

# SPIRITUALITÄT UND THERAPEUTISCHE PRAXIS

# Über den Umgang mit „Spiritualität“ in der Psychotherapie

Friedrich Ingwersen

## Ein pragmatischer Einsatz von „Spiritualität“ bei „intellektueller Redlichkeit“

Manche Psychotherapie kommt an einen Punkt, an dem situative Verzweiflung den zum Beispiel depressiven oder süchtigen Patienten in eine Krise führt, in der er sich schlicht nach einem Ausweg in eine Stresserleichterung sehnt. Vielen Menschen scheint jetzt die Unterwerfung unter ein dogmatisches System – zum Beispiel eine traditionelle Religion – eine gute Erlösung zu bieten. Bei solchen modernen Menschen, die eine Psychotherapie in Anspruch nehmen, ist dies in der Regel keine Option. Für diese Menschen bietet inmitten ihrer Hoffnungslosigkeit eine „säkularisierte spirituelle Haltung“ Chancen auf eine Stressreduktion im Jetzt und Auswege in der Zukunft. Es wird im Rahmen eines hypnosystemischen Ansatzes ein epistemologischer und zugleich achtsamkeitsbasierter und zusätzlich pragmatischer Zugang vorgestellt, der unter anderem von dem sogenannten Zwölf-Schritte-Programm der Anonymen Alkoholiker inspiriert ist.

## C. G. Jungs „spirituelle Intervention“

1932 behandelte Carl Gustav Jung einen Alkoholiker. Es war eine stabile, von Respekt und Empathie geprägte Arbeitsbeziehung zustande gekommen. Jedoch nach einem Jahr beendete Jung die Therapie mit der Aussage, der Patient sei ein hoffnungsloser Fall. Das Einzige, was ihm jetzt noch helfen könne, müsste eine spirituelle oder religiöse Erfahrung sein.

Der Patient hat diese Worte als demütig und respektvoll erlebt. Er ist dann nach Amerika gegangen und hat diese Begebenheit dort anderen von Alkoholismus Betroffenen erzählt. Von seinem weiteren Schicksal ist offenbar nichts bekannt.

Jedoch gehört diese Einzelbehandlung von C. G. Jung inzwischen zu den Ursprungsmythen der Anonymen Alkoholiker: Denn ihr späterer Mitbegründer, ein gewisser William Wilson, bekundete 1961 in einem Briefwechsel mit Jung, dass dessen Äußerungen von seinen Patienten als grundlegender geistiger Baustein für das von den Anonymen entwickelte spirituelle Konzept für das Überleben von Millionen Alkoholikern angesehen würden.

Ich meine, dass in diesem kurzen Behandlungsbericht alle wesentlichen Komponenten dessen, was eine spirituelle Psychotherapie ausmachen könnte, komprimiert sind.

Erstens: Es ist eine ausreichend haltbare, von Empathie und Respekt geprägte Arbeitsbeziehung hergestellt.

Zweitens: Der Therapeut Jung bekennt demütig, dass ärztliche Gesprächskunst nicht ausreicht: „Sie sind ein hoffnungsloser Fall.“

Drittens: Hinter diesem Konstrukt einer „realen“ Hoffnungslosigkeit könnte eine paradoxe andere Hoffnung stehen, die sich allerdings einer Steuerung oder Kontrolle entzieht. Eine solche Instanz, die größer ist als menschengemachte Psychotherapie, könnte als einzige ein als unheilbar angesehenes Leiden zum Guten wenden.

Man könnte diese Aussage Jungs, also die Einführung von Transzendente in eine psychotherapeutische Behandlung, eine „spirituelle Intervention“ nennen.<sup>1</sup>

### Zum Begriff Spiritualität

Nachdem dieser Terminus in der alten theologischen Literatur als Gegensatz zur Fleischlichkeit benutzt worden ist, wird er heute im allgemeinen Sprachgebrauch eher als ein möglicher Gegensatz zu dem Begriff Religion verwendet. In diesem Gegensatzpaar steht Religion dann für die traditionelle, an ein Bekenntnis gebundene Zugehörigkeit zu einer Religionsgemeinschaft mit ihren feststehenden Glaubenssätzen, speziellen Geboten, Verboten und Ritualen.

Spiritualität dagegen meint einen freien und individuellen Umgang mit demjenigen Unbekannten jenseits des Verstehbaren, das darüber hinaus in der Welt wirken könnte. Die alten Heilungsrituale zum Beispiel der abendländischen Tradition wie Gebet, Bekenntnis oder Beichte werden ersetzt durch andere Praktiken wie zum Beispiel Meditation, Yoga oder Aikido. Auch gibt es unter Umständen andere Erklärungssysteme als die traditionellen für bestimmte naturwissenschaftlich nicht fassbare Phänomene oder Fragen wie die nach einem Sinn des Daseins oder die nach einem eventuellen Weiterexistieren nach dem Tod.

Ich möchte im Folgenden den Begriff Spiritualität so verwenden, dass dabei die Aspekte des freien einzigartigen und privaten Herangehens eines jeweiligen Individuums an das unbekannt Transzendente im Vordergrund stehen.

### Abgrenzungen

Bei diesen Überlegungen kommt mir jedoch sofort eine Irritation auf, weil nämlich diese genannte individuelle Freiheit des Umgangs mit transzendenten Themen auch gleichzeitig Glaubenssysteme hervorbringen kann, die ich persönlich zweifelhaft finde, wenn sie – um nur zwei Beispiele zu nennen – ihren gedanklichen Ursprung in einer Rassenmythologie oder in Science-Fiction haben.

Mir fällt hierzu eine andere Anekdote aus C. G. Jungs Biografie ein: Er berichtet, dass

*1 Man könnte sie auch als eine Beobachtungsaufgabe im Sinne von de Shazer beschreiben, oder als eine Form von Pacing und Leading nach M. Erickson.*

er in einer frühen Begegnung mit Sigmund Freud von diesem inständig aufgefordert worden sei, er solle an seiner – Freuds – Sexualtheorie unbedingt festhalten, weil einzig diese als „Bollwerk gegen die schwarze Schlammlut des Okkultismus“ geeignet sei.

Bekanntermaßen ist Jung dann doch andere Wege in genau diese metaphysische Richtung gegangen. Das hat einerseits positiven Gewinn gebracht wie beispielsweise seine Archetypenlehre und andererseits als Negativum seine mythisch verbrämte Begrüßung von Teilen des nationalsozialistischen Gedankengutes, wodurch er sehr an Kredit verloren hatte. Dieser freud-jungsche Dissens – sagen wir auf der einen Seite aufgeklärte Diesseitigkeit und andererseits ein Sichöffnen für Transzendentes – scheint mir gleich am Anfang meiner Überlegungen von grundsätzlicher Bedeutung. Zumal nach meiner Erfahrung ein großer Teil unserer Patienten eher nicht in einer sicheren traditionellen Glaubensgewissheit ruhen kann, sondern sich religiösen oder spirituellen Gedanken scheu verschließt, in vielleicht ähnlicher nachvollziehbarer Furcht wie Freud, dass unter Umständen nämlich magische Erlebnisweisen ausgelöst werden könnten, um dann vielleicht auch in bedrohlich Esoterisches oder Spiritistisches umzuschlagen.

Es wird bei meinen weiteren Überlegungen also auch darum gehen, was eine seriöse Haltung des Therapeuten zur Thematik Spiritualität sein müsste oder sein kann. Bevor ich mich jedoch dieser Frage widme, möchte ich zuvor noch eine andere Abgrenzung vornehmen.

### Primär an ihren Familienglauben gebundene Patienten

Es gibt natürlich durchaus Gruppierungen von Patienten, die in ihrer Psychotherapie keine Heranführung an Spirituelles brauchen, weil sie von vornherein einen festen positiven Glauben mitbringen, sodass sich für sie solche Probleme um eine seriöse Spiritualität gar nicht stellen. Es gibt Statistiken, die als wissenschaftlich sehr gut abgesichert gelten, wonach regelmäßige Kirchgänger insgesamt gesünder seien, als Menschen, denen ein traditioneller Glaube nicht zuteil wird.

Entsprechend konnte auch ich immer wieder beobachten, dass einzelne primär gläubige Patienten im Laufe einer stationären Behandlung spontan in ein Kirchgebäude fanden und im Gebet ihre Lösung für ihre laufende Psychotherapie oder wesentliche Teile davon erfuhren. Einige der einstmals christlich oder jüdisch oder muslimisch erzogenen späteren Kranken finden also durch ihre gelungene frühere Glaubenssozialisation im Rahmen ihrer Krankheit zu ihrer Rückbindung, in der sie sich schließlich wieder gut aufgenommen erfahren. Und für diese wird dann der Weg zu einem erfolgreichen Abschluss der Psychotherapie im Großen und Ganzen frei.

Doch muss ein solcher Prozess nicht nur im Sinne einer herkömmlichen Religion geschehen. Hierzu eine etwas ungewöhnliche Fallanekdote:

## Kasuistik I

Vor etwa 30 Jahren hatte ich einen Patienten stationär zu behandeln, einen Journalisten, der im Begriffe war, wegen seiner fortgeschrittenen polyvalenten Suchtproblematik seine Ehe, die Achtung seiner Kinder und seine Stelle zu verlieren. Ich empfahl dem Verzweifelten, das nächste Treffen der Anonymen Medikamenten- und Drogenabhängigen zu besuchen.

Er kam am folgenden Tag zurück in die Sitzung und zeigte sich entsetzt über das, was ihm da zugemutet worden sei. Es werde dort viel von einer „höheren Macht“ oder „Gott, wie jeder von uns ihn versteht“ geredet. Zwar könne er den Sachverstand dieser Selbsthilfegruppe von Betroffenen erleben und anerkennen und es sei für ihn glaubhaft nachvollziehbar, dass dort viele Süchtige Stabilisierung und Heilung erfahren könnten.

Für ihn sei das aber eine „geburtsunmögliche Lage“: Denn er reagiere dermaßen aversiv auf diese christlichen und religiösen Äußerungen, die dort gemacht würden. Er sei in seiner Schulzeit sehr von Pfarrern gequält worden, weil diese es sich zu ihrer besonderen, quasi sportlichen Aufgabe gemacht hätten, speziell ihn zu bekehren. Denn er komme gewissermaßen aus einer „sozialistischen Arbeiterdynastie“ von überzeugten Atheisten: Ein Vorfahr habe zum persönlichen Kreis um Ferdinand Lassalle gehört, ein anderer habe mit Friedrich Engels korrespondiert. Mehrere seiner Tanten und Onkel hätten in Konzentrationslagern für ihre sozialistische oder kommunistische Weltanschauung gelitten, einige von ihnen seien brutal hingerichtet worden.

Er selber sei streng atheistisch-materialistisch erzogen worden, und er sei in seinem eigenen erwachsenen Leben durchaus auch Risiken für diese seine Weltanschauung eingegangen. Und entsprechend sei es ihm unmöglich – trotz seiner aktuellen Not als Süchtiger –, in eine Selbsthilfegruppe zu gehen, die derart religiös daherkomme. Es gelang schließlich zusammen mit meinem damaligen Chef, dem kürzlich verstorbenen Walther Lechler, ihn dafür zu gewinnen, trotz seiner nachvollziehbaren Aversion an wenigstens zehn Sitzungen dieser anonymen Selbsthilfegruppe teilzunehmen – gewissermaßen nur als eine Art Gasthörer. Dies einfach deshalb, weil es sonst unseres Wissens nichts an Hilfreichem für einen Süchtigen seines Schweregrades gebe.

Nach etwa fünf Meetings kam er triumphierend-verschmitzt lächelnd in meine Gruppensitzung: Er habe jetzt seinen individuellen Zugang zu dem gefunden, worum es den Anonymen mit ihrem spirituellen Konzept gehe. Jedes Mal, wenn die anderen Teilnehmer von ihrer „höheren Macht“ redeten, sei in seiner persönlichen Übersetzung die Rede von der „internationalen Solidarität“. Denn diese Kraft, die größer sei als jedes einzelne Kollektivmitglied, habe im Großen und Ganzen dieselben Qualitäten, die andere ihrer höheren Macht zuschrieben.

Dies ist also ein eher seltenes Beispiel für einen Patienten, bei dem sich die Loyalität zu den Vorstellungen und Werten seiner atheistisch-materialistischen Herkunft als eine de facto spirituelle Ressource für die Heilung seines bedrohlichen seelischen Leidens erwies – so wie dies bei anderen möglich ist, die aus ihrer religiösen Sozialisation

heraus eine gelungene, wie auch immer ausgestaltete traditionelle Glaubensgewissheit mitbringen dürfen.

Aber diese Patienten, die also im Lauf einer Therapie zu ihrer in der Kindheit erworbenen festen Glaubensressource zurückfinden, sollen weniger Gegenstand dieser meiner Betrachtungen sein. Zumal ich als Psychotherapeut für diese Komponente des Heilungsvorganges eigentlich nicht gebraucht werde, da mir als einem säkularen Arzt auch kein derartiger Auftrag erteilt wird. Die Zahl derjenigen Patienten, die eine speziell an einem traditionellen Bekenntnis orientierte Behandlung wünschen, ist heute zweifellos recht klein.

### „Modern spirituell denkende“ Patienten

Als Nächstes habe ich noch eine Patientengruppe kurz zu benennen, die auch schon bei Behandlungsbeginn offen für spirituelles Gedankengut ist, und mit der ich mich in diesem Aufsatz auch nicht beschäftigen werde: Ich meine die verschiedenen Richtungen vor allem aus den humanistischen Therapien – ich nenne hier als Beispiele die transpersonale Psychotherapie und den dürkheimischen Ansatz. Diese Vorgehensweisen verstehen sich als spirituell und per definitionem an keine gängige existierende Religion gebunden. Und sie sind bei vielen Patienten hochwirksam, aber offensichtlich nur bei solchen, für die es schon bei Therapieantritt akzeptabel war, dass transzendente Aspekte zu den in dieser Behandlung erwarteten Regelthemen gehören werden. Das gilt neben den genannten seriösen humanistischen Ansätzen darüber hinaus allerdings genauso für all die vielen Formen von esoterischen Herangehensweisen, die für ihre jeweilige Klientel natürlich nicht weniger effektiv sein können.

### „Spirituphobe“ Patienten

Allerdings stoßen auch diese für manche so attraktiven humanistischen Psychotherapieformen einen bestimmten dritten Patiententypus ab, um den es mir hier im Besonderen geht, nämlich diejenigen nicht wenigen Kranken, die sich von vornherein mit transzendenten Inhalten dezidiert nicht befassen wollen, von denen sich einige zum Beispiel vielleicht durch eine rigide, kontrollierende traditionell-religiöse Erziehung als ekklesiogen traumatisiert verstehen.

Dieser Typus Patient kommt offenbar recht häufig in speziell unsere Behandlung, weil wir wie die meisten psychosomatischen Kliniken auf unserer Homepage nicht betonen, dass ein Einbringen von spirituellen oder transzendenten oder gar religiösen Inhalten in unserem Haus zur Regelbehandlung gehört. Diese Gruppe von Patienten fürchtet sich eher misstrauisch davor, dass ihnen in ihrer Notlage und Schwäche dann auch noch zugemutet werde, dass sie sich mit einem derartigen Gedankengut befassen sollen, welches sie nicht bestellt haben und welches sie dann noch mehr belasten könnte. Ich glaube, viele Kollegen werden so wie unser Team in großer Überzahl von diesem speziellen Patiententypus aufgesucht, der sich also wie Freud vor jener „schwarzen

Schlammflut eines Okkultismus“ verständlicherweise fürchtet. Unter diesen sozusagen „spiritophoben“ Kranken gibt es nun nicht wenige, deren Symptom – sei es Sucht, Zwang, Dissoziationen, sexuelle Störung oder Suizidalität – so mächtig scheint, als ob es durch Rückfälle allen therapeutischen Bemühungen immer wieder hohnlacht. Angesichts der Schwere mancher damit zusammenhängender transgenerationaler Schicksalsfaktoren kommt sich ein Helfer vielleicht sogar anmaßend vor, wenn er sich hier für eine Problemlösung engagiert.

Diese Patienten mit bedrohlichen psychischen Symptomen und großer Hoffnungslosigkeit scheinen mir die eigentliche Indikationsgruppe dafür, dass Therapeut und Patient sich in Richtung von etwas Spirituellem im Sinne von C. G. Jung wenden, was größer ist als alle Therapie.

### Selbstverständnis des Therapeuten

Und jetzt komme ich auf diese Frage zurück: Welches Selbstverständnis braucht ein Therapeut bei solchen Patienten, deren Symptomatik so bedrohlich schwer ist, wie zum Beispiel Suizidalität, bei der ein Patient in die Überzeugungstrance geraten könnte, dass selbst die beste Psychotherapie dem nicht gewachsen sein könnte? Was kann für einen Therapeuten über seine professionellen Fertigkeiten hinaus ein zusätzliches Rüstzeug durchaus im Sinne einer selbst induzierten Trance sein, um den mit dem Schweregrad dieser Patienten zusammenhängenden eigenen inneren Belastungen gewachsen zu sein? Zumal, wenn dieselben Patienten ein solches „spiritophobes“ Weltbild mitbringen?

Zunächst zu der vorher schon genannten Frage nach einer seriösen Spiritualität: Gibt es einen Ausweg aus diesem Konflikt – Ratio (gemäß Freud) versus Spiritualität (gemäß Jung)? Gibt es so etwas wie eine rationale spirituelle Haltung oder Selbsttrance, mit der ein Therapeut solchen verzweifelten Patienten gegenüber treten kann?

Der Mainzer Philosoph Thomas Metzinger weist in seinem Artikel „Spiritualität und intellektuelle Redlichkeit“ darauf hin, dass sowohl die moderne Wissenschaftlichkeit als auch eine säkulare Spiritualität beide auf derselben Ethik beruhen, nämlich einer gewissenhaften Erkenntnissuche bei einer schonungslosen Aufrichtigkeit – sei es sich selber gegenüber, sei es gegenüber einer höheren Instanz, die größer ist als der Einzelne. Fragen wie die nach einem transzendenten Wesen oder nach einer Weiterexistenz nach dem Tode bleiben bei Metzingers Überlegungen freilich ohne Antwort. Jedoch ist nach seinen Ausführungen die kontinuierlich unbestechliche Forschung sowohl in der evidenzbasierten Wissenschaft als auch in einer ethisch und rational anspruchsvollen philosophischen Erkenntnissuche ein gemeinsamer halbwegs fester Grund. Diese Gemeinsamkeit könne dann zum Beispiel in einer säkularen achtsamkeitsbasierten Versenkungspraxis wie Meditation ihren Ausdruck finden.

Ein solcher säkularer spiritueller Ausgangspunkt des Therapeuten, der radikal individuell ist und entsprechend auch niemanden missionieren oder an Bekenntnisse oder

Welterklärungskonstrukte binden will, kann meines Erachtens eine therapeutische Haltung oder selbst induzierte Trance hervorbringen, die diejenigen zeitgenössischen Patienten entspannt bleiben lässt, die bei der Thematik „Spiritualität“ bisher aversiv reagiert haben. Das erfordert sicherlich auch als Nächstes, dass die Therapeutin/der Therapeut für eine solche Arbeit ein weiteres eigenes privates spirituelles Rüstzeug hat, um einigermaßen in der Lage zu sein, sich den unkalkulierbaren eigenen psychischen Risiken und Belastungen, wie Ängsten und Verzweiflung, auszusetzen, wenn sie oder er eine empathische Arbeitsbeziehung mit einem Patienten mit bedrohlicher Symptomatik und Hoffnungslosigkeit einzugehen wagt. Und natürlich ist es die Suizidalität unserer Patienten, die uns Psychotherapeuten am häufigsten professionellen Stress bereitet.

Ein Therapeut, dem ein traditioneller Glaube eines „credo quia absurdum“<sup>2</sup> gegeben ist, hat zweifellos eine gute „Eigentrance“, um für diese Belastungen gerüstet zu sein. Einem säkularen Therapeuten dagegen, dem diese Glaubenssicherheit nicht zur Verfügung steht, tut es sicher gut, wenn er sich als Sucher auf einem – wie auch immer ausgestalteten – spirituellen Weg versteht – zum Beispiel in dem genannten Sinne von Metzinger.

### Eine einfache Praktik zur Selbstberuhigung

Im professionellen Alltag, wenn – auch und eventuell erst recht – Therapeuten Krisen haben, in denen sie sich als schutz- und trostlos erleben, sind vielleicht einige der Werkzeuge zur Selbststabilisierung hinreichend brauchbar, wie sie unter anderem die bereits erwähnten Anonymen Alkoholiker für sich entwickelt haben: Das wichtigste davon scheint mir eine ihrer Selbstberuhigungs-Affirmationen, indem sie sich mit der Formel „nur für heute“ durch ihre Krisen zu hangeln pflegen.

Diese aus verschiedenen antiken und östlichen Philosophien entlehnte Selbststabilisierungspraktik scheint mir einerseits einfach zu handhaben und zugleich eine geniale – wenn man so will – Selbstüberlistung: „Ich konzentriere mich nur für heute auf meine Stabilisierung – was ich morgen tu, muss ich heute nicht überschauen.“<sup>3</sup>

Für den privaten Hausgebrauch eines Nichtalkoholikers – und zum Beispiel auch eines Psychotherapeuten – ließe sich diese Praktik analog in der Form eines Fokussierens auf sein Sein und Tun ganz im Hier und Jetzt anwenden. Die entsprechende Formel in einer professionellen Stresskrise könnte dann lauten: „Nur für den überschaubaren Zeitraum der nächsten Stunden tue ich so, als hätte ich genug Kraft und Mut, um meiner Angst und Verzweiflung standzuhalten. Ich tue so, als hätte ich wie ein gläubiger Mensch so etwas wie das, was man traditionell Gottvertrauen nennt, als ob ein anderer Zusammenhang hier hineinwirkt, der meiner jetzigen Situation so etwas wie Sinn und Gnade geben wird. Für diesen überschaubaren Zeitraum werde ich das wohl schaffen. Danach sehe ich jedes Mal weiter und entscheide dann aufs Neue.“

<sup>2</sup> „Ich glaube, wenn es auch absurd ist“ (Tertullian).

<sup>3</sup> Dieser Satz hat auch eine gewisse Nähe zu dem des spätantiken Philosophen Epiktet: „Es sind nicht die Dinge, die uns schrecken, sondern die Vorstellungen, die wir uns davon machen.“



Einzelne unserer Patientinnen und Patienten konnten sich analog dazu durch ihre Krisen hangeln. Eine von ihnen hatte für sich die extreme Formel gefunden: „Jetzt verschiebe ich noch einmal meinen finalen Tablettencocktail um fünf Minuten. Und noch einmal fünf Minuten, und noch einmal fünf Minuten ...“

Mit einem solchen spirituellen Notfallkoffer könnte sich entsprechend ein Therapeut leichter mit solchen Patienten empathisch einlassen, bei denen er Anlass zu der Annahme hat, dass für das Bedrohliche ihres Leides seine anderen therapeutischen Skills nicht ausreichen könnten.

### Hypothesen zur psychischen Wirkung von „Spiritualität“

Nach diesen Überlegungen zu einer möglichen spirituellen Haltung des Therapeuten komme ich zu den Hypothesen oder Wirksamkeitsmythen, auf welche Weise spirituelles Kommunizieren in einer Psychotherapie wirken könnte. Ich will dazu versuchen, aus den verschiedenen vorhandenen Modellen zwei unterscheidbare Blickwinkel herauszuarbeiten: Der eine von ihnen ist hypnosystemisch, indem er auf die Triangulation zwischen der Dyade Patient/Therapeut fokussiert, zu welcher dann eine transzendente dritte Instanz hinzukommt. Der andere Blickwinkel betont mehr individualpsychologisch die biografische Ereignisfolge analog zu einer sogenannten Heldenreise aus der Weltliteratur, mit den Stationen der Zuspitzung der Krise, der Kapitulation vor der Machtlosigkeit und der unerwartet hereinbrechenden guten Lösung in Form eines spontan wahrgenommenen veränderten Bezugsrahmens.

Ich möchte diese beiden Blickwinkel – den systemischen und den individualpsychologischen – anhand einer Fallgeschichte vorstellen. Darin kommt es zuerst zum Zusammenbruch der Hoffnung in die Therapie. Und danach kommt es inmitten der schlimmen Krise zu einem unverhofften Hereinwirken von Transzendendem in Form einer bis dahin abgewehrten spontanen inneren Dialogaufnahme mit toten Angehörigen:

### Kasuistik II

Es handelt sich um meine allererste Klinikpatientin vor bald 40 Jahren. Sie war Ende fünfzig, und ihr Hauptsymptom war eine schwere Suizidalität, die erstmalig aufgetreten war, nachdem ihr jüngster Sohn das Abitur gemacht hatte und zum Studienort abgereist war. „Die Kinder sind aus dem Nest, jetzt hält mich nichts mehr.“ Ansonsten zeigte sie sich depressiv schweigsam.

Die ersten Behandlungswochen waren dadurch geprägt, dass sie mehrmals von Eisenbahngleisen buchstäblich gezerrt werden musste – meistens von mir. Der Ehemann kam zum Partnergespräch und deutete an, dass im Jahre 1945 in Berlin etwas Schlimmes passiert sein müsse, aber sie habe selbst ihm bisher nichts Genaueres erzählen wollen. Er wisse nur, dass ihr Vater gefallen, ihr Bruder vermisst und ihre Mutter auch um die Zeit herum gestorben sei.

Einmal, als ich wieder eine ihrer suizidalen Fluchten verhindern konnte, führte ich sie in mein Büro, und da lag eine große offene Pralinschachtel, das Geschenk eines anderen Patienten. Sie schaute mir erstmals intensiv in die Augen und sagte: „Sie sind nach dem Krieg geboren und haben nie gehungert, stimmt’s?“ – Ich bejahte. – Sie weiter: „Trotz des großen Engagements des gesamten Therapeutenteams frag ich mich eigentlich, ob jemand anders mir überhaupt helfen kann.“

Am nächsten Tag erzählte sie mir, wobei sie ihre Arme verschränkte und sich dabei ständig verkrampfte, dass im April 1945 inmitten der Schlacht um Berlin russische Soldaten ihre Mutter vor ihren Augen erschossen hätten und dass sie dann viele Male vergewaltigt worden sei. Sie habe danach mehrere verschiedene Geschlechtskrankheiten gehabt und sei fast verhungert.

Ich sei der erste Mensch, dem sie das zu erzählen sich getraue, weil es zwei Dinge seien, die sie hier berührten: zum einen die Art, wie ich als unbelasteter junger Arzt sie schon so viele Male unter Körpereinsatz am Suizidversuch gehindert hätte, und zum anderen, weil neulich zwei Patienten der Klinik in einer Selbsthilfe-Gruppensitzung von ihren Kriegserlebnissen erzählt hätten.

In dieser Klinik hier werde immer wieder von „Gott, wie jeder ihn für sich versteht“ gesprochen. Und sowieso seien alle hier so freundlich zu ihr, aber eigentlich könne sie nicht glauben, dass ihr überhaupt zu helfen sei. Danach war sie wieder wortkarg und zurückhaltend wie in den Wochen zuvor.

Auf Vorschlag des Supervisors sprach ich einmal das Gefälle an durchgemachtem Leid an, das zwischen ihr und mir bestand. „Ja,“ sagte sie darauf, „das hat etwas von Ungerechtigkeit. Deshalb darf ich mir von jemandem wie Ihnen eigentlich auch gar nicht helfen lassen.“ Und dann fügte sie hinzu: „Wie auch immer, es sind diese zwei Mitpatienten in der Klinik, die waren in russischer Kriegsgefangenschaft. Schrecklich, was die erzählen. Aber die sind das Einzige, was mich jetzt in dieser Klinik hält. Eigentlich bin ich ein hoffnungsloser Fall.“

Am selben Abend war sie wieder verschwunden, ich lief sofort zum Bahngleis. Sie war wieder in Richtung des erwarteten Zuges unterwegs. Aber diesmal kam sie mir entgegen und ließ sich ohne Widerstand vom Gleis herunterführen. Sie wirkte verwirrt, zeitweise wie somnambul und murmelte ständig mit großem Nachdruck in sich hinein, allerdings Unverständliches.

Zurück in der Klinik signalisierte sie eher mit barschen Gesten als mit Worten, dass sie nicht auf ihr Zimmer wolle, sondern im Schwesternzimmer abseits sitzen und in Ruhe gelassen werden. Nach etwa drei Stunden wollte sie ins Bett.

Am nächsten Morgen wirkte sie wieder klar, wenn auch misstrauisch schweigsam wie meistens. Allerdings sagte sie kurz und nachdrücklich, dass wir uns ab jetzt keine Sorgen mehr machen müssten. Ansonsten war sie wieder für die nächsten zwei Wochen einsilbig. Dann wollte sie ein Gespräch: „Ich habe beschlossen, dem Team jetzt zu vertrauen,

dass man mich nicht in einer Psychiatrie wegschließen wird. Ich war nämlich neulich auf den Bahngleisen wirklich ziemlich daneben, und ich konnte mich nur mit viel Mühe in der Realität orientieren. Eine große Rolle hat vorher gespielt, dass ich diesen beiden ehemaligen Kriegsgefangenen mehrmals zugehört hatte.

An dem Tag, als mir klar war, dass hier sonst keiner so viel durchgemacht hat wie die beiden Männer und ich, da hab ich für mich erkannt, dass Menschen mit meinem Schicksal überhaupt nicht zu helfen ist. Danach habe ich recht viele Gedächtnislücken, irgendwie hab ich mich auf dem Bahngleis wiedergefunden, dort bin ich erstmals seit 33 Jahren meinem Vater und meinem Bruder und auch irgendwie den Russen quasi begegnet. Von Letzteren hab ich übrigens Anlass zu der Annahme, dass die alle später beim Sturm auf Berlin umgekommen sind. Jedenfalls war nach dieser Auseinandersetzung mit den Toten auf den Schienen irgendwie alles für eine Weile einfach gut.“

Jetzt weinte sie, aber zum ersten Mal, ohne sich dabei zu verkrampfen. Weiter berichtete sie, dass sie, nachdem ich sie in ihrem nebligen Zustand auf dem Gleis angetroffen hätte, sich von da an nur noch angestrengt habe, so normal zu wirken wie möglich, weil sie große Angst gehabt habe, wegen ihres Zustandes in die Psychiatrie verlegt zu werden. In den folgenden Wochen hellte ihre Stimmung auf, und sie konnte entlassen werden. Einige Jahre später kam es zu einem Wiedersehen<sup>4</sup>, und sie erwähnte beiläufig, sie gerate seit dem Klinikaufenthalt in Tagträumen immer wieder in freundliche Dialoge mit ihrem Vater, ihrem Bruder und sogar auch gelegentlich mit den russischen Soldaten, die ja schließlich auch gelitten hätten.

### Systemische Betrachtungen

Anhand dieser Kasuistik möchte ich jetzt meine Hypothesen zu den psychologischen Prozessen vorlegen, wie und warum spirituelle Aspekte in einer Psychotherapie wirken könnten. Der erste der zwei Blickwinkel, die ich schon genannt hatte, könnte also eher hypnosystemisch oder interpersonell bereichnet werden. Hierbei geht es um die Patienten-Behandler-Beziehung unter dem Gesichtspunkt der Triangulation, also die Verlagerung des Fokus von einer problematischen Zweierbeziehung auf die bisher verborgene dritte Instanz.

Im Falle dieser Kasuistik II spitzte sich die Beziehung zwischen der Patientin einerseits und mir als Mitglied des Therapeutenteams in der Weise zu, dass sie schließlich in die Überzeugungstrance geriet, dass wir Professionellen nicht in der Lage sein würden, ihr angesichts der gewaltigen Schwere ihres traumatischen Schicksals zu helfen. Trotz hinreichend guter Arbeitsbeziehung erwies sich Psychotherapie entsprechend als subjektiv zu klein und unangemessen, geradezu anmaßend. Es brauchte etwas Größeres und Schwergewichtigeres, das diesem ihren und ihrer Familie Leid gewachsen war. Dies stellte sich schließlich überraschend und segensreich ein – in Form der toten Männer, nämlich ihres Vaters, ihres Bruders und sogar der Feinde.

*4 Sie kam noch einmal zu einer zweiten Klinikbehandlung, weil inzwischen das Trauma und die Problematik um ihre von den Russen erschossene Mutter nach Bearbeitung verlangte.*

Die leibhaftig anwesenden Therapeuten waren nützlich, aber nicht ausreichend, wohl aber das hereinbrechende Transzendente in Form des endlich zustande gekommenen inneren Dialoges mit ihren Toten. Wann immer also menschengemachte Psychotherapie und Medizin nicht hinreicht, kann eine Chance durch jene bis dahin verborgene dritte Instanz entstehen. Für den Behandler ist das dann unter Umständen der entlassende Rückzug aus der dyadischen Position dessen, der als alleiniges Gegenüber mit der Heilung beauftragt ist, und der wohltuende Eintritt in das Dreieck, bescheiden an die Seite einer nicht definierbaren, aber freilich auch nicht kontrollierbaren höheren Macht. *Medicus curat, Deus sanat*<sup>5</sup>.

### Individualpsychologische Betrachtungen

So weit der eine hypothetische Blickwinkel der psychologischen Vorgänge oder Wirkungsmythen, der also auf systemische, triadische Beziehungsaspekte fokussiert. Der andere mehr intrapsychische Blickwinkel, den ich vorstellen möchte, geht zunächst von dem Prozessablauf aus, also von dem, was auf der Zeitschiene passiert.

Man kann aus der oben genannten Kasuistik II eine Abfolge beschreiben, die sich in Form der sogenannten Heldenreisen in vielen Geschichten der Weltliteratur findet: Die Protagonistin gerät in eine Krise bis zu ihrem verzweifelten Kulminationspunkt mit dem Zusammenbruch, und dann kommt überraschend etwas anderes hinein, was die Katastrophe beendet und löst. Es klingen hier an der *Deus ex Machina* des antiken Theaters, aber auch zum Beispiel das Krisenmodell von Verena Kast oder die Systemtheorie mit ihren paradoxen Lösungen der 2. Ordnung. Zusätzlich könnte man hier auch von einer „kritischen Instabilität“ im Sinne der Synergetik sprechen.<sup>6</sup>

William James, den manche den Begründer der wissenschaftlichen Psychologie nennen, hat ein monumentales Werk, „*The Varieties of Religious Experience*“, geschrieben: Er führt aus, dass alle diese Erfahrungen, die er in großer Zahl zusammengetragen habe, folgendes einfaches Muster trotz aller Unterschiedlichkeiten gemeinsam hätten: Am Anfang sei irgendein Unbehagen, dieses werde dann durch das Hereinwirken einer höheren Macht in einen anderen Zustand gewandelt.

So etwa geschah es auch meiner Patientin, indem sie gewahr wurde, dass Psychotherapeuten der Größe oder Schwere ihres Leides nicht gewachsen sein würden. So geriet sie in einen verzweifelten Ausnahmezustand auf dem Eisenbahngleis, was für sich schon gefährlich war, und darüber hinaus geriet sie in eine Art von nicht weniger bedrohlicher Trance, was man an ihren späteren Teilamnesien ausmachen kann. In dieser Grenzsituation ist nun offenbar etwas geschehen, was für die schwer Traumatisierte mehr als drei Jahrzehne lang nicht denkbar war: eine innere Kontaktaufnahme mit ihren Toten.

<sup>5</sup> Lateinisch: *Der Arzt behandelt, Gott heilt.*

<sup>6</sup> Siehe Schiepek et al.

Nach Abklingen des Ausnahmezustandes konnte sie in einer neuen Ausgeglichenheit weiterleben.

Ich hatte viele Male das Privileg, in Öffentlichkeitsmeetings der verschiedenen Anonymen, der Anonymen Alkoholiker, der Anonymen Essgestörten, der Anonymen Sexaholiker und so weiter die Lebensbeichten von Teilnehmern zu hören, die sich als gerettet bezeichneten. Die Narrationen der meisten von ihnen enthielten diese typische Sequenz, die etwa folgende Merkmale hatte: Zuspitzung, Desorientierung, Kapitulation, häufig reale Gefahr, Amnesien, „und dann wurde es irgendwie alles besser“.

Auch betonten die meisten, dass diese Krise, wie hoch der Preis für das Überstehen für den Einzelnen auch gewesen sein mag, von ihnen im Nachhinein so bewertet wurde, dass sie danach jeder auf seine Weise „bessere Personen“ wurden: Etwas bis dahin Abgewehrtes sei durch die Krise in sie hereingebrochen, und das habe sie letztlich geläutert und befreit. Sie könnten sich jetzt selbst besser achten, hätten besseres Mitgefühl mit sich selbst, sie erlebten sich jetzt angekommen in einer Welt, in welcher sie eine wie auch immer im Einzelnen ausgestaltete Sinnhaftigkeit erlebten.

So weit hier also meine hypothetischen Überlegungen dazu, wie Spirituelles in einer Psychotherapie wirken könnte. Jetzt möchte ich zu unserer klinischen Anwendung kommen.

### Spiritualität in der Klinik

Anders als in Kliniken mit glaubensorientierten oder humanistischen Ansätzen haben wir in unserer Klinik den Ausgangspunkt, dass – wie schon gesagt – die Patienten eher nicht das Behandlungsziel haben, bei uns eine spirituelle Erfahrung zum Zwecke einer Beeinflussung ihrer jeweiligen Symptomatik zu machen. Die große Mehrzahl unserer Patienten will genau damit gerade nicht behelligt werden.

Und andererseits erleben wir Kliniktherapeuten bei nicht wenigen von ihnen einen Behandlungsverlauf, der uns vor allem wegen des Bedrohlichen und der Hoffnungslosigkeit des Leides nahelegt, dass hier unsere menschengemachte Psychotherapie nicht ausreichen wird, sondern dass nur dann eine Aussicht auf Lösung entsteht, wenn der Blick auf Größeres frei wird.

### Kein „therapeutischer Offenbarungseid“

In dieser Situation ist natürlich wie bei C. G. Jung die Basis zunächst ein intensives Arbeiten an einer hinreichend tragenden Patienten-Behandler-Beziehung. Anders allerdings als Jung vor achtzig Jahren sehen wir heute von seinem „therapeutischen Offenbarungseid“ ab, wie ich es nenne: Wir erklären also keine Patienten zu hoffnungslosen Fällen.

Diese jungsche Intervention hat zwar den beträchtlichen Vorteil, dass der Patient sich und sein großes Leid als besser geachtet erleben dürfte oder dass er umgekehrt nicht fürchten muss, sein Therapeut sei so anmaßend zu glauben, es stehe in seiner Macht, das Symptom zu besiegen. Dieser demütige Vorteil des „therapeutischen Offenbarungseides“ wird nach meiner Erfahrung jedoch durch das häufige Risiko schwer beeinträchtigt, dass einzelne Patienten aus einer regressiven Position heraus die Aussage, ihnen sei nicht zu helfen, in einer Weise missverstehen, als würden sie wegen dieser Hoffnungslosigkeit abgewiesen oder sonst wie für unwürdig gehalten. Dadurch wäre dann die therapeutische Vertrauensbeziehung gefährdet.

Wir ziehen es daher vor, deutlich zu machen, dass wir auch dann für den Patienten engagiert bleiben, falls unsere Kraft und unser Können nicht auszureichen scheinen und falls dann also noch andere besondere Faktoren zusätzlich zu unseren Bemühungen für die Lösung dieser überschweren Symptomatik erforderlich sein sollten.

### Therapeutische Handhabung von spirituellem Gedankengut

Wenn wir bei einem Patienten zu einer solchen Einschätzung oder Problemtrance kommen, dass er jetzt in Richtung dieses quälenden Punktes der Hoffnungslosigkeit driften könnte, sehen wir uns nicht berechtigt zu versuchen, diesen Punkt zum Nutzen des Patienten aktiv anzusteuern oder herbeizuführen. Denn wir glauben, dass dieser Kulminationspunkt und diese Kapitulation nur spontan eintreten können. Uns steht nur die bescheidene Position von empathischen und Halt gebenden Begleitern zu. Darüber hinaus zeigen wir durch unser stetiges Präsentsein, dass wir uns durch-aus für fähig halten, unsererseits solche Krisenbegleitungen an der Seite des Patienten zu leisten und auszuhalten, weil uns als Professionellen selber das schon erwähnte eigene Notfallset zur Verfügung steht, das unsere persönliche säkulare spirituelle Haltung bietet. Vielleicht klingt hier auch die taoistische Philosophie des „Wu Wei“ an, also die eines möglicherweise paradoxen Wirkens, ohne zu handeln.

Den dritten Teil der genannten Fallanekdote über Jungs süchtigen Patienten, nämlich das eigentliche Einbringen spirituellen Gedankengutes in die Therapie, wenden wir allerdings gar nicht so selten an, nämlich die Aussage, dass es sein könne, dass ein individuelles spirituelles Erlebnis als eine wichtige Komponente für die Lösung eines schweren Symptoms unumgänglich sein könnte.

Allerdings vermeiden wir dazu inzwischen eher die direkte Situation des Einzelgespräches, weil wir hier öfter das Risiko bemerkt haben, dass Patienten sich in der Einzelbegegnung leicht wie „ins Gebet genommen“, mithin in die Enge getrieben erleben, als ob sie gewissermaßen unter „Bekehrungs- und Bekenntnisdruck“ geraten könnten. Wir vermitteln diese Haltung in Gruppensituationen, darüber unten mehr.

## Implizite Spiritualität in der Aufstellungsarbeit

Aufstellungsarbeit ist eine spirituelle Vorgehensweise par excellence. Und sie ist auch ohne Einschränkung nur mit einer spirituellen Haltung des Aufstellers durchführbar. Wir handhaben diese Methodik entsprechend mit ähnlichem Respekt und der gleichen Sorgfalt, wie ein Handwerker oder ein Chirurg mit ihren scharfen Instrumenten umgehen. Die Systemaufstellungen werden von den meisten unserer Klinikpatienten als das Herzstück und der Kulminationspunkt eines Klinikaufenthaltes erlebt.

So sind wir uns ständig gewärtig, dass die rituelle Atmosphäre und die implizite spirituelle Thematik der Aufstellungen einen Nährboden für Einzelne bieten, unbewusste und unreflektierte magische Erwartungen an die Prozesse zu richten, im schlimmsten Fall als ob es sich um ein Orakel handelte.

Dieses hohe Risiko ergibt sich ganz natürlich aus verschiedenen „Aufstellungsphänomenen“, die selbst bei nüchtern und aufgeklärt durchgeführter Handhabung der Methode auftreten können – nicht zuletzt bei den dort häufig vorkommenden überraschenden Wendungen, die zu Recht als wunderbar erlebt werden, wenn vielleicht lösende Elemente hineingenommen werden, die einen deutlich transzendenten Charakter haben. So zum Beispiel Verstorbene, die dann gleichsam wie ein Deus ex Machina lösende Sätze sprechen. Oder „das, was nicht gewusst werden darf“ oder „eine Instanz, bei der all das Durchgemachte gut aufgehoben ist“.<sup>7</sup>

Solches Hindeuten auf Spirituelles lassen wir jedoch implizit im Raum stehen. Umso konsequenter ist vielmehr unsere Abstinenz hinsichtlich eines expliziten Umganges mit spirituellem Gedankengut im Rahmen der Aufstellungsarbeit in unserer Klinik. Wir sagen und signalisieren, dass uns daran gelegen ist, dass unsere Patienten von dem Erfahrenen als etwas Erlebtem auf ihre je eigene intime Weise profitieren und dass wir als Therapeuten uns jedoch davon enthalten, daraus irgendein transzendentes Weltbild abzuleiten.

Es scheint, dass unsere Patienten das gutheißen. Wie gesagt, ein Teil unserer Patienten würde solche Erfahrungen als magisch interpretieren. Einem anderen größeren Teil unserer Klinikpatienten wäre es unheimlich, wenn wir einen expliziten Zusammenhang herstellen würden zwischen Lösungen und transzendente[m] Gedankengut. Denn dieser größere Teil der Patienten ist eher nicht religiös ausgerichtet, und sie könnten einen Kontrollverlust befürchten oder die Sorge entwickeln, in die Nähe einer Sekte gelangt zu sein.

## Das Einbringen von Spirituellem

Um diese genannten Risiken in Einzelgesprächen und Aufstellungen zu mindern, präsentiere ich unsere Sichtweise zu diesem Thema heute lieber indirekt im Rahmen einer

<sup>7</sup> Siehe auch: Ingwersen 2010.

speziellen wöchentlichen Gruppenveranstaltung, in welcher ich im Seminarstil zu allen möglichen Aspekten über die Psychotherapie in unserer Klinik referiere.

Wann immer wir in unserer kleinen 23-Betten-Klinik einen oder mehrere Patienten sehen, bei denen die Schwere der Symptomatik uns zu der Auffassung führt, dass hier eine Psychotherapie ohne Spiritualität nicht ausreichen wird, dann nutze ich diese Informationsgruppe und präsentiere der therapeutischen Gemeinschaft einen Vortrag zu diesem Thema. Am ehesten kommt es dazu bei süchtigen Patienten, bei depressiven und suizidalen Patienten, bei von schweren dissoziativen Zuständen Betroffenen, bei Zwangspatienten und insbesondere auch Patienten, die an sexuellen Störungen leiden.

Ich verspreche mir von dieser scheinbar recht distanzierten und unpersönlichen Vorgehensweise, dass die jeweiligen Patienten es in der Deckung des freiwillig anwesenden Publikums leichter haben, das Präsentierte an sich heranzulassen, weil sie anders als in der Situation eines Einzelgesprächs nicht fürchten müssen, dass vom Vortragenden am Ende von ihnen eine Stellungnahme zum Gehörten erwartet wird.

Ein solches Referat zum Thema Spiritualität enthält anhand von Fallgeschichten zum Ersten die Aussage, dass in bestimmten Einzelfällen erfahrungsgemäß eine herkömmliche Psychotherapie sinnvoll, aber nicht ausreichend sein könnte. Nach meiner Beobachtung sei bei manchen Patienten ein besonderer, einzigartig individueller und spontaner Heilungsweg erforderlich, der eine gewisse Ähnlichkeit mit Erweckungs- oder Erleuchtungserlebnissen aus den Legenden verschiedener Religionen habe. Dabei betone ich meine Überzeugung, dass allerdings kein Fachmann voraussagen könne, bei welchem Patienten dieser besondere Weg erforderlich werden könnte, und bei welchem nicht. Wie im Einzelnen diese individuelle spirituelle Erfahrung bei jedem Betroffenen ablaufe, könnten Experten ebenso wenig voraussagen.

Anders als bei einer Geburt, die heute im Prinzip künstlich eingeleitet werden könne, sei eine Steuerung dieses spirituellen Prozesses nicht möglich. Immerhin könnten wir Psychotherapeuten diesen Vorgang in gewissem Umfang gegen Störungen und Risiken schützen und kompetent begleiten, so ähnlich wie eine Hebamme dies bei einer natürlichen Geburt tut.

Ich betone weiter die breite individuelle Varianz dieser Ereignisse – der Ablauf müsse auch nicht obligat dramatisch sein. Es komme auch nicht darauf an, ob der Patient im Rahmen seines Klinikaufenthaltes eine Aufstellung mache oder nicht. Entsprechend könne es sein, dass bei einigen dieses Erlebnis erst auftrete, wenn sie schon wieder nach Hause abgereist seien.

Mit dieser skizzierten Vorgehensweise versuche ich, die therapeutische Demut – analog zu C. G. Jung - einzunehmen, ohne dass einzelne Patienten allzu aversiv auf den Gedanken an Transzendentes reagieren müssen. Von einer solchen – wenn man so will – dezenten Präsentation erhoffe ich mir, dass meine eigene spirituelle Copingstrategie für den Umgang mit meiner Angst um einzelne gefährdete Patienten – also mein eigenes „Nur für Heute“ – mit verborgenen Ressourcen der Betroffenen in eine subtile



Resonanz geraten möge, die genug Halt gibt, bis diese Krise ausgestanden ist.

Natürlich ist das, was in diesem Aufsatz vorgelegt wurde, nur ein kleiner Teil dessen, was das weite Themenfeld einer Spiritualität in der Psychotherapie ausmacht.



Dr. med. Friedrich Ingwersen  
[www.privatklinik-zwischenahn.de](http://www.privatklinik-zwischenahn.de)

### Literatur

- de Shazer, S. (1989): *Der Dreh. Überraschende Wendungen und Lösungen in der Kurzzeittherapie*, Heidelberg, Carl-Auer-Systeme Verlag
- Epiktet (2008): *Handbüchlein der Moral*, Stuttgart, Philipp Reclam jun. Verlag
- Gilligan, S. und Dilts, R. (2013): *Die Heldenreise, Auf dem Weg zur Selbstentdeckung*, Paderborn, Junfermann Verlag
- Ingwersen, D. u. F. (1998): *Erfahrungen mit dem Familienstellen in einer Psychosomatischen Rehabilitationsklinik*. In G. Weber (Hrsg.): *Praxis des Familienstellens*. Heidelberg (Carl-Auer-Systeme), S. 278-287
- Ingwersen, D. u. F. (2010): *Symptomaufstellungen im klinischen Setting*. In: *Praxis der Systemaufstellung, Beiträge zu Lösungen in Familien und Organisationen*, Heft 2, 2010
- Ingwersen, F. (1999): *Das Zwölf-Schritte-Programm der Anonymen Alkoholiker, ein systemisch/ lösungsorientierter Selbsthilfeansatz?* Aus: „Ressourcenorientierung – Lösungsorientierung“, Hrsg. Heribert Döring-Meijer, Göttingen Vandenhoeck & Ruprecht
- Jaffé, A. (Hrsg.) (1967): *Erinnerungen, Träume, Gedanken von C. G. Jung*, S.154 f., Rascher Verlag, Zürich und Stuttgart
- Jung, C. G. und Wilson, W. G. (2004): *Spiritus contra Spiritum. Ein Briefwechsel zwischen William G. Wilson und C. G. Jung* 1961. Aus: Lechler, W. H. (Hrsg.): *Gesund ist, wer noch krank werden kann*, Goch, Santiago Verlag
- Kast, V. (2008): *Der schöpferische Sprung. Vom therapeutischen Umgang mit Krisen*. Patmos, Düsseldorf
- Lechler, W. H. und Meier, A. (1994): *„So kann's mit mir nicht weitergehen“*, Kreuz-Verlag, Stuttgart
- Metzinger, T. (2013): *Spiritualität und intellektuelle Redlichkeit, ein Versuch*, Selbst-Verlag, Mainz
- Mueller, P. S. et al. (2001): *Religious involvement, spirituality, and medicine: implications for clinical practice*. *Mayo Clin Proc*; 12: 1225-1235.
- Nicolai, W. (1990): *Euripides' Dramen mit rettendem Deus ex machina*. Universitätsverlag Carl Winter, Heidelberg
- Rebillot, P. und Kay, M. (1993): *The Call to Adventure. Bringing the Hero's Journey to Daily Life*. Harper Collins, San Francisco
- Robertson, N. (1991): *„Anonyme Alkoholiker“*, Droemer Knauer, München
- Schiepek, G. et al. (2013): *Grundlagen systemischer Therapie und Beratung. Psychotherapie als Förderung*, Göttingen, Hogrefe Verlag
- Vaihinger, H. (1911): *Die Philosophie des Als Ob*. Edition Classic VDM Verlag Dr. Müller, Saarbrücken 2007
- Watzlawick, P. (1974): *Lösungen*, Verlag Hans Huber, Bern
- Watts, A. (1975): *Der Lauf des Wassers. Die Lebensweisheit des Taoismus*. Lizenzausgabe. Inselverlag, Frankfurt am Main u. a.
- Weber, G. (Hrsg.) (1994): *„Zweierlei Glück – Die Psychotherapie Bert Hellingers“*, Heidelberg, Carl-Auer-Systeme Verlag
- Zocker, H. (1989): *„betrifft: Anonyme Alkoholiker, Selbsthilfe gegen die Sucht“*, Beck'sche Reihe 383, C. H. Beck, München