

# **Spiritualität und Sinnkonzepte bei Patienten mit Psychosen**

## **Dissertation**

zur Erlangung des akademischen Grades  
Doktor der Medizinischen Wissenschaft  
(Dr. scient. med.)

vorgelegt von  
Mag. rer. nat. Werner Josef Fitz

ausgeführt an der  
Universitätsklinik für Psychiatrie  
Medizinische Universität Graz

betreut von  
Ao. Univ. Prof. Dr. med. univ. Dr. phil. Hans Fabisch

Graz, September 2011

### Eidesstattliche Erklärung

Ich erkläre ehrenwörtlich, dass ich die vorliegende Arbeit zur Gänze selbst und ohne fremde Hilfe verfasst habe, keine anderen als die angegebenen Quellen verwendet habe und die den Quellen entnommenen Stellen als solche kenntlich gemacht habe.

Graz, September 2011

Mag. Werner Fitz

## Zusammenfassung

Spiritualität und Sinnkonzepte sind wesentliche Konstituenten von Identität und sie haben möglicherweise eine stabilisierende und integrative psychologische Funktion. Psychosen aus dem schizophrenen Formenkreis gehen typischerweise mit einer Desintegration der Person einher. Vor diesem Hintergrund wurden verschiedene Aspekte von Spiritualität und Sinnkonzepten in einer Stichprobe von Patienten mit einer Erkrankung aus dem schizophrenen Formenkreis (N=19) und einer nach Alter, Geschlecht und Schulbildung gematchten Kontrollgruppe (N=14) erfasst. In beiden Gruppen wurden zusätzlich das Ausmaß depressiver und psychotischer/schizotypischer Symptomatik und die Lebensqualität erhoben, in der klinischen Gruppe außerdem das Ausmaß der Ich-Psychopathologie. Die Messungen erfolgten mithilfe von Fragebögen mit unterschiedlichem theoretischem Hintergrund und mithilfe eines strukturierten Interviews. In der Kontrollgruppe waren dazu jeweils zwei Testsitzungen notwendig, in der klinischen Gruppe jeweils drei. Als erstes Ergebnis zeigte sich eine gute Brauchbarkeit der Spiritualitäts-/Religiositätsskalen in der klinischen Gruppe, während die Sinn-Skalen nur globale Aussagen zuließen. Das zweite Ergebnis war, dass Spiritualität/Religiosität einerseits und Sinnkonzepte andererseits zwei voneinander relativ unabhängige Faktoren darstellten. In beiden Gruppen korrelierte Spiritualität/Religiosität korrelierte kaum mit psychopathologischen Skalen, die Sinn-Skalen hingegen korrelierten teilweise mit der depressiven Symptomatik. Bei den schizophren Erkrankten trat jedoch ein negativer Zusammenhang zwischen der Spiritualitäts-Dimension und der Ich-Psychopathologie auf. Das dritte Ergebnis bestand darin, dass die schizophren Erkrankten im Mittel religiöser waren als die gesunden Kontrollpersonen, dafür aber ein geringeres Maß an Sinnerfüllung aufwiesen. Unter Berücksichtigung der Ich-Psychopathologie zeigte sich, dass vor allem die schizophren Erkrankten mit geringer Ich-Psychopathologie religiöser waren als die Kontrollpersonen, während die schizophren Erkrankten mit stärkerer Ich-Psychopathologie vermehrt religiösen Zweifel und verringerte Sinnerfüllung aufwiesen. Als fünftes Ergebnis zeigte sich, dass ein Social-Category-Priming-Effekt in der zweiten Testsitzung zwar in der Kontrollgruppe auftrat, nicht aber in der Gruppe der schizophren Erkrankten. Aus den Ergebnissen kann geschlossen werden: 1) schizophrene Erkrankte sind grundsätzlich eher religiös, wenn aber eine ausgeprägte Ich-Psychopathologie vorhanden ist, wird die religiöse Verarbeitung verhindert; 2) das Fehlen des Social-Category-Priming für religiöse Einstellungen bei schizophren Erkrankten deutet auf eine bislang wenig beachtete Form von Einschränkungen der sozialen Kompetenz der Betroffenen hin.

## **Abstract**

Spirituality and meaning in life are major constituents of identity and they may have stabilizing and integrative psychological functions. Schizophrenia is typically associated with disintegration of the person. Within this context, several aspects of spirituality and meaning were measured in a sample of schizophrenia patients (n=19) and in healthy controls (n=14) matched by age, sex and educational status. In addition, depressive and psychotic/schizotypal symptoms and quality of life were assessed in both groups, and ego-psychopathology in the patient group. Questionnaires with various theoretical backgrounds and a structured interview were used for the measurements. The testing procedure required two sessions in the control group and three sessions in the patient group. All spirituality/religiosity scale showed good applicability in the patient group, while the meaning-scales allowed only overall measurements (first result). Spirituality/religiosity and meaning turned out to be quite unrelated. In both groups, spirituality/religiosity scarcely correlated with psychopathological scales, but the meaning-scales partly did correlate with depressive symptoms. In the patient group, high ego-psychopathology correlated low spirituality/religiosity (second result). The schizophrenia patients were more religious on average than healthy controls but had lower scores in meaning (third result). When ego-psychopathology was taken into account, it turned out that particularly patients with lesser ego-psychopathology were more religious than controls while patients with greater ego-psychopathology scored higher in religious conflict and lower in the meaning dimension (fourth result). Social category priming within the second test session occurred only in the control group but not in the patient group (fifth result). Two conclusions may be drawn from these results: 1) schizophrenia patients are basically more religious, but severe ego-psychopathology impedes religious processing; 2) missing social category priming for religious attitudes in schizophrenia patients points towards a type of impairment of social functioning which has not received much attention yet.

# Inhaltsverzeichnis

<b>1. EINLEITUNG</b> .....	<b>7</b>
<b>1.1 Wissenschaftstheoretische und begriffliche Vorbemerkungen</b> .....	<b>7</b>
<b>1.2 Geschichtlicher Abriss der Religionspsychologie</b> .....	<b>9</b>
<b>1.3 Schizophrenie und die psychologische Dimension von Sinn, Spiritualität         und Religiosität</b> .....	<b>12</b>
<b>2. FRAGESTELLUNGEN UND HYPOTHESEN</b> .....	<b>14</b>
<b>2.1 Gibt es einen qualitativen Unterschied in der Sinn-Dimension bzw.         Spiritualität von gesunden Kontrollpersonen und Personen mit einer         schizophrenen Erkrankung?</b> .....	<b>14</b>
<b>2.2 Gibt es korrelative Zusammenhänge zwischen psychopathologischen         Symptomen und sinn-/spiritualitätsbezogenen Skalen?</b> .....	<b>15</b>
<b>2.3 Gibt es einen quantitativen Unterschied in der Sinn-Dimension bzw.         Spiritualität von gesunden Kontrollpersonen und Personen mit einer         schizophrenen Erkrankung?</b> .....	<b>15</b>
<b>2.4 Haben Patienten mit stärkerer Ichstörung im Rahmen einer         schizophrenen Erkrankung eine quantitativ eher gering ausgeprägte         Spiritualität bzw. Sinn-Dimension?</b> .....	<b>16</b>
<b>2.5 Werden religiöse Einstellungen bei gesunden Kontrollpersonen und         Personen mit einer schizophrenen Erkrankung in gleichem Ausmaß         durch soziale Kognition beeinflusst?</b> .....	<b>16</b>
<b>3. METHODEN UND STICHPROBEN</b> .....	<b>18</b>
<b>3.1 Stichproben</b> .....	<b>18</b>
<b>3.2 Verwendete Materialien</b> .....	<b>19</b>
3.2.1 <i>Eppendorfer Schizophrenie-Inventar (ESI)</i> .....	<i>19</i>
3.2.2 <i>Beck-Depressions-Inventar (BDI)</i> .....	<i>19</i>
3.2.3 <i>WHOQOL-100</i> .....	<i>20</i>
3.2.4 <i>Existenz-Skala (ESK)</i> .....	<i>20</i>
3.2.5 <i>Fragebogen zu Lebensbedeutungen und Lebenssinn (LeBe)</i> .....	<i>21</i>
3.2.6 <i>Münchener Motivationspsychologisches Religiositäts-Inventar (MMRI)</i> .....	<i>21</i>
3.2.7 <i>Transpersonales Vertrauen (TPV)</i> .....	<i>22</i>

3.2.8 Fragebogen zur Religiösen Orientierung .....	22
3.2.9 Zentralitätsskala.....	23
3.2.10 Strukturiertes Interview zur Ich-Psychopathologie (IPP).....	23
<b>3.3 Untersuchungsablauf.....</b>	<b>25</b>
<b>4. ERGEBNISSE .....</b>	<b>26</b>
<b>4.1 Deskriptive Statistik .....</b>	<b>26</b>
<b>4.2 Korrelationsstatistische Auswertungen.....</b>	<b>31</b>
4.2.1 Testtheoretische Überprüfung der verwendeten Skalen .....	31
4.2.1.1 Existenz-Skala (ESK) .....	31
4.2.1.2 Fragebogen zu Lebensbedeutungen und Lebenssinn (LeBe).....	37
4.2.1.3 WHOQOL-100 .....	41
4.2.1.4 Münchner Motivationspsychologisches Religiositäts-Inventar (MMRI) .....	42
4.2.1.5 Transpersonales Vertrauen (TPV).....	47
4.2.1.6 Fragebogen zur religiösen Orientierung .....	48
4.2.1.7 Zentralitätsskala.....	52
4.2.2 Selektion der sinn-/spiritualitätsbezogenen Skalen für die weiteren Analysen.....	58
4.2.3 Faktorenanalyse der psychopathologischen und der selektierten sinn- /spiritualitätsbezogenen Skalen in der Kontrollgruppe sowie in der Gruppe der schizophren Erkrankten .....	60
4.2.4 Faktorenanalyse der psychopathologischen, Ich-psychopathologischen und der selektierten sinn-/spiritualitätsbezogenen Skalen in der Gruppe der schizophren Erkrankten .....	67
<b>4.3 Varianzanalytische Auswertungen .....</b>	<b>72</b>
4.3.1 Vergleich der Gruppe der schizophren Erkrankten mit der Kontrollgruppe anhand sinn-/spiritualitätsbezogener Skalen.....	72
4.3.2 Vergleich zwischen der Kontrollgruppe und zwei Subgruppen schizophren Erkrankter mit geringerer bzw. mit stärkerer Ich-Psychopathologie.....	74
4.3.3 Vergleich der beiden Testhälften des MMRI .....	83
<b>5. DISKUSSION .....</b>	<b>86</b>
<b>LITERATUR .....</b>	<b>93</b>
<b>ANHANG: VERWENDETE NICHTKOMMERZIELLE SKALEN .....</b>	<b>99</b>

# 1. Einleitung

## 1.1 Wissenschaftstheoretische und begriffliche Vorbemerkungen

Die vorliegende Arbeit stellt eine Untersuchung bei psychiatrischen Patienten mithilfe psychologischer Methodik dar, und der Gegenstand der Untersuchung sind Sinnkonzepte und Spiritualität. Das Wort „Spiritualität“ bezeichnet im christlichen Sinn „sowohl die innerste Gottesbeziehung, eine bewußte subjektive Haltung gegenüber dem im Menschen gegenwärtigen Heiligen Geist als auch die den Mitmenschen zugewandte Glaubenspraxis“ (Vorgrimler, 2000, S. 587). Dieser eher unscharfe, von „Frömmigkeit“ oder „Religiosität“ kaum abgegrenzte Begriff ist in den letzten Jahren stetig populärer geworden und wird auch in religionspsychologischen Untersuchungen immer öfter anstelle des Begriffs „Religion“ verwendet. Damit einhergehend hat ein Bedeutungswandel stattgefunden: Mit „Religion“ wird eher konfessionelle Verortung und gemeinschaftliche Religionsausübung konnotiert, während „Spiritualität“ eine eher private/individuelle/eklektische religiöse Orientierung meint. Eine wachsende Anzahl von Personen definiert sich selbst als „spirituell, aber nicht religiös“ und drückt dadurch ihr Unbehagen mit bestehenden kirchlichen Institutionen aus (Říčan, 2004). Es wurden verschiedene Vorschläge gemacht, wie man die beiden Begriffe „Spiritualität“ und „Religion“ schärfer fassen könnte, entweder als polar gegensätzlich oder als überlappend oder als hierarchisch; letzteres im Sinne von „Spiritualität“ als innerstem Kernbereich von „Religion“ (Pargament & Mahoney, 2002). Die vorliegende Arbeit schließt sich keiner dieser engeren Definitionen von „Spiritualität“ an, sondern folgt dem allgemeinen Sprachgebrauch und fasst alles darunter, was auch als religiös gelten könnte, aber nicht notwendigerweise einer Glaubensrichtung oder Kirche zugeordnet werden muss. Ein Vorschlag zu einer inhaltlichen Ausformung dieser breiteren Konzeption von Spiritualität stammt von Jernigan (2001):

“Spirituality is the organization (centering) of individual and collective life around dynamic patterns of meanings, values, and relationships that are trusted to make life worthwhile (or, at least, livable) and death meaningful.” (S. 418)

Im Sinne dieser Definition wurden in die vorliegende Arbeit auch Ansätze aus der transpersonalen und humanistischen Psychologie aufgenommen und unter dem Begriff „Sinnkonzepte“ zusammengefasst.

Aus dem Selbstverständnis der wissenschaftlichen Psychologie als Wissenschaft vom Verhalten und von den mentalen Prozessen (Myers & Reiss, 2008, S. 8) ergibt sich, dass der Wahrheitsgehalt von Glaubensinhalten nicht Gegenstand der Untersuchung sein kann. Gleiches gilt für eine etwaige Bewertung von Glaubensinhalten, Praktiken, Erlebnissen als „gut“ oder „schlecht“ bzw. „richtig“ oder „falsch“ an sich. Auf den Bereich der Psychopathologie bezogen bringt Karl Jaspers diese Forderung nach Abstinenz so zum Ausdruck:

„Der Machtbereich der Psychopathologie erstreckt sich damit aber auch auf alles Seelische, das sich in Begriffe von konstanter Bedeutung und Mitteilbarkeit fassen läßt. Es ist gleichgültig, ob dasselbe Phänomen, das Gegenstand ästhetischen Schauens, ethischer Wertung oder historischen Interesses ist, zugleich psychopathologisch untersucht wird. Es handelt sich hier um zwei Welten, die sich gar nichts angehen.“ (Jaspers, 1913, S.2)

Dies gilt nicht nur in inhaltlicher, sondern auch in methodischer Hinsicht: Wissenschaft ist auf Rationalität gegründet: das heißt, Theorien und Konzepte sollten nicht durch Gefühle oder Leidenschaften legitimiert sein, sondern durch Erfahrung und stichhaltige Argumentation. Wissenschaftliche Methodik beinhaltet insbesondere die Bereitschaft, angesichts widersprechender Erfahrung oder stichhaltiger Argumente eigene Überzeugungen zu verwerfen, auch wenn sie einem sehr am Herzen liegen (Popper, 1982).

Es erscheint mir wichtig, diese eigentlich selbstverständlichen Voraussetzungen an dieser Stelle hervorzuheben, da gerade die empirische Erforschung von Religiosität/Spiritualität dazu prädestiniert scheint, durch die persönliche Weltanschauung des jeweiligen Autors oder des Auftraggebers eingefärbt zu werden. So fördert z.B. im angloamerikanischen Raum die Templeton Foundation jährlich mit beträchtlichen Summen Forschung, die einen Bezug zu Religion bzw. Spiritualität hat. Die Rolle dieser Stiftung wird in der Science Community kontrovers diskutiert, weil sie politische Ziele verfolge und eigentlich apologetische, glaubensstärkende Interessen habe, wenngleich sie keinen direkten Druck auf die geförderten Autoren ausübe (Waldrop, 2011).

In den letzten Jahren ist ein Anstieg der Literatur zu religiös-spirituellen Fragen in der Medizin zu verzeichnen, und es wurde vorgeschlagen, das bio-psycho-soziale Gesundheits-/Krankheitsmodell auf ein bio-psycho-sozio-spirituelles zu erweitern (Katerndahl, 2008;

Onarecker & Sterling, 1995). Dieser Ansatz wurde dahingehend kritisiert, dass damit prinzipiell die Gefahr nicht rational begründeter Praktiken und totalitärer Machtausübung im Gesundheitswesen eröffnet werde (Bishop, 2009). In der World Psychiatric Association ist zurzeit eine Diskussion um das Verhältnis von Psychiatrie und Religion im Gange, nachdem 2008 auf Initiative von Peter Verhagen ein Vorschlag für ein diesbezügliches Consensus Statement eingebracht wurde (Verhagen & Cook, 2010). Das Statement sieht unter anderem vor, dass Religion und Spiritualität ein wesentlicher Bestandteil der Aus- und Weiterbildung im psychiatrischen Bereich werden sollten, dass die Erhebung von Glaubensinhalten und Spiritualität einen wesentlichen Bestandteil der psychiatrischen Anamnese bilden solle und dass Psychiater, unabhängig von ihrer persönlichen religiösen Einstellung, in der psychiatrischen Behandlung vermehrt mit Vertretern religiöser Gemeinschaften zusammenarbeiten sollten. Gegen eine solche Position wurde die gleiche Kritik geäußert wie die oben zitierte gegenüber dem bio-psycho-sozio-spirituellen Modell (Poole et al., 2008).

Beim Verfassen der vorliegenden Arbeit wurde nach bestem Wissen und Gewissen versucht, von der eigenen weltanschaulichen Positionierung abzusehen und das Thema möglichst unvoreingenommen zu bearbeiten.

## ***1.2 Geschichtlicher Abriss der Religionspsychologie***

Religionspsychologische Fragen waren schon in den Anfängen der wissenschaftlichen Psychologie Gegenstand methodischer Forschung. Bereits Francis Galton hatte mit statistischen Methoden objektive und subjektive Wirkungen des Betens untersucht (Galton, 1872, zitiert nach Wulff, 1997) und im Selbstversuch auf experimentelle Weise bei sich selbst das Gefühl das Gefühl ikonenhafter Verehrung für eine an sich bedeutungslose Strichzeichnung hergestellt (Galton, 1908, zitiert nach Wulff, 1997). Als Teilgebiet der Psychologie mit breiterer Rezeption etablierte sich dieses Themengebiet unter Führung von Stanley Hall in Form der Clark-Schule der Religionspsychologie (benannt nach der Clark University, an der Hall tätig war). Neben Hall gelten Edwin D. Starbuck (1899) und James H. Leuba (1912) als Hauptvertreter dieser Richtung, die auf der Grundlage einer breiten Datenbasis vor allem an religiöser und moralischer Entwicklungspsychologie sowie deren pädagogischen Konsequenzen interessiert war (Wulff, 1997). Anders als bei der Clark-Schule stand bei William James (1902/1997) und seinem Schüler James Bissett Pratt (1920) der

deskriptive Aspekt und die detaillierte Analyse ausgewählter biografischer Berichte und eigener Selbstbeobachtung im Vordergrund. Das zitierte Werk von James hat große Popularität erreicht; es erschien bereits 1907 in deutscher Übersetzung und steht mittlerweile im Rang eines Klassikers (Thies, 2009).

Im deutschen Sprachraum beschäftigte sich bereits Wilhelm Wundt im Rahmen seiner Völkerpsychologie eingehend mit dem Phänomen der Religion. In Abgrenzung zu James strich er dabei den kulturell/historisch gewordenen und sozialpsychologischen Charakter der Religion heraus, wobei er Religion als Projektion menschlicher Idealvorstellungen in eine übernatürliche Welt sah, mit der sich der religiöse Mensch verbunden weiß (Wundt, 1909, S. 726ff). Während sich also Wundt selbst mit Religion nicht im Kontext seiner eigenen experimentalpsychologischer Methodik, sondern im Rahmen kulturphilosophischer Überlegungen auseinandersetzte, entstand auf dem Boden der Wundtschen Experimentalpsychologie die Dorpater Schule der Religionspsychologie. Ihre Hauptvertreter, Karl Girgensohn (1921, zitiert nach Sundén, 1982) und Werner Gruhn (1926), führten Assoziationsexperimente durch und analysierten die religiösen Erlebnisse, die durch religiöse Stimuli wie z.B. Kirchenmusik oder Zitate von Mystikern hervorgerufen wurden.

Einen ganz anderen Zugang zur Religion verfolgte Sigmund Freud, dessen Position von Rattner (1987) wie folgt zusammengefasst wurde:

- „1. Die Religion ist strukturiert wie eine kollektive Zwangsneurose und hat im Seelenleben der Völker eine ähnliche Funktion wie die zwangsneurotische Symptomatik im Leben des einzelnen.
2. Der Ursprung der Religion liegt im Ödipuskomplex, das heißt in den Vater-Sohn-Konflikten, in denen auch der Kampf um den ‚Besitz der Mutter‘ eine zentrale Rolle spielt.
3. Hinter den sublimen Gebilden des Gottesglaubens stehen Triebbedürfnisse und Triebchicksale, welche die Psychoanalyse aufdecken kann; die gesamte religiöse Symbolik hat eine ‚libidinöse Basis‘.“ (S. 121)

Obwohl Freud Atheist war und die psychoanalytische Rückführung des Religiösen auf zugrunde liegende libidinöse Triebenergie auch als Religionskritik in der Tradition von Ludwig Feuerbach aufgefasst werden kann (Rattner, 1987), sah Freud keinen prinzipiellen Gegensatz zwischen Psychoanalyse und Religion. Dies geht aus dem Briefwechsel zwischen Freud und Oskar Pfister, einem Zürcher Psychoanalytiker und evangelischem Pfarrer, hervor (Freud & Pfister, 1963, zitiert nach Rattner & Danzer, 2009):

„An sich ist die Psychoanalyse weder religiös noch das Gegenteil, sondern ein unparteiisches Instrument, dessen sich der Geistliche wie der Laie bedienen kann, wenn es nur im Dienste der Befreiung Leidender geschieht. Ich bin sehr frappiert, dass ich selbst nicht daran gedacht habe, welche außerordentliche Hilfe die psychoanalytische Methodik der Seelsorge leisten kann, aber es geschah wohl, weil mir als bösem Ketzer der ganze Vorstellungskreis so fern liegt.“ (S. 13)

Nach dieser ersten fruchtbaren Periode der Religionspsychologie sieht Wulff (1997) unter dem Einfluss des Behaviorismus einerseits und der wissenssoziologischen Umwälzungen durch die beiden Weltkriege andererseits eine zunehmende Marginalisierung des Themengebiets innerhalb der Psychologie, die bis in die 70er Jahre des 20. Jahrhunderts anhielt.

Zu erwähnen ist jedoch Anton Boisen (1936, zitiert nach Pruyser, 1968) der, nachdem er selbst mehrere psychotische Episoden durchlebt hatte, zur Auffassung gelangte, dass psychotische Erlebnisse Ausdruck einer existentiellen, fragmentierenden Krise seien, die durch die integrative Kraft der Religion überwindbar sei. Boisens Werk hatte maßgeblichen Einfluss auf die Entwicklung der Pastoralpsychologie und der Seelsorge in psychiatrischen Krankenhäusern (Pruyser, 1968).

Neuen Anregungen bekam die Religionspsychologie in Form der Humanistischen Psychologie (Maslow, 1966, zitiert nach Wulff, 1997). Zentral ist hier der Begriff des persönlichen Wachstums bzw. Selbstverwirklichung; damit ist eine besondere Tiefe und spirituelle Dimension des Lebens gemeint, die in „Peak Experiences“ erreicht werden kann. Metaphysische Annahmen über eine höhere Welt sind damit nicht zwangsläufig verbunden. Maslow hat außerdem noch den Grundstein für eine darüber hinausgehende Richtung gelegt, nämlich die Transpersonale Psychologie (Maslow, 1968, zitiert nach Wulff, 1997). Ihre Vertreter wie z.B. Ken Wilber (1977, zitiert nach Wulff, 1997) oder Charles Tart (1975) postulieren im Gegensatz zu Humanistischen Psychologie eine transzendente höhere Wirklichkeit in Form eines höheren, die Grenzen des Individuums überschreitenden Selbst, an dem der einzelne durch die Sphäre des Überbewusstseins oder kosmischen Bewusstseins Anteil hat.

Von unmittelbarer Relevanz für die Psychiatrie ist die der humanistischen Tradition zugerechnete Logotherapie von Viktor Frankl, der eine latente religiöse Dimension im

Menschen annimmt. Diese stellt nach Ansicht von (Frankl, 1948/1974, zitiert nach Raskob, 2005) die Basis für Selbst-Transzendenz und Sinn dar, und die Therapie habe im Fall existentieller Krisen das Ziel, dieser verborgenen Religiosität zur Entfaltung zu verhelfen.

### **1.3 Schizophrenie und die psychologische Dimension von Sinn, Spiritualität und Religiosität**

Das ICD-10 sieht folgende allgemeine Kriterien für die Diagnose einer Erkrankung aus dem schizophrenen Formenkreis (F2x) vor:

- „1. Mindestens ein eindeutiges Symptom der Gruppen 1a – 1d:
  - a) Gedankenlautwerden, Gedankeneingebung oder Gedankenentzug, Gedankenausbreitung.
  - b) Kontrollwahn, Beeinflussungswahn, Gefühl des Gemachten, deutlich bezogen auf Körper- oder Gliederbewegungen oder bestimmte Gedanken, Tätigkeiten oder Empfindungen; Wahnwahrnehmungen.
  - c) Kommentierende oder dialogische Stimmen, die über die Person reden, oder andere Stimmen, die aus bestimmten Körperteilen kommen.
  - d) Anhaltender, kulturell unangemessener oder völlig unrealistischer (bizarrer) Wahn, wie der, eine religiöse oder politische Persönlichkeit zu sein, übermenschliche Kräfte und Fähigkeiten zu besitzen (z.B. das Wetter kontrollieren zu können oder im Kontakt mit Außerirdischen zu sein).
2. Symptome aus mindestens zwei der folgenden Gruppen 2a – 2d:
  - a) Anhaltende Halluzinationen jeder Sinnesmodalität, begleitet entweder von flüchtigen oder undeutlich ausgebildeten Wahngedanken ohne deutliche affektive Beteiligung, oder begleitet von anhaltenden überwertigen Ideen, täglich über Wochen oder Monate auftretend.
  - b) Gedankenabreißen oder Einschreibungen in den Gedankenfluss, was zu Zerfahrenheit, Danebenreden oder Neologismen führt.
  - c) Katatone Symptome wie Erregung, Haltungsstereotypien oder wächserne Biegsamkeit (Flexibilitas cerea), Negativismus, Mutismus und Stupor.
  - d) ‚Negative‘ Symptome wie auffällige Apathie, Sprachverarmung, verflachte oder inadäquate Affekte, zumeist mit sozialem Rückzug und verminderter sozialer Leistungsfähigkeit.“ (Dilling, Mombour, & Schmidt, 2006, S. 112f)

Die diagnostischen Kriterien gelten dann als erfüllt, wenn mindestens ein eindeutiges Symptom aus der Gruppe 1a -1d oder Symptome aus mindestens zwei der Gruppen 2a – 2d fast ständig während eines Monats oder länger deutlich vorhanden waren. Diese Aufteilung und Gewichtung der Symptome entspricht im Wesentlichen der Unterscheidung von

Symptomen ersten und zweiten Ranges von Kurt Schneider (1946/2007). Zu den Symptomen ersten Ranges zählt Schneider

„Gedankenlautwerden, Hören von Stimmen in der Form von Rede und Gegenrede, Hören von Stimmen, die das eigene Tun mit Bemerkungen begleiten, leibliche Beeinflussungserlebnisse, Gedankenentzug und andere Gedankenbeeinflussungen, Gedankenausbreitung, Wahnwahrnehmung, sowie alles von andern Gemachte und Beeinflusste auf dem Gebiet des Fühlens, Strebens (der Triebe) und des Wollens.“ (S. 62)

Ein Teil dieser Symptome repräsentiert den Komplex der Ichstörung:

„Einige von ihnen kann man gewiß zusammensehen unter dem Gesichtspunkt der ‚Durchlässigkeit‘ der ‚Ich-Umwelt-Schranke‘, des Konturverlustes des Ich. Nämlich das, was Ichstörung ist: leibliche Beeinflussung, Gedankenentzug, Gedankenbeeinflussung, Gedankenausbreitung und alles ‚Gemachte‘ des Fühlens, der Triebe und des Wollens.“ (Schneider, 1946/2007, S. 63)

Abgesehen von diesen allgemeinen Symptomen bieten schizophrene Erkrankte ein sehr heterogenes Bild, sodass der Namensgeber der Erkrankung, Eugen Bleuler (1911), lieber von der Gruppe der Schizophrenien sprechen wollte als von einer einzelnen Krankheit. Eine Übersicht über verschiedene Klassifikationssysteme bis hin zu ICD-10 und DSM-IV findet sich bei Möller, Deister, Schaub und Riedel (2008).

Religiös/spirituelle Themen werden bei Schizophrenen Erkrankten in vielfältiger Weise virulent, sei es in Form eines religiösen Wahns oder im Zusammenhang mit der besorgten Beschäftigung mit moralischen oder kosmologischen Fragen, wobei der jeweilige Inhalt stark von der kulturellen Einbettung der betroffenen Person abhängt (Loewenthal, 2007). Manche Autoren sind der Ansicht, dass die schizophrene Strukturauflösung eine existentielle Krise darstellt, die spirituell/religiöse Antworten verlange (Boisen, 1936, zitiert nach Pruyser, 1968; Mitchell & Roberts, 2009). Andere Autoren wie z.B. Blankenburg (1971) stimmen im Befund überein, dass die schizophrene Grundsituation eine existentielle Krise mit Sinnverlust und Entfremdung darstellt, aber ohne die spirituell/religiöse Implikation zu vertreten. Klaus Conrad (1958/1966) beschreibt mit der schizophrenen Sinnentleerung („initiale Depression“) und der daran anschließenden Bedrängnis („Trema“) ebenfalls eine existentielle (Sinn-)Krise, die schließlich über ein verändertes Bedeutungserleben („Apophanie“) im Wahn mündet.

## 2. Fragestellungen und Hypothesen

Manche Autoren schreiben Spiritualität/Religiosität und Sinnstiftung eine integrative psychologische Funktion zu. Angesichts der schizophrenen Desintegration, die sich als Ichstörung und Verlust von Sinnstrukturen äußert, sollen in der vorliegenden Untersuchung folgende Fragestellungen beantwortet werden:

### ***2.1 Gibt es einen qualitativen Unterschied in der Sinn-Dimension bzw. Spiritualität von gesunden Kontrollpersonen und Personen mit einer schizophrenen Erkrankung?***

Zur Annäherung an diese Frage werden mehrere sinn-/spiritualitätsbezogene Fragebögen mit unterschiedlichem theoretischem Hintergrund aus der humanistischen Psychologie, der transpersonalen Psychologie und der Religionspsychologie im engeren Sinn vorgegeben. Die Daten werden anschließend einer testtheoretischen Bewertung unterzogen, d.h. es werden getrennt für beide Stichproben Reliabilitäten berechnet und es wird die faktorielle Struktur jedes einzelnen Tests mit der theoretisch postulierten Faktorstruktur verglichen. Die Reliabilität stellt eine numerische Obergrenze für die Validität dar; eine geringe Reliabilität lässt daher auf eine geringe Validität einer Skala schließen und stellt die Gültigkeit der zugrunde liegenden theoretischen Konzeption in der jeweiligen Stichprobe in Frage. Gleiches gilt für die faktorielle Struktur der Tests: Wenn in einer der Stichproben keine Ähnlichkeit zwischen empirisch ermittelter und theoretisch vorgegebener Faktorstruktur erkennbar ist, wirft dies Zweifel an der Konstruktvalidität des Tests in der betreffenden Stichprobe auf.

Die Fragestellung nach einem qualitativen Unterschied wird also nicht im Sinne einer strengen inferenzstatistischen Prüfung bearbeitet, sondern es wird bewertet, wie gut sich einzelne exemplarische Tests in den beiden Stichproben bewähren. Daraus wird dann der vorläufige Rückschluss gezogen, inwieweit die zugrunde liegenden theoretischen Konzepte auf die beiden Stichproben anwendbar sind.

Für die Beantwortung der nachfolgenden Fragestellungen werden nur mehr jene Skalen herangezogen, deren testtheoretische Bewertung in beiden Stichproben ausreichend gut ausfällt.

## ***2.2 Gibt es korrelative Zusammenhänge zwischen psychopathologischen Symptomen und sinn-/spiritualitätsbezogenen Skalen?***

Dieser Fragestellung wird mithilfe von Faktorenanalysen nachgegangen. In die Faktorenanalysen fließen das Eppendorfer Schizophrenie-Inventar, das Beck-Depressions-Inventar und die nach testtheoretischen Gesichtspunkten ausgewählten sinn-/spiritualitätsbezogenen Skalen (s. o.) ein. Es wird je eine Faktorenanalyse für die Kontrollgruppe und für die klinische Gruppe berechnet, weil nicht a priori davon ausgegangen werden kann, dass die Zusammenhänge in beiden Gruppen gleich sind. Für die Gruppe der schizophren erkrankten Personen wird noch eine zusätzliche Faktorenanalyse durchgeführt, in die auch die Skalen des Strukturierten Interviews zur Ich-Psychopathologie eingehen.

## ***2.3 Gibt es einen quantitativen Unterschied in der Sinn-Dimension bzw. Spiritualität von gesunden Kontrollpersonen und Personen mit einer schizophrenen Erkrankung?***

Um Mittelwertsunterschiede zwischen den beiden Gruppen zu überprüfen wird eine multivariate Varianzanalyse durchgeführt. Als abhängige Variablen fungieren dabei die wie oben angegeben selektierten sinn-/spiritualitätsbezogenen Skalen. Die soziodemographischen Variablen Geschlecht, Alter und Schulbildung werden als Kovariate in die Varianzanalyse aufgenommen, da man davon ausgehen muss, dass diese Variablen einen Einfluss auf die abhängigen Variablen haben.

In der Literatur finden sich einander widersprechende Ergebnisse zur quantitativen Ausprägung von Spiritualität bei Personen mit einer schizophrenen Erkrankung. Die vorliegende Untersuchung geht von der Hypothese aus, dass die Gruppe der schizophren Erkrankten insgesamt gegenüber der Kontrollgruppe keinen quantitativen Unterschied in sinn-/spiritualitätsbezogenen Skalen aufweist.

## ***2.4 Haben Patienten mit stärkerer Ichstörung im Rahmen einer schizophrenen Erkrankung eine quantitativ eher gering ausgeprägte Spiritualität bzw. Sinn-Dimension?***

Eine mögliche Erklärung für die Inkonsistenz der Literatur zum Ausmaß von Spiritualität bei schizophrenen Erkrankten könnte darin bestehen, dass eine oder mehrere konfundierende Variablen die Ausprägung der Spiritualität beeinflussen. Ein Kandidat für eine solche konfundierende Variable ist das Ausmaß an Ich-Psychopathologie im Rahmen einer schizophrenen Erkrankung, da eine ausreichend gefestigtes Ich eine Voraussetzung für spirituelle Entwicklung zu sein scheint (Scharfetter, 1994). Aus diesem Grund wird in der vorliegenden Untersuchung die Gruppe der schizophrenen Erkrankten in zwei Subgruppen unterteilt. Die Teilung erfolgt anhand des Medianwerts der Ich-Psychopathologie, die mithilfe des Strukturierten Interviews zur Ich-Psychopathologie (IPP) von Scharfetter (1995) erfasst wird. Beide Subgruppen werden mittels multivariater Varianzanalyse mit der Kontrollgruppe verglichen. Die sinn-/spiritualitätsbezogenen Skalen, die wie oben angegeben nach testtheoretischen Gesichtspunkten ausgewählt wurden, bilden die abhängigen Variablen. Alter, Geschlecht und Bildungsgrad gehen als Kovariate in die Varianzanalyse ein.

Da einerseits Hinweise darauf vorliegen, dass das Durchleben einer Psychose die Spiritualität verstärken kann (Kirova, Kempb, Kirovc, & David, 1998), andererseits aber Ich-Psychopathologie eine spirituelle Entwicklung wahrscheinlich behindern kann, geht die vorliegende Untersuchung von folgender Hypothese aus: Die Subgruppe mit eher geringer Ich-Psychopathologie sollte im Vergleich zur Kontrollgruppe höhere Scores in den sinn-/spiritualitätsbezogenen Skalen aufweisen, während die Subgruppe mit eher stärkerer Ich-Psychopathologie niedrigere Sinn-/Spiritualitäts-Scores als die Kontrollgruppe zeigen sollte.

## ***2.5 Werden religiöse Einstellungen bei gesunden Kontrollpersonen und Personen mit einer schizophrenen Erkrankung in gleichem Ausmaß durch soziale Kognition beeinflusst?***

Kawakami, Dovidio und Dijksterhuis (2003) konnten zeigen, dass ideologische Einstellungen von gesunden Versuchspersonen durch Priming inhaltlich beeinflussbar sind. Wenn die

Versuchspersonen als Priming-Bedingung ein Foto einer älteren Person beschreiben mussten, stimmten sie in einem darauffolgenden Fragebogen konservativen Ansichten eher zu als nach Priming mit dem Foto einer jüngeren Person. Wenn sie das Foto eines Skinheads beschreiben mussten, waren die Versuchspersonen anschließend eher geneigt, rassistischen Ansichten zuzustimmen. Die Einstellungen veränderten sich also in Richtung größerer Ähnlichkeit zum Stereotyp der sozialen Kategorie, welcher der Priming-Stimulus angehörte.

Um diesen Effekt des social category priming für Einstellungen gegenüber religiös-spirituellen Aussagen zu erfassen, wird in der vorliegenden Untersuchung das Fragebogenmaterial in zwei Teile aufgeteilt und in zwei getrennten Sitzungen vorgegeben. Im ersten Teil spielen sinn-/spiritualitätsbezogene Fragen eine untergeordnete Rolle, während sie im zweiten Teil stark im Vordergrund stehen. Die Items der sinn-/spiritualitätsbezogenen Skalen der zweiten Testsitzung sind fast ausschließlich positiv gepolt, d.h. die Probanden werden nach dem Grad ihrer Zustimmung zu solchen Aussagen gefragt, die charakteristisch für spirituell eingestellte bzw. religiöse Menschen sind. In der zweiten Testsitzung ist daher ein Priming-Effekt für die soziale Kategorie „spirituell eingestellter, religiöser Mensch“ zu erwarten, in der ersten Testsitzung nicht. Dass dieser Priming-Effekt wirksam werden kann, ist das Funktionieren sozialer Kognition notwendig; so muss z.B. aufgrund der Hinweisreize in Form von charakteristischen Aussagen die dahinterstehende soziale Kategorie erkannt werden, und es muss das entsprechende Stereotyp aktiviert werden. Bei Personen mit einer schizophrenen Erkrankung wurden jedoch in zahlreichen Studien Defizite der sozialen Kognition gefunden (Penn, Sanna, & Roberts, 2008). Als Messgröße für Religiosität am Ende der ersten Testsitzung (ohne Priming) und am Ende der zweiten Sitzung (mit Priming) wird je eine Hälfte des Münchner Motivationspsychologischen Religiositäts-Inventars (MMRI) herangezogen. Diese Skala wurde ausgewählt, weil sie unter den eingesetzten religiositätsbezogenen Skalen am besten teilbar erschien: Das MMRI ist der längste dieser Fragebögen, es hat eine gerade Itemanzahl, und auch die Itemanzahl jeder einzelnen Dimension des MMRI ist gerade.

Die Hypothesen zur oben genannten Fragestellung lauten daher: 1.) In der Kontrollgruppe sind die MMRI-Werte am Ende der zweiten Sitzung als Folge von Priming höher als am Ende der ersten Sitzung, und 2.) In der Gruppe der schizophren Erkrankten gibt es keinen Unterschied zwischen den MMRI-Werten am Ende der ersten Sitzung und den MMRI-Werten am Ende der zweiten Sitzung.

## **3. Methoden und Stichproben**

### **3.1 Stichproben**

Die Ausgangsbasis für die klinische Probandengruppe bildeten die Patienten mit einer Erkrankung aus dem schizophrenen Formenkreis (ICD-10 F2x), die während eines Zeitraums von eineinhalb Jahren stationär an der Universitätsklinik für Psychiatrie Graz behandelt wurden. In die Untersuchung eingeschlossen wurden die Patienten ungefähr 1-2 Wochen nach der stationären Aufnahme, sodass die akute psychotische Symptomatik bei den Testungen zwar gebessert, aber immer noch vorhanden war. Patienten mit einem ausgeprägt desorganisierten Zustandsbild wurden wegen der fraglichen Reliabilität der Daten nicht eingeschlossen. Es wurden auch keine Patienten mit religiösem Wahn als vorherrschendem Krankheitsbild eingeschlossen. Weitere Ausschlusskriterien waren akute Suizidalität und Substanzabhängigkeit.

Unter den Voraussetzungen der genannten Kriterien wurden insgesamt 34 Patienten gefragt, ob sie an der Studie teilnehmen würden. Von diesen Patienten erklärten sich 26 dazu bereit, 8 lehnten ab. Vier Patienten brachen die Teilnahme vorzeitig ab. Die Daten dreier weiterer Patienten mussten verworfen werden, weil sie bei jedem einzelnen Fragebogen ab der 5. bis 10. Frage dazu übergangen, die restlichen Fragen durchgehend mit demselben Wert (also z.B. „stimme vollkommen zu“) zu beantworten. Somit bildeten die verbleibenden 19 Patienten die endgültige Stichprobe der Personen mit einer schizophrenen Erkrankung. Im Anschluss daran wurde aus dem persönlichen Umfeld des Versuchsleiters, aus der Studentenschaft und aus dem Klinikpersonal die Kontrollgruppe rekrutiert, wobei versucht wurde, möglichst große Übereinstimmung zwischen Versuchsgruppe und Kontrollgruppe in den soziodemographischen Variablen Geschlecht, Alter und Bildungsgrad zu erzielen. Auf diese Weise konnten insgesamt 14 gesunde Kontrollpersonen gewonnen werden.

Für die Untersuchung wurde ein Votum von der Ethikkommission der Medizinischen Universität Graz eingeholt. Alle Versuchsteilnehmer erhielten eine schriftliche Patienten-/Versuchspersoneninformation und unterzeichneten eine Einverständniserklärung.

## **3.2 Verwendete Materialien**

### **3.2.1 Eppendorfer Schizophrenie-Inventar (ESI)**

Das Eppendorfer Schizophrenie-Inventar (Maß, 2001) ist eine Selbstbeurteilungsfragebogen für die quantitative Messung subjektiver Phänomene, die charakteristisch für Schizophrenie sind. Es besteht aus 40 Items, die hauptsächlich kognitive und perzeptive Aspekte erfassen und die gut zwischen Patienten mit Schizophrenie und nicht-schizophrenen psychiatrischen Patienten bzw. gesunden Kontrollpersonen differenzieren. Die Items werden zu fünf Subskalen zusammengefasst: Aufmerksamkeits- und Sprachbeeinträchtigung (z.B.: „Wenn jemand mit mir spricht, erfasse ich oft den Sinn der Wörter nicht richtig“), Akustische Unsicherheit (z.B.: „Ich höre meine ‚innere Stimme‘ manchmal fast so deutlich, als würde tatsächlich jemand zu mir sprechen“), Wahrnehmungsabweichung (z. B.: „Manchmal kommt mir ein Teil meines Körpers kleiner vor, als er tatsächlich ist“), Beziehungsideen (z.B.: „Mitunter scheinen sich Ereignisse, Radiosendungen o.ä. auf mich zu beziehen, obwohl das eigentlich nicht sein kann“) und Offenheit (z.B.: „Ich bin hin und wieder ein wenig schadenfroh“). Die ersten vier Subskalen wurden faktorenanalytisch ermittelt. Die Subskala Offenheit wurde nachträglich hinzugefügt und enthält sogenannte Kontrollitems, welche die Aufrichtigkeit des Antwortverhaltens bzw. Soziale Erwünschtheit messen sollen. Die Beantwortung der Items erfolgt auf einer 4-stufigen Skala („stimmt genau“, „stimmt überwiegend“, „stimmt etwas“, „stimmt gar nicht“), wobei alle Items gleich gepolt sind. Es existieren Normen für gesunde Personen, schizophrene Patienten in psychotischen Krankheitsphasen und nicht-schizophrene psychiatrische Patienten während eines stationären Klinikaufenthalts.

### **3.2.2 Beck-Depressions-Inventar (BDI)**

Das Beck-Depressions-Inventar (Hautzinger, Bailer, Worall, & Keller, 1994) ist ein etabliertes Selbstrating-Verfahren zur Quantifizierung subjektiver depressiver Symptomatik. Es enthält 21 Items, bei denen der Proband unter jeweils vier Aussagen diejenige auswählen soll, die auf ihn am ehesten zutrifft. Normwerte sind für depressive Patienten bei Beginn und bei Ende stationärer Behandlung verfügbar.

### **3.2.3 WHOQOL-100**

Der Fragebogen der WHO zur Messung gesundheitsbezogener Lebensqualität (Angermeyer, Kilian, & Matschinger, 2000) besteht aus 100 Fragen, die auf einer fünfstufigen Skala zu beantworten sind. Es werden sechs Domänen erfasst (Physische Lebensqualität, Psychische Lebensqualität, Unabhängigkeit, Soziale Beziehungen, Umwelt und Spiritualität/Religion), die ihrerseits in insgesamt 24 Facetten untergliedert sind. Normen sind, getrennt nach Geschlecht und Altersgruppen, für die Allgemeinbevölkerung vorhanden.

### **3.2.4 Existenz-Skala (ESK)**

Die Existenz-Skala (Längle, Orgler, & Kundi, 2000) geht von der existenzanalytischen Anthropologie Viktor Frankls aus und versucht, psychische Vorbedingungen bzw. Kompetenzen für ein sinnerfülltes Leben zu erfassen. Dabei werden aus theoretischen Überlegungen vier Subskalen postuliert: Selbst-Distanzierung („Fähigkeit, zu sich selbst (zu seinen Gefühlszuständen, Wünschen, Vorstellungen) auf Distanz zu kommen und frei zu werden für Wahrnehmung von Objekten“), Selbst-Transzendenz („Fähigkeit, über sich hinausgehen zu können und emotionale Beziehung aufnehmen zu können“), Freiheit („Fähigkeit, sich für die Möglichkeiten entsprechend der subjektiven Wertung zu entscheiden“) und Verantwortung („Fähigkeit, sich tatkräftig einzulassen und die Konsequenzen zu tragen“) (Längle et al., 2000, p. 22). Aus den beiden Subskalen Selbst-Distanzierung und Selbst-Transzendenz kann durch Addition die Dimension Personalität gebildet werden, durch die Addition von Freiheit und Verantwortung die Dimension Existentialität. Die Summe aus allen vier Subskalen trägt den Namen „existentielle Erfülltheit“. Der Test ist ein Selbsteinschätzungsverfahren und besteht aus 46 Items, die auf einer 6-stufigen Skala zu beantworten sind. Es existieren Normwerte, getrennt nach Altersgruppen und Bildungsgrad.

### **3.2.5 Fragebogen zu Lebensbedeutungen und Lebenssinn (LeBe)**

Der Fragebogen zu Lebensbedeutungen und Lebenssinn (Schnell & Becker, 2007) erfasst in 151 Items 26 Primärdimensionen von Lebensbedeutungen. Unter „Lebensbedeutungen“ verstehen die Autoren wertende Bedeutungen, die einzelnen Lebensbereichen durch die Einordnung in ein größeres Ganzes beigemessen werden und die motivationalen Charakter haben. Die Primärdimensionen des LeBe entsprechen dabei den einzelnen Lebensbereichen wie z.B. Naturverbundenheit, Gemeinschaft oder Wissen. Der theoretische Rahmen des Fragebogens bildet einerseits die humanistische Psychologie, andererseits die Theorie der impliziten Religiosität (Schnell, 2004), wonach Sinnstiftung anhand persönlicher Mythen, persönlicher Rituale und persönlicher Transzendenzerfahrungen stattfindet. Die Items und Primärdimensionen wurden vor diesem Hintergrund mittels qualitativer Forschung nach der Methode der Grounded Theory gewonnen. Aufgrund faktorenanalytischer Ergebnisse werden die Primärdimensionen zu vier globalen Dimensionen zusammengefasst: „Selbsttranszendenz“, „Selbstverwirklichung“, „Ordnung“ und „Wir- und Wohlgefühl“. Die erste Dimension spaltet sich ihrerseits in zwei Unter-Dimensionen: „Selbsttranszendenz-vertikal“ (eher religiös) und „Selbsttranszendenz-horizontal“ (eher säkular). Die Beantwortung der einzelnen Fragen erfolgt auf einer 6-stufigen Selbstrating-Skala („stimmt überhaupt nicht“ ... „stimmt vollkommen“), wobei mit einer einzigen Ausnahme alle Fragen gleich gepolt sind. Es existieren getrennte Normen für Männer und Frauen in jeweils zwei Altersgruppen.

### **3.2.6 Münchner Motivationspsychologisches Religiositäts-Inventar (MMRI)**

Das Münchner Motivationspsychologische Religiositäts-Inventar (Grom, Hellmeister, & Zwingmann, 1998) wurde zur Erfassung von Motiven für Religiosität konstruiert. Es besteht in der ursprünglichen Form aus 46 Items, die auf der Basis theoretischer Überlegungen acht Motive repräsentieren sollen: Moralische Selbstkontrolle, Kooperative Kontrolle bedeutsamer Lebensereignisse, Passive Kontrolle bedeutsamer Lebensereignisse, Verdienst- und gerechtigkeitsorientierte Kontrolle bedeutsamer Lebensereignisse, Positives Selbstwertgefühl, Dank und Verehrung, Prosozialität, Weltanschauliche Erkenntnis (Grom, 1996). Eine psychometrische und faktorenanalytische Untersuchung deutet jedoch eher darauf hin, dass

der Fragebogen vier Dimensionen abdeckt (Zwingmann et al., 2004): Beziehung zu Gott als Quelle von Kraft und Selbstvertrauen, Gerechtigkeitsorientierte Kontrolle, Kooperative Kontrolle sowie Prosoziale und religiös-intellektuelle Verantwortung. In der vorliegenden Untersuchung wurde die Revision des MMRI durch Zwingmann et al. (2004) verwendet. Sie umfasst 28 Items, die auf einer 6-stufigen Selbstrating-Skala zu beantworten sind („stimme nicht zu“ ... „stimme völlig zu“), wobei alle Fragen gleich gepolt sind. Normen sind nicht verfügbar.

### **3.2.7 Transpersonales Vertrauen (TPV)**

Die Skala Transpersonales Vertrauen (Belschner, 2000) misst den Grad der subjektiv empfundenen Verbindung mit einem höheren Wesen, einer höheren Macht oder dem Kosmos. Sie besteht aus 11 Items, die auf einer 4-stufigen Skala zu beantworten sind. Es liegen Ergebnisse zur Konstruktvalidität vor (Albani et al., 2003), allerdings gibt es keine Normen.

### **3.2.8 Fragebogen zur Religiösen Orientierung**

Bei dem Fragebogen zur Religiösen Orientierung (Küpper & Bierhoff, 1999) handelt es sich um eine deutsche Übersetzung der I/E-revised Skala (Gorsuch & McPherson, 1989), welche auf den klassischen Skalen zur intrinsischen bzw. extrinsischen religiösen Orientierung (Allport & Ross, 1967) beruht. Intrinsische Religiosität bedeutet dabei Religiosität aus genuin religiösen/frommen Motiven (z.B. „Ich bemühe mich, mein ganzes Leben nach meinen religiösen Überzeugungen zu leben“), während extrinsische Religiosität als Mittel zum Zweck dient (z.B. „Ich bete vor allem, um Trost und Schutz zu erhalten.“). Zusätzlich zu den I/E-Skalen beinhaltet der Fragebogen auch die Übersetzung der „Quest“-Skala (spirituelle Suche) von Batson und Schoenrade (1991). Der Fragebogen besteht aus insgesamt 24 Items, die bis auf drei Items gleich gepolt sind und die auf einer 9-stufigen Likert-Skala zu beantworten sind. Normen sind nicht angegeben.

### **3.2.9 Zentralitätsskala**

Die Zentralitätsskala (Huber, 2003) ist ein Selbstrating-Instrument und baut auf der Persönlichkeitstheorie von Allport (1949), der Theorie der persönlichen Konstrukte von Kelly (1955; zitiert nach Fransella, 2003) und der multidimensionalen Theorie der Religiosität von Glock (1969) auf. Sie enthält in der revidierten Fassung (Huber, 2004), die in der vorliegenden Untersuchung verwendet wurde, 15 Items, die die Zentralität von fünf inhaltlich definierten Dimensionen von Religiosität erfassen: Kognitives Interesse an religiösen Fragen (z.B. „Wie oft denken Sie über religiöse Fragen nach?“), Religiöse Ideologie (Zustimmung zu dogmatischen Glaubenssätzen, z.B. „Wie hoch ist Ihrer Ansicht nach die Wahrscheinlichkeit, dass es ein Leben nach dem Tod gibt?“), Gebet (z.B. „Wie oft richten Sie mitten in Ihrem Alltag ein kurzes Gebet an Gott?“), Religiöse Erfahrung (z.B. „Wie oft erleben Sie Situationen, in denen Sie das Gefühl haben, dass Gott Ihnen etwas sagen will?“) und Gottesdienst (z.B. „Wie wichtig ist Ihnen die Teilnahme am Gottesdienst?“). Unter Zentralität wird dabei der Grad der persönlichen Wichtigkeit und als Folge davon die Häufigkeit verstanden, mit der eine Dimension von Religiosität lebenspraktische Relevanz erlangt. Die Fragen werden auf einer 5-stufigen Skala beantwortet. Es existieren Ergebnisse zur Konstruktvalidität, jedoch keine Normen.

### **3.2.10 Strukturiertes Interview zur Ich-Psychopathologie (IPP)**

Das Strukturierte Interview zur Ich-Psychopathologie (Scharfetter, 1995) besteht aus 53 Items, die in 9 Subskalen organisiert sind: Identität, Demarkation, Konsistenz, Aktivität, Vitalität, Überkompensation, Veränderungen/Manipulationen am Körper, Denkstörungen und Motorische Reaktionen, Zwänge, Automatismen. Das Interview basiert auf dem Modell des Ich-Bewusstseins von Scharfetter (1996), wonach das Ich hierarchisch aus fünf Schichten aufgebaut ist. Tiefere Schichten bilden in diesem Modell jeweils die Grundlage und Voraussetzung für die nächsthöhere Schicht. Die grundlegendste Schicht ist nach Scharfetter die Ich-Vitalität, d.h. das Bewusstsein der eigenen Lebendigkeit. Darauf baut die Ich-Aktivität auf, d.h. das Bewusstsein der Eigenbestimmtheit von Erleben, Denken und Handeln. Die nächste Schicht ist die Ich-Konsistenz, womit die Gewissheit gemeint ist, über die Zeit hinweg und in verschiedenen Situationen immer dieselbe einzige Person zu sein. Darauf

folgen die Schichten der Ich-Demarkation (Abgrenzung des Ich, Unterscheidung von Ich und Nicht-Ich) und Ich-Identität (Gewissheit der eigenen kategorialen sozialen Einordnung, des eigenen Geschlechts, der eigenen Abstammung, der eigenen Biographie etc.). Diese fünf Schichten bilden nach Scharfetter basale Dimensionen des Ich-Bewusstseins und stellen einen Bezugsrahmen für komplexere Begriffe wie Ich-Stärke oder Selbstbild dar. Das Interview zur Ich-Psychopathologie erfasst neben diesen fünf basalen Dimensionen noch vier weitere Subskalen, die charakteristische Symptome bei einer schizophrenen Erkrankung betreffen und die mit den basalen Dimensionen in Zusammenhang stehen: Überkompensation (im Sinne von Größenideen; z.B. „Ich konnte auf übernatürliche Weise Kranke heilen“), Veränderungen/Manipulationen am Körper (z.B. „Teile meines Körpers lösten sich vom Gesamtkörper, so dass ich sie ausserhalb von mir erlebte“), Denkstörungen (z.B. „Andere Menschen konnten meine Gedanken lesen“) und Motorische Reaktionen, Zwänge, Automatismen (z.B. „Ich musste besonders aufmerksam auf meine Bewegungen achten. Ich musste ihren Ablauf genau kontrollieren“). Es existieren Daten zu Reliabilität und Validität, allerdings keine Normen (Scharfetter, 1995).

### 3.3 Untersuchungsablauf

Die Versuchsteilnehmer wurden im Abstand von drei bis vier Tagen zweimal getestet. Bei der ersten Sitzung wurden Fragebögen eher profanen Inhalts vorgegeben, bei der zweiten Sitzung Fragebögen eher spirituell/religiösen Inhalts. Das Münchner Motivationspsychologische Religiositäts-Inventar (MMRI) wurde in zwei Hälften geteilt, wobei darauf geachtet wurde, dass jeder der vier Faktoren des MMRI zu gleichen Teilen auf die beiden Testhälften aufgeteilt wurde. Am Ende der ersten Testsitzung wurde die eine Hälfte des MMRI vorgegeben, die zweite Hälfte des MMRI bildete den Abschluss der zweiten Testsitzung. Jede der beiden Testsitzungen benötigte 40-50 Minuten Bearbeitungszeit. Mit den klinischen Probanden wurde in einer dritten Sitzung das Strukturierte Interview zur Ich-Psychopathologie (IPP) durchgeführt. In Tabelle 3.1 ist der Untersuchungsablauf zusammengefasst.

**Tabelle 3.1 Ablauf der Untersuchung**

	Kontrollgruppe	schizophrene Erkrankung
1. Sitzung	Eppendorfer Schizophrenie-Inventar (ESI) Beck-Depressions-Inventar (BDI) WHOQOL-100 MMRI (1. Testhälfte)	Eppendorfer Schizophrenie-Inventar (ESI) Beck-Depressions-Inventar (BDI) WHOQOL-100 MMRI (1. Testhälfte)
2. Sitzung	Existenz-Skala (ESK) Fragebogen zu Lebensbedeutungen und Lebenssinn (LeBe) Transpersonales Vertrauen (TPV) Fragebogen zur Religiösen Orientierung Zentralitätsskala MMRI (2. Testhälfte)	Existenz-Skala (ESK) Fragebogen zu Lebensbedeutungen und Lebenssinn (LeBe) Transpersonales Vertrauen (TPV) Fragebogen zur Religiösen Orientierung Zentralitätsskala MMRI (2. Testhälfte)
3. Sitzung	-	Strukturiertes Interview zur Ich-Psychopathologie (IPP)

## 4. Ergebnisse

Sämtliche Berechnungen, auf denen die nachfolgend dargestellten Ergebnisse beruhen, wurden mit dem Softwarepaket SPSS 17.0 für Windows durchgeführt.

### 4.1 Deskriptive Statistik

Die Stichprobencharakteristika für Geschlecht, Alter und Schulbildung in den beiden Gruppen sind in Tabelle 4.1 angegeben. Die Variable Geschlecht wurde mithilfe des exakten Tests nach Fisher auf Unterschiede zwischen den beiden Gruppen geprüft, die Variable Alter mittels t-Test und die Variable Schulabschluss mittels Mann-Whitney-U-Test. In keiner der drei Variablen bestehen signifikante Unterschiede zwischen der Kontrollgruppe und der Gruppe der schizophren erkrankten Personen.

**Tabelle 4.1 Geschlecht, Alter und Schulbildung**

	Kontrollgruppe (N=14)	schizophrene Erkrankung (N=(19)
<u>Geschlecht</u>		
Anzahl der Männer / Anzahl der Frauen	8/6	15/4
p = 0,257 (Exakter Test nach Fisher)		
<u>Alter</u>		
Mittelwert (Standardabweichung)	38,1 (10,9)	38,2 (11,9)
p = 0,983; t(31) = -0,021		
<u>Schulabschluss</u>		
Median	4	4
Range	2 ... 5	2 ... 5
Mittelwert	3,79	3,53
p = 0,529 (Exakte Irrtumswahrscheinlichkeit); Mann-Whitney-U = 115		

Kodierung des Schulabschlusses: 1...kein, 2...Pflichtschule, 3...Lehre/Berufsausbildung, 4...Matura, 5...Universität

Als letztes Item des Münchner Motivationspsychologischen Religiositäts-Inventars wurde am Ende der zweiten Testsitzung die Religionszugehörigkeit erhoben. Bei den befragten Personen kamen nur drei Antwortkategorien vor: Keine Religionszugehörigkeit, Evangelisch und Römisch Katholisch. Die beiden Stichproben wurden hinsichtlich der konfessionellen Zusammensetzung mithilfe des exakten Tests nach Fisher verglichen. Auch hier bestand kein Unterschied (Tabelle 4.2).

**Tabelle 4.2 Religionszugehörigkeit**

	Kontrollgruppe	schizophrene Erkrankung
Keine	4	5
Christlich, Evangelisch	1	1
Christlich, Römisch Katholisch	9	13

p > 0,99 (Exakter Test nach Fisher)

Die Verteilungscharakteristika der klinischen Skalen sind in Form von Boxplots in Abbildung 4.1 dargestellt.

**Abbildung 4.1 Boxplots der psychopathologierelevanten Skalen**

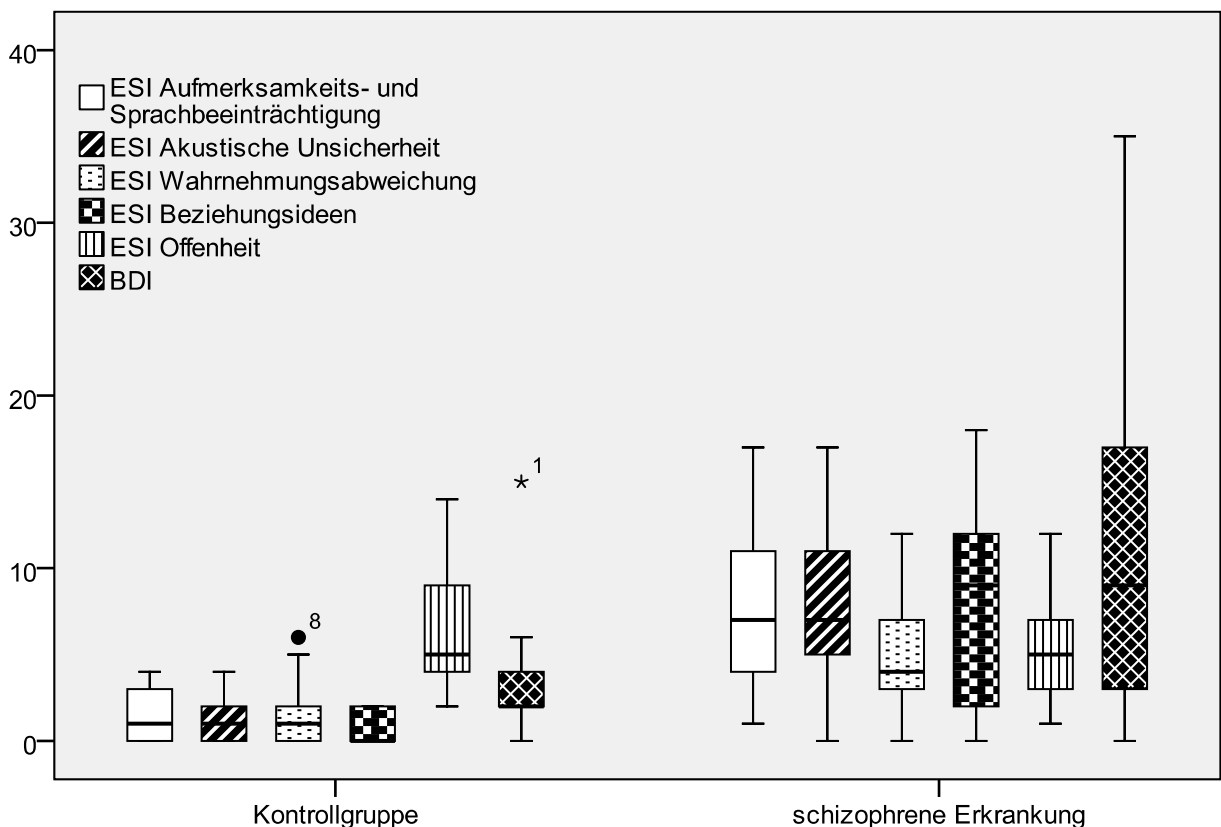


Tabelle 4.3 zeigt eine Übersicht über die ICD-10-Diagnosen der Patientengruppe sowie die Mittelwerte der Skalen des Eppendorfer Schizophrenie-Inventars (ESI) und der Punktwerte des Beck-Depressions-Inventars (BDI) in den beiden Stichproben. Sowohl die Kontrollgruppe als auch die Gruppe der schizophren Erkrankten entspricht in den Skalen des ESI gut den jeweiligen Normen, wie sie im Testhandbuch angegeben sind. In der Patientengruppe sind die BDI-Werte leicht erhöht, was sich aus dem Einschluss von schizoaffektiv Erkrankten erklärt.

**Tabelle 4.3 ICD-10-Diagnosen und psychometrische Erfassung der Psychopathologie**

<u>Diagnostische Zuordnung nach ICD-10</u>		Anzahl		
F20.0 Paranoide Schizophrenie		11		
F23.2 Akute schizophreniforme psychotische Störung		2		
F25.0 Schizoaffektive Störung, gegenwärtig manisch		2		
F25.1 Schizoaffektive Störung, gegenwärtig depressiv		4		
<u>Ausprägungsgrad psychopathologierelevanter Variablen</u>				
	Mittelwert (Standardabweichung)		Mittelwert (Standardabweichung)	
	Kontrollgruppe	Normen für gesunde Personen	Gruppe schizophren Erkrankter	Normen für Personen mit Schizophrenie
ESI Aufmerksamkeits- und Sprachbeeinträchtigung	1,36 (1,39)	1,98 (2,55)	7,82 (4,72)	7,74(6,51)
ESI Akustische Unsicherheit	1,29 (1,20)	1,14(1,68)	7,29 (4,88)	5,47 (5,03)
ESI Wahrnehmungsabweichung	1,50 (2,03)	1,66 (2,52)	4,88 (3,35)	5,13 (5,39)
ESI Beziehungsideen	0,71 (0,91)	0,76 (1,59)	7,35 (5,65)	5,23 (5,16)
ESI Offenheit	6,71 (3,54)	7,19 (3,26)	5,53 (3,45)	5,79 (3,32)
BDI	3,36 (3,71)		10,82 (9,85)	

Die Werte in den 6 Domänen des WHOQOL-Fragebogens wurden mittels multivariater Varianzanalyse auf Unterschiede zwischen den beiden Stichproben überprüft. Dabei zeigte sich eine hoch signifikant schlechtere Lebensqualität der Patientengruppe in allen Domänen mit Ausnahme von Domäne 6 (Religion). Das Ergebnis der multivariaten Varianzanalyse ist in Tabelle 4.4 wiedergegeben, die Ergebnisse der Einzelvergleiche der Domänen mit den dazugehörenden Mittelwerten und Standardabweichungen in Tabelle 4.5. Abbildung 4.2 zeigt vermittelt Boxplots die Verteilung der Werte.

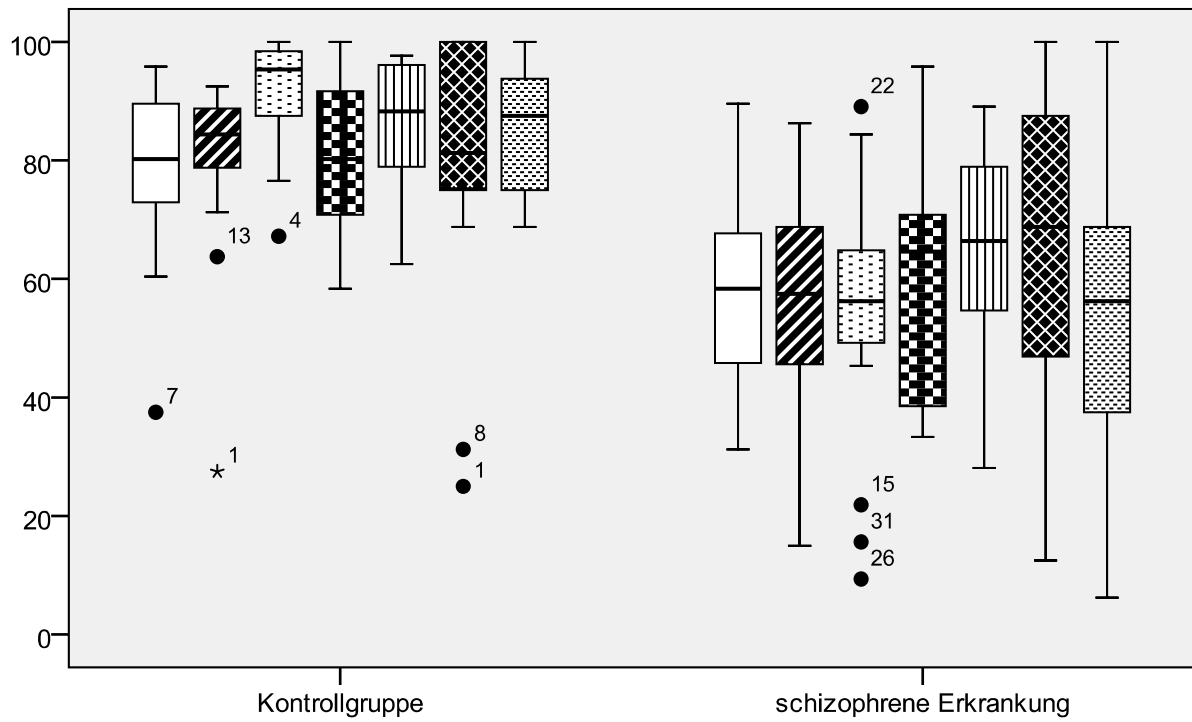
**Tabelle 4.4 WHOQOL-Skalen, multivariater Vergleich**

	Wilks-Lambda	F(6,26)	p
<b>Kontrollgruppe vs. Patientengruppe</b>	<b>0,415</b>	<b>6,108</b>	<b>&lt; 0,001</b>

**Tabelle 4.5 WHOQOL-Skalen, Mittelwerte und univariate Einzelvergleiche**

	Mittelwert (Standardabweichung)		p
	Kontrollgruppe	schizophrene Erkrankung	
<b>Domäne 1: Physisch</b>	<b>77,98 (15,28)</b>	<b>58,55 (15,76)</b>	<b>0,001</b>
<b>Domäne 2: Psychisch</b>	<b>79,20 (16,83)</b>	<b>56,78 (20,14)</b>	<b>0,002</b>
<b>Domäne 3: Unabhängigkeit</b>	<b>91,52 (9,84)</b>	<b>54,85 (21,23)</b>	<b>&lt; 0,001</b>
<b>Domäne 4: Soziale Beziehungen</b>	<b>81,10 (12,35)</b>	<b>59,21 (20,30)</b>	<b>0,001</b>
<b>Domäne 5: Umwelt</b>	<b>85,99 (10,99)</b>	<b>65,67 (15,49)</b>	<b>&lt; 0,001</b>
Domäne 6: Religion	79,02 (24,59)	65,46 (26,71)	0,146

Abbildung 4.2 Boxplots der WHOQOL-Skalen



- WHOQOL-100 Domäne 1: Physisch
- ▨ WHOQOL-100 Domäne 2: Psychisch
- ▤ WHOQOL-100 Domäne 3: Unabhängigkeit
- ▩ WHOQOL-100 Domäne 4: Soziale Beziehungen
- ▧ WHOQOL-100 Domäne 5: Umwelt
- ▦ WHOQOL-100 Domäne 6: Religion
- ▥ WHOQOL-100 Globalwert

## 4.2 Korrelationsstatistische Auswertungen

### 4.2.1 Testtheoretische Überprüfung der verwendeten Skalen

#### 4.2.1.1 Existenz-Skala (ESK)

Zur Überprüfung der Reliabilität des Tests in den beiden Stichproben wurde Cronbachs Alpha für die vier Subskalen Selbst-Distanzierung (SD), Selbst-Transzendenz (ST), Freiheit (F) und Verantwortung (V), für die beiden Dimensionen Personalität (Summe aus SD und ST) und Existenzialität (Summe aus F und V) sowie für den Gesamtwert berechnet. Tabelle 4.6 zeigt die Ergebnisse.

**Tabelle 4.6 Innere Konsistenz (Existenz-Skala)**

	Cronbachs Alpha	
	Kontrollgruppe	schizophrene Erkrankung
ESK Selbst-Distanzierung	0,654	0,755
ESK Selbst-Transzendenz	0,787	0,881
ESK Freiheit	0,743	0,855
ESK Verantwortung	0,891	0,761
ESK Personalität	0,806	0,874
ESK Existenzialität	0,912	0,890
ESK Gesamtscore (existentielle Erfüllung)	0,931	0,933

Anschließend wurde für die Kontrollgruppe und für die Patientengruppe jeweils eine Faktorenanalyse durchgeführt. Da die Existenz-Skala (ESK) aus vier Skalen besteht, die auf der Basis theoretischer Vorannahmen konstruiert sind, wurden vier Faktoren extrahiert. In der Gruppe der schizophren erkrankten Personen spiegelt sich die theoretische 4-faktorielle Struktur in einem Knick im Screeplot (Abbildung 4.4) wider. Im Gegensatz dazu zeigt das Screeplot der Kontrollgruppe (Abbildung 4.3) keine Diskontinuitäten, sondern einen sehr prominenten Generalfaktor, der über 40 % der Varianz bindet (vgl. Tabelle 4.7). In beiden Gruppen werden durch die vier Faktoren jeweils rund zwei Drittel der Varianz erklärt, wobei die Eigenwerte der jeweils letzten extrahierten Faktoren deutlich höher als 1 sind. In der

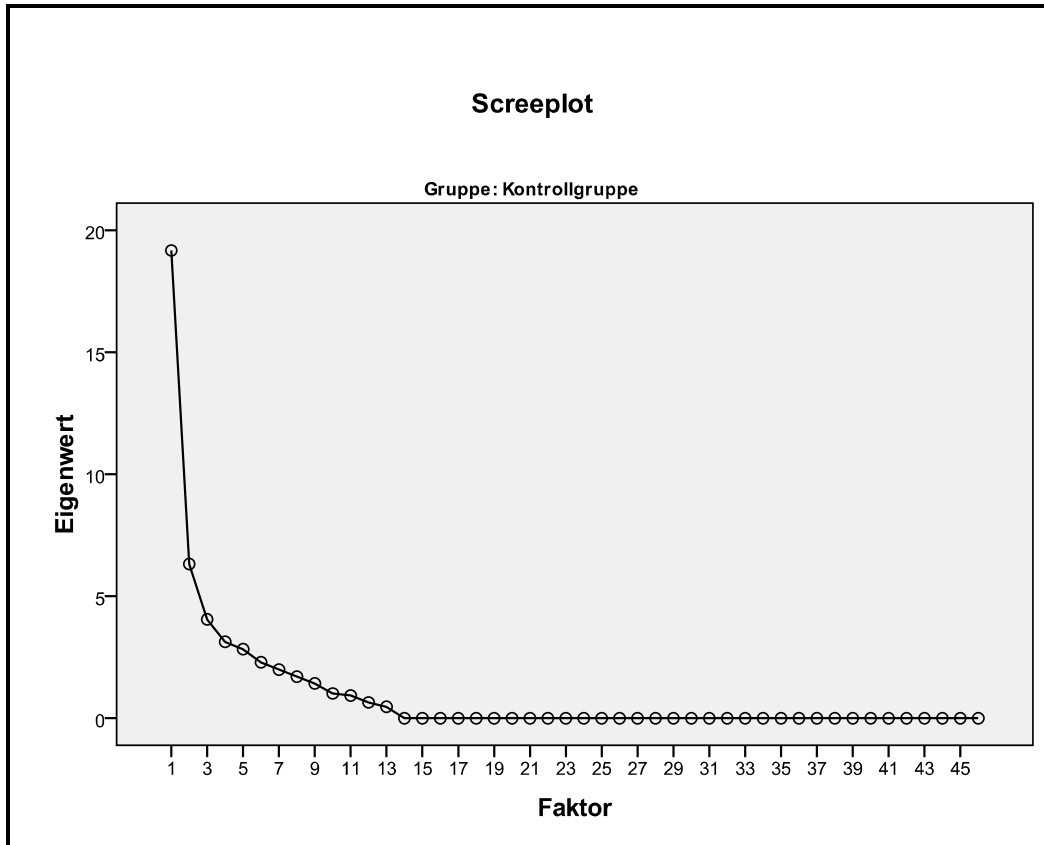
Kontrollgruppe hätten insgesamt 10 und in der Patientengruppe insgesamt 12 Faktoren einen Eigenwert größer als 1 erreicht (vgl. Abbildung 4.3 und Abbildung 4.4).

**Tabelle 4.7 Varianzaufklärung durch die Faktorenanalyse (Existenz-Skala)**

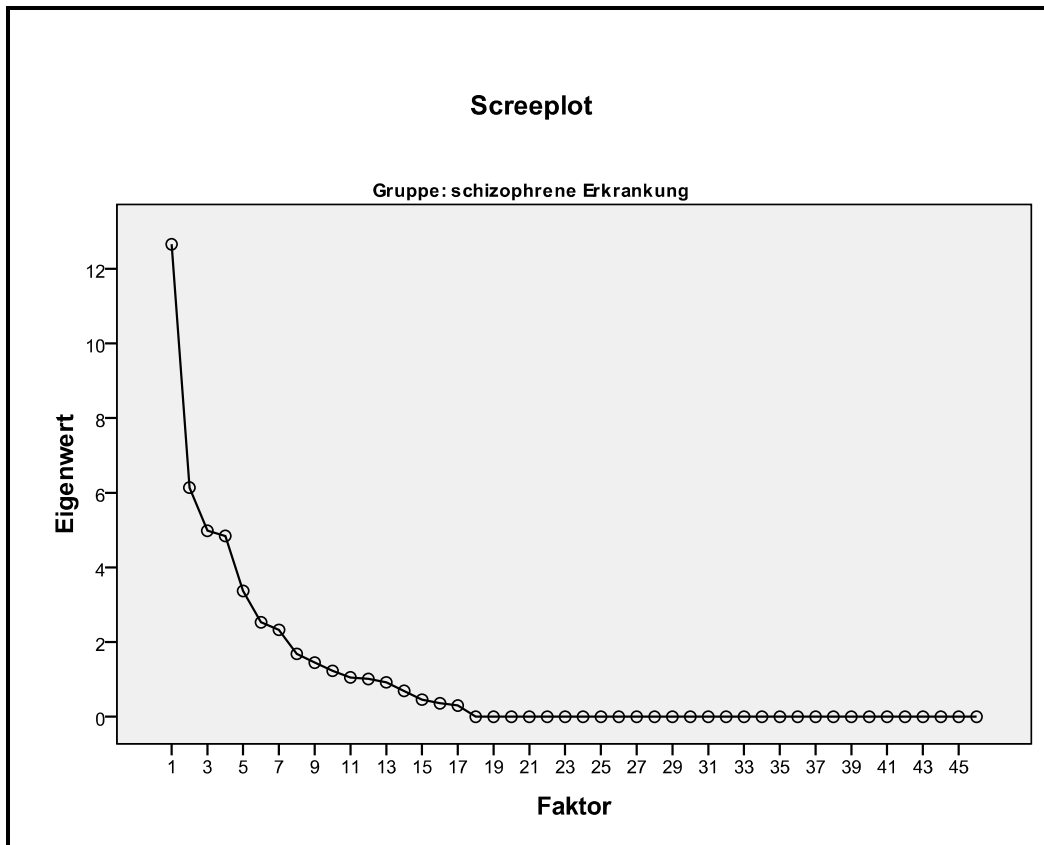
<b>Kontrollgruppe</b>					
Faktor	Anfängliche Eigenwerte	Varianzaufklärung der unrotierten Faktoren in Prozent		Varianzaufklärung der rotierten Faktoren in Prozent	
		einzel	kumuliert	einzel	kumuliert
1	19,17	41,67	41,67	23,44	23,44
2	6,32	13,74	55,41	21,20	44,63
3	4,05	8,81	64,22	14,90	59,53
4	3,13	6,81	71,03	11,50	71,03
<b>Personen mit schizophrener Erkrankung</b>					
Faktor	Anfängliche Eigenwerte	Varianzaufklärung der unrotierten Faktoren in Prozent		Varianzaufklärung der rotierten Faktoren in Prozent	
		einzel	kumuliert	einzel	kumuliert
1	12,66	27,52	27,52	17,34	17,34
2	6,14	13,34	40,86	17,05	34,38
3	4,98	10,83	51,69	14,52	48,90
4	4,84	10,53	62,22	13,32	62,22

Als Verfahren zur Rotation der Faktoren wurde Equamax gewählt, um zur Verbesserung der Interpretierbarkeit eine hohe Korrelation mit einzelnen Leitvariablen zu erzielen. Die rotierten Faktorenlösungen der beiden Stichproben sind in Tabelle 4.8 der theoretischen Faktorenstruktur gegenübergestellt, wobei die Reihenfolge der extrahierten und rotierten Faktoren so gewählt wurde, dass die Übereinstimmung zu den theoretisch vorgegebenen Faktoren SD (Selbst-Distanzierung), ST (Selbst-Transzendenz), F (Freiheit) und V (Verantwortung) ein Maximum erreicht. Die Zuordnung der einzelnen Variablen zu den Faktoren ist in Tabelle 4.8 durch eine graue Hinterlegung der Faktorladung gekennzeichnet.

**Abbildung 4.3** Screeplot für die Kontrollgruppe (Existenz-Skala)



**Abbildung 4.4** Screeplot für die Gruppe der schizophrenen Erkrankten (Existenz-Skala)



**Tabelle 4.8 empirisch gefundene Faktorenladungen und theoretische Faktorenstruktur**

Existenz-Skala	Kontrollgruppe				schizophren Erkrankte				theoretisch			
	4	2	1	3	3	1	2	4	SD	ST	F	V
Für mich hat etwas nur dann Bedeutung, wenn es meinem eigenen Wunsch entspricht.			-0,31	0,54	0,69				1			
Ich beschäftige mich am liebsten mit mir selbst - mit meinen Sorgen, Wünschen, Träumen und Ängsten.			00	0,79	0,79				1			
Wenn Probleme auftauchen, verliere ich leicht den Kopf.	0,32	0,78			0,74			0,36	1			
Die Erfüllung der eigenen Wünsche hat Vorrang.			-0,71		0,31	-0,47	0,34		1			
Eine Situation ist dann für mich interessant, wenn sie meinen Wünschen entgegenkommt.	0,64				0,74				1			
Ich sehe selten, daß ich in einer Situation mehrere Handlungsmöglichkeiten habe.	0,51	0,66						0,81	1			
Ich finde meine Umwelt eintönig.		0,69	0,52	0,37			0,64		1			
Die Frage, ob ich etwas tun will, stellt sich selten, weil ich meistens etwas tun muß.				0,67			-0,37	0,59	1			
Ich fühle mich von meinen Aufgaben persönlich angesprochen.				0,47	-0,48					-1		
In meinem Leben gibt es nichts Gutes.		0,55	0,78		0,30	0,68		-0,38		1		
Es gibt eigentlich nichts in meinem Leben, wofür ich mich richtig einsetzen möchte.		0,74		0,46			0,78			1		
Bei vielem verstehe ich nicht, warum ausgerechnet ich es tun soll.	0,40	0,38	0,45	0,57	0,38	0,46	0,39			1		
Ich glaube, daß mein Leben, so wie ich es führe, für nichts gut ist.			0,92				0,68			1		
Es fällt mir schwer, die Dinge in ihrer Bedeutung zu erfassen.		0,85				0,89				1		
Ich bin immer wieder interessiert, was der Tag bringt.		0,51	-0,38	-0,47			-0,64			-1		
Ich fühle mich vom Leben benachteiligt, weil es mir die Erfüllung meiner Wünsche vorenthalten hat.		0,48	0,62	0,51	-0,56	0,32	0,37			1		
Mich in andere Menschen einzufühlen fällt mir schwer.		0,86		0,38			0,79			1		
Es wäre besser, wenn es mich nicht geben würde.			0,92		0,45	0,54				1		
Im Grunde sind mir viele Dinge, mit denen ich zu tun habe, fremd.		0,59	0,46	0,31		0,35	0,66	0,40		1		
Ich bilde mir gerne eine eigene Meinung.			-0,57				-0,73			-1		
Wenn ich krank bin, weiß ich mit dieser Zeit nichts anzufangen.	0,31		-0,36	0,46	0,36	0,64	0,33			1		
In meinem Leben ist nichts wirklich schön, denn alles hat sein Für und Wider.		0,59	0,64		0,39	0,66	0,33			1		

Tabelle 4.8, Fortsetzung

Existenz-Skala	Kontrollgruppe				schizophren Erkrankte				theoretisch			
	4	2	1	3	3	1	2	4	SD	ST	F	V
Unangenehme Entscheidungen versuche ich ohne lange Überlegungen aufzuschieben.	0,57	0,45		0,31	0,50		0,35	0,59			1	
Ich lasse mich leicht ablenken, selbst bei Arbeiten, die ich gerne tue.			0,47	0,43			0,49				1	
Ich kann gut mit mir umgehen.	-0,32		-0,84				-0,72				-1	
Es ist mir nie spontan klar, was ich in einer Situation tun kann.	0,34	0,32	0,78		0,43	0,69	0,46				1	
Ich mache vieles nur deshalb, weil ich es tun muß, und nicht, weil ich es tun will.	0,79				0,50	0,70	0,32				1	
Wenn ich mich entscheiden muß, ist auf mein Gefühl kein Verlaß.	-0,63	0,31						0,78			1	
Selbst wenn mir ein Unternehmen am Herzen liegt, hält mich die Unsicherheit seines Ausganges von der		0,55			0,31		0,62	0,39			1	
Ich fühle mich innerlich frei.			-0,61				-0,60				-1	
Zu sehen, daß ich keine Wahl habe, ist eine Erleichterung für mich.		0,81		0,45	0,67						1	
Ich weiß gewöhnlich nicht, was in einer Situation wichtig ist.	0,57	0,44	0,61		0,36	0,33	0,55	0,46			1	
Meine innere Unfreiheit und Abhängigkeit machen mir zu schaffen.		0,79	0,38	0,35		0,85					1	
Ich breche wichtige Tätigkeiten oft ab, weil mir die Anstrengung zu unangenehm ist.		0,52		0,55	0,53	0,44						1
Ich bin meistens zerstreut.		0,48	0,66	0,40		0,41	0,60	0,45				1
Auch wenn ich viel getan habe, bin ich unbefriedigt, weil es Wichtigeres gegeben hätte.			0,62	0,54	0,38		0,50	0,33				1
Ich richte mich immer nach den Erwartungen anderer.			0,85					0,82				1
Ich nehme mir zu wenig Zeit für das, was wichtig ist.	0,59			0,67	0,75							1
Ich tue meistens Dinge, die genauso gut später gemacht werden könnten.				0,75				0,59				1
Meistens merke ich erst beim Handeln, welche Konsequenz die Entscheidung hat.	0,56	0,38	0,41		0,50	-0,33	0,34	0,57				1
Ich weiß nie genau, wofür ich zuständig bin.		0,57	0,75			0,84		0,35				1
Es gibt Situationen, in denen ich mich völlig hilflos fühle.	-0,30	0,65				0,80		0,31				1
Ich tue viele Dinge, ohne mich dabei wirklich auszukeimen.		0,43	0,54					0,51				1
Ich fühle mich so zerrissen, weil ich so viele Dinge gleichzeitig mache.	0,31		0,36	0,78			0,46					1
Auch bei Wichtigem fehlt mir die Kraft zum Durchhalten.	0,58	0,54		0,44	0,32	0,70		0,30				1
Ich tue vieles, was ich eigentlich gar nicht tun will.	0,72					0,44	0,36	0,70				1

Rotationsmethode: Equamax mit Kaiser-Normalisierung; grau hinterlegt: Faktorzuordnungen

Sowohl in der Kontrollgruppe als auch in der Patientengruppe besteht eine deutliche Diskrepanz zwischen empirischer und theoretischer Faktorstruktur. Als Maß für die Übereinstimmung zwischen der empirisch gefundenen und der theoretisch postulierten Zuordnung der Variablen zu den vier Faktoren wurde Cramérs V berechnet (vgl. Tabelle 4.9). Weder in der Kontrollgruppe noch in der Gruppe der schizophrenen Erkrankten erreicht dieses Zusammenhangsmaß statistische Signifikanz.

**Tabelle 4.9 Übereinstimmung zwischen empirischer und theoretischer Faktorenstruktur (Existenz-Skala)**

Anzahl der Variablen, die in der empirisch gefundenen und in der theoretisch postulierten Faktorenstruktur gleich / unterschiedlich zugeordnet werden	Kontrollgruppe	schizophrene Erkrankung
	15 / 31	20 / 26
Cramérs V exakte Irrtumswahrscheinlichkeit	0,273 p = 0,343	0,321 p = 0,115

Die theoretische Konstruktion der Existenz-Skala sieht vor, dass durch Addition der beiden Subskalen SD und ST die Dimension P (Personalität) gebildet werden kann und durch Addition von F und V die Dimension E (Existentialität). Diese Reduktion auf zwei Faktoren ändert bei den vorliegenden Daten wenig am oben dargestellten Ergebnis. In der Kontrollgruppe würden dadurch 23 Variablen übereinstimmend mit der theoretischen Faktorenstruktur zugeordnet, bei einem Wert von 0,008 für Cramérs V ( $p > 0,99$ ). In der Patientengruppe würde die Anzahl der Übereinstimmungen 24 betragen (Cramérs V = 0,216;  $p = 0,237$ ).

Zusammenfassend lässt sich somit sagen, dass sich die theoretisch vorgegebene Faktorenstruktur in den beiden Stichproben der vorliegenden Untersuchung nicht abgebildet hat und dass die Reliabilität der Subskalen nur mäßig hoch war. Auch die Zusammenfassung von Subskalen zu den beiden Dimensionen Personalität und Existenzialität fand keine Entsprechung in den Daten. Die Ergebnisse der Faktorenanalysen legen vielmehr den Schluss nahe, dass die Items des Fragebogens in den vorliegenden Stichproben im Wesentlichen eine einzige Merkmalsdimension gemessen haben. Dies drückt sich auch in einer hohen inneren Konsistenz bzw. einer hohen Reliabilität des Gesamtwerts aus.

#### 4.2.1.2 Fragebogen zu Lebensbedeutungen und Lebenssinn (LeBe)

Zur Einschätzung der Reliabilität in den beiden vorliegenden Stichproben wurde Cronbachs Alpha für die fünf Subskalen und den Gesamtwert berechnet. Die beiden Subskalen D1\_1 (Selbsttranszendenz-vertikal) und D1\_2 (Selbsttranszendenz-horizontal) bilden zusammen die Subskala D1 (Selbsttranszendenz), deshalb wurde auch für D1 die Reliabilität ermittelt (Tabelle 4.10).

**Tabelle 4.10 Innere Konsistenz der Subskalen und des Gesamtwerts (LeBe)**

	Cronbachs Alpha	
	Kontrollgruppe	schizophrene Erkrankung
LeBe D1 Selbsttranszendenz	0,719	0,766
LeBe D1_1 Selbsttranszendenz-vertikal	0,801	0,246
LeBe D1_2 Selbsttranszendenz-horizontal	0,647	0,709
LeBe D2 Selbstverwirklichung	0,858	0,915
LeBe D3 Ordnung	0,694	0,476
LeBe D4 Wir- und Wohlfühl	0,862	0,836
LeBe Gesamtscore	0,897	0,876

Für die Kontrollgruppe und für die Gruppe der schizophrenen Erkrankten wurde jeweils eine Faktorenanalyse durchgeführt. Es wurden dabei aufgrund der theoretisch zu erwartenden Faktorenstruktur jeweils fünf Faktoren extrahiert. Diese fünf Faktoren decken in beiden Gruppen jeweils ungefähr vier Fünftel der Gesamtvarianz ab (Tabelle 4.11).

**Tabelle 4.11 Varianzaufklärung durch die Faktorenanalyse (LeBe)**

<b>Kontrollgruppe</b>			
Faktor	Anfängliche Eigenwerte	Varianzaufklärung der unrotierten Faktoren in Prozent	
		einzel	kumuliert
1	8,13	31,25	31,25
2	5,86	22,54	53,79
3	2,62	10,06	63,85
4	2,44	9,39	73,24
5	1,95	7,51	80,75
<b>Personen mit schizophrener Erkrankung</b>			
Faktor	Anfängliche Eigenwerte	Varianzaufklärung der unrotierten Faktoren in Prozent	
		einzel	kumuliert
1	8,36	32,16	32,16
2	5,43	20,86	53,02
3	3,19	12,25	65,27
4	2,06	7,93	73,20
5	1,56	6,01	79,21

Im Screeplot für die Kontrollgruppe (Abbildung 4.5) lässt sich die 5-faktorielle Struktur durch einen Knick belegen, im Screeplot für die Patientengruppe findet sich dieser Knick nicht (Abbildung 4.6). Bei Anwendung des Eigenwertekriteriums hätte sich in beiden Stichproben eine 6-faktorielle Lösung ergeben, allerdings liegen die Eigenwerte der jeweils sechsten Faktoren nur sehr knapp über 1 (Kontrollgruppe: 1,067; Patientengruppe: 1,128). Die extrahierten Faktoren wurden, entsprechend der Testkonstruktion (Schnell & Becker, 2007), schiefwinklig nach der Oblimin-Methode ( $\delta = 0$ ) rotiert. In Tabelle 4.12 sind die empirisch gefundenen und rotierten Faktorenlösungen gemeinsam mit der theoretischen Faktorstruktur dargestellt. Die empirisch gefundenen Faktoren wurden so gereiht, dass die Ähnlichkeit mit der theoretisch zu erwartenden Faktorstruktur ein Maximum erreicht (gemessen an der Gesamtanzahl übereinstimmender Zuordnung der einzelnen Variablen zu Faktoren). Zuordnungen von Variablen zu Faktoren sind in Tabelle 4.12 dadurch markiert, dass die entsprechende Faktorladung grau hinterlegt ist.

Abbildung 4.5 Screeplot für die Kontrollgruppe (LeBe)

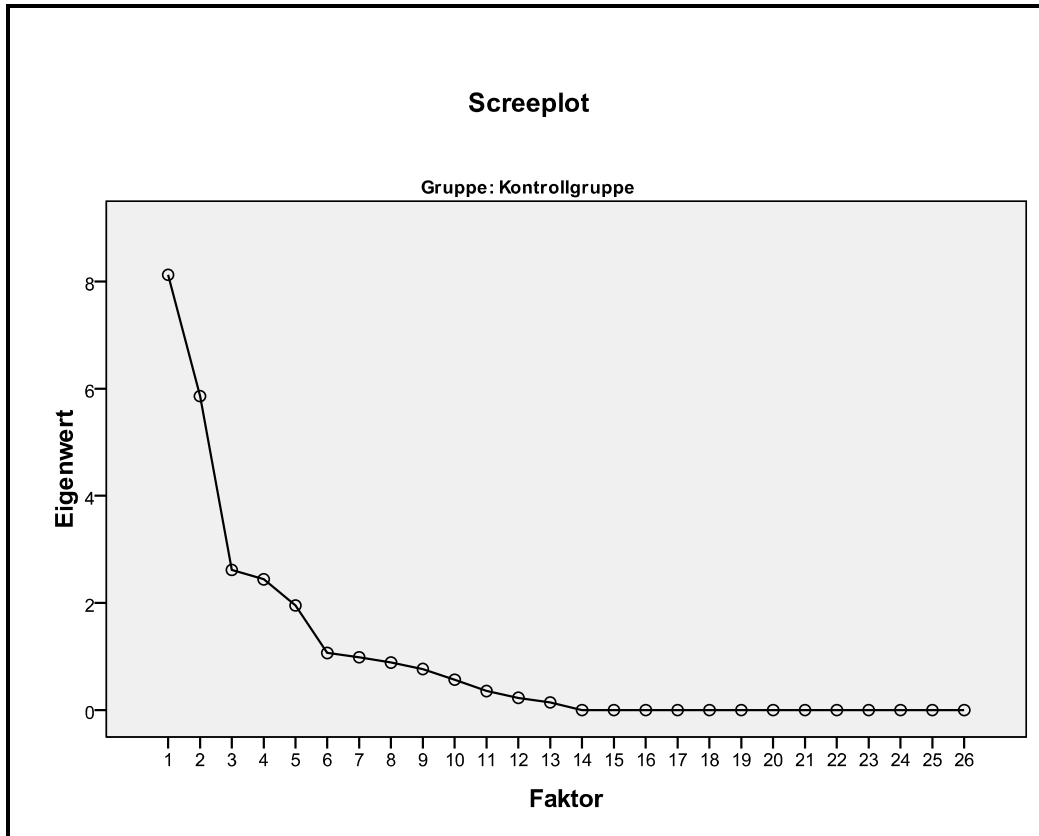
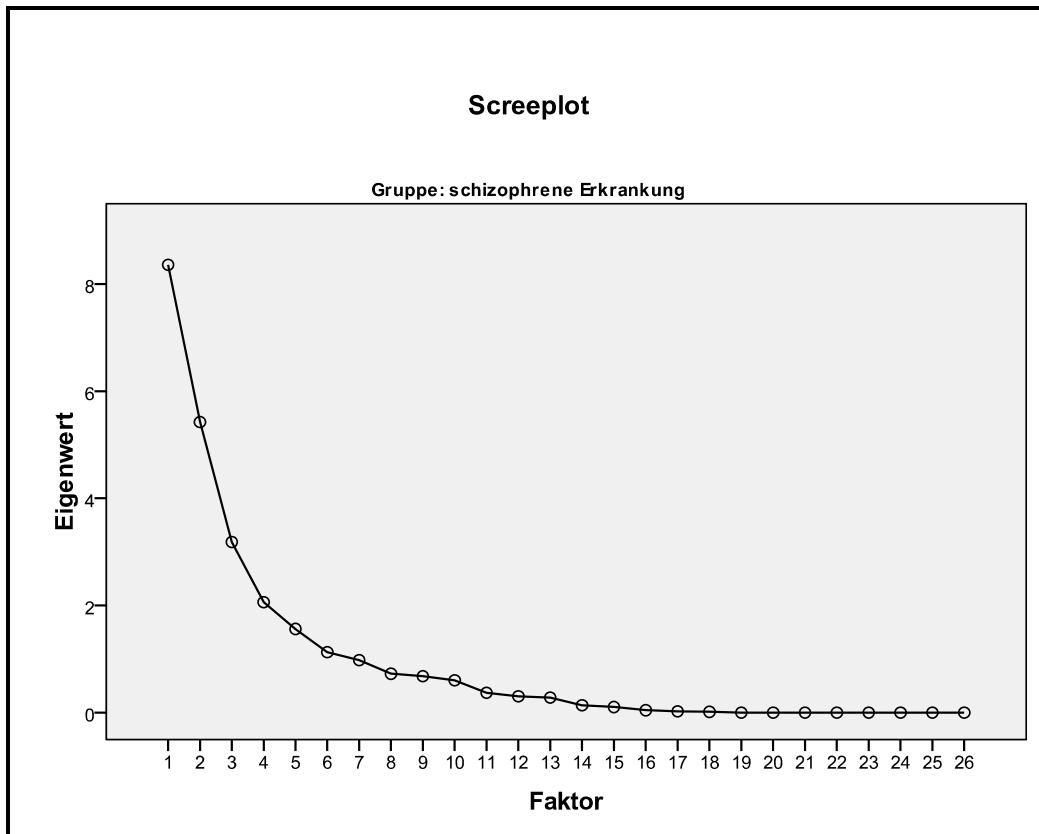


Abbildung 4.6 Screeplot für die Gruppe der schizophrenen Erkrankten (LeBe)



**Tabelle 4.12 empirisch gefundene Faktorenladungen und theoretische Faktorenstruktur**

LeBe	Kontrollgruppe					schizophren Erkrankte					theoretisch				
	3	2	4	5	1	4	1	2	3	5	D11	D12	D2	D3	D4
Explizite Religiosität	0,84					0,86				-0,36	1				
Spiritualität	0,95							-0,82			1				
Soziales Engagement		0,86				0,82			0,52			1			
Naturverbundenheit	0,78						0,69		-0,37	-0,31		1			
Selbsterkenntnis		0,98					0,53	-0,57				1			
Gesundheit			0,77				0,87					1			
Generativität	0,83	0,50				0,69		-0,34				1			
Herausforderung	0,37	0,33	0,36	-0,36	0,32			-0,77	-0,43				1		
Individualismus		0,88						-0,75		0,47			1		
Macht		0,43			0,63		-0,33	-0,77					1		
Entwicklung		0,61			0,49		0,35	-0,79					1		
Leistung		0,44	0,52		0,39				-0,79				1		
Freiheit					0,50					0,53			1		
Wissen		0,82						-0,86					1		
Kreativität			0,92					-0,87					1		
Tradition		-0,46		0,61				0,69	-0,49	0,34				1	
Bodenständigkeit	0,44				0,65		0,34		-0,78					1	
Moral		-0,35		0,71			0,67	0,48						1	
Vernunft	-0,35	0,35		0,81				0,39	-0,33	0,50				1	
Gemeinschaft	-0,38				0,76		0,78								1
Spaß					0,90		0,59	-0,33							1
Liebe	0,36			0,54	0,41	0,86									1
Wellness			-0,32		0,75		0,40			0,81					1
Fürsorge			0,66		0,47				-0,80						1
Bewusstes Erleben	0,63				0,32		0,37	-0,52							1
Harmonie				0,51	0,54		0,73								1

Rotationsmethode: Oblimin mit Kaiser-Normalisierung; grau hinterlegt: Faktorzuordnungen

Als Maßzahl für den Grad der Übereinstimmung zwischen der empirisch gefundenen und der aus der Testkonstruktion vorgegebenen Zuordnung der Variablen zu Faktoren wurde Cramérs V berechnet. Dabei zeigte sich ein statistisch hoch signifikanter Zusammenhang in der Kontrollgruppe, nicht jedoch in der Gruppe der schizophren erkrankten Personen (Tabelle 4.13).

**Tabelle 4.13 Übereinstimmung zwischen empirischer und theoretischer Faktorenstruktur (LeBe)**

Anzahl der Variablen, die in der empirisch gefundenen und in der theoretisch postulierten Faktorenstruktur gleich / unterschiedlich zugeordnet werden	Kontrollgruppe	schizophrene Erkrankung
	14 / 12	11 / 15
Cramérs V exakte Irrtumswahrscheinlichkeit	<b>0,570</b> <b>p = 0,003</b>	0,405 p = 0,418

Durch das Zusammenfassen der Subskalen D1\_1 (Selbsttranszendenz-vertikal) und D1\_2 (Selbsttranszendenz-horizontal) zur Skala D1 (Selbsttranszendenz) änderte sich das Ergebnis nicht wesentlich: Cramérs V erreichte dadurch in der Kontrollgruppe 0,564 ( $p = 0,002$ ) und in der Patientengruppe 0,409 ( $p = 0,158$ ) bei 16 bzw. 13 theoriekonformen Zuordnungen von Variablen zu Faktoren.

Die Ergebnisse zum Fragebogen zu Lebensbedeutungen und Lebenssinn lassen sich daher so zusammenfassen, dass die empirisch ermittelte Faktorenstruktur in der Kontrollgruppe Ähnlichkeit mit der theoretisch vorgegebenen Faktorenstruktur aufweist. Für die Patientengruppe gilt dies jedoch nicht. In beiden Stichproben der vorliegenden Untersuchung war die Reliabilität der Subskalen zum Teil mäßig hoch, zum Teil jedoch sehr niedrig. Die Reliabilität des Gesamtwerts erwies sich als mittelmäßig bis hoch.

#### 4.2.1.3 WHOQOL-100

Der Fragebogen zur Lebensqualität WHOQOL-100 setzt sich aus sechs Subskalen (von den Autoren „Domänen“ genannt) zusammen. Die Domäne 6 ist jene Subskala, die sich auf

religiöse bzw. weltanschauliche Überzeugungen bezieht. Für diese Domäne wurde die Reliabilität berechnet (Tabelle 4.14).

**Tabelle 4.14 Innere Konsistenz (WHOQOL-100)**

	Cronbachs Alpha	
	Kontrollgruppe	schizophrene Erkrankung
WHOQOL-100 Domäne 6: Religion	0,944	0,922

Die Werte für Cronbachs Alpha können als hoch bezeichnet werden und übertreffen sowohl in der Kontrollgruppe als auch in der Patientengruppe die entsprechenden Werte der Eichstichprobe der Testkonstruktion in der Höhe von 0,89 bzw. 0,91 (Angermeyer et al., 2000).

#### **4.2.1.4 Münchner Motivationspsychologisches Religiositäts-Inventar (MMRI)**

Als Ausgangspunkt für die testtheoretische Bewertung dienten die vier Faktoren des MMRI, die von Zwingmann et al. (2004) empirisch gefunden wurden. In Tabelle 4.15 sind die Werte für Cronbachs Alpha aufgelistet.

**Tabelle 4.15 Innere Konsistenz der vier Faktoren und des Gesamtwerts (MMRI)**

	Cronbachs Alpha	
	Kontrollgruppe	schizophrene Erkrankung
MMRI F1 Beziehung zu Gott als Quelle von Kraft und Selbstvertrauen	0,983	0,927
MMRI F2 Gerechtigkeitsorientierte Kontrolle	0,431	0,684
MMRI F3 Kooperative Kontrolle	0,315	0,464
MMRI F4 Prosoziale und religiös-intellektuelle Verantwortung	0,877	0,821
MMRI Gesamtscore	0,959	0,927

Im Anschluss daran wurde je eine Faktorenanalyse für die Kontrollgruppe und für die Patientengruppe durchgeführt, wobei jeweils vier Faktoren extrahiert wurden. Das Screeplot für die Kontrollgruppe (Abbildung 4.7) bestätigt in Form eines Knicks die a priori vorgegebene 4-faktorielle Struktur, im Screeplot für die Patientengruppe (Abbildung 4.8) findet sich jedoch keine Entsprechung dazu. Die Anwendung des Eigenwertkriteriums hätte in der Kontrollgruppe zu einer Lösung mit fünf Faktoren geführt, in der Patientengruppe zu einer Lösung mit sieben Faktoren. In der Kontrollgruppe dominiert ein Faktor, der mehr als die Hälfte der Varianz auf sich vereint, während in der Gruppe der schizophren Erkrankten der erste Faktor weniger bedeutsam ist (Tabelle 4.16). Die empirisch gefundenen Faktoren wurden mit der Varimax-Methode rotiert. Faktorladungen und Variablenzuordnungen (markiert durch graue Hinterlegung) sind in Tabelle 4.17 gemeinsam mit der a-priori-Struktur dargestellt. wurden wobei die Reihenfolge der empirisch gefundenen Faktoren im Sinne möglichst großer Kongruenz mit den theoretisch vorgegebenen Faktoren gewählt wurde.

**Tabelle 4.16 Varianzaufklärung durch die Faktorenanalyse (MMRI)**

<b>Kontrollgruppe</b>					
Faktor	Anfängliche Eigenwerte	Varianzaufklärung der unrotierten Faktoren in Prozent		Varianzaufklärung der rotierten Faktoren in Prozent	
		einzel	kumuliert	einzel	kumuliert
1	16,20	57,86	57,86	42,05	42,05
2	2,95	10,53	68,39	23,59	65,63
3	2,33	8,33	76,71	9,48	75,11
4	2,07	7,39	84,11	9,00	84,11
<b>Personen mit schizophrener Erkrankung</b>					
Faktor	Anfängliche Eigenwerte	Varianzaufklärung der unrotierten Faktoren in Prozent		Varianzaufklärung der rotierten Faktoren in Prozent	
		einzel	kumuliert	einzel	kumuliert
1	10,17	36,33	36,33	23,84	23,84
2	4,17	14,87	51,21	18,93	42,78
3	3,45	12,31	63,52	17,93	60,71
4	2,46	8,80	72,31	11,60	72,31

Abbildung 4.7 Screeplot für die Kontrollgruppe (MMRI)

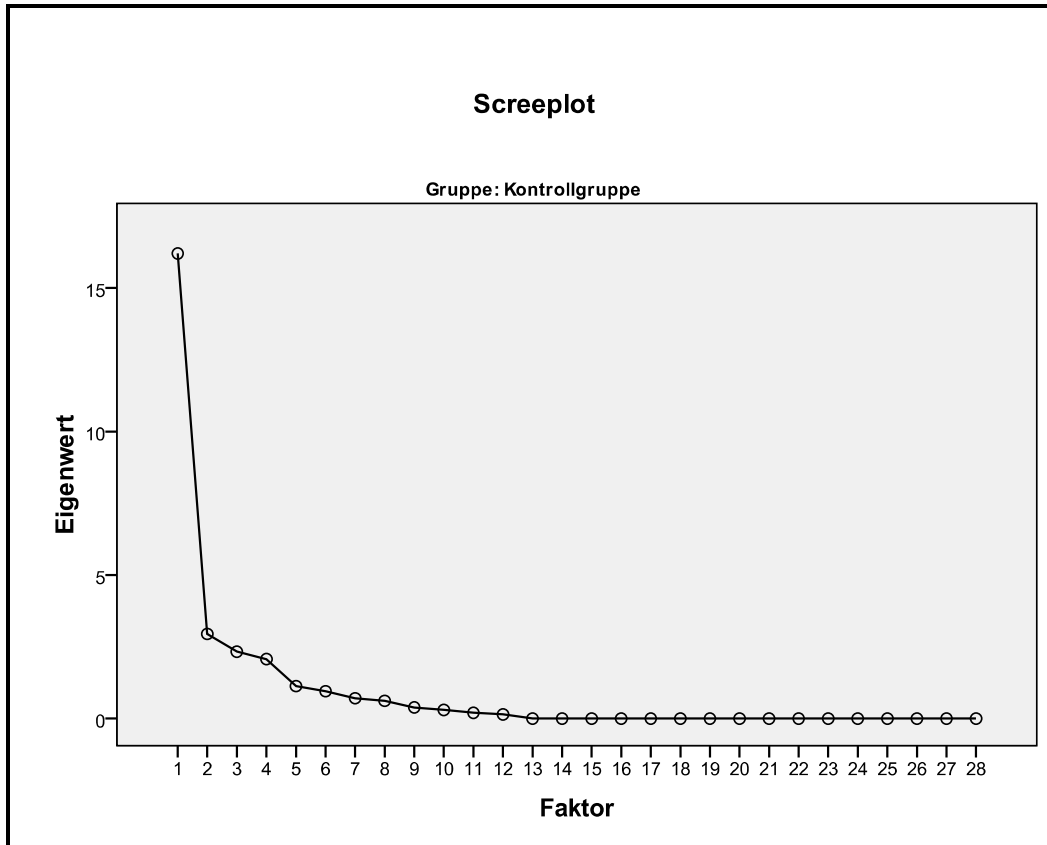
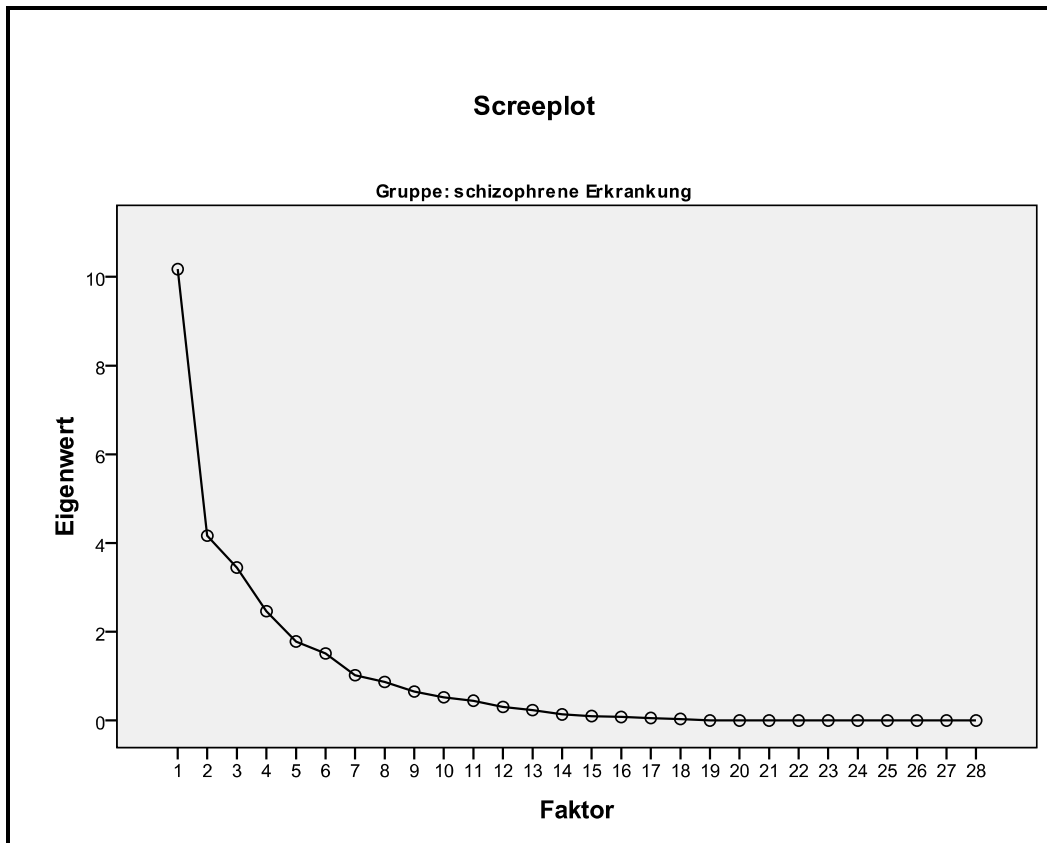


Abbildung 4.8 Screeplot für die Gruppe der schizophrenen Erkrankten (MMRI)



**Tabelle 4.17 empirisch gefundene Faktorenladungen und theoretische Faktorenstruktur**

MMRI	Kontrollgruppe				schizophren Erkrankte				theoretisch			
	1	4	3	2	1	2	3	4	F1	F2	F3	F4
Wenn ich mich in einem wichtigen Anliegen an Gott bzw. eine höhere Wirklichkeit wende, finde ich dadurch die innere Kraft, meine Probleme selbst zu lösen.	0,88				0,85				1			
Wenn ich mich einmal klein und wertlos fühle ermutigt mich mein religiöser Glaube, wieder an meine guten Eigenschaften und Fähigkeiten zu denken.	0,79			0,55	0,37	0,45			1			
In schwierigen Situationen bekomme ich von Gott bzw. einer höheren Wirklichkeit Mut und Kraft.	0,88			0,30	0,83		0,44		1			
Ich empfinde alles in meinem Leben als Geschenk Gottes bzw. einer höheren Wirklichkeit.	0,81		0,36	0,33	0,58		-0,38		1			
Es ist für mich immer eine Freude, an die Größe Gottes bzw. einer höheren Wirklichkeit zu denken.	0,59			0,71	0,74	0,36	0,41		1			
Meine Probleme muß ich selbst lösen, aber der Kontakt mit Gott bzw. einer höheren Wirklichkeit hilft mir dabei.	0,71		0,42	0,43		0,70	-0,34		1			
Es ist mir unerklärlich, auf welche Weise Gott bzw. eine höhere Wirklichkeit mir hilft, aber ich kann mich darauf verlassen.	0,95				0,83				1			
Auch wenn Gott bzw. eine höhere Wirklichkeit meine Lebenssituation nicht verbessert, finde ich doch Trost und Halt durch meinen Glauben.	0,65		0,36	0,52	0,44		0,68		1			
Bei schwierigen Lebensproblemen vertraue ich auf das Eingreifen Gottes bzw. einer höheren Wirklichkeit.	0,90				0,58	0,54			1			
Ich glaube nicht nur, sondern empfinde Gott bzw. einer höheren Wirklichkeit gegenüber auch Verehrung.	0,98				0,76		0,45		1			
Auch wenn ich einen Fehler gemacht habe, vertraue ich darauf, dass ich von Gott bzw. einer höheren Wirklichkeit bedingungslos angenommen werde.	0,76			0,51	0,93				1			
Es macht mich froh, Gott bzw. einer höheren Wirklichkeit zu danken.	0,66		0,38	0,56	0,46	0,50	0,58		1			
Mein religiöser Glaube gibt mir Selbstvertrauen.	0,67			0,58		0,38	0,68		1			
Wenn ich mich an Gott bzw. eine höhere Wirklichkeit wende, empfinde ich Dank oder Verehrung.	0,91			0,31	0,36	0,47	0,59		1			

Tabelle 4.17, Fortsetzung

MMRI	Kontrollgruppe				schizophren Erkrankte				theoretisch			
	1	4	3	2	1	2	3	4	F1	F2	F3	F4
Ich frage mich, warum mir manchmal schlimme Dinge zustoßen, obwohl ich mich um das Gute bemühe.		0,77		0,40		0,50	-0,58			1		
Wenn ich es im Leben zu etwas bringe, ist das die verdiente Anerkennung dafür, daß ich mich nach Gott bzw. einer höheren Wirklichkeit gerichtet habe.	0,88				0,53	0,37				1		
Wenn ich in schwierigen Situationen Gott bzw. eine höhere Wirklichkeit um Hilfe bitte und sie nicht erhalte, bin ich enttäuscht.		0,62				0,77				1		
Wäre ich plötzlich schwer krank oder behindert, so würde ich Gott bzw. eine höhere Wirklichkeit fragen "Warum gerade ich?".		0,71				0,85				1		
Hilf dir selbst, dann hilft dir Gott - dieses Sprichwort hat einen wahren Kern.		-0,71				0,52					1	
Ich muss selbst handeln, damit mich Gott bzw. eine höhere Wirklichkeit unterstützen kann.		-0,32	0,59	0,31		0,83					1	
Ich denke gern über religiöse Fragen nach, die mir wichtig sind.				0,75				0,78				1
Mein religiöser Glaube ermutigt mich, Notleidende zu unterstützen.	0,80			0,40			0,81					1
Mein religiöser Glaube ist für mich ein wichtiger Grund die Rechte anderer Menschen zu respektieren.	0,46			0,81	0,59			0,69				1
Hilfsbereit zu sein, gehört ganz wesentlich zu meinem Glauben.	0,55		-0,53	0,48			0,80					1
Ich fühle mich von meinem religiösen Glauben her dazu verpflichtet, Gutes zu tun und Böses zu unterlassen.				0,94				0,70				1
Aus meinem religiösen Glauben ergeben sich für mich moralische Verpflichtungen.	0,59		0,48	0,55			0,84	0,31				1
Es ist mir wichtig, meinen religiösen Glauben auch vernünftig zu begründen.			-0,82		-0,33	0,46	0,60	0,33				1
Mein religiöser Glaube bestärkt mich darin, anderen gegenüber hilfsbereit zu sein.	0,45			0,87		0,48	0,67					1

Rotationsmethode: Varimax mit Kaiser-Normalisierung; grau hinterlegt: Faktorzuordnungen

Sowohl in der Kontrollgruppe als auch in der Gruppe der schizophren Erkrankten besteht ein statistisch hoch signifikanter Zusammenhang zwischen der empirisch gefundenen und der theoretisch vorgegebenen Faktorenstruktur (Tabelle 4.18). Cramérs V erreicht in der Kontrollgruppe einen Wert von 0,634 bei 21 Übereinstimmungen in der Zuordnung von Variablen zu Faktoren. In der Patientengruppe beträgt Cramérs V 0,526, und 13 Variablen werden theoriekonform zu Faktoren zugeordnet.

**Tabelle 4.18 Übereinstimmung zwischen empirischer und theoretischer Faktorenstruktur (MMRI)**

	Kontrollgruppe	schizophrene Erkrankung
Anzahl der Variablen, die in der empirisch gefundenen und in der theoretisch postulierten Faktorenstruktur gleich / unterschiedlich zugeordnet werden	21 / 7	13 / 15
Cramérs V exakte Irrtumswahrscheinlichkeit	<b>0,634</b> <b>p = 0,001</b>	<b>0,526</b> <b>p = 0,003</b>

Somit ergibt sich zusammenfassend das Bild, dass sich die theoretisch zugrunde gelegte Faktorenstruktur in beiden Stichproben der vorliegenden Studie wiederfindet. Allerdings ist die Reliabilität der Subskalen, die anhand der theoretischen Faktorenstruktur gebildet wurden, teilweise sehr niedrig. Die Reliabilität des Gesamtwerts ist hingegen in beiden Stichproben hoch.

#### 4.2.1.5 Transpersonales Vertrauen (TPV)

Die Werte für Cronbachs Alpha als Ausdruck der Reliabilität der Skala Transpersonales Vertrauen sind in Tabelle 4.19 angegeben, getrennt für die Kontrollgruppe und die Patientengruppe.

**Tabelle 4.19 Innere Konsistenz (Transpersonales Vertrauen)**

	Cronbachs Alpha	
	Kontrollgruppe	schizophrene Erkrankung
Transpersonales Vertrauen (TPV)	0,966	0,819

Die Reliabilität der Skala ist in der Kontrollgruppe somit als hoch und in der Patientengruppe als mittel zu beurteilen.

#### 4.2.1.6 Fragebogen zur religiösen Orientierung

Der Fragebogen besteht aus drei Skalen (Quest, intrinsische Religiosität und extrinsische Religiosität). Tabelle 4.20 zeigt die Reliabilität der drei Skalen in den Stichproben der vorliegenden Untersuchung. Als Maßzahl der Reliabilität wurde Cronbachs Alpha verwendet.

**Tabelle 4.20 Innere Konsistenz der drei Subskalen (Fragebogen zur religiösen Orientierung)**

	Cronbachs Alpha	
	Kontrollgruppe	schizophrene Erkrankung
Quest	0,722	0,822
Intrinsische Religiosität	0,696	0,562
Extrinsische Religiosität	0,734	0,777

Es wurde, getrennt für die Kontrollgruppe und für die Gruppe der schizophren Erkrankten, je eine Faktorenanalyse durchgeführt, wobei theoriegeleitet drei Faktoren extrahiert wurden. In keiner der beiden Stichproben stützen Screeplots (Abbildung 4.9 und Abbildung 4.10) oder das Eigenwertkriterium diese 3-faktorielle Struktur. Sowohl in der Kontrollgruppe als auch

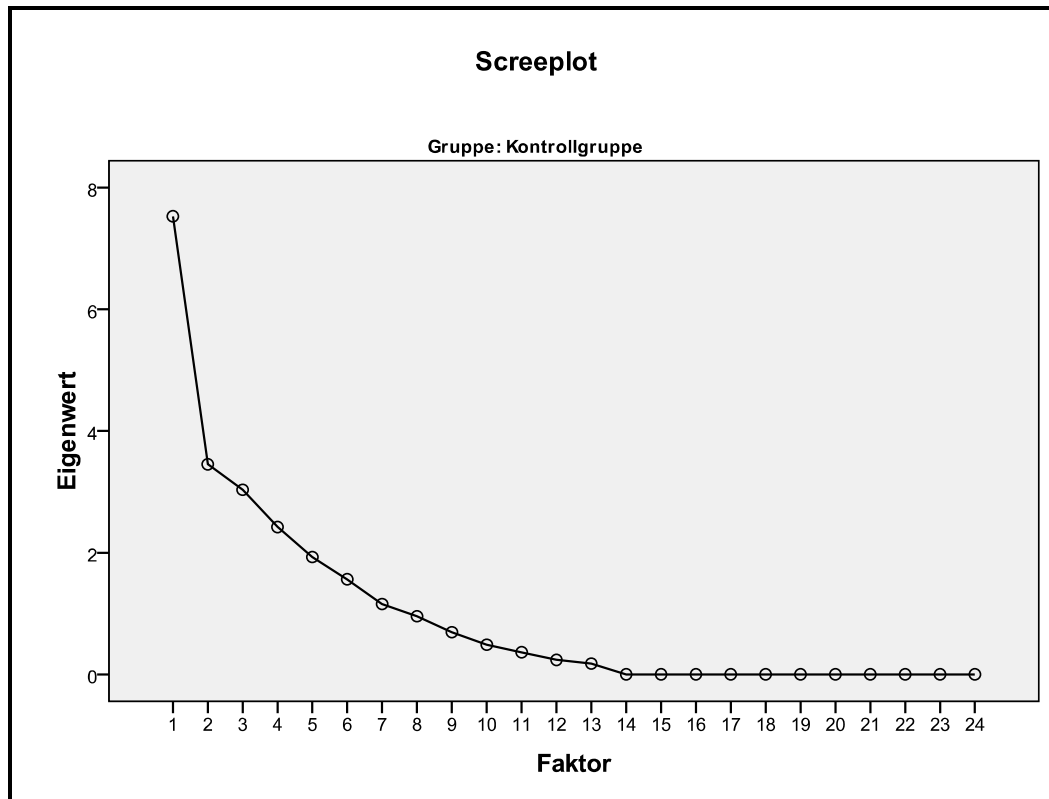
in der Patientengruppe hätten sieben Faktoren einen Eigenwert größer als 1 erreicht. Die drei extrahierten Faktoren sind in beiden Stichproben nur für etwas mehr als die Hälfte der Varianz verantwortlich (Tabelle 4.21).

**Tabelle 4.21 Varianzaufklärung durch die Faktorenanalyse (Fragebogen zur religiösen Orientierung)**

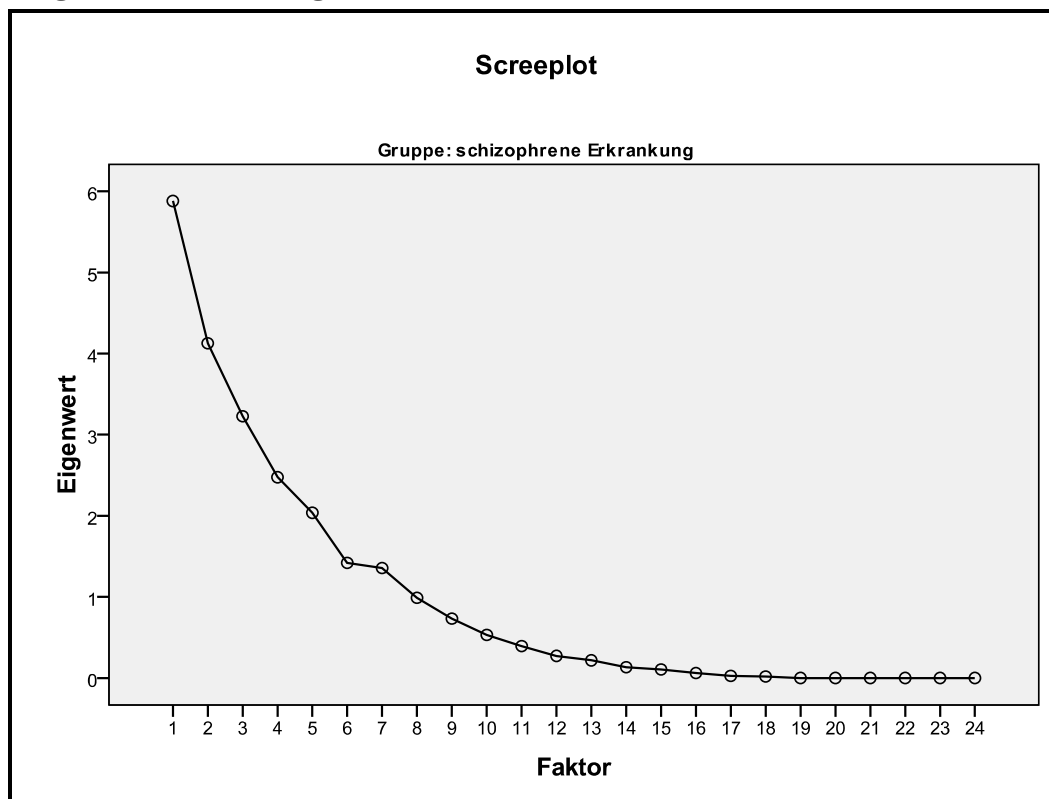
<b>Kontrollgruppe</b>					
Faktor	Anfängliche Eigenwerte	Varianzaufklärung der unrotierten Faktoren in Prozent		Varianzaufklärung der rotierten Faktoren in Prozent	
		einzel	kumuliert	einzel	kumuliert
1	7,53	31,38	31,38	29,00	29,00
2	3,45	14,39	45,76	14,71	43,71
3	3,03	12,64	58,40	14,69	58,40
<b>Personen mit schizophrener Erkrankung</b>					
Faktor	Anfängliche Eigenwerte	Varianzaufklärung der unrotierten Faktoren in Prozent		Varianzaufklärung der rotierten Faktoren in Prozent	
		einzel	kumuliert	einzel	kumuliert
1	5,88	24,50	24,50	20,22	20,22
2	4,13	17,20	41,70	19,20	39,42
3	3,23	13,45	55,14	15,72	55,14

Tabelle 4.22 stellt die empirisch gefundenen Faktorladungen und, durch graue Hinterlegung markiert, die Zuordnung der einzelnen Variablen zu den Faktoren dar. Neben den empirisch gefundenen Werten für die Kontrollgruppe und für die Patientengruppe sind die theoretisch postulierten Werte angegeben. Die empirisch gefundenen Werte sind das Ergebnis orthogonaler Rotation nach der Varimax-Methode. In Tabelle 4.22 wurde die Reihenfolge der Faktoren so gewählt, dass die Anzahl jener Variablen maximal ist, die theoriekonform zu Faktoren zugeordnet werden.

**Abbildung 4.9** Screeplot für die Kontrollgruppe (Fragebogen zur religiösen Orientierung)



**Abbildung 4.10** Screeplot für die Gruppe der schizophrenen Erkrankten (Fragebogen zur religiösen Orientierung)



**Tabelle 4.22 empirisch gefundene Faktorenladungen und theoretische Faktorenstruktur**

Fragebogen zur religiösen Orientierung	Kontrollgruppe			Patientengruppe			theoretisch		
	2	1	3	1	2	3	Quest	I	E
So wie ich mich entwickle und verändere, so erwarte ich auch, daß meine religiösen Ansichten sich entwickeln und verändern.		0,66		0,66	0,56		1		
Ich hinterfrage fortwährend meine religiösen Überzeugungen.		0,52		0,66			1		
Es muß nicht schlecht sein, religiöse Zweifel und Unsicherheiten zu empfinden.			-0,52	0,32			1		
Ich war nicht sehr interessiert an Religion, bis ich anfang, Fragen über den Sinn und das Ziel meines Lebens zu stellen.	0,87			0,73			1		
Für mich ist Zweifeln ein wichtiger Teil von dem, was es bedeutet, religiös zu sein.		0,41		0,61			1		
Ich bin aus dem wachsenden Bewußtsein über die Spannungen in meiner Welt und meinem Verhältnis zu meiner Welt dazu gekommen, religiöse Fragen zu stellen.	0,63	0,36	-0,35	0,82			1		
Meine Erlebnisse im Leben haben mich dazu gebracht, meine religiösen Überzeugungen zu überdenken.	0,69		0,33	0,51	0,33	0,31	1		
Es gibt viele religiöse Fragen, über die sich meine Ansichten immer noch ändern.		0,49		0,68			1		
Gott war nicht sehr wichtig für mich, bis ich anfang, Fragen über den Sinn meines eigenen Lebens zu stellen.	0,67	0,55		0,39	-0,57		1		
Fragen stehen in meinem religiösen Erleben viel mehr im Mittelpunkt als Antworten.				0,32	-0,39	0,65	1		
Ich lese gerne etwas über Religion.			-0,71		0,69			1	
Es kommt nicht so sehr darauf an, was ich glaube, solange ich ein guter Mensch bin.	0,53	-0,36		0,50				1	
Es ist für mich wichtig, Zeit in persönliche Gedanken und Gebete zu investieren.		0,77			0,54	0,56		1	
Ich hatte schon einmal das starke Gefühl der Anwesenheit Gottes.	0,61	0,64		0,65				1	
Ich bemühe mich, mein ganzes Leben nach meinen religiösen Überzeugungen zu leben.		0,80			0,82			1	
Wenn jemand religiös ist, muß das nicht sein/ihr tägliches Leben beeinflussen.	-0,48			0,58		0,45		1	
Meine ganze Lebenseinstellung basiert auf meiner Religion.	0,35	0,63			0,84			1	
Viele andere Dinge im Leben sind wichtiger als der religiöse Glaube.		-0,83	-0,38		-0,71			1	
Ich gehe in die Kirche, weil es mir hilft, Freunde zu gewinnen.			0,90	0,33	0,45	0,57			1
Ich bete vor allem, um Trost und Schutz zu erhalten.		0,83				0,73			1
Was Religion mir vor allem bietet, ist Trost und Unterstützung in Zeiten von Kummer und Sorge.		0,91				0,59			1
Beten dient dem Glück und dem Frieden.		0,93				0,81			1
Ich gehe vor allem deshalb zur Kirche, um Zeit mit meinen Freunden zu verbringen.			0,65		0,45	0,50			1
Ich gehe hauptsächlich zur Kirche, weil ich gerne die Menschen treffe, die ich dort kenne.			0,87		0,51	0,58			1

Rotationsmethode: Varimax mit Kaiser-Normalisierung; grau hinterlegt: Faktorzuordnungen

Die Anzahl der Variablen, die auf Grundlage der durchgeführten Faktorenanalysen theoriekonform zu Faktoren zugeordnet wurden, beträgt in der Gruppe der schizophren Erkrankten 18 von insgesamt 24, in der Kontrollgruppe jedoch nur 12. Als quantitatives Maß der Übereinstimmung von empirisch gewonnener und theoretisch vorgegebener Zuordnung von Variablen zu Faktoren wurde Cramérs V berechnet (Tabelle 4.23). Dieses Zusammenhangsmaß erreichte in der Kontrollgruppe nicht die Signifikanzgrenze, in der Patientengruppe hingegen fand sich ein statistisch hoch signifikanter Zusammenhang.

**Tabelle 4.23 Übereinstimmung zwischen empirischer und theoretischer Faktorenstruktur (Fragebogen zur religiösen Orientierung)**

	Kontrollgruppe	schizophrene Erkrankung
Anzahl der Variablen, die in der empirisch gefundenen und in der theoretisch postulierten Faktorenstruktur gleich / unterschiedlich zugeordnet werden	12 / 12	18 / 6
Cramérs V exakte Irrtumswahrscheinlichkeit	0,382 p = 0,140	<b>0,664</b> <b>p &lt; 0,001</b>

Zusammengefasst ergibt sich somit eine gute Übereinstimmung der theoretisch vorgegebenen Faktorenstruktur mit der empirisch ermittelten Faktorenstruktur in der Gruppe der schizophren Erkrankten. In der Kontrollgruppe zeigte sich diese Übereinstimmung jedoch nicht. Die Reliabilität der Subskalen erwies sich in den beiden Stichproben als überwiegend niedrig; nur die Subskala Quest erreichte in der Patientengruppe eine mittlere Reliabilität.

#### **4.2.1.7 Zentralitätsskala**

Die Zentralitätsskala besteht aus fünf Subskalen. Die Reliabilität dieser Subskalen wurde mittels Cronbachs Alpha berechnet (Tabelle 4.24).

**Tabelle 4.24 Innere Konsistenz der fünf Subskalen und des Gesamtwerts (Zentralitätsskala)**

	Cronbachs Alpha	
	Kontrollgruppe	schizophrene Erkrankung
Z Kognitives Interesse an religiösen Fragen	0,787	0,765
Z Religiöse Ideologie	0,932	0,774
Z Gebet	0,872	0,770
Z Religiöse Erfahrung	0,909	0,875
Z Gottesdienst	0,869	0,837
Zentralität Gesamtscore	0,926	0,906

Es wurde eine Faktorenanalyse durchgeführt, wobei der Testkonstruktion entsprechend fünf Faktoren extrahiert wurden. Die Kurvenform der Screeplots (Abbildung 4.11 und Abbildung 4.12) hätte hingegen sowohl in der Kontrollgruppe als auch in der Patientengruppe eher eine Lösung mit sechs Faktoren nahegelegt. Die Anwendung des Eigenwertkriteriums hätte in der Kontrollgruppe eine Lösung mit drei Faktoren ergeben, in der Patientengruppe eine Lösung mit vier Faktoren. Der jeweils erste Faktor in beiden Stichproben erklärt ungefähr die Hälfte der Varianz, und die Varianzaufklärung durch alle fünf Faktoren beträgt in der Kontrollgruppe etwas über 90 % und in der Patientengruppe etwas unter 90 % (Tabelle 4.26).

Die Faktoren wurden anschließend mit der Equamax-Methode rotiert, um eine verbesserte Interpretierbarkeit der extrahierten Faktoren zu erreichen. In Tabelle 4.25 sind die Faktorladungen für die beiden Stichproben sowie die theoretisch vorgegebene Faktorenstruktur dargestellt, wobei die empirisch gefundenen und rotierten Faktoren so gereiht wurden, dass die Übereinstimmung zur theoretischen Faktorenstruktur maximal wurde. Die Zuordnung der Variablen zu Faktoren ist in Tabelle 4.25 durch grau hinterlegte Faktorladungen gekennzeichnet.

Abbildung 4.11 Screeplot für die Kontrollgruppe (Zentralitätsskala)

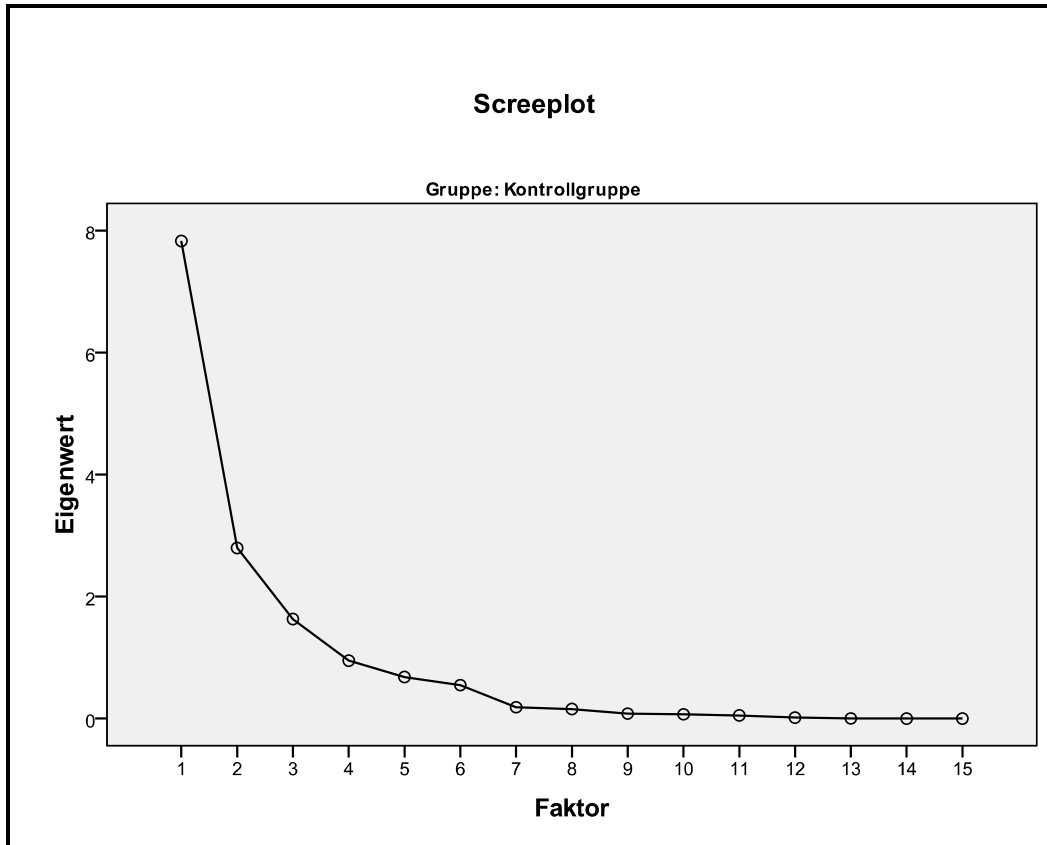
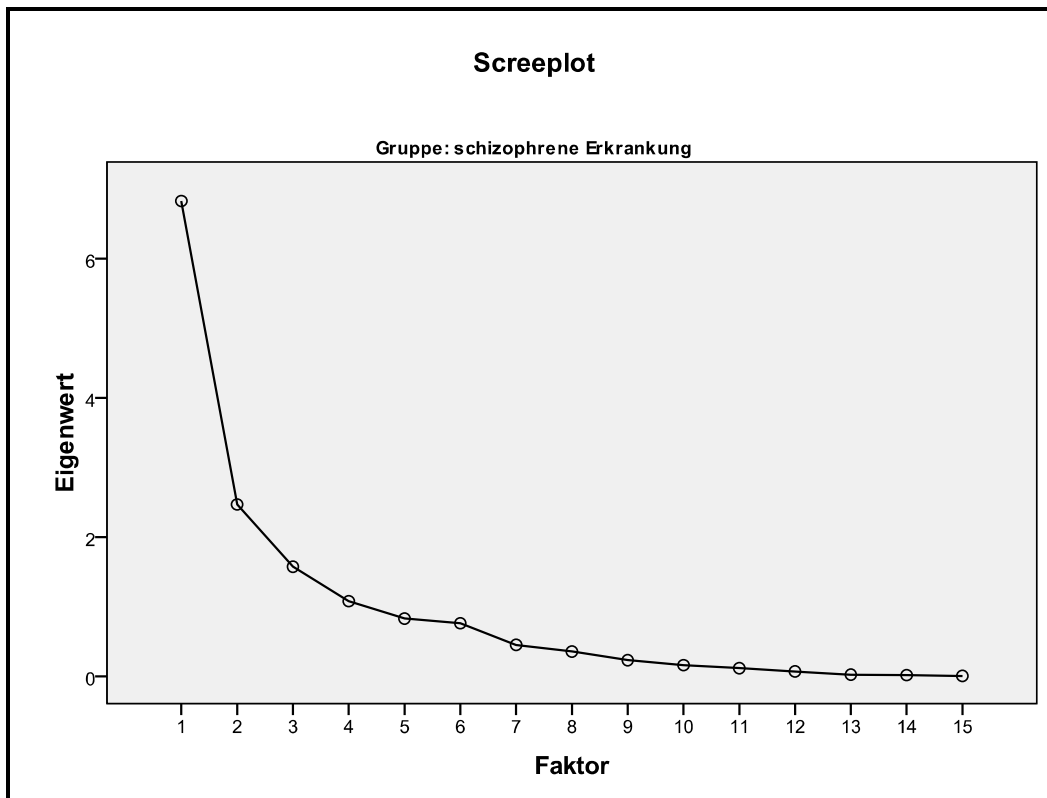


Abbildung 4.12 Screeplot für die Gruppe der schizophrenen Erkrankten (Zentralitätsskala)



**Tabelle 4.25 empirisch gefundene Faktorenladungen und theoretische Faktorenstruktur**

Zentralitätsskala	Kontrollgruppe					Patientengruppe					theoretisch				
	4	5	3	1	2	4	3	1	2	5	Z1	Z2	Z3	Z4	Z5
Wie sehr interessieren Sie sich dafür, mehr über religiöse Fragen zu erfahren?	0,97					0,63		0,37			1				
Wie oft denken Sie über religiöse Fragen nach?	0,85	0,33				0,80				0,31	1				
Wie oft informieren Sie sich durch Radio, Fernsehen, Zeitschriften oder Bücher über religiöse Fragen?	0,33	0,93								0,84	1				
Wie hoch ist Ihrer Ansicht nach die Wahrscheinlichkeit, dass Gott wirklich existiert und nicht nur eine menschliche Idee ist?		0,51	0,36	0,58	0,42	0,51	0,41		0,49			1			
Wie hoch ist Ihrer Ansicht nach die Wahrscheinlichkeit, dass es ein Leben nach dem Tod gibt?			0,63	0,63			0,84					1			
Wie hoch ist Ihrer Ansicht nach die Wahrscheinlichkeit, dass es eine höhere Macht gibt?			0,31	0,76	0,50		0,87					1			
Wie häufig beten Sie in der Regel?		0,44	0,47	0,57	0,36			0,72					1		
Wie wichtig ist für Sie das persönliche Gebet?		0,39	0,65	0,54				0,81	0,39				1		
Wie oft richten Sie mitten im Alltag ein kurzes Gebet an Gott?			0,90				0,32	0,38	0,73				1		
Wie oft erleben Sie Situationen, in denen Sie das Gefühl haben, dass Gott anwesend ist?			0,52	0,77		0,51			0,75					1	
Wie oft erleben Sie Situationen, in denen Sie das Gefühl haben, dass Gott Ihnen etwas sagen will?		0,34	0,39	0,71	-0,38				0,93						1
Wie oft erleben Sie Situationen, in denen Sie das Gefühl haben, dass Gott in Ihr Leben eingreift?		0,35	0,49	0,68			0,60	0,45	0,60						1
Wie häufig nehmen Sie in der Regel an Gottesdiensten teil – auch über Radio oder Fernsehen?					0,85					0,83					1
Wie wichtig ist Ihnen die Teilnahme an Gottesdiensten?					0,87	0,46		0,72		0,31					1
Wie wichtig ist Ihnen die Verbindung zu einer religiösen Gemeinschaft?					0,89	0,35		0,85		0,32					1

Rotationsmethode: Equamax mit Kaiser-Normalisierung; grau hinterlegt: Faktorzuordnungen

**Tabelle 4.26 Varianzaufklärung durch die Faktorenanalyse (Zentralitätsskala)**

<b>Kontrollgruppe</b>					
Faktor	Anfängliche Eigenwerte	Varianzaufklärung der unrotierten Faktoren in Prozent		Varianzaufklärung der rotierten Faktoren in Prozent	
		einzel	kumuliert	einzel	kumuliert
1	7,83	52,19	52,19	24,39	24,39
2	2,80	18,65	70,84	21,08	45,47
3	1,63	10,87	81,71	20,09	65,56
4	0,95	6,34	88,05	13,74	79,30
5	0,68	4,54	92,59	13,29	92,59
<b>Personen mit schizophrener Erkrankung</b>					
Faktor	Anfängliche Eigenwerte	Varianzaufklärung der unrotierten Faktoren in Prozent		Varianzaufklärung der rotierten Faktoren in Prozent	
		einzel	kumuliert	einzel	kumuliert
1	6,83	45,53	45,53	20,44	20,44
2	2,47	16,47	62,00	19,67	40,11
3	1,58	10,51	72,52	16,65	56,76
4	1,08	7,21	79,72	14,83	71,59
5	0,83	5,55	85,27	13,68	85,27

Die Gesamtanzahl jener Variablen, die durch die Faktorenanalyse theoriekonform zu Faktoren zugeordnet wurden, betrug in der Kontrollgruppe 10 und in der Gruppe der schizophren Erkrankten 9 von insgesamt 15 Variablen. Um das Ausmaß der Übereinstimmung von empirisch gefundener und theoretisch vorgegebener Faktorenstruktur quantifizieren zu können, wurde Cramérs V über die Zuordnungen der einzelnen Variablen zu Faktoren berechnet. Der Wert für Cramérs V liegt in der Kontrollgruppe bei 0,764 und ist damit statistisch hoch signifikant, während der Wert von 0,645 in der Patientengruppe die Signifikanzgrenze knapp verfehlt (Tabelle 4.27).

**Tabelle 4.27 Übereinstimmung zwischen empirischer und theoretischer Faktorenstruktur Zentralitätsskala)**

Anzahl der Variablen, die in der empirisch gefundenen und in der theoretisch postulierten Faktorenstruktur gleich / unterschiedlich zugeordnet werden	Kontrollgruppe 10 / 5	schizophrene Erkrankung 9 / 6
Cramérs V exakte Irrtumswahrscheinlichkeit	<b>0,764</b> <b>p = 0,001</b>	0,645 p = 0,053

Zusammenfassend lässt sich somit sagen, dass die empirisch ermittelte Faktorenstruktur in der Kontrollgruppe gut mit der theoretisch vorgegebenen dimensional Struktur der Zentralitätsskala übereinstimmt. In der Patientengruppe findet sich diese Struktur tendenziell ebenfalls wieder. Die Reliabilität der Subskalen erwies sich in den beiden Stichproben der vorliegenden Untersuchung überwiegend als niedrig bis mittel. Zwei Subskalen (Religiöse Ideologie und Religiöse Erfahrung) waren in der Kontrollgruppe hoch reliabel.

## 4.2.2 Selektion der sinn-/spiritualitätsbezogenen Skalen für die weiteren Analysen

Von einer weiteren Analyse der Subskalen und Dimensionen der Existenz-Skala (ESK) wurde abgesehen, weil die Faktorenstruktur nicht repliziert werden konnte und die Subskalen keine überzeugende Reliabilität aufwiesen. Der Gesamtwert der Existenz-Skala wurde jedoch wegen seiner hohen Reliabilität als abhängige Variable beibehalten. Die Subskalen des Fragebogens zu Lebensbedeutungen und Lebenssinn (LeBe) wurden ebenfalls verworfen, weil die Faktorenstruktur zwar in der Kontrollgruppe, nicht jedoch in der Patientengruppe vorgefunden wurde und deshalb eine inhaltliche Interpretation der Skalen schwierig war. Die Reliabilität der Subskalen erwies sich in den Daten der vorliegenden Studie als teilweise sehr niedrig, während der Gesamtwert eine ausreichende Reliabilität aufwies. Der LeBe-Gesamtwert wurde deshalb beibehalten. Auch die spiritualitätsbezogene Subskala des WHOQOL-100-Fragebogens verblieb wegen der hohen Reliabilität in der endgültigen Liste der abhängigen Variablen, genauso wie die Skala Transpersonales Vertrauen (TPV). Die 4-faktorielle Faktorenstruktur des Münchner Motivationspsychologischen Religiositäts-Inventars (MMRI), wie sie von Zwingmann et al. (2004) vorgeschlagen wurde, fand sich in den Daten der vorliegenden Studie zwar wieder, allerdings war die Reliabilität der Faktoren teils sehr gering. Deshalb wurde für die weiteren Berechnungen nur der Gesamtwert des MMRI herangezogen. Dieser Gesamtwert war in beiden Stichproben hoch reliabel. Die drei Subskalen des Fragebogens zur Religiösen Orientierung spiegelten sich in der faktorenanalytischen Auswertung der Daten der Patientengruppe wieder, in der Kontrollgruppe jedoch erreichte die Übereinstimmung mit der Faktorenstruktur nicht die Signifikanzgrenze. Die Reliabilität der drei Subskalen fiel niedrig aus; die Berechnung eines Gesamtwerts zur Reliabilitätserhöhung hätte aufgrund der orthogonalen Testkonstruktion keinen Sinn ergeben. Die drei Skalen wurden trotzdem in die Liste der abhängigen Variablen aufgenommen, weil sie eine lange Tradition in der Literatur haben. Die fünf Subskalen der Zentralitätsskala wurden ebenfalls beibehalten, obwohl die Reliabilität zum Teil niedrig ausfiel. Die fünfdimensionale Struktur des Fragebogens stimmte gut mit den Daten der Kontrollgruppe überein, und in der Patientengruppe war zumindest tendenziell eine Übereinstimmung feststellbar.

In Tabelle 4.28 sind die sinn-/spiritualitätsbezogenen Skala, die in die weiteren Analysen eingingen, zusammenfassend aufgelistet.

**Tabelle 4.28 Auswahl der sinn-/spiritualitätsbezogenen Skalen für weitere Analysen**

Existenz-Skala (ESK): Gesamtwert (existentielle Erfüllung)
Fragebogen zu Lebensbedeutungen und Lebenssinn (LeBe): Gesamtscore
WHOQOL-100 Domäne 6: Religion
Münchener Motivationspsychologisches Religiositäts-Inventar (MMRI): Gesamtscore
Transpersonales Vertrauen (TPV)
Fragebogen zur Religiösen Orientierung: Quest
Fragebogen zur Religiösen Orientierung: intrinsische Religiosität
Fragebogen zur Religiösen Orientierung: extrinsische Religiosität
Zentralitätsskala: Kognitives Interesse an religiösen Fragen
Zentralitätsskala: Religiöse Ideologie
Zentralitätsskala: Gebet
Zentralitätsskala: Religiöse Erfahrung
Zentralitätsskala: Gottesdienst

### 4.2.3 Faktorenanalyse der psychopathologischen und der selektierten sinn-/spiritualitätsbezogenen Skalen in der Kontrollgruppe sowie in der Gruppe der schizophren Erkrankten

Es wurde für jede der beiden Stichproben eine Faktorenanalyse durchgeführt. Unter Anwendung des Eigenwertekriteriums wurden jeweils fünf Faktoren extrahiert, die anschließend nach der Varimax-Methode orthogonal rotiert wurden. Die Varianzaufklärung durch die fünf Faktoren betrug in beiden Gruppen mehr als 80 % (Tabelle 4.29). In Abbildung 4.13 und Abbildung 4.14 sind die Screeplots dargestellt. Die Lösung mit fünf Faktoren erschien auch aufgrund des Screeplots für die Gruppe der schizophren Erkrankten (Abbildung 4.14) gerechtfertigt, während das Screeplot für die Kontrollgruppe (Abbildung 4.13) eher eine Lösung mit drei Faktoren nahegelegt hätte.

**Tabelle 4.29 Varianzaufklärung durch die Faktorenanalyse**

<b>Kontrollgruppe</b>					
Faktor	Anfängliche Eigenwerte	Varianzaufklärung der unrotierten Faktoren in Prozent		Varianzaufklärung der rotierten Faktoren in Prozent	
		einzel	kumuliert	einzel	kumuliert
1	7,48	39,38	39,38	34,83	34,83
2	3,42	18,02	57,40	15,09	49,92
3	2,83	14,90	72,29	14,18	64,10
4	1,45	7,65	79,94	13,84	77,94
5	1,05	5,52	85,46	7,51	85,46
<b>Personen mit schizophrener Erkrankung</b>					
Faktor	Anfängliche Eigenwerte	Varianzaufklärung der unrotierten Faktoren in Prozent		Varianzaufklärung der rotierten Faktoren in Prozent	
		einzel	kumuliert	einzel	kumuliert
1	5,91	31,10	31,10	20,44	20,44
2	4,51	23,75	54,85	17,11	37,54
3	2,50	13,18	68,03	15,40	52,95
4	1,46	7,69	75,71	14,52	67,46
5	1,16	6,12	81,83	14,37	81,83

Abbildung 4.13 Screeplot für die Kontrollgruppe

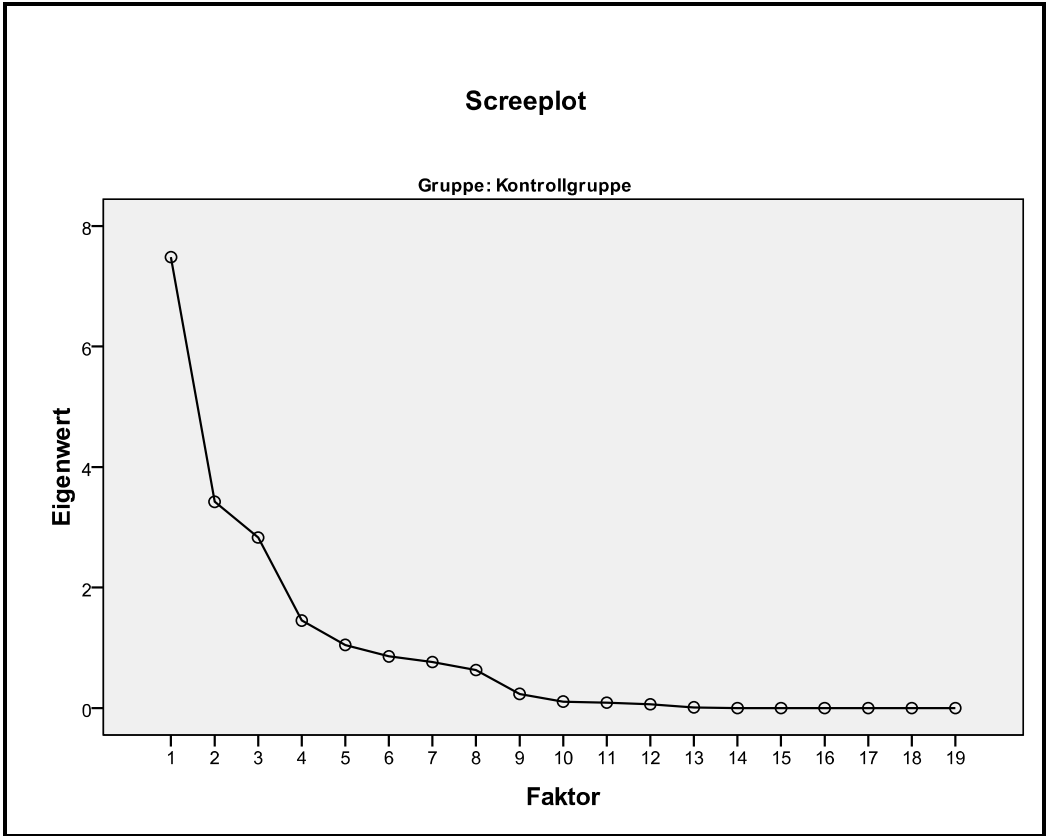
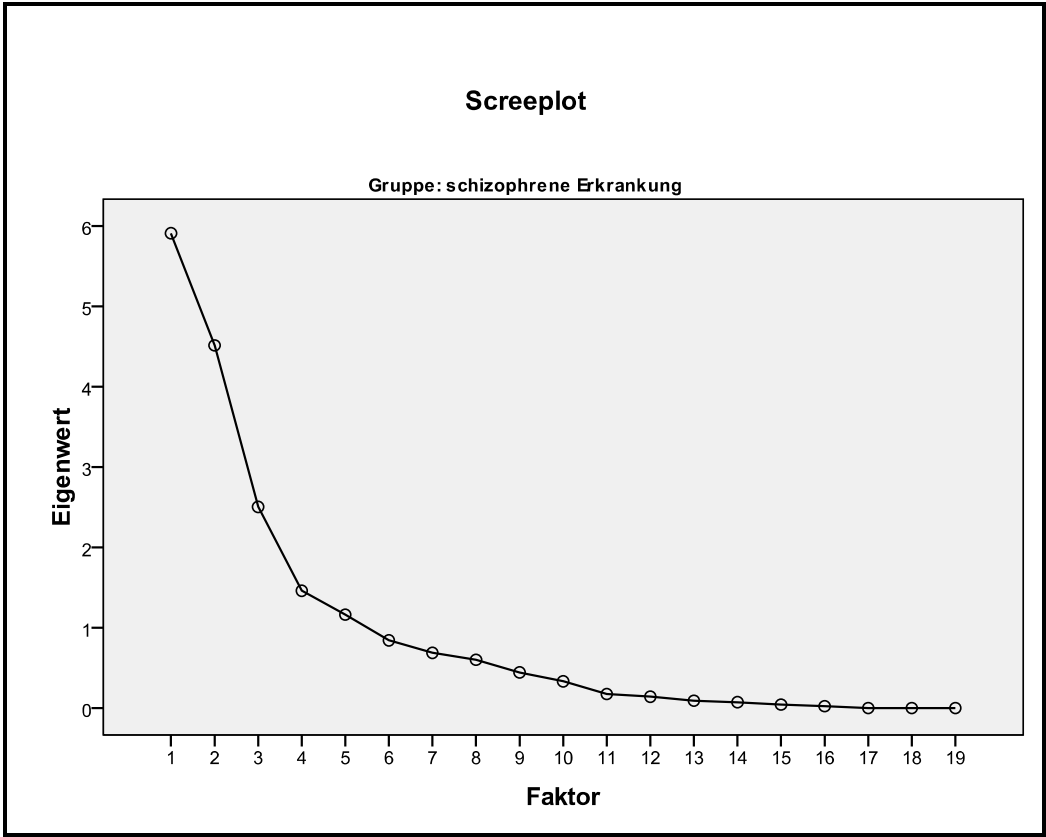


Abbildung 4.14 Screeplot für die Gruppe der schizophrenen Erkrankten



**Tabelle 4.30** rotierte Faktorenladungen

	Kontrollgruppe					schizophrene Erkrankung				
	1	2	3	4	5	5	1	2	4	3
ESI Aufmerksamkeits- und Sprachbeeinträchtigung		0,8			0,35		0,83			0,32
ESI Akustische Unsicherheit		0,92					0,84			-0,39
ESI Wahrnehmungsabweichung		0,95				0,65	0,66			
ESI Beziehungsideen		0,5		0,61	0,36		0,77	0,33		
ESI Offenheit					0,87				0,72	
BDI			0,96				0,67		0,45	
ESK Gesamtwert (existentielle Erfüllung)			-0,78				-0,73	0,4		
LeBe Gesamtscore	0,38			0,61		0,49		0,7		
WHOQOL-100 Domäne 6: Religion	0,31		-0,84				-0,38	0,76		0,4
MMRI Gesamtscore	0,91							0,64	0,31	0,39
Transpersonales Vertrauen (TPV)	0,91					0,37		0,45	0,65	0,32
FRO Quest	0,46			0,77			0,32		0,7	
FRO intrinsische Religiosität	0,88			0,39						0,91
FRO extrinsische Religiosität	0,9							0,89		
Z Kognitives Interesse an religiösen Fragen				0,84					0,74	0,56
Z Religiöse Ideologie	0,97					0,79			0,42	
Z Gebet	0,93					0,58		0,36		0,58
Z Religiöse Erfahrung	0,87			0,36		0,84				
Z Gottesdienst	0,49		0,5		-0,52			0,39		0,79

Rotationsmethode: Varimax mit Kaiser-Normalisierung; grau hinterlegt: Faktorzuordnungen

In Tabelle 4.30 sind die Faktorladungen und, durch graue Hinterlegung gekennzeichnet, die Zuordnung der Skalen zu den Faktoren abgebildet. Die Reihenfolge der Faktoren wurde so gewählt, dass die Übereinstimmungen der Faktorstrukturen in den beiden Stichproben deutlich hervortreten.

In der Kontrollgruppe laden fast ausschließlich Religiositätsskalen im engeren Sinn auf dem ersten Faktor, und die Faktorladungen sind überwiegend sehr hoch. Die Skala „LeBe“ korreliert als einzige nicht explizit religiös/spirituelle Skala mäßig mit diesem Faktor. Der erste Faktor kann daher am besten mit „Religiosität“ benannt werden. Der zweite Faktor umfasst drei der fünf Subskalen des Eppendorfer Schizophrenie-Inventars (ESI). Die ESI-Subskala „Beziehungsideen“ korreliert zwar in bedeutendem Maß mit diesem Faktor, lädt aber höher auf dem vierten Faktor. Dem zweiten Faktor entspricht daher am ehesten die Bezeichnung „Abweichungen in Aufmerksamkeit, Sprache und Wahrnehmung“. Auf dem dritten Faktor lädt der BDI-Wert hoch positiv, während die Existenz-Skala (ESK) und die Skala WHOQOL-100, Domäne Religion, negative Ladungen aufweisen. Als treffendste Bezeichnung für diesen Faktor erscheint daher „Depressivität“, zumal die negative Ladung der Skala ESK inhaltlich einen Mangel an Ressourcen für existentielle Erfüllung anzeigt und die negative Ladung der Skala WHOQOL-100 eine niedrige Lebensqualität im Kontext von Religiosität/Spiritualität bedeutet. Der vierte Faktor setzt sich aus den Skalen ESI-Beziehungsideen, LeBe, Quest und „Kognitives Interesse an religiösen Fragen“ (Zentralitätsskala) zusammen, was die Bezeichnung „Sinnsuche/Sinnerfülltheit“ nahelegt, wobei die beiden letzteren Skala eher das Bedürfnis nach Sinnzusammenhängen widerspiegeln und die beiden ersteren Skala die Tendenz, Sinnzusammenhänge tatsächlich zu erleben. Die beiden Skalen „Intrinsische Religiosität“ und „Religiöse Erfahrungen“ (Zentralitätsskala) weisen eine mäßige Korrelation mit diesem Faktor auf. Der fünfte und letzte Faktor wird hauptsächlich durch die Skala „Offenheit“ des ESI repräsentiert, welche als Kontrollskala die Aufrichtigkeit der Fragebogenbeantwortung messen soll. Als Bezeichnung dieses Faktors erscheint deshalb „Offenheit/Aufrichtigkeit“ angemessen. Es bestehen mäßige Korrelationen mit anderen Subskalen des ESI und eine höhere negative Korrelation mit der Subskala „Gottesdienst“ der Zentralitätsskala. Diese Subskala lässt sich nicht eindeutig einem der Faktoren zuordnen; die numerisch höchste Ladung besteht auf dem Faktor „Offenheit/Aufrichtigkeit“, zugleich aber korreliert die Subskala in ungefähr gleicher Höhe mit den Faktoren „Religiosität“ und „Depressivität“.

Für die Interpretation der Faktoren in der Gruppe der schizophren Erkrankten wird die Anordnung der Faktoren aus Tabelle 4.30 übernommen, um den Vergleich mit der Kontrollgruppe zu erleichtern. Der erste Faktor gemäß dieser Reihung umfasst drei Subskalen der Zentralitätsskala: „Religiöse Ideologie“, „Gebet“ und „Religiöse Erfahrung“. Mit diesem Faktor korrelieren zusätzlich die Skalen ESI-Wahrnehmungsabweichung, LeBe und

Transpersonales Vertrauen. Die Zuordnung der Subskala „Gebet“ ist nicht eindeutig. Sie lädt in gleicher Höhe auf dem fünften Faktor und korreliert auch mit dem dritten Faktor. Die Zusammensetzung des ersten Faktors ergibt kein einheitliches Bild; eine mögliche inhaltliche Interpretation ist „privat erlebte Religiosität“, weil die Skala „Religiöse Erfahrung“ die höchste Ladung aufweist und weil die übrigen Skalen eher nicht-öffentliche Aspekte von Religiosität erfassen. Der zweite Faktor besteht aus den ESI-Skalen (ausgenommen „Offenheit“), dem BDI und der Existenz-Skala, wobei letztere negativ lädt. Nennenswerte Korrelationen mit diesem Faktor weisen die Skala Quest und die Skala WHOQOL-100, Religion, auf. Die letztgenannte Skala korreliert negativ mit dem Faktor. In der Zusammenschau der beteiligten Skalen passt daher auf den zweiten Faktor am ehesten die Bezeichnung „Beeinträchtigung von Aufmerksamkeit, Sprache, Wahrnehmung und Stimmung“. Der dritte Faktor stellt sich wieder als schwer zu interpretierendes Konglomerat dar. Er enthält die Skalen LeBe, WHOQOL-100 (Religion), MMRI und Extrinsische Religiosität. Darüber hinaus bestehen Korrelationen mit den Skalen ESI-Beziehungsideen, Existenz-Skala, Transpersonales Vertrauen und den beiden Subskalen der Zentralitätsskala „Gebet“ und „Gottesdienst“. Als grobe Annäherung mag die Bezeichnung „Sinnerfülltheit / Beziehung zu Gott und Gemeinde“ dienen, da die Skala „LeBe“ und die Existenz-Skala Aspekte von Sinnerfülltheit erfassen. Die Beziehung zu einem transzendenten Wesen ist Gegenstand der Skalen MMRI, Transpersonales Vertrauen und „Gebet“, teilweise auch „ESI-Beziehungsideen“ und „Gottesdienst“. Letztere Skala und insbesondere die Skala „Extrinsische Religiosität“ betonen aber auch den öffentlichen, sozialen Aspekt von Religiosität. Der vierte Faktor umfasst die Skalen ESI-Offenheit, Transpersonales Vertrauen (TPV), Quest und „Kognitives Interesse an religiösen Fragen“ (Zentralitätsskala). Korrelationen mit diesem Faktor weisen die Skalen MMRI, „Religiöse Ideologie“ (Zentralitätsskala) und BDI auf. Auch dieser Faktor erscheint eher heterogen; eine mögliche Benennung könnte „Sinnsuche und Unterordnung“ sein, da einerseits die Skalen Quest und „Kognitives Interesse an religiösen Fragen“ am höchsten laden und andererseits die Skalen ESI-Offenheit und „Religiöse Ideologie“ als Teilaspekt Konformismus erfassen, die Skalen Transpersonales Vertrauen und MMRI als Teilaspekt die Abhängigkeit der Person von einem höheren Wesen zum Inhalt haben und das BDI als Teilkomponente die Geringschätzung der eigenen Person enthält. Der fünfte Faktor wird von den Skalen „Intrinsische Religiosität“ und „Gottesdienst“ gebildet, wobei die erstere Skala eine sehr hohe Ladung aufweist. Die Bezeichnung „Intrinsische Religiosität“ kann daher für den gesamten fünften Faktor übernommen werden. Dieser Faktor korreliert mit fast allen explizit religiösen Skalen und in

eher geringem Ausmaß mit den Skalen „ESI-Aufmerksamkeits- und Sprachbeeinträchtigung“ sowie „ESI-Akustische Unsicherheit“ (in negativer Polung).

Tabelle 4.31 zeigt eine Übersicht über die Interpretation der Faktoren, wobei die Anordnung nach inhaltlichen Gesichtspunkten erfolgte.

**Tabelle 4.31 Inhaltlich interpretierte Faktorenstruktur in den beiden Stichproben**

Kontrollgruppe	Gruppe schizophrener Erkrankter
Religiosität	private erlebte Religiosität
	Intrinsische Religiosität
Abweichungen in Aufmerksamkeit, Sprache und Wahrnehmung	Beeinträchtigung von Aufmerksamkeit, Sprache, Wahrnehmung und Stimmung
Depressivität	
Sinnsuche/Sinnerfülltheit	Sinnerfülltheit / Beziehung zu Gott und Gemeinde
	Offenheit/Aufrichtigkeit

Zusammenfassend ergibt sich, dass sich in der Kontrollgruppe die religiöse Dimension und die existentielle Dimension („Sinnsuche/Sinnerfülltheit“) gut abbilden und dass sie sich gut voneinander abgrenzen. Mit den kognitiven/perzeptiven Merkmalen, die mit dem Eppendorfer Schizophrenie-Inventar gemessen werden und die im Bereich des Gesunden als Ausprägung schizotypischer Persönlichkeitsmerkmale zu werten sind, zeigt die Sinn-Dimensionen wenig und die Religiositäts-Dimension überhaupt keine Überlappung. Affektive Merkmale im Sinne einer negativ getönten Grundstimmung sind mit niedrigem spiritueller/religiösem Wohlbefinden (WHOQOL-100) und mangelnden Ressourcen für existentielle Erfüllung (Existenz-Skala) assoziiert, nicht aber mit den übrigen sinn-/spiritualitätsbezogenen Skalen. Es bestehen somit in der Kontrollgruppe kaum korrelative Zusammenhänge zwischen der Religiositäts-Dimension, der Sinn-Dimension und den verwendeten psychopathologie-relevanten Skalen. In der Gruppe der schizophrenen Erkrankten spalten sich die Religiositätsdimension und die Sinn-Dimension in jeweils zwei Faktoren auf, und es finden sich mehr korrelative Bezüge zwischen den Religiositäts-Skalen einerseits und den Sinn-Skalen andererseits als in der

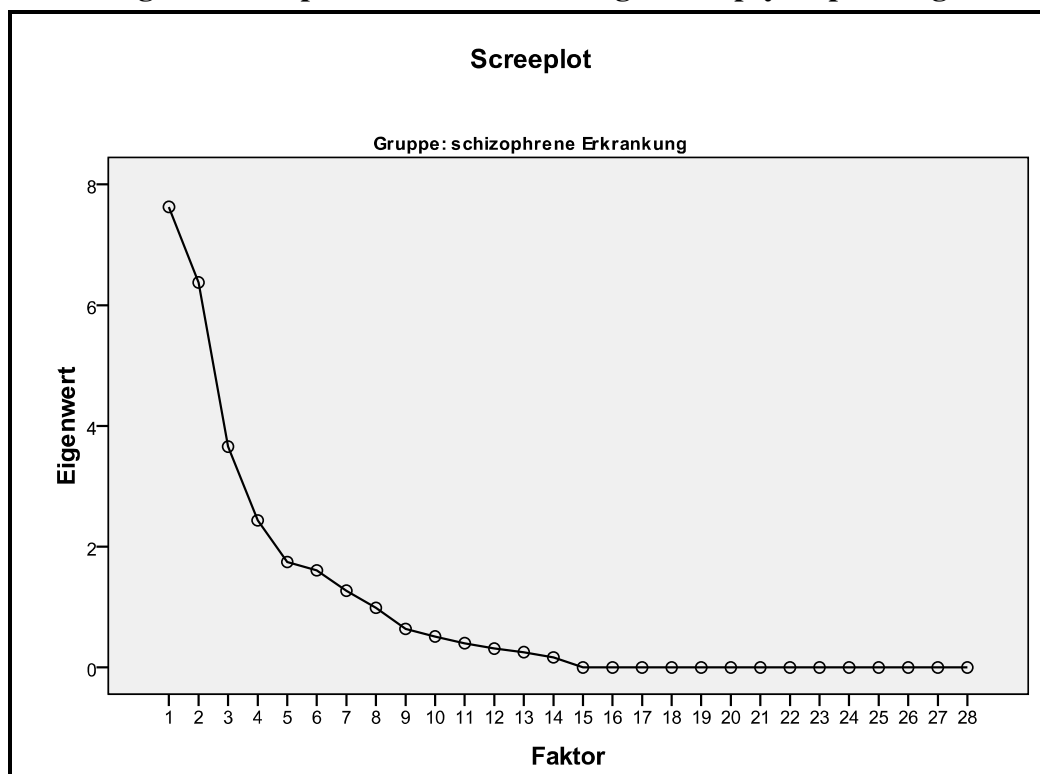
Kontrollgruppe. Ein weiterer Unterschied zur Kontrollgruppe besteht darin, dass sich in der Gruppe der schizophren Erkrankten die Schwerpunkte „privat“ und „öffentlich“ abzeichnen (Faktoren „privat erlebte Religiosität“ und „Intrinsische Religiosität“ vs. „Sinnerfülltheit / Beziehung zu Gott und Gemeinde“). Die psychopathologie-relevanten Skalen jedoch sind in der klinischen Gruppe in einem einzigen Faktor vereint und korrelieren, gleich wie in der Kontrollgruppe, kaum mit den sinn-/spiritualitätsbezogenen Skalen.

#### 4.2.4 Faktorenanalyse der psychopathologischen, Ich-psychopathologischen und der selektierten sinn-/spiritualitätsbezogenen Skalen in der Gruppe der schizophren Erkrankten

In der klinischen Gruppe wurde zusätzlich zu den Fragebogenuntersuchungen das Strukturierte Interview zur Ich-Psychopathologie durchgeführt. Für die Kontrollgruppe ist dieses Instrument nicht geeignet, daher ist auch kein Vergleich mit der Kontrollgruppe möglich. Aus diesem Grund wurde nur für die Gruppe der schizophren Erkrankten eine zusätzliche Faktorenanalyse unter Einbeziehung der Ich-Psychopathologie-Skalen berechnet.

Es wurden sechs Faktoren extrahiert, weil die Kurvenform des Screeplots (Abbildung 4.15) eine Lösung mit sechs Faktoren rechtfertigte und weil es sinnvoll erschien, die im vorangegangenen Abschnitt dargestellte fünf-faktorielle Struktur um einen Faktor zu erweitern. Die Anwendung des Eigenwertkriteriums hätte hingegen zu einer Lösung mit sieben Faktoren geführt. Die sechs Faktoren der favorisierten Lösung erklärten mehr als 80 % der Varianz (Tabelle 4.32) und wurden in weiterer Folge einer orthogonalen Rotation nach der Varimax-Methode unterzogen.

Abbildung 4.15 Screeplot unter Einbeziehung der ichpsychopathologischen Skalen



**Tabelle 4.32 Varianzaufklärung durch die Faktorenanalyse**

<b>Personen mit schizophrener Erkrankung</b>					
Faktor	Anfängliche Eigenwerte	Varianzaufklärung der unrotierten Faktoren in Prozent		Varianzaufklärung der rotierten Faktoren in Prozent	
		einzel	kumuliert	einzel	kumuliert
1	7,63	27,24	27,24	18,00	18,00
2	6,38	22,77	50,01	16,91	34,91
3	3,66	13,07	63,08	14,86	49,77
4	2,44	8,70	71,78	14,84	64,61
5	1,75	6,24	78,02	12,33	76,93
6	1,61	5,74	83,76	6,83	83,76

Die Faktorladungen der Skalen sind in Tabelle 4.33 dargestellt, wobei die Zuordnungen der einzelnen Skalen zu den Faktoren durch eine graue Hinterlegung gekennzeichnet sind.

Auf dem *ersten Faktor* lädt der Großteil der Religiositätsskalen, dominierend ist dabei die Subskala „Kognitives Interesse an religiösen Fragen“ der Zentralitätsskala. Außerdem gehört diesem Faktor die Skala „ESI-Offenheit“ an, und es bestehen Korrelationen zu den Skalen ESI-Akustische Unsicherheit (negativ), IPP-Konsistenz (negativ) und IPP-Denkstörungen. Eine mögliche inhaltliche Interpretation könnte daher „Religiosität (mit kognitiv/inhaltlichem Schwerpunkt)“ sein. Der *zweite Faktor* besteht aus drei Subskalen des Eppendorfer Schizophrenie-Inventars (Akustische Unsicherheit, Wahrnehmungsabweichung und Beziehungsideen) sowie dem Beck Depressions-Inventar und der Subskala „Religiöse Erfahrung“ der Zentralitätsskala. Mit diesem Faktor korrelieren zusätzlich mehrere Religiositätsskalen, die Existenz-Skala (negativ) und mehrere Subskalen des Strukturierten Interviews zur Ich-Psychopathologie. Da die ESI-Skalen die höchsten Ladungen aufweisen, erscheint es am treffendsten, die Bezeichnung des Faktors daran zu orientieren: „Beeinträchtigung von Wahrnehmung und Stimmung / Religiosität (mit erlebnishaftem Schwerpunkt)“. Der *dritte Faktor* wird ausschließlich aus Subskalen des Strukturierten Interviews zur Ich-Psychopathologie gebildet, und bis auf die Subskala „Aktivität“ weisen alle IPP-Subskalen eine nennenswerte Korrelation mit diesem Faktor auf. Es erscheint daher die Bezeichnung „Ich-Psychopathologie“ angemessen. Mit diesem Faktor korrelieren zusätzlich noch die Subskala „Religiöse Ideologie“ der Zentralitätsskala und der LeBe-Wert,

**Tabelle 4.33 Faktorenstruktur in der Gruppe der schizophren Erkrankten**

	1	2	3	4	5	6
ESI Aufmerksamkeits- und Sprachbeeinträchtigung		0,34				0,80
ESI Akustische Unsicherheit	-0,32	0,82				
ESI Wahrnehmungsabweichung		0,82				
ESI Beziehungsideen		0,91				
ESI Offenheit	0,73					0,45
BDI		0,51		-0,50		0,39
IPP Identität			0,36		0,77	
IPP Demarkation		-0,42	0,65			0,31
IPP Konsistenz	-0,38		0,84			
IPP Aktivität		0,39			0,81	
IPP Vitalität			0,73	-0,52		
IPP Überkompensation		0,48	0,49			-0,50
IPP Veränderungen/Manipulationen am Körper			0,87		0,32	
IPP Denkstörungen	0,46		0,43	-0,30	0,57	
IPP Motorische Reaktionen, Zwänge, Automatismen			0,75			0,44
ESK Gesamtwert (existentielle Erfüllung)		-0,39		0,75		
LeBe Gesamtscore			-0,47	0,71		
WHOQOL-100 Domäne 6: Religion		-0,31		0,85		
MMRI Gesamtscore	0,48			0,67		
Transpersonales Vertrauen (TPV)	0,78			0,43		
FRO Quest	0,47				0,67	
FRO intrinsische Religiosität	0,81				-0,46	
FRO extrinsische Religiosität		0,38		0,67		
Z Kognitives Interesse an religiösen Fragen	0,94					
Z Religiöse Ideologie	0,68	0,37	-0,36			
Z Gebet	0,45	0,48		0,36	-0,51	
Z Religiöse Erfahrung	0,47	0,66		0,34		
Z Gottesdienst	0,57			0,44	-0,54	

Rotationsmethode: Varimax mit Kaiser-Normalisierung; grau hinterlegt: Faktorzuordnungen

beide in negativer Polung. Der vierte Faktor umfasst die Existenz-Skala, den LeBe-Wert und die Skalen WHOQOL-100, MMRI und „Extrinsische Religiosität“. Außerdem bestehen Korrelationen mit dem Beck Depressions-Inventar (negativ), den beiden Subskalen „Vitalität“ und „Denkstörungen“ des Strukturierten Interviews zur Ich-Psychopathologie (beide korrelieren negativ), den Subskalen „Gebet“, „Religiöse Erfahrung“ und „Gottesdienst“ der Zentralitätsskala und mit der Skala „Transpersonales Vertrauen“. In diesem Faktor sind also beide Sinn-bezogenen Skalen enthalten, und die Skala WHO-QOL-100 und die negative Korrelation mit dem BDI-Wert weisen darauf hin, dass der Faktor positive Befindlichkeit miterfasst. Die korrelierenden Religiositätsskalen haben Schwerpunkte im Beziehungsaspekt zu einem höheren Wesen und in gemeinschaftlicher Religiosität; eine mögliche Benennung des Faktors könnte daher „Sinnerfülltheit / Beziehung zu Gott und Gemeinde“ sein. Der fünfte Faktor wird von den Subskalen „Identität“, „Aktivität“ und „Denkstörungen“ des Strukturierten Interviews zur Ich-Psychopathologie, der Skala „Quest“ und, in negativer Polung, der Subskala „Gebet“ der Zentralitätsskala gebildet. Mit diesem Faktor korrelieren eine weitere IPP-Subskala („Veränderungen/Manipulationen am Körper“), die Skala „Gottesdienst“ aus der Zentralitätsskala sowie „Intrinsische Religiosität“. Beide Religiositätsskalen korrelieren mit negativem Vorzeichen. Die beiden Skalen mit der höchsten Ladung auf diesem Faktor, „IPP-Identität“ und „IPP-Aktivität“ repräsentieren zwei verschiedene Aspekte von Ichstörung, zum einen die Unsicherheit bezüglich der sozialen Verortung der Person und zum anderen den Autonomieverlust bei Entscheidungen und Handlungen; die dritte IPP-Skala in diesem Faktor, „IPP-Denkstörungen“, erfasst den Autonomieverlust im Denken. Die Religiositätsskalen, die mit diesem Faktor assoziiert sind, weisen eine negative Korrelation auf, mit Ausnahme der Skala „Quest“, welche zur Messung der Ausprägung spiritueller Suche konstruiert wurde; die Skala kann aber auch als Ausdruck des Zweifels an gegenwärtigen Glaubensinhalten verstanden werden. Dies legt als Bezeichnung des fünften Faktors „Identitäts- und Autonomieverlust / spirituelle Verunsicherung“ nahe. Der sechste Faktor besteht hauptsächlich aus der Skala „ESI-Aufmerksamkeits- und Sprachbeeinträchtigung“. Die zweite Skala dieses Faktors, „IPP-Überkompensation“, lädt in deutlich geringerer Höhe und mit negativem Vorzeichen. Es bestehen darüber hinaus Korrelationen mit weiteren Subskalen des Strukturierten Interviews zur Ich-Psychopathologie und mit dem BDI-Wert sowie der Skala „ESI-Offenheit“. Aufgrund der Dominanz der ersten Skala erscheint die Bezeichnung „Beeinträchtigung von Aufmerksamkeit und Sprache“ am treffendsten.

Eine Übersicht über die inhaltliche Interpretation der empirisch gefundenen Faktoren ist in Tabelle 4.34 dargestellt.

**Tabelle 4.34 inhaltliche Interpretation der Faktorenstruktur**

Religiosität (mit kognitiv/inhaltlichem Schwerpunkt)
Beeinträchtigung von Wahrnehmung und Stimmung / Religiosität (mit erlebnishaftem Schwerpunkt)
Ich-Psychopathologie
Sinnerfülltheit / Beziehung zu Gott und Gemeinde
Identitäts- und Autonomieverlust / spirituelle Verunsicherung
Beeinträchtigung von Aufmerksamkeit und Sprache

Zusammengefasst ergibt die Faktorenanalyse in der Gruppe der schizophren Erkrankten das Bild, dass die Religiositäts-Dimension und die Sinn-Dimension jeweils durch einen Faktor schwerpunktmäßig repräsentiert sind. Die Ich-Psychopathologie stellt überwiegend einen eigenständigen Faktor dar, und die übrigen psychopathologie-relevanten Skalen bilden zwei weitere Faktoren. Die Sinn-Dimension korreliert nicht mit der durch das ESI erfassten vorwiegend kognitiv/perzeptiven Psychopathologie und nur in geringem Ausmaß mit dem BDI-Wert und der Ich-Psychopathologie. Die Religiositäts-/Spiritualitäts-Dimension hingegen weist im Bereich religiöser Erlebnisse einen Berührungspunkt mit der durch ESI und BDI erfassten Psychopathologie auf. Außerdem zeigt sich ein negativer korrelativer Zusammenhang zwischen Religiosität und Teilaspekten der Ich-Psychopathologie.

### 4.3 Varianzanalytische Auswertungen

#### 4.3.1 Vergleich der Gruppe der schizophren Erkrankten mit der Kontrollgruppe anhand sinn-/spiritualitätsbezogener Skalen

Es wurde eine multivariate Varianzanalyse durchgeführt mit den sinn-/spiritualitätsbezogenen Skalen als abhängige Variablen und den soziodemographischen Variablen Geschlecht, Alter und Schulbildung als Kovariate. Dabei zeigte sich ein hoch signifikanter Unterschied zwischen der Kontrollgruppe und der Gruppe der schizophren Erkrankten (Tabelle 4.35)

**Tabelle 4.35 Ergebnis der multivariaten Varianzanalyse bezüglich Sinn-/Spiritualitätsskalen**

	Wilks-Lambda	F(13,16)	p
<b>Kontrollgruppe vs. schizophrene Erkrankung</b>	<b>0,235</b>	<b>4,014a</b>	<b>0,005</b>

Kovariate: Geschlecht, Alter, Schulbildung

Im Anschluss an dieses Ergebnis wurden univariate Einzelvergleiche für die einzelnen Skalen durchgeführt (Tabelle 4.36). Es fanden sich signifikante Unterschiede in den Werten der Existenz-Skala, im Münchner Motivationspsychologischen Inventar, in den Skalen „Transpersonales Vertrauen“, „Intrinsische Religiosität“, „Extrinsische Religiosität“ und der Subskala „Religiöse Erfahrung“ der Zentralitätsskala. Die Gruppe der schizophren Erkrankten wies im Mittel signifikant geringere Werte auf der Existenz-Skala auf als die Kontrollgruppe, was als geringeres Ausmaß „existentieller Erfüllung“ bzw. als Mangel an Ressourcen für Sinnerfülltheit zu werten ist. In allen übrigen Skalen, in denen signifikante Gruppenunterschiede bestanden, erreichte die Gruppe der schizophren Erkrankten hingegen höhere Werte. Es handelte sich bei diesen Skalen um Religiositätsskalen mit je verschiedenem Schwerpunkt; somit sind die höheren Werte in der klinischen Gruppe im Sinne einer zumindest in Teilaspekten erhöhten Religiosität gegenüber der Kontrollgruppe zu beurteilen.

**Tabelle 4.36 Univariate Einzelvergleiche der sinn-/spiritualitätsbezogenen Skalen**

	Mittelwert (Standardabweichung)		p
	Kontrollgruppe	schizophrene Erkrankung	
<b>ESK Gesamtwert (existenzielle Erfüllung)</b>	<b>234,5 (27,00)</b>	<b>196,1 (35,74)</b>	<b>0,004</b>
LeBe Gesamtscore	403,5 (68,46)	427,0 (60,07)	0,119
WHOQOL-100 Domäne 6: Religion	79,02 (24,59)	65,46 (26,71)	0,271
<b>MMRI Gesamtscore</b>	<b>72,21 (35,73)</b>	<b>98,00 (27,51)</b>	<b>0,005</b>
<b>Transpersonales Vertrauen (TPV)</b>	<b>16,79 (14,71)</b>	<b>22,47 (10,13)</b>	<b>0,049</b>
FRO Quest	40,07 (14,49)	49,58 (17,66)	0,055
<b>FRO intrinsische Religiosität</b>	<b>27,79 (11,57)</b>	<b>37,47 (12,74)</b>	<b>0,030</b>
<b>FRO extrinsische Religiosität</b>	<b>14,36 (8,17)</b>	<b>25,11 (11,33)</b>	<b>0,001</b>
Z Kognitives Interesse an religiösen Fragen	5,00 (2,00)	5,58 (2,95)	0,480
Z Religiöse Ideologie	5,79 (4,66)	7,32 (3,50)	0,054
Z Gebet	4,00 (3,09)	5,71 (3,73)	0,077
<b>Z Religiöse Erfahrung</b>	<b>2,21 (2,61)</b>	<b>5,11 (3,98)</b>	<b>0,002</b>
Z Gottesdienst	3,29 (2,58)	4,37 (3,70)	0,298

### 4.3.2 Vergleich zwischen der Kontrollgruppe und zwei Subgruppen schizophrener Erkrankter mit geringerer bzw. mit stärkerer Ich-Psychopathologie

Um einen möglichen Einfluss der Ich-Psychopathologie auf die Ausprägung der sinn-/spiritualitätsbezogenen Skalen erfassen zu können, wurde die Gruppe der schizophren erkrankten Personen am Median des IPP-Gesamtwerts in zwei Subgruppen geteilt. Von den 19 schizophren Erkrankten lagen drei genau am Median; diese Personen wurden in die weitere Analyse nicht aufgenommen. Es verblieben somit acht Personen in der Gruppe unterhalb des Medians und acht Personen in der Gruppe oberhalb des Medians. Für diese beiden Subgruppen wurden die Kurzbezeichnungen „IPP niedrig“ bzw. „IPP hoch“ gewählt. Tabelle 4.37 zeigt eine Übersicht über Geschlecht, Alter und Schulabschluss in der Kontrollgruppe und den beiden klinischen Teilstichproben. Die Variable Geschlecht wurde mittels des exakten Tests nach Fisher auf Gruppenunterschiede geprüft, die Variable Alter mittels einfaktorieller Varianzanalyse und die Variable Schulabschluss mittels Kruskal-Wallis-Test. Die drei Teilstichproben unterschieden sich in keiner der drei Variablen.

**Tabelle 4.37 Soziodemographische Charakteristika der drei Teilstichproben**

	Kontrollgruppe (N=14)	schizophrene Erkrankung IPP niedrig (N=8)    IPP hoch (N=8)	
<u>Geschlecht</u>			
Anzahl der Männer / Anzahl der Frauen	8/6	6/2	7/1
p = 0,366 (Exakter Test nach Fisher)			
<u>Alter</u>			
Mittelwert (Standardabweichung)	38,1 (10,9)	37,4 (10,4)	32,9 (8,2)
p = 0,499; F(2,27) = 0,713			
<u>Schulabschluss</u>			
Median	4	4	3
Range	2 ... 5	2 ... 5	2 ... 5
Mittelwert	3,79	4,13	3,25
p = 0,123 (Exakte Irrtumswahrscheinlichkeit); Kruskal-Wallis-Test			

Kodierung des Schulabschlusses: 1...kein, 2...Pflichtschule, 3...Lehre/Berufsausbildung, 4...Matura, 5...Universität

Auch hinsichtlich der Religionszugehörigkeit fanden sich keine Unterschiede zwischen den Stichproben (Tabelle 4.38).

**Tabelle 4.38 Religionszugehörigkeit in den drei Teilstichproben**

	Kontrollgruppe	schizophrene Erkrankung	
		IPP niedrig	IPP hoch
Keine	4	3	2
Christlich, Evangelisch	1	0	1
Christlich, Römisch Katholisch	9	5	5

p > 0,99 (Exakter Test nach Fisher)

Für den Nachweis, dass die Teilung am Median tatsächlich zur Bildung zweier Subgruppen mit ausreichend unterschiedlichen Ausprägungen der Ich-Psychopathologie führte, wurde eine multivariate Varianzanalyse mit den Subskalen des IPP als abhängige Variablen berechnet. Es zeigte sich wie erwartet ein signifikanter Unterschied zwischen der Subgruppe mit niedrigerer und der Subgruppe mit höherer Ich-Psychopathologie (Tabelle 4.39).

**Tabelle 4.39 Ergebnis der multivariaten Varianzanalyse zum Vergleich der beiden Subgruppen schizophrener Erkrankter hinsichtlich der Subskalen des IPP**

	Wilks-Lambda	F(9,6)	p
<b>IPP niedrig vs. hoch</b>	<b>0,084</b>	<b>7,264</b>	<b>0,013</b>

In Tabelle 4.40 sind die univariaten Einzelvergleiche der IPP-Subskalen dargestellt. In der Subskala „Überkompensation“ fand sich kein Unterschied, und in der Subskala „Aktivität“ verfehlte der Unterschied knapp die Signifikanzgrenze. In allen anderen Subskalen konnten signifikante Unterschiede zwischen den beiden Subgruppen gefunden werden. Alle signifikanten und tendenziellen Unterschiede waren erwartungsgemäß gerichtet, d.h. die Subgruppe mit höherer Ich-Psychopathologie erreichte höhere mittlere Werte.

**Tabelle 4.40 Univariate Einzelvergleiche der Subskalen des IPP**

	Mittelwert (Standardabweichung)		p
	IPP niedrig	IPP hoch	
<b>IPP Identität</b>	<b>0,75 (1,16)</b>	<b>3,75 (2,96)</b>	<b>0,019</b>
<b>IPP Demarkation</b>	<b>1,25 (1,28)</b>	<b>5,38 (1,85)</b>	<b>&lt; 0,001</b>
<b>IPP Konsistenz</b>	<b>0,88 (0,99)</b>	<b>5,75 (2,19)</b>	<b>&lt; 0,001</b>
IPP Aktivität	3,00 (2,33)	5,38 (2,20)	0,055
<b>IPP Vitalität</b>	<b>1,13 (1,46)</b>	<b>5,13 (3,48)</b>	<b>0,010</b>
IPP Überkompensation	0,63 (1,19)	2,25 (2,71)	0,143
<b>IPP Veränderungen/Manipulationen am Körper</b>	<b>1,00 (2,14)</b>	<b>3,25 (1,91)</b>	<b>0,043</b>
<b>IPP Denkstörungen</b>	<b>2,38 (1,92)</b>	<b>5,63 (3,07)</b>	<b>0,024</b>
<b>IPP Motorische Reaktionen, Zwänge, Automatismen</b>	<b>0,75 (0,89)</b>	<b>4,50 (2,93)</b>	<b>0,004</b>

Die beiden Subgruppen schizophrener Erkrankter wurden auch auf Unterschiede in den übrigen psychopathologie-relevanten Skalen (Eppendorfer Schizophrenie-Inventar und Beck-Depressions-Inventar) überprüft. Das Ergebnis der multivariaten Varianzanalyse mit den psychopathologie-relevanten Skalen als abhängige Variablen ist in Tabelle 4.41 dargestellt. Es bestand kein Unterschied zwischen den beiden Subgruppen im Ausmaß der Psychopathologie, die mit diesen Skalen erfasst wird.

**Tabelle 4.41 Ergebnis der multivariaten Varianzanalyse zum Vergleich der beiden Subgruppen schizophrener Erkrankter anhand der Skalen zur Psychopathologie**

	Wilks-Lambda	F(6,7)	p
IPP niedrig vs. hoch	0,496	1,187	0,409

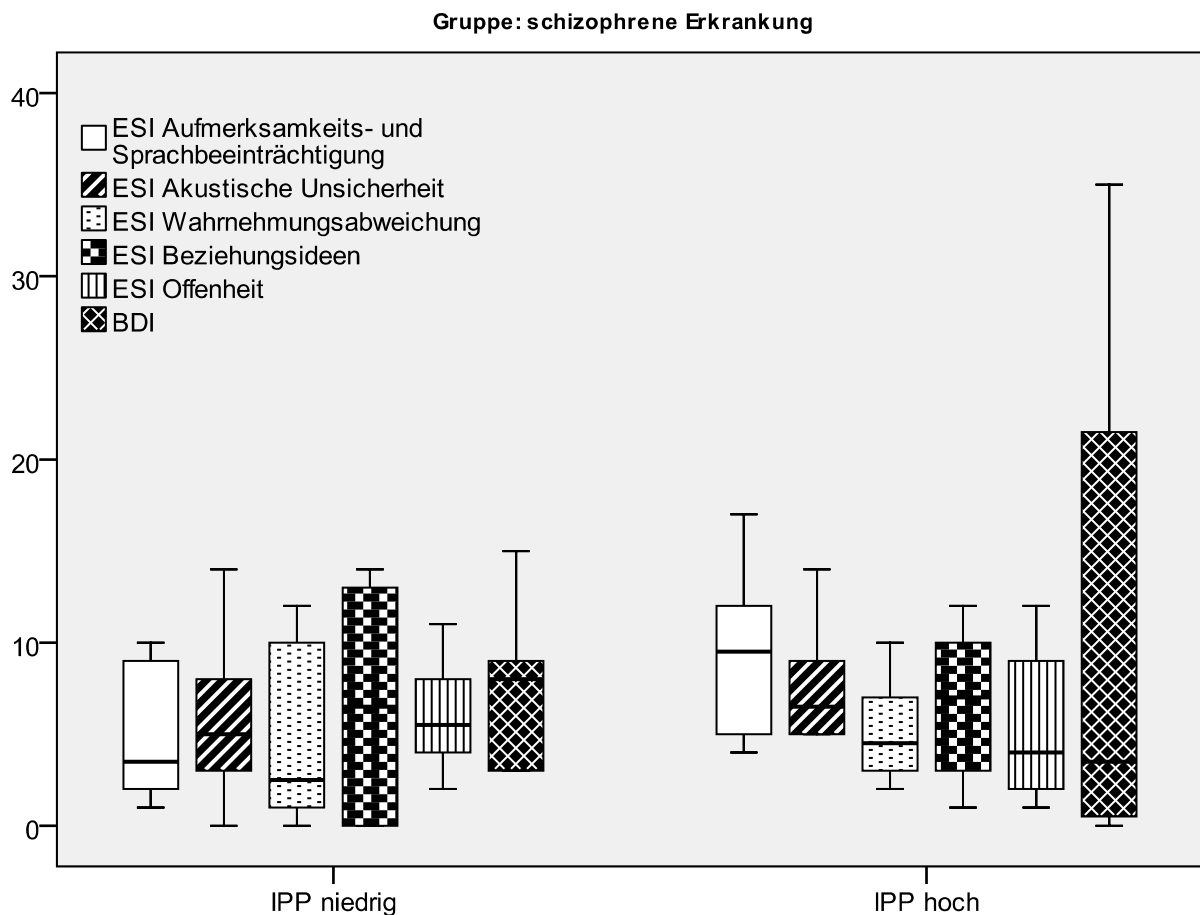
Univariate Einzelvergleiche ergaben nur in einer Subskala des ESI, nämlich „Aufmerksamkeits- und Sprachbeeinträchtigung“ tendenziell höhere Werte in der Subgruppe

mit höherer Ich-Psychopathologie (Tabelle 4.42). Die Verteilungscharakteristika der Skalenwerte sind in Abbildung 4.16 in Form von Boxplots dargestellt.

**Tabelle 4.42 Univariate Einzelvergleiche der Skalen zur Psychopathologie**

	Mittelwert (Standardabweichung)		p
	IPP niedrig	IPP hoch	
ESI Aufmerksamkeits- und Sprachbeeinträchtigung	4,83 (3,76)	9,25 (4,59)	0,079
ESI Akustische Unsicherheit	5,83 (4,96)	7,50 (3,30)	0,463
ESI Wahrnehmungsabweichung	4,67 (5,05)	5,13 (2,70)	0,829
ESI Beziehungsideen	6,67 (6,25)	6,63 (4,17)	0,988
ESI Offenheit	6,00 (3,29)	5,38 (4,24)	0,770
BDI	7,67 (4,50)	10,75 (13,41)	0,602

**Abbildung 4.16 Boxplots der psychopathologierelevanten Skalen**



Weiters wurde mithilfe einer multivariaten Varianzanalyse überprüft, ob sich die beiden Subgruppen schizophrener Erkrankter hinsichtlich der Lebensqualität, gemessen mit dem Fragebogen WHOQOL-100, unterscheiden. Ein solcher Unterschied bestand nicht (Tabelle 4.43).

**Tabelle 4.43 WHOQOL-Skalen, multivariater Vergleich**

	Wilks-Lambda	F(6,9)	p
IPP niedrig vs. hoch	0,64	0,845	0,566

Univariate Einzelvergleiche ergaben keinerlei tendenzielle Unterschiede zwischen den beiden Subgruppen (Tabelle 4.44). Die Verteilungen der Skalenwerte sind in den Boxplots in Abbildung 4.17 dargestellt.

**Tabelle 4.44 WHOQOL-Skalen, Mittelwerte und univariate Einzelvergleiche**

	Mittelwert (Standardabweichung)		p
	Kontrollgruppe	schizophrene Erkrankung	
Domäne 1: Physisch	63,02 (20,01)	55,21 (13,18)	0,373
Domäne 2: Psychisch	60,00 (20,40)	51,09 (22,55)	0,421
Domäne 3: Unabhängigkeit	58,20 (20,45)	49,80 (26,26)	0,487
Domäne 4: Soziale Beziehungen	65,63 (22,10)	51,04 (15,39)	0,148
Domäne 5: Umwelt	69,34 (20,09)	62,60 (12,50)	0,434
Domäne 6: Religion	71,09 (19,46)	51,56 (30,21)	0,146



**Tabelle 4.45 Ergebnis der multivariaten Varianzanalyse zum Vergleich der drei Teilstichproben anhand der ausgewählten sinn-/spiritualitätsbezogenen Skalen**

	Wilks-Lambda	F(26,24)	p
<b>Kontrollgruppe vs. IPP niedrig vs. IPP hoch</b>	<b>0,088</b>	<b>2,187</b>	<b>0,029</b>

Kovariate: Geschlecht, Alter, Schulbildung

Im Anschluss daran wurden univariate Einzelvergleiche durchgeführt (Tabelle 4.46). Dabei zeigte sich, dass die Existenzskala und die Skalen MMRI, „Quest“, „Intrinsische Religiosität“, „Extrinsische Religiosität“ und die Subskalen „Religiöse Ideologie“, „Gebet“ und „Religiöse Erfahrung“ der Zentralitätsskala für den Gruppenunterschied verantwortlich waren.

**Tabelle 4.46 Univariate Einzelvergleiche der sinn-/spiritualitätsbezogenen Skalen**

	Mittelwert (Standardabweichung)			p
	Kontrollgruppe	IPP niedrig	IPP hoch	
<b>ESK Gesamtwert (existenzielle Erfüllung)</b>	<b>234,5 (27,0)</b>	<b>210,3 (23,5)</b>	<b>183,5 (40,5)</b>	<b>0,016</b>
LeBe Gesamtscore	403,5 (68,5)	445,6 (61,2)	398,3 (61,5)	0,340
WHOQOL-100 Domäne 6: Religion	79,02 (24,59)	71,09 (19,46)	51,56 (30,21)	0,215
<b>MMRI Gesamtscore</b>	<b>72,21 (35,73)</b>	<b>106,13 (28,84)</b>	<b>88,75 (25,09)</b>	<b>0,004</b>
Transpersonales Vertrauen (TPV)	16,79 (14,71)	23,13 (11,06)	20,25 (10,35)	0,091
<b>FRO quest</b>	<b>40,07 (14,49)</b>	<b>45,25 (11,20)</b>	<b>54,63 (20,37)</b>	<b>0,038</b>
<b>FRO intrinsische Religiosität</b>	<b>27,79 (11,57)</b>	<b>41,13 (12,92)</b>	<b>32,00 (6,46)</b>	<b>0,004</b>
<b>FRO extrinsische Religiosität</b>	<b>14,36 (8,17)</b>	<b>29,50 (11,46)</b>	<b>18,13 (9,25)</b>	<b>0,001</b>
Z Kognitives Interesse an religiösen Fragen	5,00 (2,00)	5,88 (3,40)	5,25 (2,38)	0,547
<b>Z Religiöse Ideologie</b>	<b>5,79 (4,66)</b>	<b>8,00 (3,85)</b>	<b>6,50 (3,25)</b>	<b>0,040</b>
<b>Z Gebet</b>	<b>4,00 (3,09)</b>	<b>7,31 (4,08)</b>	<b>4,00 (3,02)</b>	<b>0,017</b>
<b>Z Religiöse Erfahrung</b>	<b>2,21 (2,61)</b>	<b>6,00 (4,63)</b>	<b>4,63 (3,74)</b>	<b>0,003</b>
Z Gottesdienst	3,29 (2,58)	4,63 (3,70)	2,69 (1,53)	0,320

Geplante Kontraste (IPP niedrig vs. Kontrollgruppe und IPP hoch vs. Kontrollgruppe) ergaben, dass beide Subgruppen gegenüber der Kontrollgruppe erhöhte Werte im Münchner Motivationspsychologischen Religiositäts-Inventar (MMRI) sowie in den Subskalen „Religiöse Ideologie“ und „Religiöse Erfahrung“ der Zentralitätsskala aufwiesen. In der Subgruppe der schizophren Erkrankten mit niedrig ausgeprägter Ich-Psychopathologie zeigten sich zusätzlich höhere Werte in den Skalen „Intrinsische Religiosität“, „Extrinsische Religiosität“ und der Subskala „Gebet“ der Zentralitätsskala. In der Subgruppe mit stärker ausgeprägte Ich-Psychopathologie hingegen waren die Werte auf der Skala „Quest“ erhöht, auf der Existenz-Skala (ESK) jedoch erniedrigt.

**Tabelle 4.47 Kontraste zwischen der Kontrollgruppe und den beiden Subgruppen schizophren Erkrankter**

	Kontrollgruppe geschätzte Randmittel	Personen mit schizophrener Erkrankung			
		IPP niedrig vs. Kontrollgruppe		IPP hoch vs. Kontrollgruppe	
		geschätzte Randmittel	p	geschätzte Randmittel	p
<b>ESK Gesamtwert (existentielle Erfüllungtheit)</b>	234,0	207,8	0,081	<b>186,8</b>	<b>0,006</b>
LeBe Gesamtscore	397,2	441,8	0,146	413,0	0,627
WHOQOL-100 Domäne 6: Religion	77,62	70,83	0,574	54,28	0,083
<b>MMRI Gesamtscore</b>	66,95	<b>109,75</b>	<b>0,002</b>	<b>94,34</b>	<b>0,045</b>
Transpersonales Vertrauen (TPV)	14,24	23,72	0,067	24,11	0,077
<b>FRO quest</b>	37,93	45,42	0,285	<b>58,22</b>	<b>0,011</b>
<b>FRO intrinsische Religiosität</b>	26,98	<b>42,68</b>	<b>0,001</b>	31,87	0,287
<b>FRO extrinsische Religiosität</b>	13,16	<b>30,29</b>	<b>&lt;0,001</b>	19,43	0,171
Z Kognitives Interesse an religiösen Fragen	4,79	5,71	0,369	5,77	0,375
<b>Z Religiöse Ideologie</b>	4,80	<b>8,02</b>	<b>0,033</b>	<b>8,19</b>	<b>0,038</b>
<b>Z Gebet</b>	3,55	<b>7,70</b>	<b>0,005</b>	4,41	0,559
<b>Z Religiöse Erfahrung</b>	1,50	<b>6,18</b>	<b>0,002</b>	<b>5,70</b>	<b>0,009</b>
Z Gottesdienst	3,12	4,73	0,181	2,87	0,846

Einfache Kontraste

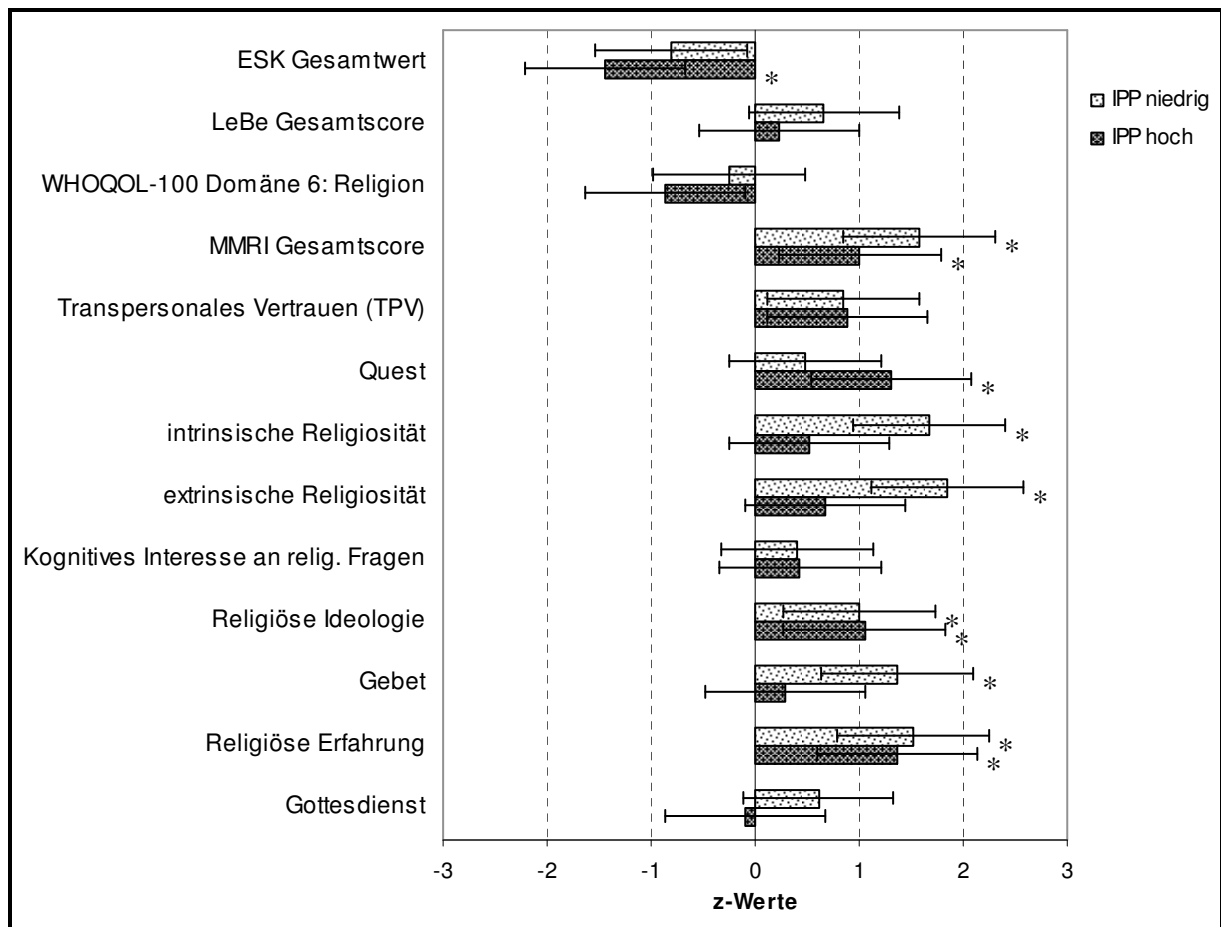
In Tabelle 4.47 sind die geschätzten Randmittel, d.h. die vom Einfluss der Kovariate Alter, Geschlecht und Schulbildung bereinigten Mittelwerte, und die Ergebnisse der geplanten Kontraste zusammengefasst, wobei signifikante Unterschiede durch graue Hinterlegung gekennzeichnet sind.

Um ein anschauliche Darstellung der Ergebnisse zu ermöglichen, wurden die geschätzten Randmittel auf Basis der Kontrollgruppenwerte nach folgender Formel standardisiert:

$$\frac{\text{geschätztes Randmittel (IPP niedrig bzw. IPP hoch)} - \text{geschätztes Randmittel (Kontrollgruppe)}}{\text{Standardabweichung der bereinigten Kontrollgruppenwerte}}$$

Diese standardisierten Werte sind mit den dazugehörigen Konfidenzintervallen in Abbildung 4.18 wiedergegeben.

**Abbildung 4.18 z-transformierte geschätzte Randmittel im Vergleich zur Kontrollgruppe**



Die Balken entsprechen den geschätzten Randmitteln, d.h. vom Einfluss der Kovariate Alter, Geschlecht und Schulbildung bereinigten Mittelwerten; die zusätzlichen Strichmarkierungen zeigen das Konfidenzintervall (95%) an; die Nulllinie (z=0) wird durch den Wert der Kontrollgruppe gebildet

\* p < 0,05

### 4.3.3 Vergleich der beiden Testhälften des MMRI

Das Münchner Motivationspsychologische Religiositäts-Inventar (MMRI) wurde in zwei Hälften geteilt, wobei darauf geachtet wurde, dass jeder der vier Faktoren des Inventars zu gleichen Teilen in den beiden Hälften vertreten war. Beide Testhälften wiesen eine ausreichende Reliabilität, ausgedrückt durch Cronbachs Alpha, auf (Tabelle 4.48). Eine detaillierte Analyse der einzelnen Faktoren unterblieb, weil einige der Faktoren durch die Teilung keine dafür hinreichende Länge erreichten.

**Tabelle 4.48 Innere Konsistenz der beiden Testhälften**

	Cronbachs Alpha	
	Kontrollgruppe	schizophrene Erkrankung
MMRI Gesamtscore t1	0,944	0,894
MMRI Gesamtscore t2	0,919	0,848

Für den Vergleich von Priming-Effekten in der Kontrollgruppe und der Gruppe der schizophren Erkrankten wurde eine Testhälfte am Ende der ersten Testsitzung (ohne Priming) und eine am Ende der zweiten Testsitzung (mit Priming) vorgegeben. Die Testwerte wurden in einem zweifaktoriellen Design varianzanalytisch auf Unterschiede überprüft. Der erste Faktor war durch die Gruppenzugehörigkeit (Kontrollgruppe vs. Gruppe schizophrene Erkrankter) gegeben und der zweite Faktor durch die Testbedingung (ohne Priming vs. mit Priming). Der zweite Faktor wurde als Messwiederholungsfaktor definiert. Wie bei den in den vorangegangenen Abschnitten dargestellten Varianzanalysen wurden auch hier die Variablen Alter, Geschlecht und Schulbildung als Kovariate einbezogen. Als Ergebnis zeigten sich ein signifikanter Haupteffekt „Gruppe“ und eine signifikante Wechselwirkung zwischen den beiden Faktoren „Gruppe“ und „Priming“ (Tabelle 4.49).

**Tabelle 4.49 Ergebnis der Varianzanalyse mit Messwiederholung (abhängige Variable: MMRI)**

	Wilks-Lambda	F(1,27)	p
<u>Haupteffekte</u>			
<b>Gruppe</b>		<b>6,856</b>	<b>0,014</b>
Priming	0,998	0,059	0,810
<u>Wechselwirkung</u>			
<b>Priming * Gruppe</b>	<b>0,854</b>	<b>4,614</b>	<b>0,041</b>

Kovariate: Geschlecht, Alter, Schulbildung

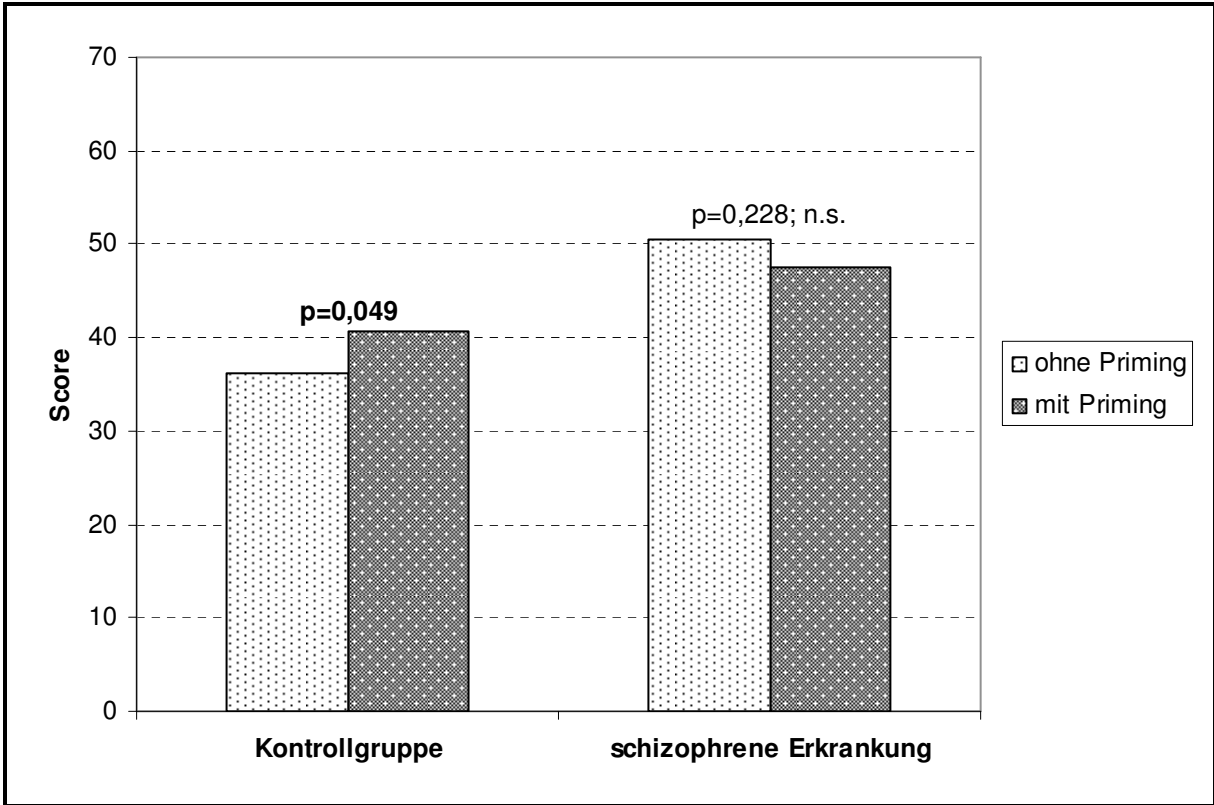
In Tabelle 4.50 sind die deskriptiven Statistiken der MMRI-Werte in den beiden Gruppen unter beiden Testbedingungen aufgelistet. Daraus ist ersichtlich, dass der Gruppenunterschied darin begründet ist, dass die schizophren Erkrankten im Mittel höhere Werte im MMRI aufwiesen als die gesunden Kontrollpersonen.

**Tabelle 4.50 MMRI Gesamtwerte am Ende des ersten Testkonvoluts (ohne Priming) und am Ende des zweiten Testkonvoluts (mit Priming)**

	Mittelwert (Standardabweichung)	
	ohne Priming (1. Testsitzung)	mit Priming (2. Testsitzung)
Kontrollgruppe (N=13)	36,08 (16,55)	40,62 (17,14)
schizophrene Erkrankung (N=19)	50,42 (15,66)	47,58 (13,50)
Gesamt (N=32)	44,59 (17,31)	44,75 (15,22)

Zur Interpretation der Wechselwirkung zwischen „Gruppe“ und „Priming“ wurden Post-Hoc-t-Tests durchgeführt. Dabei zeigte sich bei zweiseitiger Prüfung in der Kontrollgruppe ein signifikant höherer MMRI-Gesamtscore unter der Priming-Bedingung verglichen mit der Nicht-Priming-Bedingung ( $t=-2,185$ ;  $p=0,049$ ). In der klinischen Gruppe hingegen bestanden keine Unterschiede ( $t=1,248$ ;  $p=0,228$ ) zwischen den beiden Bedingungen (Abbildung 4.19).

Abbildung 4.19 Wechselwirkung zwischen den Faktoren „Gruppe“ und „Priming“



## 5. Diskussion

Im Hinblick auf die erste Fragestellung, ob es einen qualitativen Unterschied in der Sinn-Dimension bzw. Spiritualität von gesunden Kontrollpersonen und Personen mit einer schizophrenen Erkrankung gibt, zeigten sich in der vorliegenden Untersuchung unterschiedliche Ergebnisse für die Sinn-Skalen (Existenz-Skala und LeBe) auf der einen und für die Spiritualitäts-/Religiositäts-Skalen im engeren Sinn auf der anderen Seite; die Skala „Transpersonales Vertrauen“ reihte sich aufgrund der Ergebnisse in letztere Kategorie ein. Alle hier verwendeten spiritualitäts-bezogenen Skalen erwiesen sich hinsichtlich ihrer Reliabilität und ihrer zumindest in Grundzügen der theoretischen Erwartung entsprechenden Faktorenstruktur als brauchbare Instrumente in beiden Stichproben. Dies kann als Hinweis darauf gewertet werden, dass die den Skalen zugrunde liegenden theoretischen Konzepte sowohl bei gesunden als auch bei schizophren Erkrankten anwendbar sind. Anders stellte sich die Situation bei den Sinn-Skalen dar: Die theoretische dimensionale Struktur der Existenz-Skala konnte weder in der Kontrollgruppe noch in der klinischen Gruppe gefunden werden. Zumindest in den hier untersuchten Stichproben scheinen daher die theoretischen Grundlagen der Existenz-Skala nicht relevant zu sein; die Frage nach einem diesbezüglichen Unterschied kann daher nicht sinnvoll gestellt werden. Aber auch in der Eichstichprobe (N=1028) der Testkonstruktion wurden durch eine Faktorenanalyse nur 35% der Varianz aufgeklärt (Längle et al., 2000), somit steht das in der vorliegenden Untersuchung erzielte Ergebnis in Einklang mit der Literatur. Hinsichtlich des zweiten hier eingesetzten sinn-bezogenen Instruments, des Fragebogens zu Lebensbedeutungen und Lebenssinn (LeBe), zeigte sich jedoch ein deutlicher Unterschied zwischen den beiden Gruppen: Während sich der Fragebogen aus testtheoretischer Sicht in der Kontrollgruppe gut bewährte, fand sich in der klinischen Gruppe keine Bestätigung für die dimensionale Struktur. Die Dimensionen „Selbsttranszendenz“ („vertikal“ bzw. „horizontal“), „Selbstverwirklichung“, „Ordnung“ und „Wir- und Wohlgefühl“ scheinen daher für die Strukturierung der Sinn-Dimension relevante Konzepte darzustellen, allerdings nur bei gesunden und nicht bei schizophren erkrankten Personen.

Ähnlich wie bei der ersten Fragestellung bieten auch die Ergebnisse zur zweiten Fragestellung („Gibt es korrelative Zusammenhänge zwischen psychopathologischen Symptomen und sinn-/spiritualitätsbezogenen Skalen?“) ein differenziertes Bild für die Sinn-Skalen einerseits und die Spiritualitäts-Skalen andererseits. Überraschenderweise erwiesen sich die Sinn- und die Spiritualitätsdimension in hohem Maß unabhängig voneinander, obwohl bei der Konstruktion

der beiden hier verwendeten Fragebögen die Erfassung von Spiritualität bzw. Transzendenz mit intendiert war. Sowohl die Existenz-Skala als auch der Fragebogen LeBe enthalten eine Subskala mit der Bezeichnung „Selbst-Transzendenz“, allerdings mit verschiedenem Schwerpunkt. In der Existenz-Skala ist damit eher die Tiefe des Erlebens und Berührt-Werdens in empathischer und ethischer Hinsicht gemeint (Längle et al., 2000); im Fragebogen LeBe ist diese Subskala in zwei Anteile („vertikal“ und „horizontal“) unterteilt, wobei ersterer die Ausrichtung auf eine höhere, jenseitige Welt erfasst und letzterer auf ethische Verantwortungsübernahme abzielt (Schnell & Becker, 2007). Der korrelative Zusammenhang zwischen der Spiritualitäts- und der Sinn-Dimension einerseits und dem Eppendorfer Schizophrenie-Inventar (das im Bereich des Gesunden schizotypische Persönlichkeitsmerkmale erfasst) andererseits war in der Kontrollgruppe gering; er bestand aus einem faktorenanalytisch gewonnenen Faktor, den man am besten mit „Sinnsuche / Sinnerfülltheit“ bezeichnen könnte und der aus den Skalen „Beziehungsideen“ (ESI), „Quest“, „Kognitives Interesse an religiösen Fragen“ und dem LeBe-Gesamtwert gebildet wurde. Joseph und Diduca (2001) hatten in einer sehr großen Stichprobe einen komplexen Zusammenhang zwischen Schizotypie, gemessen mit dem Multidimensional Schizotypal Traits Questionnaire (Rawlings & MacFarlane, 1994), und Religiosität festgestellt: die Dimensionen „Magical ideation“ und vor allem „Impulsive nonconformity“ korrelierten negativ und die Dimension „Perceptual aberration“ korrelierte positiv mit Religiosität, allerdings in geringerem Ausmaß. Die ersteren beiden Dimensionen von Schizotypie haben keine Entsprechung im Eppendorfer Schizophrenie-Inventar, letztere hingegen wird von den beiden ESI-Skalen „Akustische Unsicherheit“ und „Wahrnehmungsabweichung“ abgedeckt. Die ESI-Subskala „Beziehungsideen“ wiederum hat ein ungefähres Gegenstück in der Dimension „Paranoid ideation“ des Multidimensional Schizotypal Traits Questionnaire. In der Untersuchung von Joseph und Diduca korrelierte „Paranoid ideation“ in nicht signifikanter Höhe negativ mit Religiosität, während in der vorliegenden Untersuchung die Skala „Beziehungsideen“ positiv mit den Religiositätsskalen „Quest“ und „Kognitives Interesse an religiösen Fragen“ korrelierte. In der vorliegenden Untersuchung bestätigen sich also die von Joseph und Diduca (2001) gefundenen Korrelationen zwischen einzelnen Dimensionen schizotypischer Persönlichkeitsmerkmale und Religiosität nicht, wobei aber berücksichtigt werden muss, dass die verwendeten Skalen nur bedingt vergleichbar sind. Eine Übereinstimmung mit der zitierten Studie besteht jedoch darin, dass schizotypische Merkmale und Religiosität nur in Teilbereichen korrelieren und dass sie in keiner engen Beziehung zueinander stehen. Derselbe Befund geringen Zusammenhangs zwischen den ESI-Skalen und

den Spiritualitäts-/Religiositätsskalen trifft auch auf die Gruppe der schizophren Erkrankten in der vorliegenden Stichprobe zu. Dieses Ergebnis entspricht der einschlägigen Literatur, die von Loewenthal (2007) mit den Worten zusammengefasst wird: „...although there are often religious symptoms in schizophrenia, religion as such is not clearly related to schizophrenia in correlational studies.“ (S. 14).

Auch zwischen dem BDI und den Spiritualitäts-/Religiositätsskalen zeigten sich sowohl bei den gesunden Kontrollpersonen als auch in der klinischen Gruppe kaum Zusammenhänge, abgesehen von der spiritualitätsbezogenen Lebensqualität. Dabei ist anzumerken, dass die untersuchten Personen nicht das klinische Vollbild einer Depression boten, sondern einzelne depressive Symptome in stärkerem oder schwächerem Ausmaß berichteten. Ein höherer BDI-Wert könnte in diesem Ausprägungsbereich im Sinne verminderten Wohlbefindens („Well-Being“) interpretiert werden. Wohlbefinden umfasst aber mehr als die bloße Abwesenheit depressiver Symptomatik; dies mag der Grund dafür sein, dass der in der Literatur überwiegend berichtete Zusammenhang zwischen Wohlbefinden und Religiosität (Koenig, McCullough, & Larson, 2001) in der vorliegenden Untersuchung keinen Niederschlag gefunden hat. Im Unterschied zur Religiositäts-Dimension bestand zwischen der Sinn-Dimension und der depressiven Symptomatik sowohl in der Kontrollgruppe als auch in der klinischen Gruppe ein Zusammenhang in Form einer negativen Beziehung zwischen der Existenz-Skala und dem BDI.

Im Unterschied zur vorwiegend perzeptiv/kognitiven Symptomatik, die durch das ESI erfasst wird, korrelierten die ich-psychopathologischen Symptome in der Gruppe der schizophren Erkrankten deutlich mit den Religiositäts-/Spiritualitätsskalen. Der Zusammenhang stellte sich so dar, dass vor allem der ichstörungsbedingte Identitäts- und Autonomieverlust mit einer verringerten Spiritualität/Religiosität und vermehrtem religiösem Zweifel assoziiert war. Diese Ergebnis steht in Einklang mit der Literatur, wonach die religiöse Orientierung ein wesentlicher Aspekt sozialer Identität ist (Beit-Hallahmi, 1989), der bereits in früher Kindheit von den Eltern übernommen wird und sich in vielfältiger Weise auf das Verhalten auswirkt (Beit-Hallahmi & Argyle, 1997); ein Zusammenhang zwischen Identitätsverlust und Religionsverlust ist vor diesem Hintergrund plausibel. Die beiden sinn-bezogenen Skalen, LeBe und die Existenz-Skala, erwiesen sich hingegen als eher unabhängig von der Ich-Psychopathologie.

Die dritte Fragestellung, ob sich gesunde Kontrollpersonen und Personen mit einer schizophrenen Erkrankung in der quantitativen Ausprägung der Sinn- und der Spiritualitäts-/Religiositätsdimension unterscheiden, wird durch die Ergebnisse der vorliegenden Studie im Sinne einer deutlich erhöhten Religiosität in der klinischen Gruppe bei gleichzeitig verminderter Kompetenz für Sinnerfülltheit (Längle et al., 2000) beantwortet. Zum Ausmaß der Religiosität bei schizophren Erkrankten gibt es, abgesehen von Literatur zum religiösen Wahn, wenig publizierte Daten, die ihrerseits kein klares Bild ergeben. So fanden Cothran und Harvey (1986), dass schizophrene Patienten ohne religiösem Wahn sich selbst in gleichem Ausmaß wie gesunde Kontrollpersonen als religiös einstufen, während schizophrene Patienten mit religiösem Wahn eine höhere Religiosität angaben, aber zugleich weniger Zustimmung zu grundlegenden religiösen Glaubenssätzen zeigten. Neeleman und Lewis (1994) berichten, dass psychotische Patienten mehr Zustimmung zu Glaubenssätzen zeigten und mehr religiöse Aktivitäten ausübten als nichtpsychiatrische Patienten. Eine jüngere Studie (Huguelet, Mohr, Borrás, Gillieron, & Brandt, 2006) kommt zum Schluss, dass schizophrene erkrankte Personen religiöser sind als die Normalbevölkerung. Allerdings finden sich in den Daten aus der zitierten Studie auch Hinweise darauf, dass in der Gruppe der schizophrenen Patienten nicht nur Personen mit hoher Religiosität überrepräsentiert sind, sondern auch Personen mit sehr geringer Religiosität. Eine mögliche Erklärung für diese Polarisierung könnte sein, dass bei manchen schizophren Erkrankten eine bislang nicht berücksichtigte Variable wirksam wird, die mit verringerter Religiosität einhergeht.

Die vierte Fragestellung der vorliegenden Untersuchung beschäftigte sich mit einem möglichen Kandidaten für eine Variable mit moderierender Wirkung auf Religiosität: dem Ausmaß an Ich-Psychopathologie. Dabei zeigte sich, dass sowohl die schizophren Erkrankten mit geringerer als auch jene mit stärkerer Ich-Psychopathologie in Teilaspekten religiöser waren als die gesunden Kontrollpersonen. Allerdings war in der Gruppe mit stärkerer Ich-Psychopathologie die Skala „Quest“ stärker ausgeprägt, die auf die Messung spiritueller Suche abzielt (Batson, 1976), gleichzeitig aber auch sensitiv für religiösen Zweifel und religiösen Konflikt ist (Spilka, Kojetin, & McIntosh, 1985). Dass letztere Interpretation in der klinischen Gruppe mit stärkerer Ich-Psychopathologie eher zutrifft, wird dadurch gestützt, dass dieselben Patienten auf den Skalen „Gebet“, „Intrinsische Religiosität“ sowie „Extrinsische Religiosität“ weniger hohe Werte aufwiesen und dass sie gegenüber der Kontrollgruppe geringere Gesamtscores auf der Existenz-Skala erreichten.

Unabhängig vom Grad der Ich-Psychopathologie berichteten die schizophren Erkrankten hoch signifikant häufiger als die gesunden Kontrollpersonen religiöse Erlebnisse. Dies entspricht den Ergebnissen von Neeleman und Lewis (1994), die bei psychotischen Patienten eine fast dreimal so große Häufigkeit von religiösen Erlebnissen feststellten wie bei nichtpsychiatrischen Patienten.

Religiöse Erlebnisse und psychotische Erlebnisse ähneln einander in inhaltlicher Hinsicht stark, worauf bereits William James (1902/1997) hingewiesen hat. Sie unterscheiden sich jedoch darin, dass erstere meist als angenehm, harmonisch, allumfassend und Kraft für das tägliche Leben gebend erfahren werden, letztere hingegen als unangenehm, Angst machend, detailverhaftet und das tägliche Leben erschwerend; eine Übersicht über die Literatur zu diesem Thema findet sich bei Nelson (2009, S. 113ff). Ob eine außergewöhnliche Erfahrung als religiös oder als psychotisch erlebt und verarbeitet wird, hängt vielleicht von der Stabilität der Ich-Struktur (Scharfetter, 1994) oder von der Funktionalität der Ich-Grenzen (Sims, 2010) ab. Die Ergebnisse der vorliegenden Untersuchung stützen die Ansicht, dass Symptome einer Ichstörung einer religiösen Verarbeitung von außergewöhnlichen Erlebnissen im Wege stehen. Allerdings korrelierten vor allem Symptome des Identitäts- und Autonomieverlusts mit spirituell/religiöser Verunsicherung, nicht aber Symptome im Sinne einer Auflösung der Ich-Grenzen.

In der fünften Fragestellung wurde ein potentieller Einflussfaktor auf die Ergebnisse von Fragebogenstudien bzw. Interviews mit spirituell/religiösem Inhalt untersucht, nämlich Priming. Die religiöse Orientierung stellt, wie bereits erwähnt, einen wichtigen Bestandteil sozialer Identität dar; es kann daher davon ausgegangen werden, dass durch die Konfrontation mit Aussagen, die Glaubensinhalte, religiöse Handlungen und religiöses Erleben beschreiben, die soziale Kategorie „religiös/spirituell ausgerichteter Mensch“ aktiviert wird. In der vorliegenden Untersuchung zeigte sich, dass die gesunden Kontrollpersonen nach Priming mit dieser sozialen Kategorie einen religionspsychologischen Fragebogen im Sinne größerer Religiosität beantworteten, verglichen mit der Fragebogenbeantwortung ohne Priming. Dieses Ergebnis steht in Einklang mit der sozialpsychologischen Literatur, wonach Priming mit einer sozialen Kategorie einen Einfluss auf Einstellungen und Verhaltensweisen hat, und zwar im Sinne größerer Kongruenz mit der geprägten sozialen Kategorie (Bargh, Chen, & Burrows, 1996; Kawakami et al., 2003).

Bei den schizophren Erkrankten in der vorliegenden Untersuchung trat dieser Effekt nicht auf. Dafür wären drei verschiedene Erklärungsansätze denkbar: 1) In der klinischen Gruppe war die empfundene Distanz zwischen der geprimten und der eigenen sozialen Identität so groß, dass anstelle eines Assimilations- ein Kontrasteffekt aufgetreten ist (Ledgerwood & Chaiken, 2007). Diese Erklärung ist wenig wahrscheinlich, weil die schizophren Erkrankten religiöser waren als die gesunden Kontrollpersonen und daher der geprimten Kategorie näher stehen müssten als die Kontrollpersonen. 2) Die schizophren Erkrankten wiesen eine Störung der Primingmechanismen auf. Zum Thema Priming bei Schizophrenie existiert eine Fülle an Literatur, wobei sowohl Hypo- als auch Hyperpriming im Vergleich zu gesunden Personen berichtet wurden. Allerdings beschränken sich die Forschungsergebnisse hauptsächlich auf den Bereich des semantischen Priming bei einfachen Aufgaben (wie z.B. Lexical Decision Task), und die Ergebnisse lassen keinen eindeutigen Schluss zu (Pomarol-Clotet, Oh, Laws, & McKenna, 2008). 3) Die schizophren erkrankten Personen verfügten zwar über intakte Primingmechanismen, aber sie nahmen aufgrund gestörter sozialer Kognition die geprimte Kategorie nicht in gleicher Weise wahr wie die gesunden Kontrollpersonen. Auch zur sozialen Kognition bei Schizophrenie gibt es eine reiche Literatur, die sich aber wiederum hauptsächlich mit drei Themen beschäftigt: Emotionswahrnehmung, Theory of Mind und Kontrollüberzeugungen (Penn et al., 2008). Obwohl gut bestätigte Abweichungen bzw. Defizite schizophren Erkrankter in diesen drei Bereichen vorliegen, ist es nicht ausgemacht, dass dies auf die vorliegende Untersuchung generalisierbar ist. Die Frage, ob das hier gefundene Ergebnis auf defizitäre Primingmechanismen oder defizitäre soziale Kognition bei schizophren Erkrankten zurückzuführen ist, bleibt somit offen.

Eine Schwäche der vorliegenden Arbeit ist zweifellos die geringe Stichprobengröße. Zur Kompensation dieses Mankos wurde besonderer Wert darauf gelegt, aufgrund objektiver testtheoretischer Kriterien nur solche Variablen in die endgültige Analyse aufzunehmen, die mit großer Messgenauigkeit erfasst werden konnten. Eine weitere Schwäche liegt darin, dass alle Ergebnisse mit Ausnahme des Priming-Ergebnisses post hoc gewonnen wurden. Das hat zur Folge, dass Aussagen über die Kausalrichtung im strengen Sinn nicht getroffen werden können; die Kausalrichtung kann nur aufgrund theoretischer Überlegungen angenommen werden. Dies gilt aber in gleicher Weise für den Großteil der einschlägigen Literatur. Die Ergebnisse der vorliegenden Untersuchung wurden im Sinne einer Beeinflussung von Religiosität durch eine schizophrene Erkrankung interpretiert, unter der Annahme dass dem schizophrenen Krankheitsgeschehen zumindest teilweise eine körperliche Basis im Sinne

eines Prozesses (Jaspers, 1913) zugrunde liegt. Eine solche Betrachtungsweise hat auch therapeutische Konsequenzen: Während manche schizophrene Patienten von religiösem Coping profitieren können (Koenig, 2009 ), gibt es vielleicht auch eine Gruppe von schizophrenen Patienten, die aufgrund ihrer Erkrankung zu positivem religiösem Coping nicht in der Lage sind. Die Ergebnisse der vorliegenden Untersuchung deuten darauf hin, dass letzteres bei Patienten mit einer ausgeprägten Ichstörung der Fall sein könnte.

Wenn auch die vorliegende Arbeit viele Fragen offen lässt und viele Schlussfolgerungen nur tentativen Charakter haben, kann vielleicht am Ende doch folgendes Resümee gezogen werden: eine weiterführende Forschung zum Themenkomplex der Ichstörung bzw. Identität bei einer schizophrenen Erkrankung und ihr Zusammenhang mit Religion wie auch mit anderen wirklichkeits- und identitätskonstituierenden Lebensäußerungen, auch unter Einbeziehung sozialpsychologischer Konzepte, könnte wertvolle Erkenntnisse bringen und wäre dringend nötig.

## Literatur

- Albani, C., Bailer, H., Blaser, G., Geyer, M., Brähler, E., & Grulke, N. (2003). Psychometrische Überprüfung der Skala „Transpersonales Vertrauen“ (TPV) in einer repräsentativen Bevölkerungsstichprobe. *Transpersonale Psychologie und Psychotherapie*, 9(2), 86-98.
- Allport, G. W. (1949). *Persönlichkeit. Struktur, Entwicklung und Erfassung der menschlichen Eigenart*. Stuttgart: Klett.
- Allport, G. W., & Ross, J. M. (1967). Personal religious orientation and prejudice. *Journal of Personality and Social Psychology*, 5(4), 432-443.
- Angermeyer, M. C., Kilian, R., & Matschinger, H. (2000). *WHOQOL-100 und WHOQOL-BREF. Handbuch für die deutschsprachige Version der WHO Instrumente zur Erfassung von Lebensqualität*. Göttingen: Hogrefe.
- Bargh, J. A., Chen, M., & Burrows, L. (1996). Automaticity of Social Behavior: Direct Effects of Trait Construct and Stereotype Activation on Action. *Journal of Personality and Social Psychology*, 71(2), 230-244.
- Batson, C. D. (1976). Religion as prosocial: Agent or double agent? *Journal for the Scientific Study of Religion*, 15(1), 29-45.
- Batson, C. D., & Schoenrade, P. A. (1991). Measuring Religion as Quest: 2) Reliability Concerns. *Journal for the Scientific Study of Religion*, 30(4), 430-447.
- Beit-Hallahmi, B. (1989). *Prolegomena to the psychological study of religion*. Bucknell University Press.
- Beit-Hallahmi, B., & Argyle, M. (1997). *The psychology of religious behaviour, belief and experience*. London: Routledge.
- Belschner, W. (2000) Transpersonales Vertrauen. Manual zur Skala. *Transpersonale Berichte*. Universität Oldenburg.
- Bishop, J. P. (2009). Biopsychosociospiritual Medicine and Other Political Schemes. *Christian Bioethics*, 15(3), 254-276.
- Blankenburg, W. (1971). *Der Verlust der natürlichen Selbstverständlichkeit. Ein Beitrag zur Psychopathologie symptomarmer Schizophrenien*. Stuttgart: Enke.
- Bleuler, E. (1911). *Dementia praecox oder Gruppe der Schizophrenien*. Leipzig und Wien: Deuticke.

- Boisen, A. T. (1936). *The Exploration of the Inner World: A Study of Mental Disorder and Religious Experience*. New York: Harper & Brothers.
- Conrad, K. (1958/1966). *Die beginnende Schizophrenie. Versuch einer Gestaltanalyse des Wahns (2. Aufl.)*. Stuttgart: Thieme.
- Cothran, M. M., & Harvey, P. D. (1986). Delusional Thinking in Psychotics: Correlates of Religious Content. *Psychological Reports*, 58, 191-199.
- Dilling, H., Mombour, W., & Schmidt, M. H. (2006). *Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V (F). Klinisch-diagnostische Leitlinien (6. vollst. überarb. Aufl.)*. Bern: Huber.
- Frankl, V. (1948/1974). *Der unbewußte Gott: Psychotherapie und Religion*. München: Kösel.
- Fransella, F. (Hrsg.). (2003). *International Handbook of Personal Construct Psychology*. Chichester: John Wiley & Sons.
- Freud, S., & Pfister, O. (1963). *Briefe 1909-1939. Hrsg. von Ernst L. Freud und Heinrich Meng*. Frankfurt am Main: S. Fischer.
- Galton, F. (1872). Statistical Inquiries into the Efficacy of Prayer. *Fortnightly Review*, 12.
- Galton, F. (1908). *Memories of My Life*. London: Methuen.
- Girgensohn, K. (1921). *Der seelische Aufbau des religiösen Erlebens. Eine religionspsychologische Untersuchung auf experimenteller Grundlage*. Leipzig: Hirzel.
- Glock, C. Y. (1969). Über die Dimensionen der Religiosität. In J. Matthes (Hrsg.), *Kirche und Gesellschaft. Einführung in die Religionssoziologie* (Bd. 2, S. 150-168). Reinbek: Rowohlt.
- Gorsuch, R. L., & McPherson, S. E. (1989). Intrinsic/Extrinsic Measurement: I/E-Revised and Single-Item Scales. *Journal for the Scientific Study of Religion*, 28(3), 348-354.
- Grom, B. (1996). *Religionspsychologie (2. Aufl.)*. München/Göttingen: Kösel/Vandenhoeck & Ruprecht.
- Grom, B., Hellmeister, G., & Zwingmann, C. (1998). Münchner Motivationspsychologisches Religiositäts-Inventar (MMRI). Entwicklung eines neuen Meßinstruments für die religionspsychologische Forschung. In C. Henning & E. Nestler (Hrsg.), *Religion und Religiosität zwischen Theologie und Psychologie. Bad Bollener Beiträge zur Religionspsychologie* (S. 181-203). Frankfurt am Main: Lang.
- Gruehn, W. (1926). *Religionspsychologie*. Breslau: Hirt.

- Hautzinger, M., Bailer, M., Worall, H., & Keller, F. (1994). *Beck-Depressions-Inventar (BDI)*. Testhandbuch. Bern: Huber.
- Huber, S. (2003). *Zentralität und Inhalt. Ein neues 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 zur Messung der Religiosität. In C. Zwingmann & H. Moosbrugger (Hrsg.), *Religiosität. Messverfahren und Studien zu Gesundheit und Lebensbewältigung. Neue Beiträge zur Religionspsychologie* (S. 79-105). Münster: Waxmann.
- Huguelet, P., Mohr, S., Borrás, L., Gillieron, C., & Brandt, P.-Y. (2006). Spirituality and Religious Practices Among Outpatients With Schizophrenia and Their Clinicians. *Psychiatric Services, 57*(3), 366-372.
- James, W. (1902/1997). *Die Vielfalt religiöser Erfahrung : eine Studie über die menschliche Natur*. Frankfurt am Main: Insel-Verlag.
- Jaspers, K. (1913). *Allgemeine Psychopathologie. Ein Leitfaden für Studierende, Ärzte und Psychologen*. Berlin: Springer.
- Jernigan, H. L. (2001). Spirituality in older adults: A cross-cultural and interfaith perspective. *Pastoral Psychology, 49*(6), 413-437.
- Joseph, S., & Diduca, D. (2001). Schizotypy and religiosity in 13–18 year old school pupils. *Mental Health, Religion & Culture, 4*(1), 63-69.
- Katerndahl, D. A. (2008). Impact of Spiritual Symptoms and Their Interactions on Health Services and Life Satisfaction. *Annals of Family Medicine, 6*(5), 412-420.
- Kawakami, K., Dovidio, J. F., & Dijksterhuis, A. (2003). Effect of social category priming on personal attitudes. *Psychological Science, 14*(4), 315-319.
- Kelly, G. A. (1955). *The Psychology of Personal Constructs*. New York: Norton.
- Kirova, G., Kempb, R., Kirovc, K., & David, A. S. (1998). Religious Faith after Psychotic Illness. *Psychopathology, 31*, 234-245.
- Koenig, H. G. (2009 ). Research on Religion, Spirituality, and Mental Health: A Review. *The Canadian Journal of Psychiatry, 54*(5), 283-291.
- Koenig, H. G., McCullough, M. E., & Larson, D. B. (2001). *Handbook of religion and health*. Oxford: Oxford University Press.

- Küpper, B., & Bierhoff, H. (1999). Liebe Deinen Nächsten, sei hilfreich ... Hilfeleistung ehrenamtlicher Helfer im Zusammenhang mit Motiven und Religiosität. *Zeitschrift für Differentielle und Diagnostische Psychologie*, 20(3), 217-230.
- Längle, A., Orgler, C., & Kundi, M. (2000). *ESK Existenz-Skala*. Göttingen: Beltz Test.
- Ledgerwood, A., & Chaiken, S. (2007). Priming us and them: Automatic assimilation and contrast in group attitudes. *Journal of Personality and Social Psychology*, 93(6), 940-956.
- Leuba, J. H. (1912). *A Psychological Study of Religion. Its Origin, Function, and Future*. New York: MacMillan.
- Loewenthal, K. M. (2007). *Religion, culture and mental health*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Maslow, A. H. (1966). *The Psychology of Science: A Reconnaissance*. New York: Harper & Row.
- Maslow, A. H. (1968). *Toward a Psychology of Being (2nd ed.)*. New York: Van Nostrand Reinhold.
- Maß, R. (2001). *ESI Eppendorfer Schizophrenie-Inventar*. Göttingen: Hogrefe.
- Mitchell, S., & Roberts, G. (2009). Psychosis. In C. Cook, A. Powell & A. Sims (Hrsg.), *Spirituality and Psychiatry* (S. 39-60). London: RCPsych Publications.
- Möller, H.-J., Deister, A., Schaub, A., & Riedel, M. (2008). Schizophrene Psychosen. In H.-J. Möller, G. Laux & H.-P. Kapfhammer (Hrsg.), *Psychiatrie und Psychotherapie. Band 2: Spezielle Psychiatrie (3. Aufl.)* (S. 253-356). Heidelberg: Springer.
- Myers, D. G., & Reiss, M. (2008). *Psychologie (2., erweiterte und aktualisierte Auflage)*. Heidelberg: Springer.
- Neeleman, J., & Lewis, G. (1994). Religious identity and comfort beliefs in three groups of psychiatric patients and a group of medical controls. *International Journal of Social Psychiatry*, 40(2), 124-134.
- Nelson, J. M. (2009). *Psychology, religion, and spirituality*. Berlin: Springer.
- Onarecker, C. D., & Sterling, B. C. (1995). Addressing your patients' spiritual needs. *Family Practice Management*(May), 44-49.
- Pargament, K. I., & Mahoney, A. (2002). Spirituality. Discovering and Conserving the Sacred. In C. R. Snyder & S. J. Lopez (Hrsg.), *Handbook of Positive Psychology* (S. 646-659). Oxford New York: Oxford University Press.

- Penn, D. L., Sanna, L. J., & Roberts, D. L. (2008). Social Cognition in Schizophrenia: An Overview. *Schizophrenia Bulletin*, 34(3), 408-411.
- Pomarol-Clotet, E., Oh, T. M. S. S., Laws, K. R., & McKenna, P. J. (2008). Semantic priming in schizophrenia: systematic review and meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry*, 192, 92-97.
- Poole, R., Higgs, R., Strong, G., Kennedy, G., Ruben, S., Barnes, R., . . . Mitchell, P. (2008). Religion, Psychiatry and Professional Boundaries. *Psychiatric Bulletin*, 32(9), 356-357.
- Popper, K. R. (1982). *Logik der Forschung* (7. Aufl.). Tübingen: Mohr.
- Pratt, J. B. (1920). *The Religious Consciousness: A Psychological Study*. New York: Macmillan.
- Pruyser, P. W. (1968). *A dynamic psychology of religion*. New York: Harper & Row.
- Raskob, H. (2005). *Die Logotherapie und Existenzanalyse Viktor Frankls. Systematisch und kritisch*. Wien, New York: Springer.
- Rattner, J. (1987). *Tiefenpsychologie und Religion*. Ismaning bei München: Hueber.
- Rattner, J., & Danzer, G. (2009). *Religion und Psychoanalyse*. Würzburg: Königshausen & Neumann.
- Rawlings, D., & MacFarlane, C. (1994). A multidimensional schizotypal traits questionnaire for young adults. *Personality and Individual Differences*, 17(4), 489-496.
- Říčan, P. R. (2004). Spirituality: The Story of a Concept in the Psychology of Religion. *Archive for the Psychology of Religion / Archiv für Religionspsychologie*, 26, 135-156.
- Scharfetter, C. (1994). *Der spirituelle Weg und seine Gefahren. 3., ergänzte Auflage*. Stuttgart: Enke.
- Scharfetter, C. (1995). *Schizophrene Menschen. Diagnostik, Psychopathologie, Forschungsansätze* (4. Aufl.). Weinheim: Beltz.
- Scharfetter, C. (1996). *Allgemeine Psychopathologie. Eine Einführung. 4. neubearbeitete Auflage*. Stuttgart: Thieme.
- Schneider, K. (1946/2007). *Klinische Psychopathologie. Mit einem aktualisierten und erweiterten Kommentar von Gerd Huber und Gisela Gross* (15. Aufl.). Stuttgart: Thieme.
- Schnell, T. (2004). *Implizite Religiosität. Zur Psychologie des Lebenssinns*. Lengerich: Pabst.

- Schnell, T., & Becker, P. (2007). *LeBe Fragebogen zu Lebensbedeutungen und Lebenssinn. Manual*. Göttingen: Hogrefe.
- Sims, A. C. P. (2010). Religion and Psychopathology: Psychosis and Depression. In P. J. Verhagen, H. M. van Praag, J. J. López-Ibor Jr., J. L. Cox & D. Moussaoui (Hrsg.), *Religion and Psychiatry. Beyond Boundaries* (S. 253-269). Chichester: Wiley-Blackwell.
- Spilka, B., Kojetin, B., & McIntosh, D. (1985). Forms and measures of personal faith: Questions, correlates, and distinctions. *Journal for the Scientific Study of Religion*, 24(4), 437-442.
- Starbuck, E. D. (1899). *The Psychology of Religion. An Empirical Study of the Growth of Religious Consciousness*. London: Walter Scott.
- Sundén, H. (1982). *Religionspsychologie. Probleme u. Methoden*. Stuttgart: Calwer Verlag.
- Tart, C. (1975). *Transpersonal Psychologies*. New York: Harper & Row.
- Thies, C. (2009). Einleitung. In C. Thies (Hrsg.), *Religiöse Erfahrung in der Moderne: William James und die Folgen* (S. 7-12). Wiesbaden: Harrassowitz.
- Verhagen, P. J., & Cook, C. C. H. (2010). Epilogue: Proposal for a World Psychiatric Association Consensus or Position Statement on Spirituality and Religion in Psychiatry. In P. J. Verhagen, H. M. van Praag, J. J. López-Ibor Jr., J. L. Cox & D. Moussaoui (Hrsg.), *Religion and Psychiatry: Beyond Boundaries* (S. 615-631). Chichester: Wiley-Blackwell.
- Vorgrimler, H. (2000). *Neues theologisches Wörterbuch*. Freiburg: Herder.
- Waldrop, M. M. (2011). Religion: Faith in science. *Nature*, 470, 323-325.
- Wilber, K. (1977). *The spectrum of consciousness*. Wheaton: Theosophical Pub. House.
- Wulff, D. M. (1997). *Psychology of religion classic and contemporary* (2nd ed.). New York: John Wiley.
- Wundt, W. (1909). *Völkerpsychologie. Eine Untersuchung der Entwicklungsgesetze von Sprache, Mythos und Sitte. 2. Band: Mythos und Religion. 3. Teil*. Leipzig: Engelmann.
- Zwingmann, C., Grom, B., Schermelleh-Engel, K., Madsen, R., Schmitz, E., & Moosbrugger, H. (2004). Das Münchner Motivationspsychologische Religiositäts-Inventar: Dimensionsanalytische Prüfung und Revision. In C. Zwingmann & H. Moosbrugger (Hrsg.), *Religiosität: Messverfahren und Studien zu Gesundheit und Lebensbewältigung. Neue Beiträge zur Religionspsychologie* (S. 57-77). Münster: Waxmann.

## **Anhang: Verwendete nichtkommerzielle Skalen**

1. Münchner Motivationspsychologisches Religiositäts-Inventar, 1. Hälfte
2. Transpersonales Vertrauen (Belschner, 2000)
3. Fragebogen zur religiösen Orientierung (Küpper & Bierhoff, 1999)
4. Zentralitätsskala (Huber, 2004)
5. Münchner Motivationspsychologisches Religiositäts-Inventar, 2. Hälfte

Das Münchner Motivationspsychologische Religions-Inventar (MMRI) wurde freundlicherweise von Herrn Prof. Dr. Grom zur Verfügung gestellt.

# Fragebogen zur Religiosität 1

Ein Projekt von

Prof. Dr. B. Grom, Hochschule für Philosophie, Kaulbachstr. 33, D-80539 München

Dipl.-Psych. G. Heilmeister, Institut für Klinische Psychologie, Am Steiger 3, Haus 1, D-07743 Jena

Dipl.-Psych. Ch. Zwingmann, Hochrhein-Institut, Bergseestr. 61, D-79713 Bad Säckingen

Der vorliegende Fragebogen zur persönlichen Religiosität dient ausschließlich wissenschaftlichen Zwecken.

Es handelt sich also **nicht um eine kirchliche Befragung**.

In dem Erhebungsbogen finden Sie deshalb vor allem Fragen, die sich auf Ihre persönliche Religiosität beziehen. Trotzdem ist es kein Fragebogen nur für "Fromme". Vielmehr ist er so angelegt, daß Sie ihn auch dann beantworten können, wenn Sie sich nicht für besonders religiös halten.

Uns interessiert Ihre persönliche Meinung. Lassen Sie sich bei der Beantwortung deshalb ganz von Ihrem eigenen Urteil leiten. Machen Sie sich keine Gedanken darüber, welche Antwort vielleicht den besten Eindruck machen könnte oder wie andere Leute die Fragen beantworten würden. **Es gibt keine richtigen oder falschen Antworten**, weil jeder Mensch das Recht auf seine eigenen Anschauungen hat.

Wir versichern Ihnen, daß alle Ihre Angaben **anonym und vertraulich** behandelt werden und nur den Untersuchern zugänglich sind. Die Auswertung der Daten dient ausschließlich wissenschaftlichen Zwecken.

**IHRE DATEN BLEIBEN GARANTIERT ANONYM**

1	2	3	4	5	6
stimme nicht zu	stimme kaum zu	stimme etwas zu	stimme ziemlich zu	stimme über- wiegend zu	stimme völlig zu

	1	2	3	4	5	6
1. Ich denke gern über religiöse Fragen nach, die mir wichtig sind.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Wenn ich mich einmal klein und wertlos fühle ermutigt mich mein religiöser Glaube, wieder an meine guten Eigenschaften und Fähigkeiten zu denken.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Mein religiöser Glaube ist für mich ein wichtiger Grund die Rechte anderer Menschen zu respektieren.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. In schwierigen Situationen bekomme ich von Gott bzw. einer höheren Wirklichkeit Mut und Kraft.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Ich frage mich, warum mir manchmal schlimme Dinge zustoßen, obwohl ich mich um das Gute bemühe.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Ich fühle mich von meinem religiösen Glauben her dazu verpflichtet, Gutes zu tun und Böses zu unterlassen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Es ist für mich immer eine Freude, an die Größe Gottes bzw. einer höheren Wirklichkeit zu denken.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Es ist mir unerklärlich, auf welche Weise Gott bzw. eine höhere Wirklichkeit mir hilft, aber ich kann mich darauf verlassen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Bei schwierigen Lebensproblemen vertraue ich auf das Eingreifen Gottes bzw. einer höheren Wirklichkeit.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Ich muss selbst handeln, damit mich Gott bzw. eine höhere Wirklichkeit unterstützen kann.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Es macht mich froh, Gott bzw. einer höheren Wirklichkeit zu danken.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Mein religiöser Glaube gibt mir Selbstvertrauen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Mein religiöser Glaube bestärkt mich darin, anderen gegenüber hilfsbereit zu sein.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Wenn ich in schwierigen Situationen Gott bzw. eine höhere Wirklichkeit um Hilfe bitte und sie nicht erhalte, bin ich enttäuscht.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

***Vielen Dank für Ihre Mitarbeit***

## Transpersonales Vertrauen (TPV)

### Anleitung:

Bitte kreuzen Sie in dem Kästchen rechts neben jeder Aussage an, wie sehr diese Aussage auf Sie zutrifft:

0 = gar nicht	1 = eher weniger	2 = mittel	3 = eher mehr	4 = voll und ganz
---------------	------------------	------------	---------------	-------------------

1. Ich fühle mich mit einer höheren Wirklichkeit/ mit einem höheren Wesen/ Gott verbunden. Darauf kann ich auch in schweren Zeiten vertrauen.	0	1	2	3	4
2. Ich versuche, mich der Hand Gottes/ eines höheren Wesens/ einer höheren Wirklichkeit anzuvertrauen.	0	1	2	3	4
3. Wir Menschen können nicht alles bestimmen. Es gibt eine höhere Wirklichkeit/ ein höheres Wesen/ Gott, dem ich mich anvertrauen kann.	0	1	2	3	4
4. Manchmal habe ich den Eindruck, daß ich in meinem Leben aus einer höheren Einsicht heraus geführt werde.	0	1	2	3	4
5. Religiöse Praktiken (z.B. Beten, Mantren sprechen, geistige Lieder singen, meditieren) helfen mir in schwierigen Situationen.	0	1	2	3	4
6. Meine Seele lebt auch nach meinem Tod weiter.	0	1	2	3	4
7. Ich bin Teil eines großen Ganzen, in dem ich geborgen bin.	0	1	2	3	4
8. Ich bezeichne mich als religiös, auch wenn ich keiner Glaubensgemeinschaft angehöre.	0	1	2	3	4
9. Ich bin ein Mensch mit Körper und Intellekt. Und ich bin auch untrennbar mit dem Kosmos verbunden.	0	1	2	3	4
10. Es gibt in einem Menschenleben manches Glück oder Unglück, das meine Möglichkeiten des Erklärens und Verstehens übersteigt.	0	1	2	3	4
11. Ich habe schon die Erfahrung gemacht, daß ich mich mit der Welt und dem Kosmos eins fühle.	0	1	2	3	4

# Fragebogen zur religiösen Orientierung

## Instruktion

Es werden Aussagen über bestimmte Haltungen gemacht, die Ihre Ansichten ziemlich genau beschreiben können oder die auf Sie persönlich möglicherweise gar nicht zutreffen. Bitte kreuzen Sie bei jeder der Aussagen an, welche Möglichkeit zwischen 1 und 9 Ihrer persönlichen Einstellung am ehesten entspricht. Versuchen Sie bitte auch hier wieder, alle Fragen zu beantworten.

1 = trifft überhaupt nicht zu .....9 = stimmt voll und ganz

---

1. So wie ich mich entwickle und verändere, so erwarte ich auch, daß meine religiösen Ansichten sich entwickeln und verändern.	1...2...3...4...5...6...7...8...9
2. Ich hinterfrage fortwährend meine religiösen Überzeugungen.	1...2...3...4...5...6...7...8...9
3. Es muß nicht schlecht sein, religiöse Zweifel und Unsicherheiten zu empfinden.	1...2...3...4...5...6...7...8...9
4. Ich war nicht sehr interessiert an Religion, bis ich anfang, Fragen über den Sinn und das Ziel meines Lebens zu stellen.	1...2...3...4...5...6...7...8...9
5. Für mich ist Zweifeln ein wichtiger Teil von dem, was es bedeutet, religiös zu sein.	1...2...3...4...5...6...7...8...9
6. Ich bin aus dem wachsenden Bewußtsein über die Spannungen in meiner Welt und meinem Verhältnis zu meiner Welt dazu gekommen, religiöse Fragen zu stellen.	1...2...3...4...5...6...7...8...9
7. Meine Erlebnisse im Leben haben mich dazu gebracht, meine religiösen Überzeugungen zu überdenken.	1...2...3...4...5...6...7...8...9
8. Es gibt viele religiöse Fragen, über die sich meine Ansichten immer noch ändern.	1...2...3...4...5...6...7...8...9
9. Gott war nicht sehr wichtig für mich, bis ich anfang, Fragen über den Sinn meines eigenen Lebens zu stellen.	1...2...3...4...5...6...7...8...9
10. Fragen stehen in meinem religiösen Erleben viel mehr im Mittelpunkt als Antworten.	1...2...3...4...5...6...7...8...9

---

11. Ich lese gerne etwas über Religion.	1...2...3...4...5...6...7...8...9
12. Es kommt nicht so sehr darauf an, was ich glaube, solange ich ein guter Mensch bin.	1...2...3...4...5...6...7...8...9
13. Es ist für mich wichtig, Zeit in persönliche Gedanken und Gebete zu investieren.	1...2...3...4...5...6...7...8...9
14. Ich hatte schon einmal das starke Gefühl der Anwesenheit Gottes.	1...2...3...4...5...6...7...8...9
15. Ich bemühe mich, mein ganzes Leben nach meinen religiösen Überzeugungen zu leben.	1...2...3...4...5...6...7...8...9
16. Wenn jemand religiös ist, muß das nicht sein/ihr tägliches Leben beeinflussen.	1...2...3...4...5...6...7...8...9
17. Meine ganze Lebenseinstellung basiert auf meiner Religion.	1...2...3...4...5...6...7...8...9
18. Viele andere Dinge im Leben sind wichtiger als der religiöse Glaube.	1...2...3...4...5...6...7...8...9
19. Ich gehe in die Kirche, weil es mir hilft, Freunde zu gewinnen.	1...2...3...4...5...6...7...8...9
20. Ich bete vor allem, um Trost und Schutz zu erhalten.	1...2...3...4...5...6...7...8...9
21. Was Religion mir vor allem bietet, ist Trost und Unterstützung in Zeiten von Kummer und Sorge.	1...2...3...4...5...6...7...8...9
22. Beten dient dem Glück und dem Frieden.	1...2...3...4...5...6...7...8...9
23. Ich gehe vor allem deshalb zur Kirche, um Zeit mit meinen Freunden zu verbringen.	1...2...3...4...5...6...7...8...9
24. Ich gehe hauptsächlich zur Kirche, weil ich gerne die Menschen treffe, die ich dort kenne.	1...2...3...4...5...6...7...8...9

## Zentralitätsskala

Bitte kreuzen Sie bei jeder Frage an, was auf Sie zutrifft!

1. Wie häufig nehmen Sie in der Regel an Gottesdiensten teil – auch über Radio oder Fernsehen?						
• nie	• höchstens einmal im Jahr	• ein paar Mal im Jahr	• etwa einmal im Monat	• alle 14 Tage	• etwa einmal in der Woche	• mehrmals in der Woche

2. Wie häufig beten Sie in der Regel?								
• nie	• höchstens einmal im Jahr	• ein paar Mal im Jahr	• etwa einmal im Monat	• mehrmals im Monat	• etwa einmal in der Woche	• mehrmals in der Woche	• etwa einmal am Tag	• mehrmals am Tag

3. 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
Wie sehr interessieren Sie sich dafür, mehr über religiöse Fragen zu erfahren?						①	②	③	④	⑤
Wie hoch ist Ihrer Ansicht nach die Wahrscheinlichkeit, dass Gott wirklich existiert und nicht nur eine menschliche Idee ist?						①	②	③	④	⑤
Wie wichtig ist Ihnen die Teilnahme an Gottesdiensten?						①	②	③	④	⑤
Wie wichtig ist für Sie das persönliche Gebet?						①	②	③	④	⑤
Wie hoch ist Ihrer Ansicht nach die Wahrscheinlichkeit, dass es ein Leben nach dem Tod gibt?						①	②	③	④	⑤
Wie wichtig ist Ihnen die Verbindung zu einer religiösen Gemeinschaft?						①	②	③	④	⑤
Wie hoch ist Ihrer Ansicht nach die Wahrscheinlichkeit, dass es eine höhere Macht gibt?						①	②	③	④	⑤

4. Wie oft kommen die folgenden Ereignissen und Situationen bei Ihnen vor? (Antworten Sie bitte ganz nach Ihrem Gefühl.)						nie	selten	gelegentlich	oft	sehr oft
Wie oft...										
... denken Sie über religiöse Fragen nach?						①	②	③	④	⑤
... richten Sie mitten im Alltag ein kurzes Gebet an Gott?						①	②	③	④	⑤
... informieren Sie sich durch Radio, Fernsehen, Zeitschriften oder Bücher über religiöse Fragen?						①	②	③	④	⑤
... erleben Sie Situationen, in denen Sie das Gefühl haben, dass Gott anwesend ist?						①	②	③	④	⑤
... erleben Sie Situationen, in denen Sie das Gefühl haben, dass Gott Ihnen etwas sagen will?						①	②	③	④	⑤
... erleben Sie Situationen, in denen Sie das Gefühl haben, dass Gott in Ihr Leben eingreift?						①	②	③	④	⑤

# Fragebogen zur Religiosität 2

## Ein Projekt von

Prof. Dr. B. Grom, Hochschule für Philosophie, Kaulbachstr. 33, D-80539 München

Dipl.-Psych. G. Heilmeister, Institut für Klinische Psychologie, Am Steiger 3, Haus 1, D-07743 Jena

Dipl.-Psych. Ch. Zwingmann, Hochrhein-Institut, Bergestr. 61, D-79713 Bad Säckingen

Der vorliegende Fragebogen zur persönlichen Religiosität dient ausschließlich wissenschaftlichen Zwecken.

Es handelt sich also **nicht um eine kirchliche Befragung**.

In dem Erhebungsbogen finden Sie deshalb vor allem Fragen, die sich auf Ihre persönliche Religiosität beziehen. Trotzdem ist es kein Fragebogen nur für "Fromme". Vielmehr ist er so angelegt, daß Sie ihn auch dann beantworten können, wenn Sie sich nicht für besonders religiös halten.

Uns interessiert Ihre persönliche Meinung. Lassen Sie sich bei der Beantwortung deshalb ganz von Ihrem eigenen Urteil leiten. Machen Sie sich keine Gedanken darüber, welche Antwort vielleicht den besten Eindruck machen könnte oder wie andere Leute die Fragen beantworten würden. **Es gibt keine richtigen oder falschen Antworten**, weil jeder Mensch das Recht auf seine eigenen Anschauungen hat.

Wir versichern Ihnen, daß alle Ihre Angaben **anonym und vertraulich** behandelt werden und nur den Untersuchern zugänglich sind. Die Auswertung der Daten dient ausschließlich wissenschaftlichen Zwecken.

## **So wird's gemacht!**

- Kreuzen Sie bitte bei jeder Frage **nur ein einziges** Kästchen an
- Tragen Sie dort, wo es erforderlich ist Zahlen oder Text ein.
- Gehen Sie der Reihe nach vor.

**IHRE DATEN BLEIBEN GARANTIERT ANONYM**

**7. Als wie religiös würden Sie sich selbst beschreiben?**

- |   |   |
|---|---|
| 1 <input type="checkbox"/> Tief religiös                      | 5 <input type="checkbox"/> Eher nicht-religiös      |
| 2 <input type="checkbox"/> Sehr religiös                      | 6 <input type="checkbox"/> Nicht-religiös           |
| 3 <input type="checkbox"/> Eher religiös                      | 7 <input type="checkbox"/> Überhaupt nicht religiös |
| 4 <input type="checkbox"/> Weder religiös noch nicht-religiös | 8 <input type="checkbox"/> Kann ich nicht sagen     |

**8. Gibt es einen Begriff, der ihren Glauben am besten charakterisiert?**

(z.B.: gläubig, spirituell, atheistisch, esoterisch, humanistisch, agnostisch, religiös etc.)



**9. Einmal abgesehen von Ihren Ansichten zu Kirchen und anderen religiösen Organisationen, welcher der drei folgenden Meinungen wurden Sie persönlich am ehesten zustimmen?**

Ich glaube an eine übermenschliche, höhere Wirklichkeit, die man verschieden bezeichnen kann, z.B. Gott (Allah, Jahwe), höheres Wesen, Göttliches, Absolutes..... 1

Ich glaube nicht an eine solche übermenschliche, höhere Wirklichkeit..... 2

Ich bin mir da nicht sicher..... 3

**10. Wie wichtig ist Ihnen Ihr religiöser Glaube?**

- |  |  |
|--|--|
| 1 <input type="checkbox"/> Außerordentlich wichtig | 4 <input type="checkbox"/> Etwas wichtig |
| 2 <input type="checkbox"/> Ganz wichtig            | 5 <input type="checkbox"/> Kaum wichtig  |
| 3 <input type="checkbox"/> Ziemlich wichtig        | 6 <input type="checkbox"/> Nicht wichtig |

**11. Ziehen Sie persönlich aus Ihrem Glauben Trost und Kraft?**

- |  |  |
|--|--|
| 1 <input type="checkbox"/> Ja, sehr        | 5 <input type="checkbox"/> Nein, überhaupt nicht |
| 2 <input type="checkbox"/> Ja, überwiegend | 4 <input type="checkbox"/> Nein, wenig           |
| 3 <input type="checkbox"/> Mittelmäßig     |  |

1	2	3	4	5	6
stimme nicht zu	stimme kaum zu	stimme etwas zu	stimme ziemlich zu	stimme über- wiegend zu	stimme völlig zu

- |  | 1                        | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 12. Wenn ich mich in einem wichtigen Anliegen an Gott bzw. eine höhere Wirklichkeit wende, finde ich dadurch die innere Kraft, meine Probleme selbst zu lösen. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 13. Mein religiöser Glaube ermutigt mich, Notleidende zu unterstützen.   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 14. "Hilf dir selbst, dann hilft dir Gott" - dieses Sprichwort hat einen wahren Kern.  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 15. Hilfsbereit zu sein, gehört ganz wesentlich zu meinem Glauben.   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 16. Wenn ich es im Leben zu etwas bringe, ist das die verdiente Anerkennung dafür, daß ich mich nach Gott bzw. einer höheren Wirklichkeit gerichtet habe.      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 17. Ich empfinde alles in meinem Leben als Geschenk Gottes bzw. einer höheren Wirklichkeit.  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 18. Meine Probleme muß ich selbst lösen, aber der Kontakt mit Gott bzw. einer höheren Wirklichkeit hilft mir dabei.  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 19. Auch wenn Gott bzw. eine höhere Wirklichkeit meine Lebenssituation nicht verbessert, finde ich doch Trost und Halt durch meinen Glauben.                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 20. Ich glaube nicht nur, sondern empfinde Gott bzw. einer höheren Wirklichkeit gegenüber auch Verehrung.  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 21. Auch wenn ich einen Fehler gemacht habe, vertraue ich darauf, dass ich von Gott bzw. einer höheren Wirklichkeit bedingungslos angenommen werde.            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 22. Aus meinem religiösen Glauben ergeben sich für mich moralische Verpflichtungen.  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 23. Es ist mir wichtig, meinen religiösen Glauben auch vernünftig zu begründen.  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 24. Wenn ich mich an Gott bzw. eine höhere Wirklichkeit wende, empfinde ich Dank oder Verehrung.   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 25. Wäre ich plötzlich schwer krank oder behindert, so würde ich Gott bzw. eine höhere Wirklichkeit fragen "Warum gerade ich?".                                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**26. Welcher Konfessionsgemeinschaft gehören Sie an?**

- |   |  |
|---|--|
| 1 <input type="checkbox"/> Keiner             | 4 <input type="checkbox"/> Muslimisch      |
| 2 <input type="checkbox"/> Evangelisch        | 5 <input type="checkbox"/> Jüdisch         |
| 3 <input type="checkbox"/> Römisch-katholisch | 6 <input type="checkbox"/> Andere, nämlich |

***Vielen Dank für Ihre Mitarbeit***