbeitsdefinition gefunden werden, die in der Praxis ebenso anwendbar ist. Im deutschsprachigen Raum wird von einer religiös/theistisch angelegten Spiritualität gesprochen, in der von einer breiten Definition von Spiritualität ausgegangen wird, in der die traditionellen religiösen Wurzeln, insbesondere der christlich geprägten Religiosität, sichtbar sein sollen. Ausgangspunkt soll demnach Religiosität sein, im Sinne einer Verbundenheit und Beziehung zu einem höchsten Letztgültigen, Heiligen, Göttlichen und dessen Ausleben

in Form von konkreter Lebenspraxis, bei Anton Bucher bezeichnet als religiöse Spiritualität (2007). „Spiritualität ist das Herz und die Seele der Religion“, sagt bereits Kenneth Pargament im Jahre 1999 (13). Es geht mehr um die „Umsetzung einer religiösen Glaubenseinstellung“, denn „Spiritualität als die alltägliche Umsetzung einer Lebenseinstellung transformiert eine >>gewöhnliche<<, >>säkulare<< oder unachtsame Erfahrung oder Handlung in eine religiöse“ (Utsch et al. 2014, 30). So wird das vor allem im deutschsprachigen Bereich wissenschaftlich konzeptualisiert. Ein besonders ähnliches Verständnis von religiöser Spiritualität zeigt sich im amerikanischen Raum, obwohl dies einfach unter dem Begriff der „Religiosität“ verstanden wird. Da die meisten verhaltenstherapeutischen Quellen die Religiosität untersuchen, aus Amerika stammen, soll der Fokus auf jener Definition liegen, die diese als Ausgangspunkt erfassen. Im APA Handbook of Psychology, Religion and Spirituality (2013) liest man folgende Beschreibung von Religiosität: „(...) (a) the search for significant psychological, social, or physical destinations within established institutional contexts designed to facilitate spirituality; or (b) beliefs, practices, experiences, or relationships that are embedded within established institutional contexts designed to facilitate spirituality.“ (Pargament et al., 16-17). Und Spiritualität soll heißen: „(...) the search for the sacred; or (b) sacred beliefs, practices, experiences, or relationships that are embedded in nontraditional contexts.“ (ebd., 17). Die Überschneidung liegt in der Suche nach dem Heiligen, allerdings ist sie einmal eingebettet in institutionelle und kulturell gebundene Konzeptionen und das andere Mal in subjektivere und frei assoziierende Verstehensweisen. Verglichen mit der deutschsprachigen Variante, erweckt die amerikanische den Anschein, als wäre Spiritualität das umfassendere Konzept und Religiosität ist darin eingebettet. Ob dies tatsächlich so ist, sei dahin gestellt und bleibt, zumindest in dieser Studie, offen für Diskussionen.

Solch eine verwirrende Suche nach einer zufriedenstellenden Arbeitsdefinition in zwei derart kurzen Sätzen zu einem Ende zu bringen, wird diesem tiefgründigen Diskurs absolut nicht gerecht, ist aber in jedem Fall notwendig. Jene Begriffserfassung ist zwar äußerst breit angelegt, allerdings leicht verständlich und, wie oben erwähnt, für die Praxis gut anwendbar.

Aus solch einem Verständnis von religiöser Spiritualität liegt die Alltagserfahrung, die in der verhaltenstherapeutischen Praxis oftmals als Ausgangspunkt dient, nicht mehr weit entfernt. Eine mögliche Überschneidung lässt sich beobachten: Der Fokus liegt auf der Alltagserfahrung, also wie ich mich, andere Menschen und die Welt verstehe und deute, welche in einem gewissen religiös-spirituellen Weltbild umrahmt ist. Mitunter geht es in der Psychotherapie, vor allem in der Verhaltenstherapie, um genau solche Alltagserfahrungen, die im Zuge einer Therapie erstmals dekodiert, analysiert, verstanden und infolge jenes Problemverhaltens verändert werden sollen. Aufgrund solch einer sichtbar werdenden, breiten Überlappung, wird erkennbar warum Religiosität und Spiritualität für die Psychotherapie äußerst relevante Themen sind.

Es wird versucht, in jedem Falle das vorliegende Verständnis von Religiosität und Spiritualität von Kenneth Pargament et al. (2013) mitzudenken und bei auffallend anderen Verstehensweisen diese aufzuzeigen und anzumerken um welche Begriffsfassung es sich in jenem Text handeln könnte. Falls dies gar nicht erkennbar sein sollte, soll auch das erwähnt werden.

3. Geschichte der Verhaltenstherapie

3.1 Was ist Verhaltenstherapie?

Zur Definition der Verhaltenstherapie lässt sich sagen, dass sich ähnlich wie bisher nur schwer eine einheitliche Fassung findet. Da die Verhaltenstherapie mittlerweile aus so vielen unterschiedlichen Methoden und Ansätzen besteht, würde ihr eine knappe Definition nicht genug Rechnung tragen. An dieser Stelle wird ein Trend in Beziehung zum vorangegangenen Kapitel klar ersichtlich. Aber das lässt sich nicht nur durch den heutigen pluralistischen Ansatz der Verhaltenstherapie erklären, denn es gab auch in den Anfängen keine *einzelne* Gründerfigur oder gar ein *einzelnes* theoretisches Erklärungsmodell (Lenz et al. 2016). Nichtsdestotrotz versucht sich Jürgen Margraf an

einer durchaus allgemeinen und breiten Erklärung: „Die Verhaltenstherapie ist ein genuin klinisch-psychologischer Heilkundeansatz, der eine große Anzahl unterschiedlicher spezifischer Techniken und Behandlungsmaßnahmen in sich vereinigt“ (2018, 5).

Er vertritt die Meinung, eine knappe oder einheitliche Begriffsbestimmung sei sogar schädlich für die Fortentwicklung der Verhaltenstherapie: „Eine für >>alle Zeiten<< abschließende Festlegung ist nicht möglich. Selbst der bloße Versuch einer endgültigen Festschreibung des >>Status quo<< wäre schon kontraproduktiv und würde die künftige Entwicklung behindern“ (Margraf 2018, 5). Deshalb sei es wichtiger, die grundlegenden Prinzipien der Verhaltenstherapie, die das Fundament und Theoriegebäude im Hintergrund bis heute bilden, darzulegen. Jene 9 Prinzipien können bei Jürgen Margraf (ebd., 5-6) nachgelesen werden. Der Punkt, der für die weitere Studie interessant wird, ist folgender: „Verhaltenstherapie orientiert sich an der empirischen Psychologie“ (ebd., 5).

3.2 Vom Behaviorismus zur kognitiven Verhaltenstherapie

Die Geschichte der Verhaltenstherapie beginnt also sehr nahe an der naturwissenschaftlich orientierten Psychologie, mit lerntheoretischen Modellen, die in den 1950er und 1960er Jahren vor allem in den USA und in England entstanden. Die theoretische Vorarbeit leisteten bereits in den frühen Jahren des 20. Jahrhunderts die aus Sankt Petersburg stämmigen Psychiater Ivan Petrovic Pawlow und Vladimir Bechterev. Durch die berühmten Tierexperimente entstand das Theoriegeflecht der klassischen Konditionierung (Lenz et al. 2016). Grundlegend für diese Studien war die Annahme, dass „problematische Verhaltenssequenzen ähnlich wie physiologische Reflexe zu betrachten“ sind (ebd., 252). In solch einem positivistisch geprägten Paradigma, in dem außerhalb des beobachtbaren Verhaltens, welches einem vorausgehenden Reiz folgt, ohne einen gewissen Reflexionsspielraum miteinzubeziehen, ist es nachvollziehbar, dass religiöse und spirituelle Erfahrungen hier kaum Raum für Ansatzpunkte hatten. Denn die Introspektion interessierte die Behavioristen nicht (ebd.). Der Appell war klar:

„Lassen wir doch alles Subjektive außen vor! Was Menschen denken, erleben und fühlen, das ist eine Blackbox, in der irgendwie die von außen kommenden Stimuli zu Reaktionen verarbeitet werden, aber dieses Irgendwie - d.h. das, was sich in der Blackbox des subjektiven Bewusstseins abspielt – braucht uns gar nicht zu interessieren, da finden wir ohnehin keinen verlässlichen Zugang [...]“ (Benetka & Slunecko 2023, 214). Die Introspektion wurde als nicht zugänglich betrachtet. Das Ziel der offensiven Behavioristen in der Anfangszeit war es, das Verhalten von Tieren und Menschen vorherzusehen und in Folge zu kontrollieren. Aus dem Blickwinkel des anfänglichen Behaviorismus betrachtet, steht eine lebendige religiöse Spiritualität, in der starre Verhaltensmuster und entemotionalisierte, ritualisierte Verhaltensweisen kritisiert und zugleich die subjektive Erfahrung, Sinngebung und der Freiheitsspielraum essentiell ist, höchst konträr zueinander. Ansatzpunkt der Therapie war das rein von außen beobachtbare Verhalten. Es geht nicht um Handeln, „denn der Begriff ‚Handeln‘ impliziert ein Wesen, das in einer sinnhaft verfassten Welt agiert, d. h. in einer Welt agiert, in der das, was es tut oder lässt, für sich und für andere einen Sinn ergibt, etwas bedeutet“ (ebd., 215).

Aufgrund der bis dahin vom frühen Behaviorismus geförderten „Vertierung“ des Menschen, wird sichtbar, was für ein diametrales Verhältnis zwischen religiöser Spiritualität und Verhaltenstherapie besteht. Benetka und Slunecko (ebd.) unterstreichen den Unterschied zwischen „Verhalten“ und „Handeln“. „Das heißt, der wesentliche Unterschied zwischen Tier und Mensch besteht darin, dass Menschen nicht in einer *Umwelt* aus *Reizen* leben, sondern in einer *Welt* aus durch sie selbst geschaffenen *Bedeutungen*; innerhalb dieser Welt *handeln* sie und reagieren nicht bloß“ (ebd., 235). Wer handelt schaffe etwas Neues. Wer handelt besitze ein Reflexionsvermögen und einen gewissen Freiheitsgrad. Wer handelt lebe in einer sinnhaft verfassten Welt. Der Mensch sei nicht den vorausgegangenen Bedingungen des Verhaltens und den daraus entstehenden Reflexen des Überlebens ausgeliefert. Diese evolutionär angelegten und erlernten Reaktionen seien sicherlich Teil des Menschenbildes, allerdings höre es da nicht gänzlich auf (ebd.). An der Kritik von Benetka und Slunecko lassen sich eindeutig einige Parallelen zu Grundstrukturen des religiösen und spirituellen Menschenbildes,

wie unterschiedlich sie auch sein mögen, erkennen. Breite Begriffe wie Freiheit, Sinn und Bedeutung sollen an dieser Stelle erwähnt sein. All das, was für eine religiöse Spiritualität essentiell erscheint, wird in der frühen Phase, der ersten Welle der Verhaltenstherapie, nicht beachtet oder, in der striktesten Ausprägung des Behaviorismus, sogar bekämpft.

In einer ähnlichen Grundhaltung, nämlich dem Desinteresse an inneren Vorgängen, ging es mit der operanten Konditionierung weiter. In diesem Verfahren lagen nicht die auslösenden Bedingungen des Verhaltens im Fokus, sondern die Konsequenzen, also die aufrechterhaltenden Komponenten. Der aus den USA stammende Burhus Fred Skinner kann an dieser Stelle als der Hauptinitiator genannt werden. Therapeutisch relevant war nicht mehr bloß der Reiz, der einer Reaktion vorangeht, sondern auch die nachfolgende Bedingung, die einem problematischen Verhalten folgt (Lenz et al. 2016).

Die anfängliche Begeisterung der Anwendung der klassischen verhaltenstherapeutischen Theorien aufgrund erfolgsversprechenden Wirksamkeitsstudien wurde durch unzureichende Ergebnisse bei „schweren klinischen Bildern“ gedämpft (ebd., 253). Die strikten Grenzen des theoretischen Unterbaus der Verhaltenstherapie musste aufgeweicht werden. So entstand die „multimodale Verhaltenstherapie“ nach Arnold Lazarus. Der Mensch „als Person vor dem Hintergrund des gesamten Lebenskontextes“ wurde näher betrachtet (ebd., 254). Arnold Lazarus hielt es für wichtig, dass es kein einheitliches Konzept geben muss, sondern dass die Existenz mehrerer voneinander getrennter Elemente der Behandlung sogar produktiv sein können (ebd.). Dieser Eklektizismus fungierte als eine notwendige Bedingung einer möglichen Annäherung an das Thema der Religiosität, da allgemeine wissenschaftliche Erkenntnisse mit einer weiterhin speziellen Anlehnung an die akademische Psychologie in der Verhaltenstherapie Einzug fanden und nicht nur lerntheoretische, also klassische und operante Verfahren.

Zwischen Reiz und Reaktion gibt es eine sogenannte innere Verarbeitung. Ein Mensch verarbeitet die Informationen, die von der Umwelt zu ihm kommen,

unterschiedlich. So haben bestimmte Verarbeitungsstile und Mechanismen einen Einfluss auf das Verhalten. An diesem Punkt setzt die kognitive Verhaltenstherapie an. In der sogenannten zweiten Welle der Verhaltenstherapie wird der Schwerpunkt auf die Vorhersehbarkeit menschlichen Verhaltens gesetzt. Genau das, was mit der Blackbox versucht wurde lange Zeit eingesperrt zu lassen, nämlich die Gedanken, wurden sukzessive Thema in der Therapie. Bestimmte Denkstile führen zu einem bestimmten Verhalten (Benetka & Slunecko 2023). Die Verarbeitung der Informationen gleicht einem Computer, einem Gedankenverarbeitungsprozessor, der lediglich Reize „verrechnet“ (ebd., 243). Der Mensch bleibt somit äußerst berechenbar. Dies soll sich bis zur dritten Wende der Verhaltenstherapie nicht groß verändern. Bis heute bleibt dieses Paradigma aufrecht.

Mit diesem geschichtlichen Hintergrund beginnt die Beschäftigung mit der Rational-Emotiven Therapie nach Albert Ellis (1978), einer kognitiven Methode innerhalb der Verhaltenstherapie und, im Speziellen, ihr Verhältnis zur Religiosität. Nach diesem Thema folgt die Geschichte der dritten und bisher letzten umfassenden paradigmatischen Veränderung der Verhaltenstherapie und die darin einzuordnende Akzeptanz- und Commitment-Therapie nach Steven C. Hayes (Hayes et al. 1999).

4. Die Rational-Emotive Verhaltenstherapie nach Albert Ellis (1978)

4.1 Von der Psychoanalyse zur Rational-Emotiven Therapie

Albert Ellis, Begründer der Rational-Emotiven Therapie, hegte von Beginn an ein ambivalentes Verhältnis zu Religiosität. Kommend von der klassischen Psychoanalyse nach Freud war Ellis, noch bevor er das Konzept der Rational-Emotiven Therapie entwickelte, kein Befürworter von Religionen, vor allem der zu der Zeit fortschreitenden evangelikalen Glaubensrichtung in Amerika. Dazu nach einer kurzen Einführung, wie es zur Entwicklung der Rational-Emotiven Therapie kam, mehr.

Nach erfolgreichem Abschluss von Ellis' Lehranalyse bei einem renommierten Analytiker, der nach streng orthodox freudianischem Reglement analysierte, startete Ellis unter Aufsicht des Lehranalytikers selber als Psychoanalytiker, der ebenso auf die Orthodoxie der Methode bedacht war. Anfangs gefiel ihm die Tätigkeit, die er als „Detektivspielen in der Realität“ beschrieb, sehr gut, da es Freude machte, die aktuellen Probleme der Klientenpersonen mit den Erinnerungen ihrer Geschichte zu verbinden (Ellis 1978, 11). Die daraus resultierenden Einsichtsmomente, die zu Heilung oder Linderung führen sollen, geschahen durchaus allerdings zu 50 Prozent nicht mit der daraus erhofften Besserung der Problematik, die sich im alltäglichen Leben der Klientenpersonen zeigte: „[...] dieser gleiche Mensch, der zu dieser ungeheuer abreaktiven Einsicht gelangt war und gejubelt hatte, jetzt begreife er endlich, warum er morgens nicht aufstehen und zur Arbeit gehen könne, erschien bereits am nächsten Tag in meiner Praxis, und auch am übernächsten und in den folgenden Wochen und Monaten, und war *immer noch nicht* imstande, morgens aufzustehen und ins Büro zu gehen“ (ebd., 12). Die ersehnte Einsicht war nach jahrelanger Analyse endlich da, aber das Verhalten änderte sich nicht (ebd.).

Ellis wurde mit der Zeit der klassischen Analyse gegenüber skeptischer und bewegte sich sukzessive in Richtung der analytisch orientierten Form der Psychotherapie. Das aktivere, oberflächigere und schnellere Vorgehen schien für ihn deutlich besser zu funktionieren. Jedoch war der Grundsatz, wenn auch schneller und direkter, sehr ähnlich. Entscheidende Einsichten waren bei Klientenpersonen da, trotzdem kam immer wieder die Aussage: „Ja, mir ist jetzt ganz klar, was mir Schwierigkeiten macht, und warum; aber die Schwierigkeiten habe ich *immer noch*. Was soll ich dagegen tun?“ (ebd., 14). Ellis konnte keine für ihn zufriedenstellende Antwort finden außer die klassischen Erklärungen, dass nicht genug emotionale Einsicht gewonnen wurde oder der Mensch gar nicht gesund werde wollte. Ihm fehlte etwas (ebd.).

Da erkannte er einen Zusammenhang zwischen der Psychoanalyse und der damaligen Verhaltenstherapie. Oftmals finden nach der Theorie der klassischen Konditionierung die Konditionierungsprozesse in der Kindheit oder Jugend statt, an die

man sich vielleicht gar nicht erinnern kann. Durch das Bewusstwerden dieser Erfahrung und das Klarwerden, dass man kein Kind mehr ist und sich vor einer bestimmten Situation oder etwas anderem Bestimmten nicht so stark zu fürchten braucht, sollte ein „Rekonditionierungsprozess“ in Gang gebracht werden. Was an der Verhaltenstherapie an dieser Stelle, im Gegensatz zur Psychoanalyse, fortgesetzt wird, ist der Zugang, dass durch Übungen und Strategien, wie zum Beispiel die systematische Desensibilisierung nach Joseph Wolpe (1958), dieser Prozess des Verlernens aktiv, direktiv und praktisch gestaltet wird. Aufgrund dieser neuen Vorgehensweise für Ellis, konnte er bessere Erfolge einholen als zuvor, obwohl auch diese Art seine Grenzen hat (Ellis 1978).

4.2 Die Anfänge der Anwendung der Rational-Emotiven Therapie

Doch es kam weiterhin vor, dass Menschen, obwohl sie die Einsicht hatten, dass die früh erlernte Furcht heute nicht mehr so hilfreich ist und auch praktische Übungen vollzogen, um neue Erfahrungen zu sammeln, in ihrer Symptomatik und Lebenssituation stagnierten. Dies veranlasste Ellis nach weiteren Theorien und Antworten zu suchen, wie das sein kann. Er begann die sogenannte Blackbox in Frage zu stellen und versuchte herauszufinden, wie sie gefüllt werden konnte (ebd.). Ein entscheidender Faktor, der in den behavioristischen Experimenten mit Tieren nicht in Betracht gezogen werden konnte, aber einen wesentlichen Unterschied bei Menschen macht, ist die „Fähigkeit zur Symbolbildung“ (ebd., 21). Er fasst zusammen: „Sie sind fähig, miteinander und (was in Bezug auf Neurosen und Psychosen vielleicht noch wichtiger ist) mit sich selbst in einer Weise zu kommunizieren, die unendlich komplexer und vielfältiger ist als die Signale der verschiedenen Tierarten“ (ebd., 21f.). Aufgrund dieser Fähigkeit, können sich Menschen ausschließlich durch ihre Vorstellungskraft und Selbstgespräche dazu überzeugen und glauben, dass etwas schrecklich und angstvoll ist, obwohl es dafür gar keine stichfesten Beweise gibt. Genau in dieser früher gemiedenen Blackbox und in diesem internen Prozess eines jeden Menschen wird mit der Rational-Emotiven Therapie angesetzt. Die Definition, dass eine Situation schrecklich ist, die in der Kindheit und Jugend gelernt wurde, wird in das Selbstgespräch übernommen bzw. weitergeführt. Somit wird die selbige Definition zweimal erzählt und so verfestigt und

schlussendlich aufrechterhalten (ebd.). Doch die einst erlernte und in Folge „reindoktrinierte“ Definition ist kein allgemein gültiges Gesetz, sondern eine Meinung von den oftmals engen Bezugspersonen (ebd., 25). Damals wurde das Furchtvolle so auch erlebt und gelernt. Diese alten Indoktrinationen leben in den Menschen weiter. Sie sind sogenannte Irrationalismen, da sie nicht auf Beweise beruhen und für den Menschen in der derzeitigen Situation nicht hilfreich sind, da sie Emotionen auslösen, die für den gewünschten Ausgang hinderlich sein können. Gedanken und Emotionen sind eng miteinander verwoben. Deshalb war es Ellis wichtig, den emotiven Gehalt in den Titel einfließen zu lassen. Ändern wir unser Denken, an dem die Emotionen gebunden oder assoziiert sind, verändern sich langanhaltende Emotionen mit. Dabei unterscheidet Ellis zwischen Gefühlen, die durch körperliches Leid verursacht werden, und Emotionen, die durch kognitiven Beigeschmack zumindest intensiviert, wenn nicht sogar ausgelöst werden. Um solche, von Selbstgesprächen ausgelösten, negativen und anhaltenden Emotionen und deren Linderung geht es ihm hauptsächlich, wenn doch der Ansatzpunkt bei den irrationalen Beliefs bleibt (ebd.).

Ellis beschreibt mehrere solcher irrationalen und unlogischen Ideen, die zu seiner Zeit in der westlichen Welt bekannt waren, folgendermaßen, um ein paar zu nennen:

- „Die Meinung, es sei für jeden Erwachsenen absolut notwendig, von praktisch jeder anderen Person in seinem Umfeld geliebt oder anerkannt zu werden“ (ebd., 64).
- „Die Meinung, daß man sich nur dann als wertvoll empfinden dürfe, wenn man in jeder Hinsicht kompetent, tüchtig und leistungsfähig ist“ (ebd., 66).
- „Die Idee, daß bestimmte Menschen böse, schlecht und schurkisch seien und für ihre Schlechtigkeit streng zu rügen und zu bestrafen seien“ (ebd., 68).
- „Die Vorstellung, daß es schrecklich und katastrophal ist, wenn die Dinge nicht so sind, wie man sie gerne haben möchte“ (ebd., 72).
- „Die Vorstellung, daß menschliches Leiden äußere Ursachen habe und daß der Mensch wenig Einfluß auf seinen Kummer und seine psychischen Probleme nehmen könne“ (ebd., 75).

An dieser Stelle erscheint es äußerst relevant die philosophischen Einflüsse, die großen Effekt auf die Methode nehmen zu erwähnen. Sie bilden unter anderem eine Grundhaltung ab, die vor allem aus dem Stoizismus abgeleitet wurde als auch dem Taoismus, des Buddhismus oder auch Humanismus zugeordnet werden kann. Der Mensch ist nach dem Menschenbild dieser unterschiedlichsten Strömungen, so einfach wie möglich und in einer therapeutischen Sprache ausgeführt, ein grundsätzlich höchst rationales Wesen, mit der Möglichkeit zu irrationalem Gedankengut (ebd.). Ein sehr bekanntes Zitat, das Ellis in diesem Kontext verwendet, um diese Grundhaltung deutlich zu machen, ist jenes von Epiktet etwa 50 bis 120 nach Christus: „Nicht die Dinge selbst beunruhigen die Menschen, sondern ihre Urteile und Meinungen über sie. So ist zum Beispiel der Tod nichts Furchtbare - sonst hätte er auch Sokrates furchtbar erscheinen müssen -, sondern nur die Meinung, er sei furchtbar, ist das Furchtbare.“ (1994, 15). Das Interessante ist, dass Ellis viele Anteile des theoretischen Untergrundes von bereits bekannten antiken und modernen philosophischen Strömungen ausgeborgt hat und diese in therapeutische Methoden kleidete. Die Theorie war nicht neu, jedoch die Anwendung im therapeutischen Setting zur Behandlung von Menschen mit psychischen Störungen war bahnbrechend. Die Rational-Emotive Therapie hat auch tief religiöse und spirituelle Wurzeln (siehe Auflistung etwas weiter oben) (Ellis 2006). Daraus ergibt sich folgende Frage: Sind diese religiös aufgeladenen Anteile der Rational-Emotiven Therapie eher eine Brücke zu einer religiös-integrierten Psychotherapie oder mehr ein Stolperstein?

4.3 „Wie hast du's mit der Religion?“

Anders als bei Faust war Ellis anfängliche Meinung zur Religiosität keine unangenehme oder versteckte Angelegenheit. Er äußerte sich sehr klar, dass religiöse, absolutistische, ideologisch aufgeladene Gedanken, ausschließlich dem Irrationalismus zugeordnet werden müssen. Sein Bekenntnis war vermutlich zu einem großen Teil dem damaligen feindlichen Zeitgeist in der Psychotherapie geschuldet, wie in der Einleitung erwähnt (Ellis 1980). Es gäbe für ihn keine für den Menschen und seiner mentalen Gesundheit förderliche Religiosität, denn sie ist „significantly correlated with emotional disturbance. People largely disturb themselves by believing strongly in absolutistic

shoulds, oughts, and musts, and most people who dogmatically believe in some religion believe in these health-sabotaging absolutes.“ (ebd., 637). Da für Ellis Religiosität außerhalb solch streng autoritärer Inhalte kaum existiert, gibt es für ihn auch keine Religiosität, die gesundheitsförderlich sein kann. Eine Person mit flexibler, offener, veränderbarer und toleranter Grundhaltung, die in ähnlicher Weise nicht zu sehr dogmatisch geprägte religiöse Glaubensinhalte in sich trägt, was nach Ellis selten vorkomme, könne durchaus ein gesundes und glückliches Leben führen. Nichtsdestotrotz wäre sie gesünder und glücklicher ohne religiöse Weltanschauung. Zusammengefasst je weniger religiös ein Mensch ist, demnach ohne absolutistisches Korsett, desto wahrscheinlicher ist und bleibt er gesund. Religiosität, in welcher Form auch immer, trägt keineswegs zu einer Förderung der psychischen Gesundheit bei (ebd.).

Als die Jahre vergingen, lockerte sich seine Meinung ein wenig. Nicht zuletzt deshalb weil ein elementarer wissenschaftstheoretischer Paradigmenwechsel in den Geisteswissenschaften sondern auch in Ellis stattgefunden hat: Die Abkehr vom „Logischen Empirismus“ und Hinwendung zum „Kritischen Rationalismus“ (Willberg 2020, 46). Ellis erkannte: „I now acknowledge that logical positivism was somewhat dogmatic and unscientific and no longer uphold it.“ (Ellis 1992, 37).

Von nun an sah er alle absolutistischen Sätze, egal ob religiös, politisch oder auch atheistisch, als störend, unlogisch, ja sogar unwissenschaftlich an und anlehnend an eben genanntem Popper'schen Wissenschaftsverständnis (Popper 1972; Ellis 1981). „RET (...) are (undogmatically!) opposed to all dogmatism - as is Popper's philosophy of science.“ (Ellis 1992, 38). Es mag Paradox klingen, da es auf den ersten Blick so erscheint, als würde sein Zugang radikaler werden, doch die Kriterien, welche Sätze als krank-machend gelten, gestalten sich dadurch flexibler und es setzt eine gewisse Systematisierung der Methode ein. Die Nichtbeschränkung jener dogmatischen Sätze auf religiöse Weltanschauungen führte zu einer systematischen Konzeption in der Rational-Emotiven Therapie, von der ausgehend Ansatzpunkte mit der Möglichkeit einer Annäherung und Integration anderer Systeme, wie zum Beispiel jenes der Religiosität oder Seelsorge, geöffnet wurden.

Aufgrund dieser Öffnung wurde die Eingliederung der Rational-Emotiven Therapie in ein notwendiges epistemologisches Metamodell, das bislang fehlte, in Anlehnung an das neu vorherrschende wissenschaftstheoretische Paradigma des Kritischen Rationalismus, sukzessive realisiert. Denn bis dahin war es aufgrund der antimetaphysischen Sichtweise der empirischen Psychologie fast unmöglich, eine erkenntnistheoretische Überlappung zwischen den Wissenschaftsdisziplinen der eben erwähnten empirischen Psychologie und Religion herzustellen. Die Grundidee, in einem Satz von Karl Popper zusammengefasst, ist folgende: „And looking at the matter from the psychological angle, I am inclined to think that scientific discovery is impossible without faith in ideas which are of a purely speculative kind, and sometimes even quite hazy;“ (1961, 38).

William O'Donohue nahm sich 1989 dieser wissenschaftstheoretischen Diskussion an und postulierte: „that metaphysical sentences were internal to all sciences.“ (1963). Auch in der klinischen Psychologie seien metaphysische Ideen Voraussetzung zur Generierung von Hypothesen um fundierte Aussagen zu treffen. So stimmte er mit Popper's Grundkonzeption überein und führte sie in seinem spezialisierten Wissenschaftsfeld fort (ebd.).

Einige Jahre später kam Stanton L. Jones zum Schluss, Wissenschaftler*innen glauben zuerst an ihre Hypothesen, ehedem sie sie auf die Probe stellen (1994). Diese Weichenstellung führe zu einem neuartigen, produktiveren Verhältnis zwischen Psychologie und Religion, nämlich „a relationship based on mutuality and respect“ (ebd., 185). Das sei zumindest das Vorhaben und die Richtung die eingeschlagen werden solle, denn zuvor sei das psychologische Forschungsfeld in Bezug auf Religion sehr einseitig gewesen. Jones unterscheidet in seinem Artikel zwischen drei „modes“, wie sich Psychologie als Wissenschaftsdisziplin, aber auch Profession, mit Religion verständigt hat (ebd., 184). Im ersten „mode“ geht es um die psychologische Erforschung von Religion. Das heißt, Psychologen versuchen mit ihren gewohnten Methoden Religion psychologisch zu erklären. Der zweite „mode“ beschäftigt sich mit Seelsorge und welche psychologischen Konzepte und Erkenntnisse für die seelsorgerische Praxis nützlich sein können. Last but not least der dritte „mode“

versucht religiöse Konzepte und Traditionen auf Basis psychologischen Wissens jene „to revise, reinterpret, redefine, supplant, or dismiss“ (ebd., 185). Dieses unilaterale Verhältnis solle sich ändern und zwar zu einem partnerschaftlichen, beidseitig befruchtenden Dialog (ebd.).

Ähnlich wie sich das epistemologische Grundmodell der Psychologie einem Wandel unterzog, wurde es auch für den erkenntnistheoretischen Zugang der Theologie essentiell, einen Schritt zurück zu machen und neu zu reflektieren wie eine Annäherung mit dem aktualisierten Zugang psychologischer Wissenschaftsmethodik fruchtbar werden konnte, sollte ein solch partnerschaftliches Verhältnis funktionieren. Dieser Schritt vollzog sich nicht über Nacht, sondern dauerte mehrere Jahre, da es nicht gleich von allen als Fortschritt gesehen wurde. Doch nach und nach begann das Interesse einer produktiven Konvergenz der Verhaltenstherapie mit Religion zu wachsen und gipfelte in dem Höhepunkt, als 2001 Stevan L. Nielsen, Brad Johnson und Albert Ellis die erste Rational-Emotive Verhaltenstherapie für religiöse Menschen mit vielversprechenden Ergebnissen entwickelten (Willberg 2020). Mittlerweile, um der Namensänderung der Therapiemethode auf den Grund zu gehen, wurde die Rational-Emotive Therapie zur Rational-Emotiven Verhaltenstherapie weiterentwickelt, da sie an die Grundkonzepte der Verhaltenstherapie ihre Anknüpfung fand. Von da an entstand ein Startschuss für vergleichende empirische Forschung zur „Wirksamkeit kognitiver Therapien ohne und mit Einbezug religiöser Inhalte“ (Willberg 2020, 47).

Dergestalt suchte Ellis mehr und mehr nach Gemeinsamkeit seiner Rational-Emotiven Verhaltenstherapie und der speziell in Amerika vorherrschenden christlich religiösen Inhalte. Dies zeigt sich in einem Artikel zur Jahrhundertwende im Jahre 2000, als er konstatierte: „Although I have, in the past, taken a negative attitude toward religion, and especially toward people who devoutly hold religious views, I now see that absolutistic religious views can sometimes lead to emotionally healthy behavior.“ (31). Es gebe durchaus konstruktive und für die Emotionalität der Menschen förderliche religiöse Beliefs, die sich in Grundsätzen mit der Philosophie der Rational-Emotiven Verhaltenstherapie decken. Solche Philosophien betreffen Themen wie: „(...) self-control and change, unconditional self-acceptance, high frustration tolerance,

unconditional acceptance of others, the desire rather than the dire need for achievement and for approval, the acceptance of responsibility, the acceptance of self-direction, the acceptance of life's dangers, the philosophy of nonperfectionism, and the philosophy of accepting disturbance. There are many remarkable similarities in some of the major religious and REBT attitudes.“ (ebd.). In der folgenden Grafik werden einige solcher philosophischen Gemeinsamkeiten dargestellt (keine Vollständigkeit).

Ein Vergleich einiger REVT-Philosophien und ihrer Gottorientierten Gegenstücke:

REVT-Philosophie	Gottorientierte Philosophie
Selbstkontrolle und Veränderung	Selbstkontrolle und Veränderung
Weil ich mich oft selbst undiszipliniert und selbstsabotierend verhalte, indem ich darauf bestehe, dass ich sofortige Befriedigung unbedingt haben muss, kann ich lernen, meine kurzfristigen „Bedürfnisse“ loszulassen, sowohl die Freuden des heutigen als auch des morgigen Tages zu schätzen und Lebenszufriedenheit auf eine disziplinierte Weise anzustreben.	Gott hat mir ein gewisses Maß an freiem Willen sowie die Fähigkeit gegeben, selbstständig zu denken und mich selbst zu kontrollieren. Mit Gottes Hilfe kann ich diese Fähigkeit nutzen, um mich selbst zu disziplinieren. Denn Gott unterstützt diejenigen, die sich selbst helfen.
Bedingungslose Selbstakzeptanz	Bedingungslose Selbstakzeptanz
Ich kann mich jederzeit für bedingungslose Selbstakzeptanz entscheiden und mich allein aufgrund meiner Existenz als Mensch als wertvoll betrachten – unabhängig davon, ob mein Verhalten angemessen ist oder ob ich als liebenswert wahrgenommen werde. Noch hilfreicher ist es, wenn ich nicht mein gesamtes Selbst, mein Wesen oder meine Existenz global bewerte, sondern lediglich meine Gedanken, Gefühle und Verhaltensweisen differenziert reflektiere. Wenn ich meine persönlichen und sozialen Ziele erreiche, ist das positiv, doch mein Wert als Person bleibt davon unberührt – ich bin weder ein „guter“ noch ein „schlechter“ Mensch.	Mein Gott ist barmherzig und wird mich stets als fehlbares Wesen annehmen, während er mich ermutigt, mein Verhalten zu verändern und nicht weiter zu sündigen. Da Gott den Menschen bedingungslos akzeptiert, jedoch nicht seine Handlungen, kann auch ich mich selbst annehmen – unabhängig davon, wie unangemessen mein Verhalten sein mag.
Hohe Frustrationstoleranz	Hohe Frustrationstoleranz
Nichts ist an sich katastrophal oder unerträglich, sondern höchstens äußerst unangenehm oder hinderlich. Ich bin in der Lage, ernsthafte Frustrationen und Widrigkeiten zu ertragen, auch wenn ich sie nicht mögen oder gutheißen muss.	Mit Gottes Hilfe bin ich in der Lage, selbst den stärksten Stress zu bewältigen. Wenn ich Gott verehere und die Herausforderungen des Lebens ohne Widerstand annehme, werde ich besser mit ihnen umgehen können.
Bedingungslose Akzeptanz anderer	Bedingungslose Akzeptanz anderer

Alle Menschen sind fehlbar, weshalb ich akzeptieren kann, dass sie Fehler machen und unangemessen handeln. Ich kann sie mit ihren Fehlritten und problematischen Verhaltensweisen annehmen, ohne sie in ihrem Wesen oder ihrer Persönlichkeit abzuwerten.	Mein Gott und meine Religion fordern mich auf, meine Feinde zu lieben, ihnen Gutes zu tun und für sie zu beten. Gesegnet sind die Barmherzigen.
Leistung	Leistung
Ich ziehe es vor, gut zu leisten und die Anerkennung bedeutender anderer zu gewinnen, aber ich muss dies nie tun, um zu beweisen, dass ich eine wertvolle Person bin.	Weil ich eines von Gottes Kindern bin, bin ich eine gute Person und muss nichts erreichen, um mich zu beweisen. Obwohl strikte Befolgung der Regeln und Sakramente meiner Religion sowie Gehorsam gegenüber Gott wünschenswert sind, werde ich eine wertvolle Person sein, auch wenn ich keine bemerkenswerten Erfolge vorweisen kann.
Das Bedürfnis nach Anerkennung und Liebe	Das Bedürfnis nach Anerkennung und Liebe
Es ist äußerst wünschenswert, von bedeutenden Bezugspersonen anerkannt und geliebt zu werden sowie über gute soziale Kompetenzen zu verfügen. Doch auch wenn ich auf Ablehnung stoße, kann ich mich selbst vollständig akzeptieren und ein erfülltes Leben führen.	Was nützt es mir, wenn ich die ganze Welt gewinne, aber meine Seele verliere? Da ich Gott liebe und Gott mich bedingungslos liebt, bin ich nicht auf die Liebe und Anerkennung anderer Menschen angewiesen.
Akzeptanz der Störung/Beeinträchtigung	Akzeptanz der Störung/Beeinträchtigung
Meine belastenden Emotionen, wie Angst und Depression, sind zwar unangenehm, aber weder katastrophal noch machen sie mich zu einer minderwertigen Person, wenn ich sie erlebe. Wenn ich sie als Herausforderungen statt als existenzielle Bedrohungen betrachte, kann ich besser mit ihnen umgehen und meine Chancen erhöhen, sie zu reduzieren.	Gott akzeptiert mich mit meinen belastenden Emotionen, wie Angst und Depression, und wird mir helfen, sie erfolgreich zu überwinden. Selbst wenn ich stark beeinträchtigt bin, geschieht Gottes Wille, und daher bin ich in der Lage, mit meiner inneren Unruhe umzugehen.

4.4 Das erste vollständige REVT-Therapiemanual für religiöses Klientel (Nielsen et al. 2001)

Als Nebenprodukt dieser philosophischen Gemeinsamkeiten soll jetzt das erste, in dieser Form umfassende Manual von Stevan L. Nielsen, W. Brad Johnson und Albert Ellis beschrieben werden.

4.4.1 Allgemeines Rational der REVT für religiöse Klientenpersonen

Zuallererst bieten die Autoren ein allgemeines Rational an, warum die REVT eine elegante Methode für religiöse Menschen ist. Die Einleitung lässt sich in fünf Punkte zusammenfassen:

Die erste These ist eine sehr grundlegende, da beschrieben wird, dass die meisten Menschen sowohl global gesehen als auch spezifisch auf den amerikanischen Raum bezogen, religiös sind und diese auch in der Therapie eingebracht wird (Nielsen et al. 2001). Auf den deutschsprachigen Raum bezogen, bringt laut Liane Hofmann und Harald Walach (2011) jede vierte Klientenperson Aspekte der Religiosität und Spiritualität in die Psychotherapie ein. Es ist demnach ein nach wie vor relevantes Thema, das bereits etwas genauer in der Einleitung dieser Forschungsarbeit ausgeführt wurde.

Zweitens, um zu Nielsen et al. (2001) zurückzukommen, sind die religiösen Grundüberzeugungen oftmals Bestandteil der kognitiven Schemata der Klientenpersonen und tragen demnach mindestens zur Aufrechterhaltung einer Störung bei. Somit sind sie für die Therapie essentiell. Da mit ihnen gearbeitet werden muss, möchte man eine effektive Therapie auch für diese spezielle Zielgruppe anbieten. Es gibt demgegenüber auch antireligiöse Beliefs, die aus negativen Erfahrungen in der Vergangenheit entstanden sind und den Menschen definieren, nicht aus einem freundschaftlichen, sondern einem feindseligen Verhältnis zur Religiosität. Diese sind gleichermaßen prägend und wichtig, sofern sie eine emotionale Belastung darstellen (ebd.).

Drittens geht es in der Rational-Emotiven Verhaltenstherapie um eben besagte Beliefs, die in ihrer Grundform durchaus eine große Gemeinsamkeit mit religiösen Glaubenssätzen haben, auch wenn deren spezifischer Inhalt natürlich nicht immer übereinstimmt. Wesentlich ist, dass das Kriterium, das einen Belief irrational macht, nicht Willkür, Inkonsistenz, Antiempirie oder auf irgendeine andere Weise

unwissenschaftlich ist, sondern, einerseits, wenn ein Glaubenssatz eine dysfunktionale emotionale Reaktion hervorruft oder andererseits, wenn er eine absolute Bewertung beinhaltet, dass etwas besser sein soll, als es ist. Übernatürliche oder mystische Aspekte in Glaubenssätzen müssen demnach nicht in die irrationale Kategorie eingeordnet werden. Ferner sind religiöse Menschen in der Regel mit Beliefs vertraut, die sich an dogmatische Vorgaben verschiedener Traditionen orientieren, ebenso wie mit deren Relevanz und den potenziell starken Auswirkungen auf das eigene Leben. Aufgrund dessen ist die Identifizierung, Verstärkung oder Veränderung von Glaubenssätzen eine Herangehensweise, die für religiöses Klientel nicht fremd, sondern vielleicht sogar alltäglicher Bestandteil ist (ebd.).

Viertens stehen die meisten fundamentalen Prinzipien der REVT im Einklang mit den unterschiedlichsten religiösen Überzeugungen, Traditionen, Geschichten oder Ideen, sofern es um das Ziel der Reduktion von selbstschädigender emotionaler Belastung geht. Einige von diesen Grundphilosophien wurden in der Grafik im vorherigen Kapitel behandelt.

Die Autoren weisen ebenso daraufhin, dass es natürlich auch große und essentielle Unterschiede zwischen Religionen gibt, die man nicht einfach so über einen Kamm scheren kann. Diese Andersartigkeit können in der Therapie sogar genutzt werden, um zu erkennen, dass jede Person einen Anspruch auf eigene und an das Individuum angepasste Werte, Ziele und Grundvorstellungen hat, sofern an diese nicht zu streng und absolutistisch angehalten werden. Trotz starker Meinungsverschiedenheiten zwischen religiösen Traditionen unterstützen die größten religiösen Systeme folgende REVT-Ziele (ebd.):

- die bedingungslose Akzeptanz des menschlichen Wertes
- die Akzeptanz von Ereignissen, die außerhalb der eigenen Kontrolle liegen
- die Akzeptanz von unvermeidbaren Belastungen und Unannehmlichkeiten des Lebens

Religionen beinhalten häufig tiefgreifende und lebensleitende philosophische Konzepte, die als funktionale und rationale Gegenmittel zu irrationalen Glaubenssätzen

eingesetzt werden. Solche Konzepte begleiten Klientenpersonen in Form von Geschichten, Parabeln, Textstellen, bekannte Gebete usw. Das verschafft sogar einen Vorteil, da hilfreiche Glaubenssätze bereits etabliert sind und nur noch die Umsetzung fehlt. Aus den vier Hauptgruppen der irrationalen Glaubenssätze werden folgende Beispiele genannt (Human Rating, Demandingness, Catastrophizing, Low Frustration Tolerance) (ebd.):

Human Rating: In dieser Gruppe der irrationalen Beliefs fungiert ein nicht-erreichtes Ziel als Auslöser, der dazu führt, dass sich die eigene Person global gesehen als Versager bewertet, das wiederum intensive Emotionen, die häufig bei Menschen mit depressiver Symptomatik zu beobachten sind, zur Folge hat (als Anmerkung löst ein solches Ereignis bei Menschen ohne depressiver Tendenz, zuerst oftmals Traurigkeit oder Enttäuschung aus, dann aber eine gewisse Motivation, in Zukunft die Herangehensweise an das Ziel effektiver zu gestalten). Üblich in diesem Szenario ist folgender adaptierter und rationaler Gedanke: „Ich habe das Ziel nicht erreicht und das ist äußerst ärgerlich und enttäuschend. Aber nur weil ich in einer Sache gescheitert bin, macht mich das nicht grundlegend zu einem Versager. Sondern zu einem Menschen, der in einer Sache etwas nicht geschafft hat.“ Bei religiösen Menschen, hier als Beispiel auf den christlichen Glauben bezogen, kann man auf eine von vielen Textstellen des Neuen Testaments aufmerksam machen, in denen Paulus zur Sprache bringt: „Alle haben ja gesündigt und die Herrlichkeit Gottes verspielt.“ (Römer 3:23, ZB). So kann hier gefragt werden: „Was würde dieser Satz über Paulus, über mich und über Sie aussagen?“ Um schlussendlich zu einem umstrukturierten Satz zu kommen: „Ja, ich, so wie alle Menschen, machen Fehler, komme zu kurz, sündige. Das ist enttäuschend. Aber ich akzeptiere, dass ich eine Person bin, die Fehler macht, so wie jeder andere Mensch auch und versuche gleichzeitig diesen Fehler zu verändern.“

Catastrophizing: Katastrophisieren meint, irrational zu glauben, dass eine schwierige Situation schrecklicher ist, als sie sein sollte oder dürfte. Sie wird nicht ertragen, demnach folgt Panik, eine unangenehme und selbstschädigende Emotion. Als Beispiel nennen die Autoren einen möglichen Jobverlust, der absolut nicht auszuhalten ist. So wird mittels Humor disputiert und aufgezeigt, dass die Person dann zwei

Probleme hätte. Einerseits den Jobverlust und alles was damit verbunden ist und andererseits die „Ich-kann-es-nicht-aushalten-itis“. Durch einen humorvollen Zugang, erhöht sich die Effektivität der Disputation. Von Seiten der Therapeutenperson geht es folgendermaßen weiter: „Es ist sicherlich total unangenehm und ärgerlich. Aber, wenn Sie sich vorsagen, dass Sie das nicht aushalten können, dann fühlen Sie sich bereits jetzt panisch, obwohl Sie noch gar nicht wissen, ob es überhaupt dazu kommt. Hilft Ihnen dieser Gedanke und die darauffolgende Emotion in Ihrem aktuellen Job? Helfen sie Ihnen sich auf mögliche Schritte vorzubereiten?“ Ziel des Disputierens ist, den Jobverlust als eine unangenehme Situationen zu sehen und nicht als ein überaus schreckliches Event, das nicht ertragen werden kann. Mit einer religiösen Klientenperson aus der indischen Glaubensrichtung der Sikh kann, unter religionssensibler Berücksichtigung, folgende berühmte Textstelle in Erinnerung gerufen werden: „I thought I alone had sorrow; Sorrow is spread all over the whole world. From my roof-top I saw every home engulfed in sorrow’s flames“ (Adi Granth, Shalok, Farid, S.1382). Jene Fragen könnten folgen: „Was glauben Sie, was der Guru hier über das menschliche Leid sagt? Klingt es so, als ob er glaubt, dass man Leid völlig vermeiden oder ihm entkommen kann? Wie unterscheidet sich dieser Vers von dem, was Sie sich selbst über Ihre mögliche Schwierigkeit sagen? Was könnten Sie sich im Angesicht Ihrer aktuellen Probleme sagen, wenn Sie diese im Vergleich zum Leiden anderer Menschen betrachten?“ Religiöse Texte, die für die jeweilige Person eine wichtige emotionale Bedeutung haben, helfen meist die Problematik in einen größeren religiösen und philosophischen Rahmen einzuordnen und entschärfen somit das Katastrophisieren (Nielsen et al. 2001).

Fünftens, können grundlegende Elemente religiöser Traditionen von Klientenpersonen, wie zum Beispiel Lehren, die direkte und disputierende Art des Predigens, Lesen und Lernen, alltägliche Rituale, Glaubensbekenntnisse und Musik in bestehende Interventionen der REVT integriert werden. Diese Elemente lassen sich, obgleich mit anderer Bedeutung, in den Techniken der REVT wiederfinden. Die

Einbindung dieser Methoden soll die Wirksamkeit der Therapie verstärken, indem sie diese lebendiger, umfassender und tiefergehender gestaltet (ebd.).

Lehren: Von Beginn an wurde die REVT, vor allem im Vergleich zur klassischen Psychoanalyse, als ein direkter Ansatz angesehen, in der psychoedukative Elemente essentielle Bestandteile sind. Diese offene Herangehensweise, den Klientenpersonen auf einen ähnlichen Wissensstand wie den der Therapeutenperson zu bringen, ist tägliches Brot. Dazu zählt vor allem das bekannte A-B-C-Modell (A als Auslöser, B als Bewertung oder auch Belief, C als Consequence) als auch sobald die Klientenperson die einzelnen Spalten, sowie deren Zusammenhang selbständig versteht und anwenden kann, die Erweiterung der Spalten D und E (D im Sinne von Disputation der irrationalen Bewertung, E im Sinne von Effektive neue Bewertung). Ähnlich lässt sich, inhaltlich nicht auf das A-B-C Modell bezogen, sondern auf die strukturierte und lehrende Vorgehensweise, dieser Zugang in religiösen Kontexten wiederfinden. Religiöse Menschen sind einer solchen Haltung oft vertraut und es fühlt sich stimmig an, wenn sie in einer Therapie ähnliche Rahmenbedingungen erleben. Das kann vor allem am Anfang einer Therapie, sofern sie mit einer skeptischen Grundhaltung einsteigen, besonders hilfreich sein (ebd.).

Glaubensbekenntnisse: Die Autoren weisen in diesem Abschnitt mehrmals daraufhin, dass sie die Konzepte der REVT in keinerlei Hinsicht mit dem sakralen Gehalt der Inhalte der religiösen Glaubensbekenntnisse, Rituale oder anderer Ausdrucksformen des Glaubens, gleichstellen möchten. Trotzdem gibt es starke Ähnlichkeiten in der Verinnerlichung von Sätzen, die in ihrer semantischen Präzision und zielgerichteten Funktion für das Individuum höchst förderlich sind. Geht es in der Religiosität um detaillierte Feinheiten in der Ausgestaltung der Inhalte des Glaubens, so hat es die REVT zum Ziel, die neuen, effektiven Glaubensüberzeugungen so philosophisch und sprachlich konsistent zu formulieren, dass es den Leidensdruck der Klientenperson vermindert. Je feinjustierter das Selbstgespräch, desto wahrscheinlicher ist ein positiver Therapieerfolg. In jener Besonnenheit liegt eine große Überschneidung (ebd.).

Zum allgemeinen Verständnis des ersten umfassenden Manuals der Integration von Religiosität in eine Methode der kognitiven Verhaltenstherapie, sind folgende zusammenfassende Beobachtungen anzumerken:

Die grundlegenden philosophischen Annahmen, die den Unterbau des Menschenbildes der REVT kennzeichnen, bleiben weitestgehend unverändert. Das heißt, die philosophische Ausgestaltung der Methode, zumindest in ihrer fundamentalsten Form, wird nicht an das religiöse Menschenbild der Klientenperson angepasst, sollten diese differieren (welches, wie aufgezeigt wurde, größtenteils nicht der Fall ist). Denn, wie wir in der grafischen Gegenüberstellung von Kapitel 4.3 sehen, ist die Sprache zwar eine etwas andere, aber der Kern der Grundannahmen ist zu einem großen Teil überlappend. Diese Interferenz erscheint mir als Bedingung der Voraussetzung um eine effektive REVT zu ermöglichen.

4.4.2 Exkurs: Vier Typen spiritueller Interventionen

Folgende Einordnung spiritueller Interventionen in der Psychotherapie von Bernhard Grom (2012) erachte ich an dieser Stelle als besonders hilfreich. Der deutsche Religionspsychologe unterscheidet zwischen vier Typen wie spirituelle und religiöse Inhalte auf die Psychotherapie bezogen werden:

Typ I: „Spirituelle Anregungen, die der Patient von sich aus in den Therapieprozess einbezieht“ (ebd., 196). Als meist bekanntes Beispiel zählen in diese Kategorie die Selbsthilfegruppen der Anonymen Alkoholiker. Sowohl religiöse als auch nicht-religiöse Menschen nehmen ohne Untergliederung der Gruppe daran teil, mit der Folge, dass weder die einen, noch die anderen ausgeschlossen werden. Das ist weitestgehend den äußerst wert- und weltanschauungsneutralen inhaltlichen Angeboten zuzuschreiben. Diese Anregungen können religiös, spirituell oder auch säkular gedeutet werden. Es obliegt jeder einzelnen Person, wie die Inhalte in das eigene Weltbild integriert werden (ebd.). Diese Herangehensweise stellt einen klaren Unterschied zum Ansatz des obig behandelnden Manuals dar. Der REVT-Zugang ist direkter und

offensiver im Anbieten von religiösen Inhalten, sofern diese im Einklang mit dem Therapieziel stehen.

Hiermit kommen wir zum Typ II: „Spirituelle Interventionen - integriert in eine professionelle Psychotherapie“ (ebd., 197). An dem Titel der Kategorie könnte bereits erkannt werden, dass das REVT-Handbuch exakt in diese Kategorie hineinfällt.

Das wird besonders deutlich an der bereits dargelegten fünften These, in der zwar lediglich die strukturellen Gemeinsamkeiten religiöser Traditionen und Praktiken vorgestellt wurden, die jedoch nicht nur theoretisch Beachtung finden, sondern auch praktische Anwendung. Für die Klientenperson bekannte Praktiken wie Meditieren, Beten, Heilige Texte lesen, bedeutende Geschichten erzählen, werden in die Therapie nicht nur aufgenommen, sondern von der Therapeutenperson aktiv angeboten. Unter der Voraussetzung, dass diese Interventionen die professionellen und anerkannten Methoden der REVT im Hinblick auf das erarbeitete Therapieziel der Klientenperson unterstützen oder erweitern. So wird als Beispiel auf einen männlichen Klienten eingegangen, der mit Zweifeln in seinem Glauben kämpft und sich aufgrund dieser als globale schlechte, heuchlerische Person bewertet. Der Therapeut nimmt von sich aus Bezug zu einer Geschichte und Textstelle der Heiligen Schrift des Klienten, bekanntlich als im Neuen Testament Petrus dreimal Christus verleugnet, welche in Übereinstimmung mit der Situation des Klienten steht. Durch diese Geschichte wurde die übergeneralisierende negative Selbstbewertung, also ein irrationaler Glaubenssatz, in Frage gestellt. Als Hausübung wurde ausgemacht, dass der Klient die Geschichte liest. Schlussendlich kam der Klient zu einer neuen und hilfreichen Kognition, die in Einklang mit seiner religiösen Tradition, welche enorme emotionale Bedeutung in seinem Leben einnimmt, steht (Nielsen et al. 2001).

Die Vorgehensweise und Methodik sind dieselben wie bei nicht-religiösen Menschen. Die Methode bleibt unangetastet, während die Inhalte und Interventionen ausgedehnt werden. Folgende Leitlinien gelten als unabdingbare Voraussetzung dafür, dass Therapeutenpersonen spirituelle Erweiterungen anbieten können (Johnson & Tan 2005):

- Es geht um die Bedürfnisse der Klientenperson und nicht um die Propagierung der religiösen Vorstellungen der Therapeutenperson.
- Spirituelle Interventionen sollen lediglich als Zusatz, eingebettet in professioneller psychotherapeutischer Behandlung, ihre Anwendung finden und nicht als Substitution.
- Der Gefahr mit spirituellen Maßnahmen unangenehme Themen zu vermeiden,
- als auch die Grenze zur Seelsorge zu überschreiten, in der anstelle des Weltbildes der Klientenperson eine spezielle religiöse Tradition vorgeschoben wird, soll stets im Auge behalten werden.
- Schließlich, die Fähigkeiten auf therapeutischer Seite dürfen nicht überschätzt werden.

Bevor wir zu Typ III kommen, unterscheidet Siang-Yang Tan zwischen einer „implicit and explicit integration“ (1996, 365) von Religiosität in der klinischen Praxis. Diese Unterteilung ist hilfreich, da zwischen Typ I und Typ II ein kleiner leerer Raum spürbar ist, der mit der impliziten Vorgehensweise gefüllt werden kann. Zwischen einem äußerst weltlich-neutralen Ansatz, der von jeder Person individuell gedeutet werden soll, zu aktivem Anbieten von religiösen Texten oder Gebeten, lässt sich meines Erachtens nach ein zu großer Schritt erkennen. Die „implicit integration“ (ebd., 368) hält sich verdeckt im aktiven Ansprechen von Religiosität und behandelt das Thema ausschließlich, wenn es von der Klientenperson eingebracht wird. Wenn das eintrifft, wird auf das religiöse Weltbild eingegangen und dort angesetzt (zum Unterschied zu Typ I). Die jeweiligen Werte und religiösen Vorstellungen werden also respektiert und auch behandelt, allerdings ohne Einbezug von religiösem Material wie zum Beispiel konkrete Schriftstellen der Heiligen Schrift, religiös aufgeladene Meditationen oder Imaginationen, das wiederum die Grenze zur expliziten Integration überschreitet. Eine hilfreiche Einordnung dieser beiden Kategorien ist, sie als zwei Enden eines Kontinuums zu verstehen, in dem sich die Therapeutenperson, je nach Bedürfnis der Klientenperson, bewegt (ebd.).

Typ III: „Religiosität/Spiritualität mit der Tendenz, Basistherapie zu werden“ (Grom 2012, 198). Sobald der religiösen und spirituellen Dimension mehr Beteiligung als der profanen psychologischen Komponente an psychischen Symptomen zugeschrieben wird, ist die Tendenz da, säkulare Interventionen als reinen Zusatz zu verwenden und spirituelle Maßnahmen als Hauptwirkfaktor einer erfolgreichen Behandlung anzuerkennen. Es findet also eine Invertierung des Typ II statt. Als Beispiel ist die „Transpersonale Verhaltenstherapie“ nach Harald Piron (2007) anzuführen, die unter anderem auf Erkenntnisse der transpersonalen Psychologie und Psychotherapie, welche auf bekannte Namen wie Carl Gustav Jung, Abraham Maslow oder Roberto Assagioli aufbaut. Jene Konzepte und Therapien sind zwar angelehnt an die gewöhnliche Psychologie, als Basiswissen dienen jedoch eigens entwickelte, spirituelle Modelle, deren empirische Wirksamkeit noch nicht nachgewiesen wurde (Grom 2012).

Typ IV: „Psychotherapeutische Behandlungsformen spirituellen Ursprungs“ (ebd., 199). Psychotherapien haben sich in den letzten Jahrzehnten religiösen und spirituellen Praktiken, ganz besonders die Meditation, die in ihrer je eigenen Anschauung und Tradition mit hoher Bedeutsamkeit aufgeladen sind, angenähert und deren Effekte auf die Psyche zu eigen gemacht. Einzelne Wirkfaktoren der Praktiken wurden somit ihrer religiösen und spirituellen Einbettung entzogen und isoliert, um sie in gewohnte oder neu entstehende säkulare und anschaulich neutralere Therapiemethoden einzusetzen. Man hat sich die Wirkung, vorrangig die Entspannung, zu eigen gemacht. In diese Kategorie gehören viele Methoden der dritten Welle der Verhaltenstherapie, auf die in dieser Literaturarbeit von einem historischen und praktischen Blickwinkel aus gesehen in Kapitel 7 noch etwas genauer eingegangen wird. Dazu zählen beispielsweise die Mindfulness-Based Stress Reduction (MBSR) oder die Mindfulness-Based Cognitive Therapy (MBCT). Ein großer Unterschied zu den anderen Typen ist, dass sie von religiösen und spirituellen Inhalten weitestgehend fern bleiben möchten (ebd.).

4.4.3 Assessment/Diagnostik in der REVT bei religiösen Menschen (Nielsen et al. 2001)

Nachdem die Hintergründe und der theoretische Unterbau der REVT, insbesondere in Bezugnahme auf Religiosität, behandelt wurde, geht es in dem folgenden Unterkapitel mit der Erfassung des Gesundheitszustandes und der Kognitionen der Klientenperson weiter. Als Zusatz zu den üblichen Fragebögen, „the Millon Clinical Multiaxial Inventory II (...), the short form of the Beck Depression Inventory (...), the General Psychological Well Being Scale (...), the General Health Questionnaire (...), the Satisfaction with Life Scale (...) and the Attitudes and Beliefs Scale 2“ (Nielsen et al. 2001, 47), gehen die Autoren auf ein spezielles Assessment ein, das die Religiosität der Person erfasst und aus zwei Schritten besteht: Erstens das „Preliminary Assessment“ (ebd., 48) und zweitens das „Advanced Assessment“ (ebd., 49).

Preliminary Assessment: Die erste und wichtigste Frage des gesamten Assessments ist es, die subjektive Bedeutsamkeit von Religiosität im Leben als auch speziell in der Problematik der Klientenperson zu verstehen. Sofern die religiösen Vorstellungen eine gewichtige Rolle im Verständnis des jeweiligen Themas und somit in der Behandlung spielt, ist es notwendig zu erfragen, wie sehr sie sich im Vergleich zu anderen Mitgliedern in der gleichen Glaubensrichtung engagiert. An dieser Stelle kann ein erster innerer Konflikt erkennbar sein, wenn die Glaubensüberzeugungen beispielsweise äußerst dogmatisch, eng und fordernd sind, das Verhalten aber dazu im Widerspruch steht. Jener Widerspruch wird für die betroffene Person besonders beobachtbar, wenn sie aufgefordert wird zu erzählen, wie sich andere religiöse Personen in ihrem Umfeld verhalten (ebd.).

Bedeutsamkeit kann auch heißen, dass jemand auffallend antireligiös eingestellt ist, welches sich gleichermaßen auf die Problematik auswirken kann. Diese persönliche Bedeutsamkeit, religiös sowie antireligiös, wird als „personally salient religion“ (ebd., 48) bezeichnet. Wenn geklärt ist, dass Religiosität für das Weltverständnis als auch die psychische Belastung von Bedeutung ist, gilt es das Ausmaß einzuschätzen. Erst wenn ein hohes Ausmaß besteht, dass religiöser Glaube und/oder deren Verhalten klar mit der

Psychopathologie verknüpft ist und es sich wahrscheinlich auf den Therapieerfolg günstig auswirkt die religiösen Annahmen weiter zu explorieren, soll zum Advanced Assessment vorangeschritten werden. Dies wird als „clinically salient religion“ (ebd., 49) betitelt.

Advanced Assessment: Zusammenfassend, um nicht über die Maße ausufernd zu werden, sind folgende Fragen zu klären (ebd.):

- Es gilt zu unterscheiden, ob es sich um eine extrinsische (eher Mittel zum Zweck) oder intrinsische (eher lebensnahe und verinnerlichte) Form der Religiosität handelt oder beides. Daraus lässt sich der Startpunkt der Therapie gut bestimmen.
- Das spirituelle Wohlbefinden wird im Hinblick auf die Zufriedenheit in der Beziehung zwischen der Person und Gott (vertikal) sowie auf Sinnempfinden, Lebensziele und menschliche Beziehungen (horizontal) erfasst.
- In welchem Ausmaß lassen sich enge, rigide und dogmatische Glaubensüberzeugungen im Denken der Klientenperson identifizieren, die zu Schwarz-Weiß-Denken und Inflexibilität tendieren?
- Es wird auf zwölf Marker religiösen Verhaltens eingegangen, die auf eine Psychopathologie hinweisen können. Zugrunde liegt eine psychische Störung, die sich allerdings in religiösem Verhalten zeigt. Beispielsweise: Hohe Fluktuation in Kirchenwechsel, plötzliche Bekehrung, auffallende Zurschaustellung, ...)

Die Autoren weisen daraufhin, dass der offene und direkte Versuch Glaubensüberzeugungen mit Psychopathologie als Kausalität aufzudecken, riskant sei. Bei hoher intrinsischer Religiosität, in der die Inhalte mit dem Innersten des Menschen verwoben sind, kann eine zu direkte Vorgehensweise die therapeutische Allianz massiv schädigen. Es soll deshalb darauf geachtet werden, dass zuerst eine tragfähige Arbeitsbeziehung zwischen Klienten- und Therapeutenperson etabliert ist, dass eindeutig die Erlaubnis erteilt wurde religiöse Themen zu explorieren und dass versucht wird die religiösen Inhalte bestmöglich zu verstehen und zwar ausgehend von den

Erklärungen der Klientenperson und mit deren Kooperation, während öffentlich bekannten Dogmen der der Klientenperson zugehörigen religiösen Gemeinschaft, so gut wie möglich und hilfreich ist, still gelegt werden (ebd.).

4.4.4 Welche Kognitionen sind nun irrational?

Ellis war lange Zeit der Meinung, dass es keine hilfreichen und rationalen religiösen Glaubensüberzeugungen gibt (1980). Doch nach und nach kam er zum Schluss, dass religiöse Annahmen nicht per se dysfunktional sind, sondern es gehe auch um deren Inhalt. Zuerst betitelte er alle absolutistischen und dogmatischen Sätze, egal ob religiös oder nicht, als schädlich. Doch nach erneuter Reflexion und im Einklang mit dem hier beschriebenen Manual (Nielsen et al. 2001), ist das ultimative Kriterium für irrationale Glaubenssätze weder Religiosität noch reiner Absolutismus (genau genommen), denn es können auch absolutistische, religiöse Sätze zur psychischen Gesundheit positiv beitragen. Sondern es sind absolute *Forderungen* an mich, die anderen oder die Welt, die nach subjektiver Einschätzung in starkem Zusammenhang mit der Problematik stehen. Diese dogmatischen Forderungen können religiöser als auch nicht-religiöser Natur sein.

Demnach geht es in der Therapie nicht darum den inhaltlichen Wahrheitsgehalt eines Beliefs zu bewerten. Vor allem, wenn es um religiöse Beliefs geht, sei das ethisch höchst bedenklich. Die Frage soll immer sein: Trägt das religiöse Glaubenssystem und die daraus resultierenden Kognitionen und Verhaltensweisen, erheblich zur Störung bei? Oftmals sind das absolutistische Sätze mit befehlendem Charakter, die, das gilt es ebenfalls zu prüfen, einem rigiden Glaubenssystem, religiös oder nicht-religiös, entspringen (ebd.). Es ist höchst herausfordernd, in ein solches enges System eine gewisse kognitive Flexibilität reinzubringen, ohne in tief verankerte, für die Person fast schon existenzielle, religiöse Glaubensüberzeugungen zu stark einzugreifen. Dies erfordert wohl besonderes Fingerspitzengefühl.

Jedoch komme es häufig vor, dass einzelne irrationale Beliefs religiöser Natur, in Anbetracht des gesamten religiösen Systems der Person herausstechen und nicht ganz

hineinpassen. Diese Unstimmigkeit zu erkennen und aufzuzeigen, um so zu disputieren, sei zu empfehlen und sehr geeignet (ebd.). Aus diesem Grund ist es wichtig, sich in die religiöse Weltanschauung der jeweiligen Person hineinversetzen zu können. Ein Grundwissen der jeweiligen Religion ist natürlich Voraussetzung, obwohl es mindestens genauso wichtig ist, zuerst durch die Augen der Klientenperson die Individualität dieser Weltsicht zu sehen.

4.4.5 Besonderheiten religiöser Menschen im REVT-Prozess

Im folgenden Kapitel wird detailreicher auf die Besonderheiten der REVT mit religiösem Klientel eingegangen und spezifische Unterschiede zur üblichen REVT aufgezeigt.

Die Autoren weisen allgemein darauf hin, dass sie in der Praxis die Erfahrung gemacht haben, dass sich besonders bei religiösen Menschen sekundäre emotionale Störungen, die sich aufgrund der primären Störung entwickeln, zeigen. Zum Beispiel: Infolge der Wut gegenüber Gott (primäre Störung), entsteht große Scham (sekundäre Störung) und Rückzug von der religiösen Gemeinschaft und sozialer Kontakte, was weiterführend zu depressiver Symptomatik beiträgt. Irrationale absolutistische Glaubenssätze können somit auch auf die primäre emotionale Reaktion bezogen sein und weiteren Leidensdruck erzeugen. Auf diese Dynamik soll geachtet werden (ebd.).

Konträr zur eigenen Erwartungshaltung ist es eher selten, dass spezifisch religiöse Auslöser (= A im bekannten A-B-C Modell) genannt werden. Es gibt überraschenderweise oftmals keine massiven Unterschiede in der Identifikation des auslösenden Reizes zwischen religiösen und nicht-religiösen Menschen (ebd.).

In der Disputationsphase mit Menschen, die „clinically salient religious concerns“ (ebd., 75) vorweisen können auf Therapeutenseite zwei häufige Fehler aufkommen. Erstens, die Religiosität wird überhaupt nicht mit einbezogen oder zweitens, die religiösen Glaubensüberzeugungen werden in ihrem Kern disputiert. Wenn zum Beispiel jemand aufgrund sexuellen Verhaltens außerhalb der Ehe, welches von der Klientenperson als Sünde und moralisch fehlerhaft bewertet wird, eine

depressive Episode auslöst, wäre es ethisch bedenklich, den Glauben an die Existenz Gottes aktiv zu hinterfragen, um den inneren Konflikt aufzulösen. Technisch ist es eventuell korrekt, aber in der REVT gehe es nicht darum dogmatische Glaubensüberzeugungen auf deren Inhalt zu prüfen, also die Glaubenslehre an sich, sondern den absolutistischen Bewertungsstil, mit dem die Klientenperson die religiösen Prinzipien in ihrem Leben anwendet. Was sagt sie sich, wenn sie sexuelles Fehlverhalten zeigt? Bewertet sie sich global als eine schreckliche Gläubige und als ein schlechter Mensch? Die Prämisse des Manuals ist, dass dies höchst wahrscheinlich der Fall ist (ebd.).

Um dieses Prinzip weiter zu veranschaulichen und fortzusetzen, gehe ich von einer Therapie mit einer nicht-religiösen Person aus, die sich in einer monogamen Partnerschaft befindet, in der sexuelle Exklusivität einen essentiellen Wert darstellt und moralisch als zu bevorzugendes Verhalten angesehen wird, mit einer anderen Person Geschlechtsverkehr hat und daraufhin massive Schuld- und Schamgefühle und folglich eine depressive Episode entwickelt. Würde die Therapeutenperson den moralischen Standard der sexuellen Exklusivität, der beiden Personen wichtig war, in Frage stellen, mit dem Ziel die Schuld- und Schamgefühle zu reduzieren? Oder geht es eher darum, auf den speziellen Stil der Selbstbewertung nach dem Fehlverhalten und dessen erhebliche Auswirkungen auf die Symptomatik zu fokussieren? Die Autoren weisen klar daraufhin, dass Zweites zu bevorzugen ist (ebd.).

Es lässt sich also diskutieren, inwiefern diese Vorgehensweise überhaupt einen Unterschied zur Therapie mit religiösen Menschen aufzeigt, denn solch eine therapeutische Haltung, die das moralische Wertesystem des Gegenübers wertschätzt und mit diesem begleitet anstatt dagegen zu arbeiten, stellt meines Erachtens nach, eine Grundkompetenz jeder Therapeutenperson dar.

An dieser Stelle, nämlich in der Unterscheidung, ob es sich um einen Kerninhalt oder den Bewertungsstil handelt, lässt sich ein Graubereich und Gefahrenquellen in der Behandlung erkennen. Im Sinne des vorliegenden Manuals, wird dieses Thema folgendermaßen diskutiert (ebd.): Es ist klar, dass die Therapeutenperson den Auslöser (A) nicht disputiert, sondern den irrationalen Glaubenssatz. Jetzt kann aber auch eine

religiöse Aussage als aktivierendes Event (A) fungieren, über die eine irrationale Aussage (iB) gemacht wird. Wohl angemerkt, dass das zu dem Punkt, der im Kapitel zuvor gemacht wurde, es gebe meistens keine spezifischen religiösen Auslöser, was konträr gegenübersteht. Um dies aufzulösen, lässt sich erahnen, dass die Autoren mehr externe Auslöser im Blick hatten, als interne. Dies ist textlich nicht nachvollziehbar, sondern stellt lediglich einen Versuch meinerseits dar, diese Ambivalenz ein Stück weit in Einklang zu bringen.

In dem Beispiel mit der religiösen Person, gäbe es zwei Möglichkeiten. Einerseits das sexuelle Fehlverhalten als Auslöser (A) und den Glaubenssatz: „Sexuelle Tätigkeiten außerhalb der Ehe sind sündig und deswegen bin ich ein schlechte Gläubige und ein schrecklicher Mensch.“ als irrational einzuordnen. Mit diesem Satz könnte sich schnell ein Kunstfehler einschleichen, wenn, der *ganze* Satz disputiert wird. So wird massiv in den Kern der Glaubensinhalte eingegriffen. Es muss also klar sein, dass vor allem am Bewertungsstil, also an der zweiten Hälfte des iBs angesetzt werden soll. Demnach beinhaltet das aktivierende Event (A) das fehlerhafte Verhalten und die tiefe religiöse Glaubensüberzeugung, dass sexuelle Tätigkeiten außerhalb der Ehe sündig sind. Die irrationale Kognition (iB) besteht aus „... und deswegen bin ich eine schlechte Gläubige und ein schrecklicher Mensch.“ und wird dann zum jenem Teil, der umstrukturiert werden soll. Es braucht viel Fingerspitzengefühl und eine gründliche, immer wieder zu reflektierende, wertneutrale Haltung, vor allem gegenüber moralischen Grundsätzen, die gegensätzlich zur eigenen Sozialisierung und Kultur stehen (ebd.).

So wird von den Autoren erklärt, obgleich Personen im auslösenden Event (A) religiöse Elemente aufweisen oder nicht, könne auf ähnliche Weise der damit verbundene Bewertungsstil disputiert werden. Dies ist eine Form, wie Religiosität in die REVT einbezogen wird, nämlich in die Identifizierung des A's (ebd.).

Eine zweite Möglichkeit ist die Integration von religiösen Glaubenssätzen in die konkrete Disputation, solange diese im Einklang mit der Glaubensrichtung der Klientenperson und mit dem Ziel der REVT, absolutistisch bewertende Sätze zu verändern, steht. Dieser Ansatz stellt zumal eine besondere Herausforderung dar, weil er für die Klientenperson ein höheres Risiko, jedoch mit gleichzeitigem höheren Potenzial

einer erfolgreichen REVT, innehabe. Die Therapeutenperson solle allerdings gewisse Erfahrung mit religiösem Klientel mitbringen, sowie Grundkenntnisse der zugehörigen Religion. Erst dann mache es Sinn, religiöses Material, wie Textstellen in Heiligen Schriften, als Disputationstechnik zu verwenden. Durch sie sollen vernachlässigte Aspekte des jeweiligen Glaubens aufgezeigt, problematische Interpretationen von Textstellen, weil ungenau oder unvollständig verstanden, neu gedeutet und idiosynkratische religiöse Überzeugungen, die im Widerspruch zur erklärten Glaubensrichtung stehen, hinterfragt werden (ebd.). Für die Praxis in Österreich ginge dieser Ansatz über die derzeit gültige ethische Richtlinie zur Abgrenzung von Religiosität weit hinaus und wäre ethisch äußerst bedenklich. Mehr dazu im Kapitel 6.1. Die folgenden zwei Kapitel, dies sei ebenfalls angemerkt, stehen unter selbigem Vorwand.

4.4.6 Neu formulierte Disputationstechniken mit religiösem Inhalt

Die Autoren stellen an diesem Punkt den üblichen und weit verbreiteten Disputationsstrategien ihre religiösen Erweiterungen gegenüber. So wird das logische Disputieren zur theo-logischen Disputation, die empirische Evidenz zur religiösen Evidenz, das funktionale Disputieren zur religiös-funktionalen Disputation, die heuristische/kognitive Dissonanz wird zur religiösen Dissonanz und die rationale Alternative zur religiösen Alternative (ebd.).

In einer kurzen Gegenüberstellung wird ersichtlich, dass der disputierende Mechanismus gleich bleibt, lediglich der Inhalt wird mit religiösem Material angereichert:

Gewöhnliche Disputationsstrategien	Religiös-integrierte Disputationsstrategien
Logisch bei Katastrophisierung	Theo-Logisch bei Katastrophisierung
„I'm not sure I can understand how this difficult event qualifies as truly Awful. Help me see how this is worse than 100% bad!“ (ebd., 77)	„I'm having trouble understanding why this is truly awful. Did God send a special message indicating He was sending a true catastrophe your way?“ (ebd., 84)
Empirische Evidenz bei absoluter Forderung	Religiöse Evidenz bei absoluter Forderung

<i>"I'm afraid I don't see any solid evidence to support the motion that you, other people, or the world Must or Should be any different than they are." (ebd., 78)</i>	<i>„I wonder if you would show me the passages that tell you that the world, your life, people you encounter, or you yourself will be precisely as you DEMAND?“ (ebd., 84)</i>
Funktional bei Frustrationsintoleranz	Religiös-Funktional bei Frustrationsintoleranz
<i>„What does it do for you - and to you?? - to tell yourself over and over again that you couldn't stand it?“ (ebd., 78)</i>	<i>„Which will help you tolerate this better? (a) I can do nothing to tolerate this! or (b) I can do all things through Christ who strengthens me [Phil 4:13]?“ (ebd., 85)</i>
Rationale Alternative bei Selbstbewertung	Religiöse Alternative bei Selbstbewertung
<i>„What could you tell yourself instead?“ (ebd., 79)</i>	<i>„Instead of the unbiblical motion that you are no good or less human when you error (sin), what is a more truthful and biblically correct thing you could tell yourself?“ (ebd., 86)</i>
Kognitive Dissonanz bei absoluter Forderung	Religiöse Dissonanz bei absoluter Forderung
<i>„Do you sometimes wish you could sleep longer in the morning? [if the answer is yes:] What do you tell yourself to accept the reality that it is time to get up? (ebd., 78)</i>	<i>„In the hours before his crucifixion, I wonder why Jesus didn't demand that God save him?“ (ebd., 84)</i>

4.4.7 Weitere religiös-integrierende Methoden in der REVT

Da die REVT ein multimodales Therapiekonzept ist, das heißt, dass zwar oftmals der Fokus auf den Kognitionen liegt, aber genauso die Verhaltens-, emotionale- und Wahrnehmungsebene angesteuert werden, finden nicht nur religiös adaptierte Disputationstechniken, sondern auch Interventionen, die mehrere Ebenen ansprechen, ihre praktische Anwendung (ebd.):

Rational-Emotive Bilder: Es gibt einige Techniken die Bilder beinhalten, um störende Emotionen auszuhalten und zu verändern als auch gewünschte Emotionen herbeizuführen. Um ein Beispiel hervorzuheben, wird, unter Berücksichtigung des Weltbildes der Klientenperson, eine herausfordernde Situation in der Vergangenheit imaginiert. Es folgt eine Helferfigur, die in die Imagination eingeladen wird und der Klientenperson rational, ermutigend, tröstend bzw. was auch immer gebraucht wird, beisteht. Diese Helferfigur kann Gott, eine Heilige Person oder eine Person von der jeweiligen Heiligen Schrift sein. Die kognitive Disputationsphase sei sogar effektiver, wenn sie mit solchen Bildern angereichert wird (ebd.).

Positive Verstärkung: In der christlichen Religion seien Menschen mit dem Konzept der positiven Verstärkung durch das neutestamentliche Prinzip der „Saat und Ernte“ (Lukas 8:4-15) durchaus vertraut. Es kleidet sich lediglich in einem anderen, nämlich religiösen, sprachlichen Gewand. So kann die Verstärkung bewusst im Einklang mit der Religion der Klientenperson aktiv ausgesucht und die Therapie einbezogen werden (Nielsen et al. 2001).

Rollenspiel in der Disputationsphase: Je kraftvoller und energischer die Disputation, dies betrifft ebenfalls Übungen die im Alltag auszuführen sind, desto größer werde die emotionale Einsicht der Umstrukturierung und desto stabiler bleibe die gewünschte Veränderung. So soll in der Therapie, speziell als Beispiel in der jüdischen und christlichen Religion, die Rolle eines Propheten des Alten Testaments, die als lautstark, konfrontativ, energisch und auffallend galten, eingenommen werden, um mit gleicher Energie und Nachdruck die irrationalen Überzeugungen zu disputieren. Zuerst wird die Rolle in der Therapiestunde, dann als Hausaufgabe im Alltag, am besten noch mit einer konfrontativen Körperhaltung und kraftvollen Gestikulation, die per Video aufgenommen und in der nächsten Therapiestunde analysiert wird, eingeübt (ebd.).

Hausübungen und Rituale: Da religiöse Menschen oft bestimmte religiöse Rituale, sei es das Gebet, das Lesen in der Heiligen Schrift oder Beichten, ein fester Bestandteil ihres Alltags seien, fällt es leichter Hausübungen, die ohnehin, sofern mit religiös orientierten Methoden gearbeitet wurde, mit religiösem Inhalt gefüllt sind, auszuführen. Sie in bereits bestehende Alltagsrituale zu integrieren, sei zu empfehlen (ebd.).

Lernen am Modell: Bestimmte religiöse Figuren werden aktiv in die Therapie eingebracht und insofern als Vorbilder betrachtet, als dass an deren Umgang mit schwierigen Situationen gelernt wird (ebd.).

4.4.8 Schwierigkeiten in der REVT mit religiösem Klientel

Wie in Kapitel 4.4.5 kurz dargelegt wurde, gehen die Verfasser vertieft darauf ein, dass sekundäre emotionale Störungen, bedingt durch die primäre emotionale

Störung, keine Seltenheit sind. Vermehrt zeige sich Scham infolge von Depressionen, Ängsten oder Wut. Solange in der Therapie die Scham und deren irrationale Überzeugung nicht thematisiert und reduziert wird, bleibe die primäre Störung aufrecht und Widerstand entstehe. Es ist daher unabdingbar religiöse Klientenpersonen danach zu fragen, wie es ihnen mit der primären Symptomatik geht. Die Gründe für die sekundäre Scham seien vielfältig und die Liste ist keineswegs komplett (ebd.):

- Perfektionismus (ein Fehler bedeutet Wertlosigkeit vor Gott)
- Ängste deuten auf nicht genügend Gottvertrauen hin
- Vergleiche mit Personen in der Glaubensgemeinschaft
- Die primäre Störung ist eine Konsequenz von persönlicher Sünde

Um an den letzten Punkt der Aufzählung anzuschließen, lasse sich bei manchen religiösen Personen eher vorkommend im Bereich fundamentalistischer Glaubensrichtungen, ein individuelles Krankheitsmodell beobachten, das die primäre Symptomatik als selbstverständliche Konsequenz und unabdingbare Strafe einer Sünde sieht. Eine Sünde, die sie absolut nie hätten begehen dürfen, aber trotzdem begingen, die sie zu einer durch und durch wertlosen Person einstufte, die als Strafe zu leiden verdient. In diesem Zusammenhang sei es für den Therapieerfolg ebenfalls maßgeblich dieses Thema zuerst zu bearbeiten, um an die primäre Problematik ranzukommen (ebd.).

In jenem Kontext darüber hinaus verwoben ist die Idee des sekundären Krankheitsgewinns. Was für nützliche Anteile hat das Leiden für die Person? Was sind die Konsequenzen einer Besserung, positiv als auch negativ? Für den religiösen Bezugsrahmen könne dies zum Beispiel folgendes bedeuten: Bekäme jemand weniger finanzielle Unterstützung von der Glaubensgemeinschaft oder seltener persönliche Gespräche mit einer geistlichen Leiterperson (ebd.)?

Betreffend der therapeutischen Beziehung komme es mehrmals zu zwei Hindernissen: Erstens, für die Klientenperson muss unbedingt gewiss sein, dass die Therapeutenperson an dieselben religiösen Grundüberzeugungen glaubt, sonst bedeutet das Gefahr für den persönlichen Glauben. Wenn dieser Fall eintritt, habe die

Therapeutenperson zwei Möglichkeiten: Entweder die dahinterliegende irrationale Kognition zu disputieren oder zu einer anderen Therapeutenperson zu verweisen, die eine größere Schnittmenge hinsichtlich der Glaubensrichtung aufweist. Oder zweitens, es existiert eine zu große Übereinstimmung beider Glaubensüberzeugungen, das einerseits die therapeutische Allianz schnell stärken, allerdings die Gefahr birgt, dass eine übermäßig positive Übertragung und Gegenübertragung der gewünschten Veränderung im Weg steht (ebd.).

Abschließend ist zu erwähnen, dass auf einer fundamentalen Ebene in der Psychotherapie kein für das religiöse Klientel spezieller Widerstand erkennbar sei. Der Widerstand der auftaucht und unter anderem eben diskutiert wurde, sei überall zu finden, obwohl der Inhalt, konsequenterweise, eher religiös gefärbt ist (ebd.).

5. Aktuellere religiös-integrierende Methoden in der kognitiv-verhaltenstherapeutischen Praxis

Seit 2001 erschienen immer mehr Studien und Ansatzpunkte, Spiritualität und Religiosität in die kognitive Verhaltenstherapie zu integrieren. Ausgehend von dem eben dargelegten Therapiemanual (ebd.), sollen jene zusätzlichen Konzepte ausgeführt und diskutiert werden.

5.1 Eine systematische Studie religiös-integrierender Methoden

2021 erforschten Marianna de Abreu Costa und Alexander Moreira-Almeida mittels systematischer Literaturrecherche bisherige kognitive-verhaltenstherapeutische Interventionen und beschrieben diese zusammengefasst in einem Review. Sie untersuchten nur solche Papers, die im „randomized control trial design for psychiatric disorders“ (ebd., 444) verfasst worden sind, denn sie seien der „gold standard for assessing treatment efficacy“ (ebd.). Diese Forschung bezieht nicht nur Methoden der Rational-Emotiven Verhaltenstherapie nach Albert Ellis mit ein, sondern auch jene nach Aaron T. Beck (1976).

Interessanterweise verwenden die Autoren das Wort „integrieren“ kaum, sondern nutzen hauptsächlich den Begriff „adapted“, also „religion-adapted cognitive behavioral therapy“ (Costa & Moreira-Almeida 2021, 443). In einem kurzen Satz definieren sie, was darunter zu verstehen ist: „Religion-adapted cognitive behavioral therapy (R-CBT) involves the adaptation of secular CBT protocols through the use of patients’ religious content, to be more sensitive and client centered“ (ebd.). Folgende adaptierte Therapietechniken sind demnach dem Typ II, „Spirituelle Interventionen - integriert in eine professionelle Psychotherapie“ (2012, 197), nach Bernhard Grom zuzuordnen (siehe Kapitel 4.4.2).

5.1.1 Angrenzende Methoden der kognitiven Verhaltenstherapie

Ein „Adapted Assessment“ (Costa & Moreira-Almeida 2021, 451) gehe einer erfolgreichen kognitiven Verhaltenstherapie mit religiösem Klientel immer voraus. Es sei notwendig zu verstehen, inwiefern die Religiosität die Problematik negativ beeinflusst, aber auch die positiven Ressourcen sollen nicht vernachlässigt werden. Der persönliche religiöse Werdegang könne darüber hinaus ein entscheidender Faktor sein, wenn es darum geht, die religiösen Überzeugungen, Werte und Praktiken mit der Pathologie in Verbindung zu setzen (ebd.). In diesem Punkt lassen sich kaum Unterschiede zum bisher analysierten Manual (Nielsen et al. 2001) finden.

Ein Bereich der bislang unbehandelt blieb, ist jener der „Adapted Psychoeducation“ (Costa & Moreira-Almeida 2021, 453). Psychoedukation ist vor allem in der kognitiven Verhaltenstherapie ein essentieller Baustein, da die Klientenperson befähigt werden soll auch außerhalb der Therapiesitzungen die eigenen Kognitionen zu modifizieren. In anderen Worten sollen sie zu ihrer eigenen Therapeutenperson werden und dafür braucht es als Grundlage ein gewisses Verständnis der Methode. Zusätzlich zum üblichen Wissenstransfer im Psychoedukationsprozess der kognitiven Verhaltenstherapie, stellen mehrere analysierte Papers den Klientenpersonen Infos bereit, wie sich Religiosität positiv auf die mentale Gesundheit auswirken kann,

ganz besonders bei Ängsten oder Depressionen (Armento 2011; Zhang et al. 2002). Diese religiös gefärbten Aufklärungen heben unter anderem die Nützlichkeit von Religiosität in der Problembewältigung, die Funktion von Gebet und Glaube, und die Bedeutsamkeit von spirituellem Coping hervor (Armento 2011; Koenig et al. 2015; Bowland et al. 2012).

Das therapeutische Rationale, dass die bewusste Änderung von Gedanken einen großen Effekt auf Emotionen und Verhaltensweisen herbeiführt, sei außerdem in vielen Weltreligionen bekannt (Costa & Moreira-Almeida 2021). Als Beispiel könne einer christlichen Klientenperson anhand einer berühmten Stelle in deren Heiligen Schrift jene Vernetzung näher gebracht werden: „Richtet euch nicht länger nach `den Maßstäben` dieser Welt, sondern lernt, in einer neuen Weise zu denken, damit ihr verändert werdet und beurteilen könnt, ob etwas Gottes Wille ist – ob es gut ist, ob Gott Freude daran hat und ob es vollkommen ist.“ (Römer 12:2, NGÜ). Die gleichsam bekannte christliche Aufforderung des „Umkehrens“, das in Altgriechisch mit dem Begriff „metanoia“ beschrieben wird, lässt sich desgleichen als „Verändere dein Denken“ konzeptualisieren. Die Neugestaltung dysfunktionaler Kognitionen ist im Weltbild einer religiösen Person somit längst angelegt (Pearce et al. 2015). Auf diesen Ansatz macht das Manual von Nielsen et al. (2001) bereits aufmerksam.

Bei ambivalenter Veränderungsmotivation ist bekanntlich die motivierende Gesprächsführung die Methode der Wahl, damit Klientenpersonen die Problematik erkennen und etwas tun, um diese zu modifizieren (Miller & Rollnick 2009). Religiöse Inhalte wie „life has a purpose“ und „God expects individuals to improve themselves“ können dabei unterstützend wirken (Costa & Moreira-Almeida 2021, 454). Die Autoren nennen diese Interventionen „Adapted Motivational Strategies“ (ebd.). Der Einbezug der persönlichen Lerngeschichte der Klientenperson scheint mir in dieser Methodik besonders wichtig zu sein, vor allem was den Begriff „expect“ betrifft. Dieser könnte hilfreich sein, aber auch eine gewisse Reaktanz auslösen.

Pearce et al. geben ein Beispiel mit welcher Haltung Therapeutenpersonen Klientenpersonen mit monotheistischer Glaubensrichtung begegnen können, um diese

zu motivieren, sich zunehmend an der Therapie und Veränderung zu beteiligen: „(...) therapists emphasize that there are many things God asks people to do that they don't necessarily feel like doing. People do these things because they believe that a loving God would only ask them to do things that are ultimately for their benefit.“ (2015, 454).

Marianna de Abreu Costa und Alexander Moreira-Almeida verweisen auf die Integration von verhaltensaktivierenden Interventionen religiöser Natur und betiteln diese folgendermaßen: „Adapted Behavioral Interventions“ (Costa & Moreira-Almeida 2021, 454). Sie unterteilen religiöse Aktivitäten in private und in gemeinschaftliche und betonen das Behavioral Activation Protocol von Maria Armento (2011) besonders. In diesem soll zuerst der Fokus auf dem Verständnis der eigenen Symptomatik und wie der religiöse Glaube die psychische Gesundheit beeinflusst, liegen. Ähnlich dem eben beschriebenen Teil der Psychoedukation. Nachfolgend wird das Gelassenheitsgebet, „Serenity Prayer“ verfasst von Reinhold Niebuhr und im Jahre 1951 veröffentlicht, herangezogen: „God, give me grace to accept with serenity the things that cannot be changed, Courage to change the things which should be changed, and the Wisdom to distinguish the one from the other. Living one day at a time, Enjoying one moment at a time, Accepting hardship as a pathway to peace, Taking, as Jesus did, This sinful world as it is, Not as I would have it, Trusting that You will make all things right, If I surrender to Your will, So that I may be reasonably happy in this life, And supremely happy with You forever in the next. Amen“ (Costa & Moreira-Almeida 2021, 455).

In der Zielsetzung ähnelt dieses Gebet stark dem zuvor dargestellten Absatz in dem motivationale Strategien beschrieben wurden. Es trainiert die Haltung, die Dinge zu verändern, die ich verändern kann und die zu akzeptieren, die nicht veränderbar sind. Diese Herangehensweise erhöht die Bereitschaft an verhaltensaktivierenden Methoden teilzunehmen.

Anschließend wird exploriert, welche religiöse Praktiken hilfreich und gut umsetzbar sind. Folgende Aktivitäten werden von der Autorin vorgeschlagen (Armento 2011):

- Gemeinschaftliche Aktivitäten: „attend a sacred liturgy, minister at a religious service or function, attend a bible study, attend a religious social function, attend a young adults’ group, speak with a religious leader, volunteer at a special event.“ (ebd., 98)
- Private Aktivitäten: „go to a peaceful place and pray privately, read the Bible, read a devotional book, private prayer or meditation at home, listen to prayerful music, go for a walk or a hike, learn more about your faith.“ (ebd.)

Im Bereich der Bewältigungsstrategien in Krisenzeiten oder in Bezug auf traumatische Erlebnisse, wird im systematischen Review (Costa & Moreira-Almeida 2021) besonders auf das Paper von Sharon Bowland et al. (2012) eingegangen. Untersucht wurden traumatisierte Frauen in Gruppentherapien mit Fokus auf der Reduktion von negativen religiösen Bewältigungsstrategien, wie zum Beispiel: „(...) viewing God as punishing or abandoning, or being unable to forgive oneself for abuse“ (ebd., 75), und dem Aufbau von positiven religiösen Umgangsweisen. Solche können folgendermaßen aussehen: „prayer, music, poetry, visiting a new congregation when the old one was not meeting spiritual needs, reading a new translation of sacred text, and joining or creating a spiritual support group. [...] research on forgiveness/letting go and health was explored. [...] participants identified places of hope in their lives.“ (ebd.). Eine Umstrukturierung negativer Bewertungen des traumatischen Erlebnisses war das grundlegende Ziel dieser Studie, das durch neue Interpretationen, die auf Basis christlicher Texte herangezogen und angeboten wurden, erfolgte.

Die meisten Religionen betonen die Bedeutsamkeit bestimmter Werte. Diese, eingebettet in der jeweiligen Religion, mit der Klientenperson zu explorieren und in Übereinstimmung nach diesen zu handeln, träge erheblich zur mentalen Gesundheit bei (Costa & Moreira-Almeida 2021). Die religiöse Färbung bestehe darin, dass die Werte nach denen religiöse Menschen ihr Leben ausrichten, in unterschiedlicher Ausprägung gemäß ihrer religiösen Tradition, feststehen (zumindest die Schlüsselbegriffe, wie Vergebung, Liebe, Großzügigkeit, Dankbarkeit etc.). Jedoch, so wie in der

Gruppentherapie bei Sharon Bowland et al. (2012), ist der Inhalt dieser Werte durchaus zu diskutieren und nicht immer ein unverrückbarer Fels. Dies kann in der Gruppe mit Frauen, die traumatische Erfahrungen machten, genutzt werden, um zu überlegen was Vergebung bedeutet. Vergebung war den meisten Teilnehmerinnen ein essentieller Wert. Doch was diese Ausrichtung genau heißt, vor allem in Bezug auf ihre persönliche Situation und positive Bewältigung, wurde im Zuge der Therapie neu geformt.

Solche Werte, die im Einklang mit der jeweiligen religiösen Tradition stehen, wurden auch bei Koenig et al. (2015) thematisiert. Es geht um Werte wie: „forgiveness, meaning and purpose, gratefulness, gratitude, altruism, and social engagement“ (Costa & Moreira-Almeida 2021, 457). Überschneidend mit der Verhaltensaktivierung wurde daran gearbeitet, dass Klientenpersonen Dinge tun, die ihnen besonders wichtig sind, also in Übereinstimmung mit ihren persönlichen Werten stehen. Dies war zum Beispiel eine Übung um Dankbarkeit zu praktizieren oder eine bewusste, altruistische Tat und einer Person mit besonderer Großzügigkeit zu begegnen.

5.1.2 Die kognitiven Kernmethoden

Kommen wir zum Herzstück der kognitiven Verhaltenstherapie, nämlich zu den „Adapted Cognitive Interventions“ mit folgender knappen aber durchaus treffenden Beschreibung: „Restructuring Negative Automatic Thoughts and Irrational Beliefs“ (ebd., 458). Um nicht Vieles doppelt zu referieren, wird in einer neueren Methode eine Erweiterung zum Manual von Nielsen et al. (2001) beschrieben. Diese geht von Ellis' ABCDE-Modell aus, baut zwischen D und E allerdings die R-Variable mit ein. Sie steht für „religious beliefs and resources“ (Costa & Moreira-Almeida 2021, 458) und soll die irrationalen Gedanken durch die eigenen religiösen Glaubensüberzeugungen, Werte, Schriften und Lehren in Frage stellen. Und zwar folgendermaßen: „How can your view of God, your religious spiritual worldview, religious writings, spiritual wisdom, and other sources provide evidence that challenge your automatic negative beliefs and beliefs that you can't cope?“ (ebd.).

Außerhalb der klassisch kognitiv-zentrierten Methodik ist die „Religious Imagery Modification“ erwähnenswert. Diese Art der Intervention ist der Leserperson im Ansatz bereits bekannt, da sie in Nielsen et al. (2001) sehr ähnlich angewandt wurde. Eine etwas neuere Anpassung, die weniger mit imaginierten Bildern zusammenhängt, als mehr mit kontemplativer Meditation und in direktem Bezug zu einer religiösen Schriftstelle mit dem wünschenswerten Effekt negativen Gedankenmustern vorzubeugen (Koenig et al. 2015; Pearce et al. 2015). Während der Kontemplation werden folgende Fragen gestellt: „Savor each phrase. What word phrase or idea speaks to you? Read the passage again. Where does this passage touch your life? What do you see, hear, touch, or remember? Read the passage a third time. Listen quietly. Note insights, reflections, and personal response to the reading in your journal. Follow the steps in order or go back and forth between them as you feel moved. Finish by waiting for a few moments in silence.“ (Pearce et al. 2015, 20).

Die systematische Zusammenschau endet mit der Diskussion, dass die meisten kognitiv-verhaltenstherapeutischen Techniken die angewandt wurden jene seien, die dysfunktionale Kognitionen mithilfe religiöser Inhalte umstrukturieren und verhaltensaktivierende Maßnahmen betreffend religiöser Praktiken im privaten als auch gemeinschaftlichen Bereich fördern (Costa & Moreira-Almeida 2021).

Es sei wichtig, dass Therapeutenpersonen Wissen und Erfahrung sammeln, wie sie religionsintegrierende Maßnahmen professionell anwenden, da die Mehrzahl der Weltbevölkerung, nämlich 84 Prozent, in irgendeiner Form religiöse Zugehörigkeit aufweisen (ebd.). Nach Brian C. Post and Nathaniel G. Wade (2009) möchten die meisten Klientenpersonen, dass Therapeutenpersonen Religiosität in den therapeutischen Prozess einbinden und aktiv danach fragen. Es wäre sogar ethisch nicht vertretbar, Religiosität nicht in die Therapie miteinzubeziehen, da sie beträchtlichen Einfluss auf die psychische Gesundheit nimmt (Rosmarin 2018). Zu ethischen Fragestellungen wird im nächsten Kapitel detailreicher referiert. Zusätzlich zu den bekannten Gefahren, auf die bereits in dieser Studie hingewiesen wurden, betonen die Autoren (Costa & Moreira-Almeida 2021), dass es besonders wichtig sei, die religiösen

Inhalte ausschließlich auf die Glaubensrichtung der Klientenperson zu beziehen, damit die Therapeutenperson nicht ins Bekehren der eigenen Glaubensüberzeugungen tappt. Denn an dieser Stelle wäre die Grenze zum „pastoral counseling“ (ebd., 462) überschritten und die Rolle der Therapeutenperson verändert sich. Mehr zur konkreten Grenzziehung bzgl. „pastoral counseling“ oder im deutschsprachigen Raum eher bezeichnet als kognitive Seelsorge, folgt in einem späteren Kapitel.

Nach der umfassenden Darstellung der technischen Aspekte der religiös-integrierenden Maßnahmen sollen im nächsten Abschnitt ethische Bedenken und bereits kurz angeschnittene Gefahren erläutert werden.

6. Ethische Bedenken und Gefahren

Meiner Einschätzung nach schrecken die meisten Therapeutenpersonen, die im europäischen, vor allem aber im deutschsprachigen Raum ausgebildet werden, vor den obig beschriebenen Methodiken zurück. Dies ist sehr verständlich, da in der Ausbildung kaum etwas zu diesem Themenfeld eingebracht wird (Freund 2021) und die Verhaltenstherapie eine äußerst naturwissenschaftlich geprägte Therapieform ist. Therapeutenpersonen fühlen sich nicht nur unzureichend dafür ausgebildet (Freund & Gross 2016), wie in Kapitel 1.2 näher ausgeführt, sondern die Gefahr einer Grenzüberschreitung der weltanschaulichen Neutralität, die in der Therapie als Grundvoraussetzung gilt, möchten viele nicht aufs Spiel setzen. Sogar in der amerikanischen Literatur lässt sich folgende Feststellung dazu finden: „Ethical questions are a key reason for most clinicians to shy away from addressing S-R in treatment.“ (Rosmarin 2018, 13).

6.1 „Richtlinie zur Frage der Abgrenzung der Psychotherapie von esoterischen, spirituellen, religiösen und weltanschaulichen Angeboten sowie Hinweise für PatientInnen bzw. KlientInnen“ siehe österreichisches Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz

In Österreich hat das Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz, als Hilfe einer klareren Differenzierung spiritueller Angebote von professioneller Psychotherapie, einen Leitfaden erstellt. (Richtlinie zur Frage der Abgrenzung der Psychotherapie von esoterischen, spirituellen, religiösen und weltanschaulichen Angeboten sowie Hinweise für PatientInnen bzw. KlientInnen). Dort heißt es konkret, dass sukzessive „Heilversprechen, religiöse Deutungen, magische Vorstellungen und Initiation (...) mit wissenschaftlich anerkannten psychotherapeutischen Methoden und Techniken“ (ebd., 3), vermischt werden. Oftmals wird diese Vermengung als „spirituelle Psychotherapie“ (ebd.) vermarktet. Hilfesuchende fühlen sich in diesem verwirrenden „Psychomarkt“ (ebd.) überfordert und werden irregeführt, sofern die Angebote unscharf angeboten werden. Spirituelle, esoterische und religiöse Therapien sollen von professioneller Psychotherapie deutlich unterscheidbar sein (ebd.).

In der Richtlinie wird thematisiert, dass Religionen in den letzten existenziellen Grundfragen Inhalte füllen und als Erweiterung der Wahrheitssuche dienlich sein können. Somit seien sie durchaus auch hin und wieder Teil in einer Psychotherapie, in der es nicht selten zu Sinn- und Orientierungskrisen komme. So wie bereits öfters erwähnt, zeugt es in diesem Aspekt von Professionalität und Seriosität, mit der Weltanschauung der Klientenperson zu arbeiten und diese nicht mit der eigenen zu vermischen. Die Psychotherapie biete keine letztendlichen Wahrheiten bezüglich Existenzfragen an, die über die empirische Wissenschaft hinausgehen (ebd.). Doch genau hier entstehen die Überschneidungen von Spiritualität/Religiosität und Psychotherapie. Speziell für die Verhaltenstherapie ist es ein grundlegender Bestandteil Therapieziele zu formulieren. Dass diese Ziele mit den eigenen Werten der Klientenperson übereinzustimmen haben, um den bestmöglichen Behandlungserfolg zu gewährleisten, ist letztendlich durch die in der dritten Welle der Verhaltenstherapie entstandene Methode der Akzeptanz- und Commitment-Therapie nach Steven C. Hayes weit verbreitet (Hayes et al. 1999). So soll es laut Richtlinie in der Psychotherapie darum gehen, „individuelle Lösungsmöglichkeiten“ (Richtlinie zur Frage der Abgrenzung der Psychotherapie von esoterischen, spirituellen, religiösen und

weltanschaulichen Angeboten sowie Hinweise für PatientInnen bzw. KlientInnen, 7) im gemeinsamen Prozess mit den Patientenpersonen zu erarbeiten, auch wenn es um Sinn-, Werte- und Orientierungsfragen gehe. Die Psychotherapie müsse von der Veränderungsfähigkeit der Klientenperson ausgehen, im Gegensatz zur Spiritualität und Religiosität, in der oftmals externe Faktoren höheren Wesens als signifikantes Merkmal der Veränderung gedeutet werden. Dies gilt als ein entscheidender und deutlicher Unterschied. Annahmen zur Entstehung psychischer Störungen sollen auf Basis theoriegeleiteter Erkenntnisse erfolgen, welche nicht mit glaubensbasierten Erklärungsmodellen ohne jegliche Nachweise zu verwechseln seien (ebd.).

Bis zu diesem Punkt lässt sich erschließen, dass es wichtig ist, durch eine empirisch wissenschaftlich fundierte Brille Religiosität in die Verhaltenstherapie zu integrieren. Ausgangspunkt für jene Haltung der Therapeutenperson in der Berufsausübung ist die des Menschenbildes der jeweiligen psychotherapeutischen Methode. Durch diesen methodenspezifischen weltanschaulichen Verstehenshorizont kann Spiritualität und Religiosität durchaus einbezogen werden. Hauptsächlich dann, wenn die Klientenperson diese Themen von sich aus einbringt und sie als ausschlaggebend für das eigene Leben und den Leidensdruck deutet, können zu erforschende Zusammenhänge für die Behandlung hilfreich sein (ebd.).

Mir scheint es, als wäre diese Herangehensweise exakt in den von Bernhard Grom (2012) eingeführten Typ I, eventuell in Graubereichen in den Typ II, der Kategorien spiritueller Interventionen, welche bereits mehrfach erwähnt worden sind und in diese auch die bisher erläuterten Interventionen verortet werden können, einzuordnen. Somit lassen sich auf Grundlage der Richtlinie des österreichischen Bundesministeriums mögliche ethische Bedenken hinsichtlich der bisher beschriebenen religiös-adaptierten Interventionen noch nicht konkret feststellen.

Doch ab Seite 10 der Richtlinie ist es vorgeschrieben, dass es in der Psychotherapie unerlässlich ist, religiöse Praktiken, wie zum Beispiel ein Gebet, einzubauen. Auch, so mein Verständnis, falls eine solche als Wunsch der Klientenperson geäußert wird. Bis auf einen Verweis auf den Berufskodex und folgender Erklärung: „Einer der zentralen Punkte des Schutzes der spezifischen psychotherapeutischen

Beziehung liegt in der Verantwortung angesichts der besonderen Abhängigkeitssituation. Der Berufskodex macht unmissverständlich deutlich, dass die persönliche Weltanschauung, wie z.B. auch die religiöse Einstellung der Psychotherapeutin/des Psychotherapeuten nicht aktiv und steuernd in den Behandlungsprozess einfließen darf“, wird nicht viel näher darauf eingegangen. Wenn also ein Gebet in der Therapie stattfindet, unabhängig davon, ob es von Klientenperson oder Therapeutenperson eingebracht wird, ist dies als eine Verletzung der besonderen Vertrauens- und Abhängigkeitsbeziehung zu werten.

Es lässt sich herauslesen, dass ein weiterer Hauptgrund, warum Gebet nicht Teil einer Psychotherapie sein darf, folgender ist: „Insgesamt geht es beim Anerkennungsverfahren im Sinne des Psychotherapiegesetzes um die Ermittlung von psychotherapeutischen Methoden, die ausreichend praktisch erprobt wurden und eine wissenschaftliche Fundierung entwickelt haben sowie weiters auch international verankerten und diskutierten Standards entsprechen.“ (Anerkennungsrichtlinie, 4). Religiöse Praktiken, wie ein Gebet, sind aufgrund der in der Psychotherapie strikten Beschränkung der Anwendung ausschließlich auf wissenschaftlich anerkannte Methoden wohl nicht ausreichend empirisch erforscht, um sie für die Genesung in der Krankenbehandlung einzusetzen.

6.2 Weltanschauliche Neutralität als eine Grundvoraussetzung in der Psychotherapie in Österreich

Die Psychotherapeutin Evelyn Niel-Dolzer (2015) verschafft hier mehr Klarheit in Form einer kritischen Auseinandersetzung mit besagten Richtlinie und versucht die strikte Abgrenzung durch ihre systemische Landkarte etwas zu erhellen. In Form einer Grafik stellt sie ihr Verständnis der Leitlinie folgendermaßen dar (ebd., 26):



Die Landkarte aus der Sicht der Richtlinie des BMG in der Lesart der Autorin

Nämlich, eine Psychotherapie die von esoterischen, spirituellen und religiösen Methoden klar abgetrennt sein muss. Dieser Sachverhalt leuchtet der Autorin auf Basis des speziellen Vertrauens- und Abhängigkeitsverhältnisses in der psychotherapeutischen Beziehung ebenfalls ein und wird zurecht als kein Empfehlungshinweis, sondern als „*ethischer Imperativ*“ formuliert (ebd., 25). „Es gibt keine zentralere Forderung an jede Psychotherapeutin und jeden Psychotherapeuten als jene, im höchsten Ausmaß die Verantwortung dafür zu tragen, die Integrität, Unabhängigkeit und Eigenständigkeit ihrer Klient_innen zu würdigen, zu wahren, zu stärken und vor jeder Art der Einschränkung, Ausbeutung und Vereinnahmung zu bewahren.“ (ebd.). Diese unerschütterliche Basis steht außer Frage.

Doch ist diese schlichte und einfache Trennung in der Praxis und bei näherer Betrachtung gar nicht so einfach einzuhalten. Dass es in der psychotherapeutischen Arbeit des Öfteren durchaus um die Frage nach Sinn und Orientierung gehe, erlebe die Autorin nicht selten (ebd.). Solche existentiellen Krisen, die sich in der Praxis als Sinnkrisen zeigen, können unter anderem als spirituelle Krise eingeordnet werden. Je nachdem welche Definition von Spiritualität gilt. „Versteht man Spiritualität zunächst ganz allgemein als Bemühen um ein sinnerfülltes Leben, dann liegen die Verbindungen zum Gesundheitsverhalten auf der Hand“, so Michael Utsch (Utsch et al. 2014, 3). Findet hier streng genommen bereits eine Grenzüberschreitung zu einem benachbarten Fachgebiet statt, ohne es zu wissen? Arbeiten wir dann sogar nach einem „*bio-psycho-sozial-spirituellen* Modell von Krankheit und Gesundheit?“ (Niel-Dolzer 2015, 27).

Die Verfasserin macht auf einer metaphysischen Ebene aufmerksam, dass die Richtlinie, die die Psychotherapie als Norm und ethischen Kompass leiten soll, selbst nicht aus wissenschaftstheoretischen Modellen der Psychotherapie entsprungen sei, sondern sich an anliegende Fachgebiete bediene. Damit diese Richtschnur beachtet und bewahrt werden könne, muss diese sich selber an offenen Grenzen orientieren. In ähnlicher Form soll in der Psychotherapie, wenn „die drei existenziellen Grundfragen

nach Sinn (wozu?), Schuld (warum?) und Tod (wohin?)“, die, wohl angemerkt, „psychologisch nicht beantwortet werden können“ (Utsch et al. 2014, 5), auftauchen, umgegangen werden.

Im Zuge dessen bietet Evelyn Niel-Dolzer eine persönliche Definition von Spiritualität an, die die Konvergenz mit der Psychotherapie treffend zusammenfasst und die in der Gänze gelesen werden möchte: „Spiritualität ‚findet statt‘, wenn Menschen ihr Handeln auf der Achtung der Integrität und der Verantwortung für die Erhaltung der Existenz der Anderen/des Anderen begründen. Spiritualität ist in diesem Sinn (also auf meiner Landkarte) ein ‚diesseitiges‘ und kein ‚transzendentes‘ Phänomen: sie beruft sich nicht auf Magie oder kosmische Erfahrung oder eine ordnend in die stochastischen Prozesse des Lebens eingreifende Größe. Spiritualität ‚findet statt‘, wenn im menschlichen Miteinander (soziale) Verantwortung übernommen wird und bewältigt damit Kontingenz entlang einer festen Überzeugung. Im Zentrum dieser Überzeugung steht die Würde, die Integrität des Menschen oder: so würde ich erweitert sagen: die Würde des Lebens schlechthin.“ (2015, 29). Als Anmerkung, schließt diese Beschreibung die religiös-transzendente Ebene aus, auf der der Fokus in dieser Literaturarbeit liegt. Es geht ihr vielmehr um den anthropologischen Aspekt der Spiritualität im Diesseits. Sie lässt jedoch erkennen, wie breit gefasst das Phänomen der Spiritualität beschrieben werden kann und infolge dessen wie komplex eine scharfe Analyse dessen ist (ebd.).

Wie sollte sich eine weltanschaulich neutrale Position in der Psychotherapie idealerweise zeigen? Es ist ersichtlich, dass sich deutlich mehr Klientenpersonen als Therapeutenpersonen als religiös beschreiben (Utsch et al. 2014). Ist es demnach ethisch korrekt ganz explizit und im Zuge der Anamnese, nach der persönlichen Weltanschauung zu fragen? Oder sollte das ausschließlich von der Klientenperson angesprochen werden? Was kommt beim Gegenüber an, wenn die Therapeutenperson es a priori ausklammert und nie anspricht? Dass die Therapeutenperson nicht davon überzeugt ist, dass jener Kontext für die Entstehung, Aufrechterhaltung oder gar für den Lösungsprozess der Problematik von Bedeutung ist? Ist dann diese Entscheidung der Therapeutenperson weltanschaulich neutral? Nach welchem Ermessen erfolgt die a

priori Unterteilung in wichtige und unwichtige Faktoren in Bezug auf den zu behandelnden Leidensdruck? All diese Fragen stellt die systemische Psychotherapeutin in kritischer Auseinandersetzung, ohne Druck diese in Gänze beantworten zu müssen (Niel-Dolzer, 2015). Sie lassen sich in folgender Fragestellung bündeln: „Aus wessen Sicht würde diese Vorgehensweise ‚weltanschaulich neutral‘ erlebt werden und aus wessen Sicht nicht?“ (ebd., 30). Schließlich entscheide die Klientenperson inwiefern sie jene Neutralität in der Psychotherapie wahrnimmt. In der Literatur wird beschrieben, dass Klientenpersonen in der Psychotherapie oftmals aus Angst „nicht ernst genommen oder als absonderlich angesehen zu werden“ (Utsch et al. 2014, 49), die persönliche Religiosität nicht offenbaren. Auf den Punkt gebracht lässt sich jene Stelle wörtlich wiedergeben: „Neutralität gegenüber den Weltanschauungsfragen meiner Klient_innen wird nicht dadurch ‚hergestellt‘, dass ich die Länder Religion, Spiritualität, Esoterik u. ä. *nicht* bereise. Sie stellen hochrelevante Wirklichkeiten dar und zwar sowohl in der Interaktion mit meinen Klient_innen, als auch als Gegenstand von Selbstreflexion und Selbst-Erfahrung.“ (Niel-Dolzer 2015, 31). Obwohl die Autorin zum Ende hin in Manier der kritischen Selbstreflexion feststellt, dass sie vor allem die theologische Spiritualität, hier verwendet sie die Begriffsbestimmung die in den anfänglichen Kapiteln diskutiert wurde, für sich als Psychotherapeutin ausblendet, macht sie dies privat nicht. Durch dieses Ausblenden gewinne sie allerdings Klarheit und vermindere somit die Gefahr einer katastrophalen Auswirkung der „Vermischung von wissenschaftlicher ‚Heilbehandlung‘ und weltanschaulicher ‚Heilsvermittlung‘“ (ebd., 35).

Matthias Richard und Henning Freund (2012) sind der Auffassung, dass das Abstinenzgebot in der Psychotherapie der Klientenperson grundlegend verhilft, sich selbst und den jeweiligen Leidensdruck aus freiem Geist offenzulegen. Bei hoch religiösen Personen könne die Abstinenz allerdings in eine gegensätzliche Richtung verlaufen, sollte dies nicht von der Therapeutenperson aufgegriffen werden, da äußerst religiöse Menschen mit „mehr Befürchtungen oder Vorurteilen über Psychotherapie in Behandlung“ kommen und „sind daher misstrauischer“ (ebd., 206). So könne das Ausschließen einer religionssensiblen Anamnese zu mehr Befangenheit in der Therapie

führen, als zu mehr Freiheit in der Darstellung des eigenen Erlebens und somit zu einem Störfaktor für die Behandlung. Hier müsste ein Umdenken in Bezug auf die Abstinenzverpflichtung von Therapeutenpersonen stattfinden. Die Haltung sollte mehr darauf bedacht sein, was für die therapeutische Beziehung förderlich ist und was nicht.

Es ist wichtig, sollte dies für die Klientenperson und Problematik relevant sein, dass bevor an religiösen Vorstellungen und Glaubensüberzeugungen gearbeitet wird, die eigene Überzeugung transparent gemacht werde, um so Grenzverletzungen vorzubeugen (Utsch et al., 2014).

6.3 Positionspapier für die Empfehlung zum Umgang mit Religiosität und Spiritualität in Psychiatrie und Psychotherapie der DGPPN (2016)

In einer Psychotherapie, so heißt es im Positionspapier für die Empfehlung zum Umgang mit Religiosität und Spiritualität in Psychiatrie und Psychotherapie der DGPPN (Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde), werden demnach immer Werte und bestimmte weltanschauliche Elemente übermittelt (Utsch et al., 2016), da Konzepte von Gesundheit und Krankheit permanent kulturell verwurzelt sind (Utsch et al., 2014). So brauche es als kompetente Therapeutenperson die Selbstreflexion der eigenen weltanschaulichen Annahmen und Werte, um professionell mit Religiosität und Spiritualität umzugehen. Dies werde vor allem seit der Integration von achtsamkeitsbasierten Techniken in die Psychotherapie und deren dadurch ausgelöste Debatte in Bezug auf ethische Fragestellungen, neu aufgegriffen (Utsch et al. 2016).

Die wissenschaftliche Auseinandersetzung bewege sich in einem Kontinuum zwischen zwei „Extremen“ (ebd., 142): Von der Empfehlung der Integration spiritueller Interventionen bis hin zur österreichischen Richtlinie, die in jedem Fall eine strikte Trennung vorsieht. Die Schwankungsbreite, so lässt sich schließen, ist enorm.

Zwei Grundannahmen der Task-Force des Artikels sind besonders hervorzuheben:

- „Religiosität und Spiritualität werden als anthropologische Universalien angesehen (...). Sie gehören zum Menschsein und sind im Rahmen einer ganzheitlichen Betrachtung zu würdigen“ (ebd.)
- „Religiosität und Spiritualität sind als persönliches Sinnsystem und kulturbildende Einflussfaktoren in der Psychotherapie wahrzunehmen und zu würdigen (...). Aufgrund der Berufsethik sind Psychiater und Psychotherapeuten verpflichtet, ihre Patienten zu achten, unabhängig insbesondere von Geschlecht, Alter, sexueller Orientierung, sozialer Stellung, Nationalität, ethnischer Herkunft, Religion oder politischer Überzeugung.“ (ebd.)

Auf Basis dieser Grundsätze wird nochmals die Unabdingbarkeit der Auseinandersetzung der Psychotherapiewissenschaft mit der Religiosität und Spiritualität von Klientenpersonen sichtbar.

Die Autoren gehen darauf ein, dass in der englischsprachigen Literatur „Religiosität und Spiritualität häufig als modularer Bestandteil der Psychotherapie selbst (z. B. im Rahmen von kognitiver Verhaltenstherapie) gesehen werden“ (ebd.) und dies nicht eins zu eins in die europäische Kultur übertragbar sei. Es herrsche ein fundamentaler Bias im Hinblick auf die Wirkmechanismen der Therapieeffekte in dem Sinn, als dass diese dem Glauben zugeschrieben und nicht durch psychologische Phänomene erklärt werden. So sei ebenfalls ersichtlich, dass im deutschsprachigen Raum die Gefahr einer unangemessenen Grenzüberschreitung eher diskutiert wird, als in der amerikanischen Fachliteratur (ebd.). Dieses Phänomen ist zum Teil der bereits oftmals genannten kulturellen Differenz zwischen den USA und dem deutschsprachigen Raum erklärbar. Religiöses Erleben werde in Europa eher als übernatürliches, spektakuläres, außersinnliches Ereignis gedeutet, im Gegensatz zu mehr alltäglichem, religiösen Erleben und deren Einfluss auf das psychische Wohlbefinden (Utsch et al. 2014).

Anders als die Reflexionen von Evelyn Niel-Dolzer (2015), die mehr als Impulse als richtungsgebende Instanz zu lesen sind, empfiehlt das Positionspapier eine Anamnese, die Wertvorstellungen und religiöse Überzeugungen miteinschließt.

Religiosität soll als Ressource oder pathologischer Aspekt in die Behandlung eingebunden werden, unabhängig von der persönlichen weltanschaulichen Überzeugungen der Therapeutenperson mit gleichzeitiger Unterlassung jeglicher Form spiritueller Interventionen (siehe Grom 2012 und Kapitel 4.4.2). Das heißt ganz praktisch, Religiosität und Spiritualität sollen thematisiert werden, aber ohne den Einbezug von religiösen Praktiken wie Gebete sprechen oder in Heiligen Schriften lesen. Auf die Wahrung der Neutralität soll besonders geachtet werden die nochmals angemerkt, durch eine religionssensible Anamnese nicht verletzt werde und auch die Möglichkeit des Einbezugs einer transzendenten Wirklichkeit der Klientenperson, jedoch mit einer klaren Unterscheidung zur Seelsorge, deren Mitarbeit in Erwägung gezogen werden soll, wenn dies von der Klientenperson erwünscht ist (Utsch et al. 2016).

Ein entscheidender Aspekt, der diese Grenzziehung konkreter werden lässt, betrifft die Zielklärung der jeweiligen Psychotherapie. Ist das Therapieziel nämlich auf eine spirituelle oder religiöse Weiterentwicklung bezogen, sollten eher Bedenken aufkommen, ob dieses Vorhaben nicht den Bereich der Psychotherapie verlässt und die Rolle der Psychotherapeutenperson mit einer geistlichen Person vermischt wird oder sogar an jene Stelle tritt. Matthias Richard und Henning Freund formulieren es folgendermaßen: „Diese Haltung ist an sich schon bedenklich, da sie die Autonomie des Patienten gefährden kann und den wissenschaftlichen Rahmen von Psychotherapie verlässt.“ (2012, 205).

In der gleichen Diskussionsebene lässt sich das Thema Gebet in der Psychotherapie behandeln, mit speziellem Fokus auf den Unterschied zwischen der amerikanischen und deutschsprachigen Handhabung.

6.4 Gebet in der Psychotherapie in Amerika und im deutschsprachigen Raum

Mit Gebet als religiös-integrierende Intervention wurde bei Nielsen et al. (2001) in Kontrast zum eben diskutierten Kapitel durchaus locker umgegangen. In der amerikanischen Literatur scheint es mir als nicht abwegig, dass Therapeutenperson und

Klientenperson in der Therapie gemeinsam ein Gebet sprechen. Hier nochmal die genaue österreichische Leitlinie als Zitat: „Bekehrungsinitiativen, Heilsversprechungen, missionarische Ansätze bzw. esoterische, spirituelle oder religiöse Praktiken stehen somit in krassem Widerspruch zum Selbstverständnis von Psychotherapie als wissenschaftlich fundierte Krankenbehandlungsmethode im Sinne eines solchen Verstehens- und Veränderungsprozesses.“ (Richtlinie zur Frage der Abgrenzung der Psychotherapie von esoterischen, spirituellen, religiösen und weltanschaulichen Angeboten sowie Hinweise für PatientInnen bzw. KlientInnen, 12). Wie kann in der amerikanischen Literatur ein solch lockerer Umgang möglich sein, während es in der österreichischen Gesetzgebung untersagt ist und in der Literatur brisant diskutiert wird?

Auffallend ist die unterschiedlich scharfe Grenzziehung zwischen der Richtlinie des Bundesministeriums und des Papers von Marianna de Abreu Costa und Alexander Moreira-Almeida (2021). Für sie endet das berufliche Rollenverständnis der Psychotherapie und gleichzeitig der Beginn ethischer Bedenken, erst dann, wenn Ausgangspunkt nicht die Weltanschauung der Klientenperson ist, sondern die der Therapeutenperson. Solange aber dieser Aspekt mitbedacht wird, so führe ich die Argumentation vorsichtig weiter, kann ein Gebet in der Psychotherapie erlaubt und sinnvoll sein. Aus dem Blickwinkel des österreichischen Abgrenzungspapiers ist der Aspekt der Weltanschauungsfokussierung auf die Klientenperson absolut nicht von Bedeutung, wenn es um die Anwendung religiöser Praktiken geht. Diese sind absolut zu unterlassen. Ebenda wird in Österreich von rechtlicher so wie praktischer Seite, in den Fachbereich der religiösen Seelsorge übergegangen, während es in der genannten amerikanischen Literatur noch keine grobe Überschreitung anzumerken gibt. Dieser Unterschied ist exemplarisch für die kulturelle Differenzierung, mit Einbezug spiritueller und religiöser Aspekte zwischen den USA und dem deutschsprachigen Raum.

Doch genauso leichtfertig der Umgang mit religiösen Praktiken in der Psychotherapie in Amerika zu sein scheint, lassen sich auch einige kritische Stimmen finden. Karin Jeschke (2012) fasst einen solchen amerikanischen Artikel im Psychotherapeutenjournal zusammen, indem beschrieben wird, dass religiöse Rituale zu

unterlassen seien, da dadurch professionelle Standards der Psychotherapie nicht eingehalten werden können. Sie führt weiter aus, „dass die gezielte Verwechslung und Vernebelung sinnvoller psychologischer Handlungen mit dem Zweck, diese für religiöse Ansichten „passend“ zu machen, schlechte Psychologie und noch schlechtere Theologie sei.“ (ebd., 130).

Im *British Journal of Psychiatry* lässt sich zu exakt diesem Thema eine hitzige Debatte mit Argumenten Pro und Contra des Sprechens eines Gebets mit Klientenpersonen in der psychiatrischen Behandlung finden (Poole & Cook 2011). Rob Poole, ein bekennender Atheist, bemüht sich darum, Gebet von aller psychiatrischer Behandlung komplett auszuschließen, da es, grob gefasst, die Rollenbilder einer Psychiaterperson und Seelsorgerperson vertausche. Die religiöse Praxis des Betens solle, wenn es für die Person hilfreich ist, unter religiösen Dächern mit Anleitung religiöser Leiter stattfinden. Das sei der geeignete Ort dafür und nicht in einer Klinik, in der er die spezielle Vertrauensbeziehung in Gefahr von Grenzüberschreitungen sieht, die meistens schleichend kommen und grundsätzlich gut gemeint seien. Die Auswirkungen davon werden häufig erst nach einiger Zeit sichtbar. Auf der anderen Seite debattiert Christopher Cook, ein anglikanischer Priester, der hier eine Tür offenhalten möchte. Er ist der Meinung, dass es häufig nicht angemessen sei, mit Patientenpersonen zu beten, vor allem, wenn die Konfession von Therapeutenperson und Klientenperson differiert. Es verändere die therapeutische Beziehung, immer. Allerdings kann das Sprechen eines Gebets, solange die Weltanschauungen übereinstimmen, die Psychiaterperson über die religiösen Einflussfaktoren in Bezug auf die Pathologie aufgeklärt und die Klientenperson dies ausdrücklich als Wunsch geäußert haben, durchgeführt werden. Cooke fährt damit fort, dass es in einer gemeinsamen Konfession viele unterschiedliche Glaubensvorstellungen gebe und eine Passung von vornherein nicht möglich sei und immer gewisse Unterschiede bestehen, vor allem was das Verständnis von Gebet betreffe. Dies stelle somit keinen Schutzpuffer dar, wie Cooke postuliert. Es erhöhe die Möglichkeit des Aufkommens von Ambivalenzen und wirkt sich ungünstig auf den Therapieverlauf aus. Die britischen Guidelines diesbezüglich seien ferner sehr klar und verbieten solch ein Vorgehen (ebd.).

Samuel Pfeifer (Utsch et al., 2014) verschafft hier weitere Klärung, als dass er zuerst beschreibt, wie viele unterschiedliche Gebetsformen in nur einer Konfession, geschweige denn in den großen Weltreligionen auftreten. Sie reichen von ritualisierten Traditionen, wie dem Rosenkranzgebet im katholischen Glauben als auch sehr persönliche Zwiesprache in der alltäglich gelebten Spiritualität. Inhaltlich kann zwischen fünf Elementen differiert werden:

- „Anbetung
- Ausdruck von Dankbarkeit
- Persönliche Fürbitten
- Fürbitten für andere
- Bekenntnis und Bitte um Vergebung“ (ebd., 194)

Wo es für die Psychotherapie relevant wird, ist der Aspekt, was es mit einem Individuum macht. Welche Funktion erfüllt es für diese Person? Und vor allem, was löst es aus? „Oft gehe das Gebet mit Gefühlen der Erhabenheit, Ergriffenheit oder der Einheit mit einer höheren Macht einher.“ (ebd.). In der ritualisierten Form, in der der Inhalt, die Form, die Dauer oder auch die Tonart vorgegeben ist, kann es „(...) eine tiefe Resonanz im Individuum auslösen und das Gefühl der Gemeinschaft und des Aufgehobenseins unterstreichen.“ (ebd.). Diese durchaus positiven Mechanismen können als innere Ressourcen genutzt werden, um mit schwierigen Lebenssituationen funktional umzugehen. Vor allem in der Bewältigung solcher Erfahrungen, gilt das Konzept des positiven religiösen Copings, in dem das Gebet mit einfließt, als gut erforscht und etabliert (Pargament 1997).

Da Gebet die Psychodynamik eines Individuums oftmals verändert, verändert es konsequenterweise im Rahmen einer Psychotherapie die Beziehungsdynamik. Aufgrund der gerade besagten individuellen Bedeutsamkeit des Gebets für die einzelne Person, sei angemerkt, dass dieses Thema noch nicht ausreichend erforscht ist, um pauschale Aussagen zu treffen. Das heißt, der erste Schritt sollte dies in der Therapie für die Klientenperson relevant sein, ist die Klientenperson konkret zu fragen, wie Gebet in ihrer derzeitigen Lage hilfreich als auch destruktiv wirkt und was für eine allgemeine

Bedeutung es für sie hat. Oftmals lassen sich folgende Merkmale erkennen: „Manche Patienten betrachten von ihrem Hintergrund aus ein Gebet als notwendig, um eine >>wirklich christliche>> Beratung zu erhalten. Andere möchten ihren Ängsten vor der Therapie entgegenwirken, zumal sie oft mit großen Vorbehalten zu einem Psychologen gehen. Oft ist da aber auch das tiefe Bedürfnis, in der eigenen spirituellen Tradition die seelischen Nöte vor Gott zu bringen.“ (Utsch et al. 2014, 196).

Samuel Pfeifer beschreibt verschiedene Funktionen des Gebets für Klientenpersonen in der Therapie, die von Therapeutenpersonen beobachtet wurden:

- „Divine agent assumption: Gebet in der Therapie lädt eine höhere Macht ein, aktiv in den Heilungsprozess einzugreifen.
- Gebet aus mystischen Traditionen werden vorgelesen, um die Selbstannahme bei älteren Erwachsenen zu fördern. (...)
- Gebete bilden sowohl Struktur als auch Stimulation für geistig eingeschränkte ältere Menschen. (...)
- Gebet kann die Ich-Integration fördern und kann eine Öffnung der tieferen Gedanken und Gefühle eines Klienten bewirken. (...)
- Gebet kann den Rapport mit Klienten fördern, Entspannung bewirken, und die Selbstreflexion eines Klienten verbessern.“ (ebd., 197)

So viel steht fest, Gebet in der Therapie wird die Beziehungsdynamik verändern. Es kann zu mehr Nähe und Intimität führen, was durchaus positive Auswirkungen hat, allerdings auch Risiken bergen kann, indem die notwendige professionelle Distanz sukzessive abgebaut wird. Folgender Einfluss in der Übertragung und Gegenübertragung lässt sich beobachten:

- „*positiv*: vermehrtes Vertrauen, verbesserte Compliance; Mut, Probleme mit Gottes Hilfe anzugehen.
- *negativ*: Verminderung der notwendigen therapeutischen Distanz; Verminderung der therapeutischen Konsequenz.“ (ebd.)

Die Vielfalt der Gebetsformen spiegelt sich in den unterschiedlichen Möglichkeiten wider, wie Gebet in die Psychotherapie einbezogen werden kann. Hilfreich ist es, sich ein Kontinuum vorzustellen, das an einem Ende mit „Kein Gebet“ beginnt und am anderen mit „Therapeut und Patient beten im Verlauf der Therapie“ endet (ebd., 199). Dazwischen lassen sich folgende Anwendungen darstellen: „Patient betet in seinem Privatleben“, „Therapeut betet außerhalb der Therapie für den Patienten“, „Therapeut sagt dem Patienten, dass er für ihn betet“, „Therapeut betet in der Therapie mit dem Patienten“, „Patient betet im Beisein des Therapeuten“ (ebd.).

Möchten Therapeutenpersonen solch spirituelle Elemente in die Therapie einfließen lassen, braucht es klare ethische Leitlinien, die dieses Vorhaben mit klaren Regeln und Grenzen umrahmen, um schlussendlich die Klientenpersonen zu schützen und die bestmögliche Behandlung anzubieten. In Anlehnung an Walker und Moon (2011) stellt Pfeifer (Utsch et al. 2014) in deutscher Sprache ethische Richtlinien vor, die speziell für die Thematik der Integration von Gebet verfasst worden sind:

- „*Eigenen Standort (Self-Awareness)*“ (ebd., 198): Wie so oft schon aufgegriffen wurde, ist es ein roter Faden, dass in jeglicher Literatur die Selbstreflexion von entscheidender Bedeutung ist. Über die eigenen Vorannahmen und Inhalte weltanschaulicher Elemente zu wissen, ist eine Grundvoraussetzung. Ganz besonders, wenn das Thema Gebet angesprochen wird, müsse die Therapeutenperson eine klare Stellung beziehen können, wo sie steht. An dieser Stelle bringt der Autor den Unterschied zwischen implizitem und explizitem Vorgehen ein. Die Leserperson erinnert sich bestimmt an dieses Modell in Kapitel 4.4.2 von Siang-Yang Tan (1996). Innerhalb dieses Kontinuums bewegt sich die Therapeutenperson, je nachdem wie sie es mit ihrer Grundhaltung reflektierte (Utsch et al. 2014). Diese Richtlinie ginge jedoch bereits über die Grenze der österreichischen ethischen Forderung hinaus, da in einer impliziten Integration von Religiosität, das Sprechen eines Gebets auf Wunsch der Klientenperson aufgegriffen und darauf eingegangen werden kann.
- „*Einschätzung der klinischen Situation*“ (ebd., 199): Die klinische Behandlung müsse immer Vorrang haben, auch bei religiösen Klientenpersonen.

- „*Einschätzung der therapeutischen Ziele, der Bedürfnisse und der Erwartungen*“ (ebd.): Die Einschätzung der Problemlage als auch der Ziele der Therapie, brauche ein ausführliches Einbeziehen aller identifizierbaren Einflussfaktoren. Davon können religiöse und spirituelle Elemente von Relevanz sein, allerdings lediglich als ein einzelner Aspekt.
- „*Information und Einverständnis zur Anwendung eines Gebetes (Informed Consent)*“ (ebd.): Wenn der Wunsch vonseiten der Klientenperson kommt, sei es hilfreich diesen mit Respekt aufzufassen und infolge gemeinsam zu besprechen, inwiefern dies für die Person wichtig ist. Sollte der Anstoß von der Therapeutenperson kommen, „so ist in jedem Fall das Einverständnis des Patienten einzuholen.“ (ebd.). Mit der österreichischen Richtlinie im Hinterkopf behaltend, bewegt sich die Anweisung zumindest zu Beginn der Ausführung, in einem Graubereich. Wenn eine Klientenperson das Anliegen eines Gebets äußert, die Therapeutenperson auf die Thematik respektvoll eingeht und die Bedeutsamkeit des Anliegens besprochen wird, dann aber das Gebet abgelehnt und zur religiösen oder spirituellen Gemeinschaft und Leiterschaft weiterverwiesen wird, um jenes Bedürfnis zu erfüllen, liegt, meines Erachtens nach, keine ethische Überschreitung vor. Das heißt, religiöse Wünsche oder Anliegen in der Therapie wahrzunehmen und auf einer Metaebene das dahinterliegende Bedürfnis sichtbar zu machen und zu einer Erfüllung außerhalb der Therapie zu verhelfen, sollte demnach ethisch korrekt sein.
- „*Flexible Anpassung der spirituellen Angebote mit der Veränderung in der Therapie*“ (ebd.): Das Bedürfnis, das hinter dem Gebet liegt, könne sich im Zuge des Therapieprozesses verändern. Auf eine solch flexible Anpassung solle stets geachtet werden (ebd.).

Als ein Exempel respektvollen Umgangs mit Gebet in der Therapie legt der Autor nahe, dass die Therapeutenperson anbieten könne, dass beide einen Moment in Stille dasitzen und in Gedanken ein persönliches Gebet sprechen. Allerdings gilt die Voraussetzung, dass der Wunsch eines Gebets von Klientenseite ausgedrückt wurde und

von der Therapeutenperson als für die Therapiebeziehung und Problematik relevant und förderlich eingeschätzt wird. So wird auf den Wunsch einerseits respektvoll eingegangen, andererseits eine gewisse Distanz gewahrt und die möglichen Differenzen in der religiösen Weltanschauung, die zu einer Störung des Therapieverlaufs führen könnten, da diese oftmals mit moralischer Bewertung einhergehen, nicht provoziert (ebd.).

Ein ähnlicher Zugang wurde im vorangegangenen Kapitel kurz angeschnitten, als dass vor allem das Ziel der Intervention zu berücksichtigen sei (Richard & Freund 2012). Ist ein zwischen Klientenperson und Therapeutenperson abgesprochenes Ziel der Therapie jenes die Selbstwahrnehmung zu erhöhen, so könne mit einer christlich geprägten Person eine „Zeit der Stille vor Gott“ (ebd., 207) angemessen sein, als Adaption einer klassischen inneren Achtsamkeitsübung ohne jeglichen religiösen Inhalt. Die Autoren betonen ebenfalls den Einbezug religiöser Überlieferungen in der kognitiven Umstrukturierung, wenn ein bestimmtes Verständnis des Textes die dysfunktionalen Denkmuster nährt und aufrechterhält. So können weitere Textstellen aufgegriffen werden, um den rigiden Denkstil etwas aufzulockern. Eine Klientenperson in der Therapie für sich alleine beten zu lassen und dies freundlich zu unterstützen, mit dem Ziel, gewisse Emotionen, mit denen es bisher schwer war in Kontakt zu treten, auszulösen, könne ebenfalls ein gewünschter Effekt sein. Für all jene Interventionen brauche es dennoch ein Fachwissen, um die Wirkung der religiösen Intervention oder des jeweiligen Rituals, wovon nur äußerst spärlich Forschung vorhanden ist, einzuschätzen (ebd.). Dieser Ansatz entspricht, um dies einordnen zu können, dem Typ II spiritueller Interventionen (Grom 2012).

Wohl angemerkt, können diese Anliegen, streng genommen, derzeit nur in Deutschland so ausgeführt werden und nicht in Österreich, aufgrund bereits angesprochener ethischer Richtlinie (2014).

6.5 Welche Methoden sind in der kognitiven verhaltenstherapeutischen Praxis nach aktuellem Stand in Österreich ethisch zulässig?

Wie kann nun in Österreich mit Einhaltung der aktuell gültigen Richtlinie (ebd.) mit religiösen Klientenpersonen professionell und ethisch korrekt umgegangen werden?

Um in dem bekannten Modell von Bernhard Grom (2012) zu bleiben, erscheinen die Zugänge, die in den Typ II zu verorten sind, als eine Grenzüberschreitung ethischer Anforderungen. In diese Kategorie fallen die Interventionen hinein, die in dieser Literaturarbeit am meisten analysiert und diskutiert wurden. Es ist überraschend zu sehen, dass es einen deutlichen Unterschied zwischen Deutschland und Österreich im Hinblick ethischer Anforderungen gibt. Es bleibt offen, inwiefern das österreichische Bundesministerium in den nächsten Jahren mit den Fragestellungen der obigen Kapiteln umgeht und ob eine detailreichere Klarstellung oder sogar Lockerung der strikten Anweisung jener scharfen Trennung stattfindet. Sinnvoll erachte ich es in jedem Fall in der Anamnese zu fragen, ob Religiosität eine Rolle im Leben und in Folge der Problematik der Klientenperson spielt.

Wenn es grundsätzlich im Leben von Relevanz mit der Problematik allerdings nicht stark verwoben ist, ist zu klären, ob die Klientenperson einverstanden ist, wenn die Therapeutenperson im Zuge der Therapie diese mit in die Ressourcenliste und Bewältigungsstrategien aufnimmt und von sich aus aktiv anbietet. Wenn dieser Konsens besteht und vor jedem religiösen Einbezug über die hilfreiche Wirkung, die dieser Schritt im Zuge der Therapie erzielen soll, aufgeklärt wird, erscheint mir dies als ein respektvoller und informierter Umgang mit der Lebenswelt der Klientenperson. Ob dies in Österreich ethisch unbedenklich durchgeführt werden kann, lässt sich mir jedoch nicht ganz erschließen. Hier kommt es auf die Art der Methoden an, die jedoch noch unzureichend erforscht sind.

Der Typ I (ebd.) stellt meines Erachtens nach eine gewisse Grauzone dar und lässt Raum für Ambiguität und Unsicherheit bei der Therapeutenperson, ob jener Zugang korrekt ist oder ob eine Grenze überschritten wird. In dieser Kategorie könnte es trotz allem sinnvoll sein, sich einer religionssensiblen Anamnese vorsichtig anzunähern und bei religiöser Bedeutsamkeit anzumerken, dass die Klientenperson dies jederzeit einbringen kann, wenn sie es als wichtig erachtet, die Therapeutenperson dies aber nicht von sich aus tut. So weiß die Klientenperson, dass die Therapeutenperson

dafür offen ist und der Raum grundsätzlich da ist. Die Zügel der eigenen gelebten Religiosität und ob diese in die Therapie eingebracht wird, liegt somit in den Händen der Klientenperson. Doch ist anzumerken, dass hier unter Umständen eine Doppelbotschaft ankommen könnte, nämlich: „Bringen Sie es ein, aber ganz wohl fühle ich mich damit vielleicht doch nicht.“ Das könnte, so bereits angemerkt, die Unbefangenheit bei hoch religiösen Klientenpersonen vermindern.

Mal angenommen, die Klientenperson bringt von sich aus religiöse Themen ein, die nicht nur für das eigene Leben von Signifikanz sind, sondern auch für den Leidensdruck, aufgrund dessen die Person in Therapie kommt. Im Sinne der kognitiven Verhaltenstherapie sind in diesem Szenario die dysfunktionalen Denkmuster mit religiösen Inhalten gefüllt. Demnach ist nicht „nur“ die Religiosität als Prägung oder die Einschränkung des Auslebens dieser im Alltag und folglich eine Erhöhung des Leidensdrucks von erheblicher Bedeutsamkeit, sondern die Inhalte, mit denen in einer kognitiven Verhaltenstherapie gearbeitet wird, enthalten explizite religiöse Vorstellungen, die ursächliche oder ebenfalls aufrechterhaltende Faktoren darstellen. So müsste im Verständnis einer kognitiven Umstrukturierung an der Veränderung von Denkverzerrungen mit religiöser Bedeutung aktiv gearbeitet werden, um die pathologische Symptomatik zu reduzieren. Wäre das erlaubt, solange keine spirituellen oder religiösen Interventionen von Typ II angewendet werden, sondern die klassischen Methoden der Verhaltenstherapie? Ist der sokratische Dialog hier das Mittel zur Wahl, da der Inhalt von Klientenseite gefüllt wird, egal ob religiös oder nicht religiös? Relevant wird hier die Aufklärung des gewünschten Effekts der sokratischen Gesprächsführung sein, nämlich die Auflockerung der rigiden Denkmuster, was ebenso zu einer Verunsicherung führen kann, vor allem, wenn es um tiefe religiöse Überzeugungen geht, falls diese der Person viel Sicherheit und Halt geben sollten. Zuvor müsste für beide Parteien ersichtlich sein, was jene religiöse Überzeugungen für eine Bedeutung haben, um die Wirkung einer Intervention abschätzen und im Hinblick auf das Ziel der Therapie abgleichen zu können.

Gibt es dann überhaupt einen Unterschied zu nicht-religiösem Inhalt? Diese Frage wurde bereits in Kapitel 4.4.5 aufgegriffen und teilweise beantwortet. Um dieses

Kapitel mit der österreichischen Richtlinie abzugleichen, kann folgendes postuliert werden: Eine professionelle und seriöse Integration von Religiosität in die Psychotherapie in Österreich betrifft nicht nur den Einbezug einer religionssensiblen Anamnese, sondern kann auch in die kognitive Verhaltenstherapie aufgenommen werden, solange im Bearbeiten einer problematik-relevanten Kognition der Unterschied zwischen einem Kerninhalt und einem Bewertungsstil klar ersichtlich ist. Ein religiöser und/oder moralischer Kerninhalt stellt im A-B-C Modell immer den Auslöser (A) dar und wird nicht in die Spalte der Bewertung (B) oder gar einem irrationalen Glaubenssatz (iB) zugeordnet. Folgt dem auslösenden Reiz, der religiöse Moralvorstellungen durchaus beinhalten kann, eine beispielsweise globale Selbstabwertung oder Katastrophisierung, kann diese mit den verfügbaren Methoden der kognitiven Verhaltenstherapie auf die Probe gestellt werden. Dafür ist es, wie im letzten Abschnitt des Kapitel 4.4.5 beschrieben, für die Therapeutenperson nicht zwingend notwendig, einen religiösen Bezug herzustellen (= Grenzüberschreitung, siehe Typ II), sondern in der respektvollen Haltung des Typ I auf evidenzbasierte und äußerst wertneutrale verhaltenstherapeutische Interventionen, wie den Sokratischen Dialog, aufzugreifen, um zu einer neuen Bewertung des Auslöser zu kommen, die alsdann von der Klientenperson religiös angereichert werden kann. Bei dem Neubewertungsprozess können religiöse Hilfestellungen zum Einsatz kommen, solange diese nicht von der Therapeutenperson, sondern alleinig von der Klientenperson eingebracht werden. Solch ein Vorgehen, zumindest in dieser theoretischen Konzeption, dürfte die ethischen Anforderungen auf professionelle und achtsame Weise wahren.

Vom verhaltensaktivierenden Paradigma ausgehend, in der es als depressionsreduzierend gilt, Verhalten aufzubauen, das einer Person wichtig ist oder Chance auf Belohnung hat, wird der Inhalt der Aktivitäten ohnehin von den Klientenpersonen eingebracht (Hayes et al. 1999). So kann die Klientenperson, nachdem der Rahmen von der Therapeutenperson vorgestellt wurde, als verhaltensaktivierende Maßnahme den Vorschlag bringen, den Sonntagsgottesdienst in der gewohnten Kirche zu besuchen. Solange dieser ihr wichtig ist und die Bedeutung der Aktivität in Einklang mit dem erwünschten psychologischen Effekt, der diese

Intervention herbeirufen soll, steht, stellt die Vorgehensweise, meines Erachtens nach keine Grenzüberschreitung dar.

7. Ein kurzer Abriss bekannter Methoden der dritten Welle der Verhaltenstherapie und deren religiös-integrierender Versuch

7.1 Die dritte Welle der Verhaltenstherapie

Gemäß der kognitiven Wende, die in Kapitel 3 näher erläutert wurde, kam es nach und nach zu der sogenannten dritten Welle der Verhaltenstherapie. In den 1990er Jahren, so beschreibt es Thomas Slunecko und Gerhard Benetka, „(...) brechen in der kognitiv-behavioralen Therapie sozusagen alle Dämme. Wie ein Schwamm nimmt sie in den folgenden Jahrzehnten Elemente aus unterschiedlichsten Richtungen auf“ (2023, 246f.), die keineswegs als homogen zu bezeichnen seien (Willberg 2017). Die wohl grundlegendsten Nenner der Weiterentwicklungen der Verhaltenstherapie oder zumindest der Erweiterungen der kognitiven Verhaltenstherapie, darüber wird lebendig diskutiert, betreffen erstens die stärkere emotionsfokussierte Ausrichtung, zweitens den Schwerpunkt auf relevante frühkindliche Bindungserfahrungen, insbesondere mit den engsten Bezugspersonen, sowie die Säkularisierung achtsamkeitsbasierter Methoden spiritueller Natur (Slunecko & Benetka 2023). Nebenbei angemerkt, können jene achtsamkeitsorientierten Therapiemodelle dem Typ IV, spirituelle Interventionen, zugeordnet werden (Grom 2012).

Es heißt sogar, dass die dritte Welle als Folge des „spiritual turns“ entstanden sei und die daraus entsprungenen Methoden als „spirituell angereicherte *Kognitive Verhaltenstherapien*“ (Willberg 2017, 102) zu beschreiben seien, wobei spirituell auf den Buddhistischen Einfluss bezogen ist. Grob zusammengefasst könne sie sogar als „Buddhistische Psychotherapie“ (ebd.) betitelt werden.

Es ist von einer dritten Welle die Rede, da spirituelle Ansätze in der Verhaltenstherapie aufgegriffen und daraus neue Entwicklungen entstanden sind, vergleichbar mit der kognitiven Erweiterung in der zweiten Welle. Es handle nicht von

einem Ablösungsprozess, sondern von einem Erweiterungsprozess. Der Schwerpunkt der Therapiemethode liege also immer beim Begriff Verhaltenstherapie. So auch in dem letzten Umbruch, in dem der Zufluss spiritueller Natur sei, es aber trotzdem eine Verhaltenstherapie bleibe (ebd.). Hier spricht Willberg von einer „*Spirituellen Wende*“ (ebd.), da die weiterentwickelten Therapiemethoden als „Integrationsversuche von Spiritualität und Kognitiver Verhaltenstherapie“ charakterisiert werden können. So wird es auch nachvollziehbarer, dass der Hauptschwerpunkt der vorliegenden Forschungsarbeit auf einer kognitiven Therapiemethode liegt.

Erst mal ist es hinsichtlich des Themas dieser Literaturarbeit sehr erfreulich, da in gewisser Weise eine Adaption spiritueller Elemente Einzug in die kognitive Verhaltenstherapie findet. Doch bei näherer Betrachtung bietet die höchst anwendungsbezogene und lösungsorientierte Herangehensweise der kognitiven Verhaltenstherapien, vor allem der bekannten Therapieform nach Aaron T. Beck (1979), die Möglichkeit dieselbe in einen unterschiedlichen theoretischen Rahmen zu setzen, mitunter in ein weltanschaulich religiöses Paradigma. Aufgrund dieses Vorteils konnten zum Beispiel erst die christlich-adaptierten Therapiemanuale entstehen, die in dieser Arbeit angeschnitten wurden. Diese Bedingung fällt in vielen, vor allem achtsamkeitsbasierten Methoden der dritten Welle weg, da der Bezugsrahmen bereits von einem speziell spirituellen Menschenbild abgebildet wird und sich dieser nur beschwerlich mit grundlegend anderen religiösen Vorstellungen vereinen lässt, sofern grobe Unterschiede vorhanden sind (Willberg 2017). Dies wird folgendermaßen auf den Punkt gebracht: „Das lässt die Unterscheidung zwischen weltanschaulichem Hintergrund und therapeutischem Vordergrund in den „Third-Wave“-Therapien mitunter verwischen.“ (ebd., 104).

7.2 Die Akzeptanz- und Commitment-Therapie (ACT) (Hayes et al. 1999) und mögliche Anknüpfungspunkte zu christlicher Religiosität

Die ACT stellt eine klassische Weiterentwicklung der kognitiven Verhaltenstherapie dar, die vor allem achtsamkeitsorientierte Techniken als auch deren

wissenschaftlichen Bezugsrahmen zu integrieren versucht. Im Kontrast zur rein kognitiven Verhaltenstherapie geht es weniger um die Veränderung von festgefahrenen Denkmustern und Inhalten, sondern um das Verändern der Haltung in Bezug auf jene Gedanken. Diese Veränderung der Haltung soll zum Beispiel mit Achtsamkeitsübungen trainiert werden. Es stelle nicht nur das eben genannte „Achtsamkeitsprinzip“ einen Grundpfeiler der ACT dar, sondern auch das „Akzeptanzprinzip“, das das Annehmen eigener Erfahrungen einschließt (Margraf 2018, 18), insbesondere „die Arbeit an der radikalen Akzeptanz von unveränderlichen Bedingungen“ (Gatterer 2022, 156).

Doch obwohl die Methoden der ACT bereits buddhistisch-spirituell aufgeladen sind, können einige Elemente in andersartige religionssensible Psychotherapien angewendet werden. Dies soll exemplarisch mit der christlichen Religiosität abgebildet werden. Als grundlegenden theoretischen Anknüpfungspunkt hebt Carina Kammler (2025) den biblischen Sündenfall hervor. In der Grundlagenforschung der ACT kommt es mehrmals vor, dass Autorenpersonen einen Bezug zu dieser religiösen Geschichte herstellen. Und zwar insofern, sodass das gravierende Essen vom Baum der Erkenntnis als Symbol darauf hinweise, „wie mit der Sprachfähigkeit und Urteilskraft auch die widrigen Seiten der Existenz über den Menschen gekommen sind.“ (ebd., 189). Hier wird auf den philosophischen Unterbau der ACT angespielt, nämlich auf die Bezugsrahmentheorie, die auf dem funktionalen Kontextualismus basiert. Die Bezugsrahmentheorie kann folgendermaßen kurz beschrieben werden: „Als verhaltenswissenschaftliche Theorie beschreibt die RFT das Erlernen von ‚Beziehungsmustern‘ (Relationen) als abstrakte Formen der Verknüpfung von Dingen und Sachverhalten. Von Kindesbeinen an dienen diese als Grundbausteine der Sprache und Kognition. Die damit einhergehende Tendenz, Zusammenhänge herzustellen und nach Ursache, Wirkung, Lösungen und nächsten Schritten Ausschau zu halten, ist einerseits evolutionär und kulturell sehr erfolgreich. Andererseits ist der damit verbundene Drang zum Verstehen und Kontrollieren das Einfallstor für psychisches Leiden, wenn er auf existenzielle und unüberwindliche Grenzen stößt.“ (ebd., 188f.). Dadurch obliegt dem Menschen die erhöhte Tendenz problematische Kognitionen als Realität wahrzunehmen und übersieht die vorhandene Distanz der eigenen Person zu

den Gedanken. Die Fähigkeit von der eigenen Gedankenwelt einen Schritt zurück zu machen, um sich selbst als eine Person-im-Kontext zu erleben, ist in der ACT essentiell. Auch hier lässt sich eine religiöse Überschneidung erkennen: „Da das ‚Selbst als Kontext und Perspektive‘ eine immaterielle, Zeit und Orte überdauernde Qualität hat, wird es in der ACT-Literatur mit Transzendenz und Spiritualität in Verbindung gebracht.“ (ebd., 191).

7.2.1 Überschneidung der Menschenbilder

Die Autorin verweist auf drei Gemeinsamkeiten des Menschenbilds der ACT mit dem des christlichen Weltbilds. Erstens, sei das Nicht-Vorhandensein von Leid, Schmerz als auch von psychischen Erkrankungen, keine notwendige Bedingung für ein glückliches Leben. Die akzeptierende und annehmende Haltung in der ACT lässt sich mit der Jahrtausend-währenden theologischen Diskussion um die Frage nach Leid und der Unabdingbarkeit dessen, zumindest oberflächlich, vereinbaren (ebd.).

Zweitens, angelehnt an den vorherigen Absatz, ist die kognitive Ebene des Menschen nicht alleiniger ansprechbarer Bezugspunkt und als eher ambigüe Komponente zu bewerten, so stimmen die ACT und die überkonfessionelle christliche Theologie jedenfalls überein (ebd.).

Drittens, hebt die ACT ein Menschenbild hervor, das an die Wichtigkeit der persönlichen Werte und deren intentionale Ausführung gekoppelt ist. Dies sei auch für das christliche Weltbild von hoher Signifikanz: „Der Mensch ist mit Fähigkeiten begabt und dazu aufgerufen, diese im glaubenden Handeln zu verwirklichen. Gerade weil sie die Bedingtheit menschlichen Handelns anerkennt, kann die ACT an christliche Menschenbilder anschließen.“ (ebd., 194).

Ogleich die ACT andersartigen spirituellen Ursprungs ist, beschreibt Kammler sie als offen im Hinblick auf religiöse Weltanschauungen, aufgrund ihres doch äußerst „radikal-pragmatischen Wahrheitsverständnis“ (ebd.). Dieser Aspekt des Menschenbildes ist es, der die Türen für eine religiöse Adaption öffnen könnte. Dieser ist nicht in expliziter Sprache formuliert, sondern ergibt sich aus einer undogmatischen

Haltung. „Daher wird in dieser Therapierichtung das Erleben religiöser Patient*innen und Behandler*innen oft direkt mitgedacht.“ (ebd., 195). Gerade in der höchst persönlichen Werteorientierung und im anthropologisch-spirituellen Transzendenzbezug des Erfahrens in denen es nicht um den Inhalt an sich geht, sondern um einen Habitus, könnte die Sprache auf eine christlich-religiöse Semantik adaptiert werden, ohne dabei den theoretischen Rahmen der ACT zu verlassen.

Solch ein Versuch ist im europäischen Raum allerdings nicht vorzufinden, jedoch, ohne große Überraschung, in der englischsprachigen Literatur:

7.2.2 Eine christlich adaptierte Akzeptanz- und Commitment-Therapie (Nieuwsma et al. 2016)

Die Autoren beginnen damit, so wie eben konstatiert, dass anders als bei den gewöhnlichen kognitiven Therapien, in denen der Inhalt der dysfunktionalen Kognitionen und deren Umstrukturierung von entscheidender Bedeutung ist, die ACT beim Umgang des Denkprozesses ansetzt.

So lassen sich drei entscheidende „qualities of human experience“ (Nieuwsma et al. 2016, 53) erkennen, die die ACT mit religiösen oder spirituellen Konzeptionen teilen. Die erste „quality“ (ebd.) betrifft, sehr ähnlich wie in Kapitel 7.2 beschrieben, die transzendente Ebene menschlicher Erfahrung. Je nachdem wie unterschiedlich Transzendenz in der jeweiligen religiösen und spirituellen Strömung beschrieben wird, kann die Gemeinsamkeit, wenn sie als sehr allgemein betrachtet wird, als ein Erleben und ein Wahrnehmen dessen was über das Gewöhnliche, Alltägliche und Materielle hinausgeht, gesehen werden (ebd.). Inwiefern dies auf die ACT zutrifft, kann in dem obig erwähnten Kapitel entnommen werden. Die Technik der Defusion wird hier besonders hervorgehoben.

Die zweite Komponente wird als „boundlessness“ betitelt: „Boundlessness is the experience of vastness, a sense of self that is not restricted by space and time.“ (ebd.). Ein lösungsorientiertes Vorgehen sei immer beschränkt auf Probleme in einer gewissen Zeitspanne und auf Kategorien, die messbar sind. Es gebe zwei Pole eines Kontinuums, in dem wir uns befinden. Dadurch erst könne erlebtes Leid entstehen (jene dargelegte

Konvergenz erinnert stark an die obig kurz angeschnittene Bezugsrahmentheorie). Im Gegensatz dazu, habe die ACT die Vorstellung, dass die sprachliche Ebene nicht als zwei Pole, in denen wir uns bewegen zu begreifen sind, sondern in der Integration und Überlappung dieser Pole (ebd.). „Time and space become not points on a continuum, but the entire continuum all at once: everywhere at all times. There is a sense of the eternal and the infinite.“ (ebd., 54).

Das dritte Element ist die „interconnectedness“ (ebd.). Sie steht in nahem Bezug zur „boundlessness“, als dass hier lediglich der Fokus der umfassenden Verbundenheit von Zeit und Raum auf die persönliche Ebene verschoben wird, als zum Du und Ich. In religiöser Sprache könne dies durch den paulinischen Text vom 1. Korintherbrief 12:12-14 unterstrichen werden, in dem die Kirche als „ein Leib“ charakterisiert wird. Die ACT beinhalte eine ähnliche Idee, in der die interpersonale Verbundenheit durch gemeinsames, achtsames Erleben erfahren wird (Nieuwsma et al. 2016).

Diese drei Qualitäten können eine maßgebliche Rolle im Umgang mit Leid spielen. Sowohl von religiöser und spiritueller Seite als auch von psychotherapeutischer. Das Abgeben oder Überantworten von Leid an ein mich übersteigendes, höheres Wesen, weise Ähnlichkeiten mit der transzendenten Ader der ACT auf. Leid werde nicht mit Bewertungen und an Kontrolle gebunden bearbeitet, sondern erlebt. Es sei keine bekämpfende Begegnung, sondern eine wahrzunehmende. Gerade durch jenen Transzendenzbezug soll dies nicht zuletzt zu einer psychischen Flexibilität im Hinblick auf innere Erlebensprozesse führen, welche wiederum einen Grundbaustein psychischer Gesundheit in der ACT darstellt (ebd.).

Um den tatsächlichen Praxisbezug anschaulicher zu machen, werden im Folgenden die drei Grundmomente der ACT: Awareness, Openness und Activeness, sowie deren Methoden und Interventionen mit möglichen religiösen Adaptionen näher beleuchtet (ebd.):

Das Kernelement von Awareness enthält zwei unterschiedliche Komponenten: „present moment“ und „self-as-context“ (ebd., 62). Grundlegend geht es in diesem Prozess um „conscious awareness“ (ebd., 64), auf dessen Basis persönlich wichtige

Entscheidungen getroffen werden können. Von einem religiösen Standpunkt aus, würden dies die meisten großen Strömungen ebenfalls bejahen, dass das aktive Handeln auf Basis von bestimmten Werten, zu einem gelungenen Leben notwendigerweise dazugehört. Die Autoren weisen auf einen biblischen Text hin, der dies verdeutlicht: „Darum heisst es: Wach auf, der du schläfst, und steh auf von den Toten, so wird Christus dein Licht sein. Achtet nun sorgfältig darauf, wie ihr euer Leben führt: nicht als Toren, sondern als Weise!“ (Epheser 5:14-15).

Religiöse Menschen könnten von den klassischen Achtsamkeitsübungen wie dem Body-Scan oder der 5-4-3-2-1-Methode, die speziell auf die Sinne abzielt, skeptisch gegenüber stehen, da diese als buddhistisch und befremdlich abgestempelt werden. So könne es hilfreich sein, zuerst einmal die gewünschten Effekte von solchen Übungen an die Klientenpersonen heranzutragen, wie zum Beispiel erhöhte Konzentrationsfähigkeit, verbesserte Emotionsregulation, Verminderung depressiver und ängstlicher Symptomatik, u.v.m. (Nieuwsma et al. 2016). Im christlichen Kontext lehnen sich einige kontemplative Gebete an Mindfulness-Übungen an. Solch eine Kontemplation ist zum Beispiel „Heartfulness“ (ebd., 70) und wird folgendermaßen beschrieben: „Heartfulness, defined here as a calm awareness of the body and its state, in some Christian traditions, is also associated with mindfulness.“ (ebd.). In der religiös-adaptierten ACT sind meistens diejenigen Formen christlicher Gebete im Einsatz, die die Aufmerksamkeit auf die gegenwärtige Wahrnehmung lenken, wohl wissend, dass sie in Beziehung zu einem personalen Wesen, Gott, sind.

In diesem Kontext könne es vorkommen, dass Klientenpersonen mit biblischen Passagen in die Therapie kommen, da sie mit ihrem Leidensdruck verwoben sind. Hier gelte sich zu entscheiden, ob die Therapeutenperson auf den Text eingeht oder diesen auslässt und zeitgleich den emotionalen Gehalt dahinter aufgreift. Sollte Ersteres der Fall sein und die Therapeutenperson bringt weitere Passagen ein, die eine beobachtende Rolle der Gedanken und Emotionen herbeiführen soll, sei darauf zu achten, dass keine kognitive Fusion mit der Textstelle stattfindet. Ein Beispiel ist in Philipper 4:8 zu lesen: „Was wahr ist, was achtenswert, was gerecht, was lauter, was wohlgefällig, was angesehen, wenn immer etwas taugt und Lob verdient, das bedenkt!“ In einer religiös-

adaptierten kognitiven Umstrukturierung, kann dieser Text durchaus, wenn mit dem Inhalt fusioniert, als Alternativgedanke genutzt werden, um Gedanken besser zu beherrschen. Im Gegensatz dazu würde eine ACT-Lesart aus diesem Text erschließen, dass Gedanken kommen und gehen, diese nicht zu kontrollieren seien, aber es dennoch wichtig sei, worauf wir unsere Aufmerksamkeit richten. Es gehe nicht um eine feindliche Haltung gegenüber Gedanken, egal welche, sondern um eine nicht-wertende und flexible Gesinnung (Nieuwsma et al. 2016). Von diesem Zitat zu dem eben erwähnten Schluss zu kommen, erscheint mir allerdings als weniger eindeutig.

Der Versuch konkrete biblische Textstellen mit einer ACT-Haltung in Einklang zu bringen, kommt nicht ohne Spannungen und einem breit angelegten Interpretationsspielraum aus. So greifen die Autoren überdies 2. Korinther 10:5 auf, in dem das Gefangen-Nehmen des Denkens angeordnet wird. Solch militante Sprache könne leicht zu einer starren Bewertung, Selbstverurteilung und gedanklichen Kämpfen führen. Kurz gesagt, zu kognitiver Fusion. In der ACT gehe es darüber hinaus mehr darum, die Gedanken, die gefangen genommen werden sollen als auch deren emotionalen Gehalt, neugierig und offen zu erforschen. Die wohl bekannte Metapher des Lebensbusses ist hier besonders treffend. Wenn diese fusionierten Kognitionen als Passagiere in dem eigenen Lebensbus mitfahren, soll es nicht darum gehen diese zum Aussteigen zu bringen und mit neuen, hilfreicheren Personen zu ersetzen (kognitive Umstrukturierung). Sondern sie werden wahrgenommen als das was sie sind, nämlich Passagiere und die Klientenperson sitzt am Steuer und entscheidet selbst in welche Richtung, zu welchem persönlichen Wert, gefahren wird (Nieuwsma et al. 2016).

Um das „self-as-context“ zu fördern, können, wie oben kurz erwähnt, Gebete genutzt werden. Allgemein gesehen, unterstütze die Bezugnahme auf etwas Größeres und Ganzes, das Selbst aus einer distanzierteren Warte zu betrachten, anstatt vollständig darin aufzugehen. Die christliche Konzeption der Transformation der Gläubigen, die mit einem inneren Loslöse-Prozess belastender Emotionen und Verhaltensweisen einhergehe und somit zu einem neuen Selbstverständnis führe oder dies zumindest möglich sei, werde durch die Hilfe eines transzendenten Selbst, das diesen Prozess

begleitet und beobachtet, kompatibel mit dem ACT-Kernprozess der Kontextualisierung (ebd.).

Ein mögliches Spannungsfeld mit der christlichen Religion ergibt sich, wenn gläubige Menschen sich auf die Suche nach Selbstbeschreibungen in den biblischen Texten begeben. Fündig, auch wenn durchaus positiv formuliert, wird man derart: „Gottes Kinder“ (Römer 8:14), „Erben Gottes“ (Römer 8:17), „Gottes Werk“ (Epheser 2:10), „neuer Mensch“ (2. Korinther 5:17), „wunderbar und einzigartig gemacht“ (Psalm 139:14). Von der kognitiven Verhaltenstherapie kommend, erscheinen diese Zuschreibungen als sehr hilfreiche Alternativgedanken. Doch in der Methodik der Selbstkontextualisierung tragen sie wohl eher zu einem „self-as-content“ (Nieuwsma et al. 2016, 213) bei. Die Autoren entschärfen die Spannung etwas, in dem sie die Beschreibungen als durchaus offen und bei weitem nicht eng einordnen und es in den meisten Attribuierungen mehr um die Identität Gottes geht und nicht ausschließlich direkt um die des Menschen (ebd.).

Das zweite Grundelement heißt „Openness“, welches wiederum zwei Kernprozesse innehat: „Acceptance“ und „Cognitive Defusion“ (ebd., 62). Wie schon der Name der Therapiemethode sagt, kann davon ausgegangen werden, dass das Konzept der Akzeptanz ein wesentlicher und signifikanter Bestandteil ist. „One of the key core processes of ACT is to move from an inflexible tendency to avoid suffering toward a more willing, accepting, and flexible posture where we remain open to all that life brings, even those things that are difficult and unpleasant.“ (ebd., 208). Jedes Leben birgt Leid in unterschiedlicher Ausprägung in sich, obwohl auch ein gewisses Maß durchaus vermieden werden könne. Doch sei es letzten Endes nicht eine Frage der Existenz, sondern des Zeitpunktes und der Intensität. Somit zeuge es von psychischer Inflexibilität, Schmerz und Leiden als böse anzusehen (ebd.).

Die Vorstellung der Unabdingbarkeit von Leid ist, wenn sie allgemein betrachtet wird, als konvergierend mit vielen religiösen und spirituellen Glaubenssystemen zu beobachten. Im christlichen Weltbild könnte dies folgendermaßen aussehen: „Denn wie die Leiden Christi reichlich über uns kommen, so werden wir auch reichlich getröstet

durch Christus.“ (2. Korinther 1:5), oder sogar einen Schritt weiter: „Mehr noch: Wir rühmen uns sogar der Leiden, die wir für Christus auf uns nehmen müssen. Denn wir wissen: Durch Leiden lernen wir Geduld, durch Geduld kommt es zur Bewährung, durch Bewährung festigt sich die Hoffnung. Unsere Hoffnung aber wird uns nicht enttäuschen. Denn dass Gott uns liebt, ist uns unumstößlich gewiss. Seine Liebe ist ja in unsere Herzen ausgegossen durch den Heiligen Geist, den er uns geschenkt hat.“ (Römer 5:3-5). Der Apostel Paulus schreibt nicht nur über die Unvermeidbarkeit des Leidens, sondern wenn diese angenommen wird, sie sogar zu einer erfahrbaren Hoffnung und Freude führen kann. Die Textstelle zeige exemplarisch die grundlegende Übereinstimmung der Notwendigkeit der Akzeptanz von Leid, gehe aber zudem darüber hinaus, als dass die teleologische Ausrichtung im Vergleich zur ACT differiere. In vielen Religionen, so auch im Christentum, ist die Ausrichtung auf ein Leben nach dem Tod eine besondere Hoffnung, die das gegenwärtige Erleben beeinflusst. Dies könne bei belastenden Lebensereignissen als positive Komponente in der Förderung von Resilienz als auch zeitgleich als eine Vermeidungstendenz innerer Prozesse angesehen werden, die vor allem dann zum Tragen komme, wenn der Fokus übermäßig auf das zukünftige Jenseits gelegt wird. In der Therapie kann es infolge sinnvoll sein, die Klientenpersonen zu unterstützen eine akzeptierende Haltung des Hier und Jetzt einzunehmen, ohne das dementsprechende Glaubenssystem das diese Hoffnung trägt, massiv in Frage zu stellen. So sei eine feste Glaubensüberzeugung einer Klientenperson an ein Leben nach dem Tod absolut kein Ausschlussgrund in der ACT. Das Leid werde im Rahmen einer oft besseren, im Christentum vollkommenen Realität, meist erträglicher und tolerabler für die Person (Nieuwsma et al. 2016).

Auf konkrete religiös-adaptierte Übungen in Bezug auf die kognitive Defusion wird in der diskutierten Literatur (ebd.) nur spärlich eingegangen. Dennoch zeigen die Autoren auf, in welchem religiösen Rahmen Defusionstechniken für christliche Klientenpersonen näher gebracht werden können. Hierzu wird die christliche Gnadenlehre herangezogen und als Gegenstück konkurrierender philosophischer Konzeptionen polemisch verständlich gemacht. „Providing committed Christian clients with the meta- cognitive skills to notice and observe their experiences can be useful,

especially in response to Gnostic (e.g., “I am what I believe”) or legalistic (e.g., “I am what I do”) forms of faith. Both can lead to rigid and anxious forms of religious experience.“ (ebd., 209). Da religiöse Menschen, entweder durch eigene Erfahrung oder gekennzeichnet durch eine äußerst kritische Haltung, mit den eben genannten Philosophien häufig vertraut seien, könne hier direkt mittels kognitiver Defusion angesetzt werden, als dass die Technik postuliert, wir sind nicht unsere Gedanken oder unsere Taten. Gedanken sind lediglich Gedanken. Wiederholt kann an dieser Stelle die neutestamentliche Person des Paulus herangezogen werden: „Weshalb unterwerft ihr euch dann von neuem ihren Forderungen und lebt so, als wäre diese Welt für euch maßgebend? Weshalb lasst ihr euch vorschreiben: »Du darfst dieses nicht anfassen, jenes nicht essen und musst dich von ganz bestimmten Dingen fernhalten«? Sie alle sind doch dazu da, dass man sie für sich nutzt und verzehrt. Warum also lasst ihr euch noch Vorschriften von Menschen machen? Möglich, dass manche, die danach leben, den Anschein von Weisheit erwecken. Schließlich glänzen sie mit ihrer selbst erdachten Frömmigkeit, geben sich dabei auch noch bescheiden und schonen bei asketischen Übungen ihren Körper nicht. Doch das alles bringt uns Gott nicht näher, sondern es dient ausschließlich menschlichem Ehrgeiz und menschlicher Eitelkeit.“ (Kolosser 2:20-23). Ein direkter Anknüpfungspunkt ergebe sich durch die eben genannte Gnadenlehre. Sie besagt, dass jedem Menschen Gottes Liebe frei und ohne Bedingung angeboten werde. Durch gute Taten werde sie nicht verdient. Der Lebensweg einer gläubigen Person beginne demnach mit einer akzeptierenden Haltung. Einem Ja zu mir als Menschen. Erst aus dieser bejahenden Gesinnung werden wertbasierte Entscheidungen getroffen, um infolge auf der Handlungsebene ausgeführt zu werden (Nieuwsma et al. 2016). Dieser Zugang unterscheidet sich von der klassischen kognitiven Verhaltenstherapie maßgeblich, da es ebenda, vereinfacht beschrieben, um das Tun, nämlich das aktive Bemühen der Veränderung der dysfunktionalen Gedankenmuster geht. Die ACT befürwortet eine komplementäre Herangehensweise, nämlich: „Stop trying to do something. Observe and accept what is, and then live into your values.“ (ebd., 210).

Zu einem gedanklichen Fusionsprozess beitragend, sei jene Form von Gebet, in der das Erbringen von Leistung in den Mittelpunkt gerückt wird (siehe die eben genannten Konstrukte des Legalismus und Gnostizismus). Jenes Gebet, das die Defusion unterstützt sei charakterisiert durch das Einnehmen einer beobachtenden Vogelperspektive im Hinblick auf Aspekte der bejahenden Beziehung zu Gott. Folgende Fragen, die die Haltung dieses Gebets unterstreichen, können dabei hilfreich sein: „When I repeated these words to God, what did I notice in my body? How was I able to integrate various sensations, sights, and sounds into this prayer experience? Did I push them away as distractions from true prayer, or did I open myself fully to this moment and bring all of my experiences to God?“ (ebd.).

Der dritte elementare Aspekt der ACT nennt sich „Activeness“ und besteht dergleichen aus zwei Kernprozessen: „Values“ und „Committed Action“ (ebd., 62). Werte in der ACT dienen einem zielgerichteten Handeln, in der die Richtung, in die das jeweilige Verhalten zeigt, ein bewusster Akt ist. Dies vermittele der Person die Bedeutsamkeit dieser Handlung und führt zu einem sinnvollen Erleben. In ähnlicher Weise sei bei vielen Religionen, speziell bei der christlichen Religion, das zweckmäßige Handeln, das einem höheren Ziel oder Sinn dient, ein gängiges Konzept (ebd.).

Die Autoren beschreiben vier theoretische Fälle, in denen es, obwohl kongruente Konzepte bestehen, zu Differenzen in der Therapie aufgrund unterschiedlicher sprachlicher Verwendung, kommen kann. Sie nennen es bloße „miscommunication“ (ebd., 214).

Die positive Benennung von Werten in Form von Annäherungszielen, die in einem nächsten Schritt auf der Verhaltensebene ausformuliert werden, ist in der ACT von großer Bedeutung. In den biblischen Schriften sind zum Beispiel acht von den berühmten zehn Geboten, die für tiefgläubige Menschen besonders richtungsweisend sind, negativ formuliert. „Du sollst nicht töten. Du sollst nicht ehebrechen. Du sollst nicht stehlen.“ (Exodus 20:13-15), ist ein kurzer Ausschnitt. Es könne mit der Klientenperson auf Basis dieser Verbote und mit etwas Einfallsreichtum an der Erstellung positiv formulierter Werte gearbeitet werden (Nieuwsma et al. 2016).

Da Werte von Menschen aus ACT-Perspektive frei ausgewählt werden und subjektiv sind, könne das von christlicher Perspektive zu vermeintlichen Problemen führen, da die bestimmten Werte einer religiösen Person, die es zu befolgen gilt, von Traditionen oder biblischen Texten als vorgegeben verstanden werden. Allerdings lasse sich auch zeigen, dass typische christliche Werte gesellschaftlich mitgewachsen seien und über die Zeit unterschiedlich interpretiert worden sind. So eröffnet sich ein Raum zur Reflexion, dass sich noch jede Person für Werte frei entscheidet, auch wenn diese als objektiv und festgesetzt verstanden werden. Es entsteht trotz allem ein Entscheidungsmoment, egal ob die Auswahl an Werten als subjektiv oder objektiv angesehen werden. Dieser Reflexionsprozess als auch die Entscheidung für absolutistisch-gedachte Werte fördere nichtsdestotrotz die psychologische Flexibilität (ebd.). In diesem Absatz fand der zweite als auch der dritte Punkt ihren Platz.

Manch religiöse Tradition könnte aufgrund der vorausgesetzten sündigen *conditio humana* erwidern, dass der freie Wille als Entscheidungsinstrument in dieser Form für oder wider bestimmter Werte nicht existiert oder zumindest als nicht genügend vertrauenswürdig angesehen wird, so dass diesem solch Bedeutsamkeit zugeschrieben werden soll. Die Autoren möchten diese Fehlkommunikation insofern auflösen, als dass Menschen wenigstens die Wahrnehmung haben, als würden sie sich für etwas bewusst entscheiden. Dabei sei es nicht von Relevanz, ob dieses Freiheitsgefühl lediglich eine Illusion oder Wirklichkeit ist (ebd.).

„Committed Action“ kann folgendermaßen auf den Punkt gebracht werden: „In ACT, committed action is “value- in- action,” rather than a construction of self (self- content). As we do what is important to us, this is an end in itself, and not primarily about us *becoming* something.“ (ebd., 215). Der Fokus liege darauf ein Muster an Verhaltensweisen aufzubauen das einem bestimmten Wert dienlich ist. Religiöse Menschen würden diesem Schwerpunkt grundsätzlich zustimmen, das lässt sich zum Beispiel im Brief des Jakobus lesen: „Was nützt es, meine Brüder und Schwestern, wenn einer sagt, er habe Glauben, aber es fehlen die Werke? Kann etwa der Glaube ihn retten?“ (Jakobus 2:14). Die Wichtigkeit sinnvoller und bedeutsamer Taten seien für stark christlich geprägte Menschen mehr als nur Bekannt. Im engagierten Handeln solle

von allen Kernprozessen das Konfliktpotenzial am geringsten sein (Nieuwsma et al. 2016).

Trotz einiger Spannungsfelder, die in diesem Kapitel angeschnitten wurden, ist die ACT als Therapiemethode im Hinblick auf eine religiös-integrierende Adaption eine interessante und legitime Option. Es wurde gezeigt, dass vor allem durch die Grundeinstellung der Akzeptanz der Unvermeidbarkeit von Leid, sowie die Ausrichtung auf persönlich bedeutsame Werte, die Überschneidungen grundlegender religiöser Glaubenssysteme mit der evidenzbasierten ACT zumindest oberflächlich theoretisch als auch teilweise praktisch zu einer produktiven Konvergenz psychotherapeutischer Ansatzpunkte führen können.

Da sich die vorgestellten Interventionen größtenteils auf Typ II in der Einordnung spiritueller Interventionen (Grom 2012) einarbeiten lassen, ergeben sich, ähnlich vieler Methoden des kognitiven Manuals von Nielsen et al. (2001), ethische Bedenken in der Anwendung der beschriebenen Techniken und Anregungen von Kapitel 7.2.2 in Österreich. Dieses Anliegen wurde in Kapitel 6.5 zu Beginn allgemein, dann speziell betreffend die kognitive Verhaltenstherapie als auch zum Schluss die Verhaltensaktivierung, ein Kernprozess der ACT, behandelt.

8. Diskussion und Konklusion

Durch diese Literaturarbeit soll ersichtlich werden, dass die Themen der Religiosität und Spiritualität im psychotherapeutischen Kontext nicht nur angekommen sind, sondern es nach dringender, vertiefter Beschäftigung verlangt, um mit diesen einen professionellen Umgang zu finden. Dies bezieht sich vor allem auf den deutschsprachigen Raum und speziell auf Österreich.

Das viel besprochene Manual der kognitiven Verhaltenstherapie (ebd.) und deren religiös-integrierende Methoden entspringt einige interessante Anregungen, obwohl

diese von einem ethischen Blickwinkel äußerst bedenklich zu betrachten sind. Hierzu wurde auf die österreichische Leitlinie mehrfach eingegangen. Trotzdem wurde es nachvollziehbar, dass dieses im amerikanischen Raum zu mehrfachen Anknüpfungspunkten weiterer religiös-adaptierter Versuche führte, da es in jener Kultur passender zu integrieren ist. Nichtsdestotrotz konnte dadurch besser herausgefiltert werden, wo die Grenzen in der österreichischen psychotherapeutischen Praxis zu ziehen sind.

Durch das Aufgreifen der ACT wurde besonders ersichtlich, inwiefern unterschiedliche Therapierichtungen innerhalb einer Therapiemethode (Verhaltenstherapie) divergieren, obwohl das zu integrierende Thema der Spiritualität und Religiosität weitestgehend gleichgeblieben ist. Doch dadurch konnten erkennbare Unterschiede des Menschenbildes und der Herangehensweise, innerhalb derselben Therapiemethode, erst ausgearbeitet werden. Gleich wie in der Praxis, in der Klientenpersonen keine religiösen Inhalte einbringen, ist es besonders hilfreich, eine Vielfalt an Methoden und Betrachtungsweisen zu kennen, um diese individuell an die Klientenperson anzupassen. Das gilt für Psychotherapie mit oder ohne Einbezug religiöser Themen. So wurde es als bedeutend erachtet, eine Therapiemethode der dritten Welle in dieser Literaturarbeit, wenn auch nur einen kleineren Abschnitt davon, ebenfalls zu behandeln.

Da die ACT eine Methode ist, die stark auf eine gewisse Gesinnung und Haltung bedacht ist, ist es gerade aufgrund vieler überlappender religiöser Konzepte, äußerst schwierig, sie von diesen zu trennen. Dies macht es in ethischer Hinsicht noch komplexer, als es ohnehin schon ist, klare Grenzen aufzustellen und in der Praxis zu wahren. Es ist ferner zu beachten, welche Auswirkungen entstehen, wenn evidenzbasierte Konzepte der ACT in religiöse Sprache umformuliert werden, damit diese besser zu der jeweiligen Person passen. Beziehen sich religiös aufgeladene Begriffe doch, vor allem solche mit reicher und langer Tradition, auf in sich geschlossene Systeme, die sich nicht immer einfach mitzudenken lassen.

Seit der dritten Welle der Verhaltenstherapie und der Aufnahme von achtsamkeitsbasierten Therapiemethoden als auch wertebasierten Modellen wurde die Trennung spiritueller Themen von der Verhaltenstherapie nicht unbedingt deutlicher, sondern eher unschärfer. Meiner Beobachtung nach würde ich es sogar als eine Vermischung mit spirituellen Begriffen, vor allem im anthropologischen Sinne, beschreiben. Allerdings brachte dies wiederum mehr Anregung in die Fachwelt, die es braucht, um dadurch zu konkreteren Richtlinien und Strukturen im Umgang mit diesen komplexen Themen zu finden. Wenn ein Prozess angestoßen wird, hinterfragt dies bestehende Konzeptionen und das führt zu Ungewissheit und, etwas überspitzt ausgedrückt, Chaos. Aber oftmals kann durch jenes Chaos eine neue Form der Differenzierung und Grenzziehung entstehen. In diesem spannenden Gestaltungsprozess befinden wir uns im wissenschaftstheoretischen als auch praktischen Mikrokosmos der Psychotherapie. Durch diese Literaturarbeit erhoffe ich, dass ich auf einige bereits bestehende Erkenntnisse ein neues Licht werfen oder zumindest zwischen den derzeit beweglichen und dehnbaren Elementen der Diskussion der letzten Jahrzehnte neue Verbindungen schaffen konnte, vor allem im Hinblick auf die derzeitige Lage in Österreich.

Wenn es um die tatsächliche Integration von Religiosität in meiner Tätigkeit als Psychotherapeut geht, möchte ich mich wohl dieser Aufgabe stellen. Doch innerlich, so wird mir sukzessive bewusst, stehe ich andauernd auf der Bremse, da das Risiko einer ethischen Grenzverletzung als sehr hoch einzuschätzen ist. Gleichfalls gestaltet es sich in Österreich nicht einfach dementsprechende Fort- oder Weiterbildungen ausfindig zu machen, geschweige denn Supervisor:innen zu eruieren, die von sich behaupten, mit diesem Thema professionell umgehen zu können. Vor allem zu Beginn meiner Tätigkeit mit jener speziellen Zielgruppe wäre mir dies äußerst wichtig.

Hilfreich wäre es darüber hinaus, wenn es für mich klarer nachvollziehbar ist, was denn nun erlaubt ist und was nicht. Erst dann kann die Integration von Religiosität und Spiritualität ohne lähmende und angstbesetzte Anteile, die als Professionistenperson

eher zurückschrecken als einladen erfolgen. Grenzen, die klar und angemessen sind, beflügeln und befreien, als dass sie einengen.

Ich persönlich stellte mir des Öfteren während des Schreibprozesses die Frage, zu welchem Punkt oder Schluss ich nach diesem oder jenem Kapitel oder auch Absatz kommen könnte und musste meistens feststellen, dass sich mir keine einfachen Konklusionen erschlossen. Ich durfte lernen was wissenschaftliches Arbeiten in einem komplexen und ethischen Grenzgebiet mit vielen Überschneidungen mit umliegenden Fachrichtungen bedeutet. Nämlich unterschiedliche Hypothesen und Erkenntnisse nebeneinander stehen zu lassen, diese zu vergleichen, abzuwägen, auf Irrwege geraten, Ungewissheiten auszuhalten, um schlussendlich doch etwas mehr Einsicht zu erlangen. Wenn ich dachte, jetzt habe ich diesen Aspekt verstanden, fand ich eine weitere Studie oder Konzeption, die einen neuen Blickwinkel eröffnete und das vermeintlich klargewordene wieder aufmischte. Dieses ständige Hinterfragen und kritische Reflektieren verhalf zu einer größeren Toleranz im Hinblick auf das Aushalten von Ambiguitäten und Ambivalenzen. Eindimensionale Erklärungsmuster mit absolutem Wahrheitsanspruch stellen bei näherer Betrachtung für gewöhnlich keine seriösen wissenschaftlichen Erkenntnisse in der Psychotherapie und insbesondere in den überschneidenden Gebieten der Spiritualität und Religiosität dar. Von dieser Haltung konnte ich als naturwissenschaftlich geprägter Verhaltenstherapeut in der praktischen Arbeit durchaus profitieren.

Einen klaren ethischen Rahmen für den professionellen Umgang mit Religiosität und Spiritualität in der Psychotherapie in Österreich zu finden, muss derzeit großteils offen bleiben und gilt weiter zu erforschen. Zumindest dann, wenn spirituelle und religiöse Themen in der Psychotherapie nicht einfach getrennt und ausgeschlossen werden möchten. Doch konnte durch die vorliegende wissenschaftliche Arbeit hoffentlich nicht nur ein Wollen in der Leserperson hervorgerufen werden, sondern auch einen Eindruck der Notwendigkeit vermitteln.

6. Literaturverzeichnis

Allwohn, Adolf (1970): *Evangelische Pastoralmedizin. Grundlegung der heilenden Seelsorge*. Stuttgart: Evangelisches Verlagswerk.

Armento, Maria E. A. (2011): *Behavioral activation of religious behaviors: Treating depressed college students with a randomized controlled trial*. University of Tennessee. Dissertation. Verfügbar unter: https://trace.tennessee.edu/utk_graddiss/1052/ (9.9.2025)

Baier, Karl (2006): *Unterwegs zu einem anthropologischen Begriff der Spiritualität*. In: Baier, Karl / Sinkovits, Josef (Hrsg.) (2006): *Spiritualität und moderne Lebenswelt*. Wien: Facultas. 21-44.

Balci-Sentürk, Emine / Freund, Henning (2018): *Zum Imam oder zum Psychotherapeuten?* In: *Spiritual Care* 2018/1, Vol. 7, 45-56. Verfügbar unter: <https://www-degruyter-com.uaccess.univie.ac.at/document/doi/10.1515/spircare-2017-0073/html> (31.10.2025) DOI: <https://doi.org/10.1515/spircare-2017-0073>

Beck, Aaron T. (1976): *Cognitive Therapy and the Emotional Disorders*. Boston: International Universities Press.

Benetka, Gerhard / Slunecko, Thomas (2023): *Geschichte und Paradigmen der Psychologie und Psychotherapie*. Wien: Facultas Verlags- und Buchhandels AG

Bowland, Sharon / Edmond, Tonya / Fallot, Roger D. (2012): *Evaluation of a spiritually focused intervention with older trauma survivors*. In: *Social Work* 2012/1, Vol. 57, 73-82. Verfügbar unter: <https://academic.oup.com/sw/article-abstract/57/1/73/1931474?redirectedFrom=fulltext> (9.9.2025) DOI: <https://doi.org/10.1093/sw/swr001>

Bucher, Anton A. (2007): *Psychologie der Spiritualität. Handbuch*. Weinheim, Basel: Beltz Verlag.

Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz: *Richtlinie zur Frage der Abgrenzung der Psychotherapie von esoterischen, spirituellen, religiösen und weltanschaulichen Angeboten sowie Hinweise für PatientInnen bzw. KlientInnen*. Verfügbar unter: <https://www.sozialministerium.gv.at/Themen/Gesundheit/Medizin-und-Gesundheitsberufe/Berufe-A-bis-Z,-Berufslisten-und-Gesundheitsberuferegister.html> (20.9.2025)

Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz: *Anerkennungsrichtlinie. Kriterien für die Anerkennung als psychotherapeutische Ausbildungseinrichtung gemäß § 7 Psychotherapiegesetz, BGBl. Nr. 361/1990*. Verfügbar unter: <https://www.sozialministerium.gv.at/Themen/Gesundheit/Medizin-und-Gesundheitsberufe/Berufe-A-bis-Z,-Berufslisten-und-Gesundheitsberuferegister.html> (21.9.2025)

Costa, Marianna de Abreu / Moreira-Almeida, Alexander (2021): *Religion-Adapted Cognitive Behavioral Therapy: A Review and Description of Techniques*. In: *Journal of Religion and Health* 2022, Vol. 61, 443-466. DOI: <https://doi.org/10.1007/s10943-021-01345-z> (5.9.2025)

Edwards, Keith J. / Hall, Todd W. / Slater, Will (2001): *Measuring Religion and Spirituality: Where are we and where are we Going?* In: *Journal of Psychology and Theology* 2001/1, Vol. 29, 3-92. Verfügbar unter: <https://journals-sagepub-com.uaccess.univie.ac.at/doi/epdf/10.1177/009164710102900102> (31.10.2025) DOI: <https://doi-org.uaccess.univie.ac.at/10.1177/009164710102900102>

Elkins, David N. (1998): *Beyond Religion: A Personal Program for Building a Spiritual Life Outside the Walls of Traditional Religion*. Wheaton: Quest Books.

Ellis, Albert (1978): *Die rational-emotive Therapie. Das innere Selbstgespräch bei seelischen Problemen und seine Veränderung*. 2. Auflage. München: Verlag J. Pfeiffer.

Ellis, Albert (1980): *Psychotherapy and Atheistic Values: A Response to A. Bergin's „Psychotherapy and Religious Values“*. In: *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1980/5, Vol. 48, 635-639. Verfügbar unter: <http://dx-doi-org.uaccess.univie.ac.at/10.1037/0022-006X.48.5.635> (31.10.2025) DOI: [10.1037/0022-006X.48.5.635](http://dx-doi-org.uaccess.univie.ac.at/10.1037/0022-006X.48.5.635)

Ellis, Albert (1981): *Science, Religiosity, and Rational-Emotive Psychology*. In: *Psychotherapy: Theory, Research and Practice* 1981/1, Vol. 18(2), 155-158. Verfügbar unter: <http://dx-doi-org.uaccess.univie.ac.at/10.1037/h0086074> (31.10.2025) DOI: [10.1037/h0086074](http://dx-doi-org.uaccess.univie.ac.at/10.1037/h0086074)

Ellis, Albert (1992): *My current views on Rational-Emotive Therapy (RET) and religiousness*. In: *Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behavior Therapy* 1992/3, Vol. 10(1), 37-40. Verfügbar unter: <https://rdcu.be/b7Vam> (31.10.2025) DOI: <https://doi-org.uaccess.univie.ac.at/10.1007/BF01245740>

Ellis, Albert (2000): *Can Rational Emotive Behavior Therapy (REBT) Be Effectively Used With People Who Have Devout Beliefs in God and Religion?* In: *Professional Psychology: Research and Practice* 2000, Vol. 31(1), 29-33.

Ellis, Albert (2006): *Post-September 11th perspectives on religion, spirituality, and philosophy in the personal and professional lives of selected REBT cognoscenti; a response to my colleagues*. In: *Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behavior*

Therapy 2006/12, Vol. 24(4), 289-297. Verfügbar unter: <https://link-springer-com.uaccess.univie.ac.at/content/pdf/10.1007/s10942-006-0049-7.pdf> (31.10.2025)

DOI: 10.1007/s10942-006-0049-7

Epiktet (1994): *Handbuch der Moral*. In: Epiktet / Musonius / Nickel, Rainer (Hrsg.) / Teles (1994): *Ausgewählte Schriften*. Griechisch - Deutsch. Herausgegeben und übersetzt von Rainer Nickel. Berlin, Boston: De Gruyter. 7-71.

Freund, Henning (2021): *Gibt es tatsächlich einen „spiritual turn“ in der Psychotherapie? Begriffsgeschichte und empirische Indikatoren im deutschsprachigen Raum*. In: *Cultura & Psyché. Journal of Cultural Psychology* 2020/1-2, Vol. 1, 157-170.

Freund, Henning / Gross, Werner (2016): *Sinnfragen und Religiosität/Spiritualität in der Psychotherapieausbildung*. In: *Psychotherapeutenjournal* 2016/6, Vol. 2, 132-138. Verfügbar unter: <https://link-springer-com.uaccess.univie.ac.at/article/10.1007/s43638-021-00013-z> (31.10.2025) DOI: <https://doi.org/10.1007/s43638-021-00013-z>

Fuller, Robert C. (2001): *Spiritual, but not religious. Understanding unchurched America*. New York: Oxford University Press.

Gatterer, Gerald (Hrsg.) (2022): *Praxis Verhaltenstherapie. Methoden und Anwendungsbeispiele*. Berlin: Springer Verlag.

Grom, Bernhard (2012): *Religiosität/Spiritualität – eine Ressource für Menschen mit psychischen Problemen?* In: *Psychotherapeutenjournal* 2012/9, Vol. 3, S. 194-201.

Hayes, Steven C. / Strosahl, Kelly / Wilson, Kelly G. (1999): *Acceptance and Commitment Therapy: An experiential approach to behavior change*. New York: Guilford Press.

Hodapp, Bastian / Zwingmann, Christian 2018: *Religiosität/Spiritualität und psychische Gesundheit: Zentrale Ergebnisse einer Metaanalyse über Studien aus dem deutschsprachigen Raum*. In: *Spiritual Care* 2018/1, Vol. 7, 69-80. Verfügbar unter: <https://www-degruyter-com.uaccess.univie.ac.at/document/doi/10.1515/spircare-2017-0019/html> (31.10.2025) DOI: <https://doi.org/10.1515/spircare-2017-0019>

Hofmann, Liane / Walach, Harald (2011): *Spirituality and religiosity in psychotherapy — a representative survey among German psychotherapists*. In: *Psychotherapy Research* 2011/2, Vol. 21, 179-192.

Hundt, Ulrike (2003): *Psychotherapie und Spiritualität: eine qualitative Studie über die Integration spiritueller Konzepte und Methoden in die psychotherapeutische Arbeitsweise*. In: *Journal für Psychologie* 2003/4, Vol. 11, 168-386. Verfügbar unter: <https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0168-ssoar-17493> (31.10.2025)

Ipsos (2023): *Global Religion 2023. Religious Beliefs Across the World. A 26-country Global Advisor survey*. Verfügbar unter: <https://www.ipsos.com/sites/default/files/ct/news/documents/2023-05/Ipsos%20Global%20Advisor%20-%20Religion%202023%20Report%20-%2026%20countries.pdf> (13.9.2025)

James, William (1997): *Die Vielfalt religiöser Erfahrung*. 3. Edition. Frankfurt am Main: Insel Verlag.

Jeschke, Karin (2012): *Integration von Spiritualität und Religion in Psychotherapie – eine ethische Herausforderung*. In: *Psychotherapeutenjournal* 2012/2, Vol. 11, 130-131. Verfügbar unter:

Johnson, W. Brad / Tan, Siang-Yang (2005): *Spiritually oriented cognitive-behavioral therapy*. In: Shafranske, Edward P. (Hrsg.) / Sperry, Len (Hrsg.) (2005):

Spiritually oriented psychotherapy. Washington: American Psychological Association. 77-103.

Jones, Stanton L. (1994): *A Constructive Relationship for Religion With the Science and Profession of Psychology. Perhaps the Boldest Model Yet*. In: American Psychologist 1994/3, Vol.49(3), 184-199.

Kaiser, Peter (2007): *Religion in der Psychiatrie: Eine (un)bewusste Verdrängung?* Göttingen: V&R unipress GmbH.

Kammler, Carina (2025): *Die Akzeptanz- und Commitment-Therapie. Impulse für die Seelsorge aus der Kognitiven Verhaltenstherapie*. In: Wege zum Menschen 2025, Vol. 77, 185-198. Verfügbar unter: <https://www-vr-elibrary-de.uaccess.univie.ac.at/doi/10.13109/weme.2025.77.3.185> (31.10.2025) DOI: <https://doi-org.uaccess.univie.ac.at/10.13109/weme.2025.77.3.185>

Koenig, Harold G. / Larson, David B. (2001): *Religion and mental health: evidence for an association*. In: International Review of Psychiatry 2001/2, Vol. 13, 67-78.

Koenig, Harold G. (2008): *Concerns About Measuring „Spirituality“ in Research*. In: The Journal of Nervous and Mental Disease 2008/5, Vol. 196, 349-355.

Koenig, Harold G. / Pearce, Michelle J. / Nelson, Bruce / Shaw, Sally F. / Robins, Clive J. / Daher, Noha S. / Cohen, Harvey Jay / Berk, Lee S. / Bellinger, Denise L. / Pargament, Kenneth I. / Rosmarin, David H. / Vasegh, Sasan / Kristeller, Jean / Juthani, Nalini / Nies, Douglas / King, Michael B. (2015): *Religious vs. conventional cognitive behavioral therapy for major depression in persons with chronic medical illness: A pilot randomized trial*. In: The Journal of Nervous and Mental Disease 2015/4, Vol. 203, 243-251. Verfügbar unter: <https://journals.lww.com/jonmd/abstract/>

[2015/04000/religious_vs_conventional_cognitive_behavioral.3.aspx](https://doi.org/10.1097/NMD.0000000000000273) (9.9.2025) DOI: 10.1097/NMD.0000000000000273

Lenz, Gerhard / Parfy, Erwin / Schuch, Bibiana (2016): *Verhaltenstherapie. Moderne Ansätze für Theorie und Praxis*. 2., vollständig überarbeitete Auflage. Wien: Facultas Verlags- und Buchhandels AG

Margraf, Jürgen (2018): *Hintergründe und Entwicklung*. In: Margraf, Jürgen / Schneider, Silvia (Hrsg.) (2018): *Lehrbuch der Verhaltenstherapie, Band 1: Grundlagen, Diagnostik, Verfahren und Rahmenbedingungen Psychologischer Therapie*. 4. vollständig überarbeitete und aktualisierte Auflage. Berlin/Heidelberg: Springer. 3-36.

Miller, William R. / Rollnick, Stephen (2009): *Motivierende Gesprächsführung*. 3., unveränderte Auflage. Freiburg im Breisgau: Lambertus.

Nielsen, Stevan L. / Johnson, W. Brad / Ellis, Albert (2001): *Counseling and Psychotherapy With Religious Persons: A Rational Emotive Behavior Therapy Approach*. Mahwah, N.J.: Routledge.

Niel-Dolzer, Evelyn (2015): *Spiritualität und Psychotherapie*. In: Systemische Notizen 2015/2, 24-26. Verfügbar unter: https://www.lasf.at/wp-content/uploads/2017/01/SN_15%E2%80%9302_Niel_Dolzer-1.pdf (21.9.2025)

Nieuwsma, Jason A. (Hrsg.) / Walser, Robyn D. (Hrsg.) / Hayes, Steven C. (Hrsg.) (2016): *ACT for Clergy and Pastoral Counselors. Using Acceptance and Commitment Therapy to Bridge Psychological and Spiritual Care*. Oakland: Context Press.

O'Donohue, William (1989): *The (Even) Bolder Model. The Clinical Psychologist as Metaphysician-Scientist-Practitioner*. In: *American Psychologist* 1989/12, Vol. 44(12), 1460-1468.

Pargament, Kenneth I. (1997): *The Psychology of Religion and Coping: The Theory, Research and Practice*. New York / London: Guilford Publications.

Pargament, Kenneth I. (1999): *The Psychology of Religion and Spirituality? Yes and No*. In: *The International Journal for the Psychology of Religion* 1999/1, Vol. 9, 3-16. Verfügbar unter: https://doi.org/10.1207/s15327582ijpr0901_2 (31.10.2025) DOI: 10.1207/ s15327582ijpr0901_2

Pargament, Kenneth I. (2007): *Spirituality Integrated Psychotherapy: Understanding and Addressing the Sacred*. New York: Guilford Press.

Pargament, Kenneth I. / Mahoney, Annette / Exline, Julie J. / Jones, James W. / Shafranske, Edward P. (2013): *Envisioning an Integrative Paradigm for the Psychology of Religion and Spirituality*. In: Pargament, Kenneth I. (Hrsg.) / Exline, Julie J. / Jones, James W. (2013): *APA Handbook of Psychology, Religion and Spirituality (Vol. 1): Context, theory, and research*. Washington, DC: American Psychological Association. 3-19.

Pearce, Michelle J. / Koenig, Harold G. / Robins, Clive J. / Nelson, Bruce / Shaw, Sally F. / Cohen, Harvey J. / King, Michael B. (2015): *Religiously integrated cognitive behavioral therapy: A new method of treatment for major depression in patients with chronic medical illness*. In: *Psychotherapy* 2015/1, Vol. 52, 56-66. Verfügbar unter: <https://psycnet-apa-org.uaccess.univie.ac.at/record/2014-45468-001?doi=1> (9.9.2025) DOI: <https://doi-org.uaccess.univie.ac.at/10.1037/a0036448>

Peng-Keller, Simon (2011): *Theologie der Spiritualität als Hermeneutik des geistlichen Lebens*. In: Geist und Leben 2011/3, Vol. 84, 236-249. Verfügbar unter: https://www.zora.uzh.ch/id/eprint/57204/1/2011_GuL_Peng-Keller.pdf (31.10.2025) DOI: <https://doi.org/10.5167/uzh-57204>

Piron, Harald (2007): *Transpersonale Verhaltenstherapie. Von der Stagnation zur Transformation*. Petersberg: Verlag Via Nova.

Poole, Rob / Cook, Christopher C. H. (2011): *Praying with a patient constitutes a breach of professional boundaries in psychiatric practice*. In: British journal of psychiatry 2011/8, Vol. 199 (2), 94-98. Verfügbar unter: <https://www-cambridge-org.uaccess.univie.ac.at/core/journals/the-british-journal-of-psychiatry/article/praying-with-a-patient-constitutes-a-breach-of-professionalboundaries-in-psychiatric-practice/C271AE2D22CB2C3C92EFD52131E0FC29> (17.10.2025) DOI: <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.111.096529>

Popper, Karl (1961): *The logic of scientific discovery*. New York: Basic Books.

Popper, Karl (1972): *Objective Knowledge: An Evolutionary Approach*. Oxford: Clarendon Press.

Post, Brian C. / Wade, Nathaniel G. (2009): *Religion and Spirituality in Psychotherapy: A Practice-Friendly Review of Research*. In: Journal of Clinical Psychology 2009/2, Vol. 65, 131-146. Verfügbar unter: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/jclp.20563> (12.9.2025) DOI: <https://doi.org/10.1002/jclp.20563>

Richard, Matthias / Freund, Henning (2012): *Religiosität und Spiritualität in der Psychotherapie*. In: Psychotherapeutenjournal 2012/3, Vol. 11, 202-210.

Rosmarin, David H. (2018): *Spirituality, religion, and cognitive-behavioral therapy: A guide for clinicians*. New York: The Guilford Press.

Sinnott, Jan D. (2001): *Introduction: Special Issue on Spirituality and Adult Development, Part 1*. In: *Journal of Adult Development* 2001/4, Vol. 8, 199-200. Verfügbar unter: <https://link-springer-com.uaccess.univie.ac.at/content/pdf/10.1023/A%3A1011353527010.pdf> (31.10.2025) DOI: <https://doi-org.uaccess.univie.ac.at/10.1023/A:1011353527010>

Steffensky, Fulbert (2005): *Schwarzbrot-Spiritualität*. Stuttgart: Radius.

Stephan, Valeska / Utsch, Michael (2016): *Der Einfluss von Religiosität auf die Bereitschaft, Psychotherapie in Anspruch zu nehmen*. In: *Spiritual Care* 2016/1, Vol. 6, 57-68. Verfügbar unter: <https://www-degruyterbrill-com.uaccess.univie.ac.at/document/doi/10.1515/spircare-2016-0204/html> (31.10.2025) DOI: <https://doi.org/10.1515/spircare-2016-0204>

Tan, Siang-Yang (1996): *Religion in Clinical Practice: Implicit and Explicit Integration*. In: Shafranske, Edward P. (1996): *Religion and the Clinical Practice of Psychology*. Washington, DC: American Psychological Association.

Utsch, Michael (1999): *Meine Heimat ist im Himmel. Motive und Hintergründe religiös spiritueller Selbst-Vergewisserung*. In: *Zeitschrift für Individualpsychologie* 1999, Vol. 24, 342-354.

Utsch, Michael (2001): *Ekstase, Erfolg, Erneuerung, Orientierung – Vier Versprechen der Psychoszene*. In: Hempelmann, Rainer (Hrsg. im Auftrag der Evangelischen Zentralstelle für Weltanschauungsfragen) (2001): *Panorama der neuen Religiosität. Sinnsuche und Heilsversprechen zu Beginn des 21. Jahrhunderts*. Gütersloh: Gütersloher Verlagshaus. 95-209.

Utsch, Michael / Bonelli, Raphael M. / Pfeifer, Samuel (2014): *Psychotherapie und Spiritualität. Mit existenziellen Konflikten und Transzendenzfragen professionell umgehen*. Berlin-Heidelberg: Springer-Verlag.

Utsch, Michael (2016): *Spiritualität - Wert der Beziehung*. In: *Der Nervenarzt* 2016/11, Vol. 87, 1152-1162. Verfügbar unter: <https://link-springer-com.uaccess.univie.ac.at/content/pdf/10.1007/s00115-016-0228-4.pdf> (31.10.2025) DOI: <https://doi.org/10.1007/s00115-016-0228-4>

Utsch, Michael / Anderssen-Reuster, Ulrike / Frick, Eckhard / Gross, Werner / Murken, Sebastian / Schouler-Ocak, Meryam / Stotz-Ingenlath, Gabriele (2016): *Empfehlungen zum Umgang mit Religiosität und Spiritualität in Psychiatrie und Psychotherapie*. In: *Spiritual Care: Zeitschrift für Spiritualität in den Gesundheitsberufen* 2017/1, Vol. 6, 141-146. Verfügbar unter: <https://www.degruyterbrill.com/document/doi/10.1515%2Fspircare-2016-0220/pdf?stream=true> (17.10.2025) DOI: 10.1515/spircare-2016-0220

Walker, Donald F. / Moon, Gary W. (2011): *Prayer*. In: Aten, Jamie D. / McMinn, Mark R. / Worthington, Everett L. (2011): *Spiritually Oriented Interventions for Counseling and Psychotherapy*. American Psychological Association: Washington, D.C. 139-168.

Westerink, Herman (2012): *Spirituality in Psychology of Religion: A Concept in Search of Its Meaning*. In: *Archive for the Psychology of Religion* 2012/1, Vol. 34, 3-15. Verfügbar unter: <https://journals-sagepub-com.uaccess.univie.ac.at/doi/epdf/10.1163/157361212X644486> (31.10.2025) DOI: 10.1163/157361212X644486

Willberg, Hans-Arved (2017): *Theorie der Kognitiven Seelsorge*. Ettlingen: KomBi. Verlag für Kompetenz und Bildung.

Willberg, Hans-Arved (2020): *Kognitive Therapie und Seelsorge. Bausteine einer integrativen Konzeption*. In: *Wege zum Menschen* 2020/1-2, Vol. 72(1), 42-54. Verfügbar unter: <https://go.gale.com/ps/i.do?p=AONE&u=43wien&id=GALE%7CA614028664&v=2.1&it=r&sid=AONE&asid=3703> (31.10.2025)

Wolpe, Joseph (1958): *Psychotherapy of reciprocal inhibition*. Stanford: Stanford University Press.

Zhang, Yalin / Young, Derson / Lee, Sing / Zhang, Honggen / Xiao, Zeping / Hao, Wei / Feng, Yongmin / Zhou, Hongxiang / Chang, Doris F. (2002): *Chinese Taoist cognitive psychotherapy in the treatment of generalized anxiety disorder in contemporary China*. In: *Transcultural Psychiatry* 2002/1, Vol. 39, 115-129. Verfügbar unter: <https://journals-sagepub-com.uaccess.univie.ac.at/doi/10.1177/136346150203900105> (9.9.2025) DOI: <https://doi-org.uaccess.univie.ac.at/10.1177/136346150203900105>

Zwingmann, Christian / Klein, Constantin (2012): *Deutschsprachige Fragebögen zur Messung von Religiosität/Spiritualität. Stellenwert, Klassifikation und Auswahlkriterien*. In: *Spiritual Care* 2012/3, Vol. 1, 7-21. Verfügbar unter: <https://www-degruyter-com.uaccess.univie.ac.at/document/doi/10.1515/spircare-2012-0038/pdf?stream=true> (31.10.2025) DOI: <https://doi-org.uaccess.univie.ac.at/10.1515/spircare-2012-0038>


- DE:** Die folgende Eigenständigkeitserklärung muss von allen Studierenden der SFU in die Abschlussarbeiten integriert werden (Bachelor, Master etc.).
- EN:** All SFU students must include the following statement in their thesis or dissertation (Bachelor, Master etc).
- IT:** Ogni studente SFU deve includere la seguente dichiarazione all'interno della propria tesi di laurea (Bachelor, Master ecc).
- SL:** Naslednjo izjavo o samostojnosti morajo vsi študentje SFU-ja vključiti v svoja zaključna dela (Bachelor, Master itd.).
- FR:** La déclaration d'intégrité académique suivante doit être intégrée par tous les étudiants de SFU dans leurs travaux de fin d'études (Bachelor, Master, etc.).

Eigenständigkeitserklärung (DE)

Ich versichere, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig und ohne fremde Hilfe angefertigt habe und ausschließlich jene Literatur, Quellen, Materialien, Hilfsmittel und technischen Werkzeuge (wie bspw Künstliche Intelligenz [KI]) genutzt habe, die im Dokument angegeben sind.

Sämtliche verwendete Literatur, Quellen, Materialien, Hilfsmittel und technischen Werkzeuge wurden von mir gemäß den Vorgaben der SFU dokumentiert und gemäß den Richtlinien wissenschaftlichen Arbeitens zitiert.

Ich versichere darüber hinaus, dass weder ich noch eine andere Person die vorliegende Abschlussarbeit an einer anderen Hochschule oder Universität, auch nicht in einer anderen Sprache oder in einem anderen Studium oder in einer anderen Lehrveranstaltung, als Arbeit eingereicht haben.

Wien, 15.11.2025, 

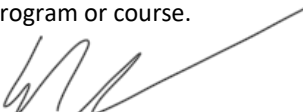
Ort, Datum, Unterschrift

Academic Integrity Statement (EN)

I declare that I have written this thesis without any outside help and that I have used only the literature, sources, materials, aids and technical tools (e.g. artificial intelligence [AI] tools) specified in the text.

The literature, sources, materials, aids and technical tools used in this work have been documented in accordance with SFU guidelines and standards of good research practice.

I also declare that this work has never been submitted to any other higher education institution or university, in any other language, or as part of any other program or course.

Wien, 15.11.2025, 

Place, Date, Signature