

Dialogische Achtsamkeit in der Psychosynthese
Mentale Gesundheit als einen Prozess des persönlichen Wachstums
begreifen

September 2016

Aus dem Englischen übersetzt von Kerem Böge und Lukas Fuchs

Autor: Kerem Böge

Fakultät: Klinische Psychologie,
Faculty of Behavioural and Social Science,
Universität Leiden, Niederlande

Supervisorin Dr. Annegret Krause-Utz

Zweitgutachterin Dr. Joanne Mouthaan

Danksagung

Als erstes möchte ich mich bei meiner Supervisorin Annegret Krause-Utz bedanken und damit auch bei meiner Zweitgutachterin Joanne Mouthaan, für die konstante und fürsorgliche Unterstützung. Vom Moment an in dem ich in ihren Kurs kam und die Idee für diese Forschungsarbeit vorstellte, hatte sie ein offenes Ohr für mich und half mir diese Studie zu ermöglichen. Über die letzten sechs Monate hinweg erlebte ich eine Lehrerin, die mich in Zeiten des Zweifels unterstützte und mir mit den richtigen Ideen und Worten half, meine eigenen Visionen und Worte wieder klar zu sehen. Ihre Offenheit dem Thema gegenüber war die Konstante, die es mir ermöglichte befreit an meinem Projekt zu arbeiten und meine Vision dieser Studie, die ich bereits vor Beginn meines Masterstudiums an der Universität Leiden hatte, zu realisieren. Als nächstes ist es mir ein Anliegen, dem Institut für Psychosynthese und Transpersonale Psychologie Köln, in Person von Harald Reinhardt und Birgit Haus zu danken, die für mich wie psychologische Zieheltern wurden. Ihre emotionale Unterstützung und Beratung im Feld der Psychosynthese und die Möglichkeit meine Teilnehmer an ihrem Institut zu rekrutieren, waren entscheidend für den Erfolg des Forschungsprozesses verantwortlich. Des Weiteren möchte ich mich für jedwede Unterstützung, in Form von Spenden, Empfehlungen, Briefen oder anderen Arten der Anerkennung bedanken. Ich hoffe, dass ich diesen Menschen mit den nachfolgenden Seiten etwas zurückgeben kann und mit einer möglichen Veröffentlichung der Psychosynthesegemeinschaft zu der Anerkennung verhelfen kann, die sie in der wissenschaftlichen Welt verdient. Ein weiteres herzliches Dankeschön gebührt allen Teilnehmern die an der Studie partizipiert haben und die Fragebögen pünktlich ausgefüllt haben und somit zur Quelle dieses Forschungsprojekts wurden. Ich bin der Hoffnung, ihnen einen Einblick in die dem Kurs zugrundeliegenden psychologischen Mechanismen zu geben. Zu guter Letzt möchte ich meiner großartigen Psychologenfrendin Nadine Kühlkamp danken, die während dieser Zeit mehr als nur eine Freundin für mich war, mir half meine Gedanken zu ordnen und mir mit ihrer grenzenlosen Güte stets zur Seite stand.

Übersicht

In der Psychosynthese Therapie beschreibt dialogische Achtsamkeit den Prozess eines inneren Dialogs des mentalen Systems und seiner psychologischen, sowie psychosomatischen, Komponenten, aus einer achtsamen Beobachterposition heraus. Diese Studie untersucht, als erste ihrer Art, den Effekt von dialogischer Achtsamkeit auf psychopathologische Symptome, im Kontext der Psychosynthese. Die 58 Teilnehmer der Studie (35 weiblich; 23 männlich), die an einem Psychosyntheseminar teilnahmen, lieferten Daten zu Psychopathologie (Symptomcheckliste SCL-90-R) und Achtsamkeit („Five Facet Mindfulness Questionnaire“ (FFMQ)), erhoben in drei zeitlich getrennten Messungen (T1 = Ausgangsniveau; T2 = Post-Intervention; T3 = 3-Wochen Follow-up). Von T1 zu T2 belegen die Resultate einen signifikanten Rückgang der psychopathologischen Symptome, gemessen mit dem SCL-90-R ($p < .001$) und eine Zunahme der Achtsamkeitsfähigkeiten, welche über den FFMQ bestimmt wurden ($p < .001$). Über dies zeigten sich die Resultate über den gesamten Zeitraum hinweg gleichmäßig, was auf eine stabile therapeutische Wirkung hindeutet. Der Abfall der psychopathologischen Symptome von T1 zu T2 kann durch die Steigerung der Achtsamkeit ($p < .012$) erklärt werden. Es wird empfohlen, zukünftige Studien der Ergründung der Effektivität der dialogischen Achtsamkeit für Teilnehmer mit spezifischer Psychopathologie, mit Einbeziehung einer Kontrollgruppe, zu widmen.

Stichwörter: Dialogische Achtsamkeit, Psychosynthese, Psychopathologie, Achtsamkeit

„Wer nach außen schaut, träumt. Wer nach innen blickt, erwacht.“ (Carl Gustav Jung, 1968)

Fragt man Patienten in westlichen Ländern nach ihrem therapeutischen Ziel, so ist die Antwort eindeutig und offensichtlich: Komplette Genesung. Dies scheint primär am gängigen Verständnis von mentaler Gesundheit, als ein Zustand psychologischen Wohlergehens und der Abwesenheit von mentalen Störungen zu liegen (Carter, Hidreth & Knutson, 1959). Studien allerdings belegen einen bemerkenswerten Mangel an Einigkeit hinsichtlich einer Definition der mentalen Gesundheit. Aus einer Gruppe von fünfzig Experten, aus acht verschiedenen Ländern, bevorzugten lediglich 20% die Definition der Weltgesundheitsorganisation (WHO) (Manwell, et al., 2015). Forscher intensivieren derweil ihre Kritik an unserer Definition von Gesundheit und weisen darauf hin, dass sich ändernde Krankheitsbilder und eine alternde Gesellschaft Gründe für ein dysfunktionales Verständnis sein können (The Lancet, 2009; Jadad & O'Grady, 2008; Smith, 2008; Larson, 1999). Folgerichtig wird ein Paradigmenwechsel benötigt, hin zu einem Ansatz, der die Fähigkeiten der Adaption und der Selbstverwaltung des Individuums, als Antwort auf Herausforderungen, einbezieht (Huber, Knottnerus, Green, et al., 2011), anstatt sich lediglich auf das Erreichen eines 'Zustands absoluten Wohlergehens' zu erreichen, wie die WHO vorgibt (WHO, 1948). Dazu wurden Kernpunkte des mentalen Gesundheitsbegriffs als die Fähigkeit eines Menschen definiert, sich erfolgreich mit seiner Umwelt auseinanderzusetzen und sich ihr anzupassen (Manwell et. al., 2015). Ähnlich verhält es sich mit Antonovskys Begriff der Salutogenese (1979), der die 'traditionelle Gegensätzlichkeit des medizinischen Modells', welches Gesundheit Krankheit gegenüberstellt, ablehnt und ein Verständnis von Gesundheit als eine fortlaufende Variable vorantreibt, welches er als 'Gesundheits-Krankheits-Kontinuum' bezeichnet.

Gesundheit sollte daher als ein Prozess begriffen werden, in dem die Verständlichkeit, Handhabbarkeit und Bedeutsamkeit schwieriger Situationen zu einer Steigerung der persönlicher Ressourcen, einer eignen Anpassung und einer Verbesserung des subjektiven Wohlbefindens führt (Huber et al., 2011), von dem sodann eine positive Interaktion zwischen Geist und Körper erwächst.

Jungs (1968) berühmtes Zitat, „Wer nach außen schaut, träumt. Wer nach innen blickt, erwacht“, sollte daher als Verbildlichung eines anhaltenden Zusammenspiels von Geist, Körper und Seele, im Dienste des inneren Erwachens und inneren Wachstums, verstanden werden. Während zeitgenössische westliche Ansätze zwischen Gesundheit und Krankheit unterscheiden, verstehen östliche Definitionen Gesundheit als einen ausgewogenen und Krankheit als einen unausgewogenen Zustand (Tsuei, 1999). Somit konzentriert sich der westliche Ansatz auf die Veränderungen in der Umwelt, wohingegen sich der östliche Ansatz der Anpassung des Selbst in Bezug auf seine Umwelt zuwendet (Tsuei, 1999).

Achtsamkeit

Gemäß Johnson (2012) durchläuft das westliche Gesundheitssystem in den vergangenen Jahren einen Paradigmenwechsel, weg vom biomedizinischen Modell, hin zu patientenzentrierter Versorgung. Psychologie, damit auch Psychotherapie, sollte die Möglichkeit in den Fokus rücken, Klienten in ihrer Gesamtheit zu begreifen, welche Geist, Körper, Kultur und Religion verbindet, um den vorherrschenden Dualismus von Geist und Körper aufzuweichen. In der Öffentlichkeit entsteht ein wachsender Bedarf nach holistischen Ansätzen, die die westlichen Grenzen (Bloom, 2000) zu populären und therapeutisch wertvollen östlichen Praktiken, wie Yoga (Cramer, Lauche, Langhorst, & Dobos, 2013; Knobben, 2013; Ferreira-Vorkapic et al., 2015) und Achtsamkeit (Piet & Hougaard, 2011; Eberth & Sedlmeier, 2012) öffnen. Einer dieser holistischen Ansätze der in östlichen Kulturkreisen vorherrscht, seit Jahrhunderten von Buddhisten praktiziert wird und in westlichen Kreisen zunehmend an Popularität gewinnt, ist die Achtsamkeit. Um die Verbindung zwischen der Wahrnehmung mentaler Gesundheit und der Anwendung von Achtsamkeit zu verstehen, hilft eine Vertiefung in die Definition und die therapeutische Anwendung der Achtsamkeit. In den letzten Jahren sind viele Definitionen der Achtsamkeit entstanden, jede vom jeweils Ausübenden geprägt (Brown, 2007). Die unterschiedlichen Annahmen zusammenfassend, kann Achtsamkeit zunächst als Zustand klaren Bewusstseins beschrieben werden, wobei die

Aufmerksamkeit inhaltslos ist (Kabat-Zinn, 1994). Des Weiteren, ist Achtsamkeit eine nicht-wertende Bewusstheit der gegenwärtigen Erfahrungen, auf einer Moment-zu-Moment Basis, die darauf aufbaut, das eigene subjektive Bewusstsein zu erspüren (Marlatt & Kristeller, 1999). Wer Achtsamkeit ausübt, kann somit zum bewussten Beobachter des eigenen Bewusstseins werden - zum Meta-Beobachter (Baer, 2003). Dem Molekularbiologen Ricard (Singer, Ricard & Warmuth, 2008) folgend, ermöglicht dieser Prozess einen mentalen Zustand dauerhafter und purer Achtsamkeit und Bewusstheit, in dem das Gehirn weit mehr wahrnehmen kann als bei zielgerichteter Aufmerksamkeit (Lutz, Slagter, Dunne, & Davidson, 2008). Dies stützt einerseits aber erweitert gleichzeitig Kabat-Zinns (1994) westlichen Ansatz, welcher Achtsamkeit vordergründig als einen Aufmerksamkeitszustand mit vollem Bewusstsein, Aufnahmefähigkeit und Abkopplung bestimmter Inhalte beschreibt.

Die Geschichte der Achtsamkeit reicht weit bis in die frühe buddhistische Philosophie (Bhikku, 2010) zurück, wo sie dazu genutzt wird einen Zustand fortdauernder Freude zu erreichen (Ekman, Davidson, Ricard, & Wallace, 2005). Der Akt der Achtsamkeit besteht aus mehreren Schritten. Einer davon ist Akzeptanz, also die Beachtung von Gedanken und Gefühlen, ohne diese gleichzeitig zu bewerten. Unaufhörlich versucht der oder die Praktizierende sich selbst von einem 'richtig oder falsch Gefühl' zu befreien und einfach nur den eigenen Gedanken zu folgen. Es sollte beachtet werden, dass diese Art von Akzeptanz einen Bewusstseinszustand meint, der nicht Erkenntnis im Sinne von Gedanken über sich selbst und andere akzeptieren meint (Grabovac, Lau & Willett, 2011), sondern sich vielmehr auf das Erspüren des gegenwärtigen Moments konzentriert, anstatt sich an die Vergangenheit zu erinnern oder sich die Zukunft vorzustellen. Das Selbst und die soziale Umwelt, durch selektive Wahrnehmung zu erkennen, wird Wachsamkeit genannt (Warm, Parasuraman & Matthews, 2008). Die Fähigkeit, Aufmerksamkeit und Wachsamkeit über einen langen Zeitraum hinweg aufrecht zu erhalten, beinhaltet alle Facetten von Bewusstsein und Achtsamkeit. Diese Facetten beinhalten die Bewusstheit absichtlicher Erkundung, die

Selbstbeobachtung, durch das Erlernen des Differenzierens und Reflektierens von Emotionen zu erweitern (Seel & Hanke, 2010), die Einschätzung des eigenen Handelns, sowie dessen Effekt auf andere und zu guter Letzt, einen tieferen Einblick in kognitive Prozesse, wie das meta-kognitive Bewusstsein (Teasdale et al., 2002), das Dezentrieren (Fresco, Segal, Buis & Kennedy, 2007), die Defusion (Fletcher, Schoendorff, & Hayes, 2010), das Wiederwahrnehmen (Shapiro, Carlson, Astin & Freedman, 2006) und das Abnehmen des Ruminierens (Deyo, Wilson, Ong & Koopman, 2009). Es wird angenommen, dass man durch ein verändertes Bewusstsein, im Kontext der Achtsamkeit, ein vertieftes Einsichtsvermögen erhält, welches zu einem Zustand von Gelassenheit führt. Dies wird als Qualität eines Bewusstseins definiert, welches sinnliche und kognitive Objekte wahrnimmt, ohne sie mit Bindung oder Aversion zu betrachten und somit klinisch wertvoll sein kann (Grabovac, Lau & Willett, 2011). Gelassenheit ist somit ein ausgeglichener Zustand des Geistes in dem erfreuliche, unerfreuliche und neutrale Empfindungen gleichermaßen empfunden werden, was schlussendlich eine Identifikation mit und eine Bindung zu Erfahrungen verhindert (Grabovac, Lau & Willett, 2011).

Vago und Silbersweig (2012) beschreiben die drei Kernfaktoren eines erfolgreichen und bereichernden Effekts der Achtsamkeit, auf einer neurobiologischen Basis: (1) Eine Steigerung des Meta-Bewusstseins, welches die Fähigkeit, seine eigene Wahrnehmung, Erkenntnis und Emotionen wahrzunehmen, beschleunigt, was einen Abbau von Vorurteilen und Bindungen zur Folge hat. (2) Eine Verbesserung der Selbst-Regulierung, durch das effektive Regulieren und Anpassen der eigenen Reaktionen und Impulse, was eine fruchtbare Beziehung zwischen dem Selbst und transzendierender eigener Bedürfnisse befördert. (3) Erhöhte sozial zuträgliche, persönliche Komponenten (Selbst-Transzendenz). Durch Sensibilisierung und gleichzeitige Stärkung des Bewusstseins dieser therapeutisch bedeutsamen Komponenten, kann die Achtsamkeit Leiden reduzieren und dabei helfen, einen nachhaltigen gesunden Geist zu kreieren (Vago, Silbersweig, 2012). Zeitgenössische Forschung deutet klar auf die wertvollen Effekte von achtsamkeitsbasierten

Interventionen, bei der Therapie verschiedener klinischer Störungen, wie Angstzustände und Depressionen (Hofmann, Sawyer, Witt & Oh, 2010), Essstörungen (Tapper et al., 2009) und Substanzabhängigkeiten (Bowen et al., 2006) hin. Darüber hinaus, haben Achtsamkeitsinterventionen auch zu Verbesserungen der physischen und psychologischen Gesundheit (Chiesa & Serretti, 2009), sowie der Zerebral- und Immunfunktionen (Davidson et al., 2003) geführt. Dem Neurologen Bauer (2010) zufolge, bewirken ein Gleichgewichts- oder Achtsamkeitszustand bio-chemische Prozesse, die positive Veränderungen von Rezeptoren und deren Beständigkeit im Hippocampus anregen. Erhöhte Stresslevel neigen dazu, die Aktivität von Rezeptoren zu blockieren, während entspannte Zustände ihre Effektivität erhöhen und Widerstandsfähigkeit erhöhen. Somit ist es möglich, das Risiko von mentalen Erkrankungen zu senken und gleichzeitig einen größeren Authentizitätssinn zu entwickeln, was auch erhöhtes Selbstbewusstsein und einen heiteren und positiven Ausblick auf das Leben bedeutet (Jackel, 2011). Ekman (2010) hebt hervor, dass es nur durch die Erfahrung eigener körperlicher Sinneswahrnehmungen möglich ist, tatsächlich emphatisch für andere zu empfinden und ihre Gefühle und ihr Handeln zu verstehen. Zusammenfassend sollte betont werden, dass Achtsamkeitstraining und ein damit einhergehendes niedrigeres Stresslevel, einen vorbeugenden Effekt auf eine Vielzahl von psychopathologischen und auch psychosomatische Symptome und Episoden hat (Hölzel, 2010; Kabat-Zinn, 1994; Lehrhaupt & Meibert, 2011).

Psychosynthese

Ein Ansatz, der dafür bekannt ist, westliche, traditionelle psychologische Techniken, wie Verhaltenstherapie, Psychoanalyse und jungsche Analyse, mit östlichen, holistischen, achtsamkeitsorientierten psychologischen Ansätzen zu verbinden, ist die Psychosynthese, die vom ersten italienischen Psychoanalytisten und Psychiater, Roberto Assagioli (2000), entwickelt wurde. Die Psychosynthese basiert auf einem transpersonalen Psychologieverständnis, welches Körper, Seele, Gefühle, Verhalten und Einstellungen einer Person einbezieht und in eine ausgewogene

Synthese integriert, während gleichzeitig physische, emotionale, mentale und essenziell menschliche Dimension einbezogen werden (Gerard, 1964). Der größte Unterschied von Psychosynthese und Psychoanalyse ist, dass die Psychosynthese ihren Schwerpunkt auf eine persönliche und spirituelle Synthese legt, die über die pure Psychoanalyse hinausgeht. Während festzuhalten ist, dass Abraham Maslow die Fundamente der transpersonalen Psychologie entwickelte, wird Assagioli die Rolle als Pionier zuteil, der mit seiner Weiterführung dieser Konzepte, einen praktischen psychotherapeutischen Ansatz ermöglichte (Battista, 1996). Transpersonale Psychologie, wie die Psychosynthese, versteht das 'Selbst' als eine Kontrollinstanz des menschlichen Lebens (Assagioli, 2000), während das 'Ich' die Reflexion des eigenen vollen Potentials ist und somit ein innerer Ruhepunkt, welcher als das wahre Selbst erfahren wird (Hardy, 1987). Folglich, kann das 'Ich' als das volle Potential des 'Selbst' verstanden werden. Diese Beziehung wurde von Neumann (Walch & Hippus-Dürckheim, 2010) als 'Ich-Selbst-Achse' beschrieben. Zur wichtigsten Funktion des 'Ichs' gehört die Fähigkeit, eigene Emotionen, Impulse und Erkenntnisse bewusst wahrzunehmen und zu steuern. Assagioli (2000) definiert Bewusstheit und Willen als die beiden zentralen Funktionen, die dem 'Ich' und dem 'Selbst' innewohnen und welche letztere verbinden. Es ist essenziell, dass das 'Selbst' in Verbindung zu den höheren Qualitäten des Menschen steht und eine starke 'Ich-Selbst-Achse' somit zu Wachstum und einer authentischen und ausgeglichenen Persönlichkeit führen sollte (Firman & Gila, 2002). Daher gilt ein bewusster und anhaltender Zugriff des 'Ichs' auf das 'Selbst' als der tiefendeste Schritt im psychosynthetischen, therapeutischen Verständnis des Heilungsprozesses (Stut, 2015). Um eine Synthese, dem holistischen Verständnis des Menschen folgend, zu erreichen, werden weitere therapeutische Interventionen genutzt, um einen Integrationsprozess zu erzielen - Gestalttherapie, Traumdeutung, Geleitete Imagination, Disidentifikation, Körperorientiertes Arbeiten, Vorstellung, Konzentration (Brown, 2012). Beinahe alle psychosynthetischen Interventionen bauen auf Achtsamkeit auf und orientieren sich an somatischen Markern, die alle menschlichen Dimensionen (physisch, emotional und mental) berücksichtigen, was auf den holistischen Charakter hindeutet.

Trotz der anerkannt bedeutsamen Rolle, die Achtsamkeit in der Psychosynthese spielt, sind Studien zur Effektivität von achtsamkeitsbasierten Interventionen rar.

Folgt man der Somatischen Marker Hypothese, so haben Emotionen und ihre biologischen Untermauerungen starke Auswirkungen auf Entscheidungsprozesse, da sie die Basis für soziales Bewusstsein und innere Prozesse sind, die Bewusstsein untermauern (Damasio, 1996). Damasio (1996) unterstreicht die Schlüsselrolle, die dem Körper und somit Emotionen, im Entscheidungsprozess zukommt und veranschaulicht somit von einem neurobiologischen Standpunkt, dass Geist, Körper und Seele ein holistisches Konzept darstellen. Die Psychosynthese versteht somatische Marker (auch körperliche Marker) als psychosomatischen Schmerz, wo psychisches Leid unterdrückt wird (Assagioli, 1967). Somit ist ihr therapeutisches Ziel, das volle unentfaltete Potential somatischer Marker, Projektionen, Teilpersönlichkeiten (Rowan, 1989) und anderer psychischer Konflikte zu entdecken und die ihnen innewohnende Energie wieder in das 'Ich' zu integrieren, was endlich zu innerem Wachstum und einem stärkeren Gefühl von Identität und Selbst führt (Assagioli, 2000; Lombard, 2014). Psychosynthese kann somit als ressourcen- und potentialerweiternder, holistischer psychotherapeutischer Ansatz verstanden werden. Folglich wird angenommen, dass Psychosynthese Techniken, besonders die Achtsamkeit, psychosomatische Symptome abbauen. Dennoch wurde, dem Wissen des Autors nach, lediglich eine Studie (Stut, 2015) angestellt, um die Wirkung von Psychosynthese auf Symptomatologie zu testen.

Vorherige Studie

In der ersten empirischen Studie zur Psychosynthese, untersuchte Stut (2015) 338 Subjekte während vierzehn Seminaren in Deutschland auf die Effizienz von Psychosynthese und deren Effekt auf psychopathologische Symptome (Symptomcheckliste-90-R (SCL-90-R), Derogatis & Savitz, 2000). Die wichtigsten Erkenntnisse offenbaren, dass das 'Kölner Modell' der Psychosynthese, welches im 'Institut für Psychosynthese und Transpersonale Psychologie' in Köln praktiziert wird,

befähigt ist, das negative Selbst- und Weltbild eines Teilnehmers, in eine positive und selbstsichere Wahrnehmung zu ändern (Stut, 2015). Stut (2015) zufolge, sind bei den Teilnehmern Bewusstseinsveränderungen erkennbar, die den Schritt von Heteronomie (Fremdbestimmung), hin zur Selbstbestimmung, als zentralen therapeutischen Schritt (Disidentifikation) akzentuieren. Weitere Wirkfaktoren der Psychosynthese, sind der kompromisslose Fokus auf Ressourcen und ihr transformierendes Potential sowie die Prozess- und Achtsamkeitsorientierung des Therapeuten, während er der Explizierung der somatischen Markern folgt (Stut, 2015). Einzigartige Merkmale der Psychosynthese, die maßgeblich zu ihrem therapeutischen Effekt beitragen, sind die holistische Anthropologie, ihr Gebrauch der Achtsamkeit, ihr erfahrungsorientierter Ansatz und ihre Förderung transpersonaler Erfahrungen. Hinsichtlich der dritten Forschungsfragestellung, zeigen die Resultate einen signifikanten Rückgang aller psychopathologischen Symptome (Depression, Somatisierungsstörung, usw.), gemessen von der SCL-90-R.

Ziel der aktuellen Studie

Obwohl Stuts Studie (2015) beachtliche Einblicke in die Wirkfaktoren und die einzigartigen Eigenschaften der Psychosynthese gegeben hat, bleibt bis heute dennoch unklar, welche spezifischen Wirkmechanismen genau diese positiven therapeutischen Resultate begünstigen. Stut (2015) erwähnt, dass das 'Kölner Modell' der Psychosynthese eine Art der dialogischen Achtsamkeit vermittelt, die durch Eigenständigkeit und interner Führung geprägt wird.

Diese Studie ist die erste ihrer Art, die die Effektivität der dialogischen Achtsamkeit für die Psychosynthese Therapie, im Kontext elterlicher Introjektion, hinsichtlich ihrer Wirksamkeit zur Verringerung von psychopathologischen Symptomen und zur Steigerung von Achtsamkeitsfertigkeiten von Teilnehmern, über mehrere Messpunkte hinweg, testet. Die Studie wird sich an der Ergründung der folgenden drei Hypothesen orientieren:

Hypothese 1: Psychopathologische Symptome, mit der Symptomcheckliste-90-R bestimmt, werden vom Ausgangsniveau (T1), über das Post-Interventionsniveau (T2), bis hin zum Follow-up-Niveau (T3), signifikant nachlassen (Ableich mit Stuts Studie von 2015).

Hypothese 2: Achtsamkeitsfertigkeiten, bestimmt mit dem „Five Facet Mindfulness Questionnaire“, werden vom Ausgangsniveau (T1), über das Post-Interventionsniveau (T2), bis hin zum Follow-up-Niveau (T3), signifikant zunehmen (eine signifikante Zunahme von T1 zu T2 wird erwartet).

Hypothese 3: Die Veränderungen von Achtsamkeitswerten stehen in negativer Korrelation zu der Veränderung von psychopathologischen Werten, die mit der Symptomcheckliste-90-R bestimmt werden, vom Ausgangsniveau (T1), über das Post-Interventionsniveau (T2), bis hin zum Follow-up-Niveau (T3).

Methodik

Teilnehmer

An der vorliegenden Studie nahmen 60 Probanden (37 weiblich, 23 männlich) teil. Zwei Teilnehmer wurden während der Studie von weiteren Analysen ausgenommen, da sie den Fragenkatalog zum Zeitpunkt T3 nicht ausfüllten. Daher besteht die endgültige Untersuchungsgruppe aus 58 Teilnehmern (35 weiblich, 23 männlich). Die Teilnahmebedingungen waren das Verständnis einer schriftlichen Einverständniserklärung, die Bereitwilligkeit an der Studie teilzunehmen und ein Mindestalter von 18 Jahren. Das einzige Ausschlusskriterium war, dass die Fragenkataloge an jedem der Kontrollpunkte komplett ausgefüllt werden mussten. Die Teilnahme beruhte auf Selbstmotivation und Freiwilligkeit. Die Altersspanne der Teilnehmer reichte von 18 bis 81 Jahren ($M = 47.67$, $SD = 12.82$). 55 Teilnehmer waren deutscher Herkunft, während zusätzlich jeweils ein Österreicher, ein Niederländer und ein Schweizer teilnahmen. Die

Mehrheit der Teilnehmer war in Besitz eines universitären Abschlusses (60.35 %), ein weiteres knappes Viertel (22.41 %) hatte die allgemeine Hochschulreife und ein kleiner Teil hatte die Fachhochschule erreicht (17.24 %). Die überwiegende Mehrheit (79.31 %) aller Teilnehmer hatte bereits vor Beginn der Intervention psychotherapeutische Erfahrung, mit kognitiver Verhaltenstherapie (27.59 %), Psychosynthese (20.69 %), Gesprächstherapie (20.69 %), Psychoanalyse (12.07 %), Gestalttherapie (5.17 %) oder Traumatherapie (3.44 %). Die Gebühren für den Psychosynthesekurs wurden von den Teilnehmern selbst getragen.

Messungen

Zum Zweck der Messung von Prozessvariablen, über die verschiedenen Testphasen hinweg, in Form eines prä-/post-Vergleichs (T1 = Ausgangsniveau, T2 = Post-Intervention) und einer Analyse des Follow-up-Effekts (T3 = 3-Wochen nach der Behandlung) in einer within-subject Längsschnittstudie angesetzt. Psychopathologische Symptome wurden hierzu mit der Symptomcheckliste SCL-90-R erfasst, während Achtsamkeit mit dem FFMQ gemessen wurde. Die Fragebögen mit ihren Subskalen sind im Folgenden genau aufgeführt und beschrieben.

Die Symptomcheckliste-90-R. Bei der Symptomcheckliste-90-R (SCL-90-R, Derogatis & Savitz, 2000) handelt es sich um einen standardisierten psychometrischen Fragebogen, der zur Bemessung einer Vielzahl von psychopathologischen, psychosomatischen und psychologischen Symptomen verwendet wird. Der Fragebogen wird in der Forschung, aufgrund seiner hohen Validität, Reliabilität und Zweckmäßigkeit, vor allem zur Überprüfung der Fortschritte und Ergebnisse psychiatrischer und psychologischer Behandlungen zu Rate gezogen (Buckelew, Burk, Brownelee-Duffeck, Frank & DeGood, 1988; Hardt, Gerbershage & Franke, 2000). Des Weiteren, ist die Checkliste eines der verbreitetsten Messinstrumente zur Bestimmung psychologischen Leidens, in der klinischen Forschung (Derogatis & Savitz, 2000). Die SCL-90-R umfasst 90 Elemente. Ein Beispielelement der Skala ist 'Wie sehr litten sie, während der vergangenen Woche, unter:

Kopfschmerzen, Schuldgefühlen, Weinanfälligkeit' und fragt nach den eigenen, subjektiven Erfahrungen globalen psychologischen Leidens während der letzten sieben Tage. Primäre Symptome der Somatisierung, interpersonaler Sensibilität, Zwanghaftigkeit, Depression, Feindseligkeit, Phobie, Angstzustände, paranoider Wahnvorstellungen, Psychotizismus und anderer Elemente, werden untersucht, welche sodann weitere klinische Symptome, wie zum Beispiel 'Appetitlosigkeit', auf neun Subskalen bestimmen. Teilnehmer bewerteten ihre subjektiven psychologischen Leiden auf einer 5 Punkte Skala, von 0 (gar nicht), bis 4 (extrem).

Der Five Facet Mindfulness Questionnaire. Der Five Facet Mindfulness Questionnaire (FFMQ, Baer, Smith, Hopkins, Krietemeyer & Toney, 2006) bildet die Bestimmungsgrundlage für die Achtsamkeitsfähigkeiten der Teilnehmer. Durch seine hohe Validität (Van Dam, Earleywine & Danoff-Burg, 2009) und Reliabilität (Baer et al., 2008), ist der FFMQ ein probates und in der klinischen Forschung häufig verwendetes Messungsmittel. Fünf unabhängig entwickelte und in einer faktorenanalytischen Studie zusammengefasste, Achtsamkeitsfragebögen bilden die Basis des FFMQ (Baer et al., 2008). Die fünf Subskalen weisen mit Alpha-Koeffizienten von .75 bis .91, eine hohe innere Kohärenz auf (Baer et al., 2008). Die Studie ergab fünf Faktoren, die, nach aktuellem Forschungsstand, die Basiselemente der Achtsamkeit repräsentieren. Der FFMQ umfasst 39 Elementen. Beispiелеlemente sind: 'Ich bin gut darin, Worte zu finden um meine Gefühle zu beschreiben', 'Es ist schwierig für mich, Worte zu finden um meine Gedanken zu beschreiben', und bestimmen die beschriebene Fünf-Faktoren-Struktur (beobachten, beschreiben, bewusst handeln, nichtwerten von inneren Erfahrungen, nicht auf innere Erfahrungen reagieren). Alle Subskalen waren, mit sieben oder acht Elementen pro Kategorie, ausgeglichen besetzt. Jedes Element wurde auf einer fünf-Punkte Likert-Skala dargestellt, die von 1 (trifft nie oder sehr selten zu) bis 5 (trifft häufig oder immer zu) reichte.

Ablauf

Die Studie wurde vorab von der Ethikkommission des Forschungsinstitutes für Verhaltens- und Sozialwissenschaft der Universität Leiden bewilligt. Die Daten wurden während zwei siebentägiger Psychosynthesekurse erhoben, welche im Februar und Mai 2016 in einem Seminarhotel in Sundern, Deutschland, stattfanden.

Die Kursleitung oblag zwei Psychosynthese Therapeuten mit fünfundzwanzig beziehungsweise dreißig Jahren Erfahrung. Hintergrund und Detailinformationen zur vorliegenden Studie, wurden durch den Wissenschaftler der Universität Leiden präsentiert. Interessierte Teilnehmer erhielten sodann a) ein Informationsschreiben und gaben eine schriftliche Einverständniserklärung (Appendix B), b) eine Probandenaufklärung (Appendix C), c) eine Papier-Bleistift-Version eines Eigenberichtfragebogens, zur Erfassung der demographischen Daten, wie Alter, Geschlecht, Bildung und Vorerfahrungen mit Psychotherapie (Appendix D), d) den Five Facet Mindfulness Questionnaire (FFMQ, Baer et al., 2006) und zuletzt e) die Symptomcheckliste-90-R, zur Erfassung psychopathologischer Symptome (SCL-90-R, Derogatis & Savitz, 2000). Die Reihenfolge der Fragebögen war, über die verschiedenen Messpunkte hinweg, zufällig angeordnet.

Die Teilnehmer wurden gebeten, alle Fragebögen (Demographisch, SCL-90-R, FFMQ) vor Beginn des Seminars auszufüllen, um eine Bestimmung der Ausgangswerte, am Testpunkt T1, zu ermöglichen. Infolgedessen, füllten die Teilnehmer den FFMQ und die SCL-90-R nach der Vollendung des siebentägigen Kurses (T2) aus. Schlussendlich erhielten alle Teilnehmer eine abschließende Aufklärung (Appendix E) nachdem sie die Follow-up-Fragebögen (siehe oben) drei Wochen nach dem Seminar (T3), ausgefüllt hatten. Diese Informationen wurden im Rahmen eines Nachtreffens am Institut für Psychosynthese und Transpersonale Psychologie in Köln übermittelt.

Intervention

Die Teilnehmer nahmen an einem der beiden siebentägigen Psychosynthesekurse mit dem Titel 'Das innere Kind und die Heilung der Liebe' teil, die vom Institut für Psychosynthese und Transpersonale Psychologie Köln angeboten wurden. Die Grundlagen für den Kurs liefert Carl

Gustav Jungs Archetyp des 'göttlichen Kindes', das als Verkörperung des Individuationsprozesses (Jacobi, 1959), des künftigen Potentials (Mills & Crowley, 2001) und des psychologischen Reifungsprozess (Segal, 1999) eines Menschen verstanden wird. Im Sinne der Psychosynthese wird das 'Innere Kind' auch als eine Teilpersönlichkeit, die für die Selbstliebe steht, beschrieben (Rowan, 1993). Für die siebentägigen Kurse arbeitete das Institut für Psychosynthese und Transpersonale Psychologie mit dem 'Kölner Modell' der Psychosynthese, einem weiterentwickelten Ansatz der Psychosynthese, der sich auf das Erwachen des 'Dialogischen Menschens' konzentriert (Stut, 2015). Die Kernaussage ist, dass das 'Ich' in einem konstanten Dialog mit den mannigfaltigen Reizen und Signalen, die das Leben bietet, steht, sich von Identifikationen loszusagen und ein achtsames Bewusstsein zu entwickeln, welches selbstregulierende Prozesse und die Entwicklung eines tiefgreifenden Verständnisses der persönlichen Identität ermöglicht (Stut, 2015).

Nach der Meinung des Autors, bilden fünf Schritte den Prozess der 'Dialogischen Achtsamkeit', während mit elterlicher Introjektion gearbeitet wird: (1) Achtsame Beobachtung (2) Elterliche Introjektion bemerken (3) Wahrnehmung des eigenen Selbst (4) Dialog (5) Innerer Wachstum. Als 'Dialogische Achtsamkeit' wird der Prozess eines inneren Dialogs mit dem mentalen System und seinen psychologischen Bestandteilen, von einer achtsamen Beobachterposition aus, verstanden - dem Zentrum. Durch die Entwicklung eines achtsamen Bewusstseins, wird eine konstante Interaktion mit dem 'Selbst' möglich, sodass die therapeutisch bedeutsame Ich-Selbst-Achse erwächst; die eigene Fähigkeit, Akzeptanz aufzubringen wird gestärkt, ebenso wie die Fähigkeit das volle Potential der mentalen Zustände zu entfachen. Folglich konstituiert die dialogische Achtsamkeit einen inneren Erwachungsprozess des vollen eigenen Potentials, der dem Erwachten die Möglichkeit gibt, dieses zu entfesseln und mit ihm im weiten Feld der mentalen Probleme und psychischen Belastungen zu arbeiten. Zu den konkreten Anwendungsmöglichkeiten zählen die Arbeit mit: Introjektionen, Projektionen, Psychosomatischen Schmerzen, Traumanalyse und Animus / Anima.

Am zweiten und dritten Tag des Kurses, die mit ‘Muttertag’ und ‘Vatertag’ respektive betitelt waren, arbeiteten die Teilnehmer mit den elterlichen Introjektionen der Mutter- und Vaterfigur. Die Hauptübung bildete eine geführte, imaginative ‘Dialogische Achtsamkeits’ Intervention (Appendix A), inklusive der fünf Schritte, die durchlaufen wurde, während die Teilnehmer auf einem Stuhl saßen.

Achtsame Beobachtung

Psychosynthese ist vorrangig eine achtsamkeitsbasierte Psychotherapie, die starke Gemeinsamkeiten mit dem Buddhismus hat (Smith, 2010). Somit beginnen die meisten Interventionen damit, den Klienten durch Imaginationsübungen, die die Aufmerksamkeit auf die eigene Atmung richten, in einen achtsamen Zustand zu bringen. Ein achtsamer Zustand wird also durch das Erleben eines Moments frei jeden Inhalts oder Identifikation erreicht und hilft mit dem persönlichen Zentrum in Kontakt zu kommen. Achtsamkeit kann einen veränderten Bewusstseinszustand hervorrufen, der sich durch erhöhte Theta Kohärenz, normaler Weise im Schlaf präsent und eine tendenziell erhöhte Alpha Kohärenz, welche Gehirnwellen sind, die ruhige und entspannte Gedanken repräsentieren, auszeichnet (Travis, Grosswald & Stixrud, 2011; Travis, 2013). Geleitete Imagination befähigt die Klienten dazu, einen Zustand erhöhter Wachsamkeit und Präsenz zu erreichen, in dem Signale des Körpers besser wahrgenommen werden können und ein schärferer Sinn für die innere Wahrnehmung entsteht.

Elterliche Introjektion bemerken

Durch den oben beschriebenen Bewusstseinszustand ist es möglich, dass Klienten sich Introjektion bewusst werden. In der Psychoanalyse versteht man unter Introjektion einen Prozess, konträr zu einem Identifikationsprozess, in dem eigene Verhaltensweisen, Attribute und Fragmente der

Umwelt reproduziert werden, wobei ein Werte- und Vorstellungssystem übernommen wird. Die verbreitetsten und wohl schwierigsten Introjektionsmuster entstammen der Kindheit, in der bestimmte Aspekte des elterlichen Verhaltens in die Persona inkorporiert werden (Fellner, 2004), was reinigt das eigene Selbstverständnis bestimmt und bestehende Möglichkeiten eliminiert. In der Psychosynthese, gilt Introjektion als eine spezielle Form der Teilpersönlichkeit. Sich dieser elterlichen Introjektion bewusst zu werden, kann somit als Disidentifikationsprozess beschrieben werden, der durch das Aufdecken und Erfühlen der schädlichen psychischen Energie und des Wertesystems erreicht wird. Anschließend kann der Klient sich von den unterliegenden Introjektionen lösen, die persönlichen Wachstum und Selbstbestimmung gehemmt haben.

Wahrnehmung des eigenen Selbst

Assagioli (2000) besagt, dass wir durch alles, was mit unserem Selbst identifiziert wird, dominiert werden. Wir wiederum können alles dominieren, von dem wir uns disidentifiziert haben. Es ist entscheidend, die Konzepte Kontrolle und Domination nicht als Machterfahrung zu verstehen, sondern vielmehr als ein Gefühl von Inhaltsleere, Disidentifikation oder Entbindung. Die Erfahrung 'Ich habe all diese Dinge, aber ich bin NICHT diese Dinge' (Assagioli, 2000), führt zu einem achtsamen Bewusstseinszustand und einem erhöhten Sinn des Selbst. Folglich kann Disidentifikation als eine Abwendung von Inhalt und Identifikation betrachtet werden. Im Gegensatz zu achtsamkeitsbasierter Meditation (Goleman, 1988; Hayward, 1987), kann die Erfahrung, derjenige zu sein, der bewusst ist, die sich in der Psychotherapie einstellt, zu der Möglichkeit führen, identifiziert zu werden und gleichzeitig derjenige zu sein, der entscheidet als was. Daher ist die pure Wahrnehmung von 'Ich' oder 'Selbst' eine konstante Identifikation mit inhaltsleerer Achtsamkeit (reines Bewusstsein) und Willen. Dieser, von Inhalt oder Geschichte unabhängigen, transpersonalen Erfahrung wohnt der Weg zu einem vertieften Bewusstsein des Hier und Jetzt inne (Firman & Gila, 2002). Während dieses Prozesses ermöglicht die Disidentifikation

mit der dysfunktionalen elterlichen Introjektion die Chance, mit dem eigenen inneren Kind in Kontakt zu kommen.

Dialog

Von einem losgelösten Blickpunkt aus, dem Zentrum oder 'Ich', kann der Klient direkte Fragen an die psychische Energie, die unter den schädigenden Introjektionen liegt, richten. Dieser Prozess führt zu einer Offenlegung der angewachsenen Macht der Introjektion und folglich zu einer Enthüllung ihres wahren Sinnes, nämlich Heteronomie. Ein mögliches Beispiel für Fragen wie 'Was erwartest du von mir?' und 'Wer bin ich für dich?', ist der Glaube, dass man nur ein gutes Kind ist, wenn gewisse Erwartungen erfüllt werden, was zu einem andauernden Gefühl von Leid und einem Mangel an Selbstbewusstsein führt. Wenn man also schmerzhaft Emotionen fühlt, die von diesen dysfunktionalen Wertevorstellungen herrühren, wird deren schädliche Energie enttarnt und entmachtet.

Innerer Wachstum

Dieser wiederholte und bewusste Prozess der Interaktion zwischen 'Ich', 'Selbst', innerem Kind und der Energie der Introjektion, bestärkt die eigene persönliche Identität und lässt eine gesunde und ergiebige Brücke zwischen 'Ich' und 'Selbst' (Ich-Selbst-Achse) erwachsen. Durch die Entdeckung der destruktiven Macht der Introjektion, auf die eigene Identität, Selbstbewusstsein und Selbstliebe, kann der Klient einen bedeutsamen Schritt von Heteronomie, hin zur Eigenständigkeit bestreiten (Stut, 2015).

Datenanalyse

Die gesamte statistische Analyse wurde mithilfe der Statistik- und Analyse-Software für Sozialwissenschaften (SPSS), Version 23, mit $p > .05$, durchgeführt. Hinsichtliche Hypothese 1 und 2, wurden die Differenzen der SCL-90-R und FFMQ Werte der Teilnehmer, von T1, über T2, bis

hin zu T3, bemessen, wofür eine Varianzanalyse mit Messwiederholungen (RM-ANOVA) und ein post-hoc Zweistichproben-t-Test verwendet wurden, um die Unterschiede zwischen Ausgangsniveau (T1), über das Post-Interventionsniveau (T2), zum Follow-up-Niveau (T3), in der Längsschnittstudie mit Messwiederholungen, zu bestimmen. Um den Effekt der von der Psychosynthese angewandten Achtsamkeit, in Form von dialogischer Achtsamkeit, zu analysieren, wurden Differenzbewertungen für die FFMQ und SCL-90-R Werte kalkuliert (1 = T1 – T2; 2 = T2 – T3; 3 = T1 – T3). Als Nächstes, wurde eine Multivariate Regressionsanalyse (Kovarianzanalyse, ANCOVA), mit den FFMQ Werten als Wirkungsvariable und den SCL-90-R Werten als abhängige Variable, untersucht, wobei die angenommene negative Korrelation von Veränderungen der FFMQ Werte und SCL-90-R Werte, von T1 nach T3, getestet wurde (Hypothese 3). Schlussendlich wurde, im Falle der Ermangelung von Daten zu Testphasen, eine Intention-to-treat-Analyse durchgeführt.

Ergebnisse

Vorraussetzungen. Die Vorraussetzung der Normalität wurde bemessen, indem Schiefe und Kurtosis berechnet wurden, die mit Messwerten von ± 2 signifikant sind. Es ist jedoch belegt, dass Varianzanalysen mit Messwiederholungen auch bei Schiefe- und Kurtosiswerten von ± 2 , stabil ist (Lix, Keselman, & Keselman, 1996; Glass, Peckham & Sanders, 1972). Es kann also, trotz leichter Abweichungen von der nicht-normal Verteilung bei T3, vorausgesetzt werden, dass die Ergebnisse nicht verzerrt sind. Mit einem standardisierten Residuum, mit einem Grenzwert von ± 3 und Cook's D von 1, sollten Ausreißer erfasst werden. Weder bei den SCL-90-R Werten, noch bei den FFMQ Werten, wurden Ausreißer festgestellt. Zuletzt wurde mit Mauchlys Sphärizitätstest nachgewiesen, dass keine Übertretung des FFMQ Wertes ($p > .310$) vorliegt. Es kam jedoch zu einer Übertretung der Sphärizität bei den SCL-90-R Werten ($p < .001$). Folglich wurde die Greenhouse-Geisser Korrektur angewendet.

Intention-To-Treat-Analyse. Eine Intention-To-Treat-Analyse wurde durchgeführt, um fehlende Daten aus T2 und T3 zu kompensieren. Dies traf auf 65/22446 (0.0029%) der Messungen zu, also ein insignifikanter Verlust von Werten.

Hypothese 1. Um die Hypothese, die SCL-90-R Werte würden mit der Zeit abnehmen, wurde eine Anova mit Messwiederholungen angestellt. Der Haupteffekt der Zeit auf die SCL-90-R Werte, stellte sich als signifikant heraus: $F(1.49, 85.25) = 52.30, p < 0.001$ und Effektstärke $\eta^2 = 0.479$. Das Verständnis der Variation der SCL-90-R Werte über die Zeit hinweg, wurde durch drei post-hoc Zweistichproben-t-Tests vertieft, welche dem Zweck dienen, die SCL-90-R Werte bei den einzelnen Messpunkten zu vergleichen. Ein signifikanter Unterschied der SCL-90-R Werte wurde von T1 ($M = 0.99, SD = 0.58$) zu T2 ($M = 0.54, SD = 0.45$); $t(57) = 7.72, p < .001$, festgestellt. Des Weiteren, wurde auch eine signifikante Differenz von T1 ($M = 0.99, SD = 0.58$) zu T3 ($M = 0.54, SD = 0.48$); $t(57) = 7.89, p < .001$, festgestellt. Zwischen T2 ($M = 0.54, SD = 0.45$) und T3 ($M = 0.54, SD = 0.48$); $t(58) = 0.001, p = .99$, gab es keinen signifikanten Unterschied. Die Messresultate liefern einen starken Rückhalt für Hypothese 1. Die Schwankung der SCL-90-R Mittelwerte (mit Standardabweichung), wird in Abbildung 1 dargestellt.

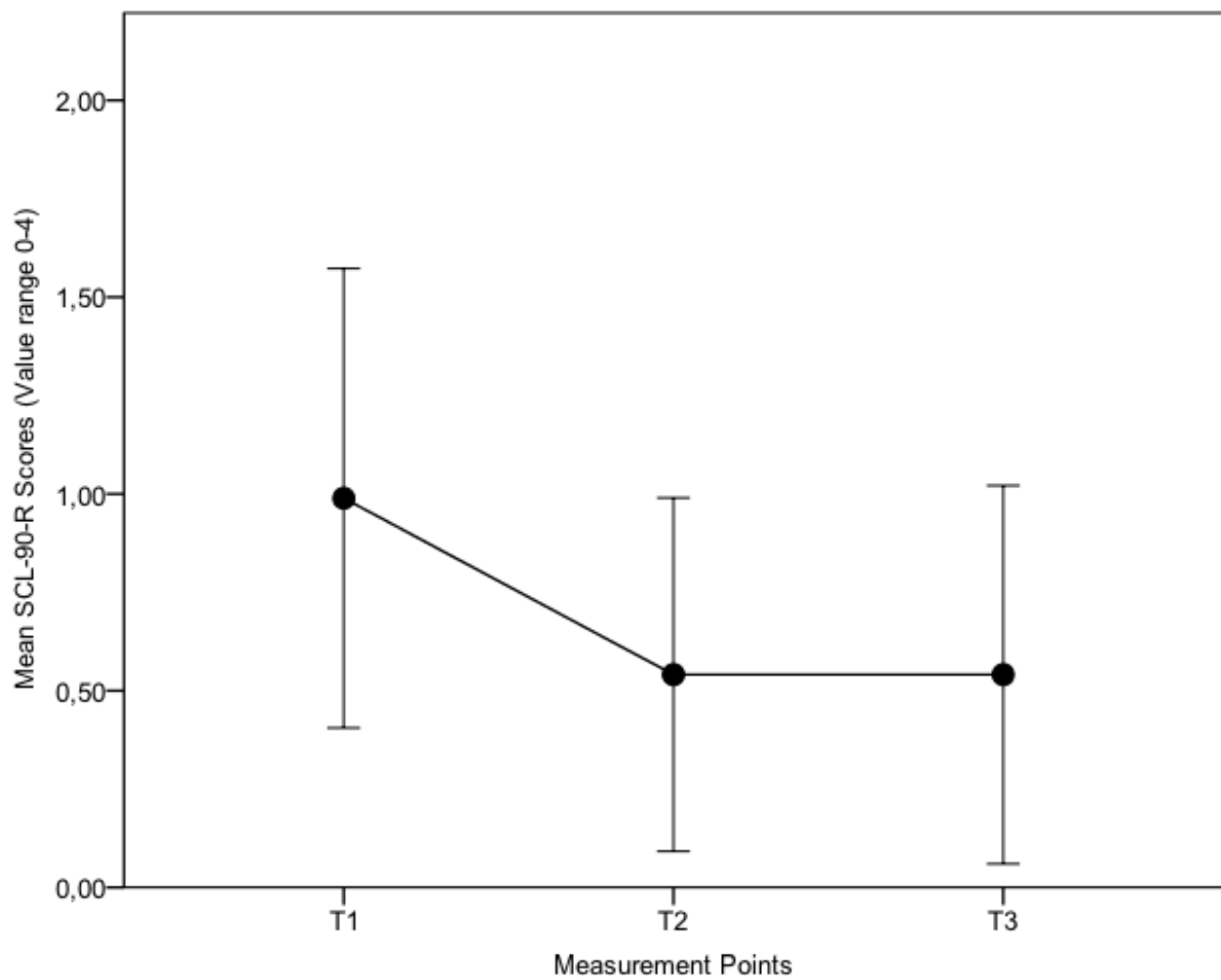


Abbildung 1. Mittelwerte und Standardabweichung der Symptom Checkliste-90-R für Ausgangsniveau (T1), Post-Interventionsniveau (T2) und Follow-up-Niveau (T3).

Tabelle 1 illustriert alle neun Subskalen der Symptom Checkliste-90-R und ihrer jeweiligen Werte, zwischen allen Messpunkten.

Tabelle 1. Mittelwertdifferenzen (deltas) der Symptom Checkliste-90-R für jede Subskala und Messpunkt.

	T1-T2	T1-T3	T2-T3
Somatisierung	.21***	.33***	.11*
Zwanghaftigkeit	.67***	.55***	-.11*

	T1-T2	T1-T3	T2-T3
Interpersonale Sensibilität	.57***	.59***	.02
Depression	.69***	.62***	-.07
Angstzustände	.44***	.51***	.07
Feindseligkeit	.30***	.40***	.10
Phobie	.27***	.25***	-.02
Paranoide Vorstellungen	.54***	.43***	-.11*
Psychotizismus	.34***	.34***	-.001

Anmerkung. Ausgangsniveau (T1), Post-Interventionsniveau (T2) und Follow-up-Niveau (T3).

* $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$.

Hypothese 2. Die Hypothese, die FFMQ Werte würden mit der Zeit zunehmen, wurde durch eine Anova mit Messwiederholungen getestet. Auch hinsichtlich der FFMQ Werte, stellte sich der Haupteffekt der Zeit als signifikant heraus: $F(1.92, 109.51) = 50.51, p < .001$ und Effektstärke $\eta^2 = 0.47$. Das Verständnis der Fluktuation der FFMQ Werte über die Zeit hinweg, wurde auch hier durch drei post-hoc Zweistichproben-t-Tests vertieft, welche dem Zweck dienten, die FFMQ Werte bei den einzelnen Messpunkten zu vergleichen. Ein signifikanter Unterschied der FFMQ Werte wurde von T1 ($M = 121.52, SD = 18.99$) zu T2 ($M = 137.84, SD = 20.09$); $t(57) = -8.31, p < .001$, festgestellt. Des Weiteren, wurde auch eine signifikante Differenz von T1 ($M = 121.52, SD = 18.99$) zu T3 ($M = 139.41, SD = 21.61$); $t(58) = -8.36, p < .001$, festgestellt. Zwischen T2 ($M = 137.84, SD = 20.09$) und T3 ($M = 139.41, SD = 21.61$); $t(58) = -.87, p = .386$, gab es keinen

signifikanten Unterschied. Hypothese 2 wird durch die Messresultate gestützt. Die Schwankung der FFMQ Mittelwerte (mit Standardabweichung), wird in Abbildung 2 dargestellt.

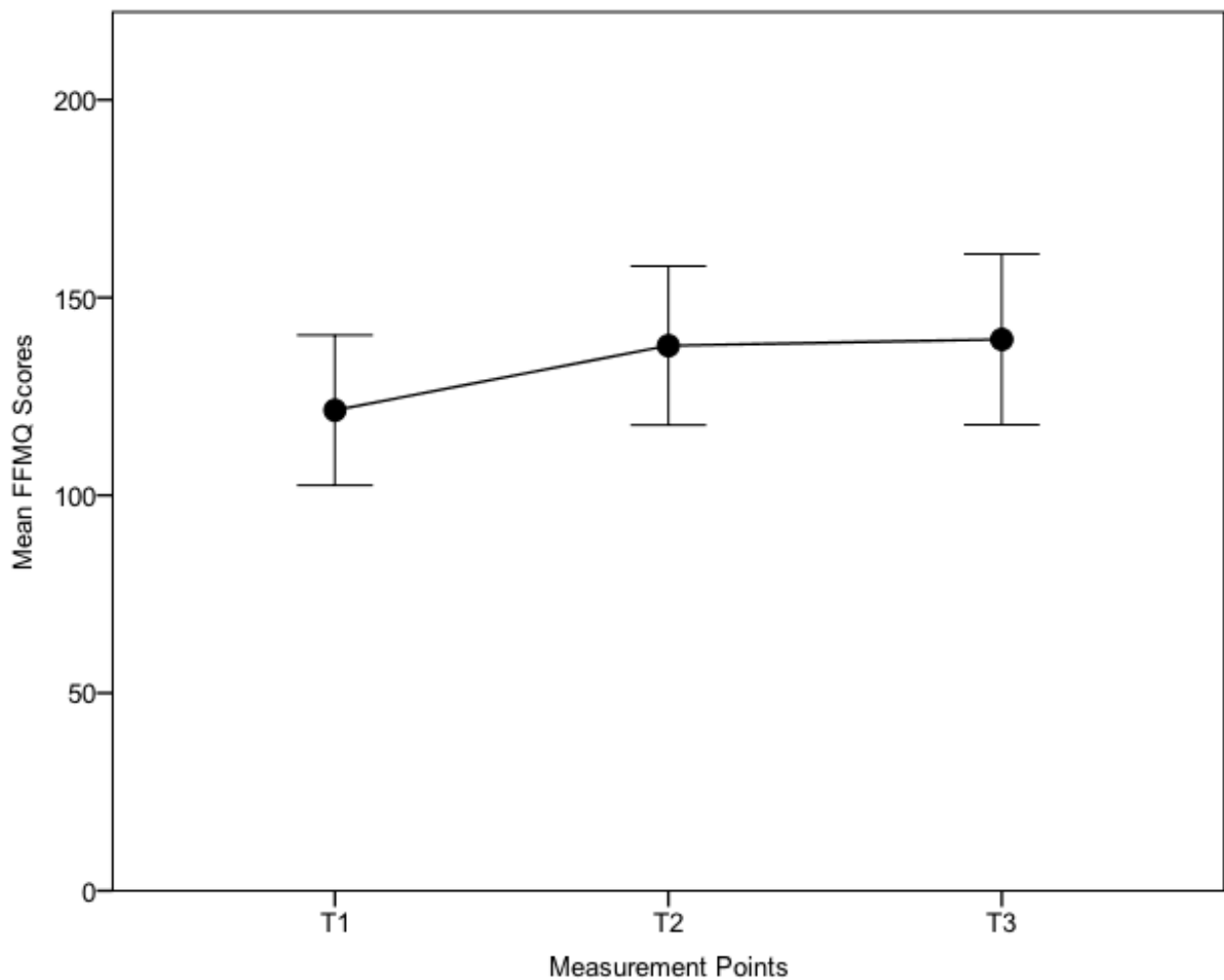


Abbildung 1. Mittelwerte und Standardabweichung des Five Facet Mindfulness Questionnaire für Ausgangsniveau (T1), Post-Interventionsniveau (T2) und Follow-up-Niveau (T3).

Tabelle 2 illustriert alle neun Subskalen des Five Facet Mindfulness Questionnaire und ihrer jeweiligen Werte, zwischen allen Messpunkten.

Tabelle 1. Mittelwertdifferenzen des Five Facet Mindfulness Questionnaire für jede Subskala und Messpunkt.

	T1 - T2	T1 - T3	T2 - T3
--	---------	---------	---------

	T1 - T2	T1 - T3	T2 - T3
Beobachten	-3.22***	-2.14***	1.09*
Beschreiben	-2.29***	-2.90***	-. 60
Bewusstes Handeln	-3.81***	-4.41***	-. 61
Nichtwerten	-4.40***	-4.98***	-. 59
Nichtreagieren	-2.60***	-3.47***	-. 86

Anmerkung. Ausgangsniveau (T1), Post-Interventionsniveau (T2) und Follow-up-Niveau (T3).

* $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$.

Hypothese 3. Um die Hypothese, die Veränderungen der FFMQ Werte ständen in negativer Korrelation zu den Veränderungen der SCL-90-R Werte von T1 zu T2, wurde eine Ancova mit Messwiederholungen durchgeführt. Zuvor wurden die Unterschiede der FFMQ und SCL-90-R Werte von T1 zu T2 und von T2 zu T3 berechnet. Um nachzuvollziehen, wie der Anstieg der FFMQ Werte die Veränderungen der SCL-90-R Werte beeinflusst, wurden zwei Interaktionseffekte bestimmt, die eine signifikante Auswirkung der FFMQ Wertvariation auf die der SCL-90-R von T1 zu T2, $F(1, 55) = 6.678$, $p < .012$, Wilk's $\Lambda = .892$, Effektstärke $\eta^2 = .108$, nachweisen. Keine signifikante Auswirkung der FFMQ Wertvariation auf die der SCL-90-R, wurde von T2 zu T3, $F(1, 55) = .706$, $p < .404$, Wilk's $\Lambda = .937$, Effektstärke $\eta^2 = .013$, festgestellt, was bedeutet, dass sich der bedeutende therapeutische Effekt vom Ausgangsniveau zum Post-Interventionsniveau einstellte. Die Anordnung der Wertdifferenzen zwischen den FFMQ und SCL-90-R Werten, wird in Abbildung 3 illustriert.

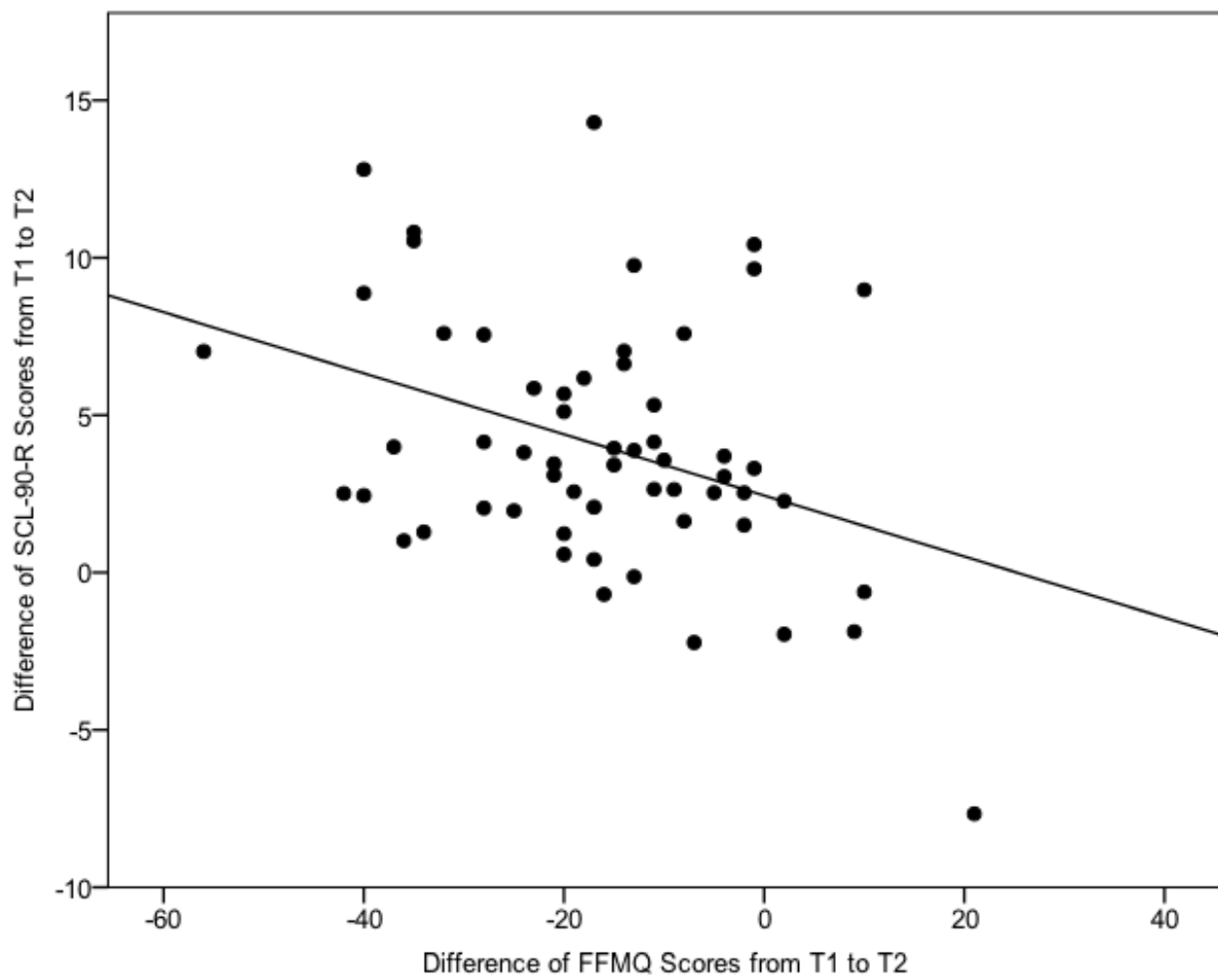


Abbildung 3. Verhältnis der Wertdifferenzen (delta) von FFMQ und SCL-90-R von Ausgangsniveau (T1) zu Post-Interventionsniveau (T2).

Diskussion

Wissenschaftliche Arbeiten, die das klinische und empirische Feld der Psychosynthese und somit transpersonale Psychologie und Psychotherapieansätze, behandeln, sind nach wie vor vernachlässigt und rar in der psychologiewissenschaftlichen Literatur. Während eine Promotionsstudie von Stut (2015) die Effizienz, Einzigartigkeit und den Effekt des 'Kölner Modells' auf psychopathologische Symptome untersuchte, blieb sie tiefere Einblicke in die ihr zugrundeliegenden Wirkmechanismen schuldig. In Anbetracht der Rarität von wissenschaftlichen Arbeiten, die sich mit Psychosynthese beschäftigen, versuchte diese Studie, das Thema der dialogischen Achtsamkeit in der Psychosynthese Therapie zu präsentieren und zu öffnen, und eine Grundlage für weitere Forschung und Diskussion zu legen. Genauer beschrieben, sollte die vorliegende Studie die Fragen nach der Effektivität und der Wirkmechanismen der Hauptintervention (Entwicklung der dialogischen Achtsamkeit), des Psychosynthesekurses 'Das innere Kind und die Heilung der Liebe', hinsichtlich der Achtsamkeitsfähigkeiten (Five Facet Mindfulness Questionnaire, FFMQ) und der psychopathologischen Symptome (Symptom Checkliste-90-R, SCL-90-R) überprüfen.

In Einklang mit Stuts (2015) Ergebnissen, erbringt die vorliegende Studie signifikante Unterstützung für Hypothese eins. Die Resultate demonstrieren einen signifikanten Rückgang psychopathologischer Symptome vom Ausgangsniveau zum Post-Interventionsniveau, während die Werte bis zum Follow-up konstant blieben, was einen stabilen psychotherapeutischen Effekt indiziert. Des Weiteren wurde, wie in Hypothese zwei angegeben, ein signifikanter Anstieg der Achtsamkeitswerte vom Ausgangsniveau zum Post-Interventionsniveau festgestellt, während die Werte bis zum Follow-up konstant blieben, was ebenfalls einen stabilen psychotherapeutischen Effekt indiziert. Schließlich lieferten die Resultate Nachweise für Hypothese drei, die besagte, dass eine negative Korrelation zwischen den Änderungen der FFMQ Werte und der SCL-90-R Werte, vom Ausgangsniveau zum Post-Interventionsniveau, bestehe. Dies deutet darauf hin, dass der beträchtliche Rückgang der psychopathologischen Symptome primär mit der zu beobachtenden Steigerung der Achtsamkeitsfähigkeit zusammenhängt.

Die nachfolgenden Paragraphen reflektieren diese Ergebnisse und legen deren praktische Implikationen fest. Zuletzt werden die Limitierungen dieser Studie diskutiert, was in Vorschlägen für fruchtbar Folgeforschung mündet und aufzeigt, welches Potential das Feld der Achtsamkeit für Psychotherapie und Psychosynthese, aber auch für den klinischen Bereich, bereithält.

Erkenntnisse und Erklärungen

Stuts (2015) Studie folgend, ist der effizienteste Faktor der Psychosynthese Therapie, wie auch vom 'Kölner Modell' für Psychosynthese praktiziert, therapeutisch betrachtet der Schritt des Klienten von Heteronomie hin zu Selbstbestimmung. Diese Schlussfolgerungen ergaben sich aus der Auswertung der Instrumente - OPI und Tagesbogen - während gleichzeitig ein erheblicher Rückgang der SCL-90-R Werte festgestellt wurde. Diese Studie hat Stuts (2015) Ergebnisse des Effekts der Psychosynthese Therapie auf alle psychopathologischen Symptome, gemessen mit der SCL-90-R, erfolgreich repliziert. Unserer Kenntnis nach, ist dies somit die zweite empirische Studie, die heute existiert und gleichermaßen den positiven therapeutischen Effekt der Psychosynthese, auf eine Reihe von psychopathologischen Symptomen - Somatisierung, interpersonaler Sensibilität, Zwanghaftigkeit, Depression, Aggression, Phobie, Angstzustände, paranoider Wahnvorstellungen, Psychotizismus und anderer Elemente - in einem nicht-psychiatrischen Umfeld, betont. Im Gegensatz zu Stuts (2015) Studie, während derer ein leichter Wiederanstieg der psychopathologischen Symptome bei Follow-up Messungen festgestellt wurde, blieben die förderlichen therapeutischen Resultate, bei dieser Studie, auch nachwirkend stabil. Jedoch muss bedacht werden, dass unterschiedliche Zeitpunkte für die Follow-up Messungen (T3) gewählt wurden (6 bis 8 Wochen bei Stuts Intervention (2015), während T3 in dieser Studie auf 3 Wochen nach der Intervention gelegt wurde) - was die Frage aufwirft, ob ähnliche Resultate auch nach 6 bis 8 Wochen zu verzeichnen gewesen wären.

Um den positiven therapeutischen Effekt auf die psychopathologischen Symptome zu verstehen, ist ein genauerer Blick auf die, dem Psychosynthesekurs zugrundeliegenden, Wirkmechanismen nötig.

Psychosynthese ist ein ressourcenorientierter und achtsamkeitsbasierter therapeutischer Ansatz, weshalb als zweites Resultat ein starker Anstieg von Achtsamkeitsfähigkeit vermutet wurde. Wie erwartet, belegte die Studie einen signifikant Anstieg der Achtsamkeitswerte vom Ausgangsniveau zum Post-Interventionsniveau festgestellt, während die Werte bis zum Follow-up konstant blieben. Daher ist diese Studie die erste ihrer Art, die zeigt, dass Psychosynthese Therapie einen signifikanten Anstieg der Achtsamkeitsfähigkeiten, auf allen fünf Subskalen bewirkt - beobachten, beschreiben, bewusst handeln, nichtwerten von inneren Erfahrungen, nicht auf innere Erfahrungen reagieren. Obwohl die beachtlichen Parallelen zwischen Psychosynthese und Buddhismus bereits theoretisch von Smith (2010) aufgedeckt wurden, ist diese Studie, nach der Kenntnis des Autors, die erste, die die Anwendung und das Verständnis von Achtsamkeit in der Psychosynthese, empirisch beschreibt. Die aktuelle Studie weist einen signifikanten Effekt von T1 zu T3 nach, was den therapeutischen Effekt der Achtsamkeit auf psychopathologische Symptome unterstreicht. Bei genauerer Betrachtung der therapeutischen Veränderungen zwischen den einzelnen Messpunkten, wird die negative Korrelation zwischen Achtsamkeitsfähigkeit und psychopathologischen Symptomen, von Pre- zu Post-Interventionsniveau, deutlich. Weil diese negative Korrelation von Post-Interventionsniveau zu Follow-up-Niveau insignifikant wird, liegt nahe, dass der bedeutsame therapeutische Effekt von Pre- zu Post-Intervention eintritt.

Der Autor schlussfolgert also, dass der Wirkmechanismus, der vorrangig für den Rückgang der psychopathologischen Symptome zuständig ist, die Zunahme der Achtsamkeitsfähigkeit und die damit einhergehende Disidentifikation ist. Als mögliche Erklärung gelten die wiederholten Übungen, die den Disidentifikationsprozess von elterlicher Introjektion unterstützen, wodurch die Teilnehmer ein Gefühl der Entbindung von schädigenden psychischen Energien, wie negative Selbst-Wahrnehmung, destruktives Verhalten gegenüber dem Selbst oder Stress erfahren können. Von solch einem achtsamen Punkt aus, kann ein vertieftes Verständnis des 'Selbst' und der persönlichen Identität, zu einer besseren Wahrnehmung des Selbstbewusstseins und der Selbstbestimmung führen. Wie bereits betont, Stut (2015) sieht darin den entscheidenden positiven

Effekt der Psychosynthese Therapie: der Schritt des Klienten von Heteronomie zu Selbstbestimmung.

Während die transformative Veränderung therapeutisch essenziell ist und ausdrücklich den humanistischen Charakter eines therapeutischen Ansatzes betont, der den Klienten in Kontakt mit seinen eigenen Ressourcen bringt, möchte der Autor auf eine weitere Perspektive auf die potentiell förderlichen, therapeutischen Effekte der Psychosynthese hindeuten. Das vordergründige Behandlungsziel des Kurses ist es zu versuchen, dialogische Achtsamkeit zu entwickeln. Alle Interventionen zielen darauf ab, die Achtsamkeitsfähigkeiten der Teilnehmer zu fördern, aus denen dialogische Achtsamkeit erwachsen kann. Dialogische Achtsamkeit bestärkt die Fähigkeit, bessere Einblicke und Identitätserfahrungen, durch einen Dialog mit den inneren psychischen Lasten, zu erlangen. Folglich entwickelt der Klient einen Weg, sich mit den eigenen Problemen auseinander zu setzen indem er ihnen achtsame Aufmerksamkeit widmet, was zu besseren Selbst-regulierenden Prozessen führt. Somit führt dialogische Achtsamkeit, in steter Ausübung, zu einem veränderten Selbst-Wahrnehmungszustand, der zum ultimativen therapeutischen Ziel, innerem Wachstum, führt. An dieser Stelle würde der Autor gerne qualitative Folgestudien vorschlagen, die sich auf Fragebögen bezüglich der Selbstkonzepte der Klienten konzentrieren. Dies könnte zu einem besseren Verständnis des therapeutischen Effekts, aus Sicht des Klienten führen und elementare Informationen über die Wirkmechanismen des Kurses geben.

Ein Hauptaspekt des Kurses könnte die ressourcenorientierte psychotherapeutische Arbeit mit dem inneren Kind sein (Stut, 2015). Der Kurs beschäftigt sich explizit ab dem dritten Tag mit dem inneren Kind, sobald sich die Klienten erfolgreich von der elterlichen Introjektion befreit haben. Von einer psychotherapeutischen Perspektive betrachtet, schließt die erste Phase des Kurses die Bewusstwerdung der Klienten über die elterliche Introjektion und den Prozess der Disidentifikation von ihnen ein. Weiterführend, ziehen die Klienten ihr inneres Kind groß, was Selbstliebe (Rowan,

1993), einen Individualisierungsprozess (Jacobi, 1959) und zukünftiges Potenzial (Mills & Crowley, 2001) veranschaulicht. Folglich, erwächst ein anhaltender achtsamer Dialog, dem die Möglichkeit innewohnt, aktiv mit dem eigenen psychologischen Maturationsprozess zu arbeiten (Segal, 1999). Das innere Kind sollte als primäre, urbildliche Ressource verstanden werden, die jedem Menschen zu Eigen ist. Dialogische Achtsamkeit strebt in der Psychosynthese Therapie also aktiv einen fruchtbaren Austausch mit dem inneren Kind an, was über die letzten Tage des Kurses hinweg geübt wird. Auch wenn der Autor hier bestrebt ist, mögliche Erklärungen für die positiven Resultate und deren psychotherapeutischen Wert zu geben, sollte weiterführende Forschung sich ausdrücklich auf das innere Kind konzentrieren, um somit seine Rolle und seinen Werte für die Psychosynthese Therapie empirisch zu belegen. Der Autor schlägt auch eine klarere Definition und Klärung des psychosynthetischen Verständnisses und der praktischen Anwendung von urbildlichen Ressourcen, wie dem inneren Kind, vor und wünscht sich, dass ihr therapeutischer Wert durch die Auswertung spezifischer Fragebögen bestimmt wird.

Die anhaltende achtsame Interaktion mit dem eigenen Inneren führt, gemäß dem 'Kölner Modell' der Psychosynthese, zu einem fortschreitenden Erwachungsprozess (Stut, 2015), der die Stabilität der SCL-90-R und FFMQ Werte drei Wochen nach der Intervention erklären könnte. Fortschreitendes Erwachen beschreibt das Entfalten und das Verbinden mit höheren Schichten der menschlichen Natur - präziser, dem transpersonalen 'Selbst' - was selbstbestimmte Prozesse ermöglicht. Indem ein veränderter, achtsamer Zustand, durch erweiterte Übungen während des Kurses, erreicht wird (und damit dialogische Achtsamkeit), wird man dazu befähigt, psychische Belastungen im Alltag selbst zu beherrschen, indem ein anhaltender, achtsamer Dialog mit dem Inneren geführt wird. In Folge dessen, kann man ein vertieftes Bewusstsein für die eigenen Ressourcen entwickeln und somit die Fähigkeiten, die zu einem langanhaltenden selbsttherapierenden Effekt führen. Gleichwohl durch die Resultate gezeigt wird, dass die Erhöhung der Achtsamkeitswerte den signifikanten Rückgang der psychopathologischen Symptome bedingt, ist

unklar, welche Mechanismen des Kurses im Spezifischen für die therapeutische Verschiebung verantwortlich sind. Die Frage, ob dialogische Achtsamkeit tatsächlich der Hauptmechanismus hinter dem therapeutischen Effekt ist, kann zurecht gestellt werden. Während sich der Autor der anderen Charakteristika des Psychosynthesekurses, die einen zusätzlichen Effekt hätten haben können, voll bewusst ist, bleibt die dialogische Achtsamkeit dennoch die Hauptintervention des gesamten Kurses. Somit sollte die vorliegende Studie als Pilotprojekt verstanden werden, die dialogische Achtsamkeit in das klinische Feld einführt und gleichzeitig zukünftige Forschung und Diskussion in diesem Fach begrüßt.

Limitierungen und zukünftige Weisungen

Neben ihren oben aufgeführten Stärken und Vorzügen, sollte diese Studie auch mit Blick auf einige wichtige Limitierungen hin gelesen werden, aus denen sich beträchtliche Möglichkeiten für zukünftige Forschung und gleichzeitig das enorme Potenzial ressourcenorientierter und achtsamkeitsbasierter psychotherapeutischer Ansätze, ableiten lassen. Erstens, war die Teilnahme gegebenenfalls ein Gefallen oder aber durch Eigeninteresse bedingt, da alle Teilnehmer für die Kursteilnahme gezahlt hatten und somit an der wissenschaftlichen Ergründung seiner Effizienz interessiert waren. Dies bedeutet Selbst-Selektion. Des Weiteren waren an der Studie mehr weibliche als männliche Teilnehmer beteiligt (35 weiblich, 23 männlich). Folglich sollte zukünftige Forschung ein ausgewogenes Teilnehmerbild zum Ziel haben, damit die Ergebnisse auf die Gesamtbevölkerung extrapoliert werden können. Auch waren die Teilnehmer überwiegend aus Deutschland, was die Frage aufwirft, ob die Resultate auch für einen weiteren geographischen Rahmen von Nutzen sein können.

Ein weiterer bedeutender Aspekt sind die Kursgebühren, die von den Teilnehmern selbst getragen wurden. Die Frage nach der Motivation der Teilnehmer am Ausgangspunkt, zieht Überlegungen über einen möglichen Placebo-Effekt nach sich. Seit Freudschen Zeiten, wird unter

Psychotherapeuten über den Wert von selbstbezahlter Therapie diskutiert. Furnham (2014) diskutiert diese Frage mit gemischten Ergebnissen. Auf der einen Seite sieht er eine höhere Motivation bei den Teilnehmern, auf der anderen Seite sieht er jedoch auch Gefahr für einen gegenläufigen Effekt, der durch erhöhte Erwartungshaltungen ausgelöst wird und hinsichtlich des therapeutischen Effekts somit kritisch zu bewerten ist. Zukünftige Forschung sollte daher, durch spezifische Fragebögen, auf die Motivation am Ausgangsniveau eingehen.

Abgesehen davon, dass die vorliegende Studie, durch ihr Längsschnittdesign, erhebliche Vorteile aufweist, wie zum Beispiel die geringe Schwundquote und die Größe der Stichprobe, ist das Fehlen einer Kontrollgruppe ein entscheidender Schwachpunkt. Obgleich starke Nachweise für alle drei Hypothesen geliefert wurden, kann kein unmittelbarer Vergleich zu einer nicht behandelten Kondition angestellt werden. Es sollte ein Vergleich mit zufällig gewählten Kontrollgruppen angestrebt werden um auftretende Differenzen unter verschiedenen Probekonditionen zu testen. Wenn man die aktuelle deutsche Gesetzgebung zur Psychotherapie (WBP, 2010) betrachtet, wird klar, dass empirische Forschung im Feld der humanistischen Psychologie oder weitere nicht ausdrücklich genehmigte therapeutische Ansätze, schwer durchführbar sein werden. Das liegt erstens daran, dass gemäß der WBP (2010) eine bestimmte Zahl klinisch relevanter Teilnehmer von Nöten ist, welche im Weiteren zufällig in Behandlungs- und Kontrollgruppe aufgeteilt werden. Aufgrund der Tatsache, dass Patienten mit ernsthafter klinischer Symptomologie vorrangig in psychiatrischen Krankenhäusern anzutreffen sind, werden Forscher gegebenenfalls Schwierigkeiten dabei haben, genug relevante Teilnehmer zu rekrutieren. Ein weiteres Problem ist, dass Forscher, die alle vorab beschriebenen Anforderungen erfüllen, zumeist einen anerkannten therapeutischen Ansatz, wie analytische Psychotherapie oder kognitive Verhaltenstherapie ausüben. Folglich bedeutet das, dass etablierte therapeutische Schulen ihre Klienten an einen 'konkurrierenden' therapeutischen Ansatz übermitteln sollen. Für eine weiterführende Erklärung dazu, empfehle ich Stut's Studie (2015), die sich mit den Schwierigkeiten befasst, die neue therapeutische Ansätze im

Feld der klinischen Psychologie antreffen. Eine mögliche Lösung ist, dass Patienten in diagnostischen Ambulanzen rekrutiert werden, an die sie von Psychologen für mögliche Studien verwiesen werden, wie es heutzutage teilweise in Deutschland praktiziert wird. Allerdings muss berücksichtigt werden, dass humanistische Therapie weder von der WBP (2010), noch von Krankenkassen anerkannt ist und Teilnehmer die Kosten für die Therapie somit selbst tragen müssen. Daher sehen sich humanistische Studien mit erheblichen logistischen und finanziellen Problemen konfrontiert, die die Erhebung relevanter empirischer und klinischer Studien erschweren. Folglich ist sich der Autor der Hindernisse bewusst, die den eigentlichen Stärken der Studie gegenüberstehen, vor Allem hinsichtlich finanzieller Ressourcen. Nichtsdestotrotz ist eine Diskussion über die Effektivität und Anwendbarkeit humanistischer Ansätze, wie der Psychosynthese wünschenswert.

Die Verwendung von Selbstbewertung könnte als weitere Limitierung gewertet werden, da diese Messart für Einheitsmethodenvarianz verantwortlich ist (Podsakoff, MacKenzie, Lee & Podsakoff, 2004). Folglich kann Einheitsmethodenvarianz zu systematischen Messfehlern führen und es kann sich Befangenheit bei der Bewertung des tatsächlichen Zusammenhangs theoretischer Muster einstellen. Weiterführende Studien sollten sich weitere Ausgangsmessungen zu Nutzen machen, um die Moderationswirkung der Persönlichkeit der Teilnehmer, der Symptomcharakteristik und der Eigenfinanzierung des Kurses, über Motivation hinaus, zu ergründen. Indem differenzielle Moderatoren identifiziert werden, können zukünftige Studien das volle Potential der dialogischen Achtsamkeit sowie ihre Limitierungen in einem breiteren klinischen Feld ergründen. Zuletzt ist es wichtig einen möglichen Situationseffekt zu bedenken, der sich dem Umstand verdankt, dass der Psychosynthesekurs in einem externen Seminarhotel stattfand. Der Ortseffekt könnte einen weiteren synergistischen Effekt auf den Kurs haben. Korte (2014) zufolge, können unbekannte Orte zu einem erhöhten Lerneffekt führen. Demnach konnte Stut (2015) unterschiedliche Effektstärken in einem externen Seminarhotel und ambulanter Intervention im Institut feststellen, obwohl ein signifikanter

Effekt auf psychosomatische Symptome unabhängig vom Ort eintrat. Dem entspringt die Frage nach der Effizienz ambulanter Therapien im klinischen Feld, besonders hinsichtlich des Kosten-Nutzen Faktors. Zukünftige Forschung sollte die Unterschiede zwischen fremden Orten und ambulanter Psychosynthese untersuchen und somit tiefere Einblicke in die verschiedenen spezifischen Teile geben, die den therapeutischen Effekt bedingen. Des Weiteren könnte sich unser Verständnis der Psychotherapie hin zu kürzeren, jedoch intensiveren Therapieperioden entwickeln. Intensive Psychosyntheseminare, wie dieser Kurs, ermöglichen tiefere Erfahrungen des 'Ich' und des 'Selbst', was zu nachhaltigeren therapeutischen Effekten führt.

Das Ziel dieser Studie war es, den Effekt der Psychosynthese auf Achtsamkeitsfähigkeiten und psychopathologische Symptome, zu ergründen, indem die psychosynthetische Anwendung dialogischer Achtsamkeit untersucht wurde. Auch wollte der Autor der erste sein, der dialogische Achtsamkeit im Kontext der Psychosynthese definiert, ihren praktischen Nutzen, hier bei der Arbeit mit elterlicher Introjektion, aufzeigt und das derzeitige klinische Verständnis der Achtsamkeit, als etwas was primär die Eigenwahrnehmung - das Zentrum - stärkt erweitern. In der Psychosynthese liegt das Verständnis des tieferen Potentials der Achtsamkeit im inneren Dialog mit dem inneren System, welcher Selbsterfahrungen ermöglicht, die ultimativ zu innerem Wachstum führen. Durch dialogische Achtsamkeit ermöglicht die Psychosynthese den Kontakt mit der tiefsten menschlichen Ressource - dem inneren Kind (Rowan, 1993). In einem konstanten Dialog mit dem inneren Kind, hat man die Aussicht auf fortlaufende Maturation und selbst-regulative Prozesse, welche die Ressourcenorientierung der Psychosynthese unterstreichen. Grawe (1994) betont in seiner klinischen Meta-Analyse die Bedeutung von erfahrungsbasierten und ressourcenorientierten psychotherapeutischen Ansätzen. Somit kann diese Studie ein wertvoller Schritt zu einer tieferen Kenntnis der Achtsamkeit sein, besonders hinsichtlich ihres Nutzens in der Psychosynthese, und neue Einsichten in das klinische Verständnis der mentalen Gesundheit, als einen fortlaufenden Prozess, generieren. Jungs berühmtem Zitat „Wer nach außen schaut, träumt. Wer nach innen

blickt, erwacht“ (1968) folgend, kann dialogische Achtsamkeit zu einem Erwachensprozess führen, der wiederum zu innerem Wachstum, dem Kernaspekt der mentalen Gesundheit, führt. Somit kann mentale Gesundheit als konstanter Prozess von Wachstum und Individuation in Antwort auf die Umwelt verstanden werden.

Schlussfolgerung

Die Forschung hat sich bisher vornehmlich auf die Ursprünge der Achtsamkeit und ihre Vereinbarkeit mit der Psychotherapie, wie bei kognitiver Verhaltenstherapie, beschäftigt. Daher sind wissenschaftliche Ansätze zu achtsamkeitsbasierten Psychotherapieansätzen, wie der Psychosynthese, selten und fast nicht existent. Dies ist erst die zweite empirische Studie über Psychosynthese und die derzeitige erste, die Achtsamkeit, in Form von dialogischer Achtsamkeit in der Psychosynthese Therapie definiert und erörtert. Alle drei Hypothesen erhielten signifikante Unterstützung, was sich den starken positiven therapeutischen Effekten auf alle psychopathologischen Symptome, gemessen mit der SCL-90-R und einer Zunahme an Achtsamkeitsfähigkeiten, die mit dem FFMQ bestimmt wurden, verdankt. Des Weiteren war es der Studie möglich zu zeigen, dass erhöhte Achtsamkeit verringerte psychopathologische Symptome bedingt, was das therapeutische Potential der dialogischen Achtsamkeit innerhalb der Psychosynthese veranschaulicht. Diese Studie möchte somit das transpersonale Potential der Psychosynthese betonen, die eine intensive ‘Ich’ und ‘Selbst’ Erfahrung ermöglicht, indem dialogische Achtsamkeit zum ultimativen therapeutischen Ziel führt - innerem Wachstum.

Quellenverzeichnis

- Assagioli, R. (2000). *Psychosynthesis: A Collection of Basic Writing*. Amherst, MA: The Synthesis Center. (Original work published 1965)
- Assagioli, R. (1967). *Psychosynthesis Medicine and Bio-Psychoanalysis*. Psychosynthesis Research Foundation, Issue 21. Retrieved from <http://two.not2.org/psychosynthesis/articles/PsychosomaticMedicine.pdf>
- Antonovsky, A. (1979). *Stress and Coping* Jossey-Bass. London. *Psychological Medicine*, 11(01), 206. doi:10.1017/s003329170005371x
- Baer, R. A. (2003). Mindfulness Training as a Clinical Intervention: A Conceptual and Empirical Review. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10(2), 125-143. doi:10.1093/clipsy.bpg015
- Baer, R. A., Smith, G. T., Hopkins, J., Krietemeyer, J., Toney, L. (2006). Using Self-Report Assessment Methods to Explore Facets of Mindfulness. *Assessment*, 13(1), 27-45. doi:10.1177/1073191105283504
- Baer, R. A., Smith, G. T., Lykins, E., Button, D., Krietemeyer, J., Sauer, S., ... Williams, J. M. (2008). Construct Validity of the Five Facet Mindfulness Questionnaire in Meditating and Nonmeditating Samples. *Assessment*, 15(3), 329-342. doi:10.1177/1073191107313003
- Battista, J. R. (1996). Abraham Maslow and Roberto Assagioli: pioneers of transpersonal psychology, in *Textbook of Transpersonal Psychiatry and Psychology*, edited by Scotton BW, Chinen AB, Battista JR. New York, Basic Books, 1996, pp 52–61
- Bauer, J. (2010). *Das Gedächtnis des Körpers: Wie Beziehungen und Lebensstile unsere Gene steuern*. Frankfurt, M: Eichborn.
- Bhikku, T. (2010) "Satipatthana Sutta: Frames of Reference" (MN 10), translated

from the Pali by Thanissaro Bhikkhu. Access to Insight, 11 October 2010,
<http://www.accesstoinsight.org/tipitaka/mn/mn.010.than.html> . Retrieved on 11 October
2011.

Bloom, W. (2000). *Holistic revolution: The essential reader*. London: Allen Lane.

Bowen, S., Witkiewitz, K., Dillworth, T. M., Chawla, N., Simpson, T. L., Ostafin, B. D., ...

Marlatt, G. A. (2006). Mindfulness meditation and substance use in an incarcerated
population. *Psychology of Addictive Behaviors*, 20(3), 343-347. doi:10.1037/0893-
164x.20.3.343

Brown, K. W., Ryan, R. M., & Creswell, J. D. (2007). Mindfulness: Theoretical Foundations
and Evidence for its Salutary Effects. *Psychological Inquiry*, 18(4), 211-237.

doi:10.1080/10478400701598298

Brown, M. Y. (2012). *Unfolding Self: The Practice of Psychosynthesis*. New York: Allworth
Press.

Buckelew, S.P., Burk, J.P., Brownelee-Duffeck, M., Frank, R. G., DeGood D. (1988)

Cognitive and somatic aspects of depression among a rehabilitation sample: Reliability and
Validity of SCL-90-R research subscales. *Rehabilitation Psychology*; 33: 7-75.

Carter J. W., Hidreth H. M., Knutson A. L. (1959). Mental health and the American
Psychological Association. Ad hoc Planning Group on the Role of the APA in Mental
Health Programs and Research. *Am Psychol* 1959;14:820–5.

Chiesa, A., & Serretti, A. (2009). Mindfulness-Based Stress Reduction for Stress
Management in Healthy People: A Review and Meta-Analysis. *The Journal of
Alternative and Complementary Medicine*, 15(5), 593-600. doi:10.1089/acm.2008.0495

Cramer, H., Lauche, R., Langhorst, J., & Dobos, G. (2013). YOGA FOR DEPRESSION: A
SYSTEMATIC REVIEW AND META-ANALYSIS. *Depression and
Anxiety*, 30(11), 1068-1083. doi:10.1002/da.22166

Damasio, A. R., Everitt, B. J., & Bishop, D. (1996). The Somatic Marker Hypothesis and the

Possible Functions of the Prefrontal Cortex [and Discussion]. *Philosophical Transactions of the Royal Society B: Biological Sciences*, 351(1346), 1413-1420.
doi:10.1098/rstb.1996.0125

Davidson, R. J., Kabat-Zinn, J., Schumacher, J., Rosenkranz, M., Muller, D., Santorelli, S. F., ... Sheridan, J. F. (2003). Alterations in Brain and Immune Function Produced by Mindfulness Meditation. *Psychosomatic Medicine*, 65(4), 564-570.
doi:10.1097/01.psy.0000077505.67574.e3

Derogatis, L.R., Savitz, K.L. (2000). The SCL-90-R and the Brief Symptom Inventory (BSI) in Primary Care In: M.E. Maruish, ed. *Handbook of psychological assessment in primary care settings*, Volume 236 Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates, pp 297-334

Deyo, M., Wilson, K. A., Ong, J., & Koopman, C. (2009). Mindfulness and Rumination: Does Mindfulness Training Lead to Reductions in the Ruminative Thinking Associated With Depression? *EXPLORE: The Journal of Science and Healing*, 5(5), 265-271. doi:10.1016/j.explore.2009.06.005

Eberth, J., & Sedlmeier, P. (2012). The Effects of Mindfulness Meditation: A Meta-Analysis. *Mindfulness*, 3(3), 174-189. doi:10.1007/s12671-012-0101-x

Ekman, P., Davidson, R. J., Ricard, M., & Alan Wallace, B. (2005). Buddhist and Psychological Perspectives on Emotions and Well-Being. *Current Directions in Psychological Science*, 14(2), 59-63. doi:10.1111/j.0963-7214.2005.00335.x

Fall, K. A., Holden, J. M., & Marquis, A. (2004). *Theoretical models of counseling and psychotherapy*. New York: Brunner-Routledge.

Fellner, R. L. (2004, May). Die Psychoanalyse Sigmund Freuds. Retrieved from <https://www.psychotherapiepraxis.at/artikel/psychoanalyse/psychoanalyse.phtml#inhabwehr>

- Ferreira-Vorkapic, C., Feitoza, J. M., Marchioro, M., Simões, J., Kozasa, E., & Telles, S. (2015). Are There Benefits from Teaching Yoga at Schools? A Systematic Review of Randomized Control Trials of Yoga-Based Interventions. *Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine*, 2015, 1-17. doi:10.1155/2015/345835
- Firman, J., & Gila, A. (2002). *Psychosynthesis: A psychology of the spirit*. Albany: State University of New York Press.
- Fletcher, L. B., Schoendorff, B., & Hayes, S. C. (2010). Searching for Mindfulness in the Brain: A Process-Oriented Approach to Examining the Neural Correlates of Mindfulness. *Mindfulness*, 1(1), 41-63. doi:10.1007/s12671-010-0006-5
- Fresco, D. M., Segal, Z. V., Buis, T., & Kennedy, S. (2007). Relationship of posttreatment decentering and cognitive reactivity to relapse in major depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 75(3), 447-455. doi:10.1037/0022-006x.75.3.447
- Furnham, A., Schervish, P. G., & Argyle, M. (2001). The Psychology of Money. *Contemporary Sociology*, 30(2), 166. doi:10.2307/2655406
- Glass, G. V., Peckham, P. D., & Sanders, J. R. (1972). Consequences of Failure to Meet Assumptions Underlying the Fixed Effects Analyses of Variance and Covariance. *Review of Educational Research*, 42(3), 237-288. doi:10.3102/00346543042003237
- Grabovac, A. D., Lau, M. A., & Willett, B. R. (2011). Mechanisms of Mindfulness: A Buddhist Psychological Model. *Mindfulness*, 2(3), 154-166. doi:10.1007/s12671-011-0054-5
- Grawe, K., Donati, R., & Bernauer, F. (1994). *Psychotherapie im Wandel: Von der Konfession zur Profession*. Göttingen: Hogrefe, Verlag für Psychologie.
- Goleman, D. (1988). *The meditative mind: The varieties of meditative experience*. New York: G.P. Putnam's Sons.
- Giesler, M., & Veresiu, E. (2014). *Creating the Responsible Consumer: Moralistic*

Governance Regimes and Consumer Subjectivity. *J Consum Res*, 41(3), 840-857.

doi:10.1086/677842

Hardt, J., Gerbershagen, H. U., & Franke, P. (2000). The symptom check-list, SCL-90-R: its use and characteristics in chronic pain patients. *European Journal of Pain*, 4(2), 137-148. doi:10.1053/eujp.2000.0162

Hardy, J. (1987). *A psychology with a soul: Psychosynthesis in evolutionary context*. London: Routledge & Kegan Paul.

Hayward, J. W. (1987). *Shifting worlds, changing minds: Where the sciences and Buddhism meet*. Boston u.a: Shambhala.

Herbold, W. (2007). *Das so genannte Innere Kind: Vom Inneren Kind zum Selbst*. Stuttgart: Schattauer.

Hofmann, S. G., Sawyer, A. T., Witt, A. A., & Oh, D. (2010). The effect of mindfulness-based therapy on anxiety and depression: A meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 78(2), 169-183. doi:10.1037/a0018555

Huber, M., Knottnerus, J. A., Green, L., Horst, H. V., Jadad, A. R., Kromhout, D., ... Smid, H. (2011). How should we define health? *BMJ*, 343(jul26 2), d4163-d4163. doi:10.1136/bmj.d4163

Jacobi, J. (1959). *Complex, archetype, symbol in the psychology of C.G. Jung*. New York: Pantheon Books.

Jackel, Birgit (2011). "‘Aufmerksamkeit, Achtsamkeit und Lebendigkeit’ – Lernen aus neurophysiologischer Sicht". 2011

Jadad, A. R., & O'Grady, L. (2008). How should health be defined? *BMJ*, 337(dec10 1), a2900-a2900. doi:10.1136/bmj.a2900

Johnson, S. B. (2012). *Medicine's paradigm shift: An opportunity for psychology*.

Retrieved from <http://www.apa.org/monitor/2012/09/pc.aspx>

Jung, C. G. (1969). *The structure and dynamics of the psyche*. Princeton, N.J.: Princeton

University Press.

Kabat-Zinn, J. (1994). *Gesund durch Meditation: Das grosse Buch der Selbstheilung.*

München: Barth.

Knobben, S. (2013). A meta-analysis of the effectiveness of yoga on mental health; taking on a dual perspective reflecting the medical and positive perspective of mental health.

Retrieved from [http://essay.utwente.nl/63524/1/Knobben, S. -
s1135902\(verslag\).pdf](http://essay.utwente.nl/63524/1/Knobben, S. - _s1135902_(verslag).pdf)

Korte, M. (2014). Weiterbildung an fremden Orten erhöht den Lerneffekt. Retrieved from

[http://www.sueddeutsche.de/news/karriere/arbeit-weiterbildung-an-fremden-orten-
erhoeht-den-lerneffekt-dpa.urn-newsml-dpa-com-20090101-140902-99-02995](http://www.sueddeutsche.de/news/karriere/arbeit-weiterbildung-an-fremden-orten-erhoeht-den-lerneffekt-dpa.urn-newsml-dpa-com-20090101-140902-99-02995)

The Lancet. (2009). What is health? The ability to adapt. *The Lancet*, 373(9666), 781.

doi:10.1016/s0140-6736(09)60456-6

Larson, J. S. (1999). The Conceptualization of Health. *Medical Care Research and*

Review,56(2), 123-136. doi:10.1177/107755879905600201

Lehrhaupt, L. M., & Meibert, P. (2011). Stress bewältigen mit Achtsamkeit: Zu innerer Ruhe kommen durch MBSR - Mindfulness-Based Stress Reduction.

Lix, L. M., Keselman, J. C., & Keselman, H. J. (1996). Consequences of Assumption Violations

Revisited: A Quantitative Review of Alternatives to the One-Way Analysis of Variance F Test. *Review of Educational Research*, 66(4), 579-619. doi:10.3102/00346543066004579

Lombard, C. A. (2014). Coping with anxiety and rebuilding identity: A psychosynthesis

approach to culture shock. *Counselling Psychology Quarterly*, 27(2), 174-199.

doi:10.1080/09515070.2013.875887

Lutz, A., Slagter, H. A., Dunne, J. D., & Davidson, R. J. (2008). Attention regulation and

monitoring in meditation. *Trends in Cognitive Sciences*, 12(4), 163-169.

doi:10.1016/j.tics.2008.01.005

Manwell, L. A., Barbic, S. P., Roberts, K., Durisko, Z., Lee, C., Ware, E., & McKenzie, K.

(2015). What is mental health? Evidence towards a new definition from a mixed methods multidisciplinary international survey. *BMJ Open*, 5(6), e007079-e007079. doi:10.1136/bmjopen-2014-007079

Mantri, S. (2008). Holistic Medicine and the Western Medical Tradition. *Virtual Mentor*, 10(3), 177-180. doi:10.1001/virtualmentor.2008.10.3.mhst1-0803

Marlatt, G. A., Kristeller, J. L. (1999). Mindfulness and meditation. In: William R. Miller, Ed; Integrating spirituality into treatment: Resources for practitioners. American Psychological Association: Washington, DC, USA, 1999. p. 67-84 of xix, 293pp.

Mills, J. C., Crowley, R. J., & Ryan, M. O. (2001). Therapeutic metaphors for children and the child within. Philadelphia, PA: Brunner/Mazel.

Podsakoff, P. M., MacKenzie, S.B., Lee, J. Y., & Podsakoff, N. P. (2004). Common Method Biases in Behavioural Research: A critical Review of the Literature and Recommended Remedies. *Journal Applied Psychology*, 88, 879-903. Doi: 10.1037/0021-9010.88.5.879

Piet, J., & Hougaard, E. (2011). The effect of mindfulness-based cognitive therapy for prevention of relapse in recurrent major depressive disorder: A systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 31(6), 1032-1040. doi:10.1016/j.cpr.2011.05.002

Rowan, J. (1993). Discover your subpersonalities: Our inner world and the people in it. London: Routledge.

Segal, R. A. (1999). Theorizing about myth. Amherst: University of Massachusetts Press.

Shapiro, S. L., Carlson, L. E., Astin, J. A., & Freedman, B. (2006). Mechanisms of mindfulness. *Journal of Clinical Psychology*, 62(3), 373-386. doi:10.1002/jclp.20237

Singer, W., Ricard, M., & Warmuth, S. (2008). *Hirnforschung und Meditation: Ein Dialog*. Frankfurt am Main: Suhrkamp.

Smith, G. D. (2010). The end of the beginning for chronic disease

epidemiology. *International Journal of Epidemiology*, 39(1), 1-3.

doi:10.1093/ije/dyq011

Smith, H. (2010). Buddhism and Psychosynthesis. Retrieved from

<http://www.kycenterofpsychosynthesis.org/buddhism%20and%20psychosynthesis.pdf>

Stut, E. (2015). Wirksamkeit der Psychosynthese. Universität Oldenburg. Retrieved from

<http://oops.uni-oldenburg.de/2558/1/stuwir15.pdf>

Tapper, K., Shaw, C., Ilesley, J., Hill, A. J., Bond, F. W., & Moore, L. (2009). Exploratory randomised controlled trial of a mindfulness-based weight loss intervention for women. *Appetite*, 52(2), 396-404. doi:10.1016/j.appet.2008.11.012

Teasdale, J. D., Moore, R. G., Hayhurst, H., Pope, M., Williams, S., & Segal, Z. V. (2002).

Metacognitive awareness and prevention of relapse in depression: Empirical evidence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70(2), 275-287.

doi:10.1037//0022-006x.70.2.275

Tsuei, J. J. (1999). Guest Editorial: Eastern and Western Medical Paradigms and the Challenges of Integration. *Journal of Advancement in Medicine*, 12(1), 5-11.

doi:10.1023/b:jame.0000008710.46841.73

Vago, D. R., & Silbersweig, D. A. (2012). Self-awareness, self-regulation, and self-transcendence (S-ART): a framework for understanding the neurobiological mechanisms of mindfulness. *Frontiers in Human Neuroscience*, 6.

doi:10.3389/fnhum.2012.00296

Van Dam, N. T., Earleywine, M., & Danoff-Burg, S. (2009). Differential item function across meditators and non-meditators on the Five Facet Mindfulness

Questionnaire. *Personality and Individual Differences*, 47(5), 516-521.

doi:10.1016/j.paid.2009.05.005

Wallace, B. A. (1999). The Buddhist tradition of Samatha: Methods for refining and examining consciousness. *Journal of Consciousness Studies*, 6, 175-187.

Walch, G. M., & Hippus-Dürckheim, M. (2010). Wandlungen des Bewusstseins: Erich Neumanns Tiefenpsychologie der Kultur. Stuttgart: Opus Magnum.

Warm, J. S., Parasuraman, R., & Matthews, G. (2008). Vigilance Requires Hard Mental Work and Is Stressful. *Human Factors: The Journal of the Human Factors and Ergonomics Society*, 50(3), 433-441. doi:10.1518/001872008x312152

WHO, (1948). Constitution of the World Health Organization, 2006

http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_en.pdf

WBP, (2010). Methodenpapier des Wissenschaftlichen Beirats Psychotherapie. Retrieved

from <http://www.wbpsychotherapie.de/downloads/methodenpapier28.pdf>

Appendix

Appendix A

Dialogische Achtsamkeit in der Psychosynthese

Die fünf Schritte der Dialogischen Achtsamkeit bei der Arbeit mit elterlicher Introjektion

1. Achtsame Beobachtung
2. Sich elterlicher Introjektion bewusst werden
3. Selbstwahrnehmung
4. Dialog
5. Innerer Wachstum

Übung 1: Erste Kontemplation der Mutter-/Vaterfigur durch eine observierende Distanz

Achtsame Beobachtung

Die Klienten werden gebeten sich entspannt und in gemütlicher Position hinzusetzen.

‘Lege deine Aufmerksamkeit auf deine Atmung. Atme ein und aus, bis etwas in dir drinnen von alleine atmet. Stelle dir vor, dass du dein Elternhaus als Beobachter betrittst.

Wie ist die Atmosphäre? Suche nach deiner Mutter / deinem Vater im Haus.

Schau sie dir aus der Perspektive des Beobachters heraus an.

Was tut er/sie? Nehme die Atmosphäre der Szenerie wahr.’

Sich elterlicher Introjektion bewusst werden

‘Welche Qualität personalisiert der Mann / die Frau?

Welche Art der Persönlichkeit hat der Mann / die Frau?’ Unterschiedliche Fragen für Mutter- bzw. Vaterfigur.

‘Versuche sie zu benennen.

Wie verhält sie / er sich selbst gegenüber?

Kümmert sie / er sich um die eigenen Ressourcen oder verschließt er / sie sich ihnen gegenüber?

Nimmt er / sie die eigenen Gefühle und Empfindungen ernst oder übersieht er / sie diese? Was fehlt dieser Frau / diesem Mann?’ Erlaube alle Eindrücke die sich ergeben.

Wo liegen seine / ihre Einseitigkeiten, Leugnungen und Hemmungen?

Welches Lebensmotto spielt bewusst oder unbewusst eine Rolle?’

Übung 2: Die Betrachtung des inneren Kindes mit Mutter / Vater gemeinsam

Selbstwahrnehmung

‘Betritt das Haus erneut, diesmal als Kind und suche nach Mutter / Vater.

Was tut er/sie?

Wie ist die Atmosphäre?

Dann mache Mutter / Vater auf dich aufmerksam und beobachte die Reaktion.

Wie reagiert sie / er auf dich?

Welches Qualitätsmaß der Aufmerksamkeit bekommst du von ihr / ihm?

Wie fühlst du dich dabei?

‘Sieh in einen Spiegel und betrachte dich so, wie deine Mutter / dein Vater dich betrachten würden. Auf dem Spiegel steht: ‘Ich selbst durch die Augen meiner Mutter / meines Vaters’

Wer bin ich durch die Augen meiner Mutter / meines Vaters?

Wie sehe ich mich selbst?

Wie fühle ich mich selbst?

Welche Sicht hat er / sie auf dich?

Wie empfindet sie meine Gegenwart?’

Dialog

‘Mache Mutter / Vater auf dich aufmerksam und schau ihnen in die Augen.

Was möchtest du von mir?

Was erwartest du von mir?

Wer bin ich für dich?

Was bedeute ich dir?’

Innerer Wachstum

In Schrift:

‘An welcher Stelle lebt dies in mir noch heute?

Wo finde ich noch heute Spuren dieser Spiegelung in mir?

Mit geschlossenen Augen auf die Vaterfigur blickend:

‘Fühle ich mich von ihm / ihr wirklich gesehen?

Wo fühle ich mich von ihrem / seinem Bild entfremdet?

Weitere Fragen.

Aus der Vogelperspektive:

Was bedeutet diese Mutter- / Vaterfigur für deine Identität, dein Selbstwertgefühl und Kontakt mit dir selbst?

Appendix B



Universiteit
Leiden

Achtsamkeit in der Psychosynthese

Einverständniserklärung

Dr. Annegret Krause-Utz
Institut für Klinische Psychologie
Fakultät für Sozial- und Verhaltenswissenschaften
Universität Leiden
Wassenaarseweg 52, PO Box 9555
2300 RB Leiden, The Netherlands
Tel: (+31) 715276639
E-Mail: a.d.krause@fsw.leidenuniv.nl

Kerem Böge
Universität Leiden
Carmerstraße 15
45147 Essen
Tel. (+49) – 15123550715
E-Mail: boege.kerem@gmail.com

Ich erkläre mich hiermit bereit freiwillig an dieser Studie teilzunehmen. Mir ist bekannt, dass meine Daten anonym und kodiert gespeichert und ausschließlich für wissenschaftliche Zwecke der Universität Leiden verwendet werden.

Name des Studienteilnehmers:

Ort, Datum

Unterschrift des Studienteilnehmers

Ort, Datum

Unterschrift des Studienleiters

Appendix C



**Universiteit
Leiden**

Achtsamkeit in der Psychosynthese

Probandenaufklärung

Dr. Annegret Krause-Utz
Institut für Klinische Psychologie
Fakultät für Sozial- und Verhaltenswissenschaften
Universiteit Leiden
Wassenaarseweg 52, PO Box 9555
2300 RB Leiden, Niederlande
Tel: (+31) 715276639
E-Mail: a.d.krause@fsw.leidenuniv.nl

Kerem Böge
Universität Leiden
Carmerstraße 15
45147 Essen, Deutschland
Tel. (+49) – 15123550715
E-Mail: boege.kerem@gmail.com

Vielen Dank für Ihre Teilnahme an unserer Studie.

Die folgende Studie wird von psychologischen Wissenschaftlern der Universität Leiden durchgeführt. Ziel ist es Achtsamkeit im Zusammenhang mit der Psychosynthese zu erforschen. Sie werden im Rahmen der Studie dazu gebeten zu drei Zeitpunkten Fragebögen zu körperlichen Beschwerden und Achtsamkeit auszufüllen: Vor der Intervention im Rahmen des Psychosynthese-Seminars, direkt nach dieser Intervention und 3 Wochen im Anschluss. Das Ausfüllen der Fragebögen wird Ihnen ungefähr 10-20 Minuten in Anspruch nehmen. Es gibt das minimale Risiko, dass durch das Ausfüllen der Fragebögen ein leichtes Gefühl von Unbehagen und/oder leichte Erregungen entstehen wird.

Für Sie besteht kein unmittelbarer direkter Nutzen durch die Teilnahme an dieser Studie.

Wir hoffen jedoch durch die gewonnenen Ergebnisse genauere Rückschlüsse über die Wirkmechanismen von Achtsamkeit im Rahmen der Psychosynthese gewinnen zu können, um damit letztendlich auch zur Weiterentwicklung der Behandlungsmethoden beizutragen. Bei Fragen können Sie sich jederzeit an Kerem Böge (boege.kerem@gmail.com) oder die Studienleiterin Dr. Annegret Krause-Utz (a.d.krause@fsw.leidenuniv.nl) wenden.

Die Teilnahme an der Studie ist freiwillig. Es entstehen für Sie keinerlei Nachteile, falls Sie sich nicht zu einer Teilnahme an der Studie entschließen sollten. Auch wenn Sie die Einverständniserklärung unterschrieben haben, können Sie jederzeit ohne Konsequenzen und Angabe von Gründen die Zustimmung widerrufen und die Studie verlassen.

Durch Ihre Unterschrift auf der Einverständniserklärung erklären Sie sich dazu bereit, dass die erhobenen Daten rein ausschließlich im Rahmen der geschilderten wissenschaftlichen Untersuchung zu Forschungszwecken an der Universität Leiden genutzt werden. Alle im Verlauf der Studie erhobenen Daten werden streng vertraulich behandelt und nur anonymisiert, das heißt mit einem Zahlencode versehen, weiterverarbeitet und ausgewertet. So wird sichergestellt, dass keine Rückschlüsse auf Ihre Person möglich sind. Ihre personenbezogenen Daten sind nur dem an der Studie beteiligten Personal zugänglich und werden getrennt von den Untersuchungsdaten aufbewahrt. Die Beachtung des Bundesdatenschutzgesetzes ist in vollem Umfange gewährleistet.

Nehmen Sie sich ausreichend Zeit über die Studienteilnahme nachzudenken und bei Unklarheiten Nachfragen zu stellen. Sollten Sie auch nach dem Untersuchungstermin noch Fragen haben, können Sie sich jederzeit an den Untersuchungsleiter oder die Studienleiter wenden.

Appendix D



**Universiteit
Leiden**

Demographische Standards

Geschlecht: Weiblich Männlich

Alter: _____

Nationalität: _____

Bildungsgrad:

Hauptschule

Realschule

Gesamtschule

Gymnasium

Hochschulabschluss

Anderer: _____

Haben Sie psychotherapeutische Erfahrung? Nein

Ja

Wenn ja, bitte geben Sie an welche Therapieart (z.B. Verhaltenstherapie, Gestalttherapie, Psychosynthese) und über welche Dauer?

Appendix E



**Universiteit
Leiden**

Achtsamkeit in der Psychosynthese

Abschließende Aufklärung

Dr. Annegret Krause-Utz
Institut für Klinische Psychologie
Fakultät für Sozial- und Verhaltenswissenschaften
Universität Leiden
Wassenaarseweg 52, PO Box 9555
2300 RB Leiden, Niederlande
Tel: (+31) 715276639
E-Mail: a.d.krause@fsw.leidenuniv.nl

Kerem Böge
Universität Leiden
Carmerstraße 15
45147 Essen, Deutschland
Tel. (+49) – 15123550715
E-Mail: boege.kerem@gmail.com

Vielen Dank für Ihre Teilnahme an unserer Studie!

Wir hoffen, dass wir durch die gewonnenen Studienergebnisse bessere Rückschlüsse über die Wirkung von Achtsamkeit im Rahmen der Psychosynthese auf Ihr Wohlbefinden gewinnen können. Im Rahmen Ihrer Teilnahme an dieser Studie haben wir zu insgesamt 3 Zeitpunkten Daten zu psychosomatischen Beschwerden und Achtsamkeitsstrategien erfasst: Vor der Intervention im Rahmen des Psychosynthese-Seminars, direkt nach dieser Intervention und 3 Wochen im Anschluss. Wir vermuten, dass eine Verbesserung in Achtsamkeitsfertigkeiten mit einer Abnahme psychosomatischer Beschwerden im Zusammenhang steht.

Wie bereits versichert werden die erhobenen Daten rein ausschließlich im Rahmen der geschilderten wissenschaftlichen Untersuchung zu Forschungszwecken an der Universität Leiden genutzt. Alle im Verlauf der Studie erhobenen Daten werden streng vertraulich behandelt und nur anonymisiert, das heißt mit einem Zahlencode versehen, weiterverarbeitet und ausgewertet. So wird sichergestellt, dass keine Rückschlüsse auf Ihre Person möglich sind. Ihre personenbezogenen Daten sind nur dem an der Studie beteiligten Personal zugänglich und werden getrennt von den Untersuchungsdaten aufbewahrt. Die Beachtung des Bundesdatenschutzgesetzes ist in vollem Umfange gewährleistet.

Abschlussbericht: Wenn Sie eine zusammenfassende Information über die Studienergebnisse erhalten möchten, wenden Sie sich bitte jederzeit an Kerem Böge (boege.kerem@gmail.com) oder die Studienleiterin Dr. Annegret Krause-Utz (a.d.krause@fsw.leidenuniv.nl).