

Universität Bielefeld
Fakultät für Psychologie und Sportwissenschaft
Abteilung für Psychologie

**Die Auswirkung meditativer Praxis auf
das professionelle Selbstverständnis von Psychotherapeuten**

Diplomarbeit

dem Prüfungsausschuß zur Diplomprüfung vorgelegt von
Sarah Langen

Betreuer und Erstgutachter: Prof. Dr. Wilfried Belschner (Universität Oldenburg)

Zweitgutachter: Prof. Dr. Diether Höger (Universität Bielefeld)

Bielefeld, im Januar 2004

Die großen Geheimnisse sind keine Rätsel,
für die es eine bestimmte Lösung gibt.
Um in sie einzudringen,
muß man sich von ihnen verwandeln lassen.

Michael Ende

Inhaltsverzeichnis

1 Einleitung	1
2 Theoretische Grundlagen	5
2.1 <i>Zum Verhältnis von Psychotherapie und Spiritualität</i>	5
2.1.1 Die Notwendigkeit eines Dialogs.....	5
2.1.2 Das Phänomen Spiritualität.....	6
2.1.2.1 Der Begriff Spiritualität.....	6
2.1.2.2 Spiritualität und Bewußtsein.....	7
2.1.2.3 Die epistemologische Problematik.....	9
2.1.3 Das Spannungsfeld zwischen Psychotherapie und Spiritualität.....	11
2.1.4 Die Perspektive der Transpersonalen Psychotherapie.....	15
2.1.5 Die transpersonale Perspektive in der Allgemeinen Psychotherapie..	17
2.1.5.1 Das Modell der Allgemeinen Psychotherapie.....	17
2.1.5.2 Die Erweiterung um die transpersonale Perspektive.....	19
2.2 <i>Perspektiven auf den Gegenstand der Meditation</i>	24
2.2.1 Die Uneindeutigkeit des Begriffs Meditation.....	24
2.2.2 Die Meditationstechnik.....	25
2.2.3 Zielebenen.....	26
2.2.3.1 Zielebene 1: Entspannung.....	27
2.2.3.2 Zielebene 2: Selbstexploration.....	28
2.2.3.3 Zielebene 3: Bewußtseinswandel.....	30
2.2.4 Negative Auswirkungen.....	32
2.2.5 Das Konstrukt Meditationstiefe und meditative Entwicklung.....	33
2.3 <i>Die transpersonale Perspektive im professionellen Selbstverständnis von Psychotherapeuten</i>	36
2.3.1 Das professionelle Selbstverständnis als Konstruktion.....	36
2.3.2 Empirische Forschung zur Spiritualität von Psychotherapeuten.....	39
2.3.3 Das professionelle Selbstverständnis transpersonal orientierter Therapeuten.....	40
2.3.3.1 Allgemeine Darstellung.....	40
2.3.3.2 Empirische Forschung.....	42
2.3.4 Professionalität und Integrale Kompetenz.....	44
2.3.5 Meditation als Praxis für den Psychotherapeuten.....	46
3 Problemstellung	49

4 Methode.....	51
4.1 <i>Begründung einer im Schwerpunkt qualitativen Methode</i>	51
4.1.1 Prinzipien qualitativer Forschung	51
4.1.2 Erweiterung um einen quantitativen Ansatz	53
4.2 <i>Der Untersuchungsplan</i>	53
4.3 <i>Datenerhebung</i>	55
4.3.1 <i>Qualitative Datenerhebung</i>	55
4.3.1.1 Das problemzentrierte Interview.....	55
4.3.1.2 Instrumente der qualitativen Datenerhebung	56
4.3.1.3 Auswahl und Rekrutierung der Interviewpartner/innen	59
4.3.1.4 Durchführung der Interviews	60
4.3.2 <i>Quantitative Datenerhebung</i>	62
4.3.2.1 Untersuchungsinstrumente	62
4.3.2.2 Personenstichprobe	63
4.4 <i>Datenauswertung</i>	63
4.4.1 <i>Qualitative Datenauswertung</i>	63
4.4.1.1 Qualitative Inhaltsanalyse	63
4.4.1.2 Ablauf der qualitativen Datenauswertung	64
4.4.2 <i>Quantitative Datenauswertung</i>	72
4.4.2.1 Statistische Verfahren	72
5 Ergebnisse und Interpretation	73
5.1 <i>Qualitative Ergebnisse und Interpretation</i>	73
5.1.1 Vorstellung der Therapeuten und Therapeutinnen.....	73
5.1.2 Der meditative Übungsweg.....	78
5.1.2.1 Die Übung.....	78
5.1.2.2 Meditative Tiefebereiche	79
5.1.2.3 Bindung der Meditation an eine Religion	86
5.1.3 <i>Meditativer Übungsweg und professionelles Handeln</i>	88
5.1.3.1 Auswirkungen der Meditation auf das therapeutische Beziehungsangebot.....	89
5.1.3.2 Auswirkungen der Meditation auf das Vorgehen in der Intervention	95
5.1.3.2.1 <i>Interventionstechniken</i>	95
5.1.3.2.2 <i>Die therapeutische Grundhaltung</i>	98
5.1.3.3 Auswirkungen der Meditation auf das Vorgehen in der Diagnostik	103
5.1.3.4 Auswirkungen der Meditation auf die Formulierung der Therapieziele	105
5.1.3.5 Übersicht: Meditative Bewußtseinszustände in der Therapie	107
5.1.4 Die transpersonale Perspektive in der Psychotherapie.....	108

5.1.4.1 Das Menschenbild der Therapeuten und Therapeutinnen	108
5.1.4.2 Thematische Berührungspunkte	109
5.1.4.3 Gefahren von Spiritualität in der Psychotherapie	110
5.1.4.4 Möglichkeiten der Integration spiritueller Anliegen in die Psychotherapie	111
5.1.4.5 Die Konstruktion des Behandlungsmodells.....	112
5.1.5 Die Entwicklung des professionellen Selbstverständnisses	116
5.1.5.1 Die Entwicklungslinie	117
5.1.5.2 Andere Erfahrungen und Einflußfaktoren	119
5.1.5.3 Die Auswirkung meditativer Praxis auf das professionelle Selbstverständnis im Kontext professioneller Entwicklung	121
5.2 <i>Quantitative Ergebnisse und Interpretation</i>	123
5.2.1 Demographische Angaben	123
5.2.2 Angaben zur therapeutischen Tätigkeit und zur meditativen Praxis	124
5.2.3 Mittelwertvergleiche	125
5.2.4 Korrelationsanalyse.....	126
6 Zusammenfassung.....	129
7 Diskussion und Ausblick	133
7.1 <i>Diskussion der Methode</i>	133
7.1.1 Subjektivität und Selbstreflexivität im Forschungsprozeß.....	133
7.1.2 Gütekriterien.....	135
7.1.3 Angemessenheit der methodischen Zugänge	139
7.1.3.1 Datenerhebung.....	139
7.1.3.2 Datenauswertung	140
7.2 <i>Diskussion der Ergebnisse</i>	141
7.2.1 Grenzen, Widersprüche und Erklärungsmöglichkeiten	141
7.2.2 Inhaltliche Perspektiven: Die Dimension des Bewußtseins im professionellen Handeln von Psychotherapeuten	144
7.3 <i>Forschungsausblick</i>	147
8 Literaturverzeichnis.....	149
Anhang	159
Erklärung.....	185

1 Einleitung

In der um das Jahr 1100 n.u.Z. in Japan (Engel 1999) aufgetauchten Bildgeschichte vom Ochsen und seinem Hirten wird der meditative Weg des Zen als innerer Wandlungsweg symbolisch dargestellt. Die Bildgeschichte veranschaulicht die Stadien der spirituellen Suche eines Menschen nach seiner wahren Identität. In dem zum zehnten und letzten Bild zugehörigen Vers heißt es über den Hirten:

„Mit offenen Händen und nackten Füßen kommt er auf den Markt.

Mit Staub und Ruß verschmiert das lachende Gesicht.

Ohne übernatürliche Künste oder göttliche Kräfte zu benutzen,

bringt er verdorrte Bäume im Nu zum Blühen.“

(zitiert nach Haduch 2000, S.17)

Dieser Zustand wird als Ziel der inneren Wandlung des meditativen Weges dargestellt. Offenbar beschreibt dieser Vers einen Menschen, der mitten im Leben steht. Er hat nichts vordergründig Heiliges oder Erhabenes an sich, sondern ist vielmehr selbst beschmutzt, doch dazu glücklich lachend. Er kommt so wie er ist, ohne eine Rolle zu spielen, mit nackten Füßen und seine Hände in geöffneter Haltung, bereit zu geben. Indem er die vertrockneten Bäume von einem Moment zum anderen zum Blühen bringt, vollbringt er ganz unscheinbar und ohne Anstrengung ein Wunder. Dazu benutzt er keine Kräfte, die außerhalb seiner selbst liegen. Er *ist* einfach. Seine bloße Präsenz, seine Art zu sein, läßt seine Umgebung lebendig werden.

Wenn im Hinblick auf die Thematik der vorliegenden Arbeit die Symbolik dieses Bildes auf die Situation eines Psychotherapeuten^{1,2}, der einen meditativen Weg geht, übertragen wird, zeigt sich die mögliche Relevanz meditativer Praxis für das psychotherapeutische Handeln. Es ergibt sich daraus, daß³ der meditative Weg in einen Zustand

¹ Sofern keine konkreten Personen angesprochen sind, wird in der vorliegenden Arbeit die maskuline Sprachform verwendet, die semantisch beide Geschlechter meint. Werden konkrete Personen angesprochen (im empirischen Teil), wird aus Achtung vor den weiblichen Untersuchungsteilnehmerinnen sprachlich zwischen den Geschlechtern differenziert, auch wenn dies umständlich erscheinen mag.

² Statt *Psychotherapeut*, *Psychotherapie* und *psychotherapeutisch* werden im folgenden auch die Begriffe *Therapeut*, *Therapie* und *therapeutisch* verwendet.

³ Diese Arbeit ist in der bisher gültigen ‚Alten Rechtschreibung‘ abgefaßt, da bis zum endgültigen Inkrafttreten der ‚Neuen Rechtschreibung‘ noch wesentliche Änderungen zu erwarten sind. Zitate werden in der im Original verwendeten Form wiedergeben.

führen will, der als eine *heilende Seinsweise* bezeichnet werden kann. Dabei könnte das Bild vom Hirten als eine Art Leitbild fungieren. Es legt die Idee nahe, daß durch den meditativen Weg ein Wandel in der Seinsweise des Therapeuten stattfindet, der für die therapeutische Praxis von besonderer Bedeutung sein könnte, da die sich entwickelnde Seinsweise heilend wirkt.

Allerdings läßt die Psychotherapieforschung die im Bild des Hirten mit der Seinsweise angesprochene Dimension des Bewußtseins des Psychotherapeuten als wirkrelevante Dimension bisher weitgehend unberücksichtigt. Zwar fordern zahlreiche Autoren eine Schulung des Bewußtseins des Therapeuten durch meditative Wege, die Auswirkungen auf die therapeutische Praxis bleiben jedoch bisher weitgehend ohne empirischen Nachweis.

Daher will diese Arbeit die Dimension des Bewußtseins im therapeutischen Handeln thematisieren. Es wird der Frage nachgegangen, auf welche Weise sich Meditation als eine Methode zur Bewußtseinsschulung auf das professionelle Handeln von Psychotherapeuten auswirkt. Dabei wird davon ausgegangen, daß sich das Bewußtsein des Therapeuten in seiner Sicht der Wirklichkeit der Psychotherapie und seinem damit verbundenen Selbstverständnis ausdrückt. Somit kann für diese Arbeit die allgemeine Zielvorstellung formuliert werden, mögliche Wirkzusammenhänge zwischen der meditativen Praxis und dem professionellen Selbstverständnis von Psychotherapeuten herauszuarbeiten.

Da Meditation auch eine spirituelle Praxis ist, folgt daraus, daß sich ein meditierender Psychotherapeut in dem Spannungsfeld zwischen den Bereichen von Psychotherapie und Spiritualität bewegt. Dies wirft die Frage auf, auf welche Weise spirituelles Sein und professionelles Handeln einander durchdringen und inwiefern dem Psychotherapeuten eine Art Brückenfunktion zwischen diesen beiden Bereichen zukommt. Daher kann die Problemstellung dieser Arbeit um die Frage erweitert werden, ob oder wie die Bereiche von Psychotherapie und Spiritualität im professionellen Selbstverständnis integriert werden.

Der Bereich der Spiritualität ist mit vielen Vorurteilen belastet, was dazu führt, daß dieser Bereich in der Psychologie und Psychotherapie weitgehend ausgegrenzt wird. Mein Anliegen für diese Arbeit geht dahin, die elementare Bedeutung des Bereichs der Spiri-

tualität und der spirituellen Praxis für die Psychologie und Psychotherapie herauszustellen und durch einen wissenschaftlichen Zugang zu diesem Thema einen Beitrag für die Akzeptanz dieser Thematik zu leisten. Allerdings erscheint mir dieses Vorhaben wie eine Gratwanderung, bei der auf der einen Seite die Forderung nach Wissenschaftlichkeit zu erfüllen ist und auf der anderen Seite der Bereich der Spiritualität nicht auf das empirisch Nachweisbare reduziert werden soll und kann.

Aus den bisherigen Überlegungen ergeben sich zwei Fragestellungen, die die allgemeine Problemstellung dieser Arbeit umreißen:

- (1) Wie beschreiben Therapeuten, die einer meditativen Praxis nachgehen, den Wirkungszusammenhang zwischen ihrer meditativen Praxis und ihrem professionellen Selbstverständnis?
- (2) Inwieweit integrieren Therapeuten die Bereiche von Psychotherapie und Spiritualität in ihrem Selbstverständnis?

Die sehr offen gehaltene Problemstellung dieser Arbeit soll dem explorativen Charakter dieser Untersuchung gerecht werden.

Der wissenschaftliche Zugang wird zunächst durch eine theoretische Systematisierung und Elaboration der Thematik hergestellt. Zunächst wird ein allgemeiner Bezugsrahmen entwickelt, indem auf das Verhältnis von Psychotherapie und Spiritualität in seinen Gemeinsamkeiten, Unterschieden, Widersprüchen und Möglichkeiten eingegangen wird. Besonderer Wert wird dabei auf die transpersonale Perspektive als einer Möglichkeit der Integration gelegt. Anschließend werden verschiedene Perspektiven auf den Gegenstand der Meditation entwickelt, wobei im Vordergrund die Differenzierung verschiedener Zielebenen steht, um eine einseitige oder reduktive Sichtweise zu umgehen. Darüber hinaus wird die dem empirischen Teil zugrunde liegende Theorie meditativer Tiefbereiche des Bewußtseins eingeführt. Um die Fragestellung dieser Arbeit zu fokussieren, wird schließlich das professionelle Selbstverständnis von Psychotherapeuten unter dem Aspekt der transpersonalen Perspektive behandelt. Außerdem werden die Möglichkeiten meditativer Praxis für den Psychotherapeuten dargestellt.

Der empirische Teil dieser Arbeit basiert auf zwei methodischen Zugängen. Im zentralen ersten Abschnitt werden auf der Grundlage von Interviews mit meditierenden Psy-

chotherapeuten und Psychotherapeutinnen subjektive Theorien zu den Wirkzusammenhängen zwischen der meditativen Praxis und dem professionellen Handeln ermittelt sowie Aspekte einer transpersonalen Perspektive im professionellen Selbstverständnis der Therapeuten und Therapeutinnen herausgearbeitet. Im zweiten Abschnitt wird mit Hilfe einer Fragebogenerhebung der Frage nachgegangen, ob über die subjektiven Wirkzusammenhänge hinaus ein Zusammenhang zwischen der meditativen Praxis, der Dimension des Bewußtseins und einer transpersonalen Perspektive im professionellen Selbstverständnis von Psychotherapeuten feststellbar ist.

Abschließend werden die methodischen Zugänge sowie die Ergebnisse diskutiert und in einen größeren Zusammenhang gestellt.

2 Theoretische Grundlagen

2.1 Zum Verhältnis von Psychotherapie und Spiritualität

Nachdem zunächst die Notwendigkeit eines Dialogs zwischen den Bereichen von Psychotherapie und Spiritualität begründet wird, soll eine Perspektive auf das Phänomen Spiritualität entwickelt werden. Auf diesem Hintergrund wird das Spannungsfeld zwischen den Bereichen von Psychotherapie und Spiritualität diskutiert, um dann die transpersonale Perspektive als eine Möglichkeit der Integration darzustellen. Dies wird am Beispiel der theoretischen Integration ausgewählter Aspekte der transpersonalen Perspektive in die Allgemeine Psychotherapie verdeutlicht.

2.1.1 Die Notwendigkeit eines Dialogs

Auf der einen Seite werden Psychotherapie und Spiritualität wie zwei getrennte Bereiche behandelt und dieses Vorgehen zu einer notwendigen Norm erklärt (Köthke, Rückert & Sinram 1999). Dabei wird das Phänomen *Spiritualität* in den Psychotherapiemodellen weitgehend ausgeklammert, so daß in diesem Zusammenhang von einer „*spirituellen Blindheit*“ (Belschner 2002c, S.84) gesprochen werden kann. Belschner (2002b, 2002c) macht deutlich, daß diese Position kulturabhängig zu begreifen ist. Spiritualität scheint zu einer wissenschaftlich fundierten Psychotherapie geradezu im Widerspruch zu stehen, was darin begründet liegen mag, daß Spiritualität als ein der Wissenschaft nicht zugängliches Phänomen betrachtet wird.

Es ist allerdings nicht abzustreiten, daß Spiritualität für viele Menschen einen bedeutenden Bereich ihres Erlebens darstellt (West 2000), so daß auf der anderen Seite die Integration spiritueller Anliegen in die wissenschaftliche Psychologie, deren Gegenstand das menschliche Verhalten, Erleben und Bewußtsein ist (Zimbardo 1995), als Forderung formuliert werden kann, was zahlreiche Autoren (Belschner 2000, 2002a, 2002b, 2000c, Bergin & Jensen 1990, Helg 2000, Hundt 2000, Huth 2000, Payne 1992, Richards & Bergin 1997, Schreurs 2002, Shafranske & Malony 1990, Turner 1993, Thorne 1997, Walch 2001, West 2000) auch tun.

Es lassen sich einige Anzeichen für einen Wandel in diese Richtung festmachen. Beispielsweise wird dies im Bereich der Diagnostik deutlich durch die Einführung der Ka-

tegorie *religiöses und spirituelles Problem* im DSM IV, wobei hier weiterer Bedarf besteht, psycho-spirituelle Probleme zu differenzieren (Belschner & Galuska 1999, Turner 1993). Belschner und Galuska (1999) zeigen, daß der Psychotherapeut für die meisten Menschen in einer spirituellen Krise der bedeutendste Ansprechpartner ist. Außerdem findet der positive Einfluß von Spiritualität auf die psychische und physische Gesundheit zunehmend Beachtung (Astin 1997, Belschner 2001, 2002b, Falk 2002, Yeginer 2000b).

Allerdings sollte die Forderung nach Integration spiritueller Anliegen in die Psychotherapie nicht mit einer Verwässerung der Unterschiede und jeweils eigenen Qualitäten der Bereiche von Psychotherapie und Spiritualität verwechselt werden.

2.1.2 Das Phänomen Spiritualität

2.1.2.1 Der Begriff Spiritualität

Spiritualität (lat. spiritus= Geist) oder *Mystik*⁴ kann als ein „*religiöses Urphänomen*“ (Köthke et al. 1999, S.155) bezeichnet werden, das psychologisch als „*Disposition zur Mystik*“ (S.160) gedeutet werden kann. Allerdings ist der Begriff Spiritualität keineswegs eindeutig. Abhängig von der Perspektive der Betrachtung wird er mit sehr unterschiedlichen Bedeutungen versehen. Aus diesem Grund soll auch die vorliegende Darstellung nur als eine von vielen möglichen Perspektiven verstanden werden. Eine weitere Schwierigkeit besteht darin, daß der Begriff etwas anspricht, was jenseits von Worten zu liegen scheint. Unter dem Etikett ‚Spiritualität‘ existieren kuriose Vermischungen mit Okkultismus, Esoterik, Parapsychologie, Spiritismus oder auch bestimmten religiösen Glaubenssystemen. In ihrem Kern betrifft Spiritualität aber nichts weiter als das Rätsel der eigenen Existenz. So ließ beispielsweise Ramana Maharshi, ein bedeutender indischer spiritueller Lehrer, seine Schüler nur immer wieder die eine Frage stellen: Wer bin ich? (Helg 2000). In diesem Sinne bedeutet Spiritualität das unablässige Ergründen des eigenen innersten Wesens. Diese Haltung erschöpft sich nicht in interlektuellen Überlegungen, sondern führt zu einer Lebenseinstellung,

⁴ Die Begriffe Spiritualität und Mystik werden in der vorliegenden Arbeit synonym verwendet.

„... die sich auf das All-Eine, das umgreifende eine Sein bezieht, das den Menschen als unfaßbares Geistiges -spiritus, pneuma- erscheint. Es gibt für dieses Eine viele Namen und Bewußtseinsgestalten: Gott, Gottheit, Tao, Brahman, Buddha-Natur, Großer Geist. Von diesem Einen gibt es jedoch kein gesichertes Wissen, es kann jedoch in ahnungsvoller Schau und als ergreifende Erfahrung lebensführend sein. Für den spirituellen Menschen ist diese göttliche Dimension gleichzeitig Ursprung und Ziel.“ (Scharfetter 1999, S.22)

Dabei ist die Ausrichtung auf dieses Eine identisch mit dem Ergründen des eigenen innersten Wesens, was in der Erfahrung begründet liegt, „ daß die wahre Natur, der Kern, die Substanz unseres Wesens (Atman) dieses umgreifende Eine ist ...“ (Scharfetter 1991, S.1). In diesem Sinne bezeichnet Spiritualität eine zutiefst verinnerlichende Haltung.

In der spirituellen Lebenseinstellung steht die Hermetik, das Innewerden als ein Erfahren des Seienden, im Mittelpunkt (Köthke et al. 1999). Insofern meint Spiritualität sowohl das Bedürfnis als auch die Fähigkeit der Psyche, die Welt nicht nur faktisch-realistisch, sondern auch geistig-beseelt wahrzunehmen (Riedel 2001). Spiritualität ist nicht von äußeren Strukturen abhängig und im Gegensatz zur *Religion* nicht an eine bestimmte Konfession, Organisation und damit verbundene Glaubenssätze gebunden, weshalb sie grundsätzlich als *transkonfessionell* bezeichnet werden kann (Jäger 1999, 2000).

Die spirituelle Lebenshaltung ist gekennzeichnet durch eine von Achtsamkeit geprägte Orientierung am gegenwärtigen Moment sowie durch ein Gefühl der Verbundenheit mit allem Seienden, das sich in Mitgefühl und einer daraus erwachsenen Ethik ausdrückt (Helg 2000). Sie meint, sich „*persönlich, radikal, achtsam und ohne Vorurteile auf die Wirklichkeit einzulassen*“ (Küstenmacher 2003, S.16). Daher führt echte Spiritualität nicht zu Weltflucht, sondern zu einem aus der Erfahrung der Verbundenheit entstehendem Engagement (Jäger 1995, Sölle 2000).

2.1.2.2 Spiritualität und Bewußtsein

„Unser normales Wachbewußtsein... ist nur eine besondere Form von Bewußtsein, während rundum, nur durch dünnste Schleier getrennt, völlig andere Formen von Bewußtsein liegen.“ (James 1956, zitiert nach Zundel 1989)

Zum Phänomen des Bewußtseins gibt es verschiedene Perspektiven und Zugänge (Häcker & Stapf 1998), wobei das Phänomen an sich im Sinne der Leib-Seele-Problematik als weitgehend ungeklärt gelten kann. Unter Bewußtsein kann die besonde-

re Art des unmittelbaren Gewahrseins verstanden werden (Häcker & Stapf 1998). Mechsner (1998) bezeichnet Bewußtsein als das „*innere Erleben, das unsere Existenz als Person bedeutet*“ (Mechsner 1998, S.64). Insofern ist die spirituelle Frage nach der eigenen Existenz unauflösbar mit dem Bewußtsein verknüpft:

„*Spiritualität heißt eine Haltung, eine Lebensführung der Pflege, Entwicklung, Entfaltung, Öffnung des eingeschränkten Alltagsbewußtseins hinaus über den Ego- und Personbereich in einen individuumsüberschreitenden, transzendierenden, deshalb transpersonal genannten Bewußtseinsbereich*“. (Scharfetter 1991, S.1)

Von zentraler Bedeutung erscheint die Unterscheidung zwischen verschiedenen Bewußtseinszuständen. Häcker und Stapf (1996) verstehen unter einem Bewußtseinszustand verschiedene Bewußtseinsgrade von der Bewußtlosigkeit bis hin zur Stufe höchster Bewußtseinsklarheit. Scharfetter (1991) unterscheidet zwischen dem *Alltagsbewußtsein* und dem *transpersonalen Bewußtseinsbereich*⁵ (vgl. auch Assagioli 1998). Das Alltagsbewußtsein entspricht einem Wirklichkeitsmodell, in dem die Kategorien von Raum, linearem Zeitablauf, Trennung von Subjekt und Objekt und von Kausalität gelten. Im Alltagsbewußtsein erlebt das Individuum seine Personhaftigkeit, weshalb es auch als *personales Bewußtsein* bezeichnet wird. Der transpersonale Bewußtseinsbereich bezeichnet einen Bereich des Bewußtseins erhöhter Wachheit, in dem die Personhaftigkeit mit ihrem raumzeitlich bedingten Bewußtseinszentrum des Ich überschritten wird auf etwas Überindividuelles hin. In Abgrenzung zum Unterbewußtsein ist der transpersonale Bewußtseinsbereich durch eine erhöhte Klarheit und Wachheit (statt Herabsetzung der Wachheit z.B. im Traumbewußtsein als einen Bereich des Unterbewußtseins) sowie durch die Möglichkeit der Eigensteuerung gekennzeichnet. Weis (2001) verwendet den Begriff transpersonal für Zustände, die sich von der vertrauten Wahrnehmung der ersten Person (z.B. ich fühle) deutlich unterscheiden und als ein Über-die-Person-hinaus erlebt werden. Insofern ist der Terminus transpersonal als ein relationaler Begriff auf das Personale als Bezugsmaßstab bezogen. Weis (2001) zufolge sollen nur solche Zustände als transpersonal bezeichnet werden, bei denen die persona-

⁵ Auf die Problematik des Verschwimmens der Begriffe *spirituell* und *transpersonal* weist Scharfetter (1999) hin. Demnach hat vieles Transpersonale mit Spiritualität im achtungsvollen, ernsten Sinne wenig zu tun. In der vorliegenden Arbeit werden die Begriffe dennoch im Sinne der dargestellten Perspektive weitgehend synonym verwendet, wobei der Begriff *transpersonal* die psychologisch-integrierende Perspektive herausstellen soll.

len Kompetenzen nicht verloren gehen, so daß sich transpersonale Zustände von pathologischen Zuständen differenzieren lassen. Ein weiteres Kriterium für die Definition eines transpersonalen Bewußtseinszustands besteht in dem eindeutig positiven Erleben.

Erfahrungen im transpersonalen Bewußtseinsbereich werden von den spirituellen Traditionen übereinstimmend beschrieben z.B. als das Gefühl einer tiefen und umfassenden Verbundenheit, Zeitlosigkeit, Wachheit, Weite, Stille, Demut oder Liebe (Belschner 2002a) bis hin zur Auflösung der Subjekt-Objekt-Spaltung (Nondualität) im „*Erleben der Einheit der eigenen Identität mit der Ersten Wirklichkeit*“ (Jäger 2000, S.33).

In Abbildung 1 ist das zugrunde gelegte Bewußtseinsmodell dargestellt. Der transpersonale Bewußtseinsbereich ist in diesem Modell als Überbewußtsein bezeichnet.

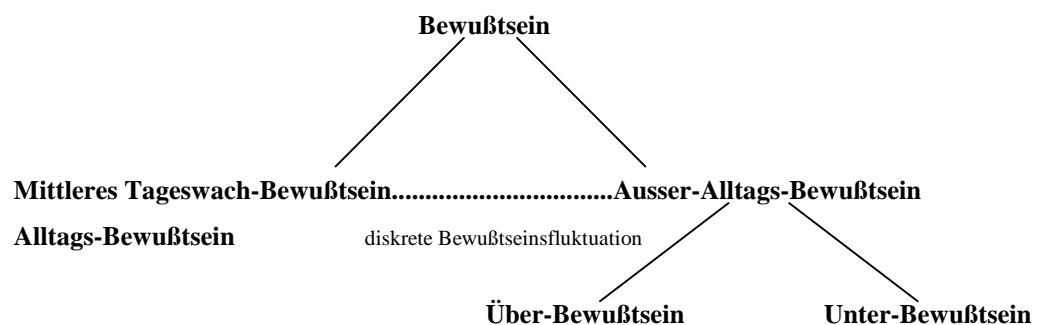


Abb.1: Bewußtseinszustände (Scharfetter 1991)

2.1.2.3 Die epistemologische Problematik

Solange die Öffnung des Bewußtseins über das Alltagsbewußtsein hinaus in den transpersonalen Bewußtseinsraum als subjektive Erfahrung bewertet wird, erhält die transpersonale Erfahrung einen Als-ob-Charakter (Weis 2001), bei der es sich im Sinne des Konstruktivismus (Watzlawick 1998) ‚nur‘ um eine von vielen möglichen Konstruktionen von Wirklichkeit handelt. Jäger (2000) allerdings bezeichnet es als ein Vorurteil, daß mystische (transpersonale) Erfahrungen subjektiv sind:

„Die Wirklichkeit, die wir für wirklich halten, ist nicht die wirkliche Wirklichkeit. Die wirkliche Wirklichkeit erschließt sich uns erst dann, wenn wir unser alltägliches Ich-Bewusstsein verlassen und in eine höhere Bewusstseinsphäre eintreten. Diese Bewusstseinsphäre kann man –im Unterschied zum personalen Bewußtsein der Ich-Sphäre– als transpersonales Bewusstsein bezeichnen.“ (Jäger 2000, S.32)

Somit wird die transpersonale Erfahrung zu einer Wirklichkeitserfahrung. Wilber (1991) spitzt diese Sichtweise zu, indem er formuliert, „...daß der *GEIST* [Synonym für *Bewußtsein, S.L.*] allein die Absolute Wirklichkeit ist...“ (Wilber 1991, S.56). Saum-Aldehoff (1995, 2003) hält dem entgegen, daß ein „solch exklusiver Zugang zum ‚*Transpersonalen*‘“ (1995, S.32) dem Menschen nicht gegeben ist. Da die vom Gehirn vorgegebenen Erlebnismöglichkeiten nicht gesprengt werden können und für den Menschen die einzig zugängliche Welt darstellen, sind sowohl das Ich als auch die Ichlosigkeit Produkte einer Wirklichkeit, „*deren Kategorien und Grenzen vom Gehirn vorgegeben werden*“ (S.32). Damit setzt er das Gehirn mit Bewußtsein gleich.

Hier treffen verschiedene Paradigmen aufeinander, die als Materialismus (das Bewußtsein ist Produkt der Materie) vs. Spiritualität (die Materie ist Produkt des Bewußtseins bzw. Überwindung der Dualität von Geist und Materie) zu bezeichnen sind. Während auf der einen Seite die unmittelbare Erfahrung des Bewußtseins als absolute Erkenntnisquelle betrachtet wird, wird auf der anderen Seite das rational-materialistische Denken dazu erklärt.

An dieser Stelle soll es nicht darum gehen, wissenschaftliche Belege für die eine oder andere Position anzuführen, sondern den in der vorliegenden Arbeit vertretenen Umgang mit dieser Problematik zu explizieren. Der wissenschaftliche Diskurs ist im Sinne der oben dargestellten Systematik an die Regeln des Alltagsbewußtseins gebunden, weshalb die nonduale Erfahrung der empirischen Forschung nur als subjektive Erfahrung zugänglich ist. Aus diesem Grund wird in der vorliegenden Arbeit ein phänomenologischer Zugang zum Transpersonalen gewählt, wie es z.B. Weis (2001) fordert.

Da der wissenschaftliche Diskurs allerdings nur innerhalb seines Paradigmas Gültigkeit besitzt, kann er keine Aussage über den Wirklichkeitsgehalt einer spirituellen Erfahrung machen, da dies eine unzulässige Grenzüberschreitung (d.h. die Anwendung eines Paradigmas auf einen Bereich, in dem es keine Gültigkeit besitzt) und damit verbundene Reduktion beinhalten würde. Die Lösung des Konflikts ist letztlich im dualen Denken nicht möglich, sondern bleibt der spirituellen Erfahrung vorbehalten.

Dieser Standpunkt soll mit dem Modell der vier Quadranten von Wilber (1997, 2001) verdeutlicht werden, in dem jedes Phänomen unter vier Perspektiven betrachtet wird, ohne es auf eine Perspektive zu reduzieren.

ICH: subjektives Bewußtsein <i>innerlich-individuell</i>	ES: objektives Gehirn <i>äußerlich-individuell</i>
WIR: kulturelle Weltsicht <i>innerlich-kollektiv</i>	ES (Plural): soziales System <i>äußerlich-kollektiv</i>

Abb.2: Die vier Quadranten (Wilber 1997, 2001, vereinfachte Darstellung)

Diese Arbeit bezieht sich vorwiegend auf den Quadranten oben links und damit auf den individuellen subjektiven Aspekt der Erfahrung.

2.1.3 Das Spannungsfeld zwischen Psychotherapie und Spiritualität

Das Verhältnis von Psychotherapie und Spiritualität ist keineswegs ein eindeutig definierbares, das sich ‚auf den Punkt bringen‘ läßt. Abhängig vom Menschenbild, vom Psychotherapiebegriff und der Einstellung zur Spiritualität lassen sich vielfältige und zum Teil einander widersprechende Positionen finden. Im folgenden wird eine Auswahl von Positionen zum Verhältnis von Psychotherapie und Spiritualität mit dem Ziel diskutiert, das Spannungsfeld zwischen den beiden Bereichen in seinen Konflikten, Widersprüchen und Potentialen zumindest ansatzweise deutlich zu machen.

Zunächst kann die Position vertreten werden, daß Psychotherapie und Spiritualität zwei getrennte und nicht miteinander vereinbare Bereiche darstellen. Weis (1996) begründet dies damit, daß Therapie grundsätzlich ich-zentriert ist, während Spiritualität auf Ich-Transzendenz abzielt. Diese beiden Paradigmen, nämlich das therapeutische und das spirituelle, sind demnach nicht miteinander vereinbar. Die Angliederung der Spiritualität an die Psychotherapie bedeutet Weis (1996) zufolge eine Inflation und damit einen Mißbrauch des Spirituellen.

Eine weitere Begründung für die Trennung der Bereiche von Psychotherapie und Spiritualität besteht in der Auffassung, daß das Ziel der Psychotherapie im Sinne der Psychotherapierichtlinien darin besteht, auf wissenschaftlich fundierter Grundlage seelische Störungen zu behandeln. Spiritualität entzieht sich dieser Auffassung nach der wissen-

schaftlichen Überprüfbarkeit und darf deshalb nicht an die Psychotherapie angegliedert werden (Köthke et.al. 1999). Diese Differenzen sind auf unterschiedliche Bezugssysteme zurückzuführen, aus denen heraus sich Psychotherapie und die spirituellen Wege entwickelt haben und zu begreifen sind (Zundel 1989). Während die Tradition der Psychotherapie als eine relativ junge Disziplin im wesentlichen auf Sigmund Freud zurückgeht (Kriz 2001) und sich dem Paradigma der Aufklärung verpflichtet sieht, was sich heute in der wissenschaftlichen Fundierung der Psychotherapie ausdrückt, wurzeln die spirituellen Wege in den Weisheitstraditionen der Weltreligionen.

Es läßt sich allerdings nicht abstreiten, daß Berührungspunkte zwischen den Bereichen Psychotherapie und Spiritualität bestehen. Zum Beispiel können in jeder Therapie Themen oder Konflikte auftauchen, die den spirituellen Bereich betreffen (Zundel 1995). Dies trifft insbesondere auf Grenzerfahrungen (z.B. Umgang mit dem Tod) zu. Desweiteren enthält der spirituelle Bereich ein großes Reservoir an Heilfaktoren, die für den therapeutischen Bereich nutzbar gemacht werden können.

Zwar kommen den Bereichen Psychotherapie und Spiritualität unterschiedliche Aufgaben zu, die sich aber zueinander in Beziehung setzen lassen. Das verbindende Element ist in der Erfahrung des Leidens begründet und in dem Bemühen, Leiden zu beseitigen, zu vermindern oder zu verwandeln. Die beiden Bereiche betreffen zwar unterschiedliche Formen des Leidens, die aber voneinander abhängen. Wit (2001) unterscheidet zwischen neurotischem und existentiellm Leiden. Existentielles Leiden ist die Abwehr gegen die wesentlichen Tatsachen der menschlichen Existenz (z.B. Tod, Krankheit, Vergänglichkeit), neurotisches Leiden wiederum eine Abwehr gegen das existentielle Leiden. Die Aufgabe der Psychotherapie besteht Wit (2001) zufolge darin, neurotisches Leiden in existentielles Leiden zu verwandeln. Die Aufgabe des spirituellen Weges besteht hingegen darin, existentielles Leiden in Mitgefühl zu transformieren. Aus Wits (2001) Ausführungen folgt die provozierende These, daß Psychotherapie als ein Phänomen verdrängter Spiritualität verstanden werden kann (Sigmund Freud hat die umgekehrte Perspektive vertreten!). Jäger (2003) spricht in diesem Zusammenhang von einer *Metapathologie*. Eine ähnliche Auffassung vertritt der Psychoanalytiker Erich Fromm (1971), der in Auseinandersetzung mit dem Zen-Buddhismus davon ausgeht, „...daß wir zwischen der Alternative zwischen Erleuchtung und Wahnsinn stehen...“ (Fromm 1971, S.156). In Übereinstimmung mit Watts (1980), der in dem normalen Zustand unserer

Kultur einen „Nährboden für geistige Erkrankungen“ (Watts 1980, S.16) sieht, macht er deutlich, daß auch die sogenannte ‚Normalität‘ aus Leiden besteht und als eine Verdrängung existentieller Grundfragen aufgefaßt werden kann. Im Sinne Fromms (1971) kommen sowohl der Psychoanalyse als Psychotherapie als auch dem Zen als spirituellem Weg die Aufgabe zu, durch die Aufhebung von Verdrängungen die menschlichen Potentiale voll zu entfalten. Allerdings kann Psychotherapie in einer säkularen Kultur (Belschner 2002b, 2002c), die durch die Ausklammerung spiritueller Bedürfnisse gekennzeichnet ist, in die Gefahr geraten, zur Aufrechterhaltung einer ‚kranken‘ Normalität beizutragen. Insofern kommt der Psychotherapie auch eine besondere spirituelle Verantwortung zu.

Ein wichtiger Berührungspunkt von Psychotherapie und spirituellen Wegen betrifft das methodische Vorgehen, in dem sich beide Bereiche gegenseitig bereichern können. Sowohl Psychotherapie als auch die spirituellen Wege sehen in der Sensibilisierung für innere Vorgänge sowohl eine Methode als auch ein bedeutsames Ziel (Helg 2000). Gerade weil in dieser Hinsicht aber wesentliche Unterschiede im methodischen Vorgehen bestehen, können beide Bereiche voneinander lernen. Die spirituellen Wege legen besonderen Wert auf die achtsame Beobachtung und Disidentifikation mit Gedanken und Gefühlen, während in der Psychotherapie die Betonung auf den Ausdruck und den hermeneutischen Zugang gelegt wird. Daher stehen in der Psychotherapie die Inhalte des Bewußtseins im Vordergrund, während die spirituellen Traditionen der Einsicht in die psychischen Prozesse und deren Ursprung größere Bedeutung beimessen. Insbesondere der Buddhismus empfiehlt, *„Anhaftungen als selbstgemachte geistige Konstruktionen zu entdecken und sie einfach fallen zu lassen, statt sich durch Analyse und Regressionsarbeit noch länger mit ihnen zu beschäftigen“* (Essen 1995, S.50). Auf der anderen Seite kann Psychotherapie eine nützliche Hilfe auf dem spirituellen Weg sein. Durch die spirituelle Praxis können psychische Konflikte ins Bewußtsein gelangen, die sich durch die bloße Wahrnehmung nicht lösen lassen, sondern weitergehender psychotherapeutischer Aufarbeitung bedürfen (Helg 2000).

Während die Aufgabe der spirituellen Wege vorwiegend in der Schulung des Überbewußtseins besteht, bezieht sich Psychotherapie vorwiegend auf den Bereich des Alltagsbewußtseins bzw. bei tiefenpsychologisch orientierten Therapieformen zusätzlich auf Bereiche des Unterbewußtseins. Damit wird deutlich, daß die spirituellen Wege

nicht auf die Aufarbeitung neurotischer Konflikte abzielen und dies auch nicht leisten. Dies spricht gegen die These Wits (2001) (s.o.), daß neurotische Konflikte nur auf verdrängtes existentielles Leiden zurückzuführen sind, da für den Bereich des Unterbewußtseins weitere Einflußfaktoren wirken, wie es z.B. die psychoanalytischen Schulen beschreiben. Daraus folgt, daß sich Psychotherapie und Spiritualität komplementär ergänzen können, da sie verschiedene Bewußtseinsbereiche ansprechen.

In dem Bemühen um ein ganzheitliches Menschenbild und die Integration der Bereiche von Psychotherapie und Spiritualität entwickelt Wilber (1984, 1991, 2001) ein hierarchisches (bzw. holarchisches) Modell, durch das er die Widersprüche zwischen den beiden Bereichen aufzulösen versucht. Im Sinne dieses Menschenbildes dienen sowohl Psychotherapie als auch die spirituellen Wege der menschlichen Entwicklung, die als ein evolutionärer Prozeß des Bewußtseins begriffen wird. Der Prozeß der Evolution läßt sich als eine immer höhere Integration von Holons (Ganzheiten) beschreiben, bei der die niedrigeren Entwicklungsstufen in die nächst höheren aufgenommen werden und auf diese Weise immer komplexere Strukturen entstehen. Wilber (1984) geht davon aus, daß sich die Widersprüche zwischen spirituellem Weg und Psychotherapie wie auch zwischen den verschiedenen Therapieschulen aufheben, sofern sie auf die ihnen entsprechenden Bewußtseinsstufen angewendet werden. Er entwickelt eine Systematik, in der er den Bewußtseinsstufen entsprechende Therapieverfahren und spirituelle Wege zuordnet. Auf diesem Hintergrund können Psychotherapie und Spiritualität grundsätzlich in dieselbe Richtung weisen, indem sie ihre Aufgabe darin sehen, psychische Grenzen zu transzendieren und auf diese Weise das Identitätsgefühl auszuweiten. Als zentrale Annahme kann dabei gelten: *„Bewußtsein an und für sich ist heilend“* (Wilber 2001, S.117). Problematisch erscheint die Annahme und damit verbundene Wertung, Spiritualität spreche höhere Ebenen an als Psychotherapie. Damit werden viele Fragen aufgeworfen nach dem Wesen von Spiritualität (Wilber 2001), z.B. ob die spirituelle Entwicklung an die psychische Entwicklung anschließt oder eher eine Entwicklungslinie für sich darstellt.

Zusammenfassend läßt sich sagen, daß sowohl Unterschiede als auch Gemeinsamkeiten, Berührungspunkte und Möglichkeiten der Integration zwischen den Bereichen Psychotherapie und Spiritualität bestehen. Der Kern des Spannungsfeldes ergibt sich aber aus den unterschiedlichen Wirklichkeitsauffassungen (Zöbeli 2001, 2002) und den damit

verbundenen Zielen. Während das Ziel der Psychotherapie in der Stärkung des personalen Ich besteht, soll aus spiritueller Sicht das Ich als Illusion erkannt und transzendiert werden. Helg (2000) bringt diese Auffassung metaphorisch zum Ausdruck:

„Der Unterschied zwischen diesen beiden Ansätzen besteht darin, daß Psychotherapie verhindern will, daß der Traum zu einem Alptraum wird, während uns die spirituelle Praxis helfen soll, aus dem Traum aufzuwachen.“ (S.156)

2.1.4 Die Perspektive der Transpersonalen Psychotherapie

– ein Versuch der Integration

Die Transpersonale Psychologie als eine sehr junge Disziplin entstand zum Teil als Fortentwicklung der humanistischen Psychologie, zum Teil als Folge der Forschung mit psychotropen Substanzen und zum Teil aus dem Bemühen um Übersicht und Integration verschiedener therapeutischer und spiritueller Ansätze (Zundel 1989). Die Transpersonale Psychotherapie orientiert sich weniger am Krankheitsbegriff, als am Zustand optimaler psychischer Gesundheit und versucht diesen zu definieren (Helg 2000). Wie in den humanistischen Strömungen wird die menschliche Entwicklung als ein Prozeß stetigen Wachstums begriffen, der allerdings über das Ziel der Selbstverwirklichung hinaus geht und das Bedürfnis nach Spiritualität als Potential in ihr Menschenbild einbezieht. Spiritualität wird als Kern psychischer Gesundheit überhaupt begriffen (Pfluger-Heist 2002).

Pfluger-Heist (2002) weist auf die Problematik des Begriffes *transpersonal* hin, der leicht damit assoziiert wird, die Individualität zu verlassen. Rein begrifflich bedeutet der Begriff soviel wie ‚über die Person hinausgehend‘. In Verbindung mit einigen lateinischen Verben erhält die Silbe *trans* aber auch die Bedeutung von ‚durch etwas hindurchgehen‘. In diesem Sinne meint der Begriff *transpersonal*, ‚etwas durch die Person hindurchkommen zu lassen‘ (Hutton 1994, Pfluger-Heist 2002), womit die Durchlässigkeit der Person für die spirituelle Dimension gemeint ist. Die Individualität wird dadurch zu einem Gefäß für die spirituelle Dimension. Daher kann *transpersonal* insofern von *transzendental* unterschieden werden, *„als es sich auf das Transzendente bezieht, wie es sich in und durch den Menschen manifestiert“* (Vaughan 1990, zitiert nach Pfluger-Heist 2002, S.6). Insofern stellen Persönlichkeitsstärkung und Transzendenz keine Alternativen zueinander dar. Pfluger-Heist (2002) zufolge zeigt eine alternative Auffas-

sung ein „*Spaltungsbewußtsein*“ (S.15) an, das der Ganzheit und damit dem *Heil-Sein* den Weg verstellt.

Heil-Sein ist nicht primär von der Nicht-Existenz psychischer oder physischer Symptome abhängig, sondern meint ein subjektives Gefühl innerer Harmonie als die „*Ganzheit des Seins*“ (Gudermuth 1997, S.85), in dem die Person in Kontakt mit der spirituellen Dimension lebt und ihr „*größeres Wesen*“ (Pfluger-Heist 2002, S.15) ausdrücken kann. Heilung im Sinne von Heil-Sein rückt somit ins Zentrum der Transpersonalen Psychotherapie. Der Transpersonalen Psychotherapie kommt dabei die Aufgabe zu, die Distanz zur nondualen Wesenserfahrung zu verringern (Belschner 2002b, 2002c).

Das zentrale Anliegen der Transpersonalen Psychotherapie besteht darin, das Spannungsfeld zwischen den Bereichen von Psychotherapie und Spiritualität fruchtbar werden zu lassen, indem die personale und die transpersonale Dimension zu einer unteilbaren Ganzheit integriert werden, so daß Psychotherapie und Spiritualität als komplementäre Bestandteile dieser Ganzheit gewürdigt werden. Das Dilemma zwischen dem therapeutischen und dem spirituellen Paradigma ist damit zwar nicht gelöst, verliert aber durch die Richtung der Fragestellung (Was ist Ganzheit?) den Charakter der Unvereinbarkeit.

Zu den transpersonalen Therapieverfahren wird ein breites Spektrum von therapeutischen Zugängen gezählt. Zu den Therapieverfahren, die sich ausdrücklich als transpersonal bezeichnen, gehören z.B. die Initiatische Therapie (Dürckheim 1993, 2001), die Psychosynthese (Assagioli 1988) und die Holotrope Atemtherapie (Grof 2001). Ihnen gemeinsam ist die Annahme des heilenden Potentials transpersonaler Erfahrungen und deren Integration in die Persönlichkeit, was durch unterschiedlichste Methoden ermöglicht werden soll. Bei der Frage, was eine Therapie zu einer transpersonalen Therapie macht, wird allerdings in der Regel weniger die Methode, als vielmehr die transpersonale Haltung des Therapeuten genannt (Gudermuth 1997, Hutton 1994).

2.1.5 Die transpersonale Perspektive in der Allgemeinen Psychotherapie

– ein Beispiel für den Versuch der theoretischen Integration

2.1.5.1 Das Modell der Allgemeinen Psychotherapie

Grawe (1999) macht den Versuch, ein Leitbild für eine empiriegeleitete *Allgemeine Psychotherapie* zu entwickeln. Zentrales Anliegen ist ihm, den „ideologischen Gehalt“ (Grawe 1999, S.118) der verschiedenen Psychotherapieschulen fallenzulassen und Psychotherapie als schulenübergreifende Erfahrungswissenschaft zu fundieren. Dies geschieht methodisch durch die Analyse der Psychotherapieschulen hinsichtlich ihrer wirkrelevanten Faktoren. Ziel ist es, zu empirisch fundierten Handlungsregeln zu gelangen, die für die Anwendung in der therapeutischen Praxis unmittelbar geeignet sind.

Dazu entwickelt Grawe (1999) eine Systematik, mit deren Hilfe der größte Teil wirkungsrelevanter Aspekte des Therapiegeschehens erfaßt werden soll. „*Ich hatte mir gewissermaßen eine Brille gebastelt, durch die sich mir die Wirklichkeit der Psychotherapie in einer neuen Ordnung und mit teilweise neuen Zusammenhängen darstellte*“ (Grawe 1999, S.145). In diesem Sinne kann von einer *Konstruktion von Psychotherapie* gesprochen werden. Diese ‚Brille‘ soll hier vorgestellt und im empirischen Teil darauf Bezug genommen werden. Aufgrund theoretischer Überlegungen erweitert Grawe (1999) seine zunächst dreidimensionale Systematik zu einer aus fünf Dimensionen mit jeweils zwei Perspektiven bestehenden Systematik (Abb.3). Von zentraler Bedeutung ist das Prinzip der *Perspektivenkombination*, d.h. das Therapiegeschehen kann gleichzeitig hinsichtlich verschiedener Perspektiven beleuchtet werden.

Die einzelnen Dimensionen sollen hier kurz dargestellt werden:

- Auf der *Bewertungsdimension* können zwei Perspektiven eingenommen werden: die Problemperspektive und die Ressourcenperspektive. Die Problemperspektive betrifft die Problemanalyse, die Ressourcenperspektive hingegen die Bewältigungsmöglichkeiten des Klienten.

Bewertungsdimension	
Ressourcenperspektive	Problemperspektive
Systemdimension	
Intrapersonale Perspektive	Interpersonale Perspektive
Kommunikationsmodus	
Nonverbale Kommunikation	Inhaltliche Kommunikation
Bedeutungsdimension	
Motivationale Perspektive	Potentiale Perspektive
Veränderungsdimension	
Zustandsperspektive	Veränderungsperspektive

Abb. 3: Wirkungsrelevante Dimensionen und Perspektiven der Psychotherapie (Grawe 1999)

- Auf der *Systemdimension* werden eine intrapersonale und eine interpersonale Perspektive unterschieden. Die intrapersonale Perspektive bezieht sich auf den psychischen Zustand auf Seiten des Klienten, die interpersonale Perspektive faßt vor allem die therapeutische Beziehung ins Auge.
- Die dritte Dimension betrifft den *Kommunikationsmodus*. Es wird unterschieden zwischen analoger bzw. nonverbaler Kommunikation (entspricht einem impliziten Funktionsmodus) und der inhaltlichen bzw. digitalen Kommunikation (entspricht einem bewußten Funktionsmodus).
- Auf der *Bedeutungsdimension* kann sowohl die motivationale als auch die potentielle Perspektive eingenommen werden. Alle Abläufe im psychischen Geschehen können unter dem Aspekt der Funktion für die Bedürfnisse des Individuums (motivationale Perspektive) oder unter dem Fähigkeitsaspekt (potentielle Perspektive) betrachtet werden.

- Auf der *Veränderungsdimension* werden die Zustands- und die Veränderungsperspektive unterschieden. Der Zustandsperspektive entspricht die Definition eines Problemzustandes, der Veränderungsperspektive die Ausrichtung auf eine Problemlösung.

Hier wird aus folgenden Gründen das Modell der Allgemeinen Psychotherapie von Grawe (1999) gewählt, um die Möglichkeit der theoretischen Integration der transpersonalen Dimension in die Psychotherapie deutlich zu machen: (1) Grawes Modell hat den Anspruch, schulenübergreifend ein breites Spektrum therapeutischer Möglichkeiten zu erfassen. (2) Grawes Arbeiten sind von besonderer Bedeutung, da sie maßgeblich dazu beitrugen, welche psychotherapeutischen Verfahren als Richtlinienverfahren anerkannt wurden (Belschner 2002a). (3) Und nicht zuletzt: Die Idee zu der vorliegenden Arbeit entstand u.a. auf dem Hintergrund des Artikels *Die vergessene Dimension in Grawes Allgemeiner Psychotherapie* (Belschner 2002a). An dieser Stelle wird an die dort vorgenommene Erweiterung angeschlossen.

2.1.5.2 Die Erweiterung um die transpersonale Perspektive

„Ein hinreichendes Konzept von Psychotherapie läßt sich nur dann formulieren, wenn die transpersonale Dimension als die bislang vergessene Dimension X in die Theoriebildung der Psychotherapie einbezogen wird.“ (Belschner 2002a, S.168)

Wirkfaktor Präsenz

Die Präsenz des Therapeuten wird in der transpersonalen Literatur als die eigentliche heilende Kraft beschrieben (Pfluger-Heist 2002). Daher postuliert Belschner (2002a) in Übereinstimmung mit anderen Autoren (Chung 1990, Gudermuth 1997) den vom Therapeuten zur Verfügung gestellten Bewußtseinsraum als wirkrelevante Dimension⁶:

„Der vom Experten zur Verfügung gestellte Bewusstseinsraum (bestimmbar durch die ‚Ebene‘ des Bewusstseinszustandes, durch die Spezifika des Beziehungsangebotes und die Qualitäten der Präsenz) determiniert einen Kontext, in den hinein sich Änderung, Entwicklung und Heilung ereignen können.“ (Belschner 2002a, S.180)

⁶ Auf diese Thematik wird in Kapitel 2.3 vertiefend eingegangen.

Die Fähigkeit des Therapeuten, für den mit einer Person entstehenden Bewußtseinsraum sensibel zu werden, sich in ihn einschwingen zu können und entwickeln zu lassen, wird in diesem Zusammenhang als *Präsenz* bzw. im Hinblick auf das therapeutische Beziehungsangebot als *Resonanz* bezeichnet. Dabei werden sowohl die Verfügbarkeit des personalen als auch die Verfügbarkeit des transpersonalen Bewußtseinsraums sowie die Möglichkeit der Modulation als Kompetenzen angenommen. Durch die Öffnung des Therapeuten für den transpersonalen Bewußtseinsbereich wird die Möglichkeit geschaffen, daß das Beziehungsangebot zwischen Therapeut und Klient vom *Diskurs* zur *Resonanz* übergehen kann. Während der Diskurs dazu dient, sich über unterschiedliche Wirklichkeitskonstruktionen als Konstruktion von Zeichen zu verständigen, wird im Zustand der Resonanz die (transpersonale) Wirklichkeit unmittelbar erfahren (Abb.4).

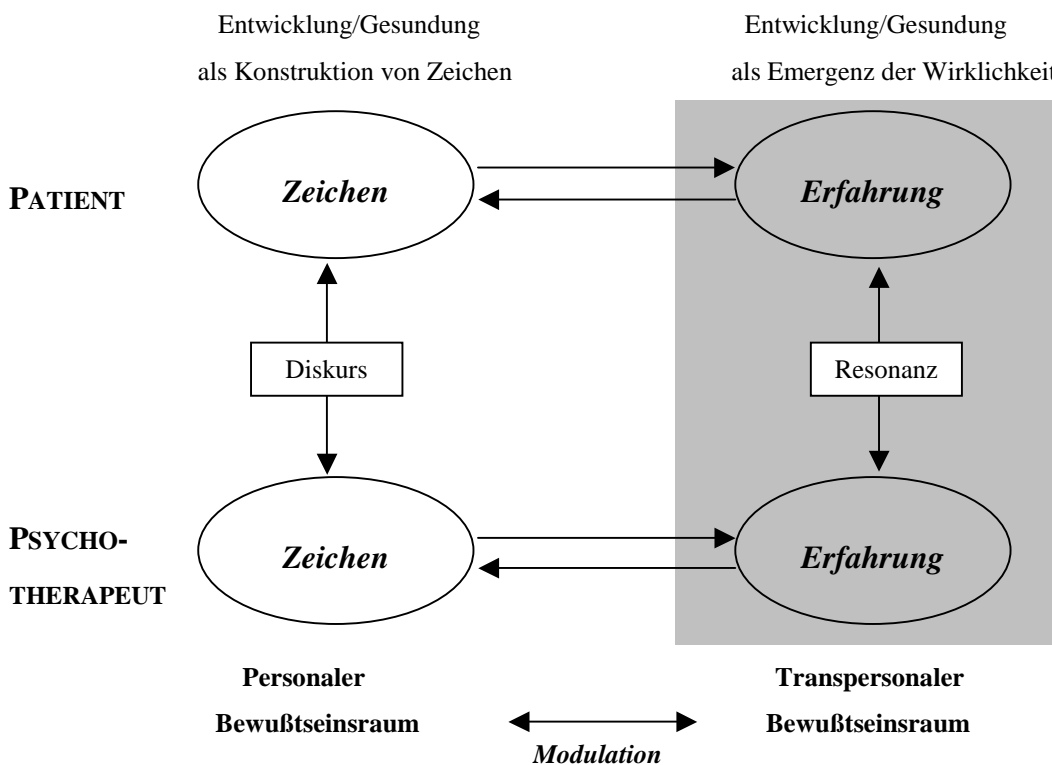


Abb.4: Kommunikationsformen im psychotherapeutischen Prozeß in Abhängigkeit vom Bewußtseinszustand (Belschner 2002a)

Um die Qualitäten der Präsenz und Resonanz der Forschung zugänglich zu machen, wird der Fragebogen *Wirkfaktor Präsenz* (WF:P)⁷ entwickelt. Es werden drei Formen der professionellen Präsenz und Gestaltung des professionellen Beziehungsangebots nachgewiesen: (1) Der Modus *Nonduale Präsenz* (2) Die Strategie *Empathische Präsenz* (3) Die Strategie *Algorithmische Präsenz*.

- (1) Der Modus *Nonduale Präsenz* bezeichnet eine Orientierung, in der sich der Therapeut für den transpersonalen Bewußtseinsraum öffnet und sich als Werkzeug für eine höhere Wirklichkeit versteht. Durch diese Öffnung macht der Therapeut Qualitäten wie Verbundenheit, Einheit, Liebe, Unverletzlichkeit erfahrbar und auf diese Weise Heilung als ein spontanes Geschehen möglich.
- (2) Die Strategie *Empathische Präsenz* bezeichnet eine Haltung, in der der Therapeut eine Haltung der Offenheit für die andere Person zu erreichen versucht, um sich in den Problemraum des Patienten hinein zu spüren. Der Therapeut ist dabei weitgehend im personalen Bewußtseinsraum verankert.
- (3) Die Strategie *Algorithmische Präsenz* betont das Moment der Kontrolle, das Handeln wird von wissenschaftlich begründeten Regeln geplant und geleitet.

Insgesamt werden vorwiegend zwei psychotherapeutische Handlungsmuster nachgewiesen (Belschner 2002a): Erstens der *Empathische Diskurs* mit relativ hohen Werten auf der Skala Algorithmische Präsenz, mittleren Werten auf der Skala Empathische Präsenz und niedrigen Werten auf der Skala Nondualität. Zweitens das Muster *Empathische Resonanz* mit hohen Werten auf der Skala Nondualität, mittleren Werten auf der Skala Empathische Präsenz und niedrigen Werten auf der Skala Algorithmische Präsenz.

Transpersonales Vertrauen

Die spirituellen Traditionen beschreiben den Prozeß der *Wandlung* vorwiegend als den eines Los-Lassens. Daran anknüpfend entwickelt Belschner (2001) das komplementäre *Konzept des Tuns und Lassens*, in dem die kulturelle Leitidee der Kontrolle, die z.B. durch psychologische Konzepte wie das der Kontrollüberzeugung oder der Selbstwirk-

⁷ Der WF:P, der im empirischen Teil als Untersuchungsinstrument verwendet wird, sowie die einzelnen Faktoren können im Anhang nachgelesen werden.

samkeit operationalisiert wird, durch die Leitidee des Vertrauens ergänzt wird. Hierzu wird die *Skala Transpersonales Vertrauen* entwickelt. Eine Person mit hohen Werten auf dieser Skala ist charakterisiert durch ihr Gefühl des Aufgehobenseins in einer höheren Wirklichkeit. In einer klinischen Stichprobe wird nachgewiesen, daß die komplementäre Verfügbarkeit von Tun und Lassen, Kontrolle und Vertrauen, in einem positiven Zusammenhang mit dem Behandlungserfolg stehen (Belschner 2001, 2002b).

Sinnperspektive

Aus transpersonaler Perspektive erhält ein psychisches Problem einen erweiterten Bezugsrahmen. Belschner (2001) geht von der These aus, daß durch jeden Menschen etwas Einzigartiges in die Welt gebracht werden will in Form einer zeitlich befristeten Biographie, so daß jede Existenz einen ihr individuellen Sinn erhält, „*nämlich dieses spezifische kosmische Experiment in der an ein Individuum gebundenen Existenz zu verwirklichen*“ (S.99). Somit ist es möglich, daß ein psychisches Problem zu einem Indikator dafür wird, daß die aktuelle Biographie „*nicht in Übereinstimmung mit dem originären Projekt des In-die-Welt-Bringens*“ (S.100) steht. Dem Problem kann Sinn zugewiesen werden, indem es für eine Person als Veranlassung dienen kann, ihren individuellen Lebenssinn zu suchen und zu verwirklichen, so daß ihm die Bedeutung eines ‚Wegweisers‘ zukommt. In diesem Sinne kann Heilung als die Verwirklichung des individuellen Lebenssinns verstanden werden.

Energetische Kommunikation

Ein weiteres Konzept, das sich auf den Kommunikationsmodus bezieht und das zur Erweiterung eines allgemeinen Psychotherapiemodells aus transpersonaler Perspektive notwendig erscheint, ist das der *energetischen Kommunikation* (Belschner 2000). Neben den Kommunikationskanälen der Sprache, der mimisch-gestischen Kommunikation sowie der Parasprache (Sprachmodulation) wird die Möglichkeit energetischer Kommunikation angenommen.

Belschner (2000) geht davon aus, daß der Kommunikationskanal vom verfügbaren Bewußtseinsraum abhängig ist. Der Kanal der Sprache, der mimisch-gestischen Kommunikation sowie der Parasprache beziehen sich auf Vorgänge des personalen Alltagsbewußtseins. Für den Bereich des Überbewußtseins wird die Möglichkeit eines energetisch-kommunikativen Kontextes angenommen. Entsprechend reicht dem Konzept der

energetischen Kommunikation nach die Grenze des menschlichen Körpers über die Hautgrenze hinaus und ist von einem energetischen Körper umgeben. Durch die Öffnung für die energetisch-kommunikative Ebene wird eine Wirklichkeit der Verbundenheit erfahrbar, so daß die Umwelt vielmehr als eine „Mit-Welt“ (S.83) erfahren wird.

Das erweiterte Modell der Allgemeinen Psychotherapie

Aufgrund bisheriger theoretischer Überlegungen ergibt sich das in Abb.5 dargestellte vorläufige um transpersonale Perspektiven erweiterte Modell der Allgemeinen Psychotherapie.

Therapeutische Präsenz		
Algorithmische Präsenz	Empathische Präsenz	Nonduale Präsenz
Bewertungsdimension		
Ressourcenperspektive	Problemperspektive	Transpersonales Vertrauen
Systemdimension		
Intrapersonale Perspektive	Interpersonale Perspektive	Höhere Wirklichkeit
Kommunikationsmodus		
Nonverbale Kommunikation	Inhaltliche Kommunikation	Energetische Kommunikation
Bedeutungsdimension		
Motivationale Perspektive	Potentiale Perspektive	Sinnperspektive
Veränderungsdimension		
Zustandsperspektive	Veränderungsperspektive	Wandlung/Los-Lassen

Abb.5: Vorläufig erweitertes Modell der Allgemeinen Psychotherapie

2.2 Perspektiven auf den Gegenstand der Meditation

In diesem Kapitel wird zunächst auf die Uneindeutigkeit des Begriffs Meditation eingegangen. Nachdem dann die Technik der Meditation beschrieben wird, werden die Wirkungsweisen der Meditation anhand verschiedener Zielebenen dargestellt. Anschließend werden negative Auswirkungen der Meditation beschrieben und schließlich wird das Konstrukt Meditationstiefe im Zusammenhang mit der meditativen Entwicklung vorgestellt.

2.2.1 Die Uneindeutigkeit des Begriffs Meditation

Ähnlich wie der Begriff Spiritualität ist der Begriff *Meditation* keineswegs eindeutig. Bereits die etymologischen Wurzeln verweisen auf widersprüchliche Bedeutungen, denn der Begriff läßt sich sowohl aus dem lateinischen *meditatio* herleiten, als auch aus dem lateinischen *meditari*. *Meditatio* wird übersetzt mit ‚das Nachdenken‘. Häcker und Stapf (1998) gehen von diesem Aspekt aus, wenn sie Meditation als „*nachdenkendes Eindringen*“ (S.526) definieren. Diese Definition steht allerdings im Widerspruch zur Mehrzahl der Definitionen, die in der Unterbrechung des logischen Denkens gerade das spezifische Charakteristikum der Meditation sehen (Perez-de-Albeniz 2000, Shapiro 1987). Der Begriff *meditari* hingegen stellt vollkommen andere Aspekte heraus. *Meditari* wird häufig als „*Innenschau*“ übersetzt (Bitter 1973, zitiert nach Buchheld 2000, S.16) und kann wörtlich m.E. als „*zur Mitte gegangen werden*“ verstanden werden (Dürckheim 1993, S.187, Huth 2000, S. 480). Darin kommen drei wesentliche Aspekte zum Ausdruck: (1) Durch das lateinische Deponentium wird die Verschränkung von Aktivität und Passivität deutlich. (2) Der Begriff beinhaltet ein Ziel, nämlich die Mitte (lat.= medium). (3) Der Begriff beinhaltet einen dynamischen Aspekt.

Auch im gegenwärtigen Sprachgebrauch scheint es keine einheitliche Auffassung darüber zu geben, was unter Meditation überhaupt zu verstehen ist. Viele Menschen assoziieren mit dem Begriff östliche Religionen und das Bild eines meditierenden Buddha, andere wiederum denken an verschiedenste Formen von Phantasie Reisen und Entspannung. Meditation wird einerseits leicht mit der sogenannten ‚Esoterikszenen‘ in Verbindung gebracht, andererseits ist Meditation ein in der Psychotherapie mittlerweile aner-

kanntes, wenn auch wenig verbreitetes, therapeutisches Entspannungsverfahren (Grawe, Donati & Bernauer 1994, Linden 1993).

Nur vordergründig ist die Uneindeutigkeit des Begriffs auf die Vielfalt der Meditationsformen zurückzuführen. In der Hauptsache entspringt sie der Tatsache, daß der Begriff in verschiedenen Kontexten, die sich auf unterschiedliche *Zielebenen* der Meditation beziehen, Anwendung findet. Während Meditation im Sinne der spirituellen Traditionen als ein ‚Weg zur Erleuchtung‘ gedacht ist, wird sie in der Psychotherapie weitgehend aus ihrem spirituellen Kontext extrahiert und als therapeutisches Verfahren zu Steigerung psychischen Wohlbefindens verwendet (Shapiro 1994). Wie in diesem Kapitel zu zeigen sein wird, sind mit den entsprechenden Zielebenen unterschiedliche Konzeptionen von Wirklichkeit verknüpft. Aus diesem Grund weist die Uneindeutigkeit des Begriffs Meditation über die Schwierigkeit einer Begriffsklärung hinaus auf die Uneindeutigkeit der Konstruktion von Wirklichkeit überhaupt.

2.2.2 Die Meditationstechnik

„Meditation is paying attention on here and now.“ (Kelly 1996, S.51)

Die von Kelly (1996) zitierte Definition macht deutlich, daß bei der Systematisierung der Meditationsformen hinsichtlich verschiedener Techniken berücksichtigt werden muß, daß Meditation in ihrem Kern keine Technik darstellt, sondern die Technik lediglich eine Hilfe sein soll, um in meditative Bewußtseinszustände zu gelangen (Kwee 1990). In diesem Sinne können die unterschiedlichen Techniken alle als verschiedene Formen der Übung des unmittelbaren Gewahrseins begriffen werden, worin ein universales Element der Meditation begründet liegt.

Shapiro (1987) sieht die Aufgabe der Technik darin, die Aufmerksamkeit in nichtanalytischer Weise zu fokussieren, so daß das diskursive Denken losgelassen werden kann. Um dies zu erreichen, arbeiten die meisten Meditationsformen mit der Ausrichtung der Aufmerksamkeit auf einen Brennpunkt (Howald 1989), meist den Atem, häufig aber auch eine innere Klangfolge (Mantra), ein Wort, eine Visualisation oder eine mentale Repräsentation. Aufkommende Bilder, Gefühle und Gedanken werden beobachtet und losgelassen und die Aufmerksamkeit immer wieder zurück auf den Brennpunkt zurückgeführt, ohne besondere Empfindungen anzustreben. Die Augen sind, abhängig von der Meditationsart, geöffnet oder geschlossen. In der Regel ist eine aufrechte Sitzposition

als Körperhaltung vorgeschrieben. Eine Sitzperiode dauert meist zwischen 25 und 60 Minuten. In mehrtägigen Meditationskursen wird, abhängig von der Meditationsrichtung, zwischen 6 und 12 Stunden am Tag meditiert, wobei die Sitzperioden durch meditatives Gehen unterbrochen werden. Die Kurse finden im allgemeinen im Schweigen statt.

Neben den rein konzentrativ arbeitenden Methoden gibt es eine Vielfalt weiterer Praxisformen. Ein Überblick über die in dieser Arbeit vorkommenden Meditationsformen kann im Anhang nachgelesen werden.

2.2.3 Zielebenen

Meditation kann als eines der ältesten Therapieverfahren bezeichnet werden, auch wenn sie erst in jüngster Zeit in der modernen Psychotherapie aus ihrem spirituellen Kontext extrahiert und als therapeutisches Verfahren zur Steigerung psychischen Wohlbefindens Beachtung findet. Um der Frage nachzugehen, inwieweit Meditation sowohl als Psychotherapie als auch als spiritueller Weg bezeichnet werden kann, sollen an dieser Stelle die Wirkungen und Wirkungsweisen der Meditation anhand verschiedener Zielebenen dargestellt werden.

Engel (1999) unterscheidet zwei Zielebenen der Meditation: (1) Meditation als Entspannungstechnik und (2) Meditation als Methode zur Bewußtseinsveränderung. Shapiro (1992, 1994) stimmt mit dieser Klassifikation überein, unterscheidet aber eine weitere, aus psychologischer Perspektive bedeutsame Zielebene, nämlich Meditation als eine Methode zur Selbstexploration. Auch Perez-de-Albeniz (2000) nennt diese drei wesentlichen Aspekte. Dementsprechend werden in der vorliegenden Arbeit drei Zielebenen unterschieden: (1) Entspannung (2) Selbstexploration und (3) Bewußtseinswandel⁸.

Die Ebenen können insofern miteinander in Beziehung gesetzt werden, als daß die Zielebenen, die in Abbildung 6 in weiteren Kreisen liegen, auch weitere Bewußtseinszustände betreffen.

⁸ Statt von *Bewußtseinsveränderung* wird von *Bewußtseinwandel* gesprochen, um herauszustellen, daß es sich dabei weniger um ein aktives Tun als vielmehr um eine Haltung des Lassens handelt.

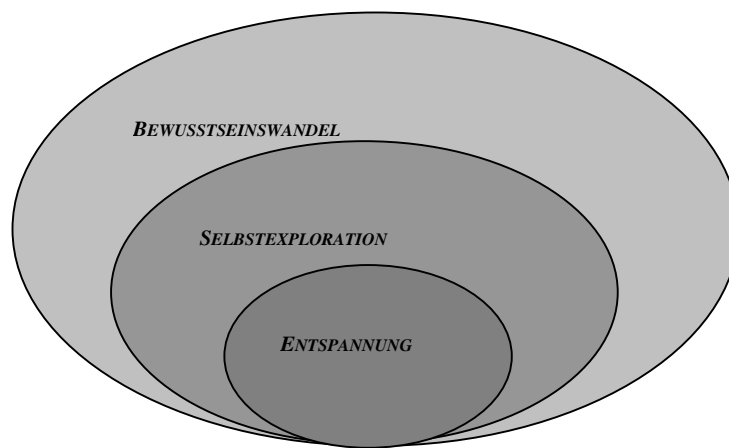


Abb.6: Zielebenen der Meditation

2.2.3.1 Zielebene 1: Entspannung

Durch die Anwendung der Meditation als eine von ihrem spirituellen Kontext extrahierete Methode wird es möglich, die psychologischen Wirkungen und Wirkmechanismen wissenschaftlich zu untersuchen. Dabei bezieht sich diese Art der Forschung meist auf klinische Stichproben, die sich aus Kurzzeitmeditierenden zusammensetzen.

Meditation wird mittlerweile als ein allgemein akzeptiertes Therapieverfahren anerkannt, so daß Grawe et al. (1994) feststellen, daß die geringe Verbreitung der Meditation als Therapiemethode vom Aspekt der therapeutischen Wirksamkeit her unbegründet ist. Anwendung findet Meditation als Entspannungstechnik vor allem bei klinischen Symptomen, für die eine exzessive Erregung charakteristisch ist. Als klinisch wirksam erwiesen hat sich Meditation z.B. bei Patienten mit Spannungs- und Angstgefühlen, Bluthochdruck, Schlafstörungen, Asthma, Alkohol- und Drogenabhängigkeit oder als Hilfe bei der Schmerzbewältigung (Astin 1997, Engel 1999, Grawe et al. 1994, Linden 1993). In diesem Sinne kann Meditation als eine Form von Anti-Streß-Therapie bezeichnet werden, der allerdings im Sinne eines Entspannungsverfahrens eher die Rolle einer ergänzenden Hilfstherapie zugewiesen wird (Grawe et al. 1994, Linden 1993). Wie bei anderen Entspannungsverfahren auch macht sich der Entspannungszustand

physiologisch in einem geringeren Erregungsniveau bemerkbar. Es findet eine organisierende Umschaltung vom ergotropen Leistungszustand zum trophotropen Erholungszustand statt. Dies zeigt sich z.B. in einer verringerten Atem- u. Herzfrequenz, einer Reduktion der Muskelspannung, einer Senkung des arteriellen Blutdrucks sowie in einer niedrigeren Frequenz und größeren Amplitude des EEG (Engel 1999, Linden 1993).

Die psychologischen Erklärungsansätze entstammen vor allem der Lerntheorie. Als psychologische Wirkmechanismen werden die klassische Konditionierung, die Gegenkonditionierung, die Desensibilisierung sowie die reziproke Hemmung genannt (Engel 1999, Walsh 1983).

Allerdings erscheint es sinnvoll, zwei verschiedene Formen der Entspannung zu differenzieren. Entspannung in Form eines ‚Abschaltens‘ und einer damit verbundenen Reduktion der Wachheit ist nicht mit der Meditation als einem ‚Wachheitstraining‘ vereinbar, wenn auch klinisch wirksam. Im Sinne eines Wachheitstrainings erscheint eine Form der Entspannung wünschenswert, die mit einer Steigerung der Wachheit einhergeht und von Dürckheim (1993) als „*rechte Spannung*“ oder ein „*Gelassensein in Form*“ (S.134) beschrieben wird.

2.2.3.2 Zielebene 2: Selbstexploration

Meditation nutzt die psychische Fähigkeit des Menschen, eine Beobachterrolle gegenüber den eigenen Gefühlen und Gedanken einzunehmen. Die nichtwertende Beobachtung der eigenen Gefühle und Gedanken kann zu einer Quelle der Selbsterkenntnis und Einsicht werden sowie zu einer Stärkung eines personalen und integrierenden Zentrums beitragen, worin ein therapeutischer Nutzen begründet liegt. Brown & Ryan (2003) konnten zeigen, daß meditierende Personen im Vergleich zu einer Kontrollgruppe selbstaufmerksamer und sich ihres inneren Zustands und ihrer Gefühle bewußter sind. Meditation begünstigt also eine erhöhte Selbsterkenntnis und dadurch die Lösung von einschränkenden kognitiven und emotionalen Mustern (Perez-de-Albeniz 2000). So führt Meditation z.B. zu einem verbesserten Selbstwertgefühl, zu einer größeren internalen Kontrollüberzeugung und zu einer verbesserten Integration schwieriger Erfahrungen und einer größeren psychischen Widerstandsfähigkeit (Brown & Ryan 2003, Engel 1999, Howald 1989). Die jeweiligen Erklärungen durch psychologische Wirkmechanismen sind dabei abhängig vom theoretischen Hintergrund.

Unter *psychodynamischem Gesichtspunkt* stellt Meditation eine Form der Regression dar. Engel (1999) spricht in diesem Zusammenhang von *adaptiver Regression*, die eine schrittweise erfolgende Bewußtmachung und Aufarbeitung der tieferen seelischen Schichten und deren Integration in die Ich-Struktur ermöglicht. Daher ist aus psychodynamischer Perspektive eine einigermaßen stabile Ich-Struktur für die Meditation unabdingbare Voraussetzung.

Aus Sicht der *Kognitiven Verhaltenstherapie* kann die Beobachtung der Gedanken und der daraus folgenden Einsicht ein erster Schritt sowohl zur kognitiven Umstrukturierung als auch zur Verhaltensänderung sein (Mikulas 1990). Teasdale (1999) sieht in der Meditation die Möglichkeit, Denkschemata nicht nur zu verändern, sondern ‚auszuhebeln‘. Über die Beobachtung des Inhalts der Gedanken hinaus (Metakognition) kann in der Meditation die Erfahrung gemacht werden, daß Gedanken ‚nur‘ im Bewußtsein existieren und keine Ereignisse darstellen, sie im Grunde substanzlos sind und daher nicht mit der Wirklichkeit verwechselt werden dürfen. Desweiteren können über den Inhalt hinaus Einsichten in den Prozeß der Gedankenbildung gewonnen werden und Möglichkeiten der Selbststeuerung geschult werden (Mikulas 1990).

Im Sinne *humanistischer Konzepte* fördert Meditation die Selbstaktualisierung, indem sie den Kontakt zu gefühlsmäßigen Erlebnisgehalten herstellt. Darüber hinaus schult Meditation das unmittelbare Gewahrsein im gegenwärtigen Moment, dem in den humanistischen Konzepten besondere Bedeutung zukommt.

Buchheld (2000) analysiert das in den meditativen Traditionen zentrale *Konstrukt Achtsamkeit*, das eine im gegenwärtigen Moment verweilende, nicht identifizierte, bewußte und akzeptierende Aufmerksamkeit meint. Sie findet in den psychotherapeutischen Modellen verwandte Konzepte wie z.B. die *Distanzierung* in der Kognitiven Verhaltenstherapie, die *Awareness* in der Gestalttherapie, die *Gleichschwebende Aufmerksamkeit* in der Psychoanalyse oder der *Felt Sense* im Focusing. Achtsamkeit bezeichnet somit eine Fähigkeit, die durch die Meditation geschult wird und therapeutisch wirksam ist. Im Sinne der meditativen Traditionen meint Achtsamkeit darüber hinaus eine grundsätzliche Haltung der Offenheit und Wertschätzung dem gegenwärtigen Moment gegenüber, weshalb Achtsamkeit auch als Herzstück einer spirituellen Lebenseinstellung bezeichnet werden kann und über eine rein therapeutische Methode hinausgeht.

2.2.3.3 Zielebene 3: Bewußtseinswandel

Die meditativen Wege wurzeln in den mystischen Traditionen der Weltreligionen und haben als solche die gemeinsame Aufgabe, den spirituellen Kern der Religionen erfahrbar zu machen. Es gibt Hinweise darauf, daß die Erfahrungen an sich universaler Art sind, die Interpretation der Erfahrung aber die Symbolik des jeweiligen religiös-kulturellen Hintergrundes widerspiegelt. Aus diesem Grund kann Meditation als spiritueller Übungsweg grundsätzlich als *transkonfessionell* bezeichnet werden (vgl. Kap. 2.1.2.1).

Während Meditation als Methode zur Selbstexploration die Fähigkeit der Psyche nutzt, eine Beobachterposition gegenüber eigenen Erlebnisinhalten einnehmen zu können, besteht das eigentliche Ziel der Meditation in der Auflösung des Beobachters, d.h. in der Auflösung der dualistischen Subjekt-Objekt-Spaltung.

Scharfetter (1991) definiert Meditation folgendermaßen:

„Meditation ist die durch regelmäßiges Üben, eingebettet in eine gesamthaft daraus ausgerichtete Lebensführung zu gewinnende temporäre, intentionierte, selbstgesteuerte Einstellung eines besonderen (d.h. vom durchschnittlichen Tageswachbewußtsein unterschiedenen) Bewußtseinszustandes.“ (S.34)

Es wird deutlich, daß das Bewußtsein als zentrale Dimension in der Meditation eingeführt wird. Auch Shapiro (1983) definiert Meditation als einen veränderten Bewußtseinszustand. Das meditative Bewußtsein ist nach Scharfetter (1991) im Unterschied zum mittleren Tageswachbewußtsein gekennzeichnet durch (1) Erhöhung der Wachheit (2) Erweiterung des Umfanges (3) Steigerung der Helligkeit/Klarheit (4) Erhöhte fokussierte Aufmerksamkeit (5) Versenkung-Versunkenheit. Im Sinne der bereits dargestellten Systematik der Bewusstseinszustände (vgl. Kap. 2.1.2.2) bezieht sich der meditative Bewußtseinszustand auf den Bereich des Überbewußtseins.

Inwieweit sich zu diesen phänomenologischen Erscheinungen physiologische Korrelate finden lassen, ist derzeit nicht eindeutig geklärt (Ott 2002a). Engel (1999) berichtet für bestimmte meditative Erfahrungen von einem physiologischen Muster des Anstiegs von Herzfrequenz sowie hochfrequenter Beta-Wellen im EEG bei gleichzeitiger Muskelentspannung. Einen Überblick über die hirnpfysiologischen Veränderungen für die Zen-Meditation gibt Austin (1998).

Als *spiritueller Wandlungsweg* dient die Meditation als Übung, die Personhaftigkeit mit ihrem Bewußtseinszentrum des Ich zu überschreiten auf etwas Übergeordnetes hin (Scharfetter 1991). Darauf verweist auch die von den meditativen Traditionen universell verwendete Metapher vom *Weg*, die in ihrem Kernpunkt das sich immer wandelnde Wirklichkeitserleben meint (Wit 1998). Die meditativen Traditionen beinhalten teilweise sehr differenzierte Beschreibungen der verschiedenen meditativen Bewußtseinszustände vom Alltagsbewußtsein bis hin zum Einheitsbewußtsein.

Während bisher die Zielebenen der Meditation aus psychologischer Perspektive unterschieden wurden, soll an dieser Stelle herausgestellt werden, daß Meditation im Sinne eines spirituellen Wandlungsweges letztendlich nicht zielorientiert ist. Trungpa (1999) weist auf die Gefahr hin, der Spiritualität gegenüber eine materialistische Geisteshaltung zu entwickeln, indem sie als eine Sache betrachtet wird, die man sich aneignen sollte. Er nennt dieses Phänomen *spirituellen Materialismus*. Die meditativen Traditionen verwenden vielfältige Bilder, um deutlich zu machen, daß Wandlung *geschieht*, aber nicht *gemacht* werden kann (vgl. auch die Verschränkung von Aktivität und Passivität in den etymologischen Wurzeln des Begriffes Meditation, Kap.2.2.1). Der meditative Weg wird von den meditativen Traditionen als ein Prozeß des Sich-Öffnens und des Loslassens von Ich-Identifikationen beschrieben, um deutlich zu machen, daß nichts hinzugefügt oder erzeugt werden muß (z.B. ein besonderer Bewußtseinszustand), sondern daß der Weg vielmehr als ein *Freilegen* der ursprünglichen Wesensnatur verstanden werden kann. Insofern wird Meditation weniger zu einer Methode, um einen besonderen Bewußtseinszustand zu erreichen, sondern eher zu einem *Ausdruck* reinen Bewußtseins (Suzuki 1975).

An dieser Stelle läßt sich ein Zusammenhang zwischen dem paradoxen Aspekt des Wandels und dem psychologischen Konzept der *Lösung zweiter Ordnung* herstellen (Watzlawick, Weakland & Fisch 2001). Der spirituelle Weg bewegt sich in einem Paradox: es wird ein Bewußtseinszustand angestrebt, der nur erreicht werden kann, wenn das Streben danach aufhört. Die Suche selbst wird zum Problem, wo eine Kluft zwischen der Welt, wie sie ist und der Welt, wie sie sein sollte, besteht. Watzlawick et al. (2001) nennen dieses Phänomen *Utopie-Syndrom*. Der Lösungsversuch, nämlich die Welt oder die eigene Person so zu verändern, wie sie sein sollte, wird somit zur eigentlichen Wurzel des Leidens. Die Lösung zweiter Ordnung besteht in der Erkenntnis, daß

die Suche selbst widersinnig ist, weil die Prämissen (die Existenz des Ich und der Glaube daran, daß es etwas zu erreichen gibt) als falsch erkannt werden, was in eine erweiterte Sicht der Wirklichkeit führt.

Dürckheim (1993) macht deutlich, daß die Öffnung des Bewußtseins über die Person hinaus nicht als Ich-Auflösung oder Selbstaufgabe mißzuverstehen ist, sondern der Sinn der Meditation als spiritueller Wandlungsweg in der Übung der Durchlässigkeit des Personalen für das Transpersonale besteht und insofern eine tiefe Selbstfindung mit sich bringt (vgl. Kap.2.1.4). Er formuliert den eigentlichen und ursprünglichen Sinn der Meditation folgendermaßen:

„Der Sinn der Meditation als Verwandlungsübung ist die zum Sein hin gewährleistete Durchlässigkeit der Person- auf daß das Sein in ihr und durch sie hervortönen (personare) kann in der Welt. Person meint eine zum göttlichen Sein hin durchlässige Form, eine geformte Durchlässigkeit des ganzen Menschen zur Bezeugung seines göttlichen Ursprungs in seinem endlichen Dasein.“ (S.242)

2.2.4 Negative Auswirkungen

Neben den erwünschten Wirkungen der Meditation sind auch eine Reihe negativer Effekte und Kontraindikationen zu nennen.

Im klinischen Bereich ist hier die Kontraindikation von Meditation etwa bei akuten Psychosen zu nennen (Engel 1999). Aber auch unter Normalprobanden scheint Meditation nicht für jeden geeignet zu sein. Es muß differenziert werden, wann, für wen und in welchem Ausmaß welches Vorgehen sinnvoll ist. Hier ist auf der einen Seite die hohe Abbrecherrate zu nennen, die von Engel (1999) auf ca.90% geschätzt wird. Die einzelnen Faktoren, die zum Abbruch der meditativen Praxis führen, müssen weitergehend untersucht werden.

Scharfetter (1991) gibt einen Überblick über die negativen Ergebnisse von Meditation, die er Phänomenen der gelungenen Meditation gegenüberstellt. Allerdings werden viele dieser negativen Wirkungen als Durchgangsstadien gewertet, weshalb vor voreiligen Pathologisierungen gewarnt wird. Es ist zu differenzieren zwischen Gefahren, die in der Person begründet sind (z.B. vulnerable Persönlichkeit), in der Technik (z.B. Overmeditation) oder im Setting (z.B. zu starke Bindung an den Lehrer). Zu nennen sind hier beispielsweise Depersonalisationsphänomene, Realitätsverlust, Ängste, Isolation und das

Gefühl des Ausgeliefertseins an kosmische Mächte oder Geister und Halluzinationen bis hin zur Psychose. Eine weitere Gefahr besteht in dem Mißbrauch von Meditation als einem Mittel, um der Auseinandersetzung mit psychischen Problemen zu entgehen, was mit dem Ausdruck *spiritual bypassing* bezeichnet wird (Helg 2000).

Die negativen Wirkungen sind insgesamt eher selten und betreffen vor allem Anfänger, bei Fortgeschrittenen wird wenig darüber berichtet (Helg 2000). Aufgrund der Gefahren des meditativen Weges wird in der Regel die Begleitung durch einen Meditationslehrer empfohlen.

Die Meditationsforschung beschäftigt sich mit prognostischen Faktoren gelungener Meditation sowie Risikofaktoren für negative Ergebnisse.

2.2.5 Das Konstrukt Meditationstiefe und meditative Entwicklung

Da das spirituelle Bewußtsein in der vorliegenden Untersuchung als Dimension professionellen Handelns thematisiert wird, erscheint das *Konstrukt Meditationstiefe* für die Fragestellung dieser Arbeit von besonderer Bedeutung. Wenn durch die meditative Praxis die Tiefebereiche des Bewußtseins erfahrbar werden, ergibt sich daraus die Vermutung, daß sich dies auf das professionelle Handeln und Selbstverständnis von meditierenden Psychotherapeuten auswirkt.

Bei der Entwicklung des Konstrukts Meditationstiefe (Müller 1997, Ott 2002b, Piron 2001a, Piron 2001b) wird der Frage nachgegangen, ob den verschiedenen meditativen Traditionen und ihren Begrifflichkeiten verschiedene Erfahrungen zugrunde liegen, oder ob es sich vielmehr um andersartige Interpretationen derselben Erfahrungen handelt. Dabei dient das Konstrukt Meditationstiefe als Beispiel für die Tiefendimension des Bewußtseins. Der Begriff ‚Tiefe‘ meint anders als in der Tiefenpsychologie die spirituelle Dimension des Bewußtseins (Piron 2001). Im Sinne Wilbers (vgl.Kap.2.1.3) wird Tiefe als die evolutionäre Entfaltung des Bewußtseins aufgefaßt:

„Es gibt ein Spektrum der Tiefe, ein Spektrum des Bewußtseins. Die Evolution entfaltet dieses Spektrum. Das Bewußtsein entfaltet sich immer mehr, erkennt sich selbst immer mehr, gelangt immer mehr zur Manifestation. GEIST, Bewußtsein, Tiefe- verschiedene Wörter für dieselbe Sache.“ (zitiert nach Piron 2001, S.67)

Bei der Entwicklung und empirischen Validierung des Konstrukts Meditationstiefe soll überprüft werden, inwieweit es sich bei der Tiefendimension um eine Dimension des Bewußtseins handelt, die objektivierbar ist. Dazu erstellte Piron (2001a, 2001b) aufgrund von Interviews und bereits bestehenden Fragebögen eine Liste mit Erlebnisinhalten und Zustandsbeschreibungen in Itemform. Diese Items wurden hinsichtlich ihrer Tiefe von Experten (Meditationslehrer verschiedenener Richtungen) eingeschätzt. Dabei ergaben sich hohe Übereinstimmungen. Dies kann als Hinweis auf eine von der meditativen Tradition unabhängige universale Tiefendimension gedeutet werden. In einem nächsten Schritt wurden mit Hilfe einer Clusteranalyse fünf Tiefebereiche gefunden, die in Anlehnung an die Terminologie der Psychosynthese (Assagioli 1988) benannt wurden. Den daraus entstandenen Meditationstiefefragebogen (MTF)⁹ bezeichnet Belschner (2002b) als diagnostisches Instrument für den Entwicklungsstand auf dem meditativen Weg. Unter diesem Gesichtspunkt kann er insbesondere hilfreich sein bei der Erforschung von Zusammenhängen zwischen der Meditationstiefe und persönlicher Entwicklung oder psychischer Gesundheit, wo verschiedene positive Zusammenhänge festgestellt werden konnten (Piron 2002). Auch wenn es sich bei den einzelnen Tiefebereichen nicht um Stadien handelt, erscheint es sinnvoll, eine Entwicklung meditativer Tiefe in dieser Dimension anzunehmen, da die meditative Tiefe mit zunehmender Meditationspraxis zunimmt (Piron 2001b, 2002). Piron (2001) findet in den meditativen Traditionen Stadienmodelle, die sich mit der Entwicklung der Tiefebereiche in Beziehung setzen lassen. Die einzelnen Cluster bzw. Tiefebereiche können folgendermaßen beschrieben werden (entnommen aus Piron 2001, S.70):

Cluster 1: Hindernisse, Widerstände, Schwierigkeiten

Cluster 2: Körperliche, emotionale und mentale Entspannung

Cluster 3: Gewährsein (Achtsamkeit) über die Gedanken ohne Anhaften bzw. zunehmendes Kontroll-Erleben (Disidentifikation); dadurch Erfahrung einer inneren Mitte, einer starken Energie im Innern, eines Energiefeldes, körperlicher Leichtigkeit, sowie Gleichmut und inneren Frieden; intuitive Einsichten und Erkenntnisse können auftreten.

⁹ Der MTF, der im empirischen Teil als Untersuchungsinstrument dient, sowie die einzelnen Tiefebereiche, sind im Anhang nachzulesen.

Cluster 4: Meditation als Methode sowie Zeitgefühl werden überwunden und transpersonale Qualitäten wie Klarheit, Wachheit, Liebe, Hingabe, Verbundenheit, Demut, Gnade, Dankbarkeit, bedingungslose Selbstakzeptanz, formlose Energie und grenzenlose Freude können auftreten.

Cluster 5: Kognitive Vorgänge wie Gedanken, Vergleiche, Unterscheidungen, Urteile sowie Wahrnehmungen von Emotionen und Empfindungen kommen vollständig zur Ruhe; die Einheit mit allem, Leerheit und Unendlichkeit des Bewußtseins werden erfahren; die Dichotomie von Subjekt und Objekt wird überwunden bzw. beide hören auf, als Entitäten zu existieren.

Die Tiefebereiche können als eine zunehmende Öffnung des Bewußtseins vom Alltagsbewußtsein hin zu Bereichen des Überbewußtseins aufgefaßt werden, wie in Abb.7 dargestellt.

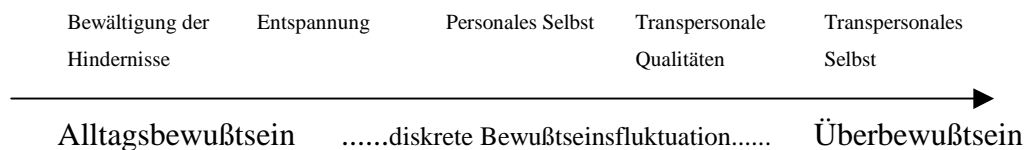


Abb.7: Meditative Tiefebereiche

Untersuchungen von Engel (1999, 2000), die sich mit der meditativen Entwicklung befassen, lassen sich mit dem Konstrukt Meditationstiefe und den einzelnen Tiefebereichen in Beziehung setzen. Engel (1999, 2000) stellt fest, daß das Erleben auf dem meditativen Weg trotz unterschiedlicher Techniken und impliziter Theorien zwischen den einzelnen Meditationsformen eher ähnlich als unähnlich ist. Engel (1999) findet ein Entwicklungsmuster, bei dem nach anfänglichen Schwierigkeiten und dem Gefühl der Orientierungslosigkeit (vgl. Cluster 1) eine Phase der Entspannung (vgl. Cluster 2) eintritt, die dann von einer sogenannten Arbeitsebene abgelöst wird, auf der die Auseinandersetzung mit konflikthaften Bewußtseinsinhalten im Vordergrund steht (vgl. Cluster 3). Diese Phase mündet dann in eine Phase tiefer Ruhe. Während zu Beginn eher Schwierigkeiten und Orientierungslosigkeit im Vordergrund stehen, werden mit zunehmender Meditationspraxis Erfahrungen wie das Gefühl von Getragensein, Geborgen-

heit, Einheit und von nicht materiellem Bewußtsein gemacht (vgl. Cluster 4 und 5), wobei nonduale Erfahrungen (vgl. Cluster 5) eher selten sind.

Diese Studien, bei der Langzeitmeditierende untersucht wurden, machen deutlich, daß Meditation im Anfangsstadium oft im Sinne eines Entspannungsverfahrens verwendet wird und sich die differentiellen Effekte erst über die Zeit herauskristallisieren. Bei vielen Meditierenden läßt sich ein zeitliches Kontinuum feststellen, bei dem Meditation zunächst als Entspannungstechnik angewendet wird und der Entspannungseffekt über die Zeit zugunsten des Motiv der Selbstexploration und schließlich des Bewußtseinswandels in den Hintergrund rückt (Shapiro 1992). Insgesamt ist das Erleben auf dem meditativen Weg eher positiv als negativ und es wird ein allgemeiner Wandel festgestellt (Engel 2000).

2.3 Die transpersonale Perspektive im professionellen Selbstverständnis von Psychotherapeuten

Nach einer allgemeinen Darstellung zum professionellen Selbstverständnis von Psychotherapeuten wird die empirische Forschung zur Spiritualität von Psychotherapeuten dargestellt. Es folgt eine Beschreibung des Selbstverständnisses transpersonal orientierter Therapeuten sowie einiger empirischer Befunde hierzu. Daraus ergibt sich die Diskussion der Frage, inwieweit das transpersonale Selbstverständnis als professionelles Selbstverständnis bezeichnet werden kann (Professionalität und Integrale Kompetenz). Schließlich wird auf die Möglichkeit der Meditation für den Therapeuten eingegangen.

2.3.1 Das professionelle Selbstverständnis als Konstruktion

Die Rolle des Psychotherapeuten wird zunehmend unklarer, so daß der einzelne Therapeut seine berufliche Identität in Form einer persönlichen Geschichte fassen muß (Hermer 1997). Aus der Geschichte, die um die berufliche Identität herum erzählt wird, läßt sich das professionelle Selbstverständnis erschließen. Guggenberger (1990) verwendet den Begriff *Selbstverständnis* synonym mit dem Begriff *Identität*. Dabei wird Identität nicht im Sinne der Identitätstheorien behandelt, sondern die *Selbstkonstruktion* von Identität durch das Individuum als bedeutendes Merkmal von Identität herausgestellt. Auf diese Weise wird der Begriff abgegrenzt von dem der *Rolle* als einem Bündel

gesellschaftlicher Verhaltenserwartungen sowie von dem Begriff der *Persönlichkeit* als Gesamtheit der psychischen Merkmale. In der vorliegenden Arbeit wird der Begriff Selbstverständnis dem Begriff Identität insofern vorgezogen, als daß er sich unmißverständlich auf die Seite des Subjekts und damit auf das reflexive Sich-selbst-Verstehen bezieht, d.h. auf Aussagen des Individuums über sich selbst. Der Begriff kann insofern als Indikator für die subjektive *Seinsweise* des Therapeuten gedeutet werden (vgl. Kap.1).

Je unklarer eine Rolle ist, desto mehr wird die Konstruktion des Selbstverständnisses als eine zu erbringende Leistung erforderlich. Der Psychotherapeut ist sehr vielfältigen und zum Teil widersprüchlichen Anforderungen ausgesetzt. Durch das in der Postmoderne zunehmend herrschende Gefühl der Orientierungs- und Sinnlosigkeit entsteht auf der einen Seite die Situation, in der immer mehr „*der (die Ganzheit und Erlösung versprechende) ‚Heiler‘ gefragt ist*“ (Rad 1996, S.88). Der Therapeut soll Familie, Arzt, und Priester in einer Person verkörpern (Thorne 1997). Auf der anderen Seite erkennen Psychotherapeuten aber, daß sie „*angesichts einer immer chaotischeren Welt selbst über keinen gültigen Ganzheitsfahrplan mehr verfügen*“ (Hermer 1997, S.487). Der Therapeut hat mehrere Möglichkeiten des Umgangs mit dieser Herausforderung. Er kann zum Beispiel sein Aufgabenverständnis so eingrenzen, daß er in Anlehnung an den Psychotherapiebegriff der Psychotherapierichtlinien seine Aufgabe auf die Beseitigung von Krankheitssymptomen mit möglichst effektiven und wissenschaftlich fundierten Mitteln eingrenzt. In diesem Fall würde das professionelle Selbstverständnis weitgehend von einer äußeren Instanz determiniert und unabhängig von der persönlichen Identität konstruiert. Der Therapeut kann sich aber auch über die Therapieschule definieren, die zu seinen persönlichen Überzeugungen und Werthaltungen und seinem Menschenbild paßt (Eckert 2000). Unabhängig davon hat der Therapeut aber auch die Möglichkeit, sich auf die Unsicherheit seiner Rolle einzulassen, so daß die Konstruktion des professionellen Selbstverständnisses als ein dynamischer Prozeß begriffen werden kann und eine immer wieder neu zu erbringende Leistung darstellt, die nur in Auseinandersetzung mit der persönlichen Identität erbracht werden kann. Daß die Unsicherheit der professionellen Rolle eine Herausforderung darstellt, die potentiell als *kreativ-produktiver Prozeß* begriffen werden kann, drückt Hermer (1997) folgendermaßen aus:

„*Es kostet Kraft und Mut, die Verunsicherung unserer therapeutischen Routine auszuhalten und sich auf die Grenze in einem unbekanntem Land einzulassen [...] Wenn aber Situationen entste-*

hen, in denen der/die Therapeut/in an die Grenze seiner/ihrer Identität stößt, liegen darin Chancen, die sie vielleicht zu den produktivsten Zeiten einer Therapie machen können.“ (S.491)

Das professionelle Selbstverständnis ist also nicht auf die Entwicklung der theoretischen Orientierung beschränkt, wie sie Ambühl et al. (1995) untersuchen, sondern kann als eine dynamische Interaktion zwischen persönlicher und beruflicher Identität begriffen werden, die das Moment einer *existentiellen Auseinandersetzung* über theoretische Konzepte hinaus beinhaltet. Jaeggi (2001) zeigt, daß eine enge Verknüpfung und Wechselbeziehung zwischen der persönlichen und beruflichen Identität von Psychotherapeuten vorzufinden ist.

Skovholt & Rønnestad (1992) sehen für die Prozeßhaftigkeit (vs. Stagnation) des professionellen Selbstverständnisses von Psychotherapeuten wesentliche Faktoren in einer Haltung, die durch die Suche nach einem tieferen Verständnis psychischer Phänomene und Bewußtheit der Komplexität psychischer Probleme gekennzeichnet ist. Durch Interviews mit 100 Therapeuten und Beratern finden sie acht Stufen in der Entwicklung des professionellen Selbstverständnisses, wobei die letzten Stufen durch eine zunehmende Integration persönlicher und beruflicher Identität sowie durch größere Autonomie gegenüber theoretischen Konzepten gekennzeichnet sind. Sie stellen fest, daß die Therapeuten auf dem Hintergrund der persönlichen und beruflichen Erfahrung mit der Zeit ein individuelles Behandlungsmodell entwickeln, das als Ausdruck ihres professionellen Selbstverständnisses verstanden werden kann.

Es kann also davon ausgegangen werden, daß jeder Therapeut auf dem Hintergrund der Auseinandersetzung mit theoretischen Konzepten sowie der Interaktion persönlicher und beruflicher Identität ‚sein‘ individuelles Behandlungsmodell konstruiert. Um die von Grawe (1999) (vgl. Kap.2.1.5.1) gewählte Metapher zu verwenden: der Therapeut ‚bastelt‘ sich eine ‚Brille‘, durch die er die Wirklichkeit der Psychotherapie sieht. In diesem Sinne kann das vom Therapeuten konstruierte Psychotherapiemodell als ein Ausdruck des professionellen Selbstverständnisses betrachtet werden, so daß das Psychotherapiemodell als eine Form der Operationalisierung des professionellen Selbstverständnisses fungiert. Orlinsky (1994, in Eckert 2000) zählt zum Behandlungsmodell des Therapeuten folgende Bereiche: (1) Therapeutische Beziehung (2) Intervention (3) Diagnostik und (4) Therapieziele.

2.3.2 Empirische Forschung zur Spiritualität von Psychotherapeuten

Für den deutschen Sprachraum gibt es bisher kaum Studien zur Spiritualität von Psychotherapeuten. Ein Projekt behandelt zwar momentan in einer bundesweiten Umfrage zur Einstellung von Psychotherapeuten zum Thema Spiritualität und Psychotherapie diese Thematik, ist aber derzeit noch nicht abgeschlossen.

Eine Studie von Demling, Wörthmüller und O'Connolly (2001) untersucht die Einstellung von fränkischen Therapeuten zu Psychotherapie und Religion, differenziert aber nicht zwischen Religion und Spiritualität. Dennoch geht aus dieser Studie hervor, daß das Thema Religion/Spiritualität für die meisten Therapeuten sowohl für die therapeutische Arbeit als auch für die Therapeuten persönlich von Bedeutung ist. Dabei ist die Einschätzung der Bedeutung der Religion/Spiritualität für die Therapie stark abhängig von der persönlichen religiösen/spirituellen Einstellung. Auffallend ist auch die im Vergleich zum Bevölkerungsdurchschnitt (ca. 8%) stark überdurchschnittlich häufige Konfessionslosigkeit unter Psychotherapeuten (knapp 30 %).

Ludwig und Plaum (1998) untersuchen die Glaubensüberzeugungen von Psychotherapeuten und differenzieren dabei zwischen einer rationalistischen, einer humanistischen, einer christlichen und einer sogenannten New-Age-Orientierung. Von den Teilnehmern ihrer Studie gaben 93,2% an, einen Glauben an etwas über die empirische Wissenschaft hinaus Gehendes zu besitzen. Allerdings zeigen sich sehr heterogene Glaubensvorstellungen, und die Autoren weisen darauf hin, daß die einzelnen Therapeuten häufig widersprüchliche, unklare und inkonsistente Angaben machten. Nach Ansicht der Autoren lassen diese Ergebnisse vermuten, daß die Untersuchung ein ‚heikles‘ Thema berührt und diesbezüglich eine allgemeine Verunsicherung besteht. Zwar gaben 65,8% an, daß das Thema Transzendenz für die therapeutische Praxis implizit oder explizit von Bedeutung ist, jedoch wiesen wiederum 52% dem Thema insgesamt geringere Bedeutung zu. Auch weist die geringe Rücklaufquote von 31% auf ein eher geringes Interesse an der Thematik hin.

Belschner (2002a) stellt fest, daß vielen Therapeuten die transpersonale Perspektive fremd ist. Auch bestehen Defizite im Umgang mit spirituellen Krisen (Belschner & Galuska 1999).

In den USA durchgeführte Studien zeigen übereinstimmend, daß Therapeuten weniger religiös sind als die Durchschnittsbevölkerung, aber gleichzeitig ein sehr großes Reservoir an spirituellen Interessen vorzufinden ist (Bergin & Jensen 1990, Shafranske & Gorsuch 1984, Shafranske & Malony 1990). In Übereinstimmung mit Demling et al. (2001) machen Shafranske und Gorsuch (1984) deutlich, daß Therapeuten, für die Spiritualität persönlich eine große Bedeutung hat, diese auch in ihre therapeutische Arbeit verstärkt einbeziehen und im therapeutischen Kontext für bedeutsam halten. Die meisten Therapeuten stimmten mit der Aussage überein, daß Spiritualität eine direkte Relevanz für ihr Leben hat, und 33% gaben an, einen von einer religiösen Institution unabhängigen spirituellen Weg zu gehen.

Allman, Roche, Elkins und Weathers (1992) untersuchen die Einstellung von Psychotherapeuten den Klienten gegenüber, die von mystischen Erfahrungen berichten. Dabei stellen sie fest, daß 50% der 285 zufällig ausgewählten und antwortenden Therapeuten angaben, selbst schon einmal eine mystische Erfahrung gemacht zu haben. Diese Therapeuten pathologisierten die von den Klienten berichteten mystischen Erfahrungen signifikant weniger als Therapeuten ohne mystische Erfahrung. Es zeigte sich außerdem, daß humanistisch orientierte Therapeuten weniger Pathologisches in einer mystischen Erfahrung sehen als Psychoanalytiker und Verhaltenstherapeuten.

2.3.3 Das professionelle Selbstverständnis transpersonal orientierter Therapeuten

2.3.3.1 Allgemeine Darstellung

Ein Transpersonaler Therapeut ist ein Therapeut, der *„eine höhere, größere, spirituelle Dimension in seine oder ihre Arbeit miteinbezieht als integralen Bestandteil seines Selbst- und Weltbildes, seines Verständnisses von Gesundheit und Krankheit, von Diagnose, Therapie und Heilung und von Entwicklung und Wachstum“* (Pfluger-Heist 2002, S.6). Dabei kommt dem transpersonal orientierten Therapeuten eine Art Brückenfunktion zwischen den Bereichen von Psychotherapie und Spiritualität zu (Hutton 1994), so daß er *„im Glauben an die Unteilbarkeit und Einheit des Ganzen“* (Pfluger-Heist 2002, S.15) die personale und transpersonale Dimension in seinem Bewußtsein zu integrieren versucht.

Wie bereits in der Darstellung des Wirkfaktors Präsenz deutlich gemacht wurde (vgl. Kap. 2.1.5.2), werden die Verbundenheit des Therapeuten mit der Seinsebene und seine Präsenz in der Transpersonalen Psychotherapie als die eigentlich heilende Kraft angenommen (Pfluger-Heist 2000).

„Es ist das Sein des Therapeuten oder der Therapeutin mehr als irgendein Tun, das zur Heilung der Wunde beiträgt. In der Stille dieser willkommen heißenden Präsenz beginnen Klienten Stück für Stück aufs neue Erfahrungen zu machen, daß sie wirklich so, wie sie sind, willkommen sind.“
(Yeomans 2002, zitiert nach Pfluger-Heist 2002, S.20)

In seinen letzten Lebensjahren spricht Rogers von sogenannten transzendenten Momenten, die er folgendermaßen beschreibt: *„...simply my presence is releasing and helpful.“* Und: *„...my inner spirit has reached out and touched the inner spirit of the other“* (Rogers 1986, zitiert nach Thorne 1997, S.210). Kühn (2000) spricht in diesem Zusammenhang von der *„Transzendentalität des ‚Klinischen Blicks‘“* (S.443), der hinter der Diagnose einem phänomenologischen Sein begegnet, in dem Therapeut und Klient miteinander verbunden sind. Der Kern der therapeutischen Haltung in der Transpersonalen Psychotherapie kann als ein achtsames, meditatives Gewahrsein, *„das nicht mit therapeutischen Konzepten und diagnostischen Einschätzungen befaßt ist, sondern wahrnehmen kann, was von Augenblick zu Augenblick tatsächlich geschieht“* (Pfluger-Heist 2002, S.19) beschrieben werden.

Gudermuth (1997) nennt folgende wesentlichen Punkte, die das Selbstverständnis und die therapeutische Haltung des transpersonal orientierten Therapeuten beschreiben:

- Innere Bereitschaft zur Akzeptanz einer spirituellen Dimension.
- Eine Haltung der Demut vor dem Wirken einer höheren Wirklichkeit.
- Eine Haltung des Mitgefühls und der Verbundenheit in Liebe.
- Öffnung für den transpersonalen Bewußtseinsraum.
- Die Bereitschaft, therapeutische Konzepte loszulassen und sich von einer spirituellen Kraft führen zu lassen.
- Öffnung für eine menschliche Begegnung jenseits der Kategorie Therapeut-Klient in einem überindividuellen Sein.

- Die Therapie wird auch von Therapeuten als ein Prozeß der Heilung erlebt und kann als ein Stück gemeinsamen Weges beschrieben werden.

Diese Beschreibung stimmt mit dem Faktor Nondualität im WF:P (vgl. Kap. 2.1.5.2) überein, der als eine Operationalisierung des transpersonalen Selbstverständnisses aufgefaßt werden kann. Über die hier erfolgte Darstellung hinaus kann vermutet werden, daß das transpersonale Selbstverständnis mit der Konstruktion eines die transpersonale Dimension integrierenden Behandlungsmodells (vgl. Kap. 2.1.5.2) zusammenhängt.

Die heilende Kraft der therapeutischen Präsenz wird damit erklärt, daß die therapeutische Präsenz ein spirituelles Energiefeld erzeugt, „*das Klient und Therapeut einhüllt und das die Verbindung des Klienten oder der Klientin zur eigenen Seele aktiviert*“ (Yeomans 1998, zitiert nach Pfluger-Heist, S.19). Der Therapeut fungiert als „*Kanal*“ (Gudermuth 1997, S.84) für den transpersonalen Bewußtseinsbereich und macht auf diese Weise heilende Qualitäten verfügbar.

Da der Therapeut durch seine Öffnung für den transpersonalen Bewußtseinsraum ein heilendes Energiefeld schafft, sieht Galuska (1996) eine besondere Verantwortung der Therapeuten für die Entwicklung ihres Bewußtseins. Diese besondere Verantwortung stellen auch andere Autoren heraus und sehen daher in der Schulung des Bewußtseins der Therapeuten durch spirituelle Übungswege ein wesentliches Moment therapeutischer Qualifikation (Chung 1990, Belschner 2002a). Beispielsweise geht Belschner (2002a) davon aus, daß die drei Qualitäten therapeutischer Präsenz dem Therapeuten nur durch die Schulung in einem spirituellem Übungsweg zugänglich und damit für die therapeutische Praxis verfügbar werden.

2.3.3.2 Empirische Forschung

Insgesamt ist anzumerken, daß sich nur sehr wenige empirische Forschungsarbeiten zum professionellen Selbstverständnis transpersonal orientierter Therapeuten finden lassen und hier offensichtlich Forschungsbedarf besteht.

Hutton (1994) untersucht, wie sich transpersonal orientierte Therapeuten von psychoanalytisch und kognitiv-verhaltenstherapeutisch orientierten Therapeuten unterscheiden. Er zeigt, daß transpersonale Therapeuten methodisch besonders eklektizistisch arbeiten, d.h. mehr und breiter gestreute therapeutische Zugänge in ihrer Arbeit verwenden als

die beiden anderen Gruppen. Eine fundierte therapeutische Ausbildung und therapeutisches Wissen schätzen alle drei Gruppen als gleich wichtig ein. Besonders große Unterschiede bestehen zwischen den Gruppen hinsichtlich der Einstellungen zur Spiritualität. Transpersonal orientierte Therapeuten fühlen sich zu weniger traditionellen Glaubensorientierungen zugehörig. Sie berichten mehr über mystische Erfahrungen, verwenden mehr Zeit für ihre spirituelle Praxis und halten das Wissen über spirituelle Wege für wichtiger als Therapeuten der beiden anderen Gruppen. In Bezug auf Einstellungen zur Rolle der Spiritualität in der Psychotherapie unterscheiden sich transpersonal orientierte Therapeuten dahingehend, daß sie Spiritualität als wesentlichen Bestandteil einer Therapie betrachten und daher der Offenheit des Therapeuten für die spirituelle Dimension besondere Bedeutung beimessen. Außerdem halten transpersonal orientierte Therapeuten die Therapie verstärkt sowohl für den Klienten als auch für den Therapeuten für einen Heilungsprozeß.

Hundt (2000) interviewt Therapeuten, die einen östlich-spirituellen Weg gehen und diesen Weg in ihre therapeutische Arbeit zu integrieren versuchen. Als zentrales Ergebnis arbeitet sie heraus, daß die Therapeuten westlich-rationale Lebensziele und östlich-spirituelle Wertvorstellungen für sich genommen als Lebens- und Therapiekonstrukt für untauglich ansehen. Die Therapeuten halten sowohl für ihren Beruf als auch für ihr Privatleben die Integration beider Vorstellungen für notwendig.

Auf der Grundlage von Interviews mit spirituell orientierten Therapeuten stellt Sullivan (1998) einige zentrale Aspekte des Selbstverständnisses dieser Therapeuten heraus. Das Menschenbild betreffend sehen diese Therapeuten Menschen grundsätzlich als spirituelle Wesen, weshalb Spiritualität als essentieller Bestandteil psychischer Gesundheit betrachtet wird. In der Therapie schwingt für diese Therapeuten immer auch eine spirituelle Dimension mit, so daß die Therapie selbst als ein spiritueller Weg begriffen wird. Besonderen Wert legen diese Therapeuten auf ihre eigene spirituelle Entwicklung und regelmäßige spirituelle Praxis wie Gebet oder Meditation. Im Zentrum der therapeutischen Haltung stehen Mitgefühl und eine von Achtsamkeit geprägte Präsenz.

Zu ähnlichen Ergebnissen kommt White (2002). Zusätzlich arbeitet er heraus, daß spirituell orientierte Therapeuten ihre eigene Entwicklung als einen Wandlungsprozeß der Öffnung über das individuelle Ich hinaus sehen.

2.3.4 Professionalität und Integrale Kompetenz

- ist das transpersonale Selbstverständnis ein professionelles Selbstverständnis?

Über den subjektiven Faktor hinausgehend ist das therapeutische Selbstverständnis im Zusammenhang mit Professionalisierungsprozessen zu sehen, wobei die Verankerung einer *Profession* über die Definition von Kompetenzen den Expertenstatus festlegt (Hermer 1997). Schaeffer (1990) unterscheidet vier Gruppen professionstheoretischer Überlegungen, die für das psychotherapeutische Handeln relevant sind: (1) Die funktionalistische bzw. strukturfunktionalistische Tradition (2) Die interaktionstheoretische Tradition (3) Die wissenschaftsrationalistische Tradition und (4) Die Reformulierung der klassischen Professionstheorie. Den Theorien ist gemeinsam, daß sie bestimmte Kriterien festlegen, die eine Profession definieren. Insofern legt eine Profession abhängig vom Professionsbegriff die mit einer Profession verbundenen Standards, Aufgaben und Kompetenzen fest. Werden diese nicht erfüllt, kann von *Deprofessionalisierungsprozessen* gesprochen werden. Im Sinne der Professionstheorien besteht ein wesentlicher Grundpfeiler der Profession in der angemessenen Anwendung wissenschaftlich begründeten Wissens. Schaeffer (1990) bezeichnet eine Deprofessionalisierungstendenz, in der die Anwendung wissenschaftlich begründeten Wissens vernachlässigt wird, als *Konfessionalisierungstendenz*.

Es erscheint bedeutsam, daß eine Profession nicht per se gegeben ist, sondern als gesellschaftliche Konstruktion auf dem vorherrschenden kulturellen Hintergrund verstanden werden kann. Der gegenwärtige kulturelle Hintergrund ist bestimmt durch das wissenschaftlich-rationale Weltbild in einer säkularen Kultur. Belschner (2002b, 2002c) zeichnet das Bild einer komplementären, integralen Kultur, in der die spirituelle Dimension im menschlichen Leben akzeptiert wird. In einer derartigen Kultur würde die Durchlässigkeit der professionellen Person für die spirituelle Dimension als professionelle Kompetenz definiert werden. Die Verfügbarkeit der professionellen Person sowohl des personalen als auch des transpersonalen Bewußtseinsraums und die Integration in ein Behandlungskonzept bezeichnet Belschner (2002a) als *Integrale Kompetenz*. Dabei weist er auf die Gefahr hin, als transpersonal orientierter Therapeut in der gegenwärtigen säkularen Kultur das Attribut ‚professionell‘ zu verlieren.

Psychotherapie versteht sich als ein wissenschaftlich fundiertes Verfahren. Die Darstellung des Selbstverständnisses transpersonal orientierter Therapeuten wirft die Frage auf, inwieweit sich diese Therapeuten überhaupt als Vertreter einer wissenschaftlichen Psychotherapie begreifen bzw. ob in diesem Zusammenhang von Konfessionalisierungstendenzen gesprochen werden muß. Die besondere Problematik des transpersonalen Selbstverständnisses besteht in der Haltung, als Werkzeug für etwas ‚Höheres‘ zu fungieren, das sich selbst weitgehend wissenschaftlicher Überprüfung entzieht. An dieser Stelle besteht die Gefahr des Mißbrauchs im Sinne einer (vielleicht subtilen) Indoktrination der Klienten, wenn mit diesem ‚Höheren‘ ein System gemeint ist, für das die therapeutische Situation instrumentalisiert wird. Im Sinne eines transpersonalen Selbstverständnisses ist damit allerdings ein innerer Bewußtseinsraum gemeint, dessen Verfügbarkeit sich vielmehr in der Seinsweise des Therapeuten als in Indoktrination ausdrücken soll. Dennoch ist hier ein sehr problematisches Thema angesprochen, dessen Bedeutung nicht unterschätzt werden sollte.

Die Verankerung in der spirituellen Dimension kann für den Therapeuten zu einer tragenden Kraft werden, auf deren Hintergrund sowohl die Komplexität und Unsicherheit der therapeutischen Rolle als auch die Auseinandersetzung mit dem Leiden fruchtbar werden können.

Jaeggi und Möller (2003) sehen allerdings in der transpersonalen Haltung einen regressiven Fluchtversuch vor Selbstzweifeln im therapeutischen Beruf:

„Wir sind und bleiben getrennt vom Kosmos, getrennt von den anderen, eingeschlossen in einem Kokon der Einsamkeit, der nur augenblicksweise durchbrochen werden kann. Sich damit abzufinden bedeutet Trauer, aber nicht Resignation, Einsicht in Unabwendbares, aber nicht Verzweiflung. Dies alles müssen Psychotherapeuten gewissermaßen in jeweils ‚geballter Ladung‘ täglich in sich verarbeiten. Da hilft wohl kein Gott und keine kosmische Energie.“
(Jaeggi & Möller 2003, S.12)

Der Therapeut bewegt sich in dem Dilemma, daß er zwar in der Therapie weltanschauliche Abstinenz bewahren sollte, sein Handeln aber in jedem Fall durch sein Weltbild mitbestimmt ist, so daß jede therapeutische Haltung mit irgendeiner bewußten oder unbewußten Haltung zur Spiritualität verbunden ist (Huth 2000). Sowohl die eine als auch die andere Haltung ist wissenschaftlich nicht nachprüfbar in dem Sinne, daß sie als epistemologisch richtig oder falsch zu bezeichnen ist (vgl. Kap.2.1.2.3). Nachprüfbar aller-

dings können die Wirkungen sein. Auf der einen Seite kann Psychotherapieforschung betrieben werden, indem für jede mögliche Situation und Konstellation nach der empirisch effektivsten Intervention gesucht wird (Grawe 1999). Auf der anderen Seite besteht die Möglichkeit, heilende Haltungen und Seinsweisen zu erforschen, wie dies im Zusammenhang mit der Gesprächspsychotherapie und den therapeutischen Grundhaltungen geschieht. Hier besteht für die Transpersonale Psychotherapie Forschungsbedarf. Humnitsch (1999) behauptet, eine Begegnung in Liebe sei der beste Wirkfaktor in der Psychotherapie und Gudermuth (1997) fragt:

„Was, wenn ich zu der Auffassung gelangte, daß allein die Liebe heilt und all unsere vielen Ausbildungen vor allem dazu dienen, uns als Therapeuten fähiger zu machen, in dieser Liebe zu sein, so daß wir als Tropfen im Meer des Universums ‚nur‘ durch mehr Harmonie im eigenen Inneren einen Teil der großen Aufgabe erfüllen, eine lichtvollere Welt zu schaffen?“
(Gudermuth 1997, S.89)

Auch wenn Gudermuth (1997) ausdrücklich das *„Wissen und gute Handwerkszeug“* (S.83) in der Therapie für wichtig hält, stellt sich in diesem Zusammenhang und im Hinblick auf den empirischen Teil dieser Arbeit die Frage, ob die transpersonale Konstruktion von Psychotherapie als ein die ‚konventionelle‘ Sichtweise *integrierendes Modell* formuliert wird, oder ob es sich eher um ein *Alternativmodell* handelt.

2.3.5 Meditation als Praxis für den Psychotherapeuten

Zahlreiche Autoren (Belschner 2002a, Chung 1990, Gudermuth 1997, Huth 2000, Hutton 1994, Thorne 1997) fordern für den Psychotherapeuten eine Schulung des Bewußtseins durch meditative Wege. Dabei lassen sich zwar einige wenige empirische Studien finden, die die Auswirkung von Meditation auf spezifische therapeutische Kompetenzen nachweisen, wie jedoch der Zusammenhang zwischen der meditativen Praxis und einer transpersonalen Orientierung gestaltet ist, bleibt bisher ohne empirischen Nachweis.

Für den Bereich der Kompetenzen weist Lesh (1970) in einer experimentellen Studie nach, daß Zen-Meditation die therapeutische Empathiefähigkeit erhöht.

Viele Autoren vermuten die besondere Bedeutung der Meditation für die therapeutische Arbeit in der Schulung der Präsenzfähigkeit (Keefe 1975, Helg 2000, West 2000). In Übereinstimmung damit berichteten Therapeuten, die sich dem Buddhismus zugehörig fühlen, durch die Meditation sowohl für die Klienten als auch für die eigenen inneren

Prozesse aufmerksamer sein zu können (Fredenberg 2002). Thompon (2000) verdeutlicht die Bedeutung der Präsenzfähigkeit anhand einiger Fallbeispiele. Er gibt an, daß die Meditation dazu führt, eigene Verzerrungen der Wahrnehmung besser zu erkennen und dadurch eine Haltung der Offenheit dem Klienten gegenüber zu entwickeln. Er zeigt aber auch die Verknüpfung der Präsenzfähigkeit mit einer daraus resultierenden Einstellung auf. Da die Präsenz weniger eine persönlich-individuelle ist, sondern vielmehr ein überindividuelles Sein betrifft, kann sie für den Therapeuten zu einem Verbindungsstück zwischen ihm und dem Klienten werden. Insofern bemerkt Thompon (2000), daß der eigentliche Effekt der Meditation nicht in einer Veränderung der Theorie oder Technik des Therapeuten, sondern in einer Veränderung des Therapeuten selbst besteht. Genauso sieht Dubin (1991) in der Meditation eine Möglichkeit, die therapeutische Arbeit im bloßen *Sein* zu gründen, das über das therapeutische Handeln und die Anwendung bestimmter Methoden hinausgeht und bisher in Forschung und Ausbildung kaum Berücksichtigung findet.

Helg (2000) sieht für die therapeutische Arbeit relevante Wirkungen neben der erhöhten Präsenzfähigkeit in der Entwicklung einer Haltung der Ruhe und Gelassenheit sowie in der Möglichkeit, durch die Meditation für die therapeutische Arbeit notwendige seelische Kräfte zu sammeln. Ein weiterer wichtiger Faktor besteht in der Kenntnis auch ungewöhnlicher seelischer Phänomene durch die Meditationspraxis, wodurch ein konstruktiver Umgang mit entsprechenden Phänomenen beim Klienten ermöglicht wird.

Zusammenfassend läßt sich sagen, daß Meditation auf allen drei Zielebenen (vgl. Kap. 2.2.3) für den Therapeuten von Bedeutung sein kann. Als Entspannungstechnik kann sie helfen, eine Haltung der Ruhe und Gelassenheit zu entwickeln. Auf der Ebene der Selbstexploration ist eine durch die Meditationspraxis verbesserte Selbstkenntnis und die Schulung konzentrierter Achtsamkeit zu nennen. Auf der Ebene des Bewußtseinswandels schult Meditation das Gewahrsein in einem überindividuellen Sein sowie im Sinne eines spirituellen Wandlungsweges eine Haltung der Verbundenheit, des Mitgefühls und der vertrauensvollen Offenheit gegenüber dem Wirken einer über die individuelle Person hinausgehenden heilenden Kraft. Indem Meditation für den transpersonalen Bewußtseinbereich öffnen will, kann sie das Gefühl der Verankerung in einer spirituellen/meditativen Seinsebene fördern.

3 Problemstellung

In der Einleitung wurde die allgemeine Problemstellung der vorliegenden Arbeit bereits durch zwei Fragen umrissen:

- (1) Wie beschreiben Therapeuten den Wirkzusammenhang zwischen ihrer meditativen Praxis und ihrem professionellen Selbstverständnis?
- (2) Inwieweit integrieren Therapeuten die Bereiche von Psychotherapie und Spiritualität in ihrem Selbstverständnis?

Auf dem Hintergrund der bisherigen theoretischen Überlegungen zum Verhältnis von Psychotherapie und Spiritualität, zum Gegenstand der Meditation sowie zur Bedeutung der Spiritualität im professionellen Selbstverständnis von Psychotherapeuten können diese allgemeinen Fragestellungen spezifiziert werden.

Aus Kapitel 2.2 geht hervor, daß Meditation mit verschiedenen Intentionen und verknüpft ist und in unterschiedlichen Kontexten Anwendung findet. Daraus ergibt sich zunächst ein Fragenkomplex zur Meditationspraxis von Psychotherapeuten, d.h. welche Bedeutungen und Intentionen Therapeuten mit ihrer meditativen Praxis verknüpfen und in welchem spirituellen oder religiösen Kontext diese Bedeutungszuweisungen stattfinden. Von besonderer Relevanz erscheint dabei auch die Frage, welche Tiefebereiche des meditativen Bewußtseins (vgl. Kap.2.2.5) verfügbar sind.

Von der Analyse der Meditationspraxis ausgehend sollen Wirkzusammenhänge zwischen der meditativen Praxis und dem professionellen Selbstverständnis bzw. einzelnen Bereichen psychotherapeutischen Handelns von Psychotherapeuten im empirischen Teil dieser Untersuchung herausgearbeitet werden. Besonderer Wert soll dabei auf Zusammenhänge der Tiefendimension des meditativen Bewußtseins mit Bewußtseinszuständen in der therapeutischen Situation gelegt werden. Dieser Punkt betrifft die zentrale Fragestellung dieser Arbeit.

Da das professionelle Selbstverständnis in Kapitel 2.3.1 als ein dynamischer Prozeß beschrieben wurde, erscheint es notwendig, die Entwicklung des professionellen Selbstverständnisses sowie die Bedeutung der Meditation in diesem Prozeß zu untersuchen. Auf diese Weise soll der Einfluß der Meditation im Kontext professioneller Entwick-

lung abgeschätzt und von anderen Einflußfaktoren abgegrenzt werden. Darüber hinaus werden mögliche Wechselwirkungen dargestellt.

Sofern Meditation als spiritueller Übungsweg und als Methode zur Bewußtseinsschulung verstanden wird, bewegt sich ein meditierender Psychotherapeut in dem Spannungsfeld zwischen den Bereichen von Psychotherapie und Spiritualität. Hier stellt sich die Frage, ob und wie diese beiden Bereiche im professionellen Selbstverständnis integriert werden können. In Kapitel 2.1.5.2 wurden aus den Überlegungen zum Verhältnis von Psychotherapie und Spiritualität heraus beispielhaft einige Aspekte der transpersonalen Perspektive in ein allgemeines Psychotherapiemodell integriert. Die Überlegungen in Kapitel 2.3.1 ergaben, daß ein Psychotherapeut ‚sein‘ Behandlungsmodell konstruiert. In der empirischen Untersuchung soll überprüft werden, inwieweit die meditierenden Therapeuten ein Behandlungsmodell konstruieren, das die transpersonale Perspektive integriert bzw. wie sich der Zusammenhang zwischen der meditativen Praxis und einem transpersonal orientierten Selbstverständnis beschreiben läßt. Insbesondere soll dabei der Frage nachgegangen werden, ob die Therapeuten ein integrales oder eher ein alternatives Modell konstruieren.

Die sehr weit gefaßte Fragestellung verweist auf den explorativen Charakter dieser Analyse.

4 Methode

4.1 Begründung einer im Schwerpunkt qualitativen Methode

In diesem Kapitel wird die Wahl der grundlegenden methodischen Zugänge begründet.

4.1.1 Prinzipien qualitativer Forschung

Die Entscheidung für eine bestimmte Forschungsmethode steht in engem Zusammenhang mit dem Forschungsinteresse. Das Erfordernis einer im Schwerpunkt qualitativen Methode ergab sich bei meinem Forschungsvorhaben aus der Fragestellung und den Zielvorstellungen dieser Arbeit. Dies wird anhand der im folgenden aufgeführten für diese Arbeit wesentlichen Prinzipien qualitativer Forschung deutlich gemacht.

- Prinzip der Subjektorientierung

Dem *Prinzip der Subjektorientierung* zufolge orientiert sich qualitative Forschung nicht an kausalen Erklärungsmodellen, sondern an subjektiven Begründungen für Handlungen und Absichten (Holzkamp 1995).

„Subjektive Bedeutungen lassen sich nur schwer aus Beobachtungen ableiten. Man muß hier die Subjekte selbst zur Sprache kommen lassen; sie selbst sind zunächst die Experten für ihre eigenen Bedeutungsgehalte.“ (Mayring 1999, S.49)

Da im Mittelpunkt dieser Arbeit das Selbstverständnis von Psychotherapeuten steht, ist die Fragestellung auf die Problemsicht der Subjekte fokussiert. Im Zusammenhang mit der Konstruktion des Behandlungsmodells ist für mein Forschungsvorhaben die mittels qualitativer Forschung mögliche Erfassung *subjektiver Theorien* von besonderer Relevanz. Subjektive Theorien werden definiert als *„komplexes Aggregat von Kognitionen der Selbst- und Weltsicht, das die Funktion der Erklärung, Prognose und Technologie erfüllt“* (König 2002, S.56). Dem liegt die *„anthropologische Kernannahme“* zugrunde, daß Menschen *„potentiell autonom, aktiv konstruierend und reflexiv“* (Groeben et al. 1988, zitiert nach König 2002, S.55) sind.

Prinzipiell ist der Zugang zur Sicht des Subjekts auch mit einer Fragebogenerhebung möglich. Dieses Vorgehen erschien mir jedoch der Komplexität des Gegenstandes und der Forderung nach einer ganzheitlichen Sichtweise nicht gerecht zu werden.

- Prinzip der Offenheit

Im Gegensatz zur qualitativen Methode hätte eine Fragebogenerhebung auch dem *explorativen Charakter* und der dadurch erforderlichen Offenheit dieser Untersuchung nicht in ausreichendem Maße nachkommen können. Das *Prinzip der Offenheit* bezeichnet eine Grundhaltung des Forschers. Es meint, „den Wahrnehmungstrichter empirischer Sozialforschung so weit als möglich offen zu halten, um dadurch auch unerwartete, aber dafür um so instruktivere Informationen zu erhalten“ (Lamnek 1995a, S.22). Diese Vorgehensweise darf nicht mit theoretischer Voraussetzungslosigkeit verwechselt werden. Vielmehr dient die theoretische Explikation dazu, systematisch an den Gegenstand heranzugehen.

- Prinzip der Kommunikation

Der Forderung nach einer ganzheitlichen Sichtweise kommt das *Prinzip der Kommunikation* entgegen. Qualitative Forschung wird als ein Interaktionsprozeß begriffen, in dem subjektive Bedeutungen überhaupt erst entstehen (Mayring 1999) und „der Prozeß des gegenseitigen Aushandelns der Wirklichkeitsdefinitionen zwischen Forscher und Erforschten in den Mittelpunkt des Interesses“ (Lamnek 1995a, S.24) gerückt wird. Da jedes „sozialwissenschaftliche Datum“ auf „einer gemeinsamen Hervorbringung von Subjekt und Objekt“ (Breuer 2003, Absatz 10) beruht, verweist das Prinzip der Kommunikation auf die Bedeutung der Subjekthaftigkeit der forschenden Person und die Einmaligkeit (versus Universalität) eines Forschungsergebnisses. Auf diese Problematik wird in der Diskussion der Methode (Kap. 7.1) näher eingegangen.

- Prinzip des Prozeßcharakters von Forschung und Gegenstand

Der Prozeßcharakter qualitativer Forschung bezieht sich sowohl auf die Phase der Datenerhebung, der Auswertung als auch auf die Interpretation der gewonnenen Informationen.

Für die Phase der Datenerhebung folgt aus dem Prinzip der Kommunikation, daß die Entwicklung der subjektiven Sichtweise der Befragten in einem Prozeß in Kooperation mit der Forschungsperson geschieht. Ebenso läßt sich die Auswertungsphase als ein Prozeß begreifen. Im Austauschprozeß zwischen theoretischem Vorverständnis und Datenanalyse werden die theoretischen Konzepte während des Forschungsprozesses

fortlaufend geprüft und modifiziert. In Bezug auf die Interpretation der Aussagen der Befragten meint das Prinzip des Prozeßcharakters, daß diese nicht als statische Repräsentationen eines unveränderlichen Wirkzusammenhangs gesehen werden, sondern als „*prozeßhafte Ausschnitte der Reproduktion und Konstruktion sozialer Realität*“ (Lamnek 1995a, S.25).

- Prinzip der Explikation

Das *Prinzip der Explikation* bezieht sich nicht so sehr auf die Begründung einer qualitativen Methode, sondern meint die Forderung an den Sozialforscher, sowohl die einzelnen Schritte des Forschungsprozesses offen zu legen als auch die Regeln, nach welchen die erhobenen Daten interpretiert werden. Diese Forderung soll die intersubjektive Nachvollziehbarkeit des Forschungsergebnisses gewährleisten (Lamnek 1993a).

4.1.2 Erweiterung um einen quantitativen Ansatz

Zwar sind die Prinzipien qualitativer Forschung andere als die quantitativer Forschung, doch gerade darin liegt die Möglichkeit einer fruchtbaren Ergänzung:

„Ebenso läßt sich die falsche Entgegenstellung qualitativer und quantitativer Methoden durch Gegenstandsorientierung aufheben: Zur Erfassung bestimmter situationsübergreifender Regelmäßigkeiten sind quantitative Methoden möglich, wie auf der anderen Seite gerade die Ereignisse, aus denen sich solche Regelmäßigkeiten (Häufigkeitsverteilungen) ergeben, nur mit qualitativer Analyse situativer Handlungen und Deutungen, d.h. konkreter sozialer Vorgänge, gewonnen werden können.“ (Witzel 1985, S. 233)

Für mein Forschungsvorhaben bot sich die Kombination qualitativer und quantitativer Forschung an. Auf der einen Seite lieferten die Ergebnisse der qualitativen Untersuchung einen Bezugsrahmen für die Interpretation der Ergebnisse der quantitativen Erhebung. Auf der anderen Seite ermöglichte die quantitative Erhebung im Anschluß eine Fundierung der qualitativen Ergebnisse sowie ergänzende Hinweise für die Interpretation.

4.2 Der Untersuchungsplan

Um den Überblick über das Vorgehen zu gewährleisten, ist der Untersuchungsplan in Abb.8 schematisch dargestellt.

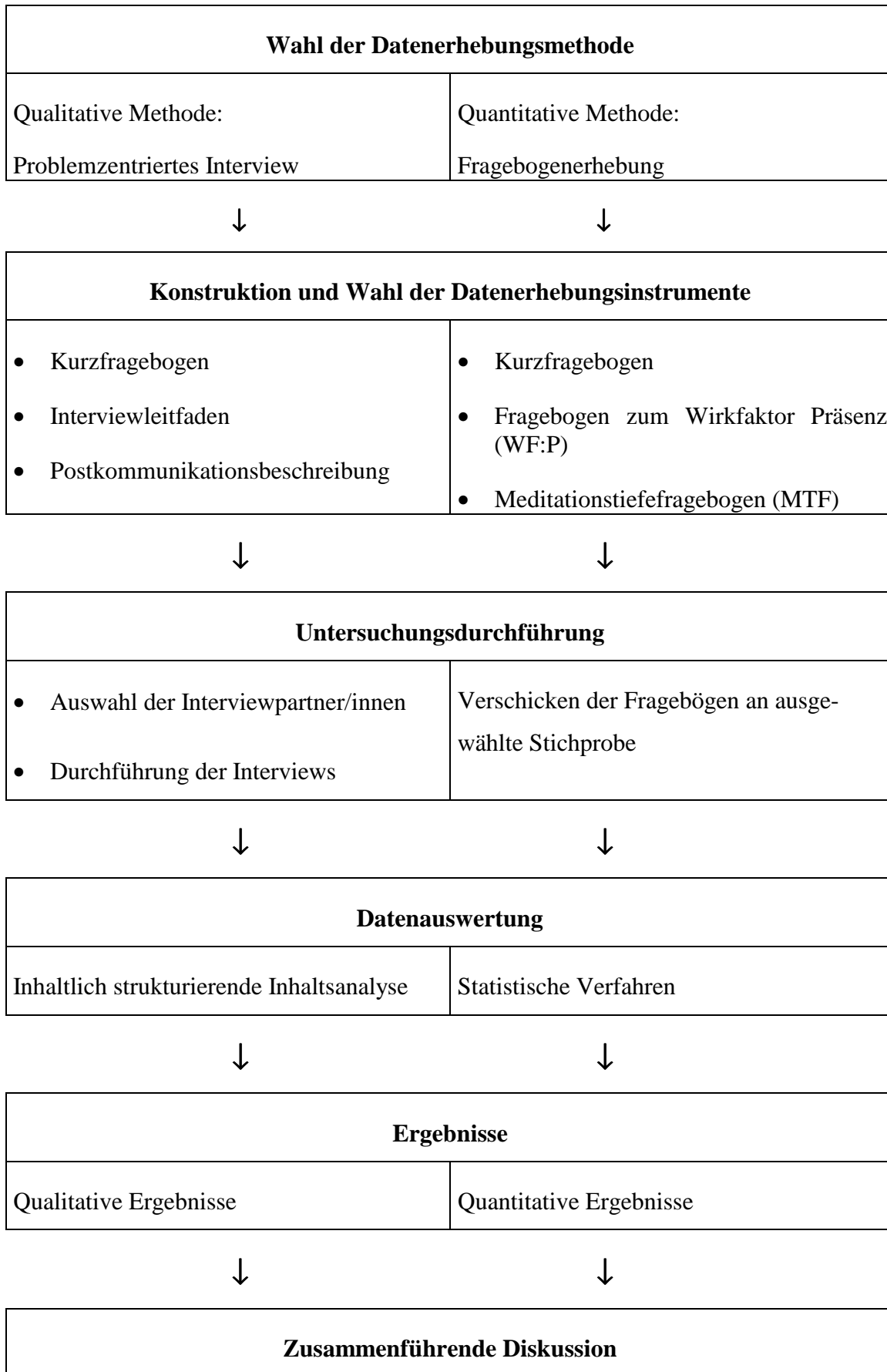


Abb.8: Der Untersuchungsplan

4.3 Datenerhebung

Es wird die Methodik der qualitativen und quantitativen Datenerhebung dargestellt. Die qualitative Datenerhebung umfaßt die Darstellung des problemzentrierten Interviews als Datenerhebungsmethode, die dazugehörigen Untersuchungsinstrumente, die Auswahl und Rekrutierung der Interviewpartner/innen sowie die Durchführung der Interviews. Die quantitative Datenerhebung umfaßt die Darstellung der verwendeten Meßinstrumente sowie die Beschreibung der Personenstichprobe.

4.3.1 Qualitative Datenerhebung

4.3.1.1 Das problemzentrierte Interview

Beim problemzentrierten Interview (PZI) nach Witzel (1985, 2000) handelt es sich um eine offene, halb strukturierte Befragung, die sich um eine bestimmte Problemstellung zentriert. Da die Fragestellung dieser Arbeit bereits durch eine Problemanalyse fokussiert war (Kap. 2), bot sich das PZI als geeignetes Instrument der Datenerhebung an. Das PZI ist ein Verfahren, das auf theoriegeleitetem Hintergrund auf die Darstellung der subjektiven Perspektive des Befragten abzielt. Der Forscher bringt zwar theoretische Konzepte in den Forschungsprozeß ein, die „*Dominanz der Konzeptgenerierung*“ (Lamnek 1995b, S. 74) soll jedoch beim Befragten liegen. Dadurch bietet das PZI die Möglichkeit einer fruchtbaren Wechselbeziehung zwischen bereits bestehenden theoretischen Konzepten und der Datenanalyse, was allerdings zu einer Art „*Doppelnatur*“ (Witzel 1985, S.231) des Forschers führt: auf der einen Seite will er seine Theorien fruchtbar werden lassen, auf der anderen Seite ist er aber auch dem Anspruch ausgesetzt, mit möglichst großer Offenheit an den Gegenstand heranzugehen.

Witzel (1985, 2000) formuliert drei Grundpositionen des PZI:

- Die *Problemzentrierung* markiert den für die Untersuchung aufgrund theoretischer Vorüberlegungen als relevant angesehenen Bereich, um den sich das Interview zentriert.
- Der *Gegenstandsbezug* meint die Angemessenheit und Flexibilität der Methode gegenüber den unterschiedlichen Anforderungen des untersuchten Gegenstandes. Inso-

fern läßt sich das PZI auch mit einer standardisierten Fragebogenerhebung kombinieren.

- Die *Prozeßorientierung* bezieht sich auf den gesamten Forschungsablauf. Zusammenhänge und Beschaffenheit der einzelnen Elemente werden durch eine flexible Analyse des Problemfeldes Schritt für Schritt herausgearbeitet. Während des Kommunikationsprozesses soll der Befragte in Kooperation seine Problemsicht nach und nach entfalten dürfen.

4.3.1.2 Instrumente der qualitativen Datenerhebung

Zu den Instrumenten der Datenerhebung zählen der Kurzfragebogen, der Interviewleitfaden, die Postkommunikationsbeschreibung sowie die Tonträgeraufnahme. Der Kurzfragebogen, der Interviewleitfaden sowie die Fragen zur Postkommunikationsbeschreibung sind im Anhang nachzulesen.

Kurzfragebogen

Der *Kurzfragebogen* dient vor allem der Ermittlung von Sozialdaten, so daß das nachfolgende Interview von Fragen entlastet wird, die als Frage-Antwort-Schema aufgebaut sind. Er kann aber auch die Funktion haben, auf das Interview hinzuführen.

Der verwendete Kurzfragebogen wurde so aufgebaut, daß den Fragen neben der Ermittlung relevanter Information die Funktion zukam, als ‚Aufhänger‘ für die Interviewfragen zu fungieren, so daß die im Kurzfragebogen gemachten Angaben im Interview im Hinblick auf die subjektive Bedeutung für die Interviewpartner erläutert wurden. Die Einschätzungen der subjektiven Bedeutung der Meditation auf einer Skala sowie die Frage nach der Metapher sollten darüber hinaus auf das Interview hinführen und als Einstimmung dienen.

Interviewleitfaden

Der *Interviewleitfaden* soll als Orientierungshilfe während des Interviews fungieren. In ihm ist das Hintergrundwissen des Forschers thematisch organisiert, so daß die Vergleichbarkeit der Interviews gewährleistet wird. Der Leitfaden hat nicht die Aufgabe, ein Skelett für eine strukturierte Befragung abzugeben, sondern dient im Idealfall als

eine Art Hintergrundfolie. Mit den offen gestellten Fragen wird lediglich ein Problem-bereich eingegrenzt und zum Erzählen eingeladen.

Der Interviewleitfaden wurde aus den theoretischen Überlegungen heraus und im Hinblick auf die Fragestellung in fünf Themenbereiche gegliedert:

(1) Das professionelle Selbstverständnis

Der Gesprächseinstieg soll ein „*leere Seite*“ (Witzel 1985, S.245) anbieten und gleichzeitig das Problemfeld abstecken. Dazu wurde die Frage nach der Metapher verwendet, die die Therapeuten und Therapeutinnen im Kurzfragebogen gewählt haben, um sich als Therapeut/in zu beschreiben. Die Metapher kann als eine Art Operationalisierung des professionellen Selbstverständnisses verstanden werden, weshalb diese Frage gut in das Problemfeld einführt. Gleichzeitig bietet diese Frage einen sehr offenen Einstieg, der gleichzeitig auf ein für den Therapeuten bedeutsames ‚Kernthema‘ hinweist. Dennoch sollte die Metapher einen ‚lockeren‘ Einstieg bieten und die Interpretation oder Assoziation ausschließlich den Therapeuten und Therapeutinnen überlassen werden.

(2) Der meditative Übungsweg

Dieser Themenbereich diente dazu, die persönliche Bedeutung der Meditation für die Therapeuten und Therapeutinnen und die für sie relevanten Tiefebereiche zu ermitteln. Von besonderem Interesse war auch die Frage nach der Bindung der Meditationspraxis an eine Religion oder die Verbindung mit einem spirituellen Hintergrund. Die Notwendigkeit dieser Frage ergab sich aus der Uneindeutigkeit des Begriffs Meditation (vgl. Kap.2.2.1).

(3) Meditativer Übungsweg und professionelles Handeln

Dieser Themenbereich betrifft die eigentliche Forschungsfrage nach den Zusammenhängen des meditativen Übungsweges und des professionellen Selbstverständnisses. Hier wurde zunächst wieder ein sehr offener Einstieg gewählt, damit die Therapeuten und Therapeutinnen zunächst für sie relevante Themen entwickeln konnten. Auf dem Hintergrund der von Orlinsky (1994, in Eckert 2000, vgl. Kap.2.3.1) vorgeschlagenen Bereiche psychotherapeutischen Handelns (therapeutische Beziehung, Intervention, Diagnostik, Formulierung der Therapieziele) wurde nach der Wirkungsweise der Medi-

tationspraxis auf einzelne Bereiche therapeutischen Handelns gefragt. Dabei sollte die Frage nach dem Praxisbeispiel die Nähe zur Realität gewährleisten.

Auf den Zusammenhang von Meditation und Spiritualität in der Therapie wurde aufgrund der besonderen Bedeutung dieses Themenbereichs für diese Arbeit gesondert eingegangen.

Um nicht nur von einseitig positiven Auswirkungen zu erfahren, erschien die gesonderte Frage nach problematischen Auswirkungen notwendig.

(4) Die Entwicklung des professionellen Selbstverständnisses

Dieser Themenbereich sollte der Prozeßhaftigkeit des professionellen Selbstverständnisses gerecht werden und die Fragestellung in den Gesamtzusammenhang der professionellen Entwicklung der Therapeuten und Therapeutinnen einbetten. Die im Kurzfragebogen angegebenen Ausbildungen dienten als Hilfe, um mittels äußerer Daten die innere Entwicklung darzustellen.

(5) Abschluß

Abschließend sollte den Therapeuten und Therapeutinnen nochmals ausdrücklich Gelegenheit gegeben werden, ihnen wichtige Punkte zu nennen oder zu explizieren.

Diese Themenbereiche spiegeln im wesentlichen die Struktur der Interviews wider. Innerhalb eines Themenbereichs wurde der Leitfaden dem jeweiligen Gesprächsverlauf angepaßt und sehr flexibel gehandhabt.

Der Interviewleitfaden wurde mit mehreren Personen, darunter ein meditierender Therapeut, diskutiert.

Postkommunikationsbeschreibung

Unmittelbar im Anschluß an die Interviews erfolgte die Erstellung einer *Postkommunikationsbeschreibung*, in der die wesentlichen Eindrücke, Auffälligkeiten, Gesprächsinhalte außerhalb der Interviewsituation oder spontane Einfälle festgehalten wurden.

Die Postkommunikationsbeschreibung diente mir vor allem dazu, meine subjektiven Eindrücke und Reaktionen zu reflektieren. Auf die Bedeutung der Selbstreflexion wird in der Diskussion der Methode näher eingegangen (Kap. 7.1.1).

Tonträgeraufnahme

Sowohl für die Durchführung als auch für die Auswertung der Interviews bietet die Aufnahme der Interviews auf einem Tonträger Vorteile. In bezug auf die Durchführung bietet das Festhalten der verbalen und paraverbalen Inhalte mittels Tonträger dem Interviewer den Vorteil, sich ganz auf die inhaltlichen und situativen Elemente des Interviews konzentrieren zu können. In bezug auf die Auswertung bietet die Tonträgeraufnahme die Möglichkeit der Anfertigung eines Transkripts, das als eigentliche Grundlage für die Auswertung des Datenmaterials dient.

4.3.1.3 Auswahl und Rekrutierung der Interviewpartner/innen

Anders als in der quantitativen Forschung ist in der qualitativen Forschung für die Auswahl der zu untersuchenden Personen nicht deren statistische Repräsentativität entscheidend, sondern inwiefern diese Personen neue Ansätze für die Beantwortung der Fragestellung erwarten lassen (Lamnek 1995a). Kleining (1995) schlägt dazu eine maximale strukturelle Variation der Perspektiven vor, so daß der Forschungsgegenstand von möglichst vielen verschiedenen Seiten betrachtet werden kann.

Die Interviewpartner/innen mußten folgenden Kriterien entsprechen:

- (1) als Psychotherapeut/in tätig sein
- (2) Erfahrungen mit Meditation mitbringen
- (3) ihre meditative Praxis für ihre therapeutische Tätigkeit für bedeutsam halten

Neben der Einhaltung dieser Kriterien schienen im Hinblick auf eine möglichst große strukturelle Variation Unterschiede in folgenden Merkmalen wünschenswert: (a) Art der Meditation (b) Ausmaß der Meditationserfahrung (c) Bindung an eine Religion vs. Transkonfessionalität (d) Therapierichtung (e) Medizin- vs. Psychologiestudium (f) Geschlecht (g) Alter bzw. Ausmaß der Berufserfahrung.

Dem Kriterium der strukturellen Variation wurde so weit entsprochen, wie es die ökonomischen Rahmenbedingungen (v.a. Anfahrtswege) zuließen.

Die Interviewpartner/innen wurden auf verschiedenen Wegen gewonnen. Einige Therapeuten und Therapeutinnen meldeten sich auf Anfrage bei einer Organisation Psychologischer Psychotherapeuten hin. Zwei Therapeuten/Therapeutinnen konnten über Hinweise von Bekannten gewonnen werden. Weitere Interviewpartner/innen wurden über verschiedene Meditationszentren vermittelt sowie durch die Hilfe der Therapeuten und Therapeutinnen.

Zunächst wurde der Kontakt in einem Telefonat hergestellt, in dem ich von meinem Vorhaben und meinem Anliegen berichtete und Fragen hierzu beantwortete. Nachdem abgeklärt worden war, ob die Therapeuten und Therapeutinnen sich mit einem Interview einverstanden erklärten, wurde ein Termin vereinbart. Daraufhin wurde den Therapeuten und Therapeutinnen ein Anschreiben zugesandt, das im Anhang nachgelesen werden kann.

Insgesamt stellte die Rekrutierung der Interviewpartner kein Problem dar, da sich alle angesprochenen Therapeuten und Therapeutinnen mit einem Interview einverstanden erklärten. Das Thema stieß bei den Therapeuten und Therapeutinnen auf großes Interesse und schien für viele ein persönliches Anliegen zu sein, das sie zu unterstützen bereit waren.

4.3.1.4 Durchführung der Interviews

Pretest

Zunächst wurde ein Interview durchgeführt, das als Probeinterview gedacht war. Da sich nach diesem Interview allerdings keine wesentlichen Änderungen ergaben und das Interview zu wertvoll erschien, um es nicht in die Auswertung einzubeziehen, wurde es in die Datenauswertung einbezogen.

Zeitlicher Ablauf der Interviews

In der Regel fand unmittelbar vor dem eigentlichen Interview ein Vorgespräch statt, in dem mir meist Fragen zu meiner Person und meiner Motivation für die Thematik gestellt wurden. Im Anschluß daran bat ich die Therapeuten und Therapeutinnen, den

Kurzfragebogen auszufüllen. Die Frage nach der Metapher leitete dann meist fließend ins eigentliche Interview über. Im Anschluß an das Interview wurden die Therapeuten und Therapeutinnen gebeten, den MTF sowie den WF:P auszufüllen. Manchmal ergab sich danach noch ein Nachgespräch. Schließlich wurde abgesprochen, wann und wie ich den Therapeuten und Therapeutinnen die Ergebnisse zukommen lassen würde.

Die Interviews dauerten inkl. Ausfüllen des Kurzfragebogens im Durchschnitt eine Stunde. Hinzu kam die Zeit für das Ausfüllen des MTF sowie des WF:P (ca. 10 Minuten) sowie die Zeit für die Vor- und Nachgespräche. Das kürzeste Interview dauerte aufgrund einer vorgegebenen Zeitbegrenzung eine halbe Stunde, das längste Interview dauerte zwei Stunden. Acht der zehn Interviews dauerten zwischen 50 und 70 Minuten.

Ort der Interviews

Die Interviews wurden entweder in den Praxisräumen der Therapeuten und Therapeutinnen durchgeführt oder (in zwei Fällen) bei den Therapeuten und Therapeutinnen privat zu Hause

Kommunikationssituation

Die Kommunikationssituation wurde getragen von dem gemeinsamen Interesse an der Thematik. Meiner Einschätzung nach waren die Therapeuten und Therapeutinnen bereit, offen auf meine Fragen einzugehen und ihre Problemsicht in einem selbstreflexiven Prozeß zu entwickeln. Meine Aufgabe bestand darin, die Entfaltung der subjektiven Sichtweise der Interviewpartner nachzuvollziehen, anzuregen und zu unterstützen. Neben den aus der Gesprächssituation entstandenen Fragen und Einwüfen erwiesen sich die Fragen des Interviewleitfadens dabei als gute Katalysatoren, die dem individuellen Gesprächsverlauf angepaßt wurden. Der Interviewleitfaden erwies sich zwar als hilfreiche Stütze, prinzipiell wurde aber den Interviewpartner(n)/innen die Möglichkeit zur Steuerung des Gesprächs gegeben, um einem starren Frage-Antwort-Schema zu entgehen. Mit Ausnahme eines Interviews schien dies auch gelungen. Insgesamt fanden die Interviews in einer ausgewogenen Balance zwischen Struktur und Offenheit statt.

4.3.2 Quantitative Datenerhebung

4.3.2.1 Untersuchungsinstrumente

Die Untersuchungsinstrumente können im Anhang eingesehen werden.

Kurzfragebogen

Der hier verwendete Kurzfragebogen entspricht weitgehend dem Kurzfragebogen, der für die Interviews verwendet wurde, wobei für die quantitative Datenerhebung irrelevante Informationen eliminiert wurden.

Meditationstiefefragebogen (MTF)

Der Meditationstiefefragebogen (MTF) erfasst die Tiefedimension des Bewußtseins in der Meditation. Der MTF wurde im Zusammenhang mit dem Konstrukt Meditationstiefe (vgl. Kap.2.2.5) bereits eingeführt.

Die Expertenübereinstimmung hinsichtlich der Tiefe der einzelnen Items ergab einen Konkordanzkoeffizienten von 0.7 (Kedall`s W). Die *Split-Half-Reliabilität* (Spearman-Brown) beträgt 0.90. Die *Paralleltest-Reliabilität* mit dem Meditationstiefeindex (eine Art Kurzversion des MTF) beträgt 0.707-0.886 ($p < 0.01$). Es ergab sich eine signifikante Differenz zwischen Meditierenden die länger als 11 Jahre praktizieren und solchen, die weniger als 11 Jahre praktizieren, was als Hinweis auf Kriteriumsvalidität zu verstehen ist. Die Items des MTF laden mit Items aus anderen Meditationstiefemessungen auf einem gemeinsamen Faktor, der 67.18% der Varianz aufklärt, wobei die Items des MTF zwischen 0.73 und 0.91 laden. Also ist die Annahme *Konvergenter Validität* unterstützt. Die Items liegen in einer Dimension. *Diskriminante Validität* konnte durch Korrelationen mit dem Personality Inventory (TPF) und der Symptomcheckliste (SCL 90 R) unterstützt werden.

Alle Angaben sind entommen aus Piron (2001b).

Die im MTF vorgesehenen freien Antwortmöglichkeiten wurden aus Gründen der Ökonomie herausgekürzt, da sie im Rahmen dieser Fragestellung lediglich irrelevante Informationen erbracht hätten.

Fragebogen Wirkfaktor Präsenz (WF:P)

Der Fragebogen Wirkfaktor Präsenz (WF:P) wurde ebenfalls bereits im theoretischen Teil eingeführt (vgl. Kap. 2.1.5.2). Er besteht aus drei Faktoren: *Nonduale Präsenz*, *Empathische Präsenz* und *Algorithmische Präsenz*.

Die *Interne Konsistenz* (Cronbach's Alpha) beträgt in der Originalfassung für den Faktor Nonduale Präsenz $\alpha=0.978$, für den Faktor Empathische Präsenz $\alpha=0.736$ und für den Faktor Algorithmische Präsenz für den Faktor $\alpha=0.684$.

Hier wird eine gekürzte Fassung verwendet.

4.3.2.2 Personenstichprobe

Die Personenstichprobe¹⁰ bestand aus 46 meditierenden Therapeuten und Therapeutinnen. Die Stichprobe beinhaltet die 10 Therapeuten und Therapeutinnen, die an den Interviews teilnahmen. 7 Therapeuten und Therapeutinnen wurden über eine psychotherapeutische Fachklinik geworben. 29 Therapeuten und Therapeutinnen wurden direkt angeschrieben, sie wurden durch Hinweise der interviewten Therapeuten und durch Internetquellen auffindig gemacht.

4.4 Datenauswertung

Die Darstellung der Datenauswertung umfaßt die Vorstellung der Methode (Qualitative Inhaltsanalyse) und den Ablauf der qualitativen Datenauswertung sowie die statistischen Verfahren der quantitativen Datenauswertung.

4.4.1 Qualitative Datenauswertung

4.4.1.1 Qualitative Inhaltsanalyse

Die Qualitative Inhaltsanalyse (Mayring 1993) hat die systematische Aufarbeitung von Material zum Ziel, das aus irgendeiner Art von Kommunikation stammt. Über eine reine

¹⁰ Die Therapeuten und Therapeutinnen des Spiritual Emergence Network (S.E.N.) wurden nicht angeschrieben, da sie im Rahmen einer anderen Untersuchung (Belschner 2002a) bereits des WF:P zugeschickt bekamen.

Textanalyse hinaus hat die Inhaltsanalyse den Anspruch, vom Material auf die soziale Realität zu schließen. Dieser Schluß vom Material auf die soziale Realität ist nicht unmittelbar aus dem sprachlichen Material abzuleiten, sondern kann nur durch ein theoriegeleitetes, verstehendes und interpretierendes Vorgehen gelingen.

Aus diesem Grund ist die Analyse des Materials an die Interpretationsleistung des Forschers gebunden und kann nicht ausschließlich mittels objektiver Kriterien erfolgen. Um trotzdem eine möglichst hohe Objektivität und intersubjektive Nachvollziehbarkeit zu gewährleisten, stellt die Qualitative Inhaltsanalyse ein *regelgeleitetes* Instrumentarium für die Interpretation des sprachlichen Materials zur Verfügung. Die *Theoriegeleitetheit* des Vorgehens soll den Bezug zum Gegenstand sicherstellen und ein systematisches Vorgehen ermöglichen.

Mayring (1993) unterscheidet sieben Typen inhaltsanalytischer Techniken, die abhängig von der Fragestellung Anwendung finden. In dieser Untersuchung wurden die Interviews mit Hilfe der *inhaltlich strukturierenden Inhaltsanalyse* ausgewertet, die als zentrale inhaltsanalytische Technik gilt. Sie hat zum Ziel, eine bestimmte Struktur bezüglich bestimmter Themen und Inhalte aus dem Material herauszufiltern und zusammenzufassen. Im Zentrum des Vorgehens steht die Entwicklung eines Kategoriensystems, anhand dessen die Inhalte analysiert werden und das im Forschungsprozeß fortlaufend modifiziert wird.

4.4.1.2 Ablauf der qualitativen Datenauswertung

Aus der Fragestellung leiten sich theoretisch fundierte Strukturierungsdimensionen ab, die an das Material herangetragen werden. Auf diese Weise wird das Material zu bestimmten Themen extrahiert. In der Regel werden die theoretisch begründeten Strukturierungsdimensionen nach einem ersten Materialdurchlauf modifiziert. Das den Strukturierungsdimensionen zugeordnete Material wird anschließend zusammengefaßt, woraus sich den Strukturierungsdimensionen untergeordnete Kategorien ergeben.

Das Vorgehen dieser Studie lehnt sich an das Ablaufmodell von Mayring (1993) an und ist in Abb.9 schematisch dargestellt.

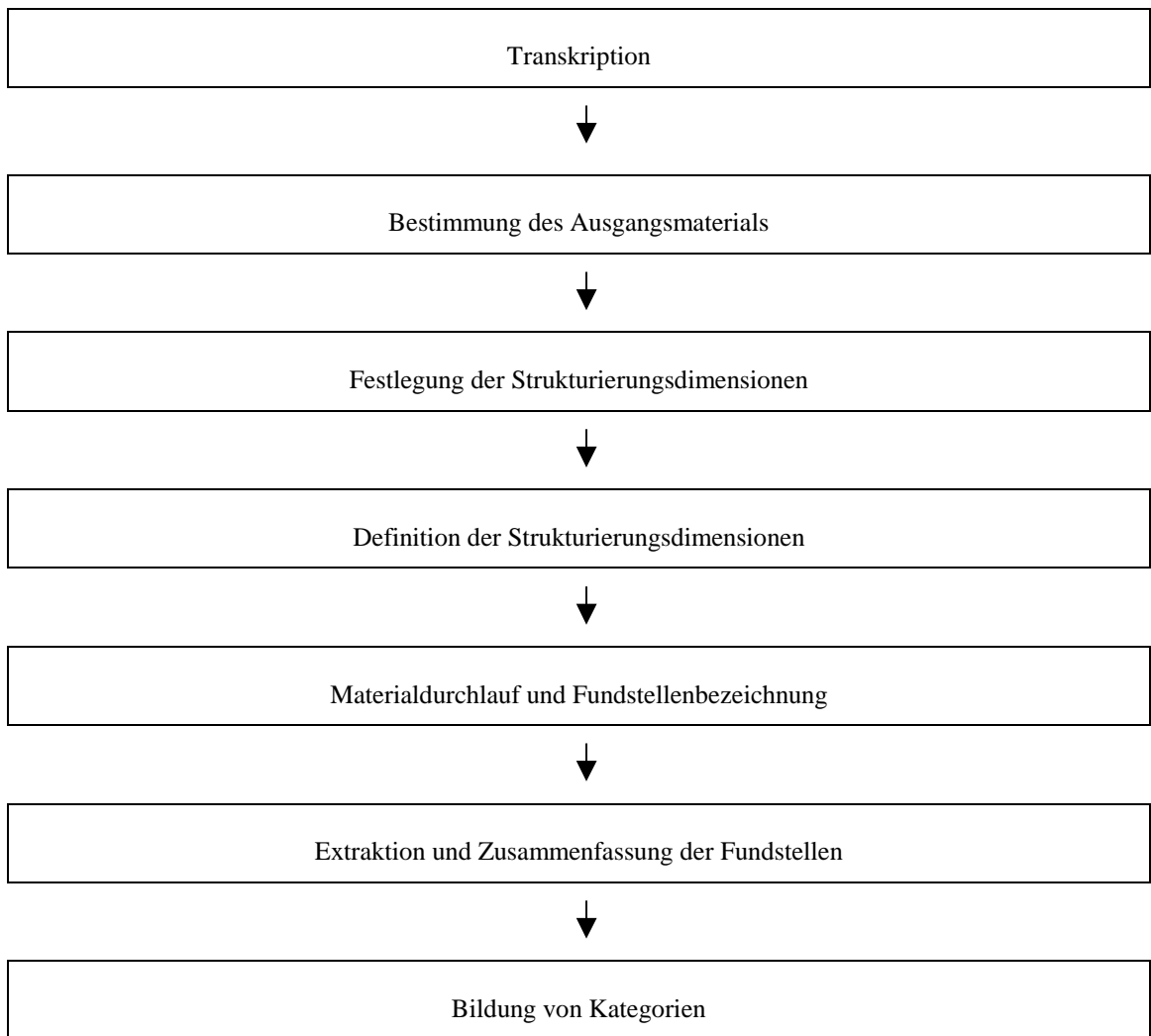


Abb.9: Ablaufmodell inhaltlich strukturierender Inhaltsanalyse in Anlehnung an Mayring (1993)

Die einzelnen Analyseschritte werden im folgenden dargestellt.

Transkription

Alle Interviews wurden vollständig transkribiert. Da die inhaltlich- thematische Ebene dem Forschungsinteresse dieser Untersuchung entspricht, wurden die Interviews den Empfehlungen von Mayring (1999) gemäß in ein normales Schriftdeutsch übertragen. Um mehr Lesbarkeit zu erreichen, wurden schwere Satzbaufehler behoben und Wiederholungen gestrichen sowie unvollständig gelassene Sätze gestrichen, sofern sie nicht für den Verständniszusammenhang von Interesse erschienen. Ortsbezeichnungen und Eigennamen wurden anonymisiert. Paralinguistische Elemente wie Lachen und Husten

sowie Pausen wurden in Klammern gesetzt vermerkt. Betonungen wurden in Großbuchstaben wiedergegeben.

Zweifellos bringt die Transkription des Tonträgermaterials eine Verfremdung mit sich, da eine dynamische und lebendige Interaktion in einen statischen Text verwandelt wird. Sowohl die Transkription als auch die spätere Wiederbelebung des Textes durch unterschiedliche Lesearten führen zu einer subjektiven Vorinterpretation des ursprünglichen Materials. Jaeggi und Faas (1993) sehen dies allerdings nicht ausschließlich negativ, da sich durch die in diesem Stadium erfolgende intensive Auseinandersetzung mit dem Datenmaterial bereits ein Zugang zum latenten Sinngehalt des Materials ergeben kann.

Bestimmung des Ausgangsmaterials

Zunächst gilt es, sich eine Vororientierung über das Ausgangsmaterial zu verschaffen, so daß eine grobe Einschätzung des Materials anhand inhaltlich relevanter Kriterien erfolgen kann.

Bereits durch die Transkription ergab sich ein grober Überblick über das Datenmaterial. Nachdem alle Interviews in transkribierter Form vorlagen, wurden sie einzeln gelesen und inhaltlich relevant erscheinende Textstellen markiert.

Zu jedem Interview wurde eine frei formulierte Zusammenfassung geschrieben, um eine Auseinandersetzung mit dem Material bereits vor der weiteren Gliederung anzuregen, so daß erste für die Auswertung relevant erscheinende inhaltliche Zusammenhänge, Widersprüche, Schwerpunkte und Besonderheiten herausgearbeitet wurden.

Festlegung der Strukturierungsdimensionen

Die Bestimmung der Dimensionen, anhand derer das Material strukturiert werden soll, wird von Mayring (1993) als wichtigster Schritt der strukturierenden Inhaltsanalyse beschrieben. Die Strukturierungsdimensionen ergaben sich zum Teil aus den theoretischen Überlegungen, zum Teil im Laufe des Forschungsprozesses. Das Kategoriensystem filtert eine sinnvolle Struktur aus dem Datenmaterial, ohne auf der einen Seite das Material zu zergliedern oder auf der anderen Seite relevante Informationen zu verlieren.

Folgendes Kategoriensystem wurde entwickelt:

Oberkategorie 1: Meditativer Übungsweg: Meditative Tiefebereiche; Bindung der Meditation an eine Religion

Oberkategorie 2: Meditativer Übungsweg und professionelles Handeln: Auswirkungen der Meditation auf das therapeutische Beziehungsangebot; Auswirkungen der Meditation auf das Vorgehen in der Intervention; Auswirkungen der Meditation auf das Vorgehen in der Diagnostik; Auswirkungen der Meditation auf die Formulierung der Therapieziele; Meditative Bewußtseinszustände in der Therapie

Oberkategorie 3: Die transpersonale Perspektive in der Psychotherapie: Das Menschenbild der Therapeuten und Therapeutinnen; Thematische Berührungspunkte; Gefahren von Spiritualität in der Psychotherapie; Möglichkeiten der Integration spiritueller Anliegen in die Psychotherapie; Die Konstruktion des Behandlungsmodells

Oberkategorie 4: Die Entwicklung des professionellen Selbstverständnisses: Die Entwicklungslinie; Andere Erfahrungen und Einflußfaktoren (außer der Meditation); Die Auswirkung meditativer Praxis im Kontext professioneller Entwicklung

Definition der Strukturierungsdimensionen

Um eine Zuordnung der Textpassagen zu den Strukturierungsdimensionen zu ermöglichen, müssen diese beschrieben und eingegrenzt werden.¹¹ An dieser Stelle erfolgt eine Beschreibung und Eingrenzung der Strukturierungsdimensionen, wie sie einerseits aus den theoretischen Überlegungen und andererseits im Laufe des Forschungsprozesses entwickelt wurden.

Oberkategorie 1: Meditativer Übungsweg

- Meditative Tiefebereiche

Diese Strukturierungsdimension beschreibt Aussagen der Therapeuten und Therapeutinnen über die für sie persönlich bedeutsamen meditativen Tiefebereiche, wie sie in

¹¹ Im Forschungsprozeß wurden vor Zuordnung des Materials Ankerbeispiele (Zitate) für jede Strukturierungsdimension gesucht. Um Wiederholungen zu vermeiden und die Übersicht zu wahren, werden Zitate ausschließlich im Ergebnisteil angeführt.

Kap.2.2.5 dargestellt wurden. Darüber hinaus wurden die Ergebnisse des MTF in diese Strukturierungsdimension einbezogen.

- Bindung der Meditation an eine Religion

Unter diese Strukturierungsdimension fallen Aussagen der Therapeuten und Therapeutinnen zum religiösen oder spirituellen Hintergrund ihrer Meditationspraxis.

Oberkategorie 2: Meditativer Übungsweg und professionelles Handeln

- Auswirkungen der Meditation auf das therapeutische Beziehungsangebot

Diese Strukturierungsdimension beinhaltet Aussagen der Therapeuten und Therapeutinnen über die Auswirkung ihrer Meditationspraxis auf die therapeutische Beziehung.

- Auswirkungen der Meditation auf das Vorgehen in der Intervention

Unter diese Strukturierungsdimension fallen Aussagen der Therapeuten und Therapeutinnen über die von ihnen wahrgenommenen Zusammenhänge ihrer Meditationspraxis und ihr Vorgehen in der Intervention. Im Laufe des Forschungsprozesses gliederte sich diese Strukturierungsdimension in zwei Bereiche. Der erste Bereich betrifft die Interventionstechniken, der zweite Bereich betrifft grundlegende therapeutische Haltungen, die als Intervention wirksam sind.

- Auswirkungen der Meditation auf das Vorgehen in der Diagnostik

Diese Strukturierungsdimension beinhaltet Aussagen der Therapeuten und Therapeutinnen über von ihnen wahrgenommene Zusammenhänge zwischen ihrer Meditationspraxis und ihres diagnostischen Vorgehens. Darüber hinaus beinhaltet diese Strukturierungsdimension allgemeine Stellungnahmen zur Diagnostik.

- Auswirkungen der Meditation auf die Formulierung der Therapieziele

Diese Strukturierungsdimension beinhaltet Aussagen der Therapeuten und Therapeutinnen über die von ihnen wahrgenommenen Zusammenhänge ihrer Meditationpraxis und Veränderungen in der Formulierung der Therapieziele, die sie (nicht die Klienten) in einer Therapie verfolgen.

- Überblick: Meditative Bewußtseinszustände in der Therapie

Diese Strukturierungsdimension enthält Aussagen der Therapeuten und Therapeutinnen über meditative Bewußtseinszustände in der therapeutischen Situation. Sie entstand aufgrund theoretischer Überlegungen, wurde aber im Laufe des Forschungsprozesses aufgrund der Überschneidungen mit den einzelnen Bereichen therapeutischen Handelns als eigene Strukturierungsdimension fallen gelassen. Stattdessen kommt ihr ein Überblick gebender Charakter zu.

Oberkategorie 3: Die transpersonale Perspektive in der Psychotherapie

- Das Menschenbild der Therapeuten und Therapeutinnen

Diese Strukturierungsdimension faßt Aussagen der Therapeuten und Therapeutinnen zu ihrem Menschenbild zusammen.

- Thematische Berührungspunkte

In diese Strukturierungsdimension fallen Aussagen der Therapeuten und Therapeutinnen zu Themen oder Problembereichen in der Psychotherapie, durch die Berührungspunkte zwischen den Bereichen von Psychotherapie und Spiritualität entstehen.

- Gefahren von Spiritualität in der Psychotherapie

In dieser Strukturierungsdimension geht es um mögliche Gefahrenpunkte von Spiritualität in der Psychotherapie.

- Möglichkeiten der Integration spiritueller Anliegen in die Psychotherapie

In dieser Strukturierungsdimension werden allgemeine Strukturen im Umgang mit der Integration spiritueller Anliegen in die Psychotherapie herausgearbeitet.

- Die Konstruktion des Behandlungsmodells

Dieser Strukturierungsdimension kommt die Funktion zu, die Ergebnisse unter einem theoretischen Gesichtspunkt zusammenzufassen. Dabei dient das in Kap. 2.1.5.2 entwickelte erweiterte Modell der Allgemeinen Psychotherapie als Grundlage.

Oberkategorie 4: Entwicklung des professionellen Selbstverständnisses

- Die Entwicklungslinie

Unter diese Strukturierungsdimension fallen Aussagen der Therapeuten und Therapeutinnen über ihre professionelle Entwicklung. Dabei werden allgemeine abstrakte Strukturen herausgearbeitet.

- Andere Erfahrungen und Einflußfaktoren

In dieser Strukturierungsdimension werden andere Erfahrungen und Einflußfaktoren außer der Meditation zusammengefaßt, die für die professionelle Entwicklung aus Sicht der Therapeuten und Therapeutinnen von Bedeutung sind.

- Die Auswirkung meditativer Praxis auf das professionelle Selbstverständnis im Kontext professioneller Entwicklung

Unter dieser Strukturierungsdimension sind Aussagen der Therapeuten und Therapeutinnen zusammengefaßt, die Informationen über die Bedeutung der Meditation im Kontext professioneller Entwicklung enthalten. Darunter fallen sowohl Aussagen zur allgemeinen Bedeutung der Meditation als auch Aussagen über Wechselwirkungen mit anderen Faktoren.

Materialdurchlauf und Fundstellenbezeichnung

Die inhaltstragenden Textstellen wurden den Strukturierungsdimensionen zugeordnet und markiert. Nicht zuordbare Textstellen wurden ebenfalls markiert, um einen frühzeitigen Informationsverlust zu vermeiden. Außerdem wurden Wechselbeziehungen zwischen den einzelnen Dimensionen gekennzeichnet. Es war zunächst möglich, daß eine Textstelle mehreren Dimensionen zugeordnet wurde, da einzelne Passagen zu mehreren Dimensionen relevante Information enthielten und nur auf diese Weise die bestehenden Wechselbeziehungen hinreichend herausgearbeitet werden konnten. Im Laufe des Forschungsprozesses ergaben sich eindeutige Zuordnungsregeln, abgesehen natürlich von den Strukturierungsdimensionen mit Überblick gebendem Charakter (*Meditative Bewußtseinszustände in der Therapie* und *Die Konstruktion des Behandlungsmodells*).

Extraktion und Zusammenfassung der Fundstellen

Die markierten Textstellen wurden pro Strukturierungsdimensionen extrahiert und bilden das Material für die weitere Auswertung.

Die extrahierten Textstellen pro Strukturierungsdimension wurden einer zusammenfassenden Inhaltsanalyse (Mayring 1993) unterzogen. Eine Orientierungsgrundlage dafür bildete das Ablaufmodell der zusammenfassenden Inhaltsanalyse von Mayring (1993) (Abb.10).

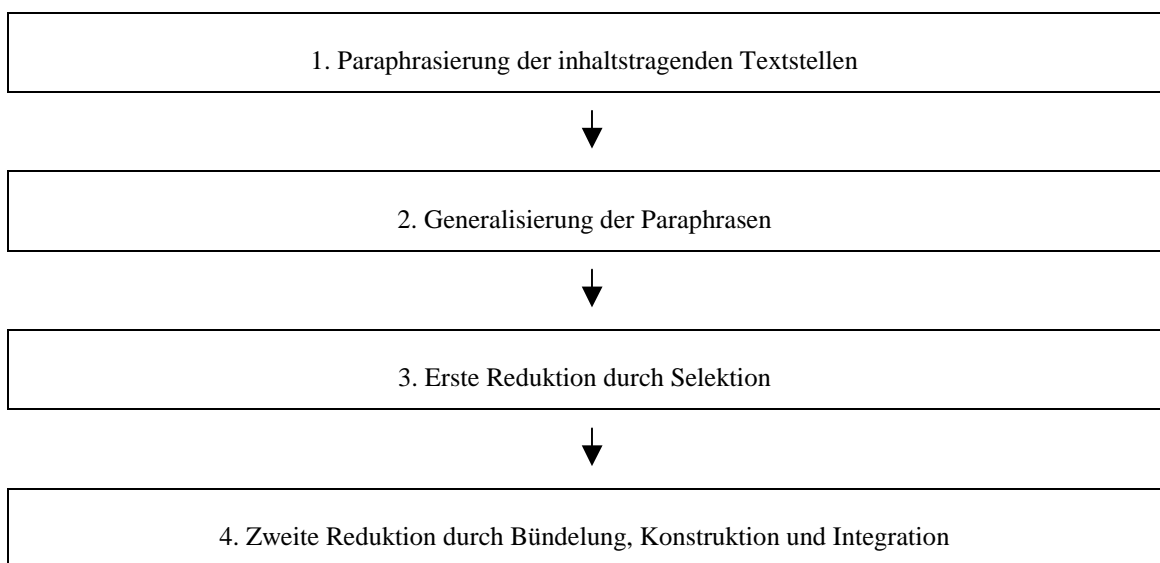


Abb.10: Ablaufmodell der zusammenfassenden Inhaltsanalyse von Mayring (1993)

Dabei erfolgte die Reduktion des Materials mit Hilfe von Interpretationsregeln, die Mayring als Handlungsanweisungen (1993, S.58) formuliert. Um die Zusammenfassung transparent zu machen, wurde dabei zum Teil stark theoriegeleitet vorgegangen.

Bildung von Kategorien

Als Ergebnis der zusammenfassenden Inhaltsanalyse pro Strukturierungsdimension ergaben sich für jede Strukturierungsdimension Kategorien mit verschiedenen Unteraspekten, die im Ergebnisteil ausführlich dargestellt werden.

4.4.2 Quantitative Datenauswertung

4.4.2.1 Statistische Verfahren

Die Auswertung erfolgte mit SPSS® Version 11. Neben der Ermittlung deskriptiver Daten wurden Mittelwertvergleiche mit t-Tests für unabhängige Stichproben und der einfaktoriellen Varianzanalyse (ANOVA) durchgeführt. Darüber hinaus bildete eine Korrelationsanalyse den Schwerpunkt der statistischen Auswertung.

5 Ergebnisse und Interpretation

5.1 Qualitative Ergebnisse und Interpretation

Nach einer Vorstellung der Therapeuten und Therapeutinnen anhand der Darstellung ihrer Angaben im Kurzfragebogen sowie der von ihnen gewählten Metaphern werden die Ergebnisse der Interviews dargestellt. Die Darstellung der Ergebnisse gliedert sich in vier Abschnitte. Erstens wird auf die Meditationspraxis (Meditativer Übungsweg) der Therapeuten und Therapeutinnen eingegangen. Zweitens werden Zusammenhänge zwischen der Meditationspraxis und einzelnen Bereichen therapeutischen Handelns aufgezeigt (Meditativer Übungsweg und professionelles Handeln). Drittens geht es um die transpersonale Perspektive in der Psychotherapie und viertens wird die Entwicklung des professionellen Selbstverständnisses thematisiert.

5.1.1 Vorstellung der Therapeuten und Therapeutinnen

An dieser Stelle sollen die Therapeuten und Therapeutinnen kurz anhand der von ihnen gewählten Metaphern vorgestellt werden. Dazu werden die von den Therapeuten und Therapeutinnen genannten Erklärungen und Assoziationen zu der jeweils gewählten Metapher wiedergegeben, ohne diese weiterführend zu interpretieren.

Zusätzlich sind die Angaben der Therapeuten und Therapeutinnen im Kurzfragebogen zu Demographie, therapeutischer Tätigkeit und meditativer Praxis in Tab.1 aufgeführt¹².

Interview 1: Sterbehelfer, Geburtshelfer oder einfach Entwicklungshelfer oder auch Wegbegleiter

Der Therapeut wählt die Metaphern *Sterbehelfer*, *Geburtshelfer*, *Entwicklungshelfer* und *Wegbegleiter*. Die Metaphern *Entwicklungshelfer* und *Wegbegleiter* sieht er als die allgemeineren, während die Metaphern *Sterbehelfer* und *Geburtshelfer* in Abhängigkeit von der Problematik des Klienten zu sehen sind. Als *Sterbehelfer* sieht sich der Therapeut vor allem bei Klienten mit Ängsten insofern, als er dem Klienten helfen will,

¹² Die Angaben im Kurzfragebogen werden aus Gründen der Anonymität z.T. abstrahiert wiedergegeben.

<i>Inter- view Nr.</i>	<i>Alter</i>	<i>Ge- schlecht</i>	<i>Studium</i>	<i>transperso- nal oder spirituell orientierte Ausbildung</i>	<i>therapeu- tisch tätig seit</i>	<i>tätig in</i>	<i>Arbeitsschwerpunkt</i>
1	unter 40	m	Psychologie	ja	10 Jahren	eigener Praxis	Psychosynthese und transpersonale Verhal- tenstherapie
2	40 bis 60	w	Psychologie	nein	13 Jahren	eigener Praxis	tiefenpsychologisch fundierte mit Hypnosele- menten
3	40 bis 60	w	Medizin	ja	25 Jahren	eigener Praxis	Mischung aus tiefenpsychologisch- kontemplativ ¹³ -intuitiv
4	40 bis 60	w	Psychologie	nein	15 Jahren	eigener Praxis	Gestalttherapie/ Körpertherapie/ Imaginationstherapie
5	40 bis 60	w	Psychologie	ja	13 Jahren	eigener Praxis	gemischt, verstärkt Kon- templative Psychologie
6	40 bis 60	w	Pädagogik und Psychologie	ja	20 Jahren	einer Beratungs- stelle	gemischt, ohne Schwerpunkt
7	40 bis 60	m	Medizin	nein	20 Jahren	eigener Praxis	gemischt, ohne Schwerpunkt
8	unter 40	w	Psychologie	nein	1 Jahr, noch in Ausbildung	einer Klinik	lösungs-fokussiert/ psychoedukativ
9	40 bis 60	w	Psychologie	ja	15 Jahren	eigener Praxis	verhaltenstherapeutisch- tiefenpsychologisch- kontemplativ
10	40 bis 60	w	Psychologie	nein	13 Jahren	eigener Praxis	Mischung aus rational- emotiver Therapie, Verhaltenstherapie und Hypnotherapie

¹³ *Kontemplative Psychologie* oder *kontemplativ* meint hier einen bestimmten Therapieansatz mit buddhistisch-meditativem Hintergrund, vgl. Wit (1998).

<i>In-ter-view Nr.</i>	<i>Art der Meditation¹⁴</i>	<i>Meditation seit</i>	<i>Häufigkeit der Meditation</i>	<i>Teilnahme an Meditationskursen ein- oder mehrmals im Jahr</i>	<i>Bindung der Meditation an Religion</i>	<i>Bedeutung der Meditation im Leben</i>	<i>Bedeutung der Meditation für den Beruf</i>
1	(christliche) Kontemplation/ Mahamudra/ Zen	17 Jahren	ein- oder mehrmals täglich	ja	nein	stimmt sehr	stimmt sehr
2	Zazen/ Achtsamkeit und Einsicht/ Kathartische Meditationsformen (Osho)	20 Jahren	ein- oder mehrmals täglich	ja	nein	stimmt sehr	stimmt sehr
3	stilles Sitzen	10 Jahren	ein- oder mehrmals wöchentlich	manchmal	nein	stimmt	stimmt
4	Vipassana	10 Jahren	unregelmäßig	manchmal	nein	stimmt	stimmt
5	Shamatha-Vipashyana	7 Jahren	ein- oder mehrmals täglich	ja	ja, Buddhismus	stimmt sehr	stimmt sehr
6	verschiedene Formen mit tibetischem Hintergrund	8 Jahren	ein- oder mehrmals täglich	ja	ja, Buddhismus	stimmt sehr	stimmt sehr
7	Zen	20 Jahren	ein- oder mehrmals wöchentlich	ja	ja, Buddhismus	stimmt sehr	stimmt
8	Shine-Laktong	2 Jahren	ein- oder mehrmals täglich	ja	ja, Buddhismus	stimmt sehr	stimmt sehr
9	Shamatha-Vipashyana	7 Jahren	ein- oder mehrmals wöchentlich	ja	ja, Buddhismus	stimmt sehr	stimmt sehr
10	Sitzmeditation	5 Jahren	ein- oder mehrmals täglich	ja	nein	stimmt	stimmt sehr

Tab 1: Angaben der Therapeuten und Therapeutinnen im Kurzfragebogen

¹⁴ Erläuterungen zu den Meditationsformen finden sich im Anhang.

seine Ich-Identifikationen loszulassen. Als Geburtshelfer versteht sich der Therapeut bei Menschen mit eher depressiver Symptomatik, die noch gar nicht bewußt den Weg ins Leben gefunden haben. Unabhängig von der Problematik des Klienten versteht sich der Therapeut als Entwicklungshelfer in dem Sinne, daß er dem Klienten helfen will, über seine bisherige Persönlichkeit hinauszuwachsen. Mit der Metapher des Wegbegleiters betont er, daß sowohl der Klient als auch er als Therapeut die Therapie steuern, wobei -im Bild bleibend- die Wegweiser aus dem Un- bzw. Überbewußten des Klienten kommen.

Interview 2: Baum

Die Therapeutin beschreibt sich mit der Metapher des *Baumes*. Die Wurzeln des Baumes bedeuten für sie das körperliche Geerdet-Sein, der Stamm stellt den psychischen Bereich dar und die Krone den spirituellen Bereich. Diese drei Aspekte spiegeln im Wesentlichen das Menschenbild der Therapeutin wider und werden von ihr als Bestandteile ihrer Persönlichkeit sowie ihres Selbstverständnisses als Therapeutin angesehen. Die Therapeutin stellt die Wahl dieser Metapher in einem engen Zusammenhang mit ihrer Meditationspraxis dar, da für sie in der Meditation sowohl das körperliche Geerdet-Sein, als auch der psychische Bereich sowie der spirituelle Bereich Raum zur Entwicklung bekommen.

Interview 3: Reisebegleiterin auf einer Abenteuerexpedition

Die Therapeutin beschreibt sich mit der Metapher einer *Reisebegleiterin auf einer Abenteuerexpedition*. Bei einer Therapie handelt es sich für die Therapeutin insofern um eine Abenteuerexpedition, als bei der Erkundung der Seele im Vorfeld nicht absehbar ist, was passieren wird. Ihre Aufgabe sieht die Therapeutin zum einen darin, den Raum herzustellen, um eine solche Expedition zu ermöglichen und zum anderen darin, Hilfestellungen bei der Erkundung der Seele zu geben. Die Therapeutin betont allerdings, daß sie ihre Aufgabe nicht darin sieht, den Weg vorzugeben, da nach ihrem Verständnis das höhere Selbst die Richtung der Expedition bestimmen soll.

Interview 4: Weite Schale

Die Therapeutin beschreibt sich mit der Metapher einer *weiten Schale*, wobei die Schale für sie sowohl einen schützenden als auch einen tragenden Aspekt hat. Für die Thera-

peutin ist das Wichtigste und eigentlich Heilsame in einer Therapie, ganz mit dem zu sein, was ist. Daher sieht die Therapeutin ihre Aufgabe darin, wie eine weite Schale einen möglichst weiten Raum herzustellen, in dem der Klient sein kann und sich geschützt und getragen fühlt.

Interview 5: Herz

Die Therapeutin wählt die Metapher *Herz*, um sich zu beschreiben. Der Therapeutin fiel diese Metapher spontan ein, weil es für sie auf der Beziehungsebene das wichtigste ist, mit den Klienten auf der Herzebene in Kontakt zu kommen. Durch diesen Kontakt will sie die Klienten dazu befähigen, mit der eigenen Herzebene im alltäglichen Leben in Berührung zu kommen.

Interview 6: Becken oder große Schale

Die Therapeutin beschreibt sich mit der Metapher eines *Beckens* oder einer *großen Schale*. Diese Metapher stellt für die Therapeutin vor allem den Aspekt der Weite und der Offenheit dar. Damit betont sie, daß es für sie als Therapeutin sehr wichtig ist, ohne einschränkende Konzepte und Erwartungen sich im gegenwärtigen Moment ganz auf das einzulassen, was ist. Nur durch diese Offenheit sieht sie sich befähigt, dem Klienten den Raum zu geben, den er braucht. Die Therapeutin stellt diesen Aspekt in engem Zusammenhang mit ihrer Meditationspraxis dar.

Interview 7: Großer Baum

Der Therapeut beschreibt sich mit der Metapher eines *großen Baumes*. Er erklärt die Wahl dieser Metapher nicht, sondern assoziiert im Bild bleibend. Er sieht sich eher als einen Baum zum Anlehnen und Schatten geben als einen Baum, der Früchte trägt. Es ist ihm wichtig, daß der Baum tief in der Erde verwurzelt ist und hoch zum Himmel hinaufragt.

Interview 8: Begleiterin und Ratgeberin

Die Therapeutin sieht sich als *Begleiterin* oder im Kontext ihrer derzeitigen Tätigkeit in einer Klinik auch als *Ratgeberin*. Die Therapeutin sieht die Therapie immer als eine Begleitung in einem Prozeß, der sich zusammen mit dem Klienten entwickelt. Dabei will sie als Ratgeberin nicht die Richtung des Prozesses vorgeben, sondern eher neue

Möglichkeiten aufzeigen und Anregungen zur Selbsthilfe geben, wenn der Klient in eine Sackgasse gerät.

Interview 9: Chaos und Oase

Die Therapeutin beschreibt sich mit der Metapher *Chaos und Oase*. Mit Chaos assoziiert die Therapeutin psychisches Leiden. Die Therapeutin sieht ihre Aufgabe darin, einen Ort zu bieten, wo dieses Leiden erst einmal sein darf. Diesen Ort bezeichnet sie als Oase. Sie versucht, diesen Ort durch ihre mitfühlende und akzeptierende Anwesenheit herzustellen. Besonderen Wert legt die Therapeutin darauf, die Begriffe Chaos und Oase nicht in dem Sinne gegenüberzustellen, daß bei ihr in der Therapie die Oase und außerhalb der therapeutischen Situation das Chaos ist.

Interview 10: Vogelmutter

Die Therapeutin wählt die Metapher *Vogelmutter*, um sich als Therapeutin zu beschreiben. Dabei sieht sie sich insofern in der Rolle einer Vogelmutter, als die Menschen, die zu ihr kommen und leiden, wie die Küken unter ihre Flügel kriechen können, einen besonderen Schutz bekommen und genährt werden, bis sie stark genug sind, um selber fliegen zu können. Diese Haltung hat für sie sehr viel mit einem liebevollen Dasein für ihre Klienten zu tun.

5.1.2 Der meditative Übungsweg

In der übergeordneten Strukturierungsdimension *Der meditative Übungsweg* geht es um die Meditationspraxis der Therapeuten und Therapeutinnen.

5.1.2.1 Die Übung

Aus den Angaben im Kurzfragebogen über die Art ihrer Meditation sowie aus den Aussagen der Therapeuten und Therapeutinnen geht hervor, daß für alle Therapeuten und Therapeutinnen die Grundübung der Meditation als ein Sitzen in Stille beschrieben werden kann, bei dem die Aufmerksamkeit immer wieder auf den Atem fokussiert wird:

„Ja, also in erster Linie verstehe ich schon unter Meditation so klassisches stilles Sitzen. Sitzen, auf den Atem achten, sitzen.“ (I 3)

Von allen Therapeuten und Therapeutinnen wird die Meditation als ein fortwährender Versuch beschrieben, die Aufmerksamkeit auf den gegenwärtigen Moment zu lenken, was zum Beispiel als „*Präsent-Sein*“ (I 2), „*im Jetzt sein*“ (I 6), „*wirklich mit dem zu sein, was ist*“ (I 4) oder als „*sehr da zu sein*“ (I 5) umschrieben wird. Eine Therapeutin sieht die Meditation als ein „*Training für einfaches So-Sein*“ (I 5).

Diese Übung wird nicht nur als eine Technik, sondern auch als eine Grundhaltung verstanden, die über die Praxis der Sitzmeditation hinausgeht:

„Ja, also die Bedeutung ist für mich übergreifend, daß ich nicht sagen würde, die Meditation beschränkt sich auf das Sitzen morgens und abends, sondern einfach auf die Wertschätzung des gegenwärtigen Momentes, auf das bewußte Erleben des Momentes.“ (I 1)

Einige Therapeuten und Therapeutinnen beschreiben, wie sie diese Übung in ihre alltäglichen Verrichtungen zu integrieren versuchen.

Zusammenfassend kann gesagt werden, daß die Meditationsübung für die Therapeuten und Therapeutinnen eine Schulung des *Da-Seins* oder *Bewußt-Seins* darstellt, wobei die Meditationstechnik im engeren Sinne als Hilfsmittel fungiert.

5.1.2.2 Meditative Tiefebereiche

Meditation als eine Schulung des Bewußtseins impliziert, daß unterschiedliche Grade des Bewußtseins erfahren werden können. Im Sinne der meditativen Tiefebereiche (vgl. Kap.2.2.5) können diese Grade des Bewußtseins als meditative Bewußtseinszustände unterschiedlicher Tiefe aufgefaßt werden.

Um zwischen verschiedenen meditativen Bewußtseinszuständen zu differenzieren, wurden die Aussagen der Therapeuten und Therapeutinnen hinsichtlich der für sie bedeutsamen meditativen Tiefebereiche analysiert. Zusätzlich wurde mit Hilfe des Meditationstiefefragebogens überprüft, welche meditativen Tiefebereiche der Meditationserfahrung der Therapeuten und Therapeutinnen entsprechen.

Ergebnisse des Meditationstiefefragebogens (MTF)

In Tabelle 2 sind die Ergebnisse des MTF nach Tiefebereichen differenziert dargestellt. Um die einzelnen Tiefebereiche miteinander vergleichen zu können, wurden die Durchschnittswerte der Items pro Tiefebereich gebildet. Zwar existiert keine Normstichprobe,

der im MTF verwendete Schlüssel kann jedoch als Interpretationshilfe dienen (0=gar nicht, 1=ein wenig, 2=ziemlich, 3=stark, 4=sehr stark).

Im Durchschnitt zeigen die Ergebnisse eine Abnahme der Werte vom Aspekt der *Bewältigung der Hindernisse* bis hin zum *Transpersonalen Selbst*, d.h. die tieferen Bewußtseinsbereiche sind weniger stark verfügbar. Die *Hindernisse* scheinen bei allen Therapeuten und Therapeutinnen weitgehend bewältigt zu sein und auch der Aspekt der *Entspannung* ist allen Therapeuten und Therapeutinnen verfügbar. Die Tiefebereiche *Personales Selbst* und *Transpersonale Qualitäten* sind im Durchschnitt gleich stark ausgeprägt. Der Bereich *Transpersonales Selbst* (Nondualität) ist insgesamt der am wenigsten verfügbare Tiefebereich. Insgesamt bestehen deutlich interindividuelle Differenzen, die Tab.2 zu entnehmen sind. In Abb.11 sind die einzelnen Tiefebereiche zum intraindividuellen Vergleich veranschaulicht.

<i>Inter- view Nr.</i>	<i>Hindernisse</i>	<i>Entspannung</i>	<i>Personales Selbst</i>	<i>Trans- personale Qualitäten</i>	<i>Trans- personales Selbst</i>
1	4.0	4.0	2.5	3.6	2.3
2	3.5	3.0	2.7	1.9	2.5
3	3.7	3.7	3.0	2.4	1.5
4	3.0	1.3	0.7	1.0	0.3
5	2.2	1.3	1.8	2.0	2.2
6	2.7	3.0	1.2	1.2	1.2
7	3.5	3.3	3.2	3.0	2.5
8	3.2	3.7	1.3	1.6	2.2
9	2.3	2.3	1.5	1.3	0.7
10	3.7	2.7	2.3	1.5	1.3
<i>M</i>	3.2	2.8	2.0	2.0	1.7
<i>SD</i>	.62	.95	.84	.83	.67

Tab. 2: Tiefebereiche im MTF

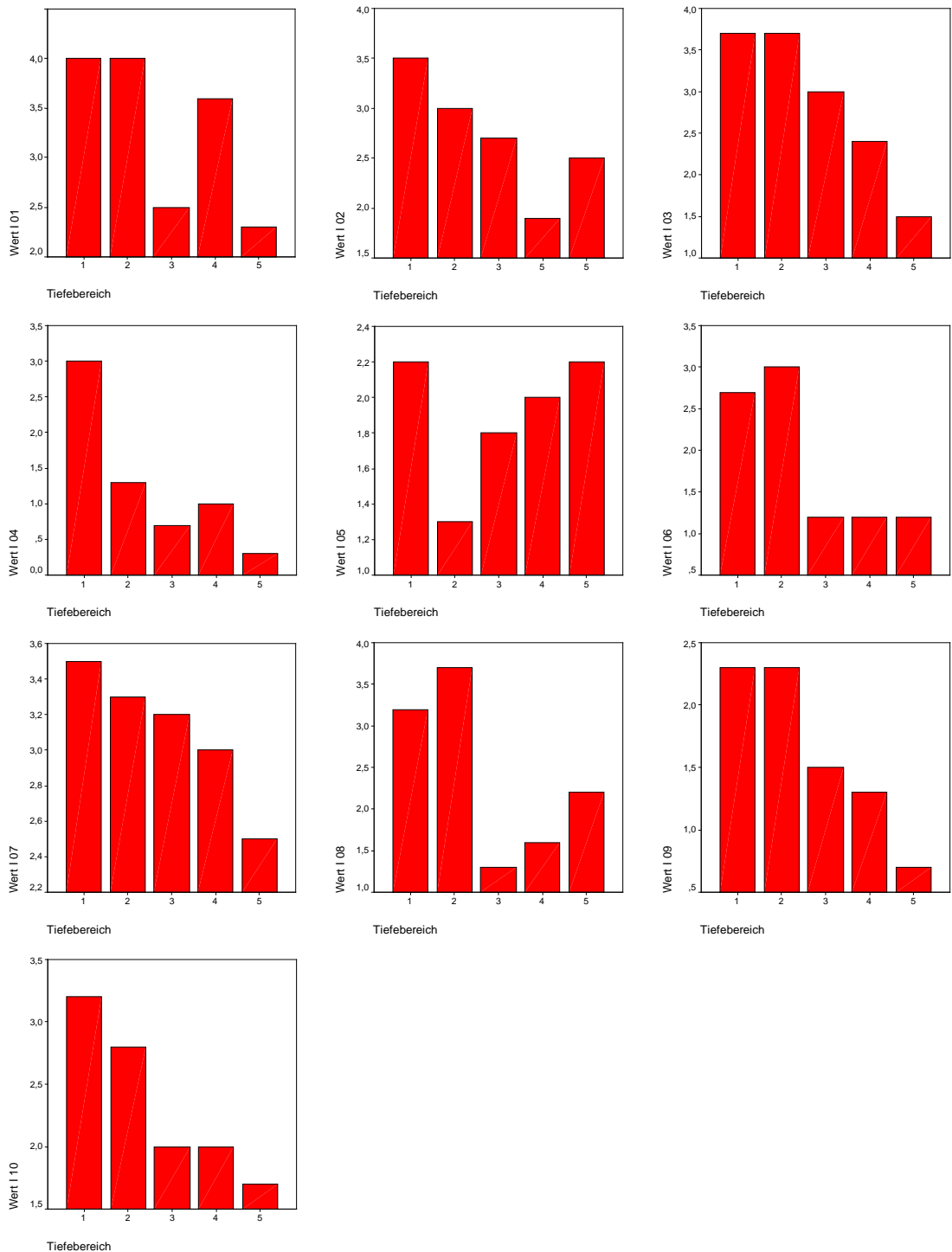


Abb.11: Die Tiefbereiche im MTF (intraindividuellem Vergleich)

Die Tiefbereiche lassen sich in den Aussagen der Therapeuten und Therapeutinnen wiederfinden. Allerdings ließ sich kein unmittelbarer Zusammenhang zwischen dem Ausmaß der Meditationserfahrung in den einzelnen Tiefbereichen, wie sie mit Hilfe des MTF gemessen wurden und der aus den Aussagen der Therapeuten und Therapeu-

tinnen hervorgehenden subjektiven Bedeutsamkeit der einzelnen Tiefebereiche ausfindig machen.

Bewältigung von Hindernissen

Hindernisse werden verständlicherweise hinsichtlich der Bedeutsamkeit der Meditation nicht isoliert, sondern lediglich im Zusammenhang mit den Tiefebereichen *Entspannung* und *Personales Selbst* erwähnt, wo die Meditation als eine Methode zur Bewältigung dieser Hindernisse dargestellt wird. Daher bildeten die Hindernisse bei der Auswertung der Interviews keine eigene Kategorie.

Entspannung

Der Tiefebereich *Entspannung* wird von drei Therapeuten und Therapeutinnen (I 2, I 7, I 9) erwähnt und als ein „Zur-Ruhe-Kommen“ (I 2) beschrieben. Die Ergebnisse des MTF zeigen, daß er fast allen Therapeuten und Therapeutinnen deutlich verfügbar ist. Allerdings wird dieser Aspekt sehr beiläufig erwähnt im Sinne eines angenehmen Nebeneffektes, der nicht von zentraler Bedeutung zu sein scheint, aber durchaus in der Meditation enthalten ist.

Allerdings grenzt eine Therapeutin Meditation von einer Entspannungsübung ab, da für sie Entspannung nicht mit der Meditation als einem „*Training dieses Wachheitsmuskels*“ (I 9) vereinbar ist:

„*Meditation ist nicht Entspannen, in Trance-Gehen und dann mal so richtig abschalten und dann zur Ruhe kommen und sich so richtig GUT fühlen.*“ (I 9)

Dabei verweist sie auf in ihrer Meditationspraxis auftretende Störungen, die dem Bereich *Hindernisse* zugeordnet werden können, wie das Abschweifen der Gedanken, was für sie „*nicht besonders entspannend oder schön*“ (I 9) ist. Hier tritt der Aspekt der passiven Entspannung zugunsten des Motivs der aktiven Selbstexploration zurück. Wie in Kap. 2.2.3.1 erwähnt, erscheint es sinnvoll, zwischen Entspannung in Form eines ‚Abschaltens‘ und einer damit verbundenen Reduktion der Wachheit und einer Form der Entspannung, die mit einer Steigerung der Wachheit einhergeht, zu unterscheiden.

Meditation findet auch als eine Art Streßbewältigungsstrategie außerhalb der eigentlichen therapeutischen Situation zwischen den Therapiesitzungen und nach Feierabend

Anwendung. Die Meditation dient der Erholung, indem zu den Inhalten der therapeutischen Sitzungen Abstand gewonnen wird und diese losgelassen werden können, so daß die Meditation „*schlicht und ergreifend auch eine Strategie ist, mich gesund zu erhalten*“ (I 10).

Personales Selbst/Achtsamkeit

Der Tiefbereich *Personales Selbst* wird von allen Therapeuten und Therapeutinnen wiederholt angesprochen und deutlich hervorgehoben, so daß ihm ein besonderer Stellenwert zukommt. Zentrales Charakteristikum dieses Tiefbereichs ist die aktive und konzentrierte Beobachtung und Disidentifikation von Gedanken und Gefühlen. Der Aspekt der Achtsamkeit (vgl. Kap. 2.2.3.2) beinhaltet darüber hinaus die nichtwertende Akzeptanz der auftretenden Bewußtseinsinhalte. Dieser Tiefbereich betrifft insofern einen dualen Bewußtseinszustand, als ein Subjekt von Beobachtung sowie ein Objekt von Beobachtetem erlebt wird. Zu diesem Tiefbereich werden folgende Aspekte genannt.

- Konzentration

Die Fokussierung der Aufmerksamkeit auf den gegenwärtigen Moment ist eine Schulung der Konzentrationsfähigkeit und erfordert gleichzeitig ein hohes Maß an Konzentration. Eine Therapeutin bezeichnet dies als die „*Herausforderung dabei, immer im Moment zu bleiben, wie so ein Wellenreiten oder so was (Interviewerin lacht). Wo man dann sehr schnell das Gleichgewicht verliert und eben auch eine hohe Konzentration notwendig ist, immer diesen Punkt zu halten: Jetzt, jetzt, jetzt* (I 4).“

- Selbstexploration/Introspektion

Für viele der Therapeutinnen und Therapeuten bedeutet Meditation in erster Linie, „*in Kontakt [zu] treten mit sich selbst, mit dem, was wirklich ist*“ (I 5). Durch den Kontakt mit sich selbst bedeutet Meditation für die Therapeuten und Therapeutinnen, sich selbst kennzulernen, „*Also den Geist kennzulernen. Kennzulernen, was der alles macht* (I 6)“.

- Disidentifikation

Der Aspekt der Disidentifikation ist für viele Therapeuten und Therapeutinnen von zentralem Stellenwert. Das distanzierte Beobachten der Gefühle und Gedanken („*Ich BIN nicht meine Angst, ich HABE Angst*“ (I 5)), das „*Zeuge sein*“ (I 2), ermöglicht das Loslassen von einschränkenden Konzepten und Identifikationen und ermöglicht die Bewältigung von problematischen Gefühlszuständen.

Für einen Therapeuten bedeutet Meditation über die Disidentifikation von Gefühlen und Gedanken hinaus „*Nichtidentifikation mit der Persönlichkeit*“ (I 1). Hier reicht der Aspekt der Disidentifikation u.U. ein Stück über den Aspekt der Achtsamkeit und den Tiefbereich *Personales Selbst* hinaus und in den transpersonalen Bewußtseinsbereich hinein.

- Selbstakzeptanz

Ein Aspekt, der besonders von den Therapeutinnen betont wird, die eine Form der Achtsamkeitsmeditation praktizieren, ist die mit der Achtsamkeit verbundene Haltung einer nichtwertenden Selbstakzeptanz, die sich durch die Meditation herausbildet, so daß „*eben im Laufe der Zeit, so ist meine Erfahrung, das [was ist, S.L.] auch immer mehr sein DARF. Also daß ich sozusagen mehr sein darf mit dem, was ist. Also Mitgefühl für sich selbst zu entwickeln* (I 5).“ Ähnlich wie beim Aspekt der Disidentifikation kann sich diese Haltung über den personalen Bereich hinaus zu einer bedingungslosen Selbstannahme und damit zu einer transpersonalen Qualität ausweiten.

- Unterschiedslose Offenheit

Eng mit dem Aspekt der Selbstakzeptanz verbunden ist die Haltung einer unterschiedslosen Offenheit, bei der es darum geht, „*nicht zu verurteilen, zu beurteilen, nicht einzusortieren oder abzulehnen*“ (I 6). Die Beobachtung der Gefühle und Gedanken geschieht mit „*offenem Herzen*“ (I 6), so daß die Meditation der Ort ist, „*wo ich lerne, mit dem zu leben, was jetzt wirklich ist. Was auch immer kommt, was auch immer da auftaucht. [...] Und es kann eben auch alles da sein. Ich muß nichts wegmachen, ich muß nichts herbeiführen*“ (I 4).

- Zentrierung in der inneren Mitte

Für eine Therapeutin kommt der Meditation die Funktion zu, zu einem Gefühl der inneren Mitte zu finden, was sie folgendermaßen ausdrückt:

„Oder einfach in Harmonie kommen, wenn ein Gefühlschaos oder sowas da ist. [...] Und im weitesten Sinne sowas von ‚mein Instrument stimmen‘.“ (I 3)

Transpersonale Qualitäten

Im Tiefbereich *Transpersonale Qualitäten* ist keine aktive Konzentration und Achtsamkeit mehr nötig, die Steuerungsebene des personalen Selbst wird transzendiert. Dieser Zustand ist mit entsprechenden transpersonalen Qualitäten verbunden (vgl. Kap. 2.2.5), wobei diese Erfahrungen nicht mehr auf das persönliche Selbst attribuiert werden.

Obwohl die Therapeuten und Therapeutinnen im Durchschnitt in diesem Tiefbereich gleich hohe Werte aufweisen wie im Tiefbereich *Personales Selbst*, kommt dieser Tiefbereich bedeutend seltener in den Aussagen der Therapeuten und Therapeutinnen vor. Während der Tiefbereich *Personales Selbst* von allen Therapeuten und Therapeutinnen zum Teil mehrfach angesprochen wurde, wurde der Tiefbereich *Transpersonale Qualitäten* lediglich von der Hälfte der Therapeuten und Therapeutinnen genannt. Dies scheint allerdings mehr den theoretischen Hintergrund der Meditationsrichtung widerzuspiegeln, als die persönliche Meditationserfahrung, wie die Ergebnisse des MTF in diesem Tiefbereich zeigen.

Für einen Therapeuten bedeutet Meditation *„die intensivste Erfahrung von Glück und innerem Frieden“* (I 7), was eindeutig als transpersonale Qualität zu interpretieren ist. Einer Therapeutin ist es wichtig, daß Meditation *„auch nicht nur das Präsent-Sein ist“*, sondern zu merken, *„daß es andere Zustände gibt, in die man kommen kann, weitere, aufgelöstere Zustände“* (I 2). Inwiefern diese Zustände eine Erweiterung des Bewußtseins über das individuelle Ich und die transpersonale Qualität des Gefühls der Verbundenheit mit sich bringen, wird von einer Therapeutin folgendermaßen beschrieben:

„Es ist eine Übung, wo ich ein Stück herausgehe aus meinem Alltag und mich selbst darin übe, in einem anderen Kontext oder anderen Raum, wie auch immer ich das nennen will, manche würden sagen, spirituellen Raum, zu erleben. Und das ist für mich natürlich auch eine Gotteserfahrung, die ich suche, ganz klar. Was ich vom Effekt her merke, ist ja auch manchmal,

daß ich so diese Verbundenheit einfach spüre, also die über meine Person einfach hinaus geht. Sei es, wenn jemand neben mir sitzt, daß ich mich mit der Person verbunden fühle oder mit einer anderen Person oder einfach auch mit meiner Umgebung, mit der Natur oder mit dem Haus oder mit dem Kissen (lacht), was auch immer da ist. Daß sich solche Grenzen dann auch immer ein bißchen auflösen.“ (I 10)

Transpersonales Selbst

Dieser Tiefebereich bezeichnet einen Bewußtseinszustand, in dem das Bewußtseinsfeld leer und das Erleben der Kategorien von Raum und Zeit überwunden wird, was in der Erfahrung der Nondualität als dem tiefsten meditativen Bewußtseinszustand mündet.

Dieser Tiefebereich wird von den Therapeuten und Therapeutinnen kaum angesprochen. In den Fällen, in denen dieser Tiefebereich angesprochen wurde, geschah dies in Form der Wiedergabe einzelner Aspekte spiritueller Lehren und nicht in Form persönlicher Erfahrungselemente. Auch im MTF weist dieser Tiefebereich im Durchschnitt die geringsten Werte auf, dennoch verfügen die meisten der Therapeuten deutlich über einige Erfahrungselemente dieses Tiefebereichs. Eine Therapeutin spricht von einer „*Raumerfahrung*“ (I 5), womit sie eine Weitung des Bewußtseinsfeldes während der Meditation anspricht.

Es zeigt sich, daß einige der Therapeuten und Therapeutinnen die Meditationspraxis als einen Weg in Richtung Nondualität verstehen. Für die oben zitierte Therapeutin (S.85 unten) beinhaltet ihre Meditationspraxis die Suche nach einer Gotteserfahrung, für die buddhistisch orientierten Therapeuten und Therapeutinnen ein Weg zum „*Erkennen der Buddha-Natur*“ oder zur „*Erleuchtung*“ (I 8), was in einer weniger religiösen Begrifflichkeit vielleicht als nondualer Bewußtseinszustand bezeichnet werden kann.

5.1.2.3 Bindung der Meditation an eine Religion

Mit der Strukturierungsdimension *Bindung der Meditation an eine Religion* wird der Frage nachgegangen, inwieweit die meditative Praxis für die Therapeuten und Therapeutinnen auf der einen Seite an eine Religion gebunden ist bzw. inwieweit auf der anderen Seite die Meditation aus einem transkonfessionellen Verständnis heraus praktiziert wird.

Die eine Hälfte der Therapeuten und Therapeutinnen gaben an, daß die Meditation für sie persönlich an den Buddhismus gebunden ist. Die andere Hälfte gab an, daß Meditation für sie nicht an eine bestimmte Religion gebunden ist.

Bindung der Meditation an den Buddhismus

Einige der Therapeuten und Therapeutinnen, für die die Meditation an den Buddhismus gebunden ist, stellten explizit heraus, daß dies nur für sie persönlich der Fall sei und *„daß Leute auch so meditieren können und mit Buddhismus im engeren Sinne gar nicht viel zu tun haben“* (I 9). Ein Therapeut, der zenbuddhistischer Mönch ist, legt Wert darauf, gleichzeitig bewußtes Kirchenmitglied zu sein, um seine grundsätzlich transkonfessionelle Orientierung zum Ausdruck zu bringen.

Auch wenn die Frage nach der Bindung der Meditationspraxis an eine Religion im Kurzfragebogen zunächst eine Spaltung der Therapeuten und Therapeutinnen hinsichtlich der Bindung der Meditation an eine Religion anzeigt, erscheint diese Polarisierung weniger ausgeprägt, wenn man das Verständnis des Buddhismus der Therapeuten und Therapeutinnen einbezieht. Dabei zeigt sich, daß der Buddhismus nicht als eine Religion im Sinne bestimmter Glaubenssätze, sondern vielmehr als *„eine Sichtweise, das Leben zu begreifen“* (I 6) aufgefaßt wird, deren Kernpunkt in *„Mitgefühl und Achtsamkeit“* (I 9) gesehen wird. Der Buddhismus wird als *„eine Erfahrungsarbeit mit mir selber“* (I 5) verstanden, *„die nichts mit Glauben, sondern ganz viel mit Erfahrung zu tun“* (I 5) hat. Die buddhistische Lehre wird zwar als etwas *„ganz Wertvolles und was ganz Kostbares auch“* (I 5) bezeichnet, gleichzeitig aber auch als Herausforderung verstanden, *„zu ÜBERPRÜFEN, wie das ist“* (I 5).

Die Meditation wird zum Teil als ein Mittel begriffen, die buddhistische Lehre *„in Erfahrung umzuwandeln“* (I 8), zum Teil aber auch als *„die Grundlage“* (I 7) und der Ausgangspunkt dieser Lehre.

Insgesamt wird der Buddhismus weniger als eine Religion, sondern eher im Sinne von Spiritualität (vgl. Kap. 2.1.2.1) definiert. Dennoch besteht hier eine *Identifikation* mit der buddhistischen Weltanschauung, die bei den nicht buddhistischen Therapeuten und Therapeutinnen nicht vorzufinden ist.

Meditation als transkonfessionelle Praxis

Die nicht buddhistischen Therapeuten und Therapeutinnen setzen sich zwar auch mit der buddhistischen Lehre auseinander und schätzen diese, identifizieren sich aber nicht mit ihr, so daß es da „keine Definition über eine Tradition [gibt], der ich mich zugehörig fühle oder der ich beitreten müßte“ (I 1). Vielmehr besteht eine Auseinandersetzung mit verschiedenen spirituellen Traditionen und die Meditation wird als eine transkonfessionelle Praxis aufgefaßt, was von einem Therapeuten folgendermaßen begründet wird:

„Also eine Sache, die mir persönlich wichtig ist, daß sich die spirituellen Traditionen in meiner Meditationspraxis ergänzen und nicht so, daß ich sagen kann: ‚So, Buddhismus, das ist es. Buddhismus über alles oder christliche Mystik über alles.‘ Sie ergänzen sich in ihren Landkarten und Hilfestellungen, aber die Meditation an sich, finde ich schon, ist nicht von der Konfession her unter- oder einzuordnen. Meditation, die ist transkonfessionell.“ (I 1)

Der Therapeut, der verschiedene Bezeichnungen für seine Praxis angibt, sieht diese Begriffe „eigentlich als drei Synonyme für die gleiche Meditation, die halt in unterschiedlichen Kulturräumen entstanden sind“ (I 1).

Für eine Therapeutin ist die Anpassung der Meditation an den Westen wichtig, da sie „nicht so ein Freund von Ritualen“ (I 4) ist. Dem könnte die Verweigerung der Identifikation mit einer Tradition zugrunde liegen, die nicht im hiesigen Kulturraum gewachsen ist. Eine Therapeutin stellt in diesem Zusammenhang zwar die Transkonfessionalität der meditativen Erfahrung heraus, betont aber ihre Wurzeln im Christentum, da sie „das nicht unbedingt ganz weit weg“ (I 10) sucht. Sie verbindet ihre Meditationspraxis mit einem abschließenden christlichen Gebet.

5.1.3 Meditativer Übungsweg und professionelles Handeln

In der übergeordneten Strukturierungsdimension *Meditativer Übungsweg und professionelles Handeln* geht es um Aussagen der Therapeuten und Therapeutinnen über die von ihnen wahrgenommenen Auswirkungen der Meditationspraxis auf ihre therapeutische Tätigkeit.

5.1.3.1 Auswirkungen der Meditation auf das therapeutische Beziehungsangebot

Die Wirkungsweisen der Meditationspraxis auf das therapeutische Beziehungsangebot können mit Hilfe der von Rogers (1977) formulierten therapeutischen Grundhaltungen (Empathie/Einfühlerndes Verstehen, Echtheit/Authentizität, Akzeptanz/Wertschätzung) beschrieben werden und insgesamt als eine Verstärkung dieser Grundhaltungen interpretiert werden. Allerdings gehen die Wirkungen der Meditationspraxis in einigen Aspekten über die von Rogers (1977) formulierten Grundhaltungen hinaus und beziehen transpersonale Elemente ein.

Empathie/Einfühlerndes Verstehen

In der durch die Meditation geschulten gegenwärtigen Präsenz wird eine Möglichkeit gesehen, die therapeutische Beziehung zu intensivieren, denn durch die Meditation „kommst [du] stärker in den Augenblick rein“ und „das schafft halt Nähe“ (I 8). Auf der anderen Seite wird das Fehlen eines Gefühls für die eigene Präsenz als Ursache für eine Reduktion der empathischen Schwingungsfähigkeit gesehen, denn „immer weil das Gefühl von Präsenz fehlt, ist da dann ein Gefühl, etwas schützen zu müssen, nämlich ein Ich, daß sich vielleicht angegriffen fühlt, bedroht fühlt“ (I 1). Durch das Gefühl für die eigene Präsenz stellt sich demnach die Frage nach der Abgrenzung gar nicht, da der Therapeut/die Therapeutin nicht mit dem Ich, das das Bedürfnis nach Abgrenzung verspüren könnte, identifiziert ist, sondern eine Beobachterrolle gegenüber der eigenen Persönlichkeit einnehmen kann.

Somit kann in der Schulung der Disidentifikation durch die Meditationspraxis eine Möglichkeit gesehen werden, dem Dilemma zwischen „Empathie und Abgrenzung“ (I 1) in der therapeutischen Beziehung zu entgehen. Der Wirkmechanismus wird von einem Therapeuten folgendermaßen beschrieben:

„Und in der Meditation also habe ich gelernt, daß sich dieses Problem [die Abgrenzung, S.L.] gar nicht mehr stellt an einem bestimmten Punkt, weil dann eben meine eigene Geschichte da sein DARF, ich muß sie nicht ignorieren, ich brauche sie nicht unterdrücken, aber sie hat keinen hohen Stellenwert, weil ich davon disidentifiziert bin. Das heißt, sie darf da sein, aber ich identifiziere mich nicht mit meiner Geschichte, das sind nur Erfahrungen und das ist halt nur eine Biographie, die zu EINEM Menschen gehört, während viele andere Biografien von anderen Menschen ja andere Erfahrungen mit sich bringen, zum Beispiel die des Klienten, der mir gegenüber sitzt. Daß ich dann weder in meiner eigenen Geschichte festsitze, noch darauf Acht geben

muß, mich abgrenzen zu müssen von der Geschichte des anderen. Weil nichts Bedrohliches da ist, ist ja keine Notwendigkeit da zur Abgrenzung.“ (I 1)

Dabei wird die therapeutische Situation in Abgrenzung zu anderen Alltagssituationen als eine besonders meditative Situation geschildert, in die die Meditationserfahrung hineinwirkt, da *„die Aufmerksamkeit durch die Situation schon auf das Leben des Klienten fokussiert ist, anstatt auf mein eigenes und dadurch auch sehr viel Präsenz zustande kommt (I 1)“*.

Disidentifikation wird allerdings nicht als Distanz zu sich selbst verstanden, sondern als *„Distanz zu den eigenen Trips“ (I 8)*, d.h. zu unkontrolliert störenden Gedanken und Gefühlen, wodurch sowohl mehr Nähe zur eigenen inneren Mitte, als auch mehr Nähe zum Klienten entsteht. Insofern ermöglicht die Disidentifikation den Therapeuten und Therapeutinnen überhaupt erst die Zentrierung in der eigenen inneren Mitte, was als innere *„Harmonie“ (I 3)* bezeichnet wird.

Der Kontakt zu sich selbst wird von den Therapeuten und Therapeutinnen als eine weitere Voraussetzung geschildert, um die therapeutische Beziehung fruchtbar werden zu lassen, denn *„daß ich im Kontakt mit MIR bin in erster Linie, daß das der Startpunkt ist, um mit jemandem zu sein und den auch wirklich zu begleiten. Also nicht nur mitzuschwimmen in irgendwas, sondern wirklich auch DA zu sein“ (I 5)*. Sowohl die meditative Erfahrung *„von Sich-Zurücknehmen“ (I 2)* als auch der Kontakt zu sich selbst werden von den Therapeuten und Therapeutinnen als elementare Voraussetzungen beschrieben, um *„diesen Raum herstellen zu können für den anderen“ (I 3)*.

In der Meditation wird eine Möglichkeit gesehen, den Kontakt zu sich selbst auch in der therapeutischen Situation immer wieder herzustellen, z.B. dadurch, daß der Atem dazu als Hilfe benutzt wird. Dadurch bietet die Meditation für eine Therapeutin einen Schutz vor zu starkem empathischen Mitgehen, das dazu führen würde, sich in der therapeutischen Beziehung zu verlieren. Somit hilft die Meditation, *„diesen Grat“* zu spüren, *„einmal mitzugehen und mitzufühlen und gleichzeitig aber mich selber auch nicht zu verlieren“ (I 10)*.

Tausch-Flammer (1999) bezeichnet das aktive Da-Sein für einen anderen Menschen, bei dem gleichzeitig der Kontakt zur eigenen Mitte besteht, als *Hingabe* in Abgrenzung zum *Sich Hergeben*, das durch das Fehlen des Kontakts zur eigenen Mitte gekennzeich-

net ist. Anders als beim Sich Hergeben sieht Tausch-Flammer (1999) in der Hingabe einen Prozeß, bei dem sich das Gefühl des Getrenntseins verliert und Einheit mit dem anderen Menschen erfahren werden kann. Die Aussagen der Therapeuten und Therapeutinnen weisen darauf hin, daß Meditation die Fähigkeit zur Hingabe verstärkt.

Eine Therapeutin sieht in der disidentifizierten Haltung allerdings die Gefahr, daß *„eine große Distanz entsteht, die nicht mehr mitschwingend ist“* (I 2). Sie hält es für wichtig, *„aus der Beobachterrolle nicht so eine Wahrnehmung zu machen, wo man nicht mitschwingen kann, empathisch“* (I 2). Dies betrifft wohl eine Form der Disidentifikation, bei der das Element einer im Kontakt zur eigenen inneren Mitte stehenden Präsenz fehlt.

Einerseits wird der Kontakt zur eigenen Mitte im Sinne einer Zentrierung als wesentlich erachtet, andererseits aber auch das Moment der Selbstkenntnis, das durch die in der Meditation regelmäßig praktizierte Selbstexploration und Introspektion gefördert wird.

Die tägliche Meditationspraxis *„[konfrontiert] mich jeden Tag ganz doll mit mir“* (I 5). Dieses Wissen um die eigene aktuelle Befindlichkeit und die dadurch gewonnene Distanzierung wird als Voraussetzung geschildert, um empathisch auf die Bedürfnisse des Klienten eingehen zu können.

Über die Kenntnis der aktuellen Befindlichkeit hinaus betonen einige der Therapeuten und Therapeutinnen die Bedeutung der durch die Meditationspraxis gewonnenen kumulierten Selbstkenntnis, denn *„Durch die Meditation habe ich erstmal gelernt, meinen Geist kennenzulernen, und dadurch glaube ich, daß ich sehr viel weiß, was so im Geist der anderen vor sich geht“* (I 9). Diese Selbstkenntnis, die den Aussagen der Therapeuten und Therapeutinnen entsprechend gerade auch die Kenntnis der eigenen Grenzen und Schwächen einschließt, führt zu der Erkenntnis, daß *„ich das genauso habe und nicht anders bin als die“*, was wiederum eine empathische Haltung von *„Geduld und Mitgefühl“* (I 10) verstärkt. Für eine Therapeutin ist die stetige Selbstexploration durch die Meditation allerdings mit der Problematik verbunden, daß sie durch den eigenen inneren Prozeß in einem zu großen Ausmaß für die Probleme des Klienten sensibilisiert ist und sich gelegentlich *„wie ein Rohes Ei“* (I 10) fühlt. Andererseits sieht die Therapeutin in der Meditation auch eine Möglichkeit, mit dieser Problematik umzugehen.

Ein Therapeut beschreibt am Beispiel der Psychose, wie die durch die Meditation geförderte Selbstkenntnis das Bedürfnis nach Abgrenzung reduziert und damit die emotio-

nale Schwingungsfähigkeit erhöht. Damit bezieht er sich über die Kenntnis der aktuellen Befindlichkeit und der eigenen Begrenzungen hinaus auf die Kenntnis von „*Erfahrungselemente[n] der Psychose [...] durch spirituelle Erfahrungen oder meditative Erfahrungen*“ (I 1). Durch diese Erfahrungen wird die Notwendigkeit nach Abgrenzung von „*diesem völlig anderen Weltbild, das da rüberkommt*“ (I 1) abgebaut, da der Therapeut mit diesem Weltbild vertraut ist, es in sein Weltbild integriert hat und folglich nicht als bedrohlich wahrnimmt. Damit spricht der Therapeut wohl transpersonale Meditationserfahrungen und das damit verbundene veränderte Wirklichkeitserleben an. Diese Art der Selbstkenntnis verändert darüber hinaus die Sichtweise der Psychose als einer psychischen Störung.

Über die Kompetenz der Empathie hinaus wird durch die Meditation die transpersonale „*Haltung des Mitgefühls*“ (I 7) gefördert. Diese drückt sich zwar in einer empathischen Schwingungsfähigkeit aus, geht aber insofern darüber hinaus, als Mitgefühl im Gegensatz zur Empathie nicht im personalen Bewußtseinsbereich verbleibt, sondern aus der transpersonalen Erfahrung erwächst, daß es keine Grenzen zwischen der eigenen Person und der des anderen gibt. Insofern steht die Haltung des Mitgefühls mit dem Tiefbereich *Transpersonale Qualitäten* in einem Zusammenhang. Diese Haltung „*hat einfach sehr viel mit Liebe zu tun*“ (I 10), denn „*was auch immer ich wahrnehme, bin ich oder der Klient. Also diese Grenze ist nicht mehr so strikt*“ (I 5). Von einigen Therapeutinnen wird besonders die gemeinsame Erfahrung des Leidens als verbindendes Element herausgestellt, die eine Haltung des Mitgefühls entstehen läßt:

„Also in Blitzlichtern spreche ich das an, da sage ich: ‚Ja, das betrifft mich genauso, das betrifft jeden von uns. Da sind wir gleich.‘ Und ich stehe da nicht außerhalb. Auch das ist im Grunde so dieses Eingebundensein.“ (I 4)

An dieser Stelle konfundieren allerdings sehr stark die Meditationspraxis und das transpersonale Menschenbild (vgl. Kap.5.1.4.1, Kap.5.1.5.2 und Kap 5.1.5.3) der Therapeuten und Therapeutinnen, weshalb die Haltung des Mitgefühls nicht eindeutig auf die Meditationspraxis zurückzuführen ist. Inwieweit die mit dem meditativen Tiefbereich *Transpersonale Qualitäten* in Zusammenhang stehende und im transpersonalen Bewußtseinsraum verankerte Haltung des Mitgefühls in Abgrenzung zur im personalen Bewußtseinsbereich verankerten Empathie realisiert wird, geht aus den Aussagen der Therapeuten und Therapeutinnen nicht eindeutig hervor.

Echtheit/Authentizität

Die Authentizität in der therapeutischen Situation wird von den Therapeuten und Therapeutinnen als elementarer Bestandteil der therapeutischen Beziehung begriffen und die Fähigkeit zur Authentizität in einem Zusammenhang zur Meditationspraxis gesehen:

„Und das ist etwas, wo ich ganz fest rein vertraue, was ich über die Meditation sicher auch gelernt habe, daß ich AUTHENTISCH sein kann, wenn ich mit den Leuten bin.“ (I 9)

Die Fähigkeit zur Authentizität wird zum einen deshalb als so wichtig für die therapeutische Beziehung empfunden, weil die Klienten dadurch Vertrauen entwickeln können. Zum anderen fühlen sich die Therapeuten und Therapeutinnen durch diese Fähigkeit in ihrem Beruf sowohl bereichert als auch entlastet, da sie keine Rolle spielen müssen.

Die Therapeuten und Therapeutinnen sehen in der Fähigkeit zur Authentizität nicht nur die im Rahmen der therapeutischen Indikation angemessene Rückmeldung von Erlebnisinhalten, sondern vor allem *„Weniger diese Trennung im Auge zu haben, ICH bin Therapeutin. Natürlich bin ich Therapeutin und stehe da auch zu, übernehme auch meine Verantwortung. Aber nicht diese Trennung oder auch ein Stück Erhöhung“ (I 8)*. Die Meditation unterstützt den Aussagen der Therapeuten und Therapeutinnen gemäß einen Prozeß, der eine zunehmende Lösung aus der Verhaftung in der Therapeutenrolle fördert und auf existentieller Ebene als ein ‚Mensch sein an sich‘ bezeichnet werden kann. Dieser Prozeß kann als eine zunehmende Relativierung von Ich-Identifikationen beschrieben werden. Die therapeutische Rolle kann distanziert und disidentifiziert betrachtet und als Hilfsmittel verwendet werden, ohne durch sie festgelegt zu werden. Dadurch wird in der therapeutischen Beziehung weniger Trennung und mehr Verbundenheit erfahrbar.

Akzeptanz/Wertschätzung

Einige der Therapeuten und Therapeutinnen sehen in ihrer persönlichen Meditationspraxis eine Übung der Selbstannahme. Diese Wirkungsweise der Meditation erscheint für die Therapeutinnen und Therapeuten hinsichtlich der therapeutischen Beziehung insofern relevant, als aus dieser Selbstannahme die Fähigkeit der Akzeptanz und Wertschätzung des Klienten erwächst.

„Also ich könnte sagen, daß durch diese tiefe Annahme, was ja auch was mit Selbstannahme zu tun hat, durch diese tiefe Annahme- also eigentlich könnte ich auch sagen, daß ich die Leute irgendwie liebe.“ (I 5)

Die Wertschätzung des Klienten geht dabei nach der Aussage der Therapeutin über die Akzeptanz und Wertschätzung hinaus zu der transpersonalen Qualität der Liebe.

Neben der Fähigkeit zur Selbstannahme wird die durch die Meditationspraxis geförderte Fähigkeit zu einer von Wertungen befreiten und durch Offenheit gekennzeichneten Wahrnehmung von den Therapeuten und Therapeutinnen als hilfreich für die therapeutische Beziehung wahrgenommen:

„Also kein Bild im Kopf zu haben: Wie ist es richtig? Wie ist der Mensch richtig? Wie muß der sein? Das habe ich , glaube ich, ziemlich hinter mir. Und das finde ich auch erleichternd und ich merke auch, wie ich Menschen gegenüber liebevoller sein kann. Offener. Also ich sage jetzt zu dem offen auch liebevoll, weil es wirklich etwas Liebevolleres hat. Offen ist nicht so ein sachlicher Begriff, sondern ist für mich auch gefüllt mit einer emotionalen Grundhaltung dieser Freundlichkeit.“ (I 3)

Die Haltung der Offenheit ist also eng verbunden mit einer liebevollen Akzeptanz des Klienten, da der Klient nicht mit einem Idealbild verglichen wird, sondern so wahrgenommen und angenommen wird, wie er ist. Diese Haltung wiederum führt zu mehr Offenheit auf der Seite des Klienten, so daß diese Haltung von der zitierten Therapeutin als sehr bereichernd empfunden wird.

Die Wertschätzung des Klienten beschränkt sich allerdings nicht auf das rein Personale, sondern findet auf dem Hintergrund eines Menschenbildes statt, dementsprechend alle Menschen einen transpersonalen ‚göttlichen Kern‘ besitzen, der mit unterschiedlichen Begriffen belegt ist.

„...diese innewohnende Gesundheit oder Buddha-Natur oder wie man es nennen mag, das Göttliche im Menschen. [...] Und vielleicht ist das das mit der Liebe, daß ich diese innewohnende Gesundheit immer wahrnehme.“ (I 9)

Allerdings kann die Formung dieses Menschenbildes nicht in direktem Zusammenhang mit der Meditationspraxis gesehen werden, sondern scheint vornehmlich durch die Auseinandersetzung mit den spirituellen Traditionen bedingt.

5.1.3.2 Auswirkungen der Meditation auf das Vorgehen in der Intervention

Die Auswirkungen der Meditation auf das Vorgehen in der Intervention lassen sich in zwei große Kategorien fassen: Zum einen in die Auswirkungen auf die Wahl der *Interventionstechniken* und zum anderen in die Auswirkungen auf die *therapeutische Grundhaltung* in der Intervention, die unter der Überschrift *Therapeutische Präsenz als Intervention* zusammengefaßt werden kann.

5.1.3.2.1 Interventionstechniken

Es ließen sich unter der Kategorie *Interventionstechniken* zum einen Aussagen der Therapeuten und Therapeutinnen zur Anwendung von ‚herkömmlichen‘ Interventionstechniken mit meditativem Charakter finden, zum anderen Aussagen zur Anwendung der Meditation als therapeutische Intervention. In die Kategorie *Therapeutische Interventionen mit meditativem Charakter* fallen Aussagen der Therapeuten und Therapeutinnen zu Interventionen, die zwar meditative Elemente besitzen, aber nicht der Technik der Meditation im Sinne einer bestimmten Körperhaltung und der Fokussierung auf den Atem entsprechen. In die Kategorie *Meditation als therapeutische Intervention* fallen Aussagen der Therapeuten und Therapeutinnen dazu, inwieweit sie die Klienten zur Meditation anleiten bzw. selbst mit den Klienten meditieren. Diese Aussagen beziehen sich auf die Meditationstechnik, wie sie die Therapeuten und Therapeutinnen selbst praktizieren.

Therapeutische Interventionen mit meditativem Charakter

Aufgrund der Aussagen der Therapeuten und Therapeutinnen ließen sich drei Möglichkeiten finden, wie meditative Elemente in die Intervention integriert werden. Erstens durch therapeutische Methoden, die ohnehin meditativen Charakter besitzen. Zweitens durch die Anwendung einzelner meditativer Übungen mit den Klienten. Und drittens durch die Anwendung herkömmlicher therapeutischer Methoden, die in einem anderen Kontext gesehen werden und dadurch meditativen Charakter erhalten.

Das Meditative dieser therapeutischen Methoden sehen die Therapeuten und Therapeutinnen hauptsächlich in der Fokussierung der Aufmerksamkeit auf intrapsychische Prozesse, wobei das allgemeine Prinzip darin besteht „*das nach innen zu nehmen und zu halten*“ (I 3) bzw. „*nicht [zu] unterdrücken, nicht aus[zu]agieren, damit [zu] sein*“

(I 9). In diesem Prinzip wird für die Klienten eine Möglichkeit gesehen, psychische Konflikte zu lösen und ein Gefühl der Selbstwirksamkeit zu entwickeln.

- Therapeutische Methoden, die ohnehin meditativen Charakter besitzen

Die Anwendung dieser Methoden steht nicht unbedingt in direkter Abhängigkeit zur Meditationspraxis der Therapeuten und Therapeutinnen. Allerdings können die Therapeuten und Therapeutinnen Parallelen zu ihrer Meditationspraxis aufzeigen. Beispielfähig werden hier die Hypnotherapie, verschiedene Formen von Visualisierungen (z.T. auch in spirituellem Kontext), Entspannungsverfahren wie das Autogene Training und Elemente des Focusing genannt.

- Einzelne meditative Übungen in der Intervention

Durch die Einbeziehung von meditativen Übungen in die Intervention werden einzelne Elemente der Meditationspraxis, die alle dem Tiefbereich *Personales Selbst* zuzuordnen sind, in die Intervention einbezogen. Die Therapeuten und Therapeutinnen nutzen diesen meditativen Tiefbereich, da sie in der Schulung der Kompetenzen des Personalen Selbst einen wichtigen Aspekt für die therapeutische Intervention sehen. Darunter fallen die Fokussierung der Aufmerksamkeit auf den gegenwärtigen Moment sowie die Stärkung des personalen Zentrums durch Schulung des Beobachterbewußtseins.

Eine Therapeutin sieht in der Fokussierung der Aufmerksamkeit auf den gegenwärtigen Moment eine Möglichkeit, die Klienten Abstand zu ihren Problemen und Kontakt zu sich selbst gewinnen zu lassen. Sie beschreibt, wie sie dieses Element zu Beginn einer Gruppensitzung nutzt:

„Ich mache auch manchmal sowas, daß sie sich erinnern, wo sie gerade losgegangen sind und zur Gruppe gekommen sind und bis zu dem Moment. Und dann sage ich immer wieder: ‚Und jetzt und jetzt und jetzt in diesem Moment.‘“ (I 8)

Einige Therapeuten und Therapeutinnen nutzen in der Intervention Achtsamkeitsübungen mit dem Ziel, das Beobachterbewußtsein des Klienten und damit das personale Zentrum zu stärken.

„Mit denen mache ich ganz einfache meditative Übungen, immer zu unterscheiden zwischen dem Beobachter und den Gedanken: Ich bin der Beobachter meiner Gedanken. Also dieses Bewußtsein zu schulen.“ (I 1)

Ein Therapeut sieht eine Auswirkung seiner Meditationspraxis darin, daß er die Klienten weniger dazu anleitet, auf die gedanklichen Inhalte zu achten, sondern „*mehr einen inneren Abstand zu den Gedanken, Bildern und Empfindungen zu kriegen*“ (I 7). Durch die Disidentifikation mit Gefühlen und Gedanken sollen die Klienten zum einen lernen, ihre Konzepte von der Wirklichkeit zu differenzieren, „*damit die Gedanken nicht mit der puren Wirklichkeit verwechselt werden*“ (I 1). Desweiteren soll ein Gefühl der psychischen Stabilität entwickelt werden, so daß die Klienten lernen und erleben: „*Das haut mich nicht um*“ (I 4). Außerdem soll durch die Schulung des Beobachterbewußtseins und die Stärkung des personalen Zentrums ein Gefühl der Selbstwirksamkeit entwickelt werden, so daß die Klienten sagen können: „*Ah ja, ich habe ja EINFLUSS auf dieses Problem*“ (I 4).

- Konventionelle therapeutische Methoden ohne meditativen Charakter, die auf dem Hintergrund einer meditativen Ebene gesehen werden und dadurch meditativen Charakter erhalten

Beispielhaft beschreibt ein Therapeut am Beispiel einer Reizkonfrontation bei einer Klientin mit Höhenangst, wie verhaltenstherapeutische Methoden meditativen Charakter erhalten können:

„So sehe ich das aber nicht, so mache ich das nicht, mit Verträgen und Verpflichtungen, sondern ich sehe das als Übung in Achtsamkeit. Daß der Klient die Stufe hoch geht, sich dabei bewußt erfährt, so praktisch wie eine Gehmeditation.“ (I 1)

Durch das Element der Achtsamkeit erhält die Intervention meditativen Charakter.

Meditation als therapeutische Intervention

Zur Anwendung der Meditation als therapeutische Intervention lassen sich zwei verschiedene Positionen finden. Auf der einen Seite stehen die Therapeuten und Therapeutinnen, die ihren Klienten die Empfehlung geben zu meditieren oder Klienten zu einer vom Therapeuten/von der Therapeutin geleiteten Meditationsgruppe einladen. Auf der anderen Seite stehen die Therapeuten und Therapeutinnen, die die Anwendung der Meditation im therapeutischen Kontext grundsätzlich ablehnen.

Die Gründe für die Ablehnung der Meditation im therapeutischen Kontext liegen für die betreffenden Therapeuten und Therapeutinnen vorwiegend in der Bindung der Medita-

tionspraxis an den Buddhismus begründet. Für eine Therapeutin stehen auf der einen Seite „*die Lehre und das Dharma und alles, was mit Meditation zu tun hat*“ und auf der anderen Seite der Auftrag der Klienten, dem in der Therapie oberste Priorität zukommt. Diese beiden Bereiche hat die Therapeutin „*sehr strikt getrennt*“, weil sie die spirituellen Lehren nicht „*vermischen*“ oder „*verwässern*“ (I 5) möchte. An dieser Stelle zeigt sich ein Konfliktpunkt zwischen den Bereichen von Psychotherapie und Spiritualität und den damit verbundenen Paradigmen (vgl. Kap.2.1.3). Eine weitere Therapeutin sieht in der Bindung ihrer Meditationspraxis an den Buddhismus den Grund für die Ablehnung der Meditation im therapeutischen Kontext, da sie „*nicht dogmatisch in eine Richtung gehen*“ (I 9) möchte und die Klienten nicht in ihrer spirituellen Orientierung beeinflussen will.

Eine Trennung dieser Bereiche besteht allerdings auch für die Therapeuten und Therapeutinnen, die mit ihren Klienten meditieren. So legt ein Therapeut beispielsweise besonderen Wert darauf, daß er für die von ihm angebotene Meditationsgruppe im Gegensatz zur Therapie nicht bezahlt werden möchte und damit die Meditation aus dem professionellen Kontext heraushält.

Im Zusammenhang mit der Meditation als Intervention wird von zwei weiteren Gefahrenpunkten berichtet. Zum einen die Meditation mit Klienten, deren Ich-Strukturen nicht stabil sind. Eine Therapeutin berichtet von einer Klientin, die wegen einer Psychose kam und an einer von der Therapeutin angebotenen Meditationsgruppe teilnahm, wodurch sich die psychotischen Symptome massiv verstärkten. Zum anderen wird ein Gefahrenpunkt darin gesehen, daß die Klienten „*das eigentliche Problem, was sie zur Therapie führte, dadurch sozusagen vergessen haben und gar nicht mehr Lust hatten, sich damit zu beschäftigen und dachten, das wird sozusagen alles wegmeditiert, was aber ein Irrtum ist*“ (I 7). Damit spricht der Therapeut die Gefahr des spiritual bypassing (vgl. Kap.2.2.4) an.

5.1.3.2.2 Die therapeutische Grundhaltung

-Therapeutische Präsenz als Intervention

Die Kategorie *Die therapeutische Grundhaltung* nimmt in den Aussagen der Therapeuten und Therapeutinnen einen wesentlich breiteren Raum ein als die Kategorie *Interventionstechniken*. Die Auswirkung der Meditation auf die therapeutische Grundhaltung,

die auch als *therapeutische Präsenz* bezeichnet werden kann, stellt neben den Auswirkungen der Meditationspraxis auf das therapeutische Beziehungsangebot den am meisten herausgestellten und somit bedeutungsvollsten und wichtigsten mit der Meditationspraxis in Zusammenhang stehenden Bereich therapeutischen Handelns dar.

Übereinstimmend berichten die Therapeuten und Therapeutinnen, daß die Meditationserfahrung als eine „*Erweiterung über Techniken hinaus hin zu einer Grundhaltung*“ (I 4) erlebt wird. Die Anwendung von Interventionstechniken wird nicht abgelehnt, sondern als gut und hilfreich erachtet, wenn auch die Bedeutung der Techniken insgesamt in den Hintergrund rückt. Der Effekt der Techniken wird ohne eine meditative Grundhaltung als eine „*nur [...] scheinbare Form von Sicherheit*“ (I 5) bezeichnet, die für die Klienten letztendlich nicht hilfreich ist. Eine einseitige Haltung des *Tuns* wird erweitert um den komplementären (nicht alternativen) Teil des *Seins*. Die Techniken erscheinen den Therapeuten und Therapeutinnen nur dann hilfreich, wenn sie von einer meditativen Grundhaltung getragen werden. Diese meditative Grundhaltung wird als „*das Gerüst oder der Rahmen oder der Boden, auf dem das steht*“ (I 4) bezeichnet, welche die gesamte therapeutische Arbeit durchdringt.

Präsenz/Gegenwärtig-Sein

Wichtig und durch die Meditationspraxis unterstützt ist die grundsätzliche Orientierung am gegenwärtigen Moment, die dazu führt, „*daß ich auch wenig strukturiert arbeite im Sinne von einem Therapieplan und mich daran halte, sondern am Prozeß bleibe und gucke, was jetzt das Bedürfnis ist*“ (I 4). Hier wird die Algorithmische Präsenz (vgl. Kap.2.1.5.2) zugunsten einer Orientierung am gegenwärtigen Moment reduziert.

Entspannung

Der Tiefbereich *Entspannung* wirkt in die Therapie hinein, indem die Meditation hilft, „*Ruhe und Gelassenheit zu bewahren und nicht mit jemandem aus dem Häuschen zu geraten*“ (I 3). Dieser Zustand wird von einer Therapeutin auch als ein „*Geerdet-Sein im Körper*“ (I 2) bezeichnet und in der von ihr gewählten Metapher des Baumes durch die Wurzeln symbolisiert. Die durch die Meditation bedingte Entwicklung einer „*inneren Ruhe*“ (I 6), die in den Aussagen der Therapeuten und Therapeutinnen sowohl einen psychischen als auch einen körperlichen Aspekt enthält, stellt demnach die Basis dar, um ein inneres Gleichgewicht auch in schwierigen Situationen zu behalten bzw. wieder-

zufinden, was sich wiederum positiv auf das innere Gleichgewicht des Klienten auswirkt.

Personales Selbst/Achtsamkeit

Durch die Meditationspraxis sind den Therapeuten und Therapeutinnen die Elemente des meditativen Tiefbereichs *Personales Selbst* verfügbar, die dadurch im Sinne einer meditativen Ebene in den therapeutischen Prozeß hineinwirken.

Besonders betont wird dabei das Element der Achtsamkeit und der verbesserten Wahrnehmungsfähigkeit sowohl für die eigenen inneren Prozesse als auch für die des Klienten. Zwei Therapeutinnen bezeichnen dies als ein „*Verlangsamten*“ (I 5, I 9) dieser Prozesse. Eine Therapeutin berichtet, daß durch ihre eigene Achtsamkeit auch der Klient „*mehr zu diesem Thema von Achtsamkeit gelenkt wird*“ (I 5). Die von den Therapeuten und Therapeutinnen berichtete Verschärfung der Wahrnehmungsfähigkeit wird neben der Meditationspraxis allerdings auch auf die berufliche Praxis zurückgeführt.

Ein weiteres Element ist das der Disidentifikation und der Schulung des Beobachterbewußtseins. Die Therapeuten und Therapeutinnen berichten, durch die Ausbildung dieser Kompetenzen auch für den Klienten eine neue Ebene und Perspektive einzubringen, deren Wert in einer erhöhten Reflexionsfähigkeit, einer psychischen Stabilisierung und dem Gefühl der Selbstwirksamkeit liegt. Eine Therapeutin sieht für sich allerdings die Gefahr, daß das Beobachterbewußtsein in Kontrolle übergeht.

Von besonderem Wert ist für die Therapeuten und Therapeutinnen auch das Element der Selbstannahme. Wie bereits in der Strukturierungsdimension *Die therapeutische Beziehung* deutlich wurde, führt die verstärkte Selbstannahme zur Akzeptanz des Klienten. Diese Akzeptanz und das damit verbundene Verständnis „*hat mit Liebe, liebevollem Annehmen zu tun, aber auch mit Verhaltensänderung*“ (I 9). Durch die Annahme des Klienten lernt dieser, mehr Selbstannahme zu entwickeln, worin sowohl ein Moment der Heilung als auch die Voraussetzung für eine Verhaltensänderung gesehen wird. Diese Annahme bezieht sich nicht nur auf die Persönlichkeit des Klienten, sondern auch auf dessen Problematik.

Eine Therapeutin sieht eine Haltung der Nondirektivität, „*jemanden nicht in eine bestimmte Richtung zu schieben*“ (I 3) und Geduld durch die Meditation gefördert.

Aspekte nondualer Präsenz¹⁵

Von einigen Therapeuten und Therapeutinnen wird die Präsenz des Therapeuten als die eigentliche heilende Kraft in der Therapie beschrieben. Die Therapeuten und Therapeutinnen berichten, daß die Meditation eine Art der Präsenz fördert, die den eigentlichen Heilungsprozeß in einer vertrauensvollen Haltung abgibt (Transpersonales Vertrauen), so daß sich das therapeutische Handeln vom Tun zum *Lassen* verschiebt bzw. um diesen komplementären Teil erweitert wird (vgl. Kap. 2.1.5.2). Der Therapeut/die Therapeutin ist nicht mehr der ‚Macher‘, sondern durch die Präsenz des Therapeuten/der Therapeutin werden lediglich die Bedingungen für den Heilungsprozeß geschaffen. Eine Therapeutin beschreibt diese Haltung folgendermaßen:

„Bei dem [einem Meditationslehrer und Therapeuten, S.L.] habe ich die Erfahrung gemacht, daß das ALLERWIRKSAMSTE war, daß der gar nicht versucht hat, irgendwas zu machen und die irgendwohin zu bringen, sondern nur mit dem zu sein, was ist. Und wenn es die tiefste Verzweiflung ist. Und wenn es die größte Einsamkeit ist, NUR da zu sein. Und zu achten und anzuerkennen, das ist so. Und das fand ich so machtvoll. Und das ist was, was mich sehr geprägt hat und was mir auch eine Stärke und eine Ruhe gibt, mitzugehen. Und das war so lehrreich für mich, das GELEBT zu erleben bei diesem Lehrer, daß mir das ganz viel Sicherheit gegeben hat. Daß ich weiß, ich MUSS da nichts machen. Sondern das Wichtigste ist für diesen Menschen, das wahr zu haben, dabei zu sein und mit auszuhalten. Und dann kommen die von alleine raus. Dann können die weiter gehen. [...] Ja, es hat was Existentielles. Also wirklich einfach mit dem zu sein und nicht technisch und methodisch irgendwas zu machen. Und das NICHT-MACHEN ist das, was im Grunde so wirkt. [...] Nur halten. Und dann kann das Wachsen passieren.“ (I 4)

Das ‚Nur-Da-Sein‘, *„kein bestimmtes Programm zu haben“* (I 3) setzt eine Haltung des Vertrauens voraus, wobei die Meditation diese Art der Präsenz verstärkt, da *„die Meditation so eine Haltung fördert, da Zutrauen zu haben, auch wenn wir nicht wissen, was hinter der nächsten Ecke kommt“* (I 5).

Desweiteren verstärkt die Meditation Elemente dieser Haltung wie die Bereitschaft, sich durch Intuition leiten zu lassen. Eine Therapeutin hält *„dieses Intuitive und auch Verbundensein mit einem höheren Wissen, nicht das menschlich-persönliche Wissen, sondern das Verbundensein mit einem höheren Wissen“* für *„extrem wichtig“* (I 2) in ihrer

¹⁵ Die Bezeichnung *Nonduale Präsenz* soll hier nicht einen nondualen Bewußtseinszustand implizieren, sondern lediglich auf eine Tendenz oder Richtung verweisen.

therapeutischen Arbeit. Dabei sieht sie den ausschließlich personalen Intuitionsbegriff in der Therapie „*sehr begrenzt*“ (I 2). Diese Fähigkeit zur Intuition und die Bereitschaft, intuitiven Einfällen ohne Absicherung zu folgen, sind für eine andere Therapeutin „*Sachen, die durch die Meditation sehr gefördert werden, sowas zuzulassen und auch den Mut zu haben, sich in so eine Ungewißheit zu stürzen ohne Programm*“ (I 3). Sie berichtet, daß sie es noch nie erlebt hat, daß Klienten zu diesen intuitiven Einfällen keine innere Verbindung herstellen konnten.

Die Haltung des Lassens ist somit verbunden mit einer Öffnung der ‚Steuerungszentrale‘ des therapeutischen Prozesses vom rein personalen Ich des Therapeuten (und des Klienten) für transpersonale Bewußtseinsbereiche (auch des Klienten). Einige der Therapeuten und Therapeutinnen benutzen den Begriff *höheres Selbst* oder *Überbewußtsein*, um deutlich zu machen, daß sich der therapeutische Prozeß letztendlich durch etwas über das Personale Hinausgehendes entwickelt, wobei das personale Ich wie eine Art Werkzeug fungiert. Die Durchlässigkeit der Person für diese transpersonalen Bewußtseinsbereiche wird damit als hilfreiche Bedingung für den Heilungsprozeß angesehen.

Einige der Therapeuten und Therapeutinnen berichten, daß die Haltung des Lassens auch ein Aushalten von Ratlosigkeit mit sich bringen kann, wenn es an dem Gefühl innerer Führung mangelt. Statt in solchen Momenten „*irgendwas aus dem Hut [zu] zaubern*“ (I 3), z.B. eine bestimmte Übung, wird auf dem Hintergrund der Meditationserfahrung dieses Nicht-Wissen angenommen, zugegeben und auch ausgelebt, sofern dies für den Heilungsprozeß förderlich erscheint. Dadurch kann in der Therapie eine Situation entstehen, die als „*Raumerfahrung*“ (I 5, I 9) bezeichnet wird. In der stillen Präsenz von Therapeut und Klient „*ist das insgesamt so atmosphärisch, daß was passiert*“ (I 5). Es wird nicht beschrieben, *was* geschieht, sondern lediglich, daß *etwas* geschieht, was dazu führt, daß „*man dann automatisch einen Schritt tiefer gehen muß innerlich*“ (I 5). Dadurch kann der Therapieprozeß neue Impulse auf einer tieferen Ebene erhalten. Das Zulassen dieser Raumerfahrung wird in engem Zusammenhang mit der Meditationspraxis gesehen, denn „*jetzt trainiere ich es ja selber täglich*“ (I 5). Somit wird die Meditation als Raumerfahrung bezeichnet, wobei mit dem Begriff *Raumerfahrung* ein erweiterter Bewußtseinsraum angesprochen ist, in den hinein Heilung geschehen kann.

Eine Therapeutin sieht in diesem „*Schweigen und offenen Raum zulassen*“ allerdings die Gefahr, die Klienten zu überfordern, da diese Form der Konfrontation nicht für alle Klienten hilfreich ist und „*manche das einfach nicht aushalten*“. Für wichtiger als das äußerliche Schweigen hält sie die innere Stille, denn „*ICH kann den Raum natürlich trotzdem in mir entstehen lassen*“ (I 9). Hier ist sicherlich ein hohes Maß an Einfühlungsvermögen seitens des Therapeuten gefordert.

Insgesamt steht die Meditationspraxis mit einem Übergang der Kommunikationsform *Diskurs* zur Kommunikationserfahrung der *Resonanz* (vgl. Kap.2.1.5.2).

5.1.3.3 Auswirkungen der Meditation auf das Vorgehen in der Diagnostik

Definition psychischer Störung

Was als eine psychische Störung zu bezeichnen ist, bestimmt für die Therapeuten und Therapeutinnen in erster Linie das subjektive Gefühl des Klienten und weniger die diagnostischen Kriterien.

Kritik an der ‚Kassendiagnostik‘ und den Umgang damit

Alle Therapeuten sehen die Diagnostik, die sie den Krankenkassen für die Bewilligung einer Therapie vorlegen müssen, eher kritisch. Dies betrifft verschiedene allgemeine Kritikpunkte wie z.B. die ausschließliche Problemorientierung oder die mit den Bezeichnungen der Störungsbilder verbundenen impliziten Abwertungen. Die Therapeuten und Therapeutinnen sehen die Diagnostik für die Krankenkasse als eine Angelegenheit, die sie erledigen müssen, die aber ihre Arbeit nicht wesentlich beeinflusst. Eine Therapeutin berichtet sogar, daß sie die Diagnosen wieder vergißt. Für einige Therapeuten und Therapeutinnen ist die Diagnostik für die Krankenkasse ein „*unliebsames Kind*“ (I 5), mit dem sie sich „*nicht besonders wohl*“ (I 9) fühlen oder das als „*eher hinderlich*“ (I 1) bezeichnet wird. Eine Therapeutin sieht in der Diagnostik die Gefahr, daß sich die Klienten mit der Diagnose identifizieren und sie nicht „*wie ein Konzept wieder loslassen*“ (I 9). Eine Therapeutin bezeichnet diese Art der Diagnostik als „*viel zu simpel und engstirnig*“ (I 3). Einige sehen sich in dem Dilemma, auf der einen Seite die Anträge für die Bewilligung der Therapie schreiben zu müssen, die ihrem Verständnis auch der Wahrheit entsprechen sollten, und auf der anderen Seite diese Art der Diagnos-

tik abzulehnen. Dennoch dient die Diagnostik für die Krankenkasse einigen Therapeuten und Therapeutinnen als eine Groborientierung, die allerdings die Arbeit kaum prägt.

Alternative diagnostische Modelle

Einige Therapeuten haben in transpersonal oder spirituell orientierten Ausbildungen alternative diagnostische Modelle kennengelernt, die sie zum Teil für sich weiterentwickelt haben und in ihre therapeutische Arbeit integrieren. Diese Modelle stellen eher Ergänzungen als Alternativen zur Kassendiagnostik dar und betreffen eine „*völlig andere Ebene*“ (I 5), die dem jeweiligen Menschenbild entspricht. Diese Modelle werden für die eigene therapeutische Arbeit als sehr hilfreich beurteilt.

Generelle Haltung in der Diagnostik

In unmittelbarem Zusammenhang mit der Meditationspraxis können lediglich zwei generelle Haltungen in der Diagnostik gesehen werden.

Zum einen steht die Meditationspraxis mit einer Haltung bei der diagnostischen Beurteilung in Zusammenhang, die diagnostische Konzepte in den Hintergrund rücken läßt, sich weitgehend davon löst und durch eine offene Wahrnehmung „*fern von jedem Krankheitsbegriff*“ (I 6) und der damit verbundenen negativen Bewertung geprägt ist. Diese Loslösung wird als eine Befreiung sowohl für den Therapeuten/die Therapeutin als auch für die Klienten empfunden. Eine Therapeutin sieht durch ihre Meditationspraxis die Fähigkeit gefördert „*so richtig einfach MENSCHLICH auf Menschen zu gucken und FREUNDLICH, ganz freundlich menschlich auf Menschen zu gucken*“ (I 6).

Zum anderen unterstützt die Meditation auch bezüglich der Diagnostik eine Orientierung am gegenwärtigen Moment. Statt der Gesamtdiagnose steht die Prozessdiagnostik im Vordergrund, d.h. „*wo JETZT die Hürde ist, wo jetzt das Hindernis ist, was jetzt passiert in der Beziehung*“ (I 4).

Es bestehen eine Reihe weiterer Aspekte zur Haltung in der Diagnostik, die nicht in direktem Zusammenhang zur Meditationspraxis stehen, sondern sekundär über das Menschenbild vermittelt sind.

Besonders wichtig ist einer Therapeutin der Respekt vor einem Störungsbild, allerdings wird dieser Aspekt nicht in unmittelbarem Bezug zur Meditationspraxis genannt. Ihre

Wertschätzung dafür drückt sie aus, indem sie „*immer nach dem Sinn*“ fragt und guckt, „*wofür ist das eigentlich da?*“ (I 10). Allerdings ist hier keine transpersonale Sinnperspektive angesprochen, sondern eher die motivationale Perspektive sensu Grawe (1999) (vgl. Kap.2.1.5.1).

Insgesamt lenken die Therapeuten und Therapeutinnen ihre Aufmerksamkeit vorwiegend auf die Ressourcen des Klienten. Es werden sowohl personale als auch transpersonale Ressourcen angesprochen. Die transpersonalen Ressourcen beziehen sich auf die heilenden Wirkungsweisen des Überbewußtseins. Die Therapeuten und Therapeutinnen bemühen sich, immer auch den „*gesunden Teil*“ (I 5) und das transformative Potential einer Störung zu sehen. Sie beziehen also die Sinnperspektive (vgl. Kap.2.1.5.2) insofern ein, als eine Störung sowohl als verstelltes Wachstum in Richtung der Verwirklichung der nondualen Wesenserfahrung verstanden wird („*Transformationsstau*“ (I 1)) und gleichzeitig auch als Chance, dieser näher zu kommen.

5.1.3.4 Auswirkungen der Meditation auf die Formulierung der Therapieziele

Ähnlich wie im Bereich der Diagnostik scheint die Formulierung der Therapieziele eher durch das allgemeine Menschenbild der Therapeuten und Therapeutinnen bestimmt zu sein als durch die Meditationserfahrung. In unmittelbarem Zusammenhang mit der Meditationspraxis können lediglich einige Aspekte gesehen werden, die wiederum nicht die konkreten Ziele als solche betreffen, sondern die generelle Haltung bei der Formulierung der Therapieziele.

Generelle Haltung bei der Formulierung der Therapieziele

Eine Therapeutin sieht durch die Meditationspraxis deutlicher, daß es bei der Formulierung der Therapieziele um „*eine Methode von GANZ kleinen Schritten*“ (I 5) geht. Sie sagt, daß sie früher „*schneller auf irgend so einen Leistungsdruck eingestiegen*“ (I 5) ist. Darüberhinaus macht ihr ihre Meditationspraxis deutlich, daß es bei den Therapiezielen häufig gar nicht um das geht, was für den Klienten zunächst offensichtlich im Vordergrund steht, so daß sie es für wichtig hält, die vom Klienten angebotenen Therapieziele mit ihm gemeinsam zu hinterfragen.

Von mehreren Therapeuten und Therapeutinnen wird der Punkt genannt, daß die Meditationspraxis eine Haltung fördert, „*erstmal hinzunehmen*“ statt „*das sofort wegzuma-*

chen“, da es „auch nicht das Ziel [ist], das sofort wegzukriegen“, sondern „es vielleicht nur erstmal sein zu lassen und zu gucken: wo führt mich das eigentlich hin, wenn ich es zulasse?“ (I 3). Die Orientierung an zu Beginn der Therapie festgelegten Therapiezielen rückt zunächst in den Hintergrund zugunsten einer vertieften Exploration des Problems. Dabei stehen allgemeine Ziele im Vordergrund wie die Wertschätzung des Problems durch den Klienten. Diese Phase wird als Voraussetzung für die Beseitigung der Symptomatik beschrieben, die unabhängig vom Erfolg der Behandlung hinsichtlich der Beseitigung der Symptomatik für die Therapeuten und Therapeutinnen einen eigenen Wert besitzt. In gewisser Parallelität zur paradoxen Beschaffenheit des meditativen Weges und dem Konzept der Lösung zweiter Ordnung (vgl. Kap.2.2.3.3) wird die Loslösung von festgelegten Zielen zu einer Methode, diese zu erreichen.

Zusammenfassend führt Meditation hinsichtlich der Therapieziele zu einer Haltung, die den Aspekt der Veränderung erweitert um den komplementären Teil des Lassens, des Annehmens und der Wandlung.

Konkrete Therapieziele

Es kann zwar kein eindeutiger Zusammenhang zwischen der Meditationspraxis und der Formulierung der konkreten Therapieziele an den Aussagen der Therapeuten festgemacht werden, dennoch besteht ein über das Menschenbild vermittelter Einfluß.

Insgesamt läßt sich von *zwei Ebenen* hinsichtlich der Formulierung der Therapieziele sprechen. Die erste Ebene betrifft die Ziele, wie sie durch den Auftrag der Klienten und der Krankenkassen vorgegeben werden und betrifft vorwiegend Aufgaben einer personal orientierten Psychotherapie wie z.B. die Adaptation (Belschner 2002b, 2002c). Dieser Auftrag wird „sehr ernst“ (I 2) genommen und hat für die Therapeuten und Therapeutinnen oberste Priorität. Die zweite Ebene betrifft das transpersonale Menschenbild der Therapeuten und Therapeutinnen (vgl. Kap.5.1.4.1), das die Therapeuten und Therapeutinnen in sich tragen und mit dem allgemeine Zielvorstellungen verknüpft sind, was wiederum in den therapeutischen Prozeß hineinwirkt. Als solche Zielvorstellungen werden genannt: personales und transpersonales Wachstum, der Kontakt zum höheren Selbst/zum Überbewußten, die Entwicklung transpersonaler Qualitäten oder das Loslassen von Ich-Identifikationen. Diese Ziele sprengen den Rahmen konventioneller Psychotherapie. Die mit dem Menschenbild verbundenen Zielvorstellungen können wieder

dahingehend interpretiert werden, daß die Therapeuten und Therapeutinnen die Aufgabe einer Therapie im transpersonalen Sinne darin sehen, die Distanz zur Wesenserfahrung zu verringern.

5.1.3.5 Übersicht: Meditative Bewußtseinszustände in der Therapie

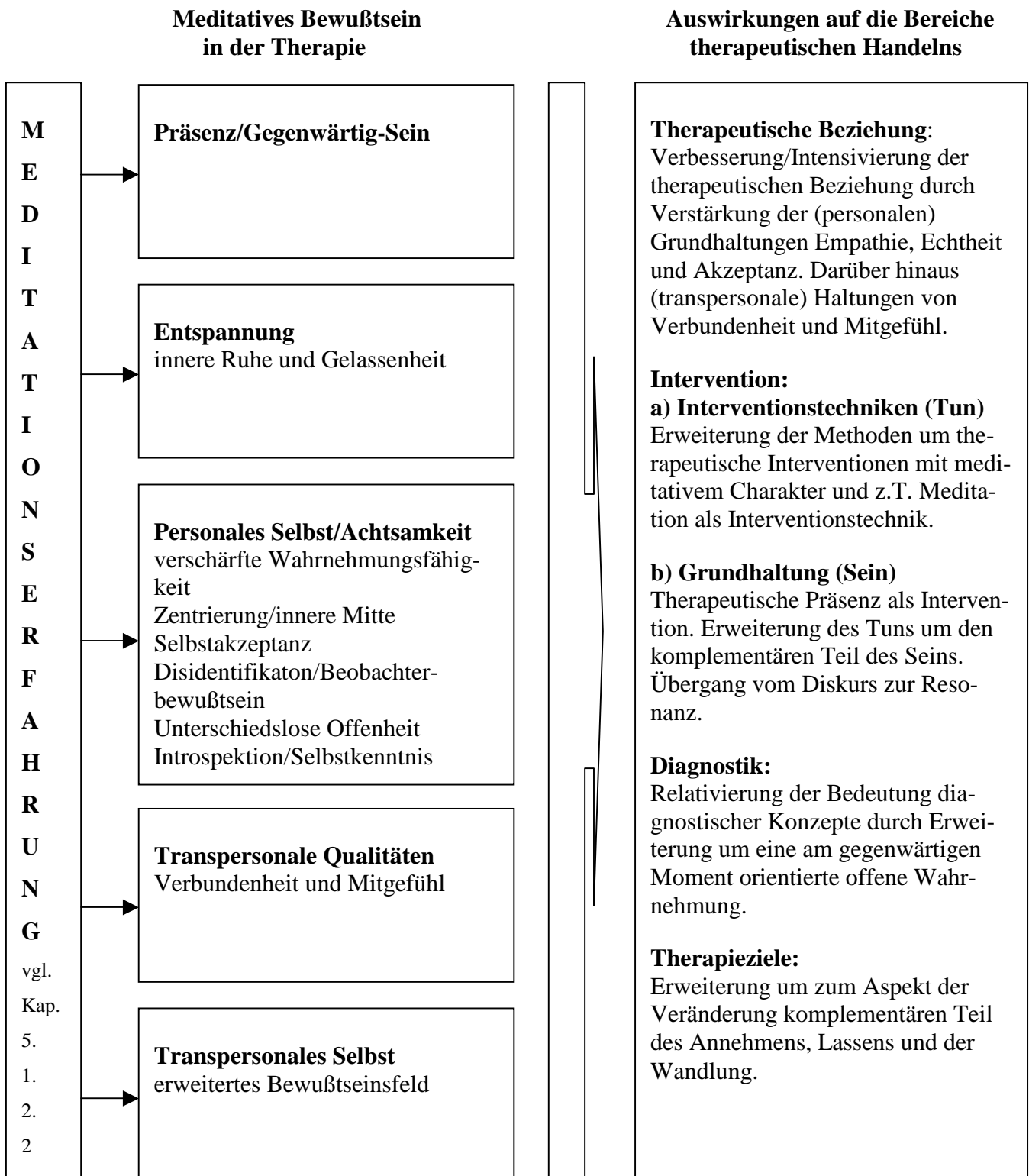


Abb. 12: Meditative Bewußtseinszustände in der Therapie und ihre Auswirkungen auf die Bereiche therapeutischen Handelns

Um einen Überblick über die bisherigen Ergebnisse herzustellen, werden an dieser Stelle die für die psychotherapeutische Praxis relevanten meditativen Tiefebereiche mit ihren Qualitäten und deren Auswirkungen auf die einzelnen Bereiche therapeutischen Handelns in Abb.12 schematisch dargestellt. Die zusätzliche Kategorie *Präsenz* ergab sich im Forschungsprozeß. Sie umfaßt eine übergeordnete Wirkung der Meditationspraxis, während die Tiefebereiche jeweils spezifische Aspekte der Präsenz beinhalten. Hier sind nicht wie in Kap.5.1.2.2 die Meditationserfahrungen während der Übung aufgeführt, sondern es wird der Zusammenhang zwischen meditativen Bewußtseinszuständen in der Therapie und den Bereichen therapeutischen Handelns dargestellt.

Wie im bisherigen Text deutlich geworden ist und im einzelnen erläutert wurde, stellt sich der Wirkzusammenhang so dar, daß durch die Meditationspraxis die meditativen Tiefebereiche als Tiefebereiche des Bewußtseins während der Therapie verfügbar sind und sich auf diese Weise auf die Bereiche therapeutischen Handelns auswirken.

5.1.4 Die transpersonale Perspektive in der Psychotherapie

In dieser übergeordneten Kategorie geht es um die Aussagen der Therapeuten und Therapeutinnen zum Thema *Spiritualität in der Psychotherapie*. Insgesamt ist der Einfluß nicht direkt auszumachen, sondern steht in Wechselbeziehung zu anderen Faktoren, wie sie in Kap.5.1.5 deutlich gemacht werden.

Die konventionelle Psychotherapie wird von keinem Therapeuten/keiner Therapeutin für falsch gehalten, wohl aber in ihrem Menschenbild als verkürzt bezeichnet, da sie bedeutsame Bereiche des menschlichen Bewußtseins (v.a. den Bereich des Überbewußtseins) ignoriert. Der spirituelle Bereich ist für die Therapeuten und Therapeutinnen etwas, „*was über die Therapieschulen hinaus, ein ganzes Stück hinausgeht*“ (I 4). Ihre persönliche spirituelle Suche macht für diese Therapeutin „*die Therapie als Technik überhaupt erst lebendig*“ denn „*damit, daß ich selber bis an eine solche Grenze gehen kann, kann ich meine Grenzen therapeutisch erweitern*“ (I 4).

5.1.4.1 Das Menschenbild der Therapeuten und Therapeutinnen

Allen Therapeuten und Therapeutinnen ist gemeinsam, daß sie eine spirituelle Dimension in ihr Menschenbild integrieren:

„Dann ist für mich in der Therapie immerzu als Weltbild zu haben, daß wir auch spirituelle Wesen sind. Also auch die Ausrichtung zu etwas Göttlichem oder auch zu anderen Bereichen ist mir auch ganz wichtig.“ (I 2)

Dieses Menschenbild entspricht in seinen Kernpunkten der spirituellen Essenz der spirituellen Weisheitstraditionen. Einige Aspekte daraus werden genannt.

Im Mittelpunkt steht die Auffassung und das Lebensgefühl, in „über das Individuum hinausgehende Gesamtzusammenhänge“ eingebettet zu sein, was eine Therapeutin metaphorisch ausdrückt:

„Also daß wir irgendwie wie so ein Ozean zwar einzelne Wellen sind, du bist eine Welle, ich bin eine Welle, aber irgendwie ist es ein Wasser. Und dann gehen wir unter und dann ist wieder alles eins. [...] Alle sind verbunden.“ (I 9)

Ein weiterer zentraler Punkt im Menschenbild der Therapeuten und Therapeutinnen besteht in der Annahme eines Transpersonalen Selbst (d.h. der nondualen Wesensnatur des Menschen). Um dieses zu bezeichnen, werden verschiedene Begriffe verwendet wie z.B. Buddha-Natur, Christus-Natur, das Göttliche im Menschen oder Innewohnende Gesundheit.

Das spirituelle Menschenbild dient den Therapeuten als sinngebender Hintergrund oder Untergrund in ihrer therapeutischen Arbeit. Das Menschenbild hat nicht nur einen direkten Einfluß auf das professionelle Selbstverständnis, sondern auch einen indirekten, denn „das kann man nicht trennen“ (I 10). Auf die Interaktion von Menschenbild und Meditationspraxis wird in Kap.5.1.5 näher eingegangen.

Insgesamt wurden Aspekte des Menschenbildes nur angerissen.

5.1.4.2 Thematische Berührungspunkte

In der Therapie tauchen Themen und Problematiken auf, bei denen es die Therapeuten und Therapeutinnen für notwendig halten, „die Grenzen der Psychotherapie [zu] erweitern“ (I 2). Eine Therapeutin stellt diese Grenzerweiterung als ihre spirituelle Verantwortung als Psychotherapeutin dar, denn „die muß man anbieten, sonst (Pause) vertrocknen die Leute“ (I 2). Die Notwendigkeit zur Grenzerweiterung drängt sich in Bereichen auf, in denen das Alltagsverständnis nicht ausreicht. Folgende Bereiche werden von den Therapeuten und Therapeutinnen genannt:

- psychisches Leiden (z.B. Ängste, Depressionen, Einsamkeit)
- schweres physisches Leiden
- Konfrontation mit dem Tod/Todesangst
- außergewöhnliche Erfahrungen (z.B. Außerkörpererfahrungen bei Operationen)
- spirituelle Sinnkrisen (Ein Therapeut berichtet z.B. von einer Frau, die massive Ängste entwickelt, weil sie nicht begreift, wie Gott den Zustand der Welt zulassen kann.)

Die Erweiterung der Grenzen der Psychotherapie geschieht vorwiegend durch die persönliche Auseinandersetzung der Therapeuten und Therapeutinnen mit diesen Bereichen, was sie dazu befähigt, die Klienten zu begleiten und einen spirituellen Bezugsrahmen herzustellen. Im Zusammenhang mit außergewöhnlichen Erfahrungen besteht ein erster Schritt darin, einen normalisierenden Bezugsrahmen (Belschner 2002 b) bieten zu können, anstatt diese Erfahrungen zu pathologisieren. Einige Therapeuten und Therapeutinnen berichten von meditativen Übungen, die Bereiche des Überbewußtseins des Klienten aktivieren (vgl. Kap.5.1.3.2.1) und auf diese Weise dem Klienten einen spirituellen Erfahrungshorizont ermöglichen.

5.1.4.3 Gefahren von Spiritualität in der Psychotherapie

Als ein Gefahrenpunkt von Spiritualität in der Psychotherapie wird die mögliche Beeinflussung des Klienten in seiner spirituellen Orientierung durch den Therapeuten/die Therapeutin genannt. Die Therapeuten und Therapeutinnen sind sich darin einig, daß es wichtig ist, „*dem Klienten wirklich die totale Freiheit [zu] lassen, sich seinen Glauben selbst zu wählen und überhaupt seine spirituelle Orientierung selbst zu finden*“ und „*keine missionarischen Tendenzen in die Therapie reinzubringen*“ (I 1).

Es wird allerdings die Gefahr gesehen, daß durch die Identifikation mit einer bestimmten Religion oder spirituellen Orientierung auch unbewußt und subtil eine Beeinflussung geschehen könnte. Diese Gefahr ist den Therapeuten und Therapeutinnen allerdings durchaus bewußt, weshalb die Disidentifikation mit der eigenen spirituellen Orientierung als Therapeut für unabdingbar gehalten wird, um auf die spirituellen Bedürfnisse des Klienten eingehen zu können. Explizit beziehen die Therapeuten und Thera-

peutinnen einen spirituellen Kontext im Sinne eines Angebotes nur dann ein, wenn sie ein spirituelles Bedürfnis beim Klienten spüren. Dennoch *„hat man als Therapeut eine Lebenseinstellung und die trägt und die macht sich ja auch deutlich, natürlich kommt das bei den Leuten an“* (I 9).

5.1.4.4 Möglichkeiten der Integration spiritueller Anliegen in die Psychotherapie

Wie bereits erwähnt, werden Psychotherapie und Spiritualität nicht als Alternativen behandelt, sondern es wird davon ausgegangen, *„daß es sich gegenseitig befruchtet“* (I 1).

Zwei der Therapeuten und Therapeutinnen geben an, das Spannungsfeld zwischen Psychotherapie und Spiritualität als Herausforderung zu nutzen, die eigene therapeutische Vorgehensweise zu hinterfragen und weiterzuentwickeln. Dabei fungieren die scheinbaren und tatsächlichen Widersprüche zwischen den Bereichen von Psychotherapie und Spiritualität als Katalysatoren für diesen Prozeß.

An den Aussagen der Therapeuten und Therapeutinnen ließ sich nicht eindeutig festmachen, auf welche Weise die beiden Bereiche integriert werden. Dennoch ließen sich einige Anhaltspunkte für folgende mögliche Muster oder einzelne Elemente daraus finden:

- Spiritualität und Psychotherapie werden als Einheit eines Weges gesehen und vollständig integriert.
- Spiritualität und Psychotherapie werden relativ strikt getrennt.
- Spiritualität wird dann (und nur dann) in die Therapie einbezogen, wenn die Grenzen der Psychotherapie den Bedürfnissen des Klienten entsprechend erweitert werden müssen.
- Der Umgang mit dem Spannungsfeld von Psychotherapie und Spiritualität ist weitgehend ungeklärt, nicht ausreichend differenziert und/oder im Prozeß.
- Einzelne Aspekte der Bereiche von Psychotherapie und Spiritualität werden einander gegenübergestellt und als Alternativen gehandhabt.

- Spiritualität wirkt im Sinne einer transpersonalen therapeutischen Grundhaltung in die Therapie hinein.

Der letzte Punkt trifft auf alle Therapeuten und Therapeutinnen in unterschiedlichem Ausmaß zu und hängt - wie gezeigt wurde - eng mit der Meditationspraxis zusammen. Auch wenn die Therapie operationalisierbaren Faktoren einer rein personal orientierten Therapie entspricht, durchdringt die transpersonale Grundhaltung quasi unthematisch den therapeutischen Prozeß. Im Vordergrund dieses Prozesses stehen der Auftrag des Klienten und der Krankenkassen, dem aber im Sinne einer spirituellen Ebene auf einem spirituellen Hintergrund oder Untergrund nachgekommen wird. Diese implizite Haltung ist allen Therapeuten und Therapeutinnen gemeinsam. Unterschiede jedoch bestehen hinsichtlich der expliziten Bedeutung spiritueller Faktoren in der Therapie.

5.1.4.5 Die Konstruktion des Behandlungsmodells

Der Abschnitt *Die Konstruktion des Behandlungsmodells* bildete keine eigene Strukturierungsdimension, sondern soll in Form eines Überblicks die bisherigen Ergebnisse verstärkt in den bereits dargestellten theoretischen Bezugsrahmen (Kap. 2) einbetten. Das in Kap.2.1.5.2 vorgestellte erweiterte Modell der Allgemeinen Psychotherapie dient dabei als Grundlage.

Therapeutische Präsenz

Die *Algorithmische Präsenz* kann in den Aussagen der Therapeuten und Therapeutinnen kaum nachgewiesen werden. An einigen Aussagen wird deutlich, daß die Meditationspraxis die algorithmische Präsenz (z.B. Vorgehen nach einem Therapieplan) und das damit verbundene Beziehungsangebot *Diskurs* vermindert zugunsten von Aspekten nondualer Präsenz und eines Beziehungsangebotes, das als *Resonanz* bezeichnet wird.

Die *Empathische Präsenz* wird den Aussagen der Therapeuten und Therapeutinnen entsprechend durch die Meditation deutlich gefördert.

Es gibt einige Anzeichen dafür, daß der Modus *Nonduale Präsenz* mit einer Öffnung zum transpersonalen Bewußtseinsraum durch die Meditation gefördert wird. Allerdings ist dieser Zusammenhang weniger eindeutig und offensichtlich als erwartet. Kein Therapeut/keine Therapeutin beschreibt sich mit der Metapher ‚Werkzeug‘ oder benutzt den Begriff ‚Höhere Wirklichkeit/Ordnung‘.

Insgesamt läßt sich die therapeutische Präsenz aus den Aussagen der Therapeuten und Therapeutinnen heraus eindeutig dem Cluster *Empathische Resonanz* zuordnen.

Auf den Zusammenhang der Meditationspraxis mit den Qualitäten der Präsenz wird im quantitativen Teil weiterführend eingegangen.

Bewertungsdimension

Viele der Therapeuten und Therapeutinnen betonen stark die *Ressourcenperspektive*. Einige der Therapeuten und Therapeutinnen beziehen über die personalen Ressourcen des Klienten hinaus transpersonale Ressourcen ein, die z.B. als Aspekte des Überbewußtseins bezeichnet werden. Diese erweiterten Sichtweisen entstammen allerdings weniger der Meditationspraxis, als vielmehr dem theoretischen Kontext der Meditation oder den transpersonalen/spirituellen Therapierichtungen.

Die *Problemperspektive* eines Störungsbildes in Form einer Analyse der Problematik nehmen die Therapeuten und Therapeutinnen ein, betonen aber über eine Analyse des Problems hinaus die Bedeutung des Annehmens, Wertschätzens und Seins mit der Problematik. Somit wird die Problemperspektive nicht nur auf der Ebene des Diskurses, sondern auch auf der Ebene unmittelbaren Erlebens eingenommen. Diese Haltung entspricht der in der Meditation praktizierten.

Das *Transpersonale Vertrauen* beziehen die Therapeuten und Therapeutinnen insofern in ihre Sicht der Psychotherapie mit ein, als der Steuerungsprozeß des Therapiegeschehens an etwas über das personale Ich des Therapeuten/der Therapeutin Hinausweisendes abgegeben wird, wenn dies auch nicht explizit als etwas ‚Höheres‘ bezeichnet wird. Der damit verbundene Aspekt des *Lassens* wird nicht alternativ, sondern komplementär zum Aspekt des Tuns verstanden.

Systemdimension

Die *Intrapersonale Perspektive* sowie die *Interpersonale Perspektive* werden eingenommen. Dabei berichten die Therapeuten und Therapeutinnen von einer durch die Meditation verschärften Wahrnehmungsfähigkeit hinsichtlich der psychischen Prozesse des Klienten (*Intrapersonale Perspektive*), aber auch der eigenen inneren Prozesse. In Bezug auf die *Interpersonale Perspektive* (therapeutische Beziehung) wird von verschiedenen Verbesserungen und Kompetenzzuwächsen berichtet.

Eine *Höhere Wirklichkeit* wird insofern einbezogen, als die Therapeuten und Therapeutinnen sich in ihrem Menschenbild in einen über ihre Person hinausgehenden Sinnzusammenhang eingebettet fühlen. Dies bezieht sich vorwiegend auf weltanschauliche Überlegungen, bei einigen Therapeuten und Therapeutinnen aber auch zusätzlich auf transpersonale Meditationserfahrungen. Der Begriff ‚Höhere Wirklichkeit/Ordnung‘ allerdings wird von den Therapeutinnen und Therapeuten nicht explizit verwendet.

Kommunikationsdimension

Die *Nonverbale Kommunikation* und die *Inhaltliche Kommunikation* werden berücksichtigt. Hier bewirkt die Meditationspraxis eindeutig eine Verschärfung der Wahrnehmungsfähigkeit, wie alle Therapeuten und Therapeutinnen berichten.

An einigen Stellen finden sich Hinweise auf eine *energetische Kommunikationsform*. Dies betrifft z.B. die von einer Therapeutin beschriebene Raumerfahrung. Zwei Therapeutinnen sehen ihre Wahrnehmungsfähigkeit durch die Meditation gesteigert bis hin zum energetischen Fühlen. Es finden sich Hinweise auf den Glauben an energetische Kommunikationsformen, die aber nicht das unmittelbare Erleben betreffen und auch nicht in Zusammenhang mit der Meditationspraxis stehen.

Bedeutungsdimension

Sowohl die *Motivationale Perspektive*, z.B. die Bedeutung eines Symptoms für die Bedürfnisse und Ziele des Klienten, als auch die *Potentiale Perspektive* werden von den Therapeutinnen und Therapeuten eingenommen und für bedeutsam in ihrer therapeutischen Praxis erachtet.

Die *Sinnperspektive*, die Frage danach, wozu ein Symptom gut ist, wird von einigen Therapeuten und Therapeutinnen berücksichtigt, was z.T. auch in einem Zusammenhang mit der Meditationserfahrung (z.B. die Erfahrung, daß Störungen weiterführen) steht. Allerdings betrifft dies nicht eindeutig einen transpersonalen Sinn, auch wenn auf dem Hintergrund des Menschenbildes angenommen werden kann, daß dieser einer solchen Haltung zugrunde liegt.

Veränderungsdimension

Die *Zustandsperspektive* wird auf eine Art und Weise eingenommen, bei der im Vordergrund zunächst das Wahrnehmen und Akzeptieren dieses Zustandes steht.

Die *Veränderungsperspektive* wird von keinem Therapeuten/keiner Therapeutin abgelehnt, sondern kann sogar in Abhängigkeit vom Wunsch des Klienten oberste Priorität besitzen.

Die *Veränderungsperspektive* wird erweitert um die Möglichkeit zur *Wandlung*, so daß Tun und Sein in einer Balance zueinander stehen. Dabei werden Aspekte wie die Präsenz des Therapeuten/der Therapeutin, Transpersonales Vertrauen/Lassen oder die Annahme des Seinszustandes als Haltungen oder Bedingungen beschrieben, die Wandlung ermöglichen, was z.T. der Meditationserfahrung der Therapeuten und Therapeutinnen entspricht.

Weiterer Aspekt: Meditativer Untergrund/Seinsebene

Der meditative Untergrund meint die Verankerung des therapeutischen Handelns in der Seinsebene, die die gesamte therapeutische Arbeit durchdringt und trägt. Die Erweiterung therapeutischen Handelns (Tun) durch das Sein kann zwar als sehr allgemeine, aber dennoch eindeutige und bedeutsame Auswirkung der Meditationspraxis auf das professionelle Selbstverständnis der Therapeuten und Therapeutinnen ausgemacht werden.

Es läßt sich festhalten, daß die Therapeuten und Therapeutinnen kein Alternativmodell konstruieren, sondern ein die personale und die transpersonale Dimension integrierendes Therapiemodell bejahen.

Abb.13 zeigt das auf der Grundlage der empirischen Daten modifizierte und erweiterte Modell der Allgemeinen Psychotherapie.

Therapeutische Präsenz		
Algorithmische Präsenz	Empathische Präsenz	Nonduale Präsenz
Bewertungsdimension		
Ressourcenperspektive	Problemperspektive	Transpersonales Vertrauen
Systemdimension		
Intrapersonale Perspektive	Interpersonale Perspektive	Höhere Wirklichkeit
Kommunikationsmodus		
Nonverbale Kommunikation	Inhaltliche Kommunikation	Energetische Kommunikation
Bedeutungsdimension		
Motivationale Perspektive	Potentiale Perspektive	Sinnperspektive
Veränderungsdimension		
Zustandsperspektive	Veränderungsperspektive	Wandlung/Los-Lassen

MEDITATIVE SEINSEBENE

Abb.13: Erweitertes Modell der Allgemeinen Psychotherapie

5.1.5 Die Entwicklung des professionellen Selbstverständnisses

Die übergeordnete Strukturierungsdimension *Die Entwicklung des professionellen Selbstverständnisses* dient dazu, die Meditationspraxis im Kontext professioneller Entwicklung zu sehen, Wechselwirkungen zwischen verschiedenen Einflußfaktoren herauszuarbeiten und den Einfluß der Meditationspraxis abzuschätzen.

5.1.5.1 Die Entwicklungslinie

Aus den Darstellungen der Therapeuten und Therapeutinnen ihrer professionellen Entwicklung ließen sich mehrere ‚Kernthemen‘ herausfiltern.

Professionelle Entwicklung als Integration/Synthese

Ein Therapeut (I 1) beschreibt seine Entwicklung als eine zunehmende *Integration* und *Synthese* von zwei Persönlichkeitsanteilen, die er als *Mystiker* und *Rationalist* oder *Wissenschaftler* bezeichnet und die in einem ambivalenten Konflikt stehen. Er beschreibt diese Persönlichkeitsanteile folgendermaßen:

„Also daß ich da auch diese andere Seite in mir hatte, die das Rationale auch sehr verachtet hat. Also ich kann jetzt sagen, daß ich diese beiden Teilpersönlichkeiten nebeneinander hatte, die auch nicht so super hundertprozentig integriert waren, eigentlich überhaupt nicht (Therapeut lacht, Interviewerin lacht). So der eine Teil, der das Rationale wirklich abgewertet hat, in dem Sinne: am besten wäre es, ohne Ratio zu leben. So extrem gesagt, den Verstand ausschalten. Ja, es war ein ambivalenter Konflikt. Der komplementäre Teil war dann der Rationalist, der den eher negierenden Mystiker, das war eine Verzerrung von einem Mystiker, der sich gegen diesen Mystiker gewandt hat und gesagt hat: „Also das einzige, was wir jetzt wirklich anerkennen können, mit dem wir arbeiten können, ist das, was operationalisierbar ist, was empirisch beweisbar ist, als Möglichkeit. Und das ist, womit wir jetzt arbeiten können, um auf dem Boden der Tatsachen zu bleiben.“ (I 1)

Der Therapeut sieht seine Entwicklung als eine stetig fortschreitende Integration dieser Persönlichkeitsanteile, eine Verbindung von Wissenschaft und Mystik/ Spiritualität.

Eine Therapeutin sieht ihre Entwicklung als eine wachsende Integration der Qualitäten von Klarheit und Wärme, was als Synthese männlicher und weiblicher Qualitäten interpretiert werden kann.

Synthese wird von einer Therapeutin auch dahingehend verstanden, daß die therapeutische Identität zunehmend weniger von der persönlichen Identität abgetrennt wird und verschiedene Lebensbereiche mehr verbunden werden, so daß weniger einzelne voneinander abgetrennte Identitäten existieren.

Professionelle Entwicklung als Öffnung/Erweiterung

Eine Therapeutin beschreibt ihre Entwicklung als eine *Erweiterung* ihres ausschließlich rationalen Weltbildes hin zu einem spirituellen Weltbild. Zu Beginn ihrer beruflichen Entwicklung sei sie stark durch ihr rationales Weltbild geprägt und Spiritualität sei von ihr als „*Dummtüch*“ (I 3) bezeichnet worden. Auf der anderen Seite habe sie aber geahnt, daß es „*vielleicht doch irgendwelche Ebenen gibt, die uns verbinden, die wir so mit diesem traditionellen Bild nicht erklären können*“ (I 3). Aufgrund eines Bruchs in ihrer Karriere und einer dadurch ausgelösten Krise sieht sie sich veranlaßt, diese „*verschiedenen Stränge*“, die bis dahin „*richtig schön säuberlich getrennt*“ waren „*mehr zusammen[zusammen]bringen*“ (I 3). Diesen Prozeß (der auch eine Form der Integration ist) stellt sie als eine Öffnung für den spirituellen Bereich dar. Die Therapeutin empfand das so, „*als wenn eine Tür aufgeht*“ (I 3).

Eine weitere Therapeutin sieht ihre Entwicklung als Öffnung für den spirituellen Bereich. Allerdings sieht sie diese Öffnung eher als kontinuierlichen Prozeß und nicht durch ein bestimmtes Ereignis ausgelöst.

Professionelle Entwicklung als Individuation

Die meisten der Therapeuten und Therapeutinnen beschreiben ihre berufliche Entwicklung als eine zunehmende Loslösung von Theorien und Techniken einer bestimmten Therapieschule hin „*zu einem eigenen Stil*“ (I 7). Dies geschieht durch Selektion einzelner Elemente verschiedener Therapieschulen, deren Integration in den eigenen Arbeitsstil sowie die Formung des Menschenbildes aufgrund verschiedener Einflußfaktoren.

Professionelle Entwicklung als Vertiefung/Verfeinerung

Die Entwicklung hin zu einem eigenen Stil wird als eine Vertiefung oder Verfeinerung der therapeutischen Arbeit beschrieben.

Professionelle Entwicklung als Bewußtwerdung

Eine Therapeutin sieht ihre Entwicklung als einen Prozeß, bei dem in ihrer Seele angelegt Potentiale mehr und mehr an die Oberfläche kommen, insbesondere die spirituelle Sehnsucht.

Professionelle Entwicklung als Erkenntnisgewinn

Eine Therapeutin sieht ihre Entwicklung als einen Prozeß hin zu mehr Klarheit und Erkenntnis.

Professionelle Entwicklung als Relativierung der Ich-Identifikationen

Eine Therapeutin beschreibt ihre professionelle Entwicklung so, „daß mein Ich oder mein Ego sich so ein bißchen relativiert hat“, was „einen ziemlich STARKEN Einfluß hat auch auf meine Art zu arbeiten“. Einerseits hat sie das Gefühl, „als ob mein Ego weniger wird, auch als Therapeutin jetzt, daß ich mich vielleicht nicht mehr so wichtig nehme“ und andererseits „nehme ich mich als Mensch aber wichtiger“ (I 10). Dieser Prozeß, der für die Therapeutin eng an ihre Meditationspraxis gebunden ist, geht mit einer Haltung des Lassens einher sowie mit einem Gefühl des Eingebundenseins in einen größeren Sinnzusammenhang.

5.1.5.2 Andere Erfahrungen und Einflußfaktoren

Neben der Meditationspraxis, auf deren Bedeutung im Lebenskontext der Therapeutinnen und Therapeuten noch eingegangen wird, werden folgende wichtige Einflußfaktoren für die Entwicklung des professionellen Selbstverständnisses genannt:

Aus- und Fortbildungen

Die Wahl der Ausbildungen steht für die Therapeuten und Therapeutinnen in engem Zusammenhang mit der persönlichen Entwicklung und der Motivation, das Verständnis vom Menschen zu erweitern. Es werden aber auch davon unabhängige Motivationen genannt, wie die Erweiterung des Methodenrepertoires oder der Erwerb der Kassenzulassung.

Allen Therapeuten und Therapeutinnen ist es wichtig, sich kontinuierlich fortzubilden. Dies betrifft sowohl „klassisch-psychologische“ (I 2) Ansätze als auch bei einigen Therapeuten und Therapeutinnen spirituell/transpersonal orientierte Therapien.

Die Therapeuten und Therapeutinnen geben an, daß alle ihre Ausbildungen oder Elemente daraus in ihre derzeitige Arbeitsweise einfließen und zu einem eigenen Arbeitsstil integriert werden. Während die personal orientierten Therapieausbildungen die Therapeuten und Therapeutinnen vornehmlich hinsichtlich des methodischen Vorgehens

prägen, besteht der Einfluß der transpersonal/spirituell orientierten Therapieausbildungen zusätzlich in der Entwicklung des Menschenbildes und einer damit verbundenen meditativen Grundhaltung.

Eigentherapie/Lehrtherapie

Viele der Therapeuten und Therapeutinnen betonen nachdrücklich die Bedeutung der Eigentherapie/Lehrtherapie als einen unverzichtbaren Schritt, den man gar nicht „*hoch genug ansiedeln*“ (I 9) kann. Die Aufarbeitung der eigenen psychischen Konflikte wird als wesentlicher Faktor sowohl für die Entwicklung des professionellen Selbstverständnisses als auch für die Entwicklung der Kompetenz als Therapeut/in angesehen.

In diesem Zusammenhang erscheint es bedeutsam, darauf hinzuweisen, daß die Meditation keinen Ersatz für die Eigentherapie darstellt, da die „*Schatten und unterbewußten Dinge*“ (I 2) allein durch die Meditationspraxis nicht bzw. nicht ausreichend bearbeitet werden. Dies kann sich damit begründen lassen, dass die Meditation hauptsächlich Bereiche des Überbewußtseins anspricht und weniger Bereiche des Unterbewußtseins. Für die therapeutische Arbeit erscheint aber auch die Kenntnis und Aufarbeitung unterbewußter Konflikte notwendig.

Studium von spirituellen Traditionen

Alle Therapeuten und Therapeutinnen setzen sich mit einer oder mit mehreren spirituellen Traditionen auseinander. Diese Auseinandersetzung wiederum prägt das Menschenbild und wirkt sich darüber auf das professionelle Selbstverständnis aus.

Berufliche Krise

Eine Therapeutin berichtet von einem durch äußere Umstände verursachten Bruch in ihrer Karriere. Die dadurch ausgelöste Krise führte für sie zu einer Neuorientierung in ihrer Weltanschauung und in ihrem Selbstverständnis als Therapeutin (s.o., Kap.5.1.5.1).

Begegnungen mit spirituell-therapeutischen Lehrern

Zwei Therapeutinnen berichten von für sie sehr zentralen und richtungsweisenden Begegnungen mit Lehrern im Schnittfeld von Psychotherapie und Spiritualität.

Für die eine Therapeutin wird diese Begegnung zu einem ‚Initialereignis‘, das ihre gesamte weitere Entwicklung prägt, denn *„da habe ich angefangen, von dieser anderen Welt, die ich vorher nicht ernst genommen habe, was zu entdecken mit Hilfe dieses Menschen (I 3).“*

Die andere Therapeutin, die von einer für sie richtungsweisenden Begegnung berichtet, sieht durch diese Erfahrung stark ihre meditative Grundhaltung geprägt (vgl. Zitat S.101). Die Therapeutin berichtet, daß die Arbeit dieses Lehrers *„eine Tiefe gehabt hat, die ich sonst nie erlebt habe (I 4)“*. Die meditative Grundhaltung war durch diesen Menschen *„einfach PRÄSENT, in der Meditation und in der Arbeit ERLEBBAR“ (I 4)*. Obwohl die Therapeutin schon vor dieser Begegnung mit der Meditation vertraut war, gibt sie an, erst durch diesen Menschen wirklich begriffen zu haben, um welche Haltung es sowohl in der Meditation als auch in der Therapie geht.

Auseinandersetzung mit dem Leiden

Eine Therapeutin sieht in der Anerkennung des Leidens, was für sie hauptsächlich im Rahmen verschiedener Ausbildungen zu sexuellem Kindesmißbrauch geschah, einen wichtigen Schritt in ihrem Selbstverständnis als Therapeutin, der sie auch dazu führte, einen spirituellen Weg zu gehen.

5.1.5.3 Die Auswirkung meditativer Praxis auf das professionelle Selbstverständnis im Kontext professioneller Entwicklung

Da die Meditationspraxis einen von vielen verschiedenen Einflußfaktoren auf das professionelle Selbstverständnis darstellt, muß sie in einem Netzwerk von Wechselbeziehungen gesehen werden. Zwar wurden bisher bereits einige spezifische Wirkungen der Meditationspraxis aufgezeigt, doch welche Bedeutung der Meditation als Ganzes im Kontext professioneller Entwicklung zukommt, ist bisher nicht erörtert worden. Darauf soll an dieser Stelle eingegangen werden.

Die Bedeutung der Meditation

Hinsichtlich des Zeitpunktes, zu dem mit der Meditationspraxis begonnen wurde, lassen sich zwei verschiedene Gruppen von Therapeuten und Therapeutinnen ausmachen. Während es sich bei der ersten Gruppe um eine parallele Entwicklung von meditativem Weg und professionellem Selbstverständnis handelt, wird bei der zweiten Gruppe die

Meditationspraxis als Erweiterung in das professionelle Selbstverständnis integriert. Meditation wird von beiden Gruppen als etwas sehr Grundlegendes verstanden (die Basis, das Fundament, das Gerüst, das Tragende usw.). Einige der Therapeuten und Therapeutinnen beschreiben ein mit der Meditation verbundenes Gefühl innerer Heimat und Ganzheit. Die Meditation wird nicht nur als eine bestimmte Praxis begriffen, sondern als „*ein Bestandteil meiner Persönlichkeit*“, da die Meditation „*eigentlich in mir ist*“ (I 2). Somit durchdringt und trägt die Meditation das Handeln als ein meditatives Bewußtsein.

Wechselwirkungen

Insbesondere die Wechselbeziehung zwischen der Meditationspraxis und der theoretischen Auseinandersetzung mit spirituellen Traditionen zeigt, daß diese beiden Einflußfaktoren in einem interaktiven Verhältnis zueinander stehen und die Meditationspraxis erst in ihren Wechselwirkungen ihre Wirkungen entfaltet. Zwar scheinen sowohl die Meditationspraxis als auch die Auseinandersetzung mit spirituellen Traditionen beide für sich genommen auf das Menschenbild und damit auf das professionelle Selbstverständnis Einfluß zu nehmen, beide Faktoren zusammengenommen verstärken diesen Effekt jedoch. In weniger ausgeprägtem Maße gilt dieser Interaktionseffekt auch für andere Einflußfaktoren wie z.B. die Therapieausbildungen.

Eine Therapeutin stellt heraus, daß ihr spiritueller Weg bereits begann, bevor sie anfang zu meditieren und daher eine gewisse Unabhängigkeit von der Meditationspraxis besitzt, auch wenn die Meditation „*das sicherlich verstärkt und vertieft*“ (I 3). Für einen Therapeuten, der bereits zu seiner Schulzeit anfang zu meditieren, ist diese Unabhängigkeit des spirituellen Weges von der Meditationspraxis nicht gegeben, da für ihn die Meditation ‚schon immer‘ tragender Bestandteil seines spirituellen Weges war. Es zeigen sich also abhängig von der individuellen Biographie deutliche interindividuelle Differenzen bezüglich der Gewichtung der Meditationspraxis im Lebenskontext.

Unabhängig von diesen interindividuellen Differenzen wird die Meditationspraxis als Möglichkeit betrachtet, die Verwirklichung bestimmter, dem Menschenbild entsprechender Werte zu ermöglichen. Dabei wirken die aus der Meditationspraxis entstandenen Erfahrungen wieder zurück auf das Menschenbild und die damit verbundenen Werte, so daß ein sich verstärkender Prozeß stattfindet.

Zusammenfassend ist in Abb.14 die Auswirkung der Meditationspraxis auf das professionelle Selbstverständnis im Kontext professioneller Entwicklung schematisch dargestellt.

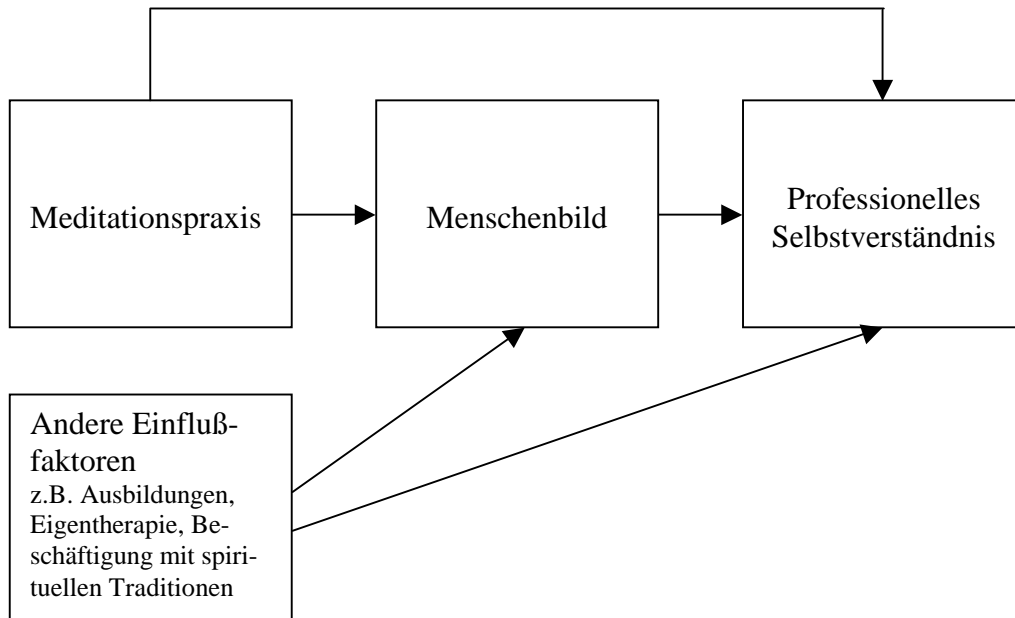


Abb.14: Die Auswirkung meditativer Praxis auf das professionelle Selbstverständnis im Kontext

5.2 Quantitative Ergebnisse und Interpretation

Es werden die Ergebnisse der Fragebogenerhebung dargestellt. Diese umfassen demographische Angaben der Untersuchungsteilnehmer/innen, Angaben zur therapeutischen Tätigkeit und zur meditativen Praxis sowie Mittelwertvergleiche zwischen einzelnen Subgruppen. Schließlich wird auf die im Zentrum der Fragestellung stehende Korrelationsanalyse eingegangen.

5.2.1 Demographische Angaben

29 Therapeuten und Therapeutinnen wurden direkt angeschrieben, davon schickten 23 die Fragebögen ausgefüllt zurück, was einem auswertbaren Rücklauf von 79,3% entspricht. Von den 23 Therapeuten und Therapeutinnen, die die Möglichkeit hatten, auf dem Fragebogen die Ergebnisse der Untersuchung anzufordern, taten dies 18 (78.3 %), was auf das Interesse der Untersuchungsteilnehmer/innen an der Thematik hinweist.

Von den insgesamt 40 an der Untersuchung teilnehmenden Therapeuten und Therapeutinnen (die angeschriebenen und antwortenden Therapeuten und Therapeutinnen, die interviewten Therapeuten und Therapeutinnen sowie die Therapeuten und Therapeutinnen der psychotherapeutischen Fachklinik) waren 22 (55%) weiblich und 18 (45%) männlich. 8 Therapeuten und Therapeutinnen (20%) waren unter 40 Jahre alt, 31 (77.5%) waren zwischen 41 und 60 Jahre alt und ein Therapeut (2.5%) war über 60 Jahre alt. 10 (25%) der Therapeuten und Therapeutinnen haben Medizin studiert, 30 (75%) haben Psychologie studiert.

5.2.2 Angaben zur therapeutischen Tätigkeit und zur meditativen

Praxis

Die Therapeuten und Therapeutinnen sind durchschnittlich seit 15 Jahren als Therapeut/in tätig und meditieren durchschnittlich seit 14.7 Jahren. 16 (40%) Therapeuten und Therapeutinnen haben bereits meditiert, bevor sie therapeutisch tätig wurden, bei 23 (57.5%) ist es umgekehrt. Eine Therapeutin machte keine Angabe zur Länge ihrer Meditationspraxis.

Es wurden zahlreiche Meditationsformen angegeben, die im Anhang nachzulesen sind und die für die Auswertung nicht differenziert wurden.

24 (60%) der Therapeuten und Therapeutinnen meditieren ein- oder mehrmals täglich, 7 (17.5%) meditieren ein- oder mehrmals wöchentlich, und 9 (22.5%) Therapeuten und Therapeutinnen meditieren unregelmäßig. 27 (67.5%) der Therapeuten und Therapeutinnen nehmen ein- oder mehrmals im Jahr an mehrtägigen Meditationskursen teil, 9 (22.5%) nehmen manchmal an mehrtägigen Meditationskursen teil, und 4 (10%) nehmen nicht an mehrtägigen Meditationskursen teil.

Für 10 (25%) der Therapeuten und Therapeutinnen ist Meditation an den Buddhismus gebunden (Buddhismus allgemein, tibetischer Buddhismus oder Zen-Buddhismus). Eine Therapeutin (2,5%) gibt als Religion „*GOTT IST*“ an. Für 29 (72,5%) Therapeuten und Therapeutinnen ist Meditation nicht an eine Religion gebunden (=transkonfessionell).

Bei der Frage, ob der Meditation eine Bedeutung im Leben zukommt, gaben 2 Therapeutinnen (5%) „*stimmt nicht*“ an, 14 (35%) Therapeuten und Therapeutinnen gaben „*stimmt*“ an, und 24 (60%) gaben „*stimmt sehr*“ an. Keine/r der Therapeuten und The-

rapeutinnen gab „*stimmt überhaupt nicht*“ an. Bei der Frage, ob der Meditation eine Bedeutung im Beruf zukommt, gaben ebenfalls 2 (5%) Therapeutinnen „*stimmt nicht*“ an, 14 (35%) Therapeutinnen und Therapeuten gaben „*stimmt*“ und 24 (60%) „*stimmt sehr*“ an. Allerdings gaben nicht alle Therapeuten und Therapeutinnen den gleichen Wert für das ‚Leben‘ wie für den ‚Beruf‘ an. 30 (75%) Therapeuten und Therapeutinnen machten dieselbe Angabe hinsichtlich der Bedeutung der Meditation für das Leben wie für den Beruf, 10 (25%) machen unterschiedliche Angaben. Davon wiederum gaben 5 (50%) für die Bedeutung im Leben „*stimmt sehr*“ an und für die Bedeutung im Beruf „*stimmt*“, bei 5 (50%) ist es genau umgekehrt. Diese Ergebnisse zeigen, daß die Fragestellung dieser Untersuchung aus Sicht der Therapeuten und Therapeutinnen relevant erscheint und der Meditation sowohl im Leben als auch im Beruf eine große Bedeutung zukommt.

5.2.3 Mittelwertvergleiche

Es wurden Mittelwertvergleiche¹⁶ zwischen den verschiedenen Altersgruppen, den Geschlechtern, den Studiengängen, der Meditationshäufigkeit pro Tag, der Teilnahme an mehrtägigen Meditationskursen, der Bindung der Meditation an eine Religion, der Bedeutung der Meditation im Leben sowie der Bedeutung der Meditation im Beruf hinsichtlich der einzelnen Faktoren des W:FP sowie des Gesamtwerts des MTF durchgeführt.

Signifikante Unterschiede ergeben sich hinsichtlich des Geschlechts, wobei der Mittelwert der Therapeutinnen im Faktor *Nonduale Präsenz* ($M=58.55$, $SD=14.229$) des WF:P signifikant höher ist als der der Therapeuten ($M=48.50$, $SD=17.916$) ($t=1.932$, $df=32.144$, $p<0.1$). Im Faktor *Algorithmische Präsenz* hingegen weisen die Therapeuten ($M=6.22$, $SD=3.388$) signifikant höhere Werte auf als die Therapeutinnen ($M=3.95$, $SD=3.000$) ($t=-2.244$, $df=38$, $p<0.05$). Im Faktor *Empathische Präsenz* sowie im MTF gibt es keine signifikanten Differenzen zwischen den Geschlechtern. Die Geschlechtsdifferenzen entsprechen einer Replikation der Ergebnisse von Belschner (2002a). Dies

¹⁶ Die Tabellen, in denen die Ergebnisse des MTF sowie des WF:P sowie die Mittelwerte der einzelnen Subgruppen aufgeführt sind, können im Anhang nachgelesen werden.

Ergebnis ist insofern bemerkenswert, als das Auswahlkriterium der Meditationspraxis diese Geschlechtsdifferenzen nicht eliminiert.

Keine signifikanten Mittelwertdifferenzen ergeben sich mittels t-Test hinsichtlich der Bindung der Meditation an eine Religion. Weiterhin ergaben sich mit der einfaktoriellen Varianzanalyse (ANOVA) keine signifikanten Mittelwertdifferenzen hinsichtlich der Meditationshäufigkeit pro Tag, der Teilnahme an Meditationskursen, der Altersgruppen, der Bedeutung der Meditation im Leben sowie der Bedeutung der Meditation im Beruf.

5.2.4 Korrelationsanalyse

In Tabelle 3 sind die wichtigsten Ergebnisse der Korrelationsanalyse tabellarisch dargestellt. Die vollständige Korrelationsmatrix ist im Anhang aufgeführt.

Die Meditationszeit (Dauer der Meditationspraxis in Jahren) korreliert nicht signifikant mit den Faktoren des WF:P, mit dem Faktor *Nonduale Präsenz* besteht sogar eine nicht signifikante leicht negative Korrelation. Zusätzlich zu den in Tabelle 3 angeführten Korrelationen ist festzuhalten, daß entgegen theoretischer Überlegungen (vgl.Kap.2.2.5) keine signifikante Korrelation zwischen der Meditationszeit und dem Gesamtwert des MTF besteht ($r=0.165$, $p=0.314$) (siehe Anhang). Allerdings korreliert der Gesamtwert des MTF mäßig hoch positiv mit dem Faktor *Nonduale Präsenz* des WF:P, der Determinationskoeffizient beträgt $R^2= 0.121$, d.h., daß 12.1% der Varianz im Faktor *Nonduale Präsenz* des WF:P durch die Varianz im MTF erklärt werden können. Besonders deutlich korreliert der Tiefebereich *Transpersonale Qualitäten*. Diese Ergebnisse weisen darauf hin, daß erstens nicht die Meditationspraxis an sich, sondern die Tiefendimension des Bewußtseins in einem positiven Zusammenhang mit einer transpersonalen therapeutischen Grundhaltung steht und zweitens vorwiegend transpersonale Bewußtseinsbereiche mit einer transpersonalen therapeutischen Grundhaltung in Zusammenhang stehen. Die mäßige Höhe der Korrelation (87.9% der Varianz sind nicht aufgeklärt) verweist auf andere mögliche Einflußfaktoren, wie zum Beispiel das allgemeine Menschenbild, wie es in den Ergebnissen der Interviews diskutiert wurde.

		<i>WFP Non.</i>	<i>WFP Emp.</i>	<i>WFP Alg.</i>
<i>Meditationszeit</i>	Korrelation nach Pearson	-,158	,169	,199
	Signifikanz (2-seitig)	,338	,303	,224
	N	39	39	39
<i>MTF gesamt</i>	Korrelation nach Pearson	,391(*)	,209	-,115
	Signifikanz (2-seitig)	,013	,196	,482
	N	40	40	40
<i>MTF Hindernisse</i>	Korrelation nach Pearson	,171	,101	,097
	Signifikanz (2-seitig)	,290	,534	,551
	N	40	40	40
<i>MTF Entspannung</i>	Korrelation nach Pearson	,163	,024	-,124
	Signifikanz (2-seitig)	,315	,885	,445
	N	40	40	40
<i>MTF Personales Selbst</i>	Korrelation nach Pearson	,349(*)	,193	-,031
	Signifikanz (2-seitig)	,028	,234	,848
	N	40	40	40
<i>MTF Transpersonale Qualitäten</i>	Korrelation nach Pearson	,456(**)	,208	-,169
	Signifikanz (2-seitig)	,003	,199	,296
	N	40	40	40
<i>MTF Transpersonales Selbst</i>	Korrelation nach Pearson	,350(*)	,244	-,163
	Signifikanz (2-seitig)	,027	,130	,314

** Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0,01 (2-seitig) signifikant./ * Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0,05 (2-seitig) signifikant.

Tab.3: Korrelationen

Der Gesamtwert des MTF korreliert nicht signifikant mit den Faktoren *Empathische Präsenz* und *Algorithmische Präsenz*, auch wenn beim Faktor *Empathische Präsenz* eine leicht positive nicht signifikante und beim Faktor *Algorithmische Präsenz* eine leicht negative nicht signifikante Korrelation besteht. Der Tiefebereich *Personales Selbst* korreliert nicht signifikant mit dem Faktor *Empathische Präsenz*, wie es die Ergebnisse der Interviews in eindeutiger Weise haben vermuten lassen. Allerdings korreliert die Therapiezeit (Dauer der Tätigkeit als Therapeut/in in Jahren) positiv mit dem Faktor *Empathische Präsenz* im WF:P ($r=0.474$, $p<0.01$) (siehe Anhang).

Auffällig ist auch die hochsignifikante positive Korrelation des Faktors *Nonduale Präsenz* mit dem Faktor *Empathische Präsenz* ($r=0.529$, $p<0.001$), sowie die hochsignifikante negative Korrelation des Faktors *Nonduale Präsenz* mit dem Faktor *Algorithmische Präsenz* ($r=-0.583$, $p<0.001$) (siehe Anhang). Dies weist darauf hin, daß eine transpersonale therapeutische Grundhaltung mit einer empathischen Grundhaltung in positivem Zusammenhang steht, mit einer an wissenschaftlichen Richtlinien orientierten Grundhaltung allerdings in einem negativen Zusammenhang steht.

6 Zusammenfassung

In der vorliegenden Untersuchung wird der Frage nachgegangen, auf welche Weise sich die meditative Praxis von Psychotherapeuten auf deren professionelles Selbstverständnis auswirkt. Im Mittelpunkt der Fragestellung steht dabei das Bewußtsein als zentrale Größe. Die Untersuchung verfolgt zwei Ziele. Erstens sollen Zusammenhänge zwischen dem meditativen Bewußtsein und dem Bewußtsein als Dimension im professionellen psychotherapeutischen Handeln herausgearbeitet werden. Zweitens wird der Frage nachgegangen, inwieweit die Bereiche von Psychotherapie und Spiritualität (die transpersonale Perspektive) im professionellen Selbstverständnis integriert werden.

Die empirische Untersuchung basiert auf zwei methodischen Zugängen. Den Schwerpunkt bildet eine qualitative Datenerhebung, bei der 10 meditierende Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen zu ihrer Meditationspraxis, zu den Auswirkungen ihrer Meditationspraxis auf verschiedene Bereiche therapeutischen Handelns (therapeutische Beziehung, Intervention, Diagnostik und Formulierung der Therapieziele) sowie zu ihrer professionellen Entwicklung befragt werden. Um den qualitativen Ansatz zu ergänzen, wird eine quantitativ ausgerichtete Fragebogenerhebung durchgeführt, bei der mit Hilfe eines Fragebogens zu meditativen Tiefebereichen des Bewußtseins (Meditationstiefefragebogen, MTF) und eines Fragebogens zu bestimmten personalen und transpersonalen therapeutischen Einstellungen, Haltungen und Erfahrungen (Fragebogen Wirkfaktor Präsenz, WF:P) Zusammenhänge zwischen dem meditativen Bewußtsein und Aspekten des professionellen Selbstverständnisses ermittelt werden sollen. Dabei liegt dem MTF eine Theorie zur meditativen Tiefe zugrunde, die von verschiedenen Tiefebereichen des meditativen Bewußtseins ausgeht und die als Grundlage für die Auswertung der Interviews dient. An der Fragebogenerhebung nehmen insgesamt 40 meditierende Therapeuten und Therapeutinnen teil.

Aus den Interviews geht hervor, daß für die Therapeuten und Therapeutinnen sowohl personale als auch transpersonale meditative Tiefebereiche bedeutsam sind, wobei der Tiefebereich *Personales Selbst und Achtsamkeit* von besonderer Relevanz ist. Die Ergebnisse des MTF zeigen, daß die subjektive Bedeutsamkeit der Tiefebereiche nur bedingt in einem Zusammenhang zur Meditationserfahrung steht und sowohl personale als auch transpersonale Tiefebereiche den Therapeuten und Therapeutinnen verfügbar sind, wenn auch im Durchschnitt tiefere Tiefebereiche weniger stark verfügbar sind und deut-

liche interindividuelle Unterschiede bestehen. Die Therapeuten und Therapeutinnen sehen ihre Meditationspraxis in einen spirituellen Kontext eingebunden, wobei die Meditationspraxis entweder an den Buddhismus gebunden oder als transkonfessionelle Praxis verstanden wird.

Die Ergebnisse der Interviews machen deutlich, daß die meditativen Tiefebereiche mit den einzelnen Bereichen therapeutischen Handelns in einem Wirkzusammenhang stehen. Während Wirkzusammenhänge mit dem Tiefebereich *Personales Selbst und Achtsamkeit* eindeutig aufgezeigt und detailliert dargestellt werden, können die Zusammenhänge mit transpersonalen Tiefebereichen zwar festgestellt, aber weniger eindeutig geklärt werden, da hier eine Reihe von Wechselwirkungen mit anderen Einflußfaktoren bestehen, insbesondere mit weltanschaulichen Faktoren. Die Meditationspraxis bewirkt die Verfügbarkeit meditativen Bewußtseins in der therapeutischen Situation, was sich wiederum auf die Bereiche therapeutischen Handelns auswirkt. Eine Übersicht über die zentralen Zusammenhänge zwischen der Meditationspraxis, dem meditativen Bewußtsein in der Therapie sowie den Bereichen therapeutischen Handelns kann auf S.107 (Abb.12) eingesehen werden.

Die Interviewergebnisse zeigen, daß die Therapeuten und Therapeutinnen die Bereiche von Psychotherapie und Spiritualität in ihr Selbstverständnis zu integrieren versuchen und ein sowohl die personale als auch die transpersonale Perspektive umfassendes Behandlungsmodell konstruieren. Dies wird anhand der Erweiterung eines allgemeinen Psychotherapiemodells um die transpersonale Perspektive deutlich gemacht.

Um Wechselwirkungen mit anderen Einflußfaktoren festzustellen, werden die Therapeuten und Therapeutinnen zu ihrer professionellen Entwicklung befragt. Es kann gezeigt werden, daß die Meditationspraxis im Kontext anderer Einflüsse (z.B. Therapieausbildungen, Eigentherapie, Studium spiritueller Traditionen) und wechselseitiger Beeinflussung gesehen werden muß.

Die Ergebnisse der Fragebogenerhebung ergeben einen mäßig hohen positiven Zusammenhang zwischen der meditativen Tiefe und transpersonalen therapeutischen Einstellungen, Haltungen und Erfahrungen, wie sie durch den Faktor *Nonduale Präsenz* des WF:P erfaßt werden. Die Ergebnisse weisen darauf hin, daß insbesondere transpersonale meditative Tiefebereiche in einem positiven Zusammenhang mit einer transpersona-

len therapeutischen Grundhaltung stehen. Dies zeigt, daß hier zwar ein positiver Zusammenhang besteht, aber auch eine Reihe weiterer Einflußfaktoren wirken, wie sie mit den Ergebnissen der Interviews aufgezeigt werden. Da entgegen theoretischer Überlegungen die Länge der Meditationserfahrung anders als die Tiefe des meditativen Bewußtseins nicht in einem positiven Zusammenhang zum Faktor *Nonduale Präsenz* steht, kann davon ausgegangen werden, daß tatsächlich das Bewußtsein als Einflußfaktor angenommen werden kann. Der aus den Interviewergebnissen hervorgehende Zusammenhang zwischen der Meditationspraxis, insbesondere dem Tiefebereich *Personales Selbst* mit einer empathischen therapeutischen Haltung, kann durch die Fragebogenerhebung, bei der der Faktor *Empathische Präsenz* des WF:P die empathische Grundhaltung messen soll, nicht bestätigt werden.

Die qualitativen und quantitativen Ergebnisse weisen darauf hin, daß die Schulung des Bewußtseins durch die Meditationspraxis eine Reihe –personaler und transpersonaler positiver Auswirkungen auf das therapeutische Handeln und Bewußtsein hat. Sie steht mit einem die transpersonale Dimension integrierenden Selbstverständnis im Kontext anderer Einflußfaktoren in Zusammenhang.

Die zentrale allgemeine Auswirkung der Meditationspraxis besteht in der zunehmenden Verankerung des Therapeuten in einer meditativen Seinsebene, die sowohl das therapeutische Handeln durchdringt als auch als Grundlage therapeutischen Handelns wahrgenommen wird.

7 Diskussion und Ausblick

7.1 Diskussion der Methode

Nachdem auf die Bedeutung des Themas von Subjektivität und Selbstreflexivität im Forschungsprozeß eingegangen wird, werden die Gütekriterien sowie die Angemessenheit der methodischen Zugänge diskutiert.

7.1.1 Subjektivität und Selbstreflexivität im Forschungsprozeß

„Objektive Erkenntnis ist die Konstruktion eines Subjekts, das sich selbst verabsolutiert, weil und solange es nichts von sich weiß.“ (Rauschenbach 1996, zitiert nach Breuer 2003, Absatz 1)

Von der Wahl der zu bearbeitenden Thematik, über die Entscheidung für ein bestimmtes methodisches Vorgehen, das Interagieren im Feld, bis hin zur Auswertung, Interpretation und Darstellung der Ergebnisse ist der gesamte Forschungsprozeß eng mit der forschenden Person verknüpft (Breuer 2003). Dies wirft die Frage nach der Objektivität versus Subjektivität des Forschungsprozesses und damit des Forschungsergebnisses auf.

Breuer (2003) geht davon aus, *„daß es sich bei Erkenntnissen immer um Konstruktionen handelt, die von Eigenschaften des ‚erkennenden Systems‘ (=des erkennenden Subjekts) sowie seiner Aktivitäten/Handlungen abhängig, bedingt sind“* (Absatz 3). Er fordert die epistemologische Einlösung dieses Konstruktivismus, indem die Subjektivität der forschenden Person nicht als Gefährdung des Erkenntnisinteresses betrachtet wird, sondern *„als produktive Möglichkeit, als Erkenntnis-Fenster, als Chance methodischer Innovation“* (Absatz 13). Aus diesem Grund modelliert Breuer (2003) den Sozialforscher als Gegenbild zur *„Methodenmaschine“* (Absatz 19) als eine *„leibhaftig-personal-soziale Forscherperson-in-Interaktion“* (Absatz 22). Um die Subjektivität der forschenden Person als Erkenntnisquelle zu nutzen, entwickelt er eine Methodik der *Denzentrierung und Selbstreflexion*, bei der die Einnahme einer Beobachterperspektive bzw. eines Metastandpunktes gegenüber eigenen Denk- und Handlungsmustern eingenommen wird.

Der Aspekt der Subjektivität erscheint einerseits für eine im Schwerpunkt qualitative Methode von besonderer Bedeutung, andererseits aber auch für eine Fragestellung mit transpersonaler Ausrichtung. Da sowohl das methodische Vorgehen als auch die The-

matik der vorliegenden Arbeit nicht dem gegenwärtigen ‚Mainstream‘ in der Psychologie entsprechen, bewegte ich mich während des Forschungsprozesses in einem Spannungsfeld, das ein selbstreflexives Vorgehen in besonderem Maße herausforderte.

Neben dem Bemühen um die Einhaltung wissenschaftlicher und dem Erkenntnisinteresse angemessener Standards durchzog den gesamten Forschungsprozeß der Wunsch, diesen Prozeß als persönlich sinnvoll zu erleben. Diese Komponente beinhaltet einen sehr individuellen Aspekt, so daß ich den Forschungsprozeß als Teil einer persönlichen Auseinandersetzung und Entwicklung begriff, der mit der Suche nach ‚meinem Thema‘ begann. Auf diese Weise ergab sich für mich über die allgemeinen Gütekriterien (Kap.7.1.2) hinaus das persönliche Gütekriterium der *subjektiven Stimmigkeit*.

Hinsichtlich des methodischen Vorgehens fiel die Entscheidung für eine vorwiegend qualitative Methode neben dem Erkenntnisinteresse aufgrund einer persönlichen Vorliebe und Werthaltung. Ein qualitatives Vorgehen bot mir die Möglichkeit des direkten Kontakts mit den Therapeuten und Therapeutinnen. Unabhängig vom Erkenntnisinteresse hatten diese Kontakte für mich einen ganz eigenen Wert, indem sie mich darin unterstützten, den gesamten Forschungsprozeß zu einer lebendigen Auseinandersetzung werden zu lassen. Darüber hinaus beinhaltet das qualitative Vorgehen in besonderem Maße die Wertschätzung der subjektiven Sichtweise der befragten Personen. Zur Reflexion dieser Interaktionen, subjektiven Wahrnehmungen und Einflüsse diente u.a. die Postkommunikationsbeschreibung. Dabei versuchte ich, mir meinen Einfluß darauf bewußt zu machen, was im Interview sowohl gesagt als auch nicht gesagt wurde.

Von besonderer Bedeutung im Forschungsprozeß waren Diskussionen mit Freunden und Bekannten, die in sehr verschiedenen Beziehungen zum Forschungsgegenstand stehen. Diesen Diskussionen kam die Funktion einer Art Supervision zu. Sie halfen mir, auf der einen Seite eine eigene Position zu entwickeln und auf der anderen Seite dieser Position gegenüber eine distanzierte Haltung einnehmen zu können. Dabei erwies sich immer wieder das/mein grundlegende(s) Menschen- und Weltbild, das dieser Arbeit zugrunde liegt, als die eigentliche Konfliktquelle. Dieses Menschen- und Weltbild beeinflusste die Wahl des Themas, den grundlegenden Zugang zur Thematik, die Auswahl der Literatur, die Entscheidung für die verwendeten Meßinstrumente (Fragebögen) und natürlich den gesamten Prozeß der Datenerhebung und Datenauswertung. Ansätze dieses Menschen- und Weltbildes wurden im theoretischen Teil offengelegt, um den

Erkenntnisgang, seine Prämissen und seine Abhängigkeit von (m)einem Menschen- und Weltbild intersubjektiv nachvollziehbar zu machen.

Shapiro und Walsh (1984, in Kwee 1990) bemerken, daß das Thema *Subjektivität und Selbstreflexivität* bei keinem Forschungsgegenstand wichtiger sein könnte als bei dem der Meditation, „*which, as a discipline, traditionally aimed at the deepest and most fundamental types of knowing*“ (S.76).

7.1.2 Gütekriterien

In der Annahme, daß es sich bei rationalen Erkenntnissen immer um Konstruktionen handelt, verändern auch die Gütekriterien ihre Bedeutung:

„*Statt ‚richtig‘ und ‚falsch‘ scheinen dann beispielsweise Kriterien, die den Gesichtspunkt ‚mehr oder weniger produktiv unter einer bestimmten Zielstellung‘ operationalisieren, als Ersatz-Kandidaten.*“ (Breuer 2003, Absatz 43)

Gütekriterien der qualitativen Forschung müssen methodenspezifisch formuliert werden, so daß die Maßstäbe quantitativer Forschung nicht einfach übernommen werden können. Bei der Geltungsprüfung qualitativer Ergebnisse rückt der Prozeß der *argumentativen Begründbarkeit* in den Vordergrund (Mayring 1999).

Die klassischen Gütekriterien *Objektivität, Reliabilität* und *Validität* erscheinen nur in begrenztem Maße für eine qualitative Forschungsarbeit angemessen. Krippendorff (1980, entommen aus Mayring 1993) schlägt spezifisch inhaltsanalytische Gütekriterien vor (Aspekte der *Validität* und *Reliabilität*), mit deren Hilfe an dieser Stelle auf dem Hintergrund der bisherigen Überlegungen das methodische Vorgehen überprüft wird. Ergänzend werden Bezüge zu den von Mayring (1999) formulierten Gütekriterien qualitativer Forschung, die auf dem Hintergrund der Kritik der klassischen Gütekriterien im Rahmen qualitativer Forschung entwickelt wurden, hergestellt.

Objektivität

Objektivität bezieht sich auf die Unabhängigkeit der Ergebnisse von der Person des Forschers.

Statt die vollkommene Objektivität der Ergebnisse zu postulieren, wurden Möglichkeiten subjektiver Beeinflussung der Ergebnisse offengelegt (vgl. Kap 7.1.1). Dennoch

geht das Forschungsergebnis über ein rein subjektives Ergebnis hinaus, da das Vorgehen den Gütekriterien der *Regelgeleitetheit* und der *Dokumentation* (Mayring 1999) entspricht. Sowohl das Vorgehen im Forschungsprozeß als auch der theoretische Hintergrund wurden expliziert, so daß für das Forschungsergebnis die intersubjektive Nachvollziehbarkeit gewährleistet ist. Dies geschah darüber hinaus durch die Erfüllung des Gütekriteriums der *Argumentativen Absicherung* (Mayring 1999). Die Interpretationen wurden nicht gesetzt, sondern auf dem theoretischen Hintergrund argumentativ begründet.

Reliabilität

Die Reliabilität meint die Genauigkeit der Ergebnisse.

- Stabilität

Stabilität läßt sich durch nochmalige Anwendung des Analyseinstrumentariums auf das Material überprüfen. Dies übersteigt den Rahmen einer Diplomarbeit. Außerdem erscheint das Gütekriterium der Stabilität im Kontext qualitativer Forschung umstritten. Die geforderte Standardisierung von Erhebungssituation und Instrument steht im Widerspruch zur Forschung als Kommunikation und Prozeß, denn „An die Stelle der Replizierbarkeit von Untersuchungsbedingung und Forschungsergebnis tritt [...] im interpretativen Paradigma die Betonung der ‚situativen Kontextgebundenheit‘ von Datenerhebungs- und Auswertungsergebnissen“ (Lamnek 1995a, S.175).

- Reproduzierbarkeit

Die *Reproduzierbarkeit* einer Untersuchung meint den Grad, in dem die Analyse unter anderen Umständen und anderen Analytikern zu denselben Ergebnissen führt. Die Reproduzierbarkeit läßt sich durch die *Intercoderreliabilität* messen. Es konnte keiner zweiten Person zugemutet werden, eine unabhängige Analyse vorzunehmen, da auch für eine teilweise Analyse ein hohes Maß an Vertrautheit mit dem Forschungsgegenstand Voraussetzung gewesen wäre. Dieser Aufwand erschien nicht gerechtfertigt. Darüber hinaus ist die Intercoderreliabilität umstritten und scheint für komplexe Analysen ohnehin keine zufriedenstellenden Ergebnisse bringen zu können (Mayring 1993). Statt die vollkommene Unabhängigkeit der Ergebnisse von meiner Interpretationsleistung anzu-

streben, wurde versucht, mögliche Abhängigkeiten der Ergebnisse von meiner Person offenzulegen (s.o.).

- Exaktheit

Die *Exaktheit* einer Untersuchung bezieht sich auf den Grad, in dem die Analyse einem funktionellen Standard entspricht. Die Exaktheit der Untersuchung wurde, soweit im Rahmen einer Diplomarbeit möglich und angemessen, dokumentiert (Durchführung der Untersuchung, Datenauswertung usw.).

Validität

Prüfungen der Validität betreffen die Frage, ob ein methodisches Instrumentarium den Ausschnitt der Realität erfaßt, den es zu erfassen beansprucht.

Folgenden Kriterien sollte das inhaltsanalytische Vorgehen entsprechen:

- Semantische Gültigkeit

Semantische Gültigkeit bezieht sich auf die Richtigkeit der Bedeutungskonstruktionen des Materials und drückt sich in der Angemessenheit der Definition der Strukturierungsdimensionen aus. Dieses Kriterium wurde durch die Beschreibung der Strukturierungsdimensionen erfüllt (vgl. Kap.4.4.1.2.)

- Stichprobengültigkeit

Auf die Auswahl der Interviewpartner/innen wurde in Kap.4.3.1.3 eingegangen. Es ist kritisch anzumerken, daß bedeutend mehr Frauen als Männer interviewt wurden. Außerdem sind Therapeutinnen, die eine Form der Achtsamkeitsmeditation praktizieren, überproportional vertreten. Insofern ist das Kriterium der *maximalen strukturellen Variation* (Kleining 1995) nur bedingt erfüllt, was zu Einschränkungen der Ergebnisse geführt haben könnte. Hier standen ökonomische Überlegungen im Vordergrund.

Hinsichtlich der quantitativen Datenerhebung fand insofern eine selektive Verzerrung statt, als mit Ausnahme der Therapeuten und Therapeutinnen aus der psychotherapeutischen Fachklinik nur solche angeschrieben werden konnten, die als meditierende Psychotherapeuten erkennbar waren. Daher ist anzunehmen, daß die an der Untersuchung

teilnehmenden Therapeuten und Therapeutinnen der Meditation eine überdurchschnittlich große Bedeutung zukommen lassen.

Insgesamt ist anzumerken, daß die Untersuchung auf einer sehr begrenzten Anzahl von Therapeuten und Therapeutinnen basiert.

- Korrelative Gültigkeit

Korrelative Gültigkeit meint die Validierung mit einem Außenkriterium. In der Regel ist eine Überprüfung nur dann möglich, wenn bereits Ergebnisse einer Untersuchung mit ähnlicher Fragestellung vorliegen. Dies ist zwar für diese Problemstellung nicht der Fall, aber besonders sinnvoll erscheinen auch Vergleiche mit Ergebnissen, die mit anderen Methoden gewonnen wurden. Innerhalb dieser Untersuchung wurde dem mit der ergänzenden Fragebogenerhebung nachgekommen, deren Auswertung zum Teil die Ergebnisse der qualitativen Erhebung unterstützte und zum Teil auf verbleibende Widersprüche hinwies. Darauf wird in Kap.7.2.1 näher eingegangen.

- Triangulation (Mayring 1999)

Triangulation meint die Vergrößerung der Qualität der Ergebnisse durch das Einsetzen mehrerer Analysegänge (verschiedene Datenquellen, Theorieansätze, Interpretieren oder Methoden). Sie hat nicht ein völlig übereinstimmendes Bild zum Ziel, sondern die Entwicklung verschiedener Perspektiven auf den Forschungsgegenstand. Der qualitative Zugang wurde durch einen quantitativen Zugang ergänzt, so daß zwei verschiedene methodische Zugänge gewählt wurden, die allerdings auf demselben theoretischen Hintergrund basieren. Auf verschiedene Interpretieren wurde aus ökonomischen Gründen verzichtet (s.o.). Außerdem soll eine Diplomarbeit eine selbständige Leistung sein, wodurch ich bei diesem Kriterium in einen Konflikt gekommen wäre.

- Vorhersagegültigkeit

Vorhersagegültigkeit ist nur anwendbar, wenn sich Prognosen aus dem Material ableiten lassen. Die ableitbaren Prognosen müßten in einer weiteren Untersuchung überprüft werden.

- Konstruktvalidität

Konstruktvalidität bezieht sich auf die Sicherheit, mit der die theoretischen Konstrukte die Realität erfassen. Es wurde auf eigene Formulierungen theoretischer Konstrukte weitgehend verzichtet. Stattdessen wurden Bezüge zu bereits bestehenden empirisch validen Konstrukten hergestellt.

- Kommunikative Validierung (nach Heinz & Thiemann 1982, Klüver 1979, in Mayring 1993)

Ein wichtiges Kriterium zur Güteüberprüfung ist das der *kommunikativen Validierung* der Ergebnisse, deren Ziel eine Übereinstimmung über die Ergebnisse zwischen Forscher und Beforschten herstellen soll. Dazu ist die Diskussion und Entwicklung der Ergebnisse mit den Beforschten notwendig. Eine Form der kommunikativen Validierung ergab sich mit einem interviewten Therapeuten. Ansonsten wurde auf die kommunikative Validierung verzichtet, da dieser Aufwand für die Therapeuten und Therapeutinnen nicht zumutbar erschien.

- Nähe zum Gegenstand (Mayring 1999)

Das Kriterium der *Nähe zum Gegenstand* betrifft die Nähe der Forschung zur Alltagswelt der Beforschten. Dieses Kriterium kann durch ein Interview nur begrenzt erfüllt werden, da es grundsätzlich eine besondere Situation außerhalb des Alltags darstellt. Allerdings stand die Reflexion der Alltagswelt der Therapeuten und Therapeutinnen inhaltlich im Mittelpunkt des Erkenntnisinteresses. Räumlich war die Nähe zur Alltagswelt dadurch gegeben, daß die Interviews (mit zwei Ausnahmen) in den Praxisräumen der Therapeuten und Therapeutinnen durchgeführt wurden.

7.1.3 Angemessenheit der methodischen Zugänge

7.1.3.1 Datenerhebung

Hinsichtlich der in dieser Untersuchung verwendeten Erhebungsmethode des problemzentrierten Interviews kann festgehalten werden, daß es sich dem Forschungsinteresse als angemessen erwiesen hat. Das problemzentrierte Interview ermöglichte, die subjektiven Sichtweisen der Interviewpartner/innen im Hinblick auf die Thematik zu erfassen und mögliche Wirkzusammenhänge zwischen der meditativen Praxis und dem profes-

sionellen Selbstverständnis herauszuarbeiten. Dies wäre mit einer ausschließlich quantitativen Vorgehensweise nicht ausreichend möglich gewesen. Es bestand eine gute Balance zwischen Offenheit und Strukturiertheit in der Interviewsituation. Der Interviewleitfaden erwies sich als geeignet und hilfreich, der Kurzfragebogen stellte einen guten Einstieg dar.

Die Fragebogenerhebung erwies sich in einigen Punkten als problematisch. Während der Meditationstiefefragebogen mit einigen Ausnahmen (Therapeuten, die quantitative Forschung in der Transpersonalen Psychologie grundsätzlich ablehnen bzw. für aussagegelos halten) weitgehend auf Akzeptanz stieß, akzeptierten einige Therapeuten und Therapeutinnen den Fragebogen zum Wirkfaktor Präsenz nicht. Die Kernaussage *Werkzeug für eine höhere Ordnung* erwies sich dabei als Problempunkt. Einige Therapeuten und Therapeutinnen waren der Ansicht, daß damit eine Dualität außerhalb ihrer eigenen Person angesprochen würde, was für sie nicht akzeptabel war. Die naheliegende Deutung, daß diese Therapeuten und Therapeutinnen keine transpersonale Einstellung mitbringen bzw. den transpersonalen Bewußtseinsraum nicht zur Verfügung haben und deshalb nicht spüren, daß mit dem Begriff *höhere Ordnung* ein Bewußtseinsraum angesprochen werden soll, trifft meiner Ansicht nach nur bedingt zu und greift zu kurz. Es muß berücksichtigt werden, daß die Therapeuten und Therapeutinnen den theoretischen Hintergrund des WF:P nicht kannten und u.U. Dinge assoziierten, die nicht gemeint waren. Dies könnte ein Grund für die (nur) mäßig hohe Korrelation des MTF mit dem WF:P sein.

Dennoch erwies sich die Fragebogenerhebung als unterstützende Methode hilfreich und als eine gute Ergänzung der Interviews. Insbesondere konnte der Einfluß der Meditationserfahrung differenziert werden vom Einfluß weltanschaulicher Aspekte.

7.1.3.2 Datenauswertung

Die strukturierende Inhaltsanalyse lieferte eine gute Basis für die Datenauswertung. Sie ermöglichte eine systematische und kontrollierte Datenreduktion.

Die an das Datenmaterial herangetragenen Strukturierungsdimensionen erwiesen sich als hilfreich, um das Datenmaterial zu analysieren, da sie einerseits die Übersicht über das Material herstellten und gliederten, andererseits aber das Material auch nicht zergliederten. Sie boten genug Raum, um im Laufe des Forschungsprozesses weitere Un-

terkategorien bilden zu können. Zu Beginn der Analyse stellte es sich gelegentlich als schwierig heraus, eine Textstelle einer Kategorie eindeutig zuzuordnen. Im Laufe des Forschungsprozesses ergaben sich aber klare Zuordnungsregeln.

Im Laufe des Forschungsprozesses erwies sich die strukturierende Inhaltsanalyse zwar als geeignet, eine Struktur aus dem Datenmaterial herauszufiltern. Zusammenhänge, Wechselwirkungen, interindividuelle Vergleiche und tieferliegende Strukturen können mit diesem Verfahren jedoch nur sehr begrenzt aufgedeckt werden, was im Rahmen einer explorativen Analyse allerdings auch nicht das vorrangige Ziel war.

Als hilfreich erwies sich das stark theoriegeleitete Vorgehen. Insbesondere die Theorie der meditativen Tiefebereiche des Bewußtseins stellte eine gute Basis zur Interpretation der Interviews dar.

Die Berechnung der Mittelwertdifferenzen und Korrelationen wäre für sich genommen angesichts der Komplexität des Themas unangemessen gewesen, lieferte aber als ‚zweites Standbein‘ wertvolle Hinweise für die Interpretation.

7.2 Diskussion der Ergebnisse

Es werden Grenzen, Widersprüche und Erklärungsmöglichkeiten sowie inhaltliche Perspektiven der Untersuchung dargestellt.

7.2.1 Grenzen, Widersprüche und Erklärungsmöglichkeiten

Es bleiben einige Grenzen und Widersprüche bestehen, die im Rahmen dieser Untersuchung nicht gelöst werden konnten.

Diese Untersuchung hatte zum Ziel, die Bedeutung des meditativen Bewußtseins für das professionelle Selbstverständnis von Psychotherapeuten aufzuzeigen, indem die Auswirkungen der Meditation als einer Methode der Bewußtseinsschulung auf das professionelle Handeln von Psychotherapeuten untersucht wurden. Es zeigte sich, daß sowohl personale als auch transpersonale Bewußtseinsbereiche durch die Meditation geschult werden und im therapeutischen Kontext wirksam sind. Allerdings konnten die Wirkmechanismen, die den personalen Bewußtseinsbereich betreffen, wesentlich eindeutiger und detaillierter herausgearbeitet werden als die Wirkmechanismen, die den transperso-

nenalen Bewußtseinsbereich betreffen. Aus den Interviews geht nur in geringem Ausmaß hervor, inwieweit tatsächlich neben personalen Meditationserfahrungen, für die einige Zusammenhänge detailliert geklärt werden konnten, auch transpersonale Meditationserfahrungen in einem Zusammenhang mit dem professionellen Selbstverständnis stehen. Auch gibt es nur wenige eindeutige Hinweise auf einen erweiterten transpersonalen Bewußtseinsraum in der therapeutischen Situation. Transpersonale Wirkmechanismen konnten also –im Gegensatz zu personalen Wirkmechanismen- nur unzureichend herausgearbeitet werden. Die naheliegendste Erklärungsmöglichkeit besteht darin, daß die Therapeuten und Therapeutinnen im allgemeinen und abgesehen von interindividuellen Unterschieden auf dem Weg vom Alltagsbewußtsein zu Bereichen des Überbewußtseins bisher nur bedingt zu transpersonalen Bewußtseinsbereichen fortgeschritten sind. Auch wenn diese Erklärungsmöglichkeit innerhalb der Theorie nahe liegt, ist es mir wichtig, die theoretischen Grundlagen nicht zu verabsolutieren, sondern theoretische Konstrukte und empirische Messungen vorsichtig und mit Distanz zu handhaben. Dies erscheint mir vor allem deshalb notwendig, weil jede Beurteilung aufgrund eines theoretischen Konzepts zu der in der Meditation praktizierten Haltung im Widerspruch steht und die Meditationspraxis gewissermaßen ad absurdum führt, sofern die theoretischen Konzepte mit der inneren Wirklichkeit verwechselt werden. Außerdem weisen die Ergebnisse des MTF darauf hin, daß diese Erklärungsmöglichkeit nur bedingt zutrifft. Die besonders hohe Korrelation des Tiefbereichs *Transpersonale Qualitäten* mit dem Faktor *Nonduale Präsenz* zeigt darüber hinaus, daß tatsächlich neben personalen auch transpersonale Meditationserfahrungen im therapeutischen Kontext wirksam sind. Möglich ist auch, daß in den Interviews nicht alle wesentlichen Aspekte zur Sprache kommen konnten, was allerdings nicht meinem Eindruck entspricht. Eine andere Erklärungsmöglichkeit besteht darin, daß eine transpersonale Dimension des Bewußtseins nicht existiert. Diese Erklärungsmöglichkeit erscheint allerdings verkürzt, da sie existierende Fähigkeiten und Möglichkeiten des Bewußtseins ignoriert. Eine letzte mögliche Erklärung besteht darin, daß sich transpersonale Bewußtseinsbereiche nur über das Personale manifestieren und ausdrücken können. Beispielsweise könnte in einer empathischen Haltung ein Ausdruck von Mitgefühl liegen. Bei der Messung der Durchlässigkeit des Personalen für transpersonale Bewußtseinsbereiche stößt die Operationalisierbarkeit und damit die wissenschaftliche Methode an Grenzen.

Desweiteren konnte nicht geklärt werden, warum die Aussagen der Therapeuten und Therapeutinnen in den Interviews zur subjektiven Bedeutung ihrer Meditationspraxis nicht in einem ersichtlichen Zusammenhang zu den Werten des MTF in den einzelnen Tiefebereichen stehen. Eine mögliche Erklärung besteht darin, daß der MTF die tatsächliche, vom theoretischen Hintergrund der jeweiligen Tradition unabhängige Meditationserfahrung mißt, während sich die Aussagen zur subjektiven Bedeutung der Meditationspraxis stärker an den theoretischen Hintergrund der jeweiligen meditativen Tradition anlehnen.

Unklar ist auch, weshalb die Länge und Häufigkeit der Meditationspraxis in keinem Zusammenhang mit der Meditationstiefe und dem Faktor *Nonduale Präsenz* im WF:P stehen. Die Erklärungsmöglichkeit, daß der MTF nicht Meditationstiefe mißt (also nicht valide ist), erscheint unwahrscheinlich, da der Zusammenhang zwischen Meditationstiefe und der Meditationspraxis an einer größeren Stichprobe bestätigt wurde und die Validität des MTF festgestellt wurde (vgl. Kap.2.2.5 und Kap.4.3.2.1). Die positive Korrelation des MTF mit dem Faktor *Nonduale Präsenz* zeigt, daß tatsächlich die Tiefendimension des Bewußtseins mit einer transpersonalen Grundhaltung in Zusammenhang steht, nicht jedoch die Meditationspraxis an sich. Die mäßige Höhe der Korrelation weist darauf hin, daß hier viele weitere Einflußfaktoren bestehen, wie z.B. die Weltanschauung aufgrund der Beschäftigung mit spirituellen Traditionen, wie sie bereits im Ergebnisteil der Interviews dargestellt und durch die Ergebnisse der Fragebogenerhebung gestützt wurden.

Die Ergebnisse der Interviews haben eine deutlich positive Korrelation zwischen dem MTF (insbesondere mit dem Tiefebereich *Personales Selbst*) und dem Faktor *Empathische Präsenz* im WF:P vermuten lassen, die sich allerdings nicht nachweisen ließ. Stattdessen fand sich ein deutlicher positiver Zusammenhang mit der Länge der therapeutischen Tätigkeit. Dieses Ergebnis wirft die Frage auf, ob die Therapeuten und Therapeutinnen die beschriebenen Auswirkungen fälschlicherweise auf die Meditationspraxis statt auf die therapeutische Erfahrung attribuieren. Diese Erklärungsmöglichkeit erscheint allerdings insofern unzutreffend, als in den Interviews vorwiegend meditationspezifische Wirkungsweisen dargelegt wurden und Bezüge zur Meditationserfahrung eindeutig hergestellt wurden.

Die Differenzierung zwischen den interviewten Therapeuten und Therapeutinnen wurde relativ stark in den Hintergrund gerückt. Zum einen ist dies auf ein Methodenproblem mit der strukturierenden Inhaltsanalyse (vgl. Kap. 7.1.3.2) zurückzuführen, zum anderen versteht sich diese Untersuchung als explorative Analyse, so daß im Vordergrund nicht die Differenzierung zwischen den Therapeuten und Therapeutinnen stand, sondern die Herausarbeitung möglicher Wirkzusammenhänge. Auf interindividuelle Unterschiede wurde also nur so weit eingegangen, wie es dieses Ziel erforderte.

Es ist zu erwähnen, daß diese Untersuchung zur Differenzierung meditativer Bewußtseinszustände lediglich ein einziges theoretisches Modell als Basis heranzieht und die Ergebnisse der Untersuchung von diesem Modell abhängig sind. Allerdings ist dieses Modell valide und von hohem Erklärungswert, so daß es sich aus diesen Gründen besonders gut eignet, um es zur Auswertung der Interviews heranzuziehen.

Es bleibt anzumerken, daß viele bedeutende Themenbereiche lediglich angerissen werden konnten, wie z.B. das Menschen- und Weltbild der Therapeuten und Therapeutinnen oder die professionelle Entwicklung. Vor allem das Spannungsfeld zwischen Psychotherapie und Spiritualität ist in seiner Konflikthaftigkeit nur sehr begrenzt zur Sprache gekommen.

Schließlich muß darauf hingewiesen werden, daß es sich bei den herausgearbeiteten Wirkmechanismen um *subjektive Theorien* der interviewten Therapeuten und Therapeutinnen handelt. Dies soll weniger als Einschränkung verstanden werden, da die subjektiven Theorien der Therapeuten und Therapeutinnen dem Erkenntnisinteresse entsprechen, sondern vielmehr als Explikation der eingenommenen Perspektive.

7.2.2 Inhaltliche Perspektiven: Die Dimension des Bewußtseins im professionellen Handeln von Psychotherapeuten

Die Ergebnisse dieser Untersuchung zeigen, daß Meditation auf mehreren Ebenen für die therapeutische Praxis wirkrelevant ist. Meditation bietet von einer Coping-Strategie zur Psychohygiene bei Berufsstreß über den Erwerb zentraler therapeutischer Kompetenzen bis hin zur Erfahrung erweiterter transpersonaler Bewußtseinszustände viele Auswirkungen, die für den Psychotherapeuten hilfreich sind und in die therapeutische Praxis hinein wirken. Dennoch handelt es sich bei diesen Auswirkungen im Grunde um

‚Nebenwirkungen‘ einer Praxis, die Bestandteil eines umfassenderen Wandlungsweges ist. Der meditative Weg kann als eine zunehmende Erweiterung des Bewußtseins über das individuelle Ich hinaus gesehen werden, was mit einer Wandlung des Wirklichkeitserlebens von einer Wahrnehmung des Getrenntseins zu einer Wahrnehmung der Verbundenheit einhergeht, wie es in Abb.15 angedeutet ist.

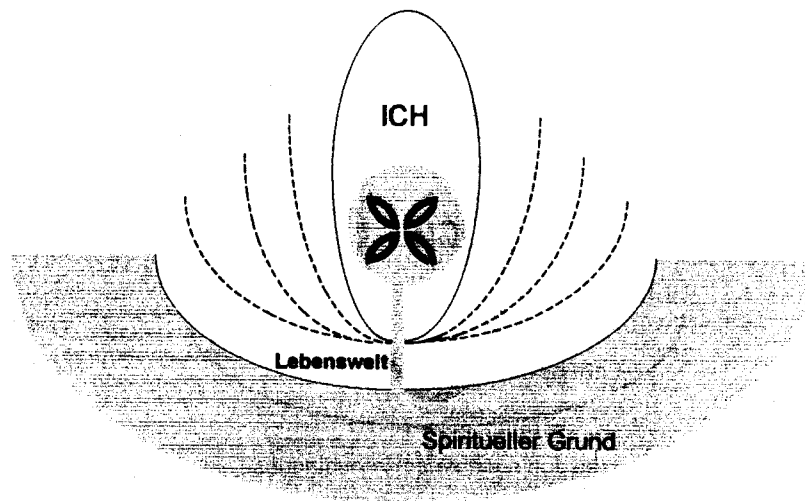


Abb.15: Modell eines Transformationsprozesses (Yeginer 2000b)

Die Bedeutung dieses Wandlungsprozesses für das professionelle Handeln sowie einige der zugrunde liegenden Wirkmechanismen konnten in den Ergebnissen dieser Arbeit deutlich gemacht werden. Dabei zeigte sich, daß nicht nur die Meditationspraxis, sondern auch andere Faktoren diesen Transformationsprozeß wechselseitig beeinflussen. Auch die therapeutische Tätigkeit kann im Sinne eines Übungsweges als Bestandteil dieses Wandlungsprozesses gesehen werden.

Von besonderer Bedeutung im Prozeß professionellen Bewußtseinswandels erscheint mir die *Komplementarität* von spirituellem Sein und professionellem Handeln. Die beiden Bereiche stellen keine Alternativen zueinander dar, sondern das Sein durchdringt das therapeutische Handeln vielmehr, als daß es eine Alternative zum Handeln darstellt. Dabei konnte gezeigt werden, daß die Meditation eine Möglichkeit ist, das therapeutische Handeln in einer meditativen/spirituellen Seinsebene zu verankern.

Im Mahayana-Buddhismus gibt es das sogenannte Bodhisattva-Ideal. Ein Bodhisattva geht nicht ins Nirvana ein und stellt damit sein eigenes Heil zurück, bis er allen anderen

Wesen geholfen hat, ihre Vollendung zu finden. Im Christentum meint das Gebot ‚Liebe deinen Nächsten wie dich selbst‘ im Grunde nichts anderes, als die Ich-Grenzen so auszuweiten, daß sie den anderen Menschen einschließen (Tausch-Flammer 1999). In diesem Sinne beinhaltet der meditative Weg eine zutiefst ethische Dimension und die Möglichkeit, diese mehr und mehr zu verwirklichen, was sich natürlich auch in der therapeutischen Arbeit ausdrücken kann. Allerdings stellt sich im Zusammenhang mit der Professionalitätsdebatte (vgl. Kap.2.3.4) die Frage, inwieweit eine solche Haltung überhaupt als professionell bezeichnet werden kann. Die eigentliche Basis des Handelns ist nämlich nicht durch mit der professionellen Rolle verbundene Standards vorgegeben, sondern sie gründet im ‚Mensch sein‘. Die Ergebnisse der Interviews weisen aber darauf hin, daß die professionelle Rolle in einer Balance zwischen Professionalität und menschlicher Betroffenheit zu einem Instrument werden kann, um die ethische Grundhaltung auszudrücken. Die Meditationspraxis schafft dabei hilfreiche Bedingungen, diese Balance herzustellen.

Die Integration der transpersonalen Perspektive in die Psychotherapie bringt einige Grenzüberschreitungen hinsichtlich herkömmlicher Ziele und Aufgaben von Psychotherapie mit sich, die den Rahmen von Psychotherapie abstecken. Sie erfordert ein neues und erweitertes Verständnis von Gesundheit, Krankheit und Heilung, das den Menschen in seinen spirituellen Bedürfnissen und Fähigkeiten ernst nimmt. Ein solches Verständnis fordert die Psychotherapie als eine Institution heraus, die befähigt ist, Unterstützung auf dem spirituellen Weg anbieten zu können. Aus dieser Perspektive stellt die spirituelle Weiterführung des Therapeuten natürlich eine notwendige Qualifikation dar. Die Ergebnisse der Interviews zeigen, daß die Therapeuten und Therapeutinnen sich in einigen Punkten verantwortlich fühlen, die Grenzen herkömmlicher Psychotherapie zu überschreiten bzw. zu erweitern.

Psychotherapie beinhaltet neben einer individuellen auch eine strukturelle Komponente (Belschner 2001), weshalb die Integration der transpersonalen Perspektive in die Psychotherapie nicht auf die Verantwortung des Therapeuten beschränkt bleibt, sondern mit einer „*Ökologie der Ermöglichung*“ (Belschner 2001, S.91) im Zusammenhang steht. Daraus ergibt sich z.B. der Wunsch, die Transpersonale Psychologie und Psychotherapie in das Psychologiestudium und in die Ausbildungscurricula zum Psychotherapeuten zu integrieren, statt sie in Randbereiche zu verdrängen oder sogar abzuwerten. Die Ergebnisse dieser Arbeit weisen darauf hin, daß die Meditation als spirituelle Praxis zum

Angebot der Ausbildungsinstitute zum Psychotherapeuten gehören sollte. Allerdings dürfte ein solches Angebot nicht zur ‚Pflichtveranstaltung‘ gemacht werden, da ein solch funktionalistisches Denken nicht mit der spirituellen Praxis vereinbar ist und einem Mißbrauch gleich käme.

Mir erscheint es eine wünschenswerte Vorstellung, daß spirituelle Fragen und Wege in Zukunft nicht nur auf das Private oder die Religionen begrenzt sind, sondern auch auf gesamt-kultureller Ebene Ausdrucksmöglichkeiten finden. Meiner Ansicht nach kommt bei dieser Entwicklung der Psychologie und Psychotherapie in Theorie und Praxis eine besondere Verantwortung zu.

7.3 Forschungsausblick

Da diese Untersuchung explorativen Charakter hat, besteht ein wesentliches Ziel darin, zu weiterführenden Forschungsfragen anzuregen.

Zunächst besteht eine Möglichkeit darin, derselben Forschungsfrage mit anderen methodischen und theoretischen Zugängen nachzugehen. Beispielsweise ist es möglich, auf der Grundlage dieser Untersuchung einen Fragebogen zu den Auswirkungen der Meditationspraxis zu entwickeln und auf diese Weise eine größere Anzahl von Therapeuten und Therapeutinnen zu erreichen. Eine andere Möglichkeit besteht darin, durch die Verwendung einer weiteren theoretischen Grundlage zu den meditativen Bewußtseinszuständen die Ergebnisse um neue Aspekte und Perspektiven zu erweitern.

Desweiteren kann die Forschungsfrage erweitert werden, indem überprüft wird, ob sich über die subjektiven Theorien der Therapeuten und Therapeutinnen hinaus Anhaltspunkte für objektiv meßbare Auswirkungen der Meditationspraxis finden lassen. Ansatzweise wurde dies bereits mit der Fragebogenerhebung in dieser Untersuchung versucht. Ein solcher Ansatz ließe sich weitergehend verfolgen, unter Umständen auch mit experimentellen Studien. Allerdings steht die Komplexität des Gegenstandes in einem Dilemma zur Forderung nach Kontrollierbarkeit.

Wesentlicher erscheint mir die Fragestellung, inwieweit die von den Therapeuten und Therapeutinnen berichteten Auswirkungen der Meditationspraxis Wirkfaktoren in der Psychotherapie darstellen. Die interviewten Therapeuten und Therapeutinnen berichteten zum Beispiel von einer Verbesserung der therapeutischen Beziehung durch die Me-

ditionspraxis, wobei die therapeutische Beziehung als (unspezifischer) Wirkfaktor in der Psychotherapie unumstritten ist (Orlinsky & Howard 1986). Darüber hinaus stellt sich aber auch die Frage, inwieweit die meditative Grundhaltung heilend in einem transpersonalen Sinne wirkt. Hier besteht Forschungsbedarf bezüglich bisher nicht allgemein akzeptierter transpersonaler Wirkfaktoren, wie z.B. des Bewußtseins des Therapeuten. Dazu könnte es hilfreich sein, nicht nur Therapeuten und Klienten, sondern auch spirituelle Lehrer in die Forschung zu den transpersonalen Heilfaktoren einzubeziehen. Auf diese Weise könnten Wirkfaktoren aus dem Bereich der Spiritualität erkundet werden, die auch in der Therapie nutzbar gemacht werden könnten. Die Erkenntnisse der Psychosynergieforschung (Hansch 2002) weisen darauf hin, daß in den spirituellen Traditionen praktizierte Grundhaltungen therapeutisch wirksam sind. Auf der anderen Seite wäre aber auch zu untersuchen, inwieweit spirituelle Lehrer therapeutische Methoden gebrauchen, so daß das Feld von Psychotherapie und Spiritualität auf empirischer Grundlage erweitert würde. Zum Beispiel könnte in diesem Zusammenhang der spirituelle Wandlungsweg näher untersucht werden. Erfahrungen, Motivationen, Widerstände sowie ‚Interventionen‘ der spirituellen Lehrer und ihre Auswirkungen könnten analysiert und mit den Landkarten der spirituellen Traditionen verglichen werden, um auf diese Weise Einflußfaktoren und Wirkzusammenhänge herauszuarbeiten und sie mit therapeutischen Konzepten in Beziehung zu setzen.

Im Hinblick auf die Methodik erscheint es mir im Bereich der Transpersonalen Psychologie wünschenswert, neben quantitativer Forschung insbesondere auch qualitative Ansätze zu fördern, da dieser Bereich aufgrund seiner Sensibilität ganz besonders ‚weicher‘ Ansätze bedarf.

Ganz allgemein ist mir eine Grundhaltung wichtig, die den wissenschaftlichen Diskurs nicht so sehr als Instrument sieht, das die (höhere) Wirklichkeit erfassen soll, sondern welches dieser Wirklichkeit eher als Ausdrucksmittel dient.

8 Literaturverzeichnis

- Allman, L.S., De La Roche, O., Elkins, D.N. & Weathers, R.S. (1992). Psychotherapists attitudes towards clients reporting mystical experiences. *Psychotherapy*, 29 (4), 564-569.
- Ambühl, H., Orlinsky, D., Cierpka, M., Buchheim, P., Meyerberg, J., Willutzki, U. & SPR Collaborative Research Network (1995). Zur Entwicklung der theoretischen Orientierung von PsychotherapeutInnen. *Psychotherapie, Psychosomatik und medizinische Psychologie*, 45, 109-119.
- Assagioli, R. (1988). *Psychosynthese. Prinzipien, Methoden, Techniken*. (2. deutsche Aufl.). Adliswil/Zürich: A.P.I.
- Astin, J.A. (1997). Stress reduction through mindfulness meditation. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 66 (2), 97-106.
- Austin, J.H. (1998). *Zen and the brain. Toward an understanding of meditation and consciousness*. Cambridge: MIT Press.
- Belschner, W. & Galuska, J. (1999). Empirie spiritueller Krisen- erste Ergebnisse aus dem Projekt RESCUE. *Transpersonale Psychologie und Psychotherapie*, 5 (1), 78-94.
- Belschner, W. (2000). Integrale Gesundheit. Zur Integration einer Transpersonalen Psychologie in die Akademische Psychologie. In Belschner, W. & Gottwald, P. (Hrsg.), *Gesundheit und Spiritualität* (S.71-117). Oldenburg: BIS.
- Belschner, W. (2001). Tun und Lassen: Ein komplementäres Konzept der Lebenskunst. *Transpersonale Psychologie und Psychotherapie*, 7 (2), 85-102.
- Belschner, W. (2002a). Die vergessene Dimension in Grawes Allgemeiner Psychotherapie. In Belschner, W., Galuska, J., Walach, H. & Zundel, E. (Hrsg.), *Transpersonale Forschung im Kontext* (S.167-216). Oldenburg: BIS.
- Belschner, W. (2002b). *Ergebnisse der empirischen Forschung zur Transpersonalen Psychologie*. Unveröffentlichter Vortrag.
- Belschner, W. (2002c). Grundlagen der Transpersonalen Psychologie. *Transpersonale Psychologie und Psychotherapie*, 8 (2), 74-94.
- Bergin, A. E. & Jensen, J.P. (1990). Religiosity of psychotherapists: A national survey. *Psychotherapy*, 27 (1), 3-7.

- Breuer, F. (2003). Subjekthaftigkeit der sozial-/wissenschaftlichen Erkenntnistätigkeit und ihre Reflexion: Epistemologische Fenster, methodische Umsetzungen. *Forum Qualitative Sozialforschung* [On-line Journal], 4 (2). (Zugriff über: <http://www.qualitative-research.net/fqs>).
- Brown, K.W. & Ryan, R. (2003). The benefits of being present: Mindfulness and its role in psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 84 (4), 822-848.
- Buchheld, N. (2000). *Achtsamkeit in Vipassana-Meditation und Psychotherapie. Die Entwicklung des „Freiburger Fragebogens zur Achtsamkeit“ (FFA)*. Frankfurt a.M.: Peter Lang.
- Chung, C.-Y. (1990). Psychotherapist and expansion of awareness. *Psychotherapy and psychosomatics*, 53 (1-4), 28-32.
- Demling, J.H., Wörthmüller, M. & O’Connolly, T.A. (2001). Psychotherapie und Religion. Eine repräsentative Umfrage unter fränkischen Psychotherapeuten. *Psychotherapie, Psychosomatik und medizinische Psychologie*, 51, 76-82.
- Dubin, W. (1991). The use of meditation in psychotherapy supervision. *Journal of Transpersonal Psychology*, 23 (1), 65-80.
- Dürckheim, K. Graf (1993). *Meditieren- wozu und wie* (5.Aufl.). Freiburg: Herder.
- Dürckheim, K. Graf (2001). *Vom doppelten Ursprung des Menschen*. (16.Gesamtaufl.). Freiburg: Herder.
- Eckert (2000). Schulenübergreifende Aspekte der Psychotherapie. In Reimer, Ch. (Hrsg.), *Psychotherapie. Ein Lehrbuch für Ärzte und Psychologen* (2., überarbeitete u. erweiterte Aufl.) (S. 324-339). Berlin: Springer.
- Engel, K. (1999). *Meditation. Geschichte, Systematik, Forschung, Theorie*. (2., stark erweiterte Aufl.). Frankfurt a. M.: Peter Lang.
- Engel, K. (2000). Meditative Wege- eine empirische Untersuchung. *Transpersonale Psychologie und Psychotherapie*, 6 (1), 84-103.
- Essen, S. (1995). Spirituelle Aspekte in der systemischen Therapie. *Transpersonale Psychologie und Psychotherapie*, 1 (2), 41-53.
- Falk, C. (2002). *Buddhistische Praxis in Deutschland. Korrelate zu Zufriedenheitsmaßen und ausgewählten Persönlichkeitsmerkmalen*. Unveröffentlichte Diplomarbeit: Universität Bielefeld.

-
- Fredenberg, J.-R. (2002). The buddhist psychologist. *Dissertation Abstracts International*. Silver Platter File.
- Fromm, E. (1971). Psychoanalyse und Zen-Buddhismus. In Fromm, E., Suzuki, D.T. & Martino, R. de (Hrsg.), *Zen-Buddhismus und Psychoanalyse* (S.101-179). Frankfurt a. M.: Suhrkamp.
- Galuska, J. (1996). Transpersonale stationäre Psychotherapie. *Transpersonale Psychologie und Psychotherapie*, 2 (1), 23-33.
- Grawe, K., Donati, R. & Bernauer, F. (1994). *Psychotherapie im Wandel. Von der Konfession zur Profession*. Göttingen: Hogrefe.
- Grawe, K. (1999). Allgemeine Psychotherapie: Leitbild für eine empiriegeleitete psychologische Therapie. In Wagner, R.F. & Becker, P. (Hrsg.), *Allgemeine Psychotherapie: neue Ansätze zu einer Integration psychotherapeutischer Schulen* (S.117-167). Göttingen: Hogrefe.
- Grof, S. (2001). *Das Abenteuer der Selbstentdeckung. Heilung durch veränderte Bewusstseinszustände* (4. Aufl.). Reinbek: Rowohlt.
- Gudermuth, S. (1997). Eine transpersonale Psychotherapie für den transpersonalen Therapeuten. *Transpersonale Psychologie und Psychotherapie*, 3 (2), 82-90.
- Guggenberger, E. (1990). *Identität und Krise im Psychologenberuf. Eine Studie über das berufliche Selbstverständnis von Psychologinnen und Psychologen und ihre Auseinandersetzung mit Arbeitslosigkeit*. München: Profil.
- Haduch, A.W. (2000). *Wie der Schmetterling aus der Raupe. Zen als innerer Wandlungsprozess*. (2., überarbeitete u. erweiterte Aufl.). Zürich: Zentrum für Zen-Buddhismus.
- Häcker, H. & Stapf, K.-H. (1998). *Dorsch Psychologisches Wörterbuch* (13., überarbeitete u. erweiterte Aufl.). Bern: Huber.
- Hansch, D. (2002). *Evolution und Lebenskunst. Grundlagen der Psychosynergetik*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Helg, F. (2000). *Psychotherapie und Spiritualität. Östliche und westliche Wege zum Selbst*. Düsseldorf: Walter.
- Hermer, M. (1997). Zur Konstruktion von Identität in der therapeutischen Begegnung. *Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis*, 29 (4), 485-503
- Holzcamp, K. (1995). *Lernen. Subjektwissenschaftliche Grundlegung* (Studienausgabe). Frankfurt a.M.: Campus.

- Howald, W. (1989). Meditationsforschung. Einführung und Überblick. *Gruppendynamik*, 20 (4), 345-367.
- Humnitzsch, H. (1999). Psychotherapie und die Integration relevanten Wissens im Rahmen eines allgemeinen Modells. In Wagner, R.F. & Becker, P. (Hrsg.), *Allgemeine Psychotherapie: Neue Ansätze zu einer Integration psychotherapeutischer Schulen* (S.75-116). Göttingen: Hogrefe.
- Hundt, U. (2000). *Westliche Psychotherapie und östliche Spiritualität. Wege zur Integration*. Berlin: VWB..
- Huth, W. (2000). Sinnfindung und meditative Praxis in der Psychotherapie. *Integrative Therapie*, 4, 471-492.
- Hutton, M.S. (1994). How transpersonal psychotherapists differ from other practitioners- an empirical study. *Journal of Transpersonal Psychology*, 26, 139-174.
- Jäger (1995). Mystik- Weltflucht oder Weltverantwortung? *Transpersonale Psychologie und Psychotherapie*, 1, 25-37.
- Jäger, W. (1999). *Suche nach der Wahrheit. Wege- Hoffnungen- Lösungen* (2.Aufl.). Petersberg: Via nova.
- Jäger, W. (2000). *Die Welle ist das Meer* (6.Aufl.). Freiburg: Herder.
- Jäger, W. (2003). *Suche nach dem Sinn des Lebens. Bewußtseinwandel auf dem Weg nach innen* (6.Aufl.). Petersberg: Via nova.
- Jaeggi, E. (2001). *Und wer therapiert die Therapeuten?* Stuttgart: Klett-Cotta.
- Jaeggi, E. & Möller, H. (2003). Erleuchtete Psychotherapeuten. *Psychologie heute compact: Glück, Glaube, Gott. Was gibt dem Leben Sinn? Heft 8*, 84-89.
- Jaeggi, E. & Faas, A. (1993). Denkverbote gibt es nicht! *Psychologie und Gesellschaftskritik*, 17 (3/4), 141-162.
- Keefe, T. (1975). Meditation and the psychotherapist. *American Journal of Orthopsychiatry*, 45 (3), 484-489.
- Kelly, G.F. (1996). Using meditative techniques in psychotherapy. *Journal of Humanistic Psychology*, 36 (3), 49-66.
- Kleining, G. (1995). *Lehrbuch entdeckende Sozialforschung*. Weinheim: Beltz.

- König, E. (2002). Qualitative Forschung im Bereich subjektiver Theorien. In König, E. & Zedler, P. (Hrsg.), *Qualitative Forschung* (2., völlig überarbeitete Aufl.) (S. 55-69). Weinheim: Beltz.
- Köthke, W., Rückert, H.-W. & Sinram, J. (1999). *Psychotherapie?- Psychoszene auf dem Prüfstand*. Göttingen: Hogrefe.
- Kriz, J. (2001). *Grundkonzepte der Psychotherapie*. (5., vollständig überarbeitete Aufl.). Weinheim: Beltz.
- Kühn, R. (2000). Phänomenologische Sinnfrage und „Klinischer Blick“. *Integrative Therapie*, 4, 434-450.
- Küstenmacher, M. (2003). Eine Spiritualität für Lebende und Sterbende. In Kuric, J. & Raischl, J. (Hrsg.), *Nahe sein, loslassen. Spirituelle Erfahrung in der Begleitung von Sterbenden*. Freiburg: Herder.
- Kwee, M. (1990). Cognitive and behavioural approaches to meditation. In Kwee, M. (Ed.), *Psychotherapy, Meditation and Health* (pp.36-53). London: East-West.
- Lamnek, S. (1995a). *Qualitative Sozialforschung. Bd.1: Methodologie* (3., korrigierte Aufl.). Weinheim: Beltz.
- Lamnek, S. (1995b). *Qualitative Sozialforschung. Bd.2: Methoden und Techniken* (3., korrigierte Aufl.). Weinheim: Beltz.
- Lesh, T.V. (1970). Zen meditation and the development of empathy in counselors. *Journal of Humanistic Psychology*, 10 (1), 39-74.
- Linden, W. (1993). Meditation. In Vaitl, D.& Petermann, F. (Hrsg.), *Handbuch der Entspannungsverfahren* (S.207-216). Weinheim: Beltz.
- Ludwig, M. & Plaum, E. (1998). „Glaubensüberzeugungen“ bei Psychotherapeutinnen/Psychotherapeuten. *Zeitschrift für Klinische Psychologie, Psychiatrie und Psychotherapie*, 46 (1), 58-83.
- Mayring, P. (1993). *Qualitative Inhaltsanalyse: Grundlagen und Techniken* (4., erweiterte Aufl.). Weinheim: Deutscher Studien Verlag.
- Mayring, P. (1999). *Einführung in die qualitative Sozialforschung*. (4. Aufl.). Weinheim: Psychologie Verlags Union.
- Mechsner, F. (1998). Die Suche nach dem Ich. Wieso gibt es eigentlich das Bewusstsein? *GEO: Die Suche nach dem Ich. Das Bewußtsein des Menschen*, 2/1998, 62-80.

- Mikulas, W. (1990). Mindfulness, self-control and personal growth. In Kwee, M. (Ed.), *Psychotherapy, Meditation and Health* (pp.151-164). London: East-West.
- Müller, P. (1997). *Merkmale des Erlebens in „tiefer“ Meditation: Entwicklung eines Fragebogens zur quantitativen Erfassung des Konstrukts „Meditationstiefe“*. Unveröffentlichte Diplomarbeit. Frankfurt a. M.: J.W. Goethe Universität.
- Orlinsky, D.E. & Howard, K.I. (1986). Process and outcome in psychotherapy. In Garfield, S.L. & Bergin, A.E. (Eds.), *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change* (3rd edition) (pp.311-381). New York: Wiley.
- Ott, U. (2002a). Merkmale der 40 Hz-Aktivität im EEG während Ruhe, Kopfrechnen und Meditation. In Belschner, W., Galuska, J., Walach, H. & Zundel, E. (Hrsg.), *Transpersonale Forschung im Kontext* (S.137-140). Oldenburg :BIS.
- Ott, U. (2002b). Transpersonale Erfahrungen während tiefer Meditation. *Transpersonale Psychologie und Psychotherapie*, 8 (1), 7-16.
- Payne, I.R., Bergin, A.E. & Loftus, P.E. (1992). A review of attempts to integrate spiritual and standard psychotherapy techniques. *Journal of Psychotherapy Integration*, 2 (3), 171-192.
- Perez-de-Albeniz, A. (2000). Meditation: concepts, effects and uses in therapy. *International Journal of Psychotherapy*, 5 (1), 49-58.
- Pfluger-Heist, U. (2002). Was ist ein transpersonaler Therapeut? *Transpersonale Psychologie und Psychotherapie*, 8 (2), 5-24.
- Piron, H. (2001a). Die Tiefendimension in der Meditation- eine empirische Studie. *Transpersonale Psychologie und Psychotherapie*, 7 (1), 66-81.
- Piron, H. (2001b). The Meditation Depth Index (MEDI) and the Meditation Depth Questionnaire (MEDEQ). *Journal for Meditation and Meditation Research*, (2001/01), 69-92.
- Piron. H. (2002). Meditation auf dem Prüfstand. *Ursache und Wirkung*, 39, 32-33.
- Rad, M. von (1996). Psychotherapie als Beruf. *Psychotherapie, Psychosomatik und medizinische Psychologie*, 46, 83-89.
- Richards, P.S. & Bergin, A.B. (1997). *A spiritual strategy for counseling and psychotherapy*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Riedel, I. (2001). Spiritualität aus psychologischer Sicht. In Seefeldt, D. (Hrsg.), *Spiritualität und Psychotherapie*, S.49-57. Lengerich: Pabst Science Publishers.

- Rogers, C. (1977). *Therapeut und Klient. Grundlagen der Gesprächspsychotherapie*. München: Kindler.
- Saum-Aldehoff, T. (1995). Der Heilige Zeitgeist. *Psychologie heute*, 22 (7), 28-33.
- Saum-Aldehoff, T. (2003). Die Sehnsucht nach dem ozeanischen Gefühl. *Psychologie heute compact: Glück, Glaube, Gott. Was gibt dem Leben Sinn? Heft 8*, 46-51.
- Schaeffer, P. (1990). *Psychotherapie zwischen Mythologisierung und Entzauberung*. Opladen: Westdeutscher Verlag.
- Scharfetter, C. (1991). *Der spirituelle Weg und seine Gefahren. Eine Übersicht für Therapeuten und Berater*. Stuttgart: Enke.
- Scharfetter, C. (1999). Spiritualität: Wege und Irrwege. *Psychologie heute*, 26 (6), 20-26.
- Schreurs, A. (2002). *Psychotherapy and Spirituality*. London: Jessica Kingsley Publishers.
- Shafranske, E.P. & Gorsuch, R. (1984). Factors associated with the perception of spirituality in psychotherapy. *Journal of Transpersonal Psychology*, 16 (2), 231-241.
- Shafranske, E.P. & Malony, H.N. (1990). Clinical psychologists' religious and spiritual orientations and their practice of psychotherapy. *Psychotherapy*, 27 (1), 72-78.
- Shapiro, D.H. (1983). Meditation as an altered state of consciousness. *Journal of Transpersonal Psychology*, 15(1), 61-81
- Shapiro, D.H. (1987). *Meditationstechniken in der Klinischen Psychologie*. Eschborn: Fachbuchhandlung für Psychologie.
- Shapiro, D.H. (1992). A preliminary investigation of long-term-meditators. *Journal of Transpersonal Psychology*, 24 (1), 23-29.
- Shapiro, D.H. (1994). Examining the content and context of meditation: a challenge for psychology in the areas of stress management, psychotherapy and religion/values. *Journal of Humanistic Psychology*, 34 (4), 101-135.
- Skovholt, T.M. & Rønnestad, M.H. (1992). *The evolving professional self. Stages and themes in therapist and counselor development*. Chichester: Wiley.
- Sölle, D. (2000). *Mystik und Widerstand* (3.Aufl.). München: Piper.

- Sullivan, J.P. (1998). *On holy ground. The impact of psychotherapists' spirituality on their practice*. Lanham: University Press of America.
- Suzuki, S. (1975). *Zen Geist, Anfänger Geist*. Zürich: Theseus.
- Tausch-Flammer, D. (1999). Von der Hingabe an sich selbst und der Hingabe an den anderen. In Tausch-Flammer, D. & Bickel, L., *Spiritualität der Sterbebegleitung* (Neuausgabe als Taschenbuch). Freiburg: Herder.
- Teasdale, J.D. (1999). Metacognition, Mindfulness and the Modification of Mood Disorders. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 6, 146-155.
- Thompon, R.F. (2000). Zazen and therapeutic presence. *American Journal of Psychotherapy*, 54 (4), 531-548.
- Thorne, B. (1997). Spiritual responsibility in a secular profession. In Horton, I. & Varma, V. (Eds.), *The needs of counsellors and psychotherapists* (pp. 199-213). London: SAGE.
- Trungpa, C. (1999). *Spirituellen Materialismus durchschneiden* (4. Aufl.). Zürich: Theseus.
- Turner, R. (1993). Transpersonal research review: psychospiritual dimensions of healing. *Journal of Transpersonal Psychology*, 1, 11-28.
- Walch, S. (2001). Psychotherapie und Spiritualität: Erfahrungen und Einsichten auf dem Wege zur Integration. In Seefeldt, D. (Hrsg.), *Spiritualität und Psychotherapie* (S. 107-111). Lengerich: Pabst Science Publishers.
- Walsh, R.N. (1983). Meditation. In Corsini, R.J. (Hrsg.), *Handbuch der Psychotherapie* (S. 652-678). Weinheim: Beltz.
- Watts, A. (1980). *Psychotherapie und östliche Befreiungswege*. München: Kösel.
- Watzlawick, P. (1998) (Hrsg.). *Die erfundene Wirklichkeit* (10.Aufl.). München: Piper.
- Watzlawick, P., Weakland, J.H. & Fisch (2001). *Lösungen. Zur Theorie und Praxis menschlichen Wandels* (6.Aufl.). Bern: Huber.
- Weis, H.-W. (1996). Therapeutisierung und Verlust des spirituellen Eros. *Transpersonale Psychologie und Psychotherapie*, 2 (1), 85-98.
- Weis, H.-W. (2001). Ken Wilbers Transpersonale Systemspekulation- eine kritische Auseinandersetzung. *Transpersonale Psychologie und Psychotherapie*, 7 (2), 20-31.

-
- West, W. (2000). *Psychotherapy and Spirituality. Crossing the line between therapy and religion*. London: SAGE.
- White, F. (2002). The lived-experience of psychospiritual integration. A qualitative study with lincensed psychotherapists who activeley integrate spirituality into their practice of psychotherapy. *Dissertation Abstracts International*. Silver Platter File.
- Wilber, K. (1984). *Wege zum Selbst*. München: Goldmann.
- Wilber, K. (1991). *Das Spektrum des Bewußtseins*. Hamburg: Rowolth.
- Wilber, K. (1997). *Eine kurze Geschichte des Kosmos*. Frankfurt: Fischer.
- Wilber, K. (2001). *Integrale Psychologie. Geist, Bewußtsein, Psychologie, Therapie*. Freiamt: Arbor.
- Wit, H.F. de (1998). *Die verborgene Blüte. Über die psychologischen Hintergründe der Spiritualität*. Petersberg: Via Nova.
- Wit, H.F. de (2001). Psychotherapie und Meditation aus Sicht des Buddhismus. *Transpersonale Psychologie und Psychotherapie*, 7 (2), 50-62
- Witzel, A. (1985). Das problemzentrierte Interview. In Jüttemann, G. (Hrsg.), *Qualitative Forschung in der Psychologie* (S. 227-255). Weinheim: Beltz.
- Witzel, A. (2000). Das problemzentrierte Interview. *Forum Qualitative Sozialforschung* [On-line Journal], 1 (1). (Zugriff über: <http://www.qualitative-research.net/fqs>).
- Yeginer, A. (2000a). *Forschungsinstrumente der Transpersonalen Psychologie*. Oldenburg: BIS.
- Yeginer, A.(2000b). Spirituelle Praxis als Hilfe zur Bewältigung einer Krebserkrankung. In Belschner, W.& Gottwald, P. (Hrsg.), *Gesundheit und Spiritualität* (S.119-145). Oldenburg: BIS.
- Zimbardo, P. G. (1995). *Psychologie* (6., neu bearbeitete u. erweiterte Aufl.). Berlin: Springer.
- Zöbeli, J. (2001). Wieviel Ego braucht der Mensch? – Therapeutische Ichstärkung und spirituelle Ichtranszendenz. *Transpersonale Psychologie und Psychotherapie*, 7 (1), 33-46.
- Zöbeli, J. (2002). „Werde, der du bist“. Therapeutische Selbstwerdung und spirituelle Seinsverwirklichung. In Belschner, W., Galuska, J., Walach, H. & Zundel, E. (Hrsg.), *Transpersonale Forschung im Kontext* (S. 155-166). Oldenburg: BIS.

- Zundel, E. (1989). Psychotherapie und spirituelle Wege. Vorurteile- Bezugssysteme- Verbindungen. *Gruppendynamik*, 20 (4), 327-337.
- Zundel, E. (1995). Transpersonales in einem herkömmlichen Therapieprozeß. *Transpersonale Psychologie und Psychotherapie*, 1 (2), 5-21.

Anhang

Sarah Langen
xxxxstr. 85
xxxxxxxxxxxxxx
Tel.: xxxxxxxxx
e-mail: sarahlangen@gmx.de

Datum

Liebe Frau _____/Lieber Herr_____!

Vor einigen Tagen haben wir miteinander telefoniert und Sie haben sich dazu bereit erklärt, an einem Interview teilzunehmen. Der vereinbarte Termin ist _____.

Wie ich Ihnen gesagt habe, schreibe ich eine Diplomarbeit im Bereich von Psychotherapie und Spiritualität. Dabei soll es um die Frage gehen, welche Berührungspunkte Sie zwischen Ihrer meditativen Praxis und Ihrem beruflichen Selbstverständnis sehen.

Hier möchte ich Ihnen noch einige Hinweise zum Ablauf geben.

Vor Beginn des eigentlichen Interviews bitte ich Sie, einen Kurzfragebogen zu Ihrer therapeutischen Tätigkeit und Ihrer meditativen Praxis zu beantworten. Außerdem bitte ich Sie, im direkten Anschluß an das Interview zwei weitere Fragebögen auszufüllen. Insgesamt (inkl. Fragebögen) wird das Interview ca. eine gute Stunde dauern.

Ich möchte Sie darauf hinweisen, daß das Interview auf Tonband aufgezeichnet wird.

Falls Sie damit nicht einverstanden sind, bitte ich Sie, mit mir Kontakt aufzunehmen.

Die Auswertung des gesamten Materials erfolgt anonym.

Falls Sie sich auf das Interview einstimmen möchten, können Sie sich folgende Frage stellen:

Mit welcher Metapher kann ich mich als TherapeutIn beschreiben?

Vielen Dank für Ihre Bereitschaft, an dem Interview teilzunehmen!

Wenn Sie Fragen haben, können Sie sich gerne an mich wenden.

Mit freundlichen Grüßen,

Sarah Langen (Unterschrift)

Kurzfragebogen

Angaben zur Person

Alter: unter 40 Jahre 40 bis 60 Jahre über 60 Jahre

Geschlecht: w m

Zur therapeutischen Ausbildung und Tätigkeit

Studium: Medizinstudium Psychologiestudium

Therapieausbildungen in chronologischer Reihenfolge:

Derzeitiger Arbeitsschwerpunkt (methodisch):

Als TherapeutIn tätig seit: _____ Jahren

Zur meditativen Praxis

Art der Meditation: _____

Ich meditiere seit: _____ Jahren

Wie oft in der Regel? ein- oder mehrmals täglich
 ein- oder mehrmals wöchentlich
 unregelmäßig

Ich nehme ein- oder mehrmals im Jahr an einem mehrtätigen Meditationskurs teil.

ja nein manchmal

Meditation ist für mich persönlich an eine bestimmte Religion gebunden.

ja, und zwar: _____

nein

Meditation nimmt einen wichtigen Platz in meinem Leben ein.

stimmt überhaupt nicht

stimmt nicht

stimmt

stimmt sehr

Meine meditative Praxis ist für meinen Beruf als TherapeutIn von Bedeutung.

stimmt überhaupt nicht

stimmt nicht

stimmt

stimmt sehr

Mit welcher Metapher würden Sie sich als TherapeutIn beschreiben?

Der Interviewleitfaden

1) Das professionelle Selbstverständnis

Im Kurzfragebogen haben Sie¹⁷ sich als TherapeutIn mit einer Metapher beschrieben.

-Vielleicht können Sie sagen, welche Metapher Sie gewählt haben und weshalb Sie gerade diese Metapher benutzen, um sich als TherapeutIn zu beschreiben, bzw. welche Assoziationen Sie zu der Metapher haben.

2) Der meditative Übungsweg

Im Kurzfragebogen haben Sie schon einige Angaben zu ihrer Meditationspraxis gemacht und auf einer Skala angegeben, ob Meditation einen wichtigen Platz in Ihrem Leben einnimmt.

-Können Sie jetzt umschreiben, was Sie unter Meditation eigentlich verstehen und was Meditation für Sie persönlich bedeutet?

-Welche Rolle spielen Religion und Spiritualität dabei?

3) Meditativer Übungsweg und professionelles Handeln

Wie ich Ihnen gesagt habe, interessiert mich, welche Berührungspunkte Sie zwischen Ihrem persönlichen Übungsweg und Ihrem Selbstverständnis als PsychotherapeutIn sehen. Im Kurzfragebogen haben Sie auch schon auf einer Skala angegeben, ob Meditation für Ihren Beruf wichtig ist.

-Welchen Wert haben Sie auf der Skala angegeben und warum?

-Wie wirkt sich Ihre Meditationspraxis auf Ihre therapeutische Haltung und Arbeitsweise aus?

- a) auf die therapeutische Beziehung
- b) auf das Vorgehen in der Intervention
- c) auf das Vorgehen in der Diagnostik
- d) auf die Formulierung der Therapieziele

¹⁷ Hier wird das ‚Sie‘ verwendet, da die Mehrzahl der Therapeuten und Therapeutinnen gesiezt wurden.

-
- Können Sie das an einem Fallbeispiel aus Ihrer Praxis deutlich machen?
 - Welche Bedeutung spielt für Sie Spiritualität in der Therapie? Sehen Sie einen Zusammenhang zu Ihrer Meditationspraxis?
 - Haben sich durch die Meditation neue therapeutische Kompetenzen herausgebildet?
 - Gibt es auch Auswirkungen, die problematisch für Sie sind?

4) Die Entwicklung des professionellen Selbstverständnisses

Im Kurzfragebogen haben Sie Ihre Therapieausbildungen in chronologischer Reihenfolge angegeben. Wenn Sie die Entwicklung Ihres Selbstverständnisses als TherapeutIn zurückverfolgen, können Sie vielleicht anhand der Ausbildungen so etwas wie eine innere Entwicklungslinie sehen.

- Welche Phasen sehen Sie rückblickend und wie haben Sie diese erlebt?
- Wie beurteilen Sie dabei den Einfluß Ihrer meditativen Praxis?
- Was bedeuten die jeweiligen Ausbildungen für Ihre jetzige Tätigkeit?

5) Abschluß

Wir sind jetzt am Ende des Interviews angekommen.

- Möchten Sie noch etwas ergänzen, das Ihnen wichtig ist?

Postskriptum

Wie war die Atmosphäre?

Was ist mir besonders aufgefallen?

Wie habe ich mich während des Interviews und nach dem Interview gefühlt und warum?

Was wurde außerhalb des eigentlichen Interviews geredet?

Was kann ich beim nächsten Interview besser machen?

Wie war der telefonische Erstkontakt?

Sonstiges

Sarah Langen
xxxstr.xxx
xxxxxxxxxxxxx
Tel.: xxxxxxxxxxxx
e-mail: sarahlangen@gmx.de

Datum

Lieber _____/ Liebe Frau _____!

im Rahmen meiner Diplomarbeit im Fach Psychologie untersuche ich die Auswirkung meditativer Praxis auf das berufliche Selbstverständnis von Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten. Über _____ habe ich von Ihnen erfahren.

Neben qualitativ orientierten Interviews möchte ich den Zusammenhang zwischen der meditativen Praxis und bestimmten therapeutischen Haltungen und Einstellungen mit Hilfe der beiliegenden Fragebögen untersuchen. Daher bitte ich Sie, die Fragebögen auszufüllen (bitte beachten Sie auch die Rückseiten) und spätestens bis zum _____ an mich zurückzusenden.

Die Auswertung der Fragebögen erfolgt anonym.

Über Ihre Mitarbeit würde ich mich sehr freuen.

Wenn Sie Fragen haben, können Sie sich gerne an mich wenden.

Mit freundlichen Grüßen,

Sarah Langen (Unterschrift)

Kurzfragebogen

Alter: unter 40 Jahre 40 bis 60 Jahre über 60 Jahre

Geschlecht: w m

Studium: Medizinstudium Psychologiestudium

Als TherapeutIn tätig seit: ____ Jahren

Art der Meditation: _____

Ich meditiere seit: ____ Jahren

Wie oft in der Regel? ein- oder mehrmals täglich
 ein- oder mehrmals wöchentlich
 unregelmäßig

Ich nehme ein- oder mehrmals im Jahr an einem mehrtätigen Meditationskurs teil.

ja nein manchmal

Meditation ist für mich persönlich an eine bestimmte Religion gebunden.

ja, und zwar: _____
 nein

Meditation nimmt einen wichtigen Platz in meinem Leben ein.

<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
stimmt überhaupt nicht	stimmt nicht	stimmt	stimmt sehr

Meine meditative Praxis ist für meinen Beruf als TherapeutIn von Bedeutung.

<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
stimmt überhaupt nicht	stimmt nicht	stimmt	stimmt sehr

Wenn Sie eine Zusammenfassung der Ergebnisse der Untersuchung zugeschickt bekommen möchten, können Sie hier Ihre Anschrift oder e-mail-Adresse vermerken. Wenn Sie Ihren Namen nicht angeben möchten, sich aber für die Ergebnisse interessieren, können Sie sich gerne an mich wenden. Die Auswertung erfolgt in jedem Fall anonym.

Liebe Therapeutin, lieber Therapeut,

im Rahmen meiner Diplomarbeit im Fach Psychologie untersuche ich die Auswirkung meditativer Praxis auf das berufliche Selbstverständnis von Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten. Neben qualitativ orientierten Interviews möchte ich den Zusammenhang zwischen der meditativen Praxis und bestimmten therapeutischen Haltungen und Einstellungen mit Hilfe der beiliegenden Fragebögen untersuchen. Deshalb bitte ich Sie, den unten stehenden Kurzfragebogen, den Meditationstiefefragebogen sowie den Fragebogen zum Wirkfaktor Präsenz auszufüllen (bitte beachten Sie auch die Rückseiten). Die Auswertung der Fragebögen erfolgt anonym. Die Ergebnisse der Untersuchung werde ich der Klinik zusenden. Sie können sich aber auch gerne an mich wenden (sarahlangen@gmx.de).

Über Ihre Mitarbeit würde ich mich sehr freuen.

Mit freundlichen Grüßen,

Sarah Langen

Kurzfragebogen

Alter: unter 40 Jahre 40 bis 60 Jahre über 60 Jahre

Geschlecht: w m

Studium: Medizinstudium Psychologiestudium

Als TherapeutIn tätig seit: ____ Jahren

Art der Meditation: _____

Ich meditiere seit: ____ Jahren

Wie oft in der Regel? ein- oder mehrmals täglich
 ein- oder mehrmals wöchentlich
 unregelmäßig

Ich nehme ein- oder mehrmals im Jahr an einem mehrtätigen Meditationskurs teil.

ja nein manchmal

Meditation ist für mich persönlich an eine bestimmte Religion gebunden.

ja, und zwar: _____
 nein

Meditation nimmt einen wichtigen Platz in meinem Leben ein.

stimmt überhaupt nicht stimmt nicht stimmt stimmt sehr

Meine meditative Praxis ist für meinen Beruf als TherapeutIn von Bedeutung.

stimmt überhaupt nicht stimmt nicht stimmt stimmt sehr

Meditationstiefefragebogen (MTF) (Harald Piron)

Bitte kreuzen Sie an, welche Sätze auf Ihre Meditationen der letzten Woche wie stark zutreffen (wenn Sie nicht täglich meditieren, dann auf die Meditationen der letzten Zeit). Bitte lassen Sie keinen Satz aus. Der folgende Schlüssel soll als Orientierung dienen:

0 = gar nicht 1 = ein wenig 2 = ziemlich 3 = stark 4 = sehr stark

1) Es fiel mir schwer, mich zu entspannen.	0	1	2	3	4
2) Ich empfand Gleichmut und inneren Frieden.	0	1	2	3	4
3) Mir kamen intuitive Einsichten oder Erkenntnisse über mich oder das Leben.	0	1	2	3	4
4) Meine Aufmerksamkeit wanderte von einem Gedanken zum anderen.	0	1	2	3	4
5) Ich nahm eine innere Mitte wahr.	0	1	2	3	4
6) Ich fühlte mich eins mit allem.	0	1	2	3	4
7) Da war kein Subjekt und kein Objekt mehr.	0	1	2	3	4
8) Ich nahm wahr, wie ich geduldiger und ruhiger wurde bzw. war.	0	1	2	3	4
9) Ich war sehr mit der Methode beschäftigt.	0	1	2	3	4
10) Ich erlebte Kontrolle über mein Denken; Gedanken konnte ich distanziert betrachten, ohne ihnen nachzuhängen.	0	1	2	3	4
11) Mein Bewusstsein war wach und klar.	0	1	2	3	4
12) Ich befand mich überwiegend in einem dösen oder schläfrigen Zustand.	0	1	2	3	4
13) Ich empfand Langeweile.	0	1	2	3	4
14) Ich nahm um mich herum ein Energiefeld wahr.	0	1	2	3	4
15) Ich fühlte Liebe, Hingabe, Verbundenheit.	0	1	2	3	4
16) Gedankliche Vorgänge kamen vollständig zur Ruhe.	0	1	2	3	4
17) Ich fühlte mich gut.	0	1	2	3	4
18) Ich war froh, dass die Meditation ein Ende hatte.	0	1	2	3	4
19) Das Zeitgefühl verschwand.	0	1	2	3	4
20) Meine Atmung war angenehm ruhig oder fließend.	0	1	2	3	4
21) Zeitweilig empfand ich mich körperlich ganz leicht.	0	1	2	3	4
22) Ich empfand grenzenlose Freude.	0	1	2	3	4
23) Mein Bewusstseinsfeld/Bewusstseinsraum dehnte sich aus bis ins Unendliche bzw. war grenzenlos.	0	1	2	3	4
24) Ich fühlte mich bedingungslos angenommen.	0	1	2	3	4
25) Ich unterschied, verglich und urteilte nicht mehr; alles durfte so sein, wie es war.	0	1	2	3	4
26) Das Bewusstseinsfeld/Aufmerksamkeitsfeld war leer; da waren keine Emotionen, Empfindungen oder Gedanken mehr.	0	1	2	3	4
27) Ich spürte Demut, Gnade, Dankbarkeit.	0	1	2	3	4
28) Gelernte Meditationstechniken beschäftigten mich nicht mehr.	0	1	2	3	4

29) Ich spürte eine starke Energie oder Kraft in mir.	0	1	2	3	4
30) Ich empfand mich als körperlose Energie.	0	1	2	3	4

Cluster 1: Hindernisse
13) Ich empfand Langeweile.
12) Ich befand mich überwiegend in einem dösen oder schläfrigen Zustand.
18) Ich war froh, daß die Meditation ein Ende hatte.
1) Es fiel mir schwer, mich zu entspannen.
4) Meine Aufmerksamkeit wanderte von einem Gedanken zum anderen.
9) Ich war sehr mit der Methode beschäftigt.
Cluster 2: Entspannung
17) Ich fühlte mich gut.
20) Meine Atmung war angenehm ruhig und fließend.
8) Ich nahm wahr, wie ich geduldiger und ruhiger wurde bzw. war.
Cluster 3: Personales Selbst
5) Ich nahm eine innere Mitte wahr.
21) Zeitweilig empfand ich mich körperlich ganz leicht.
10) Ich erlebte Kontrolle über mein Denken: Gedanken konnte ich distanziert betrachten, ohne ihnen nachzuhängen.
14) Ich nahm um mich herum ein Energiefeld wahr.
3) ¹⁸ Mir kamen intuitive Einsichten über mich oder das Leben.
29) Ich spürte eine starke Energie oder Kraft in mir.
2) Ich empfand Gleichmut und inneren Frieden.
Cluster 4: Transpersonale Qualitäten
28) Gelernte Meditationstechniken beschäftigten mich nicht mehr.
19) Das Zeitgefühl verschwand.
11) Mein Bewusstsein war klar und wach.
15) Ich fühlte Liebe, Hingabe, Verbundenheit.
27) Ich spürte Demut, Gnade, Dankbarkeit.
24) Ich fühlte mich bedingungslos angenommen.
30) Ich empfand mich als körperlose Energie.
22) Ich empfand grenzenlose Freude.
Cluster 5: Transpersonales Selbst
16) Gedanklich Vorgänge kamen vollständig zur Ruhe.
25) Ich unterschied, verglich und urteilte nicht mehr; alles durfte so sein, wie es war.
6) Ich fühlte mich eins mit allem.

¹⁸ Da sich zeigte, daß dieses Item keinem Tiefbereich zuordbar ist (Piron 2001b), ist es nicht auswertbar.

26) Das Bewusstseinsfeld/Aufmerksamkeitsfeld war leer; da waren keine Emotionen, Empfindungen oder Gedanken mehr.
23) Mein Bewusstseinsfeld/Bewusstseinsraum dehnte sich aus bis ins Unendliche bzw. war grenzenlos.
7) Da war kein Subjekt und kein Objekt mehr.

Auswertung:Gesamtwert:

Bildung der Summe der positiven Items (Nr. 2,5 bis 8,10,11,14,15 bis 17 und 19 bis 30) und die Summe der Umkehrungen der Antwortwerte der negativen Items (Nr. 1,4,9,12,13 und 18). Die Umkehrungen der negativen Items werden gebildet, indem der Antwortwert jeweils von vier subtrahiert wird.

Gesonderter Punktwert pro Tiefebereich:

Addition der entsprechenden Antwortwerte der zu einem Tiefebereich gehörenden Items. Da die Anzahl der Items pro Tiefebereich variiert, ist eine Vergleichbarkeit der erfahrenen Tiefebereiche nur möglich, wenn der Summenwert eines Tiefebereichs durch die Anzahl der zugehörigen Items dividiert wird.

Wirkfaktor Präsenz (wf:p) (Wilfried Belschner)

Das vor Ihnen liegende Werkzeug **wf:p** befaßt sich mit einer Fragestellung, die vielen Bereichen professionellen Handelns gemeinsam ist. Wenn Sie (als Person A) in einem professionellen Kontakt (z.B. Beratung, Diagnostik, Pflege, Rehabilitation, Therapie ...) mit einer anderen Person B sind:

Was tun Sie oder was geschieht in dieser Situation?

Rufen Sie bitte einige Ihrer Kontakte aus der letzten Zeit auf. Lassen Sie ein Gefühl und Gespür für diese Kontakte bei Ihnen entstehen. Geben Sie sich dafür ein wenig Zeit. - - -

Vor Ihnen liegt nun eine Liste mit möglichen Handlungen, Einstellungen, Grundhaltungen und Erfahrungen aus professionellen Kontakten. Bitte prüfen Sie, mit welcher Häufigkeit Sie solche Handlungen, Einstellungen, Grundhaltungen und Erfahrungen im Verlauf Ihrer Kontakte beobachten können.

Kreuzen Sie bitte bei *jeder* der folgenden Aussagen die für Sie zutreffende Antwortalternative an.

	Aussage	Trifft sehr häufig zu	Trifft häufig zu	Trifft manchmal zu	Trifft selten zu	Trifft sehr selten zu
01/02	Ich beobachte die Person B, wie sie Platz nimmt, wie sie sitzt/ liegt/ ... und versuche, ihre Körpersprache zu lesen.					
02/03	Ich beobachte mich und versuche, die Gefühle, die bei mir auftauchen, wahrzunehmen.					
03/04	Ich entspanne mich.					
04/05	Ich versuche, ganz frei zu werden für die Person B.					
05/06	Ich höre der Person B zu und lausche auf das Unausgesprochene.					
06/07	Ich gehe innerlich an einen Ort der Stille.					
07/09	Alles, was in der Situation geschieht, hängt davon ab, wie sympathisch mir die Person B ist.					
08/12	Ich entspanne mich und übergebe den gesamten Prozeß an die Führung einer höheren Macht.					
09/13	Person B und ich sprechen/ verständigen uns in einem Raum des Herzens.					
10/15	Das ist ein Paradox: Person B und ich sind zwei Personen und doch nicht länger zwei getrennte Personen.					
11/16	Ich bitte um Führung, das rechte Wort zur rechten Zeit auszusprechen.					
12/17	Im Gespräch mit der Person B achte ich sehr darauf, die Regeln des therapeutischen Vorgehens (z.B. Diagnostik, Interventionsplanung) einzuhalten, so wie es professionellen (oder wissenschaftlichen) Standards entspricht.					
13/21	Ich bete/ bitte darum, in der Begegnung mit der Person B geführt zu werden.					
14/22	Als professionelle Person bin ich lediglich ein Werkzeug, um einen Raum des Herzens erfahrbar werden zu lassen.					
15/24	Vor dem Beginn einer Beratung/ Therapie sehe ich meine Aufzeichnungen durch und entwerfe einen Therapieplan.					
16/27	Ich versuche, mich im therapeutischen Geschehen in den Schutz einer höheren Ordnung zu begeben, um so mehr und mehr zu einem Werkzeug zu werden.					

	Aussage	Trifft sehr häufig zu	Trifft häufig zu	Trifft manch mal zu	Trifft selten zu	Trifft sehr selten zu
17/30	In der Beratung/ Therapie bin ich dazu da, den Bewußtseinsraum hin zu einer höheren (transpersonalen) Ordnung/ Wirklichkeit zu weiten.					
18/31	Ich habe die Erfahrung gemacht, die Beratung/Therapie kommt dann voran, wenn die Person B und ich uns in einem Raum wortlosen Verstehens finden.					
19/32	Bei aller beraterischen/ therapeutischen Qualifikation bin ich voller Demut vor dem Wirken einer höheren Ordnung/ Wirklichkeit.					
20/33	Gesundung und Heilung geschehen aus einem Raum jenseits unseres Alltagsverständnisses.					
21/35	In der Beratung/ Therapie habe ich schon die Erfahrung einer alles durchdringenden Liebe gemacht.					
22/36	Für das Handeln in Beratung/ Therapie gibt es klare, wissenschaftlich begründete Regeln, an die ich mich halte.					
23/37	In einer Beratung/ Therapie ist es wichtig, daß eine Beziehung von großer Unmittelbarkeit und Resonanz zwischen Person B und mir entsteht.					
24/38	Ich habe die Erfahrung gemacht, daß Gesundung und Heilung einer Person B dann möglich wurden, wenn wir gemeinsam die (Bewußtseins-)Grenzen des Alltags verlassen haben.					
25/41	In der Beratung/ Therapie bin ich ein Werkzeug, durch das eine höhere Ordnung/ Wirklichkeit wirksam werden kann.					
26/42	Früher habe ich geglaubt, daß ich als BeraterIn/ TherapeutIn den Prozess der Veränderung steuern kann. Heute versuche ich, den für eine Gesundung/ Heilung erforderlichen Weg im Einklang mit einer höheren Ordnung/ Wirklichkeit zu erspüren.					
27/43	In Beratung/ Therapie ist immer eine höhere Ordnung/ Wirklichkeit anwesend, für die wir durchlässig werden müssen.					
28/44	Mit unserem Ich regeln wir den Alltag. Der Sinn unseres Lebens in diesem Alltag erschließt sich im Einklang mit einer höheren Ordnung/Wirklichkeit.					
29/45	Im Prozess von Beratung/ Therapie tastet sich die Person B an eine höhere Ordnung/ Wirklichkeit heran. Die Durchlässigkeit der professionellen Person A für diese höhere Ordnung/ Wirklichkeit ist dabei eine hilfreiche Bedingung.					
30/46	Im transpersonalen Bewußtseinsraum sind Qualitäten wie Weite, Stille, Liebe, Einssein erfahrbar.					
31/48	In Beratung/ Therapie wird sich in Zukunft die Qualifikation der professionellen Personen an ihrer Durchlässigkeit für höhere (Bewußtseins-) Ordnungen/ Wirklichkeiten bemessen.					

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

FAKTOR 1
NONDUALE PRÄSENZ

Item Nr.	Item
06/07	Ich gehe innerlich an einen Ort der Stille.
08/12	Ich entspanne mich und übergebe den gesamten Prozeß an die Führung einer höheren Macht.
09/13	Person B und ich verständigen uns /sprechen in einem Raum des Herzens.
10/15	Das ist ein Paradox: Person B und ich sind zwei Personen und doch nicht länger zwei getrennte Personen.
11/16	Ich bitte um Führung, das rechte Wort zur rechten Zeit auszusprechen.
13/21	Ich bete/bitte darum, in der Begegnung mit der Person B geführt zu werden.
14/22	Als professionelle Person bin ich lediglich ein Werkzeug, um einen Raum des Herzens erfahrbar werden zu lassen.
16/27	Ich versuche, mich im therapeutischen Geschehen in den Schutz einer höheren Ordnung zu begeben, um so mehr und mehr zu einem Werkzeug zu werden.
17/30	In der Beratung/Therapie bin ich dazu da, den Bewusstseinsraum hin zu einer höheren (transpersonalen) Ordnung/Wirklichkeit zu weiten.
18/31	Ich habe die Erfahrung gemacht, die Beratung/Therapie kommt dann voran, wenn die Person B und ich uns in einem Raum wortlosen Verstehens finden.
19/32	Bei aller beraterischen/ therapeutischen Qualifikation bin ich voller Demut vor dem Wirken einer höheren Ordnung/ Wirklichkeit.
20/33	Gesundung und Heilung geschehen aus einem Raum jenseits unseres Alltagsverständnisses.
21/35	In der Beratung/ Therapie habe ich schon die Erfahrung einer alles durchdringenden Liebe gemacht.
24/38	Ich habe die Erfahrung gemacht, dass Gesundung und Heilung einer Person B dann möglich wurden, wenn wir gemeinsam die (Bewusstseins-)Grenzen des Alltags verlassen haben.
25/41	In der Beratung/ Therapie bin ich ein Werkzeug, durch das eine höhere Ordnung/ Wirklichkeit wirksam werden kann.
26/42	Früher habe ich geglaubt, dass ich als Beraterin/ Therapeutin den Prozeß der Veränderung steuern kann. Heute versuche ich, den für eine Gesundung/ Heilung erforderlichen Weg im Einklang mit einer höheren Ordnung/ Wirklichkeit zu erspüren.
27/43	In Beratung/ Therapie ist immer einer höhere Ordnung/ Wirklichkeit anwesend, für die wir durchlässig werden müssen.
28/44	Mit unserem Ich regeln wir den Alltag. Der Sinn unseres Lebens in diesem Alltag erschließt sich im Einklang mit einer höheren Ordnung/ Wirklichkeit.
29/45	Im Prozess von Beratung/ Therapie tastet sich die Person B an eine höhere Ordnung/ Wirklichkeit heran. Die Durchlässigkeit der professionellen Person A für diese höhere Ordnung/ Wirklichkeit ist dabei eine hilfreiche Bedingung.
30/46	Im transpersonalen Bewusstseinsraum sind Qualitäten wie Weite, Stille, Liebe, Einssein erfahrbar.
31/48	In Beratung/ Therapie wird sich in Zukunft die Qualifikation der professionellen Personen an ihrer Durchlässigkeit für höhere (Bewusstseins-) Ordnungen/ Wirklichkeiten bemessen.

FAKTOR 2
EMPATHISCHE PRÄSENZ

Item Nr.	Item
01/02	Ich beobachte die Person B, wie sie Platz nimmt, wie sie sitzt/ liegt/ ... und versuche, ihre Körpersprache zu lesen.
02/03	Ich beobachte mich und versuche, die Gefühle, die bei mir auftauchen, wahrzunehmen.
03/04	Ich entspanne mich.
04/05	Ich versuche, ganz frei zu werden für die Person B.
05/06	Ich höre der Person B zu und lausche auf das Unausgesprochene.
23/37	In einer Beratung/Therapie ist es wichtig, dass eine Beziehung von großer Unmittelbarkeit und Resonanz zwischen Person B und mir entsteht.

FAKTOR 3
ALGORITHMISCHE PRÄSENZ

Item Nr.	Item
07/09	Alles, was in der Situation geschieht, hängt davon ab, wie sympathisch mir die Person B ist.
12/17	Im Gespräch mit der Person B achte ich sehr darauf, die Regeln des therapeutischen Vorgehens (z.B. Diagnostik, Interventionsplanung) einzuhalten, so wie es professionellen (oder wissenschaftlichen) Standards entspricht.
15/24	Vor dem Beginn einer Beratung/Therapie sehe ich meine Aufzeichnungen durch und entwerfe einen Therapieplan.
22/36	Für das Handeln in Beratung/ Therapie gibt es klare, wissenschaftlich begründete Regeln, an die ich mich halte.

verwendete Kodierung:

trifft sehr selten zu= 0

trifft selten zu= 1

trifft manchmal zu= 2

trifft häufig zu= 3

trifft sehr häufig zu= 4

Auswertung:

Addition der Werte pro Faktor

	<i>N</i>	<i>Minimum</i>	<i>Maximum</i>	<i>Mittelwert</i>	<i>Standard- abweichung</i>
<i>MTF gesamt</i>	40	33	108	69,68	20,064
<i>MTF Hindernisse</i>	40	13	24	19,88	2,997
<i>MTF Entspannung</i>	40	4	12	8,87	2,232
<i>MTF Personales Selbst</i>	40	4	22	13,77	4,720
<i>MTF Transpersonale Qualitäten</i>	40	5	32	17,18	6,976
<i>MTF Transpersonales Selbst</i>	40	0	24	10,03	6,204
<i>W:FP Nonduale Präsenz</i>	40	18	84	54,02	16,569
<i>W:FP Empathische Prä- senz</i>	40	14	24	20,18	2,863
<i>W:FP Algorithmische Präsenz</i>	40	0	11	4,97	3,340
<i>Gültige Werte (Listen- weise)</i>	40				

Alter		<i>WF:P Nonduale Präsenz</i>	<i>WF:P Empathische Präsenz</i>	<i>WF:P Algorithmische Präsenz</i>	<i>MTF gesamt</i>
unter 40	Mittelwert	52,50	18	4,88	70,38
	N	8	8	8	8
	Standardabweichung	21,587	2,828	3,314	25,179
41-60	Mittelwert	54,58	20,68	4,97	70,35
	N	31	31	31	31
	Standardabweichung	15,697	2,676	3,314	18,738
über 60	Mittelwert	49,00	22,00	6,00	43
	N	1	1	1	1
	Standardabweichung
Geschlecht					
weiblich	Mittelwert	58,55	20,14	3,95	67,64
	N	22	22	22	22
	Standardabweichung	14,229	2,933	3,000	19,800
männlich	Mittelwert	48,50	20,22	6,22	72,17
	N	18	18	18	18
	Standardabweichung	17,916	2,861	3,388	20,672
Studium					
Medizin	Mittelwert	56,20	20,90	5,60	78,30
	N	10	10	10	10
	Standardabweichung	16,247	1,969	3,627	19,556
Psychologie	Mittelwert	53,30	19,93	4,77	69,68
	N	30	30	30	40
	Standardabweichung	16,885	3,095	3,277	20,064
Religion					
ja	Mittelwert	47,67	20,22	5,00	65,78
	N	9	9	9	9
	Standardabweichung	18,861	3,383	3,708	23,936
nein	Mittelwert	55,87	20,16	4,97	70,81
	N	31	31	31	31
	Standardabweichung	15,697	2,758	3,291	19,097
Meditationshäufigkeit					
täglich	Mittelwert	52,13	20,04	5,38	71,96
	N	24	24	24	24
	Standardabweichung	17,969	2,710	3,876	18,339
wöchentlich	Mittelwert	61,43	21,171	3,57	75,71
	N	7	7	7	7
	Standardabweichung	15,587	1,704	2,760	20,394
unregelmäßig	Mittelwert	53,33	19,33	5,00	58,89
	N	9	9	9	9
	Standardabweichung	12,981	3,708	1,803	22,480
Meditationskurse					
ja	Mittelwert	52,67	20,04	5,11	71,78
	N	27	27	27	27
	Standardabweichung	17,504	2,821	3,355	20,448
nein	Mittelwert	51,25	18,50	5,25	62,75
	N	4	4	4	4
	Standardabweichung	21,313	4,435	2,986	20,855
manchmal	Mittelwert	59,33	21,33	4,44	66,44
	N	9	9	9	9
	Standardabweichung	11,424	1,936	3,745	19,749

Bedeutung der Meditation im Leben		<i>WF:P Nonduale Präsenz</i>	<i>WF:P Empathische Präsenz</i>	<i>WF:P Algorithmische Präsenz</i>	<i>MTF gesamt</i>
stimmt nicht	Mittelwert	58,50	19,50	4,50	58,50
	N	2	2	2	2
	Standardabweichung	6,364	,707	2,121	20,506
stimmt	Mittelwert	57,29	20,21	4,79	70,21
	N	14	14	14	14
	Standardabweichung	13,691	3,309	3,309	21,430
stimmt sehr	Mittelwert	51,75	20,21	5,13	70,29
	N	24	24	24	24
	Standardabweichung	18,553	2,766	3,530	19,833
Bedeutung der Meditation im Beruf					
stimmt nicht	Mittelwert	58,50	19,50	4,50	58,50
	N	2	2	2	2
	Standardabweichung	6,364	,707	2,121	20,506
stimmt	Mittelwert	53,71	19,79	4,86	70,36
	N	14	14	14	14
	Standardabweichung	17,865	2,833	3,527	21,756
stimmt sehr	Mittelwert	53,83	20,46	5,08	70,21
	N	24	24	24	24
	Standardabweichung	16,779	3,021	3,412	19,631

		<i>Therapiezeit</i>	<i>Meditationszeit</i>	<i>MTF gesamt</i>	<i>MTF Hindernisse</i>	<i>MTF Entspannung</i>	<i>MTF Personales Selbst</i>	<i>MTF Transpersonale Qualitäten</i>	<i>MTF Transpersonales Selbst</i>
<i>Therapiezeit</i>	Korrelation nach Pearson	1	,442(**)	,000	-,018	-,072	,042	-,008	,010
	Signifikanz (2-seitig)	.	,005	,999	,910	,659	,796	,963	,950
	N	40	39	40	40	40	40	40	40
<i>Meditationszeit</i>	Korrelation nach Pearson	,442(**)	1	,165	,292	,207	,218	,082	,056
	Signifikanz (2-seitig)	,005	.	,314	,072	,205	,183	,620	,736
	N	39	39	39	39	39	39	39	39
<i>MTF gesamt</i>	Korrelation nach Pearson	,000	,165	1	,577(**)	,775(**)	,896(**)	,959(**)	,902(**)
	Signifikanz (2-seitig)	,999	,314	.	,000	,000	,000	,000	,000
	N	40	39	40	40	40	40	40	40
<i>MTF Hindernisse</i>	Korrelation nach Pearson	-,018	,292	,577(**)	1	,473(**)	,505(**)	,454(**)	,312
	Signifikanz (2-seitig)	,910	,072	,000	.	,002	,001	,003	,050
	N	40	39	40	40	40	40	40	40
<i>MTF Entspannung</i>	Korrelation nach Pearson	-,072	,207	,775(**)	,473(**)	1	,625(**)	,728(**)	,606(**)
	Signifikanz (2-seitig)	,659	,205	,000	,002	.	,000	,000	,000
	N	40	39	40	40	40	40	40	40
<i>MTF Personales Selbst</i>	Korrelation nach Pearson	,042	,218	,896(**)	,505(**)	,625(**)	1	,813(**)	,737(**)
	Signifikanz (2-seitig)	,796	,183	,000	,001	,000	.	,000	,000
	N	40	39	40	40	40	40	40	40
<i>MTF Transpersonale Qualitäten</i>	Korrelation nach Pearson	-,008	,082	,959(**)	,454(**)	,728(**)	,813(**)	1	,869(**)
	Signifikanz (2-seitig)	,963	,620	,000	,003	,000	,000	.	,000
	N	40	39	40	40	40	40	40	40
<i>MTF Transpersonales Selbst</i>	Korrelation nach Pearson	,010	,056	,902(**)	,312	,606(**)	,737(**)	,869(**)	1
	Signifikanz (2-seitig)	,950	,736	,000	,050	,000	,000	,000	.
	N	40	39	40	40	40	40	40	40
<i>WFP Nonduale Präsenz</i>	Korrelation nach Pearson	,024	-,158	,391(*)	,171	,163	,349(*)	,456(**)	,350(*)
	Signifikanz (2-seitig)	,883	,338	,013	,290	,315	,028	,003	,027
	N	40	39	40	40	40	40	40	40
<i>WFP Empathische Präsenz</i>	Korrelation nach Pearson	,474(**)	,169	,209	,101	,024	,193	,208	,244
	Signifikanz (2-seitig)	,002	,303	,196	,534	,885	,234	,199	,130
	N	40	39	40	40	40	40	40	40
<i>WFP Algorithmische Präsenz</i>	Korrelation nach Pearson	,041	,199	-,115	,097	-,124	-,031	-,169	-,163
	Signifikanz (2-seitig)	,803	,224	,482	,551	,445	,848	,296	,314
	N	40	39	40	40	40	40	40	40

		WFP Nonduale Präsenz	WFP Empa- thische Präsenz	WFP Algorith- mische Präsenz
<i>Therapiezeit</i>	Korrelation nach Pearson	,024	,474(**)	,041
	Signifikanz (2-seitig)	,883	,002	,803
	N	40	40	40
<i>Meditationszeit</i>	Korrelation nach Pearson	-,158	,169	,199
	Signifikanz (2-seitig)	,338	,303	,224
	N	39	39	39
<i>MTF gesamt</i>	Korrelation nach Pearson	,391(*)	,209	-,115
	Signifikanz (2-seitig)	,013	,196	,482
	N	40	40	40
<i>MTF Hindernisse</i>	Korrelation nach Pearson	,171	,101	,097
	Signifikanz (2-seitig)	,290	,534	,551
	N	40	40	40
<i>MTF Entspannung</i>	Korrelation nach Pearson	,163	,024	-,124
	Signifikanz (2-seitig)	,315	,885	,445
	N	40	40	40
<i>MTF Personales Selbst</i>	Korrelation nach Pearson	,349(*)	,193	-,031
	Signifikanz (2-seitig)	,028	,234	,848
	N	40	40	40
<i>MTF Transpersonale Qualitäten</i>	Korrelation nach Pearson	,456(**)	,208	-,169
	Signifikanz (2-seitig)	,003	,199	,296
	N	40	40	40
<i>MTF Transpersonales Selbst</i>	Korrelation nach Pearson	,350(*)	,244	-,163
	Signifikanz (2-seitig)	,027	,130	,314
	N	40	40	40
<i>WFP Nonduale Präsenz</i>	Korrelation nach Pearson	1	,529(**)	-,583(**)
	Signifikanz (2-seitig)	.	,000	,000
	N	40	40	40
<i>WFP Empathische Präsenz</i>	Korrelation nach Pearson	,529(**)	1	-,219
	Signifikanz (2-seitig)	,000	.	,174
	N	40	40	40
<i>WFP Algorithmische Präsenz</i>	Korrelation nach Pearson	-,583(**)	-,219	1
	Signifikanz (2-seitig)	,000	,174	.
	N	40	40	40

Untersuchungs- teilnehmer/in Nr.	Art der Meditation
1	(christliche) Kontemplation, Mahamudra und Zen
2	Zazen, Achtsamkeit/Einsicht, Kathartische Meditationsformen (Osho)
3	Stilles Sitzen
4	Vipassana
5	Shamatha-Vipashyana
6	tibetischer Hintergrund, verschiedene Formen, besonders Shamatha
7	Zen
8	Shine-Laktong, tibetischer Buddhismus
9	Shamatha-Vipashyana, Zen in der Tradition von Tich Nhat Hanh
10	Sitzmeditation
11	Vipassana, Zen
12	Mentale (okkulte) Meditation
13	Zen
14	Sitzmeditation
15	Tibetischer Heilyoga- Kum Nye
16	Zen-Meditation
17	Zazen
18	Mantra-Meditation
19	Zen und christliche Meditation
20	Mantra-Meditation
21	Tibetischer Buddhismus
22	Mantren und Kontemplation
23	Osho, Vipassana
24	Gebetsmeditation
25	Vipassana
26	Stille-Meditation
27	Kontemplation
28	Stille-Meditation
29	Zazen
30	Stille-Meditation
31	Zazen
32	keine Angabe
33	Vipassana
34	Vajrayana
35	Yoga, Stille-Atemmeditation
36	Vipassana
37	Tao Yoga, Vipassana
38	keine Angabe
39	Achtsamkeits, Atem- und Herzmeditation
40	Zen, Kontemplation

Gebetsmeditation: Fokussierung der Aufmerksamkeit auf eine Gebetsformel. Christlicher Hintergrund.

Herzmeditation: Mit dem Ausatmen werden einem Menschen gute Wünsche (Glück, Friede usw.) gesendet. Angefangen bei sich, Ausweitung auf eine andere Person, Personengruppen und alle Lebewesen. In verschiedenen Traditionen praktiziert. Auch als Liebende-Güte-Meditation, Metta-Meditation oder Maitri-Meditation bezeichnet.

Kontemplation: Fokussierung auf den Atem. Oft wird mit dem Atem eine kurze Formel mit christlichem Inhalt verbunden. Hintergrund: christliche Mystik.

Mahamudra (,Meditation über die Leerheit und das Verweilen im Zustand des Reinen Bewußtseins‘): Fokussierung auf den Atem. Tibetisch-buddhistischer Hintergrund.

Mantra-Meditation: Fokussierung der Aufmerksamkeit auf eine Klangfolge (Mantra).

Mentale (okkulte) Meditation: Kombination der Sitzmeditation mit Gebeten, Visualisierungen oder Energielenkungen, Hintergrund: Arkanschule.

Osho-Meditationen: Mehrere Meditationsarten im Stehen, Sitzen, Liegen. Insgesamt stark variierende Übungen. Hintergrund: Osho (=Baghwan).

Shamatha-Vipashyana (,in Frieden verweilen und klar sehen‘): Achtsamkeitsmeditation- bzw. Einsichtsmeditation mit tibetisch-buddhistischem Hintergrund.

Shine-Laktong: tibetisch für Shamatha-Vipashyana.

Sitzmeditation: Stilles Sitzen, Fokussierung der Aufmerksamkeit auf die Atmung, ohne Bindung an eine Tradition. Auch Atemmeditation genannt.

Tibetischer Heilyoga- Kum Nye: Stillemeditation, auch langsame Bewegungsabfolgen, Selbstakupressur und Mantragesänge.

Vajrayana (,Diamantenes Fahrzeug‘): tibetisch-buddhistischer Pfad.

Vipassana: Achtsamkeits- bzw. Einsichtsmeditation. Traditionell buddhistische Meditationsform (Theravada-Buddhismus). Fokussierung auf den Atem. Sinneswahrnehmungen und Denken werden benannt und losgelassen.

Yoga-Meditationen: Konzentration auf einen Punkt, den Atem oder an den Atem gekoppelte Klangfolgen (Mantras). Ursprungsreligion: Hinduismus.

Zen bzw. Zazen: Fokussierung auf den Atem, z.T. Mitbenutzung eines Koans (=Rätsel, zu dessen Lösung das duale Denken überschritten werden muß). Hintergrund: Zen-Buddhismus.

Die Erläuterungen beruhen auf Angaben der Therapeuten und Therapeutinnen sowie eigenem Hintergrundwissen.

Erklärung

Hiermit versichere ich, daß ich die vorliegende Diplomarbeit selbständig verfaßt, keine anderen als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel verwendet sowie Zitate kenntlich gemacht habe.

Bielefeld, den 27. Januar 2004

Sarah Langen