

Dr. med. Joachim Galuska
Bad Kissingen

Prof. Dr. Wilfried Belschner
Oldenburg

Empirie spiritueller Krisen



Fachklinik Heiligenfeld
Euerdorfer Straße 4-6

97688 Bad Kissingen

Tel. 0971/8206-1000, Fax: 0971/6 85 29
Internet: www.heiligenfeld.de
E-Mail: info@heiligenfeld.de

Empirie spiritueller Krisen erste Ergebnisse aus dem Projekt RESCUE

Zusammenfassung:

Die vorliegende Studie will dazu beitragen, die bestehende Lücke hinsichtlich der empirischen Forschung über spirituelle Krisen zu beheben. Mit Hilfe des Fragebogens RESCUE konnten die Daten von 148 Personen, die nach eigener Einschätzung eine spirituelle Krise durchlebt haben, erhoben werden. Es werden Ergebnisse bezüglich der Beschreibung und Dauer der Krise, der Auslösesituation, der verwendeten Coping-Strategien, der Auswirkungen auf den Alltag, der Beurteilung der Qualität der professionellen Hilfe und der daraus zu folgernden Verbesserungen im Hinblick auf Begleitung und Beratung mitgeteilt. Schlußfolgerungen aus der Studie beziehen sich auf das umfassendere Konzept *integraler Gesundheit* und die individuellen und institutionellen Qualifikationsanforderungen für eine professionelle Begleitung von spirituellen Krisen.

Schlüsselworte:

Spirituelle Krise, subjektive Theorie, transpersonale Forschungsmethoden, *Integrale Gesundheit*, existentielle Neuorientierung, Selbstverwandlung, Coping, spirituelle Praxis, Qualitätssicherung.

Die empirische Erforschung des Gebietes religiöser und spiritueller Störungen befindet sich noch sehr am Anfang. Die Publikationen auf diesem Gebiet betreffen im wesentlichen die Beschreibung und Ordnung von Phänomenen, die Entfaltung von Konzepten und die Schilderung von Falldarstellungen (Grof u. Grof, 1990, 1991, Bragdon, 1991, Scharfetter, 1992, Galuska, 1994, 1988). Persönliche Erfahrungsberichte unterschiedlicher Couleur ergänzen das Bild (z. B. Segal, 1996, Özelsel, 1993, Yogananda, 1950). Eine gewisse Problematik stellt schon die diagnostische Bezeichnung dar. Unter dem Oberbegriff "spirituelle Krise" verstehen Betroffene ganz unterschiedliche Phänomene, wie es sich auch aus unserer Untersuchung (siehe unten) ergibt. Angemessene diagnostische Leitlinien liegen noch nicht vor.

Als Vorläufer und erste Grundlage für eine empirische Erforschung der entsprechenden Phänomene können die folgenden Definitionen der Weltgesundheitsorganisation und der amerikanischen psychiatrischen Vereinigung betrachtet werden.

Die aktuelle Version der internationalen Klassifikation der Erkrankungen der WHO (ICD 10) definiert in ihren Forschungskriterien (Dilling et al 1994) unter F 44.3:

„Trance- und Besessenheitszustände

A. Die allgemeinen Kriterien für eine dissoziative Störung (F 44) müssen erfüllt sein". (Dazu heißt es in den klinisch-diagnostischen Leitlinien der ICD 10 (Dilling et al 1991): Das allgemeine Kennzeichen der dissoziativen oder Konversionsstörungen ist der teilweise oder völlige Verlust der normalen Integration, die sich auf Erinnerungen an die Vergangenheit, Identitätsbewußtsein und unmittelbare Empfindungen sowie die Kontrolle von Körperbewegungen bezieht.

B. Entweder 1. oder 2.:

1. Trance: vorübergehende Bewußtseinsveränderung mit zwei der folgenden Merkmale:

a) Verlust des Gefühls der persönlichen Identität.

b) Einengung des Bewußtseins in bezug auf die unmittelbare Umgebung oder auf eine ungewöhnlich eingeengte und selektive Fokussierung auf Stimuli aus der Umgebung.

- c) Einschränkung von Bewegungen, Haltungen und Gesprochenem auf die Wiederholung eines kleinen Repertoires.
 - 2. Besessenheitszustand: die Betroffenen sind überzeugt, von einem Geist, einer Macht, einer Gottheit oder einer anderen Person beherrscht zu werden.
- C.** Die beiden Kriterien B.1 und B.2 müssen ungewollt und belastend sein, außerhalb von religiösen oder anderen kulturell akzeptierten Situationen auftreten oder stellen eine Verlängerung solcher Zustände dar.
- D.** Häufigstes Ausschlußkriterium: Kein gleichzeitiges Auftreten mit einer Schizophrenie oder einer verwandten Störung (F 2) oder mit einer affektiven Störung mit Halluzinationen oder Wahngedanken (F 3)".

Trance- oder Besessenheitszustände sind nur eine und zahlenmäßig relativ unbedeutende Gruppe im Gebiet religiöser und spiritueller Störungen. Einen ganz anderen Schwerpunkt legt dagegen die amerikanische psychiatrische Vereinigung in ihrer gegenwärtig gültigen Fassung, dem DSM IV (Saß et al, 1996). Hier wird unter V 62.8 9 definiert:

„Religiöses oder spirituelles Problem.

Diese Kategorie kann verwendet werden, wenn im Vordergrund der klinischen Aufmerksamkeit ein religiöses oder spirituelles Problem steht. Beispiele sind belastende Erfahrungen, die den Verlust oder das Infragestellen von Glaubensvorstellungen nach sich ziehen, Probleme im Zusammenhang mit der Konvertierung zu einem anderen Glauben oder das Infragestellen spiritueller Werte, unabhängig von einer organisierten Kirche oder religiösen Institution".

In dieser Definition werden vor allen Dingen Probleme im Zusammenhang mit Glaubensfragen genannt. Man könnte die entsprechenden Störungen am ehesten als "psycho-religiöse Störungen" bezeichnen, wenn im Zusammenhang mit im Vordergrund stehenden Glaubensfragen psychische oder psychosomatische Störungen auftreten. Da "spirituelle Krisen" sich jedoch auf eine Fülle "subtiler Erfahrungen" (Galuska, 1998) beziehen, könnte man unter "psycho-spirituellen Störungen" alle Störungen zusammenfassen, die sich auf spirituelle Erfahrungen im Sinne subtiler subjektiver Erfahrungen mit der Folge psychischer

oder psychosomatischer Symptome beziehen. Solche "subtile Erfahrungen" wären beispielsweise Transzendenzerfahrungen, energetische Empfindungen, paranormale oder mediale Erlebnisse usw..

Wie zu sehen ist, bewegt sich bereits die Beschreibung und Definition der zu untersuchenden Phänomene in einem noch nicht klar abgegrenzten Gebiet. Darüber hinaus besitzen wir kaum empirisch gesichertes Wissen zur Epidemiologie, also der Häufigkeit des Auftretens religiöser und spiritueller Störungen, zu den Auslösern solcher Störungen, zu ihren klinischen Erscheinungsformen, zu den individuellen und sozialen Bewältigungsweisen von spirituellen Krisen, zu den individuellen Wünschen nach hilfreichen, auch professionellen Unterstützungsformen und der sinnvollen Organisation von Unterstützung, Beratung und Behandlung. Dieses Defizit wurde erst jüngst im Endbericht der Enquete-Kommission des Bundestages zu sog. Sekten und Psychogruppen (1998) von offizieller Seite aus beklagt. Unsere Untersuchung möchte einen ersten Schritt darstellen, diese Empirielücke zu schließen.

Das Ziel der Untersuchung

Mit der Untersuchung sollen die Annahmen erkundet werden, die Menschen mit spirituellen Krisen über deren Entstehung, Verlauf und Bearbeitung entwickelt haben.

Ein solches Gefüge von Annahmen wird für die Menschen in der Krise handlungsleitend. Es wird unter einer sozial-konstruktivistischen Perspektive (Laucken 1994, 119) u. a. dann bedeutsam, wenn Erwartungen und Wünsche nach Unterstützung sowohl an das private soziale Netz wie auch an das professionelle Gesundheitssystem formuliert werden. Das je individuelle Annahmefüge fungiert als Meßlatte, um die Qualität der erfahrenen Hilfe zu bewerten. Die Kenntnis des Annahmefüges kann also dazu dienen, prospektiv individuelles Leid zu vermeiden und die Qualität der psychosozialen und medizinischen Versorgung zu verbessern.

Ein solches Untersuchungsziel kann zu zwei Zeitpunkten bearbeitet werden:

1. Es können Daten bei solchen Personen erhoben werden, die sich gerade akut in einer spirituellen Krise befinden.
2. Die Daten können auch bei solchen Personen erhoben werden, die sich bereits mit der Integration einer spirituellen Krise in ihre Biographie befassen, die also auf das akute Prozeßgeschehen schon zurückblicken können und es retrospektiv aus dem derzeitigen Stand ihrer Lebenssituation interpretieren.

Für die vorliegende Studie haben wir den zweiten, katamnesticen Weg gewählt.

Das Untersuchungsinstrument RESCUE

Wir entschieden uns in dieser Pilot-Phase des Forschungsprojektes für eine Fragebogen-Erhebung, um in einem überschaubaren Zeitraum eine möglichst große Zahl von Personen erreichen zu können. Wir wissen darum, daß ein solches Instrument, gerade wenn es sich um einen transpersonalen Forschungsgegenstand handelt, nicht all die individuellen Besonderheiten abbilden kann, wie es durch eine qualitative Untersuchung, beispielsweise mittels eines gut vorbereiteten Interviews, gelingen mag (Hopf 1991, Hermanns 1991; vgl. bezüglich transpersonaler Forschungsmethoden: Braud & Anderson 1998; bezüglich phänomenologischer Ansätze: Valle 1998, v. a. Teil III; bezüglich wissenschaftstheoretischer Voraussetzungen: Utsch 1998; 115 f.).

Ein Fragebogen ist aber durchaus geeignet, die subjektive Welt einer Person abzubilden. Ein Fragebogen besteht aus einer bestimmten Anzahl von Aussagen ("Items"), zu denen die befragte Person Stellung nehmen kann. Sie nutzt die vorgegebenen Items als Werkzeuge und erzählt über ihre Stellungnahmen zu diesen Items ihre individuelle Geschichte (McNamee & Gergen 1996, Schapp 1985). In dem von uns konstruierten Instrument zur Datenerhebung haben wir darüber hinaus den befragten Personen an verschiedenen Stellen Raum gegeben, ihre persönlichen Stellungnahmen, Aussagen, Kommentare, Hinweise und Vorschläge in freier Weise zu formulieren.

Für den Fragebogen erfanden wir das Akronym RESCUE. Es läßt sich mit RELigious and Spiritual Crisis Understanding and Evaluating übersetzen. Bei der Konstruktion von RESCUE wurden die folgenden thematischen Bereiche berücksichtigt:

Dauer der Krise, derzeitige Belastung durch die Krise, derzeitiger Stand der Meisterung, emotionale Befindlichkeit während der Krise, auslösende Faktoren in der damaligen Lebenssituation, Auswirkungen auf den Lebensalltag, eigene Bezeichnungen für die Krise, Mittel zur Meisterung der Krise, gelebte Religiosität, erlebte Qualität der professionellen Hilfe, Erwartungen hinsichtlich weitergehender Hilfe, Vorschläge zur angemessenen Unterstützung, Komponenten eines gesundheitspsychologischen Modells (z. B. Selbstwirksamkeit, proaktives Verhalten, Vertrauen, Intention, Heilbarkeit, Heritabilität, Lebenssinn, Lebenserwartung, Bedeutung des Todes), spirituelle Praxis, demographische Variablen. Das Erhebungsinstrument RESCUE gibt es in zwei Versionen: Die Version K für die katamnestische Befragung und die Version A für die Untersuchung des akuten Geschehens in der Krise. Für die hier zu berichtende Studie wurde die Version K benutzt.

Die Stichprobe

In der Auswertung der explorativen Untersuchung wurden die Daten von 148 Personen einbezogen. Sie sagen von sich selbst aus, daß sie sich mit einer spirituellen Krise auseinandersetzen hatten und daß die Meisterung dieser Krise mehr oder weniger abgeschlossen ist (katamnestische Stichprobe).

Die Personen wurden auf drei Wegen angesprochen. Über das Spiritual Emergence Network (SEN) konnten ca. 80 Mitwirkende gewonnen werden, ca. 50 über die Fachklinik Heiligenfeld, Bad Kissingen, der Rest durch Berichte über spirituelle Krisen in den Medien.

Die Stichprobe läßt sich mit Hilfe der demographischen Angaben folgendermaßen beschreiben. Es sind 99 Personen weiblich, 44 männlich (5 Personen machten bezüglich des Geschlechts keine Angabe). Die ungleiche Geschlechtsverteilung gibt schon zu ersten Fragen Anlaß: Sind Frauen offener gegenüber diesem Bereich des menschlichen Erfahrungspotentials? Oder interpretieren und bezeichnen Männer solche Erfahrungen anders? Werden für Männer von den beratenden und behandelnden Institutionen andere Diagnosen für solche Erfahrungen bereitgehalten, die die Männer für ihre Selbstbeschreibung übernehmen?

Das Durchschnittsalter beträgt 42,4 Jahre. In der Stichprobe geben 11 Personen (7,4 %) an, einer anderen Nationalität anzugehören. Der Familienstand weist folgende Verteilung auf: In einer festen Partnerschaft leben 33,8 %, ledig sind 44,8%, verwitwet 2,8 %, geschieden 17,9%. Die Religionszugehörigkeit zeigt folgendes Bild: evangelisch 24,1 %, katholisch 31,0%, andere 9,0%, keine 35,9%. In der Stichprobe gehört somit ein überproportionaler Anteil keiner Glaubensgemeinschaft an.

Hier sollen erste Ergebnisse bezüglich der Beschreibung der Krise, der auslösenden Situation, den genutzten Mitteln zum Umgang mit der Krise und der Bewertung der Qualität der erfahrenen professionellen Hilfe dargestellt werden.

Beschreibungen der Krise

An mehreren Stellen des Fragebogens wurde dazu aufgefordert, der erlebten Krise Aussagen oder Begriffe zuzuordnen, um sie damit näher zu charakterisieren.

Der Aussage, es handelte sich bei der Krise um eine Suche nach fundamentalen Werten oder nach einer existentiellen Orientierung, stimmen 75 Prozent der Befragten zu. Für zwei Drittel läßt sich die Krise auch als Neuorientierung des eigenen Glaubens bezeichnen. 57 Prozent geben an, daß sie Schwierigkeiten damit hatten, außergewöhnliche Erfahrungen mit ihrem bisherigen Weltbild zu verbinden. Sich im eigenen Lebensumfeld von Familie, Beruf, Nachbarschaft, Bekannten- oder Freundeskreis zu solchen außergewöhnlichen Erfahrungen zu bekennen, war für 45

Beschreibung der Krisenart

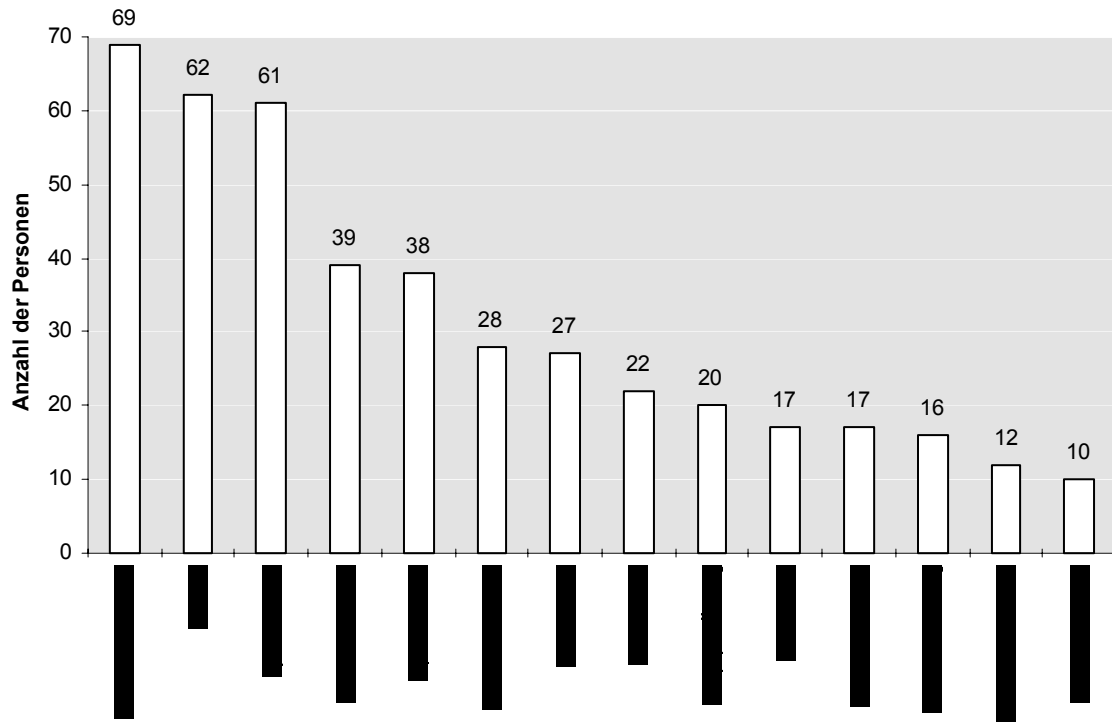


Abb.1

Prozent schwierig. Bemerkenswert ist, daß es sich für 84 Prozent nicht um einen Konflikt mit der Glaubenslehre einer offiziellen Kirche handelte.

Gegen Ende des Fragebogens wurden 14 Begriffe aus verschiedenen Religionen und Kulturen zur Beschreibung der spirituellen Krise vorgegeben, aus denen maximal die drei Beschreibungen ausgewählt werden konnten, die am besten zutreffen. Abbildung 1 gibt die Reihenfolge der gewählten Beschreibungen für die Gesamtstichprobe wider.

Bei diesem Set von Beschreibungsmöglichkeiten lassen sich deutliche Unterschiede zwischen den Geschlechtern feststellen. Bei den Frauen steht die „Dunkle Nacht der Seele,“ auf Rangplatz 1 vor der „Sinnkrise,“, bei den Männern findet man die umgekehrte Reihenfolge. Frauen interpretieren häufiger ihre Krise mit den Begriff der Licht- oder Energieerfahrung (22,4 % vs 7,1 %), der Erfahrungen aus früheren Leben (14,3 % vs 7,1 %) und der Kontakte mit Engeln oder Geistwesen (12,2% vs 4,8 %).

Für die Deutung der Krise spielt die religiöse Sozialisation eine wichtige Rolle. Angehörige der katholischen Religionsgemeinschaften interpretieren ihre Krise häufiger als Dunkle

Nacht der Seele (katholisch 68,9 %, evangelisch 34,3 %, keine 38,5 %). Transzendenz-Erfahrungen oder Gipfelerlebnisse bilden die interpretative Folie für 37,8 % der katholischen Menschen, aber nur für 15,4 % der Menschen, die keiner Religionsgemeinschaft angehören. Licht- und Energieerfahrungen werden ebenfalls von katholischen Menschen häufiger zur Beschreibung genutzt. Schließlich werden Kontakte mit Engeln oder Geistwesen häufiger von katholischen Menschen als Interpretationsmuster herangezogen.

Dauer der Krise

Dauer der Krise in Monaten

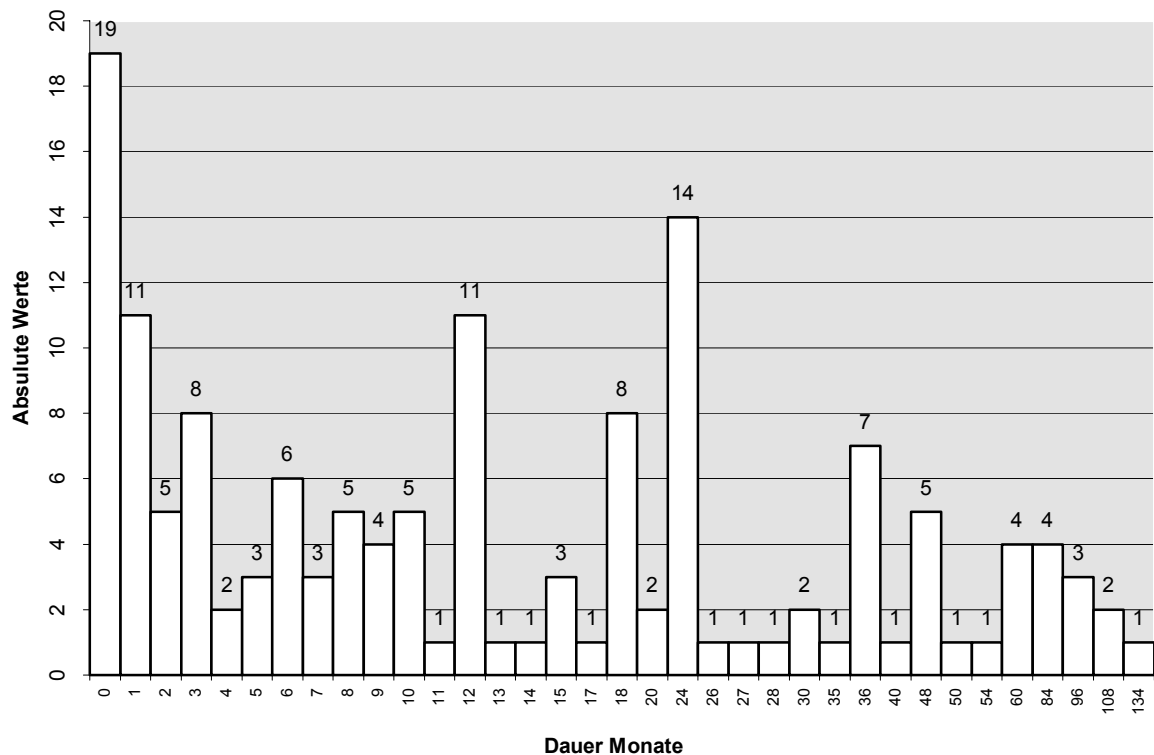


Abb.2

Personen, die in eine spirituelle Krise geraten, berichten, daß sich für sie eine lange Zeit anschloß, in der sie mit der Integration des krisenhaften Geschehens in den Alltag be-

schäftigt waren. Segal (1997) beschreibt einen Prozeß, der einen Zeitraum von etwa 10 Jahren umfaßte. In Abbildung 2 ist für die Dauer der Krise (in Monaten) jeweils die Anzahl der Personen aufgetragen. In der Stichprobe findet sich eine linksschiefe Verteilung: Für 25 Prozent dauerte die Krise bis zu zwei Monaten, für 50 Prozent bis zu elf Monaten, und drei Viertel der Befragten liegen in dem Bereich von 24 Monaten. Die Auseinandersetzung mit den Anforderungen einer transpersonalen Transformation und der Entwurf einer transpersonalen Lebensweise sind somit eine zeitlich "aufwendige", "dauerhafte" Aufgabe.

Auslöser der Krise

Von hohem Interesse für Begleitung, Beratung und Behandlung sind die Faktoren, die von den Befragten als Auslöser oder Verursacher der Krise angesehen werden:

Mit welchen Merkmalen kennzeichnen sie ihre Lebenssituation? Im Fragebogen wurden 18 Beschreibungen von potentiellen Aspekten der Lebenssituation angeboten, aus denen von der befragten Person alle für sie zutreffenden ausgewählt werden konnten. Abbildung 3 zeigt die Verteilung dieser Situationsmerkmale.

Faßt man die Aussagen mit den häufigsten Nennungen zusammen, so ließe sich folgendes Bild konstruieren: Die Person fühlte, daß ihr Leben an einem Wendepunkt angekommen war (Ernst 1997). Die Lebenssituation war in der vorangegangenen Zeit schon sehr belastend gewesen, und die Krise bedeutete schließlich das Tüpfelchen auf dem i.

Häufigkeiten krisenauslösender Ereignisse

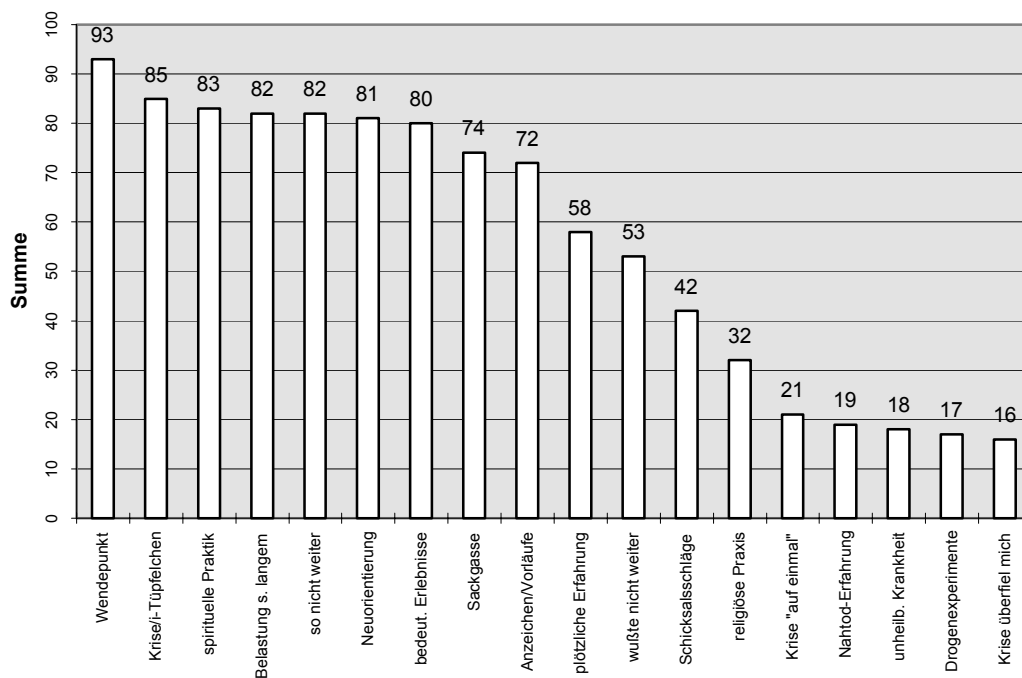


Abb.3

Eine nähere Analyse der Daten (Interkorrelationsmatrix) legt eine Ordnung der auslösenden Momente und damit eine differenziertere Interpretation nahe. Wir können nun zwischen sechs auslösenden Bedingungskonstellationen für den Eintritt der Krise unterscheiden.

- 1. Gefangenheit in der Lebenssituation** Die Person erlebt sich seit längerer Zeit in ihrer belasteten Lebenssituation gefangen. Es gelingt ihr nicht, sich von selbst aus dieser mißlichen Situation zu befreien; die psychischen Ressourcen, die ihr momentan zur Verfügung stehen, reichen für eine konstruktive Änderung nicht aus. Im Gegenteil: Die Person kommt mit der Situation zunehmend schlechter zurecht, sie erlebt sich in einer Sackgasse oder weiß eigentlich nicht weiter. Die Belastung bleibt eher unverarbeitet bestehen und mündet geradezu zwangsläufig in die Krise.

2. **Aktives Bemühen um einen alternativen Lebensentwurf** . "Die Person analysiert ihre Lebenssituation und kommt zu der konstruktiven Einsicht, daß ihr Leben an einem Wendepunkt angekommen ist (Belschner 1995). Sie begibt sich in dieser Grenzsituation auf die aktive Suche nach Entwicklung und Änderung, um die subjektiv notwendige Selbstverwandlung (Jaspers 1948) konstruktiv zu gestalten. „Der Mensch ist immer in Situationen, und diese alle sind zuletzt aufgehoben in den Grenzsituationen, d. h. den unüberschreitbaren, unwandelbaren Situationen des Daseins als solchen, an denen es erwacht zur Existenz oder als Dasein scheitert". (Jaspers 1948, 275). Die Krise ist bei diesem Typus von Bedingungskonstellation eine Begleiterscheinung des begonnenen Transformationsprozesses. Möglicherweise beginnt die Person, ihr eigenes Leben als Gesamtkunstwerk zu begreifen und ihm gegenüber eine forschend-künstlerische Haltung einzunehmen (Verres 1997, 223), offen zu werden für hohe Entwicklungsformen des menschlichen Bewußtseinsraums (Belschner 1999).
3. **Öffnung für einen alternativen Bewußtseinsraum** Die Person befindet sich auf einem selbstgewählten, innerlichen Veränderungspfad; dabei erfährt sie eine plötzliche Öffnung in eine bislang unbekannte Bewußtseins-Dimension, die nicht unmittelbar in den bislang gültigen Lebensentwurf integrierbar ist und deshalb krisenhafte Irritationen auslöst.
4. **Kontrollverlust auf Grund äußerer Ereignisse** Die Person erlebt sich Ereignissen (z. B. der Diagnose einer unheilbaren Krankheit bei ihr selbst oder einem nahen Angehörigen) ausgesetzt, die quasi von außen in ihre Lebenssituation als extrem belastend einbrechen. Sie inspiriert diese sozusagen im Außen befindlichen, unvorhergesehenen und überraschenden Ereignissen als Heimsuchung oder Schicksalsschläge, über die sie keine Kontrolle erreichen kann. Die Krise ist Ausdruck des erlebten Kontrollverlustes (Burger 1992, Krohne 1990, 267).
5. **Verunsicherung im Glauben** Die Person interpretiert ihre Lebenssituation folgendermaßen: Sie ist in eine religiöse Praxis eingebunden, die eher als verpflichtende Aufgabe und als eine Tradition, die es zu bewahren und zu pflegen gilt, aufgefaßt wird. Die Person ist nicht in Richtung einer Neuorientierung oder einer konstruktiven Wende aufgebrochen. Die Krise ist Ausdruck der kognitiven und emotionalen Dissonanz zu dieser Praxis.
6. **Drogenerfahrung** Die Person ist der Auffassung, daß ihre Krise auf Experimente mit Drogen zurückzuführen ist. Dieser Vorschlag, die Bedingungskonstellationen für den

Eintritt einer Krise zu ordnen, ist in weiteren Studien hinsichtlich seiner prognostischen Bedeutung zu untersuchen: Lassen etwa bestimmte Interpretationsmuster eher einen Spiritualität integrierenden, die Person zu "spirituellem Wachstum" anregenden Umgang mit der Lebenssituation bzw. der Krise (Miller 1990, 30) erwarten? Hier besteht ein deutlicher Forschungsbedarf, auf den auch Barz (1998) und die Ergebnisse der Enquete-Kommission "Sogenannte Sekten und Psychogruppen" (1998) hinweisen.

Bewältigungsstrategien

Um sich mit einer Krise wirkungsvoll auseinanderzusetzen, gibt es potentiell eine Vielfalt von Maßnahmen. Jede Person verfügt über ein spezifisches Muster solcher Werkzeuge. Dieses Muster wird sich durch die Zahl der beteiligten Werkzeuge und die Kompetenz ihrer Handhabung unterscheiden. Bestimmte Werkzeuge haben im Verlauf einer Krise zu einem bestimmten Zeitpunkt eine optimale Wirkung, während sie zu einem anderen Zeitpunkt eher kontraproduktiv sind. Für den Umgang mit belastenden Ereignissen hat sich in der gesundheitspsychologischen Forschung

Bewältigungsstrategien der Krise

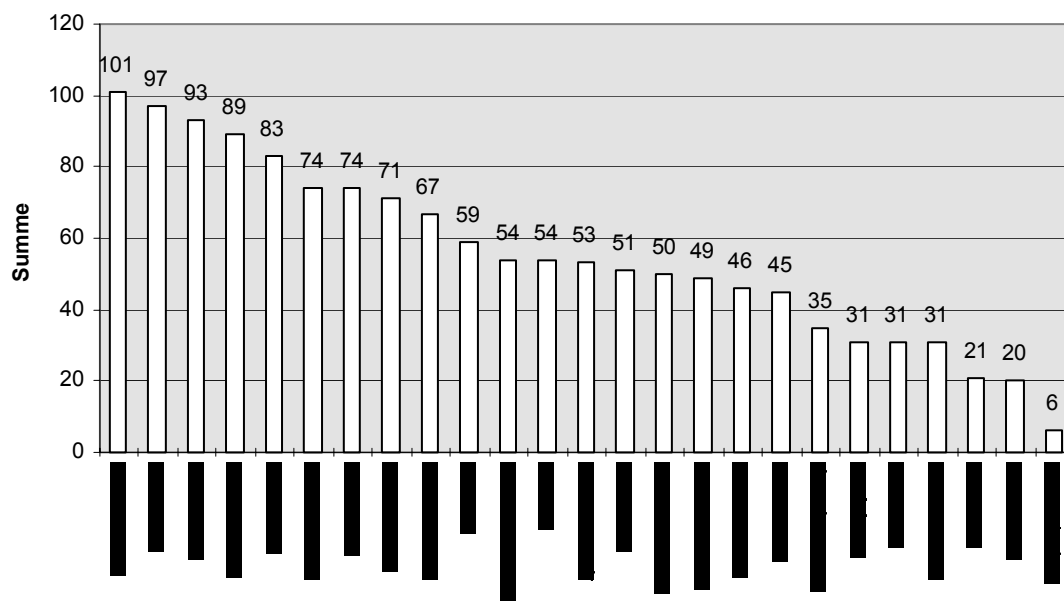


Abb.4

der Begriff Coping (Klauer & Filipp 1990, Moos 1986, Schmidt 1990, Schwarzer 1992, Weber 1990) eingebürgert.

Für den Umgang mit einer spirituellen Krise haben wir eine Liste von 25 Coping-Werkzeugen zusammengestellt. Mittels dieser konnten die befragten Personen mitteilen, was sie unternommen haben, um mit der Krise wirkungsvoll zurechtzukommen. Sie konnten so viele Werkzeuge angeben, wie sie wollten. Abbildung 4 zeigt die Nutzung der Coping-Werkzeuge geordnet nach ihrer Präferenz für die Gesamtstichprobe.

Das Ergebnis ist bemerkenswert: 101 der 148 Personen (68 %) geben an, psychotherapeutische Hilfe gesucht zu haben. 97 (66 %) Personen haben ihre geistige Führung / Gott um Hilfe gebeten. Für 63 % der Befragten war es angemessen, sich zu Hause zurückzuziehen und dort zu versuchen, Ruhe zu finden. Auf dem vierten Rangplatz (63 %) liegt der Versuch der Selbsthilfe, sich über spirituelle Krisen kundig zu machen, beispielsweise mit Hilfe von Büchern. Dem engeren Freundeskreis haben sich 56 % anvertraut. 50 % haben im Meditieren und in ärztlicher Hilfe ein wirksames Mittel gesehen. Die Rangordnung ist insofern bemerkenswert, als der Rat eines Pfarrers oder einer Seelsorgerin erst auf dem

vorletzten Platz rangiert. Dieses Ergebnis kann als Ausdruck der Säkularisierung als epochalem Prozeß interpretiert werden: Der psychotherapeutischen Hilfe wird mehr fachliche Kompetenz und Attraktivität zugesprochen gegenüber dem Berufsstand, den man qua Amt als für den spirituellen Bereich zuständig ansehen könnte.

Geschlechtsunterschiede

Für die Beantwortung gab es keine Limitierung der Zahl der aus der Liste auswählbaren Coping-Werkzeuge. Die Befragten können sich deshalb in der Zahl der von ihnen genutzten Werkzeuge unterscheiden. Der Durchschnittswert liegt bei den Frauen bei 9,69, bei den Männern bei 9,09 Werkzeugen. Frauen gehen also davon aus, über ein größeres Repertoire von Coping-Strategien zu verfügen.

Gibt es nun Werkzeuge, die von einem Geschlecht bevorzugt werden? Frauen nutzen sechs Coping-Strategien häufiger als Männer (häufiger definiert als Differenz in den Prozentwerten > 10).

- Sie versuchen häufiger, ihre eigene Behandlungskompetenz zu verbessern, indem sie sich über spirituelle Krisen kundig machen, z. B. mit Büchern ($p < .05$),
- sie öffnen sich häufiger spirituellen Qualitäten, indem sie ihre geistige Führung um Hilfe bitten ($< .05$),
- sie setzen verstärkt ihr bereits vorhandenes Repertoire an Kompetenzen ("Hausmittel") zum Umgang mit Krisen ein,
- sie erlauben sich eher, dem Krisengeschehen Raum zu geben, indem sie sich zu Hause zurückziehen,
- sie können eher ihr soziales Netzwerk aktivieren und nehmen soziale Unterstützung an,
- sie erweitern häufiger den Suchraum für eine wirksame Hilfe in ihrer Krise und sind offen für Denk- und (Be-)Handlungsansätze aus anderen Kulturen oder Traditionen (Heilerin, Geitheilerin, Auralererin u. ä.); sie wagen es somit vermehrt, die Kompetenzen des alternativen oder komplementären Gesundheitswesens zu nutzen.

Männer weisen größere Häufigkeiten bei vier Copingstrategien auf:

- Sie hoffen häufiger auf eine Spontanremission ihrer Krise: sie erwarten eher, daß "es" sich mit der Zeit gibt und von alleine besser wird,
- sie nehmen häufiger Medikamente,
- sie haben häufiger psychiatrische Beratung in Anspruch genommen,
- sie haben häufiger Hilfe in einem Krankenhaus gesucht.

Männer nutzen also eher die Angebote des traditionellen Gesundheitswesens; sie verhalten sich "konservativer" und interpretieren das momentane Krisengeschehen eher im Bezugsrahmen der gewohnten, "alltäglichen" Denk- und Handlungsschemata. Die spirituelle Krise wird (zunächst) eher als eine somatische Krankheit nach dem Modell einer biomedizinischen Störung konzipiert. Sie wollen in diesem Bezugssystem "versorgt" werden.

Frauen hingegen zeigen mehr Eigeninitiative und entsprechen eher der besonderen, das Alltagsbewußtsein überschreitenden Qualität der Krise bei der Auswahl der Coping-Strategien. Dieses Ergebnis am Beispiel der spirituellen Krise fügt sich somit in die vorliegenden Studien zur gesundheitlichen Selbsthilfe ein. Danach übernehmen Frauen die Rolle der Expertinnen in Fragen der Gesundheit (Graham 1985, Grunow et al. 1983); sie sind die verantwortlichen Versorgerinnen für Gesundheits-Dienstleistungen, die zuständigen Vermittlerinnen von gesunden Lebensweisen und die kompetenten Verbindungspersonen zum Gesundheitswesen (providers, negotiators and mediators of health).

Bewertung professioneller Hilfe

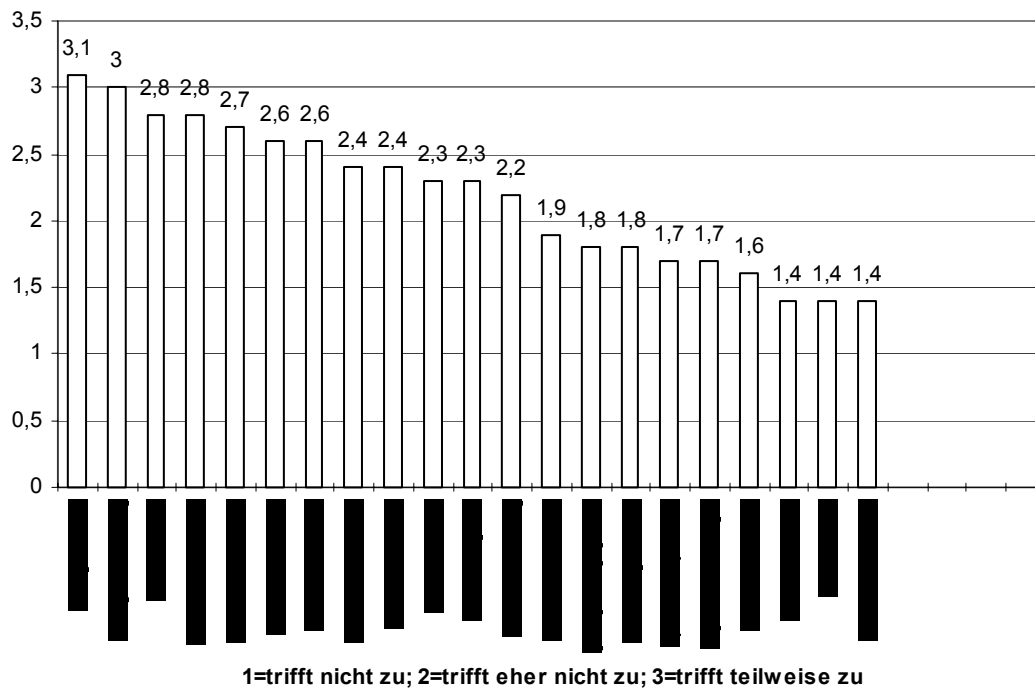


Abb.5

Die Qualität professioneller Hilfe

Die Mehrzahl der Befragten hat für die Bearbeitung der Krise professionelle Hilfe in Anspruch genommen. Wie sieht es nun in deren Wahrnehmung um die Qualität dieser Hilfe aus?

Für diesen Bereich der Studie wurde eine Liste von 22 Aspekten der professionellen Hilfe konstruiert. Sie umfaßte positiv formulierte Aussagen, wie *Ich fühlte mich unmittelbar verstanden.*, *Ich fühlte mich ernst genommen*, *Durch die professionelle Hilfe gewann ich zunehmend wieder Klarheit über mich und meine Situation*, und Aussagen mit negativen Konnotationen, wie *Ich fühlte mich falsch behandelt*, *Die Professionellen waren mit meiner Krise überfordert*. *Die Behandlung, die ich erhielt, traf nicht den Kern meiner Krise*. Jeder Aspekt konnte auf einer 4stufigen Skala (4 trifft vollständig zu; 1 = trifft gar nicht zu) beurteilt werden.

In der Abbildung 5 sind die einzelnen Aspekte nach dem Grad ihrer Zustimmung aufgeführt.

Die Betrachtung der Abbildung 5 könnte zu der Annahme verleiten, daß die Qualität der professionellen Hilfe ausgesprochen positiv bewertet wird. Das höchste Ausmaß an Zustimmung erhalten Aussagen, die eine hohe Güte attestieren. Über die in Abbildung 5 aufgetragenen Mittelwerte (M) wird ausgesagt, daß

- sich die Personen ernst genommen fühlten (M = 3,1),
- ihre Situation auf Anhieb erfaßt wurde und die richtige Behandlung eingeleitet wurde (M = 3,0),
- sie fachkundige und wirksame Hilfe erhielten (M = 2,8),
- sie sich unmittelbar verstanden fühlten (M = 2,8),
- sie mittels der professionellen Hilfe zunehmend wieder Klarheit über sich und ihre Situation gewannen (M = 2,7),
- sie mit der professionellen Hilfe zunehmend wieder mit sich selbst und ihrem Alltag zurechtkamen (M = 2,6), und
- ihre Krise ohne die professionelle Hilfe nicht so schnell abgeflaut wäre (M = 2,6).

Erst ab dem achten Rangplatz erscheinen negative Beurteilungen der professionellen Hilfe (z. B. Überforderung der Professionellen, Behandlung trifft nicht den Kern, falsche Diagnosen und falsche Behandlungen). Man könnte also geneigt sein, die Versorgungssituation bezüglich spiritueller Krisen als zureichend einzuschätzen. Eine nähere Inspektion der Daten legt jedoch eine weniger optimistische Beurteilung nahe. Wählt man bei den negativ konnotierten Aussagen die Items aus, bei denen mehr als 40 Prozent der Personen zustimmen, dann ergibt sich folgendes Bild:

58 %: Wenn die Personen nicht selbst eine richtige Behandlung gesucht hätten, würden sie immer noch mit falschen Diagnosen und falschen Behandlungen herumgeschoben werden.

58 %: Die Professionellen waren mit der Krise überfordert.

55 %: Die Behandlung traf nicht den Kern der Krise.

48 %: Durch die professionelle Hilfe wurde den Personen nicht Leid erspart.

45 %: Die Personen fühlten sich falsch behandelt.

Diese Aufstellung verdeutlicht, daß bezüglich spiritueller Entwicklungen und Krisen ein dringender Handlungsbedarf besteht, um sowohl in der Diagnostik wie auch in der Begleitung und Behandlung ein höheres Qualitätsniveau zu erreichen (Lukoff, Lu & Turner 1995).

Dies sehen wir insbesondere auch auf dem Hintergrund der Stichprobe unserer Untersuchung. Immerhin hatte die Mehrzahl der Teilnehmer an der Studie bereits einen Weg zu spezialisierter Hilfe gefunden.

Auswirkungen der Krise

In der Studie wurde auch danach gefragt, welche subjektive Bedeutung die Krise bezüglich der Klärung der eigenen Biographie und der Entwicklung neuer Lebensperspektiven erhielt. Nur acht Prozent der Befragten geben an, daß die spirituelle Krise ihnen nicht oder kaum weitergeholfen habe, wichtige Fragen oder Anliegen in ihrem Leben zu klären. 82 Prozent konnten mittels der Bearbeitung der Krise sich und ihre Anliegen in einem deutlich neuen Licht sehen. Aufgrund der Krise haben sich 92 Prozent der Personen vorgenommen, etwas Bedeutsames in ihrem Leben zu ändern. Für 96 Prozent hat sich sogar in dem Integrationszeitraum bereits etwas Bedeutsames verändert. Insgesamt ist über die Krise eine umfassende Veränderungsdynamik in Gang gesetzt worden.

Nach Frank (1985) ist das Ausmaß der Demoralisierung das Kernkriterium, durch das sich Menschen in ihrem Status als Patienten charakterisieren lassen. "Der Demoralisierte fühlt sich in verschiedenem Grade isoliert, hilf- und hoffnungslos, und alle seine Kräfte werden aufgezehrt in der Anstrengung, nur noch zu überleben". (1985, 429) Mit Demoralisierung wird also eine Grundstimmung beschrieben. Positiv gewendet: Eine Re-Moralisierung sollte sich in einer zuversichtlichen Grundstimmung äußern. 85 Prozent der Befragten geben an, daß ihre Grundstimmung in Zusammenhang mit der Bearbeitung der Krise zuversichtlicher geworden ist.

Die an der Studie Beteiligten schätzen somit die Effekte der spirituellen Krise letztlich überwiegend als sehr konstruktiv für ihre Biographie ein. Es kommt dabei nicht nur zur Vornahme von entscheidenden Änderungen der Lebensweise, sondern die Qualität der in der Krise gemachten Erfahrungen unterstützt auch die Umsetzung der Intentionen.

Lehren aus den gemachten Krisen-Erfahrungen

Die TeilnehmerInnen der Studie wurden auch gebeten anzugeben, wovon sie sich aufgrund ihrer bisherigen Erfahrungen eine weitergehende Hilfe erhoffen könnten. Dazu wurde eine Liste von 13 Hilfsquellen angeboten, bei der alle zutreffenden angekreuzt werden konnten. Es sollen hier zunächst nur die Ergebnisse mit den stärksten geschlechtsspezifischen Unterschieden vorgestellt werden.

Frauen erhoffen sich eine weitergehende Hilfe eher von einer spirituellen LehrerIn (Frauen: 73 %, Männer 55 %; in der Gesamtstichprobe auf Rangplatz 1), von alternativen Heilverfahren (Frauen: 67 %, Männer 55 %); in der Gesamtstichprobe auf Rangplatz 2) und von einem Wunder (Frauen 22 %, Männer: 8 %, Gesamtstichprobe Rangplatz 11).

Männer hingegen bevorzugen eher eine psychotherapeutische Beratung (Frauen 45 %, Männer 66 %); in der Gesamtstichprobe auf Rangplatz 4) und die Unterstützung durch die Lebenspartnerin oder eine vertraute Person (Frauen 30 %, Männer 50 %); Gesamtstichprobe Rangplatz 6).

Mit diesem Ergebnis werden die oben mitgeteilten geschlechtsspezifischen Unterschiede in den Coping-Strategien bestätigt.

Überraschend war bei den Vorstellungen über weitergehende Hilfen, daß "der Lauf der Zeit" mit 56 Prozent auf Rangplatz 3 in der Gesamtstichprobe gesetzt wurde. Die in der Krise aufgetretenen Erfahrungen legten es wohl nahe, daß eine derart weitreichende Umstrukturierung der Person und der Weltsicht auf einen angemessenen Zeitraum angewiesen ist. Hinzuweisen ist auch darauf, daß konstruktive Hilfen eher von Freunden und Bekannten (Rangplatz 5) als von Angehörigen und Verwandten (Rangplatz 7) erwartet werden. Dieses Ergebnis läßt sich plausibel mit der Annahme erklären, daß Angehörige und Verwandte eher dem konflikträchtigen (Bewußtseins-)Feld zuzurechnen sind, das potentiell zur Zuspitzung und Auslösung der Krise beiträgt. Bemerkenswert ist schließlich, daß auf die herkömmlichen medizinischen Versorgungseinrichtungen wie ärztliche Behandlung (21 %) oder Aufenthalt im Krankenhaus (1 %) nur untergeordnete Erwartungen gesetzt werden.

Im Fragebogen wurde an einer weiteren Stelle nach der angemessenen und ausreichenden Unterstützung für Menschen mit religiösen Problemen und Krisen gefragt. Eine Liste von fünf Gestaltungsvarianten wurde angeboten. Am häufigsten wurde mit 81 Prozent der Vorschlag gewählt, "Angemessen wäre in der Regel eine Therapeutin oder ein Arzt mit

religiöser oder spiritueller Erfahrung und Offenheit". Eine ähnlich hohe Zustimmung erfährt der Vorschlag, "Angemessen wäre in der Regel eine Einrichtung (z. B. ein Zentrum oder eine Fachklinik) zur Besinnung, Beratung und therapeutischen Behandlung mit entsprechend qualifizierten MitarbeiterInnen" (74 %). Die Interpretation dieses Ergebnisses wird insofern eingeschränkt, als in der Liste der fünf Gestaltungsvarianten der ausdrückliche Vorschlag einer spirituellen LehrerIn mit einer passenden institutionellen Einbettung fehlte (- die Untersucher sind von diesem Ergebnis überrascht worden!). Deutlich wird auf jeden Fall, daß eine einschlägige spirituelle Erfahrungs-Kompetenz und Qualifikation als unabdingbar angesehen wird.

Spirituelle Praxis und die Meisterung der Krise

Abschließend soll auf einen bemerkenswerten Zusammenhang zwischen spiritueller Praxis und der Meisterung der Krise hingewiesen werden. Im Fragebogen war auch nach dem Ausmaß der ausgeübten spirituellen Praxis (z. B. Gebet, Meditation, Teilnahme am Gottesdienst oder religiösen Veranstaltungen) gefragt worden. Es konnte nun geprüft werden, ob und wie sie sich auf die Wahrnehmung und die Verarbeitung der Krise auswirkt.

In der Analyse wurden solche Personen, die angeben, *täglich* eine spirituelle Praxis auszuüben, all denen Personen gegenübergestellt, die sich den weiteren Antwortmöglichkeiten von *nie, einige Male im Jahr ... bis mehrere Male pro Woche* zuordnen. Die folgenden, teilweise doch überraschenden Ergebnisse sind zu berichten:

Den Personen, die täglich eine spirituelle Praxis ausüben, gelingt es nach ihrer eigenen Einschätzung besser, ihre Krise konstruktiv zu bearbeiten. Die Krise hat ihnen in stärkerem Umfang bei der Klärung wichtiger Fragen an ihr Leben geholfen ($p < .001$). Sie sehen sich und ihre Anliegen häufiger in einem neuen Licht ($p < .035$), und in ihrem Leben hat sich bereits häufiger etwas Bedeutsames geändert ($p < .034$).

Einer regelmäßigen spirituellen Praxis kommt somit eine gesundheitsförderliche Wirkung (Linden 1993) zu, indem sie die Person bei einem Perspektivenwechsel unterstützt.

Schlußfolgerungen

Die Ergebnisse der vorliegenden Studie verdeutlichen, daß es für die Begleitung von Menschen mit spirituellen Krisen spezifischer Kompetenzen bedarf, die - auf der professionellen Ebene - nicht mit denen einer (herkömmlichen) psychotherapeutischen Qualifikation identisch sind. Um die Zahl quälender Odysseen, leidvoller Fehldiagnosen und destruktiver Fehlbehandlungen zu verringern, ist einerseits über die "Symptomatik" und die besondere Entwicklungsdynamik der Integration spiritueller, transzendenter Erfahrungen in der psychosozialen und medizinischen Versorgung verstärkt aufzuklären. Die Kategorie V62.89 und DSMIV bietet sich hier als argumentativer Anknüpfungspunkt an.

Es ist weiterhin festzustellen, daß für die Begleitung von spirituellen Krisen die fortgeschrittene Eigenerfahrung auf einem spirituellen Weg und die Kenntnis transpersonaler Phänomene unverzichtbare Qualifikationsvoraussetzungen sind. Dabei ist darauf zu achten, daß Pathologisierungen des Durchlebens einer spirituellen Krise vermieden werden; statt dessen werden Settings gebraucht, in denen Menschen in ihrem psychischen Transformations- und lebensalltäglichen Neuorientierungsprozeß eine für spirituelle Erfahrungen offene, verstehende, akzeptierende und integrationsfördernde Atmosphäre finden.

In dem vorliegenden Bericht werden erste Ergebnisse vorgestellt. Weitere Auswertungen der Daten werden sich z.B. darauf beziehen, förderliche biografische Bedingungen für das Meistern einer spirituellen Krise zu identifizieren oder den Einfluß bestimmter gesundheitspsychologischer Konzepte, wie etwa das Konzept der Selbstwirksamkeit (self-efficacy, Bandura 1993, 1994), zu untersuchen. Ein anderer Auswertungsgesichtspunkt wird in einem Vergleich solcher Personen, die professionelle Hilfe in Anspruch genommen haben, mit solchen Personen bestehen, die freiwillig darauf verzichtet haben.

Die Zusammensetzung der Stichprobe dieser explorativen Studie ist nicht repräsentativ; weitere Studien werden aufzeigen können, inwieweit eine Abhängigkeit der mitgeteilten Ergebnisse von den spezifischen Merkmalen der Stichprobe besteht.

Die Studie verdeutlicht auch, daß der Untersuchungsgegenstand "spirituelle Krise" (noch) in vielfältiger Weise interpretiert wird. Hier ist es erforderlich, mit Hilfe von differenzierenden Beschreibungen (z.B. mittels Checklisten) unterschiedliche subjektive Bedeutungen des Entwicklungsgeschehens voneinander zu trennen (z.B. psycho-religiöse vs psychospirituelle Krisen).

Bei der Planung der Studie wurde auch erkennbar, daß derzeit gebräuchliche gesundheitspsychologische Modelle (Schmidt, 1998, Schwarzer, 1992) die transpersonale Perspektive nicht enthalten. Hier gilt es, konzeptuell ein umfassenderes Modell integraler Gesundheit zu entwerfen (Belschner, 1993, 1999).

Schließlich: Wir danken herzlich allen Personen, die durch ihre Bereitschaft, den Fragebogen RESCUE auszufüllen, diese Studie ermöglicht haben.

Empirical research on spiritual crises

Summary: The intention of this study is to close the gap in respect to empirical research on spiritual crisis. 148 persons who judged themselves as coping with spiritual crisis answered the inventory RESCUE. Reported are results in respect to the following aspects: description and duration of crisis, the Situation of spiritual emergence, coping strategies, consequences for everyday life, quality of professional help, necessary improvements in respect to guidance and counseling. Conclusions from this study stress the necessity of a broader concept of integral health and the individual competencies and institutional prerequisites for the professional guidance with persons experiencing spiritual crisis.

Keywords: Spiritual crisis, subjective theory, transpersonal research methods, model of integral health, catalyzing spiritual emergence, coping, quality management.

Literatur:

- Bandura, A.* (1994). *Self-efficacy. The exercise of control.* New York: Freeman.
- Barz, H.* (1998). Sekten, Psychokulte, Heilslehren. *Prävention* 21, 67—69.
- Belschner, 1V* (1993). Gesundheits- und krankheitsbezogene Handlungsorientierungen. In Belschner, W. & Müller-Doohm, St., *Junge Generationen zwischen Liebe und Bedrohung. Paradoxien der AidsAufklärung.* Berlin: edition Sigma. 143—1 93.
- Belschner, W* (1995). Aufbruch zu einem neuen Gesundheitsverständnis in Gemeinde- und Gesundheitspsychologie. In Röhrle, B. & Sommer, G. (Hrsg.), *Gemeindepsychologie: Bestandsaufnahmen und Perspektiven.* Tübingen: dgvt. 160—1 76.
- Belschner, 1V* (1999 a). *Integrale Gesundheit. An die Grenze und über die Grenze gelangen.* In Belschner, W. & Gottwald, P. (Hrsg.), *Gesundheit und Spiritualität.* Oldenburg: BIS. (im Druck).
- Belschner 1V* (1999 b). *Das Modell integraler Gesundheit. Von Null-Dimensionalität und transpersonalem Bewußtseinsraum (in Vorber.).*
- Bragdon, E.* (1991). *Spirituelle Krisen.* Freiburg: Herder.
- Braud, W & Anderson, R.* (1998). *Transpersonal research methods for the social sciences. Honoring human experience.* Thousand Oaks: Sage.
- Burger, j M.* (1992). *Desire for control.* New York: Plenum.
- Deutscher Bundestag* (1998). *Endbericht der Enquete-Kommission „Sogenannte Sekten und Psychogruppen,“.* Drs. 13/10950. Bonn.
- Dilling, H. er al.* (Hrsg.) (1991). *Internationale Klassifikation psychischer Störungen. Klinisch diagnostische Leitlinien.* Bern: Huber.
- Dilling, H. et al.* (Hrsg.) (1994). *Internationale Klassifikation psychischer Störungen. Forschungskriterien.* Bern: Huber.
- Ernst, H.* (1997). Wendepunkte. *Psychologie heute*, H. 10/1997, 20—26.
- Frank, J.D.* (1985). *Die Heuer.* München: dtv.
- Galuska, 1.* (1994). *Ganzheitliche stationäre Therapie transpersonaler Störungen.* In Zundel, E. & Loomans, 1. (Hrsg.), *Psychotherapie und religiöse Erfahrung.* Freiburg: Herder.
- Galuska, J.* (1998). *Spirituelle Krisen.* In Beck, Th. & Weigand, H. (Hrsg.), *Handwerksbuch Psychiatrie.* Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- Graham, H.* (1985). *Providers, negotiators, and mediators: Women as the hidden carers.* In Lewin, E. & Oleson, V. (Eds.), *Warnen, health, and healing.* New York: Tavistock. 25—52.
- Graf C. & Graf S.* (1991). *Die stürmische Suche nach dem Selbst.* München: Kösel. *Graf, S. & Graf C.* (Hrsg.) (1990). *Spirituelle Krisen.* München: Kösel.
- Grunow, D., Breitkopf H., Dahme, H-J., Engfer, R., Grunow-Lutter, 14 & Paulus, W* (1983). *Gesundheitsselbsthilfe im Alltag.* Stuttgart: Enke.
- Hermanns, H.* (1991). *Narrative Interviews.* In Flick, U. et al. (Hrsg.), *Handbuch Qualitative Sozialforschung.* München: Psychologie Verlags Union. 182—1 85.
- Hopf Ch.* (1991). *Qualitative Interviews in der Sozialforschung. Ein Überblick.* In Flick, U. et al. (Hrsg.), *Handbuch Qualitative Sozialforschung.* München: Psychologie Verlags Union. 177—182.
- Jaspers, K* (1948). *Allgemeine Psychopathologie.* Berlin: Springer.
- Klauer, Th. & Filipp, S.-H.* (1990). *Formen der Krankheitsbewältigung bei Krebspatienten.* In Schwarzer, R. (Hrsg.), *Gesundheitspsychologie.* Göttingen: Verlag für Psychologie. 333—364.
- Laucken, U.* (1994). *Individuum, Kultur, Gesellschaft.* Bern: Huber.

- Linden, W* (1993). Meditation. In Vaitl, D. & Petermann, F. (Hrsg.), Handbuch der Entspannungsverfahren. 207—216.
- Lukoff D., Lu, E G. & Turner, R.* (1995). Cultural considerations in the assessment and treatment of religious and spiritual problems. *Cultural Psychiatry* 18, 467-485.
- Moos, R. H.* (Ed.) (1986). *Coping with life crisis*. New York: Plenum.
- Özsel, M. M.* (1993). 40 Tage: Erfahrungsbericht einer traditionellen Derwischklausur. München: Diederichs.
- Sass, H., Wittchen, H. U. & Zaudig, M.* (1996). Diagnostisches und Statistisches Manual psychischer Störungen. DSM IV. Göttingen: Hogrefe.
- Scharfetter, Ch.* (1997). *Der spirituelle Weg und seine Gefahren*. Stuttgart: Enke.
- Schmidt, L. R.* (1990). Psychodiagnostik in der Gesundheitspsychologie. In Schwarzer, R. (Hrsg.), *Gesundheitspsychologie*. Göttingen: Verlag für Psychologie. 79—92.
- Schmidt, L. R.* (1998). Zur Dimensionalität von Gesundheit (und Krankheit). *Z. Gesundheitspsychologie*, 6, 161—178.
- Schwarzer, R.* (1992). *Psychologie des Gesundheitsverhaltens*. Göttingen: Verlag für Psychologie.
- Segal, S.* (1997). *Kollision mit der Unendlichkeit*. Bielefeld: Kontext.
- Utsch, M.* (1998). *Religionspsychologie*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Valle, R. (Ed.)* (1997). *Phenomenological inquiry in psychology*. New York: Plenum.
- Verres, R.* (1994). *Die Kunst zu leben*. München: Piper.
- Weber, H.* (1990). Emotionsbewältigung. In Schwarzer, R. (Hrsg.), *Gesundheitspsychologie*. Göttingen: Verlag für Psychologie. 279—294.
- Yogananda, P.* (1946). *Autobiographie eines Yogi*. Freiburg: Herder.

Prof. Dr. Wilfried Belschner
Carl-von-Ossietzki-Universität, FB 5
Postfach 2503
26111 Oldenburg

Dr. Joachim Galuska
Fachklinik Heiligenfeld
Euerdorfer Straße 4-6
97688 Bad Kissingen