

Mag. rer. nat. Dr. rer. nat. Human-Friedrich Unterrainer

SEELENFINSTERNIS?

Empirische Studie zu Struktur und Inhalt der Gottesbeziehung
im klinisch-psychiatrischen Feld

Dissertation

zur Erlangung des akademischen Grades eines
Doktors der Medizinischen Wissenschaften

Univ. Prof. DDr. H. P. Kapfhammer
Universitätsklinikum für Psychiatrie
Medizinische Universität Graz

Graz, im Dezember 2008

SOLL ICH
WEILS BRAUCH IST EIN STÜCK EISEN
STECKEN IN
DAS NÄCHSTE FLEISCH ODER INS
ÜBERNÄCHSTE
MICH DRAN ZU HALTEN WEIL DIE WELT
SICH DREHT
HERR BRICH MIR DAS GENICK IM STURZ VON
EINER
BIERBANK

(Heiner Müller: Die Hamletmaschine)

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung	7
2	Theoretische Grundlagen: Aspekte der Religionspsychologie	10
2.1	Religionssoziologischer Hintergrund: Der Religionsmonitor	10
2.2	Forschungsschwerpunkt Religionspsychologie: Begriffsklärungen	12
2.3	Psychoanalytisch/tiefenpsychologische Ansätze zu religiös-spirituellen Themen	15
2.3.1	Sigmund Freud und die Religion:	15
2.3.1.1	Darstellung der Hauptwerke	15
2.3.1.2	Zusammenfassende kritische Wertung der Religionspsychologie Sigmund Freuds	21
2.3.2	Alfred Adler	22
2.3.3	Carl Gustav Jung	23
2.3.4	Neuere psychoanalytische Konzepte zu Religiosität und Spiritualität	25
2.3.4.1	Erich Erikson: Die Bedeutung früher Erfahrungen	26
2.3.4.2	Heinz Kohut: Selbstpsychologie	27
2.3.4.3	Donald Winnicott: Objektbeziehungstheorie	27
2.3.4.4	John Bowlby & Mary Ainsworth: Attachment-Theorie	29
2.3.4.5	Ana-Maria Rizzuto: Die Geburt des lebendigen Gottes	33
2.3.4.6	Tilmann Moser: Gottesvergiftung vs. erträglicher Gott	37
2.3.4.7	Karl Frielingsdorf: Zur Wirkung „dämonischer“ Gottesbilder	38
2.4	Lerntheoretische Ansätze zu Religiosität und Spiritualität	42
2.4.1	Allgemeine Einführung	42
2.4.2	Coping	44
2.4.2.1	Religiöses Coping	45
2.4.2.2	Spirituelles Coping	49
2.5	Modelle zur Messung von Religiosität und Spiritualität	51
2.5.1	Religiös-spiritueller Befinden als Dimension der Persönlichkeit	51
2.5.2	Intrinsische/extrinsische Religiosität	54
2.5.2.1	Theoretische Konzeption	54
2.5.2.2	Operationalisierung des Ansatzes	55
2.5.2.3	Weiterführende Studien und aktuelle Forschung zum I/ E Konzept	56
2.5.3	Multidimensionales Religiositätsmodell	56
2.5.4	Zentralität und Inhalt von Religiosität	57
2.5.5	Das Konzept des religiös-spirituellen (Wohl)Befindens	63
2.5.5.1	Skala zum Spirituellen (Wohl)befinden	63

2.5.5.2	Mehrdimensionale Erfassung des religiös-spirituellen Befindens	64
2.6	Religiosität und Spiritualität im Kontext von psychischer Gesundheit und Krankheit	66
2.6.1	Zusammenhangshypothesen zur Wirkung von Religiosität und Spiritualität auf die Gesundheit	66
2.6.2	Unterschiedliche Formen von Religiosität bei psychiatrischen Erkrankungen	68
2.6.3	Religiosität/Spiritualität bei behandelnden Psychiatern, Psychologen und Psychotherapeuten.....	70
2.6.4	Studien zu Religiosität/Spiritualität bei affektiven Störungen	73
2.6.4.1	Religiosität und Spiritualität bei Depressiven	73
2.6.4.2	Religiös-spiritueller Coping in der Depression	77
2.6.5	Religiosität, Spiritualität & Sucht	79
2.6.5.1	Hintergründe	79
2.6.5.2	Empirische Ergebnisse	80
2.6.5.3	Religiosität und Spiritualität in der Suchttherapie	82
2.6.5.4	Religiöse Sucht/Hyperreligiosität	84
2.6.5.5	Religiosität und Spiritualität im Umgang mit Trauma und Sucht.....	86
2.6.6	Religiosität, Spiritualität & Suizidalität	89
2.6.7	Religiös-spiritueller Befinden bei Angsterkrankungen.....	91
2.6.8	Religiosität und Spiritualität bei Zwangserkrankungen.....	92
2.6.9	Außergewöhnliche Erfahrungen	93
2.6.9.1	Mystische Erfahrungen	93
2.6.9.2	Nahtodeserfahrungen	94
2.7	Psychische Erkrankungen mit religiösen-spirituellen Inhalten.....	99
2.7.1	Ekklesiogene Neurose	99
2.7.2	Religiös-spiritueller Problem (V 62.89).....	101
2.7.3	Religiosität, Spiritualität & Psychose.....	102
2.7.3.1	Religiosität und Spiritualität bei schizophrenen Erkrankungen.....	102
2.7.3.2	Psychotisches Erleben religiös-spiritueller Inhalte	103
2.8	Neurobiologische Erforschung von Religiosität und Spiritualität	112
2.8.1	„Neurotheologie“ – eine interdisziplinäre Wissenschaft.....	112
2.8.2	„Gott im Kopf“ oder „Gottes Gen“?.....	112
2.9	Zusammenfassende Betrachtung des Forschungsstandes	116
2.10	Fragestellungen und Hypothesen.....	118
2.10.1	Fragestellung und Hypothese zur Testkonstruktion	118
2.10.2	Fragestellung und Hypothese zu möglichen Gruppenunterschieden	118
2.10.3	Fragestellung und Hypothese zur Zusammenhangsstruktur der verschiedenen Parameter im bio-psycho-sozio-spirituellen Raum	119
2.10.4	Fragestellung und Hypothese zur Zentralität und zu den Inhalten von Religiosität/Spiritualität---	119

3	3 Methode	120
3.1	3.1 Planung der Studie	120
3.1.1	3.1.1 Design der Untersuchung	120
3.1.1.1	3.1.1.1 Darstellung der Unabhängigen Variablen	120
3.1.1.2	3.1.1.2 Darstellung der Abhängigen Variablen	121
3.1.2	3.1.2 Beschreibung der Stichprobe	121
3.1.3	3.1.3 Beschreibung der Instrumente	122
3.1.3.1	3.1.3.1 Selbstbeurteilung durch die Probanden	122
3.1.3.2	3.1.3.2 Fremdbeurteilung (durch den Versuchsleiter)	126
3.2	3.2 Statistische Auswertung	127
4	4 Ergebnisse	128
4.1	4.1 Überprüfung der Messinstrumente	128
4.1.1	4.1.1 Faktoren- und Reliabilitätsanalyse des MI-RSB 48	130
4.1.1.1	4.1.1.1 Ergebnis der konfirmatorischen Faktorenanalyse	130
4.1.1.2	4.1.1.2 Ergebnis der Reliabilitätsanalyse	130
4.1.2	4.1.2 Interkorrelationen der Validierungsinstrumente (Subskalen, Gesamtscore)	132
4.1.2.1	4.1.2.1 Zentralität und Inhalte von Religiosität	132
4.1.2.2	4.1.2.2 Dimensionen der Persönlichkeit	135
4.2	4.2 Deskriptive Darstellung der untersuchten Gruppen	136
4.2.1	4.2.1 Suchtpatienten:	136
4.2.2	4.2.2 Allgemein psychiatrische Patienten:	137
4.2.3	4.2.3 Vergleichsstichprobe:	137
4.3	4.3 Inferenzstatistische Auswertung	140
4.3.1	4.3.1 Prüfung der Verteilungsvoraussetzungen	140
4.3.2	4.3.2 Prüfung auf Unterschiede zwischen den Gruppen	141
4.3.2.1	4.3.2.1 Gruppenunterschiede hinsichtlich des religiös-spirituellen Befindens	141
4.3.2.2	4.3.2.2 Unterschiede in den Gruppen im Bereich der Gottesbilder	145
4.3.2.3	4.3.2.3 Unterschiede in den Gruppen hinsichtlich der Persönlichkeitsdimensionen	148
4.3.2.4	4.3.2.4 Gruppenunterschiede hinsichtlich der psychopathologischen Symptomatik	150
4.3.3	4.3.3 Auswirkung des elterlichen Erziehungsstils (religiös/nichtreligiös) auf die Religiosität im Erwachsenenalter	151
4.3.4	4.3.4 Zentralität von Religiosität und Spiritualität: Auswirkung auf das psychische Befinden	164
4.3.4.1	4.3.4.1 Dimensionen des religiös-spirituellen Befindens	164
4.3.4.2	4.3.4.2 Dimensionen der Persönlichkeit	168
4.3.4.3	4.3.4.3 Psychiatrische Symptomatik	171
4.3.5	4.3.5 Zusätzliche Fragestellungen Gottesbild/Gottesbeziehung	181

5	<i>Diskussion der Ergebnisse</i> -----	184
5.1	Einleitende Gedanken zur Diskussion-----	184
5.2	Deskriptive Daten -----	188
5.3	Hypothesengeleitete Diskussion der Ergebnisse -----	190
	5.3.1 Unterschiede im religiös-spirituellen Befinden bzw. in der Gottesbeziehung-----	190
	5.3.2 Unterschiede im Bereich der Persönlichkeitsdimensionen-----	192
	5.3.3 Unterschiede hinsichtlich der pathopsychologischen Symptomatik-----	194
5.4	Abschließende Betrachtung: Zentrale Kritikpunkte an der eigenen Arbeit und Ausblick -	206
6	<i>Zusammenfassung</i> -----	209
6.1	Abstract deutsch-----	209
6.2	Abstract english-----	211
7	<i>Literaturverzeichnis</i> -----	213
8	<i>Tabellen- und Abbildungsverzeichnis</i> -----	242
9	<i>Anhang</i> -----	246
9.1	Votum der Ethikkommission -----	246
9.2	Aufklärungsbogen-----	249
9.3	Psychometrische Instrumente -----	253
	9.3.1 Selbstbeurteilung -----	253
	9.3.1.1 MI-RSB 48 -----	254
	9.3.1.2 Sechs Faktoren Test (SFT)-----	258
	9.3.1.3 Religiosität-Struktur-Test / Zentralitätsskala (RST+Z-Skala) -----	263
	9.3.1.4 Brief Symptom Inventory (BSI) -----	266
	9.3.1.5 Beck Depressions Inventar (BDI) -----	268
	9.3.1.6 Soziodemografische / anamnestiche Daten -----	269
	9.3.2 Fremdbeurteilung-----	270
	9.3.2.1 Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS)-----	271
	9.3.2.2 Montgomery-Asberg Depression Rating Scale (MADR-Scale)-----	273
10	<i>Danksagungen</i> -----	275

1 Einleitung

„We are scientists, we do genetics!

We leave religion to the psychos and fanatics.”

(Nick Cave)

Dem vorangestellten Spruch entsprechend zeigten sich die Naturwissenschaften (einschließlich der Psychologie) seit jeher gut abgegrenzt, was die Beschäftigung mit religiös-spirituellen Inhalten betrifft. Lange wurde von vielen Vertretern der naturwissenschaftlichen Disziplinen Religion meist eine pathogene Wirkung zugeschrieben.

Religiosität als Form der kollektiven Zwangserkrankung bzw. Illusionsbildung findet sich schon beim Neurologen und Vater der Psychoanalyse Sigmund Freud (vgl. Freud, 1907, 1927, 1939 bzw. Corveleyn & Luyten, 2005). Allerdings wurde auch auf der „Gegenseite“ von Vertretern der kognitiven Lerntheorien scharf geschossen: „Religion ist Kinderkram“ urteilte Albert Ellis (1998; S. 25 bzw. auch Ellis, 1980). Im Zeichen der Wegbewegung von einem die Seele „vergiftenden Gottes“ hin zu einem zumindest einigermaßen „erträglichen Gott“ (Moser, 1977 bzw. Moser, 2003) musste nicht nur für die Psychoanalyse einige Zeit verstreichen. Natürlich kann hier gleich angefügt werden, dass Religion bzw. das Streben nach Transzendenz schon beim Freud-Schüler und späteren Apostaten Carl G. Jung eine gänzlich andere Wertung erfuhr und Vertreter der neueren Psychoanalyse spannende Forschungsansätze bereit stellen (vgl. z. B. Kernberg, 2000 bzw. Rizzuto, 1979, 1996, 1998) bzw. auch der Frage nachgehen, welche negativen Erfahrungen Freud gehabt haben könnte, die seine Gottesbeziehung so nachhaltig beeinflussten (vgl. Rizzuto, 1998).

Der empirischen Beforschung der Wirkung von Religion und Glaube auf die Entstehung und Aufrechterhaltung von psychischer und physischer Gesundheit bzw. Krankheit wurde besonders in jüngerer Vergangenheit ein verstärktes Interesse von Seiten der Medizin und der Psychologie zuteil, was durch eine mittlerweile beeindruckende Anzahl an Publikationen belegt werden kann (vgl. z. B. Koenig, McCullough & Larson, 2001, Koenig 2002). Generell ist keine eindeutige Aussage zum Zusammenhang von Religion und Gesundheit zu treffen, da die Belege für eine Verbindung von Religiosität bzw. Spiritualität und Gesundheit meist schwach und inkonsistent bleiben. Andererseits werden vor allem, was den klinischen Bereich betrifft immer wieder positive Effekte auf das psychische Wohlbefinden und die wahrgenommene Lebensqualität verbunden mit einem gesteigerten Ausmaß an Religiosität und Spiritualität auch bei schwerkranken Patienten berichtet.

Gekonnt wird dieser Befund von Grom (2007, S. 206) folgendermaßen zusammen gefasst:

„Die Tatsache, dass fast alle Korrelationen, die man zwischen Religiosität und subjektiven Wohlbefinden ermittelt, schwach sind, beruht wohl darauf, dass sowohl die Störung als auch die Aufrechterhaltung von psychischer Gesundheit bzw. subjektiven Wohlbefinden multifaktoriell zu verstehen sind und damit von vielerlei Bedingungen und Einflüssen abhängen: von psychosozialen und intrapsychischen, von neurobiologischen, lerngeschichtlichen, emotionalen und kognitiven, von profan-allgemein menschlichen und religiösen. Religiosität ist nur einer dieser Faktoren.“

Verstärkt wurden in den letzten Jahren Studien zur Rolle von Religiosität und Spiritualität im Prozess der Krankheitsverarbeitung (engl.: „Coping“) durchgeführt (vgl. Zwingmann, Wirtz, Müller, Körber & Murken, 2006). Die theoretischen Abhandlungen und empirischen Arbeiten von Pargament zum „religiösen Coping“ und dessen Wirkung auf den Umgang mit Krankheit dürfen dabei auch für die deutschsprachige Forschungslandschaft als Paradigmen bildend gelten (vgl. Pargament, 1997, 2007 bzw. Rican, 2005).

Kritik erfährt der zum Teil etwas vorschnelle Schluss hinsichtlich der salutogenen Wirkung von Religiosität und Spiritualität auf die Gesundheit. Oftmals werden Zusammenhänge berichtet, ohne danach zu fragen, wie diese zustande gekommen sein könnten. Sloan, Bagiella und Powell (1999) weisen auf gravierende Mängel mancher Arbeiten hin und fassen zusammen, dass die fehlende Beachtung konfundierender Variablen und die übereilte Berichterstattung signifikanter Ergebnisse eine abschließende Bewertung schwierig machen.

Das trotzdem florierende Forschungsinteresse an religiös-spirituellen Inhalten kann im angloamerikanischen Raum auf eine lange Tradition zurückblicken. Zeitgleich mit dem Entstehen der nach unserem heutigen Verständnis wissenschaftlichen Psychologie trat auch die Religionspsychologie auf und wird seither durch reges Forschungstreiben ungebrochen am Leben erhalten (vgl. Wulff, 1996 bzw. 1997). Dieses glückliche Schicksal war der Religionspsychologie im deutschen Raum leider nicht beschieden. Immer wieder gab es Einbrüche, z. B. kam die Beforschung religiös-spiritueller Inhalte von Seiten der Psychologie während der Zeit des nationalsozialistischen Regimes völlig zum Erliegen (vgl. Henning, Murken & Nestler, 2003). Die deutschsprachige Religionspsychologie konnte diesen Entwicklungsnachteil bis zum heutigen Tage nie ganz ausgleichen – so wird nach wie vor in Anlehnung an die angloamerikanische Forschung gearbeitet: Ergebnisse werden rezipiert, Messmodelle und Skalen angepasst bzw. übersetzt (vgl. Albani et al., 2001, Mehnert & Koch, 2001, Zwingmann, 2005 bzw. Utsch, 2005).

Allerdings konnte in den letzten Jahren meist durch kreative Einzelleistungen aufgezeigt werden, dass die deutschsprachige Religionspsychologie mehr und mehr dabei ist, eine eigene Identität zu entwickeln. Die Arbeiten von Sebastian Murken (1998) und Stefan Huber (2003) sollen hier schon allein aufgrund ihres Grades an Innovativität

Erwähnung finden. Überblicksliteratur zum aktuellen Forschungsstand findet sich zum Beispiel bei Utsch (2005) bzw. Grom (2007) oder mit einem verstärkten Bezug zur Konzeptualisierung von Menschenbildern in der Psychotherapie bei Heine (2005).

Nach den mittlerweile in Buchform publizierten eigenen Arbeiten „Spiritualität & Sucht“ (vgl. Unterrainer, 2002 bzw. 2006) und „Spiritualität und psychische Gesundheit“ (vgl. Unterrainer, 2005 bzw. 2007) stellt „Spiritualität & psychische Erkrankung“ so der Arbeitstitel der vorliegenden Studie den dritten Anlauf dar, sich dem Thema Religiosität und Spiritualität von der Seite der Klinischen und Gesundheitspsychologie bzw. der Psychiatrie und Psychotherapie zu nähern. Gleichzeitig markiert diese Arbeit auch den vorläufigen Endpunkt einer mittlerweile langjährigen Auseinandersetzung mit der Thematik – die „Gestalt“ schließt sich gewissermaßen. Unerledigtes aus den vorangegangenen Studien soll in dieser Arbeit noch einmal aufgegriffen werden – allen voran die Rolle der möglichen positiven oder negativen Färbung von Gottesbildern und deren Auswirkung auf das Erleben von psychischer Gesundheit bzw. Krankheit. Die ausschließliche Erfassung des Ausmaßes religiös-spirituellen Wohlbefindens erscheint als zu einseitige Betrachtungsweise – hier ergibt sich die Gefahr eines Zirkelschlusses: Ist nicht die zufriedenstellende Beziehung zu Gott bzw. zu einer höheren Macht viel eher Ausdruck psychischen Wohlbefindens und nicht dessen Ursache? Ein komplexerer Zugang in der Bearbeitung der Fragestellung sollte hilfreich sein. Nachdem auf der Basis eigener empirischer Daten der Zusammenhang zwischen religiös-spirituellen Wohlbefinden und psychischer Gesundheit zumindest hinsichtlich der Kernfragen bestätigt wurde, kann nun in Weiterführung die Rolle von Religiosität und Spiritualität im Kontext psychischer Erkrankung stärker in den Fokus rücken (vgl. Unterrainer, 2005 bzw. 2007).

Diese einleitenden Gedanken beschließend, sei auch auf Einschränkungen diese Arbeit betreffend, verwiesen: Eine klare Antwort auf die Frage: „Macht Religion gesund oder krank?“ oder „Ist psychische Erkrankung Ausdruck mangelnder bzw. fehlgeleiteter Religiosität oder Spiritualität?“ wird auf der Basis empirischer Daten nicht möglich sein. Eine Momentaufnahme eines psychisch kranken Menschen lässt nur bedingt Schlüsse auf die Genese einer psychischen Erkrankung, eventuell mit bedingt durch den Einfluss einer pathogenen religiös-spirituellen Sozialisation, zu. Allerdings sollte es möglich sein, die Wirkung von Gottesbildern auf das Erleben von psychisch gesunden bzw. kranken Menschen in differenzierter Weise zu betrachten, d.h. möglicherweise unterschiedliche Gotteserfahrungen von psychisch kranken bzw. gesunden Menschen herauszuarbeiten.

Zugunsten einer leichteren Lesbarkeit wurde im Text auf die Berücksichtigung geschlechtsspezifischer Formulierungen verzichtet. Die Wichtigkeit eines sensiblen Umgangs mit der Thematik ist dem Autor voll bewusst, auf geschlechtsspezifische Unterschiede hinsichtlich verschiedener Parameter wird im vollen Ausmaß eingegangen.

2 Theoretische Grundlagen: Aspekte der Religionspsychologie

*„Im Himmel mag bessere Luft sein,
aber in der Hölle ist ganz sicher die bessere Gesellschaft.“*

(G. B. Shaw)

2.1 Religionssoziologischer Hintergrund: Der Religionsmonitor

„Was glaubt die Welt?“, fragt der Religionsmonitor 2008 (Bertelsmann Stiftung, 2007) bzw. welchen Einfluss dieser Glaube auf die Geschehnisse in der Welt hat, wird anhand von 21000 repräsentativ weltweit befragten Menschen thematisiert. Für diese Studie von besonderer Relevanz ist er auch deshalb, da natürlich religionssoziologische Gegebenheiten immer als Referenzobjekt für religionspsychologische Arbeiten dienen. Weiters kommen teilweise dieselben Parameter zur Anwendung wie in dieser Studie. Die Operationalisierung des Konzepts von „Zentralität und Inhalte“ der Religiosität von Huber (2003, 2004) findet sich auch als Instrument des Religionsmonitors wieder. Eine genaue Beschreibung findet sich an anderer Stelle dieser Arbeit. Die Zentralität von Religiosität, welche sich aus fünf Bereichen: „Intellekt“ („Wie oft denken Sie über religiöse Themen nach?“), „Ideologie“ (Wie stark glauben Sie daran, dass es Gott oder etwas Göttliches gibt?“), „Öffentlichkeit“ („Wie oft nehmen Sie an Gottesdiensten teil?“), „Private Praxis“ („Wie häufig beten Sie?“) und „Erfahrung“ („Wie oft erleben Sie Situationen, in denen Sie das Gefühl haben, dass Gott oder etwas Göttliches in Ihr Leben eingreift?“) zusammensetzt, dient dabei als Basis für einen internationalen Vergleich. Die Antworten des Fragebogens wurden soweit verdichtet, dass eine Einteilung in „nicht religiöse“, „mittel religiöse“ und „hoch religiöse“ Menschen stattfinden kann. So betrifft der Religionsmonitor die Rezeption angloamerikanischer Forschungsergebnisse im europäischen Raum. Es ist interessant zu bemerken, dass sich die US-amerikanische Bevölkerung deutlich von der österreichischen bzw. deutschen durch ein erhöhtes Ausmaß an Religiosität unterscheidet. Da die Ergebnisse angloamerikanischer Forschung noch immer den deutschsprachigen Forschungskontext mitbestimmen, sei mit Nachdruck auf diesen Umstand verwiesen. Tabelle 1 gibt ausschnittsweise die Verhältnisse in den USA, Deutschland, Schweiz und Österreich hinsichtlich Zentralität bzw. deren Subdimensionen wieder. Spannend, allerdings hier aus Platzgründen ausgespart, ist auch zu bemerken, dass sich die afrikanischen Länder Nigeria (hochreligiöse: 92% Zentralität) bzw. Marokko (Ideologie: 92%) als Spitzenreiter präsentieren. Zur Gültigkeit des Religionsmonitors schreibt Huber (2007a, S. 19)

„Der Religionsmonitor orientiert sich an einem substanziellen Religionsbegriff. Das wesentliche Merkmal religiösen Erlebens und Verhaltens besteht demnach im Bezug zur Transzendenz. Dieser Bezug wird jedoch nicht auf ein theistisches Transzendenzkonzept verengt. Um den Gültigkeitsbereich des Religionsmonitors möglichst weit zu fassen, werden vielmehr theistische als auch pantheistische Transzendenzvorstellungen und damit verbundene Praxis- und Erfahrungsformen berücksichtigt.“

Tabelle 1: Ausmaß an Zentralität von Religiosität: Internationaler Vergleich

	USA		Deutschland		Schweiz		Österreich	
	mittel	hoch	mittel	hoch	mittel	hoch	mittel	hoch
Intellekt	46	37	49	17	49	19	47	17
Ideologie	17	68	26	34	27	41	35	37
Öffentlichkeit	23	52	27	17	29	18	31	24
Private Praxis	12	68	23	28	24	36	30	28
Erfahrung	40	34	33	13	36	17	36	12
Zentralität	27	62	52	18	52	20	22	58

Anmerkungen: Angaben in Prozent

2.2 Forschungsschwerpunkt Religionspsychologie: Begriffsklärungen

In den einführenden Worten zu seinem Grundlagenwerk zur Religionspsychologie kommt Vergote (1970, S. 15, adaptiert) auf zwei Vorbedingungen für ein redliches religionspsychologisches Forschungstreiben zu sprechen:

"In der Religionspsychologie muss man von Anfang an der Regel des methodologischen Ausschlusses des Transzendenten zustimmen...Der Psychologe darf Gott nicht als beobachtbare Gegebenheit in seine Wissenschaft einführen. Grundsätzlich gehört Gott nicht zum Forschungsfeld des Psychologen, denn keine empirische Methode ist imstande, ihn wahrzunehmen. Es ist dem Psychologen nur insoweit gegenwärtig, als der Mensch sich durch eigentlich menschliche Handlungen auf ihn bezieht."

In weiterer Folge wird auch auf die Gefahr hingewiesen, das religiöse Leben mit dem psychischen Leben zusammenzuwerfen. So kann man die Religion in ihrer Gegenwärtigkeit erforschen, gleichzeitig sollte man sich aber auch davor hüten, diese auch als Wissenschaftler für sich selbst mit zu vollziehen.

In einem weiteren Klassiker verortet Sundén (1982/1977) Religionspsychologie als Teilgebiet der Religionswissenschaften, weist aber darauf hin (S. 17 f.), dass es durchaus möglich ist, die Religionspsychologie als originär psychologische Disziplin zu betrachten. Zum Gegenstand der Religionspsychologie führt er kritisch aus:

„Forschungsobjekt der Religionspsychologie ist die Religion. Aber was ein psychologisches Studium der Religion eigentlich bedeutet, darüber gehen die Meinungen lebhaft auseinander. Die Methoden, die man wählt, können die „Religion“ auf so verschiedene Weise abgrenzen, dass sich die jeweiligen Vertreter bisweilen gegenseitig vorwerfen, sie hätten die wichtigsten Elemente aus ihrer Forschung ausgeklammert.“

Sowohl die angloamerikanische als auch die deutschsprachige religionspsychologische Forschung steht vor dem Problem ihren Gegenstand genau zu definieren bzw. abgrenzen zu können. Es wird eine schwer zu fassende Anzahl verschiedener Möglichkeiten angeboten, Religiosität und Spiritualität zu beschreiben bzw. in einem weiteren Schritt von einander trennen. Inhaltlich werden oft verschiedene Schwerpunkte gesetzt (vgl. Zinnbauer et al., 1997, Narayanasamy, 2002, Walach, 2005, Utsch, 2005, Klein & Albani, 2007).

Religion wurde allerdings schon in der Spätantike unterschiedlich definiert. So ist zu bemerken, dass Religion von verschiedenen lateinischen Grundbegriffen abgeleitet werden kann: 1) „religio“: Fromme Scheu, Gewissenhaftigkeit, Gottesfurcht, 2) „religare“:

wiederanbinden: die Wiederanbindung des Menschen an Gott 3) „relegere“: etwas wiederholt tun bzw. vorsichtig beachten: die sorgfältige Verehrung des Göttlichen (vgl. Wehr, in Müller & Müller, 2003, S. 357f.). Religiosität als Merkmal hängt der Religion an und kann damit als traditionell bzw. institutionell verankerte Form der Gläubigkeit angenommen werden (vgl. Utsch, 1998). Auch Miller und Bogenschütz (2007) skizzieren in einer rezenten Arbeit Religiosität als eine an Institutionen gebundene Form der Gläubigkeit als Teil einer übergeordneten Spiritualität.

Unter Spiritualität kann nach (Hark, in Müller & Müller, 2003, S. 392f.) als „die geistige Orientierung des Menschen im weitesten Sinne verstanden werden“. Vom lateinischen „Spiritus“: Lufthauch, Atem, bewegte Luft, Geist, Leben, Seele herkommend bezeichnete das Adjektiv „spiritualis“ das Wirken des heiligen Geistes und ab dem 5. Jhdt. „spiritualitas“ die vom heiligen Geist bestimmte christliche Lebenspraxis (Wiggermann, 2000, zitiert nach Klein & Albani, 2007). In der Neuzeit fand der Begriff der Spiritualität vor allem zur Benennung verschiedener Frömmigkeitsstile katholischer Orden Verwendung – erst im 20. Jahrhundert wurde „Spiritualität“ in den allgemeinen Sprachgebrauch aufgenommen (vgl. Klein & Albani, 2007). Im akademischen Bereich wurde Spiritualität lange Zeit ausgeklammert und erfuhr erst im Zuge neuerer Entwicklungen von Seiten der empirischen Wissenschaften mehr Beachtung (vgl. Möller & Reihmann, 2003)

Vor allem was den Bereich der empirischen Religionspsychologie betrifft, darf als eine der momentan einflussreichsten Varianten Religiosität bzw. Spiritualität zu definieren, der Ansatz von Pargament (1997, S. 32) gelten: „I define religion as a process, a search for significance in ways related to the sacred“ [„Ich definiere Religion als einen Prozess, eine Suche nach Gültigkeit von Wegen, die mit dem Heiligen verbunden sind“; Übersetzung: H. F. Unterrainer], wobei er „search for the sacred“ - die Suche nach „Heiligem“ bzw. „Numinosem“ als den gemeinsamen Nährboden von Religion bzw. Religiosität und Spiritualität wahrnimmt (vgl. Hartz, 2005). Pargament (2007) führt seine Arbeit auch insofern weiter als er die praktische klinisch-therapeutische Relevanz seines Ansatzes in einer Nachfolgepublikation diskutiert.

Nach eingehender Literaturrecherche kann davon ausgegangen werden, dass eine strikte Trennung von „Spiritualität“ zu „Religion“ und „Religiosität“ nicht gelingen kann bzw. auch nicht wirklich attraktiv erscheint (vgl. Möller & Reimann, 2003 bzw. 2004). Diesen Abschnitt abschließend soll somit eine auch für diese Arbeit stimmige, eher allgemein gehaltene Arbeitsdefinition für Spiritualität von Cook (2004, S. 548; Übersetzung: H. F. Unterrainer) gestellt werden:

„Spiritualität ist eine bestimmte, möglicherweise kennzeichnende schöpferische und universelle Dimension des menschlichen Befindens, die sowohl von der inneren subjektiven Wahrnehmung herkommt, als auch vermittelt wird durch Gemeinschaften,

soziale Gruppen und Traditionen. Sie kann erfahren werden als Beziehung zum „inneren“ Selbst und immanent/personal zu anderen und/oder transzendent/transpersonal durch die Beziehung zu einer Dimension bzw. etwas, das jenseits des Selbst liegt.“.

2.3 Psychoanalytisch/tiefenpsychologische Ansätze zu religiös-spirituellen Themen

2.3.1 Sigmund Freud und die Religion:

2.3.1.1 Darstellung der Hauptwerke

An mehreren Stellen dieser Arbeit wird auf Sigmund Freud, den Vater der Psychoanalyse Bezug genommen und das nicht umsonst. Seine harsche Religionskritik muss als Ausgangspunkt aller psychoanalytisch/psychodynamisch orientierter Religionspsychologie gewertet werden. Eine differenzierte Auseinandersetzung mit den Themen Religion und Glaube wurde neueren psychoanalytischen Denkern erst durch Freuds klare (Gegen) Positionierung ermöglicht. „Religiöse Vorstellungen sind nicht Niederschläge der Erfahrung oder Endresultate des Denkens, sondern Illusionen, Erfüllungen der ältesten und dringendsten Wünsche der Menschheit; das Geheimnis ihrer Stärke ist die Stärke Ihrer Wünsche.“ urteilt Freud (1927) in „Die Zukunft einer Illusion“. Sie entspringt einer infantilen Vater-Sehnsucht, dem Bedürfnis, Schutz in einer so gefährlichen Welt zu erhalten bzw. auch dem Wunsch letztlich Gerechtigkeit in dieser ungerechten Welt zu erfahren. Auch fühlt sich der Mensch durch das ihm nahende Ende in seiner irdischen Existenz beschränkt, was auch entsprechend der „Terror Management Theory“ kollektiv traumatisierend wirkt und alle menschlichen Individuen betrifft. So kommt der Religion eine schützende Funktion zu bzw. die Funktion einer Waffe zu, um die Angst vor dem Tod zu besiegen. Die Angst des Menschen vor seinem unaufhaltsamen Ende und die daraus resultierenden Abwehrmaßnahmen wurden von Ernest Becker (1987, S. 12) wie folgt auf den Punkt gebracht: „Der Gedanke an den Tod verfolgt das Tier Mensch wie sonst nichts; er ist eine der Triebfedern menschlichen Handelns, eines Handelns, das hauptsächlich darauf ausgerichtet ist, dem Schicksal des Todes zu entgehen oder es zu besiegen, dass es unser eigenes Schicksal ist.“

Für das menschliche Individuum, das mit einem Trieb zur Selbsterhaltung ausgestattet ist, ruft die Wahrnehmung der eigenen Sterblichkeit einen existenziellen Schrecken hervor, denn es erinnert daran, dass schlussendlich der Wunsch nach unendlichem Leben nicht erfüllt werden kann. Der große Unterschied zwischen dem Menschen und den Angehörigen anderer Spezies ist nach Becker vor allem darin zu sehen, dass der Mensch sich seinem nicht abzuwendenden Ende vollkommen bewusst ist.

Aufbauend auf diesem Wissen bzw. auch dem intrinsischen Verlangen weiter zu leben, hat der Mensch in seiner Geschichte zwei Strategien entwickelt, um diesen Umstand relativieren zu können bzw. auch um Wert und Sinn in das Dasein zu bringen. Einerseits die individuelle Weltsicht: Menschen versuchen seit jeher, die Todesfurcht dadurch zu überwinden, in dem sie eine eigene Kultur entwickeln, durch die sie Geborgenheit in den (religiösen) Ritualen, Werthaltungen und Meinungen durch die Gemeinschaft verspüren. Als zweiter Angstpuffer fungieren Selbstachtung und Selbstwert, um die im Unterbewussten verankerte Todesfurcht anzugehen. Durch den Gebrauch dieser beiden Mechanismen kann der Mensch der Erfahrung des existenziellen Schreckens ausweichen und sein alltägliches Leben führen. Praktisch wird durch jede Religion eine andere Vorstellung vermittelt, was nach dem Tod passiert – diese grundsätzlichen Meinungsverschiedenheiten führten seit jeher zu massiven Konflikten. Terror Management, die Anwendung von Religion, Kultur und kollektiver Sinnggebung zur Abwehr der Todesfurcht kann zur Entwicklung von Vorurteilen und Intoleranz führen und im Extremfall Glaubenskriege verursachen – da sich eine religiöse Gruppierung durch Andersgläubige in ihrem Glauben verletzt sieht und somit die Todesangst möglicherweise nicht abgewehrt werden kann. Der Selbstwert, der als zweiter wichtiger Angstpuffer fungiert, wird auch durch den religiösen Glauben gespeist, so verfügt der religiös-spirituelle Mensch über einen höheren Selbstwert.

Eine ähnliche Einschätzung vertritt der polnisch-britische Ethnologe Bronislaw Malinowski. So sieht er das Hauptmotiv für das Entstehen von Religionen in allen Kulturen darin begründet, dass eine Überwindung der Todesangst durch die Hoffnung auf Unsterblichkeit angestrebt wird. Malinowski (1973, S. 36, zitiert nach Grom, 2007) beschreibt dies wie folgt:

„Der Augenschein, die grausame Zersetzung des Körpers, das sichtbare Verschwinden der Persönlichkeit – gewisse anscheinend instinktmäßige Suggestionen von Furcht und Schrecken scheinen den Menschen auf allen Kulturstufen mit der Vorstellung von Vernichten, mit verborgenen Ängsten und Ahnungen zu bedrohen. Und hier, in dieses Spiel emotionaler Kräfte, in dieses äußerste Dilemma von Leben und endgültigem Tod, dringt Religion ein, wählt die positive Weltanschauung, die tröstliche Aussicht, den kulturell wertvollen Glauben an die Unsterblichkeit, an den vom Körper unabhängigen Geist und an die Fortdauer des Lebens nach dem Tode...Die Überzeugung des Menschen von der Kontinuität des Lebens ist eine der höchsten Gaben der Religion, welche – durch den Selbsterhaltungstrieb suggeriert – die bessere der beiden Alternativen – die Hoffnung auf ein fortdauerndes Leben und die Furcht vor der Vernichtung – prüft und wählt. Der Glaube an Geister ist die Folge des Glaubens an Unsterblichkeit.“

Diesen Glauben bzw. in weiterer Folge oftmals Illusion, gilt es nun nach Freud zu überwinden. Ein Überwachen dieser kindlich regressiven Fantasien, in denen ein überhöhter Vater-Gott" entscheidet und richtet, ist nach Freud nur möglich, wenn ein realitätsgerechter Umgang mit dem eigenen Schicksal erreicht werden kann. Eine Entwicklung weg von einem Stadium magischen Denkens hin zu reifer, reflektierter Religiosität kann dabei im Gegensatz zur Einschätzung neuerer Autoren nicht stattfinden. Die religiösen Fesseln und Zwänge müssen abgelegt werden. Betrachtet man das Werk Sigmund Freuds hinsichtlich religionspsychologischer Relevanz näher, so erscheint es angebracht, zumindest vier Hauptwerke näher zu beschreiben:

1) Zwangshandlungen und Religionsübungen (1907)

Schon 1907 wird Religion von Freud als universelle Zwangsneurose gedeutet. Die Ähnlichkeit religiöser Rituale mit Zwangshandlungen psychisch kranker Menschen lässt für Freud den Schluss zu, dass genau so wie der psychisch Kranke erhofft durch das fortwährende, massiv in seinem Lebensablauf beeinträchtigende Wiederholen einer Handlung Erleichterung zu fühlen, der religiöse Mensch erhofft, durch fortwährendes Beten Erlösung zu erfahren. Dabei ist nach Grom (2007, S. 40) bemerkenswert, dass Freud „nicht an einzelne Fälle von Religiosität mit zwanghaften Zügen denkt. Auch erwähnt er kein einziges Fallbeispiel, sondern wendet seine Neurosentheorie auf jede Art von Religion an.“

2) Totem und Tabu (1912)

Die Ursache der Religion sieht Freud in den Schuldgefühlen, wie er in seinem 1912 erschienenen Werk „Totem und Tabu“ näher erläutert. So waren Schuldgefühle ursprünglich für den Totemismus als Vorläufer moderner Religionen verantwortlich. Es gilt ein bestimmtes Totemtier als heilig, darf aber unter Umständen auch geschlachtet werden, z. B. um Reue zu zeigen. So ermordete die Urhorde den allmächtigen Vater, der gleichsam allmächtig auch alle Frauen für sich beanspruchte. Der Vater wurde jedoch auch geliebt und verehrt und doch schlussendlich ermordet und in kannibalistischer Weise verspeist. Um nun den auftretenden Schuldgefühlen zu begegnen, wurde ein Totemtier geschlachtet und Inzest verboten. Alle späteren Religionen können somit als Reinszenierung eines Lösungsversuchs desselben Problems gedeutet werden. Durch die Tötung des Totemtieres konnte der Triumph über den Vater immer wieder neu erlebt werden und gleichzeitig wurde seine Macht durch das Essen des Opferfleisches einverleibt. Freud geht davon aus, dass die väterlichen Anteile an der Gottesidee groß sein müssen, da die Gläubigen ihren Gott ebenfalls Vater nennen. Er führt dies folgendermaßen aus (283 f.):

„Die psychoanalytische Erforschung des einzelnen Menschen lehrt mit besonderer Nachdrücklichkeit, dass für jeden, der Gott nach dem Vater gebildet ist, dass sein persönliches Verhältnis zu Gott von seinem Verhältnis zu seinem leiblichen Vater abhängt, mit ihm schwankt und sich verwandelt und dass Gott im Grunde nichts anderes ist als ein erhöhter Vater.“

So treffen im Ödipuskomplex die Ursprünge von Religion, Sittlichkeit, Gesellschaft und Kunst zusammen.

3) Die Zukunft einer Illusion (1927)

In seinem späteren Hauptwerk zur Religion „Die Zukunft einer Illusion“ im Jahre 1927 sieht Freud zwar noch immer den Ödipuskomplex als Hauptursache der Religion an, sah aber diese alles bestimmende Sehnsucht nach einem Vater weniger im Versuch an die Stelle des gehassten und bewunderten Verbieters zu gelangen, als vielmehr das Gefühl der Geborgenheit zu erlangen, vor allem im Behütet sein durch einen übermächtigen Beschützer. Der Mensch sieht sich den Naturgewalten grundsätzlich einmal hilflos gegenüber, sein Dasein scheint bedeutungslos zu sein. Dieser existenziellen Not begegnet der Mensch nach Freud wie folgt (S. 135 f.):

„Wenn nun der Heranwachsende merkt, dass es ihm bestimmt ist, immer ein Kind zu bleiben, dass er des Schutzes gegenüber fremden Mächte nie entbehren kann, verleiht er diesem die Züge der Vatergestalt, er schafft sich die Götter, vor denen er sich fürchtet, die er zu gewinnen sucht und denen er doch seinen Schutz überträgt. So ist das Motiv der Vatersehnsucht identisch mit dem Bedürfnis nach Schutz gegen die Folgen der menschlichen Ohnmacht; die Abwehr der kindlichen Hilflosigkeit, die der Erwachsene anerkennen muss, eben der Religionsbildung, ihre charakteristischen Züge.“

Somit wird der Gottesglaube der heutigen Erwachsenen zu einer Regression, zu einer idealisierten Vatervorstellung. Religion kann damit als Relikt aus einer Zeit gewertet werden, als es dem Menschen gelang den ursprünglichen Animismus (Angst vor Dämonen) hin zu einem Totemismus (vaterähnliche Götter) zu überwinden, hin zu einem einzigen Schöpfergott. Grom (2007, S. 43) ordnet nun drei Funktionen von Religion, die alle nach dem Bild des Vaters gedacht werden:

I) Belehrung über die Herkunft und Entstehung der Welt

Die Religion steht hier in Rivalität zur modernen Wissenschaft. Der Schöpfergott, der die ganze Welt erschaffen hat, wird als „Vater“ bezeichnet. So führt Freud weiter aus: „Die Psychoanalyse schließt, es ist wirklich der Vater, so großartig, wie er einmal dem kleinen

Kind erschienen war. Der religiöse Mensch stellt sich die Schöpfung der Welt so vor, wie seine eigene Entstehung.“

II) Tröstung und Angstbeschwichtigung

Die nach Freud wohl stärkste „Waffe“ der Religion. Die Welt erscheint völlig unvorhersehbar – in letzter Konsequenz erscheint alles unsicher. Fast täglich erscheint das Bild der Möglichkeit einer Existenz nach dem irdischen Ableben unrealistischer. Dieser schweren narzisstischen Kränkung kann der religiöse Mensch ebenfalls durch regressive Heils- bzw. Geborgenheitsfantasien begegnen:

„Der Erwachsene hat ja längst erkannt, dass sein Vater beschränkt ist, und dem idealisierten Idealbild, das er sich von ihm gemacht hatte, nicht gerecht werden kann. Er weiß aber auch, dass er selbst trotz der ihm zugewachsenen Kräfte vielen Gefahren gegenüber ohnmächtig bleibt. Darum greift er auf das Erinnerungsbild des von ihm so überschätzten Vaters der Kinderzeit zurück, erhebt es zur Gottheit und rückt es in die Gegenwart und in die Realität. Die affektive Stärke dieses Erinnerungsbildes und die Fortdauer seiner Schutzbedürftigkeit tragen miteinander seinen Glauben an Gott.“

III) Ethische Forderung

Moralische Vorschriften, Ge- und Verbote werden durch die Religion vermittelt. Diese werden meist nur mit einer kindlichen Vorstellung von einer väterlichen (bzw. elterlichen Instanz) begründet. Diese Instanzen belohnen mit Liebesprämien und strafen mit Liebesentzug, um eine Erziehung zur Einhaltung sozialer Normen und Pflichten zu gewährleisten:

„Alle diese Verhältnisse trägt dann der Mensch unverändert in die Religion ein. Die Verbote und Forderungen der Eltern leben als sittliches Gewissen in seiner Brust weiter, mithilfe desselben Systems von Lohn und Strafe regiert Gott die Menschenwelt, von der Erfüllung der ethischen Forderungen hängt es ab, welches Maß an Schutz und Glücksbefriedigung dem Einzelnen zugewiesen wird, in der Liebe zu Gott und im Bewusstsein, von ihm geliebt zu werden, ist die Sicherheit zu begründen, mit der man sich gegen die Gefahren der Außenwelt, wie der menschlichen Mitwelt wappnet. Endlich hat man sich im Gebet einen direkten Anteil in der göttlichen Allmacht gesichert.“

Als Antwort auf „Die Zukunft einer Illusion“ publizierte Oskar Pfister (1928), ein Schweizer Geistlicher, seine Schrift „Die Illusion einer Zukunft“, in der eine Gegenposition zu Freud einnahm. Es entstand ein Briefwechsel, der stets von gegenseitiger Hochachtung geprägt war.

4) Der Mann Moses und die monotheistische Religion (1939)

Freud projiziert hier sein eigenes Schicksal in die Person des Moses (nach einer Idee Ehrmanns, 2006; vgl. dazu auch Heine, 2005, S. 173f.). Er hatte an dieser, seiner letzten Arbeit, die in seinem Todesjahr 1939 erschien, mit Unterbrechungen seit 1934 gearbeitet. Hier revidiert er seine Meinung über Religion noch einmal im Vergleich zu „Die Zukunft einer Illusion“. Die Macht der Religion wird jetzt nicht mehr als „materielle“, sondern als „historische“ wahrgenommen. Freud bezieht sich dabei auf die Urhordentheorie von Charles Darwin (vgl. dazu Heine, 2005, S. 166f).

Grundlage ist dabei die Idee, dass in einer Urhorde ein mächtiges Männchen die anderen regiert und zur Aufrechterhaltung seiner Macht Konkurrenten tötete, kastrierte oder vertrieb. Nun bedarf es einer Zusammenrottung mehrerer Söhne um diesen Tyrannen zu stürzen, zu töten und roh zu verzehren. Damit entstanden aber auch Bindungsgefühle in der Gruppe, Gefühlsbindungen, welche an diese Befreiungstat erinnerten. Der Monotheismus wird nach Freud ursprünglich ins alte Ägypten des 14. Jahrhunderts vor Christus verlagert. Moses sei nun unter der Regierung Echnatons ein adeliger Ägypter gewesen, der ein treuer Monotheist war. Als nun nach dem Tode Echnatons das Volk wieder zum Polytheismus zurückkehrte, wählte sich Moses einen hebräischen Stamm und wurde dessen Führer. Hier konnte weiterhin der Monotheismus praktiziert werden. Allerdings wurde dieser von Moses gepredigte Riten- und bilderlose Gott vom Volk nicht akzeptiert. So wurde Moses ermordet, der Mord verdrängt und man kehrte wieder zu dieser ritelosen Religion zurück.

Hier beginnt nun Freuds psychologische Theorie. Dazu schreibt Heine (2005, S. 167) wie folgt:

„In dem Mord an Moses hat sich im Sinne der Wiederkehr des Verdrängten der Urmord wiederholt, „die Großtat und Untat der Urzeit“, die Tötung einer hervorragenden Vatergestalt...schon nach Darwins Theorie musste für den ermordeten Urvater, da dieser ein verehrter war, ein Ersatz z. B. ein Totemtier gefunden werden, um die Verehrung dann auf dieses zu richten.“

Die Bluttat wird also nicht aufgearbeitet, sondern verdrängt ins Unbewusste und kann damit neurotisierend auch über Generationen wirken. Abschließend sei mit Heine (2005, S. 168) auf jene Stelle im Text verwiesen, in dem der Religion wieder die Wertung der Zwangsneurose basierend auf einer alternativen Theorie, zukommt. So meint Freud, er habe schon seit 1912 keinen Zweifel mehr daran gehabt, dass

„die religiösen Phänomene nur nach dem Muster der uns vertrauten neurotischen Symptome des Individuums zu verstehen sind, als Wiederkehr von längst vergessenen, bedeutsamen Vorgängen in der Urgeschichte der menschlichen

Familie, dass sie ihren zwanghaften Charakter eben diesem Ursprung verdanken und also Kraft ihres Gehalts an historischer Wahrheit auf die Menschen einwirken.“

2.3.1.2 Zusammenfassende kritische Wertung der Religionspsychologie Sigmund Freuds

Freuds Beitrag zur tiefenpsychologisch orientierten Religionspsychologie ist fundamental. All seinen Nachfolgern bzw. Epigonen war Freud stets das Referenzobjekt. Trotzdem sei an dieser Stelle auf die wichtigsten Punkte in der Kritik an Sigmund Freud hingewiesen (vgl. Grom, 2007, S. 45f.).

1) Freud trägt seine Überlegungen als Essays ohne Fallbeispiel vor. Es fehlt die empirische bzw. statistische Absicherung seiner Theorien, die für sich allerdings Allgemeingültigkeit beanspruchen.

2) Religion als kollektive Zwangsneurose: Von religiösen Handlungen auf Zwangshandlungen psychisch Kranker zu schließen, mag zwar auf der Ebene phänomenologischer Betrachtung eine gewisse Schlüssigkeit aufweisen, lässt aber ähnlich dem Konzept der „Ekklesiogenen Neurose“ die Multikausalität der Genese psychischer Erkrankung völlig außer Acht.

Ähnlich ist die Einschätzung zu werten, Religiosität sei generell mit Gewissensängstlichkeit bzw. Schuldgefühlen verbunden. Grom (2007, S. 45) führt dazu aus:

„Die Gleichsetzung von Religionsübungen verkennt, dass beispielsweise im Christentum nur die gemeinsamen Gottesdienste rituell festgelegt sind, ansonsten aber keine Vorschriften zu Zahl, Inhalt, oder Form der privaten Gebete bestehen. Die Gleichsetzung der religiösen Riten mit „Zeremoniellhandlungen“ ist in doppelter Hinsicht verfehlt: Einerseits können religiöse Riten – so wie profane auch – sehr fröhlich, ohne Gewissensängstlichkeit vollzogen werden: Als Ausdruck von Dank und Vertrauen, ganz ohne Angst beschwichtigende, sühnende Absicht. Andererseits unterscheiden sie sich, selbst wenn sie unter Umständen penibel genau geregelt sind, grundlegend von zwangsneurotischen Ritualen dadurch, dass sie regelmäßig, öffentlich und nach objektiven Gesichtspunkten – Jahresrythmen, Festkalender und nicht impulsiv, nach subjektivem Zwang vollzogen werden, wie es geschieht, wenn sich etwa jemand täglich Dutzende Male die Hände wäscht oder ein Gebet mehrmals wiederholt, weil er zweifelt, ob er es andächtig genug verrichtet hat.“

3) Auch bei der These, Religiosität sei vor allem Ausdruck regressiver Wunschvorstellungen muss vor allem die einseitige Betrachtungsweise Anlass zu Kritik geben. So konnte neuere Forschung immer wieder zeigen, dass sich religiöse Einstellungen selten mit Entfremdungsphänomenen von realen Problemen paaren. Vielmehr wird im Prozess von

Gesundheit und Krankheit, Religiosität meist in ein funktionales „Coping-System“ integriert (Pargament, 1997). Auch auf der Basis eigener Daten (vgl. Unterrainer, 2005, 2007) konnte das Ergebnis gefunden werden, dass religiös-spirituelle Menschen zu aktiverem problemorientierterem Coping neigen und über weniger depressive Kognitionen berichten. Diese empirischen Ergebnisse führen die Freudsche Einschätzung nicht ad absurdum, da die Fähigkeit, Religiosität als Bewältigungsstrategie für sich nutzen zu können, immer auf der Basis einer gesunden psychischen Grundstruktur gründet. Es ist allerdings mit Nachdruck auf diese Gegenposition hinzuweisen.

4) Ähnlich verhält es sich mit der Einschätzung, Religion wirke durch „Denkverbote“ bzw. „Gebote“ einschränkend und behindere den Menschen in seiner Schaffenskraft. Es finden sich in allen Sparten der Kunst, sei es nun in der Malerei, der Musik oder in der Literatur, unzählige Beispiele von Künstlern, die sich erst durch das Einfügen in eine religiös-spirituelle Struktur voll entfalten konnten. Die Möglichkeit des vollendeten künstlerischen Schaffens als Ausdruck eines tiefen religiös-spirituellen Empfindens sei der These der einschnürenden Wirkung von Religion und Glaube gegenüber gestellt.

5) Die These, Gott sei im Prinzip nichts anderes als eine illusionäre Vaterprojektion, kann zum heutigen Stand der Forschung als nicht mehr zeitgemäß angesehen werden, da auch hier vor allem die Monokausalität des Erklärungsmodells irritiert.

Somit gilt es, Freuds Einschätzungen nicht als obsolet zu erklären, sondern auf der Basis heutiger Erkenntnis in wertschätzender Haltung zu reflektieren. Gerade in Zeiten in denen vor allem Spiritualität als Allheilmittel gegen jegliche Erkrankungen empfohlen wird, bleibt Freuds Werk ein wichtiger Fundus, um auch pathogene Aspekte von Religiosität und Spiritualität zu thematisieren.

2.3.2 Alfred Adler

Alfred Adler, ehemals wissenschaftlicher Gefährte von Freud, der sich allerdings schon 1911 von ihm lossagte, tritt ebenfalls mit einer Buchpublikation zur Rolle von Religiosität und Spiritualität im Denkgebäude der Psychoanalyse, in seinem Fall in der von ihm begründeten Individualpsychologie, in Erscheinung. Adlers Verbindung zur Religion kann basierend auf seinen grundlegenden Aussagen skizziert werden (vgl. Nielson, 2000), wobei zu bemerken ist, dass Adlers Einschätzung der Religion durchaus positiv war. So war Adler von der Theorie ausgegangen, dass wir stets nach Kompensation streben. Kompensiert werden Dinge, die wir an uns als minderwertig wahrnehmen. Hierin kann eine Verbindung zum Gottesbild gesehen werden. Gott wird meistens als perfektes Wesen ohne jeglichen Makel dargestellt. Die Identifikation mit einem „perfekten“ Gott kann dazu

beitragen, die eigenen Mängel zu überwachen. Von der ursprünglichen Überzeugung ausgehend, dass Gott die Welt erschaffen hat und den Menschen als Krönung der Schöpfung in diese Welt gesetzt hat, kam es in den letzten Jahrzehnten immer mehr zu einer Hinwendung zu einer durch die Naturwissenschaften geprägten Sichtweise. Nach Adler erweist sich diese Perspektive als ineffektiv, da sie keinen Halt bieten kann. Der Mensch als soziales Wesen stellt einen Kernpunkt in der Arbeit von Adler dar. In diesem Zusammenhang erscheinen zwei Punkte von zentraler Bedeutung:

1) Gott ist wichtig für den Menschen, da er unsere Ziele verkörpert und unsere sozialen Interaktionen steuert.

2) Religion an sich darf als wichtige soziale Bewegung gelten bzw. wirkt sie sich auf unser soziales Umfeld signifikant aus. Im Vergleich zur Wissenschaft, die nach dieser Sichtweise ebenfalls als soziale Bewegung gelten darf, hat sie die Fähigkeit stärker zu motivieren.

Was die persönliche Haltung Alfred Adlers zur Religion betrifft, so präsentiert sich diese etwas widersprüchlich. In einem jüdischen Elternhaus in einem Vorort von Wien aufgewachsen, konvertierte er im Alter von 34 Jahren zum protestantischen Glauben, ohne jedoch wirklich gläubig zu sein. Allerdings weisen neuere Untersuchungen nach, dass zentrale Elemente seines Menschenbildes der christlichen Anthropologie und Seelsorge entsprechen. Die von Adler herausgestellte Grundmotivation des Menschen der Bezogenheit enthält neben der sozialen eine deutliche transpersonale Komponente, wodurch die religiöse und spirituelle Dimension unterstrichen wird. Die individualpsychologische Leitidee des Gemeinschaftsbezugs erhält somit konsequenterweise die Einbeziehung der Transzendenz (vgl. Utsch, 1998). Heine (2005, S. 190) fasst Adlers Religionspsychologie wie folgt zusammen:

„Für ihn ist Religion etwas Universales, eine Manifestation der kosmischen, schöpferischen Kraft, die dem Leben insgesamt innewohne. Diese Kraft veranlasse den Menschen, nach Vollkommenheit zu streben und das Minderwertigkeitsgefühl, den Grundzug der physischen menschlichen Existenz zu überwinden; das dürfe aber nicht zu Lasten der Gemeinschaft gehen. Wie Gott die höchste Idee der Vollkommenheit repräsentiere, sei die soziale Seite der Religion die Manifestation des Gemeinschaftsgefühls, und daraus würden sich soziale Verpflichtungen ergeben.“

2.3.3 Carl Gustav Jung

Jung, der ursprünglich Freuds Schüler war und als dessen Thronerbe galt, löste sich schlussendlich von seinem vormaligen Mentor (vgl. Nielson, 2000). Zu unterschiedlich waren

die Ansichten hinsichtlich verschiedener Punkte der psychoanalytischen Lehre (u.a. Sexualität bzw. Spiritualität). So war Jung der Ansicht, dass der Bereich der Sexualität von Freud völlig überbewertet würde, während religiös-spirituelle Erfahrungen aber unreflektiert quasi a priori als Unfug verworfen würden. Lindinger (1988, S. 347) führt dazu aus: „Die Analytische Psychologie C. G. Jungs behandelt die Religion nicht wie Freud als eine Illusion, die bekämpft werden muss (...), sondern als eine Selbstverständlichkeit und selbstverständliche Tatsache, als einen Gegenstand realistischer Erfahrung.“ Auch geht Jung davon aus, dass echte Psychotherapie das „Numinose“ mit einschließen muss: „Es ist so, dass der Zugang zum Numinosen die eigentliche Therapie ist, und insoweit man zu den numinosen Erfahrungen gelangt, wird man vom Fluch der Krankheit erlöst.“ (vgl. Jung, 1972, S. 465, zitiert nach Walch, 2002, S. 117). Der Begriff des Numinosen wurde von Jung übernommen. R. Otto (1917, zitiert nach Grom, 1992) beschreibt in seinem Buch „Das Heilige“ den Bereich des Numinosen als „tremendum et fascinatum“: als erschreckend und anziehend zugleich. Jung verwendet die Begriffe des Numens, des Numinosums oder der Numinosität, wie auch das Mysterium tremendum et fascinatum in seiner Auseinandersetzung mit der Wirkung der Archetypen.

Jung geht von zwei Formen des Unbewussten aus: dem personalen und dem kollektiven Unbewussten. Während das personale Unterbewusste äquivalent zu dem von Freud postulierten gesehen werden kann, wird das kollektive Unterbewusste neu von Jung angenommen. So werden im personalen Unterbewussten (auch Schatten) verdrängte Inhalte des täglichen Lebens gespeichert. Diese Inhalte sind logischerweise bei jedem Menschen andere. Für das kollektive Unterbewusste postuliert Jung so genannte Archetypen, Figuren die sich in allen Kulturen wieder finden (z. B. die Figur eines mythischen Helden). Diese Archetypen können als Götter gesehen werden, da sie sich außerhalb des Ich-Erlebens des Individuums befinden. Der Mensch strebt im Individuationsprozess zur Ganzheit, und so darf die Begegnung mit dem Archetypus als unmittelbare religiöse Erfahrung gedeutet werden. Die Individuation kennzeichnet den inneren Prozess der Menschwerdung vor dem Hintergrund einer gesamt kosmischen Evolution. Nach der Initiation in die äußere Wirklichkeit in der ersten Lebenshälfte, geht es um die Initiation in die innere Wirklichkeit in der zweiten Lebenshälfte. In der ersten Lebenshälfte findet dabei die Begegnung mit dem Schatten statt; dies sind Teile/Aspekte der Persönlichkeit, die nicht gelebt werden bzw. unbewusst sind – die Schattenseite des bewussten Ichs. In der zweiten Lebenshälfte findet eine Auseinandersetzung mit dem „kollektiven Unbewussten“ statt. „Ziel“ des Läuterungsprozesses ist das vollintegrierte Selbst in göttlicher Einheit und Ganzheit, was in der Alchemie und in vielen Kulturen und deren Religionen in der „Mandala“-Symbolik ausgedrückt wird. Auch ist Religion für Jung eine Begegnung mit dem Numinosen, wobei der Mensch von einer Macht außer sich ergriffen wird. Gott ist für Jung ein psychischer Komplex,

wobei dieser nie ein Beweis für eine metaphysische Realität Gottes sein kann (vgl. Kolbe, 1986). Jung war fasziniert von östlichen Kulturen und immer auf der Suche, Gemeinsamkeiten zwischen Ost und West zu finden. Diese versuchte Jung durch empirische Forschung zu belegen, wobei der Begriff empirisch bei Jung allerdings als sehr weit zu fassen ist (vgl. Jakobi, 1995).

Starke Kritik an der Archetypentheorie Jungs als Ursprung des Religiösen (bzw. Numinosen) wird von Grom (1992, S. 402) anhand von vier Punkten geübt: 1) Gleichsetzung von Religiosität und Numinosität: Der Begriff des Religiösen wird ohne Rücksicht auf seinen Inhalt und auf die möglicherweise areligiöse Deutung der Betroffenen auf alles Unwillkürlich-Überwältigende und das öffentliche Bewusstsein Dominierende ausgeweitet. 2) Der Archetypentypenbegriff enthält Widersprüche: Einerseits beschreibt er die Archetypen als universal, andererseits als Signale, die eine nötige Korrektur anzeigen und genau die konkrete Situation eines Individuums treffen können. 3) Die Archetypenlehre ist wissenschaftlich unbrauchbar und unwahrscheinlich: Die Annahme, dass in spontanen numinosen Eingebungen archetypische Strukturen eines kollektiven Unbewussten wirken, lässt sich erfahrungswissenschaftlich weder beweisen noch widerlegen. 4.) Die Annahme eines kollektiven Unbewussten widerspricht der freien Selbstbestimmung des Menschen: Die psychische Entwicklung des Einzelnen und der Gesellschaft hat der Richtung des kollektiven Unbewussten zu folgen und ist Teil von dessen Bewusstwerdungsgeschichte.

2.3.4 Neuere psychoanalytische Konzepte zu Religiosität und Spiritualität

In der Nachfolge von Freud und seinen Schülern bildet sich eine sehr umfangreiche Differenzierung in den Ansätzen einer psychoanalytisch orientierten Religionspsychologie aus. Freuds Einfluss ist dabei nach wie vor spürbar, nicht umsonst fasst Heine (2004, S. 184) in folgender Weise zusammen:

„Die Freudsche Theorie lässt eine große Variationsbreite von Weiterentwicklungen zu, weil sie nicht geschlossen ist, sondern aufgrund der Vielfalt ihrer Aspekte, auch ihrer Widersprüchlichkeit herausfordert und innovative Anstöße gibt. Wie stark die Theoriebildungen in der Nachfolge Freuds auch von ihm abweichen, können sie sich doch immer auf Kernaussagen oder fragende Randbemerkungen in seinem Werk berufen. Objektbeziehungen, Ich-Fokussierung oder die Identitätssuche im Selbst sind verschiedene Schwerpunkte in den post-Freudianischen Konzepten, in denen sich das Instanzenmodell mit vielen Variationen durchhält...“

Auch ist die Wichtigkeit psychodynamischer Psychologien bei der Diskussion religiöser Themen mit Nachdruck hervorzuheben, so schreibt Jones (2008, S. 13; Übersetzung: H. F. Unterrainer) in einer rezenten Buchpublikation:

„Seit Anbeginn der Psychoanalyse mit den Schriften von Freud, haben Psychoanalytiker verschiedenste klinische Theorien angewandt, die sich durch die geistigen Verwirrungen zwischen Patient und Therapeut ergeben haben, um die Leidenschaften und Motivationen, die religiösen Glauben bzw. religiöse Praxis antreiben, besser zu verstehen (und auch die Zurückweisung religiösen Glaubens und Handlungen). Diese Gefühle werden ausgedrückt in und durch Rituale, Theologien, Geschichten und Lieder von verschiedensten Religionen auf der Welt. Im Verlauf der letzten Jahrzehnte, hat dieser Prozess eine Fülle an Büchern und Artikeln hervorgebracht. Sie alle zu nennen, wäre unmöglich. Im Verlauf dieser Zeit hat sich ein Konsens in den Religionswissenschaften darüber ausgeformt, dass psychodynamisch angereicherte Modelle eine enorme Bereicherung darstellen können, was unser Verständnis religiöser Phänomene betrifft.“

2.3.4.1 Erich Erikson: Die Bedeutung früher Erfahrungen

Der Theorie Eriksons (in Übereinstimmung mit vielen anderen Autoren) entsprechend, ist die orale Phase des Lebens des Kindes nicht nur für die Ernährung und erste Lusterfahrungen wichtig, sondern es entscheidet diese Phase des Lebens über einen mehr oder weniger freundlichen Anderen (vgl. Erikson, 1953, zitiert nach Grom, 1992). Bei einer gesunden Entwicklung ist es dem Kind möglich, dieses Grundmisstrauen zu überwinden. Mit Grundmisstrauen ist hier das Gefühl verlassen zu werden gemeint bzw. für nichts gut zu sein. Ein Gefühl, dass es für Unsicherheit und Mangel an Selbstwertgefühl sowie für depressive und schizoide Entwicklungen anfällig machen würde. Das Grundvertrauen muss auch in der weiteren Entwicklung des Säuglings immer wieder gestützt werden. Dieses Grundvertrauen ist nun laut Erikson auch Bedingung für einen religiösen Glauben und wird gleichzeitig von diesem gestützt, sofern dieser nicht ängstigend auf das Kind wirke. Religion kann – so wie andere bergende Institutionen und Ideologien, etwa Traditionen und Kollektiv – Grundvertrauen verstärken bzw. Ausdruck eines solchen sein. Somit darf darauf geschlossen werden, dass Religiosität, ohne deswegen regressiv sein zu müssen, eine Quelle erwachsenengerechten Grundvertrauens sein kann.

Erikson wird nach Heine (2004) oftmals in den Kontext der Ich-Psychologie gestellt, obwohl sich in seinem Ansatz auch Elemente der Selbstpsychologie wiederfinden. Das von

Erikson postulierte Grundvertrauen als dem Menschen als etwas voraussetzungslos Gegebenes ist somit dem Kern-Selbst bei Kohut vergleichbar.

2.3.4.2 Heinz Kohut: Selbstpsychologie

In der Selbstpsychologie, als deren Begründer Heinz Kohut gelten darf, rückt das Ich zugunsten des Selbst in den Hintergrund. Das Selbst präsentiert sich als zentrales Element des menschlichen Identitätserlebens (vgl. Heine, 2004). Das Selbst als Kern muss aber erst seine Kräfte entfalten und entwickeln. Dazu bedarf es den Kontakt zu empathischen, akzeptierenden und anerkennenden Bezugspersonen. Diese können als gute Selbstobjekte integriert werden und stabilisierend wirken. Einen weiteren wichtigen Ansatz für psychoanalytische Deutungen des Religiösen liefert Kohut mit der Theorie des Narzissmus. Demnach gibt es neben der Libido und ihrer Entwicklung eine von ihr weitgehend unabhängige narzisstische Energie und Motivation. Diese liegt einerseits dem lebenslangen Bedürfnis nach Anerkennung und Selbstachtung zugrunde – andererseits handelt es sich dabei um Umformungen des ursprünglich erlebten Vollkommenheitsgefühls („ungestalteter primärer Narzissmus“) in die Ausrichtung auf realistische Ziele, in Ehrgeiz und Idealismus, in Kreativität und Einfühlung. Diese Energie kann aber auch, wenn sie in der frühen Kindheit schon durch Demütigungen frustriert wird, zu schweren Störungen des Selbstgefühls führen (vgl. Grom, 1992 bzw. Pervin, 2000).

Erfahrungen, die auf das Selbst positiv wirken, können nun nach Kohut auch aus der Kunst oder der Religion kommen. Kohut vertritt an diesem Punkt ebenfalls das Konzept des „homo religiosus“. Im Sinne der Narzissmustheorie versteht Kohut religiösen Glauben als kosmischen Narzissmus (vgl. Heine, 2004). Als einen der wichtigsten Vertreter, die die Theorie Kohuts auf religiöse Inhalte angewandt haben, nennt Wulff (1996) den indischen Psychoanalytiker Sudhir Kakar. So können die indischen Männer anhand der Phallus-Symbole zu Ehren der Hindu-Gottheit Shiva ihre primären narzisstischen Bedürfnisse befriedigen.

2.3.4.3 Donald Winnicott: Objektbeziehungstheorie

Donald Winnicott darf als einer der wichtigsten Vertreter der Objektbeziehungstheorie gelten. Allerdings betonte er immer, von vielen Konzepten Freuds beeinflusst zu sein, ohne von diesen abhängig geworden zu sein. Der Begriff Objektbeziehungstheorie kann nach Murken (1998, S. 19) wie folgt definiert werden:

„Objektbeziehungstheorie ist die Bezeichnung für verschiedene Ansätze innerhalb der zeitgenössischen Psychoanalyse, deren gemeinsames Merkmal es ist, die menschliche Psychodynamik weniger vom Triebgeschehen her motiviert zu sehen, als von frühkindlichen Beziehungserfahrungen und deren Konsequenzen. „Objekt“ ist dabei der psychoanalytische „Terminus technicus“, der aus der Sicht des Subjekts, ein Gegenüber bezeichnet, d.h. mit „Objekt“ sind vor allem andere Menschen gemeint, jedoch auch alle andere Formen von Gegenüber, zu denen eine Beziehung möglich ist.“

Auch Grom (S. 2007, S. 49) liefert eine detaillierte Beschreibung der Objektbeziehungstheorie. Diese lautet, obige Ausführungen ergänzend wie folgt:

„Unter der Bezeichnung Objektbeziehungstheorien werden Ideen einer revidierten Psychoanalyse zusammengefasst, die von Autoren wie Sullivan, Fairbairn, Winnicott, Klein, Mahler und Kernberg vorgetragen wurden. Sie bilden keine geschlossene Theorie, sind aber durch folgende Schwerpunkte miteinander verbunden: Sie interessieren sich stärker als Freud für die Beziehungen des Individuums zu den „Objekten“ (vorwiegend Partnern) seiner Liebe und seines Hasses. Sie fassen deren Psychodynamik weniger sexualbezogen und dafür stärker gefühlsorientiert auf: als Erfahrung von Selbstgefühl, Vertrauen können und Liebe bzw. Angst, Misstrauen, Ohnmacht, Wut und Hass. Dabei achten sie auch mehr als Freud auf die vorödipalen Erfahrungen in der oralen Phase bzw. auf erste Vorstellungen des Kindes von sich und seinen Bezugspersonen (Selbst- und Objektrepräsentanzen).“

Winnicotts Arbeit war stets durch ein hohes Ausmaß an Eigenständigkeit und Originalität geprägt. Er stand unter dem Einfluss von Melanie Klein als seine Supervisorin, versuchte aber auch stets zwischen den verhärteten Fronten zwischen Melanie Klein und Anna Freud zu vermitteln. Winnicotts Theorie von den Übergangobjekten und dem intermediären Raum, durch die eine Trennung zwischen „seelischer Innenwelt und äußerer Realität“ verhindert werde, wurde allerdings von beiden Lagern strikt abgelehnt. Somit können Winnicotts Arbeiten als originär bewertet werden, was die Theorie von den Übergangsphänomenen, den Übergangobjekten und den Übergangsraum betrifft. Diese Inhalte werden von anderen häufig rezipiert bzw. weitergeführt. Illusion und Religion nimmt Winnicott in diesem Sinne im Gegensatz zu Freud positiv wahr (vgl. Heine, 2004, S. 196 f.).

Im Sinne der möglichen positiven Wirkung religiöser Inhalte als innere Objekte beschreibt Rudolf (2004, S. 148f.) anhand eines Gedichtes von Dietrich Bonhoeffer, der in den Händen der Gestapo war, den Zusammenhang wie folgt:

„Der Prototyp des guten inneren Objekts ist die fürsorgliche, fördernde Elternfigur, die als Introjekt zur inneren Stimme und zur inneren Überzeugung geworden ist. Nahe daran sind jene positiven Objekte, die z. B. in inneren Überzeugungen wirklich sind

und die Beruhigungsfunktion guter innerer Objekte besitzen. In einem viel zitierten Gedicht, das Dietrich Bonhoeffer in Gestapo-Haft schrieb, heißt es: „Von guten Mächten treu still umgeben, behütet und getröstet wunderbar, so will ich diese Tage mit Euch leben und mit Euch gehen in ein neues Jahr...Von guten Mächten wunderbar geborgen, erwarten wir getrost, was kommen mag.“...Die Äußerungen lassen erkennen, wie gute innere Objekte genutzt werden können: Es genügt, dass sie abgerufen werden können, dass sie präsent sind, um das Gefühl der Geborgenheit und des Trostes zu vermitteln und berechnete existenzielle Ängste einzudämmen.“

Nun lässt sich die Erfahrung von heilsamen inneren Objekten auch auf den Bereich der Religiosität und Spiritualität ausdehnen, so schreibt Rudolf (2004, S. 148f.) weiter:

„Diese Erfahrung in Gestalt einer religiösen Gewissheit ist heute wahrscheinlich nicht vielen Menschen möglich, aber die grundsätzliche Qualität dieser Erfahrung ist es, die therapeutisch gefördert werden soll. Die Vorstellung von „guten Mächten“, die mit dem Patienten verbunden sind, das sind natürlich in erster Linie unterstützende Menschen, aber es können auch dem Patienten wichtige Überzeugungen und Ideen sein, Aspekte der Natur, der Literatur und Geschichte, d .h Objekte im weitesten Sinne, mit denen der Patient sich verbunden fühlt und die für sein Identitätserleben von Bedeutung sind. Da menschliche Existenz nur im „Mit sein“ Bestand hat, gilt es, den Patienten in jeglicher Form des „Mit sein“-Könnens zu fördern. Jede intensive Ausrichtung auf ein Objekt wirkt auf ihn zurück und stabilisiert sein Selbst. Jeder und alles, woran der Patient sein Herz hängen kann, vermag ihm auch als beruhigendes inneres Objekt zu dienen.“

Inhaltlich anschaulich und plausibel nachzuvollziehen wird hier religiöser Glaube als mögliches stützendes inneres Objekt beschrieben. Auffallend an dieser Darstellung ist allerdings, dass Gott nur als mögliches positives, nicht aber als mögliches negatives Objekt abgehandelt wird. Gerade im Bezug auf schwere strukturelle Störungen sollten negative Gottesbilder eine gewichtige Rolle vor allem bei hoch religiösen Patienten spielen.

2.3.4.4 John Bowlby & Mary Ainsworth: Attachment-Theorie

Bei der Bindungstheorie (engl: „Attachment“) stehen das Bedürfnis nach Sicherheit und Nähe im Vordergrund. Sie geht auf die Entwicklungstheorie von Bowlby (1975; vgl. auch Grom, 2007) zurück, die Erklärungen für Unterschiede in den Verhaltensmustern von Kindern im Kontakt mit ihren primären Bezugspersonen, meistens den Eltern zeigen wollte. S. Huber (2007a, S. 6) liefert dazu folgende Beschreibung:

„Die Attachment- oder Bindungstheorie beschreibt Unterschiede in kindlichen Verhaltensmustern, die aus der Interaktion von Kindern mit primären Bezugspersonen entstehen. In der Regel sind das die Eltern oder ein Elternteil. Meist wird jedoch nur die Beziehung zur Mutter untersucht...[Die Attachment-Theorie] hat ethologische, psychoanalytische, entwicklungspsychologische und systemische Wurzeln. Heute ist sie eine eigenständige Disziplin in der Psychologie.“

Es kann aufgrund zahlreicher Untersuchungen auch im Tierreich (besonders bei den Primaten) auf ein Bindeverhaltenssystem bzw. ein Pflegeverhaltenssystem von Seiten der Eltern geschlossen werden. So nimmt das Kind durch Klagelaute, Krabbeln, Weinen usw. aktiv Kontakt zur Bezugsperson auf. Diese Bezugsperson reagiert im Rahmen ihrer Möglichkeiten auf diese Aufforderungen. Grom (2007, S. 51) führt dazu aus: „Aus den Erfahrungen mit den Bezugspersonen entwickeln sich „interne Arbeitsmodelle“ [Internal working models], d. h. Beziehungsschemata, die mit ihren Verhaltensweisen, kognitiven Repräsentanzen und Emotionen den spezifischen Bindungsstil ausmachen. Diese Stile seien bei Erwachsenen gleich wie bei Kindern, nur differenzierter und bewusster“.

Wie in Tabelle 2 dargestellt, können dabei idealtyperweise drei Bindungsstile unterschieden werden (vgl. Huber, 2007a, S. 7):

Tabelle 2: Idealtypische Darstellung der Bindungsstile (vgl. S. Huber, 2007a, S. 7)

Bindungsstil	
Sicher gebunden	Bezugspersonen werden als verfügbar bzw. verlässlich wahrgenommen. Dadurch entsteht eine Balance von Nähe und Distanz. Individuen, die durch diesen Bindungstyp charakterisiert sind, können sich sowohl auf emotionale Nähe einlassen als auch gut allein sein.
Unsicher-vermeidend	Es fehlt die Zuversicht bezüglich der Verfügbarkeit ihrer Bindungsperson. Sie entwickeln die Erwartungshaltung, dass ihre Wünsche grundsätzlich auf Ablehnung stoßen und ihnen kein Anspruch auf Liebe und Unterstützung zusteht. Damit wird auch die Frage nach der Verlässlichkeit der Bindungspartner eindeutig negativ beantwortet. Individuen, die durch diesen Bindungstyp charakterisiert sind, meiden gefühlsmäßig enge Beziehungen. Sie betonen Unabhängigkeit und Selbstständigkeit und können gut alleine sein.
Unsicher-ängstlich	Sie haben zwar einen Zugang zu ihrer Bindungsperson, sie erscheint ihnen aber als nicht verlässlich. Der ständige Wechsel von feinfühligem und wieder abweisenden Verhalten führt dazu, dass das Bindungssystem des Kindes ständig aktiviert bleibt. Es ist permanent damit beschäftigt, herauszufinden, in welcher Stimmung sich die Bindungsperson gerade befindet, um sich ihr optimal anpassen zu können. Dies führt zu einer Einschränkung des Neugier- und Erkundungsverhaltens. Individuen, die durch diesen Typ charakterisiert sind, suchen verstärkt nach emotionaler Nähe und können schwer alleine sein.

Als alternative Möglichkeit der Einteilung in vier Bindungstypen bieten Bartholomew und Horowitz (1991, zitiert nach Grom, 2007, S. 51f) folgendes Schema an: 1) Sicher, von

der Bezugsperson akzeptiert zu sein, 2) Präokkupiert, mit dem Wunsch nach enger Beziehung und der Angst abgelehnt zu werden, 3) Ängstlich-vermeidend, die Nähe der Bezugsperson wünschend und gleichzeitig ablehnend aus Furcht, von ihr verletzt oder abhängig zu werden, 4) Distanziert-vermeidend, mit dem Willen, von niemand abhängig zu sein. Der Ansatz der Attachment-Theorie wurde vor allem von Kirkpatrick für die Religionspsychologie urbar gemacht. Huber (2007a, S. 7) führt dazu aus:

„Nach Kirkpatrick kann Gott bei religiösen Menschen, die Rolle einer Bindungsfigur erfüllen – allerdings in analoger Weise. Die Bindungsfigur „Gott“ kann als „sicherer Hafen“ dienen, der in schweren Zeiten Schutz bietet. Zugleich kann die Bindungsfigur „Gott“ als „sichere Basis“ dienen und so ein grundlegendes Gefühl der Geborgenheit ermöglichen (...) In Abhängigkeit von der wahrgenommenen Verfügbarkeit und Zuverlässigkeit der Bindungsfigur „Gott“ kann auch in der Beziehung zu Gott ein sicheres, vermeidendes oder ängstliches Bindungsmuster entstehen.“

Grom (2007) weist auf die ursprüngliche Haltung Kirkpatrick's hin, Religion im Sinne der Bindungstheorie als mögliche Form der Kompensation zu begreifen. Somit sollte es Menschen möglich sein, die in ihrem Leben besonders defizitäre Beziehungserfahrungen gemacht haben bzw. über ein verarmtes soziales Netzwerk verfügen, in einer besonders intensiven Beziehung zu Gott Erleichterung zu erfahren. Es war Kirkpatrick in zahlreichen Untersuchungen vor allem möglich, eine weitere Überlegung - die Korrespondenzhypothese zumindest teilweise zu bestätigen (vgl. Kirkpatrick & Shaver, 1990 bzw. 1992; Kirkpatrick, 1997, 1998 bzw. Rowatt & Kirkpatrick, 2002). Hier wird nun tendenziell das innere Arbeitsmodell auf die Gottesbeziehung übertragen. Huber (2007a, S. 8) bietet folgende Beschreibungen in Erweiterung des bindungstheoretischen Grundmodells an (vgl. Tabelle 3):

Tabelle 3: Bindungsstile zu „Gott“ (vgl. Huber, 2008, S. 8)

Bindungsstil	
Sicher gebunden	Personen, die in sozialen Beziehungen, zum sicher gebundenen Typ gehören, sind etwas religiöser als die beiden anderen Typen...In inhaltlicher Hinsicht beschreiben sie Gott stärker als „liebend“ und „nahe“ – was einem fürsorglichen Gottesbild entspricht.
Unsicher-vermeidend	Personen, die in sozialen Beziehungen zum unsicher-vermeidenden Typ gehören, beschrieben sich selbst öfter als agnostisch als die beiden anderen Typen. Das ist konsistent mit der Tendenz, Nähe und eine feste Bindung in der Beziehung zu vermeiden.
Unsicher-ängstlich	Personen, die in sozialen Beziehungen, zum unsicher-ängstlichen Typ gehören, berichten von einer stärkeren emotionalen Ladung ihrer Religiosität als die beiden anderen Typen...Das ist konsistent mit der Tendenz, in Beziehungen starke Emotionen zu suchen.

Im Zuge der empirischen Beforschung des Konzepts zeigte sich, dass eine „Eins zu Eins“-Übersetzung des Grundmodells auf die Gottesbeziehung sicher nicht zutreffend sein kann, obwohl Beck und McDonald (2004) zeigen konnten, dass Menschen mit einem sicheren Beziehungsstil auch Gott als eher akzeptierend erleben bzw. erleben Menschen mit unsicher-vermeidenden Bindungsstil Gott eher als abweisend und fern. Auch erfuhr das Grundmodell in seiner orthogonalen Struktur wenig empirische Unterstützung: So entwickeln sich die Beziehungen zu verschiedenen Bezugspersonen im Laufe des Lebens unterschiedlich (vgl. Richard, 2004). Gottesbeziehung wird wie alle anderen Beziehungen, in diesem speziellen Fall durch Gebet und Unterweisung vermittelt. Trotz der fehlenden Eindeutigkeit der Ergebnisse erscheint es attraktiv, die Frage danach zu stellen, in welcher Art und Weise sich frühe Beziehungserfahrungen mit Eltern bzw. in Liebesbeziehungen oder Freundschaften auf die Gottesbeziehung auswirken. Im Sinne der Kompensations- bzw. der Korrespondenzhypothese lassen sich zahlreiche Forschungsfragen finden.

Granquist (1998) weist auf den Umstand hin, dass „Religiosität“ und „Gottesvorstellung“ von Personen mit unsicherer Bindung weitgehend unabhängig sind von der Religiosität ihrer Eltern und stärker Fluktuationen unterworfen ist. Auch kommt es in dieser Gruppe überproportional häufig zu plötzlichen Bekehrungen (vgl. Granquist & Hagekull, 1999, Kirkpatrick, 1999 bzw. auch Grom 2007). Menschen, die sich in der Beziehung zu ihren Eltern als sicher gebunden erleben, übernehmen auch eher die Religiosität ihrer Eltern. Kritisch sind, wie immer bei Korrelationsstudien, die möglichen Kausalzusammenhänge zu hinterfragen. Lernen am Modell erscheint genauso wie Verstärkungslernen als Erklärung möglich.

Eine abschließende Bewertung der religionspsychologischen Auseinandersetzung zur Bindungstheorie liefert Grom (2007, S. 53) wie folgt:

„Der bindungstheoretische Ansatz ist vermutlich begrenzt auf monotheistische Religionen und auch da auf den Aspekt der emotionalen Intimität und des Vertrauens... Das Konstrukt „Bindungsstil und inneres Arbeitsmodell“ ist hochkomplex und wird im Hinblick auf Erwachsene von den Forschern uneinheitlich aufgefasst. Kein Wunder, dass auch die Erarbeitung von Methoden zur Messung der religiösen Bindung noch in ihren Anfängen steckt.“

2.3.4.5 Ana-Maria Rizzuto: Die Geburt des lebendigen Gottes

Dieser Ansatz wurde von Ana-Maria Rizzuto (1979 bzw. Rizzuto, 1996) aufbauend auf den Konzepten von S. Freud, E. H. Erikson, D. W. Winnicott und H. Kohut formuliert. Grundlage sind für Rizzuto Protokolle von Gesprächen mit Patienten, die sie zu den beiden Bereichen Eltern und Gott interviewte. Diese beiden Bereiche vergleicht und interpretiert sie und kommt dabei zu folgender Forschungshypothese: In der westlichen Kultur bildet jedes Kind, im Rahmen seiner religiösen Unterweisung und von dieser später auch wenig beeinflussbar, mit Abschluss der ödipalen Krise „eine eigene hochpersonalisierte Gottesvorstellung aus, die von seinen Objektbeziehungen, seiner Entwicklung von Selbstrepräsentanzen und den Glaubenssystemen seiner Umgebung abgeleitet ist. Wenn dieser Vorstellungskomplex einmal gebildet ist, kann er nicht mehr zum Verschwinden gebracht werden; er kann nur unterdrückt, umgewandelt oder verwendet werden.“ (vgl. Rizzuto, 1979, S. 90, zitiert nach Grom, 1992, S. 99).

Diese Gottesvorstellung kann nach Rizzuto dann verwendet werden, wenn einem die Objekte des realen Lebens Schmerz bereiten: Dann formuliert sie eine Theorie der normalen, idealtypischen, religiösen Entwicklung, als sie sich an die Entwicklungsphasen anlehnt, die Freud, Erikson, Kohut und Winnicott postuliert haben.

Im Alter von 2 bis 3 Jahren bildet das Kind die erste unbewusste Gottesvorstellung im Bereich der Übergangsobjekte aus. Wie die anderen primären Übergangsobjekte, wie Mutter, Vater, Großeltern oder Geschwister ist sie keine Illusion, sondern außen wie innen. Im Unterschied zu den anderen Übergangsobjekten verliert sie nicht an Bedeutung, sondern wird mehr und mehr besetzt, am stärksten am Höhepunkt der ödipalen Erregung. Die erste Grundlage für die Gottesvorstellung wird in der Phase gelegt, die Freud die orale Phase und Kohut die Spiegelstufe nannte (von Erikson wird hier von der Bildung des Grundvertrauens gesprochen). Wenn sich das Kind noch in undifferenzierter symbiotischer Einheit mit der Mutter erfährt, macht es die Erfahrung von Sicherheit, Größe und Selbstgefühl. Diese verwendet es, zusammen mit dem idealisierten Mutterbild, für die Bildung der Gottesvorstellung. Bleibt dieses Bedürfnis in diesem Stadium unbefriedigend, so bleibt es später auf grandiose (Bestätigungs-) Bedürfnisse fixiert und strebt nach einer Identifikation mit Gott, auch um seine Wertlosigkeitsgefühle zu kompensieren.

In der anal Phase beginnt das Kind zu gehen und nimmt sich als von den Eltern getrenntes, eigenständiges Wesen wahr. Es setzt die symbolische Funktion ein. Das Kind entwickelt Übergangsobjekte. Wünsche und Ängste werden in Phantasiegestalten wie Helden, Monster und imaginäre Begleiter gelegt. Gott ist anfangs ähnlich diesen Wesen.

Allerdings erfährt es auch von der Umwelt, dass diese Figur ernsthafter gesehen wird. Gott wird meist als der zu der Zeit bedeutsamere Elternteil gesehen.

In der ödipalen Phase werden die Eltern idealisiert – das Kind möchte mit Ihnen gleich sein und erhebt Gott zum Großen und Allmächtigen, wobei die Sublimierung sexueller Wünsche eine nichtsexualisierte Erhebung des Elternbildes zu einem gutartigen Beschützer, der das Kind nicht kastriert, sondern es unterwirft. Auch die Latenzphase wird von diesem desexualisierten Gottesbild bestimmt. Auch sieht das Kind Gott als eine Person, die immer da ist, auch in seinen Gedanken, die den Eltern verborgen bleiben. Ab der Pubertät ist es dem Kind zwar möglich, kognitiv sein Gottesbild zu relativieren, emotional bleibt es jedoch immer mit ihm verhaftet. Die Notwendigkeit Entscheidungen über Beruf und Heirat zu treffen, trägt weiters dazu bei, das Gottesbild um zu gestalten. Zusammenfassend wird die negative Haltung dem Glauben gegenüber in den Grundkonzepten von Sigmund Freud von Rizzuto dahingehend relativiert, als zwar das in der ödipalen Phase angelegte Gottesbild immer als Übergangsobjekt bedeutsam bleibt, wenn dieses aber dem reifen Leben und seinen Krisen angepasst wird, muss dieses in keinem Widerspruch zur Realität stehen, d.h. das Gottesbild wird nach den Bedürfnissen des Selbstbildes umgestaltet und stimmt mit diesen überein. Passiert dies nicht, wirkt es Furcht einflößend, anachronistisch oder bedeutungslos. Zur Kritik an Rizzutos Ansatz führt Grom (2007, S. 50) an:

„Der Ansatz von Rizzuto und der Objektbeziehungstheorie allgemein thematisiert die Frage, unter welchen Bedingungen religiöse Überzeugungen (Kognitionen) von durch bloße Neugier bestimmten, zu „warmen“, emotional bedeutsamen Kognitionen werden können und welche Bedeutung dabei dem Streben nach positivem Selbstwertgefühl (psychoanalytisch: Selbstgefühl) zukommt. Dieses Motiv kam in bisher besprochenen Konzepten nicht vor. Davon abgesehen reicht allerdings auch die objektbeziehungstheoretische Sicht mit ihren unüberprüfbaren Vorannahmen über den Status einer lockeren Kombination und Spekulation nicht hinaus. Die Kernthese Rizzutos von der Entstehung der Gottesvorstellung im Bereich der Übergangsobjekte bezieht sich auf so frühe Stadien sprachlicher und bildnerischer Ausdrucksmöglichkeiten, dass sie erfahrungswissenschaftlich, durch Mitteilungen des Kleinkindes, nicht zu belegen oder zu korrigieren sind.“

Auch von Seiten der Säuglings- und Kleinkindforschung findet Rizzutos Ansatz wenig Unterstützung. Hier wird die ursprüngliche Annahme einer Einheit von Säugling und Mutter in Frage gestellt. Die spätere Überprüfung aufgrund von Erinnerungen Erwachsener ist dabei kaum möglich: Eine Rekonstruktion unbewusster Gottesvorstellungen im Erwachsenenalter erscheint unzuverlässig (vgl. Dornes, 1993 bzw. Grom, 2007).

„*Why did Freud reject God?*“ fragt sich Rizzuto (1998) und liefert im abschließenden Kapitel ihres Buches eine psychodynamisch orientierte Interpretation. So fasst Rizzuto (S.

233 f., Übersetzung: H. F. Unterrainer) ihr Vorhaben wie folgt zusammen: „Freuds bahnbrechende und treffend originelle Analyse der Psychodynamik religiösen Glaubens und religiöser Emotionen ist ein dauerhafter Beitrag zum Studium der Religion. Durch die Verknüpfung der Gottesrepräsentanzen zur väterlichen Figur und die Verbindung religiöser Gefühle an Erfahrungen und Anbindungen an den Vater, bekräftigte Freud, dass der Entwicklungsprozess den religiösen Glauben bedingt.“ In Anwendung der Objektbeziehungstheorie auf religiöse Erfahrungen schreibt Murken:

„Die [...] veränderten Sichtweisen innerhalb der psychoanalytischen Theoriebildung haben eine, im Vergleich zum Freudschen Standpunkt, deutlich freundlichere Haltung gegenüber Religiosität zugelassen. Nicht nur wurde die Bedeutung der vorödipalen Erfahrungen des Kindes anerkannt, auch machte die veränderte Theorie eine psychoanalytische Haltung zur Religion möglich, die nicht zwangsläufig atheistisch sein musste, wie zuvor bei Freud. Mit dem neuen Theoriegebäude ist es gleichermaßen möglich, Religion zu psychologisieren, und dabei die Wahrheitsfrage auszuklammern oder auch Religion sehr positiv zu sehen und zu beurteilen, was viele Theologen zur Auseinandersetzung mit der Objektbeziehungstheorie führte. Auch viele mit der Objektbeziehungstheorie verbundene Analytiker wie Ronald Fairbairn, Harry Guntrip und Donald Winnicott haben sich positiv, nichtreduktionistisch zur Religiosität geäußert“ [Zitate und Geburtsdaten wurden zugunsten einer besseren Lesbarkeit entfernt]. Zusammenfassend geht Murken (1998, S. 38) nun von folgenden 5 Grundannahmen aus (vgl Tabelle 4):

Tabelle 4: Grundannahmen zum Zusammenhang von Objektbeziehungstheorie und Religiosität (nach Murken, 1998, S. 38):

-
1. Menschen sind von Geburt an Beziehungswesen. Sie suchen aktiv Beziehung und sind auf die günstige Resonanz ihrer Bezugspersonen angewiesen.
 2. Die Qualität früher Beziehungserfahrungen und ihre individuelle Verarbeitung tragen maßgeblich zum Selbstverständnis einer Person (Narzissmus) bei. Innerpsychische Verarbeitungsmechanismen, Selbstwertgefühl sowie die Art und Möglichkeit der Beziehungsgestaltung resultieren daraus.
 3. Aus früh im Leben gemachten Beziehungserfahrungen werden verinnerlichte Beziehungsmuster. Diese bilden ein Motivationssystem in bezug auf die Beziehungswünsche und -gestaltungen im weiteren Leben.
 4. Religiosität kann als Beziehungsprozess verstanden werden, wobei aus psychologischer Sicht diese Beziehung auf der Subjektseite wie jede andere Beziehung untersucht werden kann.
 5. Religiöse Beziehungen (zu Gott, zu religiösen Spezialisten oder religiösen Mitmenschen) werden ebenso wie menschliche Beziehungen durch die verinnerlichteten Beziehungsmuster und das Selbstkonzept einer Person geprägt.
-

Ein Versuch das psychodynamisch orientierte Konzept der Gottesbeziehung in Form einer Skala zu operationalisieren, stammt von Hall und Edwards, 2003. In diesem auch für die vorliegende Arbeit relevantem Konstrukt wird von den Autoren der, von Allport und Ross (1963) postulierte Ansatz einer extrinsischen bzw. intrinsischen Faktorenstruktur bewusst verlassen. Der theoretische Hintergrund der Skala wird wie folgt beschrieben: Das SAI basiert auf der Vorstellung der Objektbeziehungstheorie, welche kongruent ist mit der Bindungstheorie und konsistent ist mit einem beträchtlichen Teil der Literatur zu den Gottesbildern/Gottesrepräsentanzen, die besagen, dass die emotionale Entwicklung und die Entwicklung hinsichtlich der Fähigkeit Bindungen / Beziehungen einzugehen, gespiegelt wird in der Beziehung zum Göttlichen, wie auch immer diese vom Individuum wahrgenommen wird (Brokaw & Edwards, 1994, zitiert nach Hall & Edwards, 2003). In einem theoretischen Modell wird von zwei grundlegenden Bereichen der spirituellen Reife, nämlich „Wahrnehmung von Gott“ und „Qualität der Beziehung mit Gott“ ausgegangen, die sich empirisch in einer 5-Faktorenlösung zeigen sollten (vgl. Hall & Edwards, 1996). Diese 5faktorielle Struktur mit den Bereichen „Kenntnis“, „Instabilität“, „Grandiosität“, „Realistische Akzeptanz“, „Enttäuschung“ konnte in mehreren Studien repliziert werden und wird in einer neueren Arbeit noch durch den Faktor „Umgang mit sozialer Bewertung“ ergänzt (vgl. Hall & Edwards, 2003).

Es existieren Vergleichswerte sowohl zur „Spiritual Well-being“-Skala (vgl. Ellison, 1983) als auch zur „extrinsischen“ bzw. „intrinsischen Religiosität“ (vgl. Allport und Ross, 1967), wobei der Faktor „Kenntnis und realistische Akzeptanz“ positiv mit den beiden Subskalen der SWB-Skala, dem „religiösen“ als auch mit dem „existenziellen“ Wohlbefinden korrelieren. Ein negativer Zusammenhang zeigt sich zwischen „Instabilität“ und „Enttäuschung“ und „religiösem“ bzw. „existenziellem Wohlbefinden“. Was die Faktoren „Kenntnis“ und „realistische Akzeptanz“ betrifft, so ergibt sich ein positiver Zusammenhang zwischen der intrinsischen Religiosität, ein negativer Zusammenhang hinsichtlich der extrinsischen Religiosität (sowohl was den sozialen als auch den persönlichen Bereich angeht). Es zeigt sich ein negativer Zusammenhang zwischen den Faktoren „Instabilität“ bzw. „Enttäuschung“ und der intrinsischen Religiosität und ein positiver Zusammenhang von beiden Bereichen mit der extrinsischen Religiosität. Anzumerken ist an dieser Stelle, dass das Ausmaß des Zusammenhangs mit $r=.2$ bzw. $r=.3$ im Durchschnitt eher gering ist. Ein wirklich hoher positiver Zusammenhang mit $r=.5$ bzw. $r=.7$ zeigt sich eigentlich nur zwischen dem Faktor „Kenntnis“ für das „religiöse“ und „existenzielle Wohlbefinden“ bzw. für die „intrinsische Religiosität“. Alle Items der Skala sind bei Hall und Edwards (2003) abgedruckt.

2.3.4.6 Tilmann Moser: Gottesvergiftung vs. erträglicher Gott

Der deutsche Psychoanalytiker Tilmann Moser hat sich in seinen beiden Büchern „Gottesvergiftung“ (vgl. Moser, 1976) bzw. „Von der Gottesvergiftung zu einem erträglichen Gott“ (vgl. Moser, 2003) u. a. intensiv mit der Glaubensthematik in der Psychotherapie auseinandergesetzt. In seinem ersten Buch beschreibt Moser das ihm schon als kleines Kind aufgezwungene Bild des alles überwachenden, strafenden Gottes. Er leitet ein (S. 9):

„Lieber Gott, ich möchte mit einem Fluch beginnen, oder mit einer Beschimpfung, die mir bald Erleichterung brächte. Eine Art innere Explosion müsste es werden, die dich zerfetzte. Ich wäre dann nicht nur dich, sondern diese elende Beschämung los, mich noch einmal mit dir beschäftigen zu müssen. Ich dachte, du wärest tot, begraben, zumindest aber vergessen oder wärest mir gleichgültig geworden... Du warst so fürchterlich real, neben Vater und Mutter die wichtigste Figur in meinem Kinderleben... Du hast überlebt in meiner seelischen Struktur: ganze Gewölbe, Verehrungsthronen, innere Zimmer- und Kabelfluchten wurden für dich angelegt. Du haustest in mir wie ein Gift, von dem sich mein Körper nicht befreien konnte. Du wohntest in mir als mein Selbsthass. Du hast mich eingezogen wie eine schwer heilbare Krankheit, als mein Körper und meine Seele klein waren.“

Immer klarer wird hier ein Gottesbild gezeichnet, das den Autor daran hindert, sein Leben kreativ zu gestalten, seine Ressourcen zu nützen, ihn in der Entwicklung seiner Persönlichkeit massiv einschränkt. All sein Tun und Handeln ist überschattet von Schuldgefühlen einer imaginären Vaterfigur gegenüber. Einziger Ausweg scheint hier, sich die Last „von der Seele zu schreiben“, doch auch hier scheint Gott etwas dagegen zu haben (S. 47):

„Es ist wieder kurz vor Morgengrauen, und mir scheint, du willst mich mit einer Krankheit daran hindern, dich immer wieder als meinen schlimmsten Feind zu stellen. Warum sollte ich sonst plötzlich Fieber bekommen? Und weißt du, was du noch schickst, um mich vom Schreiben abzuhalten? Du wiederholst eines deiner großen Bestechungsangebote der frühen Jahre. Es ist beschämend, dies niederzuschreiben: Die Innenseite meiner linken Hand schmerzt plötzlich, als sei ein Nagel durchgetrieben fürs Kreuz. Es tut infam weh, aber der Schmerz verschwindet, wenn ich den Arm hochhalte und seitlich nach hinten führe, so wie ich es bei deinem Sohn auf vielen Golgothabildern gesehen habe. Ich glaube, du dachtest, diese Warnung würde mich davon abhalten, es aufzuschreiben, weil mir das Geständnis einer so bis ins Körperliche gehenden Identifikation mit deinem Sohn zu peinlich wäre.“

Eine Annäherung an diesen Gott bzw. das Ergebnis einer Aufarbeitung des Erlebten präsentiert Moser mehr als 25 Jahre später, die Bedrohlichkeit dieses alles wissenden und ahndenden Gottes wird zum Teil relativiert (2003, S. 21):

„Von diesem entsetzlichen Richtergott, der so viele kindliche und erwachsene Gemüter in Angst und Schrecken versetzt, soll heute nicht die Rede sein. Er ist sozusagen der am besten erforschte Gott, zugleich derjenige, der uns in Psychotherapien die meiste Mühe macht, weil seine Gebote Teil der überstrengen, ja der angstgetriebenen Persönlichkeit sind. (...)“.

Moser geht weiter von einer Fähigkeit zur Andacht aus, die alle Menschen haben, allerdings kann diese positive und negative Formen annehmen (2003, S. 23):

„Ausgehend von Erlebnissen mit Patienten, auch von eigenen Kindheitserinnerungen, habe ich versucht, einen Zugang zu einem menschlichen Grundgefühl zu finden, das ein wichtiges, vielleicht das wichtigste Fundament von Religion bildet. Ich nenne es die Fähigkeit zur Andacht. (...) Erst allmählich wurde deutlich, dass Kinder in einem bestimmten Alter, vielleicht auch zu verschiedenen Zeitpunkten in der Entwicklung, neben vielen anderen Möglichkeiten die Fähigkeit zur Andacht entwickeln, der eine wichtige Bedeutung für den Aufbau ihrer seelischen Welt zukommt. Es ist dann entscheidend, wie diese Fähigkeit zur Andacht aufgenommen wird und welche Inhalte die Erwachsenen in dieses kostbare Gefäß hinein gießen. Wird der strenge Richtergott hinein gegeben, dann kann das Gift der Lebensverneinung tief im Zentrum der Persönlichkeit sitzen.“

So bringt Moser Fallbeispiele seiner Patienten, wo es in der Therapie gelang, das Gottesbild, welches ähnlich dem des Autors war, in ein positives und auch ein die seelische Gesundheit unterstützendes umzuwandeln. Die Idee des bio-psycho-sozio-spirituellen Ansatzes erfährt durch Moser letztendlich dadurch Zustimmung, als er das Merkmal der Spiritualität im Wesen des Menschen fest verankert sieht. Allerdings ist es auch für ihn von entscheidender Bedeutung, auf welchen Nährboden dieses Potential trifft bzw. in welcher Weise es geformt wird und sich in weiterer Folge auf den Grad der psychischen Gesundheit auswirkt.

2.3.4.7 Karl Frielingsdorf: Zur Wirkung „dämonischer“ Gottesbilder

Einer ähnlichen Fragestellung wie Tilmann Moser widmet sich Karl Frielingsdorf (2001, 2004): Unbewusste dämonische Gottesbilder sollen entlarvt bzw. positive und heilsame Gottesbilder gefunden werden. Zu einer möglichen Definition des „Gottesbildes“ wird folgender Zugang angeboten (Frielingsdorf, 2001, S. 22):

„Auf diesem Hintergrund der begrenzten Möglichkeiten, Gott zu erkennen und auszudrücken, sprechen, wir auch vom Gottesbild. Es meint „das geistige Medium, in dem und durch das die lebendige Begegnung des Menschen mit seinem Gott geschieht“ (vgl. Auer, 110 f., zitiert nach Frielingsdorf, 2004). Dabei geht es um ein „Ergriffensein“ bzw. ein von einem äußeren Bild Ergriffen werden und um ein inneres Begreifen und Verarbeiten des inneren Gottesbildes. Religiös bedeutsam werden die benannten Gottesbilder der Bibel (z. B. Herr, Schöpfer, Vater, Hirt) für den einzelnen erst im subjektiven inneren Begreifen und Verarbeiten des wahrgenommenen Bildes von Gott.“

Auch wird mit C. G. Jung auf einen weiteren wichtigen Aspekt des Begriffs „Gottesbild“ verwiesen, nämlich den, dass „Gottesbild“ für die psychische Wirklichkeit steht und zunächst nichts über eine tatsächliche metaphysische Realität Gottes aussagt. Seine grundlegenden Ausführungen fasst er zusammen mit (S. 24):

„Krankmachende Götzen und dämonische Gottesbilder können u. a. dann entstehen, wenn das Gottesbild einseitig verstanden, ein Teilaspekt verabsolutiert wird, oder wenn eine oder mehrere Mosaiksteine des Gottesbildes für das Ganze gehalten werden...Grundsätzlich ist aus theologischer und psychologischer Sicht zu sagen: Das Gottesbild bleibt in seiner Fülle und als Ganzes für den Menschen unbegreiflich und nicht fassbar.“

Folgende dämonische Gottesbilder werden als die wichtigsten beschrieben - in weiterer Folge werden alternativ heilende Gottesbilder hintangestellt (vgl Frielingsdorf, 2004, S. 46f.):

1) Strafender Richtergott

Mit diesem strafenden Richtergott hatte schon Tilmann Moser in seinem Buch „Gottesvergiftung“ abgerechnet. Er findet sich prinzipiell in allen Angst und Furcht einflößenden Gottesbildern wieder. Der Dämon wird als unerbitterlicher Richter beschrieben, der jegliche Verfehlung bestraft. Als Variante wird dabei der strenge und allmächtige Vatergott beschrieben. Diesem kann sich der Mensch nur in der Rolle des gehorsamen Kindes nähern. Die Beziehung zu Gott ist dem eines Sklavengehorsams gleichzusetzen, wobei es durchaus vorkommen kann, dass sich Menschen mit geringem Selbstwertgefühl selbst verletzen, nur um den Richter milde zu stimmen. Zwei kritische Entwicklungen werden dabei aufgezeigt: Eine Entwicklung wäre, dass sich die Menschen in Selbstverleugnung und Demut flüchten und ihr eigenes Dasein als wertlos empfinden. Die andere Variante wäre die, der Distanzierung. Gott wird in die Ferne verbannt und wirkt so als „lieber Gott“ weniger angsteinflößend. Allerdings macht dieser scheinbar in die Ferne verbannte Gott seine Ansprüche bald wieder geltend und schlägt mit voller Wucht zurück. Zusammenfassend schreibt Frielingsdorf (S. 50): „Der destruktive Teufelskreis der Selbstbestrafung und

Lebensverneinung ist letztlich nur in dem Maße aufzulösen, in dem das einseitige Pseudogottesbild entlarvt und durch positive Gottesbilder der biblischen Offenbarung ersetzt und ergänzt wird.“

2) Dämonischer „Todes“-Gott

Dieses Gottesbild findet sich oft bei Menschen, die über ihre Erwünschtheit nicht im Klaren sind. Es ist ein Gottesbild, welches verschleiert als liebender Gott oftmals die eigene Existenz in Frage stellt. Hierzu wird näher ausgeführt (S. 61):

„Der dämonische Todesgott wirkt unbemerkt in vielen Menschen, die am Leben leiden, die das Leben als Last empfinden und die ihr Dasein mehr im Schatten des Todes, als im Lichte des Lebens verbringen. Dabei benutzen sie die negativen Elternbotschaften und stellen die Lebensverheißungen Gottes in Frage. Wer sich aber auf den Weg macht, diesen Todesgott zu entlarven, wird den wahren Gott des Lebens finden.“

3) Buchhalter- und Gesetzesgott

In enger Verbindung zum strafenden Richter Gott findet sich das Bild des Buchhalter- und Gesetzesgottes. Dieser wird von Frielingsdorf (S. 67f.) wie folgt beschrieben:

„...als bedrohliche Überwachungsinstanz, als „big brother is watching you“, als pedantischer Gesetzesgott, unheimlicher Schnüffler, moralischer Wachhund, Weltpolizist, Schuldnergott...Auf diese Weise werden Gebote und Gesetze nicht mehr als Wegweiser und Hilfe für ein gelungenes Leben gesehen. Sie verselbstständigen sich zu Kontrollinstanzen, die den Menschen immer wieder im Namen Gottes für schuldig erklären und verurteilen.“

Im Prozess einer psychotherapeutischen Aufarbeitung gilt es, sich von diesem mit Ängsten und Schuldgefühlen behafteten Gottesbild zu verabschieden. Dieses wurde oftmals von den Eltern übernommen. Frielingsdorf bietet hier als Alternative das Bild vom „Guten Hirten“, zu dem eine liebevolle und vertrauensvolle Beziehung besteht.

Es lässt sich auch durch empirische Forschung an psychiatrischen Patienten zeigen, dass das Ausmaß an Schuldgefühlen auch mit psychiatrischer Symptomatik verbunden sein kann. So berichten beispielsweise Averilla, Diefenbach, Stanley, Breckenridge und Lusby (2000) positive Korrelationen zwischen dem Erleben von Schuld und Angst ($r=.29, p<.02$), Depressivität ($r=.38, p<.001$), Zwängen ($r=.35, p<.001$), Phobien ($r=.27, p<.02$), Psychosen ($r=.37, p<.001$) und Somatisierung ($r=.33, p<.001$).

4) Überfordernder Leistungsgott

Haupteigenschaft dieses Gottesbildes ist es ebenfalls als positiv wahrgenommen zu werden. Ein Gott, der Aktivität, Gebet und Arbeit hochhält und damit zur Überforderung verführt. Frielingsdorf führt dazu aus:

„Gerade in der Überforderung liegt das Dämonische dieses – scheinbar guten – Leistungsgottes. Er verführt den Menschen zur Übertreibung der in sich guten Leistung, weil bei ihm nur die Leistung zählt, nicht aber die Möglichkeiten und Grenzen der Menschen, die die Leistung bringen. Damit zerstört er diesen Menschen, der überdies oft in dem Glauben lebt, mit dem Erbringen der ihn überfordernden Leistung „Gottes Willen“ zu erfüllen. Wen der diabolos – griechische Wort bedeutet „Verwirrer“ – nicht direkt zum Bösen verführen kann, den verleitet er, das Gute maßlos zu tun.“

Meist wurde diesen Menschen schon in der Kindheit eingepflichtet, dass sich ihr Wert vor allem über Leistung und Erfolg definiert. Sich von diesem zu befreien, gestaltet sich oftmals deshalb auch als schwierig, da Leistung, die in Überforderung endet, in unserer Gesellschaft durchaus anerkannt ist. Der erfolgreiche Mensch unterscheidet sich vom weniger erfolgreichen meist vor allem in der Fähigkeit mit dieser Überforderung umzugehen. Als alternatives Gottesbild bietet Frielingsdorf den „Gott der Fruchtbarkeit“ an und führt dazu aus (S. 83):

„Der Gott der Fruchtbarkeit kann den Leistungsgott in seine Schranken weisen und das Wesentliche deutlich machen. Leistung in sich ist nicht das Ziel, Fruchtbarkeit ist das ausgesprochene Ziel der Sendung Jesu und der Sendung derer, die ihm nachfolgen...Im Bildwort der Fruchtbarkeit ist sowohl das Mitwirken und die Leistung des Menschen als auch das Wachsen- und Geschehen lassen durch Gott enthalten.“

2.4 Lerntheoretische Ansätze zu Religiosität und Spiritualität

2.4.1 Allgemeine Einführung

Der russische Physiologe Iwan P. Pawlow (bekannt durch seine Experimente mit Hunden zur klassischen Konditionierung) hielt Religion für eine tief im Menschen verwurzelte und darum in der ganzen Menschheit verbreitete Neigung der höheren Nerventätigkeit. Sie ist für Pawlow ein Instinkt, oder besser ein unkonditionierter Reiz, resultierend aus dem Daseinskampf der menschlichen Spezies. Nach Pawlows Idee erfuhren die Menschen, als sie sich über das Tier hinaus entwickelten, die Naturereignisse als extrem bedrohend. Sie retteten sich, indem sie die Religion schufen, die ihnen half angesichts der unbarmherzigen, allmächtigen Natur zu überleben. Ontogenetisch ist Religiosität nach Pawlow durch eine natürliche Selektion bestimmt und genau vorhersehbar: Sie entwickelt sich nur bei Individuen mit einem schwachen Nervensystem voll und zeigt sich demnach auch in Krisenzeiten. So soll man den Schwachen ihre Religiosität auch nicht nehmen, starke Menschen überwinden die religiöse Tendenz zugunsten einer rationalistischen Einschätzung der Welt. Diese humanistische und atheistische Meinung Pawlows kann man einerseits durch den Freitod eines Freundes, für den er sich mitschuldig fühlte, andererseits durch seiner starke Verwurzelung im Kommunismus erklären (vgl. Grom, 1992).

Eine ähnliche Position zur Religiosität bzw. Spiritualität wird von Burrhus Skinner bezogen. So wird dieses Merkmal als ein durch Verstärkung erlerntes Verhalten bezeichnet. Wie alle anderen Verhaltensweisen tritt das religiöse Verhalten auf, weil es durch verstärkende Reize erlernt wurde. In vielen Fällen werden diese Verstärkungsreize durch Priester oder ähnliche als machtvoll wahrgenommene Personen gesetzt. Religiöse Riten und Formeln ergänzen und runden die Kontingenz der Verstärkung ab. Religiöse Verhaltensweisen, die nicht durch diese Vorgehensweise erklärt werden können, sind als Ergebnisse zufälliger Verstärkung erklärbar. Skinner ist auch der Meinung, dass religiöses Verstärkungslernen früher meist mit Mitteln der Bestrafung (religiöse Furcht; Angst vor Krankheit bei Nichtgläubigkeit) erlernt wurde, man aber heute eher positives Verstärkungslernen (Belohnung, Gesundheit durch den Glauben) vorfindet (vgl. Wulff, 1996; Pervin, 2000).

Der Ansatz der kognitiven Verhaltenstherapie war seit jeher auch auf der Annahme aufgebaut, dass sich seine Effizienz auch durch die empirische Forschung abbilden bzw. belegen lässt (vgl. Probst, 1996). Zahlreiche Arbeiten wurden dazu durchgeführt, wobei Beck

und Mitarbeiter (vgl. z.B. Beck, Wright, Newman & Liese, 1997) in neuerer Zeit als federführend gelten dürfen.

Grundsätzlich können hier zumindest vier verschiedene Ebenen unterschieden werden, auf denen nach Probst (1996, S. 399) die Integration einer spirituellen Komponente zusätzliche Perspektiven ermöglichen würde: 1) Verständnis des Einflusses von Kognitionen auf die emotionale und die Verhaltensebene 2) Abbildung der Kognitionen und die damit verbundenen Einstellungen und Meinungen 3) Beeinflussung von Kognitionen 4) Kognitive Restrukturierung und Verhaltensmodifikation. Ausgehend von der allgemeinen Annahme der kognitiven Therapie, dass der Patient verstehen muss, dass seine Gedanken und Einstellungen sehr stark seine Gefühle und Handlungen beeinflussen, könnte die Hinzunahme religiös-spirituelle Inhalte eine Erweiterung dieses Rahmes darstellen bzw. könnte die Spiritualität ein zusätzliches Werkzeug der kognitiven Therapie werden.

Das Ausmaß der empirischen Erfassung, in wie weit die Integration von Religiosität bzw. Spiritualität im Rahmen eines kognitiv-verhaltenstherapeutischen Therapieprogramms zusätzliche Perspektiven ermöglichen kann, darf noch als unzureichend gelten. Wenige Studien wurden dazu durchgeführt, die Effizienz der religiös-spirituellen Komponente in einem verhaltenstherapeutischen Setting zu belegen (vgl. Probst, 1996). Probst (1992) konnte zeigen, dass sich religiös-spirituelle Inhalte im Rahmen einer kognitiven Umstrukturierung sehr positiv auf den Therapieerfolg auswirken können. So zeigten sich bei Patienten mit vermeidender Persönlichkeitsstörung in der Gruppe mit Intervention zusätzlich durch religiöse Inhalte Verbesserungen im Vergleich zur Gruppe mit herkömmlicher kognitiver Therapie bzw. der Kontrollgruppe, unabhängig davon ob die Gruppe von einem religiös gebildeten bzw. ungebildeten Therapeuten geleitet wurde.

Gangdev (1998) kommt anhand einer Einzelfallstudie über eine Patientin mit Zwangsstörung zum Schluss, dass die Integration religiöser Inhalte in den Ablauf einer kognitiven Therapie positive Konsequenzen haben kann. Weiters führt er aus, dass kognitive Therapie an sich keinesfalls inkompatibel mit Religion oder Spiritualität scheint. Dieses Vorgehen kann von sehr großem Nutzen sein, wenn es dadurch gelingt den Patienten vermehrt anzuregen sich selbst zu hinterfragen um dann in weiterer Folge dysfunktionale Schemata zu durchbrechen. Obwohl in letzter Zeit immer mehr Untersuchungen zur Spiritualität bzw. Religiosität im Krankheitsprozess durchgeführt wurden, fehlt bisher die Erarbeitung und Evaluation eines spirituell basierten kognitiven Ansatzes vor allem auch im deutschsprachigen Raum völlig. Auch gibt es Vertreter des kognitiven Ansatzes, die sich gegen eine Öffnung zur Wehr setzen. So spricht sich Albert Ellis, der Begründer der rational-emotiven Therapie ganz klar gegen eine Berücksichtigung religiös-spirituelle Inhalte im Rahmen eines psychotherapeutischen Prozesses aus (vgl. z. B. Ellis, 1998).

Das wohl bekannteste Verfahren zur Integration religiös-spirituelle Inhalte mag das von Kabat-Zinn (2003) auf der Basis kognitiver Konzepte entwickelte MBSR-Training („Mindfulness based stress reduction“) sein, wobei es hier generell um eine Steigerung der Achtsamkeit geht. D’Souza, Heady und Rich (2001) berichten über die Entwicklung eines „Spiritually Augmented Cognitive Behaviour Therapy“ Programms, welches in interdisziplinärer Zusammenarbeit entstanden ist. Dieses wird beschrieben als ein non-konfessionelles, strukturiertes, kognitiv orientiertes 10 Wochen-Therapieprogramm mit dem Fokus auf Hoffnung, Akzeptanz, Vergeben können und Liebe. Die Verhaltensinterventionen beinhalten dabei Entspannung, Meditation, Gebet und die Thematisierung des Glaubenssystems des Patienten. Erste Ergebnisse einer Pilotenstudie zeigten dabei viel versprechende Ergebnisse und führten zu weiterführenden Untersuchungen und zur Weiterentwicklung des Verfahrens. Aufbauend darauf präsentieren D’Souza und Rodrigo (2004) ein erweitertes Konzept. Dieses Programm sieht 16 Sitzungen vor, in denen kognitive Elemente mit existenziellen psychotherapeutischen Elementen verbunden werden. Ergebnisse kontrollierter Studien werden von den Autoren dahin gedeutet, als dass sich das Programm als hilfreich in der Auslöschung von „Hoffnungslosigkeit“ und „Verzweiflung“, in der Verbesserung der Patientenmitarbeit, in einer Reduzierung der Rückfallsraten und einer erweiterten funktionalen Genesung erweist (vgl dazu auch weiterführend D’Souza & George, 2006 bzw. D’Souza, 2007).

2.4.2 Coping

Der Begriff des „Coping“ (zu deutsch: Bewältigung) wurde von der Arbeitsgruppe um Lazarus geprägt (vgl. Folkman & Lazarus, 1988; auch transaktionales Stressmodell) und kann allgemein als der Prozess der Verarbeitung verstanden werden, den ein Individuum durchläuft, welches sich mit einer massiven Veränderung seiner Lebensumstände konfrontiert sieht. Braukmann und Filipp (1984, S. 60, zitiert nach Stieglitz & Ahrens, 1996) definieren Coping wie folgt:

„Bewältigung steht als summarisches Konzept für alle Verhaltensweisen, die im Umfeld von raumzeitlich begrenzten Belastungssituationen die individuelle Auseinandersetzung mit der Situation markieren. Belastungssituationen sind solche, in denen die Handlungsfähigkeit einer Person bedroht ist bzw. deren Verlust antizipiert bzw. als eingetreten erlebt wird. Verlust oder Bedrohung der Handlungsfähigkeit werden als Folge von Eingriffen in das Person-Umwelt-Passungsgefüge verstanden, die eine Rekonstruktion dieses Gefüges erfordern.“ (S. 529)

Lazarus (2006) sieht „Coping“ als integrales Element des Emotionsprozesses an, der sich aus vier Teilen zusammensetzt: „Appraising“ („Bewertung“), „Coping“ („Verarbeitung“, „Flow of actions and reactions“ („Fluss der Aktionen und Reaktionen“) und „Relational meaning“ („Bedeutung in der Beziehung“). Es kam zur Entwicklung von Instrumenten um adäquates bzw. inadäquates Coping erfassen zu können, wobei Religiosität und Spiritualität immer wieder als mögliche Bewältigungsressource thematisiert wurden (vgl. Muthny, 1990). Bemerkenswert ist, dass trotz der tiefen Verwurzelung der Religiosität in der amerikanischen Gesellschaftsstruktur, nur in etwa 1% der Fälle in der Literatur zum Coping-Prozess eine religiöse Komponente berücksichtigt wird (Tix & Frazier, 1998 zitiert nach Nairn & Merluzzi, 2003).

2.4.2.1 Religiöses Coping

Der Ansatz zum „religiösen Coping“ ist eine Variante, die Wirkung von Religiosität auf die Bewältigung von Krankheit auch empirisch erfassbar zu machen. So stellt diese Coping Theorie eine viel versprechende Möglichkeit dar, religiös-spirituelle Dimensionen zu verstehen, sie zu studieren und in weiterer Folge mit ihnen zu arbeiten (vgl. Pargament, 1997; Pargament, 2000). In neueren Arbeiten wird neben „problem focused Coping“ und „emotion focused Coping“ auch eine dritte Form des Copings, das „meaning based Coping“ („sinnbasiertes Coping“) als Erweiterung in die Diskussion eingebracht. Religion und Spiritualität als Verarbeitungsstrategie lassen sich inhaltlich schlüssig in diese Gruppe einordnen (vgl. Park & Folkman, 1997; Folkman & Moskowitz, 2004).

Auch fertigt H. P. Huber (2008, S. 120; vgl. Abbildung 1) eine Skizze zur möglichen Integration des Konzepts zur religiösen Stressbewältigung von Pargament in das transaktionale Stressmodell von Lazarus an:

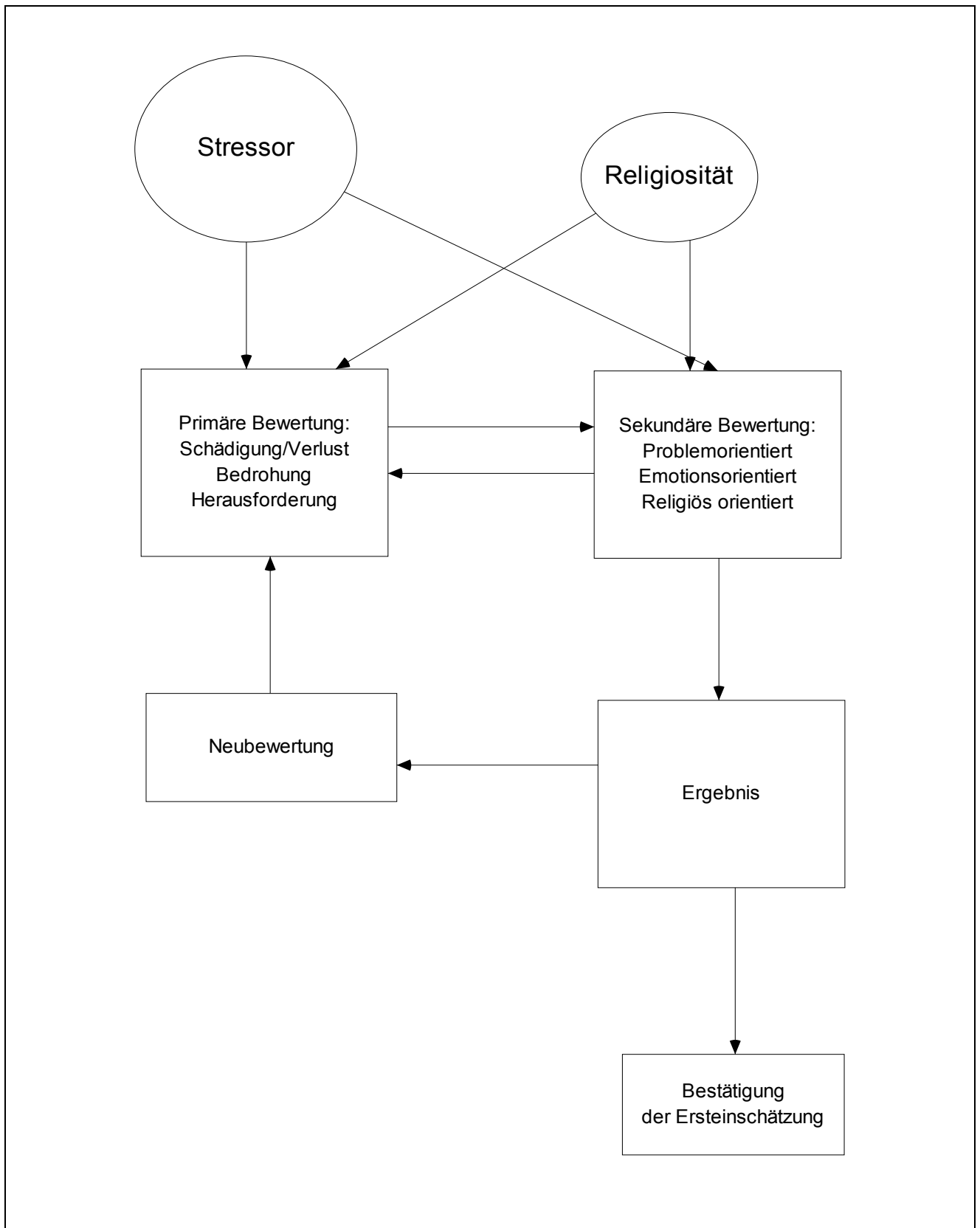


Abbildung 1: Integration des Konzepts von Pargament zur religiösen Stressbewältigung in das transaktionale Stressmodell nach Lazarus (vgl. H. P. Huber, 2008, S. 120)

Zur Zusammenhangsstruktur von Religion (bzw. auch Religiosität/Spiritualität) und Coping werden von Pargament (1990) drei verschiedene Formen diskutiert. So könnte 1) Religion ein Teil des Coping-Prozesses sein (Krankheit als göttlicher Plan), 2) wäre es möglich, dass Religion den Coping-Prozess formt (so mag es einem Individuum möglich sein, aufgrund seines religiösen Hintergrunds gegen seine Suchterkrankung anzukämpfen), 3) könnte eine religiös-spirituelle Erfahrung durch den Bewältigungsprozess beeinflusst werden (so mag eine Nahtodeserfahrung ein Individuum dazu bewegen, sich einer religiösen Gemeinschaft anzuschließen).

In weiterer Folge bietet Pargament (1999) mehrere Zugänge an, religiöses Coping zu messen: 1) Großangelegte Fragebogenuntersuchungen messen im Allgemeinen die Häufigkeit religiös-spirituelle Aktivitäten (z. B. Kirchengang oder Gebet). Die Idee dahinter ist, dass die Tätigkeit auf die Einstellung hinweist. 2) Eine weitere Methode wäre ein globales Kriterium zur Anwendung religiöser Coping-Strategien heranzuziehen: „Wie wichtig ist für sie die Religion bei der Bewältigung ihrer Erkrankung?“. 3) In einigen Studien wurden ein oder mehrere religiöse Items integriert, diese wurden gemeinsam mit anderen dargeboten. Der Zusammenschluss von Items mit religiösem Inhalt und Items mit existenziellem Inhalt soll dabei die Messung des Ausmaßes an spirituellem Coping ermöglichen. 4) Es wurde versucht Cluster zu bilden, um so Mechanismen, die dem religiösem Coping zugrunde liegen, zu erforschen. Hier wird typischerweise zwischen negativen und positiven Coping-Stilen unterschieden. 5) Der Einsatz von eigens konstruierten Skalen zur Messung des religiösen Coping-Verhaltens. Hier lassen sich wiederum fünf Bereiche unterscheiden: „Spirituelle Unterstützung“, „Begleitende Unterstützung“, „Wohllwollen/Bestrafung durch Gott“, „Anleitung zur Orientierung und Kontrolle“ und der „Gebrauch von Ritualen“.

Was nun den Bereich „Anleitung zur Orientierung und Kontrolle“ betrifft, erfolgte hier durch Pargament (vgl. Pargament, 1988; Pargament, 1997) eine Einteilung in drei verschiedene Formen des religiösen Copings: „Collaborative“, „Self-directing“ und den „Deferring“ Coping-Stil: 1) „Collaborative Coping“: Die Bewältigung der Krise bzw. des Problems wird in gemeinschaftlicher Zusammenarbeit mit Gott in Angriff genommen. Die Verantwortung für den Ausgang liegt sowohl in der Hand Gottes als auch beim Menschen. Wird diese Form des Coping gewählt und somit die Verantwortlichkeit an keine höhere Macht abgegeben, so wird alles nur erdenklich Mögliche vom Individuum unternommen, um eine Heilung herbei zu führen (z. B. die Inanspruchnahme medizinischer Hilfe). 2) „Self-directing Coping“: Bei dieser Form des Copings wird vom betreffenden Individuum angenommen, dass Gott durchaus existiert, aber mit der Bewältigung der Erkrankung nichts zu tun hat. Es liegt somit einzig und allein in der Hand des Individuums für seine Genesung zu sorgen. 3) „Deferring Coping“: Hier wird eine mögliche Heilung komplett in die Hand Gottes gelegt. So mag es dem Individuum zwar möglich sein, alle nur erdenkliche

medizinische Hilfe in Anspruch zu nehmen – schlussendlich entscheidet aber Gott einzig und allein über den Ausgang der Erkrankung. Ausgehend von dieser Dreiteilung wurde eine Skala zum Religiösen Coping entwickelt: Die „Religious Problem Solving Scale“ (RPPS), mit deren Hilfe die drei Formen des Copings erfasst werden sollten. Hier ist anzuführen, dass sich in zahlreichen Studien diese drei Formen des Copings nie eindeutig replizieren haben lassen, sondern sich deutliche Überschneidungen zeigten (vgl. z. B. Schäfer & Gorsuch, 1993; Nairn & Merluzzi, 2003). So schien es aufgrund faktorenanalytischer Betrachtung angebracht eine Zweifaktorenlösung anzunehmen: „Deferring-collaborative“ und „Self-directing“ Coping-Stil. Dies spiegelt allerdings auch die grundlegende Einstellung zu Gott bzw. einer höheren Macht wieder. Menschen in Krisensituationen ziehen den Glauben zur Bewältigung heran – andere nicht, wie stark hierbei die menschliche bzw. die göttliche Komponente am Ergebnis beteiligt ist, scheint unerheblich zu sein. Was den „Self Directing“ Coping-Stil betrifft, so zeigten sich immer wieder unterschiedliche Ergebnisse hinsichtlich des Zusammenhangs mit psychischer Gesundheit.

In einer neueren Arbeit wurde durch die Neukonstruktion der Skala versucht, sich weiter Klarheit zu verschaffen. Phillips, Pargament, Lynn und Crossley (2004) berichten eine Zweifaktorenlösung: Faktor 1, der mit „deistisches, unterstützendes aber nicht intervenierendes Gottesbild“ betitelt wurde und Faktor 2: „ablehnende Haltung gegenüber Gott“. Es zeigt sich, dass die Wahrnehmung Gottes als „unterstützend, aber nicht intervenierend“ eher mit psychischer Gesundheit verbunden ist.

Von Wong-McDonald (2000) wurde zusätzlich eine vierte Form des Copings als Erweiterung vorgeschlagen – der „Surrender“ - Coping-Stil. Hier wird der „Deferring“-Coping-Stil dahingehend erweitert, als eine stärkere Betonung der aktiven Übergabe der Verantwortung in die Hand Gottes erfolgt. Diese Dimension dürfte bei konfessionell streng gläubigen Menschen stark ausgeprägt sein. Weitere Schritte zur Öffnung des Konzepts zum Religiösen Coping wurden von Tarakeshwar, Pargament und Mahoney (2003) dahingehend unternommen, als eine Skala speziell für Angehörige des Hinduismus entwickelt wurde. Auch hier zeigte sich ein grundsätzlich positiver Zusammenhang zwischen dem Anwenden religiöser Coping-Strategien und psychischer Gesundheit. Bei faktorenanalytischer Betrachtung ergaben sich drei Faktoren: „Gottfokussiertes Coping“, „spiritualitätsfokussiertes Coping“ und als dritter Faktor: „religiöse Schuld, Ärger und Passivität“.

Ausgehend von dem Problem, dass diese drei bzw. vier angenommenen Formen des Copings nicht den gesamten Bereich des religiösen Copings abdecken, wurde von Pargament, Koenig und Perez (2000) das RCOPE-Fragebogen entwickelt, in welchem alle Methoden religiösen Copings erfasst werden sollen. So werden „aktive, passive und interaktive“ Coping-Methoden berücksichtigt. Auch sind problemfokussierte und emotionsfokussierte Ansätze inkludiert. Die kognitiven, behavioralen, interpersonalen und

spirituellen Bereiche im menschlichen Erleben werden dabei angesprochen.“ (S. 525). Weiters werden fünf verschiedene Bereiche unterschieden, die mit fünf religiösen und spirituellen Funktionen verbunden sind: Religiöses Coping wird eingesetzt um „Sinn im Leben“ zu finden; um „Kontrolle über das Leben“ zu haben; um sich „sicher und geborgen bei Gott“ zu fühlen, um „Nähe zu anderen Menschen und zu Gott“ bzw. um eine „Veränderung im Leben“ zu spüren.

Die ursprünglich postulierten drei Coping-Stile des „Collaborative“, „Deferring“ und des „Self-directing“ sind dabei in den Bereich „Kontrolle über das Leben haben“, einzuordnen. Dieser Bereich wird durch weitere zwei Formen des religiösen Copings komplettiert: Der erste ist die Bitte um eine „direkte Intervention Gottes“, also um ein Wunder oder eine göttliche Fügung. Die andere Form, ist die schon von Wong-McDonald postulierte Form der „aktiven Übergabe der Verantwortung für den Ausgang“ in die Hände Gottes. Die Langform der RCOPE ist ein sehr umfangreiches Instrument. Deshalb wurde von Pargament, Smith, Koenig und Perez (1998) auch eine Kurzversion der Skala konstruiert.

Hierzu wurde von Lehr (2008) eine Übersetzung der Skala ins Deutsche angefertigt, wobei die Skala sehr zufrieden stellende Eigenschaften aufweist. Kritisch erscheint in der deutschen Übersetzung allerdings das Item: „Decided the devil made this happen.“. Hier wird einmal mehr die Problematik der kulturellen Barriere und der Sprachbarriere zwischen anglo-amerikanischem und deutschem Raum deutlich. Es ist auf alle Fälle anzunehmen, dass der Terminus „Teufel“ hier zu Lande viel stärker personal konnotiert ist.

2.4.2.2 Spirituelles Coping

Den Anregungen neuerer Arbeiten zufolge darf nach Baldacchino und Draper (2001) zwischen „religiösem“ und „spirituellem“ Coping unterschieden werden, wobei spirituelles Coping auch an die Unterscheidungspunkte zwischen Religiosität und Spiritualität anknüpfend eher auf Verarbeitungsstrategien verweist, die durch eine überkonfessionelle nicht an Traditionen gebundene Form der Gläubigkeit geprägt sind. Da Spiritualität als ein breiteres Konzept als die Religiosität angesehen werden kann, scheint auch die explizite Betrachtung von „spirituellem Coping“ als gerechtfertigt.

Spirituelles Coping, das auf dem Ansatz des in wertschätzender Beziehung seins mit sich selbst, seiner Umwelt und mit Gott bzw. einer höheren Macht beruht, zeigte einen positiven Zusammenhang mit verschiedenen Indikatoren psychischer Gesundheit. So geht spirituelles Coping mit „Sinn und Bedeutung im Leben finden“ und „Hoffnung“ einher. Insgesamt lassen sich allerdings nur fünf Studien finden, wo explizit nach spirituellen und nicht nach religiösen Coping-Strategien gefragt wird. Hier werden durchwegs positive Zusammenhänge zwischen dem Anwenden spiritueller Coping-Strategien und

verschiedenen Indikatoren von psychischer Gesundheit bei Patienten mit chronischen Erkrankungen (z. B. Dialyse) bzw. nach chirurgischen Eingriffen berichtet.

Aufbauend auf der grundsätzlichen Vorstellung von Spiritualität, die durch einen respekt- bzw. liebevollen Umgang mit sich selbst, seiner Umwelt und Gott bzw. durch Hoffnung und Sinn im Leben gekennzeichnet ist, sollte dies auch im Krankheitsfall vom betreffenden Individuum herangezogen werden können. Wichtig vor allem für die Unterscheidung zum „religiösen Coping“ ist, dass diese Ressource für Gläubige und für Nichtgläubige zugänglich sein sollte – dies sollte Vorteile in der Krankheitsbewältigung bringen. Baldacchino und Buhagiar (2003) entwickelten eine eigene Skala zum spirituellen Coping. Diese enthält in Anlehnung an die Skala zum spirituellen Wohlbefinden (vgl. SWB-Skala, Ellison, 1983 bzw. Unterrainer, 2002 für die Übersetzung) sowohl religiöse als auch existenzielle Fragen zum Coping und berichten einen positiven Zusammenhang zwischen dem Anwenden spiritueller Coping-Strategien und verschiedenen Indikatoren psychischer Gesundheit.

Eine interessante Weiterentwicklung des Konzepts zum religiösen Copings von Pargament berichten Van Uden, Pieper und Alma (2004) mit der Neukonstruktion einer Skala – der „Receptivity-Scale“. So üben sie Kritik, dass in den Coping-Skalen von Pargament zu sehr von einem aktiven, personalen Gottesbild ausgegangen wird und weisen darauf hin, dass zumindest in den Niederlanden der Glaube an einen impersonalen Gott – eine höhere Macht weiter verbreitet ist und modifizierten die Coping-Skala danach. So wird an einer studentischen Stichprobe (Psychologie und Theologie) gezeigt, dass hier auf andere Weise ein Transzendenzbezug hergestellt werden kann. Bei faktorenanalytischer Betrachtung zeigen sich zwei Dimensionen (zwei verschiedene Formen des Copings). Bei der ersten Form wird mit Hilfe des „Agenten“ (der höheren Macht) versucht die Lösung des Problems herbeizuführen. Bei der zweiten Form wird eine Haltung des „Vertrauens in die Zukunft“ eingenommen, hier wird keine Hilfe einer höheren Macht benötigt. Die modifizierte Form der Skala weist einen positiven Zusammenhang zu dem „Collaborative“ und dem „Deferring“-Coping Stil der Skala von Pargament auf. Auch zeigt sich ein negativer Zusammenhang zum „Self Directing“ Coping, wobei hier angemerkt wird, dass es sich bei genauerer Betrachtung eigentlich um gar keinen religiösen Coping-Stil im engeren Sinn handelt. Im Vergleich zur Coping-Skala bei Pargament wird hier kein geringerer positiver Zusammenhang zu Religiosität und Transzendenzbezug berichtet. Weiters zeigt sich ein höherer negativer Zusammenhang mit „Angst“ und „Vertrauen können“. Anzumerken ist, dass sich bei den Coping-Skalen von Pargament kein Zusammenhang mit Angst, weder ein positiver noch ein negativer zeigt.

2.5 Modelle zur Messung von Religiosität und Spiritualität

2.5.1 Religiös-spirituelles Befinden als Dimension der Persönlichkeit

Das Konzept der „BIG FIVE“ der Persönlichkeit darf als eines der einflussreichsten der wissenschaftlichen Psychologie gelten. Schon in den 30er Jahren hatten Allport und Odbert (1936) auf der Basis des lexikalischen Ansatzes mit Hilfe von Listen mit über 10.000 Adjektiven 5 stabile Faktoren (auch über die Kulturen hinweg) berichtet. Costa und McCrae (1985, zitiert nach Pervin, 2000, S. 254) beschreiben diese 5 Wesenszüge wie folgt (vgl. Tabelle 5):

Tabelle 5: Dimensionen der Persönlichkeit (vgl. Pervin, 2000, S. 255)

Wesenszug (Dimension)	Beschreibung
Neurotizismus	Bewertet Anpassungsfähigkeit und emotionale Stabilität. Kennzeichnet Individuen mit der Neigung zu seelischem Leid, unrealistischen Ideen, exzessiven Gelüsten und Bedürfnissen und mangelnder Anpassungsfähigkeit.
Extraversion	Bewertet Quantität und Intensität zwischenmenschlicher Interaktion: Grad der Aktivität; Notwendigkeit stimuliert zu werden; Fähigkeit sich zu freuen.
Offenheit	Bewertet eigenständiges Suchen und ob Erfahrungen um ihrer selbst willen geschätzt werden; Toleranz gegenüber dem Unbekannten und dessen Erkundung.
Liebenswürdigkeit	Bewertet die Qualität der zwischenmenschlichen Orientierung entlang eines Kontinuums von Mitgefühl bis Feindseligkeit in Gedanken, Gefühlen und Taten.
Gewissenhaftigkeit	Bewertet das Maß an Organisation, Ausdauer und Motivation beim zielgerechten Handeln; spiegelt den Kontrast zwischen zuverlässigen, pingeligen Menschen zu nachlässigen und schlampigen Menschen.

Zahlreiche (hoch erfolgreiche) Versuche wurden unternommen, dass Konzept der „BIG FIVE“ zu operationalisieren. Pervin (2000, S. 258f.) beschreibt die verschiedenen Phasen der Testentwicklung des NEO-Personality Inventory von Costa und McCrae (1992). Auf eine genaue Darstellung soll an dieser Stelle verzichtet werden. Spannend erscheint allerdings der Bezug der „BIG FIVE“ der Persönlichkeit zu den Eysenck'schen Typen der Persönlichkeit: Extraversion-Neurotizismus-Psychotizismus: Während es sich bei „Extraversion“ und „Neurotizismus“ gleichsam um Paralleltests in beiden Ansätzen handelt,

dürfte der Bereich des „Psychotizismus“ eine Kombination von geringer „Liebenswürdigkeit“ und geringer „Gewissenhaftigkeit“ darstellen (vgl. Pervin, 2000, S. 259). Auch ist vor allem aus klinischer Perspektive an dieser Stelle das Unternehmen zu würdigen, eine „Ultra-Kurz“-Version des NEO-Inventars herzustellen. So präsentieren Rammstedt und John (2007) die 10 Item Variante einer Skala zur Erfassung der „BIG FIVE“ mit deutsch- und englischsprachigen Items.

Es gab in weiterer Folge einige Versuche das Konzept der „BIG FIVE“ durch eine weitere sechste Dimension zur „BIG SIX“ zu erweitern. Diese Erweiterung sollte durch die Annahme einer religiös-spirituellen Dimension geschehen. So weist zum Beispiel Piedmont (1999, 2004) auf die Möglichkeit der Erweiterung der „BIG FIVE“-Dimensionen der Persönlichkeit: (vgl. Costa & McCrae, 1992, zitiert nach Piedmont, 1999) durch eine sechste Dimension „Spirituelle Transzendenz“ hin. Hierzu wurde ein Messinstrument entwickelt. Der Bereich der „spirituellen Transzendenz“ erwies sich empirisch als weitgehend unabhängig von den ursprünglichen fünf Persönlichkeitsdimensionen und kann zur genaueren Beschreibung des psychischen Befindens herangezogen werden.

MacDonald (2000) unterzog 11 Konzepte zur Erfassung von Spiritualität einer Metaanalyse. Er postuliert fünf Komponenten, die dem Merkmal Spiritualität zugeordnet werden können: „Kognitive Orientierung zur Spiritualität“, „Erfahrung/Phänomenologische Dimension“, „Existenzielles Wohlbefinden“, „Glaube an Übersinnliches“ und „Religiosität“.

Wichtige Forschung zur Zusammenhangsstruktur von Religiosität und Spiritualität mit den verschiedenen Dimensionen der Persönlichkeit kommt auch von Saroglou und Mitarbeitern. So wurde das Konzept der „BIG“ FIVE“ einer Metaanalyse unterzogen (vgl. Saroglou, 2002). Anhand der Durchsicht von insgesamt 13 Studien werden folgende Zusammenhänge berichtet: Insgesamt wurden eher geringe Effektstärken gefunden. Es zeigte sich weiters, dass „Religiosität“ eher gering positiv mit „Verträglichkeit“ und „Gewissenhaftigkeit“ korrelierte (im Sinne Eysencks verminderter „Psychotizismus“). „Offenheit für Erfahrungen“ korrelierte dabei negativ mit Parametern zum „religiösen Fundamentalismus“ ($r=-.14$; $p<.01$). „Extrinsische Religiosität“ scheint mit einem erhöhten Ausmaß an „Neurotizismus“ einherzugehen. „Intrinsische Religiosität“ scheint mehr auf emotionale Stabilität zu verweisen. Allgemein geht ein erhöhtes Ausmaß an „Extraversion“ mit erhöhter „Religiosität“ einher.

In einer rezenten Studie wird diese Arbeit von Saroglou und Muñoz-García (2008) in so fern weitergeführt, als Persönlichkeitsstrukturen und Werthaltungen hinsichtlich der Entwicklung von Religiosität differenzierter untersucht werden. Dabei wird drei Fragestellungen nachgegangen: 1) Welche Vorhersagequalität haben Persönlichkeitsfaktoren im Unterschied zu Facetten der Persönlichkeit und wo liegen die Unterschiede, 2) Welche Vorhersagequalität haben Werthaltungen im Vergleich zu

Persönlichkeitsdimensionen, 3) Welche Unterschiede zeigen sich zwischen Religiosität und Spiritualität hinsichtlich ihrer Beziehung zu Dimensionen der Persönlichkeit und Werthaltungen? Als Stichprobe diente dabei eine Gruppe spanischer Studenten ($N=256$). Als Ergebnis zeigte sich, dass spezifische Facetten der Persönlichkeit zusätzliche als auch differenziertere Information über den Zusammenhang zu Religiosität und Spiritualität liefern. Kam es zu einer Überlappung, war es auch möglich durch Werthaltungen eine Vorhersage von Religiosität und Spiritualität zu treffen. Spiritualität und Religiosität war gemein, „prosoziale Tendenzen“ bzw. „Gewissenhaftigkeit“ vorher zu sagen, aber nicht die Eigenschaft „Bewahren zu wollen“ bzw. nicht die „Offenheit für neue Erfahrungen“. Abschließend werden von den Autoren noch Argumente ins Feld geführt, warum Religiosität und Spiritualität auf konzeptueller Ebene dem Konzept „Werthaltungen“ näher liegen als den Persönlichkeitsdimensionen. Allerdings wird auch auf die Wichtigkeit der Beachtung von Persönlichkeitsdimensionen bei der Untersuchung von Religiosität und Spiritualität verwiesen. Auf experimenteller Ebene können auch positive Emotionen zur Vorhersage von Religiosität und Spiritualität dienen.

So präsentierten Saroglou, Buxant und Tilquin (2008) Probanden ($N=91$ bzw. $N=87$) einmal Videos von „Naturerleben“ bzw. der „Geburt eines Kindes“, in einer weiteren Studie wurden sie mit humorvollen Videos konfrontiert. Es zeigte sich, dass es durch das Erleben von Naturereignissen zu einem Anstieg von Spiritualität (nicht so stark von Religiosität) kommen kann. Humorvolle Videos wiesen diesen Zusammenhang nicht auf. Somit scheint auch ein Zusammenhang zwischen positiven Emotionen und der Wirkung auf Religiosität und Spiritualität bestätigt. Besonders starke Natureindrücke sollten eine Auswirkung auf das religiös-spirituelle Befinden haben.

Mittlerweile ist die Anzahl der verfügbaren Skalen zur Messung von Religiosität und Spiritualität nahezu unüberschaubar, wobei die Weiteranwendung etablierter Inventare mit Nachdruck gefordert wird (vgl. Utsch, 2005). Einen guten Überblick zur Verfügbarkeit von deutschsprachigen religionspsychologischen Testinstrumenten bieten Huber (1996), Bucher (2007) und Yeginer (2000), für den anglo-amerikanischen Raum Hill und Hood (1999) bzw. Hill (2005). Slater, Hall und Edwards (2001) diskutieren den Stand der Testentwicklung und unterziehen eine Auswahl etablierter Verfahren einer kritischen Bewertung. Die hier in weiterer Folge vorgestellte Auswahl teilweise klassischer Modelle steht im direkten Zusammenhang mit der empirischen Untersuchung im zweiten Teil dieser Arbeit.

2.5.2 *Intrinsische/extrinsische Religiosität*

Der Ansatz von Allport (1950) bzw. Allport und Ross (1967) wirkte auf die nachfolgende empirische religionspsychologische Forschung paradigmatisch. Wobei Allport als Persönlichkeitspsychologe, vor allem an der Rolle von Religiosität für die innere Struktur und Dynamik der Persönlichkeit eines Menschen interessiert war. Wichtige Stationen der Entwicklung und Stand der aktuellen Forschung sollen nachfolgend präsentiert werden.

2.5.2.1 Theoretische Konzeption

Ausgehend von der Überlegung, einer „unreifen“ bzw. „reifen“ Persönlichkeit, kommt Allport (1950) zur Unterteilung in „extrinsische“ und „intrinsische“ Religiosität (hier Allport & Ross, 1967). Das Ausmaß an Reife sollte sich auf die funktionelle Autonomie der Motive der Person auswirken. Die „unreife“ Religiosität hat dabei funktionell keinen eigenen Status. Sie ist charakterisiert durch „Magisches Denken“, „Selbstrechtfertigung“ und dem „Wunsch nach Befriedigung persönlicher Bedürfnisse“. Die „reife“ Religiosität hingegen ist funktionell autonom, d.h. zum großen Teil dieser Unreife entwachsen. Sie ist differenzierter und konsistenter in ihrer Gefühlsstruktur. Religion wird dabei von Allport als „das Suchen nach einem Wert, der allen Dingen zugrunde liegt“ (1959, S.227, zitiert nach Huber, 2004, S. 81) definiert.

In mehreren Schritten wird das Konzept der „unreifen“ und „reifen“ Religiosität weiterentwickelt und findet bei Allport und Ross (1967, S. 434) einen vorläufigen Abschluss in der Vorstellung des Konzepts der „extrinsischen“ bzw. „intrinsischen“ Religiosität: „The extrinsically motivated person uses his religion, whereas the intrinsically motivated lives his religion“ – [„die extrinsisch religiös motivierte Person gebraucht ihre Religion, wohingegen die intrinsisch religiös motivierte ihre Religion lebt“; Übersetzung: H. F. Unterrainer.] Als psychologischer Kern dieser Unterscheidung kann dabei Allports „Prinzip der funktionellen Autonomie der Motive“ geortet werden (vgl. Allport, 1970, S.214-250, zit. nach Huber, 2004, S. 82). Es besagt, dass in der menschlichen Entwicklung alle Tätigkeiten, wie zum Beispiel das Erlernen eines Instruments meist von außen angeleitet werden und eher der persönlichen Bedürfnisbefriedigung dienen (z. B. Belohnung durch die Eltern). Allerdings sollte es im Laufe der Entwicklung zu einer Verinnerlichung der Motive kommen, d. h. nicht mehr die Belohnung stellt den Anreiz dar, sondern die Tätigkeit selbst. Angewandt auf die Religiosität bedeutet das, dass diese nicht mehr von außen vorgegeben wird und eher

oberflächlich meist zur Befriedigung persönlicher Bedürfnisse gelebt wird, sondern ein inneres Anliegen ist und deshalb auch von Innen heraus gepflegt wird.

2.5.2.2 Operationalisierung des Ansatzes

Zur Charakterisierung des motivationalen Status von Religiosität und weiterführend zur Operationalisierung des Konstrukts können drei Bereiche benannt werden (vgl. Huber, 2004, S. 83): 1) Selbstbild: Sollte sich Religiosität zentral im Konstruktsystem eines Menschen manifestieren, so sollte sich das auch in seinem Selbst manifestieren. 2) Alltägliche Konsequenzen der Religiosität: Aus dieser zentralen Position heraus, sollte sich Religiosität im Erleben und Verhalten eines Menschen widerspiegeln bzw. den Alltag durchdringen. 3) Spezifisch religiöses Erleben und Verhalten: Dies sollte zu einem verstärkten Verlangen nach religiösen Erfahrungen und Praxisformen führen. Sind diese drei Merkmale stark ausgeprägt, so ist die Wahrscheinlichkeit hoch, dass die Religiosität eines Menschen intrinsisch motiviert ist, d. h. funktionell einen autonomen Status hat.

Es wurde eine Skala konstruiert, um extrinsische und intrinsische Religiosität zu messen. 12 Items wurden für extrinsische Religiosität formuliert und 9 Items für intrinsische. Auf Grund empirischer Ergebnisse wurde die ursprüngliche Annahme hinsichtlich eines bipolaren Konstrukts von Allport verworfen und durch eine Vierfeldertypologie ersetzt. Wie in Tabelle 6 dargestellt lassen sich vier Typen religiöser Orientierung unterscheiden (vgl. Allport & Ross, 1967, S. 438 bzw. Huber, 1996, S. 73; vgl. Tabelle 6).

Tabelle 6: Vierfeldertypologie zur intrinsischen/extrinsischen Religiosität.

	Zustimmung zu I-Items	Ablehnung von I-Items
Zustimmung zu E-Items	Ununterscheidbar proreligiöser Typ	Extrinsischer Typ
Ablehnung von E-Items	Intrinsischer Typ	Ununterscheidbar antireligiöser Typ

Anmerkungen: I-Items: Items zur intrinsischen Religiosität; E-Items: Items zur extrinsischen Religiosität.

Der extrinsische bzw. der intrinsische Typ stimmt nur den extrinsischen bzw. nur den intrinsischen Items zu. Der proreligiöse Typ stimmt beiden Gruppen I und E zu. Der antireligiöse Typ lehnt beides ab. In der Untersuchung von Allport & Ross (1967) zeigte sich, dass intrinsisch religiöse Menschen weniger zu Vorurteilen neigen als extrinsische.

2.5.2.3 Weiterführende Studien und aktuelle Forschung zum I/ E Konzept

Das Konzept der extrinsisch/intrinsischen Religiosität darf bis heute zu den einflussreichsten religionspsychologischen Ansätzen gezählt werden. Es wurde Kritik geübt bzw. wurden Veränderungen oder Erweiterungen vorgeschlagen. Die ursprünglich von Allport entwickelte Skala erfuhr eine Revision von Gorsuch und McPherson (1989), womit es zu einer ausgewogeneren Verteilung der drei Bereiche: 1) Selbstbild vermittelt durch die Religiosität, 2) alltägliche Konsequenzen der Religiosität und 3) spezifische religiöses Erleben und Verhalten kommt (vgl. Huber, 2004 bzw. Kap. 2.2.2).

Eine wichtige Weiterentwicklung erfolgte durch Batson und Ventis (1982), die den beiden Bereichen „extrinsische Religiosität“ „intrinsische Religiosität“ noch einen dritten Bereich „Religiosität als Suche“ hinzufügten. Es lässt sich zusammenfassen, dass durch die Aufteilung in extrinsische und intrinsische Religiosität klarere Ergebnisse zum Zusammenhang von Religiosität und deren Wirkung auf die Gesundheit erzielt worden sind. Intrinsisch religiöse Personen beziehen einen größeren Nutzen für ihre Gesundheit als extrinsisch religiöse (vgl. S. Huber, 1996 bzw. H. P. Huber, 1999).

2.5.3 Multidimensionales Religiositätsmodell

Das Modell zu einer mehrdimensionalen Darstellung von Religiosität wurde von Charles Y. Glock in den 50er und 60 Jahren entwickelt (vgl. Glock, 1962 bzw. Huber, 1996). Dabei werden fünf Dimensionen von Religiosität postuliert: „Ideologie“, „Ritual“, „Erfahrung“, „Wissen“ und „Konsequenzen“. Diese können unabhängig voneinander betrachtet werden (vgl. Tabelle 7).

Tabelle 7: Dimensionen von Religiosität (Glock)

Dimension	Inhalt
1. Ideologie	Zustimmung zu bestimmten Glaubenssätzen. Öffentliches Bekennen zu einer Religionsgemeinschaft.
2. Ritual	Praktiken, an die sich die Gläubigen einer Religion zu halten haben (z. B. Gebet).
3. Erfahrung	Zugang zu einem Erleben religiöser Wirklichkeit; Gotteserfahrungen im Alltag.
4. Wissen	Grundlegende Kenntnisse über Lehrsätze und heilige Schriften bzw. auch das Interesse daran.
5. Konsequenzen	Ergeben sich aus den Dimensionen 1-4: Was tut ein Mensch aus seinem Glauben heraus bzw. inwiefern fließt der Glauben in den Alltag ein.

Der Ansatz von Glock erfuhr in weiterer Folge eine rege Beforschung. Auch war es das Anliegen von Glock selbst, sein theoretisches Konstrukt auch empirisch bestätigen zu können. Huber (1996 bzw. 2004, S. 86) liefert eine detaillierte Beschreibung der Weiterentwicklung des Modells, auch durch verschiedene Ansätze der Operationalisierung und führt aus, dass traditioneller Weise die fünf Dimensionen im Ansatz von Glock nur getrennt von einander ausgewertet wurden, dass aber die „Definition eines Zentrums“, d. h. eines integrativen religiösen Konstrukt- bzw. Deutungssystems die Möglichkeit bieten würde, die fünf Dimensionen mit Hilfe einer Skala zu erfassen. Auf diesen Ansatz soll nun in weiterer Folge ausführlich eingegangen werden.

2.5.4 Zentralität und Inhalt von Religiosität

Einleitend weist Huber (2007a, S. 1) auf folgende Problematik hin: „Das Verhältnis von materialer und sozialwissenschaftlicher Religionsforschung ist leider allzu oft von wechselseitiger Ignoranz geprägt. Demgegenüber ist es mir ein Anliegen, beide Perspektiven miteinander ins Gespräch zu bringen – und zwar von beiderseitigem Nutzen.“ Unter materialer Religionsforschung wird dabei primär die Beschäftigung mit der Semantik des Religiösen verstanden und daraus resultierenden Eigendynamiken. Religionssoziologie und Religionspsychologie werden der sozialwissenschaftlichen Religionsforschung zugeordnet. Hier steht vor allem die Frage im Vordergrund, wie das Religiöse in sozialen und psychischen Systemen funktioniert. Schon bei Augustinus findet Huber zwei klassische Glaubensbegriffe – hier kommt es zur Unterscheidung zwischen „fides qua“ und „fides quae“. „Fides qua“ steht dabei für den Vollzug des Glaubens bzw. den Glaubensakt. Dem gegenüber steht die „fides quae“ für den Glaubensinhalt oder den Gegenstand des Glaubens. Hierzu führt Huber (2007a, S. 2) aus:

„Wesentlich ist meiner Ansicht nach, das fides qua und quae im Subjekt notwendig aufeinander bezogen sind. Es gibt keinen Glaubensakt ohne Inhalt wie auch keinen Glaubensinhalt, ohne dass sich ein Subjekt zu ihm in einer bestimmten Weise verhält. Daher sind fides qua und quae zwei Abstraktionen eines als dialektische Einheit zu denkenden Ganzen.“

In weiterer Folge wird auf drei Stufen des Glaubens eingegangen, die Trias: credere Deum, Deo und Deum: 1) „Credere Deum“ („Glauben, dass es Gott gibt“), steht für die praktische Überzeugung, dass es Gott gibt. Ob daraus praktische Konsequenzen gezogen werden, bleibt offen, 2) „Credere Deo“ (Gott Glauben schenken). Zu der rein kognitiven Überzeugung des credere Deum kommt im „Credere Deo“ die emotionale Seite eines zumindest rudimentären Glaubens hinzu. Auf dieser Stufe hat der Glauben praktische

Konsequenzen. 3) „Credere in Deum“ („Glauben auf Gott hin“) steht gewissermaßen für eine Verinnerlichung des „Credere Deo“. Daher erscheint dem Subjekt der Inhalt des Glaubens nicht mehr als etwas Äußerliches, zu dem es sich zu verhalten hat, sondern als inneres Prinzip seines Selbst, das in seinem Verhalten zum Ausdruck kommt. Somit lässt sich auf theoretischer Ebene feststellen, dass in diesen drei Stufen quantitative und qualitative Unterschiede zum Ausdruck kommen, wobei jede Stufe durch ein „mehr“ an Glauben gekennzeichnet ist. Daraus lässt sich nun zumindest einmal auf theoretischer Ebene ableiten, dass dieses „mehr“ an Glauben auch zu einer anderen Qualität des Glaubens führt – es wird auf jeder Ebene eine Dialektik zwischen fides qua und fides quae wirksam. Der theoretischen Verankerung im Hintergrund schließt sich die Frage nach einer möglichen Operationalisierung an. Dazu fasst Huber (2007a, S. 3) wie folgt zusammen:

„Die Operationalisierung der theologischen Differenzierung zwischen drei Glaubensstufen ist meiner Ansicht nach wesentlich schwieriger. Vor allem das „credere in Deum“ wirft komplexe methodische Fragen auf. Im Prinzip kann sich eine Operationalisierung von Glaubensstufen an der psychologischen Kategorie der Zentralität orientieren. Dahinter steht die Annahme, dass mit der Zentralität der Religiosität auch die Wahrscheinlichkeit zunimmt, dass ein „mehr“ im Sinne der ordinalen Logik der drei Glaubensstufen vorhanden ist.“

In weiterer Folge liefert Huber (2007a, S. 4f.) eine inhaltliche Auseinandersetzung mit der Fragestellung, wie sich Glaube im Deutungshorizont sozialwissenschaftlicher Religionsforschung betrachten lässt. Dabei wird beispielhaft auf die Deprivationsthese, die Attachment-Theorie und die Psychologie persönlicher Konstrukte näher eingegangen. Die Deprivationsthese besagt in zwei Annahmen allgemein, dass 1) wer leidet, von seinem Leiden befreit werden möchte, 2) Religionen Antworten und Hilfen bieten bei Lebensproblemen, Situationen der Unsicherheit und Schicksalsschlägen aller Art. Diese beiden Annahmen münden in der Hypothese, dass Menschen, die unter Deprivationen leiden, sich der Religion zuwenden. Auf konzeptueller Ebene kann mit der Deprivationsthese sowohl psychologisch als auch soziologisch gearbeitet werden. So ist es möglich, dass Deprivationserfahrungen in sozialen Makrokontexten wurzeln. Hierzu liefert S. Huber (2007a, S. 5) folgende Beispiele 1) ökonomisches Entwicklungsniveau: Je höher das ökonomische Entwicklungsniveau eines Landes, desto besser können die materiellen Bedürfnisse der Bevölkerung befriedigt werden. entsprechend geringer ist die Gefahr materieller Deprivation, 2) soziale Ungleichheit: Oft kommt der wirtschaftliche Reichtum eines Landes nur bestimmten Bevölkerungsgruppen zu gute, während die Lage anderer Bevölkerungsgruppen prekär ist... 3) rechtliche und politische Situation: Je geringer die Rechtssicherheit, je unsicherer die politische Situation ist, desto größer ist die Gefahr rechtliche und politische Deprivationserfahrungen zu machen, 4) medizinische Versorgung: Wenn in einer

Gesellschaft keine oder ungenügende medizinische Kenntnisse und Einrichtungen zur Verfügung stehen, dann besteht für die Individuen die Gefahr bzw. eine erhöhte Wahrscheinlichkeit von Deprivationserfahrungen, 5) Anfälligkeit für Naturkatastrophen: Je stärker ein Land von Naturkatastrophen wie Erdbeben, Überschwemmungen oder Unwettern bedroht ist, desto größer ist die Gefahr, dass die Bevölkerung Deprivationserfahrungen ausgesetzt ist. Kritisch merkt Huber (2007a, S. 6) allerdings zu den meist soziologisch basierten Forschungsarbeiten an:

„Aus den Differenzierungen des Glaubensbegriffs folgt jedoch auch, dass das Ergebnis nur wenig über den Inhalt des Glaubensaktes aussagt...Dies gilt im Übrigen für die meisten sozialwissenschaftlichen Studien. Wenn Deprivationserfahrungen generell einen starken Einfluss auf das religiöse Erleben und Verhalten ausüben, dann sollte dies auch für die Glaubensinhalte gelten. Theoretisch kann erwartet werden, dass Inhalte, die auf die Bewältigung von konkreten Nöten und Schwierigkeiten bezogen sind, mit dem Grad der Deprivation zunehmen. Könnte das empirisch nachgewiesen werden, dann wäre dies ein starker Beleg für die weitreichende Gültigkeit der Deprivationsthese.“

Auf die Attachment-Theorie bzw. deren Relevanz für die Religionspsychologie wird an anderer Stelle näher eingegangen. In weiterer Folge soll nun der Operationalisierungsansatz von Huber eine genauere Darstellung erfahren. Ausgehend von Religiositätsmodellen von Allport und Glock wurde deshalb von Huber auf der Basis der Psychologie der persönlichen Konstrukte (vgl. Kelley, 1955 bzw. Huber, 2003) ein mehrdimensionales Strukturmodell der Religiosität erarbeitet. Es kommt dabei zu einer Synthese des Modells der extrinsischen/intrinsischen Religiosität und dem mehrdimensionalen Religiositätsmodell von Glock, welches die Bereiche: „Ideologie“, „Rituale“, „Erfahrungen“, „Wissen“ und „Konsequenzen“ vorsieht. Angereichert wird die Erfassung der Struktur von Religiosität noch durch das Konzept der Zentralität religiöser Inhalte. Religiöse Inhalte sollten sich demnach umso stärker auf das psychische Befinden auswirken, je zentraler bzw. je „höher“ sie im menschlichen Erleben verankert sind. Huber (2004) baut seinen Ansatz auf einem konstruktpsychologischen Modell zur Religiosität im Sinne Kelleys (1955) auf und präsentiert vier Kernpostulate (S. 80; vgl. Tabelle 8):

Tabelle 8: Kernpostulate des konstruktpsychologischen Modells zur Messung der Religiosität

1. Das Erleben und Verhalten eines Menschen wird durch persönliche Konstrukte und Konstruktsysteme gesteuert.
2. Die Stärke der erlebens- und verhaltenssteuernden Effekte eines religiösen Konstruktsystems hängt von seiner Zentralität in der Persönlichkeit eines Menschen ab.
3. Die Richtung der erlebens- und verhaltenssteuernden Effekte eines religiösen Konstruktsystems hängt von (alternativ konstruierbaren) Inhalten und Deutungsmustern ab, die ihm ihm wirksam sind.
4. Religiöses Erleben und Verhalten ist eine Funktion der Zentralität und der Inhalte religiöser Konstruktsysteme: $R = f(ZrK; IrK)$

Dazu führt Huber (2004, S. 80) aus:

„In Anlehnung an Kelly (1955) kann ein persönliches Konstrukt als Deutungsmuster definiert werden, das der Antizipation von Ereignissen dient und dadurch das menschliche Erleben und Verhalten strukturiert. Religiosität erscheint in dieser Perspektive als die Fähigkeit, Wirklichkeit mit einer religiösen Semantik zu konstruieren. Ein Mensch ist immer dann religiös, wenn er gewissermaßen seine „religiöse Brille“ aufsetzt, durch diese Brille die Wirklichkeit wahrnimmt und auf der Basis dieser Wahrnehmung Erfahrungen macht und Handlungsperspektiven entwickelt. Die psychologische Basis derartiger religiöser „Wahrnehmungs- und Erfahrungsfelder“ sind persönliche Konstrukte und Konstruktsysteme.“

Ausgehend von dieser Überlegung ist nun ein Mensch umso religiöser, je öfter er seine „religiöse Brille“ aufsetzt, was davon abhängt, wie zentral das Konstrukt „Religiosität“ im Individuum verankert ist. Somit unterscheidet man im sogenannten „Organisationssatz“ zwischen übergeordneten und untergeordneten Konstrukten – untergeordnete Konstrukte hängen von übergeordneten ab. Je höher also ein Konstrukt geordnet ist, desto 1) weniger wird es von übergeordneten beeinflusst und 2) desto mehr beeinflusst es zumindest potenziell ihm untergeordnete Konstrukte. Zur Erläuterung von Punkt 3 ist anzumerken, dass nicht nur die Häufigkeit des Aufsetzens der Brille eine Rolle spielt, sondern auch die „Tönung der Gläser“ (vgl. Huber, 2004, S. 81), d. h. der religiösen Inhalte, ob z. B. jemand über ein eher gütiges oder strafendes Gottesbild verfügt. Unter Punkt 4 münden die Überlegungen in eine Formel, in der Religiosität als Funktion der Zentralität des Inhalts persönlicher religiöser Konstruktsysteme erfasst werden kann. Im Zuge der Präsentation der Zentralitätsskala kommt es nun zu einer Synthese der Ansätze von Allport und Glock. In Tabelle 9 werden die vier Grundannahmen zur Messung der Zentralität präsentiert (vgl. Huber, 2004, S. 89; vgl. Tabelle 9):

Tabelle 9: Grundannahmen zur Zentralitätsskala

1. Die fünf Dimensionen der Religiosität bilden einen repräsentativen Querschnitt aller spezifisch religiösen Aktivierungsmöglichkeiten des religiösen Konstruktsystems ab.
2. Je öfter das Konstruktsystem aktiviert wird, desto größer ist die Wahrscheinlichkeit, dass es eine zentrale Stellung in der Persönlichkeit eines Menschen einnimmt.
3. Mit der Zentralität des religiösen Konstruktsystems nimmt die Wahrscheinlichkeit zu, dass dieses Konstruktsystem in der Konfiguration aller Konstruktsysteme einer Persönlichkeit funktionell autonom ist.
4. Mit der Wahrscheinlichkeit einer autonomen Funktionsweise des religiösen Konstruktsystems geht die Wahrscheinlichkeit einer intrinsischen religiösen Motivation einher.

In Anlehnung an Tabelle 9 erfolgt in Tabelle 10 die Erläuterung der Weiterführung des Ansatzes bzw. der Operationalisierung durch die 10 Items der Zentralitätsskala (vgl auch Anhang):

Tabelle 10: Items der Zentralitätsskala

Dimension	Item
1. Ideologie	Wie wahrscheinlich ist Ihrer Ansicht nach die Existenz Gottes?
	Wie wahrscheinlich ist Ihrer Ansicht nach ein Leben nach dem Tod?
2. Ritual	Wie häufig beten oder meditieren Sie in der Regel?
	Wie wichtig ist für Sie das persönliche Gebet?
3. Erfahrung	Wie oft erleben Sie Situationen, in den Sie fühlen, dass Gott Ihnen etwas mitteilt?
	Wie oft erleben Sie Situationen, in denen Sie fühlen, dass Gott konkret eingreift?
4. Wissen	Wie oft denken Sie über religiöse Fragen nach?
	Wie sehr interessieren Sie sich dafür, mehr über religiöse Fragen zu erfahren?
5. Konsequenzen	Wie oft nehmen Sie in der Regel an Gottesdiensten teil?
	Wie wichtig ist Ihnen die Teilnahme an Gottesdiensten?

Die Darstellung seines Ansatzes abschließend, bietet Huber (2004, S. 100, adaptiert) zwei Fragestellungen an, die sich durch die Beachtung Interaktion von Zentralität und Inhalt von Religiosität bearbeiten lassen sollten: 1) Produzieren religiöse Konstruktsysteme bei unterschiedlichen Funktionsweisen auch unterschiedliche „Wahrnehmungs- und Handlungsfelder“?, 2) Ändern sich die Effekte bzw. die Stärke der Auswirkung religiöser Inhalte auf abhängige Variablen, wenn sie in verschiedenen Funktionsweisen des religiösen Konstruktsystems wirksam werden? Dabei ist anzuführen, dass ein erlebens- bzw. verhaltenssteuernder Effekt erst bei einem autonomen Konstruktsystem zu erwarten ist.

Huber (2007b, S. 25) fasst diese Überlegungen an anderer Stelle durch die Einteilung in „Hochreligiöse“, „Religiöse“ und „Nichtreligiöse“, wie folgt zusammen (vgl. Tabelle 11):

Tabelle 11: Zentralität der Religiosität: Idealtypen (nach Huber, 2007b, S. 25)

	Konstruktsystem	Verhaltenssteuernde Wirkung	Beschreibung
Hochreligiöse	autonom	hoch	Bei diesem Idealtyp spielen religiöse Inhalte eine zentrale Rolle in der Persönlichkeit. Dies hat zur Folge, dass sie von den Individuen intensiv erlebt werden und das gesamte Erleben und Verhalten durchdringen.
Religiöse	heteronom	mittel-hoch	Bei Religiösen kommen religiöse Inhalte und Praktiken vor, sie spielen in der Persönlichkeit jedoch nur eine untergeordnete Rolle. Dies hat zur Folge, dass sie von den Individuen meist nur mit einer mittleren Intensität erlebt werden und sich nur auf einen schmalen Bereich des Erlebens und Verhaltens beziehen.
Nichtreligiöse	untergeordnet	niedrig	Der dritte Idealtyp ist dadurch definiert, dass religiöse Inhalte, Praktiken und Erfahrungen kaum vorkommen. Sie spielen in der Persönlichkeit sowie in den Erlebens- und Handlungsfeldern eines Menschen keine Rolle.

Der Ansatz zur Religionspsychologie der persönlichen Konstrukte wird vom Autor stets weiterentwickelt bzw. auch erweitert. Teile der Skalen werden modifiziert und geschärft. In einer rezenten Arbeit bietet Huber ergänzend (2008, S. 10) folgende drei Postulate, auf die im empirischen Teil der Arbeit auch Bezug genommen werden kann (vgl. Tabelle 12):

Tabelle 12: Postulate zum religiösen Konstruktsystem (nach Huber, 2008, S. 10)

Inhaltsthese	Je differenzierter das religiöse Konstruktsystem ist, desto differenzierter ist die inhaltliche Struktur des religiösen Erlebens und Verhaltens (→Inhaltsthese).
Zentralitätsthese	Je zentraler das religiöse Konstruktsystem ist, desto stärker wirken sich religiöse Inhalte auf das allgemeine Erleben und Verhalten aus (→Zentralitätsthese). Auf dieser Basis kann idealtypisch zwischen nichtreligiösen, religiösen und hochreligiösen Personen unterschieden werden.
Interaktionsthese	Je zentraler das religiöse Konstruktsystem ist, desto größer ist die Wahrscheinlichkeit, dass das religiöse Konstruktsystem einen hohen Differenzierungsgrad aufweist.

Zur Interaktionsthese, die durch Bestimmung der Höhe der Interkorrelationen der verschiedenen Gottesbilder operationalisiert werden kann, führt Huber (2008, S. 11) weiter aus:

„Ich nehme weiter an, dass mit dem Differenzierungsgrad des persönlichen religiösen Konstruktsystems das Gewicht der zweiten Komponente zunimmt, d.h. Personen mit einem differenzierten religiösen Konstruktsystem sehen nicht nur das Gemeinsame der Existenz Gottes oder der positiven psychologischen Ladung, sondern auch unterschiedliche theologische Problematiken, die in den Indikatoren zum Ausdruck kommen.“

2.5.5 Das Konzept des religiös-spirituellen (Wohl)Befindens

2.5.5.1 Skala zum Spirituellen (Wohl)befinden

Das Konzept des spirituellen Wohlbefindens (Ellison, 1983 bzw. Ellison & Smith, 1991; Paloutzian & Ellison, 1982 zit. nach Mickley, Soeken & Belcher, 1992) und die sich darauf beziehende "Skala zum spirituellen Wohlbefinden" („Spiritual Well-being scale“) darf als eines der etabliertesten im angloamerikanischen Raum gelten.

Auch wurden mehrere Übersetzungen der Skala angefertigt (vgl. Unterrainer, 2002, 2006). Vaughan (1986, S. 20) beschreibt das spirituelle Wohlbefinden als "Gefühl des inneren Friedens, Mitleid mit anderen, Ehrfurcht dem Leben gegenüber, Dankbarkeit und Anerkennung für beides: Gleichheit und Verschiedenheit" [Übersetzung: H. F. Unterrainer]. Die Skala zum Spirituellen Wohlbefinden wurde entwickelt, um die spirituelle Dimension im individuellen Erleben anzusprechen. Dabei wird durch jeweils 10 Items eine transzendente oder religiöse Ebene: "religiöses Wohlbefinden" („Religious Well-being“, RWB) angesprochen, mit weiteren 10 Items findet eine Erfassung des immanenten Raums („Existential Well-being“; EWB) statt.

Somit kommt es bei Aufsummierung der beiden Subskalen zum „Spirituellen Wohlbefinden“ ("Spiritual Well-being"; SWB), welches durch 20 Items erfasst wird. Es zeigte sich nun, dass das spirituelle Wohlbefinden bzw. die Subskalen religiöses und existenzielles Wohlbefinden mit einer Reihe von Indikatoren psychischer Gesundheit positiv korrelieren. So weisen Mickley, Soeken und Belcher (1992) auf positive Zusammenhänge mit Selbstwertgefühl, Durchsetzungsfähigkeit und dem Auffinden von Sinn und Bedeutung im Leben hin. Bufford, Ellison und Paloutzian (1991) fanden eine negative Korrelation mit „erlebter Einsamkeit“ und „Depression“.

2.5.5.2 Mehrdimensionale Erfassung des religiös-spirituellen Befindens

Das Konstrukt zum religiös-spirituellen Befinden wurde im Rahmen eines interdisziplinären Forschungsprojekts von Pastoraltheologie, Pastoralpsychologie und Klinischer Psychologie entwickelt (vgl. Unterrainer & Ladenhauf, 2002). Globales Anliegen war, die mögliche Integration religiös-spiritueller Inhalte in das bio-psycho-soziale Modell von Gesundheit und Krankheit zu thematisieren (vgl. Engel, 1977). Demnach kann Gesundheit und Krankheit im immanenten und im transzendenten Raum erfahren bzw. verarbeitet werden. Der Übergang von Gesundheit zu Krankheit wird dabei gemäß dem „Health-Disease“ (HEDE) Kontinuum im Salutogenese-Modell von Antonovsky (1997/1987) als graduell verstanden.

Die Bereiche „Hoffnung“, „Vergebung“, „Rituale und Symbole“, „Sinnerfahrungen“ und „Akzeptanz der Endlichkeit des Lebens“ wurden jeweils für den immanenten als auch transzendenten Raum angenommen und Items dazu konstruiert. Nach einer ersten Erprobung an Studierenden wurde das Verfahren an verschiedenen klinischen Stichproben und einer nichtklinischen Kontrollgruppe validiert. Auf der Basis empirischer Daten wurde ein mehrdimensionales Verfahren hergestellt, mit dem das Ausmaß religiös-spirituellen Befindens im Prozess von Gesundheit und Krankheit gemessen werden kann.

Die sechs Dimensionen wurden nach eingehender inhaltlicher Analyse mit „allgemeine Religiosität“ („exoterische Religiosität“), „Hoffnung transzendent“ und „Allverbundenheit“ („esoterische Religiosität“) für den transzendenten Raum und mit „Erfahrungen von Bedeutung und Sinn“, „Hoffnung immanent“ und „Vergeben“ für den immanenten Raum bezeichnet (vgl. Unterrainer, 2007). Tabelle 13 liefert eine Darstellung und inhaltliche Erläuterung der einzelnen Dimensionen und der Gesamtskala (vgl. dazu Unterrainer, 2005). Eine kurze Darstellung des Verfahrens findet sich auch im Methodenteil bzw. finden sich die Items im Anhang. Diesen Abschnitt abschließend sei auf die inhaltliche Nähe des MI-RSB 48 zur Skala zum Spirituellen (Wohl)Befinden verwiesen (vgl. Ellison, 1983). Es werden zentrale Dimensionen menschlichen Erlebens wie „Hoffnung“, „Vergeben“ und „Erleben von Bedeutung und Sinn“ im immanenten Raum explizit benannt. Eine Summierung unter „existenzielles (Wohlbefinden)“ erscheint aus diagnostisch-ökonomischer Perspektive sinnvoll, allerdings bringt eine differenzierte mehrdimensionale Betrachtung erweiterte Erkenntnisse über bedeutsame korrelative Zusammenhänge (vgl. Unterrainer, 2005). Für den transzendenten Raum passiert durch die Berücksichtigung von zwei Formen der Religiosität; „exoterisch“ und „endoterisch“ bzw. auch eine Skala „Hoffnung für den transzendenten Raum“ der gleiche Effekt: „Religiöses (Wohl)befinden“ kann umfangreicher

erfasst werden. Der Anforderung nach einer mehrdimensionalen Erfassung von Religiosität/Spiritualität entsprechend (vgl. Utsch, 2005) kann das MI-RSB 48 als Weiterentwicklung der Skala zum spirituellen Befinden verstanden werden.

Tabelle 13: Multidimensionales Inventar zum religiös-spirituellen Befindens (MI-RSB 48)

Dimension (Skala)	Inhalt	Beispiel Item:
HI: Hoffnung immanent (I)	Erlebte Hoffnung auf ein besseres Leben in Zukunft.	<i>„Ich blicke mit Optimismus in die Zukunft.“</i>
V: Vergeben (I)	Fähigkeit bzw. Bereitschaft anderen Menschen und auch sich selbst zu verzeihen.	<i>„Es gibt Dinge, die ich nicht verzeihen kann.“#</i>
BS: Erfahrungen von Bedeutung und Sinn (I)	Sinnhaftigkeit der eigenen Existenz und des Lebens allgemein kann auf persönliche Erlebnisse begründet werden.	<i>„Ich habe die Erfahrung der Echtheit von Gefühlen gemacht.“</i>
AR: Allgemeine Religiosität (T)	Traditionelle Form der Gläubigkeit (auch exoterische Religiosität); Meist an Konfessionen gebunden und institutionell verankert.	<i>„Mein Glaube gibt mir ein Gefühl von Sicherheit.“</i>
AL: Allverbundenheit (T)	Nontraditionelle Form des Glaubens (auch esoterische Religiosität); Meist nicht an Konfessionen oder Traditionen gebunden.	<i>„Ich habe eine Erfahrung gemacht, in der meine Person in etwas Größerem aufzugehen schien.“</i>
HT: Hoffnung transzendent (T)	Erlebte Hoffnung auf ein (besseres) Leben nach dem Tod. Abwesenheit von Angst vor einer möglichen Auslöschung oder Bestrafung.	<i>„Ich denke oft daran, dass ich die von mir geliebten Menschen zurücklassen werden muss.“#</i>
RSB: Religiös-spirituelles Befinden (IT)	Gesamtwert der sechs Subdimensionen	

Anmerkungen: I=immanenter Raum; T=transzendenter Raum; # invers codiert.

2.6 Religiosität und Spiritualität im Kontext von psychischer Gesundheit und Krankheit

2.6.1 Zusammenhangshypothesen zur Wirkung von Religiosität und Spiritualität auf die Gesundheit

Die Wirkung religiös-spirituellen Erlebens und Befindens kann auf kognitiver, psychischer, physiologischer und Verhaltensebene erfolgen (vgl. Mytko & Knight, 1999). Zum Zusammenhang von Religiosität und Spiritualität und der Entstehung bzw. Aufrechterhaltung von psychischer Gesundheit und Krankheit postulieren Murken (1998) bzw. in Erweiterung Dörr (2001) folgende 6 Hypothesen (vgl. Tabelle 14):

Tabelle 14: Salutogene bzw. pathogene Auswirkungen von Religiosität und Spiritualität auf die Gesundheit (nach Murken, 1998 bzw. Dörr, 2001)

Dimension	Salutogene Wirkung	Pathogene Wirkung
Kohäsionshypothese (Theorie der sozialen Unterstützung)	Vertrauensvolle Beziehungen haben einen positiven Einfluss auf das Wohlbefinden.	Sozialer Druck und Ausgrenzung entsteht, Konformität wird eingefordert.
Kohärenzhypothese (Theorie der kognitiven Orientierung)	Strukturierung und Vorhersehbarkeit der Umwelt wird erleichtert.	Kognitive Rigidität führt zu Ängsten und Zwängen bzw. Depressionen.
Verhaltenshypothese (Theorie der Verhaltensregulierung)	Bewussterer Umgang mit dem eigenen Körper.	Vergnügen und Genuss kann nicht ausgelebt werden; „Über-Ich Religiosität“.
„Coping“-Hypothese (Theorie der Idee des göttlichen Handelns)	Religion und Glaube dienen als Stütze in Krisensituationen.	Der Glaube an die Allmacht Gottes führt zu verringerter Problembewältigungskompetenz
Selbstwerthypothese (Theorie der positiven Emotionen)	Durch die Gottesbeziehung entsteht ein positives Selbstkonzept.	Ausgeprägte Schuld- und Schamgefühle entstehen in oder durch die Gottesbeziehung.
„Alternative Werte“-Hypothese	Alternative Ideale wie Altruismus oder Demut wirken sinnstiftend.	Unkritisches Idealisieren christlicher Werte führt zu psychischen Krankheiten.

In Weiterführung dieses Schemas lässt sich mit Seyringer et al. (2007, S. 243) eine Einteilung von Wirkfaktoren von Religiosität und Spiritualität auf die psychische Gesundheit vornehmen. Sie berichten anhand zahlreicher Studien positive und negative Auswirkungen. In seinem Überblickswerk „Seelsorge und Psychiatrie“ gibt Oates (1980/1978, S. S. 140f.) neben kulturtranszendenten Konstanten einer gesunden Religion wie die Bewältigungsfunktion von Leiden, der Vermittlung von Hoffnung, Urvertrauen und Mut auch psychologische Charakteristika eines gesunden religiösen Glaubens an. Als erster Bereich wird dabei „*Weite*“ angegeben (S. 144): „Damit ein religiöser Glaube gesund ist, muss er weit genug sein, die Tatsachen des Lebens beständig und ehrlich zu sehen und um damit die unveränderbaren Dinge des Lebens anzunehmen...“ und weiter:

„Von einem psychiatrischen Standpunkt her zeigen geistig kranke Menschen häufig eine übermäßige Bindung an andere Personen. Manche Personen führen einen andauernden Kampf mit ihren Eltern oder einem ihrer Geschwister...Solche Menschen haben auch ein sehr selbstabwertendes Gottesbild. Wenn sie einer religiösen Gruppe oder Glaubensgemeinschaft angehören, dann erscheint ihr religiöses Leben häufig sehr eingeeengt und unfrei.“

Als zweite Dimension wird „*Suchen*“ angegeben und dies in folgender Weise ausgeführt (S. 146):

„Ein Glaube, der emotional gesund und reif ist, ist immer bereit, sich in das Unbekannte zu stürzen. Er ist das genaue Gegenteil eines infantilen religiösen Glaubens, wo Menschen in Nostalgie festgehalten werden, die dann nicht fähig sind, in der Gegenwart zu leben; sie leben nur noch in der Vergangenheit...Gerade bei seelisch kranken Menschen begegnen wir häufig einer Religiosität, die durchtränkt ist von magischen und skurrilen Vorstellungen, die mit der Abwehr des Betreffenden zu tun haben.“

Als drittes wird „*Ambiguitätstoleranz*“ beschrieben (S. 146), womit die Fähigkeit gemeint ist, „die Zweideutigkeit menschlicher Existenz zu ertragen. Sie können das vielfarbige Spektrum der Wahrheit akzeptieren; sie leben nicht in einer Welt der Schwarz-Weiß-Kontraste, sondern sie kennen die verschiedenen Farbschattierungen.“ Weiters zeichnet sich ein gesunder religiöser Glaube durch „*Sinn für Humor*“ aus (S. 147):

„Der religiöse Glaube ist durchaus fähig, solche Lebenshaltungen zu entwickeln. Spielen, Musik und Lachen sind Elemente des Feierns. Eine gesunde Religion ist durchaus realistisch. Sie leugnet nicht die Wirklichkeit des Leidens, des Schmerzes und des Todes. Sie kann diesen Tatsachen aber dynamisch ins Auge sehen, und sie kann trotzdem überleben.“

Als fünfter und letzte Bereich zeichnet sich gesunder religiöser Glaube durch „*Fortschritt und Wachstum*“ aus (S. 147): Ein gesunder religiöser Glaube erlaubt dem

Gläubigen den persönlichen Fortschritt, das geistige Wachstum, das Wachsen miteinander, ohne dass er dadurch von der Glaubensgemeinschaft ausgestoßen wird. Viele Menschen, die wir heute in den Kirchen etwas vorschnell als Abtrünnige bezeichnen, sind in Wirklichkeit keine Deserteure, sondern Ausgestoßene, d. h. sie wurden aus den Religionsgemeinschaften hinausgedrängt. Viele von Ihnen sind über ihren infantilen Kinderglauben hinausgewachsen zu einem reiferen Glauben. Sie haben aufgrund ihrer Bildung einen größeren Weitblick gewonnen. Sie haben vielleicht auch neue Rituale des Lebens entwickelt oder neue Sprachen für ihren Glauben.“ Abschließend fordert Oates einen religiösen Freiraum ein, der entscheidend zu einer gesunden persönlichen Entwicklung beitragen kann.

2.6.2 Unterschiedliche Formen von Religiosität bei psychiatrischen Erkrankungen

Anhand des Datensatzes einer Stichprobe von $N=2616$ Zwillingen führten Kendler et al. (2003) eine Faktorenanalyse von 78 Items gängiger Religiosität/Spiritualitäts-Inventare durch. Sie berichten nach VARIMAX-Rotation eine 7faktorielle Lösung bei 57.3% aufgeklärter Varianz. Die Faktoren wurden mit „general religiosity“ („allgemeine Religiosität“, Übersetzung: H. F. Unterrainer), „social religiosity“ („soziale Religiosität“), „involved god“ („involvierter Gott“), „Forgiveness“ („Vergeben“), „God as judge“ („Gott als Richter“), „Unvengefulness“ („Rachelosigkeit“), „Thankfulness“ („Dankbarkeit“) bezeichnet. Weiters erfolgt eine Einteilung psychischer Erkrankungen in zwei große Gruppen: „internalisierende“ Störungen und „externalisierende“ Störungen. Unter „internalisierenden“ Störungen werden „Major Depression“, „generalisierte Angststörung“, „Phobien“, „Panikstörung“ und „Bulimia Nervosa“ subsumiert. Unter externalisierende Störungen fassen sie „Nikotinabhängigkeit“, „Alkoholabhängigkeit“, „Drogenmissbrauch bzw. -abhängigkeit“ und „antisoziales Verhalten“ bei Erwachsenen zusammen. Diese zwei Gruppen werden nun zu den sieben Dimensionen der Religiosität in Beziehung gesetzt. Für die Gruppe der internalisierenden Störungen zeigten sich negative Korrelationen für „soziale Religiosität“, „Verzicht auf Rache“ und „Dankbarkeit“. Für die externalisierenden Störungen zeigen sich negative Korrelationen für „allgemeine Religiosität“, „soziale Religiosität“, „involvierter Gott“, „Gott als Richter“ und „Dankbarkeit“ (vgl. dazu die Tabellen 15 und 16).

Tabelle 15: Risikoreduktion einer psychiatrischen Erkrankung durch verschiedene Formen von Religiosität (vgl. Kendler et al., 2003): Internalisierende psychiatrische Erkrankungen

	Depression	Phobien	Angststörung	Panikstörung	Bulimie
Allgemeine Religiosität	-	-	-	1.12#	
Soziale Religiosität	.83****	.87**	.89**	-	-
Involvierter Gott	-	-	-	-	-
Vergebung	-	-	-	-	-
Gott als Richter	-	-	-	-	-
Rachelosigkeit	.86***	.83*	.90*	-	.53**
Dankbarkeit	.81****	.82****	.84****	-	.60***

Anmerkungen: Angabe in odds ratio; Reduziertes Risiko: * $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$; **** $p < .0001$; Erhöhtes Risiko: # $p < .05$.

Tabelle 16: Risikoreduktion einer psychiatrischen Erkrankung durch verschiedene Formen von Religiosität (vgl. Kendler et al., 2003): Externalisierende psychiatrische Erkrankungen

	Nikotinsucht	Alkoholsucht	Drogensucht	Antisoz. Verhalten
Allgemeine Religiosität	.76****	.80****	.79****	.71*
Soziale Religiosität	.65****	.70****	.63****	.71*
Involvierter Gott	.82**	.76****	.82***	.62**
Vergebung	.86**		.90*	.75*
Gott als Richter	-	.86*	.85*	-
Rachelosigkeit	-	-	-	-
Dankbarkeit	.84***	.82***	.84***	-

Anmerkungen: Reduziertes Risiko: * $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$; **** $p < .0001$.

2.6.3 Religiosität/Spiritualität bei behandelnden Psychiatern, Psychologen und Psychotherapeuten

„Do Patients expect psychiatrists do be interested in spiritual issues?“ fragt D’Souza (2002) und liefert dazu folgende Ergebnisse: 79% der Patienten stufte Spiritualität als sehr wichtig ein und 82% meinten, dass ihre Therapeuten sich auch ihren spirituellen Bedürfnissen widmen sollten. 69% der Patienten berichteten, dass die spirituellen Bedürfnisse direkt als Teil ihrer Behandlung Beachtung finden sollten. 67% der Patienten gaben an, dass Ihnen Spiritualität auch als Coping Strategie helfen würde, um mit Ihren psychischen Problemen besser umgehen zu können. Insgesamt wird darauf verwiesen, dass ein Großteil der Patienten Spiritualität als wichtigen Faktor ansahen, und ein deutlich wahrnehmbarer Auftrag auch an die Therapeuten/Psychiater erging, diese Bedürfnisse auch wahrzunehmen. Einschränkend ist zu bemerken, dass es sich um eine Pilotenstudie handelte und sowohl die Methode der Erfassung, ein kurzer Fragebogen mit 6 Items bzw. auch die Stichprobengröße von $N=79$ sehr knapp bemessen sind.

In einer rezenten Arbeit, erschienen im „American Journal of Psychiatry“ wurden Psychiater von Curlin et al. (2007) auf ihre Religiosität und Spiritualität im Vergleich zu anderen Mediziner befragt. Auch wurde danach gefragt, in welcher Weise Psychiater und Nichtpsychiater den Zusammenhang zwischen Religiosität/Spiritualität und Gesundheit interpretieren und auch danach, auf welche Weise religiös-spirituelle Angelegenheiten in der täglichen klinischen Arbeit Berücksichtigung finden. So wurde der Fragebogen an eine Zufallsstichprobe von 2000 Mediziner geschickt, wobei ein überproportionaler Anteil an Psychiatern angenommen wurde. Die Inhalte der Interviews bestanden darin, die Mediziner einerseits nach ihrem Glauben und andererseits nach ihren Beobachtungen zu fragen. Auch wurde nach Art und Weise gefragt, wie religiös-spirituelle Inhalte in der Therapie angesprochen werden. Insgesamt wurde der Fragebogen von 1144 Ärzten ausgefüllt. Psychiater bestätigten dabei grundsätzlich einen positiven Einfluss von Religion und Spiritualität auf die Gesundheit wahrzunehmen. Allerdings meinten sie auch häufiger als andere Mediziner, dass Religion und Spiritualität einen negativen Einfluss auf die Gesundheit haben kann bzw. zum Leiden des Patienten beitragen kann (82% vs. 44%). Im Vergleich zu anderen Mediziner begegnen Psychiater religiös-spirituellen Themen deutlich häufiger im klinischen Umfeld (92% vs. 74%). Auch sind sie offener dabei, Religiosität und Spiritualität im Patientenkontakt zu thematisieren (93% vs. 53% meinten, dass es gewöhnlich bzw. immer angebracht ist, nach religiös-spirituellen Inhalten im Patientenkontakt zu fragen).

Zusammenfassend kommen die Autoren zum Schluss, dass eine große Mehrheit der Psychiater die Wichtigkeit von Religiosität und Spiritualität zumindest auf einem funktionalen Niveau bestätigen. Im Vergleich zu anderen Mediziner, scheinen Psychiater auch mehr vertrauter bzw. erfahrener im Umgang mit religiös-spirituellen Themen zu sein. Die Ergebnisse kommentierend sei an dieser Stelle angemerkt, dass sich die amerikanischen Resultate wohl kaum auf europäische Verhältnisse ohne Beachtung der Unterschiede hinsichtlich der religionssoziologischen Hintergrunds übertragen lassen. Für den deutschsprachigen Raum erschiene die Durchführung einer eigenen Untersuchung durchaus reizvoll. In Tabelle 17 sind die wichtigsten Erkenntnisse der Arbeit dargestellt (Übersetzung: H. F. Unterrainer). Interessant erscheint, dass sich die Psychiater ($N=100$) signifikant von den anderen Mediziner ($N=1044$) hinsichtlich der Variablen „höheres Alter“, „Geschlecht“ (mehr Frauen), „Ethnizität“, „Religiöse Anbindung“, „ausländischer medizinischer Abschluss“ bzw. auch „intrinsische Religiosität“ und „Spiritualität“ (höhere Werte bei den Psychiatern) unterschieden. Diese Variablen wurden bei weiterführenden Analysen konstant gehalten (vgl Tabelle 17).

Tabelle 17: Vergleich von Psychiatern und Nichtpsychiatern: Erfahrungen mit Religiosität/Spiritualität in der Patientenarbeit (Auszug aus dem Originalartikel)

Fragestellung	OR
Patienten erwähnten religiös-spirituelle Angelegenheiten.	3.9***
Religion verursacht negative Emotionen.	5.3***
Es ist passend für einen Arzt einen Patienten auf seine Religiosität/Spiritualität hin zu untersuchen.	17.2***
Ich frage nach religiös-spirituellen Themen beim Patienten.	9.2***
Wenn ein Patient unter Ängsten oder Depressionen leidet, forsche ich auch nach religiös-spirituellen Ursachen.	7.4***
Es ist passend für einen Arzt mit seinen Patienten religiös-spirituelle Themen zu diskutieren.	4.1*
Ich bestärke meine Patienten in ihrem eigenen religiösen Glauben und ihren religiösen Praktiken.	2.4**

Anmerkungen: OR=Odds Ratio; * $p<.05$ ** $p<.01$ *** $p<.001$.

Ebenfalls durch die Methode einer Umfrage versuchten Demling, Wörthmüller und Connolly (2001) mehr Informationen über den Stellenwert von Religion an einer Stichprobe von 253 Ärzten und 78 Psychologen zu gewinnen.

Zusammenfassend werden folgende Ergebnisse berichtet: Signifikant mehr Männer als Frauen bezeichneten sich als „agnostisch/atheistisch“, bzw. waren ohne Konfession. Katholiken zeigten sich insgesamt kirchentreuer und der Religion gegenüber aufgeschlossener als evangelische bzw. agnostisch-atheistische Therapeuten. In etwa 20% der Fälle wurde angegeben schon einmal für einen Patienten gebetet zu haben. Was die einzelnen Therapieschulen betrifft, so zeigten sich keine Unterschiede zwischen Psychoanalytikern, Verhaltenstherapeuten und Ärzten mit dem Zusatztitel „Psychotherapie“. Zwar wurde der Bedeutung der Religion von den Psychoanalytikern generell weniger Bedeutung beigemessen, allerdings zeigten sich deutliche Unterschiede zwischen den einzelnen psychoanalytischen Richtungen. Ein großer Teil der befragten Stichprobe kann sich zu gegebenem Anlass Fälle vorstellen, bei denen Seelsorger hinzugezogen werden. Insgesamt sehen die Autoren einen Zusammenhang zwischen der subjektiven Einstellung des Therapeuten zu religiös-spirituellen Themen und dem Umgang mit Religion in der therapeutischen Praxis. Es wird in dieser Arbeit auch auf ältere Studien verwiesen, die teilweise konträre Ergebnisse liefern. So scheinen Psychiater nach Neeleman und Persaud (1995) Religion eher gering zu schätzen. Unterschiedliche religiös-spirituelle Einstellungen können dabei auch zu Kommunikationsproblemen zwischen Klienten und Therapeuten führen (vgl. Bergin und Jensen, 1990, jeweils zitiert nach Demling et al., 2001).

Shafranske und Malony (1990a, 1990b) untersuchten verschiedene Parameter von Religiosität und Spiritualität bei 107 weiblichen und 299 männlichen Psychotherapeuten (im Alter von 29-88 Jahren). Auch sie berichten Ergebnisse, dass die religiös-spirituelle Orientierung der Psychologen auf therapeutische Interventionen Rückschlüsse zulässt. Diese sollten sich in weiterer Folge auf das Ergebnis eines psychotherapeutischen Prozesses auswirken. In einer weiteren Arbeit beschreiben die Autoren ähnliche Ergebnisse anhand einer Stichprobe von 47 klinischen Psychologen. Wieder wurde die eigene religiös-spirituelle Einstellung und ihre Wirkung auf das psychotherapeutische Handeln untersucht. Als Indikatoren dienten dabei die „Ideologie“ und „Einstellungen der Religiosität“ gegenüber, die „Anbindung an eine religiöse Gemeinschaft“, „Dimensionen der Religiosität“ und der „Gebrauch religiös-spiritueller Interventionstechniken“ im therapeutischen Alltag. Die Mehrheit der Psychologen beschrieben sich als religiös praktizierend, desweiteren respektierten sie die Notwendigkeit einer professionellen religiös-spirituellen Kompetenz (z. B. Seelsorge). Auch gaben diese Psychologen an, religiös-spirituelle Interventionstechniken zu benutzen, andererseits meinten 81% mit religiös-spirituellen Inhalten in ihrer Ausbildung niemals konfrontiert worden zu sein.

2.6.4 Studien zu Religiosität/Spiritualität bei affektiven Störungen

2.6.4.1 Religiosität und Spiritualität bei Depressiven

In einer 1977 in Buchform publizierten Studie berichtet Hole, dass depressive Patienten, welche sich selbst als gläubig beschrieben bzw. regelmäßig den Gottesdienst besuchten, weniger zu Suizidhandlungen neigten, als nicht gläubige. Religiös-spirituelle Patienten, die einen Suizidversuch verübt hatten, meinten allerdings, dass sie ihr Glaube nicht mehr hätte bewahren können. Allerdings fühlten sich tiefgläubige, schwer depressive Menschen auch durch ihre Gottesbeziehung belastet.

Donahue (1985) berichtet anhand einer Metaanalyse von 34 Studien eine durchschnittliche Korrelation von $r=-.06$ für intrinsische/extrinsische Religiosität. Der bemerkenswerte *range* von $-.58$ bis $.24$ bei den Einzelergebnissen wird auf die unterschiedlichen Stichproben zurückgeführt. Weiters werden Zusammenhänge zu anderen Parametern von Religiosität diskutiert. Interessant ist auch das Ergebnis, dass Frauen als höher intrinsisch religiös getestet wurden, als Männer (zitiert nach Huber, 1996).

Anhand der Ergebnisse einer Zwillingsstudie, wobei 35 Paare monozygotischer (eineiiger) und 37 Paare dizygotischer (zweieiiger) Zwillinge befragt wurden, werten Bouchard, McGue, Lykken und Tellegen (1999) das Konzept der intrinsischen/extrinsischen Religiosität als valides Konstrukt. Die Skalen sind ausreichend unabhängig von anderen Parametern der Persönlichkeit. Auch können genetische Faktoren als stärkerer Prädiktor hinsichtlich intrinsischer/extrinsischer Religiosität als Umwelteinflüsse gelten.

Anhand einer umfangreichen Zusammenschau von 850 Studien berichten Moreira-Almeida, Lotufo Neto und Koenig (2006) einen positiven Zusammenhang zwischen einem erhöhten Ausmaß an Religiosität und verschiedenen Parametern psychischer Gesundheit bzw. einen negativen Zusammenhang zu Depression, Suizidgedanken und -verhalten und zu Alkohol- und Drogenmissbrauch.

Zum Zusammenhang von Religiosität und Depression wurden von Smith, McCullough und Poll (2003) mit Hilfe einer Metaanalyse die Ergebnisse von 147 Studien ($N=98.975$) betrachtet. Über alle Studien hinweg zeigte sich eine geringe negative Korrelation von $r=-.096$ zwischen dem Ausmaß an „Religiosität“ und „Depressivität“. Die Ergebnisse waren nicht beeinflusst durch „Alter“, „Geschlecht“ oder „Ethnizität“ (Volkszugehörigkeit), allerdings zeigte sich, dass extrinsisch religiös motivierte Menschen ($r=.16$) bzw. Menschen, die in

Krisensituationen zu negativen religiösen Verarbeitungsstrategien ($r=.14$) neigen, auch stärker depressiv waren.

Erste Ergebnisse einer Langzeitstudie zur Thematik „Religiosität und psychische Gesundheit“ wurden von Braam et al. (2004) publiziert. Es zeigte sich ein negativer Zusammenhang zwischen depressiven Symptomen und Zugehörigkeit zu einer Glaubensgemeinschaft ($N=1840$; Alter 55 bis 85 Jahre). Dieser Zusammenhang blieb auch nach Kontrolle demographischer Variablen, physischer Gesundheit, sozialer Unterstützung und Alkoholgebrauch bestehen.

Zum Zusammenhang von Gottesbildern und Gottesbeziehungen und dem Ausmaß an Depressivität berichtete Braam (2008; Longitudinal Aging Study Amsterdam (LASA)) die Erfassung der Parameter „Gottesbild“, „depressive Symptomatik“, „Gefühle von Schuld“ und Persönlichkeitseigenschaften im Sinne der „BIG FIVE“ Modells der Persönlichkeit. In einem ersten Schritt wurde eine Voruntersuchung durchgeführt, wobei eine kleinere Stichprobe älterer Kirchenmitglieder (im Alter von 68 bis 93 Jahren) befragt wurde ($N=60$). Von den Probanden wurde dabei ein Fragebogen zum Gottesbild bzw. zur Gottesvorstellung (vgl. dazu Murken, 1998, bzw. in Weiterführung auch Huber, 2003, 2004) beantwortet.

Weiters wurden Items zur Erfassung von „Hoffnungslosigkeit“, „depressiver Symptomatik“, „Gefühle von Schuld“ und die 120 Item-Version des NEO-PI-R vorgegeben. Gefühle des Unbehagens in der Gottesbeziehung korrelierten dabei positiv mit „Hoffnungslosigkeit“, „depressiver Symptomatik“ und „Gefühlen von Schuld“. Auch zeigte sich ein positiver Zusammenhang mit depressiven Symptomen, die 13 Jahre vorher erfasst wurden. Dieses Ergebnis zeigte sich vor allem in der Gruppe der Protestanten. Die meisten Facetten des Gottesbildes, positiv, kritisch bzw. auch die Wahrnehmung Gottes als strafend waren mit vermehrten Gefühlen von Schuld verbunden. Als mögliche Erklärung für die einheitlichen Ergebnisse wird angeboten, dass beide Merkmalsgruppen (Gottesbild/ Gottesvorstellung vs. Depressivität) in unsicheren Bindungsstilen begründet sein könnten. Weiters zeigte sich eine positive Verbindung von „Neurotizismus“ und der „Angst vor Gott“ bzw. „Unbehagen in der Gottesbeziehung“. Auch ging eine erhöhtes Ausmaß an Verträglichkeit mit einem Gefühl Gott als unterstützend wahrzunehmen bzw. auch einer erhöhten Gebetshäufigkeit einher. Diese Ergebnisse blieben ebenfalls nach der Kontrolle der depressiven Symptomatik bestehen. Für die anderen drei Persönlichkeitsdimensionen „Extraversion“, „Offenheit für Erfahrungen“ und „Gewissenhaftigkeit“ zeigten sich keine so klaren Ergebnisse.

In der Hauptuntersuchung wurde der Fragebogen zum Gottesbild an 304 Probanden vorgegeben, wobei 190 Probanden Symptome hoher Depression in einer der vier Voruntersuchungen (1992-2003) aufwiesen. 114 Probanden zeigten keinerlei depressive Symptomatik. Hier zeigten sich dieselben Ergebnisse wie in der Voruntersuchung. Kritische

Gottesbilder waren abermals positiv mit depressiver Symptomatik verbunden. Besonders zeigte sich auch hier wieder die Verbindung zwischen „Angst vor Gott“ und „Hader mit Gott“ mit depressiver Symptomatik. Ein erhöhtes Ausmaß an Depression ging auch mit negativem religiösen Coping einher. Eine zusammenfassende Darstellung der Ergebnisse wird wie folgt gegeben: Affektive Aspekte der Religiosität scheinen in starkem Zusammenhang mit dem Ausmaß der Vulnerabilität zur Depression zu bestehen. Neurotizismus spielt dabei eine wichtige, allerdings keine exklusive Rolle zum Verständnis der Ergebnisse der starken Verbindung zwischen belastenden Gottesbildern bzw. Beziehungen und dem Ausmaß der depressiven Symptomatik. Auch wird darauf verwiesen, dass sich diese Ergebnisse bei nicht konfessionell gebundenen Menschen zeigen. Damit soll auf die Wichtigkeit der Exploration der religiös-spirituellen Biographie aller klinischen Probandengruppen verwiesen werden.

Thoresen und Powell (2004) berichten anhand einer Stichprobe von 850 Personen keinen Zusammenhang zwischen intrinsischer Religiosität und Depressivität ($r=-.06$, n.s.). In einer Arbeit von Payman, V., George, K. und Ryburn, B. (2007) zeigte sich bei einer Stichprobe von älteren depressiven Patienten ($N=86$) ebenfalls kein Zusammenhang zwischen intrinsischer Religiosität und depressiver Symptomatik ($r=.17$, n.s.). Dieses Ergebnis trifft sich allerdings nicht mit dem von Koenig (2007): Ältere intrinsisch religiöse Patienten ($N=839$), die nach einer medizinischen Behandlung am Herzen als depressiv diagnostiziert wurden, zeigten schneller eine Verbesserung der depressiven Symptomatik als die nicht intrinsisch religiöse Vergleichsgruppe ($p<.001$).

Anhand einer Stichprobe von 450 HIV/AIDS Patienten berichten Cotton et al. (2006), dass ein erhöhtes Ausmaß an „intrinsischer Religiosität“, „Anwenden religiöser Coping Strategien“ und „Spiritualität“ mit „größerer Lebenszufriedenheit“ und „Optimismus“ im Verlauf einer Erkrankung einhergeht ($r=.16$ bis $r=.74$, $p<.01$).

Steffen und Masters (2005) konnten anhand von zwei Studien mit insgesamt 441 Probanden einen negativen Zusammenhang zwischen „intrinsischer Religiosität“ und „Depressivität“ von $r=-.18$, $p<.01$ bzw. $r=-.38$, $p<.0001$ zeigen.

Zur Wichtigkeit verschiedener Aspekte in der Depressionsbehandlung wurde von Cooper, Brown, Vu, Ford und Powe (2001) ein Fragebogen mit 30 Items zusammengestellt und an eine Stichprobe von weißen und afro-amerikanischen Patienten vorgegeben. Die Fragen wurden anhand der Daten zu neun Fragekomplexen zusammengefasst: 1) die professionelle Fähigkeit der untersuchenden Personen, 2) die Wahrnehmung und Anerkennung der depressiven Symptomatik, 3) die Effektivität der Behandlung, 4) Behandlungsprobleme, 5) das Informiert sein des Patienten über die Behandlung, 6) intrinsische Spiritualität, 7) Zugang zu finanziellen Mitteln, 8) Lebenserfahrung, 9) soziale Unterstützung. Diese Bereiche wurden von den afro-amerikanischen und den weißen Depressionspatienten als in etwa gleich wichtig eingestuft. Interessant ist allerdings, dass

sich eine Ausnahme zeigte: „Intrinsische Spiritualität“ wurde von den Afro-Amerikanern deutlich höher eingestuft.

McCullough und Larson (1998) untersuchten den Zusammenhang von Religiosität und Depressivität anhand von 80 Studien. Religiosität und Spiritualität wurden in verschiedenen Arbeiten mit unterschiedlichsten Maßen erhoben. Sie berichten, dass sich intrinsisch religiöse Menschen als weniger depressiv zeigten. Personen, mit einer hohen extrinsisch motivierten Religiosität haben hingegen ein erhöhtes Risiko depressiver Symptomatik bzw. einer depressiven Störung.

Anhand einer Untersuchung von 262 Studierenden zeigte sich, dass intrinsisch religiöse Katholiken ein erhöhtes Maß an Depression und Angst aufwiesen, bei Protestanten zeigte sich dieser Zusammenhang nicht (vgl. Tix und Frazier, 2005). Park, Cohen und Herb (1990) hatten mit 263 Studierenden schon ein ähnliches Ergebnis erzielt. Hier zeigten sich aber auch hoch intrinsisch religiöse Protestanten als weniger depressiv bzw. berichteten einen adäquateren Umgang mit stressreichen Lebenssituationen. Auch im deutschsprachigen Raum konnte gezeigt werden, dass Menschen, die hoch intrinsisch religiös waren, geringere Depressionswerte (vgl. Dörr, 1987) bzw. mehr Lebenszufriedenheit (vgl. Zwingmann, 1991) aufwiesen (zitiert nach Huber, 1996).

Wird nur die Zugehörigkeit zu einer religiösen Gemeinschaft als Indikator für das Ausmaß von Religiosität und Spiritualität herangezogen, so finden sich keine signifikanten Zusammenhänge (Dervic, Oquendo, Grunebaum, Ellis, Burke & Mann, 2004). Obwohl sich bei depressiven Patienten die Zugehörigkeit zu einer religiösen Gemeinschaft deutlich negativ auf die Suizidalität auswirkte: Indikatoren waren dabei Suizidversuch (jemals im Leben) ($p < .01$), Suizidversuch eines nahen Verwandten ($p < .05$) und aktuelle Suizidideen ($p < .001$). Auch zeigte sich ein deutlich negativer Zusammenhang zu Substanzmissbrauch ($p < .001$). Wichtiges Ergebnis dabei war, dass die protektive Funktion von Religiosität und Spiritualität auf Substanzmissbrauch durch ein vermindertes Aggressionspotential besteht ($p < .01$). Hinsichtlich verschiedener Parameter von Depressivität zeigte sich allerdings kein signifikanter Zusammenhang. Indikatoren dabei waren das „Beck Depressions Inventar“ ($p = .24$), die „Hamilton Depression Rating“ Skala ($p = .59$) und die „Beck Hopelessness“ Scale ($p = .16$). Im Deutungsrahmen der extrinsisch/intrinsischen Religiosität kann die bloße Anbindung an eine religiöse Gemeinschaft nicht eindeutig auf eine bestimmte Orientierung zu verweisen.

Zahlreiche Studien zur Rolle von Spiritualität und Religiosität an HIV-Patienten weisen Religiosität und Spiritualität oftmals als nützliche Ressource in der Krankheitsverarbeitung aus. So berichten zum Beispiel Braxton, Lang, Sales, Wingood und DiClemente (2007) anhand einer Stichprobe von 308 HIV positiven Frauen einen negativen Zusammenhang zwischen dem Ausmaß an Religiosität und Spiritualität und der depressiven

Symptomatik. Erhoben wurden dabei demographische Variablen, „Lebensqualität“, „Coping“ und „Depression“ bzw. „Spiritualität“. Eine multiple Regressionsanalyse brachte dabei das signifikante Ergebnis: Spiritualität darf u. a. als negativer Prädiktor der depressiven Symptomatik gelten. In einer ähnlichen Studie zur selben Thematik kommen Yi et al. (2000) bei 450 Probanden zu folgendem Ergebnis: „Spirituelles Wohlbefinden“ wurde als negativer Prädiktor neben Social Support und verminderter Krankheitssymptomatik gefunden. Interessant an dieser Studie ist, dass verschiedene Religiositäts- bzw. Spiritualitätsmaße eingesetzt wurden und sich dieser Zusammenhang nicht bei allen Religiositätsmaßen (z. B. „persönliche Religiosität“) zeigt.

Zu einem ähnlichen Ergebnis kommen Tuck, McCain und Elswick (2001) in ihrer Untersuchung an 52 männlichen HIV-positiven Patienten. Wiederum wurden verschiedene Maße zum religiös-spirituellen Befinden angewendet und zu verschiedenen Parametern psychosozialer Zufriedenheit in Beziehung gesetzt. Einzig die Subskala „Existenzielles Wohlbefinden“ (Gesamtscore: „Spirituelles Wohlbefinden“) zeigte dabei einen positiven Zusammenhang zu den psychosozialen Parametern. Kritisch sei zu dieser Stelle angemerkt, dass auch hier die Tendenz spürbar ist, die Erfassung der Befindlichkeit bezüglich des immanenten bzw. transzendenten Raums miteinander zu vermengen, um dann mit Nachdruck auf die Wichtigkeit einer religiös-spirituellen Ressource für die Entstehung psychischer Gesundheit zu schließen. Zumindest auf der Basis dieser Ergebnisse erscheint diese Interpretation etwas voreilig.

2.6.4.2 Religiös-spirituelles Coping in der Depression

Zur Prävalenz von religiös-spirituellen Coping liefern Harrison, Koenig, Hays, Eme-Akwari und Pargament (2001) folgende Zusammenschau: Koenig (1997) konnte an einer Stichprobe von 115 chronisch kranken Patienten zeigen, dass 59.1% religiöse Coping-Strategien zum besseren Umgang mit ihrer Situation anwandten. 34.5% meinten, Religion wäre die wichtigste Ressource, um mit ihrer Krankheit besser umgehen zu können. In einer klinischen Studie von Koenig (1998) berichten 42.3% der Patienten (N=455), dass ihnen eine oder mehrere religiös-spirituelle Dimensionen dabei helfen würden, in ihrem Leben besser zurecht zu kommen. 73.4% gaben an, dass sie in hohem Ausmaß religiöse Coping-Strategien zur Bewältigung ihrer Erkrankung verwenden würden. In einer Arbeit von King (1999) gaben 79% der Patienten (N=250) an, religiöse Coping-Strategien zu verwenden, um mit ihrer Krankheit besser umgehen zu können.

Pargament, Smith, Koenig und Perez (1998) konnten anhand einer Studie an drei verschiedenen Stichproben (Opfer des Oklahoma-City Bombenanschlags, Studenten, die

sich in schweren Lebenskrisen befanden und ältere, hospitalisierte Menschen) verschiedene Muster des Copings veranschaulichen. Die positiven Coping-Muster waren „Religiöses Vergeben“, das „Aufsuchen von religiös-spirituelle Unterstützung“, „kollaboratives Coping“, „spirituelle Verbindung“, „religiöse Erlösung“ und „mögliche Neubewertung der Situation durch die Religion“. Die negativen Coping-Muster waren „spirituelle Entfremdung“, „Bewertung des Geschehenen als Strafe Gottes“, „interpersonale religiöse Entfremdung“, „Neubewertung Gottes als dämonische Macht“ und „Zurückweisung der Kraft Gottes“. Es zeigte sich in allen drei Stichproben, dass die Probanden eher zu positiven als zu negativen Coping-Strategien neigten. In Verbindung zu Indikatoren psychischer Gesundheit zeigte sich nur bei Anwenden von positiven religiösen Coping- Strategien ein günstiger Effekt.

Zum Zusammenhang des Anwendens „religiöser Coping“-Strategien und Indikatoren psychischer Gesundheit bzw. Bewältigung von Krankheit berichtet Pargament (2000) zahlreiche Studien: So zeigte sich u.a. ein positiver Zusammenhang mit einer besseren „psychischen Gesundheit“ (Pargament et al., 1994), besserer „physischer Gesundheit“ (z. B. Harris et al., 1995), „verbesserter Stressverarbeitung“ (Park & Cohen, 1993), spirituellem Wachstum (Pargament et al., 1990) und einer geringeren „Sterblichkeitsrate“ (Oxman et al., 1995).

In einer rezenten Longitudinal-Studie zu religiösen Coping Strategien bei 48 jüngeren Patienten, welche die Diagnose einer Schizophrenie bzw. einer bipolaren Störung aufwiesen, unterschieden sich die psychiatrischen Gruppen nicht von vergleichbaren nichtpsychiatrischen Gruppen im Ausmaß der Anwendung religiöser Coping Strategien. Es zeigten sich zu zwei Messzeitpunkten Zusammenhänge zwischen der Qualität des Gottesbildes und der Befindlichkeit in der Erkrankung (Phillips & Stein, 2007). Eine mögliche Neubewertung der Erkrankung durch ein wohlwollendes Gottesbild ging mit einer erhöhten stressbedingten Reifung einher ($p < .05$). Auch zeigten sich positive Zusammenhänge zwischen einem strafenden Gottesbild und dem Gefühl von Verlust durch die Erkrankung ($p < .01$) bzw. der wahrgenommenen Gesamtbelastung durch die psychische Krankheit ($p < .01$). Eine negative Gottesbeziehung zum ersten Messzeitpunkt wirkte sich auch auf die Befindlichkeit zum zweiten Messzeitpunkt aus. Der wahr genommene Verlust durch die psychische Erkrankung bzw. das Ausmaß der Gesamtbelastung zum zweiten Messzeitpunkt konnte dabei vorher gesagt werden.

Larson, D. B., Sherill, K. A. und Lyons, J. S. (1992) berichten, dass das Anwenden religiöser Coping-Strategien in 80% der durchgesehenen Studien mit erhöhtem psychischen Wohlbefinden einherging. Dieser Zusammenhang zeigte sich auch bei Kontrolle von „Alter“, „Geschlecht“, „Hautfarbe“, „Nationalität“ und „religiöser Zugehörigkeit“.

Harrison et al. (2001) zeigen in einer Zusammenschau den inversen Zusammenhang zwischen dem Anwenden positiver religiöser Coping-Strategien und dem Ausmaß an

Depressivität. Auffällig dabei ist, dass der negative Zusammenhang geringer ist, wenn andere Indikatoren als „Religiöses Coping“ zur Erfassung verwendet werden. Weiters wird ein positiver Zusammenhang mit „Selbstwertgefühl“, „Lebenszufriedenheit“ und „Lebensqualität“ berichtet. Ausgehend von einem multidimensionalen Ansatz der Religiosität zeigte das Anwenden religiöser Coping-Strategien den stärksten Zusammenhang mit Erholung und Krankheitsbewältigung (George, Larson, Koenig & McCullough, 2000).

Murphy et al. (2000) berichten anhand einer Stichprobe von 271 Probanden mit klinisch relevanter Depression einen negativen Zusammenhang zwischen „religiösen Einstellungen“, „Depressivität“ und „Hoffnungslosigkeit“. Allerdings zeigten sich keine Zusammenhänge zu religiösen Handlungen.

Exlin, Yali und Sanderson (2000) berichten Zusammenhänge zwischen religiösen Variablen und psychischer Verzweiflung innerhalb zweier Gruppen: einer nicht klinischen Stichprobe von 200 Collegestudenten und einer klinischen Stichprobe von 54 Personen, die ambulante Psychotherapie in Anspruch nahmen. Die Teilnehmer berichteten generell mehr Trost als Belastung durch Religion zu erfahren. „Religiöse Belastung“ wurde mit einem größeren Ausmaß an „Depression“ und „Suizidalität“ auch nach Kontrolle von Religiositätsniveaus oder den Grad des in Religion gefundenen Trosts gefunden. Depression wurde mit Gefühlen der „Entfremdung von Gott“ verbunden und unter Studenten mit interpersonalen Konflikten in religiösen Dimensionen. Suizidalität wurde mit religiöser Furcht und Schuld besonders mit Glauben daran verbunden, eine unverzeihliche Sünde begangen zu haben. Psychotherapiepatienten, die einerseits hoch religiös waren, andererseits sich auch durch ihre Religiosität belastet fühlten, zeigten sich motivierter diese Themen in der Psychotherapie anzugehen. Religiöse Belastung und Entfremdung wird von den Autoren als möglicher Indikator psychischer Erkrankung gewertet.

2.6.5 Religiosität, Spiritualität & Sucht

2.6.5.1 Hintergründe

Wirft man einleitend einen Blick auf den Umgang der verschiedenen Weltreligionen auf den Gebrauch bzw. Missbrauch von bewusstseinsverändernden Substanzen, so entsteht ein eindeutiges Bild: Der Gebrauch wird meist zu rituellen Zwecken wie im Christentum geduldet, der Missbrauch allerdings strikt abgelehnt. Auch finden sich Religionen wie der Islam, die den Gebrauch von Rauschmitteln grundsätzlich ablehnen (vgl. Miller & Thoresen, 1999). Verschiedene Naturreligionen gebrauchen psychoaktive Substanzen allerdings nach

wie vor um veränderte Bewusstseinszustände zu erreichen und blicken dabei auf eine lange Tradition zurück. Abhängigkeit im Sinne einer Erkrankung entsteht dabei meist nicht (vgl. Bernhard, 2000).

Historisch betrachtet lässt sich schon bei William James (1902/1979) die Einschätzung finden, dass eine vollständige Heilung der Sucht nur durch „leidenschaftliche Religiosität“ geschehen kann. Auch finden C. G. Jung und Bill Wilson, Mitbegründer der Anonymen Alkoholiker eine gemeinsame Formel zur Suchtbekämpfung: „Spiritus contra Spiritum“ (sinngemäß: der „Heilige Geist“ gegen den „Geist im Alkohol“). So kann nach deren Einschätzung nur einer von beiden einem Menschen inne wohnen, weil einer den anderen „austreibt“ (Briefwechsel Jung/Wilson, 1961, zitiert nach Murken, 1994). Ergebnisse neuerer Forschungsarbeiten scheinen diese Einschätzung auch zu bestätigen. Der Erfolg der Arbeit und die Stärke des Konzepts der Anonymen Gruppen ist durch empirisches Datenmaterial ausreichend belegt worden (vgl. Morgan, 2002, Galanter, 2006a, 2006b bzw. 2007).

2.6.5.2 Empirische Ergebnisse

„What do we already know about Spirituality and Addiction?“ fragen sich Miller und Bogenschutz (2007) und berichten einen gesicherten negativen Zusammenhang zwischen „Religiosität“, „Spiritualität“ und „Alkoholmissbrauch“. Das Missbrauchsrisiko wird umso geringer, je strikter die Vorschriften des Glaubenssystems sind. In einer assoziierten Arbeit geben Geppart, Bogenschutz und Miller (2007) einen Überblick über 1353 Studien zum Thema „Religion“, „Spiritualität“ und „Sucht“. Diese wurden in der Zeit von 1941 bis 2004 publiziert. Es wurde dabei in den Datenbanken „Medline“, „Psychinfo“ und „ALTA“ recherchiert. In einem weiteren Schritt wurden diese Arbeiten nach ihrem Anliegen in 10 verschiedene non-exklusive Kategorien eingeteilt: 1) Religiös-spirituelle Einstellungen und Substanzgebrauch, 2) Bemerkungen und Stellungnahmen, 3) religiös-spirituelle Praktiken und Entwicklung in der Genesung, 4) religiös-spirituelle Variablen in der Suchtentstehung, 5) psychoaktive Substanzen und spirituelle Erfahrungen, 6) religiös-spirituelle Interventionstechniken, 7) Literaturübersichten zu Religiosität, Spiritualität und Sucht, 8) Messmodelle von Spiritualität und Religiosität, 9) 12-Stufen Programme und 10) Religiosität und Spiritualität hinsichtlich Jugend und Entwicklung. Insgesamt zeigte sich eine inverse Beziehung zwischen dem Ausmaß an „Religiosität/Spiritualität“ und „Substanzverwendung“ bzw. „Missbrauch“; auch gehen Meditationspraktiken mit einem reduzierten Substanzgebrauch einher. Ein protektiver Faktor scheint der Besuch von 12-Schrittegruppen besonders in der Phase der Entwöhnung zu sein. Weiters wird bemängelt, dass bei einer Vielzahl der durchgesehenen Arbeiten trotz vorhandener Messinstrumente (vgl. z. B. Hood &

Hill, 1999) „Religiosität“ und „Spiritualität“ nur durch ein „Single“-Item erfasst werden konnten.

Anhand einer metaanalytischen Betrachtung von 140 weltweit durchgeführten Studien zu „Religiosität“, „Spiritualität“ und „Sucht“ berichtet Koenig (2002) in 90% der Fälle einen negativen Zusammenhang. Religiosität und Spiritualität scheinen dabei, sowohl was die Prävention als auch die Therapie von Sucht betrifft, als wichtige Ressource.

Wie durch die Ergebnisse mehrerer Studien gezeigt werden kann, korreliert der Konsum von Alkohol und Zigaretten negativ sowohl mit intrinsischer, als auch mit extrinsischer Religiosität (vgl. Harrison et al., 2001; Leigh, Bowen & Marlatt, 2005).

In einer Zusammenschau von 115 Artikeln zum Zusammenhang von Religiosität und Spiritualität und psychiatrischen Symptomen im adolescentären Alter berichten Dew et al. (2008) in 92% der Arbeiten einen positiven Zusammenhang zwischen religiös-spirituellen Befinden und psychischen Wohlbefinden. Untersucht wurden dabei die Zusammenhänge zu „Substanzmissbrauch“, „Delinquenz“, „Depression“, „Suizidalität“ und „Angst“ ($p < .05$). Ein auffallend hoher negativer Zusammenhang zeigte sich bei Substanzmissbrauch bzw. -abhängigkeit. Eine kritische Wertung erfahren die unterschiedlichen Methoden zur Erfassung von Religiosität und Spiritualität.

In einer rezenten Arbeit (Arévalo, Prado & Amaro, 2007) kommt der Rolle von Religiosität und Spiritualität in einem Behandlungsprogramm für traumatisierte Frauen mit Drogenproblemen eine nur bedingt positive Wirkung zu: So schienen die erhobenen Parameter „Spiritualität“, „Kohärenzsinn“ und „Coping“ die Verbindung zwischen wahrgenommenem bzw. posttraumatischem Stress und die Schwere der Alkohol- und Drogenabhängigkeit nicht zu beeinflussen. Allerdings zeigte sich ein negativer Zusammenhang zwischen wahrgenommenem Stress zu „Spiritualität“, „Kohärenzsinn“ und „adäquatem Coping“ und weiters ein negativer Zusammenhang zwischen posttraumatischem Stress und Kohärenzsinn.

In einer Überblicksarbeit zum Zusammenhang von Religiosität und psychischer Gesundheit berichten Moreira-Almeida, Lotufo Neto und Koenig (2006) in 80% der 120 bis zum Jahr 2000 durchgesehenen Studien einen negativen Zusammenhang von Religiosität und Sucht. Desweiteren wird auf drei brasilianische Arbeiten näher eingegangen. In Studie 1 von Dalgarrondo, Soldera, Correa Filho und Silva (2004) wurden Studenten ($N=2287$) befragt. Auch nach Kontrolle verschiedener soziodemographischer Daten zeigte sich ein deutlich geringerer Drogenkonsum bei religiöseren Studenten. Studenten, die in der Kindheit keine religiöse Erziehung erfahren hatten, zeigten einen höheren Missbrauch von Exstasy ($OR=4.2$) und Medikamenten ($OR=3.15$). Studenten, die keiner Religionsgemeinschaft zugehörig waren, zeigten einen höheren Medikamentenmissbrauch ($OR=2.2$) und mit höheren Kokainkonsum ($OR=2.9$). In Studie 2 (Tavares, Beria & Lima, 2004) wurden 2410

Studenten befragt. Religiöse Praktiken (z. B. Gebet) zeigten einen relevanten Zusammenhang (OR=1.3) mit verringertem Drogenkonsum. Bei Studie 3 (vgl. Sanchez, Oliveira & Nappo, 2004) handelt sich um eine qualitative Arbeit. Hier wurden protektive Wirkfaktoren von Religiosität und Spiritualität hinsichtlich Drogenabhängigkeit in Armenvierteln Sao Paulos bei Jugendlichen untersucht. Nach einem „strukturiertem Elternhaus“ zeigte sich „Religiosität“ als zweitwichtigster Faktor. „Familienstruktur“ brachte wiederum einen positiven Zusammenhang mit „Familienreligiosität“. 81% der praktizierenden Gläubigen waren drogenfrei, bei drogengebrauchenden Jugendlichen gaben nur 13% an, ihren Glauben zu praktizieren.

Kendler, Gardner und Prescott (1997) untersuchten 1902 Zwillinge und berichten einen negativen Zusammenhang zwischen verschiedenen Indikatoren des religiös-spirituellen Befindens und dem Konsum von Alkohol und Zigaretten. Auch wiesen die untersuchten Personen geringere Depressionswerte und besseren Umgang mit Stressbelastung auf. Die Art der Gottesbeziehung scheint ebenfalls eine Rolle zu spielen: So zeigen unterschiedliche Formen von Religiosität auch verschieden hohe Zusammenhänge mit Suchterkrankungen (vgl. Kendler et al., 2003). Eine genauere Darstellung liefern dazu Tabellen 16 und 17. Es ist zu bemerken, dass eine positive Gottesbeziehung in Verbindung mit der Einbettung in eine religiöse Gemeinschaft die stärkste Ressource bieten kann.

Somit lässt sich zusammenfassen, dass die allgemein postulierte negative Korrelation von Religion/Spiritualität mit psychischer Erkrankung besonders auch die Sucht betrifft (vgl. Unterrainer, 2006). Die Korrelationen fallen insgesamt um einiges deutlicher aus, als bei anderen psychischen Erkrankungen (z. B. Depression). Allerdings darf mit Gorsuch (1995) auf den wichtigen Umstand verwiesen werden, dass nicht nur die Quantität, sondern auch die Qualität der Gottesbeziehung zu beachten ist. So kann ein strafendes, rachsüchtiges Gottesbild durchaus neben einer depressionsfördernden auch eine suchtfördernde Wirkung entfalten. Religiös-spirituelle therapeutische Interventionsstrategien könnten deshalb eine mögliche Umdeutung negativ besetzter Gottesbilder beinhalten.

2.6.5.3 Religiosität und Spiritualität in der Suchttherapie

Was nun die Veränderung von religiös-spirituellen Erleben im Rahmen einer Entzugs- bzw. Entwöhnungsbehandlung betrifft, so kann man in diesen ersten Phasen der Abstinenz keine eindeutigen Schlüsse ziehen. Unterrainer (2002, 2006) berichtet anhand einer Stichprobe von 80 männlichen Alkoholikern, die zu Beginn und am Ende einer 3 bzw. 8 wöchigen Therapie hinsichtlich „spirituellem Wohlbefinden“, dem „Anwenden religiöser Coping Strategien“, „Depressivität“ und „Suizidalität“ befragt wurden, eine Abnahme von

suizidal-depressivem Erleben bei einem tendenziellen Anstieg des religiösen Copings. Auch zeigte sich im Bereich des „existenziellen Wohlbefindens“ eine Verbesserung. Das Ausmaß des „religiösen Wohlbefindens“ war allerdings von diesem Verlauf nicht betroffen, ebenso wie der Gesamtscore: spirituelles Wohlbefinden. Wichtig ist dabei zu erwähnen, dass im Behandlungsprogramm keine religiös-spirituelle Komponente integriert war.

Auf der Basis der Erkenntnisse durch die Arbeit in den Anonymen Gruppen wurde von Galanter et al. (2007) ein sechsstufiges Messinstrument zu den spirituellen Bedürfnissen von Suchtkranken entwickelt. Sie berichten auch im Vergleich zu allgemein medizinischen Patienten bzw. gesunden Kontrollgruppen Ergebnisse, die darauf hinweisen, dass für bestimmte Patienten die Thematisierung einer religiös-spirituellen Dimension von zentraler Bedeutung sein könnte.

In einer rezenten Arbeit berichten Miller, Forcehimes, O'Leary und Lanoue (2008) die Ergebnisse einer spirituell basierten Entwöhnungstherapie. In der Versuchsgruppe wurde zusätzlich zu dem allgemeinen Behandlungsprogramm eine spirituelle Behandlungsintervention im Rahmen von 12 Sitzungen gesetzt. Es zeigten sich allerdings in der Versuchsgruppe keine der erwarteten Verbesserungen. Auch wies die Versuchsgruppe signifikant schlechtere Werte hinsichtlich der Abnahme einer depressiv-ängstlichen Symptomatik auf.

Dabei berichten Piderman, Schneekloth, Pankratz, Maloney und Altchuler (2007) ein anderes Ergebnis: Hier kam es im Rahmen eines 3-Wochenprogramms zur Alkoholentwöhnung, in der Themen wie Religiosität und Spiritualität angesprochen wurden zu einer deutlichen Steigerung des „spirituellen Wohlbefindens“ ($p < .001$), „intrinsischer Religiosität“ ($p < .001$) und „positivem religiösem Coping“ ($p < .001$). Keine Veränderungen zeigten sich in den Bereichen „Frequenz religiöser Praktiken“ ($p = .1$) und dem „Anwenden negativer religiöser Coping Strategien“ ($p = .43$). Auch kam es zu einer signifikanten Zunahme der Mitgliedschaft bei den Anonymen Gruppen ($p < .001$).

In einer Übersichtsarbeit referieren Tonigan, Miller und Connors (2001, zitiert nach Tonigan, 2007) die Ergebnisse von 17 Longitudinalstudien zu Spiritualität und späterer Abstinenz. Sie berichten dabei keinen Zusammenhang ($r = .09$) zwischen verschiedenen Indikatoren von „Religiosität“ und „Spiritualität“ und der „Abstinenzorientierung“. Allerdings lässt sich mit Hilfe von Pfadanalysen zeigen, dass die Vermittlung spiritueller Inhalte die Chance einer langjährigen Zugehörigkeit bei den anonymen Gruppen erhöht ($r = .71$), was sich wiederum positiv auf die Aufrechterhaltung der Abstinenz ($r = .40$) auswirkt.

In einer Studie zur Wirksamkeit der Teilnahme an Selbsthilfegruppen bei Suchtkranken berichten Atkins und Hawdon (2007) einen signifikanten Effekt, was die grundsätzliche Bereitschaft zur Teilnahme betrifft. Allerdings brachte Religiosität nur einen zusätzlichen positiven Effekt, was die Regelmäßigkeit der Teilnahme betraf.

Erste Ergebnisse aus der Studie von Brown et al. (2007) weisen auch auf den Umstand hin, dass ein eigens installiertes Spiritualitätstraining bei Suchtkranken, welche sich einem 7wöchigen Trainingsprogramm unterzogen hatten, signifikant dazu beitrug, die Dauer der Abstinenz aufrecht zu erhalten.

Aromin, Galanter, Solhkhah, Bunt und Dermatis (2007) konnten anhand einer Stichprobe von 181 Jugendlichen, die sich in einer therapeutischen Gemeinschaft zur Drogenentwöhnung befanden, zeigen, dass es für süchtige Jugendliche, die eine „starke Orientierung zu Anderen“, bzw. eine spirituelle Orientierung (auch Gebete) aufwiesen von großer Bedeutung wäre, religiös-spirituelle Dimensionen bzw. das Programm der Anonymen Gruppen im Behandlungsprogramm der Therapeutischen Gemeinschaft zu installieren.

Pietmont konnte durch die Konstruktion der „Spiritual Transcendence Scale“ (vgl. Pietmont, 1999) zeigen, dass sich das Konzept der "BIG FIVE" sinnvoll durch eine weitere Dimension „Spirituelle Transzendenz“ erweitern lässt. In einer weiteren Arbeit (Pietmont, 2004) mit einer Stichprobe Süchtiger wurde nun untersucht, in wie weit es möglich sein würde, spirituelle Transzendenz auch einzusetzen, um das Ergebnis eines Entzugsprogramms vorherzusagen. So wurden neben spiritueller Transzendenz Parameter zur Drogensymptomatik, Persönlichkeit und Coping Ressourcen bei 73 Drogenabhängigen zu Beginn einer Drogenentwöhnung erhoben; 56 standen zum zweiten Messzeitpunkt, dem Therapieende zur Verfügung. Auch nach Kontrolle relevanter demographischer Variablen, stand das Ausmaß an „spiritueller Transzendenz“ zu Beginn der Therapie in relevanten Zusammenhang zu den Selbstbeschreibungen am Ende der Therapie. „Spirituelle Transzendenz“ kann als signifikanter Prädiktor des Therapieerfolgs, auch jenseits des Fünf-Faktorenmodells gewertet werden. Es konnte auch ein relevanter Zusammenhang zwischen dem Ausmaß an Spiritueller Transzendenz und einer positiven Prognose durch die behandelnden Therapeuten ermittelt werden. Die Subskalen der Skala zur spirituellen Transzendenz: „Universalität“ und „Verbundenheit“ werden als wichtige Dimensionen in der Suchttherapie genannt.

2.6.5.4 Religiöse Sucht/Hyperreligiosität

In Weiterführung der Darstellungen zur möglichen salutogenen Wirkung von Religiosität und Spiritualität auf die Bewältigung einer Stoff gebundenen Suchterkrankung soll nun auch der Vollständigkeit wegen auf die Variante einer „religiös-spirituellen Suchterkrankung“ eingegangen werden. Dies wird in der Literatur am Rande diskutiert. Mit C. G. Jung/Bill Wilsons „Spiritus contra Spiritum“ - Hypothese gesprochen: Was geschieht, wenn der andere Geist, möglicherweise „der heilige Geist“ Objekt der süchtigen Verlangen

ist? Allgemein lässt sich religiöse Sucht in die Gruppe der nicht Stoff gebundenen Süchte einordnen und erfüllt dabei aber alle Kriterien einer Suchterkrankung (vgl. Gross, 2000). Wie durch süchtiges Verhalten meist Gefühle von Wertlosigkeit betäubt werden sollen (vgl. Rost, 2001) kann in diesem Sinne weiterführend Religion und Glaube ebenfalls dazu angewandt werden, defizitäres Erleben meist (mit)versucht durch unzureichend gedeckte frühkindliche Bedürfnisse zu bedecken - so mag es zu einer künstlichen "Ich-Erhöhung" in der Bezogenheit zu einem transzendenten Raum kommen. Zur Bestimmung möglicher Risikogruppen liefert Gross (1994, 2000, S. 289) folgende Zusammenschau (vgl. Tabelle 18).

Tabelle 18: Risikogruppen für neue religiöse Gemeinschaften

-
- „Sucher“: Menschen auf der Suche nach einem anderen Leben, nach Selbsterfahrung, Bewusstseinsweiterung, Abenteuer, Grenzerfahrungen, Sinn. Häufiger Wunsch bei diesen Personen: Initiation, Transformation, „Geburt des wahren Menschen“.
 - „Enttäuschte“: Menschen mit hohem Protestpotenzial, die mit ihrem Leben, der Gesellschaft, der Welt unzufrieden sind. Häufiges Gefühl bei dieser Personengruppe: "Ich lebe das falsche Leben."
 - „Orientierungslose“: Menschen, die mit der Komplexität des Lebens in unserer Zeit nicht zurechtkommen, die einfache, klare Regeln suchen, an denen sie ihr Leben ausrichten können.
 - „Menschen in akuten persönlichen Krisen“: extreme Pubertätskrisen, „midlife crisis“, Arbeitslosigkeit, Tod des Partners, etc.
 - „Menschen mit schweren, chronischen seelischen Problemen“: sie haben zumeist schlechte Erfahrungen mit dem traditionellen Hilfesystem (Drei-Minuten-Medizin), Drehtür-Psychiatrie und klammern sich an jeden Strohalm
-

Eine rezente Studie zur Thematik Persönlichkeitsstrukturen von Mitgliedern neuer religiöser Gemeinschaften lässt sich von Buxant und Saroglou (2008) finden. Einerseits lassen sich die Erfolge von religiös-spirituell orientierten Gruppen belegen (z. B. die Gruppe der Anonymen), andererseits werfen die Autoren die Hypothese auf, dass die Mitgliedschaft in einer solchen Gruppierung durchaus auch mit einem verminderten Ausmaß persönlicher, innerer Freiheit im Rahmen eines rigiden Systems einhergehen kann. So weisen Personen, welche sich neuen religiösen Gemeinschaften anschließen, eine unsichere Anbindung an ihre Eltern auf, die sich durch die Anbindung an eine Gemeinschaft zu verändern scheint. Tatsächlich wiesen Probanden (N=120), welche einer neuen religiösen Gemeinschaft angehörten niedrigere Werte im Bereich religiöse Suche auf. Auch zeigten sie konservativere Werthaltungen und auch die Tendenz im Falle von Regelüberschreitungen sehr stark zu moralisieren. Anhand dieser Ergebnisse wird von den Autoren die Möglichkeit diskutiert, dass die durch die Anbindung an eine religiöse Gemeinschaft vermittelte Struktur den Preis eine rigidere Haltung bzw. eine Einschränkung der Autonomie zur Folge hat.

2.6.5.5 Religiosität und Spiritualität im Umgang mit Trauma und Sucht

Allgemein darf von einer hohen Komorbidität von traumatischen Erfahrungen und einer später auftretenden Suchterkrankung (Alkohol und Drogen) ausgegangen werden

Die Erinnerungen an traumatisierende Erlebnisse und den damit verbundenen negativen Stress sollen durch den Drogenkonsum vermieden werden. Auch kann davon ausgegangen werden, dass ein Lebensstil geprägt von Drogenmissbrauch die Wahrscheinlichkeit traumatisierende Situationen zu erleben, erhöht. Dieser Umstand sollte auch in der Behandlung von Suchtkranken berücksichtigt werden. Reynold et al. (2005) weisen darauf hin, dass sich eine große Zahl an Gewalterfahrungen bzw. Erfahrungen von sexuellem Missbrauch in der frühen Entwicklung bei den Suchtkranken wiederfinden lässt.

Sie führten dazu eine Studie an britischen Suchtkranken zu drei verschiedenen Schwerpunkten der Zielsetzung durch: 1) Es sollte die Prävalenz des Auftretens einer komorbiden posttraumatischen Belastungsstörung bei Suchtkranken untersucht werden, 2) es sollte die „Charakteristik“, der „Schweregrad“ und die „Art des Traumas“ identifiziert werden, 3) Suchtpatienten mit bzw. ohne traumatisierende Erfahrung sollten miteinander hinsichtlich der Suchtgeschichte, psychiatrischer/psychologischer Variablen bzw. soziodemographischer Parameter verglichen werden. Es werden folgende Ergebnisse berichtet: 94% der befragten Suchtkranken berichteten ein oder mehrere traumatisierende Erlebnisse (Kriterium A). 38.5% wiesen aktuell eine PTBS auf, 51.9% auf die Lebenszeit gerechnet. Es zeigten sich relevante Unterschiede zwischen Suchtkranken mit bzw. ohne posttraumatische Störung in verschiedenen traumaspezifischen Variablen, vor allem im Bereich der sozialen Variablen bzw. dem negativen Stress verbunden mit traumatischen Erfahrungen. Die Autoren kommen zum Schluss, dass durch ihrer Studie einerseits die Wichtigkeit einer genauen Erfassung von traumatisierenden Erlebnissen bei Suchtpatienten bestätigt wird, umgekehrter Weise aber auch die Wichtigkeit einer Suchtanamnese bei traumatisierten Patienten.

Auch Madert (2007, S. 312) verweist auf die Möglichkeit der Unterscheidung von zwei Entstehungsmechanismen bei Sucht: 1) Ein Suchtverhalten führt über erhöhte Risiken zu häufigeren Traumatisierungen. 2) Der Selbstheilungsversuch traumatischer Symptome mittels Suchtmitteln löst ein Suchtverhalten aus. Weitere Ergebnisse werden von Flatten et al. (2004, S. 49) berichtet: Es zeigte sich bei traumatisierten Patienten im Vergleich zu nichttraumatisierten Patienten eine signifikant erhöhte Neigung zu Alkohol-, Medikamenten- und Drogenmissbrauch. Diese war in Zusammenhang mit einer PTSD zu sehen (Kulka et al., 1990).

Zur Verarbeitung von traumatisierenden Erfahrungen wurde von Tedeschi und Calhoun (1996) erstmals das „Posttraumatic Growth Inventory“ vorgestellt, um positive Erfahrungen von traumatisierten Menschen besser beschreiben zu können. Das Instrument, welches aus 21 Items besteht inkludiert die Faktoren „Neue Möglichkeiten“, „Bezogen sein auf andere Menschen“, „persönliche Stärke“, „religiös-spirituelle Veränderungen“ und „Wertschätzung des Lebens“. Frauen scheinen mehr von einer traumatisierenden Erfahrung zu profitieren als Männer. Menschen, die traumatisierende Erfahrungen gemacht haben, berichten auch über mehr positive Veränderungen in ihrem Leben als Menschen, die solche Erfahrungen nicht gemacht haben.

Allgemein beschreiben Tedeschi und Calhoun (1995) das Konzept, indem die subjektiv negative Bilanz einer Traumawirkung in eine positive Bilanz transformiert wird, indem der jetzige und zukünftige Zustand aufgrund einer neuen Ausgangslage bewertet wird. In einer ersten Validierungsphase der Skala zeigte sich, dass die Skala mäßig mit „Optimismus“ und „Extraversion“ korreliert. Die Skala wird von den Autoren als Instrument beschrieben, mit dessen Hilfe es möglich sein sollte, zu erfassen, in welchem Ausmaß es Menschen möglich ist, nach traumatisierenden Erfahrungen diese zu überwinden, sich selbst und andere Menschen in einem breiteren Rahmen wahr zu nehmen und die Fähigkeit den Dingen Sinn zu geben. Taku, Cann, Calhoun und Tedeschi (2008) berichten in einer rezenten Arbeit die Bestätigung der postulierten Faktorenstruktur. Auch konnte die angenommene Faktorenstruktur in einer japanischen Übersetzung der Skala zu großen Teilen bestätigt werden (vgl. Taku et al., 2007).

Auch wurde von Maerler und Langer (2001) eine deutschsprachige Version der Skala: der „Fragebogen zur persönlichen Reifung“ präsentiert. Hier wird ebenfalls eine fünf-faktorielle Lösung berichtet. Die Autoren weisen auf den Umstand hin, dass dem Terminus „Reifung“ im Gegensatz zu „Wachstum“ im deutschen Sprachraum der Vorzug gegeben werden sollte. „Persönliche Reifung“ wird von den Autoren dabei wie folgt, definiert (S. 6f.):

„Allgemein kann man die persönliche Reifung von Personen nach erlebten Krisen beschreiben als die subjektive Erfahrung positiver Veränderungen, die das Ergebnis der kognitiven und emotionalen Verarbeitung von aversiven Ereignissen darstellt. Dabei kommt es zu Veränderungen und Differenzierungen von Bedeutungszuschreibungen sowie zu neu geordneten Bedeutungen (neu geordnete Zielprioritäten)... Die persönliche Reifung ist nach diesen theoretischen Ansätzen ein mehrdimensionales Konstrukt, zu dem alle positiv bewerteten Veränderungen des Selbst- und Weltkonzepts sowie Zuwächse in den Bereichen „Wissen“, „Handlungskompetenz“, „Verbundenheit mit anderen Menschen“, „Sinnfindung“, „philosophische Reflexion“ und „religiöse Gläubigkeit (Spiritualität)“ gehören“

Zum Zusammenhang von Weltsicht, Religion und Traumaverarbeitung berichten Calhoun, Can und Tedeschi (1996) in einer Studie von jeweils 25 Probanden, wobei eine Gruppe ein traumatisierendes Erlebnis zu verarbeiten hatte, ($N=50$) folgende Ergebnisse: Von den Teilnehmern wurde „Motivation zur Anpassung“, „Weltsicht“, „religiöse Motivation“ und „religiös-spirituelle Erfahrungen“ erhoben. Zusätzlich wurde mit den traumatisierten Personen ein qualitatives Interview durchgeführt. Es zeigten sich in der Traumagruppe signifikant höhere Werte im Erleben von psychologischem Stress aber sie unterschied sich nicht in weltanschaulichen Fragen: Sie empfanden die empirische Welt als vorhersehbar, sicher oder kontrollierbar. Auf Basis der Interviews kann darauf geschlossen werden, dass metaphysische Annahmen durch die Traumatisierung nicht betroffen waren. Auch boten sie keinen Rahmen zum besseren Verständnis bzw. zu Eingliederung der traumatisierenden Erfahrung. In einer weiteren Studie untersuchten Calhoun, Cann, Tedeschi und Jamie McMillan (2000) den Zusammenhang zwischen Ereignis bezogenem Grübeln, religiöser Suche, Involvierung in religiöse Gemeinschaften und persönlicher Reifung. Dabei wurden 45 junge Probanden untersucht, welche durch Voruntersuchung hinsichtlich dem eventuellen Auftreten einer traumatisierenden Erfahrung eingeteilt wurden. Es zeigte sich, dass das Ausmaß an Grübeln bzw. die Offenheit für einen religiösen Wandel als signifikante Prädiktoren des persönlichen Wachstums gelten konnten.

Zum Zusammenhang von persönlicher Reifung nach einer Partnerschaft, in der traumatisierende Erfahrungen gemacht wurden, beschreiben Cobb, Tedeschi, Calhoun und Cann (2006), dass fast alle weiblichen Probanden über eine persönliche Reifung berichten, die sich von ihrem in erster Linie gewalttätigen Partner gelöst hatten. Das Ausmaß des persönlichen Wachstums stand in keinem Zusammenhang mit depressiven Verstimmungen, allerdings zeigte sich, dass das Verlassen einer missbräuchlichen Beziehung und die „Bezogenheit auf andere Menschen“ zur persönlichen Reifung eine positive Beziehung aufwiesen. Insgesamt erscheint der Ansatz der „persönlichen Reifung“ als spannendes Konzept, das vor allem in der Traumaforschung viel leisten kann. Spannend erscheint die Fragestellung, warum es Menschen möglich ist, schwere traumatisierende Erlebnisse zu überwachen bzw. gestärkt daraus hervorzugehen, es anderen aber in keiner Weise möglich ist, eine Weiterentwicklung zu erfahren.

Zur Wirkung von religiösem Coping wurden von Winter et al. (2008, in press) verschiedene Gruppen von Patienten untersucht. Insgesamt zeigte sich in der Gruppe der traumatisierten Patienten ($N=69$) ein positiver Zusammenhang zwischen positivem religiösen Coping und Stress bezogenem Wachstum ($p<.01$). Keine Zusammenhänge zeigten sich im Bereich des „psychischen Wohlbefindens“, der „Angst-Symptome“ und der „depressiven Symptomatik“. Auch schien negatives religiöses Coping in der Gruppe der Traumapatienten keine Auswirkung zu haben.

2.6.6 Religiosität, Spiritualität & Suizidalität

Bei Fokussierung auf die Bereiche „Depression“ und „Sucht“ und deren Beziehung zu „Religiosität“ und „Spiritualität“, ergibt sich inhaltlich schlüssig „Suizidalität“ als weitere mit zu beachtende Dimension. Depressive als auch Süchtige, besonders wenn beide Erkrankungen komorbid auftreten, weisen ein deutlich erhöhtes Suizidrisiko auf (vgl. Moreira-Almeida, Lotufo Neto & Koeing, 2006 bzw. Unterrainer, 2006). Auch sind in „religiösen“ Ländern die Suizidraten deutlich niedriger als in „säkularen“, obwohl die Zahlen teilweise mit Vorsicht zu betrachten sind, da Suizid in vielen Ländern noch immer als Stigma gilt (vgl. Dervic et al. 2004). Es finden sich in der Literatur zahlreiche Studien, die einen negativen Zusammenhang zwischen Suizidalität und religiösem Glauben bzw. religiöser Anbindung belegen. Wobei sich unter den verschiedenen Konfessionen, zumindest was das Christentum betrifft, kaum Unterschiede zeigen (vgl. Stack, zitiert nach Dervic et al., 2004).

Was nun die Beforschung der Rolle von religiös-spirituellen Befinden hinsichtlich von Wirkfaktoren in der suizidalen Krise betrifft, berichten Moritat-Almeida et al. (2006) zwei Gruppen von Studien: Der erste Typ von epidemiologischen Studien stellt meist einen Zusammenhang zwischen „religiöser Involviertheit“ (z. B. Zugehörigkeit zu einer bestimmten Glaubensgruppierung) und der „Rate von Suizidhandlungen“ her. Dabei werden meist verschiedene Populationen miteinander verglichen. Beim zweiten Typ werden klinische Subgruppen miteinander verglichen.

Nisbet, Duberstein, Conwell und Seiltitz (2000) berichten anhand einer Studie von 584 Suiziden und 4279 natürlichen Todesursachen eine viermal höhere Rate von nicht religiös Praktizierenden (OR=4.34). Dieser Zusammenhang zeigte sich auch nach Adjustierung für Geschlecht, Ethnizität, partnerschaftlicher Status, Alter und Frequenz der Sozialkontakte.

Hilton, Fellingham und Lyon (2004) kamen zu einem ähnlichen Resultat durch eine epidemiologische Auswertung von Todesursachen von 27738 jungen Männern im Alter von 15-34 in den Jahren 1991 bis 1995. Das relative Risiko von Männern mit geringer religiöser Anbindung lag zwischen 3.28 und 7.64mal höher als bei Männern mit hoher religiöser Anbindung. Diese Ergebnisse decken sich ebenfalls mit denen von Nonnemaker, McNeelay und Blum (2003). Sie berichten anhand einer Stichprobe von 16306 Adoleszenten eine negative Korrelation zwischen dem Ausmaß an „Religiosität“ und „Suizidgedanken“ bzw. Suizidhandlungen.

In einer rezenten Arbeit untersuchten Nad, Marcinko, Vuksan-Aeusa, Jakovljević und Jakovljevic (2008) den Zusammenhang zwischen „spirituellem Wohlbefinden“, „intrinsic

Religiosität“ und „suizidalem Verhalten“ an kroatischen Veteranen, die eine posttraumatische Belastungsstörung zeigten und gesunden Kontrollpersonen. Die Veteranen zeigten ein deutlich verringertes spirituelles Wohlbefinden ($p < .001$) bzw. der Subskala „existenzielles Wohlbefinden“ ($p < .001$) unterschieden sich allerdings nicht hinsichtlich in den Bereichen „religiöses Wohlbefinden“ (Subskala, $p > .05$) bzw. „intrinsische Religiosität“ ($p > .05$). Alle Parameter religiös-spirituellen Befinden zeigten einen substanziiell negativen Zusammenhang mit „Suizidalität“ (zumindest $p < .05$). Allerdings zeigte sich nur bei Parametern mit immanenten Inhalten ein hoch relevanter Zusammenhang. Des Weiteren unterschieden sich Veteranen, die in ihrem Leben schon einmal einen Suizidversuch unternommen hatten, deutlich von Veteranen, die in ihrer Biographie noch keinen Suizidversuch aufzuweisen hatten.

Anhand einer Stichprobe von 420 Adoleszenten in der Türkei berichtet Eskin (2004) bei Probanden mit einer „religiösen Erziehung“ ein geringeres Ausmaß an „Suizidgedanken“ und „Suizidhandlungen“, allerdings zeigten sie eine höhere Akzeptanz was den möglichen Suizid eines nahen Freundes anging.

Zur Auswirkung von „Delinquenz“ bei Adoleszenten auf suizidale Absichten bzw. suizidales Verhalten untersuchten Tompson, Ho und Kingree (2007) eine repräsentative Stichprobe von 14-17jährigen weiblichen und männlichen Jugendlichen. Jugendliche, die delinquent geworden waren, zeigten dabei ein höheres Ausmaß an Suizidalität. Berichtet werden dabei die Parameter „ernsthaft erwogener Suizid“ (AOR=5.44), „konkreter Suizidplan“ (AOR=4.90), „durchgeführte Suizidhandlung“ (AOR=14.61). Auch werden prospektive Ergebnisse berichtet. Dabei zeigte sich, auch nach Kontrolle verschiedener soziodemographischer Variablen, „Depressivität“, „Impulsivität“, „Problemtrinken“ und „Religiosität“, eine deutliche Auswirkung der Delinquenz auf das Ausmaß an Suizidgedanken bzw. Suizidhandlungen im ersten Jahr. Zumindest auf das Ausmaß von Suizidgedanken hatte Delinquenz nach sieben Jahren einen relevanten Einfluss. Auch ergab sich ein relevanter Geschlechtsunterschied: Frauen, die straffällig geworden waren, wiesen ein deutlich erhöhtes Ausmaß an Suizidalität auf.

In einer in Österreich durchgeführten Studie berichten Plattner et al. (2007) ähnliche Ergebnisse. Sie untersuchten insgesamt 319 jugendliche Straftäter (53 davon waren weiblich). Es zeigte sich bei den Straftätern generell ein erhöhtes Ausmaß an Suizidalität, sowohl was das aktuelle Geschehen ($p < .01$) als auch die Lebenszeitprävalenz betrifft ($p < .001$). Weiters berichten sie eine deutlich höhere Suizidalität bei den weiblichen Straftätern.

In einer weiteren Studie an 723 inhaftierten Jugendlichen (13% waren weiblich) untersuchten Freedenthal, Vaughn, Jenson und Howard (2007) den Zusammenhang zwischen dem Gebrauch von Inhalationsmitteln („Schnüffelstoffe“) und „suizidalen

Gedanken“ bzw. „suizidalen Handlungen“. Es zeigte sich eine positive Korrelation zwischen der Schwere der Abhängigkeit und Suizidalität. Dieses Ergebnis blieb auch nach Kontrolle verschiedener Variablen unverändert. Auch bei noch nicht bestehender Abhängigkeit zeigte sich ein erhöhtes Suizidpotential bzw. Risiko für suizidale Handlungen. Wiederum ergab sich der schon erwähnte Geschlechtseffekt. Schnüffelstoffe missbrauchende Mädchen bzw. junge Frauen scheinen gefährdeter für Suizidhandlungen zu sein.

Zum Zusammenhang von „Intrinsischer Religiosität“, „Depressivität“ und „Suizidalität“ befragten Walker und Bishop (2005) 459 Studenten. Wie erwartet war intrinsische Religiosität negativ mit depressiver Symptomatik verbunden. Depressive zeigten ein erhöhtes Ausmaß an Suizidphantasien.

Anhand einer Stichprobe afro-amerikanischer städtischer Bewohner mit geringem Einkommen verglichen Kaslow et al. (2004) 200 Patienten ohne/mit Suizidversuch nach Geschlechtern getrennt (jeweils 50 Probanden pro Zelle). Verglichen mit Patienten ohne Suizidversuch, berichteten Patienten mit Suizidversuch von mehr „psychischem Stress“, „Aggression“, „Substanzmissbrauch“ und „maladaptiven Coping-Strategien“; weniger „Religiosität/Spiritualität“; und niedrigeren Niveaus „ethnischer Identität“. Männliche Probanden zeigten höheren Substanzmissbrauch als weibliche Probanden mit Suizidversuch.

2.6.7 Religiös-spirituelles Befinden bei Angsterkrankungen

Allgemein lässt sich ein negativer Zusammenhang zwischen religiös-spiritualem Befinden und Angststörungen erkennen, wobei aber auch hier eine Unterscheidung zwischen intrinsischer und extrinsischer Religiosität angebracht scheint. Intrinsische Religiosität weist hierbei einen negativen, extrinsische einen positiven Zusammenhang auf. Dieser Zusammenhang konnte über eine christliche Gruppierung hinaus auch bei Buddhisten wieder gefunden werden (Tapanya, Nicki & Jarusawad, 1997; vgl. dazu auch Kendler et al., 2003). Für den islamischen Raum werden dieselben Ergebnisse berichtet: Vassek und Mohammadi (2007) fanden anhand einer Stichprobe iranischer Medizinstudenten einen negativen Zusammenhang zwischen Religiosität und Symptomen von Angst oder Depression. Es wurden hier drei verschiedene Maße zur Messung von Religiosität verwendet, wobei sich bei allen drei Maßen (religiös basierte Kognitionen, Emotionen und Verhalten) dieser negative Zusammenhang zeigte.

2.6.8 Religiosität und Spiritualität bei Zwangserkrankungen

In einer seiner religionskritischen Schriften "Zwangsstörung und Religion" wies Sigmund Freud schon 1907 in der neu gegründeten „Zeitschrift für Religionspsychologie“ auf die Ähnlichkeit von Praktiken von Zwangsneurotikern mit Ritualen des Glaubens hin. Hier stand zu lesen (vgl. dazu Baumann, 2007):

„Ich bin gewiss nicht der erste, dem die Ähnlichkeit der sogenannten Zwangshandlungen Nervöser mit den Verrichtungen aufgefallen ist, durch welche der Gläubige seine Frömmigkeit bezeugt. Der Name „Zeremoniell“ bürgt mir dafür, mit dem man gewisse Zwangshandlungen belegt hat. Doch scheint mir diese Ähnlichkeit eine mehr als oberflächliche zu sein, so dass man aus einer Einsicht in die Entstehung des neurotischen Zeremoniells Analogieschlüsse auf die seelischen Vorgänge des religiösen Lebens wagen dürfte.“

Somit kommt Freud auch unter kritischer Beachtung der damaligen gesellschaftlichen Verhältnisse, wo ihm Religion zum Gebrauchsgut verkommen schien zur abschließenden vernichtenden Bewertung der Religion:

„Nach diesen Übereinstimmungen und Analogien könnte man sich getrauen, die Zwangsneurose als pathologisches Gegenstück zur Religionsbildung aufzufassen, die Neurose als eine individuelle Religiosität, die Religion als universelle Zwangsneurose zu bezeichnen. Die wesentlichste Übereinstimmung läge in dem zugrunde liegenden Verzicht auf die Betätigung von konstitutionell gegebenen Trieben; der entscheidende Unterschied in der Natur dieser Triebe, die bei der Neurose ausschließlich sexueller Herkunft, bei der Religion egoistischer Herkunft sind.“

Prinzipiell schließt sich Freud in seinem Hauptwerk zur Religion "Die Zukunft einer Illusion" 20 Jahre dieser Einschätzung an, allerdings ergibt sich nach Baumann (2007) auch eine alternative Einschätzung. So weist er abermals auf die Gemeinsamkeiten von Religion und Zwangsneurose hin, führt dann aber weiter aus: „Es stimmt dazu auch gut, dass der Frommgläubige in hohem Grade gegen die Gefahr gewisser neurotischer Erkrankungen geschützt ist; die Annahme der allgemeinen Neurose überhebt ihn der Aufgabe eine persönliche Neurose auszubilden.“ Natürlich ist Religion der zugeschriebenen Funktion einer kollektiven Neurose nicht enthoben, allerdings gesteht ihr Freud hier zumindest auch eine teilweise präventive Wirkrichtung gegen Ausbildung anderer neurotischer Symptome zu.

Hinsichtlich der empirischen Beforschung von Religiosität und Spiritualität im Kontext von Zwangserkrankungen lässt sich anhand weniger Studien zeigen, dass Zwangspatienten

auch über Konflikte im religiös-spirituellen Bereich berichten (vgl. dazu Kendler et al., 2003 bzw. Steketee, Quay & White, 1991; Klein & Albani, 2007). Bei hochreligiösen Patienten scheinen sich religiös-spirituelle Konflikte auch zusätzlich auf die Verhaltensebene auszuwirken (Higgins, Pollard & Merkel, 1992). Hochreligiöse Zwangspatienten verlagern ihre Symptomatik dabei auch in den transzendenten Raum. Allerdings werden vereinzelt auch andere Ergebnisse berichtet:

So berichten de Bilbao und Giannakopoulos (2005), dass eine religiöse Zwangssymptomatik besonders in Ländern umso stärker auftreten sollte, je zentraler die Religion im kulturellen Kontext bzw. in der Gesellschaft verankert ist. Als Beispiele werden die jüdische als auch muslimische Kulturen im mittleren Osten genannt. Allerdings fanden Assarian, Biqam und Asqarnejad (2006) an einer Stichprobe von iranischen 293 Studenten keine Auswirkungen religiöser Inhalte auf die Symptomatik einer Zwangserkrankung.

In einer Studie von Grant und Mitarbeitern (2006) wurden Zwangspatienten mit bzw. ohne sexuelle Zwangsgedanken miteinander verglichen. Patienten mit sexuellen Zwangsgedanken wiesen dabei auch eines höheres Ausmaß an Zwangsgedanken mit aggressiven ($p < .001$) bzw. religiösen Inhalten ($p < .01$) auf.

2.6.9 Außergewöhnliche Erfahrungen

2.6.9.1 Mystische Erfahrungen

Einleitend weist Shaw (2005) auf den Umstand hin, dass mystische Erfahrungen über alle Zeitalter hinweg in allen Religionen berichtet wurden. Mystische Erfahrungen finden sich als Bereich menschlichen Erlebens bei Abraham Maslow durch die Annahme von „Peak experiences“ – „Gipfelerfahrungen“. Dem Modell Maslows nach unterscheiden sich „Peaker“ von „Nonpeakern“ durch bestimmte Persönlichkeitseigenschaften. So werden „Peak experiences“ vor allem von Menschen berichtet, die sich in ihrem Leben sehr stark selbst verwirklichen konnten, stets ihren eigenen Bestrebungen bzw. Interessen nachgegangen sind und weniger an materiellen Dingen interessiert sind (vgl. Maslow, 1969). Eine Definition von mystischer Erfahrung, die sich sowohl mit theoretischen Vorannahmen aus der Literatur als auch mit der Forderung nach klinische Anwendbarkeit vereinbaren lässt, kann wie folgt lauten (zitiert nach Lukoff, 1998, S. 3; Übersetzung: H. F. Unterrainer):

"Die mystische Erfahrung ist eine flüchtige, außergewöhnliche Erfahrung, die geprägt ist durch Gefühle der Einheit, einer harmonischen Beziehung zum Göttlichen und allem Existierenden, außerdem durch Euphorie, einem Gefühl des Wissens

(Zugang haben zu einer verborgenen Dimension), dem Verlust der Ich-Funktionen, veränderte Zeit- und Raumwahrnehmungen und dem Gefühl der mangelnden Kontrolle über das Ereignis".

Auch wurde eine große Anzahl von Fragebögen entwickelt, um mystische Ereignisse zu erfassen. So lässt sich feststellen, dass ca. 30-40% der Population über mystische Erfahrungen berichten. Meist wurden sie als Teil eines gesunden psychischen Erlebens und nicht als pathophysiologisches Phänomen gedeutet. Auch lässt sich mit Greely (1974, zitiert nach Lukoff, 1998) zeigen, dass Menschen mit mystischen Erfahrungen über eine höhere psychische Gesundheit verfügen als Menschen ohne mystische Erfahrungen. Allerdings finden sich auch Fallstudien, in denen eine mystische Erfahrung als enervierend und erschütternd erlebt wurde. hier kann man von einer Form des religiös-spirituellen Problems sprechen (vgl. Allman et al. ,1992).

Zur künstlichen Induktion mystischer Erfahrungen in Laborsituation verabreichten Griffiths, Richards, McCann und Jesse (2006) 30 freiwilligen Probanden u.a. Psylocybin (30mg/70KG). Die Probanden mussten ihre Augen schließen und ihre Erfahrungen während der Sitzung beschreiben. Auch erfolgte eine Untersuchung 2 Monate nach der Psylocybineinnahme. Psylocybin verursachte dabei eine breite Spanne an veränderten Wahrnehmungen, subjektiven Erfahrungen und destabilisierten Gemütszuständen wie Angst. Die gemachten Erfahrungen wurden von den freiwilligen Teilnehmern als bedeutsame Erfahrung mit religiös-spiritueller Relevanz gedeutet. Dies zeigte sich auch nach zwei Monaten. Von den Autoren wird geschlossen, dass unter kontrollierten Bedingungen Psylocybin gewinnbringend in einen psychotherapeutischen Kontext integriert werden kann. Die Inhalte des drogeninduzierten Erlebens können als mystische Erfahrungen gedeutet werden.

2.6.9.2 Nahtodeserfahrungen

Es kommt vor, dass Menschen nach lebensbedrohlichen Krisen außergewöhnliche Erfahrungen berichten: Nahtodeserfahrungen (NTE). Diese scheinen weltweit ähnlich zu verlaufen, unabhängig vom kulturellen oder zeitlichen Kontext. Auch die Inhalte sind ähnlich. NTE sind aufgrund der immer besser werdenden Methoden im Intensivbereich im Steigen begriffen. NTE können unter verschiedenen Umständen vorkommen: Herz-Kreislaufstillstand, Schockzustände durch Blutverlust nach einer Geburt oder durch präoperative Maßnahmen, septischer oder anaphylaktischer Schock, Stromschlag, Koma aufgrund traumatischer Hirnschädigung, intracerebrale Blutungen oder Infarkte, Suizidversuch, Beinahe-Ertrinken bzw. Erdrosselung oder Atemlähmung. Auch werden

solche Erfahrungen bei Patienten mit ernsten aber nicht akut lebensbedrohlichen Erkrankungen beschrieben, bei schwerer Depression oder auch ohne Grund bei ansonsten klarem Bewusstsein (vgl. van Lommel, van Wees, Meyers und Elfferich, 2001).

Vor allem durch die Publikationen von Raymond Y. Moody bzw. auch die Arbeiten von Elisabeth Kübler-Ross rückte die Nahtodeserfahrung in den 70er Jahren auch in den Mittelpunkt des öffentlichen Interesses. Seitdem haben Nahtodeserfahrungen im klinisch-stationären Raum eine rege Beforschung erfahren. So wurde z. B. von Greyson (1983) eine Skala zur Erfassung der Inhalte möglicher Nahtodeserfahrungen konstruiert. Mit Hilfe der Skala kann eine Differenzierung zu anderen möglicherweise hirnorganisch bedingten Störungen bzw. unspezifischen Stressreaktionen erfolgen.

Zur Entstehung von NTE gibt es mehrere Theorien. So gibt es das hirnhysiologische Erklärungsmodell, dass die Ursache in dem Absterben von Gehirnzellen aufgrund cerebraler Anoxie sieht (vgl. Lempert, Bauer & Schmidt, 1994). Andere Theorien fokussieren eine psychologische Reaktion auf die Erfahrung des nahe bevorstehenden Todes (vgl. Appelby, 1989). Auch gibt es die Annahme einer Kombination beider Ansätze (Owens, Cook & Stevenson, 1990). Auch kann eine Verbindung zu einem sich verändernden Bewusstseinszustand angenommen werden (Transzendenzbezogenheit), in dem die Wahrnehmung, das kognitive Funktionieren, die Emotionen und das Gefühl für Identität sich vom normalen körperbezogenen Wachbewusstsein unterscheiden. Menschen, die eine NTE hatten, dürfen als psychisch gesund gelten, obwohl sie manchmal Symptome von Dissoziation zeigen (vgl. Greyson, 2000). Es werden keine Unterschiede hinsichtlich Geschlecht, Alter, ethnischer Herkunft, Religion oder dem Ausmaß an Religiosität berichtet (vgl. van Lommel, 2001).

Die in den letzten Jahren wohl am meisten beachtete prospektive Studie wurde von van Lommel et al. (2001) durchgeführt und im Lancet publiziert. Dabei wurden insgesamt 344 Patienten untersucht, die nach einem Herz-Kreislaufstillstand erfolgreich wiederbelebt wurden. Insgesamt berichteten 62 (18%) Patienten Nahtodeserfahrungen, wobei 41 (12%) eine "Core Experience", eine "Kernerfahrung", die ihr innerstes Selbst betraf, berichteten. Die Tiefe der eventuell auftretenden Erfahrungen wurde dabei von Fremdbeurteilern mit Hilfe des „Weighted Core Index“ eingeschätzt. Das Auftreten dieser Erfahrungen stand in keinem Zusammenhang mit der Länge des Herz-Kreislauf Stillstands bzw. der Dauer der Bewusstlosigkeit, der Medikation bzw. der berichteten Todesangst. Es zeigte sich weiter, dass viele der Patienten, die eine intensive Nahtodeserfahrung gemacht hatten, innerhalb der nächsten 30 Tage verstarben. Von denen, die überlebten zeigten sich deutliche Unterschiede zur Kontrollgruppe (Patienten mit Herz-Kreislaufstillstand, die keine Nahtodeserfahrung erlebten; es gab ein Matching nach Alter und Geschlecht). Diese wiesen eine deutlich höhere Angst vor dem Tod auf. Die durch die Erfahrung entstandene

Entwicklung dauerte einige Jahre. Frauen unterschieden sich von Männern durch tiefere Nahtodeserfahrungen ($p=.011$). Was das Alter betrifft, so waren Patienten mit Nahtodeserfahrung jünger als Patienten ohne ($M=58.8$ $s=13.4$ vs. $M=63.5$, $s=11.8$, $p<.001$). Hinsichtlich der Inhalte die Nahtodeserfahrungen betreffend, geben Van Lommel et al. (2001, S. 2001) folgende Übersicht (vgl. Tabelle 19 bzw. 20):

Tabelle 19: Inhalte von Nahtodeserfahrungen

Elemente der NTE	Häufigkeit (N=62)
1. Bewusstheit tot zu sein	31 (50%)
2. Positive Emotionen	35 (56%)
3. Außerkörperliche Erfahrungen	15 (24%)
4. Bewegen durch einen Tunnel	19 (31%)
5. Kommunikation mit Licht	14 (23%)
6. Wahrnehmung von Farben	14 (23%)
7. Wahrnehmung einer himmlischen Landschaft	18 (29%)
8. Treffen mit Verstorbenen	20 (32%)
9. Lebensrückblick	8 (13%)
11. Vorhandensein einer Grenze	5 (8%)

Anmerkungen: NTE=Nahtodeserfahrung

In weiterer Folge werden Veränderungen nach 2 bzw. 8 Jahren hinsichtlich verschiedener Lebensbereiche berichtet. So wiesen die Patienten mit NTE nach 2 Jahren deutliche Unterschiede in den Parametern „soziale Einstellung“, „religiöse Einstellung“, „Einstellung gegenüber dem Tod“ und „Andere“. Erhoben wurden diese Bereiche mit Hilfe des „Life Change Inventory Questionnaire“ (Übersetzung H. F. Unterrainer: „Inventar zur Erfassung von Lebensveränderungen“). Tabelle 20 gibt dabei die Veränderungen nach 2 Jahren wieder. Bei einer neuerlichen Befragung nach 8 Jahren, zeigten sich in allen Bereichen weiterer Steigerungen.

Tabelle 20: Veränderungen in verschiedenen Lebensbereichen nach NTE

Inventar zur Erfassung von Lebensveränderungen	<i>p</i>
Soziale Einstellung	
Eigene Gefühle zeigen.	.03
Akzeptanz anderer	.01
Mehr liebend und empathisch	.00
Verstehen anderer	.00
Involviertheit in der Familie	.01
Religiöse Einstellungen	
Den Sinn des Lebens verstehen	.02
Wahrnehmung eines inneren Sinns im Leben	.03
Interesse an Spiritualität	.04
Einstellung gegenüber dem Tod	
Angst vor dem Tod	.01
Glaube an ein Leben nach dem Tod	.01
Andere	
Interesse am Sinn des Lebens	.02
Sich selbst verstehen	.02
Wertschätzung alltäglicher Dinge	.00

Anmerkungen: Unterschiede zwischen Patienten mit (N=35) bzw. ohne NTE. (N=39).

In einer weiteren Studie von Lai et al. (2007) wurden insgesamt 710 Dialyse Patienten an insgesamt 7 Zentren in Tai Pai hinsichtlich möglicher NTE untersucht. Als Prädiktoren einer möglichen NTE dienten dabei: soziodemographische Variablen, eine lebensbedrohliche Erfahrung, Depression und Religiosität. 45 Patienten berichteten dabei über 51 NTE, wobei es in 51% der Fälle zu „Außer Körper“-Erfahrungen kam. Das „Bewusstsein tot zu sein“ bzw. auch die „Erfahrung durch einen Tunnel zu gehen“, trat in weniger als 10% der Fälle auf. Es zeigte sich weiter, dass jüngere Frauen am häufigsten zu NTE neigen. Die Häufigkeit der Teilnahme an religiösen Aktivitäten bzw. fromm-religiösen Handlungen korrelierten signifikant mit der Häufigkeit von NTE. Zahlreiche Probanden berichten nach der NTE sich anderen Menschen näher gefühlt zu haben bzw. wiesen sie eine höhere Motivation auf. Hier unterschieden sie sich signifikant von der Kontrollgruppe

(mindestens $p=.001$). Einschränkend geben die Autoren zu bedenken, dass einige der Probanden ihre NTE schon vor der Dialysebehandlung gemacht haben. Auch erscheint als generelles Problem, dass NTE immer auf der Basis von Selbstbeurteilungen beruhen. Zusammenfassend werten die Autoren, dass sich die Gruppe der Dialysepatienten als Versuchsgruppe bezüglich der Inzidenz und der Gestalt von NTE sehr gut eignen würde, da diese hier gehäuft auftreten.

Greyson (1997) weist an Hand von 4 Fallstudien von NTE auf die Wichtigkeit des religiös-spirituellen Problems als mögliche Form der psychiatrischen Krankheitsdiagnose hin. So erlaubt diese Form der Diagnose eine Abgrenzung von herkömmlichen Störungen.

Somit lässt sich mit Lukoff (1998) zusammenfassen, dass die Berücksichtigung des religiösen und spirituellen Problems im DSM IV als wichtiger Schritt in Richtung einer kultursensitiveren psychiatrischen Diagnosestellung zu werten ist, wobei aber auch noch intensivere Forschung notwendig sein wird, um hinsichtlich möglicher Überlappungen mit anderen Störungsbildern kompetenter auftreten zu können.

2.7 Psychische Erkrankungen mit religiösen-spirituellen Inhalten

2.7.1 Ekklesiogene Neurose

In einem Überblick zur Entstehung des Terminus einer „religiösen Melancholie“ berichtet Hole (1977) erste Beschreibungsversuche ab Ende des 18. Jahrhunderts. Auch wurde der Begriff in einem reinen deskriptiven Sinn von Seiten der naturwissenschaftlich orientierten klinischen Psychiatrie übernommen. Auch wird sie der allgemeinen Melancholie als Subgruppe eingeordnet und Griesinger (1845, S. 181, zitiert nach Hole, 1977, S. 21) schreibt, dass die Aufstellung solcher Varietäten „von nur mäßigem Wert“ sei, und weiter: „es häufig ganz in äußerem zufälligem Einwirken begründet sei, ob die innere Angst sich als Sündenangst äußert und der Kranke Trost in der Religion sucht, und er betont dazu, dass in der großen Mehrzahl der Fälle die „religiösen Anfechtungen“ als Symptome, nicht als Ursachen der bestehenden Krankheit zu betrachten seien.“

Der Begriff „Ekklesiogene Neurose“ wurde von Schätzing (1955) geprägt, wobei damit eine durch den Dogmatismus der Kirche verursachte Störung gemeint ist. Auch kann darunter eine durch religiöse Inhalte geprägte, triebfeindliche Erziehung verstanden werden, die psychische Probleme im Erwachsenenalter verursacht. Symptome sind dabei neben einer erhöhten Zwanghaftigkeit und fehlender Flexibilität im Persönlichkeitsbild, auch Frigidität oder Impotenz. Eine Definition für „ekklesiogene Neurose“ gibt Hark (1984, S. 286f.) wie folgt:

„Unter diesem Begriff werden alle jene seelischen Schwierigkeiten und psychoneurotischen Erkrankungen zusammengefasst, die durch Fehlformen der Frömmigkeit und Religion entstehen. Da die Kirche (ekklesia) als Gemeinschaft der Gläubigen die Frömmigkeit und die Religion entscheidend prägt und trägt, wurde diese Bezeichnung als Sammelbegriff für diese spezielle Neurose gewählt. Damit wird nicht gesagt, dass die Kirche und die Religion krank machen. Während eine ganzheitliche Beziehung zwischen dem Glaubensleben und dem Seelenleben für beide Seiten positive Auswirkungen hat, kann eine zu einengende kirchliche Bindung und fanatische Religiosität das seelische Erleben derart beeinträchtigen, dass es zu Störungen und Erkrankungen kommt. Auch eine zu frühe und sexualfeindliche Erziehung, sowie ein neurotisches Gottesbild tragen häufig zur ekklesiogenen Neurose bei.“

Bekanntheit erlangte der Begriff vor allem durch Tilmann Mosers Buchpublikation: „Gottesvergiftung“ (1976). Eine Abrechnung Mosers mit dem Erziehungsstil seiner Eltern, die ihn Gott immer als monströs, rachsüchtig und jedes Fehlverhalten ahndend, präsentierten. Zur Beforschung der Evidenz ekklesiogener Neurosen teilten Spring, Moosbrugger, Zwingmann und Frank (1993) Probanden in zwei Gruppen: An Dogmatismen gebundene („traditionell“) vs. nicht an Dogmatismen gebundene Gläubige („pluralistisch“). Sie berichten u. a. einen höheren Wert hinsichtlich der Dimension „religiöse Angst“ bei den „traditionell Gläubigen“. Somit geht „Religiöser Dogmatismus“ mit „religiöser Angst“ einher, die als eine der Hauptbestimmungsstücke der religiösen Neurose gelten kann. In einer weiteren Studie zur ekklesiogenen Neurose wurde ein überdurchschnittliches hohes Vorkommen psychiatrisch relevanter Symptome bei Jugendlichen, die Angehörige einer christlich orientierten Sekte waren, beobachtet. Hier kam es nun zu einer vertieften Auswertung der Fallgeschichten, wobei besonders ein rigider auf religiös motivierten Moralvorstellungen der Eltern zu beobachten war.

Die klinische Relevanz der Krankheitsdeutung als „ekklesiogene Neurose“ hielt sich seit jeher in Grenzen. Als starkes Gegenargument kann dabei gelten, dass psychische Erkrankung immer als multikausales Geschehen aufzufassen ist, d.h. im bio-psycho-sozio-spirituellen Raum passiert und somit nicht ausschließlich durch die religiös-spirituelle Dimension verursacht werden kann. Der Begriff darf zum gewärtigen Stand der Forschung als obsolet gelten (vgl. Unterrainer, 2007).

Abschließend soll eine kritische Wertung des Begriffs durch Bovet (1955, zitiert nach Baumann, 2007) zitiert werden, die noch im Entstehungsjahr als Antwort auf Schaetzing in derselben Zeitschrift erschienen war:

„Ganz allgemein scheint mir in diesem Aufsatz der Einfluss der späteren Erziehung für die Entstehung der Neurosen überschätzt zu werden. Gewöhnlich entscheidet es sich schon viel früher, ob ein Mensch neurotisch wird oder nicht, und die gebenden Faktoren sind von der herrschenden Moral weitgehend unabhängig. Aber natürlich wird eine bestehende neurotische Anlage ceteris paribus mit einer engherzig moralisierenden Erziehung eher und schwerer ausbrechen als in einem gesunden Milieu.“

Sinnvoller erscheint es da schon den Begriff „ekklesiogen“ durch den Begriff „ekklesiomorph“ zu ersetzen, d.h. eine bestimmte psychische Störung nimmt religiös-spirituelle Inhalte in Beschlag, tritt somit durch diese in Erscheinung. Allerdings bleibt durch die Begriffswahl „ekklesia“=Kirche trotzdem der eindeutige Bezug auf eine kirchliche Institution vorhanden und damit auch auf diese beschränkt. (vgl. Grom, 2005 nach Baumann, 2007).

2.7.2 Religiös-spirituelles Problem (V 62.89)

Im DSM IV: Diagnostisches und statistisches Manual psychischer Erkrankungen (Saß, Wittchen & Zaudig, 2001, S. 772) findet sich unter V 62.89 das „religiöse bzw. spirituelle 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 Infrage stellen von Glaubensvorstellungen nach sich ziehen, Probleme im Zusammenhang mit der Konvertierung zu einem anderen Glauben oder das Infrage stellen spiritueller Werte, auch unabhängig von einer organisierten Kirche oder religiösen Institution.“

Interessant ist es dabei zu bemerken, dass eine Unterscheidung zwischen religiösem und spirituellem Problem gemacht wird, wobei sich auch hier „Religiosität“ eher auf die institutionalisierte Form des Glaubens (d.h. kirchenbezogene Gläubigkeit) bezieht, „Spiritualität“ auf überkonfessionelle Formen der Gläubigkeit. Dazu führt van Quekelberghe (2005, S. 460) weiter aus:

„Spirituelle oder religiöse Probleme, die unter der V-Kategorie nicht als psychische Störungen oder pathologische Phänomene anzusehen sind, können natürlich durch psychische Störungen wie z.B. Sucht, Depression, Manie, psychotische Episode, Persönlichkeitsstörung etc. begleitet werden bzw. mit ihnen komplexe Erlebens- und Verhaltenssysteme bilden.“

Milstein, Midlarsky, Link, Raue und Bruce (2000) berichten von einer Befragung von Rabbis ($N=111$) und klinischen Psychologen ($N=90$) die wahrgenommenen Unterschiede in drei verschiedenen Kategorien von Erkrankungen mit religiös-spirituellen Inhalten. Schizophrenie, Mystische Erfahrung und Trauer. Aufgrund der Datenlage verweisen die Autoren auf die Wichtigkeit der Berücksichtigung des religiös-spirituellen Problems im DSM IV Diagnosesystem, da dadurch eine differenzierte Unterscheidung der Beweggründe geistliche bzw. psychologische Hilfe in Anspruch zu nehmen, ermöglicht wird.

Von psychiatrischer Seite wurde die Berücksichtigung des religiös-spirituellen Problems für die Relevanz weitergehender Forschung diskutiert. So beschreiben Turner, Lukoff, Barnhouse und Lu (1995) die Veränderungen vom DSM III-R bzw. die Schritte der Annäherung. Weiters wird auf Möglichkeiten der Anwendung der neuen Kategorie vor allem im klinischen Forschungskontext eingegangen. Eine besonders positive Wertung erfährt dabei die Einbeziehung soziokultureller Aspekte im Definitionsrahmen.

An anderer Stelle führen Lukoff, Lu und Turner (1992) eine Unterscheidung zwischen psycho-religiösen und psycho-spirituellen Problemen durch: Psycho-religiöse Probleme beinhalten dabei beispielsweise den Verlust eines stark verwurzelt gemeinten Glaubens oder die Konversion zu einer neuen Glaubensrichtung. Als Beispiele für psychoreligiöse Probleme werden mystische Erfahrungen als auch Nahtodeserfahrungen genannt.

2.7.3 Religiosität, Spiritualität & Psychose

Der Abschnitt zu Religiosität, Spiritualität und Psychose soll in zwei Bereiche unterteilt werden. Einerseits soll anhand von einigen wenigen empirischen Arbeiten religiös-spiritueller Befinden und Coping als Ressource in der Krankheitsverarbeitung bei Psychotikern thematisiert werden. Im zweiten Abschnitt werden Zugänge beschrieben, sich mit dem Erleben religiös-spiritueller Inhalte von florid psychotischen Patienten auseinander zu setzen. Dabei scheint nach Mohr und Huguelet (2004) kein systematischer Zusammenhang zwischen dem Ausmaß an „Religiosität“ und den Inhalten der Symptomatik zu bestehen. Religion und Glaube kann sowohl Teil des Problems als auch der Heilung sein.

2.7.3.1 Religiosität und Spiritualität bei schizophrenen Erkrankungen

Einleitend lässt sich anhand einer Studie von Hillstrom und Strachan (1999) feststellen, dass konfessionell Gläubige weniger zu magischem Denken bzw. dem Glauben an paranormale Phänomene neigen als nicht konfessionell Gläubige bzw. bekennende Atheisten. Zum Zusammenhang von Religiosität und schizotyper Persönlichkeitsstörung führten Diduca und Joseph (1997) eine Untersuchung an 201 Probanden durch. Hierbei zeigten sich Geschlechtsunterschiede: Während sich bei den Frauen keine signifikanten Zusammenhänge zeigten, war bei Männern ein positiver Zusammenhang zwischen dem Ausmaß der Beschäftigung mit religiösen Inhalten und der Neigung zum magischen Denken (als Symptom der schizotypen Persönlichkeitsstörung) zu finden.

Zur Fragestellung hinsichtlich des Zusammenhangs von Religiosität und Schizotypalem Denken wurden auch gesunde und akut bzw. chronisch Schizophrenie kranke Personen befragt. Dabei zeigte sich bei gesunden Personen ein negativer Zusammenhang zwischen Religiosität und schizotypalem Denken, bei Schizophrenie kranken Personen ein positiver. Dieses Ergebnis unterstreicht die Einschätzung, dass religiös-spirituelle Inhalte sowohl Teil der gesunden als auch der kranken menschlichen Psyche sein können (vgl. Feldman & Rust, 1989).

In einer Arbeit zur Rolle von Religiosität und Spiritualität als Mediatorvariable im Coping-Prozess berichten Mohr, Brandt, Borrás, Gilliéron und Huguelet (2006) anhand einer Stichprobe von 115 ambulant betreuten Schizophreniepatienten, die mittels halbstrukturiertem Interview befragt wurden, dass 71% der Probanden religiös-spirituelle Inhalte als Ressource wahrnehmen (14% gaben an, es als Belastung zu empfinden). Als weitere Ergebnisse ergaben sich, dass Religion bei 33% als Schutzfaktor gegen Suizid angegeben wurde (bei 10% zeigte sich ein durch ihren Glauben erhöhtes Suizidrisiko). 14% gegenüber 3% gaben reduzierten Substanzkonsum aufgrund ihres Glaubens an.

2.7.3.2 Psychotisches Erleben religiös-spirituelle Inhalte

2.7.3.2.1 Religiöser Wahn

In einem einführenden Werk zu Psychopathologie unterscheidet Scharfetter (2002, S. 209 f.) fünf Dimensionen des Ich-Bewusstseins, die durch eine Wahnerkrankung betroffen sein können: „Ich-Vitalität“, „Ich-Aktivität“, „Ich-Konsistenz“, „Ich-Demarkation“ und „Ich-Identität“. Grom (2007, S.209f) führt nun weiter aus, dass sich für die Erklärung außergewöhnlicher Erfahrungen religiösen Inhalts besonders zwei als fundamental erweisen:

1) Ich-Aktivität: Die Fähigkeit und das Gefühl, selbst Träger und Initiator seiner Wahrnehmungen, Gedanken, Emotionen, Antriebe und Handlungen zu sein. Sie kann sich im Sinne einer kontrollierten, rezeptiven und kreativen Unwillkürlichkeit (Inspiration), als auch im Sinne von Fremdbeeinflussungserleben verändern.

2) Ich-Demarkation: Das Bewusstsein, eine gegenüber anderen Wirklichkeiten abgegrenzte Einheit, d.h. ein eigenes Ich, zu sein. Es kann sich unter dem Einfluss von Ekstasen, Drogen, Meditation und psychischen Störungen verändern - sei es im Sinne einer „krankhaften Isolation“ und „eines Überflutet werdens“. Es liegen nur wenige phänomenologische Beschreibungen und empirische Untersuchungen zum Thema „religiöser Wahn“ vor. Ein Großteil des Wahnerlebens ist nichtreligiösen Inhalts. Wahnideen sind „gleich ob sie einen säkularen oder religiösen Inhalt haben“ – vermutlich als Versuch zu deuten, die bedrohlichen Störungen ihres Ich-Bewusstseins einerseits durch Interpretation zu verstehen und andererseits durch Überkompensation, d. h. durch eine radikale, psychotische Form von Abwehr, erträglich zu machen“

Möller, Laux und Deister (2001, S. 46) liefern folgende Definition für Wahn als Form der inhaltlichen Denkstörung:

„Als Wahn bezeichnet man eine unkorrigierbar falsche Beurteilung der Realität, die erfahrungsunabhängig auftritt und an der mit subjektiver Gewissheit festgehalten wird. Die Überzeugung steht also im Widerspruch zur Wirklichkeit und zur Überzeugung der Mitmenschen. Wahnphänomene können in unterschiedlicher Form und mit unterschiedlichem Inhalt auftreten.“

Was die Inhalte von Wahnideen betrifft, listet Kim (2001, zitiert nach Pfeifer, 2007) folgende als am häufigsten vorkommende auf: „Schuld“, „Liebe/Sexualität“, „Religion“, „Schädigung“, „Wirtschaft“, „Technologie“, „Politik“. Der „religiöse Wahn“ wurde das erste Mal im Jahre 1848 von Ideler in dem zweibändigen Werk: „Versuch einer Theorie des religiösen Wahnsinns“ beschrieben. Von Krafft-Ebing wird der Ausdruck der „Theomanie“ geprägt, weiters spricht er von „Paranoia chronica (acuta) hallucinatoria religiosa“ (zitiert nach Pfeifer, 2007). Zur differenzierten Betrachtung von Glaube und Wahn schreibt Schneider (1929, zitiert nach Pfeifer, 2007): „Ein Glaube, dessen einziges Kriterium die subjektive Gewissheit ist, ist psychologisch vom Wahn grundsätzlich nicht zu unterscheiden.“ Zur Abgrenzung von Glaubenserfahrung und Wahnerleben gibt Haenel (1983) in Tabelle 21 dargestellt, folgende Unterscheidungskriterien an:

Tabelle 21: Glaube vs. Wahn (nach Haenel, 1983)

Glaube	Wahn
Gruppenverankerung	Singularität (pathologischer Ich-Bezug)
Gemeinschaft	Vereinsamung, fehlende Kommunikation
Zulassen von Zweifel	Unkorrigierbarkeit
Vertrauen	Vertrauensverlust
Inhalt oft transzendent	Inhalt oft bedrohlich
Psychopathologisch unauffällig	Weitere psychopathologische Auffälligkeiten

Weiter führt Lenz (1973) aus: „Im Falle eines Wahns wird man immer eine Erstarrung und einen Freiheitsverlust mit dem Bilde des Defektes der Persönlichkeit finden. Im Falle eines Glaubenserlebnisses wird man aber eine lebendige, d. h. variable, der Situation angepasste und auch mehr Freiheit besitzende und in sich vollkommene Persönlichkeit finden.“ zitiert nach Pfeifer (2007).

Der religiöse Wahn als spezielle Form der Wahnerkrankung kann in einer Vielzahl von Formen auftreten, wie zum Beispiel in bizarren Vorstellungen über höhere Wesen oder Mächte (sowohl gute als auch böse), Besessenheit, oder der Überzeugung in Beziehung mit einem Geist stehen (vgl. Reeves & Liberto, 2005).

In „Die Entwicklung einer Teufelsneurose im siebzehnten Jahrhundert“ beschreibt Freud (1923) die Ausbildung eines Teufelsglaubens durch den Maler Christian Haitzmann. Diese Teufelsvisionen werden durch Freud durch den Verlust des Vaters erklärt. So waren nach Freuds Deutung Gott und der Teufel ursprünglich identisch.

Auch kann sich das religiöse Wahnerleben darin manifestieren, als das Individuum einen Transformationsprozess hin zu einer neuen persönlichen Identität bedingt durch das Einwirken einer höheren Macht bei sich selbst oder anderen Personen wahrnimmt. Selten kommt es hier zu einer „Antichrist-Delusion“, einer Missidentifikation mit dem Teufel (vgl. Silva, Leong, Tekell & Brannan, 1996, zitiert nach Reeves & Liberto, 2005). Es zeigte sich weiters, dass ein Viertel der befragten Psychiatriepatienten eine Steigerung ihrer Religiosität ausgelöst durch die Wahnerkrankung wahrnahmen. Auch kommt es immer wieder zu psychotischen Episoden bestimmt durch religiös-spirituelle Inhalte.

In einer Studie von Siddle, Haddock, Tarrier und Faragher (2002) an 193 Schizophreniepatienten stufen sich 68% der befragten Probanden als religiös-spirituell ein, aber nur 23% wiesen religiöse Wahndeuten auf. In weiter Folge entwickelten sie einen Alogarithmus zur Diagnose einer religiösen Wahnerkrankung (die deutsche Übersetzung stammt von Pfeifer, 2007) wie in Tabelle 22 dargestellt:

Tabelle 22: Diagnostischer Alogarithmus zum religiösen Wahn (vgl. Pfeifer, 2007)

Glaube/Attribution wird fest geglaubt, kann bizarr sein, vernünftigen Argumenten/Zweifeln nicht zugänglich.



Weitere Symptome eine Psychose



Religiöser Inhalt (Gott, Teufel, Propheten, Geister, Engel)



Die Ideen sind auch in der Subkultur (peer group) des Patienten nicht akzeptabel.



Die Ziele deuten eher auf eine psychotische Episode hin als auf eine bereichernde Lebenserfahrung.

Getz, Fleck und Strackowski (2001) untersuchten anhand einer Stichprobe von Katholiken, Protestanten und Probanden, die keiner Religionsgemeinschaft angehörten, ob es durch religiöse Praktiken im Falle einer psychotischen Episode vermehrt zu religiösen Wahnvorstellungen kommt. Sie berichten zumindest für die Protestanten ein gehäuftes Auftreten im Vergleich zu den anderen beiden Gruppen ($p < .02$).

In einer Studie von Peters, Day, McKenna und Orbach (1999) wurden Mitglieder neuer religiöser Bewegungen (Hare Krishnas und Druiden) mit stationären psychotischen

Patienten, die Wahnideen zeigten und zwei gesunden Kontrollgruppen („religiös“ und „nicht religiös“) verglichen. Obwohl die Mitglieder der neuen religiösen Bewegungen, was die florid psychotische Symptomatik betraf, nicht an die Gruppe der Psychotiker herankam, unterschieden sie sich nicht im Ausmaß an Wahnideen bzw. dem Ausmaß der religiösen Überzeugung (gemessen mit dem PDI: Peters et al. Delusions Inventory). Beide Gruppen unterschieden sich deutlich von den Kontrollgruppen. Die Autoren weisen anhand ihrer Ergebnisse auf das Kontinuum von Normalität und psychotischem Erleben hin bzw. wird auch die Multidimensionalität der Wahnerkrankung thematisiert.

2.7.3.2.2 Spirituelle Krise

Traditionellerweise wurde von psychiatrischer Seite Religion oftmals pathologisiert. Diesen Abschnitt einleitend sei deshalb der Versuch einer vermittelnden Haltung vorangestellt. Hier gehen Jackson und Fulford (1997, zitiert nach Pfeiffer, 2007, S. 139) daran, eine spirituelle Erfahrung der Psychose gegenüber zu stellen (vgl. Tabelle 23):

Tabelle 23: Differenzen zwischen spiritueller Erfahrung und Psychose (nach Jackson & Fulford, 1997 vgl. Pfeiffer, 2007)

Spirituelle Erfahrung	Psychose
kontrollierbar	unkontrollierbar
sinnliche Elemente als mentale Konstrukte	sinnliche Elemente als physikalische Realität
überwiegend visuelle Halluzinationen	überwiegend auditive Halluzinationen
Inhalte kritisierbar	unkorrigierbare Inhalte
integrativ	desintegrierend

Differentialdiagnostisch von zentraler Bedeutung ist hier vor allem die integrative Funktion der spirituellen Erfahrung zu werten. Psychotische Erfahrungen werfen die betroffene Person meist völlig aus der Bahn, während spirituelle Erfahrungen als das Leben bereichernd wahrgenommen werden. Wichtig erscheint auch der Aspekt, ob der Mensch vorher als psychisch gesund galt.

Der Begriff „Krise“ gedeutet als Chance zur Neubewertung einer Situation, zur Neuorientierung, als Auftrag zum Wiederaufbau der eigenen Existenz nach dem totalen Zusammenbruch und zur Weiterentwicklung bzw. zum Überwachsen alter, längst überholter Verhaltensschemata findet derzeit vielerorts Anwendung, wobei eine Vielzahl von Krisen

unterschieden werden kann. Ursprünglich vom griechischen *crisis* kommend, wobei hier der Höhepunkt einer Erkrankung ausgedrückt wird, verweist Krise auch je nach Art des Umgangs auf die Möglichkeit eines positiven wie auch negativen Ausgangs. So darf Krise einerseits als Gefahr, andererseits als Chance zur Neubewertung gesehen werden (vgl. Sonneck, 2000). Krisen im psychosozialen Feld sind nach Chiompi (1993, zitiert nach Till, 2004) durch mehrere Punkte charakterisiert bzw. lassen sich im Ablauf beschreiben. Es kommt zu einer Konfrontation mit neuen Ereignissen oder Lebensumständen, wobei die zur Verfügung stehenden Problemlösestrategien nicht ausreichen, um die Situation zu bewältigen. Das Versagen der adaptiven Funktion führt zu einem Gefühl der Überforderung, welches als zentrales Merkmal der Krise gelten darf. Es kommt zu einer Labilisierung der gesamten Persönlichkeit und zu einer Erschütterung des Selbstwertgefühls. Verschiedene Begleitsymptome (primär: Angst) können die Folge sein.

Weitere wichtige Punkte zur Charakterisierung der Krise sind, dass diese zeitlich begrenzt ist (wobei es bei andauernder Unfähigkeit zu verarbeiten bzw. zu einem chronifizierten Zustand kommen kann) und auch, dass Krisen keinen krankhaften Zustand darstellen. Auch lassen sich nach Einschätzung vieler Autoren (vgl. Till, 2004) zwei Arten von Krisen unterscheiden: Krisen im Zuge entwicklungsbedingter Prozesse: Lebensveränderungskrisen und Krisen als Folge belastender Lebensereignisse: traumatische Krisen (vgl. Cullberg, 1978 zitiert nach Till, 2004).

Der Begriff der spirituellen Krise wurde von dem tschechischen Psychiater Stanislav Grof geprägt. Er beschreibt sein Konzept wie folgt (vgl. Grof & Grof, 1990/1975, S. 10):

„In das Konzept der spirituellen Krisen sind Erkenntnisse aus vielen Disziplinen eingeflossen, darunter aus der klinischen und der experimentellen Psychologie, der modernen Bewusstseinsforschung, der erfahrungsorientierten Psychotherapien, aus anthropologischen Feldstudien, Parapsychologie, Thanatologie, den vergleichenden Religionswissenschaften und der Mythologie. Beobachtungen aus all diesen Bereichen legen die Vermutung nahe, dass spirituelle Krisen ein positives Potential beinhalten und nicht mit Krankheiten verwechselt werden sollten, die eine biologische Ursache haben und medizinische Behandlung notwendig machen.“

Der Grundgedanke ist dabei, dass durch die Annahme einer möglichen Diagnose „spirituelle Krise“ eine alternative Deutung zum herkömmlichen Konzept der psychischen Erkrankung gestellt wird. Dies ist somit als Form der Kurskorrektur zu verstehen. Oftmals wird im Verlauf einer spirituellen Krise auch das Kundalini („Schlangenkraft“) Erwachen berichtet. Ein anderer Definitionsansatz, stammt von Van Quekelberghe (2007, S. 109), der Krise mit „Krisen gibt es in sämtlichen Lebens- und Notlagen. Jede Krise enthält die Möglichkeiten vom Scheitern oder vom Vorankommen, von Erstarrung, Stillstand oder

Regression, aber auch von Flexibilisierung, Weiterentwicklung oder Durchbruch." beschreibt. In Weiterführung dazu beschreibt er spirituelle Krise wie folgt:

„Unter spirituellen Krisen versteht man in der Regel neben religiösen auch existenzielle Sinnkrisen, in denen zentrale Werte in Bezug auf die eigene Identität und das Weiterleben zum Hauptthema werden. So gesehen birgt jede menschliche Krise in sich die Möglichkeit, den ganzen Menschen („Geist, Seele und Körper“) in ihren Bann zu ziehen und somit zu einer spirituellen Krise, die die Sinnfrage, weit ins "Spirituell-religiöse“ hineinzieht, zu werden.“

Somit können spirituelle Krisen nach Baier (2004) wie in Tabelle 24 dargestellt, in vier Kategorien eingeteilt werden:

Tabelle 24: Arten von spirituellen Krisen (nach Baier, 2004)

-
1. Es kommt zu einer persönlichen Glaubensfindung.
 2. Der eigene Glaube wird in Frage gestellt.
 3. Die Krise wird durch eine Transzendenzerfahrung hervorgerufen.
 4. Jegliche Art von Krise kann auf spirituelle Weise er- bzw. durchlebt werden.
-

Eine andere Möglichkeit der Einteilung stammt von Roberto Assagioli (1978, zitiert nach Van Quekelberghe, 2007, S. 110). Dieser gliedert spirituelle Krisen (vgl. Tabelle 25) in seiner „Psychosynthese“, in der es um die Verwirklichung des wahren Selbst geht, in vier Bereiche:

Tabelle 25: Bereiche von spirituellen Krisen (Assagioli, 1978, zitiert nach van Quekelberghe, 2007, S. 110)

-
1. Krisen, die dem spirituellen Erwachen vorausgehen. Selbstzweifel, Unbehagen, Sinnsuche, Gefühle innerer Leere, Depression und moralische Ratlosigkeit können das Erleben bestimmen.
 2. Krisen, die durch das spirituelle Erwachen ausgelöst werden. Als Beispiele werden schwer einzuordnende ekstatische Erfahrungen oder parapsychologische Wahrnehmungen, Selbstüberschätzung, Verlust des Realitätskontakts oder übertriebener Bekehrungseifer genannt.
 3. Reaktionen auf das spirituelle Erwachen. Verzweiflung, Gefühl der Wertlosigkeit, starke Erlösungs- und Verschmelzungssehnsucht, emotionale Labilität, Verlust der Willenskraft treten auf.
 4. Phasen der Bewusstseins- oder Ich-Verwandlung: Ruhelosigkeit, Leistungsabnahme, Erschöpfung, Depression, Gespalten sein zwischen weltlichen und spirituellen Zielen.
-

In einer weiterführenden Beschreibung grenzt Grof den Bereich der „spirituellen Krise“ von der „spirituellen Entwicklung“ ab. Diese lässt sich wie folgt beschreiben: "Ganz allgemein kann man spirituelle Entwicklung als die Bewegung eines Individuums in Richtung auf eine erweiterte Art des Seins definieren, zu der bessere emotionale und

psychosomatische Gesundheit, eine größere Freiheit der persönlichen Wahl und ein tieferes Gefühl von Verbundenheit mit anderen Menschen, der Natur und dem Kosmos gehören."

Allerdings kann es passieren, dass die spirituelle Entwicklung zu schnell erfolgt, wobei spirituelle Erfahrungen nicht integriert werden können. Dies kann eine spirituelle Krise im Sinne von Baiers Pt. 3 hervorrufen. Die Abgrenzung zur Psychose fällt gerade bei diesem Typus von Krise schwer. Grof und Grof (1991) bieten dabei eine Reihe von Kriterien an, die hier eine Entscheidung erleichtern sollen.

Jäger (2003, S.117) schreibt über ihre Erfahrungen psychotherapeutischer Praxis in der Begleitung spiritueller Krisen und listet folgende Merkmale bei Patienten mit spirituellen Krisen auf und betrachtet den Umgang mit spirituellen Krisen kritisch (vgl. Tabelle 26):

Tabelle 26: Merkmale von spirituellen Krisen (nach Jäger, 2003, S. 117)

-
1. Erfahrungen mit diversen esoterischen Praktiken, oft auch autodidaktisch mit Hilfe von Büchern oder Wochenendkursen, schamanistischen Ritualen, Zen, Vipassana-Meditation, häufig Drogenkonsum.
 2. Sie leiden unter heftigen psychopathologischen Symptomen, Panikattacken, Depressionen, Verfolgungswahn, energetischen Sensibilitäten, Stimmenhören.
 3. Sie haben keine tragende Bindung (mehr!) zu ihrem spirituellen Lehrer oder zu dem Kursleiter.
 4. Sie haben Stan Grofs Buch über „Spirituelle Krisen“ gelesen und meinen, in einer spirituellen Krise zu sein.
 5. Psychisch kranke Menschen ohne Krankheitseinsicht, sie wollen nicht zu einem Arzt oder Psychotherapeuten gehen.
 6. Sie sind häufig nicht mehr berufstätig oder mittellos.
-

Anhand einer Darstellung von zwei Fällen berichtet Hansen (1995) über die Gefahren einer fälschlichen Schizophreniediagnose bei Vorliegen einer spirituellen Krise. Mit Nachdruck wird dabei auf die negativen Konsequenzen einer solchen Fehleinschätzung für den weiteren Krankheitsverlauf verwiesen. Als mögliche ICD-10 Diagnose wird dabei: F 48.8 – nicht näher klassifizierte neurotische Störung angeboten. Insgesamt präsentiert sich das Konzept der spirituellen Krise als Bestandteil der Transpersonalen Psychologie und Psychotherapie, die sich neben den psychoanalytischen Konzepten, den kognitiven Lerntheorien als Erweiterung der humanistischen Psychologie als neue vierte Kraft der Psychotherapie versteht (vgl. Walch, 2002). Es wird dabei versucht, unterschiedliche psychotherapeutische Konzepte durch die Erweiterung des personalen in einen transpersonalen Bewusstseinsraum miteinander zu verbinden, wobei allerdings vor allem auf theoretischer Ebene noch wichtige Entwicklungsarbeit geleistet werden kann.

Walch (2008, S. 43) skizziert die Leitideen der Transpersonalen Psychologie und Psychotherapie wie folgt (vgl. Tabelle 27):

Tabelle 27: Leitideen der transpersonalen Psychologie (vgl. Walch, 2008, S. 43)

- Die Quelle der Weisheit liegt im Inneren – der Weg nach innen bleibt uns nicht erspart. Das ist auch die eigentliche Bedeutung des Begriffs „Esoterik“, der vom Griechischen „esoterikos“ kommt, was soviel bedeutet wie „den Blick nach innen wenden“ oder „nur durch persönliche Erfahrung zugänglich“.
- Das Bewusstsein ist in der Lage, Person, Raum und Zeit zu transzendieren (...).
- Im Selbst sind persönliche, kollektive und universale Strukturen eingewoben (...).
- Der Mensch ist in etwas Größeres eingebunden und wächst in seiner Entwicklung über das Ego hinaus. Im Laufe der zweiten Lebenshälfte nimmt gewöhnlich die Betonung des „Ich bin, ich kann, ich habe“ zugunsten einer spirituellen Perspektive etwas ab.
- Durch den allmählichen Abbau des Egos wird die spirituelle Kraft der Liebe zugänglich – eine alles durchdringende Lieb, die nicht mehr an Personen und Bedingungen gebunden ist.
- Spirituelles Wachstum begründet sich im alten esoterischen Gebot „Lass los, stirb und werde“ oder „Werde, der Du bist“.
- In jedem Teil ist auch das Ganze eingefaltet – ergänzt den gestaltpsychologischen Satz – das Ganze ist mehr als die Summe seiner Teile.
- In lebenden Organismen gibt es eine formgebende und selbstaktualisierende Entwicklungskraft. Alles ist mit allem verbunden.

Oftmals wird der transpersonalen Psychologie und Psychotherapie ein zu oberflächlicher Umgang mit zentralen Themen menschlicher Existenz vorgeworfen wird. So schreiben beispielsweise Petzold und Orth (1999, S. 244; Sekundärzitate wurden zugunsten der besseren Lesbarkeit entfernt):

„Mit dem Aufkommen der „neuen spirituellen Bewegung“ und ihren psychotherapienahen Praktiken (...) oder dem expliziten Versuch, östliche Lebensweisheit und Meditationstechniken mit den humanistischen Therapieformen synkretistisch zu amalgamieren,...,und dem von diesem Zeitgeist geförderten Aufblühen der „transpersonalen Psychologie“ haben auch die Themen Tod und Jenseits Konjunktur (...). Dabei findet aber keineswegs eine Auseinandersetzung mit dem „bitteren Faktum des Todes“ statt, eine geistige Auseinandersetzung vor dem Hintergrund und auf dem Stand unser kulturellen Entwicklung und aus dem Kontext moderner und postmoderner Lebenswelt heraus, sondern es finden sich gelegentliche Bestandsaufnahmen und ansonsten eine nahtlose (häufig verflachend und missverstandene) Übernahme von Ansätzen der großen Erlösungsreligionen – meist der östlichen. Karma- und Widergeburtstheorie, schamanistische Praktiken, Tao- und Zen-Konzepte, Sufi-Lehren, theosophischer Synkretismus finden sich genauso wie die neuen Versuche zu „Megasyntesen“ eines Wilber, Grof oder Mindell.“

Was die Beforschung der „spirituellen Krisen“ angeht, so finden sich wenige Einträge über empirische Arbeiten. In einem engagierten Aufsatz von Walach (2000) wird allerdings Narzissmus als Schatten der Transpersonalen Psychologie und Psychotherapie diskutiert.

Walach ortet dabei zwei Problemkreise: „Ichaufblähung“ und „Moseskomplex“. Eine Definition von Narzissmus wird mit Mertens (1993, zitiert nach Walach, 2000, S 54) wie folgt gegeben: „Unter Narzissmus versteht man im psychologischen Sinn die libidinöse oder lustvolle Besetzung des eigenen Selbst, einfacher gesagt, das (gesunde) Wohlgefühl, das ein (gesunder!) Mensch hat, wenn er an sich selber denkt, oder an Dinge, Pläne und Verhaltensweisen, die er als zu sich selbst zugehörig wahrnimmt.“ Jedem Mensch muss demnach ein gesundes Selbstwertgefühl und Selbstvertrauen als narzisstischer Ausdruck zugestanden werden. Im Zuge einer pathologischen Entwicklung eines gestörten Narzissmus kann es nun zur „Ich-Aufblähung“ kommen.

Schon C. G. Jung (1984, zitiert nach Walach, 2000) weist auf die Möglichkeit hin, dass dies auch durch den Kontakt mit transpersonalen Inhalten geschehen kann. So geschieht es, dass eine transpersonale Erfahrung nicht Schritt für Schritt in das Leben integriert werden kann, sondern zum Stopfen der Löcher eines an sich löchrigen Ich-Erlebens verwendet wird. Somit kommt es zu keiner Weiterentwicklung der Persönlichkeit, sondern zu einer Festigung defizitären personalen Erlebens. Der eigene Schatten bleibt dabei unangetastet. Die andere Seite wäre der „Moseskomplex“ – gemachte Erfahrungen könne nicht integriert werden, da man sich zu gering schätzt, dieser Aufgabe zu gewachsen zu sein. Das Ich nimmt sich als zu wenig wert wahr. Beide Aspekte werden nun von Walch kritisch diskutiert; dabei geht er von der durchaus nachvollziehbaren These aus, dass östliche Heilslehren ein stabiles, in sich gefestigtes Selbst als selbstverständlich voraussetzen.

Trifft allerdings ein brüchiges, schwaches oder grandioses Ich auf spirituelle Erfahrungen wird die narzisstische Problematik akut. Einer Ausbildung von gewissenlosen Führerpersönlichkeiten, die als „Gurus“ nachfolgende ich-schwache Personen als Gefolge unterwerfen, wird dabei Tür und Tor geöffnet. Allerdings skizziert Walach auch einen gelungenen Umgang mit narzisstischen Tendenzen mit spirituellen Inhalten in der Überwindung narzisstischer Versuchungen um die tiefere Natur spiritueller Erfahrungen ergründen zu können.

2.8 Neurobiologische Erforschung von Religiosität und Spiritualität

2.8.1 „Neurotheologie“ – eine interdisziplinäre Wissenschaft

Ein vor allem in den letzten Jahren immer stärker florierendes Forschungsgebiet der Religionspsychologie beschäftigt sich mit den biologischen Grundlagen des Glaubens bzw. von Religiosität und Spiritualität. Die in diesem Zusammenhang entstandene Bezeichnung „Neurotheologie“ fasst als Forschungsrichtung eine Reihe von heterogenen Ansätzen zusammen. Erstmals taucht der Begriff „Neurotheologie“ 1984 in der Zeitschrift „Zygon“ in einer Arbeit von James B. Asbrook auf und wird als mögliche Bezeichnung angepriesen, zwei scheinbar kaum zu vereinende Bereiche wie Neurologie und Theologie miteinander zu verbinden (vgl. Aletti, 2006). Zur Frage, wie sich nun Religionspsychologie und Neurobiologie gegenseitig befruchten könnten, regt Reich (2004) an, die Religionspsychologie könne Modelle zur religiösen Erfahrungen bzw. zu deren Entwicklung bereit stellen, um neurobiologische Ergebnisse einordnen zu können.

Die Methoden neurologischer Forschung sind computerisierte, bildgebende Verfahren zur Darstellung komplexer Vorgänge im Gehirn. SPECT (Single Photon Emission Computerized Tomography), PET (Positron Emission Tomography) und fMRI (functional Magnetic Resonance Imaging) machen es möglich die funktionelle Anatomie des Gehirns, als auch die allgemeinen physiologischen Prozesse und Veränderungen, wie Blutstrom, Metabolismus des Gehirns und spezifische Aspekte der Neurotransmitter: Serotonin, Dopamin, Noradrenalin und Acteylcholin zu untersuchen (vgl. Van Quekelberghe, 2005).

2.8.2 „Gott im Kopf“ oder „Gottes Gen“?

Die neurotheologische Forschung versteht Gott im Gehirn verankert bzw. in den Genen auffindbar. Immer wieder kamen aus dieser Richtung spektakulär anmutende Ergebnisse: So konnte Ramachandran den „God Spot“ im Gehirn zu finden (vgl. Ramachandran, 1998) und Persinger war es möglich durch einen umgebauten Sturzhelm und durch elektrische Temporallappenstimulation religiös-spirituelle Erfahrungen bei den Probanden hervorzurufen (vgl. z. B. Hercz, 2002). Auch fand in letzter Zeit die Postulierung eines Gottesgens „VMAT2“ durch Dean Hamer große Beachtung. Es zeigten sich signifikante Zusammenhänge zu „Religiosität“ und „Spiritualität“ (vgl. Hamer, 2005, vgl. auch Blume, 2005).

Zur Beforschung neuronaler Grundlagen von Meditation geben Neumann und Frasch (2006, S. 488 f.) einen Überblick über rezente Studien. Meditation wird dabei wie folgt definiert (S. 489): „Unter Meditation kann man die absichtslose Konzentration auf eine Tätigkeit oder einen Gegenstand verstehen. Meditation ist nicht zwangsläufig mit Bewegungslosigkeit verbunden...Meditation wird oft mit Begriffen wie Ausgeglichenheit, Gelassenheit, Konzentration und Seelenfrieden in Verbindung gebracht.“ In weiterer Folge werden 10 Arbeiten präsentiert und auf zwei Überblicksarbeiten hingewiesen. Vier Untersuchungen wurden dabei mit „Positron Emission Tomography“ (PET) durchgeführt, zwei Untersuchungen mit „Single Photon Emission Computed Tomography“ (SPECT) und vier Untersuchungen mit „functional Magnet Resonance Imaging“ (fMRI). Die Autoren fassen zusammen, dass sich ein konsistenter Befund über die Studien hinweg zeigt, als es zu einer Aktivierung von frontalen, präfrontalen und zingulären Kortexarealen kommt. Dies lässt den Schluss zu, dass diese Parameter möglicherweise auf der Ebene der neuronalen Aktivität dem psychologischen Korrelat vollständiger oder weitgehender „Ichlosigkeit“ (d. h. fehlender Selbstwahrnehmung des Individuums im Wachzustand) entspricht. Des Weiteren werden aber auch methodische Mängel kritisiert. So werden unterschiedliche Meditationstechniken untersucht, was die Vergleichbarkeit erschwert. Auch werden die Ergebnisse meist anhand sehr kleiner Stichproben berichtet.

In einer rezenten Studie (vgl. Wiech et al., 2008) wird nun die Auswirkung von Religiosität und Spiritualität auf das Schmerzempfinden untersucht. So war die Hypothese in jene Richtung formuliert, dass sich das religiöse Glaubenssystem dahingehend auswirken könnte, dass es hochreligiösen Menschen möglich sein sollte, auftretende Schmerzreize alternativ zu interpretieren. Als Untersuchungsgruppe fanden sich dabei praktizierende Christen im Vergleich zu Atheisten bzw. Agnostikern. In weiterer Folge werden signifikante Unterschiede im ventrolateralen Präfrontal Cortex (VLPFC), eine Region, die bekanntermaßen für die Weiterleitung von Schmerz zuständig ist, berichtet. So war es der religiösen Gruppe möglich bei intensiver Betrachtung von Bildern mit religiösem Inhalt, diesen Schmerz weniger stark wahrzunehmen. Dieser Effekt zeigte sich nicht bei Bildern mit einem nicht-religiösen Inhalt. Die Autoren schlussfolgern, dass religiöser Glaube einen Rahmen bieten könnte, der es Personen ermöglicht, schmerzregulative Prozesse herbeizuführen.

In einer weiteren Arbeit gehen Sharma, Das, Mondal, Goswami und Gandhi (2006) auf die Effekte des Sahay Yoga auf die neurokognitiven Fähigkeiten von depressiven Patienten ein. Sie teilten dabei die Patienten in zwei Gruppen. Die eine Versuchsgruppe machte Yoga und erhielt ein Antidepressivum, die Kontrollgruppe erhielt nur ein Antidepressivum. Verschiedene Parameter der neurokognitiven Funktionsfähigkeit wurden dabei erhoben. Beide Gruppen zeigten nach einer Zeitspanne von acht Wochen

Verbesserungen. Allerdings wies die Yoga Gruppe in einigen psychomotorischen Bereichen eine deutlich höhere Steigerung auf als die Versuchsgruppe.

Britton und Bootzin (2004) untersuchten Probanden, die eine lebensbedrohliche Erkrankung in ihrer Biographie aufweisen und dabei eine Nahtodeserfahrung (NTE) berichten. Es zeigte sich, dass die NTE-Probanden signifikant häufiger Symptome einer epilepsieformen, elektro-enzephalographischen Gehirnaktivierung zeigten. Entgegen den Erwartungen waren die epilepsieformen Aktivierungen zum großen Teil linkshemisphärisch gelagert. Auch zeigten sich bei den NTE-Patienten keine dysfunktionalen Stressreaktionen wie „Dissoziation“, „posttraumatische Belastungsstörung“ und „Substanzmissbrauch“. Vermehrt zeigten sich allerdings „positive Coping-Strategien“. Zusätzliche Analysen brachten die Erkenntnis, dass Probanden mit NTE im Vergleich zur Kontrollgruppe veränderte Schlafverläufe zeigten, eine kürzere Dauer des Schlafs und ein verzögerter REM-Schlaf in Relation zur Kontrollgruppe.

Newberg, Pourdehnad, Alavi und d'Aquili (2003) untersuchten die Veränderungen im cerebralen Blutfluss bei meditierenden franziskanischen Nonnen. Hierbei handelte es sich um „verbale Meditation“. In einer weiteren Untersuchung waren buddhistische Mönche untersucht worden, wobei diese Form der Meditation als „visualisierend“ beschrieben wurde. Im Vergleich zur Baseline zeigte sich ein erhöhter Blutfluß im präfrontalen Cortex (7.1%), im unteren Parietallappen (6.8%) und im unteren Frontallappen (9.0%). Weiters zeigte sich eine hohe inverse Korrelation ($p < .01$) im Blutstrom, im Wechsel im präfrontalen Cortex und im ipsilateralen oberen Parietallappen.

Zum psychologischen Verständnis von Glossolie schreibt Grom (2007), dass „Zungenrede“ oder „Sprechen mit dem Geist“ spontan zu entdecken oder aufgrund von Vorbildern und Ermutigung durch eine charismatische Gruppe zu erlernen ist. Der Glossolie kommt traditioneller Weise religiös-mystische Bedeutung zu. Auch ließen sich keine spezifischen Merkmale hinsichtlich der Persönlichkeitsstruktur finden. In einer einzigen Studie von Francis und Robbins (2003, zitiert nach Grom 2007) finden sich niedrigere Neurotizismuswerte bei Glossolalen. In einer SPECT-Untersuchung zur Glossolie konnten Newberg, Wintering, Morgan und Waldman (2006) zeigen, dass es bei dieser Praktik zu bedeutsamen Veränderungen im Gehirn kommt. Insgesamt wurden fünf Frauen untersucht. Bei allen nahm die Aktivität im Frontallappen während des Zungenredens ab, was als Korrelat einer verminderten Selbstkontrolle gelten darf. Währenddessen nahm die Erregung im Parietallappen zu (im Gegensatz zu den Ergebnissen der Meditationsstudien). Die Ergebnisse des bildgebenden Verfahrens wurden durch die Beschreibungen der Probanden hinsichtlich ihres subjektiven Erlebens im Nachhinein bestätigt. Auch wurden Unterschiede zum Singen religiöser Lieder gemessen. Hier zeigten sich ebenfalls relevante Unterschiede im cerebralen Blutfluss (rCBF) zwischen den Bedingungen „Glossolie“ und „religiöse

Lieder“: Hier zeigte sich ein reduzierter Blutfluss im linken Caudatum in der Glossolalie-Bedingung.

Azari et al. (2001) ließen in ihrer Untersuchung Psalme rezitieren, wobei sie die Probanden in zwei Gruppen einteilten. Die eine Gruppe beschrieb sich als religiös, die zweite Gruppe beschrieb sich als nicht religiös. Neben der Rezitationsphase gab es auch eine Ruhebedingung. Generell kam es zu einer Aktivitätsintensivierung im rechten und linken dorsolateralen, präfrontalen Kortex, im rechten medialen parietalen und dorsomedialen Kortex und im Kleinhirn. Allerdings zeigte sich auch, dass es in der Gruppe der Gläubigen zu einer deutlich stärkeren Aktivierung kam.

2.9 Zusammenfassende Betrachtung des Forschungsstandes

Das Beforschen von Religiosität und Spiritualität im Prozess des Erlebens von Gesundheit und Krankheit stellt ein aufstrebendes Forschungsgebiet dar. Im Zuge der Erweiterung des bio-psycho-sozialen Modells von Gesundheit und Krankheit durch eine religiös-spirituelle Komponente sollte eine „seriöse“ klinisch-religionspsychologische Auseinandersetzung ermöglicht werden. Trotzdem soll, den Literaturteil zusammenfassend auf mögliche Chancen und Grenzen dieses Forschungstreibens hingewiesen werden, auch können Möglichkeiten der Weiterentwicklung angedacht werden.

Kritisch muss vor allem der gerne angewandte, aber auf alle Fälle als voreilig zu wertende Schluss: „Religiosität/Spiritualität ist gleich verbesserte psychische Gesundheit bzw. ein vermindertes Ausmaß an psychischer Erkrankung“ betrachtet werden. Durchaus erfreulich stimmt die Tatsache, dass eine deutliche Abkehr der Postulierung einer rein pathologischen Wirkung religiös-spirituelle Inhalte stattgefunden hat. Das vermutete kollektiv vergiftende „Gottesintrojekt“ wird zumindest durch die Annahme einer ausgesöhnten Gottesbeziehung (vgl. Moser, 1977 bzw. 2003) relativiert. Allerdings ist auch ein Trend in die Gegenrichtung zu bemerken. Eine meist auf Korrelationen basierende und somit zumindest um die Frage nach Kausalzusammenhängen reduzierte Darstellung der Verbindung von Religiosität/Spiritualität und psychischer Gesundheit (vgl. Koenig et al., 2001).

Auch lassen sich auf interpretativer Ebene eine naive Haltung bzw. eine ideologisch gefärbte Begeisterung erkennen. So mag zum Beispiel ein Zusammenhang zwischen einem erhöhten Ausmaß an Religiosität/Spiritualität und ehelicher Zufriedenheit durchaus als Indikator für die beziehungsfördernde Relevanz gewertet werden, aber auch für ein Verharren in veralteten dysfunktionalen Strukturen stehen, wobei hier die religiös-spirituelle Einstellung bzw. Anbindung eher als „Hemmschuh“ zur Weiterentwicklung der Persönlichkeit gesehen werden könnte. Somit wäre es ein wichtiges Anliegen, ideologische Einstellungen bzw. religiös-spirituelle Anbindung bzw. Hintergrund von den Autoren von vorne herein klar zu stellen und nicht erst zwischen den Zeilen durchscheinen zu lassen. Es ist mit Nachdruck auf die Möglichkeit des Zirkelschlusses von Korrelationsstudien zu verweisen. Konzepte wie das „religiös-spirituelles Wohlbefinden“, durch die Skala von Ellison und Paloutzian bzw. auch durch das eigene Inventar, das mehrdimensionale Inventar zum religiös-spirituellen Befinden (vgl. Ellison et al., 1991 bzw. Unterrainer, 2007), bringen durchaus die Versuchung mit sich im Zuge der Betrachtung eines „Gesamtscores“, die Wirkung von Religiosität und Spiritualität über zu bewerten. „Existenzielles Wohlbefinden“ als eine der beiden Subskalen der Skala zum „spirituellen Wohlbefinden“ bzw. auch z. B. „Hoffnung“ und „Vergeben können“, sind Dimensionen, die von ihrer inhaltlichen Konzeption her, eine Ausrichtung auf

einen bzw. eine Einbindung eines transzendenten Bereichs zulassen, allerdings nicht voraussetzen, da primär eine Erfassung der Zufriedenheit mit der Befindlichkeit im immanenten Raum stattfindet. Der Wert solcher Studien liegt vor allem in der einfachen Vergleichbarkeit der Ergebnisse, vor allem zwischen verschiedenen Gruppen.

Eine erschöpfende Erfassung von Religiosität und Spiritualität als psychologisches Merkmal kann von Seiten der empirisch ausgerichteten Religionspsychologie nur unter Mitberücksichtigung der religiös-spirituellen Biographie passieren. Aus entwicklungspsychologischer Perspektive kann die Ausbildung von Religiosität und Spiritualität nur durch die Interaktion von Anlage und Umwelt geschehen. Die Auseinandersetzung mit der Frage, ob nun die „Fähigkeit zur Andacht“ in jedem Menschen angelegt ist, bedarf einer fortwährenden interdisziplinären Auseinandersetzung, wobei eine restlose Klärung in näherer Zukunft wenig realistisch erscheint bzw. vielleicht auch nicht unbedingt erstrebenswert.

Die Frage zur Rolle der Umwelt scheint bei Betrachtung neuerer psychodynamisch-tiefenpsychologisch orientierter Forschung geklärt. Gottesrepräsentanzen, die im Kind bereits angelegt sind, können durch Kontakt mit seiner Umwelt zum „Schwingen“ gebracht werden („religiös-spiritueller Resonanzraum“). Die emotionale Färbung dieser inneren Bilder sollte demnach auch stark von kindlichen Beziehungserfahrungen geprägt werden. Als weiterer Punkt ergibt sich schlüssig, neben die Frage nach der Quantität auch immer die Frage nach der Qualität der Gottesbeziehung zu stellen. Die affektive Bewertung der Gottesbeziehung rückt dabei in den Mittelpunkt. So sollte es gerade bei psychisch kranken Menschen eine gravierende Rolle spielen, über welche Form der Gottesbeziehung sie berichten. Eine der Hauptaufgaben der in weiterer Folge beschriebenen empirischen Untersuchung wird es sein, unterschiedliche Qualitäten der Gottesbeziehung herauszuarbeiten und mit dem Erleben psychischer Krankheit und Gesundheit in Beziehung zu setzen. Somit kann an dieser Stelle schon als wichtiges zukünftiges Forschungsanliegen die Verbindung eines qualitativen mit einem quantitativen Zugang formuliert werden. Eine noch so ausführliche Testbatterie kann ein tiefenpsychologisch-psychodynamisch orientiertes Interview nicht ersetzen. Neuere Konzepte zur Strukturdiagnostik (vgl. Rudolf, 2004) sollten dabei auch im Feld der Religionspsychologie verstärkt Beachtung finden.

2.10 Fragestellungen und Hypothesen

Es werden in weiterer Folge Fragestellungen und Hypothesen zu den verschiedenen Parametern formuliert. Dabei soll eine neuerliche Überprüfung der Gütekriterien bzw. der Faktorenstruktur des MI-RSB-48 erfolgen. Weiters werden Fragestellungen und Hypothesen zum Zusammenhang von Religiosität, Spiritualität und psychischer Gesundheit bzw. Unterschiede hinsichtlich Alter und Geschlecht und zwischen den Patientengruppen und der Vergleichsgruppe formuliert.

2.10.1 Fragestellung und Hypothese zur Testkonstruktion

Lässt sich die von Unterrainer (2005) gefundene Faktorenstruktur des MI-RSB 48 anhand eines neuen Datensatzes wieder finden und entsprechen die Werte zur Güte des Tests denen der Ausgangsarbeit?

Hypothese TK:

Die Faktorenstruktur bzw. die Güte des mehrdimensionalen Inventars zum religiös-spirituellen Befinden (MI-RSB 48) lassen sich anhand des neuen Datensatzes für psychisch gesunde als auch psychisch kranke Menschen bestätigen.

2.10.2 Fragestellung und Hypothese zu möglichen Gruppenunterschieden

Welche Unterschiede zeigen sich zwischen Suchtpatienten, depressiven Patienten und der gesunden Kontrollgruppe?

Es zeigte sich, dass besonders Suchtpatienten über ein sehr geringes Ausmaß an religiös-spirituellem (Wohl)befinden verfügen. Auch ging dies meist mit einem verminderten psychischem (Wohl)befinden einher bzw. zeigten sich auch relevante Unterschiede zu verschiedenen allgemein-medizinischen Versuchsgruppen bzw. der non-klinischen Vergleichsgruppe (vgl. Unterrainer, 2005, 2007). Es ist weiters anzunehmen, dass sich depressive Patienten in der Persönlichkeitsstruktur im bio-psycho-sozio-spirituellen Raum von Suchtpatienten unterscheiden.

Hypothese 1:

Es zeigen sich relevante Unterschiede im bio-psycho-sozio-spirituellen Befinden zwischen den beiden psychiatrischen Versuchsgruppen bzw. der non-klinischen Vergleichsgruppe.

2.10.3 Fragestellung und Hypothese zur Zusammenhangsstruktur der verschiedenen Parameter im bio-psycho-sozio-spirituellen Raum

Welcher Zusammenhang besteht zwischen dem Ausmaß an Religiosität und Spiritualität und verschiedenen Parametern der Persönlichkeit bzw. psychischer Gesundheit und Krankheit? Neuere Forschung zur empirischen Religionspsychologie brachte immer wieder Ergebnisse zur salutogenen Wirkung von Religiosität und Spiritualität im Prozess von Gesundheit und Krankheit. Dies bedeutete gleichzeitig eine Trendwende, da zuvor eher pathogene Wirkmechanismen diskutiert wurden (vgl. Moser, 1977). Oftmals wurde auch kein Zusammenhang gefunden. Trotzdem erscheint es sinnvoll sowohl eine positive als auch negative Zusammenhangsstruktur von religiös-spirituellen Befinden und psychischer Gesundheit anzunehmen.

Hypothese 2:

Religiosität und Spiritualität stehen in relevanter Beziehung zu verschiedenen Parametern von psychischer Gesundheit und Krankheit.

2.10.4 Fragestellung und Hypothese zur Zentralität und zu den Inhalten von Religiosität/Spiritualität

Haben bestimmte Gottesbilder einen spezifischen Einfluss auf das psychische Erleben von psychiatrischen Patientengruppen bzw. von gesunden Vergleichspersonen in Abhängigkeit von der Zentralität des religiös-spirituellen Konstruktsystems?

Es zeigte sich, dass mit Steigerung der Zentralität der Einfluss von religiös-spirituellen Inhalten auf psychische Befinden zunimmt (vgl. S. Huber, 2004). Unterschiedliche Gottesbilder sollten in Abhängigkeit von ihrer Zentralitätsstufe eine spezielle Auswirkung auf die psychische Befindlichkeit haben. Eine differenzierte Betrachtung von Zentralität und Inhalt sollte somit neue Erkenntnisse bringen.

Hypothese 3:

Die Auswirkung von religiös-spirituellen Inhalten auf das Erleben psychischer Gesundheit bzw. Krankheit von psychiatrischen Patienten bzw. gesunden Vergleichspersonen wird dadurch in relevanter Weise mit beeinflusst, wie zentral Religiosität und Spiritualität im persönlichen Konstruktsystem verankert ist.

3 Methode

"There is a crack in everything-That's how the light gets in."

(Leonard Cohen)

In weiterer Folge wird nun das Design der Studie, die untersuchten Gruppen und die angewandten Instrumente näher beschrieben. Diesen Punkt beschließend werden die Schritte der Auswertung angeführt.

3.1 Planung der Studie

3.1.1 Design der Untersuchung

3.1.1.1 Darstellung der Unabhängigen Variablen

Eine grobe Darstellung der unabhängigen Variablen (UV) kann wie folgt passieren (vgl. Tabelle 28):

Tabelle 28: Verzeichnis der Unabhängigen Variablen:

Gruppe	K1	Alkoholiker
	K2	Polytoxe
	K3	Depressive Patienten
	K4	Vergleichsgruppe: Allgemeinbevölkerung
Geschlecht	K1	Weiblich
	K2	Männlich

Neben den Hauptvariablen können noch weitere soziodemographische Daten bzw. anamnestische Daten in die Auswertung eingehen. Moderierende Eigenschaften unterschiedlicher Variablen sollen dabei herausgearbeitet werden.

3.1.1.2 Darstellung der Abhängigen Variablen

Als abhängige Variablen werden Unterschiede im religiös-spirituellen Befinden im Kontext der Persönlichkeit bzw. der psychiatrischen Symptomatik zwischen den Patientengruppen und der Vergleichsgruppe erfasst. Die Parameter werden dabei unter dem Punkt Darstellung der Instrumente näher beschrieben.

3.1.2 Beschreibung der Stichprobe

Suchtpatienten:

Die Stichprobe der Suchtpatienten wird im Rehabilitationszentrum Johnsdorf bei Feldbach, einer Einrichtung des Vereins Grüner Kreis zur Rehabilitation und Reintegration suchtkranker Personen gezogen. Jene haben als Erstdiagnose entweder Chronischen Alkoholismus (F 10.x) bzw. Polytoxikomanie (F 19.x). Weiters werden zusätzliche psychiatrische Diagnosen (Komorbidität) mitcodiert. Es wird eine Gleichverteilung der Geschlechter angestrebt. Schon im Vorfeld ist bekannt, dass sich beide Suchtgruppen in der Population im Alter von einander unterscheiden. So werden Verweildauer auf der Station (in Tagen) bzw. eine eventuell erfolgte Suizidhandlung im Vorfeld der Langzeitentwöhnung mitcodiert. Ausschlusskriterien sind eine florid psychotische Symptomatik bzw. unzureichende Deutschkenntnisse um den Fragebogen erfassen zu können. Es wird eine Fallzahl von 120 Probanden angestrebt.

Allgemein psychiatrische Patienten:

Die Gruppe der allgemein psychiatrischen Patienten (Fokus: ängstlich-depressives Zustandsbild) wird an der Uni Klinik für Psychiatrie Graz, Medizinische Universität Graz befragt. Die Patienten werden nach einer Phase der Stabilisierung, etwa nach einer Woche stationären Aufenthalts untersucht. Es wird eine Gleichverteilung der Geschlechter angestrebt. Ausschlusskriterien sind eine florid psychotische Symptomatik bzw. unzureichende Deutschkenntnisse um den Fragebogen erfassen zu können. Es wird eine Fallzahl von 100 Probanden angestrebt.

Vergleichsstichprobe:

Es wird zum Vergleich auch eine Stichprobe aus der Allgemeinbevölkerung gezogen. Die Probanden werden aus dem erweiterten Bekanntenkreis des Versuchsleiters rekrutiert. Es erfolgt eine Differenzierung nach Geschlecht: weiblich und männlich. Es wird eine Probandenzahl von 200 angestrebt (100 weiblich/ 100 männlich). Einschlusskriterien sind

Deutsch als Muttersprache oder sehr gute Deutschkenntnisse. Auch sollen die Probanden in Ihrer Biographie keine psychiatrische Diagnose aufweisen bzw. sollte aktuell keine psychiatrische oder psychotherapeutische Behandlung bestehen.

3.1.3 Beschreibung der Instrumente

Es erfolgt eine Vorstellung der in der Untersuchung zur Anwendung kommenden Instrumente bzw. der gemessenen Variablen.

3.1.3.1 Selbstbeurteilung durch die Probanden

SFT: Sechs-Faktoren-Test

Der Sechs-Faktoren-Test SFT (vgl. v. Zerssen, 1994 bzw. Schneider, 1997) basiert auf der Grundlage des „BIG FIVE“ Modells der Persönlichkeit. Dieses Modell wurde auf der Basis faktorenanalytischer Überprüfungen immer wieder empirisch gut abgesichert. Die fünf Faktoren „Neurotizismus“, „Extraversion“, „Offenheit für Erfahrungen“, „Gewissenhaftigkeit“ und „Verträglichkeit“ liegen vielen Persönlichkeitsfragebögen zugrunde. Der SFT stammt vom NEO-FFI (NEO-Five Factor Inventory) ab, einer Kurzform des NEO von Borkenau und Ostenauf (1993). Er stellt eine vereinfachte Form, vor allem was die Formulierung der Items betrifft, für psychisch kranke Menschen dar. Der Faktor „Verträglichkeit“ wurde in „Aggressivität“ umgepolt. Auch wurde ein sechster Faktor „Frömmigkeit“ aufgenommen. Der SFT stellt mit 55 Items eine ökonomische Variante dar, die prämorbidie Persönlichkeitsstruktur von psychisch kranken Menschen zu erheben. Die einzelnen Dimensionen werden mit 4-12 Items operationalisiert.

BSI: Brief Symptom Inventory

Das BSI ist eine Kurzform des SCI-90-R (vgl. Derogatis, 1992 zit. n. Franke, 2000) und stellt mit 53 Items eine ökonomische Variante dar, den Grad der psychischen Beeinträchtigung (Global Severity Index: GSI) mehrdimensional zu erfassen. Insgesamt werden neun verschiedene Bereiche erhoben: „Somatisierung“, „Zwanghaftigkeit“, „Unsicherheit im Sozialkontakt“, „Depressivität“, „Ängstlichkeit“, „Aggressivität/ Feindseligkeit“, „Phobische Angst“, „Paranoides Denken“, „Psychotizismus“). Es existieren Normwerte und Vergleichswerte verschiedener klinischer und nonklinischer Stichproben.

BDI-V: Beck Depressions Inventar (revidierte Version)

Das BDI gilt als ein im deutschen Sprachraum etabliertes Verfahren (vgl. Hautzinger, Bailer, Worall & Keller, 1994). Allerdings kam es oftmals zu Kritik am Antwortformat der Skala. Deshalb wurde von Schmitt und Maes (2000) eine vereinfachte Version mit 20 Items angefertigt. Auf einer 5stufigen Ratingskala werden Ausprägung und Schweregrad der depressiven Symptomatik vom Probanden eingestuft. Die neue Form des Inventars erfuhr eine rege Weiterbearbeitung durch die Autoren und so wurden kürzlich auch Normwerte für die Skala präsentiert (vgl. Schmitt et al., 2003 bzw. Schmitt, Altstötter-Gleich, Hinz, Maes & Brähler, 2006).

RST/Z-Skala: Religiosität Struktur Test: Skala zu religiösen Inhalten und Zentralitätsskala

Der RST (vgl. Huber, 2003, 2004) ist ein multidimensionales Instrument zur Messung christlicher Religiosität und kann mittlerweile im deutschen Sprachraum als etabliert gelten. Von der Idee ausgehend die beiden Ansätze von Glock (1962, zit. nach Huber 2004) bzw. Allport und Ross (1966) zu verbinden, wurde auf der Basis eines konstruktpsychologischen Ansatzes (vgl. Kelly, 1955) ein Instrument zur Erfassung der Zentralität und der Inhalte von Religiosität entwickelt. Der Zentralitätsfaktor umfasst dabei die allgemeine Stärke von Religiosität (Effektstärke), unabhängig von den Inhalten des religiösen Glaubens. In Bezugnahme auf die postulierte Multidimensionalität von Religiosität nach Stark und Glock (1968) werden Zentralität und Inhalte (Effekttrichtung) durchgängig erfasst. Diese fünf Dimensionen umfassen „kognitives Interesse“, „Ideologie“, „Gebet“, „Erfahrung“ und „Gottesdienst“. Damit soll eine möglichst breite Palette von religiösem Verhalten und Erleben erfasst werden. Die Zentralitätsskala (Z-Skala) existiert in Kurzversion (10 Items, Cronbach's α liegt hier zwischen .89 und .94) und in Langversion (15 Items, Cronbach's α zwischen .92 und .96). Die Skalen zu religiösen Inhalten und Deutungsmustern (insgesamt 73 Items) umfassen folgende Bereiche: „Religiöse Suche“, „Gottesbilder“, „Fundamentalismus“, „Ressourcenorientierte“ bzw. „belastende Inhalte“ und „Gemeinde“.

MI-RSB 48: Multidimensionales Inventar zum religiös-spirituellen Befinden

Das MI-RSB 48 (vgl. Unterrainer, 2005, 2008) ist ein Instrument zur mehrdimensionalen Erfassung des religiös-spirituellen Befindens. Auf konzeptueller Ebene findet eine Aufteilung in den immanenten bzw. transzendenten Raum statt. Das Instrument umfasst sechs Subskalen: „Hoffnung immanent“, „Vergeben“, „Erfahrungen von Bedeutung und Sinn“ für den immanenten Raum, „Hoffnung transzendent“, „allgemeine Religiosität“ und „Allverbundenheit“ für den transzendenten Raum. Das Instrument ist durch seine geringe

Itemzahl von 48 für den klinischen Raum gut geeignet. Gesamtfragebogen und Subskalen weisen mit Cronbach`s $\alpha=.89$ bzw. Cronbach`s $\alpha>.7$ eine sehr zufrieden stellende interne Konsistenz auf. Es existieren Vergleichswerte klinischer und nichtklinischer Stichproben (vgl. Unterrainer, 2007).

„Single“-Items zu spezifischen Fragestellungen zur Rolle von Glaubenseinstellungen im Prozess von seelischer Gesundheit und Krankheit

In Tabelle 29 erfolgt eine Auflistung der an die Probanden zusätzlich gestellten Fragen (vgl. Tabelle 29):

Tabelle 29: Deskriptive Darstellung der „Single“-Items

Fragestellung	AF	Inhalt
I) In welcher Glaubensrichtung wurden Sie erzogen?	6	römisch-katholische Kirche evangelische Kirche evangelische Freikirche andere christliche Religionsgemeinschaft andere nicht-christliche Religionsgemeinschaft keine Religionsgemeinschaft
II) Welche Aussage beschreibt Ihren Glauben an Gott am besten?	4	Ich glaube nicht an Gott/ eine höhere Macht und habe niemals daran geglaubt. Ich glaube nicht an Gott/ eine höhere Macht, habe aber früher daran geglaubt. Ich glaube an Gott/ eine höhere Macht, habe aber früher nicht daran geglaubt. Ich glaube an Gott/ eine höhere Macht und habe immer daran geglaubt.
III) Bitte geben Sie nun an, welche der folgenden Aussagen Ihren Glauben an Gott am besten zum Ausdruck bringt.	6	Ich glaube nicht an Gott; Ich weiß nicht, ob es einen Gott gibt, und glaube auch nicht, dass es möglich ist, dieses heraus zu finden. Ich glaube nicht an einen persönlichen Gott, aber ich glaube, dass es irgendeine höhere Macht gibt. Manchmal glaube ich an Gott, manchmal nicht; Obwohl ich Zweifel habe, meine ich, dass es doch an Gott glaube. Ich weiß, dass es Gott wirklich gibt und habe daran keine Zweifel.
IV) Wenn Sie über religiös-spirituelle Themen sprechen möchten – an wen würden Sie sich am ehesten wenden?	MF	Krankenschwester/ Krankenpfleger Krankenhausseelsorgerin/ Krankenhausseelsorger Psychologin/ Psychologe Ärztin/ Arzt Stationsgehilfin/ Stationsgehilfe Angehörige/ Freunde andere.
V) Erwarten Sie sich während Ihres Klinikaufenthaltes das Angebot eines seelsorglichen Kontakts?	2	ja-nein
VI) Möchten Sie, dass die/der Krankenhausseelsorger/in von sich aus zu Ihnen kommt oder nur auf Ihren Wunsch hin?	3	Krankenhausseelsorger/ in soll von sich aus auf mich zukommen. Krankenhausseelsorger/ in soll nur auf meinen Wunsch kommen. Ich wünsche keinen Kontakt zur Krankenhausseelsorge.

Anmerkungen: AF=Antwortformat in Stufen; MF=Mehrfachantworten.

Visuelle Analogskala

Instruktion: „Bitte schätzen Sie abschließend die Intensität Ihres Glaubens ein. Setzen Sie dafür auf die vorgesehene Linie einen kurzen senkrechten Strich:

Pole: Überhaupt nicht gläubig–sehr gläubig

Soziodemographische Daten

Mittels Datenblatt werden „Alter“, „Geschlecht“ (2-stufig: weiblich-männlich), „Schulbildung“ (5-stufig: Volksschule, Hauptschule, Berufsschule, Matura, Matura mit weiterführender Ausbildung, Universität), „Erwerbstätigkeit“ (4-stufig: im Beruf stehend, in Ausbildung/Studium, in Pension, arbeitslos), „Familienstand“ (5-stufig: verheiratet, ledig, in Partnerschaft lebend, verwitwet, geschieden/getrennt), „Kinder“ (2stufig:ja-nein) ermittelt.

3.1.3.2 Fremdbeurteilung (durch den Versuchsleiter)

BPRS: Brief Psychiatric Rating Scale

Die BPRS wurde ursprünglich in englischer Sprache von Overall und Gorham (1962, zitiert nach CIPS, 1986) entwickelt. Die Skala besteht aus 18 Items (Symptomkomplexen). Jeder der Symptomkomplexe ist auf einer 7-stufigen Rating-Skala zu beurteilen. Der Gesamtrohwert kann als Ausmaß der psychischen Störung interpretiert werden. Durch Faktorenanalyse wurde eine 5faktorielle Struktur ermittelt: „Angst/Depression“, „Anergie“, „Denkstörung“, „Aktivierung“, „Feindseligkeit/Misstrauen“.

MADR-S: Montgomery Asberg Depression Scale

Die MADR-S in deutscher Version (vgl. Neumann & Schulte, 1988) ist eine aus 10 Items bestehende Skala zur Beurteilung der depressiven Symptomatik von Patienten. Die Skala eignet sich, ob ihrer Kürze sehr gut für die Anwendung im klinischen Bereich. Verschiedene bei Depression sehr häufig auftretende Symptome werden durch die Items erfasst.

3.2 Statistische Auswertung

Zur Auswertung der Daten wird SPSS/ AMOS für Windows Version 16.0 (SPSS Inc., Chicago) verwendet. Zur deskriptiven Darstellung der Daten dienen Kreuztabellen (Prozedur: descriptives, frequencies cross tabs). Die Prüfgrößen werden auf Normalverteilung hin überprüft (Prozedur: nonparametric tests: kolmogorov-smirnov). Unterschiede in den Zellbesetzungen werden mit χ^2 getestet. Zur Prüfung der Homogenität der Varianzen wird ein Levene Test gerechnet. Je nach Gegebenheit der Voraussetzungen wird demnach parametrisch bzw. zusätzlich non parametrisch ausgewertet. Zur Prüfung von Zusammenhängen werden Korrelationsrechnungen (parametrisch: Pearson's r und nonparametrisch: Spearman's Rangreihe) durchgeführt. Zur Veranschaulichung werden Korrelationstabellen angefertigt. Zur Bestimmung von Prädiktoren von Parametern werden Regressionsanalysen gerechnet (Prozedur: linear regression analysis, AMOS). Unterschiede zwischen den Gruppen werden bei parametrischen Daten mit Allgemeinem Linearem Modell multivariat (Prozedur: GLM multivariate) ausgewertet. Parametrische Verfahren erweisen sich vor allem bei größeren Stichproben (ab $\sim N=100$) als gegen die Verletzung von Voraussetzungen robuste Verfahren (vgl. Bortz, 1993, S. 276). Bei groben Verletzungen der Voraussetzungen wird zusätzlich ein Kruskal-Wallis H Test (Prozedur: nonparametric tests: kruskal-wallis) durchgeführt. Eventuelle Post HOC Einzelvergleiche werden mit Tukey-Kramer Test bzw. Dunnett C gerechnet.

4 Ergebnisse

*Things are going to slide, slide in all directions
Won't be nothing - nothing you can measure anymore.
(Leonard Cohen)*

4.1 Überprüfung der Messinstrumente

Das Multidimensionale Inventar zum religiös-spirituellen Befinden (MI-RSB 48) wurde im Vorfeld der Auswertung des neuen Datensatzes einer neuerlichen Überprüfung auf Güte hin unterzogen. Unterrainer (2005) berichtet eine interne Konsistenz der gesamten Skala von .89 (vgl. Unterrainer, 2007). Unterrainer et al. (2008) berichten folgende Schritte der Testentwicklung. Wie in Abbildung dargestellt wurden auf der Basis einer interdisziplinären Diskurses fünf Dimensionen auf theoretischer Ebene angenommen (vgl. „theoretische Vorüberlegungen“). Auf der Basis dieses Schemas wurden insgesamt 65 Items konstruiert um diese Dimensionen zu erfassen. Dieser Grundstock an Items wurde einmal einer studentischen Stichprobe ($N=200$; vgl. Phase 1: Erprobung) vorgegeben. Auf der Basis dieser Daten wurde eine erste Version des Inventars hergestellt. Nach Itemselektion blieb ein Grundstock von 32 Items. Dieser wurde in weiterer Folge durch „künstliche Testverlängerung“ wiederum auf 75 Items aufgestockt und ein weiteres Mal einer Stichprobe ($N=263$) vorgegeben. Auf der Basis dieser Daten wurde die Endversion des Verfahrens hergestellt (vgl. Phase 2: Validierung). Auch wurde das Verfahren in seiner Endversion mit 48 Items an verschiedenen klinischen Stichproben angewendet. Hierbei handelte es sich um onkologische Patienten ($N=81$), chirurgische Patienten ($N=100$) bzw. auch Suchtpatienten ($N=60$).

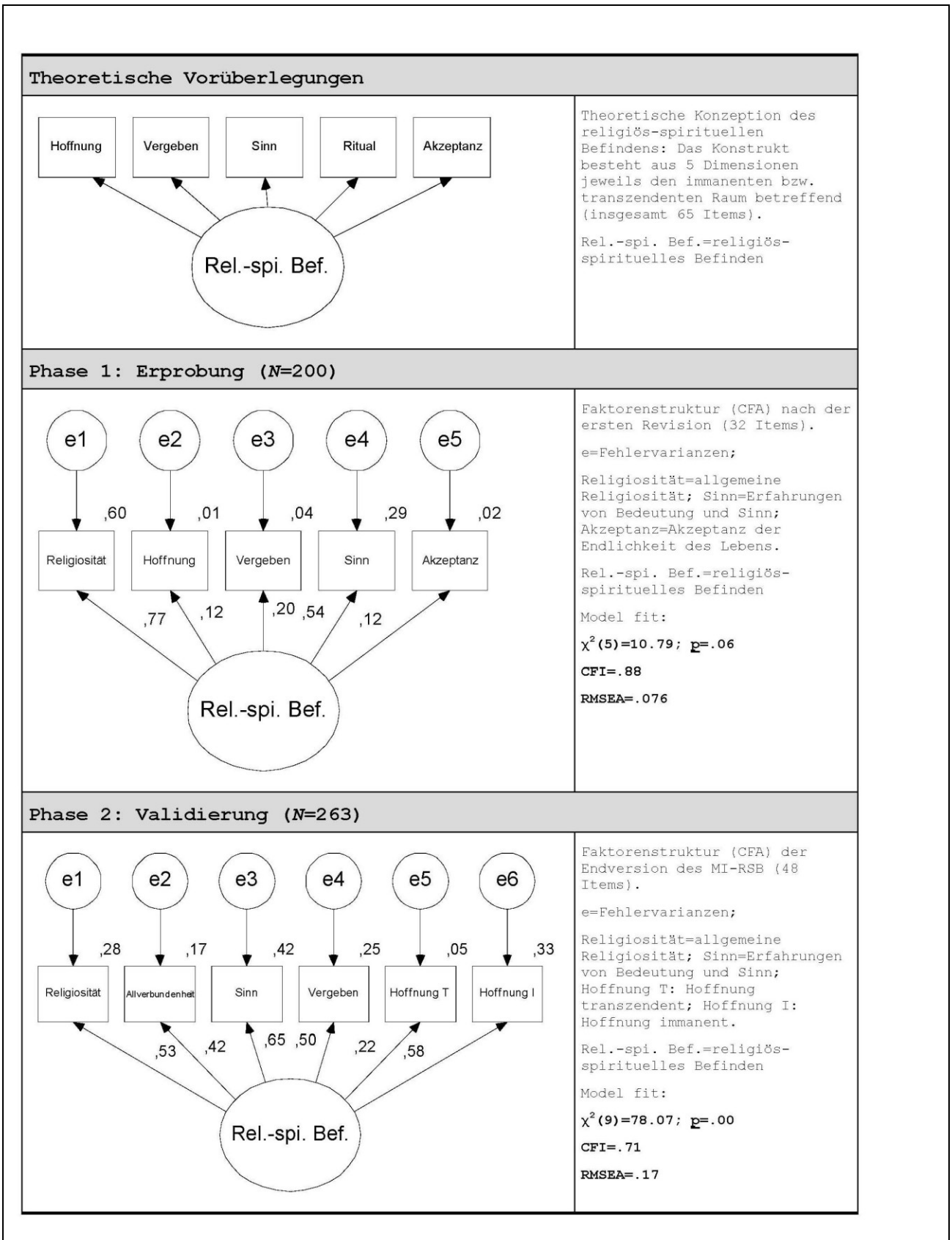


Abbildung 2: Phasen der Testentwicklung des MI-RSB 48: Pfaddiagramme zur Faktorenstruktur und Faktorenladungen (standardisierte Regressionsgewichte) bzw. die wichtigsten Indizes des model fit (vgl. dazu Unterrainer et al., 2008, in press)

4.1.1 Faktoren- und Reliabilitätsanalyse des MI-RSB 48

4.1.1.1 Ergebnis der konfirmatorischen Faktorenanalyse

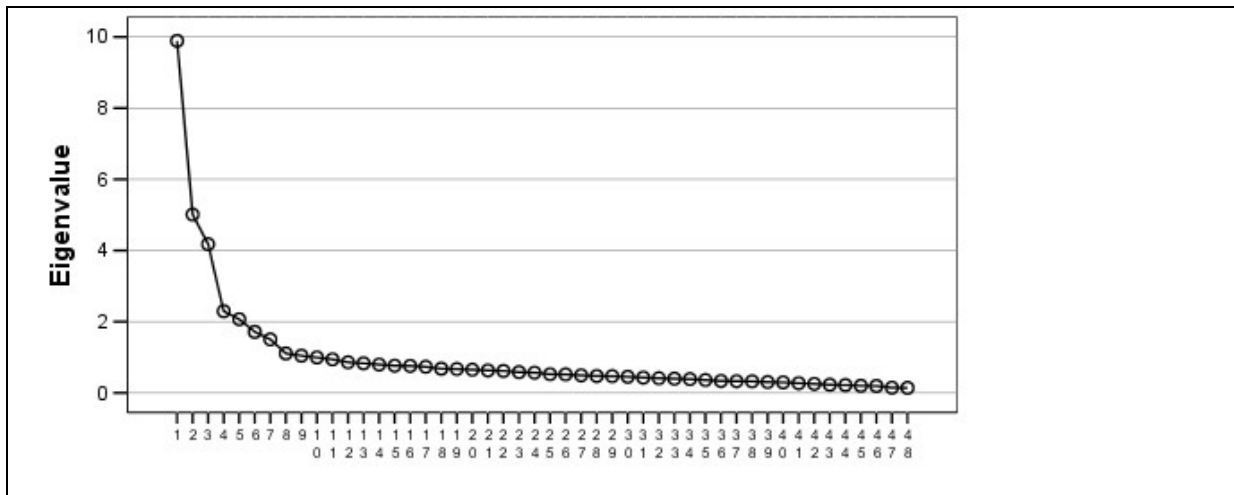


Abbildung 3: Screeplot der konfirmatorischen Faktorenanalyse: MI-RSB 48 (N=420)

4.1.1.2 Ergebnis der Reliabilitätsanalyse

Tabelle 30: Reliabilität des mehrdimensionalen Inventars zum religiös-spirituellen Befinden (2005)

Messdimensionen	Cronbach`s α (Unterrainer, 2005)	Cronbach`s α (Unterrainer, 2007)
Allgemeine Religiosität	.93	.95
Allverbundenheit	.80	.81
Hoffnung transzendent	.74	.71
Vergeben	.84	.84
Bedeutung und Sinn	.72	.77
Hoffnung immanent	.80	.87
Religiös-spiritueller Bef.	.89	.89

Tabelle 31: Interkorrelationen der Subskalen bzw. die Korrelation mit dem Gesamtscore religiös-spirituelles Befinden (N=420)

	HI	V	BS	HT	AR	AL	IB	TB	RSB
HI	1	.19***	.46***	.015	.23***	.35***	.76***	.34***	.61***
V		1	.12*	.29***	.29***	.03	.65***	.32***	.54***
BS			1	-.14**	.34***	.51***	.68***	.41***	.62***
HT				1	-.16***	-.15**	.09	.20***	.17**
AR					1	.50***	.41***	.83***	.72***
AL						1	.41***	.75***	.67***
IB							1	.52***	.85***
TB								1	.88***
RSB									1

Anmerkungen: * $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$;

Pearson's r für parametrische bzw. Spearman's ρ für nonparametrische Daten;

HI=Hoffnung immanent; V=Vergeben; BS=Erfahrungen von Bedeutung und Sinn; HT=Hoffnung transzendent
AR=Allgemeine Religiosität; AL=Allverbundenheit; IB=Befinden im immanenten Raum; TB=Befinden im
transzendenten Raum; RSB=Religiös-spirituelles Befinden.

Hypothese TK:

Die Faktorenstruktur bzw. die Güte des mehrdimensionalen Inventars zum religiös-spirituellen Befinden (MI-RSB 48) lassen sich anhand des neuen Datensatzes für psychisch gesunde als auch psychisch kranke Menschen bestätigen (vgl. dazu auch Unterrainer, 2007).

Auf der Basis der wiederholten Überprüfung des Instruments anhand eines neuen Datensatzes ließ sich die Faktorenstruktur des Instruments bzw. seine Güte bestätigen.

Hypothese TK kann deshalb ohne Einschränkungen angenommen werden.

4.1.2 Interkorrelationen der Validierungsinstrumente (Subskalen, Gesamtscore)

4.1.2.1 Zentralität und Inhalte von Religiosität

Tabelle 32: Interkorrelationen der Gottesbilder: gesamt (N=420)

	PG	DA	VERE	VERG	NG	AN	HA	SCH	Z
Pos.Gef.	1	.92***	.91***	.87***	.50***	.44***	.34***	.61***	.86***
Dank		1	.87***	.82***	.50***	.45***	.38***	.60***	.83***
Verehrung			1	.84***	.51***	.48***	.40***	.63***	.82***
Vergebung				1	.54***	.53***	.41***	.69***	.82***
Neg.Gef.					1	.77***	.73***	.88***	.46***
Angst						1	.70***	.73***	.42***
Hader							1	.60***	.34***
Schuld								1	.58***
Zentralität									1

Anmerkungen: * $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$;

Spearman's ρ für nonparametrische Daten;

PG.=Positive Gefühle gegenüber Gott gesamt; DA=Dankbarkeit; VERE=Verehrung; Verg=Vergebung; NG.=Negative Gefühle gegenüber Gott gesamt; AN=Angst vor Gott; HA=Hader; Sch=Schuld; Z=Zentralität des religiösen Konstruktsystems.

Tabelle 33: Interkorrelationen der Gottesbilder: marginal (N=138)

	PG	DA	VERE	VERG	NG	AN	HA	SCH	Z
Pos.Gef.	1	.90***	.82***	.74***	.71***	.60***	.60***	.68***	.55***
Dank		1	.77***	.68***	.63***	.52***	.57***	.63***	.55***
Verehrung			1	.64***	.57***	.55***	.56***	.55***	.44***
Vergebung				1	.55***	.53***	.48***	.66***	.43***
Neg.Gef.					1	.67***	.78***	.87***	.40***
Angst						1	.61***	.62***	.28***
Hader							1	.68	.32***
Schuld								1	.39***
Zentralität									1

Anmerkungen: * $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$;

Spearman's ρ für nonparametrische Daten;

PG.=Positive Gefühle gegenüber Gott gesamt; DA=Dankbarkeit; VERE=Verehrung; VERG=Vergebung; NG.=Negative Gefühle gegenüber Gott gesamt; AN=Angst vor Gott; HA=Hader; Sch=Schuld; Z=Zentralität des religiösen Konstrukt-systems.

Tabelle 34: Interkorrelationen der Gottesbilder: heteronom (N=234)

	PG	DA	VERE	VERG	NG	AN	HA	SCH	Z
Pos.Gef.	1	.76***	.77***	.70***	.17*	.11	-.02	.34***	.64***
Dank		1	.67***	.57***	.24***	.18**	.13	.35***	.62***
Verehrung			1	.66***	.24***	.24***	.14*	.42***	.60***
Vergebung				1	.31***	.33***	.15*	.52***	.57***
Neg.Gef.					1	.76***	.63***	.85***	.11
Angst						1	.68***	.70***	.07
Hader							1	.48***	.03
Schuld								1	.28***
Zentralität									1

Anmerkungen: * $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$;

Spearman's ρ für nonparametrische Daten;

PG.=Positive Gefühle gegenüber Gott gesamt; DA=Dankbarkeit; VERE=Verehrung; VERG=Vergebung; NG.=Negative Gefühle gegenüber Gott gesamt; AN=Angst vor Gott; HA=Hader; Sch=Schuld; Z=Zentralität des religiösen Konstrukt-systems.

Tabelle 35: Interkorrelationen der Gottesbilder: autonom (N=48)

	PG	DA	VERE	VERG	NG	AN	HA	SCH	Z
Pos.Gef.	1	.53***	.57***	.29*	-.53***	-.43**	-.49***	-.46**	.28
Dank		1	.53***	.16	-.43**	-.43**	-.362**	-.40**	.17
Verehrung			1	.19	-.24	-.39**	-.25	-.14	.29
Vergebung				1	.04	-.15	.24	.03	.15
Neg.Gef.					1	.61***	.58***	.87***	-.03
Angst						1	.53***	.57***	-.22
Hader							1	.51***	.01
Schuld								1	-.09
Zentralität									1

Anmerkungen: * $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$;

Spearman's ρ für nonparametrische Daten;

G.=Positive Gefühle gegenüber Gott gesamt; DA=Dankbarkeit; VERE=Verehrung; VERG=Vergebung; NG.=Negative Gefühle gegenüber Gott gesamt; AN=Angst vor Gott; HA=Hader; Sch=Schuld; Z=Zentralität des religiösen Konstrukt-systems.

4.1.2.2 Dimensionen der Persönlichkeit

Tabelle 36: Interkorrelationen der Persönlichkeitsdimensionen (N=420)

	EXT	NEU	GEW	AGG	OFF	FRÖ
Extraversion	1	-.35***	.26***	-.14**	-.01	-.04
Neurotizismus		1	-.06	.32***	.40***	.20***
Gewissenhaftig.			1	-.15**	.12*	.22***
Aggressivität				1	.12*	-.11*
Offenheit					1	.35***
Frömmigkeit						1

Anmerkungen: * $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$;

Pearson's r für parametrische bzw. Spearman's ρ für nonparametrische Daten.

EXT=Extraversion; NEU=Neurotizismus; GEW=Gewissenhaftigkeit; AGG=Aggressivität; OFF=Offenheit; FRÖ=Frömmigkeit.

Tabelle 37: Interkorrelationen der psychopathologischen Parameter (N=220)

	SO	ZW	UN	DE	ÄN	AG	PH	PA	PS	GSI	BDI
Somatisier.	1	.66***	.54***	.63***	.72***	.48***	.64***	.46***	.57***	.58***	.79***
Zwanghaft.		1	.70***	.78***	.75***	.56***	.70***	.53***	.74***	.70***	.86***
Unsicherheit			1	.75***	.71***	.66***	.62***	.68***	.75***	.72***	.85***
Depressiv.				1	.72***	.54***	.65***	.59***	.80***	.81***	.89***
Ängstlichkeit					1	.59***	.74***	.59***	.65***	.65***	.88***
Aggressiv.						1	.54***	.64***	.60***	.55***	.72***
Phobie							1	.55***	.64***	.61***	.80***
Paranoia								1	.63***	.62***	.73***
Psychotiz.									1	.70***	.85***
GSI										1	.81***
BDI											1

Anmerkungen: * $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$;

Pearson's r für parametrische bzw. Spearman's ρ für nonparametrische Daten.

SO=Somatisierung; ZW=Zwanghaftigkeit; UN=Unsicherheit; DE=Depressivität; ÄN=Ängstlichkeit; AG=Aggressivität; PH=Phobisches Denken; PA=PARANOIDES Denken; PS=Psychotizismus; GSI=Globaler Schweregrad der Belastung Index (Gesamtscore); BDI=Beck Depressions Inventar.

4.2 Deskriptive Darstellung der untersuchten Gruppen

Es wurden insgesamt 420 Probanden befragt. Davon waren 219 (52.1%) weiblich und 201 (47.9%) männlich. 220 (52.4%) Probanden waren zum Zeitpunkt der Befragung in stationärer psychiatrischer/ psychotherapeutischer Behandlung, davon 119 (54,1%) weiblich und 101(45.91%) männlich. 200(47.6%) Probanden, davon 100(50%) weiblich bzw. 100(50%) männlich entstammen der österreichischen Allgemeinbevölkerung und wiesen in Ihrer Biographie keinen stationären psychiatrischen Aufenthalt auf. Einschlusskriterium war bei allen drei Stichproben Deutsch als Muttersprache. Ausschlusskriterium war in den Patientengruppen ein florid psychotisches Erleben zum Untersuchungszeitpunkt. Die Probanden wurden im Zeitraum von Februar 2006 bis Juni 2007 an der Universitätsklinik für Psychiatrie der Medizinischen Universität Graz bzw. dem Therapiezentrum Johnsdorf, einer Einrichtung des Vereins „Grüner Kreis“ zur Rehabilitation und Integration suchtkranker Personen befragt.

4.2.1 Suchtpatienten:

Die Patienten unterzogen sich zum Zeitpunkt der Befragung einer stationären Langzeittherapie zur Drogenentwöhnung in der Therapiestation Johnsdorf, einer Einrichtung des Vereins Grüner Kreis zur Rehabilitation und Reintegration suchtkranker Personen. Es wurden insgesamt 120 Klienten befragt, waren davon 45(37.5%) Frauen und 75(62.5%) Männer. Es finden sich zwei große Gruppen von Abhängigen: Einerseits die Alkoholiker (F10.x nach ICD 10, vgl. Dilling et al., 1994), andererseits die Gruppe der Polytoxikomanen (Mehrfachsubstanzmissbrauch, F 19.x, nach ICD 10, vgl. Dilling et al., 1994). Hinsichtlich des Altersdurchschnitts zeigt sich ein deutlicher Unterschied zwischen diesen beiden Gruppen, so werden Alkoholiker meist erst im späteren Lebensalter klinisch-stationär im Rahmen einer therapeutischen Gemeinschaft behandelt (vgl. Tabelle 38). Dies ist aber auf Unterschiede in der Population zurückzuführen (vgl. Uhl et al., 2004). Weiters weist ein Teil der Patienten eine zusätzliche psychiatrische Diagnose auf (Komorbidität). Es handelt sich hier meist um die Diagnose emotional instabile Persönlichkeitsstörung (F 60.x, nach ICD, 10 vgl. Dilling et al., 1994) oder um eine schizophrenieforme Störung (F 2x, nach ICD 10, vgl. Dilling et al., 1994). Um in die therapeutische Gemeinschaft aufgenommen werden zu können, bedarf es einen abgeschlossenen körperlichen Entzugs. Dieser wird meist unter psychiatrischer Aufsicht stationär durchgeführt.

4.2.2 Allgemein psychiatrische Patienten:

Es wurden 100 Probanden befragt. Davon waren 76(76%) Frauen und 24(24%) Männer. Die befragten Personen wiesen zum Zeitpunkt der Befragung ein ängstlich-depressives Zustandsbild auf. Meist waren die Patienten bedingt durch eine akute psychische Krise an der Klinik aufgenommen worden. Die Befragung fand nach einer ersten Phase der Stabilisierung statt. Ausschlusskriterium war hier eine florid psychotische Symptomatik. Tabelle 38 bietet eine zusammenfassende Darstellung der beiden Patientenstichproben.

4.2.3 Vergleichsstichprobe:

Es wurden insgesamt 200 Personen befragt, wobei zu einer Gleichverteilung der Geschlechter (100 weiblich/ 100 männlich) kommt. Einschlusskriterien waren in dieser Gruppe: keine aktuelle psychiatrische Behandlung bzw. auch keine stationäre psychiatrische Behandlung in der Biographie der Probanden. Eine zusammenfassende Darstellung der drei (bzw. vier) Stichproben liefert Tabelle.

Tabelle 38: Soziodemographische Daten 1: Alter und Geschlecht

	Alkohol	Polytoxe	Psychiatrie	Kontrolle	Gesamt	<i>p</i>
Gesamt <i>N</i> :	63 (15%)	57 (13.6%)	100(23.8%)	200(47.6%)	420 (100%)	
Geschlecht:						<.001 ⁽¹⁾
weiblich:	15(23.8%)	30(52.6%)	74(74%)	100(50%)	219(52.1%)	
männlich:	48 (76.2%)	27 (47.4%)	26(26%)	100(50%)	201(47.9%)	
Alter:						<.001 ⁽²⁾
M	36.11	26	44.78	45.80	41.42	
SD	9.66	6.79	12.75	19.00	16.69	
Median	37	24	45	46	39.5	
Min-Max	20-54	18-52	18-75	18-91	18-91	
Range	34	34	57	73	73	

Anmerkungen: M=Mittelwert; SD=Standardabweichung;

⁽¹⁾: χ^2 -Test nach Pearson.

⁽²⁾: einfaktorielle ANOVA; Polytoxe unterscheiden sich von allen anderen Gruppen

Tabelle 39: Soziodemographische Daten 2: Soziales, Berufliches und Religionsbekenntnis

	Alkoholiker (N=63)	Polytoxe (N=57)	Psychiatrie (N=100)	Kontrolle (N=200)	Gesamt (N=420)	p
Partnerschaft:						<.001 ⁽³⁾
verheiratet	5(7.9%)	3(5.3%)	51(51%)	94(47%)	153(36.4%)	
ledig	39(61.9%)	46(80.7%)	22(22%)	42(21%)	149(35.5%)	
in Partnerschaft	5(7.9%)	6(10.6%)	10(10%)	34(17%)	55(13.1%)	
verwitwet	0	0	4(4%)	18(9%)	22(5,2%)	
geschieden/getrennt	1(22.2%)	2(3.5%)	13(13%)	12(6%)	41(9,8%)	
Kinder:	23(36.5%)	14(24.6%)	69(69%)	128(64%)	284(55.7%)	<.001 ⁽¹⁾
Ausbildung:						<.001 ⁽³⁾
Volksschule	2(3.2%)	1(1.8%)	4(4%)	10(5%)	17(4,0%)	
Hauptschule	20(31.7%)	24(42.1%)	26(26%)	27(13.5%)	97(23,1%)	
Berufsschule	33(52.4%)	23(40.4%)	35(35%)	77(38.5%)	168(40,0%)	
Matura	4(6.3%)	4(7%)	16(16%)	28(14%)	52(12.4%)	
Matura m. A.	2(3.2%)	5(8.8%)	7(7%)	36(18%)	50(11.9%)	
Universität	2(3.2%)	0	12(12%)	22(11%)	36(8,6%)	
Beruf:						<.001 ⁽³⁾
im Beruf stehend	15(23.8%)	16(28.1%)	52(52%)	113(56.5%)	196(46.7%)	
in Ausbildung	5(7.9%)	9(15.8%)	6(6%)	19(9.5%)	39(9.3%)	
in Pension	10(15.9%)	1(1.8%)	24(24%)	56(28%)	91(21.7%)	
arbeitslos	33(52.4%)	31(54.4%)	18(18%)	12(6%)	94(22.4%)	
Religionsbekenntnis:						NS ⁽³⁾
christlich-katholisch	45(71.4%)	30(52.6%)	74(74%)	137(68.5%)	286(68.1%)	
christl.-evangelisch	2(3.2%)	6(10.5%)	4(4%)	12(6%)	24(5.7%)	
christl. Rel.gem.	2(3.2%)	0	3(3%)	5(2.5%)	10(2.4%)	
andere Rel.gem.	1(1.6%)	4(7%)	1(1%)	2(1%)	8(1.9%)	
Kirche ausgetreten	11(17.5%)	12(21.1%)	15(15%)	34(17%)	72(17.1%)	
keine Glaubensgem.	2(17.5%)	5(8.8%)	3(3%)	10(5%)	20(4.8%)	

Anmerkungen: Matura m. A.: Matura mit weiterführender Ausbildung

Christl. Rel.gem.=christliche Religionsgemeinschaft; andere Rel.gem.=andere nonchristliche Religionsgemeinschaft; Kirche ausgetreten= aus der Kirche ausgetreten; keine Glaubensgem.=nie einer Glaubensgemeinschaft angehört.

⁽¹⁾: χ^2 -Test nach Pearson.

⁽³⁾: χ^2 -Test nach Pearson. Berechnungen wurden nach Dichotomisierung der Parameter durchgeführt: Partnerschaft : 0=nein; 1=ja; Ausbildung:0=niedriger; 1=höher (Matura, Universitätsabschluss); Beruf: 0=kein Beruf; im Beruf stehend=1; Religionsbekenntnis:0=keine Glaubensgemeinschaft; 1=Glaubensgemeinschaft.

Tabelle 40: Anamnestische Daten: Psychiatrische Diagnosen: Hauptdiagnose

Stichprobe	Hauptdiagnose	Häufigkeit
Sucht (N=120)	Störungen durch Alkohol(F10.x)	63(52.5%)
	Multipler Substanzgebrauch (F19.x)	57(47.5%)
Psychiatrie (N=100)	Schizoaffektive Störung (F25.x)	5(5%)
	Bipolare affektive Störung (F31.x)	15(15%)
	Depressive Episode (F32.x)	60(60%)
	Rezidivierende depressive Störung (F33.X)	5(5%)
	Anhaltende affektive Störung (F34.x)	1(1%)
	Angst und depressive Störung (F41.x)	3(3%)
	Anpassungsstörungen (F43.x)	9(9%)
	Somatoforme Störung (F45.x)	1(1%)
	Postnatale Depression (F53.0)	1(1%)

Tabelle 41: Anamnestische Daten: Psychiatrische Diagnosen: Komorbidität

Dual Diagnosen (Komorbidität)	Sucht	Psychiatrie
Psychotrope Substanzen(F1.x)	16(19.3%)	9(30%)
Schizophrenie, schizotype und wahnhafte Störungen(F2.x)	9(10.8%)	-
Affektive Störungen(F3.x)	26(31.3%)	2(6.6%)
Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen(F4.x)	5(6.1%)	12(40%)
Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen(F5.x)	3(3,6%)	1(3.3%)
Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen(F6.x)	24(28.9%)	6(20%)
	N=83 (100%)	N=30(100%)
Suizidversuch: ja	43(35.8%)	24(24%)
Keine Antwort	4(3.3%)	16 (16%)

Anmerkungen: Komorbidität: Auftreten einer oder mehrerer psychiatrisch relevanter Erkrankungen.

4.3 Inferenzstatistische Auswertung

4.3.1 Prüfung der Verteilungsvoraussetzungen

Die Daten wurden mittels Kolmogorov-Smirnov Test und Levene Test auf ihre Verteilungsvoraussetzungen hin geprüft. Dort, wo es zu massiven Abweichungen kam, wurde mit den entsprechenden nonparametrischen Alternativverfahren: Mann-Whitney U-Test bzw. Kruskal Wallis H Test nachgerechnet. Die Irrtumswahrscheinlichkeit wird hier mit $p < .05$, $p < .01$ bzw. $p < .001$ angegeben. Für Einzelvergleiche wurden Posttests gerechnet, wobei Tukey Kramer für homogene bzw. Dunnetts C für heterogene Varianzen zur Anwendung kam (die Irrtumswahrscheinlichkeit wird hier immer mit $p < .05$ angegeben). Korrelationsrechnungen wurden je nach Gegebenheit der Verteilungsvoraussetzungen mit Pearson bzw. Spearman-Brown Rang Prozedur durchgeführt. Die Irrtumswahrscheinlichkeit wird hier mit $p < .05$, $p < .01$ bzw. $p < .001$ angegeben. Im Sinne des explorativen Charakters der Studie werden teilweise Zusammenhänge bis zu einer Irrtumswahrscheinlichkeit von $p < .2$ als tendenziell signifikante Ergebnisse berichtet.

Auch kann nach Zöfel (2003) auch bei Verletzungen der Voraussetzungen: Normalverteilung und Varianzhomogenität parametrisch ausgewertet, wenn folgende drei Punkte beachtet werden: 1) Findet man keine Signifikanz bei nicht erfüllten Voraussetzungen, so hätte sich bei erfüllten Voraussetzungen erst recht keine ergeben, 2) die Varianzanalyse erweist sich im Allgemeinen als recht robust gegen Voraussetzungsverletzungen, besonders wenn keine Normalverteilung gegeben ist, es wird deshalb angeregt in diesen Fällen die Irrtumswahrscheinlichkeit von $p < .05$ auf $p < .04$ zu reduzieren bzw. wird unter 3) angeführt, dass bei kritisch zu bewertender Varianzheterogenität die Irrtumswahrscheinlichkeit auf zumindest $p < .01$ gesenkt werden sollte.

4.3.2 Prüfung auf Unterschiede zwischen den Gruppen

4.3.2.1 Gruppenunterschiede hinsichtlich des religiös-spirituellen Befindens

Der multivariate Test ergab für den Faktor Gruppe bei $F_{(24/1221)}=3.02$, $p<.001$ ein sehr signifikantes Ergebnis. Es zeigten sich bei $F_{(8/405)}=1.19$, $p=.30$ keine signifikanten Unterschiede für den Faktor Geschlecht. Allerdings fanden sich bei $F_{(24/1221)}=1.83$, $p<.05$ signifikante Interaktionen von Gruppen und Zugehörigkeit und Geschlecht.

Tabelle 42: Religiös-spiritueller Befinden über die Gruppen (N=420)

Dimensionen:	Alkohol	Polytoxe	Depressive	Kontrolle	Gesamt	F	p
Hoffnung immanent	M=33.27 SD=6.50	M=33.05 SD=9.86	M=32.56 SD=10.22	M=35.76 SD=7.03	M=34.34 SD=8.45	5.72	<.01 ⁽¹⁾
Vergebung	M=32.49 SD=8.79	M=30.26 SD=9.64	M=37.76 SD=7.65	M=34.94 SD=9.23	M=34.61 SD=9.16	7.29	<.001 ⁽²⁾
Erfahrungen von Bedeutung/Sinn	M=34.08 SD=8.97	M=34.67 SD=8.91	M=35.61 SD=7.57	M=36.97 SD=6.27	M=35.60 SD=7.48	3.03	<.03 ⁽³⁾
Hoffnung transzendent	M=32.78 SD=8.26	M=33.84 SD=7.20	M=32.48 SD=7.50	M=30.54 SD=7.63	M=31.79 SD=7.72	3.62	<.02 ⁽⁴⁾
Allgemeine Religiosität	M=23.95 SD=12.20	M=18.42 SD=11.83	M=29.36 SD=11.57	M=26.33 SD=12.12	M=25.62 SD=12.38	8.63	<.001 ⁽⁵⁾
Allverbundenheit	M=27.22 SD=9.93	M=27.40 SD=9.80	M=27.43 SD=10.40	M=25.35 SD=8.59	M=26.4 SD=9.44	-	-
Rel.-spirit. Befinden immanent	M=100.40 SD=16.82	M=97.98 SD=20.12	M=105.93 SD=18.11	M=107.67 SD=15.77	M=104.85 SD=17.47	6.06	<.01 ⁽⁶⁾
Rel.-spirit. Befinden transzendent	M=83.95 SD=17.52	M=79.67 SD=20.77	M=89.27 SD=20.12	M=82.21 SD=18.42	M=83.81 SD=19.25	-	-
Religiös-spiritueller Befinden gesamt	M=184.35 SD=29.69	M=177.65 SD=36.95	M=195.20 SD=33.58	M=189.88 SD=29.50	M=188.65 SD=31.98	2.81	<.05 ⁽⁷⁾
Zentralität	M=14.71 SD=10.09	M=11.61 SD=9.60	M=19.69 SD=9.77	M=16.34 SD=9.66	M=16.25 SD=10.02	6.04	<.001 ⁽⁵⁾
Intensität	M=46.89 SD=34.09	M=40.40 SD=34.16	M=61.74 SD=28.73	M=49.23 SD=31.99	M=50.65 SD=32.50	4.24	<.006 ⁽⁵⁾

Anmerkungen:

M=Mittelwert; SD=Standardabweichung; p=Irrtumswahrscheinlichkeit; Kofaktor: Geschlecht;

⁽¹⁾ Depressive unterscheiden sich von den Kontrollpersonen und Alkoholikern

⁽²⁾ Kontrollpersonen unterscheiden sich von Polytoxen und Alkoholikern, Depressive von Alkoholikern

⁽³⁾ Alkoholiker unterscheiden sich von Kontrollpersonen

⁽⁴⁾ Polytoxe unterscheiden sich von den Kontrollpersonen

⁽⁵⁾ Polytoxe unterscheiden sich von allen anderen Gruppen; Alkoholiker von Depressiven

⁽⁶⁾ Polytoxe unterscheiden sich von allen anderen Gruppen; Alkoholiker von Kontrollpersonen

⁽⁷⁾ Depressive unterscheiden sich von Polytoxen.

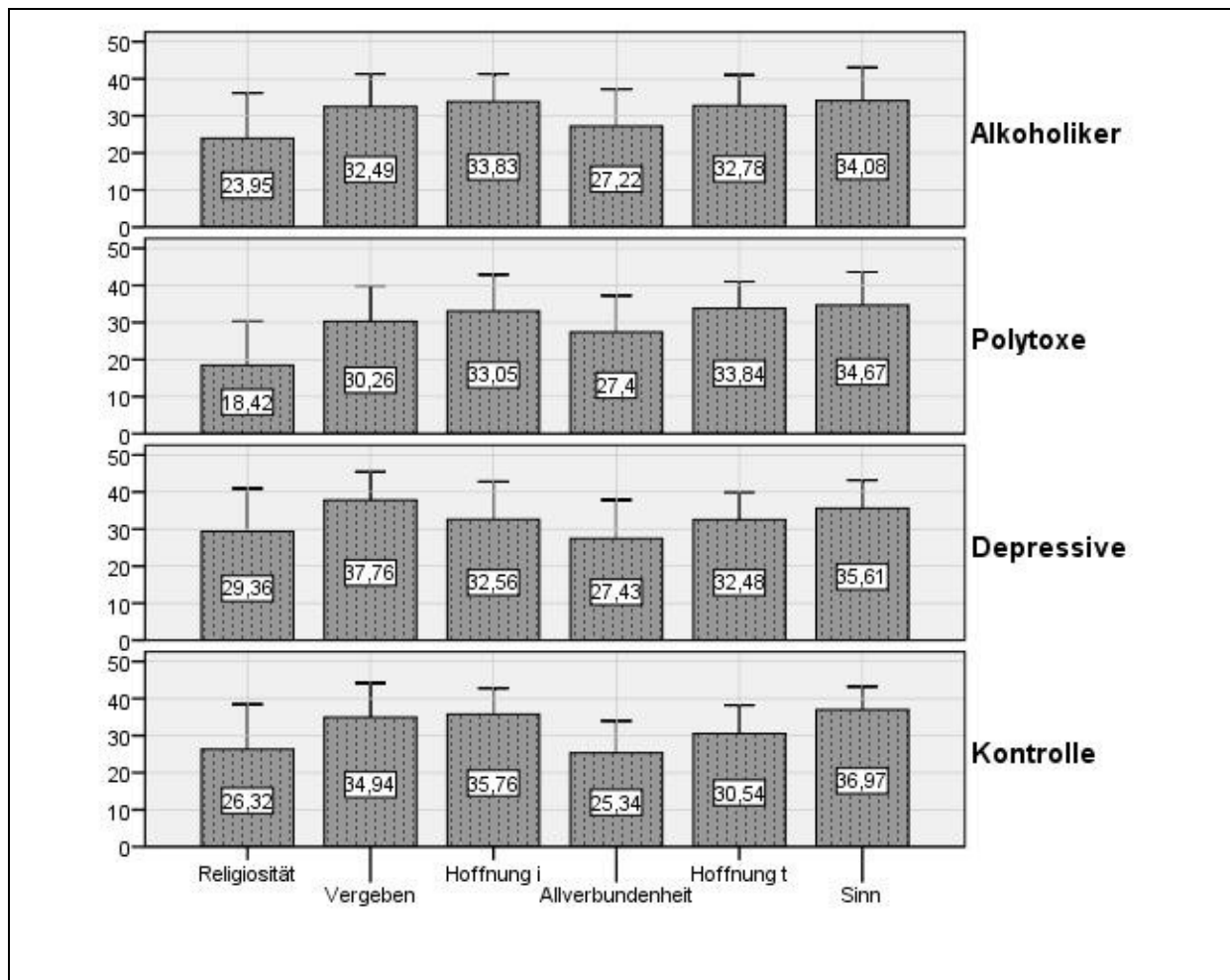


Abbildung 4: Profil der Dimensionen des religiös-spirituellen Befindens über die Gruppen

Anmerkungen: x-Achse: Dimensionen des religiös-spirituellen Befindens; y-Achse: Mittelwert
 Religiosität=allgemeine Religiosität; Hoffnung i=Hoffnung immanent; Hoffnung t=Hoffnung transzendent.

Wie in Abbildung veranschaulicht, zeigen die Suchtpatienten ein generell niedrigeres Ausmaß an Religiosität als die depressiven Patienten und die Kontrollpersonen, wobei sich Polytoxe von allen Gruppen (auch den Alkoholikern) durch ein signifikant niedrigeres religiöses Wohlbefinden abheben, Alkoholiker zumindest von den Depressiven. Auch weisen Depressive das höchste Ausmaß im Bereich des Vergeben können auf und unterscheiden sich hier wieder signifikant von den Suchtgruppen. Die Kontrollpersonen unterscheiden sich zumindest von den Polytoxen. Im Gegensatz dazu weisen Depressive allerdings das geringste Ausmaß an Hoffnung hinsichtlich des immanenten Raums auf und zeigen dabei Unterschiede zur Kontrollgruppe und den Alkoholikern. Im Bereich der Allverbundenheit zeigten sich keine relevanten Unterschiede, obwohl zu bemerken ist, dass die psychiatrischen Patienten tendenziell höhere Werte erzielen. Auch im Bereich transzendenten Hoffnung weisen Polytoxe die höchsten Werte auf und unterscheiden sich

dabei signifikant von der Kontrollgruppe. Im Bereich der Erfahrungen von Bedeutung und Sinn unterscheiden sich Alkoholiker durch ein geringeres Ausmaß von der Kontrollgruppe. Die Post hoc-Vergleiche wurden jeweils am 5% Niveau durchgeführt.

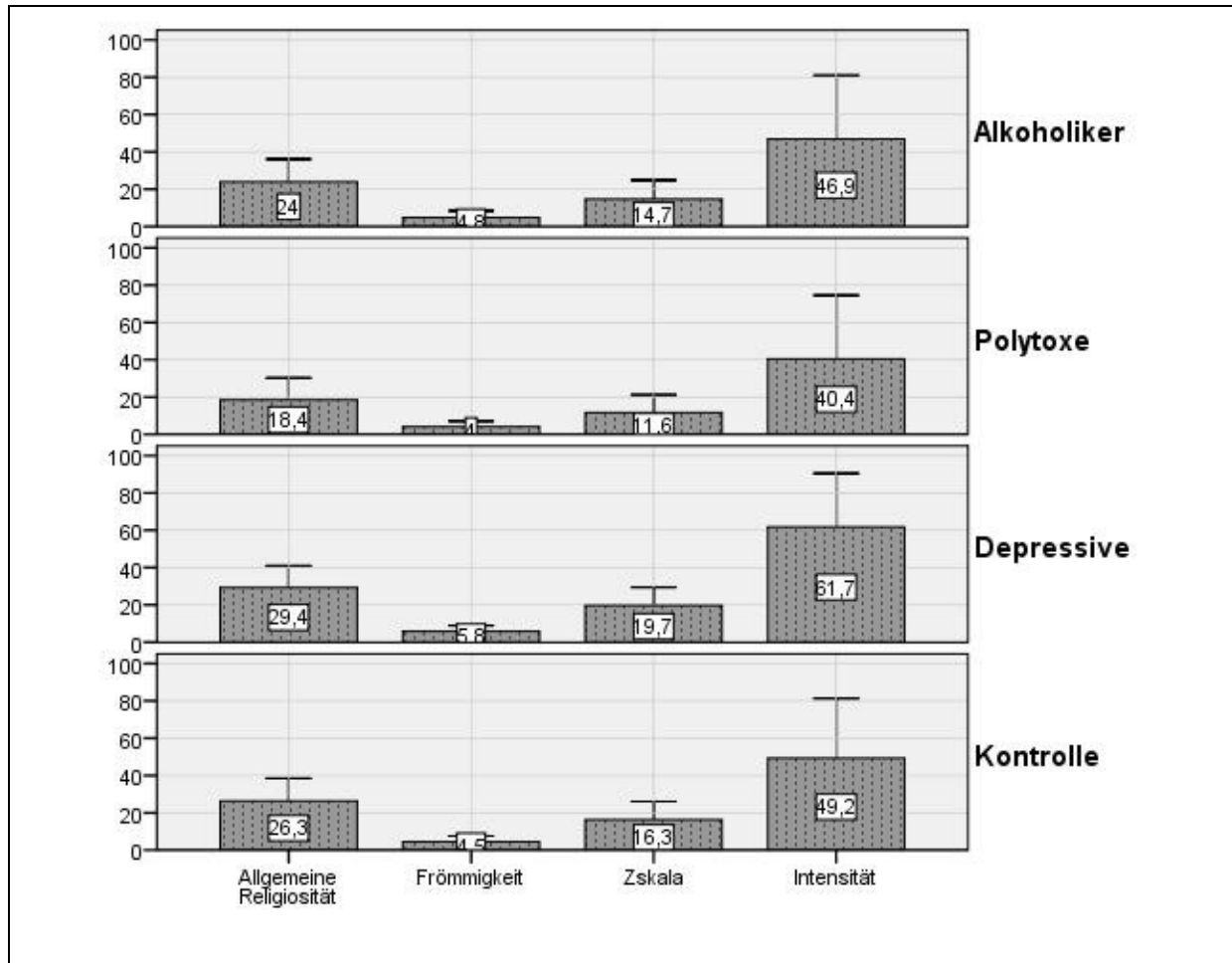


Abbildung 5: Profil unterschiedlicher Parameter von Religiosität/Spiritualität über die Gruppen

Anmerkungen: x-Achse: Verschiedene Parameter der Religiosität; y-Achse: Mittelwert.

Fasst man verschiedene Parameter zur Messung von Religiosität und Spiritualität zusammen, so ergibt sich über die Gruppen ein einheitliches Profil, d. h. man kann davon ausgehen, dass ähnliche Formen des religiös-spirituellen Befindens erhoben werden.

Auch im Bereich der Zentralität unterscheiden sich Polytoxe durch ein geringeres Ausmaß an Zentralität von allen anderen Gruppen. Alkoholiker zumindest von Depressiven. Dieselbe Verteilung findet für den Bereich der Zentralität bzw. der Intensität von Religiosität.

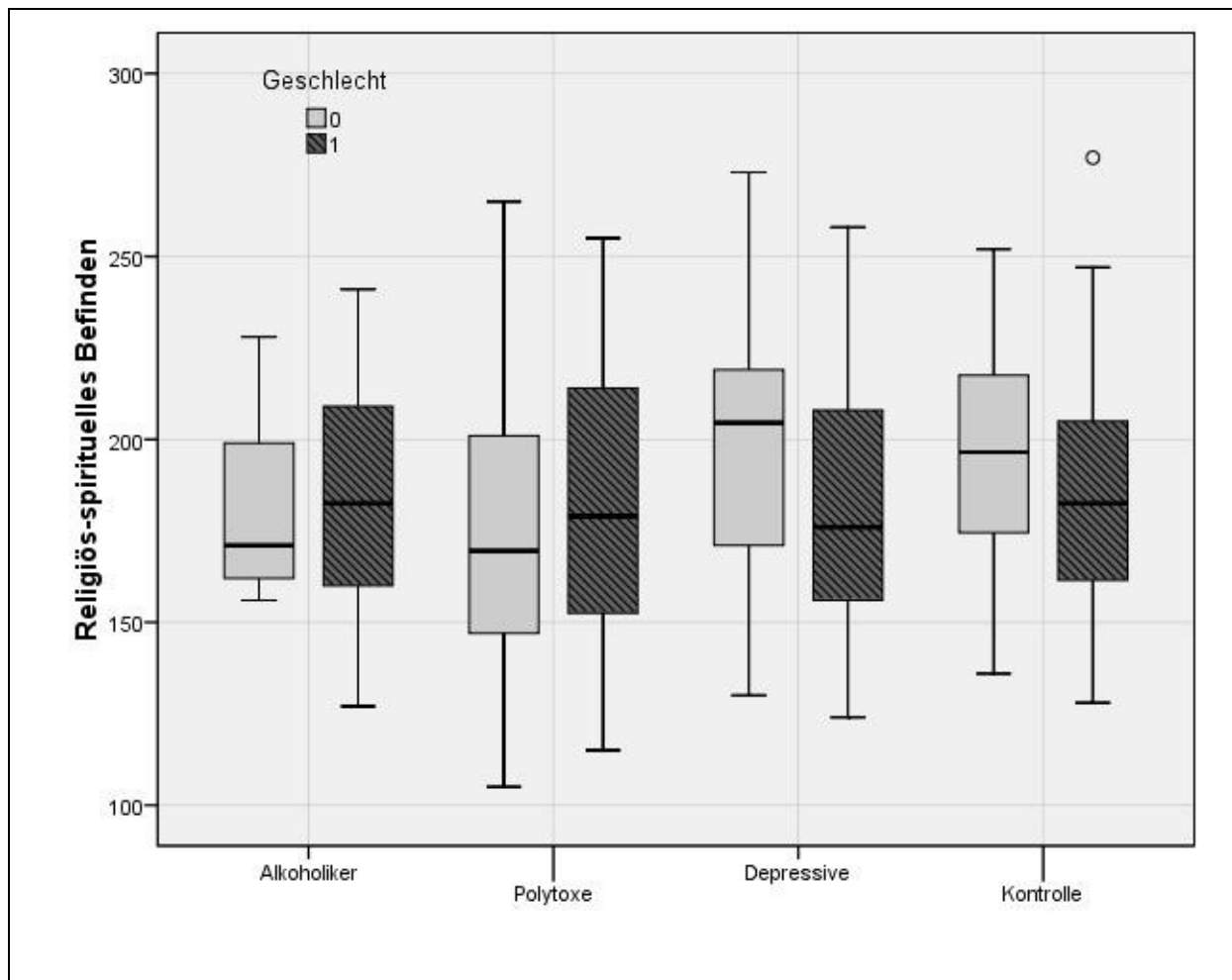


Abbildung 6: Religiös-spiritueller Befinden über die Gruppen nach Geschlecht

Anmerkungen: 0=weiblich; 1=männlich;

x-Achse: Dimensionen des religiös-spirituellen Befindens; y-Achse: Mittelwert

Was schon bei visueller Analyse deutlich wird (vgl. Abbildung 6), bestätigt sich durch Einzelvergleiche der Interaktionen durch Posttests. Relevante Unterschiede im religiös-spirituellen Befinden zeigen sich in erster Linie beim weiblichen Geschlecht. Bei Männern ergaben sich keine Unterschiede über die Gruppen. Depressive Frauen weisen ein überaus hohes religiös-spiritueller Befinden vor allem im Vergleich zu den übrigen Versuchsgruppen: Alkoholiker und Polytoxe auf ($p < .05$). Im Bereich der Suchtgruppen kommt es zu keinen relevanten Unterschieden. Sehr unterscheiden sich aber süchtige Frauen von den weiblichen Kontrollpersonen ($p < .05$). Somit lässt sich zusammen fassen, dass sich im Bereich der psychiatrischen Patienten bei den Frauen ein bemerkenswerter Unterschied in der Ausprägung des religiös-spirituellen Befindens zeigt.

4.3.2.2 Unterschiede in den Gruppen im Bereich der Gottesbilder

Der multivariate Test ergab für den Faktor Gruppe bei $F_{(24/1221)}=3.02$, $p<.001$ ein sehr signifikantes Ergebnis. Es zeigten sich bei $F_{(8/405)}=1.19$, $p=.30$ keine signifikanten Unterschiede für den Faktor Geschlecht. Allerdings fanden sich bei $F_{(24/1221)}=1.83$, $p<.05$ signifikante Interaktionen von Gruppen und Zugehörigkeit und Geschlecht. Auf eine vertiefte Darstellung der Interaktionen wird verzichtet.

Tabelle 43: Gottesbilder über die Gruppen (N=420)

Dimensionen:	Alkohol	Polytoxe	Depressive	Kontrolle	Gesamt	F	p
Pos.Gef.	M=1.40 SD=1.15	M=1.03 SD=1.16	M=2.00 SD=1.07	M=1.72 SD=1.13	M=1.64 SD=1.16	9.23	<.001 ⁽¹⁾
Dank	M=1.41 SD=1.24	M=.96 SD=1.17	M=2.06 SD=1.17	M=1.77 SD=1.22	M=1.68 SD=1.25	10.62	<.001 ⁽¹⁾
Verehrung	M=1.22 SD=1.18	M=.85 SD=1.09	M=1.96 SD=1.25	M=1.50 SD=1.24	M=1.50 SD=1.24	11.20	<.001 ⁽¹⁾
Vergebung	M=1.18 SD=1.18	M=.67 SD=1.01	M=1.77 SD=1.18	M=1.24 SD=1.13	M=1.28 SD=1.18	9.83	<.001 ⁽¹⁾
Neg.Gef.	M=.87 SD=.79	M=.56 SD=.84	M=.88 SD=.73	M=.65 SD=.70	M=.73 SD=.75	4.37	<.01 ⁽²⁾
Angst	M=.74 SD=.72	M=.41 SD=.72	M=.84 SD=.75	M=.51 SD=.59	M=.60 SD=.65	6.02	<.01 ⁽¹⁾
Hader	M=.69 SD=.68	M=.43 SD=.60	M=.82 SD=.72	M=.51 SD=.60	M=.60 SD=.65	6.14	<.001 ⁽¹⁾
Schuld	M=.85 SD=.86	M=.48 SD=.81	M=1.01 SD=.84	M=.66 SD=.74	M=.75 SD=.81	7.2	<.001 ⁽¹⁾

Anmerkungen:

M=Mittelwert; SD=Standardabweichung; p=Irrtumswahrscheinlichkeit; Kofaktor: Geschlecht;

⁽¹⁾ Depressive unterscheiden sich von beiden Suchtgruppen; Kontrollpersonen von Polytoxen

⁽²⁾ Depressive unterscheiden sich von Polytoxen.

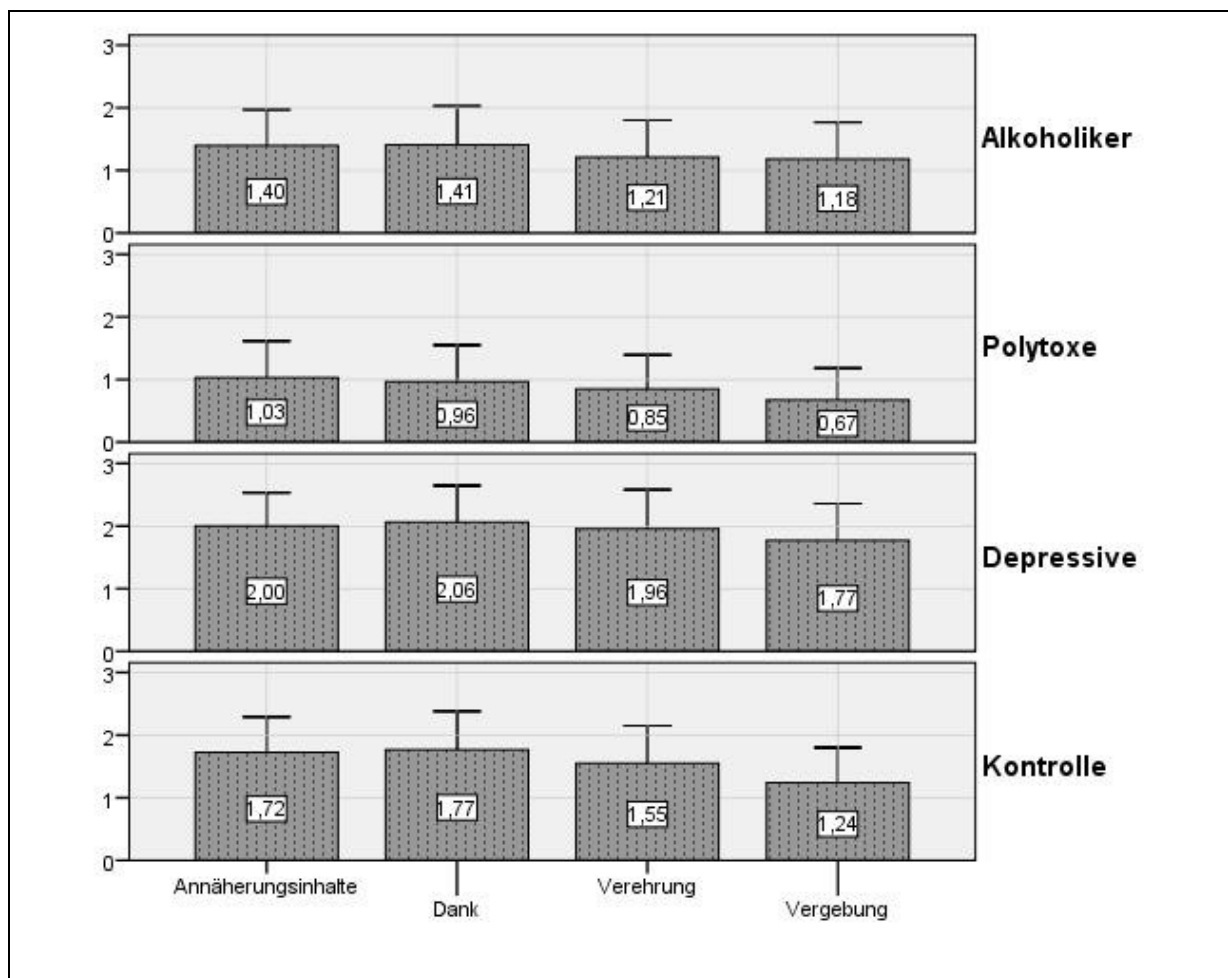


Abbildung 7: Profil der Parameter einer positiven Gottesbeziehung über die Gruppen

Anmerkungen: x-Achse: Dimensionen der Gottesbeziehung; y-Achse: Mittelwert

Im Bereich der positiven Gottesbilder unterscheiden sich Depressive von allen anderen Gruppen. Die Kontrollpersonen weisen zumindest im Vergleich zu den polytoxen Patienten erhöhte Werte auf.

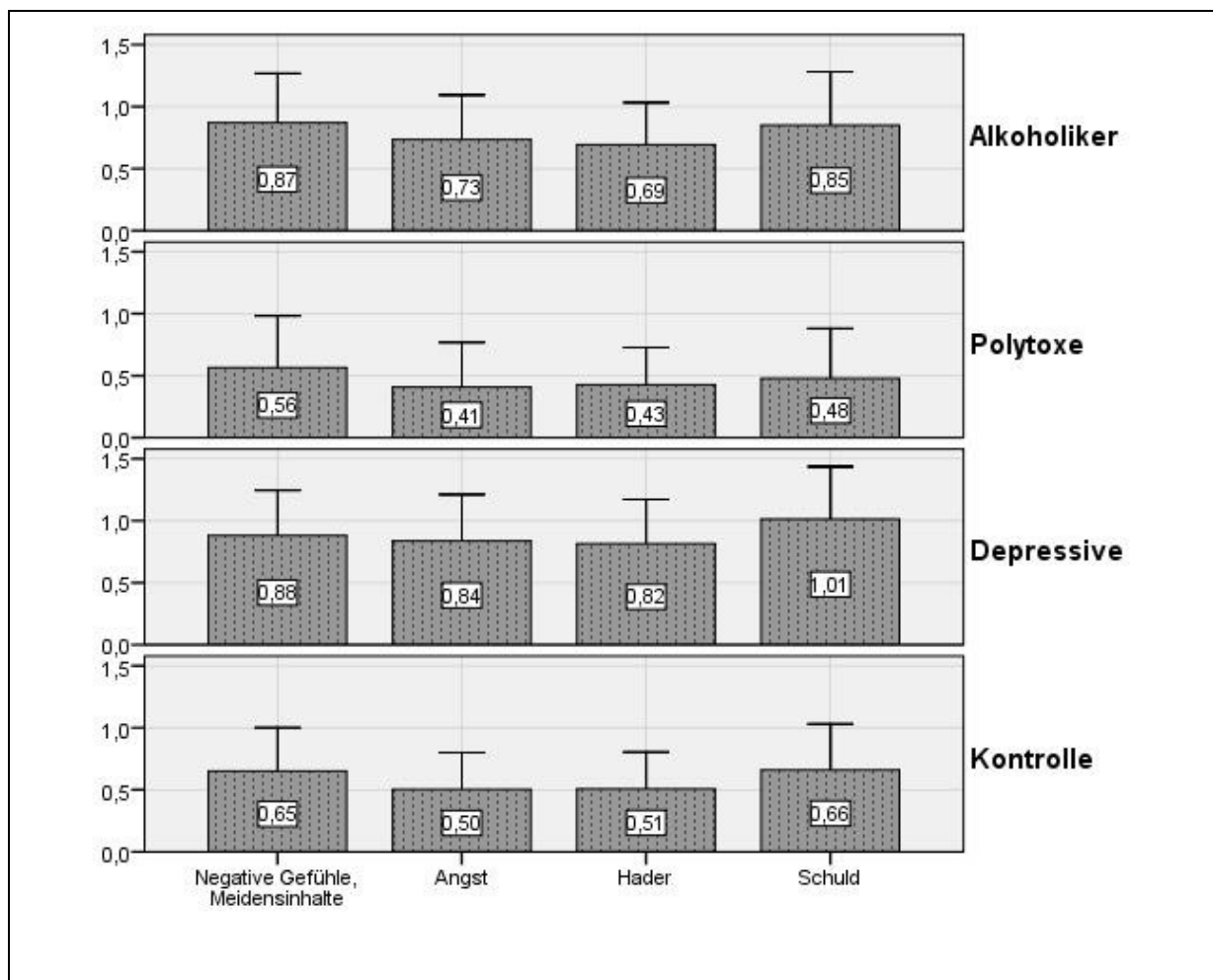


Abbildung 8: Profil der Parameter einer negativen Gottesbeziehung über die Gruppen

Anmerkungen: x-Achse: Dimensionen der Gottesbeziehung; y-Achse: Mittelwert.

Auch im Bereich der negativen Gottesbilder zeigt sich ein ähnliches Bild. Depressive weisen ein erhöhtes Ausmaß an negativer Gottesbeziehung auf. Somit ergibt sich das gleiche Profil, als bei den positiven Gottesbeziehungen in direkter Abhängigkeit vom Ausmaß einer allgemeinen Religiosität.

4.3.2.3 Unterschiede in den Gruppen hinsichtlich der Persönlichkeitsdimensionen

Der multivariate Test ergab für den Faktor Gruppe bei $F_{(18/1227)}=5.81$, $p<.001$ ein sehr signifikantes Ergebnis. Es fand sich weiters bei $F_{(6/407)}=4.18$, $p=.001$ ein signifikanter Unterschied für den Faktor Geschlecht. Allerdings fanden sich bei $F_{(18/1227)}=2.12$, $p<.01$ signifikante Interaktionen von Gruppen und Zugehörigkeit und Geschlecht. Auf eine vertiefte Darstellung der Interaktionen wird verzichtet.

Tabelle 44: Persönlichkeitsdimensionen über die Gruppen (N=420)

Dimensionen:	Alkohol	Polytoxe	Depressive	Kontrolle	Gesamt	F	p
Extraversion	M=20.73 SD=5.03	M=22.98 SD=5.47	M=21.66 SD=6.31	M=23.43 SD=4.87	M=22.54 SD=5.43	6.52	<.001 ⁽¹⁾
Neurotizismus	M=15.75 SD=7.72	M=17.19 SD=7.61	M=15.94 SD=5.92	M=11.34 SD=6.09	M=13.89 SD=6.97	13.23	<.001 ⁽²⁾
Gewissenhaftigkeit	M=23.51 SD=5.66	M=22.68 SD=6.80	M=24.71 SD=6.71	M=25.69 SD=5.61	M=24.72 SD=6.14	-	-
Aggressivität	M=4.83 SD=3.16	M=5.37 SD=2.97	M=3.75 SD=2.47	M=4.06 SD=2.49	M=4.28 SD=2.71	-	-
Offenheit	M=7.27 SD=2.07	M=7.88 SD=2.44	M=7.17 SD=2.15	M=6.75 SD=2.31	M=7.08 SD=2.28	4.45	<.01 ⁽³⁾
Frömmigkeit	M=4.84 SD=3.53	M=4.04 SD=3.04	M=5.82 SD=3.07	M=4.52 SD=3.09	M=4.81 SD=3.19	4.42	<.01 ⁽⁴⁾

Anmerkungen:

M=Mittelwert; SD=Standardabweichung; p=Irrtumswahrscheinlichkeit;

Kofaktor: Geschlecht;

Grau schraffiert: Geschlechtsunterschiede: Frauen erreichen höhere Werte in den Bereichen Extraversion und Gewissenhaftigkeit; Männer im Bereich der Aggressivität.

⁽¹⁾ Alkoholiker und Depressive unterscheiden sich von den Kontrollpersonen

⁽²⁾ Polytoxe unterscheiden sich von allen Gruppen; Alkoholiker und Depressive von Kontrollpersonen

⁽³⁾ Polytoxe unterscheiden sich von den Kontrollpersonen

⁽⁴⁾ Polytoxe unterscheiden sich von allen Gruppen.

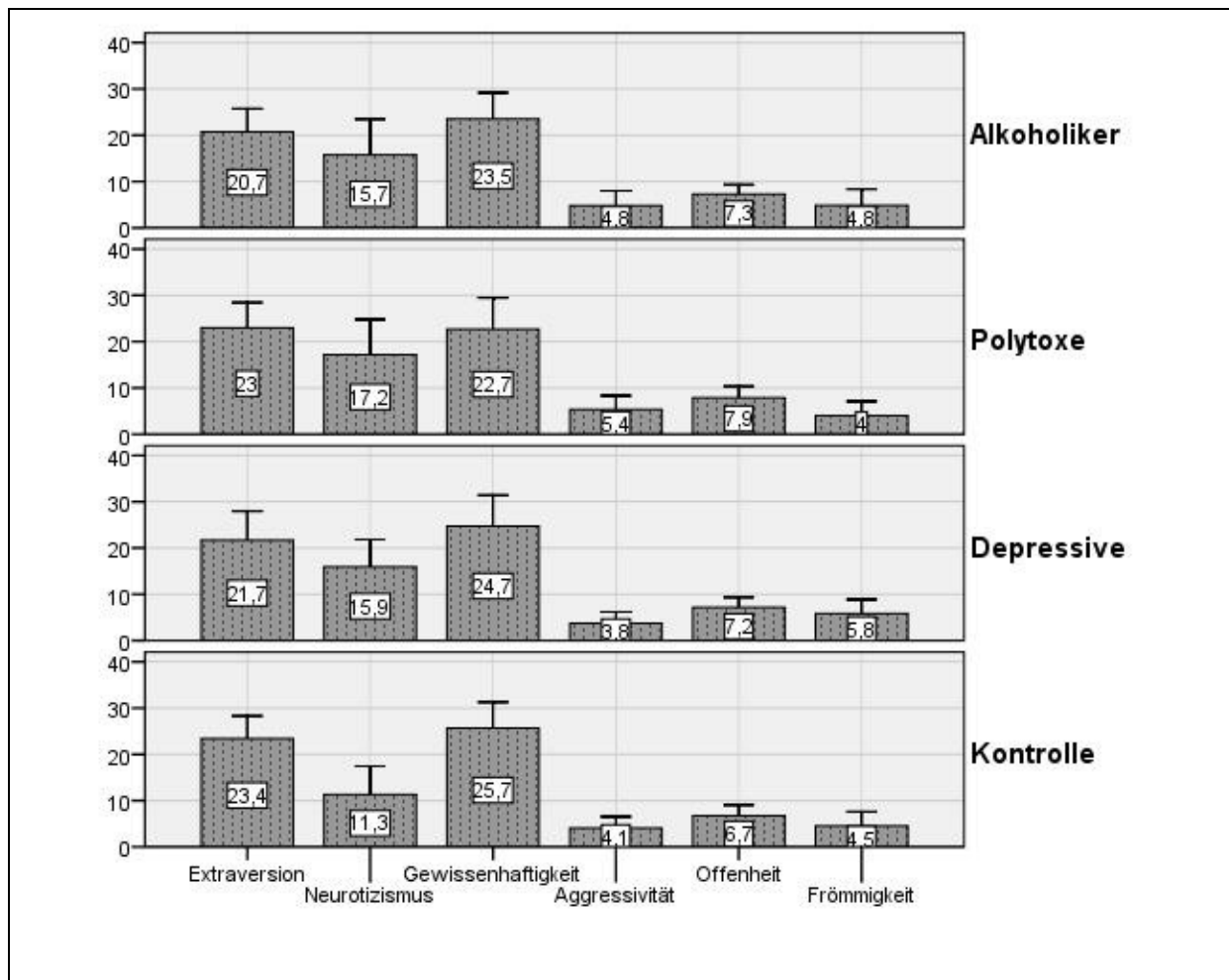


Abbildung 9: Profil der Persönlichkeit über die Gruppen

Anmerkungen: x-Achse: Dimensionen der Persönlichkeit; y-Achse: Mittelwert.

4.3.2.4 Gruppenunterschiede hinsichtlich der psychopathologischen Symptomatik

Der multivariate Test brachte sowohl einen signifikanten Effekt für den Faktor Gruppe bei $F_{(26/406)}=4.33$, $p<.001$, als auch für den Faktor Geschlecht bei $F_{(13/202)}=3.58$, $p<.001$. Es zeigten sich keine signifikanten Interaktionen.

Tabelle 45: Psychopathologische Symptomatik über die Gruppen (N=220)

Dimensionen:	Alkohol	Polytoxe	Depressive	Gesamt	F	p
Somatisierung	M=3.73 SD=4.58	M=4.60 SD=5.10	M=8.07 SD=6.31	M=5.93 SD=5.88	10.08	<.001 ⁽¹⁾
Zwanghaftigkeit	M=5.33 SD=4.36	M=7.37 SD=5.81	M=9.46 SD=6.12	M=7.74 SD=5.83	10.59	<.001 ⁽¹⁾
Unsicherheit	M=4.21 SD=3.77	M=5.75 SD=4.47	M=5.33 SD=3.99	M=5.12 SD=4.09	-	-
Depressivität	M=5.52 SD=4.73	M=8.35 SD=6.45	M=9.53 SD=6.66	M=8.08 SD=6.32	8.42	<.001 ⁽²⁾
Ängstlichkeit	M=4.78 SD=4.49	M=6.21 SD=5.67	M=10.04 SD=5.83	M=7.54 SD=5.87	17.48	<.001 ⁽¹⁾
Aggressivität	M=4.05 SD=3.56	M=5.79 SD=4.11	M=4.45 SD=4.13	M=4.68 SD=4.01	3.27	.05 ⁽³⁾
Phobie	M=2.73 SD=3.47	M=3.16 SD=4.23	M=4.93 SD=4.80	M=3.84 SD=4.41	4.85	<.01 ⁽¹⁾
Paranoia	M=4.95 SD=3.77	M=6.02 SD=4.67	M=5.16 SD=4.21	M=5.32 SD=4.22	-	-
Psychotizismus	M=3.92 SD=3.52	M=5.70 SD=4.70	M=5.47 SD=4.57	M=5.09 SD=4.38	3.22	<.05 ⁽³⁾
GSI	M=.81 SD=.61	M=1.1 SD=.79	M=1.29 SD=.78	M=1.1 SD=.76	7.42	<.01 ⁽⁴⁾
BDI	M=28.13 SD=16.42	M=36.68 SD=22.84	M=37.12 SD=20.95	M=34.43 SD=20.60	3.55	<.05 ⁽²⁾
MADR-S	M=13.92 SD=7.45	M=16.18 SD=8.73	M=18.77 SD=9.53	M=16.71 SD=8.97	4.68	<.05 ⁽⁴⁾
BPRS	M=44.08 SD=11.90	M=41.72 SD=12.08	M=34.95 SD=8.17	M=39.32 SD=11.15	6.05	<.01 ⁽¹⁾

Anmerkungen:

M=Mittelwert; SD=Standardabweichung; p=Irrtumswahrscheinlichkeit; Kofaktor: Geschlecht;

GSI=Global Severity Index; BDI=Beck Depressions Inventar; MADR-S=Montgomery Asberg Depressionskala; BPRS=Brief Psychiatric Rating Scale; Grau schattiert: Männer wiesen höhere Werte auf als Frauen.

⁽¹⁾ Depressive unterscheiden sich von beiden Suchtgruppen; ⁽²⁾ Alkoholiker unterscheiden sich von Polytoxen und Depressiven. ⁽³⁾ Alkoholiker unterscheiden sich von Polytoxen; ⁽⁴⁾ Alkoholiker unterscheiden sich von Depressiven.

4.3.3 Auswirkung des elterlichen Erziehungsstils (religiös/nichtreligiös) auf die Religiosität im Erwachsenenalter

Zur Frage, welche Rolle der elterliche Erziehungsstil bei der möglichen Ausprägung des Merkmals Religiosität/Spiritualität im Erwachsenenalter haben könnte, wurden folgende Items vorgegeben, die sich als Teil des Religiosität-Struktur-Test (RST) von Huber (2003, 2004) wieder finden lassen.

Tabelle 46: Items zur Erfassung des elterlichen religiösen Erziehungsstils

Wie oft ging Ihre Mutter damals mit Ihnen zu Gottesdiensten?
Wie oft betete Ihre Mutter damals mit Ihnen zusammen?
Wie oft sprach Ihre Mutter damals mit Ihnen über religiöse Fragen?

Wie oft ging Ihr Vater damals mit Ihnen zu Gottesdiensten?
Wie oft betete Ihr Vater damals mit Ihnen zusammen?
Wie oft sprach Ihr Vater damals mit Ihnen über religiöse Fragen?

Ein theoretischer Verweis findet sich zum Beispiel bei Pargament (2007), der auf die spezielle wichtige Rolle der elterlichen Bezugspersonen auch auf die Entwicklung von Religiosität/Spiritualität hinweist. So sind die Eltern meist die ersten göttlichen Figuren in der Entwicklung des Kindes. Es kann nach psychodynamischer Theorie davon ausgegangen werden, dass die Beziehung des Kindes mit den Eltern ein Modell für alle folgenden Beziehungen kreiert. Das schließt das Verständnis von Gott bzw. die Beziehung des Kindes mit Gott mit ein. Diese Sichtweise wird durch empirische Arbeiten unterstützt: Kinder, die ihre Eltern als schützend und liebevoll wahrnehmen, berichten ebenfalls eine von Liebe und Geborgenheit geprägte Beziehung zu Gott (vgl. Spilka, Hood, Hunsberge & Gorsuch, 2003). Umgekehrt zeigt sich, dass Kinder die eine schwierige Beziehung zu ihren Eltern haben, ebenfalls Gott in einer verstärkt negativen Terminologie beschreiben (Smith & Exline, 2002, zitiert nach Pargament, 2007).

Auch lässt sich wie schon an anderer Stelle ausgeführt Freuds beißende Kritik bzw. sein überzeigte Atheismus erklären. So zeigen in der Biographie Sigmund Freuds einige Punkte, die die Entstehung einer solchen Haltung als plausibel erscheinen lassen. Rizzuto (1998) führt dabei den Verlust seines Kindermädchens im Alter von zwei Jahren, seine Besitz ergreifende, fordernde und doch emotional unerreichbare Mutter und den Vater, der in der von Freud wahrgenommenen Schwäche von Freud nicht zu akzeptieren war, an. So wird dahingehend zusammengefasst, dass es Freud, dem es an starken elterlichen Modellen

fehlte nicht möglich wahr, einen übermächtigen Gott für sich zu generieren bzw. zu entdecken (vgl. Pargament, 2007).

Oder wie sich der Sachverhalt mit Jones (1991) beschreiben lässt: Sogar die, die gar nicht an Gott glauben, haben eine sehr klare Vorstellung von dem Gott an den sie nicht glauben.

Tabelle 47: Auswirkung des elterlichen Erziehungsverhaltens auf die Religiosität

	All. Rel.	Rel.-spi. Bef.	Z	Frömmigk
Mutter anwesend	-	-	-	-
Vater anwesend.	-	-	-	-
Soz. Mutter.	.45***	.30***	.51***	.40
Soz. Vater	.32***	.15***	.36***	.33***

Anmerkungen: *** $p < .001$; Z=Zentralität.

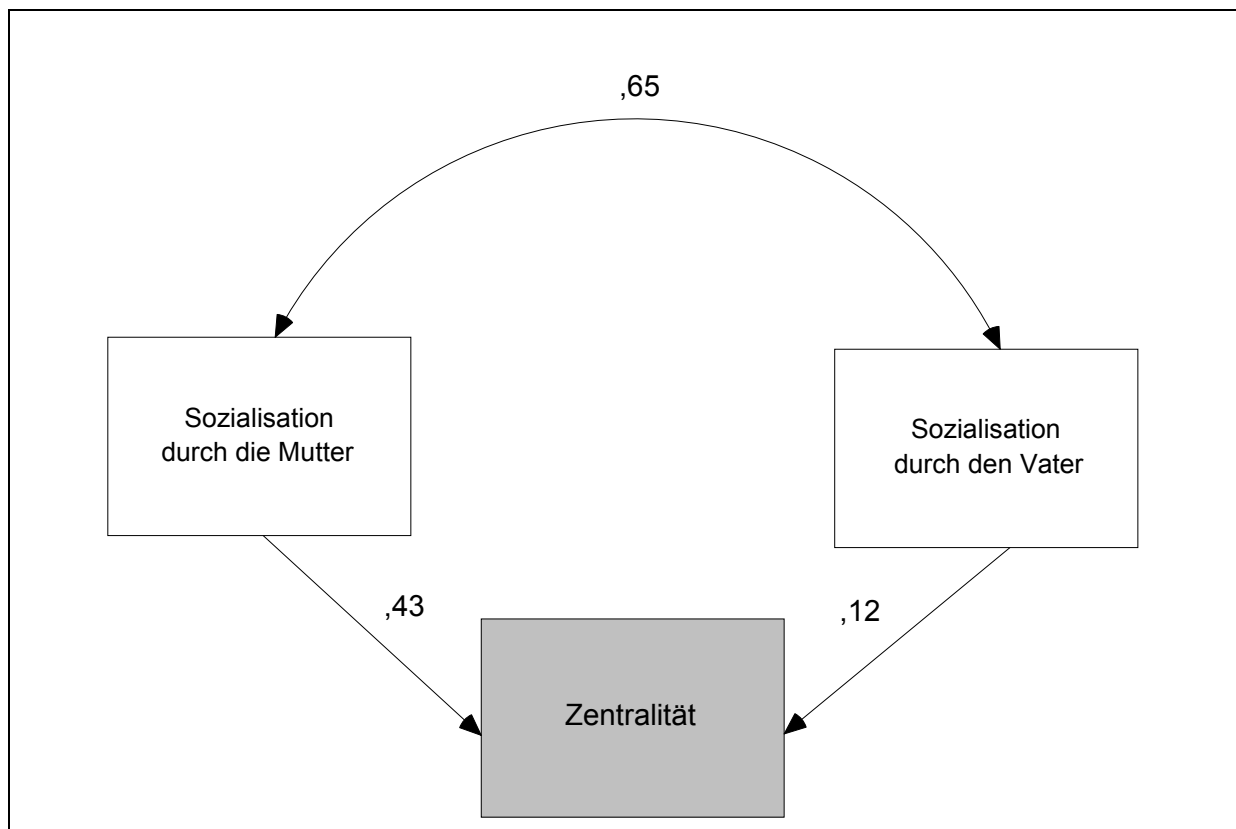


Abbildung 10: Religiöse Sozialisation durch die Mutter bzw. den Vater auf die Zentralität von Religiosität (Gesamtstichprobe: $N=420$); standardisierte Regressionsgewichte

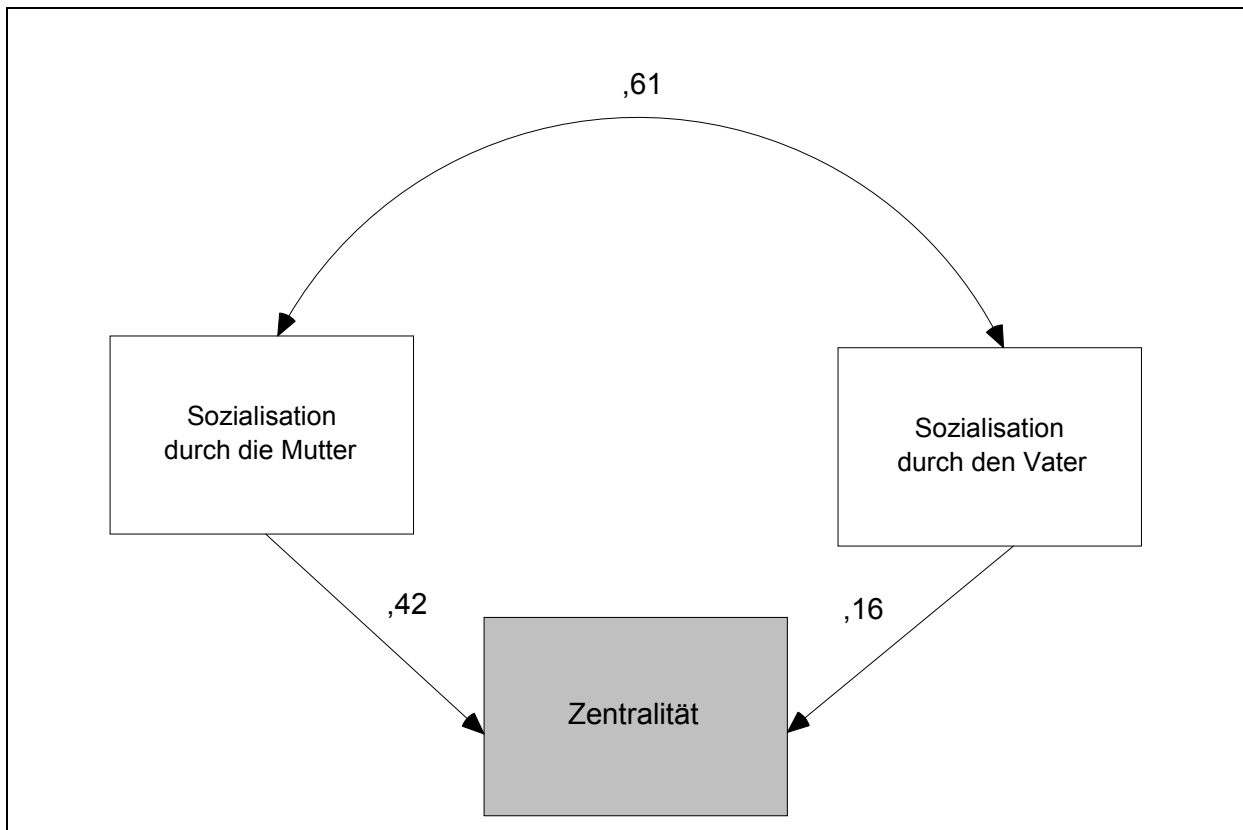


Abbildung 11: Religiöse Sozialisation durch die Mutter bzw. den Vater auf die Zentralität von Religiosität (Frauen: $N=219$); standardisierte Regressionsgewichte.

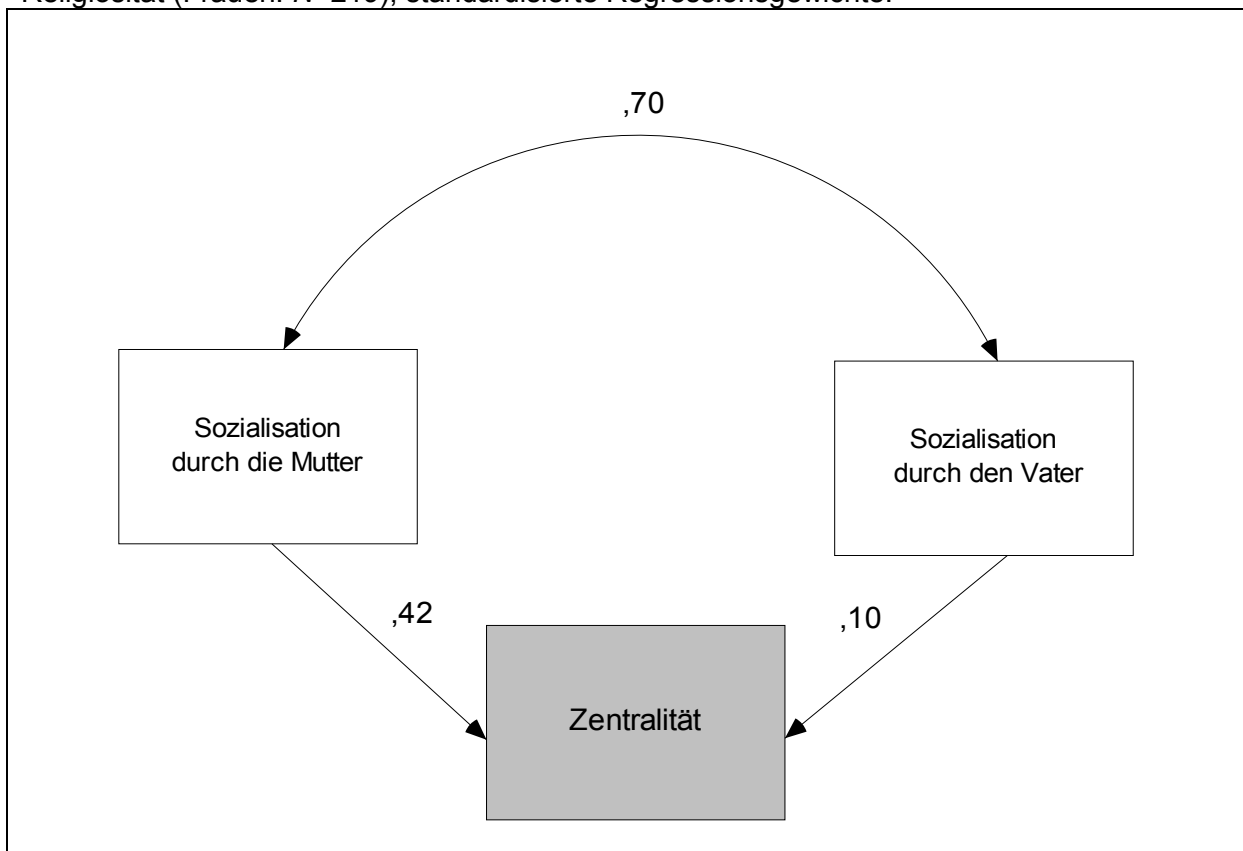


Abbildung 12: Religiöse Sozialisation durch die Mutter bzw. den Vater auf die Zentralität von Religiosität (Männer: $N=201$); standardisierte Regressionsgewichte

Prüfung der Zusammenhangsstruktur der Parameter

Tabelle 48: Korrelationen zwischen Persönlichkeit und religiös-spirituellen Befinden (N=420)

	HI	V	BS	HT	AR	AL	IB	TB	RSB
Extrav.	.48***	.17***	.32***	-	-	.20***	-	-	.33***
Neurot.	-.38***	-.27***	-	-.22***	-	-	-	-	-.25***
Gewiss.	.29***	-	.18***	-.22***	.20***	-	-	-	.20***
Aggress.	-	-.54***	-	-	-	-	-	-	-.33***
Offenh.	-	.19***	.20***	-	.23***	.27***	-	-	.18***
Frömmig.	-	.19***	-	-.15***	.76***	.38***	-	-	.47***

Anmerkungen: *** $p < .001$;

Pearson's r für parametrische bzw. Spearman's ρ für nonparametrische Daten;

HI=Hoffnung immanent; V=Vergeben; BS=Erfahrungen von Bedeutung und Sinn; HT=Hoffnung transzendent
 AR=Allgemeine Religiosität; AL=Allverbundenheit; IB=Befinden im immanenten Raum; TB=Befinden im
 transzendenten Raum; RSB=Religiös-spiritueller Befinden.

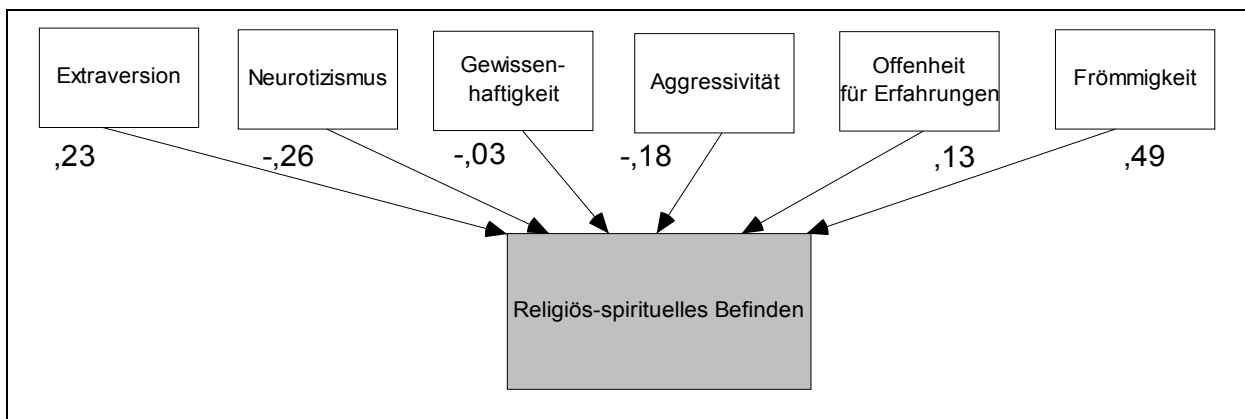


Abbildung 13: Vorhersage des religiös-spirituellen Befindens durch die Persönlichkeitsdimensionen

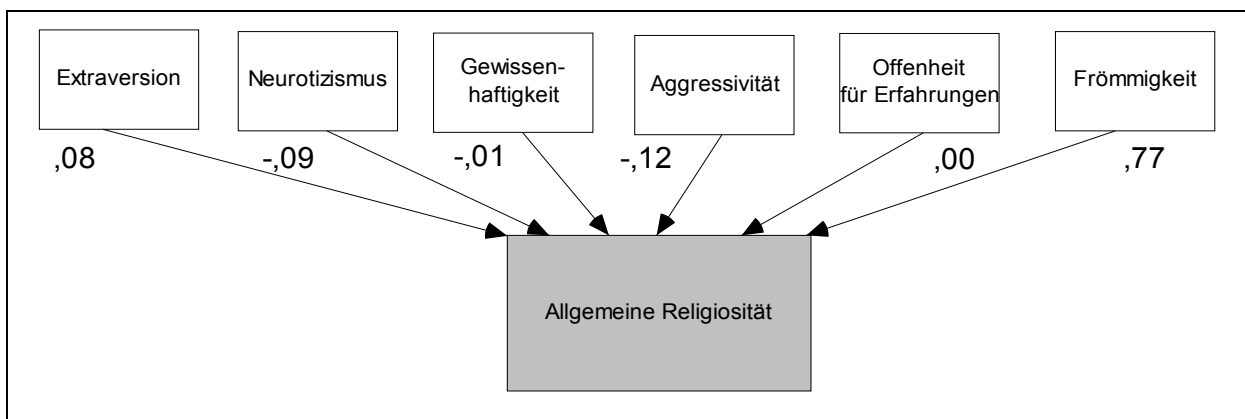


Abbildung 14: Vorhersage der allgemeinen Religiosität durch die Persönlichkeitsdimensionen

Tabelle 49: Korrelationen zwischen soziodemographischen Daten und religiös-spirituellen Befinden (N=420)

	HI	V	BS	HT	AR	AL	IB	TB	RSB
Geschl.	-	-.20***	-	-	-.15**	-.11*	-.15**	-.13**	-.15**
Alter	-	.23***	-	-.13*	.37***	-.10*	.10*	.15**	.14**
Ausbild.	.12*	-		.13*	-	-	.18***	.12*	.17**
Erwerb.	.12*	-	.20***	-	-	-	-	-	-
Partner	-	.12*	.15**	-	-	-	-	-	-
Kinder	-	.14**	-	-	.21***	-.19***	-	-	-
Relgem.	-	-	-	-.13**	.29***	.16**	-	.23***	.16**

Anmerkungen: * $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$;

Pearson's r für parametrische bzw. Spearman's ρ für nonparametrische Daten; (Punkt)biserale Korrelation bei dichotomisierten Variablen.

HI=Hoffnung immanent; V=Vergeben; BS=Erfahrungen von Bedeutung und Sinn; HT=Hoffnung transzendent
AR=Allgemeine Religiosität; AL=Allverbundenheit; IB=Befinden im immanenten Raum; TB=Befinden im transzendenten Raum; RSB=Religiös-spirituellen Befinden.

Geschl.=Geschlecht: 0=weiblich; 1=männlich; Ausbild.=Ausbildung: 0=niedriger; 1=höher;

Erwerb.=Erwerbstätigkeit: 0=nicht erwerbstätig bzw. arbeitslos; 1=erwerbstätig bzw. im Berufs stehend;

Partner=Partnerschaft: 0=alleine; 1=in Partnerschaft lebend. Kinder: 0=nein; 1=ja. Relgem.=Zugehörigkeit zu einer Religionsgemeinschaft: 0=nein; 1=ja.

Tabelle 50: Korrelationen zwischen anamnestischen Daten und religiös-spirituellen Befinden (N=220)

	HI	V	BS	HT	AR	AL	IB	TB	RSB
Geschl.	-	-.22**	-	-	-	-	-	-	-
Alter	-	.33***	-	-	.36***	-.14*	-	.16*	.17*
Gruppe	-	.35***	-	-	.33**	-	-.16*	-.18*	.21**
Suizid	-.17*	-	-	-	-.24**	-	-.17*	-.18*	-.19**
Komorb.	-	-.17*	-	-	-	-	-	-	-

Anmerkungen: * $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$;

Pearson's r für parametrische bzw. Spearman's ρ für nonparametrische Daten.

HI=Hoffnung immanent; V=Vergeben; BS=Erfahrungen von Bedeutung und Sinn; HT=Hoffnung transzendent
AR=Allgemeine Religiosität; AL=Allverbundenheit; IB=Befinden im immanenten Raum; TB=Befinden im transzendenten Raum; RSB=Religiös-spirituellen Befinden.

Geschl.=Geschlecht: 0=weiblich; 1=männlich; Gruppe=Patientengruppe: 0=Suchtpatienten; 1=Alkoholpatienten;

Suizid.=Suizidhandlung im Vorfeld der Behandlung; Komorb.=Komorbidität: Zusätzlich auftretende psychiatrische Diagnose.

Tabelle 51: Korrelation zwischen psychopathologische Symptomatik und religiös-spirituellen Befinden (N=220)

	HI	V	BS	HT	AR	AL	IB	TB	RSB
SOMAT	-.21**	-	-.19**	-.21**	-	-	-	-	-
ZWANG	-.36***	-	-.14*	-.16*	-	-	-.30***	-	-.23***
UNSICHER	-.33***	-.18**	-	-.16**	-	-	-.27***	-	-.13*
DEPRESS	-.48***	-.18**	-.18**	-.15*	-	-	-.27***	-	-.28***
ÄNGSTL	-.28***	-	-	-.23**	-	-	-.23**	-	-.15*
AGRESS	-.14*	-.38***	-	-.21**	-	-	-.25***	-	-.20**
PHOBIA	-.32***	-.13*	-	-.21**	-	-	-.26***	-	-.16*
PARANOIA	-.2**	-.35***	-	-.27***	-	-	-.30***	-	-.20**
PSYCHOT	-.32***	-.25***	-	-.20**	-	-	-.30***	-	-.18**
GSI	-.38***	-.22**	-	-.24***	-	-	-.33***	-	-.23**
BDI	-.46***	-.26***	-.16*	.21**	-	-	-.42***	-.16*	-.32***
MADR-S	-.32***	-.17*	-	-.22**	-	-	-.25**	-.14*	-.22**
BPRS	-	-.32***	-	-	-.14*	-	-.23**	-.14*	-.22**

Anmerkungen: * $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$;

Pearson's r für parametrische bzw. Spearman's ρ für nonparametrische Daten.

HI=Hoffnung immanent; V=Vergeben; BS=Erfahrungen von Bedeutung und Sinn; HT=Hoffnung transzendent
AR=Allgemeine Religiosität; AL=Allverbundenheit; IB=Befinden im immanenten Raum; TB=Befinden im
transzendenten Raum; RSB=Religiös-spirituellen Befinden.

SOMAT=Somatisierung; ZWANG=Zwanghaftigkeit; UNSICHER=Unsicherheit; DEPRESS=Depressivität;
ÄNGSTL=Ängstlichkeit; AGGRESS=Aggressivität; PHOBIA=Phobisches Denken; PARANOIA=PARANOIDES
Denken; PSYCHOT=Psychotizismus; GSI=Globaler Schwierigkeits Index (Gesamtscore);

BDI=Beck Depressions Inventar; MADR-S: Montgomery-Asberg Depression Rating Scale (Eigenbeurteilung);
BPRS: Brief Psychiatric Rating Scale (Eigenbeurteilung).

Tabelle 52: Korrelation zwischen Struktur und Zentralität von Religiosität mit religiös-spirituellem Befinden (N=420)

	HI	V	BS	HT	AR	AL	IB	TB	RSB
Pos.Gef.	.15**	.29***	.27***	-.14**	.89***	.42***	.35***	.72***	.62***
Dank	-	.26***	.23***	-.19***	.84***	.38***	.31***	.65***	.55***
Verehrung	-	.27***	.22***	-.15**	.84***	.32***	.30***	.65***	.53***
Vergebung	-	.28***	.16**	-.17**	.84***	.34***	.28***	.64***	.52***
Neg.Gef.	-.18***	-	-	-.34***	.46***	.21***	-.13**	.20***	-
Angst	-.17**	-.11*	-	-.42***	.44***	.20***	-.13**	.14**	-
Hader	-.14**	-	-	-.30***	.33***	.20***	-	.12*	-
Schuld	-.14**	-	-	-.29***	.60***	.20***	-	.30***	.20***
Zentralität	.15**	.29***	.24***	-	.88***	.46***	.34***	.77***	.64***

Anmerkungen: * $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$;

Pearson's r für parametrische bzw. Spearman's ρ für nonparametrische Daten.

HI=Hoffnung immanent; V=Vergeben; BS=Erfahrungen von Bedeutung und Sinn; HT=Hoffnung transzendent
AR=Allgemeine Religiosität; AL=Allverbundenheit; IB=Befinden im immanenten Raum; TB=Befinden im
transzendenten Raum; RSB=Religiös-spirituelles Befinden.

Pos.Gef.=Positive Gefühle gegenüber Gott gesamt; Dank=Dankbarkeit; Neg.Gef.=Negative Gefühle gegenüber
Gott gesamt; Zentralität=Zentralität des religiösen Konstruktsystems.

Tabelle 53: Korrelationen zwischen soziodemographischen Daten und Persönlichkeit (N=420)

	EXT	NEU	GEW	AGG	OFF	FRÖ
Geschl.	-.15**	-.12*	-.18***	.22***	-	-.16**
Alter	-.12**	-.1*	.28***	-.24***	-	.31***
Ausbild.	-	-.21***	-	-	-	-
Erwerb.	.1*	-	-	-	-	-.12*
Partner	-	-.15**	-	-.1*	-.2***	-
Kinder	-	-	-.2***	-.17***	-.11*	.18***
Relgem.	-	-	-	-	-	.32***

Anmerkungen: * $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$;

Pearson's r für parametrische bzw. Spearman's ρ für nonparametrische Daten; Geschl.=Geschlecht:
0=weiblich; 1=männlich; Ausbildung.=Ausbildung: 0=niedriger; 1= höher; Erwerb.=Erwerbstätigkeit: 0=nicht
erwerbstätig bzw. arbeitslos; 1=erwerbstätig bzw. im Berufs stehend; Partner=Partnerschaft: 0=alleine; 1=in
Partnerschaft lebend. Kinder: 0=nein; 1=ja. Relgem.=Zugehörigkeit zu einer Religionsgemeinschaft: 0=nein; 1=ja.
EXT=Extraversion; NEU=Neurotizismus; GEW=Gewissenhaftigkeit; AGG=Aggressivität; OFF=Offenheit;
FRÖ=Frömmigkeit.

Tabelle 54: Korrelationen zwischen anamnestischen Daten und Persönlichkeit (N=220)

	EXT	NEU	GEW	AGG	OFF	FRÖ
Geschl.	-.19**	-	-.19**	.27***	-	-
Alter	-	-.15*	.18**	-.29***	-.18*	.25***
Gruppe	-	-	-	-.22**	-	.30***
Suizid	-.19**	.18**	-	-	-	-
Komorb.	-.19**	-	-	-	-	-

Anmerkungen: * $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$;

Pearson's r für parametrische bzw. Spearman's ρ für nonparametrische Daten.

Geschl.=Geschlecht: 0=weiblich; 1=männlich; Gruppe=Patientengruppe: 0=Suchtpatienten; 1=Alkoholpatienten; Suizid.=Suizidhandlung im Vorfeld der Behandlung; Komorb.=Komorbidität: Zusätzlich auftretende psychiatrische Diagnose.

EXT=Extraversion; NEU=Neurotizismus; GEW=Gewissenhaftigkeit; AGG=Aggressivität; OFF=Offenheit; FRÖ=Frömmigkeit.

Tabelle 55: Korrelationen zwischen psychopatholog. Symptomatik und Persönlichkeit (N=220)

	EXT	NEU	GEW	AGG	OFF	FRÖ
SOMAT	-	.38***	-	.14*	-	.17*
ZWANG	-.30***	.52***	-	-	.19**	-
UNSICHER	-.32***	.65***	-	.21**	.35***	.16*
DEPRESS	-.33***	.58***	-	.18**	.22**	.15*
ÄNGSTL	-.17**	.56***	-	-	.21**	.21**
AGRESS	-	.48***	-	.42***	.36***	-
PHOBIA	-.23***	.45***	-	-	.14*	.16*
PARANOIA	-.22**	.53***	-	.25***	.3***	.15*
PSYCHOT	-.26***	.6***	-	.24***	.29***	.17*
GSI	-.18**	.40***	-	.38***	.15*	-
BDI	.27***	.55***	-	.22**	.18**	-
MADR-S	-.17*	.38***	-	-	-	-
BPRS	-.26***	.64***	-	.23**	.28***	.18**

Anmerkungen: * $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$;

Pearson's r für parametrische bzw. Spearman's ρ für nonparametrische Daten.

SOMAT=Somatisierung; ZWANG=Zwanghaftigkeit; UNSICHER=Unsicherheit; DEPRESS=Depressivität; ÄNGSTL=Ängstlichkeit; AGGRESS=Aggressivität; PHOBIA=Phobisches Denken; PARANOIA=PARANOIDES Denken; PSYCHOT=Psychotizismus; GSI=Globaler Schweregrad der Belastung Index (Gesamtscore); BDI=Beck Depressions Inventar; MADR-S: Montgomery-Asberg Depression Rating Scale (Eigenbeurteilung); BPRS: Brief Psychiatric Rating Scale (Eigenbeurteilung); EXT=Extraversion; NEU=Neurotizismus; GEW=Gewissenhaftigkeit; AGG=Aggressivität; OFF=Offenheit; FRÖ=Frömmigkeit.

Tabelle 56: Korrelation zwischen Struktur und Zentralität von Religiosität und Persönlichkeit (N=420)

	EXT	NEU	GEW	AGG	OFF	FRÖ
Pos.Gef.	-	-	.15**	-.24***	.20***	.72***
Dank	-	-	.17***	-.22***	.17**	.71***
Verehrung	-	-	.17**	-.22***	.18***	.72***
Vergebung	-	-	.15**	-.19***	.18***	.72***
Neg.Gef.	-.18***	.29***	-	-	.22***	.44***
Angst	-.12**	.31***	.5***	-	.17***	.39***
Hader	-	.21***	-	-	.17**	.29***
Schuld	-.19***	.26***	-	-	.23***	.54***
Zentralität	-	-	.16**	-.23***	.25***	.79***

Anmerkungen: * $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$;

Pearson's r für parametrische bzw. Spearman's ρ für nonparametrische Daten.

HI=Hoffnung immanent; V=Vergeben; BS=Erfahrungen von Bedeutung und Sinn; HI=Hoffnung transzendent
AR=Allgemeine Religiosität; AL=Allverbundenheit; IB=Befinden im immanenten Raum; TB=Befinden im
transzendenten Raum; RSB=Religiös-spirituelles Befinden.

Pos.Gef.=Positive Gefühle gegenüber Gott gesamt; Dank=Dankbarkeit; Neg.Gef.=Negative Gefühle gegenüber
Gott gesamt; Zentralität=Zentralität des religiösen Konstruktsystems.

EXT=Extraversion; NEU=Neurotizismus; GEW=Gewissenhaftigkeit; AGG=Aggressivität; OFF=Offenheit;
FRÖ=Frömmigkeit.

Tabelle 57: Korrelationen zwischen soziodemographischen Variablen und psychopathologischer Symptomatik (N=220)

	SO	ZW	UN	DE	ÄN	AG	PH	PA	PS	GSI	BDI
Geschl.	-.17*	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Alter	.13*	-	-	-	-	-.3***	-	-	-	-	-
Ausbild.	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Erwerb.	.23**	.22**	.20**	.13*	.22**	.24***	.20**	.15*	.19**	.24***	-
Partner	.15*	-	-	-	.18**	-	.13*	-	-	-	-
Kinder	-	-	-	-	.14*	-.22**	-	-.15*	-	-.2**	-
Relgem.	.2**	-	-	-	.22**	-	.26***	.17*	-	.17*	.15*
Gruppe	.37***	.27***	-	.20**	.40***	-	.24***	-	-	.23**	-
Suizid	-	-	.15*	.24**	-	-	-	.15*	.15*	.15*	.23**
Komorb.	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

Anmerkungen: * $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$;

Pearson's r für parametrische bzw. Spearman's ρ für nonparametrische Daten.

Geschl.=Geschlecht: 0=weiblich; 1=männlich; Ausbildung.=Ausbildung: 0=niedriger; 1= höher;

Erwerb.=Erwerbstätigkeit: 0=nicht erwerbstätig bzw. arbeitslos; 1=erwerbstätig bzw. im Berufs stehend;

Partner=Partnerschaft: 0=alleine; 1=in Partnerschaft lebend. Kinder: 0=nein; 1=ja. Relgem.=Zugehörigkeit zu einer Religionsgemeinschaft: 0=nein; 1=ja.

SO=Somatisierung; ZW=Zwanghaftigkeit; UN=Unsicherheit; DE=Depressivität; ÄN=Ängstlichkeit;

AG=Aggressivität; PH=Phobisches Denken; PA=PARANOIDES Denken; PS=Psychotizismus; GSI=Globaler Schwierigkeits Index (Gesamtscore);

BDI=Beck Depressions Inventar;

Gruppe=Patientengruppe: 0=Suchtpatienten; 1=Alkoholpatienten;

Suizid.=Suizidhandlung im Vorfeld der Behandlung; Komorb.=Komorbidität: Zusätzlich auftretende psychiatrische Diagnose.

Tabelle 58: Korrelation zwischen Struktur und Zentralität von Religiosität und psychopathologischer Symptomatik (N=220)

	SO	ZW	UN	DE	ÄN	AG	PH	PA	PS	GSI	BDI
Pos.Gef.	.18*	-	.17*	-	.20**		.14*	-	-	.15*	-
Dank	.19**	-	.15*	-	.23***	-	.16*	.13*	-	.17*	-
Verehr.	.16*	-	.15*	-	.19**	-	.14*	-	-	-	-
Vergeb.	.18*	-	.15*	-	.21**	-	.18**	-	-	.15*	-
Neg.Gef.	.21**	.27***	.26***	.28***	.33***	.15*	.31***	.3***	.29***	.31***	.31***
Angst	.25***	-.32**	.24***	.24***	.30***	.14*	.35***	.3***	.26***	.3***	.28***
Hader	-	-	-	-	.19**	-	.23**	.15*	-	.14*	.15*
Schuld	.21*	.27***	.27***	.28***	.33***	-	.31***	.27***	.27***	.31***	.29***
Zentral.	.15*	-	.15*	-	.19**	--	-	-	-	-	-

Anmerkungen: * $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$;

Pearson's r für parametrische bzw. Spearman's ρ für nonparametrische Daten.

Pos.Gef.=Positive Gefühle gegenüber Gott gesamt; Dank=Dankbarkeit; Neg.Gef.=Negative Gefühle gegenüber Gott gesamt; Zentralität=Zentralität des religiösen Konstruktsystems.

SO=Somatisierung; ZW=Zwanghaftigkeit; UN=Unsicherheit; DE=Depressivität; ÄN=Ängstlichkeit; AG=Aggressivität; PH=Phobisches Denken; PA=PARANOIDES Denken; PS=Psychotizismus; GSI=Globaler Schweregrad der Belastung Index (Gesamtscore);

BDI=Beck Depressions Inventar; MA: Montgomery-Asberg Depression Rating Scale (Eigenbeurteilung);

BPRS: Brief Psychiatric Rating Scale (Eigenbeurteilung).

Tabelle 59: Korrelationen zwischen soziodemographischen Daten und Struktur und Zentralität von Religiosität (N=420)

	PG	DA	VERE	VERG	NG	AN	HA	SCH	Z
Geschl.	-.15*	-.18***	-.1*	-.1*	-	-	-	-	-.20***
Alter	.33***	.34***	.44***	.39***	.14**	.18***	.15**	.27***	.34***
Ausbild.	--	-	-	-	-	-.14**	-	-	.14**
Erwerb.	--	-	-	-	-	-	-	-	-
Partner	.16**	.16**	.15**	.12*	-	-	-	-	.14*
Kinder	.2***	.21***	.26***	.23***	-	.13**	.14**	.15**	.20**
Relgem.	.28***	.27***	.27***	.31***	.25***	.28***	.18***	.28***	.36***

Anmerkungen: * $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$;

Pearson's r für parametrische bzw. Spearman's ρ für nonparametrische Daten; (Punkt)biserale Korrelation bei dichotomisierten Variablen.

Geschl.=Geschlecht: 0=weiblich; 1=männlich; Ausbildung.=Ausbildung: 0=niedriger; 1= höher;

Erwerb.=Erwerbstätigkeit: 0=nicht erwerbstätig bzw. arbeitslos; 1=erwerbstätig bzw. im Berufs stehend;

Partner=Partnerschaft: 0=alleine; 1=in Partnerschaft lebend. Kinder: 0=nein; 1=ja. Relgem.=Zugehörigkeit zu einer Religionsgemeinschaft: 0=nein; 1=ja.

PG.=Positive Gefühle gegenüber Gott gesamt; DA=Dankbarkeit; VERE=Verehrung; Verg=Vergebung;

NG.=Negative Gefühle gegenüber Gott gesamt; AN=Angst vor Gott; HA=Hader; Sch=Schuld; Z=Zentralität des religiösen Konstruktsystems.

Tabelle 60: Korrelationen zwischen anamnestischen Daten und Struktur und Zentralität von Religiosität(N=220)

	PG	DA	VERE	VERG	NG	AN	HA	SCH	Z
Geschl.	-	-	-	-	-	-	-	-	-.15*
Alter	.34***	.34***	.43***	.42***	.16*	.25***	.15*	.25***	.36***
Gruppe	.33***	.35***	.36***	.34***	.15*	.20**	.19**	.24***	.33***
Suizid	-.19**	-.22**	-.21**	-.18*	-.17*	-.15*	-	-.2***	-.19**
Komorb.	-	-	-	-	-	-	-	-	-

Anmerkungen: * $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$;

Pearson's r für parametrische bzw. Spearman's ρ für nonparametrische Daten; (Punkt)biserale Korrelation bei dichotomisierten Variablen.

Geschl.=Geschlecht: 0=weiblich; 1=männlich; Gruppe=Patientengruppe: 0=Suchtpatienten; 1=Alkoholpatienten;

Suizid.=Suizidhandlung im Vorfeld der Behandlung; Komorb.=Komorbidität: Zusätzlich auftretende psychiatrische Diagnose.

PG.=Positive Gefühle gegenüber Gott gesamt; DA=Dankbarkeit; VERE=Verehrung; Verg=Vergebung;

NG.=Negative Gefühle gegenüber Gott gesamt; AN=Angst vor Gott; HA=Hader; Sch=Schuld; Z=Zentralität des religiösen Konstruktsystems.

4.3.4 Zentralität von Religiosität und Spiritualität: Auswirkung auf das psychische Befinden

4.3.4.1 Dimensionen des religiös-spirituellen Befindens

Allgemeine Religiosität

Tabelle 61: Gottesbeziehung und allgemeine Religiosität in Abhängigkeit von der Zentralität (Gesamtstichprobe: N=420)

	Z1	Z2	Z3	Gesamt
Pos. Gef.	.73***	.74***	.42***	.89***
Dank	.65***	.64***	.43**	.84***
Verehrung	.56***	.67***	.30*	.84***
Vergebung	.64***	.66***	.27 ⁽¹⁾	.84***
Neg. Gef.	.53***	.14*	-	.46***
Angst	.42***	.14*	-	.44***
Hader	.41***	-	-	.33***
Schuld	.55***	.32***	-	.60***
Zentralität				.90***

Anmerkungen: Z=Zentralität; Z1: N=138; Z2: N=234; Z3: N=48.

* $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$; ⁽¹⁾ $p < .2$.

⁽¹⁾ Zusammenhang ist aufgrund der Stichprobengröße nicht signifikant.

Allverbundenheit

Tabelle 62: Gottesbeziehung und Allverbundenheit in Abhängigkeit von der Zentralität (Gesamtstichprobe; N=420)

	Z1	Z2	Z3	Gesamt
Pos.Gef.	-	.24***	-	.29***
Dank	-	.16*	-	.26***
Verehrung	-	-	-	.27***
Vergebung	-	-	-	.28***
Neg.Gef.	.22*	-	-	-
Angst	-	-	-	-.11*
Hader	-	-	-	-
Schuld	-	-	-	-
Zentralität				.46***

Anmerkungen: Z=Zentralität; Z1: N=138; Z2: N=234; Z3: N=48.
* $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$; ⁽¹⁾ $p < .2$.

Hoffnung transzendent

Tabelle 63: Tabelle: Gottesbeziehung und Hoffnung transzendent in Abhängigkeit von der Zentralität (Gesamtstichprobe: N=420)

	Z1	Z2	Z3	Gesamt
Pos.Gef.	-	-	-	-.14**
Dank	-.18*	-.23**	-	-.19***
Verehrung	-	-.17*	-	-.15**
Vergebung	-	-.21**	-	-.17**
Neg.Gef.	-	-.40***	-.33*	-.34***
Angst	-.23*	-.35***	-.66***	-.42***
Hader	-	-.32***	-.35*	-.30***
Schuld	-	-.32***	-.28*	-.29***
Zentralität				.29***

Anmerkungen: Z=Zentralität; Z1: N=138; Z2: N=234; Z3: N=48.
* $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$; ⁽¹⁾ $p < .2$.

Vergeben

Tabelle 64: Gottesbeziehung und Vergeben in Abhängigkeit von der Zentralität (Gesamtstichprobe: N=420)

	Z1	Z2	Z3	Gesamt
Pos.Gef.	-	.16*	.46**	.29***
Dank	.14*	-	.26 ⁽¹⁾	.26***
Verehrung	-	-	.53***	.27***
Vergebung	-	-	.24 ⁽¹⁾	.28***
Neg.Gef.	-	-.29***	-.48**	-
Angst	-	-.25***	-.64***	-
Hader	-	-.19**	-.33*	-
Schuld	-	-.25***	-.48***	-
Zentralität				.29***

Anmerkungen: Z=Zentralität; Z1: N=138; Z2: N=234; Z3: N=48.
* $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$; ⁽¹⁾ $p < .2$.

Erfahrungen von Bedeutung und Sinn

Tabelle 65: Gottesbeziehung und Erfahrungen von Bedeutung und Sinn in Abhängigkeit von der Zentralität (Gesamtstichprobe: N=420)

	Z1	Z2	Z3	Gesamt
Pos.Gef.	-	.29***	-	.27***
Dank	-	.20**	-	.22***
Verehrung	-	.20**	-	.22***
Vergebung	-.18*	-	-	.16**
Neg.Gef.	-	-	-	-
Angst	-	-	-	-
Hader	-	-	-	-
Schuld	-.2*	-	-	-
Zentralität				.24***

Anmerkungen: Z=Zentralität; Z1: N=138; Z2: N=234; Z3: N=48.
* $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$; ⁽¹⁾ $p < .2$.

Hoffnung immanent

Tabelle 66: Gottesbeziehung und Hoffnung immanent in Abhängigkeit von der Zentralität (N=420)

	Z1	Z2	Z3	Gesamt
Pos.Gef.	-	.16*	.29*	.15**
Dank	-	-	-	.11*
Verehrung	-	-	-	-
Vergebung	-	-	-	-
Neg.Gef.	-.17*	-.29***	-	-.18***
Angst	-.24*	-.25***	-	-.17**
Hader	-.15 ⁽¹⁾	-.19**	-	-.14**
Schuld	-.22*	-.25***	-	-.14**
Zentralität				.15**

Anmerkungen: Z=Zentralität; Z1: N=138; Z2: N=234; Z3: N=48.
 * $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$; ⁽¹⁾ $p < .2$.

4.3.4.2 Dimensionen der Persönlichkeit

Extraversion

Tabelle 67: Gottesbeziehung und Extraversion in Abhängigkeit von der Zentralität (N=420)

	Z1	Z2	Z3	Gesamt
Pos.Gef.	-.20*	-	.30*	-
Dank	-.16(1)	-	-	-
Verehrung	-.20*	-	-	-
Vergebung	-.18*	-	-	-
Neg.Gef.	-.13 ⁽¹⁾	-.24***	-.48**	-.18***
Angst	-	-.20***	-	-.12*
Hader	-	-	-	-
Schuld	-.18*	-.30***	-.47	-.19***
Zentralität	-	-	-	.25***

Anmerkungen: Z=Zentralität; Z1: N=138; Z2: N=234; Z3: N=48.; *p<.05; **p<.01; ***p<.001; ⁽¹⁾p<.2.

Neurotizismus

Tabelle 68: Gottesbeziehung und Neurotizismus in Abhängigkeit von der Zentralität (N=420)

	Z1	Z2	Z3	Gesamt
Pos.Gef.	-	-	-.33*	-
Dank	-	-	-.32*	-
Verehrung	-	-	-.30*	-
Vergebung	-	-	-	-
Neg.Gef.	.26**	.27***	.58***	.29***
Angst	.27**	.33***	.52***	.31***
Hader	-	.22**	.43**	.21***
Schuld	.24**	.25***	.50***	.26***
Zentralität				-

Anmerkungen: Z=Zentralität; Z1: N=138; Z2: N=234; Z3: N=48.
*p<.05; **p<.01; ***p<.001; ⁽¹⁾p<.2.

Offenheit für Erfahrungen

Tabelle 69: Tabelle: Gottesbeziehung und Offenheit für Erfahrungen in Abhängigkeit von der Zentralität (N=420)

	Z1	Z2	Z3	Gesamt
Pos.Gef.	-		-	.20**
Dank	-		-	.17**
Verehrung	-		-	.18***
Vergebung	-		-	.18**
Neg.Gef.	.15 ⁽¹⁾	.15*	.18 ⁽¹⁾	.22***
Angst	-	.12 ⁽¹⁾	-	.17***
Hader	-	.12 ⁽¹⁾	.19 ⁽¹⁾	.17**
Schuld	-	.17**	-	.22***
Zentralität	-	-	-	.25***

Anmerkungen: Z=Zentralität; Z1: N=138; Z2: N=234; Z3: N=48.
* $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$; ⁽¹⁾ $p < .2$.

Gewissenhaftigkeit

Tabelle 70: Gottesbeziehung und Gewissenhaftigkeit in Abhängigkeit von der Zentralität (N=420)

	Z1	Z2	Z3	Gesamt
Pos.Gef.	-	.18**	-	.15**
Dank	-	.16*	-	.17***
Verehrung	-	.18**	-	.17***
Vergebung	-	.20**	-	.15**
Neg.Gef.	-	-	-	-
Angst	-	-	-	-
Hader	-	-	-	-
Schuld	-	-	-	-
Zentralität				-

Anmerkungen: Z=Zentralität; Z1: N=138; Z2: N=234; Z3: N=48.
* $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$; ⁽¹⁾ $p < .2$.

Aggressivität

Tabelle 71: Gottesbeziehung und Aggressivität in Abhängigkeit von der Zentralität (N=420)

	Z1	Z2	Z3	Gesamt
Pos.Gef.	-	-.23***	-.4**	-.24***
Dank	-	-.19**	-	-.22***
Verehrung	-	-.19**	-.32*	-.22***
Vergebung	-	-.16**	-	-.19***
Neg.Gef.	-	.15 ⁽¹⁾	.45**	-
Angst	-	.16*	.28 ⁽¹⁾	-
Hader	-	.18*	.34*	-
Schuld	-	-	.35*	-
Zentralität				-.23***

Anmerkungen: Z=Zentralität; Z1: N=138; Z2: N=234; Z3: N=48.
 * $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$; ⁽¹⁾ $p < .2$.

Frömmigkeit

Tabelle 72: Gottesbeziehung und Frömmigkeit in Abhängigkeit von der Zentralität (N=420)

	Z1	Z2	Z3	Gesamt
Pos.Gef.	.41***	.43*	-	.72***
Dank	.42***	.42***	.31*	.71***
Verehrung	.31***	.47***	-	.72***
Vergebung	.37***	.43***	-	.71***
Neg.Gef.	.37***	.15*	-	.44***
Angst	.31***	.12(1)	-	.40***
Hader	.23***		-	.29***
Schuld	.36***	.27***	-	.54***
Zentralität				.79***

Anmerkungen: Z=Zentralität; Z1: N=138; Z2: N=234; Z3: N=48.
 * $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$; ⁽¹⁾ $p < .2$.

4.3.4.3 Psychiatrische Symptomatik

Wahrgenommener Schweregrad der Erkrankung gesamt: GSI (Global Severity Index)

Tabelle 73: Gottesbez. und Gesamtbelastung in Abhängigkeit von der Zentralität (N=220)

	Z1	Z2	Z3	Gesamt
Pos.Gef.	-	-	-.29(1)	.15*
Dank	-	.14 ⁽¹⁾	-.3(1)	.17*
Verehrung	-	-	-.32(1)	.13(1)
Vergebung	-	-	-	.15*
Neg.Gef.	-	.34***	.38(1)	.31***
Angst	-	.36***	.28(1)	.30***
Hader	-	.12 ⁽¹⁾	.28(1)	.14*
Schuld	-	.34***	.44(1)	.31***
Zentralität				-

Anmerkungen: Z=Zentralität; Z1: N=74; Z2: N=120; Z3: N=26; * $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$; ⁽¹⁾ $p < .2$.

Depressivität (BSI)

Tabelle 74: Gottesbez. und Depressivität (BSI) in Abhängigkeit von der Zentralität (N=220)

	Z1	Z2	Z3	Gesamt
Pos.Gef.	-	-	-	-
Dank	-	-	-.26 ⁽¹⁾	-
Verehrung	-	-		-
Vergebung	-	-	.33 ⁽¹⁾	-
Neg.Gef.	-	.33***	.28 ⁽¹⁾	.28***
Angst	-	.32***	-	.24***
Hader	-	-	-	.13(1)
Schuld	-	.34***	.36 ⁽¹⁾	.28***
Zentralität				-

Anmerkungen: Z=Zentralität; Z1: N=74; Z2: N=120; Z3: N=26.
* $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$; ⁽¹⁾ $p < .2$.

Depressivität (BDI)

Tabelle 75: Gottesbeziehung und Depressivität (BDI) in Abhängigkeit von der Zentralität (N=220)

	Z1	Z2	Z3	Gesamt
Pos.Gef.	-	-	-.30 ⁽¹⁾	-
Dank	-	-	-.51**	-
Verehrung	-	.12 ⁽¹⁾	-.41*	-
Vergebung	-	-	.33 ⁽¹⁾	-
Neg.Gef.	-	.37***	.4*	.31***
Angst	.18 ⁽¹⁾	.33***	.3 ⁽¹⁾	.28***
Hader	-	-	.41*	.15*
Schuld	-	.36***	.38 ⁽¹⁾	.29***
Zentralität				-

Anmerkungen: Z=Zentralität; Z1: N=74; Z2: N=120; Z3: N=26.
* $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$; ⁽¹⁾ $p < .2$.

Erleben von Schuld (BSI 1)

Tabelle 76: Gottesbeziehung und Schuld erleben (BSI 1) in Abhängigkeit von der Zentralität (N=220); Item: „Schuldgefühle“

	Z1	Z2	Z3	Gesamt
Pos.Gef.	-	-	-.35 ⁽¹⁾	-
Dank	-	.19*	-.3 ⁽¹⁾	-
Verehrung	-	-	-.39 ⁽¹⁾	-
Vergebung	-.17 ⁽¹⁾	-	-	-
Neg.Gef.	-	.36***	.55**	.24***
Angst	-	.32**	.53**	.24***
Hader	.16 ⁽¹⁾	.13 ⁽¹⁾	.51**	.12 ⁽¹⁾
Schuld	-	.36***	.56**	.259***
Zentralität				-

Anmerkungen: Z=Zentralität; Z1: N=74; Z2: N=120; Z3: N=26; * $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$; ⁽¹⁾ $p < .2$.

Erleben von Schuld (BSI 2)

Tabelle 77: Gottesbeziehung und Schulterleben (BSI 2) in Abhängigkeit von der Zentralität (N=220); Item: „Gedanken, dass ich für meine Sünden bestraft werden sollte.“

	Z1	Z2	Z3	Gesamt
Pos.Gef.	-	-	-	.17*
Dank	-	.20*	-	.20**
Verehrung	-	.24**	-	.21**
Vergebung	-	.17 ⁽¹⁾	-	.18**
Neg.Gef.	.22 ⁽¹⁾	.38***	.60**	.37***
Angst	.18 ⁽¹⁾	.4***	.57**	.36***
Hader	-	.19*	-	.17*
Schuld	.19 ⁽¹⁾	.43***	.68**	.39***
Zentralität				-

Anmerkungen: Z=Zentralität; Z1: N=74; Z2: N=120; Z3: N=26.
*p<.05; **p<.01; ***p<.001; ⁽¹⁾p<.2.

Erleben von Schuld (BDI)

Tabelle 78: Gottesbeziehung und Schulterleben (BDI) in Abhängigkeit von der Zentralität (N=220); Item: „Ich habe Schuldgefühle“

	Z1	Z2	Z3	Gesamt
Pos.Gef.	-	-	-.38 ⁽¹⁾	-
Dank	-	.13 ⁽¹⁾	-.32 ⁽¹⁾	-
Verehrung	-	.20*	-.30 ⁽¹⁾	-
Vergebung	-	.13 ⁽¹⁾	.3 ⁽¹⁾	-
Neg.Gef.	-	.38***	.42*	.28***
Angst	-	.29***	.34 ⁽¹⁾	.24***
Hader	-	-	.34 ⁽¹⁾	.30***
Schuld	-	.41***	.4*	.16***
Zentralität				-

Anmerkungen: Z=Zentralität; Z1: N=74; Z2: N=120; Z3: N=26.
*p<.05; **p<.01; ***p<.001; ⁽¹⁾p<.2.

Ängstlichkeit

Tabelle 79: Gottesbeziehung und Ängstlichkeit in Abhängigkeit von der Zentralität (N=220)

	Z1	Z2	Z3	Gesamt
Pos.Gef.	-	-	-.31 ⁽¹⁾	.2**
Dank	.16 ⁽¹⁾	-	-.24 ⁽¹⁾	.23***
Verehrung	-	-	-.30 ⁽¹⁾	.19**
Vergebung	-	-	-	.21**
Neg.Gef.	.17 ⁽¹⁾	.29**	-	.33***
Angst	-	.32***	-	.30***
Hader	-	.13 ⁽¹⁾	-	.18**
Schuld	-	.28***	.27 ⁽¹⁾	.33***
Zentralität				.19**

Anmerkungen: Z=Zentralität; Z1: N=74; Z2: N=120; Z3: N=26.
* $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$; ⁽¹⁾ $p < .2$.

Phobie

Tabelle 80: Gottesbeziehung und Ängstlichkeit in Abhängigkeit von der Zentralität (N=220)

	Z1	Z2	Z3	Gesamt
Pos.Gef.	-	-	-.31 ⁽¹⁾	.14*
Dank	-	-	-.25 ⁽¹⁾	.16*
Verehrung	-	-	-.30 ⁽¹⁾	.14*
Vergebung	-	.15 ⁽¹⁾	-	.18**
Neg.Gef.	-	.33***	.32 ⁽¹⁾	.31***
Angst	-	.47***	.25 ⁽¹⁾	.35***
Hader	-	.30**	.28 ⁽¹⁾	.23**
Schuld	-	.35***	.32 ⁽¹⁾	.31***
Zentralität				-

Anmerkungen: Z=Zentralität; Z1: N=74; Z2: N=120; Z3: N=26.
* $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$; ⁽¹⁾ $p < .2$.

Unsicherheit

Tabelle 81: Gottesbeziehung und Unsicherheit in Abhängigkeit von der Zentralität (N=220)

	Z1	Z2	Z3	Gesamt
Pos.Gef.	-	-	-	.17*
Dank	-	.12 ⁽¹⁾	-.45*	.16*
Verehrung	-	-	-.31*	.15*
Vergebung	-	-	-	.15*
Neg.Gef.	-	.26**	.36 ⁽¹⁾	.26***
Angst	-	.24**	-	.24***
Hader	-	-	-	-
Schuld	-	.30**	.40*	.27***
Zentralität				.15*

Anmerkungen: Z=Zentralität; Z1: N=74; Z2: N=120; Z3: N=26.
* $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$; ⁽¹⁾ $p < .2$.

Zwanghaftigkeit

Tabelle 82: Gottesbeziehung und Zwanghaftigkeit in Abhängigkeit von der Zentralität (N=220)

	Z1	Z2	Z3	Gesamt
Pos.Gef.	-	-	-.43*	-
Dank	-	-	-.30 ⁽¹⁾	-
Verehrung	-	.14 ⁽¹⁾	-.34 ⁽¹⁾	-
Vergebung	-.17 ⁽¹⁾	.14 ⁽¹⁾	-	-
Neg.Gef.	-	.36***	.36 ⁽¹⁾	.27***
Angst	-	.32***	-	.23**
Hader	-	-	-	-
Schuld	-	.36***	.37 ⁽¹⁾	.27***
Zentralität				.15*

Anmerkungen: Z=Zentralität; Z1: N=74; Z2: N=120; Z3: N=26.
* $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$; ⁽¹⁾ $p < .2$.

Somatisierung

Tabelle 83: Gottesbeziehung und Somatisierung in Abhängigkeit von der Zentralität (N=220)

	Z1	Z2	Z3	Gesamt
Pos.Gef.	-	-	-	.18**
Dank	.15 ⁽¹⁾	-	-	.19**
Verehrung	-	-	-	.16*
Vergebung	-	.13 ⁽¹⁾	-	.18**
Neg.Gef.	-	.17 ⁽¹⁾	-	.21**
Angst	-	.24**	.27 ⁽¹⁾	.25***
Hader	-	-	-	.13 ⁽¹⁾
Schuld	-	-	.28 ⁽¹⁾	.21**
Zentralität				.15*

Anmerkungen: Z=Zentralität; Z1: N=74; Z2: N=120; Z3: N=26.
* $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$; ⁽¹⁾ $p < .2$.

Schlafstörungen

Tabelle 84: Gottesbeziehung und Somatisierung in Abhängigkeit von der Zentralität (N=220)

	Z1	Z2	Z3	Gesamt
Pos.Gef.	-	-	-	.18**
Dank	-	.13 ⁽¹⁾	-	.18**
Verehrung	-	-	-	.14*
Vergebung	-	-	.29 ⁽¹⁾	.16*
Neg.Gef.	-	.17 ⁽¹⁾	-	.16*
Angst	-	.19*	-	.18*
Hader	-	-	-	-
Schuld	-	.14 ⁽¹⁾	-	.17*
Zentralität				.17*

Anmerkungen: Z=Zentralität; Z1: N=74; Z2: N=120; Z3: N=26.
* $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$; ⁽¹⁾ $p < .2$.

Essverhalten

Tabelle 85: Gottesbeziehung und Essverhalten in Abhängigkeit von der Zentralität (N=220)

	Z1	Z2	Z3	Gesamt
Pos.Gef.	-	-.17 ⁽¹⁾	-	-
Dank	-	-	-	-
Verehrung	-	-	-	-
Vergebung	-	-	-	-
Neg.Gef.	-	.13 ⁽¹⁾	-	.16*
Angst	-	.24*	-	.19**
Hader	-	-	-	.15*
Schuld	-	.14 ⁽¹⁾	-	.16*
Zentralität				-

Anmerkungen: Z=Zentralität; Z1: N=74; Z2: N=120; Z3: N=26.
* $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$; ⁽¹⁾ $p < .2$.

Sexualität

Tabelle 86: Gottesbeziehung und Sexualität in Abhängigkeit von der Zentralität (N=220)

	Z1	Z2	Z3	Gesamt
Pos.Gef.	-	-	-.37 ⁽¹⁾	-
Dank	-	-	-	.12(1)
Verehrung	-	-.13 ⁽¹⁾	-	.13(1)
Vergebung	-	-	-	.13(1)
Neg.Gef.	-	-	-	.15*
Angst	-	.17 ⁽¹⁾	.3 ⁽¹⁾	.22**
Hader	-	-	-	.17**
Schuld	-	-	.28 ⁽¹⁾	.18**
Zentralität				-

Anmerkungen: Z=Zentralität; Z1: N=74; Z2: N=120; Z3: N=26.
* $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$; ⁽¹⁾ $p < .2$.

Psychotizismus

Tabelle 87: Gottesbeziehung und Psychotizismus in Abhängigkeit von der Zentralität (N=220)

	Z1	Z2	Z3	Gesamt
Pos.Gef.	-	.14 ⁽¹⁾	-	-
Dank	-	.20*	-	-
Verehrung	-	.12 ⁽¹⁾	-	-
Vergebung	-	-	-	-
Neg.Gef.	-	.34***	.56**	.29***
Angst	-	.34***	.43*	.26***
Hader	-	-	.28 ⁽¹⁾	-
Schuld	-	.38***	.60**	.31***
Zentralität				-

Anmerkungen: Z=Zentralität; Z1: N=74; Z2: N=120; Z3: N=26.
*p<.05; **p<.01; ***p<.001; ⁽¹⁾p<.2.

Suizidalität (1)

Tabelle 88: Gottesbeziehung und Suizidalität in Abhängigkeit von der Zentralität (N=220)

	Z1	Z2	Z3	Gesamt
Pos.Gef.	-	-	-	-
Dank	-	-	-.26 ⁽¹⁾	-
Verehrung	-	-	-	-
Vergebung	-	-	.32 ⁽¹⁾	-
Neg.Gef.	-	.2*	-	.13*
Angst	-	.16 ⁽¹⁾	-	-
Hader	-	-	.27 ⁽¹⁾	-
Schuld	-	.2*	-	-
Zentralität				-

Anmerkungen: Z=Zentralität; Z1: N=74; Z2: N=120; Z3: N=26.
*p<.05; **p<.01; ***p<.001; ⁽¹⁾p<.2.

Suizidalität (2)

Tabelle 89: Gottesbeziehung und Suizidversuch in Abhängigkeit von der Zentralität (N=220);
Item: „Haben Sie schon einmal versucht, sich das Leben zu nehmen?“

	Z1	Z2	Z3	Gesamt
Positive Gefühle	-	-	-	-.19**
Dank	-	-	-	-.22**
Verehrung	-.16 ⁽¹⁾	-	-	-.21**
Vergebung	-.21 ⁽¹⁾	-	-	-.18*
Negative Gefühle	-	-	-.3 ⁽¹⁾	-.17*
Angst	-	-	-	-.15*
Hader	-	-	-	-.1(1)
Schuld	-	-	-.32 ⁽¹⁾	-.20**
Zentralität				-.19**

Anmerkungen: Z=Zentralität; Z1: N=74; Z2: N=120; Z3: N=26.
* $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$; ⁽¹⁾ $p < .2$.

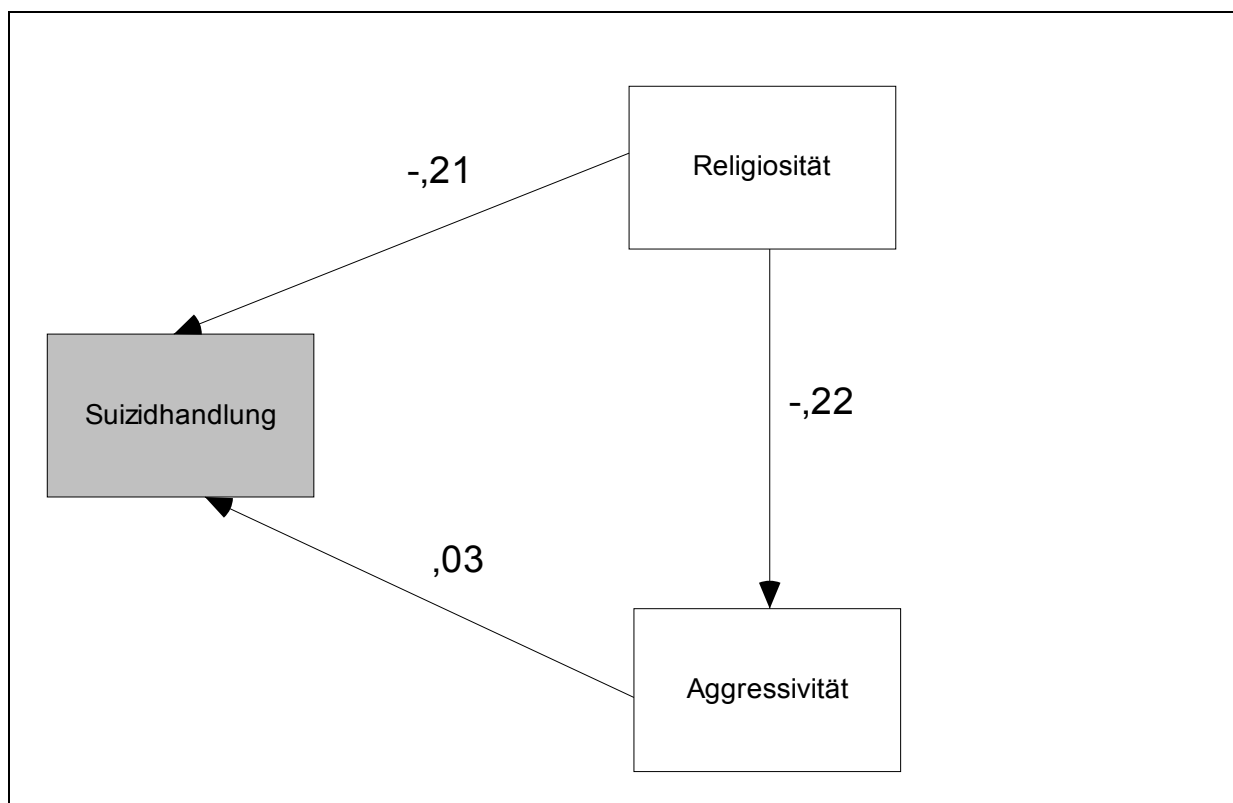


Abbildung 15: Auswirkung von Religiosität auf die Aggressivität/Suizidhandlung

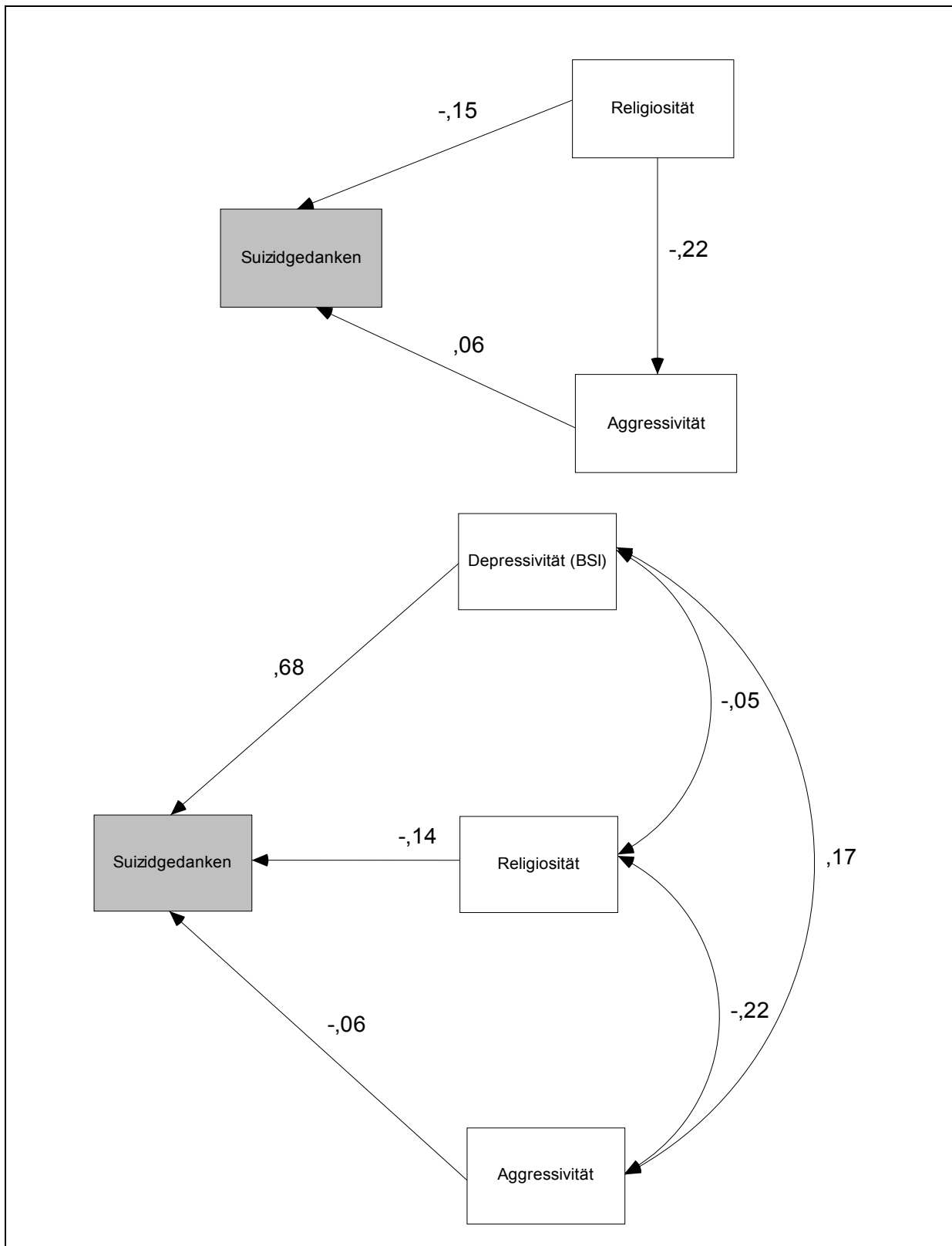


Abbildung 16: Depressivität als möglicher zusätzlicher Parameter bezüglich des Zusammenhangs Religiosität mit Aggressivität/Suizidgedanken.

4.3.5 Zusätzliche Fragestellungen Gottesbild/Gottesbeziehung

Zusätzliche Fragestellungen zu religiös-spirituellen Begleitung

Insgesamt wurde das Item: „Wenn sie über religiös-spirituelle Themen sprechen möchten, an wen würden Sie sich am ehesten wenden?“ 485mal beantwortet. Mehrfachantworten waren also möglich. Tabelle 90 gibt dabei die Häufigkeiten bzw. die Prozentzahlen wieder.

Tabelle 90: Ansprechpartner für religiös-spirituelle Themen

Berufsgruppe	Häufigkeiten	Prozent
Pflege	23	4.7%
Seelsorge	109	22.5%
Klinische Psychologie/Psychotherapie	80	16.5%
Medizin	24	4.9%
Pflegehilfe	7	1.4%
Angehörige/ Freunde	196	40.4%
Andere	46	9.5%
Gesamt	485	100%

Tabelle 91: Ansprechpartner für religiös-spirituelle Themen im Krankenhaus

		Häufigkeiten							Ges
		Pflege	Seelsorge	Psychologie	Medizin	PflegeH	Freunde	Andere	
Alko	H	5	10	18	2	0	23	10	68
	% G	7.4%	14.7%	26.5%	2.9%	.0%	33.8%	14.7%	
	% N	21.7%	9.2%	22.5%	8.3%	.0%	11.7%	21.7%	
	% Ges	1.0%	2.1%	3.7%	.4%	.0%	4.7%	2.1%	14.0%
Poly	H	0	2	19	0	0	24	14	59
	% G	.0%	3.4%	32.2%	.0%	.0%	40.7%	23.7%	
	% N	.0%	1.8%	23.8%	.0%	.0%	12.2%	30.4%	
	% Ges	.0%	.4%	3.9%	.0%	.0%	4.9%	2.9%	12.2%
Depr	H	10	39	20	6	1	41	9	126
	% G	7.9%	31.0%	15.9%	4.8%	.8%	32.5%	7.1%	
	% N	43.5%	35.8%	25.0%	25.0%	14.3%	20.9%	19.6%	
	% Ges	2.1%	8.0%	4.1%	1.2%	.2%	8.5%	1.9%	26.0%
Kontr	H	8	58	23	16	6	108	13	232
	% G	3.4%	25.0%	9.9%	6.9%	2.6%	46.6%	5.6%	
	% N	34.8%	53.2%	28.8%	66.7%	85.7%	55.1%	28.3%	
	% Ges	1.6%	12.0%	4.7%	3.3%	1.2%	22.3%	2.7%	47.8%
Gesamt	H	23	109	80	24	7	196	46	485
	Gesamt %	4.7%	22.5%	16.5%	4.9%	1.4%	40.4%	9.5%	100%

Anmerkungen:

Alk=Alkoholiker; Poly=Polytoxe; Depr=Depressive; Kontr=Kontrollgruppe;
H=Häufigkeiten; % G=% über die Gruppe; % N über die Nennungen; % Ges=% der Gesamtnennungen;
Ges=Gesamtnennungen.

Zur Prüfung auf Unterschiede in den Gruppen wurde ein Kruskal Wallis H Test gerechnet (vgl Tabelle Tabelle 91 & 92).

Der post hoc durchgeführte Dunnett C Test zur Prüfung auf individuelle Unterschiede zwischen den Gruppen brachte folgende Ergebnisse (immer $p < .05$):

Pflege: Depressive und Kontrollpersonen weisen höhere Werte auf als polytoxe Patienten auf.

Krankenhausseelsorge: Depressive suchen vermehrt Kontakt als Suchtpatienten (Alkohol und Polytoxe). Polytoxe weisen die geringsten Werte auf und unterscheiden sich auch noch von der Kontrollgruppe.

Psychologie: Alkoholiker und Polytoxe besprechen religiös-spirituelle Themen häufiger mit dem Psychologen/Psychotherapeuten als die Kontrollpersonen.

Medizin: Keine Unterschiede in den Gruppen;

Pflegehilfe: Keine Unterschiede in den Gruppen;

Freunde: Keine Unterschiede laut Post Test;

Andere: Kontrollpersonen unterscheiden sich von Polytoxten durch mehr Nennungen bei anderen. In Tabelle findet sich die Darstellung der Ergebnisse (vgl Tabelle 92):

Tabelle 92: Ansprechpartner für religiös-spirituelle Themen

	Pflege	Seelsorge	Psychologie	Medizin	PflegeH	Freunde	Andere
χ^2	8.80	28.03	18.65	6.15	4.46	8.68	16.80
<i>df</i>	3	3	3	3	3	3	3
<i>P</i>	.03	.00	.00	-	-	.03	.00

Anmerkungen: *df*= Freiheitsgrade; *p*=Irrtumswahrscheinlichkeit.

5 Diskussion der Ergebnisse

„Wanderer, wherever you go – at the end of your road death is already waiting.“

(Donald Duck)

5.1 Einleitende Gedanken zur Diskussion

„Welcher Zusammenhang besteht zwischen Religiosität, Spiritualität und psychischer Gesundheit und Krankheit?“, „Welche Rolle spielt die Qualität der Gottesbeziehung auf das Erleben im Prozess psychischer Gesundheit und Krankheit“, „Ist es möglich, durch die Annahme des „Zentralitätsmaßes“ zusätzliche Informationen zum Zusammenhang von Religiosität und deren Wirkung auf die psychische Gesundheit zu gewinnen?“, „Macht es Sinn, die explizite Erwähnung einer religiös-spirituellen Komponente durch die Erweiterung des bio-psycho-sozialen Ansatzes von Gesundheit und Krankheit auf der Basis empirischer Daten zu fordern?“. Diese globalen Fragestellungen seien an den Anfang dieses Diskussionsteils gestellt und es sollte in weiterer Folge möglich sein, sie auch erschöpfend zu beantworten bzw. zu diskutieren.

Diese Studie wurde entsprechend den Erkenntnissen eigener Vorgängerarbeiten konzeptualisiert. Der Autor sieht sich einerseits durch die Arbeit als empirisch arbeitender klinischer (Religions)Psychologe, andererseits durch seine jahrelange Erfahrung im klinisch-stationären psychotherapeutischen Umgang mit suchtkranken bzw. allgemein psychiatrischen Patienten geprägt. Die Fähigkeit zu einer individuellen Bezogenheit bzw. eines in Kontakt tretens zu einer transzendenten Dimension, die wie auch immer gefärbt sein möge, entspricht dabei dem Menschenbild des Autors. Die Annahme möglicher salutogener als auch pathogener Einflüsse der persönlichen Glaubensbeziehung drückt dabei eine Grundhaltung aus, bei der eine a priori "Pathologisierung" bzw. "Salutogenisierung" religiös-spiritueller Inhalte abgelehnt wird. Diese Studie wurde auch ausgehend von der Überlegung, dass möglicherweise Suchtpatienten ein anderes Ausmaß bzw. eine andere Qualität von Religiosität und Spiritualität aufweisen könnten, als allgemein psychiatrische Patienten bzw. psychisch gesunde Kontrollpersonen durchgeführt.

In einer vorangegangenen Arbeit konnte (vgl. Unterrainer, 2005, 2007) gezeigt werden, dass sich Suchtpatienten signifikant von anderen allgemein medizinischen Patientengruppen hinsichtlich ihrer Gläubigkeit unterscheiden. Diese wiesen, vor allem was eine eher kirchenbezogene Form der Religiosität angeht, deutlich geringere Werte auf als die anderen untersuchten Gruppen. Hierbei handelte es sich um orthopädische, onkologische

dermatologische Patienten (insgesamt $N=241$ für die Patientengruppe) bzw. eine nichtklinische Kontrollgruppe ($N=263$). Somit ergab sich als möglicherweise lohnenswerte Anfrage, ob sich dieses Ergebnis, der verminderten Religiosität bzw. Spiritualität auf alle psychiatrischen Gruppen ausdehnen lässt, oder ob es sich hierbei um ein Phänomen handelt, welches sich spezifisch für die Suchtpatienten zeigt.

Auch war es Ziel dieser Arbeit weitere Erkenntnisse im Rahmen der empirischen Religionspsychologie im klinischen als auch im non-klinischen Bereich zu gewinnen. Das Multidimensionale Inventar zum religiös-spirituellen Befinden (MI-RSB 48) sollte im Kontext etablierter Inventare zur Erfassung verschiedener Indikatoren gesunder als auch kranker Persönlichkeit an psychiatrischen Patienten als auch an gesunden Kontrollpersonen weiter validiert werden. Auch kam es zu einer Erweiterung des Ansatzes zum Konstrukt der religiös-spirituellen Befindlichkeit durch die Berücksichtigung des Zentralitätskonzepts bzw. der Wirkung verschieden emotional besetzter Gottesbilder.

Salutogene und pathogene Aspekte von Religiosität und Spiritualität können dabei „gleichberechtigt“ herausgearbeitet werden. Es sollen die Ergebnisse anhand der eingangs formulierten Hypothesen ausführlich diskutiert werden. Alle Hypothesen konnten dabei zum großen Teil inhaltlich angenommen werden. Die grundsätzlichen Überlegungen wurden dabei bestätigt. Es soll an dieser Stelle Hypothese TK vorangestellt werden, da es sich hier um die Hypothese zur Testkonstruktion handelt, die nicht in direkter Beziehung zur eigentlichen Studie steht.

Hypothese TK:

Die Faktorenstruktur bzw. die Güte des mehrdimensionalen Inventars zum religiös-spirituellen Befinden (MI-RSB 48) lassen sich anhand des neuen Datensatzes für psychisch gesunde als auch psychisch kranke Menschen bestätigen (vgl. dazu auch Unterrainer, 2007).

Die Faktorenstruktur des MI-RSB 48 konnte anhand des neuen Datensatzes wiedergefunden werden, die Güte des Instruments wurde bestätigt. Der Fragebogen thematisiert zentrale Dimensionen religiös-spirituellen Befindens, welche sowohl im Erleben von Gesundheit und Krankheit relevant sein können. Abgesehen von der Möglichkeit mit Hilfe des Instruments spezifische Fragestellungen zur klinischen Religionspsychologie zu beantworten, erscheint das Instrument auch im praktisch-psychotherapeutischen Feld von Wert zu sein. So kann es mit Hilfe des Fragebogens möglich sein im psychotherapeutischen Kontext Themenbereiche von existenzieller Relevanz abzuklären.

Wie in Tabelle 31 ersichtlich sind die Dimensionen des religiös-spirituellen Befindens ausreichend von einander unabhängig um davon ausgehen zu können, dass eigene

Bereiche erfasst werden. Teilweise auftretende geringe negative Korrelationen sind hier zu vernachlässigen und traten in anderen Stichproben nicht auf.

Der Fragebogen erscheint mit einer Länge von 48 Items für klinische Fragestellungen als durchaus geeignet, obwohl es sinnvoll erscheint, noch eine Kurzversion des Verfahrens herzustellen (vgl. Unterrainer et al. 2008). Im Rahmen einer größeren Testbatterie könnte der Fragebogen somit noch leichter Platz finden. Ein Nachteil des Fragebogens (bzw. der ganzen Forschungsrichtung zum persönlichen (Wohl)Befinden) besteht sicher in der einseitigen Richtung der Fragestellung. So wird das Ausmaß an positiven religiös-spirituellen Befinden gemessen, negatives religiös-spiritueller Befinden aber nicht explizit thematisiert.

Hier ist auch Kritik am eigenen Vorgehen im Vorgängerprojekt angebracht. Allerdings sollte hinzugefügt werden, dass nur durch diese Vorarbeit eine jetzige teilweise Distanzierung vom damaligen Vorgehen überhaupt erst ermöglicht wurde. Trotzdem erscheint es wichtig, für spezifische Fragestellungen zum Zusammenhang von Religiosität/Spiritualität und Gesundheit andere religionspsychologische Tests zu berücksichtigen.

Ein wichtiges Instrument stellen dabei die Zentralitätsskala bzw. die Messung der Struktur von Religiosität von Huber (2003, 2004) dar. Durch die Kombination der Fragebögen miteinander ist eine differenziertere Betrachtung religiös-spiritueller Befindens im Krankheitsprozess möglich. Obwohl es natürlich möglich ist, durch die alleinige Vorgabe des MI-RSB 48 wichtige Ergebnisse zu erzielen (vor allem bei Betrachtung verschiedener Profile des religiös-spiritueller Befindens über die Gruppen), erscheint dieses Vorgehen, der Koppelung dieser Fragebögen, zu präferieren. Auch in dieser Untersuchung wurde der Fragebogen von Huber hinsichtlich der Gottesbeziehungen einer Analyse der Skaleninterkorrelationen unterzogen, wobei eine wichtige Erkenntnis gewonnen wurde: Die Skalen zur Erfassung der unterschiedlichen Qualität der Gottesbeziehung differenzieren schlecht bei niedrig religiösen Menschen. Bei steigender Zentralität nimmt die Trennschärfe der Skalen zu. Inhaltlich erscheint dieses Ergebnis plausibel: So kann es auch nur hochreligiösen Menschen möglich sein (erhöhtes Ausmaß an allgemeiner Religiosität) zwischen verschiedenen Facetten der Gottesbeziehung zu unterscheiden, ähnlich also der Beziehung zu den Eltern. Eine mögliche interessante Erweiterung der Skala könnte eine Version mit Items umformuliert hinsichtlich Mutter-Vaterbeziehung sein (vgl. Tabelle 32f).

Weiters wurde auch die Skala zu den „BIG FIVE“ der Persönlichkeit einer Interkorrelationsanalyse (vgl. Tabelle 36) der Subskalen zur Persönlichkeitsstruktur unterzogen, wobei ein negativer Zusammenhang zwischen „Extraversion“ und „Neurotizismus“ zu erwarten war. Interessanter ist allerdings der relativ hohe positive Zusammenhang zwischen „Offenheit für Neues“ und „Neurotizismus“ zu werten, hier scheint

dann doch der recht hohe Anteil psychiatrischer Patienten eine Rolle zu spielen, auch was die Bereiche „Frömmigkeit“ und „Aggressivität“ betrifft.

Hinsichtlich der psychiatrischen Symptomatik (vgl. Tabelle 37) finden sich natürlich recht hohe Korrelationen zwischen den Subskalen, trotzdem erscheint es wichtig, die verschiedenen Facetten psychischer Erkrankung zu benennen. Die alleinige Verwendung des Gesamtwerts „GSI“ erscheint zur Beantwortung spezifischer Fragestellungen als zu grober Parameter.

Nach der inhaltlichen Analyse der deskriptiven Daten kann in weiterer Folge wie eingangs angekündigt eine Diskussion der drei Hypothesen zum Zusammenhang von Religiosität/Spiritualität und psychischer Gesundheit und Krankheit erfolgen.

5.2 Deskriptive Daten

Insgesamt wurden 420 Probanden untersucht. Davon waren 220 klinisch-stationäre Sucht bzw. allgemein psychiatrische Patienten. 200 Personen dienten als Vergleichsgruppe. Diese wiesen keine psychiatrische Diagnose in ihrer Biographie auf. Was die 120 Suchtpatienten betrifft, so handelt es sich hierbei um Klienten des Vereins „Grüner Kreis“, einer Einrichtung zur Langzeitentwöhnung von Suchtkranken (generell alle Süchte) auf der Basis des Konzepts „therapeutische Gemeinschaft“ (vgl. Yablonsky, 1990). Patienten welche von 3 Monaten bis zu 18 Monaten (einige sogar einige Jahre) auf Therapie sind, treten diese nach erfolgtem körperlichen Entzug an. Substitution ist dabei nicht gestattet. Die Klienten werden psychopharmakologisch mit Neuroleptika bzw. Antidepressiva versorgt. Benzodiazepine bzw. andere suchterregende Substanzen sind nicht erlaubt. Eine Möglichkeit der groben Einteilung ergibt sich durch die Unterscheidung zwischen Alkoholikern und Polytoxikomanen, wobei unter Polytoxikomanie eine Mehrfachsubstanzabhängigkeit verstanden wird (vgl. Tabelle 38 f.) Natürlich ist zu bemerken, dass sich der „reine Alkoholiker“ selten findet bzw. sich oftmals eine zusätzlich auftretende psychische Erkrankung erkennen lässt (z. B Depression oder Schizophrenie), die auch die Behandlung verkomplizieren kann. Augenfällig ist der Altersunterschied dieser beiden Gruppen, wobei man hier durchaus von einem Generationskonflikt sprechen kann. Polytoxe sind um eine Generation jünger als die Alkoholiker bzw. wie alle anderen Gruppen, was bei der Interpretation der Daten genau berücksichtigt werden muss.

So lässt sich auch anhand groß angelegter soziologischer Studien zeigen (vgl. Zulehner et al., 2002), dass die Religiosität/Spiritualität mit dem Alter zunimmt bzw. Frauen als religiös-spiritueller gelten dürfen als Männer. Es ist anzunehmen, dass die Religiosität und Spiritualität bei Suchtkranken mit dem Alter zunimmt. Auch erscheint es generell als wichtige Erkenntnis, dass eine strikte Trennung zwischen Alkoholikern und Polytoxen schon aus dem Grund nicht möglich ist, da oftmals Patienten, die in jungen Jahren mehrfach abhängig waren, in einer späteren Lebensphase als Alkoholiker auffällig werden.

In der Vorgängeruntersuchung (vgl. Unterrainer 2005, 2007), in der grundlegende Daten zur „Religiosität“ und „Spiritualität“ von Suchtkranken gesammelt werden konnten, tauchte auch die Frage nach dem Religiositäts/Spiritualitätsprofil anderer psychiatrischer Patienten auf. Dies war einer der wichtigsten Impulse für eine Nachfolgestudie. Unterscheiden sich also Suchtpatienten von allgemein-psychiatrischen Patienten? Wie in Tabelle 40 dargestellt, handelte es sich bei der untersuchten Gruppe um Probanden, die zum großen Teil eine ängstlich-depressive Symptomatik aufwiesen. Ausgenommen wurden Personen, die ein florid psychotisches Erleben zeigten, obwohl die Untersuchung eines

solchen Kollektivs durchaus weitere spannende Ergebnisse bringen könnte. Aufgrund der anfallenden Stichprobe kam es zu unterschiedlich hohen Zellbesetzungen hinsichtlich des Faktors „Geschlecht“ (Tabelle 39). Auch im Bereich „Partnerschaft“, „Kinder“, „Grad der erreichten Ausbildung“, „Beruf“ zeigten sich relevante Unterschiede. Bei Suchtpatienten, welche im Verein Grüner Kreis behandelt werden, sind meist alle diese Säulen zusammengebrochen. Ein funktionales Netzwerk ist nicht mehr vorhanden. Menschen, die sich einer 18monatigen Entwöhnungstherapie vom Alkohol oder anderen psychotropen Substanzen unterziehen, haben nicht mehr viele Brücken hinter sich, die es abubrechen gilt. Dies mag in manchen Fällen einen Neubeginn erleichtern.

Gerade diese soziodemographischen Aspekte sind es, die beide Patientengruppen (Sucht und allgemein-psychiatrisch) so verschieden machen. Mag man bei Betrachtung der psychiatrischen Diagnosen in Tabelle 40 noch von einer partiellen Überschneidung der beiden Patientenstichproben ausgehen, so liefern reale Begegnungen ein gänzlich anderes Bild. Patienten die an der Uni-Klinik für Psychiatrie der medizinischen Universität Graz behandelt werden, haben zum großen Teil noch ein funktionierendes soziales Netzwerk aufzuweisen, sind beruflich eingebunden und stehen in einer partnerschaftlichen Beziehung. Sie unterscheiden sich in diesen Parametern nicht von der Vergleichsgruppe.

Die Vergleichsgruppe bestehend aus 200 Personen (100 weiblich, 100 männlich) weist als wichtigstes Einschlusskriterium: keine psychiatrische Diagnose in der persönlichen Biographie auf und unterscheidet sich an diesem Punkt von den Versuchsgruppen. Wie sich in weiterer Folge auch anhand der unterschiedlichen psychometrischen Parameter zeigen lassen wird, ist es gelungen drei bzw. vier (bei Unterteilung der Suchtgruppen) unterschiedliche Stichproben zu befragen. Was die Zugehörigkeit zu einer religiösen Glaubensgemeinschaft betrifft, so zeigt sich ein eher überraschendes Ergebnis, nämlich keine Unterschiede in den Gruppen. Es wäre zu erwarten gewesen, dass sich Suchtpatienten auch an diesem Punkt von den anderen Gruppen unterscheiden. Dies ist nicht der Fall.

Was den Aspekt der Einteilung nach psychiatrischer ICD-10 Diagnose betrifft, so ergibt sich hinsichtlich der allgemein-psychiatrischen Patienten auf den ersten Blick ein heterogenes Bild. Der direkte Kontakt mit dem Patienten relativiert diesen Eindruck dann wieder. Trotzdem sei an diesem Punkt für weiterführende Studien die Berücksichtigung einer psychodynamisch fundierten Diagnostik (vgl. Rudolf, 2004 bzw. OPD 2) angeregt.

5.3 Hypothesengeleitete Diskussion der Ergebnisse

Beginnend mit Punkt 4.3 findet die Darstellung der inferenzstatistischen Auswertung des Datensatzes statt. Ausgehend von den eingangs formulierten Hypothesen kann hier nun eine eingehende Diskussion des Datensatzes erfolgen.

Hypothese 1:

Es zeigen sich relevante Unterschiede im bio-psycho-sozio-spirituellen Befinden zwischen den beiden psychiatrischen Versuchsgruppen bzw. der non-klinischen Vergleichsgruppe.

5.3.1 Unterschiede im religiös-spirituellen Befinden bzw. in der Gottesbeziehung

Wie beginnend mit Tabelle 42 f. (vgl. auch Abbildung 4) dargestellt, kann die Hypothese zu relevanten Unterschieden in den Gruppen hinsichtlich der untersuchten Parameter bedenkenlos angenommen werden. Suchtpatienten unterscheiden sich von psychiatrischen Patienten bzw. der Vergleichsgruppe hinsichtlich des Profils ihres religiös-spirituellen Befindens. Was den Bereich der „immanenten Hoffnung“ angeht, so weisen depressive Patienten ein geringeres Ausmaß als Alkoholiker bzw. die Vergleichspersonen auf. Dies trifft sich mit den Erfahrungen zu „Depressivität“ und „Hoffnungslosigkeit“ bei verschiedenen Gruppen von psychiatrischen Patienten (vgl. z. B. Petry, 1996 bzw. Hautzinger et al., 1994). Interessanterweise zeigen depressive Menschen das höchste Ausmaß an Bereitschaft anderen Menschen zu vergeben und unterscheiden sich dabei signifikant von den Suchtkranken.

Hier mag zur Diskussion das Konzept von Kendler et al. (2003) zu zwei großen unterschiedlichen Gruppen von psychischen Erkrankungen herangezogen werden, die sich auch auf genetischer Ebene belegen lassen: Externalisierende und internalisierende psychisch Kranke, wobei ein depressiv-ängstliche Symptomatik in den Bereich der internalisierenden Erkrankungsmuster bzw. eine Suchtsymptomatik in den der externalisierenden Erkrankungsmuster einzuordnen wäre. So kann der Parameter des Umgangs mit Kränkungen ein wichtiges Indiz dafür sein, diese zu internalisieren und im Zuge einer ängstlich-depressiven Symptomatik ein erhöhtes Ausmaß an „Vergebung“ zu empfinden. Auch zeigen Suchtpatienten ein erhöhtes Maß an „Aggressivität“ in ihrer Persönlichkeitsstruktur, was in direktem Zusammenhang mit der Verträglichkeit und damit auch der Bereitschaft anderen Menschen zu vergeben steht. Im Bereich der „Erfahrungen

von Bedeutung und Sinn“ weisen Suchtpatienten das geringste Ausmaß auf und unterscheiden sich zumindest von den Kontrollpersonen statistisch relevant. Hier sei auf die Wichtigkeit der Integration einer sinnbasierten Komponente in das Therapiekonzept von Suchteinrichtungen verwiesen. Interessanterweise zeigen Suchtpatienten ein erhöhtes Ausmaß an „transzendenter Hoffnung“ (für eine differenzierte Auseinandersetzung mit dem Konzept immanente/transzendente Hoffnung sei auf Bayer, 2008 verwiesen; es werden allerdings anhand einer kleineren Stichprobe keine relevanten Unterschiede bezüglich des Ausmaßes und auch der Veränderung von transzendenter Hoffnung berichtet), was natürlich die grundsätzliche Frage aufwirft, ob Hoffnung auf einen transzendenten Raum hin, auch verstanden als inverses Konstrukt zu „Angst vor Tod und Sterben“ generell als Ausdruck psychischer Gesundheit gewertet werden darf?

Mit Ernest Becker (1987) bzw. der Terror Management Theory (vgl. z. B. Heine, 2005) kann man argumentieren, dass eine Überwindung der Todesangst (und damit im Sinne Freuds „Zukunft einer Illusion“ wohl auch des religiösen Glaubens) mit einem erhöhten Ausmaß an persönlichem (Wohl)befinden einhergehen mag, allerdings zeigt die klinische Erfahrung, dass gerade im Prozess einer suizidalen Einengung oft ein verklärendes Bild beim Patienten zu beobachten ist. So mag der Parameter „Hoffnung transzendent“ in beide Richtungen gedeutet werden. Was den Parameter der „allgemeinen Religiosität“ betrifft, darf man davon ausgehen, dass es sich bei dieser Form der Religiosität um eine kirchennahe, sehr stark an Institutionen gebundene Form der Gläubigkeit handelt. Hier weisen Depressive das höchste Ausmaß auf, wobei dies als erster Hinweis darauf gedeutet werden mag, dass Religiosität durchaus auch mit psychischer Krankheit einhergehen kann, wobei sich deutliche Unterschiede in der Religiosität zwischen Suchtpatienten und allgemein psychiatrischen Patienten zeigen. Depressive Menschen mögen im Besonderen als „ekklesiogene Neurotiker“ gelten, Mosers (1977) Bild der „Gottesvergiftung“ drängt sich an dieser Stelle auf.

Die Ergebnisse der Suchtpatienten entsprechen denen, wie sie in einer Vorgängerstudie (vgl. Unterrainer, 2007) erzielt wurden. Suchtpatienten, als völlig dem sozialen Netz entglittene, zeigen somit gerade hinsichtlich einer gesellschaftlich vermittelten Form der Religiosität besonders schlechte Werte. Was den Vergleich zwischen Suchtpatienten und allgemein-psychiatrischen Patienten betrifft, so drängt sich an dieser Stelle auch der Unterschied zwischen internalisiertem abwesendem Vater- bzw. überstreichem Vaterintrojekt auf. Der Parameter „Allverbundenheit“ vermag nicht zwischen den verschiedenen Gruppen zu differenzieren, was die Einschätzung, dass Unterschiede eher bei einer auf Institutionen bezogenen Form der Gläubigkeit auftreten sollten, stärkt. Der Gesamtwert des religiös-spirituellen Befindens für den immanenten Raum brachte für die Suchtpatienten ein niedrigeres Ergebnis als für Depressive und

Kontrollpersonen. Hinsichtlich des transzendenten Raums insgesamt ergaben sich keine Unterschiede.

Was nun das „religiös-spirituelle Befinden“ insgesamt betrifft, zeigt sich hier ein ähnliches Bild wie bei der „allgemeinen Religiosität“: Suchtpatienten weisen ein generell niedrigeres religiös-spirituelles (Wohl)befinden als depressive Patienten bzw. die Kontrollgruppe auf; allerdings seien an diesem Punkt mit Nachdruck die relevanten Geschlechtsunterschiede erwähnt. Es zeigten sich Wechselwirkungen zwischen Geschlecht und Gruppenzugehörigkeit. Ein Blick auf den Boxplot (vgl. Abbildung 6) verschafft darüber Klarheit.

Es ergaben sich bei den Männern keine relevanten Unterschiede hinsichtlich des religiös-spirituellen Befindens. Besonders süchtige Frauen weisen allerdings besonders im Vergleich zu depressiven Frauen einen deutlichen Unterschied auf. Dieses Ergebnis weicht tendenziell von dem der Vorgängerstudie ab (vgl. Unterrainer, 2007), hier zeigten auch süchtige Männer ein deutlich vermindertes religiös-spirituelles Befinden. Spannend für weiterführende Forschung scheint allerdings der Punkt zu sein, dass besonders Frauen über ein psychisch belastendes Gottesbild verfügen, wobei eine geschlechtsspezifische Art der Erziehung eine mögliche Erklärung sein könnte. Allerdings ist hinzuzufügen, dass depressive Patienten nicht unbedingt über ein negatives strafendes Gottesbild verfügen müssen.

So zeigt sich bei Tabelle 43 bzw. Abbildung 7 bzw. 8 sowohl ein höheres Ausmaß an positiven als auch an negativen Gottesbeziehungen im Vergleich zu Suchtpatienten. Hier mag die allgemein stärkere Gottesbeziehung als Ausdruck von erhöhtem religiös-spirituellem Befinden allgemein gedeutet werden. Nicht zu unterschätzen bleibt allerdings der Einfluss der Variable „Alter“, die aus diesem Grund hier noch einmal gesondert betrachtet werden soll. Es zeigte sich insgesamt eine recht hohe Korrelation von immerhin $r=.37$ zwischen „Alter“ und „allgemeiner Religiosität“, die wie die Fähigkeit zu „Vergeben“, mit dem Alter ansteigt. Auch ergab sich mit einem $r=.14$ eine über die Gesamtstichprobe relevante Korrelation. Es ist somit davon auszugehen, dass es besonders was die Gruppe der (jüngeren) polytoxischen Klienten (womöglich vor allem bei gelungener Therapie) zu einer Angleichung hinsichtlich der Vergleichsgruppe kommen wird.

5.3.2 Unterschiede im Bereich der Persönlichkeitsdimensionen

Was nun den Bereich der Persönlichkeitsdimensionen angeht, so zeigen sich für die Bereiche „Extraversion“, „Neurotizismus“ bzw. „Offenheit für Erfahrungen“ als auch „Frömmigkeit“ relevante Ergebnisse (vgl. Tabelle 44 bzw. Abbildung 9). Durchaus für die Diskussion von Interesse erscheinen allerdings auch die Dimensionen „Gewissenhaftigkeit“

und „Aggressivität“ vor allem hinsichtlich der Variable Geschlecht. Im Bereich der Extraversion unterscheiden sich Alkoholiker und Depressive von Polytoxen und Kontrollpersonen, wobei speziell bei den Polytoxen die Variable Alter eine wichtige Rolle spielen dürfte. Auch mag in diesem Zusammenhang ein erhöhtes Ausmaß an Introvertiertheit auf die depressive Grundstruktur, sowohl was die Gruppe der Alkoholiker als auch die Gruppe der Depressiven betrifft, verweisen. Im Bereich des „Neurotizismus“ fand sich ein genereller Unterschied zwischen psychiatrischen Patienten und Kontrollpersonen, wobei sich polytoxe Patienten im höheren Ausmaß ihres Neurotizismus noch einmal von Alkoholikern unterscheiden. Hier sei wiederum auf einen möglichen Einfluss des Alters verwiesen, welches wie auch in Tabelle 53 zu finden, einen negativen Zusammenhang mit Neurotizismus aufweist. Neurotizismus als Kernparameter zur Erfassung des psychischen Allgemeinbefindens ist damit einmal wieder bestätigt. Keine relevanten Unterschiede zeigten sich im Bereich der Gewissenhaftigkeit über die Gruppen. Allerdings dürfen Frauen als gewissenhafter gelten. Bei bloßer Betrachtung der Mittelwerte bleibt aber ein vermindertes Ausmaß an Gewissenhaftigkeit besonders bei polytoxen Patienten augenfällig (auch hier spielt allerdings die Variable Alter eine Rolle; Gewissenhaftigkeit steigt mit dem Alter an). Was die Aggressivität angeht, so fanden sich keine signifikanten Ergebnisse was die Unterschiede über die Gruppen hinweg angeht. Männer dürfen allerdings als aggressiver als Frauen gelten, bzw. sind ältere Menschen weniger aggressiv als jüngere. Bei bloßer Betrachtung der Mittelwerte deckt sich das Bild mit der klinischen Erfahrung.

Die Gruppe der polytoxen Klienten darf als hochaggressive Gruppe gelten, die diese Aggression auch offen zur Schau trägt. Gefolgt von der Gruppe der Alkoholiker, die im Umgang mit ihren Aggressionen als im Vergleich zu den polytoxen Klienten als etwas versierter gelten dürfen. Weniger Aggressionen als die Kontrollgruppe berichten die depressiven Patienten, wobei Aggression bei Betrachtung dieses Zusammenhangs wohl auch eine mögliche Wertung in die Gegenrichtung erfahren darf. Fehlende Aggression die Dinge auch aktiv anzupacken, mag wohl einer der Hauptsymptome der Depression sein. Ein interessantes Ergebnis, welches sich auch mit der Einschätzung aus dem klinischen Alltag deckt, ist jenes hinsichtlich der „Offenheit für Erfahrungen“. Polytoxe Patienten weisen ein erhöhtes Ausmaß an Offenheit für Erfahrungen auf, womit sich das Konzept des erhöhten „sensation seekings“ besonders bei Suchtpatienten wieder einmal bestätigen lässt (vgl. z. B. Verdejo-García, Bechara, Recknor und Pérez-García M., 2007 für eine rezente Arbeit dazu)

. Was den Bereich der „Frömmigkeit“ angeht (wohl ein Parameter, welcher auch auf eine eher konservativ ausgerichtete Form von Religiosität/Spiritualität abzielt) ergibt sich das gewohnte Bild; Polytoxe Patienten weisen das niedrigste Ausmaß an „Frömmigkeit“ auf. Depressive Patienten zeigen das höchste Ausmaß. Auch hier sei allerdings wieder auf den positiven Zusammenhang zwischen „Alter“ und „Frömmigkeit“ ($r=.25$) verwiesen.

5.3.3 Unterschiede hinsichtlich der pathopsychologischen Symptomatik

Besonders beim direkten Vergleich der beiden Untersuchungsgruppen Süchtige und Depressive in Bezug auf verschiedene Parameter der psychiatrischen Symptomatik fällt auf, wie deutlich unterschiedlich doch beide Gruppen voneinander sind. Hinsichtlich der Parameter „Somatisierung“ und „Zwanghaftigkeit“ weisen Suchtpatienten deutlich niedrigere Werte als depressive Patienten auf, wobei beide Symptome wohl eher einer depressiven Grundstruktur zuzuordnen sind. Auch zeigt sich bei „Zwanghaftigkeit“ schon bei Betrachtung der Persönlichkeitsdimensionen eine auffällig hohe Ausprägung des Merkmals „Gewissenhaftigkeit“. Im Bereich der Unsicherheit als möglicher Ausdruck eines neurotischen Grundkonflikts ergaben sich keine Unterschiede in den beiden Patientengruppen (vgl. Tabelle 45). Erwartungsgemäß zeigten depressive Personen das höhere Ausmaß an Depressivität im Vergleich zu den Suchtpatienten, wobei nur der Unterschied zu den Alkoholikern von statistischer Relevanz ist. Dieses Ergebnis lässt sich auch durch den zweiten Parameter zur „Depressivität“ dem Beck Depressions Inventar bestätigen, allerdings statistisch nicht so aussagekräftig. Deutlicher fällt der Unterschied im Bereich der Ängstlichkeit aus. Hier unterscheiden sich Depressive deutlich von Alkoholikern und polytoxischen Patienten. Hinsichtlich der „Aggressivität“ ergibt sich ein unklares Bild. Hier unterscheiden sich Polytoxe zwar am .05-Niveau von Alkoholikern, allerdings sollte dieses Ergebnis mit Vorbehalt akzeptiert werden. Was den Bereich des phobischen Erlebens betrifft, so zeigen sich hier dem Parameter „Ängstlichkeit“ entsprechende Ergebnisse. Keine relevanten Unterschiede fanden sich im Bereich „paranoide Gedanken“ und auch das signifikante Ergebnis hinsichtlich des Unterschieds sollte eher „tendenziell“ akzeptiert werden. Obwohl das Ergebnis inhaltlich durchaus sinnvoll zu interpretieren ist, da sich in der Gruppe der polytoxischen Patienten die meisten Mehrfachdiagnosepatienten finden (z. B. Schizophreniediagnose). An diesem Punkt sei aber auch vertiefende Forschung angeregt. Der globale Index zur „Schweregrad der Erkrankung“ (GSI) weist die Gruppe der depressiven Patienten zumindest im Vergleich zu den Alkoholikern als jene aus, welche den höchsten Ausprägungsgrad an psychischer Gesamtbelastung zeigt. Was den Bereich der Fremdbeurteilung betrifft (hier wurden die Patienten vom Versuchsleiter bewertet) zeigte sich bei der Montgomery Asberg Depressions Skala (MADR-S) das gleiche Profil wie bei der Selbstbeurteilung. Depressive Personen wurden auch introspektiv als die depressivste Gruppe bewertet. Ein gegenteiliges Ergebnis ergab sich mit der „Brief Psychiatric Rating“ Skala, welche introspektiv das Ausmaß psychiatrischer Gesamtbelastung erfasst.

Depressive Personen erreichten hier das niedrigste Ergebnis, was den allgemeinen Eindruck zur unterschiedlichen psychischen Struktur der untersuchten Patientengruppen bestätigt.

Hypothese 2:

Religiosität und Spiritualität stehen in relevanter Beziehung zu verschiedenen Parametern von psychischer Gesundheit und Krankheit.

Auch diese eher allgemein formulierte Hypothese kann auf der Basis des empirischen Datenmaterials akzeptiert werden. Es finden sich relevante Zusammenhänge zu Religiosität bzw. Spiritualität und psychischer Gesundheit bzw. Krankheit. Gerade aber mit diesem Zusammenhang ist in der Vergangenheit oft sehr lax umgegangen worden (vgl. Koenig et al., 2001 bzw. auch Unterrainer, 2005) – eine kritische Reflexion muss an dieser Stelle erfolgen. Problematisch erweist sich ein Ergebnis wie in Tabelle 48 dargestellt aus folgender Hinsicht: Hier findet sich religiös-spiritueller Befinden (bzw. die Subdimensionen) zu verschiedenen Dimensionen der Persönlichkeit in Beziehung gesetzt, wobei „religiös-spiritueller Befinden“ insgesamt ausreichend hoch mit dem Profil einer gesunden Persönlichkeit korreliert. Positive Korrelationen zeigen sich für „Extraversion“ ($r=.33$), „Gewissenhaftigkeit“ ($r=.2$), „Offenheit“ ($r=.18$) bzw. „Frömmigkeit“ ($r=.47$) bzw. negative Korrelationen für „Neurotizismus“ ($r=-.25$) und „Aggressivität“ ($r=-.33$). Somit kann die Verführung durchaus auch darin bestehen, „Religiosität“ und „Spiritualität“ mit psychischer Gesundheit gleich zu setzen. Nun sind aber die Items des mehrdimensionalen Fragebogens zum religiös-spirituellen Befindens (MI-RSB 48) so formuliert, dass quasi eine positive Beziehung im religiös-spirituell-existenziellen Raum vorgegeben wird, was mit Sicherheit eine Schwäche des Verfahrens darstellt, aber durchaus auch kompensiert werden kann. Klarerweise implizieren „Hoffnung immanent“ bzw. „Erfahrungen von Bedeutung und Sinn“ auch das Vorhandensein einer gesunden persönlichen Grundstruktur. Veranschaulicht wird dieser kritische Aspekt auch durch die Abbildungen 13 und 14.

Hier zeigt sich wie in der Korrelationstabelle berichtet für Abbildung signifikante positive Vorhersagewerte für Dimensionen wie „Extraversion“ und „Neurotizismus“ bzw. ein negativer Vorhersagewert durch die „Aggressivität“. Am höchsten ladet natürlich die Dimension „Frömmigkeit“. Wird als Kriterium allerdings „Allgemeine Religiosität“ gewählt, somit eine Dimension, die inhaltlich komplett im transzendenten Raum angesiedelt ist und einer an Institutionen gebundenen Form der Gläubigkeit entspricht, so verschwinden diese Signifikanzen völlig und zurück bleibt nur die Frömmigkeit. Somit ergibt sich die Gegenfrage: Ist der postulierte Zusammenhang zwischen Religiosität/Spiritualität und psychischer Gesundheit und Krankheit ein artifizielles Konstrukt? Dies ist allerdings auch entschieden zu verneinen. Es zeigen sich beispielsweise, wie auch in Tabelle 22 dargestellt, relevante Zusammenhänge zwischen allgemeiner Religiosität und Gewissenhaftigkeit bzw. Offenheit für Erfahrungen, wobei auch diese wiederum kritisch reflektiert werden müssen. Einerseits

kann sich natürlich „Gewissenhaftigkeit“ im Zuge einer psychischen Erkrankung sehr leicht in „Zwanghaftigkeit“ färben, andererseits mag mir die leicht provokante Anfrage erlaubt sein, ob „Offenheit für Erfahrung“ nicht immer auch in gewisser Weise mit „Ich-Schwäche“ einhergehen kann? Eine Diskussion in beide Richtungen erscheint auch an diesem Punkt möglich. Gesichert erscheint allerdings auch bei Betrachtung der Tabelle 49 zur Darstellung der soziodemographischen bzw. anamnestischen Tafeln der Zusammenhang zwischen Geschlecht, Alter und Religiosität. Ältere Menschen bzw. Frauen dürfen als religiös-spiritueller gelten. Woran sich natürlich die Frage anschließt: Sind nun ältere Menschen bzw. Frauen psychisch gesünder? Wobei nun wiederum eine allgemeine Beantwortung der Fragestellung nicht zulässig ist. Es ist Frauen und älteren Menschen generell leichter möglich zu vergeben, was mit einer verbesserten psychischen Gesundheit einhergehen mag. Vergeben mag nun allgemein als wichtige Dimension einer religiös-spirituellen Grundhaltung gedeutet werden (was sich ja auch statistisch zeigen lässt).

Auch konnte durch die Daten dieser Studie wiederum der oftmals postulierte negative Zusammenhang zwischen „Religiosität“, „Spiritualität“ und „suizidalen Gedanken“ bzw. „suizidalen Handlungen“ wiedergefunden werden. Hierzu ließen sich schon im Bereich der Prüfung der allgemeinen Zusammenhänge relevante Ergebnisse finden (vgl. Tabelle 88). „Allgemeine Religiosität“ zeigt den höchsten negativen Zusammenhang zwischen einer Suizidhandlung im Vorfeld einer Erkrankung. Die Hypothese, dass dieser Zusammenhang vor allem durch eine aggressionshemmende Wirkung zustande kommt (vgl. Dervic et al., 2004), konnte allerdings nicht bestätigt werden (vgl. dazu die Abbildungen 15 und 16). Glaubensinhalte mögen auch in krisenhaften Lebensabschnitten eine „Buffer“-Funktion bezüglich suizidalen Gedanken bzw. Handlungen haben, die wird aber auf der Basis dieser Ergebnisse nicht über eine aggressionshemmende Wirkung vermittelt. Stärkster Prädiktor bleibt in diesem Zusammenhang natürlich das Ausmaß an Depressivität, obwohl auch in der Literatur immer wieder von hochdepressiven Menschen berichtet wird, denen ihr Glaube doch auch in dieser Situation hilft von einer Suizidhandlung abzusehen.

Als Überleitung auf den Punkt „Zentralität“ von Religiosität und deren Auswirkung auf die psychische Gesundheit seien die Ergebnisse zur allgemeinen Betrachtung der Zusammenhänge noch einmal zusammengefasst: Es zeigen sich relevante Zusammenhänge zwischen Religiosität, Spiritualität und psychischer Gesundheit, diese sind allerdings als eher marginal zu bezeichnen. Es zeigten sich positive Zusammenhänge zu Parametern psychischer Erkrankung (eine Ausnahme bildet hier Suizidalität) bei Betrachtung der Dimension „Frömmigkeit“. Macht es also Sinn, Personen nach dem Ausmaß von Zentralität ihres Glaubens einzuteilen und auf ihre Gottesbilder hin zu untersuchen bzw. bringt dies auch zusätzliche Erkenntnisse hinsichtlich der Zusammenhangsstruktur von Religiosität, Spiritualität und psychischer Gesundheit bzw. Krankheit?

Hypothese 3:

Die Auswirkung von religiös-spirituellen Inhalten auf das Erleben psychischer Gesundheit bzw. Krankheit von psychiatrischen Patienten bzw. gesunden Vergleichspersonen wird dadurch in relevanter Weise mit beeinflusst, wie zentral Religiosität und Spiritualität im persönlichen Konstruktsystem verankert ist.

Dieser vorangestellt sei aber eine kurze Reflexion der Ergebnisse zum Einfluss des religiösen elterlichen Erziehungsstils auf die Zentralität der Religiosität und Spiritualität bei Erwachsenen (vgl. dazu Tabelle 47 bzw. die Abbildungen 11 und 12). Wie in diesen Abbildungen ersichtlich, lässt sich der Einfluss des elterlichen Erziehungsstils auf das Ausmaß an Religiosität im Erwachsenenalter wie folgt zusammenfassen: Unabhängig vom Geschlecht wird Religiosität am stärksten durch die Mutter vermittelt, die Rolle des Vaters erscheint hier untergeordnet. Dieses Ergebnis widerspricht der ursprünglich auf Sigmund Freud zurück gehenden These, dass Religiosität meist durch den Vater (Gott als überhöhte Vaterfigur) bzw. zumindest durch das gleichgeschlechtliche Elternteil vermittelt wird. Natürlich muss kritisch angemerkt werden, dass hier nicht der Versuch unternommen wurde diesen Sachverhalt zur Rolle der Eltern bei der religiösen Entwicklung der Kinder völlig zu klären. Trotzdem mag dieses Ergebnis bei der Generierung für weiter vertiefende Forschungsprojekte durchaus hilfreich sein.

Wie beginnend mit Tabelle 61 dargestellt, wurden die Probanden in drei große Gruppen hinsichtlich der Zentralität ihrer Gläubigkeit unterteilt.

Hier bietet Huber (2003 f., besonders Huber, 2007) folgende Möglichkeiten der Einteilung an: „Marginal (gering)“, „heteronom(mäßig)“ und „autonom (hoch)“. Dabei steht im Hintergrund immer die Vorstellung, dass sich religiös-spirituelle Inhalte je nach Zentralität im Konstruktsystem eines Menschen auf die psychische Befindlichkeit auswirken sollten bzw. im unterschiedlichen Ausmaß verschiedene Lebensbereiche betroffen sein sollten. Spielt Religiosität oder Spiritualität im individuellen Konstruktsystem eines Individuums eine untergeordnete Rolle (marginaler Anteil), so sollte sich das auch nicht in besonders relevanter Weise auf andere Bereiche des menschlichen Erlebens auswirken bzw. sollte das religiös-spirituelle Erleben durch den Einfluss der Inhalte anderer Lebensbereiche bestimmt sein (z. B. Karrieredenken, Familie). Ist Religiosität eher im mittleren Bereich gelagert (heteronom), so sollte dies auch in einer ansteigenden Auswirkung auf die sonstigen Dimensionen der Befindlichkeit spürbar werden. Es gibt zwar Bereiche, die der Religiosität übergeordnet sind, allerdings hat die Bedeutung zugenommen und damit beginnt sie verstärkt andere Bereiche des Lebens mit einzufärben. Bei hoher Religiosität (autonom) kommt es zu einem zusätzlichen Anstieg im religiös-spirituellen Befinden, Religiosität und Spiritualität rücken an eine zentrale Position und beeinflussen viele andere Lebensbereiche und werden von kaum einem beeinflusst. Natürlich erscheint es denkbar, dass zwei Bereiche

im Konstruktsystem gleichberechtigt die zentrale Position einnehmen und sich gegenseitig beeinflussen. Huber (2008) verwendet im Rahmen des Religionsmonitors für diese Bereiche „nicht religiös“, „religiös“ und „hoch religiös“. Dieses simple Schema gewinnt vor allem durch damit verbundene Vielzahl an Differenzierungs- und Anwendungsmöglichkeiten zusätzlich an Reiz. So ist es natürlich einmal möglich, verschiedene Gruppen (bis hin zu verschiedenen Nationen) miteinander zu vergleichen, besonders attraktiv erscheint aber die verschiedenen Stufen der Zentralität in Beziehung zur Auswirkung verschiedener Gottesbilder auf die psychische Gesundheit in Beziehung zu bringen. Exemplarisch sollten nun die wichtigsten Dimensionen herausgegriffen und diskutiert werden. Marginal religiöse werden dabei mit Z1, heteronom religiöse mit Z2 und hoch religiöse mit Z3 benannt. Allgemein sei der Eindruck vorangestellt, dass es in weiterer Folge eine wichtige Forschungsfrage darstellen könnte, den Fokus der Betrachtung von Gottesbildern auf die Gruppe der hochreligiösen Z3 Menschen zu legen.

Wie in Tabelle 61 zum Parameter „Allgemeine Religiosität“ dargestellt, ergibt sich für die gesamte Stichprobe ein verstärktes Wirken positiv gefärbter Gottesbilder im Vergleich zu negativen Gottesbildern als Ausdruck des Ausmaßes eines allgemeinen religiösen Befindens. Betrachtet man die Gruppe der Z1, ergeben sich insgesamt hohe Zusammenhänge zwischen Religiosität und Art der Gottesbeziehung, was auch auf ein wenig differenziertes Gottesbild schließen lässt. In der Z2 Gruppe findet sich ein hoher Zusammenhang zu positiven Gottesbildern bzw. ein niedriger zu negativen Gottesbildern. Bei Z3, bei den hochreligiösen Menschen findet sich nur mehr Korrelationen zu positiven Gottesbildern als Ausdruck einer allgemeinen Grundreligiosität. Hier könnte es sich somit um Menschen handeln, die sich zwar einerseits durch die positive Wirkung ihres Glaubens getragen fühlen, diesen aber auch nicht mehr kritisch betrachten bzw. werden ein möglicherweise kritische Anteile in der Gottesbeziehung nicht mitgeteilt. Spannend ist natürlich auch der verminderte Zusammenhang im Bereich der positiven Gottesbilder. Hier ist zu schlussfolgern, dass hochreligiöse Menschen sich in ihrer Religiosität generell differenzierter wahrnehmen könnten. Trotzdem ist das Vorhanden sein eines Glaubenssystems notwendig, um überhaupt differenzierte Aussagen über ein bestimmtes Gottesbild treffen zu können. Betrachtet man den Parameter „Allverbundenheit“ Tabelle 62, so sind sofort fehlende Zusammenhänge augenfällig, d. h. unabhängig von den Zentralitätsstufen kommt es zu keiner relevanten Beziehung von Gottesbildern und Allverbundenheit.

Spannend erscheint allerdings die Zusammenhangstruktur zwischen „transzendenten Hoffnungen“ Tabelle 63 und den verschiedenen Gottesbildern in Abhängigkeit von den verschiedenen Zentralitätsstufen. So findet sich generell ein negativer Zusammenhang zwischen sowohl positiven als auch negativen Gottesbildern, obwohl der negative Zusammenhang niedriger ausfällt. Bei Z3 Personen ist aber dieser etwas seltsam

anmutende negative Zusammenhang zwischen positiver Gottesbeziehung und transzendenter Hoffnung verschwunden. Hochreligiöse Menschen weisen eine Art der transzendenten Hoffnung auf, die vor allem durch eine Abwesenheit von ängstlichen Gefühlen oder Gefühlen von Schuld und Hader gegenüber Gott geprägt sein mag. Zur Frage, warum positive Gottesbilder hier keine Rolle spielen, mag man zur Erkenntnis gelangen, dass Gefühle wie Dank oder Verehrung hinsichtlich der transzendenten Hoffnung wirklich keine allzu große Rolle zu spielen scheinen.

Der Parameter des Vergebens (vgl. Tabelle 64) kann allerdings hypothesenkonform abgebildet werden. So zeigen sich über die gesamte Stichprobe verteilt, gering positive Korrelationen zwischen den verschiedenen Parametern einer positiven Gottesbeziehung bzw. lässt sich keine relevante Beziehung zu den negativen Gottesbildern finden. Im Bereich der Z1 Menschen findet sich somit auch kein relevanter Zusammenhang zwischen der Art der Gottesbeziehung und der Bereitschaft zu vergeben. Im Bereich Z2 tauchen negative Korrelationen zu einer kritischen Gottesbeziehung auf, allen voran natürlich das Gefühl von Angst bzw. Schuld. Im Bereich der Z3 gesellen sich die positiven Gefühle gegenüber Gott hinzu, mit einer verstärkten Abwendung von den negativen Gottesbildern. Interessant ist natürlich zu bemerken, dass sich im Bereich Z3 vor allem ein Gefühl der Verehrung gegenüber Gott mit der Bereitschaft zu vergeben, paart. Dieses Ergebnis weicht von den Ergebnissen von Huber (2007) genau zu dieser Fragestellung insofern ab, als er nämlich Vergebung hinsichtlich eines transzendenten Raums als stärksten Prädiktor für das Merkmal „Vergeben“ können berichtet. Eine vertiefte Beforschung im Bereich Vergebung erschiene speziell aus dem diesem Grund als besonders reizvoll.

Im Bereich der berichteten „Erfahrungen von Bedeutung und Sinn“ (vgl. Tabelle 65) scheint der Einfluss des Gottesbildes bzw. der Gottesbeziehung in Abhängigkeit von den Zentralitätsstufen wiederum deutlich geringer. Im Bereich der Z2 scheint ein positives Gottesbild geringfügig mit zu beeinflussen.

Was nun den Bereich der „immanenten Hoffnung“ (vgl. Tabelle 66) betrifft, scheint im Bereich der niedrig bis hoch religiösen Menschen bzw. auch insgesamt eine verminderte negative Gottesbeziehung eine gewisse Rolle zu spielen. Im Bereich der hochreligiösen Z3 Gruppe findet sich nur ein positiver Zusammenhang mit allgemein positiven Gefühlen gegenüber Gott.

Was nun die „BIG SIX“ der Persönlichkeit betrifft, so ergibt sich insgesamt das Bild eines negativen Zusammenhangs zwischen kritisch besetzten Gottesbildern und „Extraversion“ (vgl. Tabelle 67). Auch verweist eine positive Korrelation von $r=.25$ von „Zentralität“ und Extraversion (vgl. Tabelle 67) zumindest auf einen grundsätzlich positiven Zusammenhang zwischen religiös-spirituellen Befinden und psychischer Gesundheit. Im Bereich der marginal religiösen findet sich ein geringer negativer Zusammenhang für alle

Gottesbilder. Hier mag man auch von keinem relevanten Einfluss sprechen. Im Bereich der Z2 Leute bildet sich eine ähnliche Zusammenhgangsstruktur ab, wie für die Gesamtstichprobe. Am klarsten erscheint der Zusammenhang wiederum bei den hochreligiösen Menschen. Positive Gefühle gegenüber Gott korrelieren hier hoch positiv mit Extraversion bzw. korrelieren negative Gefühle und das Gefühl von Schuld auch negativ. Aufgrund der Höhe der Korrelationskoeffizienten erscheint auch die Wirkung von Religiosität und Spiritualität auf die Persönlichkeit von hochreligiösen Menschen zumindest einmal was die Extraversion betrifft belegt.

Eine ähnliche Zusammenhgangsstruktur lässt sich mit dem Parameter „Neurotizismus“ zeigen (vgl. Tabelle 68). Insgesamt korrelieren negative Gottesbilder leicht positiv mit neurotischer Struktur. Dieses Ergebnis findet sich auch bei Z1 bzw. Z2 wieder. Im Bereich von Z3 kommen dann die Aspekte der positiven Gottesbeziehung als negative Korrelate hinzu. Was wiederum auf ein differenziertes Gottesbild hinweist.

Im Bereiche der „Offenheit für Erfahrungen“ (vgl. Tabelle 69) zeigen sich insgesamt marginale positive Zusammenhänge zu allen Formen der Gottesbeziehung. Hier bringt eine differenzierte Betrachtung nach Zentralitätsstufen keine wesentlichen neuen Erkenntnisse. Einzig im Bereich Z2 finden sich gering positive Korrelationen.

Etwas unklar bleibt die Zusammenhgangsstruktur auch bei der Dimension „Gewissenhaftigkeit“ (vgl. Tabelle 70). Gering positive Korrelationen finden sich bei Gewissenhaftigkeit nur in der Gruppe der Z2 Leute bzw. zeigt sich dieser Zusammenhang auch insgesamt. Es bleibt der Eindruck, dass hier vielleicht noch eine genauere Abklärung vonnöten wäre.

Was nun die Auswirkung verschiedener Gottesbilder auf die „Aggressivität“ betrifft, so zeigt sich das gewohnte Bild (vgl. Tabelle 71): Insgesamt finden sich negative Zusammenhänge zwischen dem Vorhandensein eines positiven Gottesbildes und dem Ausmaß an Aggressivität. In der Gruppe der Z1 finden sich keine Zusammenhänge. Ab Zentralitätsstufe 2 zeichnet sich allerdings jener Zusammenhang ab, der dann bei Z3 so richtig deutlich wird.

Positive wie auch negative Gottesbilder haben einen sehr starken Einfluss auf das Ausmaß an Aggressivität. Vielleicht scheint sich hier auch eine der Ursachen für religiös motivierten Terror abzubilden, der in Identifikation mit einem gewalttätigen bzw. rachsüchtigen Gott passiert. Natürlich kann man an diesem Punkt auch gegenargumentieren, dass religiöse Attentäter meist über ein positiv geprägtes Gottesbild verfügen. Ein erster Hinweis aber, dass sich menschliche Aggressivität besonders bei hochreligiösen sehr stark durch die Gottesbilder beeinflussen lässt, bietet diese Darstellung aber trotzdem.

Was die Persönlichkeitsdimension „Frömmigkeit“ (vgl. Tabelle 72) angeht, so ergibt sich ein spannendes Profil. Insgesamt sind beide Konstrukte sehr ähnlich ($r=.79$). Auch ist Frömmigkeit insgesamt eher durch ein positives als durch ein negatives Gottesbild geprägt. Wobei auch negative Gottesbilder auf eine höheres Ausmaß an Frömmigkeit schließen lassen, die positiven Gottesbilder überwiegen aber. Dieses Bild findet sich in der Z1 Gruppe bzw. wird dieser Eindruck in der Z2 Gruppe noch verstärkt. Innerhalb der hochreligiösen Menschen zeigt sich aber ein spannender Effekt. Frömmigkeit ist nur mehr durch eine mäßige hohe Korrelation von $r=.31$ mit einem Gottesbild verbunden, welches durch Dankbarkeit geprägt ist. Formen negativ geprägter Gottesbeziehung rücken dabei völlig in den Hintergrund. Natürlich sind diese Ergebnisse auch aufgrund der recht kleinen Stichprobe einmal kritisch zu hinterfragen.

Zusammenfassend ergibt sich aber das Anliegen an zukünftige Forschungsvorhaben diese verschiedenen Formen von Religiosität und Spiritualität in ihrer Zusammenhangsstruktur möglicherweise auch durch die zusätzliche Durchführung von freien Interviews genauer zu beleuchten.

Wie ab Tabelle 73 dargestellt soll nun die Zusammenhangsstruktur zwischen Gottesbeziehung und psychiatrischer Symptomatik in Abhängigkeit von der Zentralität der Glaubensinhalte dargestellt werden. Dabei erfolgt als Erstes die Beschreibung des GSI: „Global Severity Index“ (vgl. Tabelle 73), wobei hier der insgesamt „wahrgenommene Schweregrad der Beeinträchtigung“ erfasst wird. Auch hier bestätigt sich die allgemeine Hypothese: Es zeigen sich insgesamt geringfügige Korrelationen zwischen GSI und Gottesbeziehung. In der Gruppe der Z1 zeigen sich keinerlei Zusammenhänge. In Z2 ergibt sich eine relevante Beziehung zwischen negativer Gottesbeziehung und Ausmaß der psychischen Erkrankung. In der Gruppe der Z3 findet sich wiederum eine negative Beziehung zwischen positiven Gottesbildern bzw. eine positive Beziehung zu negativen Gottesbildern, wobei dies als ganz wichtiges Indiz dafür zu werten ist: Psychisch kranke Menschen, insbesondere die hochreligiösen, können unter ihrer Religiosität und Spiritualität auch leiden. Hier wäre auch ein wichtiger therapeutischer Ansatzpunkt zu sehen, welcher in einer möglichen Umdeutung dieser Bilder zu sehen wäre.

Was die Zusammenhangsstruktur zu „Depressivität“ (vgl. Tabelle 74 f.) betrifft, so zeigt sich hier ein ähnliches Bild. Eine negative Gottesbeziehung ist Teil der depressiven Symptomatik bei den Z3 Patienten. Interessantes, wenn auch nur tendenziell statistisch relevant ist der positive Zusammenhang zwischen vergebendem Gottesbild und Ausmaß der depressiven Symptomatik. Dies kann als Indiz dafür gewertet werden, dass nicht nur positive Gottesbilder, sondern auch negative zum psychischen Wohlbefinden bzw. in diesem Fall umgekehrt beitragen können. In diesem Bereich sei ebenfalls weiterführend Forschungsarbeit angeregt. So erscheint die Überlegung, dass negative Aspekte der

Gottesbeziehung insgesamt im Kontext psychischer Gesundheit stehen, als wichtige Forschungsfrage.

Zur Frage des „Erlebens von Schuld“ und die Relevanz der Gottesbeziehung dazu, wurden mehrere Items vorgegeben (vgl. dazu Tabelle 76 f.). Schulterleben erscheint ja gerade in der Gruppe der depressiven Menschen von erhöhter Präsenz. Schuldbeladende Kognitionen bestimmen die depressive Symptomatik. Insgesamt wurden drei Items zur Erfassung des Schulterlebens vorgegeben, dieses Vorgehen ist zwar vor allem aus ökonomischer Perspektive nicht wirklich zu empfehlen, bietet hier allerdings interessante Möglichkeiten des Vergleichs. So finden sich im Brief Symptom Inventory (BSI) zwei Items „Schuldgefühle“ und „Gedanken, dass ich für meine Sünden bestraft werden sollte“. Hier ergibt er sich der interessante Aspekt, dass ersteres Item inhaltlich sehr auf den immanenten Raum, letzteres Item eher auf den transzendenten Raum verweist. Dementsprechend bildet sich dann auch die Zusammenhangsstruktur ab. Insgesamt findet sich bei „Schulterleben“ ein positiver Zusammenhang mit den Parametern negativer Gottesbeziehung. Bezieht man die Zentralitätsstufen in die Analyse mit ein, so finden sich vor allem in der Z3 Gruppe auch die Indikatoren positiver Gottesbeziehung als negative Prädiktoren des Schulterlebens wieder.

Auffallend sind hier die sehr hohen Korrelationskoeffizienten hinsichtlich der negativen Gottesbeziehung in der Gruppe der hochreligiösen Menschen. Ein nahezu identisches Bild ergibt sich beim Item „Ich habe Schuldgefühle“ des Beck Depressions Inventars (BDI). Eine Diskussion entfällt deshalb an diesem Punkt. Spannend allerdings das Profil bei „Gedanken, dass ich für meine Sünden bestraft werden sollte.“, wobei hier anzumerken, dass die Bestrafung laut Itemformulierung nicht unbedingt durch „Gott“ oder eine „höhere Macht“ anzunehmen wäre, allerdings wird durch den Terminus „Sünde“ ein eindeutig durch Glaubensinhalte besetzter Begriff verwendet. Dementsprechend die Zusammenhangsstruktur: Findet man insgesamt noch die übliche Verteilung der Korrelationen, so fällt in der Gruppe der hochreligiösen besonders die Abwesenheit irgendwelcher positiven Gottesrepräsentanzen auf. Es finden sich sehr hohe Korrelationen zu einem angst- und schuldig machenden Gottesbild wieder, was als eindeutiger Beweis für den Zusammenhang zwischen pathogener Religiosität und Spiritualität und psychischer Erkrankung gewertet werden darf. Gerade bei diesen Menschen könnte sich bei weiterführender Untersuchung ein besonders sadistisches Über-ich im Zuge eines rigiden elterlichen Erziehungsstils herausgebildet haben. Es gibt keine Beziehung zu positiven Gottesbildern, ein negatives Gottesbild (und somit auch hoch aktives) prägt das Erleben.

Ein deutlich wahrnehmbarer Unterschied findet sich nun zu den „Angsterkrankungen“ (Tabelle 79). Bei insgesamt Betrachtung weisen alle Formen der Gottesbeziehung eine marginal positive Beziehung auf. Bei Einbeziehung der Zentralitätsstufen zeigt sich aber ein

ähnlicher Effekt wie bei der Depressivität. Bei Z1 Personen ergibt sich kaum ein Einfluss des Gottesbildes auf das Ausmaß an Ängstlichkeit. Im Bereich Z2 hingegen kommt es zu relevanten Zusammenhängen im Bereich der negativen Gottesbilder. Hier scheint die ängstliche Symptomatik durch eine negative Gottesbeziehung mit beeinflusst. Bei den Hochreligiösen zeigt sich tendenziell aufgrund der kleinen Stichprobe nur eine negative Korrelation zu den positiven Gottesbildern. Auch hier erschiene eine vertiefende Forschung als durchaus reizvoll, eventuell ein Vergleich zwischen depressiven und Angstpatienten hinsichtlich der Struktur ihres religiös-spirituellen Erlebens.

Hinsichtlich „phobischen Erlebens“ (Tabelle 80) zeigt sich insgesamt ein höherer Zusammenhang bei negativen Gottesbildern als bei positiven. In der Gruppe Z1 findet sich kein Zusammenhang. In der Gruppe Z2 spielt wieder die positive Beziehung zu negativen Gottesbildern eine Rolle. In der Gruppe Z3 ergeben sich wiederum relevante Beziehungen zu positiven als auch zu negativen Gottesbildern, jeweils bei einem Korrelationskoeffizienten von $r=.3$. Auch phobisches Erleben scheint bei hochreligiösen Personen durch die Gottesbeziehung beeinflusst. Weniger klar zeigen sich die Zusammenhänge bei Unsicherheit (Tabelle 81) bzw. auch „Zwanghaftigkeit“ (Tabelle 82). Hier zeigen sich insgesamt positive Korrelationen zu negativen Gottesbildern. Auch lässt sich bei Beachtung der Zentralitätsstufen eine Zunahme der Beeinflussung der psychiatrischen Symptomatik erkennen.

Was „Somatisierung“ (Tabelle 83) betrifft, so zeigen sich insgesamt nur marginale Zusammenhänge. Schuld und Angst in der Gottesbeziehung scheinen hier tendenziell eine Rolle zu spielen. Hier sei mir die gewagte These gestattet, ob nicht die genauere Beforschung dieser hier angedeuteten Ergebnisse, auch zur Klärung von Besessenheitsphänomenen oder von Stigmatabildung beitragen könnte.

Marginale Zusammenhänge ergeben sich bei „Schlafstörungen“ (vgl. Tabelle 84). Im Bereich der Z1 Gruppe zeigen sich keine Zusammenhänge. In der Gruppe Z2 ergeben sich nur marginale Zusammenhänge, im Bereich Z3 zeigt sich eine tendenziell relevante Korrelation von $r=.29$ zu einem vergebendem Gottesbild. Auch hier scheint sich eine positive Gottesbeziehung negativ auf die psychische Befindlichkeit auszuwirken, wobei dieses Ergebnis aufgrund der kleinen Stichprobe bzw. der auch nicht wirklich aussagekräftigen Korrelation sehr mit Vorsicht zu genießen ist.

In Tabelle 85 ist die Beziehung zwischen Gottesbild und Essverhalten abgebildet, wo sich insgesamt keine relevanten Korrelationen messen lassen. Marginal mag ein negatives Gottesbild mit einem gestörten Essverhalten einherzugehen. Weiterführende Forschung wäre natürlich an diesem Punkt grundsätzlich denkbar.

Im Bereich der „Sexualität“ (vgl. Tabelle 86) findet man ebenfalls insgesamt marginale Korrelationen. Einerseits gepaart mit einem positiven Gottesbild, andererseits

allerdings auch mit einem negativem Gottesbild. Interessant ist natürlich wiederum die Gruppe der hochreligiösen. Hier scheint sich ein durch Angst und Schuld geprägtes Gottesbild auch auf die innere Freiheit hinsichtlich der Sexualität auszuwirken. Tendenziell natürlich ein hoch interessanter Befund zu einem zugegebenermaßen brisanten Thema, auch hier wäre noch sehr viel weiterführende Forschung möglich. Ein tatsächlicher Wirkmechanismus von Religiosität und Spiritualität auf das Sexualverhalten scheint aber durch die Ergebnisse bestätigt.

In Tabelle 87 findet sich der Zusammenhang von Gottesbeziehung und „Psychotizismus“ abgebildet. Während sich insgesamt eine gering bis mäßig hohe positive Korrelation zu den negativen Gottesbildern zeigt, ergibt die Einbeziehung der Zentralitätsstufen ein interessantes Bild. In der Gruppe der Z1 findet sich wiederum kein Zusammenhang. In der Z2 Gruppe beginnt sich verstärkt ein positiver Zusammenhang zu beiden Qualitäten der Gottesbeziehung bemerkbar zu machen. In der Z3 Gruppe zeigen sich sehr hohe Zusammenhänge hinsichtlich eines angst- bzw. schuldbesetzten Gottesbildes. Wobei natürlich religiöser Versündigungswahn hier auf der Basis empirischer Daten durchscheint. Aufgrund der Ergebnisse dieser Untersuchung wäre davon auszugehen, dass hoch religiös-spirituelle Menschen leichter religiöse Wahnideen entwickeln als weniger religiöse – allerdings deckt sich das nur teilweise mit den Forschungsergebnissen (vgl. Pfeifer, 2007). Auch muss angemerkt werden, dass es sich bei den untersuchten Gruppen um Patienten handelte, die zum Zeitpunkt der Untersuchung kein florid psychotisches Erleben zeigten. Somit bleibt an diesem Punkt, mit Nachdruck eine genauere Untersuchung der Zusammenhangsstruktur von religiös-spirituellen Befinden und Psychose anzuregen, wobei natürlich die Möglichkeiten und Grenzen einer Fragebogenuntersuchung bei psychotischen Patienten im Vorfeld zu klären sind.

Eine etwas umfangreichere Auswertung fand zur Thematik „Religiös-spiritueller Befinden“ und „Suizidalität“ statt. So zeigte sich in Vergangenheit immer wieder, dass Religiosität und Spiritualität im Zusammenhang mit Suizidalität von besonderer Relevanz sein könnten, sowohl was die Prävention als auch die Therapie betrifft. Auch hier finden sich ähnliche Ergebnisse (vgl. Tabellen 88 f. bzw. Abbildungen 15 f.). Allerdings scheint die Zentralität von Religiosität hier keine besondere Rolle zu spielen. Natürlich nimmt der Einfluss tendenziell zu, so dürften hochreligiöse Menschen über eine Art „Suizid-Buffer“ verfügen. Allerdings zeigt sich weiters ein hoch spannendes Ergebnis besonders im Bereich der Suizidalität scheinen negative Gottesbilder auch eine Schutzfunktion zu haben. So scheint die Annahme auf der Basis empirischer Daten durchaus gerechtfertigt (zumindest was die Gruppe der hoch religiösen Menschen betrifft), dass hier oftmals von einer Suizidhandlung auch aufgrund der Angst vor dem Jenseits abgesehen wird. Eine weniger tröstliche Erkenntnis für die Betroffenen, für Praktiker, die mit Menschen in akuten Krisen

arbeiten aber durchaus von Relevanz. Beschließend wurde basierend auf den Erkenntnissen von Dervic et al. (2004) noch die Wirkung von Religiosität auf das Aggressionspotential gemessen, wobei Suizidalität in diesem Sinne auch als autoaggressive Geste verstanden wird (vgl. Abbildungen 15 und 16). Es lässt sich allerdings auf Basis der Daten schlussfolgern: Die hemmende Wirkung von Religiosität und Spiritualität auf Suizidgedanken bzw. -handlungen konnte auf der Basis der Daten bestätigt werden – die Berücksichtigung einer aggressionshemmenden Wirkung trägt dabei aber wenig zur Aufklärung dieses Mechanismus bei. Religiosität wirkt zwar aggressionshemmend, Aggression steht aber in kaum einem Zusammenhang zur Suizidalität. Auch an dieser Stelle sei auf die Möglichkeit einer vertiefenden Analyse z. B. mit qualitativen Interviews verwiesen. Zusammenfassend seien noch einmal drei Themenkomplexe zur Weiterbeforschung angeregt: 1) Religiös-spirituelles Befinden bei depressiven im Vergleich zu Angstpatienten, 2) Religiös-spirituelles Befinden im psychotischem Erleben bzw. 3) Religiös-spirituelles Befinden im Kontext suizidaler Gedanken bzw. Handlungen.

5.4 Abschließende Betrachtung: Zentrale Kritikpunkte an der eigenen Arbeit und Ausblick

Es sollen nun diese Arbeit beschließend kurz und prägnant mögliche Kritikpunkte am eigenen Vorgehen herausgearbeitet werden. In weiterer Folge kann noch einmal auf die zentralen Fragestellungen eingegangen werden, was dann die Basis für mögliche Ideen zur Weiterbeforschung des Feldes bietet. Das erste Anliegen der Arbeit, die Weiteranwendung und damit das Vorantreiben der Etablierung des eigens entwickelten MI-RSB 48 konnte wie geplant erfolgen. Allerdings verdichtete sich der Eindruck, dass das Verfahren vor allem in Settings mit schwer psychisch bzw. physisch kranken Patienten auch von seinem Umfang her zu lang sein könnte. Es ist deshalb in Planung eine Kurzversion des Verfahrens mit zumindest der Hälfte der Items (Trennschärfekriterium) herzustellen. Hinsichtlich der Stichproben wäre es aus verteilungstechnischen Gründen sicher sinnvoller gewesen, gleiche Zellenbesetzung anzustreben, was allerdings bei anfallenden Stichproben im klinischen Raum nicht immer ein leichtes Unterfangen ist. Auch die alleinige Vorgabe der psychiatrischen Instrumente ausschließlich an die Patienten und nicht an die Vergleichspersonen lässt sich nicht wirklich begründen. So wäre es durchaus spannend gewesen, wie sich psychiatrische Symptome in einer Vergleichsgruppe von Personen ohne psychiatrische Diagnose in der Biographie abbilden lassen. Am zentralen Aussagewert ändert das meiner Ansicht nach aber nichts. Die vorgestellte Studie stellt grundlegendes Wissen zu Dimensionen wie „Religiosität“ und „Spiritualität“ im Krankheitsprozess dar, wobei es natürlich an allen Ecken und Enden generell zu schleifen gilt – Mit Nachdruck wäre beispielsweise bei Weiterführung der Arbeit ein zweiter Messzeitpunkt, eventuell in Kombination mit einer gruppenspezifischen religiös-spirituellen therapeutischen Intervention gepaart, anzuregen.

Auf die globale Fragestellung, ob nun Religiosität bzw. Spiritualität einen negativen bzw. positiven Einfluss auf die psychische Gesundheit hat, kann keine eindeutige Antwort gegeben werden. Allerdings lässt sich aufgrund der Ergebnisse schlussfolgern, dass sich positive wie auch negative Glaubensinhalte mit zunehmender Zentralität auch stärker auf die psychische Gesundheit auszuwirken beginnen. Braucht der religiöse Patient deshalb einen religiösen Psychiater, Psychologen oder Psychotherapeuten? Wahrscheinlich nicht. Ist es sinnvoll Religiosität und Spiritualität ins Behandlungskonzept einer psychiatrischen Abteilung mit aufzunehmen bzw. das Angebot zu stärken? Mit Sicherheit. Auf der Basis des bio-psycho-sozio-spirituellen Modells von Gesundheit und Krankheit lassen sich zentrale existenzielle Dimensionen des menschlichen Erlebens, die auch keinen expliziten

Transzendenzbezug aufweisen wie „Hoffnung“ oder „Vergeben“ im klinischen Alltag thematisieren. Was an praktischer Kompetenz vom Klinikpersonal zu erwarten ist, wäre ein reflektierter Umgang mit der Thematik. Fokussiert auf die klinische Psychiatrie sei noch einmal auf die durch empirisches Datenmaterial nachgewiesene positive wie auch negative Wirkungsmöglichkeit religiös-spirituelle Inhalte verwiesen. Besonders in der Gruppe der depressiven Patienten erscheint die Berücksichtigung religiös motivierten Schulterlebens als wichtiger Faktor. Was die Gruppe der Suchtpatienten betrifft, wäre hier der Bedarf an religiös-spirituelle Nachnahrung wohl die zutreffendste Schlussfolgerung aufgrund der Ergebnisse der hier vorgestellten Daten.

„Kann Religiosität und Spiritualität im Krankheitsprozess nützlich oder schädlich sein?“ Auch hier sind beide Richtungen denkbar und es findet sich die gleiche Antwort. Ja, auf alle Fälle. Religiosität und Spiritualität kann eine wichtige Ressource im Umgang mit einer Krise darstellen. Wichtige Aufgabe der Religionspsychologie sollte es aber sein, stets zur kritischen Reflexion der Ergebnisse beizutragen. Ideologisch bzw. konfessionell geprägte Psychologien bzw. Psychotherapien schaden dabei gerade in diesem Bereich dem Anliegen erheblich, da persönliche Hintergründe oftmals nicht offen kommuniziert werden. Eine vereinfachende Darstellung der Ergebnisse erscheint besonders in diesem Bereich als besonders kritisch. Langfristiges Ziel der Religionspsychologie kann es nur sein, sich im Feld der Psychiatrie, Psychologie bzw. Psychotherapie zu etablieren bzw. als ein eigenes Fach in der Psychologie mit ihrem hoch entwickelten Forschungsinstrumentarium anerkannt zu werden. Ein eigener Lehrstuhl an den Psychologie Instituten sollte dabei perspektivisch ins Auge gefasst werden.

Beschließend seien nun noch ein paar Fragestellungen zur einer möglichen Weiterbeforschung vorgeschlagen. Die klinisch-religionspsychologische Forschung steckt trotz engagierter Forschungsleistungen teilweise noch in ihren Kinderschuhen. Viel zu wenig Forschung wurde noch zur Wirkung von religiös-spirituelle therapeutischen Interventionsstrategien geforscht. Hierzu würde es aber ein Versuchsdesign bedürfen, mit der Möglichkeit einen Therapieansatz, welcher durch eine religiös-spirituelle Komponente angereichert wurde mit einem herkömmlichen zu vergleichen. Ist religiös-spirituelles Befinden durch ein bestimmtes Programm beeinfluss- bzw. auch veränderbar? Und welche Auswirkungen hat das in weiterer Folge auf das bio-psycho-soziale Befinden der betroffenen Patienten? So könnte auf bestimmte Themenbereiche fokussierte Forschung doch noch erheblich zur weiteren Klärung des Zusammenhangs von religiös-spirituelle Inhalten und psychischer Gesundheit bzw. Krankheit beitragen.

Damit eng in Zusammenhang steht natürlich die Etablierung eines geeigneten Forschungsinstrumentariums. Die Weiteranwendung bereits bestehender Verfahren ist dabei vehement anzuraten. Mit dem mehrdimensionalen Verfahren zum religiös-spirituelle

Befinden (MI-RSB 48, vgl. Unterrainer, 2007) bzw. der Skala zur Struktur und Zentralität von Religiosität (Z-Skala bzw. RST, vgl. Huber, 2003, 2004 f.) stehen dabei zwei ausreichend validierte Konzepte zur Verfügung, deren Wert für die klinische Forschung durch eine Weiteranwendung gesteigert werden könnte. Weiters lässt sich eine Reihe von Instrumenten finden, die durchaus in einem religionspsychologischen Forschungsprojekt Verwendung finden könnten. Die Übersetzung anglo-amerikanischer Instrumente ist mit Recht teilweise kritisch zu beurteilen. So mag ein Konzept, wie das Konzept von Pargament zum religiösen Coping (engl.: „religious coping“) derartig einflussreich sein, dass man um eine Übersetzung nicht herumkommt (vgl. dazu Lehr, 2008 für eine Übersetzung der R-COPE Skala), auch um an die Erkenntnisse im angloamerikanischen Raum in irgendeiner Form andocken zu können., andererseits kann aus religionssoziologischer Perspektive argumentiert werden, dass ein Messinstrument immer Produkt seiner gesellschaftlich-sozialen Einbettung ist. So mag es spannend sein, angloamerikanische Ergebnisse durch die Übersetzung von Skalen vergleichbar zu machen, man läuft allerdings auch Gefahr nationale und regionale Besonderheiten zu übersehen. Dieser Missstand findet sich aber auch im kleineren Rahmen. So werden z. B. in Österreich besonders im klinischen Bereich meistens Messverfahren mit Normwerten der bundesdeutschen Bevölkerung verwendet. Kritisch möchte ich mir hier die Anfrage erlauben, ob hier nicht auch Eigentümlichkeiten in den Mentalitäten übergangen werden könnten?

Mit diesen Überlegungen eng in Zusammenhang steht auch die Forderung nach einer verfeinerten qualitativ orientierten Diagnostik Vor allem im klinischen Bereich. Meist aus Zeitmangel und Publikationsdruck finden sich nur vereinzelt Studien die auch einen qualitativen Teil im Design vorsehen, was natürlich sehr zu bedauern ist. Gerade die psychoanalytisch-psychodynamisch orientierte Forschung stellt dabei mit der operationalisierten psychodynamischen Diagnostik (vgl. Rudolf, 2004) ein Instrumentarium zur Verfügung, welches sich auch hervorragend für ein religionspsychologisches Forschungsprojekt eignen würde. „Zeigen sich in Abhängigkeit vom jeweiligen Strukturniveau bestimmte Profile in der Gottesbeziehung?“ wäre zum Beispiel nur eine der vielen möglichen Fragestellungen. Abschließend möchte ich doch auch noch meine Zufriedenheit mit der hier vorgestellten Studie zum Ausdruck bringen, da trotz einiger Mängel alle gesteckten Ziele erreicht werden konnten. Einerseits wurde die Beforschung des Konzepts zum religiös-spirituellen Befinden weitergeführt, andererseits konnten wichtige Grundlagen zur Rolle von Religiosität und Spiritualität im klinisch-psychiatrischen Raum gesammelt werden.

6 Zusammenfassung

6.1 Abstract deutsch

Einleitung:

Das Konzept des religiös-spirituellen Befindens wurde in interdisziplinärer Zusammenarbeit zwischen Pastoral Theologie, Pastoral Psychologie und Klinischer Psychologie entwickelt. Das ursprüngliche theoretische Konzept wurde unter Beachtung folgender grundlegender Annahmen zusammengestellt: Es existieren zwei unterschiedliche Ebenen der Wahrnehmung, der immanente und der transzendente Raum, welche wiederum in fünf unterschiedliche Dimensionen aufgeteilt sind: „Hoffnung“, „Vergeben können“, „Rituale und Symbole“, „Erfahrungen von Bedeutung und Sinn“, „Akzeptanz der Endlichkeit des Lebens“. Zu jeder dieser Dimensionen wurden Items konstruiert und zuerst an einer Stichprobe von Studierenden ($N=200$) erprobt. Danach erfolgte die Vorgabe einer ersten Revision des Tests an verschiedene klinische Gruppen bzw. eine nichtklinische Vergleichsgruppe gemeinsam mit anderen psychometrischen Instrumenten. Es war möglich, die Grundannahmen des theoretischen Modells durch empirisches Datenmaterial zu bestätigen. Eine vorläufige Endversion des Multidimensionalen Inventars zum Religiös-spirituellen Befinden (MI-RSB 48) wurde angefertigt. Basierend auf den Ergebnissen dieses Forschungsprojekts wurde eine weitere Studie mit dem Fokus allgemein psychiatrische Patienten durchgeführt.

Drei Grundhypothesen wurden aufgeworfen: 1) Es gibt relevante Unterschiede zwischen Süchtigen, depressiven Patienten und gesunden Kontrollen hinsichtlich der untersuchten Parameter, 2) es gibt eine relevante Beziehung zwischen verschiedenen Parametern von Religiosität und Spiritualität und Parametern von psychischer Gesundheit und Krankheit, 3) die Zentralität des religiös-spirituellen Konstruktsystems sollte das Maß an Beziehung zwischen Religion und Gesundheit beeinflussen.

Methode:

Als Stichprobe wurden 120 Suchtpatienten in einer therapeutischen Gemeinschaft und 100 psychiatrische Patienten (ängstlich-depressives Zustandsbild) auf ihr bio-psycho-sozio-spiritueller Befinden hin getestet. Auch wurden zum Vergleich 200 non-klinische Probanden befragt. Diese hatten in ihrer Biographie noch keine psychiatrische bzw. psychotherapeutische Behandlung aufzuweisen. Weitere psychometrische Instrumente waren: Sechs Faktoren Test (SFT; basierend auf dem Konzept der „BIG-FIVE“ Faktoren der Persönlichkeit mit einem zusätzlichen sechsten Faktor Frömmigkeit), BSI (Brief Symptom Inventory) und BDI (Beck Depressions Inventar) um das Ausmaß der psychiatrischen

Symptomatik zu erheben. Zur weiteren Validierung des MI-RSB 48 und auch zur inhaltlichen Anreicherung des Konzepts wurde der RST(Religiosität-Struktur-Test) zusammen mit der Z-Skala (Zentralität) vorgegeben. Zusätzlich wurden die klinischen Probanden zur Fremdbeurteilung der psychiatrischen Symptomatik mit BPRS (Brief Psychiatric Rating Scale) und MADR-S (Montgomery Asberg Depression Rating Scale) durch den Untersucher bewertet.

Ergebnisse und Diskussion:

Die Faktorenstruktur und die Güte des MI-RSB 48 wurden mit Hilfe des neuen Datensatzes einer neuerlichen Prüfung unterzogen (Faktoren- bzw. Reliabilitätsanalyse). Alle drei Hypothesen konnten auf der Basis der empirischen Daten angenommen werden. Relevante Unterschiede im bio-psycho-sozio-spirituellen (Wohl)befinden konnten zwischen den Gruppen gefunden werden(GLM multivariate). Unterschiedliche Parameter von Religiosität/Spiritualität weisen signifikante Beziehungen zueinander, zu den "BIG SIX" der Persönlichkeit und auch zu Symptomen psychischer Gesundheit und Krankheit auf (Korrelations- und Regressionsanalyse). Die Zentralität religiös-spiritueller Inhalte im persönlichen Konstruktsystem beeinflusst die Ergebnisse in relevanter Weise. Abschließend erfolgt eine Diskussion der wichtigsten Ergebnisse und deren Implikationen für die klinische religionspsychologische Forschung.

6.2 Abstract english

Introduction:

The concept of religious-spiritual well-being was developed in an interdisciplinary collaboration between pastoral theology, pastoral psychology and clinical psychology. The original theoretical model was built by keeping in mind the following main basic assumptions: First, there exist two distinct levels of perception, the immanent and the transcendent, which are further expressed in five different dimensions: hope, forgiveness, rituals and symbols, experiences of sense and meaning, acceptance of death and dying). Items for each of these five dimensions were constructed and were given at first to a student sample and in a second step to different patient groups in combination with other psychometric instruments. It was possible to confirm the basic assumptions of the theoretical model by empirical data. This initial work resulted in a temporary final version of the Multidimensional Inventory of Religious Spiritual Well-being (MI-RSWB 48; 48 Items). Based on the results of this research project, a further study using the MI-RSWB 48 was conducted focussing on psychiatric in-patients.

Three basic hypotheses were proposed: 1) There are relevant differences between addicts, depressive patients and healthy controls concerning the investigated parameters, 2) there is a relevant relationship between different parameters of religiosity and spirituality and parameters of mental health and illness, 3) the centrality of the religious-spiritual construct system might influence the amount of the relationship between religion and health relevantly.

Method:

120 addiction patients living in a therapeutic community undergoing long term drug therapy and 100 psychiatric in-patients (anxiety/depressive disorder) were asked to fill out the MI-RSWB 48 together with other instruments. There was also a control group ($N=200$), who had no psychiatric/ psychotherapeutic treatment in their biography. The psychometric instruments were the Six Factor Test (based on the concept of the "BIG FIVE" personality traits with the additional dimension: piety), BSI (Brief Symptom Inventory), BDI (Beck Depression Inventory) to measure the amount of psychiatric symptoms, the C-Scale (Centrality) and the RST (Structure of Religiosity Test), to provide a well established instrument for further validation and also to enrich the concept of the MI-RSWB 48. The patients were also rated on the BPRS (Brief Psychiatric Rating Scale) and the MADR-S (Montgomery Asberg Depression Rating Scale) by the investigator.

Results & Discussion:

The factor structure and validity of the MI-RSWB 48 was examined again using the new set of data of the addiction/psychiatric in-patients and the control group. All the three hypotheses could be accepted based on the empirical data. Relevant differences in bio-psycho-socio-spiritual well-being were found between the groups (GLM multivariate). Different parameters of religiosity/spirituality are related to each other, to the "BIG SIX" personality factors and also to symptoms of mental illness (correlation & regression analysis). The centrality of religious-spiritual content in the personal construct system was found to influence the results relevantly. The main results and their implications for further psychological and theological research are discussed.

7 Literaturverzeichnis

Appelby, L. (1989). Near-death experience: analogues to other stress induced physiological phenomena. *British Medical Journal*, 298, (6679), 976–977.

Albani, C., Bailer, H., Blaser, G., Geyer, M., Brähler, E. & Grulke, N. (2002). Erfassung religiöser und spiritueller Einstellungen. Psychometrische Überprüfung der deutschen Version des „Systems of Belief Inventory“ (SBI-15R-D) von Holland et al. in einer repräsentativen Bevölkerungsstichprobe. *Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie*, 07, 306–313.

Aletti, M. (2006). Neurobiology and Psychology of Religion: The Part and the Whole. Paper presented at the IAPR-International Association for Psychology of Religion Conference 2006, Leuven, Belgium, August, 27–31, 2006.

Allman, L. S., De La Roche, O., Elkins, D. N., & Weathers, R. S. (1992). Psychotherapists' attitudes towards clients reporting mystical experiences. *Psychotherapy*, 29, 564–569

Allport, G. W. (1950). *The Individual and his Religion: A Psychological Interpretation*. New York: Macmillan.

Allport, G. W. & Ross, J. M. (1967). Personal Religious Orientation and Prejudice. *Journal of Personality and Social Psychology*, 5, 432–443.

Antonovsky, A. (1997). Salutogenese: Zur Entmystifizierung der Gesundheit (A. Franke, Hrsg., A. Franke & N. Schulte, Übers.). Tübingen: DGVT. [Original erschienen 1987: *Unraveling the Mystery of Health – How People Manage Stress and Stay Well*]

Arévalo, S., Prado, G. & Amaro, H. (2007). Spirituality, sense of coherence, and coping responses in women receiving treatment for alcohol and drug addiction. Evaluation and program planning, 3, [epub ahead of print].

Aromin, R. A., Galanter, M., Solhkhah, R., Bunt, G. & Dermatis, H. (2006). Preference for spirituality and twelve-step-oriented approaches among adolescents in a residential therapeutic community. *Journal of Addictive Diseases*, 25, (2), 89–96.

Assarian, F., Biqam, H. & Asqarnejad, A. (2006). An epidemiological study of obsessive-compulsive disorder among high school students and its relationship with religious attitudes. *Archives of Iranian Medicine*, 9, (2), 104–107.

Atkins, R.G. Jr. & Hawdon, J. E. (2007). Religiosity and participation in mutual-aid support groups for addiction. *Journal of Substance Abuse and Treatment*, 33, (3), 321–331.

Averill, P. M., Diefenbach G. J., Stanley, M. A., Breckenridge, K. A. & Lusby, A. (2002). Assessment of shame and guilt in a psychiatric sample: a comparison of two measures. *Personality and Individual Differences*, 32 1365–1376.

Azari, N. P., Nickel, J., Wunderlich, G., Niedeggen, M., Hefter, H., Tellmann, L., Herzog, H., Stoerig, P., Birnbacher, D. & Seitz R. J. (2001). Neural correlates of religious experience. *The European Journal of Neuroscience*, 13, (8), 1649–1652.

Baldacchino, D. R. & Draper, P. (2001). Spiritual Coping Strategies: A Review. *Journal of Advanced Nursing*, 34, (6), 833–841.

Baldacchino, D. R. & Buhagiar, A. (2003). Psychometric evaluation of the Spiritual Coping Strategies scale in English, Maltese, back-translation and bilingual versions. *Journal of Advanced Nursing*, 42, (6), 558–571.

Bartholomew, K. & Horowitz, L. M. (1991). Attachment styles among young adults: A test of a four-category model. *Journal of Personality and Social Psychology*, 61, 226–244.

Baumann, K. (2007). Zwangsstörung und Religion aus heutiger Sicht. Fortschritte der Neurologie und Psychiatrie. (*in press*).

Bayer, K. (2008). *Hoffnung in der Suchttherapie. Ein Antagonismus?*. Karl-Franzens-Universität Graz: Unveröffentlichte Diplomarbeit.

Beck, R. & McDonald, A. (2004). Attachment to God: the Attachment to God Inventory, test of working model correspondence, and an exploration of faith group differences. *Journal of Psychology and Theology*, 32, 92–103.

Becker, E. (1987). *Die Überwindung der Todesfurcht. Dynamik des Todes*. München: Goldmann.

Bernhard, A. (2000). *Der rituelle Peyotegebrauch in der Native American Church*. Unveröffentlichte Diplomarbeit. Karl-Franzens-Universität Graz.

Bertelsmannstiftung (2007). *Religionsmonitor 2008*. Gütersloh: Gütersloher Verlagshaus.

Blume, M. (2005). *Neurotheologie zwischen Religionskritik und -affirmation. Chancen und Grenzen aus religionswissenschaftlicher Perspektive*. Unveröffentlichte Dissertation. Tübingen: Eberhart Karl Universität.

Borkenau, P. & Ostenauf, F. (1993). NEO-Fünf-Faktoren Inventar nach Costa und McCrae. Handanweisung. Göttingen: Hogrefe.

Bortz, J. (1993). *Statistik für Sozialwissenschaftler*. Berlin; Heidelberg; New York: Springer.

Bouchard, T.J., McGue, M., Lykken, D. & Tellegen, A.. (1999). Intrinsic and extrinsic religiousness: genetic and environmental influences and personality correlates. *Twin Research*, 2, (2), 88–98.

Braam, A. W., Hein, E., Deeg, D. J., Twisk, J. W., Beekman, A. T. & Van Tilburg, W. (2004). Religious involvement and 6-year course of depressive symptoms in elder Dutch citizens: *Journal of Aging and Health*, 16, (4), 467–489.

Braam, A. W. (2008). Religious Resources and Depression – Results from the Netherlands. Paper presented at the RSH 08: European Conference on Religion, Spirituality and Health. Bern, Switzerland: May, 1–3.

Braxton, N. D., Lang, D. L., Sales, J., Wingood, G. M. & DiClemente, R. J. (2007). The role of spirituality in sustaining the psychological well-being of HIV-positive black women. *Women & Health*, 46, (2-3), 113–129.

Britton, W. B. & Bootzin, R. R. (2004). Near-death experiences and the temporal lobe. *Psychological Science, 15*, (4), 254–258.

Brown, A. E., Pavlik, V. N., Shegog, R., Whitney, S. N., Friedman, L. C., Romero, C., Davis, G. C., Cech, I., Kosten, T. R. & Volk, R. J. (2007). Association of spirituality and sobriety during a behavioral spirituality intervention for Twelve Step (TS) recovery. *American Journal Drug and Alcohol Abuse, 33*, (4), 611–617.

Bucher, A. (2007). *Psychologie und Spiritualität*. Weinheim: Beltz.

Bufford, R. K., Paloutzian, R. F. & Ellison, C. W. (1991). Norms for the Spiritual Well-Being Scale. *Journal of Psychology & Theology. Special Issue – Spirituality: Perspectives in Theory and Research, 19*, (1), 56–70.

Buxant, C., & Saroglou, V. (2008). Feeling good, but lacking autonomy: Closed-mindedness on social and moral issues in New Religious Movements. *Journal of Religion and Health, 47*, 17–31.

Calhoun, L. G., Cann, A., Tedeschi, R. G. & McMillan, J. (2000). A Correlational Test of the Relationship Between Posttraumatic Growth, Religion, and Cognitive Processing. *Journal of Traumatic Stress, 13*, (3), 521–527.

CIPS (Hrsg.) (1986). *Internationale Skalen für Psychiatrie*. 3. Auflage. Weinheim: Beltz Test.

Cook (2004). Spirituality and Addiction. *Addiction, 99*, (5), 539–551.

Cooper, L. A., Brown, C., Vu, H. T., Ford, D. E. & Powe, N. R. (2001). How important is Intrinsic Spirituality in Depression Care? A Comparison of White and African-American Primary Care Patients. *Journal of Internal General Medicine, 16*, 634–638.

Cobb, A. R., Tedeschi, R. G., Calhoun, L. G. & Cann, A. (2006). Correlates of Posttraumatic Growth in Survivors of Intimate Partner Violence. *Journal of Traumatic Stress, 19*, (6), 895–903.

Corveleyn, J. & Luyten, P. (2005). Psychodynamic Psychologies and Religion: Past, Present, Future. In R. F. Paloutzian & C. L. Park (Hrsg.), *Handbook of Religion and Spirituality* (S. 80–101). New York, London: The Guilford Press.

Cotton, S., Puchalski, C. M., Sherman, S. N., Mrus, J.M., Peterman, A. H., Feinberg, J., Pargament, K. I., Justice, A. C., Leonard, A. C., Tsevat, J. (2007). Spirituality and religion in patients with HIV/AIDS. *Journal of General International Medicine*, 21, Suppl. 5, 5–13.

Curlin, F. A., Lawrence, R. E., Odell, S., Chin, M, H., Lantos, J. D., Koenig, H. G. & Meador, K. G. (2007). Religion, Spirituality, and Medicine: Psychiatrists' and other Physicians' Differing Observations, Interpretations, and Clinical Approaches. *American Journal of Psychiatry*, 164, (12), 1825–1831.

De Bilbao, F. & Giannakopoulos, P. (2005). Effect of religious culture on obsessive compulsive disorder symptomatology. A transcultural study in monotheistic religions. *Revue Medicale Suisse*, 1, (43), 2818–2821.

Demling, J. H., Wörthmüller, M. & O'Connolly, T. A. (2001). Psychotherapie und Religion. Eine repräsentative Umfrage unter fränkischen Psychotherapeuten. *PPmP - Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie*, 2, (51), 76–82.

Dervic, K., Oquendo, M. A., Grunebaum, M. F., Ellis, S., Burke, A. K. & Mann, J. J. (2004). Religious Affiliation and Suicide Attempt. *American Journal of Psychiatry*, 161, (12), 2303–2308.

Dew, R. E., Daniel, S. S., Armstrong, T. D., Goldston, D. B., Triplett, M. F. & Koenig, H. G. (2008). Religion/Spirituality and Adolescent Psychiatric Symptoms: A Review. *Child psychiatry and human development*, [Epub ahead of print].

Diduca, D. & Joseph, S. (1997). Schizotypal traits and dimensions of religiosity. *British Journal of Clinical Psychology*, 36, (4), 635–638.

Dilling, H., Mombour W., Schmidt M. H., Schulte–Markwort, E. (Hrsg.). (1994). Internationale Klassifikation psychischer Störungen: ICD 10, Kapitel VII(F): Psychische und Verhaltensstörungen (E. Schulte–Markwort & W. Mombour, Übers.).Bern; Göttingen; Toronto; Seattle: Hans Huber. (Original erschienen 1994: Tenth Revision of the International classification of diseases, Chapter VII (F): mental and behavioural disorders.)

Dornes, M. (1994). *Der kompetente Säugling*. Frankfurt: Fischer.

D'Souza, R. (2002). Do patients expect psychiatrists to be interested in spiritual issues? *Australasian Psychiatry*, 10, (1), 44–47.

D'Souza, R. & Rodrigo, A. (2004). Spiritually augmented cognitive therapy. *Australasian Psychiatry*, 2, (12), 148–152.

D'Souza, R. & Kuruville George (2006). Spirituality, religion and psychiatry: its application to clinical practice. *Australasian Psychiatry*, 14, (4), 408–412.

D'Souza, R. (2007). The importance of spirituality in medicine and its application to clinical practice. *The Medical Journal of Australia*, 186, (10), 57–59.

Ehrmann (2006). *Einführung in die Psychoanalyse*. Auditorium Netzwerk. [CD]

Ellis, A. (1980). Psychotherapy and atheistic values: A response to A. E. Bergin's „Psychotherapy and religious issues". *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 48, 635–639.

Ellis, A. (1998). Religion ist Kinderkram. *Psychologie heute*, 6, 25.

Ellison, C. W. (1983). Spiritual Well - Being: Conceptualization and Measurement. *Journal of Psychology and Theology*, 11, (4), 330–340.

Ellison, C. W. & Smith, J. (1991). Toward an Integrative Measure of Health and Well-being. *Journal of Psychology & Theology. Special Issue – Spirituality: Perspectives in Theory and Research*, 19, (1), 35–48.

Engel, G. L. (1977). The Need for a New Medical Model: A Challenge for Biomedicine. *Science*, 196, 129–136.

Exline, J. J., Yali, A. M. & Sanderson, W. C. (2000). Guilt, discord, and alienation: the role of religious strain in depression and suicidality. *Journal of Clinical Psychology*, 56, (12), 1481–1496.

Feldman, J. & Rust, J. (1989). Religiosity, schizotypal thinking, and schizophrenia. *Psychological Reports*, 65, (2), 587–593.

Flatten, G., Gast, U., Hofmann, A., Liebermann, P., Reddemann, L., Siol, T. W. Wöller & Petzold, E. R. (2004). Posttraumatische Belastungsstörung. In G. Rudolf & W. Eich (Hrsg.), *Leitlinien Psychosomatische Medizin und Psychotherapie* Stuttgart, New York: Schattauer.

Folkman, S. & Lazarus, R. S. (1988). The relationship between coping and emotion: implications for theory and research. *Social Science & Medicine*, 26, (3), 309–317.

Folkman, S. & Moskowitz, J. T. (2004). Coping: Pitfalls and Promise. *Annual Review of Psychology*, 5, (1), 745–774.

Franke, G. H. (2000). *BSI. Brief Symptom Inventory von L. R. Derogatis* (Kurzform der SCL-90-R). Deutsche Version. Göttingen: Beltz Test.

Freedenthal, S., Vaughn, M.G., Jenson, J.M. & Howard, M.O. (2007) Inhalant use and suicidality among incarcerated youth. *Journal of Drug and Alcohol Dependence*, 90, (1), 81–88.

Frielingsdorf, K. (2001). *Dämonische Gottesbilder. Ihre Entstehung, Entlarvung und Überwindung*. Mainz: Matthias Grünewald Verlag.

Frielingsdorf, K. (2004). *Gottesbilder. Wie sie krank machen – wie sie heilen*. Würzburg: Echter.

Freud, S. (2000/1907). Zwangshandlungen und Religionsübungen. In Sigmund Freud Studienausgabe Band VII: *Zwang, Paranoia und Perversion* (S. 11–22). Frankfurt am Main: Fischer Taschenbuch Verlag.

Freud, S. (2000/1913). Totem und Tabu. In Sigmund Freud Studienausgabe Band IX: *Fragen der Gesellschaft. Ursprünge der Religion* (S. 283–322). Frankfurt am Main: Fischer Taschenbuch Verlag.

Freud, (2000/1923). Eine Teufelsneurose im siebzehnten Jahrhundert. In Sigmund Freud Studienausgabe Band VII: *Zwang, Paranoia und Perversion* (S. 287–444). Frankfurt am Main: Fischer Taschenbuch Verlag.

Freud, S. (2000/1927). Die Zukunft einer Illusion. In Sigmund Freud Studienausgabe Band IX: *Fragen der Gesellschaft. Ursprünge der Religion* (S. 135–190). Frankfurt am Main: Fischer Taschenbuch Verlag.

Freud, S. (2000/1939). Der Mann Moses und die monotheistische Religion. Band IX (S. 455–560): *Fragen der Gesellschaft. Ursprünge der Religion*. Frankfurt am Main: Fischer Taschenbuch Verlag.

Galanter, M. (2006a). Spirituality and addiction: a research and clinical perspective. *The American Journal on Addictions*, 15, (4), 286–292.

Galanter, M. (2006b). Innovations: alcohol & drug abuse: spirituality in Alcoholics Anonymous: a valuable adjunct to psychiatric services. *Psychiatric Services*, 57, (3), 307–309.

Galanter, M. (2007). Spirituality and recovery in 12-step programs: an empirical model. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 33, (3), 265–272.

Galanter, M., Dermatis, H., Bunt, G., Williams C, Trujillo M. & Steinke, P. J. (2007). Assessment of spirituality and its relevance to addiction treatment. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 33, (3), 257–264.

Geppert, C., Bogenschutz, M.P. & Miller, W.R. (2007). Development of a bibliography on religion, spirituality and addictions. *Drug and Alcohol Review*, 26, (4):389–395.

Getz, G. E., Fleck, D. E. & Strakowski, S. M. (2001). Frequency and severity of religious delusions in Christian patients with psychosis. *Psychiatry Research*, 103, 87–91.

Glock, Ch. Y. (1962). On the study of religious commitment. *Religious Education*, 57, (4), 98–110.

Gorsuch, R. L. (1995). Religious Aspects of Substance Abuse and Recovery. *Journal of Social Issues*, 51, (2), 65–81.

Granquist, P. (1998). Religiousness and perceived childhood attachment.: On the question of compensation or correspondence. *Journal for the Scientific Study of Religion*, 37, 350–367.

Granquist, P. & Hagekull, B. (1999). Religiousness and perceived childhood attachment: Profiling socialized correspondence and emotional compensation. *Journal for the Scientific Study of Religion*, 38, 254–273.

Grant, J. E., Pinto, A., Gunnip, M., Mancebo, M. C., Eisen, J. L. & Rasmussen, S. A. (2006). Sexual obsessions and clinical correlates in adults with obsessive-compulsive disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 47, (5), 325–329.

Greyson, B (1997). The near-death experience as a focus of clinical attention. *Journal of Nervous and Mental Diseases*, 185, (5), 327–34.

Griffiths, R. R., Richards, W.A., McCann, U. & Jesse, R. (2006). Psilocybin can occasion mystical-type experiences having substantial and sustained personal meaning and spiritual significance. *Psychopharmacology*, 187, (3), 268–283.

Grof, S. & Grof, C. (1990). Spirituelle Krisen. Chancen der Selbstfindung. München: Kösel. (Original erschienen 1975: Spiritual Emergency. When Personal Transformation Becomes a Crisis)

Grom, B. (1992). *Religionspsychologie*. Göttingen: Kösel.

Grom, B. (2007). *Religionspsychologie*. München: Kösel.

Hall, T. W. & Edwards, K. J. (1996). The initial development and factor analysis of the Spiritual Assessment Inventory. *Journal of Psychology and Theology*, 24, (3), 233–246.

Hall, T. W. & Edwards, K. J. (2003). The Spiritual Assessment Inventory: A Theistic Model and Measure for Assessing Spiritual Development. *Journal for the Scientific Study of Religion*, 41, (2), 341–357.

Hamer, D. H. (2005). The God Gene. How Faith is hardwired in our Genes. New York: Anchor Books.

Hansen, G. (1995). Schizophrenia or spiritual crisis? On "raising the kundalini" and its diagnostic classification. *Ugeskrift for Laeger*, 157, (31), 4360–4362.

Harrison, M. O., Koenig, H. G., Hays, J. C., Eme-Akwari, A. G. & Pargament, K. I. (2001). The epidemiology of religious coping: a review of recent literature. *International Review of Psychiatry*, 13, 86–93.

Hark, H. (1984). *Religiöse Neurosen. Ursachen und Heilung*. Stuttgart: Kreuz.

Hartz, G. W. (2005). *Spirituality and Mental Health. Clinical Applications*. New York, London, Oxford: The Haworth Pastoral Press.

Hautzinger, M., Bailer, M., Worall, H. & Keller, F. (1994). *Beck-Depressions-Inventar (BDI)*. Bern: Huber.

Heine, S. (2005). *Grundlagen der Religionspsychologie*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.

Henning, C., Murken, S. & Nestler, E. (2003). Die Geschichte der Religionspsychologie im deutschsprachigen Raum. In C. Henning, S. Murken & E. Nestler (Hrsg.), *Einführung in die Religionspsychologie* (S. 9–91). Paderborn: Schöningh.

Hercz, R. (2002). The God Helmet. *Saturdaynight Magazine*, 10, 40–46.

Higgins N. C., Pollard, C. A., Merkel, W. T. (1992). Relationship between religion-related factors and obsessive compulsive disorder. *Current Psychology: Research and Reviews*, 11: 79–85.

Hill, P. C. & Hood, R. W. Jr. (Hrsg.) (1999). *Measures of Religiosity*. Birmingham: Religious Education Press.

Hill, P. C. (2005). Measurement in the Psychology of Religion and Spirituality.: Current Status and Evaluation. In R. F. Paloutzian & C. L. Park (Hrsg.), *Handbook of Religion and Spirituality* (S. 43–62). New York, London: The Guilford Press.

Hillstrom, E. L. & Strachan, M. (2000). Strong commitment to traditional Protestant religious beliefs is negatively related to beliefs in paranormal phenomena. *Psychological Reports*, 86, (1):183–189.

Hilton, S. C., Fellingham, G. W. & Lyon, J. L. (2002). Suicide rates and religious commitment in young adult males in Utah. *American Journal of Epidemiology*, 155, (5), 413–419.

Hole, G. (1977). *Der Glaube bei Depressiven*. Stuttgart: Enke.

Huber, H. P. (1999). Religiosität als Thema der Psychologie und Psychotherapie. In H. Schmidinger (Hrsg.), *Religiosität am Ende der Moderne – Krise oder Aufbruch?* (S. 93–123). Innsbruck: Verlagsanstalt Tyrolia .

Huber, H. P. (2008). Allgemeine Klinische Psychologie. In D. Albert, M. Oswald, K. Pawlik & K.-H. Stapf (Hrsg.), *Lehr- und Forschungstexte Psychologie: Neue Folge 14*. Göttingen: Hogrefe.

Huber, S. (1996). *Dimensionen der Religiosität. Skalen, Messmodelle und Ergebnisse einer empirisch orientierten Religionspsychologie*. Freiburg: Universitätsverlag. Bern; Göttingen: Huber.

Huber, S. (2003). *Zentralität und Inhalt. Ein multidimensionales Messmodell der Religiosität*. Opladen: Leske & Budrich.

Huber, S. (2004). Zentralität und multidimensionale Struktur der Religiosität: eine Synthese der theoretischen Ansätze von Allport und Glock. In C. Zwingmann, H. Moosbrugger (Hrsg.), *Religiosität: Messverfahren und Studien zur Gesundheit und Lebensbewältigung. Neue Beiträge zur Religionspsychologie* (S. 79-105). Münster. Waxmann.

Huber, S. (2007a). Religiöse Konstrukträume. Theorie, Methodik und erste Ergebnisse eines interdisziplinären Forschungsprogramms. *Unveröffentlichte Habilitationsschrift zur Erlangung der venia legendi für das Fach Religionswissenschaft*. Evangelisch-Theologische Fakultät der Ruhr Universität Bochum.

Huber, S. (2007b). Aufbau und strukturierende Prinzipien des Religionsmonitors. In Bertelsmannstiftung (Hrsg.), *Religionsmonitor 2008* (S. 19–32). Gütersloh: Gütersloher Verlagshaus.

Huber, S. (2007c). Are Religious Beliefs relevant in Daily Life? In J. A: Van der Ven, H. Streib (Hrsg.), *Empirical Studies in Theology 15: Religion Inside and outside Religious Institutions* (S. 209–230). Leiden, Boston: Brill.

Huber, S. (2008). Der Religiositäts-Struktur-Test (R-S-T). Systematik und operationale Konstrukte. (*in Vorbereitung*).

Jäger, R. (2003). Spirituelle Krisen – Ätiologie, Diagnose, Behandlung. In M. Utsch, J. Fischer (Hrsg.), *Im Dialog über die Seele. Transpersonale Psychologie und christlicher Glaube*. In M. Kassel, T. Maurer (Hrsg.), *Forum Theologie und Psychologie*, Band 7, (S.113–126). Münster: LIT Verlag.

Jakobi, J. (1995). *Die Psychologie von C. G. Jung. Eine Einführung in das Gesamtwerk*. Frankfurt: Fischer.

James, W. (1979). *Die Vielfalt der religiösen Erfahrung* (W. Olten, Übers.). New York: Longman. (Original erschienen 1902: *The Varieties of Religious Experience*)

Jones, J. W. (2001). *Contemporary psychoanalysis and religion: Transference and transcendence*. New Haven, CT: Yale University Press.

Jones, J. W. (2008). *Blood That Cries Out From the Earth. The Psychology of Religious Terrorism*. New York: Oxford University Press.

Kabat-Zinn, J. (2003). Mindfulness-based interventions in context: Past, present, and future. *Clinical Psychology: Research and Practice*, 10, 144–156.

Kaslow, N. J.; Webb Price, A., Wyckoff, S.; Bender Grall, M.; Sherry, A.; Young, S.; Scholl, L., Millington Upshaw, V., Rashid, A., Jackson, E. B.; Bethea, K. (2004). *Cultural Diversity and Ethnic Minority Psychology*, 10, (1), 5–22.

Kelley, G. A. (1955). *The Psychology of Personal Constructs*. New York: Norton.

Kendler, K. S., Gardner, C. O. & Prescott, C. A. (1997). Religion, psychopathology and substance use and abuse. A multimeasure, genetic-epidemiologic study. *American Journal of Psychiatry*, 154, (3), 322–329.

Kendler, K. S., Liu, X.Q., Gardner, C.O., McCullough, M.E., Larson, D. & Prescott C.A. (2003). Dimensions of religiosity and their relationship to lifetime psychiatric and substance use disorders. *American Journal of Psychiatry*, 160, (3), 496–503.

Kendler, K. S., Prescott, C.A., Myers, J., Neale, M.C. (2003). The structure of genetic and environmental risk factors for common psychiatric and substance use disorders in men and women. *Archives of General Psychiatry*, 60, (9), 929–937.

Kernberg, O. F. (2000). Psychoanalytic Perspectives on the Religious Experience. *American Journal of Psychotherapy*, 54, 4, 452–474.

Kirkpatrick, L. A., & Shaver, P. R. (1990). Attachment theory and religion: Childhood attachments, religious beliefs, and conversion. *Journal for the Scientific Study of Religion*, 29, 315–334.

Kirkpatrick, L. A., & Shaver, P. R. (1992). An attachment-theoretical approach to romantic love and religious belief. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 18, 266–275.

Kirkpatrick, L. A. (1997). A longitudinal study of changes in religious belief and behavior as a function of individual differences in adult attachment style. *Journal for the Scientific Study of Religion*, 36, 207–217.

Kirkpatrick, L. A. (1998). God as a substitute attachment figure: A longitudinal study of adult attachment style and religious change in college students. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 24, 961–973.

Kirkpatrick, L. A., Shillito, D. J., & Kellas, S. L. (1999). Loneliness, social support, and perceived relationships with God. *Journal of Social and Personal Relationships*, 16, 513–522.

Klein, C. & Albani, C. (2007). Religiosität und psychische Gesundheit. Eine Übersicht über Befunde, Erklärungsansätze und Konsequenzen für die klinische Praxis. *Psychiatrische Praxis*, 34, 2–12.

Klosinsky, C. (1990). Ecclesiogenic neuroses and psychoses in adolescence. On the complicated detachment problems of adolescents from rigorously moralizing, Christian-religious movements. *Acta Paedopsychiatrica*, 53, (1), 71–77.

Koenig, H. G., McCullough, M. E. & Larson, D. B. (2001). *Handbook of Religion and Health*. Oxford: University Press.

Koenig, H. G. (2002). *Spirituality in Patient Care. Why, How, When and What*. Philadelphia & London: Templeton Foundation Press.

Koenig, H. G. (2007). Religion and remission of depression in medical inpatients with heart failure/pulmonary disease. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 195, (5), 389–395.

Kolbe, C. (1986). Heilung oder Hindernis. Religion bei Freud, Adler, Fromm, Jung und Frankl. Stuttgart: Kreuz.

Lai, C. F., Kao, T. W., Wu, M. S., Chiang, S. S., Chang, C. H., Lu, C. S., Yang, C. S., Yang, C. C., Chang, H. W., Lin, S. L., Chang, C. J., Chen, P. Y., Wu, K. D., Tsai, T. J. & Chen W. Y. (2007). Impact of near-death experiences on dialysis patients: a multicenter collaborative study. *American Journal of Kidney Diseases*, 50, (1), 124–132.

Lazarus, R. S. (2006). Emotions and interpersonal relationships: toward a person-centered conceptualization of emotions and coping. *Journal of Personality*, 74, (1), 9–46.

Lehr, D. (2008). R-Cope-German Version. Paper presented at the RSH 08: European Conference on Religion, Spirituality and Health. Bern, Switzerland: May, 1–3.

Leigh, J., Bowen, S., Marlatt, G.A. (2005). Spirituality, mindfulness and substance abuse. *Addictive Behaviors*, 30, (7), 1335–1341.

Lempert, T., Bauer, M. & Schmidt, D. (1994). Syncope and near-death experiences. *Lancet*, 344, 829–830.

Lindinger, H. (1988). Freud, Fromm, Jung und die Religion. *Wege zum Menschen*, 40, 342–352.

Lukoff, D., Lu, F. & Turner, R. (1992). Toward a more culturally sensitive DSM-IV. Psychoreligious and psychospiritual problems. *Journal of Nervous and Mental Diseases*, 180, (11), 673–682.

Lukoff, D. (1998). From Spiritual Emergency to Spiritual Problem: The Transpersonal Roots of the New DSM-IV Category. *Journal of Humanistic Psychology*, 38, (2), 21–50.

- Maercker, A. & Langner, R. (2001). Persönliche Reifung (Personal Growth) durch Belastungen und Traumata. Validierung zweier deutschsprachiger Fragebogenversionen *Diagnostica*, 47, 153–162; Manuskript.
- Madert, K.-K. (2007). *Trauma und Spiritualität. Wie Heilung gelingt. Neuropsychotherapie und die transpersonale Dimension*. München: Kösel.
- McCrae, R. R. & John, O. P. (1992). An introduction to the five-factor model and its applications. *Journal of Personality*, 60, 175–215.
- McCrae, R. R. & Costa, P. T. Jr. (1997). Personality trait structure as a human universal. *The American Psychologist*, 52, (5), 509–516.
- McConnell, K.M., Pargament, K.I., Ellison, C.G., Flannelly, K.J. (2006). Examining the links between spiritual struggles and symptoms of psychopathology in a national sample. *Journal of Clinical Psychology*, 62, (12), 1469–1484.
- McCullough, M. E. & Larson, D. B. (1999). Religion and depression: a review of the literature. *Twin Research*, 2, (2), 126–136.
- MacDonald, D. A. (2000). Spirituality: Description, Measurement, and Relation to the Five Factor Model of Personality. *Journal of Personality*, 68, (1), 154–197.
- Mehnert, A. & Koch, U. (2001). Religiosität und psychische Befindlichkeit – Überprüfung von Instrumenten zur Erfassung von Religiosität. *Zeitschrift für medizinische Psychologie*, 10, 4, 171–182.
- Mickley, J. R., Soeken, K. & Belcher, A. (1992). Spiritual Well-Being, Religiousness and Hope Among Women With Breast Cancer. *Journal of Nursing Scholarship*, 24, (4), 267–272.
- Miller, W. R. (1998). Researching the spiritual dimensions of alcohol and other drug problems. *Addiction*, 93, (7), 979–990.
- Miller, W. R. & Thoresen, C. E. (1999). Spirituality and Health. In W. R. Miller (Hrsg.), *Integrating Spirituality into Treatment. Resources for Practitioners* (S. 3–19). Washington: American Psychological Association.

Miller, W. R. & Bogenschutz, M. P. (2007). Spirituality and Addiction. *Southern Medical Journal*, 100, (4), 433-436.

Miller, W. R., Forcehimes, A., O'Leary, M. J. & Lanoue, M. D. (2008). Spiritual direction in addiction treatment: Two clinical trials. *Journal of Substance Abuse and Treatment*, Jul 25. [Epub ahead of print].

Milstein, G., Midlarsky, E., Link, B. G., Raue, P.J. & Bruce, M. L. (2000). Assessing problems with religious content: a comparison of rabbis and psychologists. *Journal of Nervous and Mental Diseases*, 188, (9), 608–615.

Mohr, S. & Huguelet P. (2004). The relationship between schizophrenia and religion and its implications for care. *Swiss Medical Weekly*, 134, (25–26), 369–376.

Mohr, S., Brandt, P.Y., Borrás, L., Gilliéron, C. & Huguelet P. (2006). Toward an integration of spirituality and religiousness into the psychosocial dimension of schizophrenia. *American Journal of Psychiatry*, 163, (11), 1952–1959.

Mohr, S., Brandt, P.Y., Borrás, L., Gilliéron, C. & Huguelet P. (2007). The Assessment of Spirituality and Religiousness in Schizophrenia. *The Journal of Nervous and Mental Diseases*, 195, (3), 247–253.

Möller, H. J., Laux, G. & Deister, A. (2001). *Psychiatrie und Psychotherapie*. Stuttgart: Thieme.

Möller, A. & Reimann, S. (2003). "Spiritualität und Befindlichkeit" – subjektive Kontingenz als medizinisch psychologischer und psychiatrischer Forschungsgegenstand. *Fortschritte in Neurologie und Psychiatrie*, 71, 609–616.

Möller, A. & Reimann, S. (2004). Religiöse Einsicht und Zukunftssicht in einer studentischen Untersuchungsgruppe. *Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie*, 54, 383–386.

Moreira-Almeida, A., Lotufo Neto F. & Koenig H. G. (2006). Religiousness and mental health: a review, *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 28, (3), 242–250.

Morgan, O. J. (2002). Alcohol Problems, Alcoholism and Spirituality: An Overview of Measurement and Scales. *Alcoholism Treatment Quarterly*, 20, (1), 1–18.

Moser, T. (1976). *Gottesvergiftung*. Frankfurt am Main: Suhrkamp Taschenbuch.

Moser, T. (2003). *Von der Gottesvergiftung zu einem erträglichen Gott*. Psychoanalytische Überlegungen zur Religion. Stuttgart: Kreuz Verlag.

Murken, S. (1994). *Die Konzeptualisierung von Spiritualität und höherer Macht im Genesungsprogramm der Anonymen Alkoholiker*. Eine empirische Studie. Frankfurt: Peter Lang.

Murken, S. (1998). *Gottesbeziehung und psychische Gesundheit*. Die Entwicklung eines Modells und seine empirische Überprüfung. Münster, New York, München, Berlin: Waxmann.

Murphy, P. E., Ciarrocchi, J. W., Piedmont, R. L., Cheston S., Peyrot, M. & Fitchett G. (2000) The relation of religious belief and practices, depression, and hopelessness in persons with clinical depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, (6), 1102–1106.

Muthny, F. A. (1990). *Krankheitsverarbeitung*. Hintergrundtheorien, klinische Erfassung und empirische Ergebnisse. Berlin: Springer.

Müller, L. & Müller, A. (Hrsg.) (2003). *Wörterbuch der analytischen Psychologie*. Düsseldorf, Zürich: Walter.

Mytko, J. J. & Knight, S. J. (1999). Body, Mind and Spirit. Towards the Integration of Religiosity and Spirituality in Cancer Quality of Life Research. *Psycho-Oncology*, 8, 439–450.

Nad, S., Marcinko, D., Vuksan-Aeusa, B., Jakovljević, M. & Jakovljevic, G. (2008). Spiritual well-being, intrinsic religiosity, and suicidal behavior in predominantly Catholic Croatian war veterans with chronic posttraumatic stress disorder: a case control study. *The Journal of Nervous and Mental Diseases*, 196, (1), 79–83.

Nairn & Merluzzi (2003). The role of religious coping in adjustment to cancer, *Psycho-Oncology*, 12, 428–441.

Narayanasamy, A. (2002). Spiritual coping mechanisms in chronically ill patients. *British Journal of Nursing*, 11, (22), 1461–1470.

Neumann, N. U. & Schulte, R. M. (1988). Montgomery-Asberg-Depressions-Rating-Skala. Bestimmung der Validität und Interrater-Reliabilität der deutschen Fassung. *Psycho*, 14, 911–924.

Neumann, N. U. & Frasch, K. (2006). Meditation aus neurobiologischer Sicht – Untersuchungsergebnisse bildgebender Verfahren. *PPmP - Psychotherapie Psychosomatik · Medizinische Psychologie*, 12, 488–492.

Newberg, A., Pourdehnad, M., Alavi, A. & d'Aquili, E. G. (2003). Cerebral blood flow during meditative prayer: preliminary findings and methodological issues. *Perceptual Motor Skills*, 97, (2), 625–630.

Newberg, A. B. & Newberg, S. K. (2005). The Neuropsychology of Religious and Spiritual Experience. In R. F. Paloutzian & C. L. Park (Hrsg.), *Handbook of Religion and Spirituality* (S. 199–216). New York, London: The Guilford Press.

Newberg, A. B., Wintering, N.A., Morgan, D. & Waldman, M. R. (2006) . The measurement of regional cerebral blood flow during glossolalia: a preliminary SPECT study. *Psychiatry Research*, 148, (1), 67–71.

Nielson, M. E. (2000). *Psychology of Religion in the USA* [Internet]. Verfügbar unter: <http://www.psywww.com/psyrelig/USA.html> [23.03.2008].

Nisbet, P.A., Duberstein, P.R., Conwell, Y. & Seidlitz, L. (2000). The effect of participation in religious activities on suicide versus natural death in adults 50 and older. *Journal of Nervous and Mental Diseases*, 188, (8), 543–546.

Nonnemaker, J.M., McNeely, C.A. & Blum, R.W. (2003). Public and private domains of religiosity and adolescent health risk behaviors: evidence from the National Longitudinal Study of Adolescent Health. : *Social Science & Medicine*, 57, (11), 2049–2054.

Oates, W. E. (1980). *Seelsorge und Psychiatrie. Neue Wege der Zusammenarbeit*. Graz, Wien, Köln, Styria. [Original erschienen 1978: *The Religious Care of the Psychiatric Patient*]

Owens, J. E., Cook, E. W. & Stevenson, I. (1990). Features of near death experience" in relation to whether or not patients were near death. *Lancet*, 336, 1175–1177.

Overcash, W. S., Calhoun, L. G., Cann, A. & Tedeschi, R G (1996). Coping with crises: an examination of the impact of traumatic events on religious beliefs.

Journal of Genetic Psychology, 157, (4), 455–464.

Pargament, K. I., Kennell, J., Hathaway, W., Grevengoed, N., Newman, J., Jones, W. (1988). Religion and the problem solving process: Three styles of coping. *Journal for the Scientific Study of Religion*, 27, 90–104.

Pargament, K. I. (1990). God help me. Toward a theoretical framework of coping for psychology of religion. *Research in the Social Scientific Study of Religion*, 26, 182–200.

Pargament, K. I. (1997). *The Psychology of Religion and Coping*. Theory, Research, Practice. New York; London: Guilford Press.

Pargament, K. I., Smith, B. W., Koenig, H. G. & Perez, L. M. (1998). Patterns of Positive and Negative Religious Coping with Mayor Life Stressors. *Journal for the Scientific Study of Religion*, 37, (4), 710–724.

Pargament, K. I., Koenig H. G. & Perez, L. M. (2000). The Many Methods of Religious Coping: Development and Initial Validation of the RCOPE. *Journal of Clinical Psychology*, 56, (4), 519–544.

Pargament, K. I. (2007). *Spiritually integrated psychotherapy: understanding and addressing the sacred*. New York: The Guilford Press.

Park, C. L., Cohen, L.H. & Herb, L. (1990). Intrinsic religiousness and religious coping as life stress moderators for Catholics versus Protestants. *Journal of Personality and Social Psychology*, 59, (3), 562–574.

Park, C. L. & Folkman, S. (1997). Meaning in the Context of Stress and Coping. *Review of General Psychology*, 1, (2), 115–144.

Payman, V., George, K. & Ryburn, B. (2007). Religiosity of depressed elderly inpatients. *International Journal Geriatric Psychiatry (in print)*.

Pervin, L. A. (2000). *Persönlichkeitstheorien. Freud, Adler, Jung, Rogers, Kelly, Cattell, Eysenck, Skinner, Bandura u. a.*. München, Basel: E. Reinhardt.

Peters, E., Day, S., McKenna J & Orbach, G. (1999). Delusional ideation in religious and psychotic populations. *British Journal of Clinical Psychology*, 38, (1), 83–96.

Petry, J. (1996). *Alkoholismustherapie*. München: Beltz: PVU.

Petzold, H. G. & Orth, I. (1999). *Die Mythen der Psychotherapie. Ideologien, Machtstrukturen und Wege kritischer Praxis*. Paderborn: Junfermann.

Pfeifer S. (1993). Neurose und Religiosität. Gibt es einen kausalen Zusammenhang? *PPmP - Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 43, (9–10), 356–363.

Pfeifer, S. (2007). Phänomenologie und Psychodynamik des religiösen Wahns. Vortrag gehalten beim RPP - Religiosität in Psychiatrie und Psychotherapie 2007 Kongress in Graz, Österreich, 11.-13.10.2007. PDF Download verfügbar unter www.seminare-ps.net [Zugriff am 21.10.07].

Pfister, O. (1928). Die Illusion einer Zukunft. *Imago*, 14, 149–184.

Phillips, R. E & Stein, C. H. (2007). God's will, God's punishment, or God's limitations? Religious coping strategies reported by young adults living with serious mental illness. *Journal of Clinical Psychology*, 63, (6), 529–540.

Piderman, K. M., Schneekloth, T. D., Pankratz, V.S., Maloney, S. D. & Altchuler, S. I. (2007). Spirituality in alcoholics during treatment. *The American Journal on Addictions*, 16, (3), 232–237.

Piedmont, R.L. (1999). Does spirituality represent the sixth factor of personality? Spiritual transcendence and the Five-Factor Model. *Journal of Personality*, 67, 985–1013.

Piedmont, R. L. (2004). Spiritual Transcendence as a Predictor of Psychosocial Outcome From an Outpatient Substance Abuse. *Psychology of Addictive Behaviors*, 18, 3, 213–222.

Plante, T. G. (2008). What Might Spirituality and Religion Offer the Contemporary Practicing Psychologist?. Internetquelle. <http://www.psychwww.com/psyrelig/plante3.html> [Zugriff am 18.02.08].

Plattner, B., The, S. S., Kraemer, H. C., Williams, R. P., Bauer, S. M., Kindler, J., Feucht, M., Friedrich, M.H. & Steiner, H. (2007). Suicidality, psychopathology, and gender in incarcerated adolescents in Austria. *Journal of Clinical Psychiatry*, 68, (10), 1593–1600.

Probst, L. R., Ostrom, R., Watkins, P., Dean, T. & Mashburn, D. (1992). Comparative efficacy of religious and nonreligious cognitive – behaviour therapy for the treatment of clinical depression in religious individuals. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60, 94–103.

Probst, L. R. (1996). Cognitive Behavioral Therapy and the Religious Person. In Shafranske, E. P. (Hrsg.), *Religion and the Clinical Practice of Psychology* (S. 391–408). Washington DC: American Psychological Association.

Rammstedt, B. & John, O. P. (2007). Measuring personality in one minute or less: A 10-item version of the Big Five Inventory in English and German. *Journal of Research in Personality*, 41, 203–212.

Reeves, R. R., Liberto, V. (2006). Suicide associated with the Antichrist delusion. *Journal of Forensic Sciences*, 51, (2), 411–412.

Reich, H. K. (2004). Psychology of Religion and Neurobiology: Which Relationship? *Archive for the Psychology of Religion/Archiv für Religionspsychologie*, 26, (1), 117–134.

Reynolds, M., Mezey, G., Chapman, M., Wheeler, M., Drummond, C. & Baldacchino A. (2005). Co-morbid post-traumatic stress disorder in a substance misusing clinical population. *Drug and Alcohol Dependence*, 77, (3), 251–258

Richard, M. (2004). Religiosität als psychische Bindung: Die Struktur „innerer Arbeitsmodelle“ von Gottesbeziehung. In Ch. Zwingmann & H. Moosbrugger (Hrsg.), *Religiosität; Messverfahren und Studien zur Gesundheit und Lebensbewältigung. Neue Beiträge zur Religionspsychologie* (S. 131–155). Münster: Waxmann.

Rican, P. (2004). Spirituality: The story of the concept in the psychology of religion. *Archive for the Psychology of Religion/Archiv für Religionspsychologie*, 26, (1), 135–156

Rizzuto, A. M. (1979). *The birth of the living god*. Chicago, London: University press of Chicago.

Rizzuto, A. M. (1996). Psychoanalytic Treatment and the Religious Person. In Shafranske, E. P. (Hrsg.), *Religion and the Clinical Practice of Psychology* (S. 409–432). Washington DC: American Psychological Association.

Rizzuto, A. M. (1998). *Why did Freud reject God? A psychodynamic interpretation*. New Haven, London: University Press.

Rowatt, W. C., & Kirkpatrick, L. A. (2002). Dimensions of attachment to God and their relation to affect, religiosity, and personality constructs. *Journal for the Scientific Study of Religion*, 41, 637–651.

Rudolf, G. (2006). *Strukturbezogene Psychotherapie. Leitfaden zur psychodynamischen Therapie struktureller Störungen*. Stuttgart, New York: Schattauer.

Rüger, U., Blomert, A. F., Förster, W., (1990). *Coping: Theoretische Konzepte, Forschungsansätze, Messinstrumente zur Krankheitsbewältigung*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.

Saroglou, V., & Muñoz-García, A. (2008). Individual differences in religion and spirituality: An issue of personality traits and/or values. *Journal for the Scientific Study of Religion*, 47, 83–101.

Saroglou, V., Buxant, C. & Tilquin, J. (2008). Positive emotions as leading to religion and spirituality. (*in press*).

Saß, H., Wittchen, H. -U. & Zaudig, M. (Hrsg.) (2001). DSM-IV: Diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen. Göttingen: Hogrefe.

Schaetzing, E. (1955). Die ekklesiogenen Neurosen. *Wege zum Menschen*, 7, 97–108

Schmitt, M. & Maes, J. (2000). Vorschlag zur Vereinfachung des Beck-Depressions-Inventars (BDI). *Diagnostica*, 46, (1), 38–46.

Schmitt, M., Beckmann, M., Dusi, D., Maes, J., Schiller, A. & Schonauer, K. (2003). Messgüte des vereinfachten Beck-Depressions-Inventars (BDI-V). *Diagnostica*, 49, (4), 147–156.

Schmitt, M., Altstötter-Gleich, C., Hinz, A., Maes, J. & Brähler, E. (2006). Normwerte für das vereinfachte Beck-Depressions-Inventar (BDI-V) in der Allgemeinbevölkerung. *Diagnostica*, 52, (2), 51–59.

Schneider, B. (1997). *Persönlichkeit und Belastungs- bzw. Ressourcenfaktoren*. Unveröffentlichte Diplomarbeit Universität Konstanz.

Schwalter, M. & Murken, S. (2003). Religion und psychische Gesundheit – empirische Zusammenhänge komplexer Konstrukte. In C. Henning, S. Murken & E. Nestler (Hrsg.), *Einführung in die Religionspsychologie* (S. 138–162). Paderborn: Schöningh.

Seyringer, M.-E., Friedrich, F., Stompe, T., Frottier, P., Schrank, B. & Frühwald, S. (2007). Die Gretchenfrage für die Psychiatrie. Der Stellenwert von Religion und Spiritualität in der Behandlung psychisch Kranker. *Neuropsychiatrie*, 21, (4), 239–247.

Shaw, J.A. (2005). A pathway to spirituality. *Psychiatry*, 68, (4), 350–62.

Shafranske, E. P. & Malony, H. N. (1990a). Clinical psychologists' religious and spiritual orientations and their practice of psychotherapy. *Psychotherapy*, 27, (1), 72–78.

Shafranske, E. P. & Malony, H. N. (1990b). California psychologists' religiosity and spiritual orientations and their practice of psychotherapy. *Psychotherapy*, 29, (3), 219–231.

Siddle, R., Haddock, G., Tarrier, N. & Faragher, E. B. (2002). Religious delusions in patients admitted to hospital with schizophrenia. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 37, (3):130–138.

Slater, W., Hall, T. W., & Edwards, K. J. (2001). Measuring religion and spirituality: Where are we and where are we going? *Journal of Psychology and Theology*, 29, (1), 4–21.

Sloan, R. P., Bagiella, E. & Powell, T. (1999). Religion, spirituality, and medicine. *Lancet*, 353, 664–667.

Smith, T. B., McCullough, M. E. & Poll, J. (2003). Religiousness and Depression: Evidence for a Main Effect and the Moderating Influence of Stressful Life Events. *Psychological Bulletin*, 129, (4), 614–636.

Spilka, Hood, Hunsberger & Gorsuch (2003). *The psychology of religion: An empirical approach* (3rd ed.). New York: Guilford Press.

Spring, H., Moosbrugger, H., Zwingmann, C., Frank, D. (1993). Kirchlicher Dogmatismus und ekklesiogene Neurosen. *Zeitschrift für Klinische Psychologie, Psychopathologie und Psychotherapie*, 41, 31–42.

Stieglitz, R. D. & Ahrens, B. (1996). Therapie- und verlaufsrelevante Faktoren psychiatrischer Störungen. In H. J. Freyberger & R. Stieglitz (Hrsg.), *Kompendium der Psychiatrie und Psychotherapie* (S. 522–532). Basel/Freiburg: Karger.

Stark, R. & Glock, Ch. Y. (1968). *American piety. The nature of religious commitment*. Berkely, Los Angeles: University of California Press.

Steffen, P. R. & Masters, K. S. (2005). Does compassion mediate the intrinsic religion-health relationship? *Annals of Behavioral Medicine*, 30, (3), 217–24.

Steketee, G., Quay, S. & White, K. (1991). Religion and Guilt in OCD Patients. *Journal of Anxiety Disorders*; 5, 359–367.

Sundèn, H. (1982). *Religionspsychologie*. Probleme und Methoden. Stuttgart: Calver. [Original erschienen 1977: Religionspsykologi. Problem och metoder]

Taku, K., Cann, A., Calhoun, L. G. & Tedeschi, R. G. (2008). The factor structure of the posttraumatic growth inventory: a comparison of five models using confirmatory factor analysis. *Journal of Traumatic Stress*, 21, (2), 158–164.

Taku K, Calhoun LG, Tedeschi RG, Gil-Rivas V, Kilmer RP, Cann A. (2007). Examining posttraumatic growth among Japanese university students. *Anxiety, Stress, Coping.*, 20, (4),353–367.

Tedeschi, R. G. & Calhoun, L. G. (1995). *Trauma and transformation. Growing in the aftermath of suffering*. London: Sage.

Tedeschi, R.G. & Calhoun, L. G. (1996). The Posttraumatic Growth Inventory: measuring the positive legacy of trauma. *Journal of Traumatic Stress*, 9, (3), 455–471.

Till, W. (2004). Krisenintervention oder: Beziehung gibt Halt. In M. Hochgerner, , Hoffmann-H.Widhalm, , L. Nausner, & E. Wildberger (Hrsg.), *Gestalttherapie* (S. 232–252). Wien: Facultas.

Tix, A. P., Frazier, P. A.. (2005). Mediation and moderation of the relationship between intrinsic religiousness and mental health. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 31, (3):295–306.

Thompson M. P., Ho C. H. & Kingree J. B. (2007). Prospective associations between delinquency and suicidal behaviors in a nationally representative sample. *The Journal of Adolescent Health*, 40, (3), 232–237.

Thoreson, J. A. & Powell, F. C. (2004). Depression and intrinsic religiosity. *Psychological Reports*, 95, 1008.

Tonigan, J. S. (2007). Spirituality and Alcoholics Anonymous. *Southern Medical Journal*, 100, 4, 437–440.

Tuck, I., McCain, N. L., Elswick, R. K. Jr. (2001). Spirituality and psychosocial factors in persons living with HIV. *Journal of Advanced Nursing*, 33, (6), 776–783.

Turner, R. P., Lukoff, D., Barnhouse, R. T. & Lu, F. G. (1995). Religious or spiritual problem. A culturally sensitive diagnostic category in the DSM-IV. *Journal of Nervous and Mental Diseases*, 183, (7), 435–444.

Uhl, A., Kopf, N., Springer, A. Eisenbach-Stangl, I., Kobrna, U., Bachmayer, S., Beiglböck, W., Preinsberger, W. & Mader, R. (2004). *Handbuch: Alkohol – Österreich: Zahlen, Daten, Fakten, Trends*. Wien: BMAGS.

Unterrainer, H. F. & Ladenhauf, K. H. (2002). *Das bio-psycho-sozio-spirituelle Modell von Gesundheit und Krankheit. Konzeption und praktische Relevanz*. Projektantrag: Graz: Karl - Franzens Universität. Institut für Pastoraltheologie und Pastoralpsychologie.

Unterrainer, H. F. (2005). *Das Konstrukt der religiös-spirituellen Befindlichkeit: Testpsychologische Operationalisierung im Kontext von seelischer Gesundheits- und Krankheitsverarbeitung*. Unveröffentl. Dissertation, Karl-Franzens-Universität Graz.

Unterrainer, H. F. (2006). *Spiritualität & Sucht. Glaube als Ressource in der Alkoholismustherapie*. Saarbrücken: VDM.

Unterrainer, H. F. (2007). *Spiritualität & Krankheitsbewältigung. Glaube als Ressource in der Krankheitsverarbeitung*. Saarbrücken: VDM.

Unterrainer, H. F. & Ladenhauf, K. H. (2008). Religiös-spirituelles Befinden im Kontext seelischer Gesundheit und Krankheitsverarbeitung: Ergebnisse eines interdisziplinären Forschungsprojekts. *Psychologie in Österreich*, 28, (1), S. 54–61.

Unterrainer, H. F., Ladenhauf, K. H., Wallner, S. J. & Liebmann, P. M. (2008). MI-RSB 48: Die Entwicklung eines multidimensionalen Inventars zum religiös-spirituellen Befinden. *(in press)*.

Unterrainer, H. F., Ladenhauf, K. H., Wallner, S. J. & Liebmann, P. M. (2008). Craving for Transcendence: God as Substitute for addictive agents *(submitted)*.

Unterrainer, H. F. (2008). Spiritualität und psychische Erkrankung. Erste Ergebnisse eines interdisziplinären Forschungsprojekts zwischen Pastoraltheologie, Psychiatrie und Klinischer Psychologie. *(in press)*.

Utsch, M. (1998). *Religionspsychologie. Voraussetzungen, Grundlagen, Forschungsüberblick*. Stuttgart, Berlin, Köln: Kohlhammer.

Utsch, M. (2005). *Religiöse Fragen in der Psychotherapie. Psychologische Zugänge zu Religiosität und Spiritualität*. Stuttgart: Kohlhammer.

Van Lommel, P., van Wees, R., Meyers, V. & Elfferich, I. (2001). Near-death experience in survivors of cardiac arrest: a prospective study in the Netherlands. *The Lancet*, 358, 2039–2045.

Quekelberghe, R. v. (2005). *Transpersonale Psychologie und Psychotherapie. Grenzenlose Grenze des Bewusstseins*. Frankfurt am Main: Dietmar Klotz Verlag.

Van Uden, M., Pieper, J. & Alma, H. (2004). “Bridge over troubled water”. Further Results Regarding the Receptive Coping Scale. *Journal of Empirical Theology*, 17, (1), 101 – 115.

Vasegh, S. & Mohammadi, M.R. (2007). Religiosity, anxiety, and depression among a sample of Iranian medical students. *International Journal of Psychiatry in Medicine*, 37, (2), 213–227.

Vaughan, F. (1986). *The inward are: Healing and Wholeness in psychotherapy and spirituality*. Boston: New Science Library.

Vergote, A. (1970). *Religionspsychologie*. Olten und Freiburg im Breisgau: Walter (Original erschienen 1966: Psychologie Religieuse).

Verdejo-García, A., Bechara, A., Recknor, E.C. & Pérez-García, M. (2007) Negative emotion-driven impulsivity predicts substance dependence problems. *Journal of Drug and Alcohol Dependence*, (2-3), 213–219.

Walach, H. (2000). Narzissmus – Der Schatten der Transpersonalen Psychologie. *Transpersonale Psychologie und Psychotherapie*, 2, 53–67.

Walach, H. (2005). Spiritualität als Ressource. Ein neues Forschungsfeld und seine Chancen und Probleme. *Deutsche Zeitschrift für Onkologie*, 37, 4–12.

Walch, S. (2002). *Dimensionen der menschlichen Seele. Transpersonale Psychologie und holotropes Atmen*. Düsseldorf, Zürich: Walter.

Walch, S. (2008). Holotropes Atmen zwischen Therapie und Spiritualität – Heilung und Öffnung durch veränderte Bewusstseinszustände. *Psychologie in Österreich*, 28, (1), 42–53.

Walker, R. L & Bishop, S. (2005). Examining a model of the relation between religiosity and suicidal ideation in a sample of African American and White college students. *Suicide & Life Threatening Behavior*, 35, (6), 630–639.

Wiech, K., Farias, M., Kahane, G., Shackel, N., Tiede, W. & Tracey, I. (2008). An fMRI study measuring analgesia enhanced by religion as a belief system. *PAIN*, (article in press).

Winter, U., Hauri, D., Huber, S., Jenewein, J., Schnyder, U. & Kraemer, B. (2008). The Psychological Outcome of Religious Coping with Stressful Life Events in a Swiss Sample of Church Attendees. (in press).

Widom, C. S., Czaja, S. J. & Dutton, M. A. (2008). Childhood victimization and lifetime revictimization. *Child Abuse & Neglect*. [Epub ahead of print]

Wulff, D. M. (1996). The Psychology of Religion: An Overview. In Shafranske, E. P. (Hrsg.), *Religion and the Clinical Practice of Psychology* (S. 43–70). Washington DC: American Psychological Association.

Wulff, D. M. (1997). *The Psychology of Religion: Classic and Contemporary*. New York: John Wiley.

Yablonsky, (1990). *Die therapeutische Gemeinschaft*. München: Beltz.

Yeginer, A. (2000b). Forschungsinstrumente der transpersonalen Psychologie. In W. Belschner & P. Gottwald (Hrsg.), *Transpersonale Studien*, 2. Oldenburg: Bibliotheks- und Informationssystem der Universität.

Yi, M. S., Mrus, J. M., Wade, T. J., Ho, M. L., Hornung, R. W., Cotton, S., Peterman, A. H., Puchalski, C.M. & Tsevat, J. (2006). Religion, spirituality, and depressive symptoms in patients with HIV/AIDS. *Journal of General Internal Medicine*, 21, Suppl 5, 21–27.

Zerssen, D. v. (1994). Persönlichkeitszüge als Vulnerabilitätsindikatoren – Probleme ihrer Erfassung. *Fortschritte in Neurologie und Psychiatrie*, 62, 1–13.

Zinnbauer, B. J., Pargament, K. I., Cole, B., Rye, M. S., Butter, E. M., Belavich, T. G., Hipp, K. M., Scott, A. B. & Kadar, J. L. (1997). Religion and Spirituality: Unfuzzifying the Fuzzy. *Journal for the Scientific Study of Religion*, 36, (4), 549–564.

Zöfel, P. (2003). *Statistik für Psychologen im Klartext*. München: Pearson.

Zulehner, P. M., Hager, I. & Polak, R. (2001). *Kehrt die Religion wieder? Religion im Leben der Menschen 1970-2000*. Ostfildern: Schwabenverlag.

Zwingmann, C. (2005). Erfassung von Religiosität/Spiritualität im Kontext der gesundheitsbezogenen Lebensqualität. *PPmP - Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie*, 55, 241–246.

Zwingmann, C., Wirtz, M., Müller, C., Körber, J. & Murken, S. (2006). Positive and negative religious coping in German breast cancer patients. *Journal of Behavioural Medicine*, 29, (6), 533–47.

8 Tabellen- und Abbildungsverzeichnis

<i>Tabelle 1: Ausmaß an Zentralität von Religiosität: Internationaler Vergleich</i>	11
<i>Tabelle 2: Idealtypische Darstellung der Bindungsstile (vgl. S. Huber, 2007a, S. 7)</i>	30
<i>Tabelle 3: Bindungsstile zu „Gott“ (vgl. Huber, 2008, S. 8)</i>	31
<i>Tabelle 4: Grundannahmen zum Zusammenhang von Objektbeziehungstheorie und Religiosität (nach Murken, 1998, S. 38):</i>	35
<i>Tabelle 5: Dimensionen der Persönlichkeit (vgl. Pervin, 2000, S. 255)</i>	51
<i>Tabelle 6: Vierfeldertypologie zur intrinsischen/extrinsischen Religiosität.</i>	55
<i>Tabelle 7: Dimensionen von Religiosität (Glock)</i>	56
<i>Tabelle 8: Kernpostulate des konstruktpsychologischen Modells zur Messung der Religiosität</i>	60
<i>Tabelle 9: Grundannahmen zur Zentralitätsskala</i>	61
<i>Tabelle 10: Items der Zentralitätsskala</i>	61
<i>Tabelle 11: Zentralität der Religiosität: Idealtypen (nach Huber, 2007b, S. 25)</i>	62
<i>Tabelle 12: Postulate zum religiösen Konstruktsystem (nach Huber, 2008, S. 10)</i>	62
<i>Tabelle 13: Multidimensionales Inventar zum religiös-spirituellen Befindens (MI-RSB 48)</i>	65
<i>Tabelle 14: Salutogene bzw. pathogene Auswirkungen von Religiosität und Spiritualität auf die Gesundheit (nach Murken, 1998 bzw. Dörr, 2001)</i>	66
<i>Tabelle 15: Risikoreduktion einer psychiatrischen Erkrankung durch verschiedene Formen von Religiosität (vgl. Kendler et al., 2003): Internalisierende psychiatrische Erkrankungen</i>	69
<i>Tabelle 16: Risikoreduktion einer psychiatrischen Erkrankung durch verschiedene Formen von Religiosität (vgl. Kendler et al., 2003): Externalisierende psychiatrische Erkrankungen</i>	69
<i>Tabelle 17: Vergleich von Psychiatern und Nichtpsychiatern: Erfahrungen mit Religiosität/Spiritualität in der Patientenarbeit (Auszug aus dem Originalartikel)</i>	71
<i>Tabelle 18: Risikogruppen für neue religiöse Gemeinschaften</i>	85
<i>Tabelle 19: Inhalte von Nahtodeserfahrungen</i>	96
<i>Tabelle 20: Veränderungen in verschiedenen Lebensbereichen nach NTE</i>	97
<i>Tabelle 21: Glaube vs. Wahn (nach Haenel, 1983)</i>	104
<i>Tabelle 22: Diagnostischer Alogarithmus zum religiösen Wahn (vgl. Pfeifer, 2007)</i>	105
<i>Tabelle 23: Differenzen zwischen spiritueller Erfahrung und Psychose (nach Jackson & Fulford, 1997 vgl. Pfeiffer, 2007)</i>	106
<i>Tabelle 24: Arten von spirituellen Krisen (nach Baier, 2004)</i>	108
<i>Tabelle 25: Bereiche von spirituellen Krisen (Assagioli, 1978, zitiert nach van Quekelberghe, 2007, S. 110)</i>	108
<i>Tabelle 26: Merkmale von spirituellen Krisen (nach Jäger, 2003, S. 117)</i>	109
<i>Tabelle 27: Leitideen der transpersonalen Psychologie (vgl. Walch, 2008, S. 43)</i>	110
<i>Tabelle 28: Verzeichnis der Unabhängigen Variablen</i>	120
<i>Tabelle 29: Deskriptive Darstellung der „Single“-Items</i>	125

<i>Tabelle 30: Reliabilität des mehrdimensionalen Inventars zum religiös-spirituellen Befinden (2005)</i>	130
<i>Tabelle 31: Interkorrelationen der Subskalen bzw. die Korrelation mit dem Gesamtscore religiös-spiritueller Befinden (N=420)</i>	131
<i>Tabelle 32: Interkorrelationen der Gottesbilder: gesamt (N=420)</i>	132
<i>Tabelle 33: Interkorrelationen der Gottesbilder: marginal (N=138)</i>	133
<i>Tabelle 34: Interkorrelationen der Gottesbilder: heteronom (N=234)</i>	133
<i>Tabelle 35: Interkorrelationen der Gottesbilder: autonom (N=48)</i>	134
<i>Tabelle 36: Interkorrelationen der Persönlichkeitsdimensionen (N=420)</i>	135
<i>Tabelle 37: Interkorrelationen der psychopathologischen Parameter (N=220)</i>	135
<i>Tabelle 38: Soziodemographische Daten 1: Alter und Geschlecht</i>	137
<i>Tabelle 39: Soziodemographische Daten 2: Soziales, Berufliches und Religionsbekenntnis</i>	138
<i>Tabelle 40: Anamnestische Daten: Psychiatrische Diagnosen: Hauptdiagnose</i>	139
<i>Tabelle 41: Anamnestische Daten: Psychiatrische Diagnosen: Komorbidität</i>	139
<i>Tabelle 42: Religiös-spiritueller Befinden über die Gruppen (N=420)</i>	141
<i>Tabelle 43: Gottesbilder über die Gruppen (N=420)</i>	145
<i>Tabelle 44: Persönlichkeitsdimensionen über die Gruppen (N=420)</i>	148
<i>Tabelle 45: Psychopathologische Symptomatik über die Gruppen (N=220)</i>	150
<i>Tabelle 46: Items zur Erfassung des elterlichen religiösen Erziehungsstils</i>	151
<i>Tabelle 47: Auswirkung des elterlichen Erziehungsverhaltens auf die Religiosität</i>	152
<i>Tabelle 48: Korrelationen zwischen Persönlichkeit und religiös-spiritueller Befinden (N=420)</i>	154
<i>Tabelle 49: Korrelationen zwischen soziodemographischen Daten und religiös-spiritueller Befinden (N=420)</i>	155
<i>Tabelle 50: Korrelationen zwischen anamnestischen Daten und religiös-spiritueller Befinden (N=220)</i>	155
<i>Tabelle 51: Korrelation zwischen psychopathologische Symptomatik und religiös-spiritueller Befinden (N=220)</i>	156
<i>Tabelle 52: Korrelation zwischen Struktur und Zentralität von Religiosität mit religiös-spiritueller Befinden (N=420)</i>	157
<i>Tabelle 53: Korrelationen zwischen soziodemographischen Daten und Persönlichkeit (N=420)</i>	157
<i>Tabelle 54: Korrelationen zwischen anamnestischen Daten und Persönlichkeit (N=220)</i>	158
<i>Tabelle 55: Korrelationen zwischen psychopatholog. Symptomatik und Persönlichkeit (N=220)</i>	159
<i>Tabelle 56: Korrelation zwischen Struktur und Zentralität von Religiosität und Persönlichkeit (N=420)</i>	160
<i>Tabelle 57: Korrelationen zwischen soziodemographischen Variablen und psychopathologischer Symptomatik (N=220)</i>	161
<i>Tabelle 58: Korrelation zwischen Struktur und Zentralität von Religiosität und psychopathologischer Symptomatik (N=220)</i>	162
<i>Tabelle 59: Korrelationen zwischen soziodemographischen Daten und Struktur und Zentralität von Religiosität (N=420)</i>	163
<i>Tabelle 60: Korrelationen zwischen anamnestischen Daten und Struktur und Zentralität von Religiosität(N=220)</i>	163

<i>Tabelle 61: Gottesbeziehung und allgemeine Religiosität in Abhängigkeit von der Zentralität (Gesamtstichprobe: N=420)</i>	164
<i>Tabelle 62: Gottesbeziehung und Allverbundenheit in Abhängigkeit von der Zentralität (Gesamtstichprobe; N=420)</i>	165
<i>Tabelle 63: Tabelle: Gottesbeziehung und Hoffnung transzendent in Abhängigkeit von der Zentralität (Gesamtstichprobe: N=420)</i>	165
<i>Tabelle 64: Gottesbeziehung und Vergeben in Abhängigkeit von der Zentralität (Gesamtstichprobe: N=420)</i> .	166
<i>Tabelle 65: Gottesbeziehung und Erfahrungen von Bedeutung und Sinn in Abhängigkeit von der Zentralität (Gesamtstichprobe: N=420)</i>	166
<i>Tabelle 66: Gottesbeziehung und Hoffnung immanent in Abhängigkeit von der Zentralität (N=420)</i>	167
<i>Tabelle 67: Gottesbeziehung und Extraversion in Abhängigkeit von der Zentralität (N=420)</i>	168
<i>Tabelle 68: Gottesbeziehung und Neurotizismus in Abhängigkeit von der Zentralität (N=420)</i>	168
<i>Tabelle 69: Tabelle: Gottesbeziehung und Offenheit für Erfahrungen in Abhängigkeit von der Zentralität (N=420)</i>	169
<i>Tabelle 70: Gottesbeziehung und Gewissenhaftigkeit in Abhängigkeit von der Zentralität (N=420)</i>	169
<i>Tabelle 71: Gottesbeziehung und Aggressivität in Abhängigkeit von der Zentralität (N=420)</i>	170
<i>Tabelle 72: Gottesbeziehung und Frömmigkeit in Abhängigkeit von der Zentralität (N=420)</i>	170
<i>Tabelle 73: Gottesbez. und Gesamtbelastung in Abhängigkeit von der Zentralität (N=220)</i>	171
<i>Tabelle 74: Gottesbez. und Depressivität (BSI) in Abhängigkeit von der Zentralität (N=220)</i>	171
<i>Tabelle 75: Gottesbeziehung und Depressivität (BDI) in Abhängigkeit von der Zentralität (N=220)</i>	172
<i>Tabelle 76: Gottesbeziehung und Schulterleben (BSI 1) in Abhängigkeit von der Zentralität (N=220); Item: „Schuldgefühle“</i>	172
<i>Tabelle 77: Gottesbeziehung und Schulterleben (BSI 2) in Abhängigkeit von der Zentralität (N=220); Item: „Gedanken, dass ich für meine Sünden bestraft werden sollte.“</i>	173
<i>Tabelle 78: Gottesbeziehung und Schulterleben (BDI) in Abhängigkeit von der Zentralität (N=220); Item: „Ich habe Schuldgefühle“</i>	173
<i>Tabelle 79: Gottesbeziehung und Ängstlichkeit in Abhängigkeit von der Zentralität (N=220)</i>	174
<i>Tabelle 80: Gottesbeziehung und Ängstlichkeit in Abhängigkeit von der Zentralität (N=220)</i>	174
<i>Tabelle 81: Gottesbeziehung und Unsicherheit in Abhängigkeit von der Zentralität (N=220)</i>	175
<i>Tabelle 82: Gottesbeziehung und Zwanghaftigkeit in Abhängigkeit von der Zentralität (N=220)</i>	175
<i>Tabelle 83: Gottesbeziehung und Somatisierung in Abhängigkeit von der Zentralität (N=220)</i>	176
<i>Tabelle 84: Gottesbeziehung und Somatisierung in Abhängigkeit von der Zentralität (N=220)</i>	176
<i>Tabelle 85: Gottesbeziehung und Essverhalten in Abhängigkeit von der Zentralität (N=220)</i>	177
<i>Tabelle 86: Gottesbeziehung und Sexualität in Abhängigkeit von der Zentralität (N=220)</i>	177
<i>Tabelle 87: Gottesbeziehung und Psychotizismus in Abhängigkeit von der Zentralität (N=220)</i>	178
<i>Tabelle 88: Gottesbeziehung und Suizidalität in Abhängigkeit von der Zentralität (N=220)</i>	178
<i>Tabelle 89: Gottesbeziehung und Suizidversuch in Abhängigkeit von der Zentralität (N=220); Item: „Haben Sie schon einmal versucht, sich das Leben zu nehmen?“</i>	179

<i>Tabelle 90: Ansprechpartner für religiös-spirituelle Themen</i>	<i>181</i>
<i>Tabelle 91: Ansprechpartner für religiös-spirituelle Themen im Krankenhaus</i>	<i>182</i>
<i>Tabelle 92: Ansprechpartner für religiös-spirituelle Themen</i>	<i>183</i>
<i>Abbildung 1: Integration des Konzepts von Pargament zur religiösen Stressbewältigung in das transaktionale Stressmodell nach Lazarus (vgl. H. P. Huber, 2008, S. 120).....</i>	<i>46</i>
<i>Abbildung 2: Phasen der Testentwicklung des MI-RSB 48: Pfaddiagramme zur Faktorenstruktur und Faktorenladungen (standardisierte Regressionsgewichte) bzw. die wichtigsten Indizes des model fit (vgl. dazu Unterrainer et al., 2008, in press)</i>	<i>129</i>
<i>Abbildung 3: Screeplot der konfirmatorischen Faktorenanalyse: MI-RSB 48 (N=420</i>	<i>130</i>
<i>Abbildung 4: Profil der Dimensionen des religiös-spirituellen Befindens über die Gruppen</i>	<i>142</i>
<i>Abbildung 5: Profil unterschiedlicher Parameter von Religiosität/Spiritualität über die Gruppen</i>	<i>143</i>
<i>Abbildung 6: Religiös-spirituelles Befinden über die Gruppen nach Geschlecht</i>	<i>144</i>
<i>Abbildung 7: Profil der Parameter einer positiven Gottesbeziehung über die Gruppen</i>	<i>146</i>
<i>Abbildung 8: Profil der Parameter einer negativen Gottesbeziehung über die Gruppen.....</i>	<i>147</i>
<i>Abbildung 9: Profil der Persönlichkeit über die Gruppen</i>	<i>149</i>
<i>Abbildung 10: Religiöse Sozialisation durch die Mutter bzw. den Vater auf die Zentralität von Religiosität (Gesamtstichprobe: N=420); standardisierte Regressionsgewichte</i>	<i>152</i>
<i>Abbildung 11: Religiöse Sozialisation durch die Mutter bzw. den Vater auf die Zentralität von Religiosität (Frauen: N=219); standardisierte Regressionsgewichte.....</i>	<i>153</i>
<i>Abbildung 12: Religiöse Sozialisation durch die Mutter bzw. den Vater auf die Zentralität von Religiosität (Männer: N=201); standardisierte Regressionsgewichte</i>	<i>153</i>
<i>Abbildung 13: Vorhersage des religiös-spirituellen Befindens durch die Persönlichkeitsdimensionen</i>	<i>154</i>
<i>Abbildung 14: Vorhersage der allgemeinen Religiosität durch die Persönlichkeitsdimensionen</i>	<i>154</i>
<i>Abbildung 15: Auswirkung von Religiosität auf die Aggressivität/Suizidhandlung.....</i>	<i>179</i>
<i>Abbildung 16: Depressivität als möglicher zusätzlicher Parameter bezüglich des Zusammenhangs Religiosität mit Aggressivität/Suizidgedanken.</i>	<i>180</i>

9 Anhang

9.1 Votum der Ethikkommission



Ethikkommission

Auenbruggerplatz 2, A-8036 Graz
ethikkommission@meduni-graz.at
Tel.: +43 / 316 / 385-3928
Fax: +43 / 316 / 385-4348

VOTUM
gültig bis 10.10.2006

EK-Nummer: 17-020 ex 05/06
Studientitel: Spiritualität & psychische Erkrankung
Prüfer: *) Mag.Dr. Human Unterrainer
Univ.Klinik für Psychiatrie
Sponsor: (Prüfer)
CRO: -

*) Antragsteller

Die o.a. Studie wurde von der Ethikkommission erstmals im 'expedited Review' am 10.10.2005 behandelt. Die Ethikkommission ist zu folgendem Schluss gekommen:

Es besteht kein Einwand gegen die Durchführung der Studie in der vorliegenden Form.

Zur Beurteilung eingereichte Dokumente:

~~Dokumente eingegangen am 04.10.2005, begutachtet im 'expedited Review' am 10.10.2005~~

Originalprotokoll	2.0	27.09.2005
Patienteninformation / Einverständniserklärung	undatiert	
Fragebögen: FSB-48, Sechs Faktoren Test (SFT), BDI, CIPS, BPRS, BSI, Skalen Gottesbild, Skala Zentralität, MADR-Skala,		

Die Ethikkommission geht – rechtlich unverbindlich – davon aus, dass es sich weder um eine klinische Prüfung nach AMG noch nach MPG handelt.

Das Votum der Ethikkommission berührt in keiner Weise die alleinige Verantwortung des Prüfers / der Prüfer für die ordnungsgemäße Durchführung der Studie unter Einhaltung aller einschlägiger gesetzlicher Bestimmungen und Richtlinien.

Weiters machen wir darauf aufmerksam, dass der Kommission unverzüglich zu melden sind:

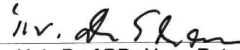
- Abweichungen vom Protokoll oder Protokolländerungen
- Änderungen, die das Risiko der Teilnehmer/-innen erhöhen oder die Durchführung der Studie wesentlich beeinflussen
- Mutmaßliche unerwartete schwerwiegende Nebenwirkungen bzw. schwerwiegende unerwünschte Ereignisse
- Jegliche Information über sonstige Umstände, die die Sicherheit der Teilnehmer/-innen oder die Durchführung der Studie beeinträchtigen können

Dieses Votum gilt für ein Jahr ab dem Datum der Ausstellung. Bei längerer Studiendauer ist rechtzeitig vor Ablauf der Gültigkeit des Votums ein Zwischenbericht vorzulegen (Berichtsformular), um eine etwaige Verlängerung zu erlangen.

Graz, 10. Oktober 2005



Univ. Prof. DDr. Peter H. Rehak
Vorsitzender



Univ. Prof. DDr. Hans-Peter Kapfhammer
Stv. Vorsitzender

Achtung: Bitte bei allen das Projekt betreffende Schreiben oder telefonischen Anfragen die EK-Nummer angeben!

9.2 Aufklärungsbogen

Spiritualität & psychische Erkrankung

Patienteninformation und Einwilligungserklärung zur Teilnahme an der klinischen Studie

Spiritualität & psychische Erkrankung

Sehr geehrte Teilnehmerin, sehr geehrter Teilnehmer!

Wir laden Sie ein an der oben genannten klinischen Studie teilzunehmen. Die Aufklärung darüber erfolgt in einem ausführlichen ärztlichen Gespräch.

Die Teilnahme an einer klinischen Studie ist freiwillig und kann jederzeit ohne Angabe von Gründen durch Sie beendet werden, ohne dass Ihnen hierdurch Nachteile in Ihrer medizinischen Betreuung entstehen.

Klinische Studien sind notwendig, um verlässliche neue medizinische Forschungsergebnisse zu gewinnen. Unverzichtbare Voraussetzung für die Durchführung einer klinischen Studie ist jedoch, dass Sie Ihr Einverständnis zur Teilnahme an dieser klinischen Studie schriftlich erklären. Bitte lesen Sie den folgenden Text als Ergänzung zum Informationsgespräch mit Ihrem Arzt sorgfältig durch und zögern Sie nicht Fragen zu stellen.

Bitte unterschreiben Sie die Einwilligungserklärung nur

- wenn Sie Art und Ablauf der klinischen Studie vollständig verstanden haben,
- wenn Sie bereit sind, der Teilnahme zuzustimmen und
- wenn Sie sich über Ihre Rechte als Teilnehmer an dieser klinischen Studie im klaren sind.

Zu dieser klinischen Studie, sowie zur Patienteninformation und Einwilligungserklärung wurde von der zuständigen Ethikkommission eine befürwortende Stellungnahme abgegeben.

1. Was ist der Zweck der klinischen Studie?

Der Zweck dieser klinischen Studie ist, mehr über psychisches Erleben im Krankheitsprozess zu erfahren. Ängste und Befürchtungen bzw. das Allgemeinbefinden im Krankenhaus sollen erfragt werden. Auch werden Fragen zu Religion und Glauben gestellt.

2. Wie läuft die klinische Studie ab?

Diese klinische Studie wird an Uni Klinik für Psychiatrie / Med Uni Graz durchgeführt, und es werden insgesamt ungefähr 200 Personen daran teilnehmen.

Ihre Teilnahme an dieser klinischen Studie wird voraussichtlich 30 – 60 Minuten dauern.

3. Worin liegt der Nutzen einer Teilnahme an der Klinischen Studie?

Durch die Beantwortung dieses Fragebogens ermöglichen Sie uns, mehr über Ihre Gedanken und Gefühle im Krankheitsprozess zu erfahren, um in weiterer Folge noch besser auf die Bedürfnisse der PatientInnen eingehen zu können.

Wichtig dabei ist: Es sollen auch Dinge zur Sprache kommen, die sonst im Krankenhaus oftmals weniger Platz haben. Religion und Glaube sollen a Thema für alle im Krankenhaus tätigen Personen werden.

4. Gibt es Risiken, Beschwerden und Begleiterscheinungen? -

5. Zusätzliche Einnahme von Arzneimitteln? -

6. Hat die Teilnahme an der klinischen Studie sonstige Auswirkungen auf die Lebensführung und welche Verpflichtungen ergeben sich daraus? -

7. Was ist zu tun beim Auftreten von Symptomen, Begleiterscheinungen und/oder Verletzungen?

Falls gewünscht, kann im Anschluss an die Beantwortung des Fragebogens ein klärendes Gespräch mit dem Versuchsleiter erfolgen. Auftretende Gedanken und Gefühle während der Beantwortung des Fragebogens können dabei Thema werden.

8. Wann wird die klinische Studie vorzeitig beendet?

Sie können jederzeit auch ohne Angabe von Gründen, Ihre Teilnahmebereitschaft widerrufen und aus der klinischen Studie ausscheiden ohne dass Ihnen dadurch irgendwelche Nachteile für Ihre weitere medizinische Betreuung entstehen.

Ihr Prüfarzt wird Sie über alle neuen Erkenntnisse, die in Bezug auf diese klinische Studie bekannt werden, und für Sie wesentlich werden könnten, umgehend informieren. Auf dieser Basis können Sie dann Ihre Entscheidung zur **weiteren** Teilnahme an dieser klinischen Studie neu überdenken.

Es ist aber auch möglich, dass Ihr Prüfarzt entscheidet, Ihre Teilnahme an der klinischen Studie vorzeitig zu beenden, ohne vorher Ihr Einverständnis einzuholen. Die Gründe hierfür können sein:

- a) Sie können den Erfordernissen der Klinischen Studie nicht entsprechen;
- b) Ihr behandelnder Arzt hat den Eindruck, dass eine weitere Teilnahme an der klinischen Studie nicht in Ihrem Interesse ist;

9. In welcher Weise werden die im Rahmen dieser klinischen Studie gesammelten Daten verwendet?

Sofern gesetzlich nicht etwas anderes vorgesehen ist, haben nur die Prüfer und deren Mitarbeiter Zugang zu den vertraulichen Daten, in denen Sie namentlich genannt werden. Diese Personen unterliegen der Schweigepflicht.

Die Weitergabe der Daten erfolgt ausschließlich zu statistischen Zwecken und Sie werden ausnahmslos darin nicht namentlich genannt. Auch in etwaigen Veröffentlichungen der Daten dieser klinischen Studie werden Sie nicht namentlich genannt.

10. Entstehen für die Teilnehmer Kosten? Gibt es einen Kostenersatz oder eine Vergütung?

Durch Ihre Teilnahme an dieser klinischen Studie entstehen für Sie keine zusätzlichen Kosten.

11. Möglichkeit zur Diskussion weiterer Fragen

Für weitere Fragen im Zusammenhang mit dieser klinischen Studie steht Ihnen der Versuchsleiter gern zur Verfügung. Auch Fragen, die Ihre Rechte als Patient und Teilnehmer an dieser klinischen Studie betreffen, werden Ihnen gerne beantwortet.

Name der Kontaktperson: Dr. Human Unterrainer

Ständig erreichbar unter: 0699/12377734

Name der Kontaktperson:

Ständig erreichbar unter:

Name der Kontaktperson:

Ständig erreichbar unter:

12. Sollten andere behandelnde Ärzte von der Teilnahme an der klinischen Studie informiert werden?

-

13. Einwilligungserklärung

Name des Patienten in Druckbuchstaben:

Geb.Datum: Code:

Ich erkläre mich bereit, an der klinischen Studie Spiritualität und psychische Erkrankung teilzunehmen.

Ich bin von Frau / Herrn Dr.med.:..... ausführlich und verständlich über mögliche Belastungen und Risiken, sowie über Wesen, Bedeutung und Tragweite der klinischen Studie, sich für mich daraus ergebenden Anforderungen aufgeklärt worden. Ich habe darüber hinaus den Text dieser Patientenaufklärung und Einwilligungserklärung, die insgesamt 4 Seiten umfasst, gelesen. Aufgetretene Fragen wurden mir vom Prüfarzt verständlich und genügend beantwortet. Ich hatte ausreichend Zeit, mich zu entscheiden. Ich habe zur Zeit keine weiteren Fragen mehr.

Ich werde den ärztlichen Anordnungen, die für die Durchführung der klinischen Studie erforderlich sind, Folge leisten, behalte mir jedoch das Recht vor, meine freiwillige Mitwirkung jederzeit zu beenden, ohne dass mir daraus Nachteile für meine weitere medizinische Betreuung entstehen.

Ich bin zugleich damit einverstanden, dass meine im Rahmen dieser klinischen Studie ermittelten Daten aufgezeichnet werden. Um die Richtigkeit der Datenaufzeichnung zu überprüfen, dürfen Beauftragte des Auftraggebers und der zuständigen Behörden beim Prüfarzt Einblick in meine personenbezogenen Krankheitsdaten nehmen.

Beim Umgang mit den Daten werden die Bestimmungen des Datenschutzgesetzes beachtet.

Eine Kopie dieser Patienteninformation und Einwilligungserklärung habe ich erhalten. Das Original verbleibt beim Prüfarzt.

.....
(Datum und Unterschrift des Patienten)

.....
(Datum, Name und Unterschrift des verantwortlichen Arztes)

9.3 Psychometrische Instrumente

9.3.1 Selbstbeurteilung

FSB - 48

(Unterrainer, Ladenhauf & Huber, 2005)

Bevor Sie an die Beantwortung der Fragen gehen, bitte ich Sie folgende Dinge zu beachten: Sie werden zum großen Teil Fragen bezüglich Ihres religiösen Glaubens finden. Auch werden Sie bei der Bearbeitung der einzelnen Fragen öfters auf den Begriff „Gott“ stoßen.

Dazu ist wichtig anzumerken:

- Die hier gemachten Angaben dienen ausschließlich der wissenschaftlichen Forschung und werden **vollkommen anonym** ausgewertet.
- Diese Untersuchung wurde von keiner religiösen Vereinigung oder Gemeinschaft gefördert, noch werden Daten an eine solche weitergegeben.
- Der Begriff „Gott“ **kann, muss aber nicht** im christlich- konfessionellen Sinne verstanden werden.
- Falls Sie den Begriff „Gott“ als unpassend empfinden, können Sie diesen gedanklich durch eine Formulierung wie „höhere Macht“ ersetzen.
- Die Beantwortung des Fragebogens ist trotz der völligen Ablehnung eines religiösen Glaubens möglich. Diese Haltung wird im Fragebogen berücksichtigt.

Bitte beantworten Sie die Fragen spontan und halten Sie sich gedanklich nicht zu lange bei einer Frage auf.

Weiters bitte ich Sie jede Frage zu beantworten, da nur so eine korrekte Auswertung möglich ist.

1. Mein Glaube gibt mir ein Gefühl von Sicherheit.	Trifft gar nicht zu	1	2	3	4	5	6	Trifft völlig zu
2. Es gibt Dinge, die ich nicht verzeihen kann.	Trifft gar nicht zu	1	2	3	4	5	6	Trifft völlig zu
3. Ich blicke mit Optimismus in die Zukunft.	Trifft gar nicht zu	1	2	3	4	5	6	Trifft völlig zu
4. Ich habe eine Erfahrung gemacht, in der meine Person in etwas Größerem aufzugehen schien.	Trifft gar nicht zu	1	2	3	4	5	6	Trifft völlig zu
5. Ich denke oft daran, dass ich die von mir geliebten Menschen zurücklassen werden muss.	Trifft gar nicht zu	1	2	3	4	5	6	Trifft völlig zu
6. Ich habe die Erfahrung der Echtheit von Gefühlen gemacht.	Trifft gar nicht zu	1	2	3	4	5	6	Trifft völlig zu
7. Es ist für mich möglich, Zufriedenheit im vertraulichen Gespräch mit Gott zu finden.	Trifft gar nicht zu	1	2	3	4	5	6	Trifft völlig zu
8. Es gibt Menschen, die ich hasse.	Trifft gar nicht zu	1	2	3	4	5	6	Trifft völlig zu
9. Ich denke, dass es in Zukunft aufwärts gehen wird.	Trifft gar nicht zu	1	2	3	4	5	6	Trifft völlig zu
10. Ich glaube, nach meinem Tod wiedergeboren zu werden.	Trifft gar nicht zu	1	2	3	4	5	6	Trifft völlig zu
11. Ich würde alles daran setzen, das Leben geliebter Menschen zu verlängern.	Trifft gar nicht zu	1	2	3	4	5	6	Trifft völlig zu
12. Ich habe die Erfahrung tiefer Zuneigung gemacht.	Trifft gar nicht zu	1	2	3	4	5	6	Trifft völlig zu
13. Ich werde mit Gottes Hilfe alle Probleme bewältigen können.	Trifft gar nicht zu	1	2	3	4	5	6	Trifft völlig zu
14. Es gibt Menschen, denen ich niemals verzeihen werde können.	Trifft gar nicht zu	1	2	3	4	5	6	Trifft völlig zu
15. Ich glaube, mein Leben entwickelt sich in die richtige Richtung.	Trifft gar nicht zu	1	2	3	4	5	6	Trifft völlig zu
16. Es gibt Menschen, zu denen ich eine übersinnliche Verbindung verspüre.	Trifft gar nicht zu	1	2	3	4	5	6	Trifft völlig zu
17. Es fällt mir schwer daran zu denken, dass von mir geliebte Menschen einmal nicht mehr leben werden.	Trifft gar nicht zu	1	2	3	4	5	6	Trifft völlig zu
18. Ich habe wahre Freundschaft erfahren.	Trifft gar nicht zu	1	2	3	4	5	6	Trifft völlig zu
19. In gewissen Momenten in meinem Leben fühle ich mich Gott ganz nah.	Trifft gar nicht zu	1	2	3	4	5	6	Trifft völlig zu
20. Es gibt Dinge, die man nicht verzeihen soll.	Trifft gar nicht zu	1	2	3	4	5	6	Trifft völlig zu

21. Ich glaube, dass ich in Zukunft mehr positive Erlebnisse haben werde als negative.	Trifft gar nicht zu	1	2	3	4	5	6	Trifft völlig zu
22. Ich habe Dinge erfahren, durch die mir bewusst wurde, dass nichts je richtig tot ist.	Trifft gar nicht zu	1	2	3	4	5	6	Trifft völlig zu
23. Ich habe Angst davor, nach meinem Tod vergessen zu werden.	Trifft gar nicht zu	1	2	3	4	5	6	Trifft völlig zu
24. Ich habe oftmals die Erfahrung von Offenheit und Ehrlichkeit gemacht.	Trifft gar nicht zu	1	2	3	4	5	6	Trifft völlig zu
25. Ich werde mit Gottes Hilfe noch einmal glücklich sein.	Trifft gar nicht zu	1	2	3	4	5	6	Trifft völlig zu
26. Wenn mich jemand verletzt hat, versuche ich in der Regel es ihm heimzuzahlen.	Trifft gar nicht zu	1	2	3	4	5	6	Trifft völlig zu
27. Ich glaube, dass ich in Zukunft so leben werde, wie ich mir das vorstelle.	Trifft gar nicht zu	1	2	3	4	5	6	Trifft völlig zu
28. Ich glaube an eine Weiterexistenz nach dem Tode.	Trifft gar nicht zu	1	2	3	4	5	6	Trifft völlig zu
29. Ich würde alles daran setzen, mein Leben zu verlängern.	Trifft gar nicht zu	1	2	3	4	5	6	Trifft völlig zu
30. Ich habe Dinge erfahren, die ich immer wieder erleben möchte.	Trifft gar nicht zu	1	2	3	4	5	6	Trifft völlig zu
31. Ich weiß, dass Gott barmherzig ist.	Trifft gar nicht zu	1	2	3	4	5	6	Trifft völlig zu
32. Der Gedanke daran meine Feinde leiden zu sehen, befriedigt mich.	Trifft gar nicht zu	1	2	3	4	5	6	Trifft völlig zu
33. Ich habe eine genaue Vorstellung davon, wie meine Zukunft aussehen soll.	Trifft gar nicht zu	1	2	3	4	5	6	Trifft völlig zu
34. Ich habe Dinge erfahren, die sich nicht in Worte ausdrücken lassen.	Trifft gar nicht zu	1	2	3	4	5	6	Trifft völlig zu
35. Ich habe Angst davor, was nach meinem Tod mit mir geschieht.	Trifft gar nicht zu	1	2	3	4	5	6	Trifft völlig zu
36. Ich habe oftmals eine Erfahrung gemacht, die mich zutiefst betroffen zurückließ.	Trifft gar nicht zu	1	2	3	4	5	6	Trifft völlig zu
37. Ich gehe gerne zu einer Veranstaltung einer Glaubensgemeinschaft.	Trifft gar nicht zu	1	2	3	4	5	6	Trifft völlig zu
38. Es gibt Menschen, die es verdienen schlecht behandelt zu werden.	Trifft gar nicht zu	1	2	3	4	5	6	Trifft völlig zu
39. Meine Zukunft erscheint mir als sehr unsicher.	Trifft gar nicht zu	1	2	3	4	5	6	Trifft völlig zu
40. Ich habe erfahren, dass es Gegenstände gibt, von denen eine ganz besondere Kraft ausströmt.	Trifft gar nicht zu	1	2	3	4	5	6	Trifft völlig zu

41. Mit dem Tod endet alle Hoffnung.	Trifft gar nicht zu	1 2 3 4 5 6	Trifft völlig zu
42. Ich habe erfahren, dass ich mich so in eine Sache vertiefen kann, dass ich alles um mich herum vergesse.	Trifft gar nicht zu	1 2 3 4 5 6	Trifft völlig zu
43. In der freien Natur spüre ich die Gegenwart Gottes.	Trifft gar nicht zu	1 2 3 4 5 6	Trifft völlig zu
44. Ich habe denjenigen verziehen, die mich verletzt haben.	Trifft gar nicht zu	1 2 3 4 5 6	Trifft völlig zu
45. Ich glaube, dass die Zukunft spannende Aufgaben für mich bereithält.	Trifft gar nicht zu	1 2 3 4 5 6	Trifft völlig zu
46. Ich glaube in Zukunft Erfahrungen zu machen, die vielen Menschen verwehrt sind.	Trifft gar nicht zu	1 2 3 4 5 6	Trifft völlig zu
47. Ich habe Angst davor, nach meinem Tod für meine Verfehlungen zur Verantwortung gezogen zu werden.	Trifft gar nicht zu	1 2 3 4 5 6	Trifft völlig zu
48. Ich habe eine oder mehrere Erfahrungen gemacht, durch die mir der Sinn des Lebens bewusst wurde.	Trifft gar nicht zu	1 2 3 4 5 6	Trifft völlig zu

Vielen Dank für Ihre Bemühungen!

9.3.1.2 Sechs Faktoren Test (SFT)

Sechs Faktoren Test (SFT)

Entscheiden Sie bitte bei jeder der folgenden Aussagen, ob diese in Zeiten körperlicher und seelischer Gesundheit auf Sie zutrifft oder nicht. Es geht nicht darum, wie Sie in Zeiten beeinträchtigter Gesundheit sind oder wie sie am liebsten sein möchten, sondern wie Sie in gesunden Zeiten wirklich sind bzw. waren. Machen Sie – ohne lange zu überlegen – ein Kreuz in den Kringel, der am ehesten zutrifft bzw. zutraf.

Lassen Sie keinen Satz aus!

1. Ich habe die Anweisung verstanden.

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
trifft ausgesprochen zu	trifft überwiegend zu	trifft etwas zu	trifft gar nicht zu

2. Ich bin bereit, jede Frage so wahrheitsgetreu wie möglich zu beantworten.

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
trifft ausgesprochen zu	trifft überwiegend zu	trifft etwas zu	trifft gar nicht zu

3. Ich lache gerne mit anderen und mache auch selber gerne einmal einen Spaß.

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
trifft ausgesprochen zu	trifft überwiegend zu	trifft etwas zu	trifft gar nicht zu

4. Eine neue Arbeit beginne ich erst, wenn ich die alte beendet habe.

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
trifft ausgesprochen zu	trifft überwiegend zu	trifft etwas zu	trifft gar nicht zu

5. Ich fühle mich oft schutzbedürftig.

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
trifft ausgesprochen zu	trifft überwiegend zu	trifft etwas zu	trifft gar nicht zu

6. Man hält mir vor, etwas überheblich und ironisch zu sein.

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
trifft ausgesprochen zu	trifft überwiegend zu	trifft etwas zu	trifft gar nicht zu

7. Sauberkeit ist mir eine Herzensangelegenheit.

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
trifft ausgesprochen zu	trifft überwiegend zu	trifft etwas zu	trifft gar nicht zu

8. Es fällt mir schwer, meinem Gesprächspartner in die Augen zu schauen.

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
trifft ausgesprochen zu	trifft überwiegend zu	trifft etwas zu	trifft gar nicht zu

9. Ich lese gern und viel.

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
trifft ausgesprochen zu	trifft überwiegend zu	trifft etwas zu	trifft gar nicht zu

10. Zu meinen Mitmenschen habe ich ein herzliches Verhältnis.

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
trifft ausgesprochen zu	trifft überwiegend zu	trifft etwas zu	trifft gar nicht zu

11. Ich gelte als sehr pflichtbewusst.

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
trifft ausgesprochen zu	trifft überwiegend zu	trifft etwas zu	trifft gar nicht zu

12. Ich bin leicht aufbrausend.

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
trifft ausgesprochen zu	trifft überwiegend zu	trifft etwas zu	trifft gar nicht zu

13. Kommen irgendwelche Schwierigkeiten auf mich zu, so werde ich nervös.

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
trifft ausgesprochen zu	trifft überwiegend zu	trifft etwas zu	trifft gar nicht zu

14. Ich glaube fest an die Gerechtigkeit Gottes.

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
trifft ausgesprochen zu	trifft überwiegend zu	trifft etwas zu	trifft gar nicht zu

15. Ich bin voller Unternehmensegeist und Temperament.

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
trifft ausgesprochen zu	trifft überwiegend zu	trifft etwas zu	trifft gar nicht zu

16. Ich bemühe mich, alles möglichst gründlich zu machen.

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
trifft ausgesprochen zu	trifft überwiegend zu	trifft etwas zu	trifft gar nicht zu

17. Ich reagiere leicht überempfindlich.

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
trifft ausgesprochen zu	trifft überwiegend zu	trifft etwas zu	trifft gar nicht zu

18. Ich bin Ungerechtigkeiten gegenüber sehr empfindlich, auch wenn sie anderen widerfahren.

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
trifft ausgesprochen zu	trifft überwiegend zu	trifft etwas zu	trifft gar nicht zu

19. Man hält mich allgemein für tüchtig.

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
trifft ausgesprochen zu	trifft überwiegend zu	trifft etwas zu	trifft gar nicht zu

20. Wenn ich etwas Ungewohntes und Neues vorhabe, bin ich immer etwas ängstlich.

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
trifft ausgesprochen zu	trifft überwiegend zu	trifft etwas zu	trifft gar nicht zu

21. Ich nehme gerne Einladungen zu Geselligkeiten an.

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
trifft ausgesprochen zu	trifft überwiegend zu	trifft etwas zu	trifft gar nicht zu

22. Ich greife schon mal zu nicht ganz fairen Mitteln, um mir einen Vorteil zu verschaffen.

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
trifft ausgesprochen zu	trifft überwiegend zu	trifft etwas zu	trifft gar nicht zu

23. Ich bin tief religiös.

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
trifft ausgesprochen zu	trifft überwiegend zu	trifft etwas zu	trifft gar nicht zu

24. Ich bin etwas egoistisch.

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
trifft ausgesprochen zu	trifft überwiegend zu	trifft etwas zu	trifft gar nicht zu

25. Ich gelte allgemein als zuverlässig.

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
trifft ausgesprochen zu	trifft überwiegend zu	trifft etwas zu	trifft gar nicht zu

26. Ich traue mich oft nicht an Menschen heran, an denen ich interessiert bin, weil ich fürchte, auf Ablehnung zu stoßen.

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
trifft ausgesprochen zu	trifft überwiegend zu	trifft etwas zu	trifft gar nicht zu

27. Ich versuche oft, mir Vorstellungen von einer idealen Welt zu machen.

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
trifft ausgesprochen zu	trifft überwiegend zu	trifft etwas zu	trifft gar nicht zu

28. Ich kann leicht Anschluss finden.

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
trifft ausgesprochen zu	trifft überwiegend zu	trifft etwas zu	trifft gar nicht zu

29. Ich lege großen Wert auf Pünktlichkeit.

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
trifft ausgesprochen zu	trifft überwiegend zu	trifft etwas zu	trifft gar nicht zu

30. Ich werde nie ganz das Gefühl los, dass ich mir irgendetwas habe zu schulden kommen lassen.

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
trifft ausgesprochen zu	trifft überwiegend zu	trifft etwas zu	trifft gar nicht zu

31. Ich bin etwas streitsüchtig.

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
trifft ausgesprochen zu	trifft überwiegend zu	trifft etwas zu	trifft gar nicht zu

32. Ich bin sehr arbeitsam.

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
trifft ausgesprochen zu	trifft überwiegend zu	trifft etwas zu	trifft gar nicht zu

33. Ich neige dazu, mit allen Menschen rasch warm zu werden.

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
trifft ausgesprochen zu	trifft überwiegend zu	trifft etwas zu	trifft gar nicht zu

34. Ich bin leicht beeinflussbar.

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
trifft ausgesprochen zu	trifft überwiegend zu	trifft etwas zu	trifft gar nicht zu

35. Mich interessiert eigentlich mehr, was hinter den Dingen steht, als die Dinge selber.

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
trifft ausgesprochen zu	trifft überwiegend zu	trifft etwas zu	trifft gar nicht zu

36. In meinem Zimmer haben alle Dinge einen ganz bestimmten Platz, und es regt mich innerlich auf, wenn von anderen an dieser Ordnung etwas geändert wird.

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
trifft ausgesprochen zu	trifft überwiegend zu	trifft etwas zu	trifft gar nicht zu

37. Mein Verhältnis zu anderen ist im Allgemeinen sehr herzlich.

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
trifft ausgesprochen zu	trifft überwiegend zu	trifft etwas zu	trifft gar nicht zu

38. Oft fühle ich himmelhoch jauchzend, dann wieder zu Tode betrübt.

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
trifft ausgesprochen zu	trifft überwiegend zu	trifft etwas zu	trifft gar nicht zu

39. Ich ging als Kind auch von mir aus in die Kirche.

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
trifft ausgesprochen zu	trifft überwiegend zu	trifft etwas zu	trifft gar nicht zu

40. Es macht mir nichts aus, fremde Menschen um eine Auskunft zu bitten.

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
trifft ausgesprochen zu	trifft überwiegend zu	trifft etwas zu	trifft gar nicht zu

41. Ich fühle mich nie richtig verstanden.

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
trifft ausgesprochen zu	trifft überwiegend zu	trifft etwas zu	trifft gar nicht zu

42. Mir liegen eher humorvolle Gespräche.

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
trifft ausgesprochen zu	trifft überwiegend zu	trifft etwas zu	trifft gar nicht zu

43. Ich bin sehr gewissenhaft.

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
trifft ausgesprochen zu	trifft überwiegend zu	trifft etwas zu	trifft gar nicht zu

44. Ich ringe immer wieder um ein sinnvolles Lebensziel.

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
trifft ausgesprochen zu	trifft überwiegend zu	trifft etwas zu	trifft gar nicht zu

45. Wenn ich einen Menschen gern habe, fürchte ich im Stillen immer, ihn zu verlieren.

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
trifft ausgesprochen zu	trifft überwiegend zu	trifft etwas zu	trifft gar nicht zu

46. Manchmal versuche ich, es jemandem heimzuzahlen, anstatt zu verzeihen oder zu vergessen.

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
trifft ausgesprochen zu	trifft überwiegend zu	trifft etwas zu	trifft gar nicht zu

47. Meine Mitmenschen halten mich für kühl und steif.

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
trifft ausgesprochen zu	trifft überwiegend zu	trifft etwas zu	trifft gar nicht zu

48. Ich denke viel über den Tod und das Leben nach dem Tod nach.

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
trifft ausgesprochen zu	trifft überwiegend zu	trifft etwas zu	trifft gar nicht zu

49. Finanzielle Angelegenheiten nehme ich immer sehr genau.

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
trifft ausgesprochen zu	trifft überwiegend zu	trifft etwas zu	trifft gar nicht zu

50. Ich kann schnell vergessen, wenn man mich gekränkt oder beleidigt hat.

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
trifft ausgesprochen zu	trifft überwiegend zu	trifft etwas zu	trifft gar nicht zu

51. Ich fühle mich oft anderen Menschen unterlegen, obwohl eigentlich gar kein Grund dafür vorliegt.

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
trifft ausgesprochen zu	trifft überwiegend zu	trifft etwas zu	trifft gar nicht zu

52. Ich denke viel über mich und mein Verhalten nach.

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
trifft ausgesprochen zu	trifft überwiegend zu	trifft etwas zu	trifft gar nicht zu

53. Ich bin lieber allein als in großer Gesellschaft.

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
trifft ausgesprochen zu	trifft überwiegend zu	trifft etwas zu	trifft gar nicht zu

54. Ich achte immer sehr darauf, dass alles in meinem Leben ordentlich zugeht.

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
trifft ausgesprochen zu	trifft überwiegend zu	trifft etwas zu	trifft gar nicht zu

55. Ich glaube, dass ich jede Frage wahrheitsgemäß beantwortet habe.

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
trifft ausgesprochen zu	trifft überwiegend zu	trifft etwas zu	trifft gar nicht zu

Fragebogen zu Religion, Glaube und Spiritualität

Es folgen Fragen zu Religion, Glaube und Spiritualität. Dabei verstehen wir die Wörter „Religion“ und „religiös“ immer im Sinn von „Glaube“ und „gläubig“. Bitte antworten Sie spontan, offen und ehrlich!

1. Allgemeine Angaben

1. Wie alt sind Sie? _____ Jahre
2. Ihr Geschlecht ist: weiblich männlich
3. Welchen höchsten allgemein bildenden Schulabschluss haben Sie?
(z.B. Hauptschule, Realschule, Gymnasium oder ohne Abschluss) _____
4. Welcher Kirche oder Religionsgemeinschaft gehören Sie an?
(z.B. evangelisch, katholisch, islamisch oder aus der Kirche ausgetreten) _____

2. Sind Sie mit Ihrer leiblichen Mutter aufgewachsen, als Sie zwischen 6 und 12 Jahre alt waren?

<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein (→ bitte machen Sie weiter mit Fragenblock 3)	nie	selten	gelegentlich	oft	sehr oft
1. Wie oft ging Ihre Mutter damals mit Ihnen zu Gottesdiensten?	①	②	③	④	⑤
2. Wie oft betete Ihre Mutter damals mit Ihnen zusammen?	①	②	③	④	⑤
3. Wie oft sprach Ihre Mutter damals mit Ihnen über religiöse Fragen?	①	②	③	④	⑤

3. Sind Sie mit Ihrem leiblichen Vater aufgewachsen, als Sie zwischen 6 und 12 Jahre alt waren?

<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein (→ bitte machen Sie weiter mit Fragenblock 3)	nie	selten	gelegentlich	oft	sehr oft
1. Wie oft ging Ihr Vater damals mit Ihnen zu Gottesdiensten?	①	②	③	④	⑤
2. Wie oft betete Ihr Vater damals mit Ihnen zusammen?	①	②	③	④	⑤
3. Wie oft sprach Ihr Vater damals mit Ihnen über religiöse Fragen?	①	②	③	④	⑤

4. Wie interessant, wichtig oder wahrscheinlich sind für Sie die folgenden Inhalte?

(Bitte gehen Sie bei diesen und allen weiteren Fragen von Ihrer persönlichen Vorstellung von „Gott“ aus.)	gar nicht	wenig	mittel	ziemlich	sehr
1. Wie sehr interessieren Sie sich dafür, mehr über religiöse Fragen zu erfahren?	①	②	③	④	⑤
2. Wie wichtig ist für Sie das persönliche Gebet?	①	②	③	④	⑤
3. Wie hoch ist Ihrer Ansicht nach die Wahrscheinlichkeit, dass Gott wirklich existiert und nicht nur eine menschliche Idee ist?	①	②	③	④	⑤
4. Wie wichtig ist Ihnen die Teilnahme am Gottesdienst?	①	②	③	④	⑤
5. Wie hoch ist Ihrer Ansicht nach die Wahrscheinlichkeit, dass es ein Leben nach dem Tod gibt?	①	②	③	④	⑤
6. Wie wichtig ist Ihnen die Verbindung zu einer religiösen Gemeinschaft?	①	②	③	④	⑤
7. Wie hoch ist Ihrer Ansicht nach die Wahrscheinlichkeit, dass es eine höhere Macht gibt?	①	②	③	④	⑤

5. Wie oft kommen die folgenden Ereignisse und Situationen bei Ihnen vor?
(Antworten Sie bitte ganz nach Ihrem Gefühl.)

Wie oft ...	nie	selten	gelegentlich	oft	sehr oft
1. ... denken Sie über religiöse Fragen nach?	①	②	③	④	⑤
2. ... erleben Sie Situationen, in denen Sie das Gefühl haben, dass Gott anwesend ist?	①	②	③	④	⑤
3. ... richten Sie mitten in Ihrem Alltag ein kurzes Gebet an Gott?	①	②	③	④	⑤
4. ... erleben Sie Situationen, in denen Sie das Gefühl haben, dass Gott Ihnen etwas sagen will?	①	②	③	④	⑤
5. ... informieren Sie sich durch Radio, Fernsehen, Zeitschriften oder Bücher über religiöse Fragen?	①	②	③	④	⑤
6. ... erleben Sie Situationen, in denen Sie das Gefühl haben, dass Gott in Ihr Leben eingreift?	①	②	③	④	⑤

6. Wie häufig nehmen Sie in der Regel an Gottesdiensten teil – auch über Radio oder Fernsehen?

<input type="radio"/> nie	<input type="radio"/> höchstens einmal im Jahr	<input type="radio"/> ein paar Mal im Jahr	<input type="radio"/> etwa einmal im Monat	<input type="radio"/> alle 14 Tage	<input type="radio"/> etwa einmal in der Woche	<input type="radio"/> mehrmals in der Woche
---------------------------	--	--	--	------------------------------------	--	---

7. Wie häufig beten Sie in der Regel?

<input type="radio"/> höchstens einmal im Jahr	<input type="radio"/> ein paar Mal im Jahr	<input type="radio"/> etwa einmal im Monat	<input type="radio"/> mehrmals im Monat	<input type="radio"/> etwa einmal in der Woche	<input type="radio"/> mehrmals in der Woche	<input type="radio"/> etwa einmal am Tag	<input type="radio"/> mehrmals am Tag
<input type="radio"/> nie							

8. Bei den folgenden Fragen geht es um Ihre Gefühle Gott gegenüber.

Wie oft erleben Sie Situationen, in denen Sie folgende Gefühle in Bezug auf Gott haben:

	nie	selten	gelegentlich	oft	sehr oft
1. Vertrauen	①	②	③	④	⑤
2. Ehrfurcht	①	②	③	④	⑤
3. Furcht/Schrecken	①	②	③	④	⑤
4. Freude	①	②	③	④	⑤
5. Schuld	①	②	③	④	⑤
6. Geborgenheit	①	②	③	④	⑤
7. Ärger	①	②	③	④	⑤
8. Glück	①	②	③	④	⑤
9. Scham	①	②	③	④	⑤
10. Hoffnung	①	②	③	④	⑤
11. Zorn	①	②	③	④	⑤
12. Dankbarkeit	①	②	③	④	⑤
13. Versagen	①	②	③	④	⑤
14. Verehrung	①	②	③	④	⑤
15. Angst	①	②	③	④	⑤
16. Befreiung von Schuld	①	②	③	④	⑤

9. Im persönlichen Gebet können sehr unterschiedliche Inhalte vorkommen. Wie oft kommen in Ihren Gebeten folgende Inhalte vor? <i>(Antworten Sie bitte ganz nach Ihrem Gefühl.)</i>					
	nie	selten	gelegentlich	oft	sehr oft
1. Bitte um Unterstützung bei der Lösung eines Problems	①	②	③	④	⑤
2. Unzufriedenheit mit Gott	①	②	③	④	⑤
3. Die Richtung für Ihr weiteres Leben	①	②	③	④	⑤
4. Bitte, dass Gott Ihnen eine Belastung abnimmt	①	②	③	④	⑤
5. Bitte für andere Menschen	①	②	③	④	⑤
6. Eine Strafe, die Sie von Gott befürchten	①	②	③	④	⑤
7. Enttäuschung über Gott	①	②	③	④	⑤
8. Lob Gottes	①	②	③	④	⑤
9. Bitte, dass Gott für Sie ein Problem löst	①	②	③	④	⑤
10. Eine Strafe, die Gott Ihnen auferlegt hat	①	②	③	④	⑤
11. Eine Entscheidung, die Sie fällen müssen	①	②	③	④	⑤
12. Angst, von Gott im Stich gelassen zu werden	①	②	③	④	⑤
13. Ärger über Gott	①	②	③	④	⑤
14. Dankbarkeit Gott gegenüber	①	②	③	④	⑤
15. Angst, dass Gott sich von Ihnen abwendet	①	②	③	④	⑤
16. Verehrung Gottes	①	②	③	④	⑤
17. Führung durch Gott	①	②	③	④	⑤
18. Hadern mit Gott	①	②	③	④	⑤
19. Bitte, dass Gott Ihnen hilft, mit einer Situation fertig zu werden	①	②	③	④	⑤
20. Bitte um Vergebung	①	②	③	④	⑤

10. Menschen können mit Gott sehr unterschiedliche Erfahrungen machen. Wie oft machen Sie folgende Erfahrungen?					
Wie oft erleben Sie Situationen, in denen Sie das Gefühl haben, ...	nie	selten	gelegentlich	oft	sehr oft
1. ... dass Gott Ihnen hilft?	①	②	③	④	⑤
2. ... dass Gott Sie bestraft?	①	②	③	④	⑤
3. ... dass Sie vor Gott versagen?	①	②	③	④	⑤
4. ... dass Gott Ihnen vergibt?	①	②	③	④	⑤
5. ... dass Gott Sie im Stich lässt?	①	②	③	④	⑤
6. ... dass Gott Ihr Gebet erhört? (Wenn Sie nie beten, dann lassen Sie diese Frage bitte aus)	①	②	③	④	⑤
7. ... dass Gott Ihnen Kraft gibt?	①	②	③	④	⑤
8. ... dass Gott auf Ihr Gebet in irgendeiner Form antwortet? (Wenn Sie nie beten, dann lassen Sie diese Frage bitte aus)	①	②	③	④	⑤
9. ... dass Sie vor Gott schuldig werden?	①	②	③	④	⑤
10. ... dass Gott sich von Ihnen abwendet?	①	②	③	④	⑤
11. ... dass Gott Sie von Schuld befreit?	①	②	③	④	⑤
12. ... dass Ihr Gebet etwas bewirkt? (Wenn Sie nie beten, dann lassen Sie diese Frage bitte aus)	①	②	③	④	⑤
13. ... dass Gott zu Ihnen barmherzig ist?	①	②	③	④	⑤
14. ... dass Gott alle Schuld von Ihnen nimmt?	①	②	③	④	⑤

9.3.1.4 Brief Symptom Inventory (BSI)

Codenummer / Name:

Geschlecht: männlich weiblich

Bildungsstand: Haupt-/Realschule Abitur Student/in abgeschl. Studium unbekannt

Alter:

Datum:



BSI - Sie finden nachstehend eine Liste von Problemen und Beschwerden, die man manchmal hat. Bitte lesen Sie jede Frage einzeln sorgfältig durch und entscheiden Sie, wie stark Sie durch diese Beschwerden gestört oder bedrängt worden sind, und zwar **während der vergangenen sieben Tage bis heute**. Überlegen Sie bitte nicht erst, welche Antwort „den besten Eindruck“ machen könnte, sondern antworten Sie so, wie es für Sie persönlich zutrifft. Machen Sie bitte hinter jeder Frage ein Kreuz bei der für Sie am besten zutreffenden Antwort.

Bitte beantworten Sie jede Frage!

überhaupt nicht	ein wenig	ziemlich	stark	sehr stark
0	1	2	3	4

Wie sehr litten Sie in den letzten sieben Tagen unter...					
1. Nervosität oder innerem Zittern	0	1	2	3	4
2. Ohnmachts- und Schwindelgefühlen	0	1	2	3	4
3. der Idee, daß irgend jemand Macht über Ihre Gedanken hat	0	1	2	3	4
4. dem Gefühl, daß andere an den meisten Ihrer Schwierigkeiten Schuld sind	0	1	2	3	4
5. Gedächtnisschwierigkeiten	0	1	2	3	4
6. dem Gefühl, leicht reizbar oder verärgert zu sein	0	1	2	3	4
7. Herz- oder Brustschmerzen	0	1	2	3	4
8. Furcht auf offenen Plätzen oder auf der Straße	0	1	2	3	4
9. Gedanken, sich das Leben zu nehmen	0	1	2	3	4
10. dem Gefühl, daß man den meisten Menschen nicht trauen kann	0	1	2	3	4
11. schlechtem Appetit	0	1	2	3	4
12. plötzlichem Erschrecken ohne Grund	0	1	2	3	4
13. Gefühlsausbrüchen, denen gegenüber Sie machtlos waren	0	1	2	3	4
14. Einsamkeitsgefühlen, selbst wenn Sie in Gesellschaft sind	0	1	2	3	4
15. dem Gefühl, daß es Ihnen schwerfällt, etwas anzufangen	0	1	2	3	4
16. Einsamkeitsgefühlen	0	1	2	3	4
17. Schwermut	0	1	2	3	4
18. dem Gefühl, sich für nichts zu interessieren	0	1	2	3	4
19. Furchtsamkeit	0	1	2	3	4
20. Verletzlichkeit in Gefühlsdingen	0	1	2	3	4
21. dem Gefühl, daß die Leute unfreundlich sind oder Sie nicht leiden können	0	1	2	3	4
22. Minderwertigkeitsgefühlen gegenüber anderen	0	1	2	3	4

überhaupt nicht	ein wenig	ziemlich	stark	sehr stark
0	1	2	3	4


Wie sehr litten Sie in den letzten sieben Tagen unter...

23. Übelkeit oder Magenverstimmung	0	1	2	3	4
24. dem Gefühl, daß andere Sie beobachten oder über Sie reden	0	1	2	3	4
25. Einschlafschwierigkeiten	0	1	2	3	4
26. dem Zwang, wieder und wieder nachzukontrollieren, was Sie tun	0	1	2	3	4
27. Schwierigkeiten, sich zu entscheiden	0	1	2	3	4
28. Furcht vor Fahrten in Bus, Straßenbahn, U-Bahn oder Zug	0	1	2	3	4
29. Schwierigkeiten beim Atmen	0	1	2	3	4
30. Hitzewallungen oder Kälteschauern	0	1	2	3	4
31. der Notwendigkeit, bestimmte Dinge, Orte oder Tätigkeiten zu meiden, weil Sie durch diese erschreckt werden	0	1	2	3	4
32. Leere im Kopf	0	1	2	3	4
33. Taubheit oder Kribbeln in einzelnen Körperteilen	0	1	2	3	4
34. dem Gefühl, daß Sie für Ihre Sünden bestraft werden sollten	0	1	2	3	4
35. einem Gefühl der Hoffnungslosigkeit angesichts der Zukunft	0	1	2	3	4
36. Konzentrationsschwierigkeiten	0	1	2	3	4
37. Schwächegefühl in einzelnen Körperteilen	0	1	2	3	4
38. dem Gefühl, gespannt oder aufgeregt zu sein	0	1	2	3	4
39. Gedanken an den Tod und ans Sterben	0	1	2	3	4
40. dem Drang, jemanden zu schlagen, zu verletzen oder ihm Schmerz zuzufügen	0	1	2	3	4
41. dem Drang, Dinge zu zerbrechen oder zu zerschmettern	0	1	2	3	4
42. starker Befangenheit im Umgang mit anderen	0	1	2	3	4
43. Abneigung gegen Menschenmengen, z. B. beim Einkaufen oder im Kino	0	1	2	3	4
44. dem Eindruck, sich einer anderen Person nie so richtig nahe fühlen zu können	0	1	2	3	4
45. Schreck- oder Panikanfällen	0	1	2	3	4
46. der Neigung, immer wieder in Erörterungen und Auseinandersetzungen zu geraten	0	1	2	3	4
47. Nervosität, wenn Sie allein gelassen werden	0	1	2	3	4
48. mangelnder Anerkennung Ihrer Leistungen durch andere	0	1	2	3	4
49. so starker Ruhelosigkeit, daß Sie nicht stillsitzen können	0	1	2	3	4
50. dem Gefühl, wertlos zu sein	0	1	2	3	4
51. dem Gefühl, daß die Leute Sie ausnutzen, wenn Sie es zulassen würden	0	1	2	3	4
52. Schuldgefühlen	0	1	2	3	4
53. dem Gedanken, daß irgendetwas mit Ihrem Verstand nicht in Ordnung ist	0	1	2	3	4

9.3.1.5 Beck Depressions Inventar (BDI)

Wie ist Ihr gegenwärtiges Lebensgefühl?

In diesem Fragebogen geht es um Ihr gegenwärtiges Lebensgefühl. Bitte geben Sie zu jeder Frage an, wie häufig Sie die genannte Stimmung oder Sichtweise erleben.

		nie					fast immer
							
		0	1	2	3	4	5
1	Ich bin traurig.	0	1	2	3	4	5
2	Ich sehe mutlos in die Zukunft.	0	1	2	3	4	5
3	Ich fühle mich als Versager(in).	0	1	2	3	4	5
4	Es fällt mir schwer, etwas zu genießen.	0	1	2	3	4	5
5	Ich habe Schuldgefühle.	0	1	2	3	4	5
6	Ich fühle mich bestraft.	0	1	2	3	4	5
7	Ich bin von mir enttäuscht.	0	1	2	3	4	5
8	Ich werfe mir Fehler und Schwächen vor.	0	1	2	3	4	5
9	Ich denke daran, mir etwas anzutun.	0	1	2	3	4	5
10	Ich weine.	0	1	2	3	4	5
11	Ich fühle mich gereizt und verärgert.	0	1	2	3	4	5
12	Mir fehlt das Interesse an Menschen.	0	1	2	3	4	5
13	Ich schiebe Entscheidungen vor mir her.	0	1	2	3	4	5
14	Ich bin besorgt um mein Aussehen.	0	1	2	3	4	5
15	Ich muss mich zu jeder Tätigkeit zwingen.	0	1	2	3	4	5
16	Ich habe Schlafstörungen.	0	1	2	3	4	5
17	Ich bin müde und lustlos.	0	1	2	3	4	5
18	Ich habe keinen Appetit.	0	1	2	3	4	5
19	Ich mache mir Sorgen um meine Gesundheit.	0	1	2	3	4	5
20	Sex ist mir gleichgültig.	0	1	2	3	4	5

9.3.1.6 Soziodemografische / anamnestische Daten

Patient – Nr.:	
Alter	_____
Geschlecht	<input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich
Schulbildung (abgeschlossen)	<input type="checkbox"/> Volksschule <input type="checkbox"/> Hauptschule <input type="checkbox"/> Berufsschule <input type="checkbox"/> Matura <input type="checkbox"/> Matura mit weiterführender Ausbildung <input type="checkbox"/> Universität
Erwerbstätigkeit	<input type="checkbox"/> im Beruf stehend <input type="checkbox"/> in Ausbildung / Studium <input type="checkbox"/> in Pension
Familienstand	<input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> in Partnerschaft lebend <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> geschieden / getrennt
Kinder	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Suizidversuch:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
wenn ja, wann?	_____
wie oft?	_____
Erstdiagnose	_____
wann gestellt?	_____
Zweitdiagnose?	_____
wann gestellt?	_____
Weiters:	_____

9.3.2 *Fremdbeurteilung*

9.3.2.1 Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS)

Prüfungsnummer <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Testcode <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Patient/Proband laufende Nr. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Prüftag Nr. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Nr. der Messung <input type="text"/> <input type="text"/>	Prüf-stelle <input type="text"/> <input type="text"/>	Prüfer-Nr. <input type="text"/> <input type="text"/>	<h1 style="margin: 0;">CIPS</h1> <p style="font-size: small; margin: 5px 0;">Collegium Internationale Psychiatriae Sclorum</p>		
Code des Patienten/Probanden <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Datum Tag: <input type="text"/> <input type="text"/>	Monat: <input type="text"/> <input type="text"/>	Jahr: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Tageszeit Stunde: <input type="text"/> <input type="text"/>	Medikation <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Initialen des Probanden (Patienten) _____	Unterschrift des Untersuchers _____		
19 <input type="text"/> 20 <input type="text"/> 21 <input type="text"/> 22 <input type="text"/> 23 <input type="text"/> 24 <input type="text"/> 25 <input type="text"/> 26 <input type="text"/> 27 <input type="text"/> 28 <input type="text"/> 29 <input type="text"/> 30 <input type="text"/> 31 <input type="text"/> 32 <input type="text"/> 33 <input type="text"/> 34 <input type="text"/> 35 <input type="text"/>							<h1 style="margin: 0;">BPRS</h1> <p style="font-size: small; margin: 5px 0;">Brief Psychiatric Rating Scale</p>		
Anleitung Bitte jeweils nur die zutreffende Ziffer ankreuzen! Bitte alle Feststellungen beantworten!									
nicht vorhanden sehr gering gering mäßig mäßig stark stark extrem stark				nicht vorhanden sehr gering gering mäßig mäßig stark stark extrem stark					
1. Körperbezogenheit Grad der Anteilnahme am augenblicklichen körperlichen Gesundsein. Bewerten Sie nur die verbale Ausmaß physische Gesundheit vom Patienten als Problem angesehen wird, gleichgültig ob ein realer Grund für die Klagen besteht oder nicht.				<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>				7. Maniertheit, Affektiertheit, Positur Auffälligkeiten der Psychomotorik, unübliches motorisches Verhaltensbild, das bestimmte psychisch Kranke aus der Gruppe der „Normalen“ heraushebt. Bewerten Sie nur die Abnormität des Bewegungsbildes und der Ausdrucksmotorik, nicht einfach erhöhte motorische Aktivität.	
2. Angst Besorgnis, Befürchtungen, Überbesorgnis in bezug auf Gegenwart und Zukunft. Bewerten Sie nur die verbalen Äußerungen des Patienten über sein subjektives Erleben. Es soll nicht von körper- lichen Symptomen oder neurotischen Abwehrmechanismen auf Angst geschlossen werden.				<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>				8. Größenideen Überhöhte Selbsteinschätzung, Überzeugung, in Besitz ungewöhn- licher Kräfte und Fähigkeiten zu sein. Bewerten Sie nur die verbalen Äußerungen des Patienten über sich selbst oder im Vergleich zu anderen, nicht jedoch das Verhalten in der Interviewsituation.	
3. Emotionale Zurückgezogenheit Mangel an emotionalem Kontakt zum Interviewer und unzureichende Beziehung zur Interviewsituation. Beurteilen Sie lediglich, wie sehr es dem Patienten anscheinend miß- llingt, emotionalen Kontakt zu anderen Personen in der Interviewsituation herzustellen.				<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>				9. Depressive Stimmung Mutlosigkeit, Traurigkeit. Bewerten Sie nur den Grad der Mutlosig- keit. Ziehen Sie keine Rückschlüsse auf Grund von depressiven Begleitsymptomen wie allgemeiner Verlangsamung und körper- lichen Beschwerden.	
4. Zerfall der Denkprozesse Grad, bis zu dem der Denkprozeß verworren, inkohärent oder zer- fahren ist. Bewerten Sie nur die Integration der verbalen Äuße- rungen, nicht den subjektiven Eindruck, den der Patient von seinem eigenen Denkvermögen hat.				<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>				10. Feindseligkeit Animosität, Geringschätzung, Feindseligkeit, Verachtung gegen- über Personen außerhalb der Interviewsituation. Bewerten Sie nur die verbalen Äußerungen des Patienten über seine Gefühle und Handlungen anderen gegenüber. Es soll nicht von neuro- tischer Abwehr, Angst oder körperlichen Beschwerden auf Feind- seligkeit geschlossen werden. Das Verhalten dem Interviewer gegen- über ist unter 14 (mangelnde Kooperation) zu bewerten.	
5. Schuldgefühle Überbesorgnis oder Gewissensbisse in Hinsicht auf früheres Ver- halten. Bewerten Sie das subjektive Schuldgefühle aufgrund der verbalen Äußerungen des Patienten und seiner angemessenen affektiven Beteiligung. Es soll nicht von Depression, Angst oder neurotischer Abwehr auf Schuldgefühle geschlossen werden.				<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>				11. Mißtrauen, paranoide Inhalte Überzeugung (wahnhaft oder in anderer Weise), daß andere jetzt oder früher böswillige oder diskriminierende Absichten gegenüber dem Patienten haben oder hatten. Bewerten Sie nur solche Ver- dächtigungen, die aufgrund entsprechender Äußerungen nach wie vor bestehen, gleichgültig ob sie frühere oder derzeitige Situationen betreffen.	
6. Gespanntheit Körperlich-motorische Anzeichen für Gespanntheit „Nervosität“ und allgemein erhöhte Aktivität. Bewerten Sie nur die körperlichen Anzeichen von Gespanntheit, nicht das geschilderte subjektive Erleben des Patienten.				<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>				12. Halluzinationen Wahrnehmungen ohne entsprechende normale äußere Reize. Bewerten Sie nur solche Erlebnisse, die laut Patient in der letzten Woche aufgetreten sind und die sich – so wie sie beschrieben werden – deutlich vom Denken und der Vorstellung Normaler abheben.	

<p>© MADR-Skala</p>	<p>Patienten - Name</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p>Datum</p> <table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> </tr> </table>								
<p>Anleitung Bitte für <u>jede</u> Feststellung nur 1 Ziffer ankreuzen!</p>										
<p>1. Sichtbare Traurigkeit Steht für Hoffnungslosigkeit, Schwermut und Verzweiflung (mehr als eine gewöhnliche, vorübergehende Niedergeschlagenheit), die sich in Sprache, Gesichtsausdruck und Körperhaltung äußern. Einzuschätzen nach der Fähigkeit aufzuheitern.</p>	<p>0 Keine Traurigkeit.</p> <p>1</p> <p>2 Schaut niedergeschlagen aus, aber heitert ohne Mühe auf.</p> <p>3</p> <p>4 Erscheint meistens traurig und unglücklich.</p> <p>5</p> <p>6 Schaut immer unglücklich aus; höchst verzweifelt.</p>									
<p>2. Mitgeteilte Traurigkeit Steht für Mitteilungen über depress. Erleben, ungeachtet des äußeren Erscheinungsbildes. Schließt Niedergeschlagenheit, Verzweiflung und das Gefühl ein, daß es weder Hoffnung noch Hilfe geben kann. Einzuschätzen danach, in welcher Intensität und Dauer und in welchem Ausmaß äußere Ereignisse nach Berichten des Patienten die Stimmung beeinflussen können.</p>	<p>0 Den Umständen entsprechende, gelegentliche Traurigkeit.</p> <p>1</p> <p>2 Traurig oder bedrückt, aber heitert ohne Mühe auf.</p> <p>3</p> <p>4 Beherrschendes Gefühl von Traurigkeit und Schwermut; Gemütslage wird immer noch von äußeren Umständen beeinflusst.</p> <p>5</p> <p>6 Anhaltende und unveränderte Traurigkeit, Unglücklichsein und Verzweiflung.</p>									
<p>3. Innere Anspannung Steht für Gefühle schwer definierbaren Unwohlseins, Gereiztheit, innerer Unruhe, psychischer Anspannungen, die bis zur Panik, Schrecken und unerträglichen Qualen reichen können. Einzuschätzen nach Intensität, Häufigkeit, Dauer und Ausmaß der Beruhigungen und Rückversicherungen, die der Patient braucht.</p>	<p>0 Gelassen; nur flüchtige innere Spannungen.</p> <p>1</p> <p>2 Gelegentliches Gereiztsein und schwer definierbares Unwohlsein.</p> <p>3</p> <p>4 Anhaltendes inneres Spannungsgefühl oder zeitweilig auftretende Panik, die der Patient nur mit beträchtlicher Mühe meistern kann.</p> <p>5</p> <p>6 Nicht nachlassende, unerträgliche Furcht oder Qualen. Überwältigende Panik.</p>									
<p>4. Reduzierter Schlaf Steht für das Erleben einer reduzierten Schlafdauer oder Schlaftiefe, verglichen mit dem normalen Schlafverhalten des Patienten in gesunden Zeiten.</p>	<p>0 Normaler Schlaf.</p> <p>1</p> <p>2 Geringfügige Schwierigkeit einzuschlafen oder etwas reduzierter, leichter oder unregelmäßiger Schlaf.</p> <p>3</p> <p>4 Reduzierter oder mindestens 2 Stunden lang unterbrochener Schlaf.</p> <p>5</p> <p>6 Weniger als 2 oder 3 Stunden Schlaf.</p>									
<p>5. Reduzierter Appetit Steht für das Gefühl, keinen Appetit zu haben, verglichen mit dem gesunden Zustand. Einzustufen nach dem Verlust des Verlangens nach Essen oder der Notwendigkeit, sich zum Essen zu zwingen.</p>	<p>0 Normaler oder größerer Appetit.</p> <p>1</p> <p>2 Etwas reduziert.</p> <p>3</p> <p>4 Kein Appetit; Essen schmeckt nicht.</p> <p>5</p> <p>6 Muß zum Essen überredet werden.</p>									

6. Konzentrationsschwierigkeiten Steht für Schwierigkeiten, seine Gedanken zu sammeln, bis hin zum vollständigen Verlust der Konzentrationsfähigkeit. Einzustufen nach Intensität, Häufigkeit und Ausmaß der Konzentrationsstörung.	0	Keine Schwierigkeiten beim Konzentrieren.
	1	
	2	Hat manchmal Schwierigkeiten, die Gedanken zu sammeln.
	3	
	4	Schwierigkeiten, sich zu konzentrieren und seine Gedanken zu sammeln, so daß die Fähigkeit, zu lesen und einem Gespräch zu folgen, eingeschränkt ist.
	5	
	6	Kann nur mit größter Mühe lesen oder sich an einem Gespräch beteiligen.
7. Antriebsmangel Steht für die Schwierigkeit, in Gang zu kommen, oder für die Langsamkeit, mit den täglichen Aktivitäten anzufangen und sie durchzuführen.	0	Keine Schwierigkeiten, in Gang zu kommen. Keine Trägheit.
	1	
	2	Schwierigkeiten, mit Aktivitäten anzufangen.
	3	
	4	Schwierigkeiten, mit einfachen Routinetätigkeiten zu beginnen; sie können nur mit Mühe ausgeführt werden.
	5	
	6	Völlige Antriebslosigkeit, Unfähigkeit, etwas ohne Hilfe zu tun.
8. Gefühl der Gefühllosigkeit Steht für das subjektive Erleben von vermindertem Interesse an der Umwelt oder an Aktivitäten, die sonst immer Spaß gemacht haben. Die Fähigkeit, auf Situationen oder Menschen emotional adäquat zu reagieren, ist eingeschränkt.	0	Normales Interesse an Umwelt und anderen Menschen.
	1	
	2	Eingeschränktes Vermögen, an den gewohnten Interessen Freude zu finden.
	3	
	4	Verlust des Interesses an der Umwelt, Verlust der Gefühle für Freunde und Bekannte.
	5	
	6	Das Erleben, emotional gelähmt zu sein; Unfähigkeit, Ärger, Trauer oder Freude zu empfinden; völliges evtl. sogar schmerzliches Unvermögen, etwas für nahe Verwandte und Freunde zu empfinden.
9. Pessimistische Gedanken Steht für Gedanken über Schuld, Minderwertigkeit, Selbstvorwürfe, Versündigung, Reue und Ruin.	0	Keine pessimistischen Gedanken.
	1	
	2	Fluktuierende Ideen über Versagen. Selbstverachtung und Selbstvorwürfe.
	3	
	4	Dauernde Selbstanklagen oder bestimmte, aber immer noch rationale Vorstellungen über Schuld und Sühne. Anwachsen der Pessimismus über die Zukunft.
	5	
	6	Wahnvorstellungen über Ruin, Reue und unverzeihliche Sünden; absurde und unerschütterliche Selbstbezeichnungen.
10. Suizidgedanken Steht für das Gefühl, daß das Leben nicht der Mühe wert ist, daß ein natürlicher Tod willkommen wäre; Suizidgedanken und Vorbereitungen zum Selbstmord. Suizidversuche an sich sollten die Bewertung nicht beeinflussen.	0	Genießt das Leben oder nimmt es, wie es kommt.
	1	
	2	Lebensmüde. Nur flüchtige Selbstmordgedanken.
	3	
	4	Wahrscheinlich wäre es besser, tot zu sein. Suizidgedanken sind häufig; Selbstmord wird als mögliche Lösung betrachtet, aber ohne konkrete Pläne oder Absichten.
	5	
	6	Konkrete Selbstmordpläne für den Fall, daß sich eine Gelegenheit bietet. Aktive Vorbereitungen zum Suizid.
► Bitte prüfen Sie, ob Sie alle erforderlichen Angaben gemacht bzw. die jeweiligen Ziffern zutreffend angekreuzt haben!		

Quelle: Neumann, N.-U.; Schulte, R.-M.: Abteilung Psychiatrie II der Universität Ulm und Psychiatrische Abteilung des Bezirkskrankenhauses Günzburg. Ltd. Direktor: Prof. Dr. med. R. Schüttler: Montgomery-Asberg-Depressions-Rating-Skala. Bestimmung der Validität und Interrater-Reliabilität der deutschen Fassung. In: psycho 12/88, 14. Jahrgang. Dezember 1988, Seiten 911-924.

Copyright 1989 by perimed Fachbuch-Verlagsgesellschaft mbH, Weinstraße 70, 8520 Erlangen.
 Printed in Germany (MADR).

10 Danksagungen

Ich bedanke mich bei Herrn Prof. DDr. Hans P. Kapfhammer, Vorstand des Universitätsklinikums für Psychiatrie an der Medizinischen Universität Graz für die Übernahme der Doktorvaterschaft.

Ich bedanke mich bei Herrn Prof. Dr. Walter Pieringer, Vorstand des Universitätsklinikums für Medizinische Psychologie und Psychotherapie an der Medizinischen Universität Graz für die Übernahme der Zweitbegutachtung.

Ich bedanke mich bei Herrn Prof. DDr. Johann Fabisch, stellvertretender Vorstand des Universitätsklinikums für Psychiatrie an der Medizinischen Universität Graz für die Übernahme des Vorsitzes beim Rigorosum.

Ich bedanke mich bei Herrn Prof. Dr. Karl-Heinz Ladenhauf – Leiter des interdisziplinären Forschungsprojekts „Spiritualität & psychische Gesundheit“ am Institut für Pastoraltheologie und Pastoralpsychologie für die jahrelange freundschaftliche Zusammenarbeit.

Ich bedanke mich beim Verein Grüner Kreis zur Rehabilitation und Integration suchtkranker Menschen in der Kooperation mit der ARS: Addiction Research Society für die Unterstützung meiner wissenschaftlichen Arbeit.

Ich bedanke mich bei den Mitarbeitern des Universitätsklinikums für Psychiatrie an der medizinischen Universität Graz, allen voran Herrn Dr. Helmut Schöggl für die Unterstützung bei der Datenerhebung.

Ich bedanke mich bei Herrn Mag. Markus Kertz für die Hilfe bei der Strukturierung des Dokuments

Ich bedanke mich bei Herrn Martin Riedner für die Hilfe bei der Dateneingabe.

Ich bedanke mich bei meiner Mutter und meiner Familie für die Unterstützung meiner Bestrebungen!