



universität
wien

MASTERARBEIT / MASTER'S THESIS

Titel der Masterarbeit / Title of the Master's Thesis

„Religiöse und spirituelle Themen in der
psychotherapeutischen Praxis: Häufigkeit, Art, Umgang
und Bearbeitung“

verfasst von / submitted by

Julia Klambauer, BSc

angestrebter akademischer Grad / in partial fulfilment of the requirements for the degree of
Master of Science (MSc)

Wien, 2019 / Vienna, 2019

Studienkennzahl lt. Studienblatt /
degree programme code as it appears on
the student record sheet:

A 066 840

Studienrichtung lt. Studienblatt /
degree programme as it appears on
the student record sheet:

Masterstudium Psychologie

Betreut von / Supervisor:

Univ.-Prof. Dr. Anton-Rupert Laireiter

Danksagung

Ich möchte mich sehr herzlich bei Univ.-Prof. Dr. Anton-Rupert Laireiter, für die unterstützende Betreuung während der Entstehung meiner Masterarbeit bedanken.

Ein großer Dank gilt zudem allen PsychotherapeutInnen, die an dieser Studie teilgenommen haben.

Ich danke meinen Freunden und Freundinnen dafür, dass sie stets ein offenes Ohr für mich hatten und mich auf meinem Weg unterstützt haben. Vielen Dank an Florian, der mich vor allem in der letzten Zeit des Studiums begleitet hat und mir immer freundschaftlich zur Seite stand. Ein besonderer Dank gilt Kira, die als Studienkollegin aber vor allem als Freundin, immer für mich da war. Danke für die Gespräche, den Beistand und die motivierenden Worte.

Meinem Ehemann Günter danke ich für seine unermüdliche Bereitschaft mich in meinen Zielen zu bestärken und mich diesen durch seine Unterstützung und seine verständnisvolle Art näher zu bringen.

Ein großer Dank gilt meinen Eltern, die es mir ermöglicht haben diesen Weg zu gehen. Danke für euer Vertrauen und euren Zuspruch.

Inhaltsverzeichnis

| | |
|---|----|
| Einleitung und theoretischer Hintergrund | 1 |
| Religiosität und Spiritualität..... | 3 |
| Glaubenseinstellung von PsychotherapeutInnen..... | 4 |
| Umgang mit religiösen/spirituellen Themen | 6 |
| Zielsetzung der Arbeit | 8 |
| Fragestellungen und Hypothesen | 9 |
| Methode..... | 12 |
| Untersuchungsdesign und Durchführung | 12 |
| Stichprobenbeschreibung und Datenaufbereitung..... | 13 |
| Fragebogen | 13 |
| Soziodemographische und berufliche Daten..... | 14 |
| Glaubenseinstellung..... | 15 |
| Art und Häufigkeit religiöser/spiritueller Themen..... | 15 |
| Umgang mit und Bearbeitung von religiösen/spirituellen Themen | 15 |
| Wissenschaftsgläubigkeit..... | 16 |
| Transpersonales Vertrauen..... | 16 |
| Statistische Verfahren | 17 |
| Deskriptive Analyse | 17 |
| Mittelwertsvergleiche..... | 17 |
| Korrelationstests..... | 18 |
| Ergebnisse | 18 |
| Skalenanalyse | 18 |
| Deskriptive Ergebnisse..... | 21 |
| Geschlecht | 21 |

| | |
|--|----|
| Alter..... | 21 |
| Abgeschlossene Berufsausbildung | 21 |
| Derzeitige Ausbildung..... | 22 |
| Psychotherapeutische Methoden. | 22 |
| Theoretische Orientierung..... | 24 |
| Dauer, Ausmaß und Ort der Berufstätigkeit..... | 26 |
| Formale Religions-/Konfessionszugehörigkeit. | 27 |
| Glaubenseinstellung | 27 |
| Transpersonales Vertrauen | 28 |
| Wissenschaftsgläubigkeit | 28 |
| Voraussetzungsprüfungen | 28 |
| Voraussetzungen für Mittelwertsvergleiche..... | 29 |
| Voraussetzungen für Korrelationstests..... | 29 |
| Hypothesenprüfung | 37 |
| Weiterführende Datenanalysen | 47 |
| Diskussion | 51 |
| Häufigkeit von religiösen/spirituellen Themen..... | 51 |
| Art von religiösen/spirituellen Themen..... | 52 |
| Umgang mit und Bearbeitung von religiösen/spirituellen Themen | 52 |
| Glaubensüberzeugung des Psychotherapeuten/der PsychotherapeutIn und Umgang mit und Bearbeitung von religiösen und spirituellen Themen | 53 |
| Transpersonales Vertrauen und Umgang mit und Bearbeitung von religiösen und spirituellen Themen..... | 55 |
| Wissenschaftsgläubigkeit und Umgang mit und Bearbeitung von religiösen und spirituellen Themen..... | 55 |
| Dauer der Berufserfahrung bzw. Geschlecht des Psychotherapeuten/der Psychotherapeutin und Umgang mit und Bearbeitung von religiösen und spirituellen Themen | 56 |

| | |
|--|----|
| Theoretische Orientierung und Umgang mit und Bearbeitung von religiösen und spirituellen Themen..... | 56 |
| Limitationen | 56 |
| Implikationen | 57 |
| LITERATURVERZEICHNIS | 59 |
| Zusammenfassung..... | 65 |
| Abstract | 66 |
| ABBILDUNGSVERZEICHNIS | 67 |
| TABELLENVERZEICHNIS | 68 |
| ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS | 69 |
| Anhang | 70 |
| Anhang A: Fragebogen | 70 |
| Anhang B: Zusätzliche Abbildungen | 78 |
| Eidesstattliche Erklärung..... | 82 |

Einleitung und theoretischer Hintergrund

Religion und Spiritualität sind Themen, welche in der säkular geprägten Psychotherapie lange Zeit vermieden wurden. In den letzten drei Jahrzehnten ist allerdings ein wachsendes Interesse hinsichtlich dieser Thematik zu erkennen. Insgesamt zeigte sich, dass der Begriff *Spiritualität* in den vergangenen Jahren gesamtgesellschaftlich stark an Bedeutung gewinnt und immer mehr Menschen ihre Glaubenseinstellung als spirituell beschreiben (Freund & Gross, 2016). Als religiös bezeichnen sich hingegen immer weniger Menschen (Delaney, Miller & Bisono, 2013).

Mittlerweile beschäftigt sich eine Vielzahl wissenschaftlicher Arbeiten mit unterschiedlichsten Aspekten von Religiosität und Spiritualität im psychotherapeutischen Kontext. Es hat sich herausgestellt, dass Themen dieser Art von KlientInnen häufig aufgebracht werden und viele sich eine Berücksichtigung ihrer Glaubenseinstellung und den Einbezug von religiösen/spirituellen Aspekten auch im Rahmen einer Psychotherapie wünschen (Hofmann & Walach, 2011; Lee, Zahn & Baumann, 2011; Post & Wade, 2009).

Obwohl auch der Großteil der PsychotherapeutInnen die Bedeutsamkeit dieser Themen für ihre KlientInnen als hoch einschätzt (Shafranske & Malony, 1990), ergeben sich daraus Konflikte mit der psychotherapeutischen Tätigkeit. Utsch und Frick (2015) sehen einen klaren Widerspruch von Psychotherapie und Religion/Spiritualität und beschreiben diesen wie folgt:

Die psychotherapeutische und die spirituelle Grundhaltung stehen nämlich in einem klaren Widerspruch zueinander. Geht es in einer therapeutischen Beratung um konkrete Konfliktlösungen, bleibt die spirituelle Haltung offen und aufmerksam für den jeweiligen Augenblick, ohne Absichten oder Nutzen verfolgen zu wollen. Während in der Psychotherapie Selbstsicherheit und Verhaltenskontrolle wichtige Behandlungsziele sind, will die spirituelle Haltung unbedingtes Vertrauen in sich und das Leben vermitteln, ohne eine methodische Absicherung an der Hand zu haben. Während die Psychotherapie zur Alltagsbewältigung befähigen will, beabsichtigt Spiritualität, die Quelle zum Lebensgrund und zur eigenen Lebendigkeit zu öffnen.

Diese grundsätzlich unterschiedlichen Anschauungen machen deutlich, dass eine Integration religiöser/spiritueller Themen und deren Bearbeitung in der Therapie nicht

unproblematisch ist und sehr überlegt gehandhabt werden muss. Als Hindernisse für die Bearbeitung von religiösen/spirituellen Themen nennen PsychotherapeutInnen zudem häufig Bedenken hinsichtlich der Wahrung der Berufsethik sowie widersprüchliche Glaubenseinstellungen zwischen TherapeutIn und KlientIn (Brown, Elkonin & Naicker, 2011). Auch der Mangel an einschlägiger Ausbildung und Kompetenz in diesem Themenbereich wurde als erschwerender Faktor identifiziert. PsychotherapeutInnen haben zumeist sehr wenig oder gar keine Ausbildung und Training in Bezug auf Religiosität und Spiritualität, weswegen sie im Umgang mit diesen Themen unsicher sind (Post & Wade, 2009). Zusätzlich zu diesen Faktoren nennen und betonen Gonsiorek, Richards, Pargament und McMinn (2009) auch die Notwendigkeit der Beibehaltung von berufsethischen Normen und Werten, welche durch eine Integration von Religion/Spiritualität in die Therapie eventuell nicht mehr ausreichend gegeben sein könnte.

Anders als in den USA zeigt sich im deutschsprachigen Raum eine große Distanziertheit zu Religiosität/Spiritualität in der Psychotherapie (Utsch, Bonelli & Pfeifer, 2014, S.2). Das österreichische Gesundheitsministerium betont die Wichtigkeit einer strikten Abgrenzung von religiösen/spirituellen Inhalten und beruft sich dabei auf das Psychotherapiegesetz und den Berufskodex für PsychotherapeutInnen (Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz, 2018).

Trotz dieser Schwierigkeiten ist anzumerken, dass in einigen Studien bereits Hinweise auf positive Effekte von religiösen und spirituellen Interventionen auf die psychische Gesundheit gefunden werden konnten (Chida, Schrempft & Steptoe, 2015; Goncalves, Lucchetti, Menezes & Valada, 2015; Richards, Berrett, Hardman & Eggett, 2006; Smith, Bartz & Richards, 2007) und die Einbeziehung religiöser/spiritueller Praktiken aufgrund dieser Befunde von manchen AutorInnen empfohlen wird (Anderson et al., 2015). Keine Auswirkung, im Sinne einer Symptomreduktion durch religiöse Interventionen als Teil der Psychotherapie, zeigte sich in einer Studie von Schowalter, Richard, Murken, Senst und Ruddel (2003).

Dass die Effektivität von religiösen oder spirituellen Interventionen wenig davon abhängt, ob KlientIn und PsychotherapeutIn die gleiche Glaubenseinstellung teilen, folgerten Post und Wade (2009) aus einer Analyse zahlreicher wissenschaftlicher Publikationen zu diesem Thema.

Religiosität und Spiritualität

Eine allgemeingültige Definition von Spiritualität und Religiosität gibt es bis dato nicht und es besteht zudem keine Einigkeit darüber, welches von beiden das umfassendere Konzept darstellt (Utsch et al., 2014, S.33). Eine klare Abgrenzung der beiden Begriffe voneinander ist dadurch nicht gegeben (Juckel, Hoffmann & Walach, 2018, S. 252). In der Forschung wird Spiritualität allerdings zunehmend mit einem persönlichen, individuellen und erfahrungsgemäßen Zugang zur transzendenten Dimension assoziiert, während Religiosität auf traditionelle, institutionalisierte Aspekte der Ausübung des Glaubens beschränkt wird (Anderson et al., 2015; Hill et al., 2000; Smith & Orlinsky, 2004; Walach & Reich, 2005). Hill und Pargament (2003) assoziieren mit Spiritualität Adjektive wie *persönlich-subjektiv*, *dynamisch*, *unkonventionell* und *emotional*. Gegensätzlich dazu wird Religion als *institutionell-objektiv*, *statisch*, *konventionell* und *kognitiv* charakterisiert.

Hill et al. (2000) entwickelten eine Zusammenstellung von Kriterien, um Religiosität und Spiritualität definieren zu können. Als Kriterien für Spiritualität nennen sie hierbei Gefühle, Gedanken, Erfahrungen und Verhaltensweisen, die aus der Suche nach etwas „Heiligem“ resultieren. Mit dem *Heiligen* ist ein individuell wahrgenommenes göttliches Wesen, göttliches Objekt, die absolute Wirklichkeit oder Wahrheit gemeint. Als Kriterien von Religiosität beschreiben die Autoren zusätzlich dazu Mittel und Methoden (z.B. Rituale oder festgelegte Verhaltensweisen) der Suche nach dem *Heiligen*, die innerhalb einer identifizierbaren Gruppe von Menschen bestätigt und unterstützt werden. Ein nicht zwingend erfülltes Kriterium von Religion ist zudem die Suche nach Zielen, die nicht direkt der Suche nach dem *Heiligen* dienen (z.B. Identität, Zugehörigkeit, Bedeutung des Lebens oder Gesundheit), aber diese kontextuell fördern und erleichtern sollen.

Zinnbauer et al. (1997) befragten Personen mit unterschiedlichem religiösem Hintergrund zu deren persönlichen Definitionen der Konzepte Religiosität und Spiritualität. Spiritualität wurde am häufigsten mit einem persönlichen und erfahrungsgemäßen Zugang zum Glauben an Gott oder eine höhere Macht beschrieben. Religiosität beinhaltete sowohl den persönlichen Glauben an Gott oder eine höhere Macht als auch institutionelle Aspekte und Praktiken wie die Zugehörigkeit zu einer Kirchengemeinschaft, Kirchenbesuche und das Bekenntnis zu den Glaubenssystemen einer religiösen Gemeinschaft. Es zeigte sich allerdings, dass sich die Definitionen der beiden Konzepte interindividuell sehr stark unterschieden. Die Ergebnisse der Studie deuten zudem zwar auf partielle Unterschiede

zwischen Religiosität und Spiritualität hin, bestätigen hingegen keine Unabhängigkeit dieser Konzepte voneinander.

Zu einem ähnlichen Ergebnis kommen auch Saroglou und Munoz-Garcia (2008), die in ihrer Studie Zusammenhänge zwischen Persönlichkeitseigenschaften und den Konzepten Religiosität und Spiritualität untersuchten. Eine Gemeinsamkeit zeigte sich in der Tendenz zu prosozialem Verhalten von Menschen, die sich selbst als religiös beziehungsweise spirituell bezeichneten. Unterschiede zwischen den beiden Konzepten zeigten sich darin, dass Religiosität positiv korreliert mit Konformität, während Spiritualität mit Offenheit für Erfahrungen korreliert war. Die AutorInnen folgerten, dass die beiden Konzepte sowohl gemeinsame als auch unterscheidende Aspekte beinhalten.

Glaubenseinstellung von PsychotherapeutInnen

Der Frage nach der Glaubensorientierung von PsychotherapeutInnen wurde vor allem in den USA bereits häufig nachgegangen. Das Ergebnis einer nationalen Umfrage von Bergin und Jensen (1990) zeigt, dass PsychotherapeutInnen weniger religiös, im Sinne einer traditionellen und institutionalisierten Form von Religiosität, waren als die Allgemeinbevölkerung. Die Befragten zeigten allerdings ein großes Interesse an einem persönlichen, spirituellen Zugang zum Glauben. Im selben Jahr kamen Shafranske und Malony (1990) zu einem ähnlichen Ergebnis. Etwa die Hälfte der Befragten beschrieb ihre Glaubenseinstellung als spirituell und nur etwa ein Fünftel gab an, dass eine organisierte Religion die primäre Quelle ihres Glaubens ausmache.

Dieser Befund einer geringeren Präferenz für traditionelle Formen von Religiosität und einer größeren Bedeutung von persönlicher Spiritualität im Leben von PsychotherapeutInnen verglichen mit der Allgemeinbevölkerung, konnte bis heute im englischsprachigen Raum oftmals bestätigt werden (Delaney et al., 2007; Peteet et al., 2016; Post & Wade, 2009; Smith & Orlinsky, 2004) und wurde von Bergin und Jensen (1990) mit dem Begriff „*Religiosity gap*“ beschrieben.

Eine in Süddeutschland durchgeführte Umfrage von Marquardt und Demling (2016) fand ebenfalls Hinweise für das Vorliegen einer *Religiosity gap*. PsychotherapeutInnen zeigten sich, gemessen an deren konfessioneller Zugehörigkeit, als weniger religiös als die

Allgemeinbevölkerung. Nur etwas mehr als ein Drittel der Befragten gab an, dass Religion einen großen Stellenwert bezogen auf deren Lebensauffassung habe.

Eine Studie von Hofmann und Walach (2011), welche in Deutschland durchgeführt wurde, zeigte zwar ein ähnliches, aber deutlich geringer ausgeprägtes Muster. Der Großteil der befragten PsychotherapeutInnen beschrieb sich als spirituell (36%) und knapp 21% bezeichneten sich als religiös. Ein Drittel der Befragten war weder religiös noch spirituell. Für mehr als die Hälfte der Befragten stellten Religiosität und Spiritualität, nicht nur beruflich, sondern auch privat wichtige Themen dar.

In diesem Kontext wurde auch das Vorliegen eines *Personal bias* bezüglich der Bereitschaft zur Einbindung von Religion/Spiritualität in die Therapie untersucht. Marquardt und Demling (2016) fanden einen solchen Zusammenhang und zeigten, dass religiös orientierte PsychotherapeutInnen stärker zu einer Integration von religiösen/spirituellen Themen in die Therapie neigten, als jene, die sich als weniger religiös beschrieben. Lee et al. (2011) beobachteten, dass PsychotherapeutInnen umso mehr religiöse Ideen und Erfahrungen in die Therapie einbrachten je spiritueller sie sich in ihrer Glaubenseinstellung beschrieben. Auch ein Review US-Amerikanischer Studien von Cummings, Ivan, Carson, Stanley und Pargament (2014) zeigte eine höhere Präferenz für die Integration von religiösen/spirituellen Interventionen bei PsychotherapeutInnen, welche sich als religiös oder spirituell beschrieben. Hinweise für einen *Personal bias* lieferten auch Shafranske und Malony (1990). Sie konnten nachweisen, dass die religiöse/spirituelle Orientierung von PsychologInnen mit der Art ihrer therapeutischen Interventionen zusammenhängt.

Bilgrave und Deluty (1998) untersuchten Zusammenhänge zwischen der Glaubenseinstellung von PsychotherapeutInnen und deren psychotherapeutischen Orientierung. Es zeigte sich, dass PsychotherapeutInnen mit christlichem Glauben eher kognitiv-behavioral orientiert waren, während jene, welche eine östlich bzw. mystisch geprägte Glaubenseinstellung beschrieben, eher humanistisch und existentiell orientiert waren. Signifikante Unterschiede zwischen PsychotherapeutInnen mit unterschiedlichen theoretischen Orientierungen, bezogen auf die Wichtigkeit die religiösen und spirituellen Themen beigemessen wird, fanden auch Hofmann (2009) sowie Hofmann und Walach (2011). Für PsychotherapeutInnen mit methodenübergreifender und humanistischer Orientierung waren Religiosität und Spiritualität im Kontext der Psychotherapie wichtiger als für kognitiv-behavioral und psychodynamisch Orientierte.

Ein Einfluss des Geschlechts, bezogen auf die Glaubenseinstellung zeigte sich bei Demling, Wörthmüller und O`Connoly (2001). In dieser Umfrage waren mehr weibliche PsychotherapeutInnen konfessionsgebunden und der Anteil von Frauen unter den AgnostikerInnen und AtheistInnen war geringer als jener der Männer. Ein Einfluss des Alters auf die Glaubenseinstellung konnte nicht nachgewiesen werden.

Umgang mit religiösen/spirituellen Themen

In einer frühen Umfrage von Shafranske und Malony (1990) wurden Klinische PsychologInnen zu ihrem Umgang mit religiösen/spirituellen Themen befragt. Diese schätzen, dass einer/eine von sechs KlientInnen Themen mit religiösen/spirituellen Inhalten einbrachte. Der Großteil der PsychologInnen hielt religiöse/spirituelle Themen im Rahmen ihrer beruflichen Tätigkeit für bedeutsam. Etwa 60% unterstützten zwar den Gebrauch religiöser Sprache oder Konzepte in der Therapie, aber mehr als die Hälfte der PsychologInnen lehnte es ab, religiöse Schriften oder Texte zu verwenden oder mit KlientInnen zu beten. Die Autoren schließen daraus, dass die PsychologInnen Interventionen dieser Art umso mehr ablehnen, je deutlicher deren religiöser Inhalt hervortritt.

Ähnliche Ergebnisse zeigte eine qualitative Studie von Brown et al. (2011). Der Großteil der Befragten bekundete die Bereitschaft religiöse/spirituelle Themen in der Therapie auf Wunsch des Klienten/der Klientin zu behandeln. Während die Bearbeitung dieser Themen für manche PsychologInnen auch Gebete und die Verwendung religiöser Schriften beinhaltete, zeigten andere keine Bereitschaft zu einer Ausführung von religiösen/spirituellen Praktiken in der Therapie.

Anhand einer Fallvignette konkretisierten PsychologInnen den Umgang mit KlientInnen, welche religiöse/spirituelle Themen aufbrachten (Petee et al., 2016). Die geringste Präferenz bestand für gemeinsames Beten in der Therapie, wohingegen die Mehrheit den religiösen/spirituellen Hintergrund und Werdegang des Klienten/der Klienten erfragen würden. Mehr als die Hälfte würde die Anwendung spiritueller Praktiken oder die Beteiligung in einer Glaubensgemeinschaft empfehlen.

Die Präferenz für unterschiedliche Arten des Umgangs mit religiösen/spirituellen Themen erfragten auch Demling et al. (2001). Bei dieser im nordbayrischen Raum durchgeführten Umfrage gab knapp die Hälfte der PsychotherapeutInnen an, sich den

Einbezug eines Seelsorgers in den therapeutischen Prozess vorstellen zu können. Etwa 20% hatten bereits für KlientInnen gebetet, wobei sich hier ein höherer Anteil weiblicher Psychotherapeutinnen zeigte. Rund 10% gaben an das Thema Glaube/Religion aktiv in der Therapie anzusprechen.

Der Einbindung von Religion in die Psychotherapie widmeten sich auch Marquardt und Demling (2016) wobei die Studie in der gleichen geographischen Region angesiedelt ist. Den Themen Glaube, Religion oder Spiritualität maß ein Drittel der Befragten eine wichtige Rolle in ihrer psychotherapeutischen Praxis bei. Der Großteil berichtete davon, bereits PatientInnen mit religiösen Problemen behandelt zu haben. Das Wissen über die Glaubenseinstellung ihrer KlientInnen hielten 76% für wichtig, aber nur jeder/jede fünfte fragte routinemäßig nach der religiösen/spirituellen Überzeugung seiner/ihrer KlientInnen. Mehr als die Hälfte der PsychotherapeutInnen waren dazu bereit religiöse/spirituelle Themen zu vertiefen, wenn der Klient/die Klientin derartige Themen ansprach. Auch die Aktivierung religiöser Ressourcen von KlientInnen wurde häufig praktiziert. Rund 5% gaben an mit ihren PatientInnen Fürbittgebete gesprochen zu haben und etwa ein Drittel hatte bereits für KlientInnen gebetet. In einer qualitativen Studie von Hundt (2003), im deutschsprachigen Raum, zeigte sich ebenfalls eine große Offenheit der PsychotherapeutInnen gegenüber religiösen/spirituellen Themen, wenn diese von KlientInnen angesprochen wurden. Ein aktives eigenes Einbringen dieser Themen von sich aus lehnten die Befragten ab.

In einer Arbeit von Hofmann (2009) wurde anhand von Merkmalen der befragten PsychotherapeutInnen versucht den Anteil von PatientInnen, die religiöse und spirituelle Inhalte im Laufe der Behandlung thematisierten, vorherzusagen. Dazu wurde eine multiple lineare Regression angewendet wodurch 26% der Varianz der Kriteriumsvariable erklärt werden konnten. Es zeigte sich, dass eine Berücksichtigung der Themen Religiosität/Spiritualität im Rahmen der Ausbildung, und die gefühlte Kompetenz mit diesen Themen im Umgang mit KlientInnen neben einer großen Bedeutung von Religiosität/Spiritualität im persönlichen Leben der PsychotherapeutInnen hierbei wichtige Faktoren darstellen. Eine seltenere Thematisierung von religiösen/spirituellen Inhalten von Seiten der KlientInnen zeigte sich bei PsychotherapeutInnen, die selbst nicht an eine höhere Wirklichkeit glaubten.

Die Ergebnisse deuten insgesamt auf eine hohe Relevanz von religiösen/spirituellen Themen für die psychotherapeutische Praxis hin. Dies zeigt sich sowohl in US-amerikanischen als auch in deutschen Studien. Insgesamt zeigen PsychotherapeutInnen eine

hohe Bereitschaft zur Bearbeitung religiöser/spiritueller Themen, unterscheiden sich allerdings in der Art des Umgangs mit dieser Thematik. Handlungen explizit religiöser Natur, wie Gebete oder die Verwendung religiöser Schriften stehen die meisten ablehnend gegenüber.

Zielsetzung der Arbeit

Der Großteil der bisherigen Forschung zu Spiritualität und Religiosität im Kontext der traditionsgemäß säkularen Psychotherapie stammt aus den USA und ist somit aufgrund kultureller Unterschiede nur bedingt auf andere Länder übertragbar. Studien aus dem deutschsprachigen Raum welche diese Thematik aufgreifen, sind bisher rar. In der vorliegenden Studie soll die Gültigkeit von bisherigen Befunden für österreichische PsychotherapeutInnen geprüft werden. Neben der Häufigkeit des Vorkommens von religiösen/spirituellen Themen in der Therapie soll auch erhoben werden, welche Themen in diesem Zusammenhang konkret von KlientInnen aufgebracht werden.

Ein weiterer Schwerpunkt liegt auf einer umfassenderen Erhebung der Möglichkeiten des Umgangs und der Bearbeitung von religiösen/spirituellen Themen in der Therapie. Unterschiedliche Arten des Umgangs sollen identifiziert und anschließend Zusammenhänge mit Personenvariablen des/der PsychotherapeutIn untersucht werden.

Neben einer kategoriellen Erfassung der Glaubenseinstellung von PsychotherapeutInnen (Demling et al., 2001; Hoffmann & Walach, 2011; Marquardt & Demling, 2016) soll auch das *transpersonale Vertrauen*, welches eine spirituelle Lebenshaltung beschreibt (Walach, Kohls & Belschner, 2005), erhoben werden, um eine umfassendere Betrachtung der Dimension Religiosität/Spiritualität zu ermöglichen. Zusätzlich wird als Form des säkularen Glaubens, die *Wissenschaftsgläubigkeit* (Farias, Newheiser, Kahane & de Toledo, 2013) der TherapeutInnen erhoben. Diese wurde bereits von Mestel, Laireiter, Maragos, Hell und Hergovich (2016) mit Religiosität in Zusammenhang gebracht. In dieser Untersuchung hatte die Gruppe von *extrem Ungläubigen* signifikant höhere Werte in Wissenschaftsgläubigkeit erreicht als *nicht extrem Ungläubige*. In weiterer Folge werden jeweils Zusammenhänge zwischen der Glaubenseinstellung, dem transpersonalen Vertrauen und der Wissenschaftsgläubigkeit mit Arten des Umgangs und der Bearbeitung von religiösen/spirituellen Themen in Psychotherapien untersucht werden. Ein solcher

Zusammenhang wird auch für das Geschlecht, die Berufserfahrung nach Jahren und die theoretische Orientierung des/der PsychotherapeutIn exploriert.

Fragestellungen und Hypothesen

In dieser Arbeit werden folgende Fragestellungen bearbeitet:

Fragestellung 1: Wie häufig kommen religiöse/spirituelle Themen in der psychotherapeutischen Praxis vor?

Diese Fragestellung wird explorativ untersucht.

Fragestellung 2: Welche religiösen/spirituellen Themen werden von Klienten/Klientinnen in der psychotherapeutischen Praxis thematisiert?

Diese Fragestellung wird explorativ untersucht.

Fragestellung 3: Wie gehen PsychotherapeutInnen mit religiösen/spirituellen Themen in der psychotherapeutischen Praxis um?

Diese Fragestellung wird explorativ untersucht.

Fragestellung 4: Gibt es Zusammenhänge zwischen der Glaubenseinstellung des Psychotherapeuten/der Psychotherapeutin und der Bearbeitung von und dem Umgang mit religiösen/spirituellen Themen?

Wobei die folgenden Hypothesen (H4.1 – H4.3) geprüft werden sollen:

H4.1 Es gibt einen signifikanten Zusammenhang zwischen der Glaubenseinstellung des Psychotherapeuten/ der Psychotherapeutin und dem aktiven eigenen Einbringen von religiösen und spirituellen Elementen in die Therapie.

H4.2 Es gibt einen signifikanten Zusammenhang zwischen der Glaubenseinstellung des Psychotherapeuten/ der Psychotherapeutin und der Ausübung ritueller, religiöser Handlungen in der Therapie.

H4.3 Es gibt einen signifikanten Zusammenhang zwischen der Glaubenseinstellung des Psychotherapeuten/ der Psychotherapeutin und der Ablehnung von religiösen und spirituellen Themen in der Therapie.

Fragestellung 5: Gibt es Zusammenhänge zwischen dem transpersonalen Vertrauen des Psychotherapeuten/der Psychotherapeutin und der Bearbeitung von und dem Umgang mit religiösen/ spirituellen Themen?

Mit den folgenden Hypothesen (H5.1-H5.3):

H5.1 Es gibt einen signifikanten positiven Zusammenhang zwischen dem transpersonalen Vertrauen des Psychotherapeuten/der Psychotherapeutin und dem aktiven eigenen Einbringen von religiösen und spirituellen Elementen in die Therapie.

H5.2 Es gibt einen signifikanten positiven Zusammenhang zwischen dem transpersonalen Vertrauen des Psychotherapeuten/der Psychotherapeutin und der Ausübung ritueller, religiöser Handlungen in der Therapie.

H5.3 Es gibt einen signifikanten negativen Zusammenhang zwischen dem transpersonalen Vertrauen des Psychotherapeuten/der Psychotherapeutin und der Ablehnung von religiösen und spirituellen Themen in der Therapie.

Fragestellung 6: Gibt es Zusammenhänge zwischen der Wissenschaftsgläubigkeit des Psychotherapeuten/der Psychotherapeutin und der Bearbeitung von und dem Umgang mit religiösen/spirituellen Themen?

Zu Fragestellung 6 werden die folgenden Hypothesen (H6.1 – H6.3) formuliert:

H6.1 Es gibt einen signifikanten negativen Zusammenhang zwischen der Wissenschaftsgläubigkeit des Psychotherapeuten/der Psychotherapeutin und dem aktiven eigenen Einbringen von religiösen und spirituellen Elementen in die Therapie.

H6.2 Es gibt einen signifikanten negativen Zusammenhang zwischen der Wissenschaftsgläubigkeit des Psychotherapeuten/der Psychotherapeutin und der Ausübung ritueller, religiöser Handlungen in der Therapie.

H6.3 Es gibt einen signifikanten positiven Zusammenhang zwischen der Wissenschaftsgläubigkeit des Psychotherapeuten/der Psychotherapeutin und der Ablehnung von religiösen und spirituellen Themen in der Therapie.

Fragestellung 7: Gibt es Zusammenhänge zwischen dem Geschlecht des Psychotherapeuten/der Psychotherapeutin und der Bearbeitung von und dem Umgang mit religiösen/spirituellen Themen?

Zu Fragestellung 7 werden die folgenden Hypothesen (H7.1 – H7.3) formuliert:

H7.1 Weibliche Psychotherapeutinnen tendieren signifikant stärker zu aktivem eigenem Einbringen von religiösen und spirituellen Elementen in die Therapie als männliche Psychotherapeuten.

H7.2 Weibliche Psychotherapeutinnen tendieren signifikant stärker zur Ausübung ritueller, religiöser Handlungen in der Therapie als männliche Psychotherapeuten.

H7.3 Männliche Psychotherapeuten tendieren signifikant stärker zur Ablehnung von religiösen und spirituellen Themen in der Therapie als weibliche Psychotherapeutinnen.

Fragestellung 8: Gibt es Zusammenhänge zwischen der Dauer der Berufstätigkeit des Psychotherapeuten/der Psychotherapeutin und der Bearbeitung von und dem Umgang mit religiösen/ spirituellen Themen?

Mit den folgenden Hypothesen (H8.1-H8.3):

H8.1 Es gibt einen signifikanten Zusammenhang zwischen der Dauer der Berufstätigkeit des Psychotherapeuten/der Psychotherapeutin und dem aktiven eigenen Einbringen von religiösen und spirituellen Elementen in die Therapie.

H8.2 Es gibt einen signifikanten Zusammenhang zwischen der Dauer der Berufstätigkeit des Psychotherapeuten/der Psychotherapeutin und der Ausübung ritueller, religiöser Handlungen in der Therapie.

H8.3 Es gibt einen signifikanten Zusammenhang zwischen der Dauer der Berufstätigkeit des Psychotherapeuten/der Psychotherapeutin und der Ablehnung von religiösen und spirituellen Themen in der Therapie.

Fragestellung 9: Gibt es Zusammenhänge zwischen der theoretischen Orientierung des Psychotherapeuten/der Psychotherapeutin und der Bearbeitung von und dem Umgang mit religiösen/ spirituellen Themen?

Zu Fragestellung 9 werden die folgenden Hypothesen (H9.1 – H9.3) formuliert:

H9.1 Es gibt einen Zusammenhang zwischen der theoretischen Orientierung des Psychotherapeuten/der Psychotherapeutin und dem aktiven eigenen Einbringen von religiösen und spirituellen Elementen in die Therapie.

H9.2 Es gibt einen Zusammenhang zwischen der theoretischen Orientierung des Psychotherapeuten/der Psychotherapeutin und der Ausübung ritueller, religiöser Handlungen in der Therapie.

H9.3 Es gibt einen Zusammenhang zwischen der theoretischen Orientierung des Psychotherapeuten/der Psychotherapeutin und der Ablehnung von religiösen und spirituellen Themen in der Therapie.

Methode

In diesem Kapitel wird die Methodik der vorliegenden Arbeit beschrieben, indem die Durchführung der Untersuchung, die Beschreibung der Stichprobe und die Aufbereitung der Daten sowie Messinstrumente und gemessene Variablen dargestellt werden.

Untersuchungsdesign und Durchführung

Zur Beantwortung der beschriebenen Fragestellungen wurde eine querschnittliche Befragung durchgeführt. Der dafür verwendete Fragebogen wurde mithilfe von „SoSci Survey“, einem Programm zur Durchführung von Online-Befragungen, erstellt und war vom

23.Mai 2018 bis zum 21.Juni 2018 unter dem Link <https://www.soscisurvey.de/RSMA/> verfügbar. Der Link wurde per E-Mail an alle 5791 österreichischen PsychotherapeutInnen, mit Angabe der E-Mail-Adresse, welche in der Liste des Bundesministeriums Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz zum 15.05.2018 in die PsychotherapeutInnenliste eingetragen waren, versendet.

Stichprobenbeschreibung und Datenaufbereitung

Das Hauptkriterium für den Einschluss in die Studie war die abgeschlossene Ausbildung zum Psychotherapeuten/zur Psychotherapeutin sowie eine aktuelle oder frühere Ausübung einer psychotherapeutischen Tätigkeit. Somit wurden auch berentete PsychotherapeutInnen in die Studie eingeschlossen. Durch die gezielte Aussendung des Fragebogens an jene Personen, welche in die PsychotherapeutInnenliste des Bundesministeriums Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz zum 15.05.2018 eingetragen waren, gilt dieses Kriterium für alle Probanden als erfüllt. Als weiteres Kriterium für die Inklusion in die vorliegende Studie gilt die abgeschlossene Beantwortung des Fragebogens. Das Auslassen einzelner Fragen galt nicht als Ausschlusskriterium.

Der Online-Fragebogen wurde insgesamt 638 Mal aufgerufen, 588 Mal begonnen und 454 Mal abgeschlossen. Von den 454 abgeschlossenen Fragebögen wurden zwei ausgeschlossen, da der Fragebogen in diesen Fällen nur durchgesehen jedoch nicht beantwortet wurde. Die Gesamtstichprobe umfasst somit 452 österreichische PsychotherapeutInnen. Dies entspricht einer Rücklaufquote von 7.81%. Da von manchen ProbandInnen einzelne Items bzw. Skalen nicht beantwortet wurden, kommt es bei der Stichprobenzahl einzelner Variablen zu Abweichungen von der Gesamtstichprobe. Abweichungen von der Gesamtstichprobenzahl von 452 werden an den betreffenden Stellen jeweils genannt und erläutert.

Fragebogen

Es folgt die Beschreibung des Fragebogens und der gemessenen Variablen.

Soziodemographische und berufliche Daten. Der Fragebogen beginnt mit einem einleitenden Text, auf den die Erhebung von Alter und Geschlecht folgt.

Um den beruflichen Hintergrund der PsychotherapeutInnen zu erheben, wird mit der Frage „*Welche abgeschlossene Berufsausbildung haben Sie?*“ die Grundausbildung, welche vor der Psychotherapieausbildung absolviert wurde, erfasst. Zur Beantwortung stehen die Kategorien *Medizin, Psychologie, Pädagogik oder Sozialpädagogik, Theologie, Lehramt, Sozialarbeit* sowie ein freies Antwortfeld für sonstige Ausbildungen zur Verfügung. Anschließend wird eine mögliche gegenwärtige Berufsausbildung mit denselben Antwortmöglichkeiten erfragt.

Zur Einschätzung der beruflichen Erfahrung folgt eine Frage nach der Dauer der psychotherapeutischen Tätigkeit nach Beendigung der Ausbildung. Es folgt die Erhebung des primären Ausübungsortes der psychotherapeutischen Tätigkeit, wofür aus den Antwortmöglichkeiten *ambulant/eigene Praxis, stationär/Institution* und *Beides* zu wählen war.

Um den psychotherapeutischen Hintergrund der ProbandInnen zu erheben, wird zunächst nach jenen psychotherapeutischen Verfahren gefragt, in welchen eine vollständige Ausbildung absolviert wurde. Alle in Österreich anerkannten Verfahren konnten gewählt werden und es bestand die Möglichkeit einer Mehrfachnennung. Anschließend wurde die vorrangige theoretische Orientierung der PsychotherapeutInnen erhoben, wobei aus den Kategorien *tiefenpsychologisch-psychodynamische Orientierung, humanistisch-existentielle Orientierung, systemische Therapie* und *Verhaltenstherapie* zu wählen war. Aus der Beantwortung dieser Frage ergab sich die Variable *Theoretische Orientierung*, die in der Untersuchung als unabhängige Variable betrachtet wird. Danach erfolgt die Einschätzung des Einflusses der theoretischen Konzepte auf die derzeitige psychotherapeutische Praxis im Einzelnen. Die Beantwortung erfolgt auf einer fünfstufigen Rating-Skala (1=“überhaupt nicht“ bis 5=“ausschließlich“). In der Kategorie *Sonstiges* können weitere Konzepte genannt und deren Einfluss auf die psychotherapeutische Arbeit eingeschätzt werden.

Dann erfolgt die Angabe der Stundenanzahl, welche pro Woche für die psychotherapeutische Tätigkeit aufgewendet wird. Anschließend wird die Anzahl der im vergangenen Jahr durchschnittlich behandelten PatientInnen erhoben.

Glaubenseinstellung. Zunächst wird erfragt, welcher Konfession bzw. Religionsgemeinschaft die Befragten angehören. Die Antwortmöglichkeiten sind: *katholisch, evangelisch, andere christliche Religion, nicht-christliche Religion* und *keine Religion*. Darauf folgt die Frage nach der religiösen und spirituellen Überzeugung der PsychotherapeutInnen mit den Antwortmöglichkeiten *Ich bin religiös (auf spezifische Religion(en) ausgerichtet.), Ich bin spirituell (verbunden mit dem Transzendenten, Jenseits oder der Unendlichkeit), Ich bin sowohl religiös als auch spirituell., Ich bin weder religiös noch spirituell (z.B. AtheistIn, lehne diese Thematik ab), Ich bin AgnostikerIn (irrelevantes Thema für mich; hat für mich keine Bedeutung)* und ein freies Antwortfeld. Diese Frage führte zu der Variable *Glaubenseinstellung*, die in der statistischen Analyse als unabhängige Variable fungiert.

Art und Häufigkeit religiöser/spiritueller Themen. Die Art religiöser/spiritueller Themen wurde mit der Frage: „*Welche der folgenden Themen wurden im Verlauf der Behandlung von einem/einer oder mehreren Ihrer KlientInnen schon ein oder mehrmals thematisiert?*“, gefolgt von einer Liste mit möglichen Themen, erhoben. Zusätzlich konnten in einem freien Antwortfeld weitere Themen genannt werden. Die Auswahl der Themen wurde auf Grundlage einer Arbeit von Lukoff, Lu und Turner (1995) erstellt und anschließend durch weitere mögliche Themen erweitert. Die finale Liste, der zur Auswahl stehenden 22 Themen, war das Ergebnis einer Befragung von sieben PsychotherapeutInnen¹, welche im Vorfeld dieser Studie durchgeführt wurde.

Die Häufigkeit des Vorkommens religiöser/spiritueller Themen im Rahmen der psychotherapeutischen Behandlung wurde mit drei Items erhoben, welche aus der Arbeit von Hofmann (2009) übernommen wurden.

Umgang mit und Bearbeitung von religiösen/spirituellen Themen. Da für die Erhebung des *Umgangs mit und der Bearbeitung von religiösen/spirituellen Themen (UB)* keine standardisierten Instrumente vorlagen, wurde dieser Teil des Fragebogens eigens für die vorliegende Studie entwickelt. Die Basis schaffte eine Umfrage von Marquardt und Demling (2016), welche PsychotherapeutInnen zu ihrer beruflichen sowie privaten Einstellung, zu den Themen Religiosität und Spiritualität, befragten. Als weitere Grundlage diente eine Studie von Shafranske und Malony (1990), in welcher der Effekt der religiösen/spirituellen

¹ Die Autorin bedankt sich an dieser Stelle vielmals für die Bereitschaft der PsychotherapeutInnen an der Vorerhebung zu der vorliegenden Arbeit teilzunehmen.

Einstellung von Klinischen PsychologInnen auf deren psychotherapeutische Praxis untersucht wurde. Aus den genannten Arbeiten wurden einzelne Items übernommen und adaptiert. Zusätzlich wurden weitere interessierende Items zu dem Themenbereich *Umgang mit und Bearbeitung von religiösen/spirituellen Themen* ergänzt. Insgesamt 14 Items mit fünfstufigem Antwortformat (1=“trifft nicht zu“ bis 5=“trifft zu“) wurden in den Fragebogen integriert. Ein Beispiel für ein Item lautet: „*Religiosität/Spiritualität sind wichtige Themen in meinen Therapien, die ich meinerseits regelmäßig einbringe.*“

Die Skalenanalyse, welche nach Abschluss der Datenerhebung erfolgte, wird im Abschnitt *Ergebnisse* behandelt.

Wissenschaftsgläubigkeit. Die Belief in Science Scale (BSS) wurde 2013 von Farias et al. im Rahmen einer Studie entwickelt, um das Ausmaß der Wissenschaftsgläubigkeit von Personen zu erheben. In jener Studie wurde untersucht, ob die Wissenschaftsgläubigkeit einer Person bei der Bewältigung von Stress und Angst einen vergleichbaren Effekt hat wie der religiöse Glaube.

Die BSS umfasst 10 Items mit sechsstufigem Antwortformat (1=“lehne stark ab“ bis 6=“stimme sehr zu“), welche verschiedene Aussagen zur Wissenschaft darstellen. Durch eine Faktorenanalyse wurde ein Faktor extrahiert, welcher 57% der Varianz erklärt und mit einem Alpha von .86 eine hohe interne Konsistenz aufzeigt. Die Eichstichprobe umfasste 144 ProbandInnen mit einem Mittelwert von 3.23. Die Auswertung erfolgt über die Bildung des Mittelwerts über alle 10 Items.

Im selben Jahr wurde die BSS von Spitzer (2013) ins Deutsche übersetzt. Ein Beispiel für ein Item lautet: *“Wissenschaft liefert uns ein besseres Verständnis des Universums als Religion”*. Die Variable BSS zu dieser Skala wird in der statistischen Analyse als unabhängige Variable betrachtet.

Transpersonales Vertrauen. Die Skala Transpersonales Vertrauen (TPV) von Belschner (2000) erfasst die Durchlässigkeit für spirituelle Erfahrungen. *„Sie ist auf die eigene spirituelle Erfahrung als Erkenntnisquelle ausgerichtet und nicht auf das kognitive Wissen um religiöse Glaubensinhalte.“* (Belschner, 2001, S.58) und ermöglicht somit eine umfassende Operationalisierung von Religiosität/Spiritualität im Sinne des Gefühls einer Verbundenheit mit einer höheren Macht.

Der TPV umfasst 11 Items welche auf einer vierstufigen Rating-Skala beantwortet werden (0=“trifft gar nicht zu“ bis 3=“trifft vollständig zu“). Ein Beispiel für ein Item lautet: „*Meine Seele lebt auch nach meinem Tod weiter.*“ Für die Auswertung wird ein Summenscore über die 11 Items gebildet. In einer Studie von Klein, Gottschling und Zwingmann (2012) an einer studentischen Stichprobe ergab sich für den TPV eine interne Konsistenz von $\alpha=.90$ und ein Mittelwert von 18.9. Auch bei einer Untersuchung von Yeginer (2000) ergab sich mit $\alpha = .93$ eine hohe interne Konsistenz für die Skala TPV.

Statistische Verfahren

Als statistisch signifikant wurde aufgrund der Anzahl der durchgeführten statistischen Tests allgemein ein p -Wert $< .01$ angenommen. Alle Berechnungen und statistischen Verfahren wurden mit dem Programm „IBM SPSS Statistics 25“ ausgeführt.

Deskriptive Analyse

Für die deskriptive Analyse wurden Mittelwerte und Standardabweichungen der analysierten Variablen angegeben oder Häufigkeitsanalysen erstellt. Für Fragestellung 1 wurden Mittelwerte und Standardabweichungen berechnet. Bei Fragestellung 2 und 3 wurde die Verteilung der Daten mithilfe von Histogrammen analysiert.

Mittelwertvergleiche

Für die Mittelwertvergleiche mehrerer Gruppen bei Fragestellung 4, zwischen einer nominalen Variable *Glaubenseinstellung* und einer metrischen Variable *Umgang und Bearbeitung von religiösen/spirituellen Themen (UB)*, wurden zunächst die Voraussetzungen für eine ANOVA überprüft. Da bei den UB-Variablen keine Normalverteilung gegeben war, wurde auf den nicht-parametrische Kruskal-Wallis Test zurückgegriffen. Etwaige Post-Hoc Tests wurden wiederum durch U-Test implementiert und Bonferroni-korrigiert.

Mittelwertsunterschiede zwischen zwei Gruppen wurden bei Fragestellung 7, aufgrund der nicht-normalverteilten UB-Variablen, mit einem U-test berechnet.

Korrelationstests

Bei den Zusammenhangstests für Fragestellungen 5, 6, 8 und 9 wurde aufgrund der Skalenniveaus die Spearman-Rangkorrelation verwendet, die Effektstärke durch den Korrelationskoeffizienten quantifiziert und nach Cohen (1988) in kleine ($d = 0.2$ bis 0.5), mittlere ($d = 0.5$ bis 0.8) und große Effekte ($d > 0.8$) eingeteilt.

Ergebnisse

In diesem Kapitel wird zunächst die Skalenanalyse der Skala *Umgang mit und Bearbeitung von religiösen/spirituellen Themen* beschrieben. Es folgt die Darstellung der deskriptiven Ergebnisse und die Überprüfung der Voraussetzungen für die statistische Analyse. Anschließend erfolgt die Beantwortung der beschriebenen Fragestellungen und die Darstellung der Ergebnisse der Hypothesenprüfung.

Skalenanalyse

Die Überprüfung der Dimensionalität der 14 Items zu *Umgang mit und Bearbeitung von religiösen/spirituellen Themen* erfolgte durch eine exploratorische Faktorenanalyse. Zur Bestimmung der Faktorenanzahl dienten Kaiser-Guttman-Kriterium, Scree-Plot sowie Parallelanalyse. Aus diesen Kriterien ergaben sich drei latente Faktoren. Diese Faktoren wurden nach der Varimax-Methode rotiert um ihre Interpretierbarkeit zu erhöhen. Die rotierten Faktorladungen sind nachfolgend in Tabelle 1 dargestellt.

Tabelle 1

Rotierte Faktorenmatrix sortiert nach Faktorladungen

| | Faktor | | |
|---|--------|------|-------|
| | 1 | 2 | 3 |
| Item 3: Religiosität/Spiritualität sind wichtige Themen in meinen Therapien, die ich meinerseits regelmäßig einbringe. | .734 | .084 | -.108 |
| Item 11: Ich lege meinen PatientInnen spirituelle Aktivitäten nahe (z.B. Meditationen, themenzentrierte Trance etc.). | .701 | .045 | -.006 |
| Item 13: Ich führe mit meinen PatientInnen spirituelle Aktivitäten durch. | .610 | .248 | .056 |
| Item 1: Ich frage regelmäßig aktiv nach religiösen/spirituellen Überzeugungen von PatientInnen. | .597 | .002 | -.080 |
| Item 14: Ich verwende im therapeutischen Prozess religiöse/spirituelle Sprache, Metaphern, Konzepte, Schriften oder Texte. | .584 | .266 | -.114 |
| Item 9: Ich empfehle meinen PatientInnen zur Beichte zu gehen. | -.094 | .778 | .072 |
| Item 12: Ich bete für meine PatientInnen. | .075 | .727 | -.109 |
| Item 7: Ich bete mit meinen PatientInnen in der Therapie. | .225 | .649 | -.083 |
| Item 8: Ich empfehle meinen PatientInnen ein Gebet zur "Hausaufgabe". | .292 | .602 | -.008 |
| Item 10: In meinen Therapien empfehle ich meinen PatientInnen weitere religiöse Praktiken (z.B. Messbesuche, Wallfahrt, Gespräche mit Gott etc.). | .436 | .516 | .053 |
| Item 5: Wenn ein Patient/eine Patientin ein religiöses/spirituelles Thema in die Therapie einbringt, sage ich, dass das nicht unser Thema ist. | -.036 | .003 | .796 |

Fortsetzung

Fortsetzung Tabelle 1

| | | | |
|---|-------|-------|-------|
| Item 6: Bei religiösen Themen verweise ich meinen Patienten/meine Patientin in der Regel an einen Priester oder Seelsorger. | -.109 | .181 | .660 |
| Item 2: Ich bin dazu bereit, das Thema "Spiritualität/Religion" zu vertiefen, wenn mein Patient/meine Patientin dies wünscht. | .169 | .102 | -.574 |
| Item 4: Wenn ein Patient/eine Patientin ein religiöses/spirituelles Thema in die Therapie einbringt, gehe ich darauf nicht ein. | .107 | -.125 | .539 |

Anmerkung. Extraktionsmethode: Hauptkomponentenanalyse. Rotationsmethode: Varimax mit Kaiser-Normalisierung. Die Rotation ist in 5 Iterationen konvergiert. Grau hinterlegte Werte zeigen an, welches Item welchem Faktor/welcher Subskala zugeordnet wurde.

Aus den drei extrahierten Faktoren wurden folgende Subskalen gebildet (siehe Tabelle 1):

Subskala *aktives eigenes Einbringen von religiösen und spirituellen Themen in die Therapie UB1* (5 Items): Ein Beispiel-Item war: *“Religiosität/Spiritualität sind wichtige Themen in meinen Therapien, die ich meinerseits regelmäßig einbringe”*. Die interne Konsistenz dieser Subskala beträgt $\alpha=.686$ und hat eine erklärte Varianz 17.81%.

Subskala *Institutionalisierte Aspekte der Glaubensausübung (rituelle, religiöse Handlungen) UB2* (4 Items): Eine repräsentative Frage dieser Skala war: *“Ich bete mit meinen PatientInnen in der Therapie”*. Für diese Subskala beträgt die interne Konsistenz $\alpha=.591$, die erklärte Varianz beträgt 17.02%.

Subskala *Ablehnung von religiösen und spirituellen Themen in der Therapie (UB3)* (4 Items): Ein Item dieser Subskala war *“Wenn ein Patient/eine Patientin ein religiöses/spirituelles Thema in die Therapie einbringt, gehe ich darauf nicht ein”*. Die interne Konsistenz beträgt für die dritte Subskala $\alpha=.506$ und hat eine erklärte Varianz von 12.51%.

Aufgrund ähnlich hoher Ladungen auf zwei Faktoren wurde Item 10: *"In meinen Therapien empfehle ich meinen PatientInnen weitere religiöse Praktiken (z.B. Messbesuche, Wallfahrt, Gespräche mit Gott etc.)"* aus der weiteren Analyse ausgeschlossen.

Die drei Subskalen *aktives eigenes Einbringen (UB1)*, *institutionalisierte Aspekte (UB2)*, *Ablehnung (UB3)* werden in den weiteren Untersuchungen jeweils als abhängige Variablen betrachtet.

Deskriptive Ergebnisse

Da auch Daten von ProbandInnen in die Auswertung miteinbezogen wurden, welche den Fragebogen nicht vollständig ausgefüllt hatten, wird in Klammer jeweils die spezifische Stichprobengröße angeführt.

Geschlecht (N=452). Die Stichprobe setzte sich aus 314 (69.5%) Frauen und 138 (30.5%) Männern zusammen.

Alter (N=450). Der Mittelwert lag bei 54.3 Jahren (SD= 10.3). Die Gruppe der 36 bis 65-Jährigen stellte mit 84% (n= 378) die größte Gruppe dar. 3.3% (n= 15) der Stichprobe waren unter 36 Jahren. In die Gruppe der 66 bis 85-Jährigen fielen 12.7% (n= 57) der Befragten. Die Altersspanne wurde auf 25 bis 85 Jahre festgelegt, wodurch zwei ProbandInnen aufgrund ungültiger oder fehlender Altersangabe ausgeschlossen wurden.

Abgeschlossene Berufsausbildung (N=452). Die größte Gruppe bildeten mit 36.5% (n= 165) jene PsychotherapeutInnen mit abgeschlossenem Psychologiestudium. 15% (n= 68) der befragten PsychotherapeutInnen gaben an, eine pädagogische bzw. sozialpädagogische Ausbildung absolviert zu haben. Eine Ausbildung zum Sozialarbeiter/zur Sozialarbeiterin hatten 10% (n= 45) abgeschlossen. 9.5% (n= 43) hatten ein abgeschlossenes Lehramtsstudium und 8.4% (n= 38) ein abgeschlossenes Medizinstudium. Einen theologischen Hintergrund hatten 8% (n= 36) der Befragten. Bei dieser Frage waren Mehrfachnennungen möglich.

Etwa 50% (n= 231) der ProbandInnen gaben in einem freien Antwortfeld sonstige Berufsausbildungen an. Dieser hohe Prozentsatz ist darauf zurückzuführen, dass 124 (54%) ProbandInnen hier die Psychotherapieausbildung nennen, welche nicht als Antwortoption zur Verfügung stand, da sich die Frage auf die Quellberufe für die Psychotherapieausbildung

bezog. Davon abgesehen wurden am häufigsten das Studium der Psychotherapiewissenschaften, der Soziologie sowie der Philosophie als sonstige Berufsausbildungen genannt.

Derzeitige Ausbildung (N=377). Gegenwärtig befanden sich 16.7% (n= 63) der PsychotherapeutInnen in einer Berufsausbildung. 75 (20%) Personen machten keine Angabe zu ihrer derzeitigen Berufsausbildung.

Psychotherapeutische Methoden (N=448). Das mit Abstand am häufigsten abgeschlossene psychotherapeutische Verfahren in der vorliegenden Stichprobe war die Systemische Familientherapie, welche von 123 (27.2%) PsychotherapeutInnen genannt wurde. An zweiter und dritter Stelle lagen mit jeweils 54 (11.9%) Nennungen die Person(en)zentrierte Psychotherapie sowie die Integrative Gestalttherapie. Eine abgeschlossene verhaltenstherapeutische Ausbildung gaben 41 (9.1%) ProbandInnen an. In Tabelle 2 sind alle psychotherapeutischen Ausbildungen absteigend nach Häufigkeit ihrer Nennungen dargestellt.

Tabelle 2

Häufigkeiten psychotherapeutischer Methoden (N=488)

| | Anzahl der Nennungen | % |
|---|----------------------|------|
| Systemische Familientherapie (SF) | 123 | 27.2 |
| Person(en)zentrierte Psychotherapie (PP) | 54 | 11.9 |
| Integrative Gestalttherapie (IG) | 54 | 11.9 |
| Verhaltenstherapie (VT) | 41 | 9.1 |
| Katathym imaginative Psychotherapie (KIP) | 31 | 6.9 |
| Klientenzentrierte Psychotherapie (KP) | 29 | 6.4 |

Fortsetzung

Fortsetzung Tabelle 2

| | | |
|--|----|-----|
| Existenzanalyse (E) | 28 | 6.2 |
| Psychodrama (PD) | 26 | 5.8 |
| Existenzanalyse und Logotherapie (EL) | 24 | 5.3 |
| Hypnosepsychotherapie (HY) | 22 | 4.9 |
| Psychoanalyse/Psychoanalytische Psychotherapie (PA) | 17 | 3.8 |
| Individualpsychologie (IP) | 15 | 3.3 |
| Integrative Therapie (IT) | 13 | 2.9 |
| Gestalttherapeutische Psychotherapie (GTP) | 12 | 2.7 |
| Neuro-Linguistische Psychotherapie (NLPT) | 9 | 2 |
| Transaktionsanalytische Psychotherapie (TA) | 7 | 1.5 |
| Konzentrierte Bewegungstherapie (KBT) | 7 | 1.5 |
| Psychoanalytisch orientierte Psychotherapie (PoP) | 7 | 1.5 |
| Dynamische Gruppenpsychotherapie (DG) | 6 | 1.3 |
| Autogene Psychotherapie (ATP) | 6 | 1.3 |
| Analytische Psychologie (AP) | 4 | 0.9 |
| Gruppenpsychoanalyse/Psychoanalytische Psychotherapie (GP) | 2 | 0.4 |
| Daseinsanalyse (DA) | 0 | 0 |

374 (83.48%) der Befragten gaben an, eine Ausbildung in einem psychotherapeutischen Verfahren abgeschlossen zu haben. Eine Ausbildung in zwei psychotherapeutischen Verfahren wurde von 60 (13.39%) PsychotherapeutInnen genannt. 13 (2.9%) wurden nach eigenen Angaben in drei psychotherapeutischen Methoden ausgebildet und ein Psychotherapeut/eine Psychotherapeutin (0.22%) absolvierte eine Ausbildung in vier psychotherapeutischen Verfahren.

Theoretische Orientierung. Im Folgenden werden die Antworten der ProbandInnen auf die Frage nach ihrer vorrangigen theoretischen Orientierung sowie nach dem Einfluss unterschiedlicher theoretischer Konzepte auf deren derzeitige psychotherapeutische Praxis dargestellt.

Vorrangige theoretische Orientierung (N=451). 42.5% (n=192) der PsychotherapeutInnen gaben eine Humanistisch-existentielle Orientierung als vorrangige theoretische Orientierung an. Die Systemische Therapie wurde von 27.4% (n=124) und die Tiefenpsychologisch-psychodynamische Orientierung von 22.1% (n=100) der ProbandInnen genannt. Die kleinste Gruppe war in der vorliegenden Stichprobe jene der verhaltenstherapeutisch orientierten PsychotherapeutInnen mit 7.7% (n=35). Ein Proband/eine Probandin machte keine Angabe zu seiner/ihrer vorrangigen theoretischen Orientierung. In Tabelle 3 ist die Verteilung der vorrangigen theoretische Orientierung dargestellt.

Tabelle 3

Vorrangige theoretische Orientierung (N=451)

| | Anzahl der Nennungen | % |
|---|----------------------|------|
| Humanistisch-existentielle Orientierung | 192 | 42.5 |
| Systemische Therapie | 124 | 27.4 |
| Tiefenpsychologisch-psychodynamische Orientierung | 100 | 22.1 |
| Verhaltenstherapie | 35 | 7.7 |

Einfluss theoretischer Konzepte in der psychotherapeutischen Praxis.

Tiefenpsychologisch-psychodynamische Konzepte (N=428). Der Mittelwert lag bei 2.56 mit einer Standardabweichung von 1.05. Als überwiegend oder ausschließlich tiefenpsychologisch-psychodynamisch orientiert, beschrieben sich etwa 22% der PsychotherapeutInnen. 24.3% bezeichneten ihre psychotherapeutische Praxis als deutlich tiefenpsychologisch-psychodynamisch orientiert. Eine geringe Orientierung in diese Richtung beschrieben 39% und knapp 15% gaben an, überhaupt nicht tiefenpsychologisch-psychodynamisch zu arbeiten.

Humanistisch-existentielle Konzepte (N=437). Der Mittelwert lag bei 3.17 mit einer Standardabweichung von 1.01. 45% der Befragten gaben an in ihrer psychotherapeutischen Arbeit ausschließlich oder überwiegend humanistisch-existentiell orientiert zu sein. Etwa 27% beschrieben einen deutlichen Einfluss humanistisch-existentieller Konzepte auf ihre Praxis. Einen geringen Einfluss beschrieben 21% der PsychotherapeutInnen und 6% arbeiteten ohne humanistisch-existentiellen Einfluss.

Systemische Konzepte (N=435). Der Mittelwert lag bei 2.74 mit einer Standardabweichung von 1.01. Etwa 27% der Befragten gaben an, überwiegend oder ausschließlich systemisch orientiert zu arbeiten. Der Anteil der PsychotherapeutInnen, welche diesen Zugang überhaupt nicht praktizieren, lag bei 10%.

Verhaltenstherapeutische Konzepte (N=418). Der Mittelwert lag bei 2.13 mit einer Standardabweichung von 0.91. Die Mehrheit der ProbandInnen, etwa 74%, gaben an ein wenig oder überhaupt nicht verhaltenstherapeutisch zu arbeiten. Etwa 9% der PsychotherapeutInnen arbeiteten überwiegend oder ausschließlich verhaltenstherapeutisch orientiert.

Die Daten zum Einfluss theoretischer Konzepte in der psychotherapeutischen Praxis sind nachfolgend in Tabelle 4 dargestellt.

Tabelle 4

Einfluss theoretischer Konzepte in der psychotherapeutischen Praxis

| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|--|----------------|----------------|----------------|----------------|--------------|
| Tiefenpsychologisch- psychodynamische Konzepte (N=428) | 64 (14.2%) | 167 (36.9%) | 104 (23%) | 79 (17.5%) | 14 (3.1%) |
| Humanistisch-existentielle Konzepte (N=437) | 28 (6.2%) | 92 (20.4%) | 120 (26.5%) | 170 (37.6%) | 27 (6%) |
| Systemische Konzepte (N=435) | 45 (10%) | 152 (33.6%) | 120 (26.5%) | 109 (24.1%) | 9 (2%) |
| Verhaltenstherapeutische Konzepte (N=418) | 99 (21.9%) | 210 (46.5%) | 70 (15.5%) | 33 (7.3%) | 6 (1.3%) |
| Sonstiges (N=331) | 145 (32.1%) | 62 (13.7%) | 83 (18.4%) | 37 (8.2%) | 4 (0.9%) |

Anmerkung. 1=überhaupt nicht, 2=ein wenig, 3=deutlich/merklich, 4=überwiegend, 5=ausschließlich. Eine Zelle enthält jeweils den absoluten sowie den relativen Anteil in Prozent.

Dauer, Ausmaß und Ort der Berufstätigkeit. Nachfolgend wird die Dauer der Berufstätigkeit in Jahren, das Ausmaß der Wochenstunden sowie der Ausübungsort der beruflichen Tätigkeit beschrieben.

Dauer der Berufstätigkeit (N=452). Die Dauer der psychotherapeutischen Berufstätigkeit der ProbandInnen lag zwischen einem und 57 Jahren mit einem Mittelwert von 16.8 Jahren (SD=10.74).

Stunden pro Woche (N=440). Die Anzahl der Wochenstunden, die die befragten PsychotherapeutInnen gegenwärtig für psychotherapeutische Tätigkeiten aufwenden, lag

zwischen einer und 50 Stunden mit einem Mittelwert von 19.6 Stunden (SD=10.74). 12 Personen machten keine Angaben bzw. sind bereits in Pension.

PatientInnen pro Woche (N=443). Die Anzahl der im letzten Jahr durchschnittlich pro Woche behandelten PatientInnen lag bei einem Mittelwert von 16.1 PatientInnen (SD=9.47). Die Anzahl der behandelten PatientInnen pro Woche reichte von einem/einer bis 70 PatientInnen. Neun ProbandInnen wurden aufgrund fehlender oder ungültiger Angaben nicht berücksichtigt.

Ort der Tätigkeit (N=452). 71.9% (n=325) der PsychotherapeutInnen übten ihre psychotherapeutische Tätigkeit primär ambulant bzw. in eigener Praxis und nur 2.7% (n=12) stationär bzw. in einer Institution aus. Sowohl ambulant als auch stationär arbeiteten 25.4% (n=115) der ProbandInnen.

Formale Religions-/Konfessionszugehörigkeit (N=452). Die größte Gruppe machte mit 44% (n=199) jene der Katholiken/Katholikinnen aus. Ähnlich stark vertreten waren mit 43% (n=196) jene PsychotherapeutInnen, welche keine Religions-/Konfessionszugehörigkeit angeben. Nur knapp 8% (n=35) waren evangelisch und 4% (n=19) einer nicht-christlichen Religion zugehörig. Weniger als 1% (n=3) der ProbandInnen ordneten sich einer anderen christlichen Religion zu.

Glaubenseinstellung (N=452). Mit knapp 34% (n=152) war der Anteil jener ProbandInnen am höchsten, welche sich als spirituell beschrieben. Etwa 29% (n=129) gaben an sowohl religiös als auch spirituell zu sein. Nur knapp 9% (n=39) der Befragten charakterisierten ihre Glaubenseinstellung als religiös. Die kleinste Gruppe bildete mit etwa 7% (n=30) jene PsychotherapeutInnen, welche sich als weder religiös noch spirituell bezeichneten. Jeweils etwa 11% (n=50 bzw. n=52) gaben an, AgnostikerInnen zu sein oder sich in keiner der gegebenen Kategorien in ihrer Glaubenseinstellung charakterisiert zu sehen (siehe Abbildung 1).

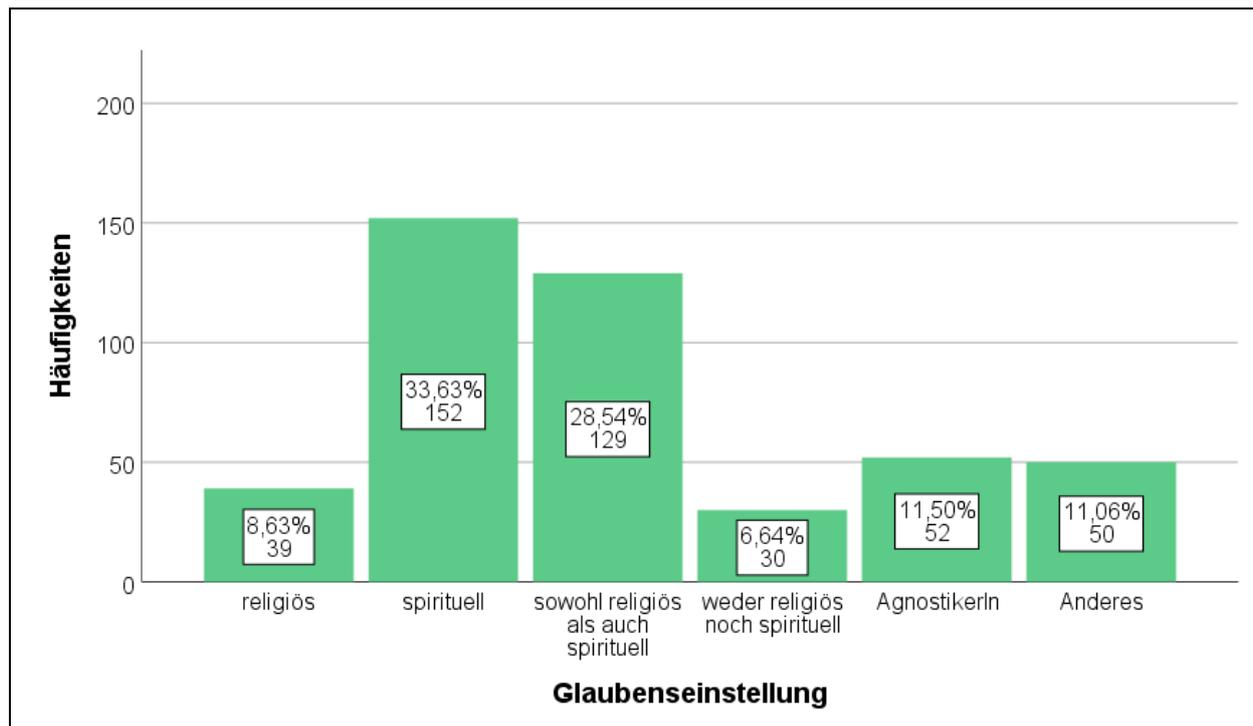


Abbildung 1. Balkendiagramm zur Glaubenseinstellung von PsychotherapeutInnen. Auf der y-Achse wird die Anzahl der Nennungen, und auf der x-Achse werden die möglichen Kategorien der religiösen und spirituellen Überzeugung dargestellt.

Transpersonales Vertrauen (N=431). Die Summenscores des transpersonalen Vertrauens (TPV) der ProbandInnen lagen bei einem Mittelwert von 19.52 (SD=8.08), wobei eine linksschiefe Verteilung vorlag. Insgesamt zeigten die befragten PsychotherapeutInnen etwas höhere Werte im TPV als eine studentische Stichprobe in einer Studie von Klein, Gottschling und Zwingmann (2012) welche einen Mittelwert von 18.9 erreichte.

Wissenschaftsgläubigkeit (N=447). Der Mittelwert der Wissenschaftsgläubigkeit (BSS) der befragten PsychotherapeutInnen lag bei 3.05 (SD=1.01). Die ProbandInnen der vorliegenden Studie zeigten einen gering niedrigeren Mittelwert als die ProbandInnen der Eichstichprobe der Belief in Science Scale (Farias et al., 2013), welche einen Mittelwert von 3.23 erreichten.

Voraussetzungsprüfungen

Im Folgenden werden die Voraussetzungsprüfungen für die verwendeten statistischen Verfahren dargestellt.

Voraussetzungen für Mittelwertvergleiche. Für die Mittelwertvergleiche der abhängigen Variablen UB1, UB2 und UB3 wurden die Voraussetzungen für eine ANOVA beziehungsweise t-Test geprüft. Eine zentrale Voraussetzung für diese Verfahren stellt die Normalverteilung der abhängigen Variablen dar. Die Prüfung auf Normalverteilung von UB1, UB2 und UB3 durch den Shapiro-Wilk-Test ergab durchwegs hochsignifikante p-Werte (alle $<.000$) wodurch in keiner Gruppe eine Normalverteilung vorlag. Die weiteren Voraussetzungen, wie die Homoskedastizität wurden aufgrund der Nichterfüllung der Normalverteilung nicht mehr überprüft. Deshalb wurde für Mittelwertvergleiche auf die nicht-parametrischen Verfahren Kruskal-Wallis-Test und U-Test zurückgegriffen. Deren Voraussetzungen der Unabhängigkeit der Stichproben und der Ordinalskalierung waren erfüllt.

Voraussetzungen für Korrelationstests. Im Rahmen der statistischen Analyse sollten die Korrelationen der Variablen BSS mit UB1, UB2, UB3; TPV mit UB1, UB2, UB3 und Dauer der Berufstätigkeit mit UB1, UB2, UB3 geprüft werden. Um die Signifikanz des Korrelationskoeffizienten nach Pearson zu überprüfen, müssen die zu korrelierenden Variablen annähernd normalverteilt sein. Keine der Variablen folgte einer Normverteilung (alle p-Werte $>.000$, Shapiro-Wilk-Test), wodurch auf den Spearman-Rangkorrelationskoeffizienten zurückgegriffen wurde. Die Voraussetzung der Ordinalskalierung der zu korrelierenden Variablen war erfüllt.

Fragestellung 1: Wie häufig kommen religiöse/spirituelle Themen in der psychotherapeutischen Praxis vor?

Die befragten PsychotherapeutInnen gaben durchschnittlich an, dass 23.11%² Ihrer KlientInnen im Verlauf der Behandlung Inhalte und Probleme thematisierten, die nach Ihrer Ansicht oder nach Ansicht Ihrer KlientInnen mit Spiritualität oder Religiosität zu tun hatten (M=23.11%, SD=22.23%, N=447). Der Anteil jener KlientInnen, in deren Leben eine spirituelle oder religiöse Orientierung eine bedeutsame Rolle spielte, wird mit 30.60% eingeschätzt (M=30.60%, SD=22.10%, N=446). 16.56% der KlientInnen legten, nach Einschätzung der PsychotherapeutInnen Wert darauf, dass die eigene spirituelle oder religiöse

² Da im Fragebogen die Schätzung des relativen Anteils in Prozent erfragt wurde, kann hier keine Grundgesamtheit angegeben werden. Für jeden Probanden/ jede Probandin ist von einer unterschiedlich großen Anzahl an PatientInnen als Grundgesamtheit auszugehen.

Orientierung im Rahmen der Behandlung explizit anerkannt und miteinbezogen wurde (M=16.65%, SD=24.26%, N=448).

Fragestellung 2: Welche religiösen/spirituellen Themen werden von KlientInnen in der psychotherapeutischen Praxis thematisiert?

Im Kontext von Religiosität/Spiritualität wurde von KlientInnen nach Angabe der PsychotherapeutInnen mit 401 (88.72%) Nennungen am häufigsten der Umgang mit Krankheit und/oder Tod thematisiert. Das Thema Religion/Spiritualität als Ressource wurde 341 (75.44%) Mal genannt. 271 (59.96%) PsychotherapeutInnen gaben an, dass KlientInnen bereits schwierige Lebenserfahrungen mit Vertretern der Kirche, wie Missbrauch oder übertriebene Strenge, thematisiert hatten. Die Häufigkeiten der Gesamtheit religiöser/spiritueller Themen finden sich nachfolgend in Tabelle 5. Diese sind nach Vorkommen absteigend geordnet.

Tabelle 5
Häufigkeiten religiöser/spiritueller Themen (N=455)

| | absolut | relativ |
|--|---------|---------|
| | n | % |
| Umgang mit Krankheit/Tod | 401 | 88.72 % |
| Religion/Spiritualität als Ressource | 341 | 75.44 % |
| schwierige Lebenserfahrungen mit Vertretern der Kirche (z.B. Missbrauch, übertriebene Strenge, Ungerechtigkeiten etc.) | 271 | 59.96 % |
| Infragestellen des Glaubens/Glaubenszweifel | 228 | 50.44 % |

Fortsetzung

Fortsetzung Tabelle 5

| | | |
|---|-----|---------|
| Mystische Erfahrungen | 216 | 47.79 % |
| Konflikte oder Ängste in Zusammenhang mit religiösen Werten | 198 | 43.81 % |
| Die Intensivierung der Beschäftigung mit Glaubensinhalten und Praktiken | 160 | 35.40 % |
| Probleme/Konflikte mit religiösem/religiösen oder spirituellem/spirituellen LehrerIn/LehrerInnen | 158 | 34.96 % |
| (Intensiv-) Erfahrungen mit Gott (z.B. Begegnungen, Gespräche, Gebete etc.) | 152 | 33.63 % |
| Infragestellen spiritueller Werte | 152 | 33.63 % |
| Probleme, die durch die Zugehörigkeit zu gefährlichen und destruktiven Kulturen bzw. Sekten entstehen können (z.B. Anhängigkeiten, Missbrauchserfahrung etc.) | 145 | 32.08 % |
| Schuld aufgrund tatsächlich begangener religiöser Verfehlungen | 128 | 28.32 % |
| Der Verlust des Glaubens | 125 | 27.65 % |
| Angst/Ängste vor Geistern | 123 | 27.21 % |
| Angst/Ängste vor dem Teufel | 86 | 19.03 % |
| Psychische und zwischenmenschliche Probleme nach einer Nah-Tod-Erfahrung | 83 | 18.36 % |
| Engelsbegegnungen | 75 | 16.59 % |
| Problematische Erfahrungen verursacht durch Meditation | 57 | 12.61 % |

Fortsetzung

Fortsetzung Tabelle 5

| | | |
|---|----|---------|
| Die (belastende) Trennung von einem/einer spirituellen LehrerIn | 56 | 12.39 % |
| Wechsel der konfessionellen Zugehörigkeit oder Konversion zu einer neuen Religion | 47 | 10.40 % |
| Negative/traumatische Erfahrungen mit Geistern und/oder dem Teufel | 43 | 9.51 % |
| Exorzismuserfahrungen | 24 | 5.31 % |
| Sonstige | 38 | 8.41 % |

Fragestellung 3: Wie gehen PsychotherapeutInnen mit religiösen/spirituellen Themen in der psychotherapeutischen Praxis um?

Der Umgang mit und die Bearbeitung von religiösen/spirituellen Themen wurde mittels 14 Items erhoben. Die Ergebnisse der Befragung sind in Tabelle 6 nachfolgend dargestellt. Die stärkste Ablehnung erfuhren Item 7 (Ich bete mit meinen PatientInnen in der Therapie) und Item 9 (Ich empfehle meinen PatientInnen zur Beichte zu gehen.). Die größte Zustimmung erhielt Item 2 (Ich bin dazu bereit, das Thema "Spiritualität/Religion" zu vertiefen, wenn mein Patient/meine Patientin dies wünscht.). Generell gab es eine Tendenz alle Items, außer Item 2, eher abzulehnen, was an den rechtsschiefen Verteilungen und der Häufung der Antwortoptionen „trifft nicht zu“ und „trifft eher nicht zu“.

Tabelle 6

Analyse der Skala zu Umgang mit und die Bearbeitung von religiösen/spirituellen Themen (UB) auf Itemebene (N=452)

| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|--|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|
| Item 1: Ich frage regelmäßig aktiv nach religiösen/spirituellen Überzeugungen von PatientInnen. | 143 31.6% | 107 23.7% | 116 25.7% | 52 11.5% | 33 7.3% |
| Item 2: Ich bin dazu bereit, das Thema "Spiritualität/Religion" zu vertiefen, wenn mein Patient/meine Patientin dies wünscht. | 11 2.4% | 17 3.8% | 33 7.3% | 116 25.7% | 274 60.6% |
| Item 3: Religiosität/Spiritualität sind wichtige Themen in meinen Therapien, die ich meinerseits regelmäßig einbringe. | 181 40% | 143 31.6% | 86 19% | 26 5.8% | 15 3.3% |
| Item 4: Wenn ein Patient/eine Patientin ein religiöses/spirituelles Thema in die Therapie einbringt, gehe ich darauf nicht ein. | 367 81.2% | 26 5.8% | 24 5.3% | 11 2.4% | 23 5.1% |
| Item 5: Wenn ein Patient/eine Patientin ein religiöses/spirituelles Thema in die Therapie einbringt, sage ich, dass das nicht unser Thema ist. | 377 83.4% | 43 9.5% | 23 5.1% | 6 1.3% | 1 0.2% |
| Item 6: Bei religiösen Themen verweise ich meinen Patienten/ meine Patientin in der Regel an einen Priester oder Seelsorger. | 282 62.4% | 79 17.5% | 63 13.9% | 16 3.5% | 11 2.4% |
| Item 7: Ich bete mit meinen PatientInnen in der Therapie. | 421 93.1% | 23 5.1% | 6 1.3% | 1 0.2% | 0 0% |
| Item 8: Ich empfehle meinen PatientInnen ein Gebet zur "Hausaufgabe". | 393 86.9% | 39 8.6% | 13 2.9% | 5 1.1% | 1 0.2% |

Fortsetzung

Fortsetzung Tabelle 6

| | | | | | |
|---|--------------|--------------|--------------|------------|------------|
| Item 9: Ich empfehle meinen PatientInnen zur Beichte zu gehen. | 424 93.8% | 19 4.2% | 6 1.3% | 1 0.2% | 1 0.2% |
| Item 10: In meinen Therapien empfehle ich meinen PatientInnen weitere religiöse Praktiken (z.B. Messbesuche, Wallfahrt, Gespräche mit Gott etc.). | 361 79.9% | 62 13.7% | 24 5.3% | 3 0.7% | 1 0.2% |
| Item 11: Ich lege meinen PatientInnen spirituelle Aktivitäten nahe (z.B. Meditationen, themenzentrierte Trance etc.). | 194 42.9% | 101 22.3% | 102 22.6% | 33 7.3% | 20 4.4% |
| Item 12: Ich bete für meine PatientInnen. | 333 73.7% | 46 10.2% | 37 8.2% | 16 3.5% | 19 4.2% |
| Item 13: Ich führe mit meinen PatientInnen spirituelle Aktivitäten durch. | 364 80.5% | 48 10.6% | 26 5.8% | 8 1.8% | 4 0.9% |
| Item 14: Ich verwende im therapeutischen Prozess religiöse/spirituelle Sprache, Metaphern, Konzepte, Schriften oder Texte. | 184 40.7% | 119 26.3% | 100 22.1% | 41 9.1% | 7 1.5% |

Anmerkung. 1= trifft nicht zu, 2= trifft eher nicht zu, 3=teils-teils, 4= trifft eher zu, 5=trifft zu

Der Umgang mit und die Bearbeitung von religiösen/spirituellen Themen wurde, wie bereits beschrieben, mittels 14 Items erhoben, die durch Faktorenanalyse in 3 Subskalen gegliedert wurden. Somit konnten in dieser Studie drei Arten des Umgangs/der Bearbeitung identifiziert werden: *Aktives eigenes Einbringen von religiösen/spirituellen Themen in die Therapie (UB1)*, *Institutionalisierte Aspekte der Glaubensausübung (UB2)* und die *Ablehnung von religiösen/spirituellen Themen in der Therapie (UB3)*.

Die erste Art des Umgangs/der Bearbeitung beschreibt das aktive eigene Einbringen von religiösen/spirituellen Themen in die Therapie. PsychotherapeutInnen tendieren im Mittel eher wenig dazu von sich aus religiöse und spirituelle Themen in die Therapie einzubringen. Die Werte häufen sich am unteren Ende der Skala, was bedeutet, dass der Großteil der PsychotherapeutInnen diese Art des Umgangs mit religiösen/spirituellen Themen eher

weniger praktizieren. Der Mittelwert dieser Subskala lag bei 1.96 mit einer Standardabweichung von 0.71 (siehe Abbildung 2).

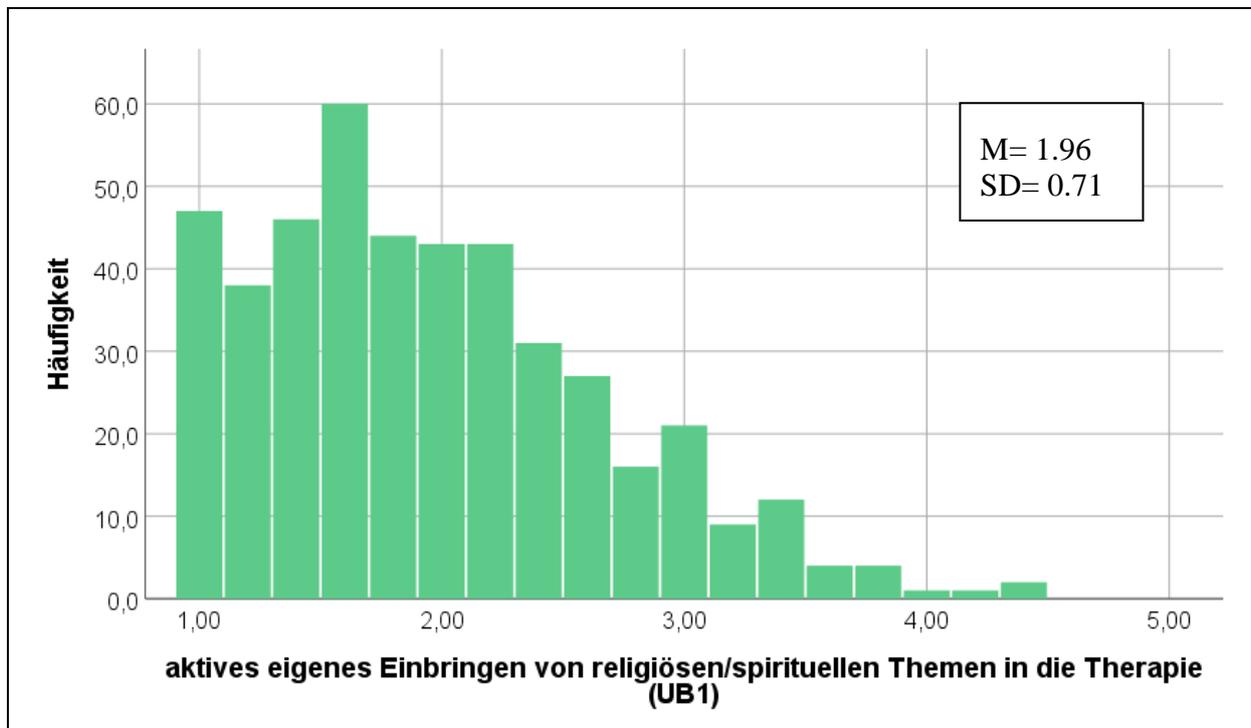


Abbildung 2. Histogramm der Variable *UB1 aktives eigenes Einbringen von religiösen und spirituellen Themen in der Psychotherapie*. Niedrige Werte stehen für eine geringe Tendenz religiöse/spirituelle Themen aktiv in die Therapie einzubringen.

Es zeigt sich, dass der Großteil der Befragten institutionalisierte Aspekte der Glaubensausübung nicht oder nur wenig in die Therapie miteinbezieht. Der Mittelwert liegt bei 1.22 mit einer Standardabweichung von 0.44 (siehe Abbildung 3).

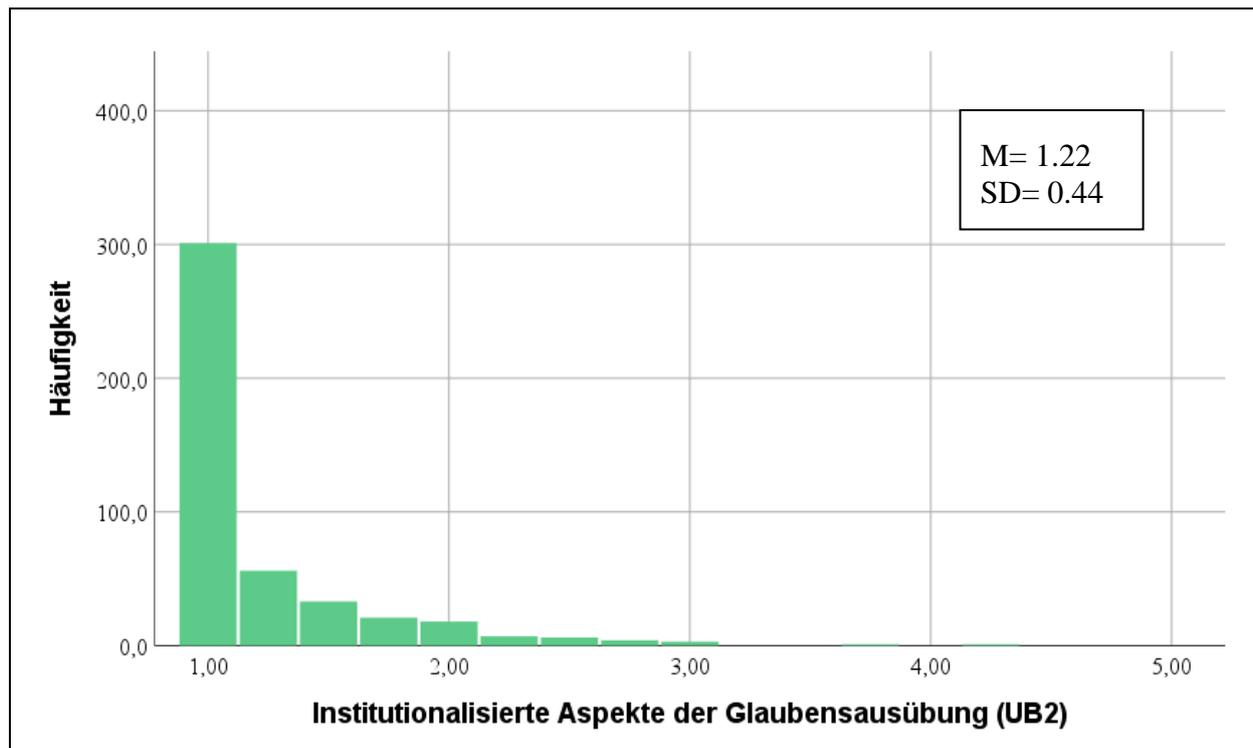


Abbildung 3. Histogramm der Variable UB2 Einbeziehen von institutionalisierten Aspekten der Glaubensausübung in die Psychotherapie. Niedrige Werte stehen für eine geringe Tendenz institutionalisierte Aspekte der Glaubensausübung in die Therapie miteinzubeziehen.

Es gibt es nur wenige PsychotherapeutInnen, die die Bearbeitung religiöser/spiritueller Themen prinzipiell ablehnen. Die Mehrzahl der Befragten lässt religiöse/spirituelle Themen in der Therapie zu, wenn diese von PatientInnen eingebracht werden. Der Mittelwert liegt bei 1.49 mit einer Standardabweichung von 0.59 (siehe Abbildung 4).

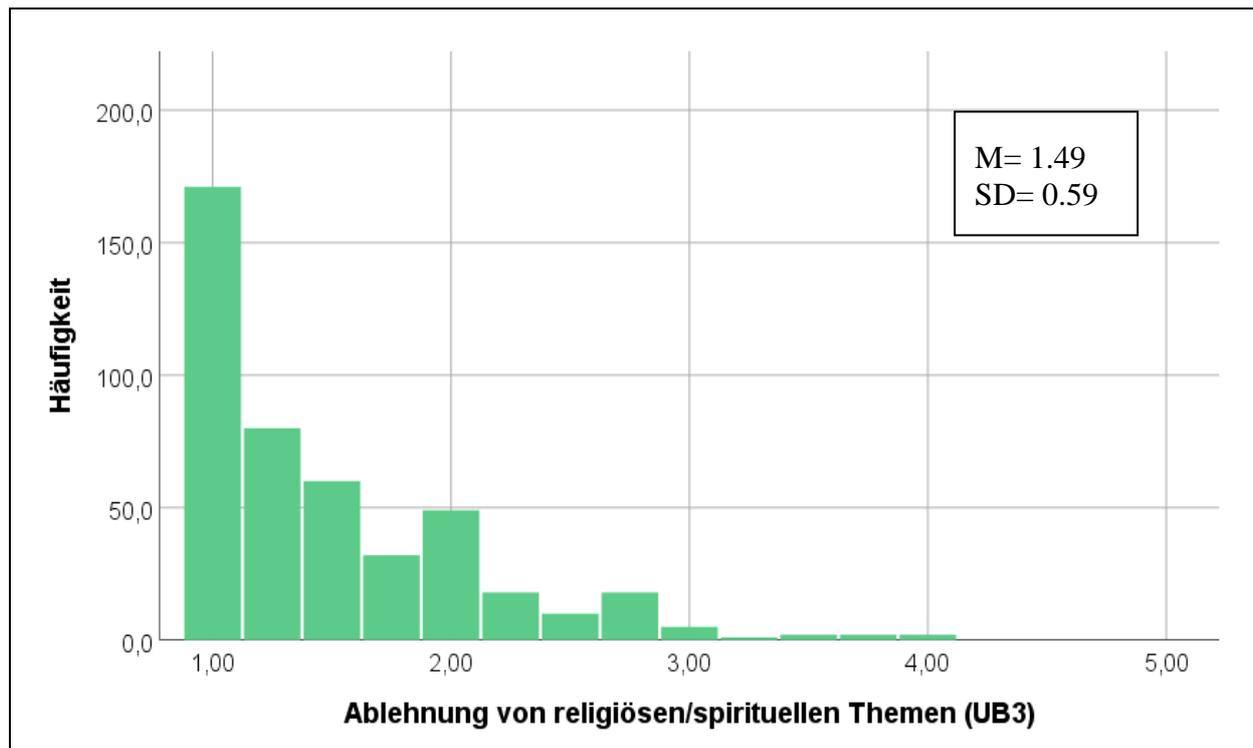


Abbildung 4. Histogramm der Variable *UB3 Ablehnung von religiösen/spirituellen Themen in der Therapie*. Niedrige Werte stehen für eine geringe Tendenz die Bearbeitung von religiösen/spirituellen Themen abzulehnen.

Hypothesenprüfung

Fragestellung 4: Gibt es Zusammenhänge zwischen der Glaubenseinstellung des Psychotherapeuten/der Psychotherapeutin und der Bearbeitung von und dem Umgang mit religiösen/spirituellen Themen?

Wie in Abbildung 5 ersichtlich, gibt es starke Mittelwerts-Unterschiede in Bezug auf *UB 1 Aktives eigenes Einbringen von religiösen und spirituellen Elementen in die Therapie* zwischen *religiösen, spirituellen, sowohl religiös als auch spirituellen, weder religiös noch spirituellen, AgnostikerInnen* und jenen PsychotherapeutInnen, die sich keiner der genannten Gruppen zuordneten. Diese Unterschiede zwischen den Gruppen waren hoch signifikant (Kruskal-Wallis Test, $H=48.994$, $df=5$, $p=.000$, $N=449$).

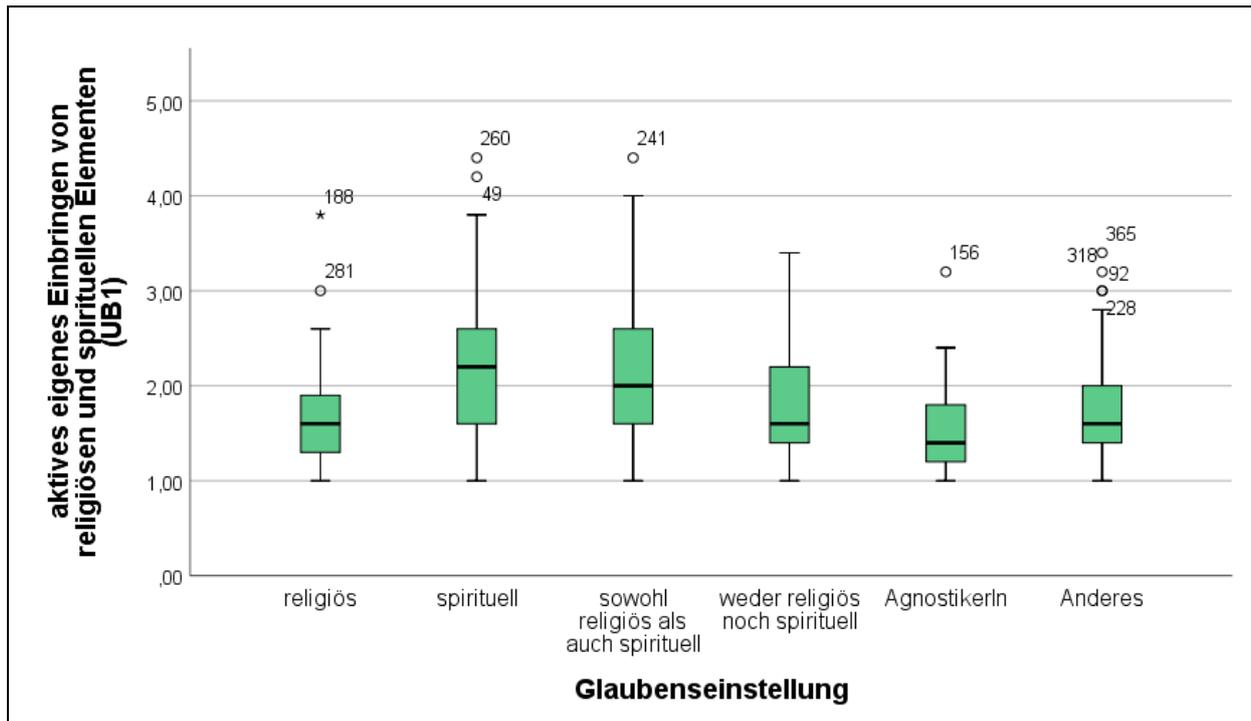


Abbildung 5. Boxplot zur Verteilung der Variable UB1 in Gruppen mit unterschiedlicher Glaubenseinstellung. Höhere Werte auf der y-Achse stehen für eine stärkere Tendenz zum aktiven eigenen Einbringen von religiösen und spirituellen Elementen.

Mit Hilfe von Post-Hoc-Tests (U-Tests) wurden Unterschiede zwischen den Gruppen untersucht und nach Bonferroni korrigiert. Signifikante Unterschiede gab es zwischen den Gruppen *religiös* und *spirituell*, und zwischen *spirituell* und *AgnostikerIn*. Alle anderen Ergebnisse erreichten keine statistische Signifikanz. In Tabelle 7 sind die Ergebnisse der U-Tests dargestellt.

Tabelle 7

Post-Hoc Tests für die Unterschiede zwischen dem aktiven eigenen Einbringen religiöser Inhalte in die Therapie und der Glaubenseinstellung des Psychotherapeuten/der Psychotherapeutin.

| | U | p ($\alpha=.01/5=.002$) | n |
|--|--------|-----------------------------|-----|
| <i>religiös vs. spirituell</i> | 1753.5 | .000** | 189 |
| <i>religiös vs. weder religiös noch spirituell</i> | 531.5 | .513 | 69 |
| <i>spirituell vs. weder religiös noch spirituell</i> | 1521.5 | .005 | 180 |
| <i>religiös vs. AgnostikerIn</i> | 870.0 | .243 | 91 |
| <i>spirituell vs. AgnostikerIn</i> | 1963.0 | .000** | 202 |

Anmerkung. ** $p \leq .001$

Unterschiede in Bezug auf *UB 2 Ausübung ritueller, religiöser Handlungen in der Therapie* zwischen PsychotherapeutInnen unterschiedlicher Glaubenseinstellungen sind nachfolgend in Abbildung 6 dargestellt. Wiederum waren die Unterschiede zwischen den Gruppen hoch signifikant (Kruskal-Wallis Test, $H=50.895$, $df=5$, $p=.000$, $N=451$).

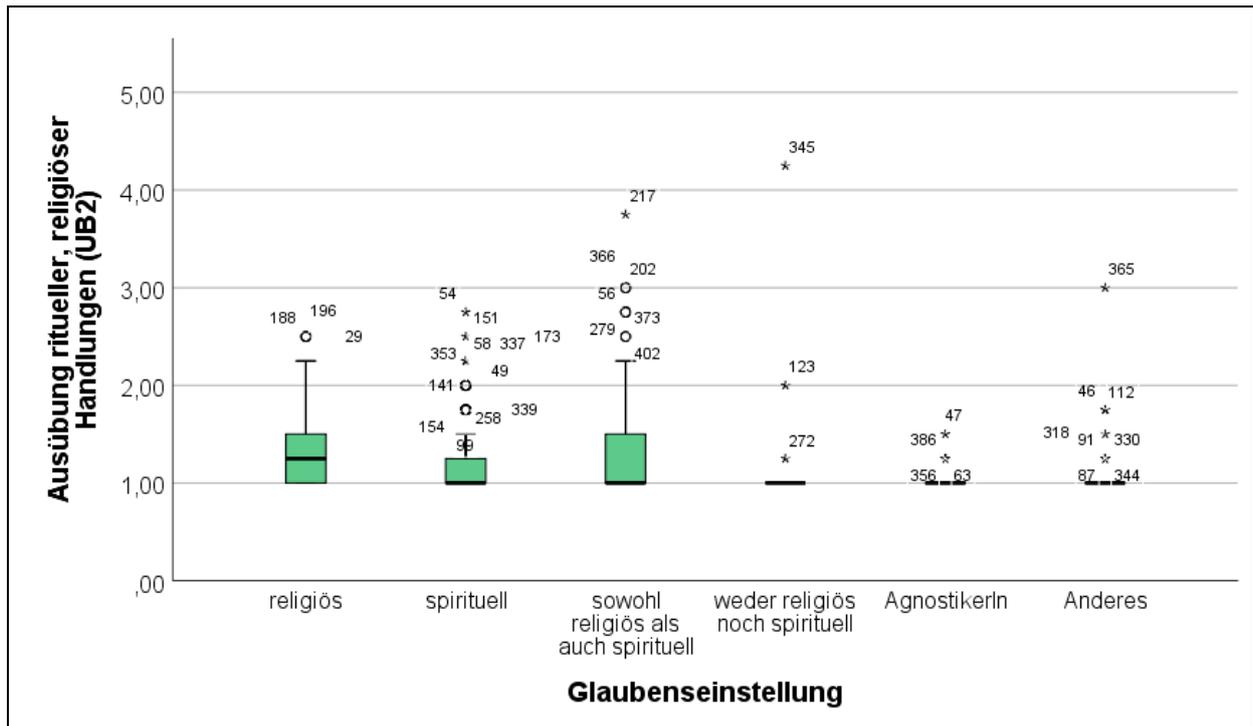


Abbildung 6. Boxplot zur Verteilung der Variable UB2 in Gruppen mit unterschiedlicher Glaubenseinstellung. Höhere Werte auf der y-Achse stehen für eine stärkere Tendenz zum aktiven eigenen Einbringen von religiösen und spirituellen Elementen.

Die Post-Hoc-Tests ergaben signifikante Unterschiede zwischen den Gruppen *religiös* vs. *weder religiös noch spirituell*, *religiös* vs. *AgnostikerIn*, und *spirituell* vs. *AgnostikerIn*. Alle anderen erwiesen sich als statistisch nicht signifikant. Siehe auch Tabelle 8.

Tabelle 8

Post-Hoc Tests für die Unterschiede zwischen Ausübung ritueller, religiöser Handlungen in der Therapie und Glaubenseinstellungen des Psychotherapeuten/der Psychotherapeutin.

| | U | p ($\alpha=.01/5=.002$) | n |
|--|--------|-----------------------------|-----|
| <i>religiös vs. spirituell</i> | 2271.5 | .012 | 190 |
| <i>religiös vs. weder religiös noch spirituell</i> | 336.0 | .000** | 69 |
| <i>spirituell vs. weder religiös noch spirituell</i> | 1728.0 | .012 | 181 |
| <i>religiös vs. AgnostikerIn</i> | 522.0 | .000** | 91 |
| <i>spirituell vs. AgnostikerIn</i> | 2808.5 | .000** | 203 |

Anmerkung. ** $p \leq .001$

In Abbildung 7 sind Unterschiede zwischen PsychotherapeutInnen mit unterschiedlichen Glaubenseinstellungen hinsichtlich UB 3 „Ablehnung von religiösen und spirituellen Themen in der Therapie“ dargestellt. Die Unterschiede zwischen den Gruppen sind signifikant (Kruskal-Wallis Test, $H=18.323$, $df=5$, $p=.003$, $N=450$).

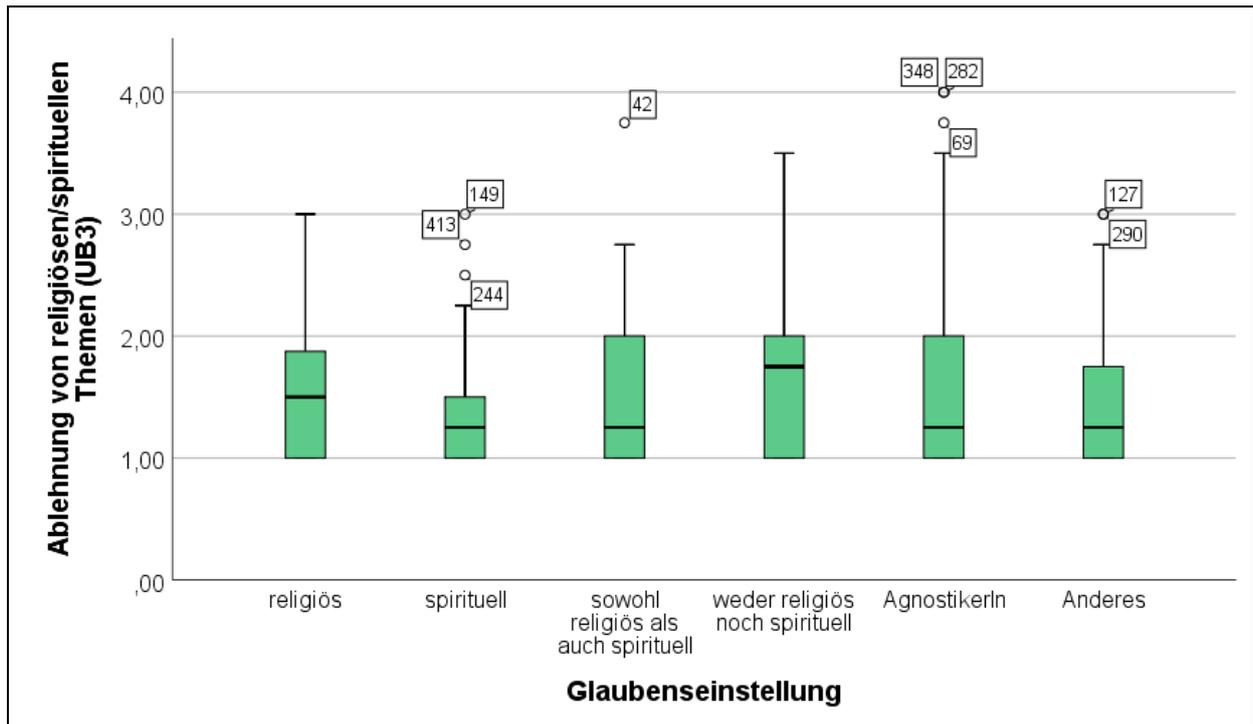


Abbildung 7. Boxplot zur Verteilung der Variable *UB3* in Gruppen mit unterschiedlicher Glaubenseinstellung. Höhere Werte auf der y-Achse stehen für eine stärkere Tendenz zum aktiven eigenen Einbringen von religiösen und spirituellen Elementen.

Die durchgeführten Post-Hoc-Tests zeigten signifikante Unterschiede zwischen den Gruppen *spirituell* vs. *weder religiös noch spirituell*. Alle anderen erwiesen sich als statistisch nicht signifikant. Die Ergebnisse der durchgeführten U-Tests sind in Tabelle 9 ersichtlich.

Tabelle 9

Post-Hoc Tests für die Unterschiede zwischen der Ablehnung von religiösen/spirituellen Themen in der Therapie und der Glaubenseinstellung des Psychotherapeuten/der Psychotherapeutin.

| | U | $p (\alpha=.01/5=.002)$ | n |
|--|--------|-------------------------|-----|
| <i>religiös vs. spirituell</i> | 2130.5 | .005 | 190 |
| <i>religiös vs. weder religiös noch spirituell</i> | 494.0 | .368 | 68 |
| <i>spirituell vs. weder religiös noch spirituell</i> | 1397.5 | .001** | 180 |
| <i>religiös vs. AgnostikerIn</i> | 965.5 | .691 | 91 |
| <i>spirituell vs. AgnostikerIn</i> | 3141.5 | .024 | 203 |

Anmerkung. ** $p \leq .001$

Fragestellung 5: Gibt es Zusammenhänge zwischen dem transpersonalen Vertrauen des Psychotherapeuten/ der Psychotherapeutin und der Bearbeitung von und dem Umgang mit religiösen/ spirituellen Themen?

Für die Skala transpersonales Vertrauen (TPV) ergaben sich in der vorliegenden Stichprobe Werte von 0 bis 33, womit sowohl der minimal erreichbare als auch der maximal erreichbare Wert angenommen wurden. Der Mittelwert liegt bei 19.52 mit einer Standardabweichung von 8.08.

Die Ergebnisse der Korrelationstests werden in Tabelle 10 dargestellt. Es ergab sich ein hoch signifikanter positiver Zusammenhang zwischen dem transpersonalen Vertrauen (TPV) der PsychotherapeutInnen und dem aktiven eigenen Einbringen von religiösen und

spirituellen Elementen in die Therapie (UB1). Dies entspricht nach Cohen (1988) einem mittleren Effekt.

Ebenso wurde ein positiver Zusammenhang zwischen dem transpersonalen Vertrauen der PsychotherapeutInnen und der Ausübung ritueller, religiöser Handlungen in der Therapie (UB2) mit hoher Signifikanz festgestellt. Es ergibt sich daraus nach Cohen (1988) ein mittlerer Effekt.

Ein hoch signifikanter, negativer Zusammenhang konnte zwischen dem transpersonalen Vertrauen und der Ablehnung von religiösen und spirituellen Themen in der Therapie (UB3) gefunden werden. Die Effektstärke indiziert nach Cohen (1988) einen kleinen Effekt.

Tabelle 10
Korrelationen nach Spearman zwischen TPV und UB1, UB2 und UB3

| | r | p (1-seitig) | n |
|-----------------|----------|---------------------|----------|
| TPV, UB1 | .404 | .000** | 429 |
| TPV, UB2 | .475 | .000** | 431 |
| TPV, UB3 | -.184 | .000** | 430 |

Anmerkung. TPV=transpersonales Vertrauen, UB1=aktives eigenes Einbringen von religiösen und spirituellen Elementen in die Therapie, UB2=Ausübung ritueller, religiöser Handlungen in der Therapie, UB3= Ablehnung von religiösen und spirituellen Themen in der Therapie.

** $p < .001$, einseitig.

Fragestellung 6: Gibt es Zusammenhänge zwischen der Wissenschaftsgläubigkeit des Psychotherapeuten/ der Psychotherapeutin und der Bearbeitung von und dem Umgang mit religiösen/ spirituellen Themen?

Es ergab sich für die Belief in Science Scale (BSS) ein Minimum von 1 und ein Maximum von 6 wodurch die gesamte mögliche Spannweite erreicht wurde. Der Mittelwert lag bei 3.05 und die Standardabweichung bei 1.01.

In der nachfolgenden Tabelle 11 sind die Ergebnisse der Korrelationstests dargestellt. Zwischen der Wissenschaftsgläubigkeit des Psychotherapeuten/der Psychotherapeuten und dem aktiven eigenen Einbringen von religiösen und spirituellen Elementen in die Therapie ergab sich ein signifikanter negativer Zusammenhang. Dies entspricht nach Cohen (1988) einem mittleren Effekt.

Ebenso zeigte sich ein signifikanter negativer Zusammenhang zwischen der Wissenschaftsgläubigkeit des Psychotherapeuten/der Psychotherapeutin und der Ausübung ritueller, religiöser Handlungen in der Therapie. Nach Cohen (1988) entspricht dies einem kleinen Effekt.

Ein signifikanter positiver Zusammenhang wurde zwischen der Wissenschaftsgläubigkeit des Psychotherapeuten/der Psychotherapeutin und der Ablehnung von religiösen und spirituellen Themen in der Therapie festgestellt. Die Effektstärke indiziert nach Cohen (1988) einen kleinen Effekt.

Tabelle 11

Korrelationen nach Spearman zwischen BSS und UB1, UB2, und UB3.

| | r | p (1-seitig) | n |
|-----------------|----------|---------------------|----------|
| BSS, UB1 | -.314 | .000** | 445 |
| BSS, UB2 | -.291 | .000** | 447 |
| BSS, UB3 | .239 | .000** | 446 |

Anmerkung. BSS=Wissenschaftsgläubigkeit, UB1=Aktives eigenes Einbringen von religiösen und spirituellen Elementen in die Therapie, UB2=Ausübung ritueller, religiöser Handlungen in der Therapie, UB3= Ablehnung von religiösen und spirituellen Themen in der Therapie

** $p < .001$, einseitig.

Fragestellung 7: Gibt es Unterschiede zwischen dem Geschlecht des Psychotherapeuten/ der Psychotherapeutin und der Bearbeitung von und dem Umgang mit religiösen/spirituellen Themen?

In dieser Fragestellung wurde untersucht, ob es Unterschiede zwischen männlichen und weiblichen PsychotherapeutInnen bezüglich ihres Umgangs mit und der Bearbeitung von religiösen/spirituellen Themen gibt. Zu diesem Zweck wurden Unterschiede zwischen den Mittelwerten von Männern und Frauen bezogen auf UB1, UB2 und UB3 ermittelt. Aufgrund der nicht gegebenen Normalverteilung der Variablen UB1, UB2 und UB3 wurde anstatt von t-Tests, für jede Hypothese ein U-Tests durchgeführt.

Es gab keine signifikanten Unterschiede zwischen Männern und Frauen bezüglich des *aktiven eigenen Einbringens von religiösen und spirituellen Elementen in die Therapie* (U-Test, $U=21045$, $p=.372$, $N=449$).

Bezogen auf die *Ausübung ritueller, religiöser Handlungen in der Therapie* ergab sich ebenfalls kein signifikanter Unterschied zwischen den beiden Gruppen (U-Test, $U=18877.5$, $p=.495$, $N=451$).

Auch bei *der Ablehnung von religiösen und spirituellen Themen in der Therapie* zeigte sich kein signifikanter Unterschied zwischen männlichen und weiblichen PsychotherapeutInnen (U-Test, $U=20949.5$, $p=.345$, $N=450$).

Fragestellung 8: Gibt es Zusammenhänge zwischen der Dauer der Berufstätigkeit des Psychotherapeuten/ der Psychotherapeutin und der Bearbeitung von und dem Umgang mit religiösen/ spirituellen Themen?

Folgende Tabelle 12 zeigt die Ergebnisse der Korrelationstests. Es ergaben sich keine signifikanten Zusammenhänge zwischen der Dauer der Berufstätigkeit und Umgang/ Bearbeitung von religiösen/spirituellen Themen.

Tabelle 12

Korrelationen nach Spearman zwischen Dauer der Berufstätigkeit (D) und UB1, UB2 und UB3

| | r | p (2-seitig) | n |
|---------------|----------|---------------------|----------|
| D, UB1 | -.014 | .775 | 449 |
| D,UB2 | .120 | .011 | 451 |
| D, UB3 | .083 | .077 | 450 |

Anmerkung. UB1=Aktives eigenes Einbringen von religiösen und spirituellen Elementen in die Therapie, UB2=Ausübung ritueller, religiöser Handlungen in der Therapie, UB3=Ablehnung von religiösen und spirituellen Themen in der Therapie.

Fragestellung 9: Gibt es Unterschiede zwischen der theoretischen Orientierung des Psychotherapeuten/ der Psychotherapeutin und der Bearbeitung von und dem Umgang mit religiösen/ spirituellen Themen?

Es ergaben sich keine signifikanten Unterschiede zwischen den Gruppen *Tiefenpsychologisch-psychodynamische Orientierung, Humanistisch-existentielle Orientierung, Systemische Therapie* und *Verhaltenstherapie* bezogen auf das aktive eigene Einbringen von religiösen und spirituellen Elementen in die Therapie (Kruskal-Wallis Test, $H=3.672$, $df=3$, $p=.299$, $N=448$). Ebenfalls nicht signifikant waren die Tests bezüglich der Ausübung ritueller, religiöser Handlungen (Kruskal-Wallis Test, $H=3.952$ $df=3$, $p=.267$, $N=450$) sowie der Ablehnung von religiösen und spirituellen Themen in der Therapie (Kruskal-Wallis Test, $H=7.993$, $df=3$, $p=.046$, $N=449$).

Weiterführende Datenanalysen

Mit Hilfe einer multiplen linearen Regression wurde untersucht welche Personenmerkmale der PsychotherapeutInnen dazu beitragen, dass KlientInnen im Laufe der Behandlung religiöse/spirituelle Inhalte thematisieren. Als Prädiktor-Variablen wurden

Geschlecht, Alter, Berufsausbildung, Dauer der Berufstätigkeit, theoretische Orientierung, Glaubenseinstellung, Konfession, Transpersonales Vertrauen, Wissenschaftsgläubigkeit und die Skalen zu Umgang mit und Bearbeitung von religiösen/spirituellen Themen (Aktives eigenes Einbringen von religiösen/spirituellen Themen in die Therapie (UB1), Institutionalisierte Aspekte der Glaubensausübung (UB2), Ablehnung von religiösen/spirituellen Themen in der Therapie (UB3)) in das Modell integriert.

Aufgrund des explorativen Charakters, welcher trotz der Ergebnisse von Hofmann (2009) durch das unterschiedliche Set an Prädiktor-Variablen gegeben ist wurde die stepwise backward elimination-Methode durchgeführt.

Die unabhängige Variable *Anteil der KlientInnen, die im Verlauf der Behandlung religiöse/spirituelle Inhalte thematisierten* ist metrisch. Alle abhängigen Variablen waren ebenfalls metrisch, oder dichotom. Kategorielle Variablen wurden dazu in einem 1-aus-n-Code (Dummy-Kodierung) dargestellt. Die Linearität des Zusammenhangs zwischen unabhängigen und abhängigen Variablen wurden mittels Streudiagrammen überprüft. Die Streudiagramme zeigen keine nicht-linearen Zusammenhänge. Die Streuung der Residuen wurde mit Hilfe eine Streudiagrams zwischen dem vorhergesagten Wert und dem Residuum überprüft. Das Streudiagramm zeigte weitgehend eine homogene Verteilung der Residuen über unterschiedliche Vorhersagewerte. Zur Überprüfung der Normalverteilung der Residuen wurde ein PP-Diagramm angewendet. Das PP-Diagramm zeigte, dass die Residuen annähernd normalverteilt waren. Die befragten PsychotherapeutInnen bearbeiteten den Fragebögen unabhängig voneinander, wodurch diese Voraussetzung als erfüllt angesehen werden kann. Die Multikollinearität wurde mithilfe des Variance Inflation Factor überprüft. Bei den vorliegenden Daten liegt keine Multikollinearität vor, da alle Variance Inflation Factors unter 10 lagen. Die Durbin-Watson Statistik lag mit 1.94 (siehe Tabelle 13) im Normalbereich (1.0-3.0). Somit gelten die Voraussetzungsannahmen als erfüllt.

Tabelle 13

Zusammenfassung der linearen Regression für den Anteil der PatientInnen, die im Verlauf der Behandlung religiöse/spirituelle Inhalte thematisieren. Spalten: Prädiktor, standardisierter Regressionskoeffizient β und p-Wert des Koeffizienten. Prädiktoren mit fehlenden Einträgen wurden bei der stepwise backward elimination-Methode ausgeschlossen. Die untersten Zeilen enthalten die erklärte Varianz, F-Statistik, p-Wert des Gesamtmodells und die Durbin-Watson-Statistik (N = 423)

| | β | p |
|--|---------|------|
| Alter | | |
| Geschlecht | | |
| BA: Medizin | | |
| BA: Psychologie | | |
| BA: Pädagogik oder Sozialpädagogik | | |
| BA: Theologie | .147 | .001 |
| BA: Lehramt | | |
| BA: Sozialarbeit | | |
| Dauer der Berufstätigkeit | | |
| Transpersonales Vertrauen | .189 | .000 |
| Wissenschaftsgläubigkeit | | |
| UB1 | .227 | .000 |
| UB2 | .123 | .011 |
| UB3 | | |
| VPT: humanistisch-existentiell | .085 | .052 |
| VPT: tiefenpsychologisch-psychodynamisch | | |
| VPT: systemisch | | |
| VPT: verhaltenstherapeutisch | | |

Fortsetzung Tabelle 13

K: katholisch

K: evangelisch

K: andere christliche

K: nicht christlich

G: religiös

G: spirituell

G: religiös und spirituell

G: weder religiös noch spirituell

G: AgnostikerIn

| | |
|---------------------|-----------------|
| R^2 (R^2 korr) | 22.2% (21.3%) |
| F (df1, df2) | 23.891 (5, 423) |
| p | .000 |
| Durbin – Watson | 1.946 |

Anmerkung. BA= Berufsausbildung, UB1= Aktives eigenes Einbringen von religiösen/spirituellen Themen in die Therapie, UB2= Institutionalisierte Aspekte der Glaubensausübung, UB3= Ablehnung von religiösen/spirituellen Themen in der Therapie, VPT= vorrangige psychotherapeutische Orientierung, K=Konfession,, G=Glaubensüberzeugung

Die multiple lineare Regression ergab fünf Prädiktoren, welche einen signifikanten Erklärungswert für die Kriteriumsvariable *Anteil der PatientInnen, die im Verlauf der Behandlung religiöse/spirituelle Inhalte thematisieren*, erreichten. Diese sind *Berufsausbildung Theologie, transpersonales Vertrauen*, eine vorrangig *humanistisch-existentiell geprägte theoretische Orientierung* sowie das *aktive eigene Einbringen von religiösen/spirituellen Themen in die Therapie* und *institutionalisierte Aspekte der*

Glaubensausübung. Insgesamt konnten dadurch 22.2% der Varianz erklärt werden.

Diskussion

Häufigkeit von religiösen/spirituellen Themen

Nach Einschätzung der PsychotherapeutInnen thematisierte etwa jeder/jede vierte KlientIn in der Therapie religiöse/spirituelle Themen. Mit gut 30% wird der Anteil an KlientInnen, deren Leben durch spirituelle/religiöse Orientierung bedeutsam geprägt ist, etwas höher eingeschätzt. Jedem/jeder sechsten KlientIn ist, nach Angabe der PsychotherapeutInnen, eine Berücksichtigung ihrer religiösen/spirituellen Orientierung in der Therapie, wichtig. Dies zeigt eine hohe Bedeutsamkeit von religiösen und spirituellen Themen in der Psychotherapie, auch in Österreich. Insgesamt wird diesen Themen eine etwas höhere Bedeutung beigemessen als aus der Arbeit von Hofmann (2009) ersichtlich, welche die entsprechenden Fragen einer Stichprobe von deutschen PsychotherapeutInnen stellte. Auch verglichen mit der Studie von Shafranske und Malony (1990) zeigen sich bezüglich der Thematisierung von religiösen/spirituellen Themen durch KlientInnen in der vorliegenden Stichprobe höhere Werte.

Im Rahmen einer multiplen linearen Regression wurde untersucht welche Merkmale von PsychotherapeutInnen Vorhersagekraft für den *Anteil an KlientInnen, welche im Verlauf der Behandlung religiöse/spirituelle Inhalte thematisieren*, besitzen. Jene PsychotherapeutInnen mit *abgeschlossenem Theologiestudium*, höheren Werten in *transpersonalem Vertrauen*, einer *vorrangig humanistisch-existentiell geprägten Orientierung* und höheren Werten in der Skala zum *aktiven eigenen Einbringen von religiösen/spirituellen Themen in die Therapie (UB1)* und der Skala zu *institutionalisierten Aspekten der Glaubensausübung (UB2)* berichteten von einer größeren Anzahl an KlientInnen, welche im Verlauf der Therapie religiöse/spirituelle Inhalte thematisierten. Diese Ergebnisse bestätigen zumindest teilweise jene von Hofmann (2009), welche eine sehr ähnliche Untersuchung mit einem anderen Set von PsychotherapeutInnenmerkmalen durchführte. Die Auseinandersetzung mit dem Themengebiet Religion/Spiritualität, sowie die persönliche Bedeutsamkeit dieser Thematik für den Psychotherapeuten/die Psychotherapeutin hatten eine signifikante Vorhersagekraft bezogen auf die Anzahl an KlientInnen, welche im Verlauf der

Therapie religiöse/spirituelle Inhalte thematisierten. Die psychotherapeutische Orientierung hatte in der Studie von Hofmann (2009) im Gegensatz zu der vorliegenden Studie keine Bedeutung für Anzahl an KlientInnen, welche im Verlauf der Therapie religiöse/spirituelle Inhalte thematisierten.

Art von religiösen/spirituellen Themen

Die Art von Themen mit religiösem/spirituellem Charakter ist sehr vielfältig und zeigt, dass Religiosität/Spiritualität zwar häufig als Ressource gesehen und genutzt wird, allerdings auch oft mit negativen Erfahrungen oder Ängsten, welche in Zusammenhang mit dem Glauben stehen, verbunden ist. Klein und Albani (2007) sehen Religiosität vor allem für hochreligiöse KlientInnen als positive Ressource bezogen auf deren Gesundheit. Auch Utsch und Frick (2015) messen religiösen/spirituellen Überzeugungen von KlientInnen eine beachtenswerte Rolle in der Bewältigung von psychischen Erkrankungen bei, betonen aber auch die Gefahren, welche durch dysfunktionale Glaubensüberzeugungen entstehen.

Die Auflistung der Themen, welche zur Wahl standen, ist und kann nicht vollständig sein, da auch die Einschätzung der PsychotherapeutInnen über den religiösen/spirituellen Charakter von Themen subjektiv ist. Dass nur 8% der Befragten zusätzliche Themen, welche nicht angeführt waren, genannt haben, deutet allerdings auf eine gute Erfassung von in der Therapie vorkommenden Themen hin. Die Durchsicht der Themen, welche zusätzlich genannt wurden, legt eine Ergänzung der Liste um zwei weitere Themen nahe. Dies sind zum einen *existentielle Themen/ Sinnfragen* sowie zum anderen die *Diskriminierung aufgrund der Zugehörigkeit zu einer religiösen Gruppe*.

Umgang mit und Bearbeitung von religiösen/spirituellen Themen

Die Befragung zum Umgang mit und der Bearbeitung von religiösen/spirituellen Themen ergab, dass sich diese im Wesentlichen in drei Aspekte aufgliedern lässt. Ein aktives eigenes Einbringen von religiösen/spirituellen Themen in die Therapie bekundeten mit 7,3% eher wenige der befragten PsychotherapeutInnen. Zu einem ähnlichen Ergebnis kamen auch Demling et al. (2001), in deren Studie der Anteil bei etwa 10% lag. Gegen ein aktives eigenes Einbringen von religiösen/spirituellen Themen sprach sich auch der Großteil der ProbandInnen von Hundt (2003) aus.

Eine Integration von institutionalisierten Aspekten der Glaubensausübung, wie das Sprechen von Fürbitten oder Gebeten mit dem/der KlientIn, wurde in der vorliegenden

Stichprobe sehr stark abgelehnt. Eine Abneigung bzw. geringe Präferenz für explizit religiöse Handlungen wurde bereits in vorhergehenden Studien gefunden (Marquardt & Demling, 2016; Peteet et al., 2016). Bei Shafranske und Malony (1990) wurde ein gemeinsames Beten mit KlientInnen allerdings nur von 68% der PsychotherapeutInnen abgelehnt. Dies könnte durch den großen zeitlichen Abstand zu der vorliegenden Studie, aber auch durch kulturelle Unterschiede zwischen den USA und Österreich begründet sein.

Eine grundsätzliche Ablehnung gegenüber der Bearbeitung von religiösen/spirituellen Themen bekunden in der vorliegenden Stichprobe nur wenige PsychotherapeutInnen. Die Mehrzahl zeigt eine Bereitschaft für eine Behandlung dieser Thematik im Rahmen der Therapie. Dieses Ergebnis bestätigt ähnliche Befunde von Shafranske und Malony (1990) und Marquardt und Demling (2016).

In der vorliegenden Studie wurde, nach Wissensstand der Autorin, erstmals der Versuch der Bildung einer Skala zur Messung von unterschiedlichen Arten des Umgangs mit Religiosität und Spiritualität in der psychotherapeutischen Praxis unternommen. Eine bedeutende Einschränkung stellt allerdings die geringe interne Konsistenz der drei UB-Skalen dar. Begründet durch den explorativen Charakter der Untersuchung und des Fehlens einer validierten Skala zur Erfassung von unterschiedlichen Arten des Umgangs mit religiösen/spirituellen Themen in der Psychotherapie, wurde diese Einschränkung in Kauf genommen. Dennoch stellen die drei UB-Skalen einen ersten, wichtigen Schritt in der Erfassung des Umgangs mit und der Bearbeitung von religiösen/spirituellen Themen dar.

Glaubensüberzeugung des Psychotherapeuten/der PsychotherapeutIn und Umgang mit und Bearbeitung von religiösen und spirituellen Themen

In der vorliegenden Studie konnte ein hochsignifikanter Unterschied zwischen den unterschiedlichen Glaubenseinstellungen, wie *religiös*, *spirituell* und *weder religiös noch spirituell*, in Bezug auf Umgang mit und Bearbeitung von religiösen und spirituellen Themen festgestellt werden. Die stärkste Tendenz zum aktiven eigenen Einbringen von religiösen und spirituellen Themen in die Psychotherapie zeigte die Gruppe der PsychotherapeutInnen, die sich selbst als *spirituell* bezeichnet, gefolgt von der Gruppe *sowohl religiös als auch spirituell*. Die geringste Tendenz zeigte die Gruppe, die sich als *AgnostikerIn* bezeichnete. Zwischen *spirituellen* TherapeutInnen und *AgnostikerInnen* besteht ein signifikanter Unterschied. Interessanterweise zeigte sich auch ein signifikanter Unterschied zwischen *religiösen* und *spirituellen* PsychotherapeutInnen. Jene, welche sich als *spirituell* beschrieben,

zeigten eine deutlich größere Präferenz für ein aktives eigenes Einbringen von religiösen/spirituellen Themen in die Therapie. Dieses Ergebnis spricht auch für die Sinnhaftigkeit der Differenzierung dieser beiden Gruppen.

Auch in Bezug auf die Ausübung ritueller, religiöser Handlungen in der Therapie konnte ein hochsignifikanter Unterschied zwischen den Gruppen gefunden werden. In diesem Fall zeigte sich erwartungsgemäß, dass die Gruppe der *religiösen* PsychotherapeutInnen die größte Präferenz für diese Art der Bearbeitung zeigte. Ein signifikanter Unterschied zur Gruppe der *spirituellen* zeigte sich allerdings nicht. Jedoch konnte ein hochsignifikanter Unterschied zwischen *religiösen* und *AgnostikerInnen* festgestellt werden. Das gleiche galt für die Gruppe der *spirituellen* PsychotherapeutInnen.

Die Ablehnung von religiösen/spirituellen Themen in der Therapie unterscheidet sich zwischen den PsychotherapeutInnen mit unterschiedlichen Glaubenseinstellungen ebenfalls signifikant. TherapeutInnen, die sich als *weder religiös noch spirituell* bezeichneten, zeigten die stärkste Tendenz zu einer Ablehnung dieser Thematik. Darauf bezogen fand sich ein signifikanter Unterschied zur Gruppe der *spirituellen* TherapeutInnen. Ein signifikanter Unterschied zwischen *religiösen* und *spirituellen* ergab sich allerdings nicht.

In dieser Arbeit wurde somit ein klarer Zusammenhang zwischen der Glaubensorientierung des/der Psychotherapeuten/Psychotherapeutin und deren Umgang mit religiösen/spirituellen Themen im Rahmen der Therapie nachgewiesen. Signifikante Zusammenhänge zwischen der Glaubensüberzeugung von PsychotherapeutInnen und der Integration von religiösen/spirituellen Aspekten in die Therapie bestätigen Befunde zum Vorliegen eines *Personal bias* (Lee et al., 2011; Marquardt & Demling, 2016; Walker, Gorsuch & Tan, 2003). In diesen Studien werden vor allem die Unterschiede zwischen der formalen Konfession analysiert und Religiosität und Spiritualität als Synonyme verwendet, während in dieser Studie vor allem die eigene, nicht-formale Zugehörigkeit zu einer Gruppe verwendet und zwischen Spiritualität und Religiosität unterschieden wird. Die Ergebnisse der vorliegenden Untersuchung weisen allerdings auf eine Relevanz der Unterscheidung von Selbstbeschreibungen als *religiös* oder *spirituell* hin. Zudem wird dies auch durch den enormen Bedeutungszuwachs des Begriffes Spiritualität (Freund & Gross, 2016) und der Wichtigkeit der möglichen Selbstbeschreibung als spirituell (Streib & Hood, 2016) bekräftigt.

Transpersonales Vertrauen und Umgang mit und Bearbeitung von religiösen und spirituellen Themen

Zusammenhänge zwischen unterschiedlichen Arten des Umgangs mit religiösen/spirituellen Themen und dem transpersonalem Vertrauen von PsychotherapeutInnen, welches Religiosität und Spiritualität gemeinsam und umfassend abbilden soll, wurden in der vorliegenden Studie ebenfalls untersucht. TherapeutInnen mit hohem transpersonalem Vertrauen tendierten signifikant stärker zu einer Integration ritueller, religiöser Handlungen und dazu, Aspekte von Religiosität/Spiritualität von sich aus in die Therapie einzubringen. Die Ablehnung von religiösen/spirituellen Themen in der Therapie war umso geringer, je höher das transpersonale Vertrauen der PsychotherapeutInnen war. In dieser Studie wurde, nach Wissen der Autorin, zum ersten Mal der Zusammenhang zwischen transpersonalem Vertrauen und dem Umgang mit religiösen/spirituellen Themen in der Psychotherapie erhoben. Die Ergebnisse zeigen demnach auch bei gemeinsamer Betrachtung von Religiosität/Spiritualität, klare Zusammenhänge mit dem Umgang mit sowie der Bearbeitung von religiösen/spirituellen Themen in der Psychotherapie.

Wissenschaftsgläubigkeit und Umgang mit und Bearbeitung von religiösen und spirituellen Themen

Da in der Studie von Mestel et al. (2016) Zusammenhänge zwischen Glaubenseinstellung und Wissenschaftsgläubigkeit gefunden wurden, war in der vorliegenden Studie hypothetisiert worden, dass es dementsprechende Zusammenhänge zwischen Wissenschaftsgläubigkeit und unterschiedlichen Arten des Umgangs mit religiösen/spirituellen Themen gebe. Als Form des säkularen Glaubens zeigte sich Wissenschaftsgläubigkeit erwartungsgemäß negativ korreliert mit Arten des Umgangs mit religiösen/spirituellen Themen in der Therapie, welche eine Behandlung dieser Themen integrierten (UB1, UB2). Die Ablehnung von religiösen/spirituellen Themen in der Therapie (UB3) war positiv mit Wissenschaftsgläubigkeit korreliert. Somit wurden in dieser Studie, nach Wissen der Autorin, erstmals Zusammenhänge zwischen Wissenschaftsgläubigkeit und dem Umgang mit religiösen/spirituellen Themen in der Psychotherapie hergestellt und die Bedeutung dieser Personenvariable im gegebenen Kontext aufgezeigt.

Dauer der Berufserfahrung bzw. Geschlecht des Psychotherapeuten/der Psychotherapeutin und Umgang mit und Bearbeitung von religiösen und spirituellen Themen

Trotz der Befunde von Demling et al. (2001), welche für eine positivere Einstellung von Frauen zur Religion sprechen, zeigte sich in der vorliegenden Untersuchung kein signifikanter Unterschied zwischen Männern und Frauen bezogen auf unterschiedliche Arten des Umgangs mit religiösen/spirituellen Themen in der Therapie. Auch für die Dauer der Berufserfahrung ergaben sich diesbezüglich keine Signifikanzen.

Theoretische Orientierung und Umgang mit und Bearbeitung von religiösen und spirituellen Themen

In der vorliegenden Studie zeigten sich keine signifikanten Unterschiede zwischen PsychotherapeutInnen mit unterschiedlichen theoretischen Orientierungen bezogen auf deren Umgang mit religiösen/spirituellen Themen. Anders als Bilgrave und Deluty (1998) und Hofmann und Walach (2011), deren Untersuchungen signifikante Zusammenhänge zwischen religiösen Charakteristika bzw. Ansichten über die Bedeutung von religiösen/spirituellen Themen in der Psychotherapie und der theoretischen Orientierung fanden, zeigten sich in der vorliegenden Studie derartige Zusammenhänge nicht. Dies könnte in der nicht repräsentativen Abbildung unterschiedlicher theoretischer Orientierungen in der vorliegenden Stichprobe begründet sein.

Limitationen

Mit einer Rücklaufquote von knapp 8% erreichte die vorliegende Studie verglichen mit thematisch ähnlichen Untersuchungen aus dem deutschen Raum (Hofmann & Walach, 2011; Marquardt & Demling, 2016) einen eher geringen Wert. Es ist allerdings anzumerken, dass keine Vergleichswerte für entsprechende Studien, welche in Österreich durchgeführt wurden, gefunden werden konnten.

Bezogen auf die Geschlechterverteilung zeigt sich eine hohe Passung zwischen Stichprobe und Population, da die Liste der PsychotherapeutInnen des Bundesministeriums für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz (Stand: 6.2.2019) zum Zeitpunkt

der Untersuchung 6988 (73%) Frauen und 2580 (27%) Männer führt. Ein Nachteil der Studie könnte die Überrepräsentation von PsychotherapeutInnen mit vorrangig humanistisch-existentieller sowie mit systemischer Orientierung und der leicht unterrepräsentierte Anteil von verhaltenstherapeutisch Orientierten sein.

Dass aufgrund der Konzeption der Studie als Online-Befragung nur jene PsychotherapeutInnen kontaktiert wurden, welche in der Liste österreichischer PsychotherapeutInnen des Bundesministeriums für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz (<http://psychotherapie.ehealth.gv.at/>) eingetragen waren und eine E-Mail Adresse angegeben hatten, könnte eine Einschränkung bezüglich der Repräsentativität darstellen.

Ein Selektionsbias kann aufgrund einer möglicherweise unterschiedlichen Teilnahmebereitschaft der kontaktierten PsychotherapeutInnen nicht ausgeschlossen werden. Denkbar wäre, dass besonders religiöse/spirituelle PsychotherapeutInnen den Fragebogen häufiger beantwortet haben als jene, die geringes Interesse an den behandelten Themenbereichen haben. Vorstellbar wäre aber auch eine höhere Teilnahmebereitschaft von PsychotherapeutInnen welche nicht religiös/spirituell sind und/oder diese Themen in der Psychotherapie stark ablehnen.

Ob es ein Nachteil sein könnte, dass *Religiosität* und *Spiritualität* im Rahmen des Fragebogens nicht definiert wurden, ist fraglich. Da eine deutliche Abgrenzung der beiden Begriffe voneinander nicht gegeben ist (Utsch et al.; 2014, S.33) und die Bedeutung dieser Konzepte interindividuell sehr unterschiedlich ausfällt (Zinnbauer et al., 1997) fiel die Entscheidung gegen eine Begriffsbestimmung.

Die Ergebnisse der Studie sind aufgrund kultureller Unterschiede nur beschränkt auf andere Länder übertragbar.

Implikationen

Die Ergebnisse dieser Studie mit zum Teil explorativem Charakter weisen insgesamt auf eine große Bedeutung der Themen Religiosität und Spiritualität für österreichische

PsychotherapeutInnen und deren Praxis hin. Zudem zeigt sich eine starke Heterogenität der therapeutischen Bearbeitung und eine Abhängigkeit von der persönlichen Glaubenseinstellung der PsychotherapeutInnen.

Demgegenüber stehen Richtlinien des Bundesministeriums für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz (2018), welche auf eine strikte Abgrenzung der Psychotherapie von spirituellen und religiösen Methoden bestehen. Auch in der psychotherapeutischen Ausbildung und Fortbildung dürfen religiöse und spirituelle Inhalte nicht gelehrt werden. In weiterführenden Studien sollte die Frage nach der Relevanz dieser Themen weiter behandelt werden, um gegebenenfalls eine Einbeziehung religiöser/spiritueller Inhalte in die Psychotherapie neu zu evaluieren. Einen wichtigen Beitrag könnten in diesem Kontext auch nationale Erhebungen zur Kompetenz von PsychotherapeutInnen im Umgang mit religiösen/spirituellen Themen leisten, da häufig davon berichtet wird, dass diese Themen in der psychotherapeutischen Ausbildung wenig oder gar nicht berücksichtigt werden (Hofmann & Walach, 2011).

Die Perspektive der KlientInnen, welche in der vorliegenden Arbeit nicht bzw. nur indirekt über die Befragung der PsychotherapeutInnen erhoben wurde, sollte in zukünftigen Studien ebenfalls exploriert werden, um die Thematik und deren Relevanz umfassend abzubilden.

LITERATURVERZEICHNIS

- Anderson, N., Heywood-Everett, S., Siddiqi, N., Wright, J., Meredith, J., & McMillan, D. (2015). Faith-adapted psychological therapies for depression and anxiety: Systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders, 176*, 183-196. doi: 10.1016/j.jad.2015.01.019
- Belschner, W. (2000). *Transpersonales Vertrauen*. Manual zur Skala. Oldenburg: Universität.
- Belschner, W. (2001). Perspektiven transpersonaler Forschung: [Beiträge anlässlich der 1. Tagung für Transpersonale Psychologie und Psychotherapie am 23.-24. Juni an der Universität Oldenburg]. BIS Verlag. Abgerufen von: <http://oops.uni-oldenburg.de/612/>
- Bergin, A. E. & Jensen, J. P. (1990). Religiosity of psychotherapists: A national survey. *Psychotherapy: Theory/Research/Practice/Training, 27*(1), 3–7. Abgerufen von: <https://oec-ovid-com.uaccess.univie.ac.at/article/01745798-199027010-00002/HTML>
- Bilgrave, D. P., & Deluty, R. H. (1998). Religious beliefs and therapeutic orientations of clinical and counseling psychologists. *Journal for the Scientific Study of Religion, 37*(2) 329-349. doi: 10.2307/1387532
- Brown, O., Elkonin, D., & Naicker, S. (2013). The use of religion and spirituality in psychotherapy: Enablers and barriers. *Journal of Religion and Health, 52*(4), 1131-1146. doi: 10.1007/s10943-011-9551-z
- Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz (2018). Richtlinie zur Frage der Abgrenzung der Psychotherapie von esoterischen, spirituellen, religiösen und weltanschaulichen Angeboten sowie Hinweise für Patientinnen/Patienten bzw. Klientinnen/Klienten. *Aussendung des Bundesministeriums*. Abgerufen von: https://www.sozialministerium.at/cms/site/attachments/7/0/5/CH4043/CMS1415709133783/abgrenzung,von_religioesen,_spirituellen_und_esoterischen.pdf
- Chida, Y., Schrepft, S., & Steptoe, A. (2016). A novel religious/spiritual group psychotherapy reduces depressive symptoms in a randomized clinical trial. *Journal of Religion and Health, 55*(5), 1495-1506. doi: 10.1007/s10943-015-0113-7

- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2nd ed.). Hillsdale, N.J: L. Erlbaum Associates.
- Cummings, J. P., Ivan, M. C., Carson, C. S., Stanley, M. A., & Pargament, K. I. (2014). A systematic review of relations between psychotherapist religiousness/spirituality and therapy-related variables. *Spirituality in Clinical Practice, 1*(2), 116. doi: 10.1037/scp0000014
- Delaney, H. D., Miller, W. R. & Bisonó, A. M. (2013). Religiosity and spirituality among psychologists: A survey of clinician members of the american psychological association. *Spirituality in Clinical Practice, 1* (20130800), 95–106. doi: 10.1037/2326.4500.1.S.95.
- Demling, J. H., Wörthmüller, M., & O'Connolly, T. A. (2001). Psychotherapie und Religion. *PPmP-Psychotherapie· Psychosomatik· Medizinische Psychologie, 51*(2), 76-82. doi: 10.1055/s-2001-10756
- Farias, M., Newheiser, A. K., Kahane, G., & de Toledo, Z. (2013). Scientific faith: Belief in science increases in the face of stress and existential anxiety. *Journal of Experimental Social Psychology, 49*(6), 1210-1213. doi: 10.1016/j.jesp.2013.05.008
- Freund, H., & Gross, W. (2016). Sinnfragen und Religiosität/Spiritualität in der Psychotherapeutenausbildung. *Psychotherapeutenjournal, 15*, 132-138. Abgerufen von: [https://www.psychotherapeutenjournal.de/ptk/web.nsf/gfx/2A3F3FBCC3A31547C1257FD400267071/\\$file/ptj_2016-2.pdf](https://www.psychotherapeutenjournal.de/ptk/web.nsf/gfx/2A3F3FBCC3A31547C1257FD400267071/$file/ptj_2016-2.pdf)
- Gonsiorek, J. C., Richards, P. S., Pargament, K. I., & McMinn, M. R. (2009). Ethical challenges and opportunities at the edge: Incorporating spirituality and religion into psychotherapy. *Professional Psychology: Research and Practice, 40*(4), 385-389. doi: 10.1037/a0016488
- Gonçalves, J. P., Lucchetti, G., Menezes, P. R., & Vallada, H. (2015). Religious and spiritual interventions in mental health care: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled clinical trials. *Psychological Medicine, 45*(14), 2937-2949. doi: 10.1017/S0033291715001166

- Hill, P. C., Pargament, K. I., Hood, R. W., McCullough, J. M., Swyers, J. P., Larson, D. B. & Zinnbauer, B. J. (2000), Conceptualizing religion and spirituality: Points of commonality, points of departure. *Journal for the Theory of Social Behaviour*, 30(1), 51-77. doi:10.1111/1468-5914.00119
- Hill, P. C. & Pargament, K. I. (2003). Advances in the conceptualization and measurement of religion and spirituality. *American Psychologist*, 58(1), 64–74. Abgerufen von: <https://oec-ovid-com.uaccess.univie.ac.at/article/00000487-200301000-00006/HTML>
- Hofmann, L. (2009). *Spiritualität und Religiosität in der psychotherapeutischen Praxis. Eine bundesweite Befragung von Psychologischen Psychotherapeuten*. Dissertation. Carl von Ossietzky Universität Oldenburg. Abgerufen von: www.oops.uni-oldenburg.de/volltexte/2009/976/
- Hofmann, L., & Walach, H. (2011). Spirituality and religiosity in psychotherapy—A representative survey among German psychotherapists. *Psychotherapy Research*, 21(2), 179-192. doi: 10.1080/10503307.2010.536595
- Hundt, U. (2003). Psychotherapie und Spiritualität: Eine qualitative Studie über die Integration spiritueller Konzepte und Methoden in die psychotherapeutische Arbeitsweise. *Journal für Psychologie*, 11(4), 368-386. Abgerufen von: <https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0168-ssoar-17493>
- Juckel, G., Hoffmann, K., & Walach, H. (2018). *Spiritualität in Psychiatrie & Psychotherapie*. Lengerich: Pabst Science Publishers.
- Klein, C., & Albani, C. (2007). Religiosität und psychische Gesundheit. Eine Übersicht über Befunde, Erklärungsansätze und Konsequenzen für die klinische Praxis. *Psychiatrische Praxis*, 34(02), e02-e12. doi: 10.1055/s-2006-940095
- Klein, C., Gottschling, S., & Zwingmann, C. (2012). Deutschsprachige Fragebögen zur Messung von Religiosität/Spiritualität. Ein empirisch gestützter Vergleich ausgewählter Skalen. *Spiritual Care*, 1(3), 22-35. Abgerufen von: https://s3.amazonaws.com/academia.edu.documents/52423730/Klein_Gottschling_Zwingmann_SpiritualCare_2012.pdf?AWSAccessKeyId=AKIAIWOWYYGZ2Y53UL3A&Expires=1548354004&Signature=53qy8mMTIWPBHckkkh4A2vOUDOo%3D&r

esponse-content-

disposition=inline%3B%20filename%3DDeutschsprachige_Fragebogen_zur_Messung.pdf

- Lee, E., Zahn, A., & Baumann, K. (2011). Religion in psychiatry and psychotherapy? A pilot study: The meaning of religiosity/spirituality from staff's perspective in psychiatry and psychotherapy. *Religions*, 2(4), 525-535. doi: 10.3390/rel2040525
- Lukoff, D., Lu, F. G., & Turner, R. (1995). Cultural considerations in the assessment and treatment of religious and spiritual problems. *Psychiatric Clinics of North America*, 18(3), 467-486. Abgerufen von: https://www.researchgate.net/profile/David_Lukoff/publication/14655775_Cultural_Considerations_in_the_Assessment_and_Treatment_of_Religious_and_Spiritual_Problems/links/564ac77308ae127ff986c585/Cultural-Considerations-in-the-Assessment-and-Treatment-of-Religious-and-Spiritual-Problems.pdf
- Marquardt, M., & Demling, J. H. (2016). Psychotherapie und Religion: Eine repräsentative Umfrage unter Psychotherapeuten in Süddeutschland. *PPmP-Psychotherapie· Psychosomatik· Medizinische Psychologie*, 66(12), 473-480. doi: 10.1055/s-0042-117457
- Mestel, R., Laireiter, A. R., Maragos, M., Hell, W., & Hergovich, A. (2016). Woran glauben Skeptiker? *Skeptiker Zeitschrift für kritisches Denken*, 2(1), 65-74. Abgerufen von: https://www.researchgate.net/profile/Anton-Rupert_Laireiter/publication/305391228_Robert_Mestel_Anton-Rupert_Laireiter_Markos_Maragos_Wolfgang_Hell_Andreas_Hergovich_2016_Woran_glauben_Skeptiker_Teil_2_Skeptiker_Zeitschrift_fur_Wissenschaft_und_kritisches_Denken_22016_65-74/links/578c94e208ae5c86c9a5be4c.pdf
- Peteet, J. R., Rodriguez, V. B., Herschkopf, M. D., McCarthy, A., Betts, J., Romo, S., & Murphy, J. M. (2016). Does a therapist's world view matter? *Journal of Religion and Health*, 55(3), 1097-1106. doi: 10.1007/s10943-016-0208-9
- Post, B. C., & Wade, N. G. (2009). Religion and spirituality in psychotherapy: A practice-friendly review of research. *Journal of Clinical Psychology*, 65(2), 131-146. doi: 10.1002/jclp.20563

- Richards, P. S., Berrett, M. E., Hardman, R. K., & Eggett, D. L. (2006). Comparative efficacy of spirituality, cognitive, and emotional support groups for treating eating disorder inpatients. *Eating Disorders, 14*(5), 401-415. doi: 10.1080/10640260600952548
- Saroglou, V., & Muñoz-García, A. (2008). Individual differences in religion and spirituality: An issue of personality traits and/or values. *Journal for the Scientific Study of Religion, 47*(1), 83-101. doi: 10.1111/j.1468-5906.2008.00393.x
- Schowalter, M., Richard, M., Murken, S., Senst, R., & Ruddel, H. (2003). Die Integration von Religiosität in die psychotherapeutische Behandlung bei religiösen Patienten-ein Klinikvergleich. *Zeitschrift für Klinische Psychologie, Psychiatrie und Psychotherapie, 51*(4), 361-374. Abgerufen von: <https://religionspsychologie.de/inc/download/schowalter-et-al2003.pdf>
- Shafraske, E. P. & Malony, H. N. (1990). Clinical psychologists' religious and spiritual orientations and their practice of psychotherapy. *Psychotherapy: Theory/Research/Practice/Training, 27*(1), 72–78. Abgerufen von: <https://oae-ovid-com.uaccess.univie.ac.at/article/01745798-199027010-00009/HTML>
- Smith, D. P. & Orlinsky, D. E. (2004). Religious and spiritual experience among psychotherapists. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training, 41* (2), 144–151. doi: 10.1037/0033-3204.41.2.144
- Smith, T. B., Bartz, J., & Scott Richards, P. (2007). Outcomes of religious and spiritual adaptations to psychotherapy: A meta-analytic review. *Psychotherapy Research, 17*(6), 643-655. doi: 10.1080/10503300701250347
- Streib, H., & Hood, R. W. (2016). Understanding “spirituality”- Conceptual considerations. In H. Streib & R. W. Hood (Eds.), *Semantics and psychology of spirituality* (pp. 3-17). Springer, Cham. doi: 10.1007/978-3-319-21245-6_1
- Utsch, M., Bonelli, R. M., & Pfeifer, S. (2014). *Psychotherapie und Spiritualität. Mit existentiellen Konflikten und Transzendenzfragen professionell umgehen*. Springer-Verlag. doi: 10.1007/978-3-642-02523-5

- Utsch, M., & Frick, E. (2015). Religiosität und Spiritualität in der Psychotherapie. *Psychotherapeut*, 60(5), 451-466. doi: 10.1007/s00278-015-0052-5
- Walach, H., & Reich, K. H. (2005). Reconnecting science and spirituality: toward overcoming a taboo. *Zygon*®, 40(2), 423-442. doi: 10.1111/j.1467-9744.2005.00673.x
- Walach, H., Kohls, N., & Belschner, W. (2005). Transpersonale Psychologie-Psychologie des Bewusstseins: Chancen und Probleme. *PPmP-Psychotherapie· Psychosomatik· Medizinische Psychologie*, 55(09/10), 405-415. doi: 10.1055/s-2005-866896
- Walker, D. F., Gorsuch, R. L., & Tan, S. Y. (2004). Therapists' integration of religion and spirituality in counseling: A meta-analysis. *Counseling and Values*, 49(1), 69-80.
Abgerufen von: <https://search-proquest-com.uaccess.univie.ac.at/docview/207586205?accountid=14682>.
- Yeginer, A. (2000). Forschungsinstrumente der transpersonalen Psychologie. BIS Verlag.
Abgerufen von: <http://oops.uni-oldenburg.de/522/>
- Zinnbauer, B., Pargament, K., Cole, B., Rye, M., Butter, E., Belavich, T., Hipp K. M., Scott A. B., Kadar, J. (1997). Religion and spirituality: Unfuzzifying the fuzzy. *Journal for the Scientific Study of Religion*, 36(4), 549-564. doi:10.2307/1387689

Zusammenfassung

Religiosität und Spiritualität sind Themen, welche in den letzten Jahren im psychotherapeutischen Kontext, vermehrte Aufmerksamkeit erfahren. Da der Großteil dieser Arbeiten aus den USA stammt und deren Ergebnisse aufgrund von kulturellen Unterschieden nur bedingt auf andere Länder übertragbar ist, wird in dieser Studie anhand einer Stichprobe von österreichischen PsychotherapeutInnen exploriert, wie häufig religiöse/spirituelle Themen in der Therapie vorkommen und von welcher Art diese sind. Untersucht wird zudem, wie diese Thematik in der Therapie gehandhabt wird und wie dies mit unterschiedlichen Personenvariablen des Psychotherapeuten/der Psychotherapeutin zusammenhängt.

In einer Online-Befragung, an der 452 österreichische PsychotherapeutInnen teilnahmen, wurden deren demographische Daten, formale Religionszugehörigkeit, Glaubenseinstellung, transpersonales Vertrauen, Wissenschaftsgläubigkeit und der Umgang mit religiösen/spirituellen Themen in der Therapie erhoben. Deskriptive, explorative und schließende statistische Methoden wurden zur Datenanalyse verwendet.

Insgesamt zeigt sich auch in Österreich eine hohe Relevanz von religiösen/spirituellen Themen. Konkret schätzen PsychotherapeutInnen, dass jeder/jede vierte KlientIn derartige Themen in die Therapie einbringt. In einer differenzierten Erhebung des Umgangs mit und der Bearbeitung von religiösen/spirituellen Themen, wurden drei Dimensionen identifiziert und zu Skalen zusammengefasst. Es zeigte sich ein Unterschied zwischen PsychotherapeutInnen mit unterschiedlicher Glaubenseinstellung in Bezug auf Bearbeitungsarten. Hochsignifikante Zusammenhänge von Bearbeitungsarten und transpersonalem Vertrauen sowie Wissenschaftsgläubigkeit wurden ebenfalls identifiziert.

Die Ergebnisse der Studie implizieren, dass die starke Heterogenität der therapeutischen Bearbeitung und die Abhängigkeit von der persönlichen Glaubenseinstellung weiterer Forschung bedürfen. Gegebenenfalls könnte eine neuerliche Evaluierung zur Einbeziehung religiöser/spiritueller Inhalte dazu beitragen, dass eine Berücksichtigung dieser Themen bereits in der psychotherapeutischen Ausbildung erfolgt.

Schlüsselwörter: Religion, Spiritualität, Psychotherapie, religiöse und spirituelle Themen

Abstract

Religiosity and spirituality are topics that have received increased attention in recent years in the psychotherapeutic context. Since the majority of this work comes from the USA and, due to cultural differences, the results can be transferred to other countries only to a limited extent. This study explores on the basis of a sample of Austrian psychotherapists how frequently religious/spiritual topics occur in therapy and of what type they are. It is also examined how this topic is handled in therapy and how this is related to different personal variables of the psychotherapist.

In an online survey in which 452 Austrian psychotherapists took part, their demographic data, formal religious affiliation, spiritual/religious orientation, transpersonal trust, belief in science and dealing with religious/spiritual topics in therapy were collected. Descriptive, explorative and analytical statistical methods were used for data analysis.

Overall, religious/spiritual topics are also highly relevant in Austria. In concrete terms, psychotherapists estimate that every fourth client raises such topics in therapy. In a differentiated survey of the handling and treatment of religious/spiritual topics, three dimensions were identified and combined into scales. There was a difference between psychotherapists with different religious/spiritual orientation with regard to the ways of dealing with religious/spiritual issues. Highly significant correlations between types of treatment and transpersonal trust as well as belief in science were also identified.

The results of the study imply that the strong heterogeneity of therapeutic treatment and the dependence on personal beliefs require further research. If necessary, a new evaluation of the inclusion of religious/spiritual content could help to ensure that these topics are already taken into account in psychotherapeutic training.

Keywords: religiosity, spirituality, psychotherapy, religious and spiritual issues

ABBILDUNGSVERZEICHNIS

| | |
|---|----|
| Abbildung 1. Balkendiagramm zur Glaubenseinstellung von PsychotherapeutInnen. Auf der y-Achse wird die Anzahl der Nennungen, und auf der x-Achse werden die möglichen Kategorien der religiösen und spirituellen Überzeugung dargestellt. | 28 |
| Abbildung 2. Histogramm der Variable UB1 aktives eigenes Einbringen von religiösen und spirituellen Themen in der Psychotherapie. Niedrige Werte stehen für eine geringe Tendenz religiöse/spirituelle Themen aktiv in die Therapie einzubringen. | 35 |
| Abbildung 3. Histogramm der Variable UB2 Einbeziehen von institutionalisierten Aspekten der Glaubensausübung in die Psychotherapie. Niedrige Werte stehen für eine geringe Tendenz institutionalisierte Aspekte der Glaubensausübung in die Therapie miteinzubeziehen. | 36 |
| Abbildung 4. Histogramm der Variable UB3 Ablehnung von religiösen/spirituellen Themen in der Therapie. Niedrige Werte stehen für eine geringe Tendenz die Bearbeitung von religiösen/spirituellen Themen abzulehnen. | 37 |
| Abbildung 5. Boxplot zur Verteilung der Variable UB1 in Gruppen mit unterschiedlicher Glaubenseinstellung. Höhere Werte auf der y-Achse stehen für eine stärkere Tendenz zum aktiven eigenen Einbringen von religiösen und spirituellen Elementen. | 38 |
| Abbildung 6. Boxplot zur Verteilung der Variable UB2 in Gruppen mit unterschiedlicher Glaubenseinstellung. Höhere Werte auf der y-Achse stehen für eine stärkere Tendenz zum aktiven eigenen Einbringen von religiösen und spirituellen Elementen. | 40 |
| Abbildung 7. Boxplot zur Verteilung der Variable UB3 in Gruppen mit unterschiedlicher Glaubenseinstellung. Höhere Werte auf der y-Achse stehen für eine stärkere Tendenz zum aktiven eigenen Einbringen von religiösen und spirituellen Elementen. | 42 |

TABELLENVERZEICHNIS

| | |
|---|----|
| Tabelle 1. Rotierte Faktorenmatrix sortiert nach Faktorladungen | 19 |
| Tabelle 2. Häufigkeiten psychotherapeutischer Methoden | 22 |
| Tabelle 3. Vorrangige theoretische Orientierung | 24 |
| Tabelle 4. Einfluss theoretischer Konzepte in der psychotherapeutischen Praxis | 26 |
| Tabelle 5. Häufigkeiten religiöser/spiritueller Themen | 30 |
| Tabelle 6. Analyse der Skala zu Umgang mit und die Bearbeitung von religiösen/spirituellen Themen (UB) auf Itemebene | 33 |
| Tabelle 7. Post-Hoc Tests für die Unterschiede zwischen dem aktiven eigenen Einbringen religiöser Inhalte in die Therapie und der Glaubenseinstellung des Psychotherapeuten/der Psychotherapeutin. | 39 |
| Tabelle 8. Post-Hoc Tests für die Unterschiede zwischen Ausübung ritueller, religiöser Handlungen in der Therapie und Glaubenseinstellungen des Psychotherapeuten/der Psychotherapeutin. | 40 |
| Tabelle 9. Post-Hoc Tests für die Unterschiede zwischen der Ablehnung von religiösen/spirituellen Themen in der Therapie und der Glaubenseinstellung des Psychotherapeuten/der Psychotherapeutin. | 42 |
| Tabelle 10. Korrelationen nach Spearman zwischen TPV und UB1, UB2 und UB3 | 44 |
| Tabelle 11. Korrelationen nach Spearman zwischen BSS und UB1, UB2, und UB3..... | 45 |
| Tabelle 12. Korrelationen nach Spearman zwischen Dauer der Berufstätigkeit (D) und UB1, UB2 und UB3..... | 47 |
| Tabelle 13. Zusammenfassung der linearen Regression für den Anteil der PatientInnen, die im Verlauf der Behandlung religiöse/spirituelle Inhalte thematisieren..... | 49 |

ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS

BSS: Belief in Science Scale

H: Hypothese

TPV: Transpersonales Vertrauen

UB: Umgang mit und Bearbeitung von religiösen/spirituellen Themen

Anhang

Anhang A: Fragebogen



Sehr geehrte Teilnehmerin, Sehr geehrter Teilnehmer,

Vielen Dank für Ihre Bereitschaft an dieser Befragung teilzunehmen. Die Beantwortung des Fragebogens dauert etwa 10 Minuten.

Im Rahmen meiner Masterarbeit in Psychologie an der Universität Wien beschäftige ich mich mit religiösen und spirituellen Themen in der Psychotherapie aus der Sicht österreichischer Psychotherapeut/innen.

Alle Daten werden streng vertraulich behandelt und anonym ausgewertet, sodass keine Rückschlüsse auf Ihre Identität gezogen werden können.

Sollten Sie Fragen haben können Sie mich gerne unter a00807349@unet.univie.ac.at kontaktieren.

Noch einmal vielen herzlichen Dank für Ihr Interesse und Ihre Mithilfe!

1. Alter in Jahren (z.B. 45):

2. Geschlecht:

- weiblich
- männlich
- anderes

3. Welche abgeschlossene Berufsausbildung haben Sie?

Abgeschlossene Ausbildung in...

- Medizin
- Psychologie
- Pädagogik oder Sozialpädagogik
- Theologie
- Lehramt
- Sozialarbeit

Sonstiges (bitte nennen):

4. In welcher Berufsausbildung befinden Sie sich gegenwärtig?

Gegenwärtig in Ausbildung in...

- Medizin
- Psychologie
- Pädagogik oder Sozialpädagogik
- Theologie
- Lehramt
- Sozialarbeit

Sonstiges (bitte nennen):

keine Ausbildung

5. Seit wievielen Jahren sind Sie psychotherapeutisch tätig (nach Beendigung der Ausbildung)?

6. Wo üben Sie primär Ihre psychotherapeutische Tätigkeit aus?

- ambulant/ eigene Praxis
- stationär/ Institution
- Beides

7. In welchem psychotherapeutischen Verfahren haben Sie eine vollständige Ausbildung abgeschlossen? (Mehrfachnennungen möglich)

- Analytische Psychologie (AP)
- Gruppenpsychoanalyse/ Psychoanalytische Psychotherapie (GP)
- Individualpsychologie (IP)
- Psychoanalyse/ Psychoanalytische Psychotherapie (PA)
- Psychoanalytisch orientierte Psychotherapie (PoP)
- Autogene Psychotherapie (ATP)
- Daseinsanalyse (DA)
- Dynamische Gruppenpsychotherapie (DG)
- Hypnosepsychotherapie (HY)
- Katathym Imaginative Psychotherapie (KIP)
- Konzentrierte Bewegungstherapie (KBT)
- Transaktionsanalytische Psychotherapie (TA)
- Existenzanalyse (E)
- Existenzanalyse und Logotherapie (EL)
- Gestalttheoretische Psychotherapie (GTP)
- Integrative Gestalttherapie (IG)
- Integrative Therapie (IT)
- Klientenzentrierte Psychotherapie (KP)
- Person(en)zentrierte Psychotherapie (PP)
- Psychodrama (PD)
- Neuro-Linguistische Psychotherapie (NLPT)
- Systemische Familientherapie (SF)
- Verhaltenstherapie (VT)

8. Welches ist Ihre vorrangige theoretische Orientierung? Geben Sie bitte nur eine Antwortalternative an:

- Tiefenpsychologisch-psychodynamische Orientierung
- Humanistisch-existenzielle Orientierung
- Systemische Therapie
- Verhaltenstherapie

9. Wie stark ist Ihre derzeitige psychotherapeutische Praxis im einzelnen von den folgenden theoretischen Konzepten bestimmt?

(bei berenteten Psychotherapeut/Innen bezogen auf die letzten Berufsjahre)

| | überhaupt nicht | ein wenig | deutlich/ merklich | überwiegend | ausschließlich |
|---|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| tiefenpsychologisch- psychodynamisch | <input type="radio"/> |
| humanistisch-existentiell | <input type="radio"/> |
| systemisch | <input type="radio"/> |
| verhaltenstherapeutisch | <input type="radio"/> |
| Sonstiges: <input type="text"/> | <input type="radio"/> |

10. Wieviele Stunden wenden Sie gegenwärtig in etwa pro Woche für psychotherapeutische Tätigkeiten auf?

11. Wieviele Patient/innen haben Sie im letzten Jahr durchschnittlich pro Woche behandelt?

12. Welcher Konfession bzw. Religionsgemeinschaft gehören Sie gegenwärtig an?

(Bitte nur eine Antwort angeben):

- katholisch
- evangelisch
- andere christliche Religion
- nicht-christliche Religion
- keine Religion

13. Welche der folgenden Auswahlmöglichkeiten charakterisiert Ihre Glaubenseinstellung am besten?

(Bitte nur eine Antwort geben)

- Ich bin religiös (auf spezifische Religion(en) ausgerichtet).
- Ich bin spirituell (verbunden mit dem Transzendenten, Jenseits oder der Unendlichkeit).
- Ich bin sowohl religiös als auch spirituell.
- Ich bin weder religiös noch spirituell (z.B. Atheist, lehne diese Thematik ab).
- Ich bin Agnostiker (irrelevantes Thema für mich; hat für mich keine Bedeutung).
- Anderes (bitte nennen):

14. Welche der folgenden Themen wurden im Verlauf der Behandlung von einem/ einer oder mehreren Ihrer Klient/innen schon ein oder mehrmals thematisiert?

(Mehrfachnennung möglich)

- die Intensivierung der Beschäftigung mit Glaubensinhalten und Praktiken
- der Wechsel der konfessionellen Zugehörigkeit oder Konversion zu einer neuen Religion
- der Verlust des Glaubens
- Infragestellen des Glaubens/ Glaubenszweifel
- Probleme, die durch die Zugehörigkeit zu gefährlichen und destruktiven Kulturen bzw. Sekten entstehen können (z.B. Abhängigkeiten, Missbrauchserfahrung etc.)
- Schuld aufgrund tatsächlich begangener religiöser Verfehlungen
- mystische Erfahrungen
- Infragestellen spiritueller Werte
- problematische Erfahrungen verursacht durch Meditation
- Probleme/Konflikte mit religiösem/n oder spirituellem/n Lehrer/n
- schwierige Lebenserfahrungen mit Vertretern der Kirche (z.B. Missbrauch, übertriebene Strenge, Ungerechtigkeiten etc.)
- die (belastende) Trennung von einem spirituellen Lehrer
- Religion/ Spiritualität als Ressource
- (Intensiv)Erfahrungen mit Gott (z.B. Begegnungen, Gespäche, Gebete etc.)
- Engelsbegegnungen
- Konflikte oder Ängste in Zusammenhang mit religiösen Werten
- Angst/Ängste vor dem Teufel
- Angst/Ängste vor Geistern
- negative/traumatische Erfahrungen mit Geistern und/oder dem Teufel
- Exorzismuserfahrungen
- psychische und zwischenmenschliche Probleme nach einer Nah-Tod-Erfahrung
- Umgang mit Krankheit/ Tod
- Sonstige _____

15. Wieviel Prozent Ihrer Klient/innen thematisierten im Verlauf der Behandlung Inhalte und Probleme, die nach Ihrer Ansicht oder nach Ansicht Ihrer Klient/innen mit Spiritualität oder Religiosität zu tun haben?

%

16. Wie hoch würden Sie den Anteil Ihrer Klient/innen einschätzen, in deren Leben eine spirituelle oder religiöse Orientierung eine bedeutsame Rolle spielt?

%

17. Wieviel Prozent Ihrer Klient/innen legen Wert darauf, dass die eigene spirituelle oder religiöse Orientierung im Rahmen der Behandlung explizit anerkannt und miteinbezogen wird?

%

18. In welchem Ausmaß treffen folgende Aussagen auf Ihre psychotherapeutischen Tätigkeit zu?

| | trifft zu | trifft eher zu | teils- teils | trifft eher nicht zu | trifft nicht zu |
|--|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| Ich frage regelmäßig aktiv nach religiösen/spirituellen Überzeugungen von Patienten/Patientinnen. | <input type="radio"/> |
| Ich bin dazu bereit, das Thema "Spiritualität/Religion" zu vertiefen, wenn mein Patient/ meine Patientin dies wünscht. | <input type="radio"/> |
| Religiosität/Spiritualität sind wichtige Themen in meinen Therapien, die ich meinerseits regelmäßig einbringe. | <input type="radio"/> |
| Wenn ein/e PatientIn ein religiöses/spirituelles Thema in die Therapie einbringt, gehe ich darauf nicht ein. | <input type="radio"/> |
| Wenn ein/e PatientIn ein religiöses/spirituelles Thema in die Therapie einbringt, sage ich, dass das nicht unser Thema ist. | <input type="radio"/> |
| Bei religiösen Themen verweise ich meine/n Patienten/Patientin in der Regel an einen Priester oder Seelsorger. | <input type="radio"/> |
| Ich bete mit meinen PatientInnen in der Therapie. | <input type="radio"/> |
| Ich empfehle meinen PatientInnen ein Gebet zur „Hausaufgabe“. | <input type="radio"/> |
| Ich empfehle meinen PatientInnen zur Beichte zu gehen. | <input type="radio"/> |
| In meinen Therapien empfehle ich meinen PatientInnen weitere religiöse Praktiken (z.B. Messbesuche, Wallfahrt, Gespräche mit Gott etc.). | <input type="radio"/> |
| Ich lege meinen PatientInnen spirituelle Aktivitäten nahe (z.B. Meditationen, themenzentrierte Trance etc.). | <input type="radio"/> |
| Ich bete für meine PatientInnen. | <input type="radio"/> |
| Ich führe mit meinen PatientInnen spirituelle Aktivitäten durch. | <input type="radio"/> |
| Ich verwende im therapeutischen Prozess religiöse/ spirituelle Sprache, Metaphern, Konzepte, Schriften oder Texte. | <input type="radio"/> |

19. Bitte kreuzen Sie an, was am ehesten ihrer Ansicht entspricht. Auf der rechten Seite stimmen Sie umso mehr zu, auf der linken lehnen Sie die Aussage ab.

| | lehne stark ab | lehne ab | lehne etwas ab | stimme etwas zu | stimme zu | stimme sehr zu |
|--|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| Wissenschaft liefert uns ein besseres Verständnis des Universums als Religion. | <input type="radio"/> |
| „In einer von Dämonen verfolgten Welt ist Wissenschaft die Kerze im Dunkeln.“ (Carl Sagan) | <input type="radio"/> |
| Wir können nur das rational glauben, was wissenschaftlich nachgewiesen werden kann. | <input type="radio"/> |
| Die Wissenschaft sagt uns alles, was es über die Realität zu wissen gibt. | <input type="radio"/> |
| Alle Aufgaben, die auf die Menschen zukommen, sind wissenschaftlich lösbar. | <input type="radio"/> |
| Die wissenschaftliche Methode ist der einzig verlässliche Weg zur Erkenntnis. | <input type="radio"/> |
| Die einzige wirkliche Erkenntnis, die wir haben können, ist wissenschaftliche Erkenntnis. | <input type="radio"/> |
| Wissenschaft ist der wichtigste Teil der menschlichen Kultur. | <input type="radio"/> |
| Wissenschaft ist der effizienteste Weg zur Wahrheit. | <input type="radio"/> |
| Wissenschaft und die Wissenschaftler sollten in der modernen Gesellschaft mehr Respekt erhalten. | <input type="radio"/> |

Kreuzen Sie bitte an, in welchem Ausmaß die Aussagen aus Ihrer jetzigen Sicht am ehesten auf Sie zutreffen. Antworten Sie zügig und achten Sie bitte darauf, alle Fragen zu beantworten, auch wenn sie ähnlich lauten.

| | trifft gar nicht zu | trifft eher nicht zu | trifft eher zu | trifft vollständig zu |
|--|------------------------|-------------------------|-----------------------|-----------------------------|
| 1. Ich fühle mich mit einer höheren Wirklichkeit / einem höheren Wesen/ Gott verbunden. Darauf kann ich auch in schweren Zeiten vertrauen. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 2. Manchmal habe ich den Eindruck, dass ich in meinem Leben aus einer höheren Einsicht heraus geführt werde. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 3. Religiöse Praktiken (z.B. Beten, Mantren sprechen, geistige Lieder singen, Meditieren) helfen mir in schwierigen Situationen. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 4. Meine Seele lebt auch nach dem Tod weiter. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 5. Ich versuche, mich der Hand Gottes/ eines höheren Wesens/ einer höheren Wirklichkeit anzuvertrauen. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 6. Ich bin Teil eines großen Ganzen, in dem ich geborgen bin. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 7. Ich bezeichne mich als religiös, auch wenn ich keiner Glaubensgemeinschaft angehöre. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 8. Ich bin ein Mensch mit Körper und Intellekt. Und ich bin auch untrennbar mit dem Kosmos verbunden. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 9. Es gibt in einem Menschenleben manches Glück oder Unglück, das meine Möglichkeiten des Erklärens und Verstehens übersteigt. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 10. Wir Menschen können nicht alles bestimmen. Es gibt eine höhere Wirklichkeit/ ein höheres Wesen/ Gott, dem ich mich anvertrauen kann. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 11. Ich habe schon die Erfahrung gemacht, dass ich mich mit der Welt und dem Kosmos eins fühle. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

Anhang B: Zusätzliche Abbildungen

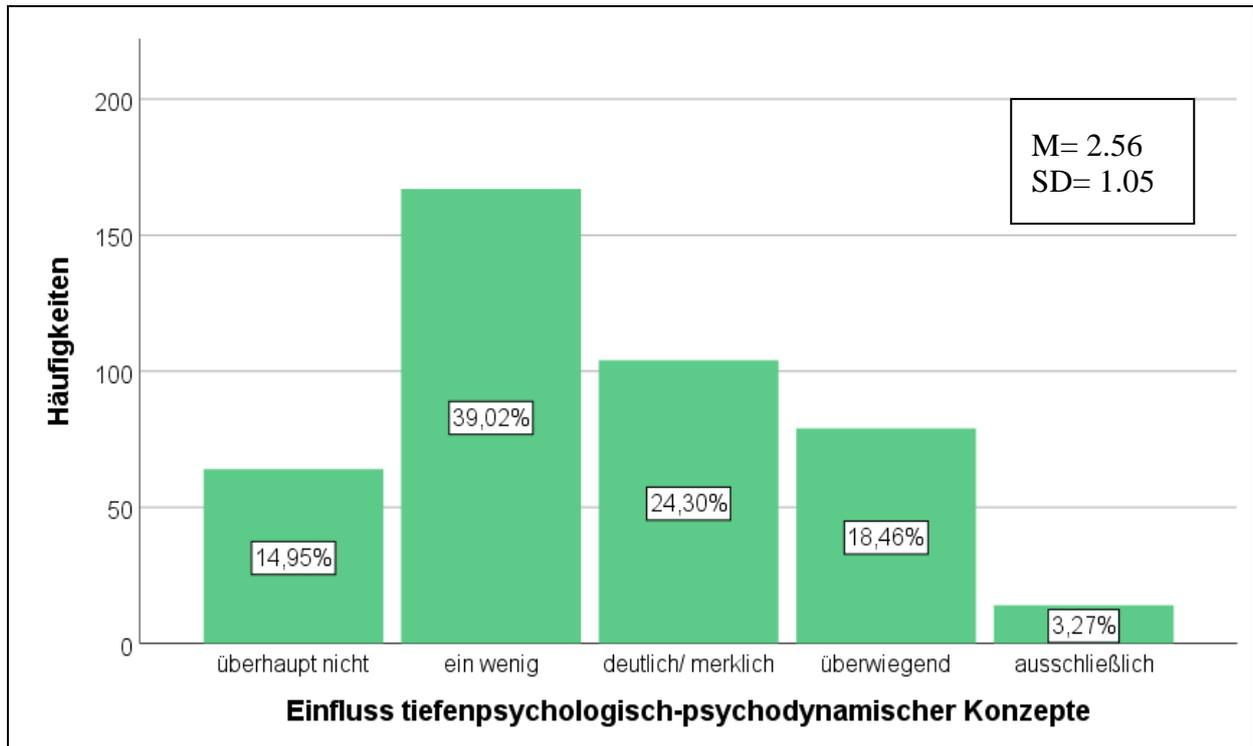


Abbildung A1. Histogramm zum Einfluss tiefenpsychologisch-psychodynamischer Konzepte.

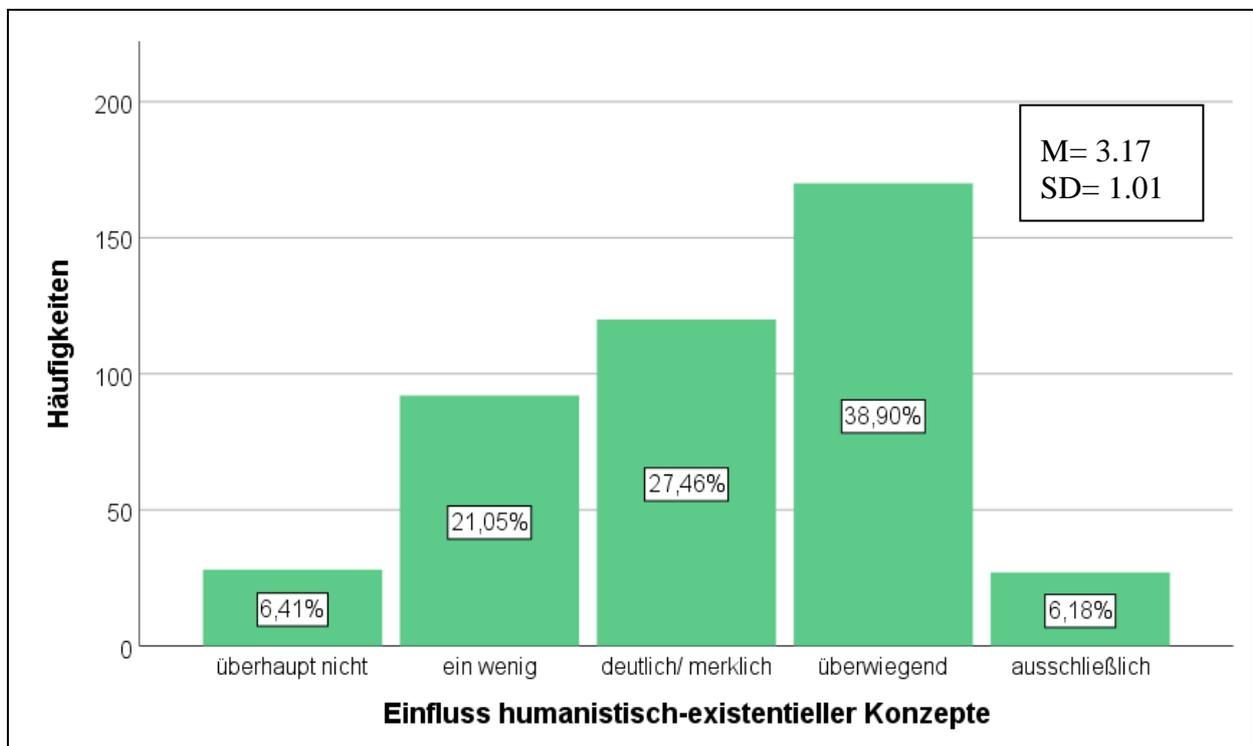


Abbildung A2. Histogramm zum Einfluss humanistisch-existentieller Konzepte.

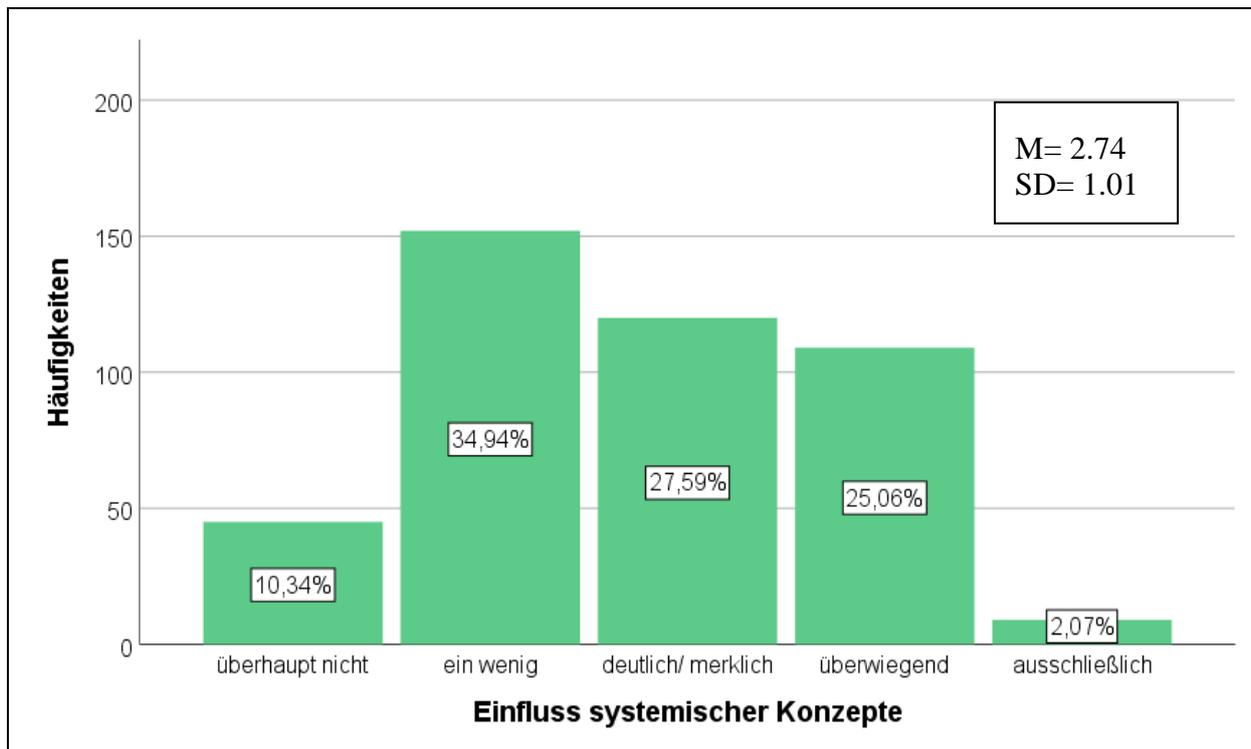


Abbildung A3. Histogramm zum Einfluss systemischer Konzepte.

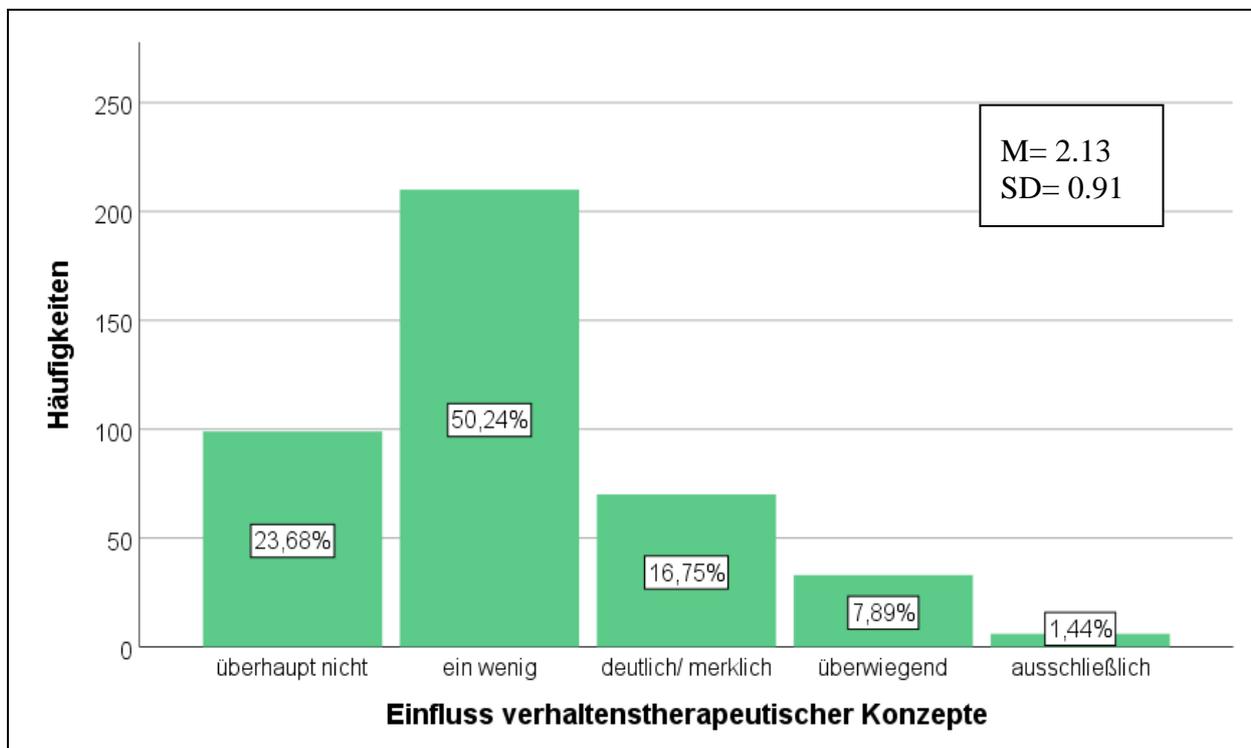


Abbildung A4. Histogramm zum Einfluss verhaltenstherapeutischer Konzepte.

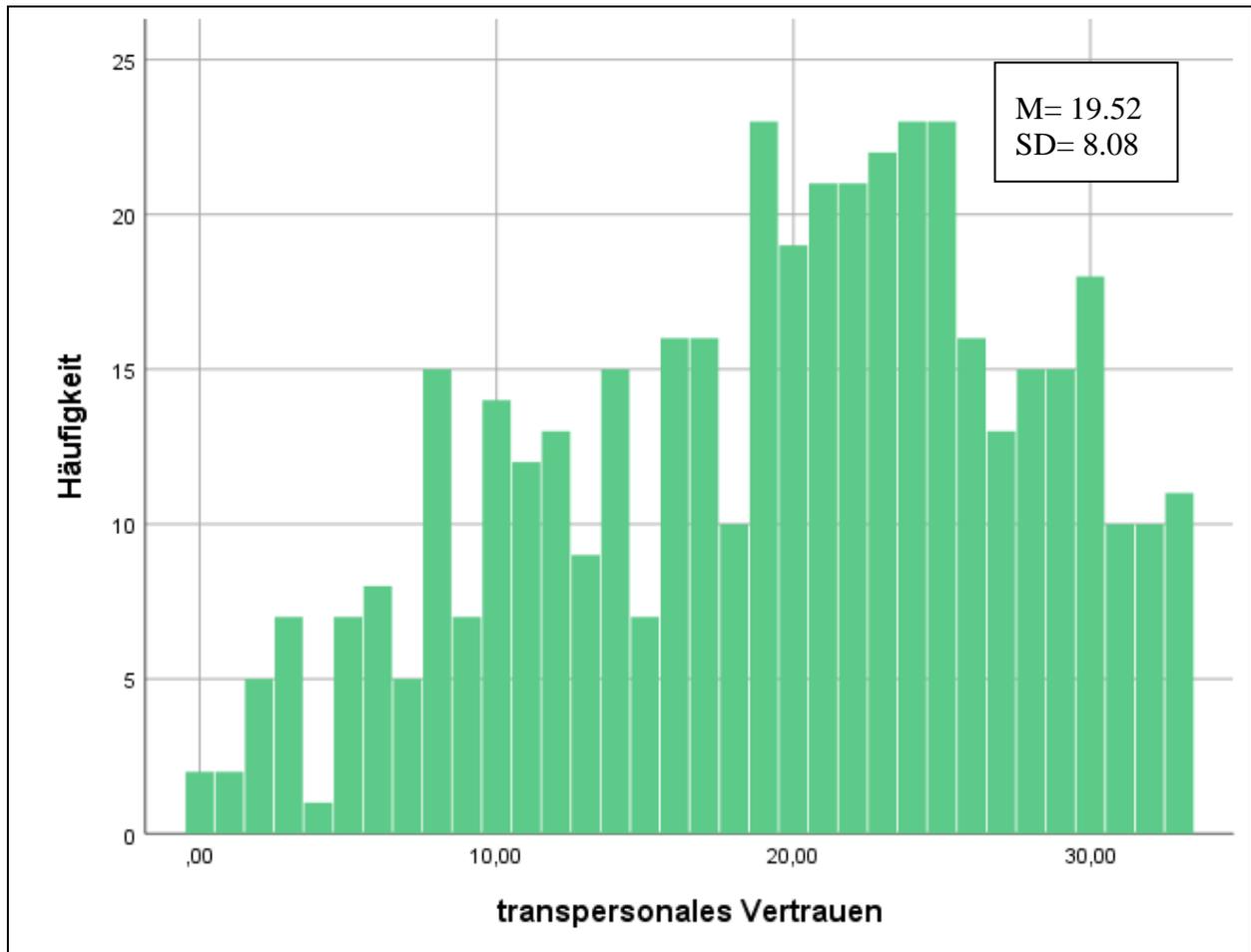


Abbildung A5. Balkendiagramm zum transpersonalen Vertrauen (TPV) von PsychotherapeutInnen. Auf der x-Achse wird der Summenscore aller Items, und auf der y-Achse wird die Häufigkeit dargestellt.

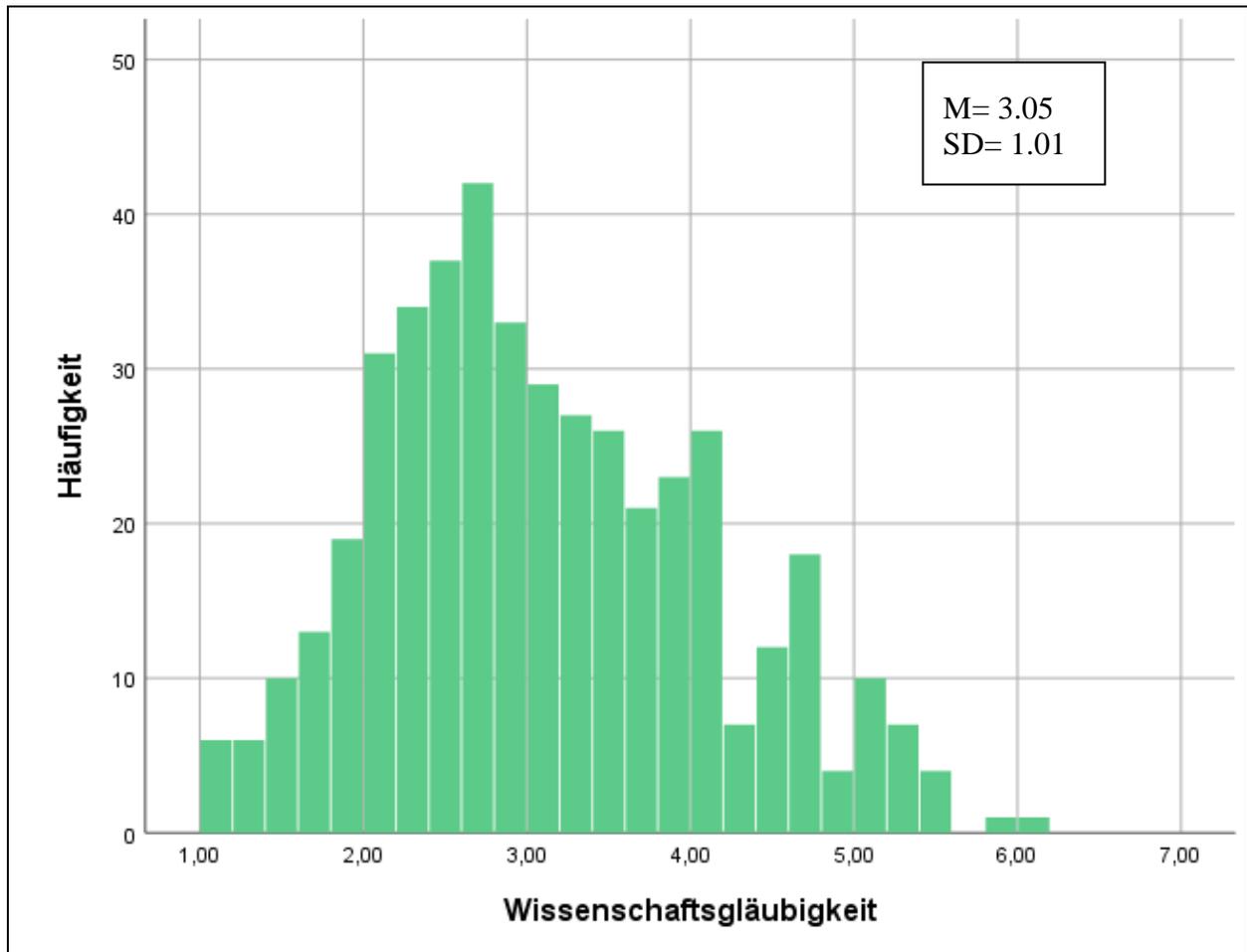


Abbildung A6. Balkendiagramm zur Wissenschaftsgläubigkeit (BSS) von PsychotherapeutInnen. Auf der x-Achse wird der Mittelwert aller Items der BSS, und auf der y-Achse die Häufigkeit dargestellt.

Eidesstattliche Erklärung

Hiermit versichere ich, die vorliegende Arbeit selbstständig verfasst und keine anderen als die angegebenen Hilfsmittel verwendet zu haben. Alle wortgemäßen und sinngemäßen Übernahmen aus anderen Quellen sind als solche gekennzeichnet.

Wien,

Julia Klambauer, BSc