

Mag.rer.nat. Denise Alexandra Wolsch

# SCHIZOPHRENIE UND RELIGION

Empirische Studie zur Psychodynamik von  
Spiritualität und Psychose

## **Dissertation**

Zur Erlangung des akademischen Grades eines Doktors der medizinischen Wissenschaften  
an der Medizinischen Universität Graz

Univ.-Prof. Dr.med.uni. Dr.phil. H.P. Kapfhammer

Abteilung für Psychiatrie

Graz, 2014

***Eidesstattliche Erklärung***

„Ich erkläre ehrenwörtlich, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig angefertigt und abgefasst und jene Personen und Institutionen, die am Zustandekommen der Forschungsdaten beteiligt waren, namentlich genannt habe. Andere als die angegebenen Quellen habe ich nicht verwendet und die den benutzten Quellen wörtlich oder inhaltlich entnommenen Stellen habe ich als solche kenntlich gemacht.

Die Arbeit an der Dissertation und die daraus entstandenen Publikationen wurden gemäß den Regeln der ‚Good Scientific Practice‘ durchgeführt.“

Graz, 21. August 2014

Mag. DENISE WOLSCH

### **Danksagung!**

Ich möchte mich an dieser Stelle bei allen Menschen bedanken, die mich im Laufe meines Studiums der medizinischen Wissenschaften sowie bei der Fertigstellung der Dissertation –jeder auf seine Weise– begleitet und unterstützt haben.

Zunächst bedanke ich mich bei Herrn Univ.-Prof. Dr.med.univ. Dr.phil. Hans-Peter Kapfhammer, Leiter der Abteilung für klinische Psychiatrie an der Medizinischen Universität Graz, für die Übernahme der Doktoratsbetreuung.

Ich bedanke mich bei Herrn Priv.-Doz. Mag. Dr.rer.nat. Dr.scient.med. Human-Friedrich Unterrainer für die sehr menschliche aber auch kompetente Unterstützung als Zweitbetreuer.

Ich bedanke mich bei Herrn Assoz. Univ.-Prof. Mag. Dr.rer.nat. Andreas Fink für die Übernahme der Verantwortung als Drittbetreuer.

Ich bedanke mich bei Herrn OMR. Prim. Prof. Dr.med. Günther Nebel, Primar der Sanlas Holding GmbH, mir die Durchführung der Datenerhebung in den einzelnen klinischen Einrichtungen ermöglicht zu haben.

Ich bedanke mich bei Herrn Mag.rer.nat. Mag.phil. Dr.phil. Christian Mössner, Konsiliarpsychologe in der psychiatrischen Sonderkrankenanstalt Neutillmitsch-Gralla und im Margarethenhof in Voitsberg, für die Unterstützung bei der PatientInnenakquirierung.

Ganz besonders gedankt sei meiner Familie, meinem Lebensgefährten und meinen FreundInnen für ihre hilfreichen Anregungen, häufigen Ermutigungen und ihr Glaube an mich!

Weiters gilt mein Dank auch all jenen Personen, die an dieser Untersuchung teilgenommen haben. Ohne sie wäre diese Studie nicht möglich gewesen!

„Wissenschaft ohne Religion ist lahm, Religion ohne Wissenschaft ist blind“

(Albert Einstein, n.d.)

## INHALTSVERZEICHNIS

<b>1</b>	<b>ZUSAMMENFASSUNG .....</b>	<b>10</b>
<b>2</b>	<b>EINLEITUNG .....</b>	<b>11</b>
	<b>2.1 RELIGION UND SPIRITUALITÄT .....</b>	<b>11</b>
	2.1.1 HISTORISCHE ENTWICKLUNG .....	11
	2.1.2 BEGRIFFSBESTIMMUNG .....	14
	2.1.2.1 Religiosität .....	14
	2.1.2.2 Spiritualität .....	15
	2.1.2.3 Differenzierung von Spiritualität und Religion .....	16
	2.1.2.4 Religiöses und Spirituelles (Wohl-)befinden.....	17
	2.1.2.5 Abgrenzung zur Esoterik .....	18
	2.1.3 KONZEPTE BZW. MODELLE VON SPIRITUALITÄT UND RELIGIOSITÄT.....	18
	2.1.3.1 Konzept der „Big Six“ .....	18
	2.1.3.2 Konzept der Intrinsischen vs. Extrinsischen Religiosität .....	19
	2.1.3.3 Konzept des Multidimensionalen Religiositätsmodells .....	20
	2.1.3.4 Konzept der Zentralität von Religiosität .....	20
	2.1.3.5 Konzept des religiös-spirituellen (Wohl)-Befindens.....	20
	2.1.4 MESSUNG VON SPIRITUALITÄT UND RELIGIOSITÄT .....	22
	2.1.5 DIE ROLLE DES GESCHLECHTES .....	25
	2.1.6 SPIRITUALITÄT, RELIGIOSITÄT UND ALTER.....	26
	2.1.7 SCHWIERIGKEITEN DER FORSCHUNG ZUR SPIRITUALITÄT UND RELIGIOSITÄT .....	26
	<b>2.2 PERSÖNLICHKEIT .....</b>	<b>28</b>
	2.2.1 BEGRIFFSBESTIMMUNG .....	28
	2.2.2 PERSÖNLICHKEIT, RELIGION UND SPIRITUALITÄT.....	28
	2.2.3 BIG-5 FAKTOREN MODELL DER PERSÖNLICHKEIT .....	29
	2.2.3.1 Big 5 Modell, Religiosität und Spiritualität.....	29
	2.2.4 EYSENKS 3-FAKTOREN MODELL DER PERSÖNLICHKEIT .....	30
	2.2.4.1 Eysenks 3-Faktoren Modell, Religiosität und Spiritualität .....	31
	<b>2.3 SCHIZOPHRENIE UND WAHNHAFTER STÖRUNGEN .....</b>	<b>32</b>
	2.3.1.1 Schizophrenie (F20).....	32
	2.3.1.1.1 Beschreibung .....	32
	2.3.2 ÄTIOLOGIE .....	33
	2.3.2.1 Genetische Faktoren.....	33
	2.3.2.2 Neurochemische Veränderungen .....	34
	2.3.2.3 Veränderungen der Hirnstruktur.....	34
	2.3.2.4 Veränderungen der Hirnfunktion .....	35
	2.3.2.5 Schädigende Einflüsse (Noxen).....	35
	2.3.2.5.1 Substanzmissbrauch.....	35
	2.3.2.5.2 Geburtskomplikationen.....	35

2.3.2.5.3	Saisonale Einflüsse.....	36
2.3.2.6	Soziale Stressoren .....	36
2.3.2.6.1	Kritische Lebensereignisse.....	36
2.3.2.6.2	Trauma.....	36
2.3.2.6.3	Alltagsstressoren.....	36
2.3.2.6.4	Einfluss von Stress Sensitivität .....	37
2.3.3	SCHIZOTYPE STÖRUNG (F21).....	37
2.3.3.1	Beschreibung .....	37
2.3.3.2	Schizotypie und Magisches Denken.....	38
2.3.4	ANHALTENDE WAHNHAFTE STÖRUNGEN (F22).....	39
2.3.5	AKUTE VORÜBERGEHENDE PSYCHOTISCHE STÖRUNGEN (F23) .....	39
2.3.6	INDUZIERTER WAHNHAFTER STÖRUNG (F24) .....	40
2.3.7	SCHIZOAFFEKTIVE STÖRUNGEN (F25).....	40
2.3.8	SONSTIGE NICHTORGANISCHE PSYCHOTISCHE STÖRUNGEN (F28).....	40
2.3.9	NICHT NÄHER BEZEICHNETE NICHTORGANISCHE PSYCHOSE (F29).....	40
<b>2.4</b>	<b>RELIGION, SPIRITUALITÄT UND GESUNDHEIT .....</b>	<b>41</b>
2.4.1	RELIGION UND SPIRITUALITÄT UND ALLGEMEINE GESUNDHEIT .....	41
2.4.2	RELIGIOSITÄT/SPIRITUALITÄT UND PSYCHISCHE ERKRANKUNGEN .....	46
2.4.2.1	Schizotypie, Religiosität und Spiritualität .....	47
2.4.2.2	Schizotypie und Persönlichkeit.....	49
2.4.2.3	Differenzierung Spirituelle Erfahrung vs. Psychose .....	49
<b>2.5</b>	<b>KREATIVITÄT.....</b>	<b>52</b>
2.5.1	DEFINITION .....	52
2.5.2	KREATIVITÄT UND PERSÖNLICHKEIT .....	53
2.5.3	KREATIVITÄT UND PSYCHOSE .....	53
2.5.4	KREATIVITÄT, RELIGION UND SPIRITUALITÄT .....	54
<b>2.6</b>	<b>NARZISSMUS.....</b>	<b>54</b>
2.6.1	DEFINITION .....	54
2.6.2	NARZISSMUS UND PERSÖNLICHKEIT .....	55
<b>2.7</b>	<b>FRAGESTELLUNGEN UND HYPOTHESEN .....</b>	<b>57</b>
2.7.1	KERNFRAGE .....	57
2.7.2	HYPOTHESEN .....	57
2.7.2.1	Hypothese 1 .....	57
2.7.2.2	Hypothese 2 .....	58
2.7.2.3	Hypothese 3 .....	58
2.7.2.4	Hypothese 4 .....	59
2.7.3	ZUSATZ-FRAGESTELLUNGEN .....	59
2.7.3.1	Fragestellung 1 .....	59
2.7.3.2	Hypothese 1 .....	59
2.7.3.3	Fragestellung 2 .....	59
2.7.3.4	Hypothese 2 .....	59
<b>3</b>	<b>METHODE.....</b>	<b>60</b>

<b>3.1 PLANUNG DER STUDIE .....</b>	<b>60</b>
<b>3.2 DESIGN DER UNTERSUCHUNG .....</b>	<b>60</b>
3.2.1 DARSTELLUNG DES STUDIENDESIGNS.....	60
<b>3.3 ZIEL DER UNTERSUCHUNG .....</b>	<b>60</b>
3.3.1 STUDIENABLAUF.....	61
3.3.2 REKRUTIERUNG DER PROBANDINNEN .....	62
3.3.3 STICHPROBENBESCHREIBUNG .....	63
3.3.3.1 Untersuchungsgruppen .....	63
3.3.3.2 Geschlecht der TeilnehmerInnen .....	63
3.3.3.3 Alter der TeilnehmerInnen.....	63
3.3.3.4 Bildungsstatus.....	65
3.3.3.5 Erwerbstätigkeit.....	65
3.3.3.6 Familienstand.....	65
3.3.3.7 Kinder .....	65
3.3.3.8 Drogenerfahrung.....	65
3.3.3.9 Medikamenteneinnahme .....	66
3.3.3.10 Suizidversuch.....	67
3.3.3.11 Gewalterfahrungen.....	67
3.3.3.12 Verurteilung einer Straftat .....	67
3.3.3.13 Diagnosen.....	68
3.3.3.14 Komorbiditäten.....	69
3.3.4 EIN- UND AUSSCHLUSSKRITERIEN .....	70
3.3.5 STICHPROBENAUSFALL.....	70
3.3.6 ORT DER UNTERSUCHUNG/DATENERHEBUNG.....	71
<b>3.4 PSYCHODIAGNOSTISCHE INSTRUMENTE .....</b>	<b>71</b>
3.4.1 TESTVERFAHREN ZUR ERHEBUNG DER PERSÖNLICHKEITSSTRUKTUR .....	71
3.4.1.1 EPQ-RK - Eysenk-Personality-Questionnaire.....	71
3.4.1.2 O-LIFE - Oxford-Liverpool Inventar für Gefühle und Erfahrungen.....	72
3.4.1.3 IPO-2001 - Inventar zur Persönlichkeitsorganisation.....	72
3.4.1.4 NPI-R - Narcissistic Personality Inventory .....	73
3.4.1.5 BPI - Borderline-Persönlichkeits-Inventar.....	74
3.4.2 TESTVERFAHREN ZUR ERHEBUNG DER RELIGIOSITÄT UND SPIRITUALITÄT .....	75
3.4.2.1 MI-RSB 48 - Multidimensionales Inventar zum religiös-spirituellen Befinden .....	75
3.4.2.2 Z7-Religiositätsskala – „Zentralität von Religiosität“ .....	76
3.4.2.3 Visuelle Analogskalen.....	77
3.4.2.3.1 Visuelle Analogskala 1-Glaubensintensität.....	77
3.4.2.3.2 Visuelle Analogskala 2-Religiositätsausmaß .....	77
3.4.2.3.3 Visuelle Analogskala 3-Spiritualitätsintensität .....	77
3.4.2.3.4 Visuelle Analogskala 4-Verbundenheit-Glaubensgemeinschaft.....	77
3.4.3 TESTVERFAHREN ZUR PSYCHOPATHOLOGIE .....	78
3.4.3.1 BSI - Brief-Symptom-Inventory.....	78
3.4.3.2 BDI - Beck-Depressions-Inventar.....	79
3.4.4 TESTVERFAHREN ZUR KREATIVITÄT .....	80
3.4.4.1 CPS - Creativity Personality Scale.....	80

3.4.4.2	TEKT- Test zur Erfassung des Kreativen Denkens .....	80
3.4.4.2.1	Warum Fragen (2 Aufgaben).....	80
3.4.4.2.2	Ungewöhnliche Veränderungen (2 Aufgaben) .....	81
3.4.4.3	TTCT Torrance Test of Creative Thinking .....	81
3.4.4.4	Selbsteingeschätzte Ideenflüssigkeit.....	82
3.4.5	FRAGEBÖGEN ZUR FREMDBEURTEILUNG .....	82
3.4.5.1	BPRS – Brief Psychiatric Rating Scale .....	82
3.4.5.2	MADR-Skala – Montgomery-Asberg-Depressions-Rating-Skala.....	83
3.4.6	SOZIODEMOGRAPHISCHE/ANAMNESTISCHE DATEN .....	83
3.4.7	WEITERE VERWENDETE MATERIALIEN .....	84
3.4.7.1	Einwilligungserklärung und StudienteilnehmerInneninformation (s. Anhang D).....	84
3.4.7.2	Allgemeine Fragebogeninstruktion (s. Anhang E).....	84
3.4.7.3	Datenbeiblatt für die klinische Stichprobe (s. Anhang F) .....	84

## **4 ERGEBNISSE .....** **85**

<b>4.1</b>	<b>INTERFERENZSTATISTISCHE AUSWERTUNG .....</b>	<b>85</b>
4.1.1	PRÜFUNG AUF UNTERSCHIEDE ZWISCHEN DEN GRUPPEN .....	85
4.1.1.1	Gruppenunterschiede bezüglich des religiös-spirituellen Befindens .....	85
4.1.1.2	Gruppenunterschiede bezüglich der Zentralität religiöser Inhalte.....	87
4.1.1.3	Gruppenunterschiede bezüglich der Selbsteinschätzungsskalen zu den Glaubensaussagen.....	88
4.1.1.3.1	Visuelle Analogskala 1-Glaubensintensität .....	88
4.1.1.3.2	Visuelle Analogskala 2-Religiositätsausmaß .....	89
4.1.1.3.3	Visuelle Analogskala 3-Spiritualitätsintensität .....	90
4.1.1.3.4	Visuelle Analogskala 4-Verbundenheit-Glaubensgemeinschaft.....	91
4.1.1.4	Beck Depression Inventar .....	92
4.1.1.5	Brief-Symptom Inventory .....	93
4.1.1.6	Eysenk-Personality-Questionnaire.....	93
4.1.1.7	Inventar zur Persönlichkeitsorganisation (IPO).....	94
4.1.1.8	Oxford-Liverpool Inventory von Gefühle und Erfahrungen (O-LIFE).....	95
4.1.2	PRÜFUNG AUF UNTERSCHIEDE BEZÜGLICH DES AUSMAßES AN SCHIZOTYPIE INNERHALB DER GESUNDEN STICHPROBE .....	97
4.1.2.1	Narzissmus-Persönlichkeitsinventar.....	97
4.1.2.2	Borderline-Persönlichkeitsinventar (BPI) .....	98
4.1.2.3	Gruppenunterschiede bezüglich Kreativität.....	99
4.1.2.3.1	Creativity Personality Questionnaire (CPS) .....	99
4.1.2.3.2	Fragebogen zur selbsteingeschätzten Ideenflüssigkeit .....	100
4.1.2.3.3	Test zur Erfassung des kreativen Denkens (TEKT) .....	100
4.1.2.3.4	Figuraler Teil -Torrance Test of Creative Thinking (TTCT) .....	100
4.1.3	KORRELATIONEN.....	101
4.1.3.1	Interkorrelationen der Validierungsinstrumente .....	101
4.1.3.1.1	Interkorrelationen Religiosität und Spiritualität .....	101
4.1.3.1.2	Interkorrelationen Persönlichkeit.....	102

4.1.3.1.3	Interkorrelation der Psychopathologischen Parameter .....	103
4.1.3.2	Korrelation zwischen soziodemografischen Daten und religiös-spirituellen Wohlbefinden.....	104
4.1.3.3	Korrelation zwischen anamnestischen Daten und religiös-spirituellen Befinden .....	105
4.1.3.4	Korrelation zwischen psychopathologischer Symptomatik und religiös-spirituellen Befinden .....	107
4.1.3.5	Korrelation zwischen Persönlichkeit und religiös-spirituellen Befinden ...	108
4.1.3.6	Korrelation zwischen Kreativität und religiös-spirituellen Befinden .....	112
4.1.3.7	Interkorrelationen zwischen den Fremdbeurteilungsinventaren.....	113
4.1.4	REGRESSIONSANALYSE ZUR VORHERSAGE DES AUSMAßES AN SCHIZOTYPIC .....	114
<b>5</b>	<b><u>DISKUSSION.....</u></b>	<b>116</b>
5.1	<b>ALLGEMEINE DATEN .....</b>	<b>116</b>
5.2	<b>SPIRITUALITÄT UND RELIGIOSITÄT .....</b>	<b>117</b>
5.2.1	GESCHLECHT UND ALTER .....	117
5.2.1.1	Geschlecht.....	117
5.2.1.2	Alter.....	118
5.2.2	SPIRITUALITÄT/RELIGIOSITÄT UND GESUNDHEIT .....	119
5.2.2.1	Religiosität, Spiritualität und Psychose .....	120
5.2.2.1.1	Zusammenhang zur Schizophrenie/Schizotypie .....	120
5.2.3	SPIRITUALITÄT, RELIGIOSITÄT UND PERSÖNLICHKEIT .....	122
5.2.4	SCHIZOTYPIC UND KREATIVITÄT.....	123
5.2.5	SCHIZOTYPIC, PERSÖNLICHKEIT UND NARZISSMUS .....	124
5.3	<b>EINSCHRÄNKUNGEN/SCHWIERIGKEITEN DER STUDIE .....</b>	<b>124</b>
5.4	<b>FAZIT .....</b>	<b>125</b>
<b>6</b>	<b><u>LITERATURVERZEICHNIS.....</u></b>	<b>127</b>

## 1 ZUSAMMENFASSUNG

Schlüsselwörter: Religion – Spiritualität – Schizophrenie – Persönlichkeit

Hintergrund/Ziele:

Traditionell werden religiöse/spirituelle Themen in Hinblick auf Schizophrenie meist mit Halluzinationen und Wahnideen in Verbindung gebracht. Neueste Studien unterstützen jedoch eine salutogene Funktion religiöser/spiritueller Themen bei psychotischen PatientInnen. Bis heute wird stark diskutiert, wie man gesunde spirituelle Erfahrungen von psychotischen Symptomen unterscheiden könnte.

Methode:

40 schizophrene stationäre PatientInnen (28 Männer, mit ICD-10 diagnostiziert) und 155 gesunde StudienteilnehmerInnen (76 Frauen) vollendeten eine Test-Batterie zu verschiedenen Bereichen der Spiritualität und Religiosität (z.B. Mehrdimensionales Inventar für religiöses/spirituelles Wohlbefinden; MI-RSWB), der Persönlichkeit (z.B. Eysenck's Personality Questionnaire; EPQ), der Kreativität (z.B. Creativity Personality Scale, CPS) in Kombination mit einigen Selbstbeurteilungsinventaren für die Schwere psychiatrischer Symptome (z.B. Beck Depression Inventory, BDI). Außerdem wurden sozio-anamnestische Daten aller TeilnehmerInnen miterhoben.

Ergebnisse:

Die Ergebnisse zeigen einen höheren Anteil an pathologischer Persönlichkeit (EPQ) sowie mehr psychiatrische Symptome (BDI) bei schizophrenen PatientInnen. Die gesunden TeilnehmerInnen in der Kontrollgruppe weisen ein höheres religiös/spirituelles Wohlbefinden auf als die TeilnehmerInnen der klinischen Stichprobe. Allerdings sind einige spirituelle Facetten des religiös-spirituellen Wohlbefindes bei schizophrenen PatientInnen ebenso erhöht, wie zum Beispiel die Sub-Dimension "Allverbundenheit". Außerdem zeigt sich, dass religiös-spirituelles Wohlbefinden sowohl in der gesunden als auch in der schizophrenen Stichprobe positiv mit dem subjektiven Wohlbefinden in Verbindung steht.

Fazit:

Im Allgemeinen unterstützen die Ergebnisse die Annahme einer positiven Beziehung zwischen Religiosität/Spiritualität und psychischer Gesundheit. In Übereinstimmung mit der Literatur gilt dies auch für die Gruppe der Schizophrenen. Weitere Forschung ist jedoch notwendig, um zu klären, wie religiöse-spirituelle Fragen bzw. Inhalte am effektivsten in der Behandlung von psychotischen PatientInnen integriert werden könnten.

## 2 EINLEITUNG

Die vorliegende Studie beschäftigt sich mit dem Thema Spiritualität und Religiosität. Von Interesse ist der Zusammenhang zwischen Spiritualität und Religiosität und dem psychischen Wohlbefinden. Man stellt sich die Frage, inwieweit Spiritualität und Religiosität gesund bzw. ab wann spirituelle bzw. religiöse Erfahrungen pathologisch sind. In den letzten 20 Jahren ist das Interesse an Forschung zur Religion und ihre Verbindung zu psychischer Gesundheit und Krankheit gestiegen (König, 2007). Es gibt zahlreiche Untersuchungen, die sich mit dem Zusammenhang zwischen psychischen Erkrankungen und Spiritualität und Religiosität auseinandersetzen (u.a. Unterrainer, 2010; Koenig, 2007). In der vorliegenden Studie ist speziell der Zusammenhang zur Schizophrenie bzw. zur Schizotypie von Interesse. Magisches Denken und bizarre Glaubensinhalte, die im Widerspruch zu (sub)kulturellen Normen stehen, die das Verhalten beeinflussen, sind mögliche auftretende Merkmale bei der schizotypen Störung (Dilling, Mambour & Schmidt, 2008). In der bisherigen Literatur ging man bisher häufig von einem positiven Zusammenhang zwischen Schizophrenie bzw. Schizotypie und Spiritualität aus (Day & Peters, 1999; Hergovich, Schott & Arendasy, 2008; Darwin, Neave & Holmes, 2011).

Neben dem psychischen Wohlbefinden werden auch einzelne Persönlichkeitsdimensionen sowie Kreativität mit den verschiedenen erhobenen Variablen zur Spiritualität und Religiosität als auch zur Schizophrenie bzw. Schizotypie in Verbindung gesetzt. Ein möglicher positiver Effekt dieser Untersuchung könnte sein, dass in Zukunft die Integrierung religiöser bzw. spiritueller Inhalte in einer Psychotherapie an Wichtigkeit gewinnt. Hierbei sollte vor allem die stärkere Beachtung im Krankheitsprozess bzw. Coping berücksichtigt werden.

### 2.1 Religion und Spiritualität

#### 2.1.1 *Historische Entwicklung*

Lange wurden religiös-spirituelle Themen in der deutschsprachigen Psychologie tabuisiert und vernachlässigt (Bucher, 2008). Demnach waren Religion und Psychologie nicht gerade positiv einander zugewandt, da die Religion häufig in Konflikt zu den Wissenschaften stand (Curlin et al., 2007). Bereits Freud (1974, zitiert nach Bucher, 2008), Psychologe und Religionskritiker, etikettierte die Religion als infantilisierende Zwangsneurose. Viele Wissenschaftler sind unter anderem von Freud und anderen bekannten Forschern im Bereich der psychischen Gesundheit beeinflusst worden, eine

skeptische und sogar feindliche Haltung gegenüber der Religion zu haben (Yeung & Chan, 2007).

Es bestehen große kulturelle Differenzen zwischen den USA und Deutschland in Betracht auf die Religionspsychologie. In den USA haben Religion und Psychologie nur selten Berührungspunkte und haben seit Jahren vielfältige, gemeinsame Projekte. Es scheint, dass amerikanische ReligionspsychologInnen interessierter sind am Einfluss von traditionell und religiös empfundenen Gefühlen auf die Gestaltung des alltäglichen Lebens und auf die Gestaltung von Beziehungen als deutschsprachige KollegInnen (Utsch, 2006).

Grom (2007) dazu:

„Religion und Religiosität sind trotz gelockerter Kircheneinbindung und fortgeschrittener Säkularisierung bedeutende Faktoren im Leben der Einzelnen und der Gesellschaft geblieben – zu wichtig, als dass die Psychologen sie ignorieren dürfte. Wer Störungen und Ressourcen der Menschen mit den Mitteln psychologischer Forschung und Beratung angehen will, wird diesen Bereich nicht außer Acht lassen, gleich wie er selbst über Glaubensfragen denkt.“ (S. 11)

Das vergleichsweise geringe Interesse an religionspsychologischen Themen im deutschen Raum führte Dörr (2001, zitiert nach Heinemann & Wörmann, 2010) darauf zurück, dass Religion meist eine private Angelegenheit sowie methodisch und begrifflich schwer fassbar ist. Weiters sind deutschsprachige PsychologInnen generell weniger gläubig und es besteht die Angst als unwissenschaftlich zu gelten. Religiöse Erfahrungen scheinen aus psychologischer Perspektive eher als ein extravagantes Phänomen, kaum jedoch als gewöhnliches seelisches Erleben betrachtet zu werden (Utsch, 2006). Vor allem MedizinerInnen machen die Themen Religion, Spiritualität gepaart mit Medizin eher nervös, da sie bereits mit klinischen Aufgaben überschüttet werden und nur ungern eine zusätzliche Verantwortung in Bezug auf spirituelle Beurteilungen oder Interventionen übernehmen möchten (König, 2005).

So Utsch (2006) bezüglich der bisherigen Zurückhaltung der Psychologie hinsichtlich religiöser Themen, „fast könnte man meinen, dass die hartnäckigen Vorbehalte deutschsprachiger Psychologen gegenüber Glaubensüberzeugungen und religiösen Fragen etwas mit Schamgefühlen angesichts der nationalsozialistischen Vergangenheit und der nachhaltigen Traumatisierung durch ideologische Verführung zu tun haben könnten.“ (S. 298)

Utsch (2006) sieht in der Kooperation zwischen Psychologie und Glaube eine hilfreiche Ergänzung. Die Psychologie kann demnach zu einer kritischen Realitätsprüfung beitragen, indem sie u.a. untersucht, wie sich religiös-spirituelles Vertrauen im Alltag auswirkt. Außerdem haben psychologische Überlegungen hinsichtlich der persönlichen

Beziehungsgestaltung zu Gott und des individuellen Erlebens von Gottes Reden und Handeln Berechtigung und machen Sinn. Eine psychologische Perspektive kann dazu beitragen, dass Menschen ihren Glauben echter und alltagstauglicher gestalten und lebensfeindliche Dogmen überwinden können.

In den letzten 20 Jahren stieg das Interesse an den Themen Spiritualität und Religiosität (Koenig, 2007; Reiter, 2008) sowie an der Entwicklung der Religionspsychologie (Emmons & Paloutzian, 2003). Die deutlich höher werdende Anzahl medizinischer Publikationen zu spirituellen Fragestellungen stieg seit Beginn der 90er Jahre (Ostermann & Büssing, 2007). Utsch (2007) berichtet, dass die psychologische Arbeit unter der Einbeziehung der religiösen und spirituellen Dimension boomt. Das offensichtlich große Bedürfnis nach Religion und Spiritualität wird vor allem durch deren hohen Verbreitung und Rezeption unterstrichen. Neben der Krise der institutionell-kirchlichen Religiosität scheint ein möglicher positiver Nutzen bzw. positiver Einfluss der Spiritualität und Religiosität auf die Gesundheit (Bucher, 2008) und die in der 90er Jahren gestiegene Beachtung der Gehirnforschung (Bucher, 2007) zum aktuellen Interesse beizutragen. Ein Beispiel dafür wären die Experimente von Persinger (2002, zitiert nach Bucher, 2008), bei denen mit Hilfe von elektromagnetischer Stimulierung der Seitenlappen des Gehirns spirituelle Erfahrungen getriggert werden konnten. Weiters Utsch (2007) zum gestiegenen Interesse: „In einer Gesellschaft mit verwirrend vielen und widersprüchlichen Sinnangeboten kommt der persönlichen Glaubensüberzeugung vermutlich sogar eine zentralere Bedeutung zu als noch vor einigen Jahren.“ (S.166)

Auch Ostermann und Büssing (2007) beschreiben die immer wachsende Sinnsuche in der Bevölkerung jenseits konfessioneller Angebote als ein Phänomen des Zeitgeistes, das entsprechend Einzug in die moderne Medizin hält. Aufgrund der vielen Menschen, die aus der Kirche austreten, in Österreich waren es 52.000 Katholiken im Jahr 2004, wird die kirchlich entkoppelte Spiritualität attraktiver (Bucher, 2007), sowie auch die Forschung zu diesem Thema.

Durch die Fragebogenuntersuchungen von Stanley Hall (1881) und Edwin Starbuck (1899) und den Fallanalysen von William James (1902) entstand die moderne, methodisch entweder mehr phänomenologische, hermeneutische-tiefenpsychologische oder empirisch-statistische Religionspsychologie (Henning, 2003; Wulff, 1997; zitiert nach Grom 2007). Angeregt durch Gordon Allport (1959) und Charles Glock (1962) etablierte sich eine an die wissenschaftliche, akademische Psychologie und Soziologie anschlussfähige Religionspsychologie. Die Religionspsychologie bemühte sich um theoretische Grundlagen und Erhebungsmethoden, die deren Standards entsprechen. Sie soll Religiosität weder pauschal pathologisieren noch idealisieren, nur differenziert erforschen (Grom, 2007).

Sie will religiöses Verhalten und Erleben beschreiben und deren Entstehung sowie Auswirkungen erklären. Die in der Religionspsychologie nachgehenden Fragen sind vielfältig und müssen in den theoretischen Kontext der jeweiligen psychologischen Teildisziplin eingebettet werden (Murken & Namini, 2006).

### 2.1.2 *Begriffsbestimmung*

In der Literatur sind zahlreiche unterschiedliche Definitionen von Religiosität und Spiritualität zu finden. In der folgenden Begriffsbestimmung zur Religiosität und Spiritualität soll die Vielzahl an Definitionen das Problem der Operationalisierung bzw. der daraus entwickelten hohen Anzahl an unterschiedlichen Selbstbeschreibungsskalen verdeutlichen.

#### 2.1.2.1 *Religiosität*

Der Begriff Religiosität bekommt in der immer wachsenden Anzahl an Literatur unterschiedliche Bedeutungen (Emmons & Paloutzian, 2003). Jedoch geben Religionswissenschaftler zu bedenken, dass es für alle Kulturen und Zeiten nicht möglich ist, einen gültigen Begriff von Religion zu bilden (Grom, 2007).

„In fact that we use one word to describe a complex of beliefs, behaviors, and experiences as ‚religious‘ is often enough for us to believe that religion is really one entity, and that we can expect to find the same or similar phenomena anywhere else in the world.“ (Hood, Hill & Spilka, 2009; S. 7)

Religion ist ein fester Bestandteil vieler Aspekte unserer menschlichen Existenz, wie zum Beispiel bei der heiligen Taufe, Trauungen, wöchentlichen religiösen Messen sowie beim Umgang mit dem Tod bzw. dem Glauben an ein Leben nach dem Tod. Religion spielt im alltäglichen Leben eine bedeutende Rolle und integriert eine große Anzahl an Dogmen und Verhaltensweisen (Hood et al., 2009). Religion definiert Testermann (1997) durch eine gemeinschaftliche Verbundenheit mit kulturellen und sprachlichen Grenzen. Religion beinhaltet demnach soziale und kulturelle Komponenten wobei der Glaube, Rituale, Traditionen und Religionsinstitutionen eine wesentliche Rolle spielen. Spiritualität ist jedoch nicht verpflichtend. Glaube, Rituale und Religionsinstitutionen können im Leben eines Menschen eine Rolle spielen, ohne das Bestehen einer spirituellen Absicht. Als religiös ist alles Erleben, Denken und Verhalten zu bezeichnen und zu erforschen, das in seiner kognitiven Komponente ausdrücklich etwas Übermenschliches und Überweltliches annimmt, unabhängig von einer poly-, mono-, pantheistischen oder anderen Auffassung (Grom, 2007).

Die Definition von Dollahite (1998) „a covenant faith community with teachings and narratives that enhance the search for the sacred and encourage morality.“ (S.5) beschreiben Emmons und Paloutzian (2003) als einer der besten und einfachsten Definitionen in den letzten Jahren.

Emmons und Paloutzian (2003) weisen weiters darauf hin, dass für eine wissenschaftliche Entwicklung ein Minimum an Konsens bezüglich der Bedeutung der Kernkonstrukte und deren Erhebung bzw. Messung erforderlich ist.

### 2.1.2.2 *Spiritualität*

Was versteht man unter dem Begriff Spiritualität? Es mangelt sicher nicht an unterschiedlichen Definitionen von Spiritualität (Ostermann & Büssing, 2007). Nach Testerman (1997) besteht in der Literatur keine klare und einheitliche Definition zur Spiritualität. Demnach lege der Grund vor allem darin, dass die meisten Studien zu Spiritualität und Gesundheit religiöses Engagement oder religiöse Praktiken erheben. Laut Bucher (2007) leitet sich Spiritualität vom lateinischen Begriff „spiritus“ ab. Darunter verstand man ursprünglich den Begriff „Luft“, „Hauch“ aber auch „Atem“ und „Atmen“, „Seele und Geist“ sowie „Begeisterung, Mut und Sinn“. „Spiro“ ist das zugrunde liegende Verb und bezeichnet damit „wehen“, „hauchen“, „atmen“, „leben“ und „beseelt sein“. Nach Testermann (1997) wird Spiritualität durch eine innere, persönliche Erfahrung gekennzeichnet. Sie ist universell, ohne Grenzen und bedingt keinen religiösen Hintergrund, kann jedoch Elemente der Religion beinhalten. Häufig wird sie nach Bucher (2007) mit Gefühle der Verbundenheit in Verbindung gebracht. Kennedy (2009) betont, dass die meisten verbreiteten Merkmale bezüglich Spiritualität in einem Gefühl von Bedeutung und Sinn, Lebenszielen sowie einem Glauben an einem Leben nach dem Tode bestehen.

Ostermann und Büssing (2007) nahmen sich einige Definitionen von verschiedenen Lexika zur Hilfe. Hier wird Spiritualität meist als „Geistigkeit“ oder „geistiges Wesen“ beschrieben. Ein weiterer Versuch einer Definition nach Längle (2008, S. 18) zeigt die verschiedenen Definitionsansätze auf: „Spiritualität wird verstanden als Erleben einer uns übersteigernder Größe, die sich im Staunen, in Dankbarkeit, in der Würde und im Gefühl eines umfassenden Sinns psychologisch manifestiert“.

Aus existenzanalytischer Sicht beschreibt Längle (2008) Spiritualität folgenderweise:

„Spiritualität wird hier verstanden als das Erleben (fühlen, spüren, verstehen) von uns übersteigender Größe, in der wir stehen. Sie ist, genauer gesagt, eine erlebende, geistige Offenheit für eine den Menschen und seine Existenz in allen vier Grundbezügen übersteigende Größe oder tragende Schicht, die er als Ursprünglichkeit für das eigene Personsein und für die eigene Existenz empfinden kann und in der er eine umfassende

Geborgenheit spürt. In der bewußten Reflexion dieses Erlebens versteht sich der Mensch als darin begründet.“ (S. 23)

Utsch (2006) beschreibt die menschliche Spiritualität als eines der letzten psychologischen Geheimnisse mit irrationalen Charakter und eine der wenigen unbekanntes Größen des an sonst umfangreichen analysierten Seelenlebens. Die Spiritualität vermeidet zwar die problematischen Konnotationen von Religiosität und wirkt somit uneingeschränkt positiv, jedoch leidet sie unter der mangelnden Klarheit (Grom, 2007).

### 2.1.2.3 Differenzierung von Spiritualität und Religion

Kann man Spiritualität und Religiosität überhaupt trennen? Die beiden Begriffe werden häufig als Synonym gebraucht (Kennedy, 2004) und es fehlt häufig eine klare Unterscheidung der beiden Begriffe (Hood et al., 2009). Menschen benutzen dieselben Wörter für unterschiedliche Bedeutungen. Für einige ist Spiritualität als eine Form von Religiosität zu verstehen, in der die besondere Erfahrung der Spiritualität gelehrt wurde und an Bedeutung gewonnen hat. Andere wiederum finden derartige religiöse Formen beeinflusst von weltlichen Überlegungen der Politik, konventioneller Moral, Materialismus und Kämpfen (Dyer, 2011b).

Kennedy (2004) betont jedoch die Wichtigkeit der Unterscheidung zwischen Religion und Spiritualität in der Forschung. Eine Trennung von Religiosität und Spiritualität ist jedoch nicht uneingeschränkt möglich und mit einer solchen Trennung dieser beiden Begriffe existieren vielfältige Begriffe und Nuancen und eine daraus resultierende Verwirrung (Daly, 2005). Bucher (2007) versucht eine Gegenüberstellung der beiden Begriffe (s. *Tabelle 1*). Zahlreiche AutorInnen führen jedoch die Schwierigkeit einer eindeutigen Abgrenzung an und gehen von partiellen Überlappungen aus (vgl. Bucher, 2007; Testermann 1997; Hood, et al., 2009). Auch Längle (2008) formuliert „Solche Spiritualität als Erfahrung von unfasslicher Größe im Sein ist Grunderfahrung für jede Religiosität. Religiosität, die nicht auf ihre beruht ist hohl, ist ohne Fleisch und Blut“ (S. 24).

Spiritualität umfasst alles, was mit einer inneren Sinnsuche sowie Ganzheit und Begegnung mit Gott betrifft. Das spirituelle Leben ist die Begegnung mit sich selbst. Religion ist das Gefäß für diese Begegnung. Der religiöse Glaube mit seinen Traditionen liefert Strukturen und Sprachen die es zu einem kohärenten und kongruenten Ganzen mit anderen Menschen und Kulturen verbindet (Testerman, 1997).

Spiritualität ist subjektiv und persönlich, benötigt keine institutionellen Rahmenbedingungen und benötigt keine Gottheit. Religiosität ist eine Teilmenge von

Spiritualität, was bedeutet, Religiosität ist untrennbar von der Spiritualität, trotz bestehen einer möglichen nicht-religiösen Spiritualität (Hood et al., 2009).

Tabelle 1

*Gegenüberstellung von Spiritualität und Religiosität (Bucher, 2007)*

<i>Religion/Religiosität</i>	<i>Spiritualität</i>
Institutionell	Individuell
Dogmenorientiert	Erfahrungsorientiert
Exklusiver Wahrheitsanspruch	Viele religiöse Traditionen integrierend
Traditionalistisch	Innovativ
Festgelegt	Suchend, offen
Reglementierend	Befreiend
Kurz: schlecht	Kurz: gut

Aber kann man religiös sein, ohne spirituell zu sein? Aus theologischer Sicht bzw. aus theologischer Definition schon, da Religiosität als Grundkonstrukt und Spiritualität als Erweiterung bzw. Ergänzung angesehen wird. Aus psychologischer Sicht scheint es keinen religiösen Menschen ohne ein gewisses Ausmaß an Spiritualität zu geben.

#### *2.1.2.4 Religiöses und Spirituelles (Wohl-)befinden*

„Religiös-spirituelles Befinden (RSB) kann global als die Fähigkeit beschrieben werden, Sinn und Bedeutung der eigenen Existenz durch ein Gefühl der Verbundenheit mit sich selbst, mit anderen Menschen und einer (wie auch immer gearteten) höheren Macht zu erfahren“ (Unterrainer & Fink, 2013; S. 34). Ziel dieses Konzeptes des religiös-spirituellen Befindens ist die Integration religiös-spirituelle Inhalte bzw. die Erweiterung des bio-psycho-sozialen Modells von Gesundheit und Krankheit (Unterrainer, 2005). Das Konzept des spirituellen Wohlbefindens geht ursprünglich auf Ellison (1983) bzw. Ellison und Smith (1991, zitiert nach Unterrainer, 2010) sowie die sich darauf beziehende und die im angloamerikanischen Raum etablierteste Skala zum „Spirituellen Wohlbefinden“ („Spiritual Well-Being Scale“; Paloutzian und Ellison, 1982; zitiert nach Ostermann & Büssing, 2007) zurück. Bezüglich des Zusammenhangs zur Gesundheit hat sich vor allem das Konstrukt „Spiritual well being“ durchgesetzt (Ostermann & Büssing, 2007).

Neben interdisziplinären Kooperationen und der Evaluierung verschiedener Fachdiskussionen sowie dem Studium von Fachliteratur flossen in die von Unterrainer (2005, 2008) entwickelte deutsche Version des religiös-spirituellem Befinden auch persönliche Erfahrungen aus dem klinischen Alltag mit ein. Ziel dessen war die Entwicklung eines

mehrdimensionalen Messinstrumentes zur Erfassung der Bedeutung von Religiosität und Spiritualität im Krankheitsprozess (Unterrainer & Ladenhauf, 2008). Das Multidimensionale Inventar zum religiös-spirituellen Befinden (MI-RSB 48) stellt eine Alternative der „Skala zum Spirituellem (Wohl-)Befinden (vgl. Ellison, 1983; zitiert nach Unterrainer, Huber, Ladenhauf, Wallner-Liebmann & Liebmann) dar. Die Skala bietet neben der geforderten mehrdimensionalen Erfassung, eine differenzierte Betrachtung von Religiosität und Spiritualität.

In dieser Untersuchung wird das religiös-spiritueller Wohlbefinden in Verbindung mit dem psychischen Wohlbefinden sowie u.a. mit einzelnen Dimensionen der Persönlichkeit in Verbindung gesetzt.

#### *2.1.2.5 Abgrenzung zur Esoterik*

Der Begriff Esoterik, griechisch „esoterikos“ heißt nach innen gerichtet (Gerber, 2004). Es ist ein Sammelbegriff für alle Anschauungen, Glaubenssysteme und Praktiken außerhalb des christlichen Glaubens. Eine Rolle spielen unsichtbare übersinnliche Kräfte (unpersönlicher und persönlicher Natur) und diese nutzen zu können. Dazu gehört der Kontakt mit Geistern, die Wahrsagerei und Situationen mit Geisteswesen zu beeinflussen. Längle (2008) meint dazu, dass die Spiritualität das Erleben einer uns übersteigenden Größe beinhalte. Bei der Esoterik jedoch, liegt der Schwerpunkt demnach in kognitiven Erklärungen von Zusammenhängen durch Kräfte auf die wir keinen Zugang haben und nicht unmittelbar erlebbar sein müssen.

### *2.1.3 Konzepte bzw. Modelle von Spiritualität und Religiosität*

Es bestehen unterschiedliche Modelle bzw. Konzepte zur Messung von Spiritualität und Religiosität. Einen Überblick gibt auch Unterrainer (2010).

#### *2.1.3.1 Konzept der „Big Six“*

Eines davon ist das Konzept der „Big Six“. Eine Möglichkeit zur Erfassung der Spiritualität und Religiosität liegt nach Piedmont (1999, 2004) in der Erweiterung des bereits gut etablierten „Big Five“ (Costa und McCrae, 1989) Konzepts der Persönlichkeit. Das Fünf-Faktoren Modell stellt ein Modell zur Persönlichkeit mit 5 Hauptfaktoren dar: Neurotizismus, Extraversion, Offenheit für Erfahrungen, Verträglichkeit und Gewissenhaftigkeit (Gomez, 2006; Borkenau & Ostendorf, 2008).

Das Konzept der „Big Six“ soll demnach eine sechste religiös-spirituelle Dimension „Spirituelle Transzendenz“ beinhalten (Piedmont 1999, 2004). Somit wird das Konzept der „Big Five“ von Costa und McCrae (1992, zitiert nach Piedmont, 1999) um eine Dimension erweitert und erwies sich empirisch als weitgehend unabhängig von den fünf Faktoren der Persönlichkeit.

### *2.1.3.2 Konzept der Intrinsischen vs. Extrinsischen Religiosität*

Das Konzept der Intrinsischen vs. Extrinsischen Religiosität geht ursprünglich auf das Konzept der „unreifen“ vs. der „reifen“ Religiosität von Allport (1950, zitiert nach Unterrainer, 2010; zitiert nach Schowalter & Murken, 2003) bzw. Allport und Ross (1967, zitiert nach Unterrainer, 2010) zurück.

Die zwei unterschiedlichen religiösen Orientierungen charakterisieren zwei unterschiedliche Motivationen des religiösen Glaubens. Bei einer extrinsischen religiösen Person erhält der Glaube eine zweckdienliche und instrumentalisierte Funktion, umfasst nur einen Teil der Lebensbereiche und ist eher durch eine oberflächliche Gläubigkeit gekennzeichnet. Gläubige mit einer intrinsischen religiösen Orientierung führen ein verinnerlichtes Glaubensleben. Alle Lebensbereiche sind miteinbezogen und das Leben wird in Übereinstimmung mit den Glaubenssätzen gebracht (Schowalter & Murken, 2003). Demnach gebrauchen extrinsisch religiös motivierte Personen ihre Religion und im Gegensatz dazu, leben intrinsisch religiös motivierte Personen ihre Religion (Unterrainer, 2010). Personen mit einer hohen intrinsischen religiösen Orientierung leben ihr Leben entschlossen im Sinne ihres religiösen Glaubens und deren Institution (Barret, Patock-Peckham, Hutchinson & Nagoshi, 2005).

Einige Studien konnten zeigen, dass Unterschiede zwischen einer intrinsischen und extrinsischen religiösen Orientierung bezüglich gesundheitsbezogener Aspekte bestehen. Lewis, Maltby und Day (2005) konnten u. a. zeigen, dass nur eine intrinsische religiöse Orientierung mit psychologischen Wohlbefinden (Glück) in Verbindung steht. Weiters scheint, dass eine intrinsische religiöse Orientierung mehr in Verbindung mit psychologischen Wohlbefinden steht als eine extrinsische religiöse Orientierung (Maltby, Garner, Lewis & Day, 2000).

Zu Erhebung der extrinsischen und intrinsischen religiösen Orientierung empfehlen Maltby und Lewis (1996) die Verwendung der „Age-Universal IE scale - revised version“, die ursprünglich von Gorsuch und Venable (1983) entwickelt wurde.

### 2.1.3.3 Konzept des Multidimensionalen Religiositätsmodells

Dieses Modell geht auf Charles Y. Glock (1962, zitiert nach Unterrainer, 2010) und Huber (1996, zitiert nach Unterrainer, 2010) zurück. Es werden fünf unabhängig betrachtete Dimensionen der Religiosität angenommen, nämlich „Ideologie“, „Ritual“, „Erfahrung“, „Wissen“ und „Konsequenzen“.

In der Theorie ist die Konzeptualisierung von Religiosität sehr weit gefasst und in der Regel mehrdimensional (Schowalter & Murken, 2003). Die bisherige Befundlage zeigt, dass Religiosität mehrdimensional erfasst werden muss (Murken & Namini, 2006).

### 2.1.3.4 Konzept der Zentralität von Religiosität

Das Konzept geht auf Huber (2003; 2004, zitiert nach Unterrainer, 2010) zurück. Hier wird das multidimensionale Religiositätsmodell nach Glock (1962, zitiert nach Unterrainer, 2010) mit dem Konzept der Zentralität angereichert. Demnach ist ein Mensch umso religiöser, je zentraler bzw. je höher das Konstrukt „Religiosität“ in einem Menschen verankert ist. Das heißt, je höher ein Konstrukt verankert ist, desto mehr beeinflusst es untergeordnete Konstrukte und desto weniger wird es von anderen übergeordneten Konstrukten beeinflusst. Demzufolge sind weiters religiöse Inhalte in den psychischen Systemen von Hochreligiösen differenzierter repräsentiert und haben somit einen stärkeren Einfluss auf das allgemeine Erleben und Verhalten der betreffenden Person (Huber, 2008b). So bestimmt die Zentralität das Ausmaß des religiösen Verhaltens und der religiöse Inhalt die Richtung dieses Einflusses (Huber, 2003; zitiert nach Murken & Namini, 2006).

### 2.1.3.5 Konzept des religiös-spirituellen (Wohl)-Befindens

Das bio-psycho-soziale Modell nach Engel (1979) ist ein psychosomatisches Mehr-Ebenen Modell des Menschen. Das seit dem 19. Jahrhundert vorherrschende Naturwissenschaftlich-Biomedizinische Modell wird erweitert indem es biologische Faktoren, die psychische Befindlichkeit und die sozialen Lebensbedingungen für die Entstehung von Krankheiten und für das Erhalten oder Zurück-Gewinnen von Gesundheit betont. (Engel, 1979) wobei allen drei Aspekten dieselbe Beachtung geschenkt wird (Engel, 1977).

Der Übergang von Gesundheit zu Krankheit wird als Kontinuum im Salutogenese-Modell von Antonovsky (1997) als graduell angesehen. Somit sind Krankheit und Gesundheit keine Gegensätze. Weiters ist das Kohärenzgefühl das wesentliche Element der Salutogenese. Darunter wird eine allgemeine Grundhaltung gegenüber der Welt und dem

eigenen Leben verstanden. Kohärenz lässt die Welt als zusammenhängend, sinnvoll und stimmig erleben (Antonovsky, 1979; zitiert nach Berghändler, 2010).

Jüngere Forschung, wie unter anderem von Unterrainer (2005), fordert die Berücksichtigung einer weiteren, spirituellen Komponente. Dyer (2011b) kritisierte ebenso das ursprüngliche Modell von Engel (1979). Nach mehr als einem Viertel-Jahrhundert, scheint das biologische Modell von Engel (1979) zur Erklärung von Gesundheit und Krankheit nicht mehr ausreichend zu sein. Es sollte um eine spirituelle Komponente erweitert werden, da Spiritualität, als komplexe Komponente, eine wichtige Rolle im Copingprozess bei Erkrankungen sowie das Ansprechen einer Therapie spielt. Ziel des Konzeptes des religiös-spirituellen Befindens ist die Integration religiös-spiritueller Inhalte bzw. die Erweiterung des bio-psycho-sozialen Modells von Gesundheit und Krankheit (Unterrainer, 2005). Das Konzept des spirituellen Wohlbefindens geht ursprünglich auf Ellison (1983) bzw. Ellison und Smith (1991) sowie die sich darauf beziehende und die im angloamerikanischen Raum etablierteste Skala zum „Spirituellen Wohlbefinden“ („Spiritual Well-Being Scale“, Paloutzian und Ellison (1982) (Unterrainer, 2010) zurück. Neben interdisziplinären Kooperationen und der Evaluierung verschiedener Fachdiskussionen sowie dem Studium von Fachliteratur flossen in die von Unterrainer (2005, 2008) entwickelte Version des religiös-spirituellen Befindens auch persönliche Erfahrungen aus dem klinischen Alltag mit ein. Ziel dessen war die Entwicklung eines mehrdimensionalen Messinstrumentes zur Erfassung der Bedeutung von Religiosität und Spiritualität im Krankheitsprozess (Unterrainer & Ladenhauf, 2008).

Gesundheit und Krankheit können sowohl im immanenten als auch im transzendenten Raum erfahren werden (Unterrainer, 2010). Das dazu entwickelte „Multidimensionale Inventar zum religiös-spirituellen Wohlbefinden“ erhebt 6 Dimensionen im transzendenten und immanenten Raum. Der transzendente Raum beinhaltet die Dimensionen „Hoffnung transzendent“, „Allverbundenheit“ und „allgemeine Religiosität“. Der immanente Raum beinhaltet die Dimensionen „Erfahrungen von Bedeutung und Sinn“, „Hoffnung immanent“ und „Vergeben“ (Unterrainer, 2007). Ursprünglich wurden 5 Dimensionen zur Abbildung des religiös-spirituellen Befindens formuliert: „Hoffnung“, „Vergeben“, „Rituale und Symbole“, „Erfahrungen von Bedeutung und Sinn“ und „Akzeptanz der Endlichkeit des Lebens“. Wobei eine weitere Differenzierung zwischen den immanenten (bio-psycho-sozialen) und transzendenten (religiös-spirituellen) Raum vorgenommen wird (Unterrainer & Fink, 2013). Die Endversion umfasst 48 Items in Form von 6 Dimensionen mit jeweils 8 Items (Unterrainer & Ladenhauf, 2008). Religiös-spiritueller Wohlbefinden korreliert positiv mit dem psychologischen Wohlbefinden (Unterrainer, Ladenhauf, Moazedi, Wallner-Liebmann & Fink, 2010).

In dieser Untersuchung wird Religiosität und Spiritualität mit Hilfe des Fragebogens „Multivariates Inventar zum religiös-spirituellen (Wohl-)befinden“ erfasst. Das Inventar wurde

in vielen Studien umfangreich erprobt und die bisherigen empirischen Befunde unterstützen die Annahme, dass es ein geeignetes Instrument zur Erfassung von Religiosität und Spiritualität im Kontext psychischer Gesundheit und Krankheitsverarbeitung darstellt (Unterrainer & Fink, 2013).

#### 2.1.4 Messung von Spiritualität und Religiosität

Es bestehen viele Instrumente zur Erfassung von Spiritualität und Religiosität. Trotz vieler Unterschiede sind jedoch auch Gemeinsamkeiten feststellbar, wie die Unterscheidung zwischen external und internal orientierter Spiritualität sowie Skalen, die eher religiös orientiert sind und einen Gottesbezug herstellen, oder eher ökologisch orientierte Skalen mit dem Schwerpunkt Natur und Umwelt (Ostermann & Büssing, 2007). Bezüglich des Zusammenhangs zur Gesundheit hat sich nach Ostermann und Büssing (2007) vor allem das Konstrukt „Spiritual well being“ durchgesetzt. *Tabelle 2* und *Tabelle 3* soll diese Vielfalt an Fragebögen zum Thema Spiritualität und Religiosität aufzeigen.

Bucher (2007) führte in seinem Handbuch zur Spiritualität verschiedene bereits zur Quantifizierung entwickelte, als auch eingesetzte Skalen im deutschsprachigen Raum an (s. *Tabelle 2*).

Tabelle 2

*Übersicht möglicher deutschsprachiger Testverfahren zur Erhebung von Spiritualität (Bucher, 2007)*

Messinstrument	Autor/Innen
„Spirituelles Wohlbefinden“	Paloutzian und Ellison (1982)
„Index spiritueller Erfahrungen“	Kass, Friedmann, Leserman, Zuttermeister und Benson (1991)
„Mystizismuskala“	Hood (1975)
„Skala zum Transpersonalen Vertrauen“	Belschner (2000)
„Humanistische-phänomenologische Spiritualität“	Elkins, Hedstrom, Hughes, Leaf und Saunders (1988)
„Spirituelle Transzendenz“	Piedmont (1999)
„Spirituelles Wohlbefinden“	Gomez und Fischer (2003)
„Skala zur Intrinsischen Spiritualität“	Hodge (2003)
„Skala Selbsttranszendenz“	Kirk, Eaves und Martin (1999)
„Index spirituelles Wohlbefinden“	Daaleman und Frey (2004)

Ostermann und Büssing (2007) geben weiters eine Übersicht einiger Fragebögen zu den Ausdrucksformen der Spiritualität sowie Fragebögen zum Thema Spiritualität/Religiosität und Gesundheit (s. *Tabelle 3*).

Tabelle 3

Übersicht der Messinstrumente zur Erhebung unterschiedlicher Aspekte der Spiritualität und Religiosität (Ostermann & Büssing, 2007)

Messinstrument	Autor/Innen
Fragebögen zu Ausdrucksformen von Spiritualität	
„Spiritual Perspective Scale (SPS)“	Reed (1987)
„Mysticism Scale“	Hood (1975)
„Index of Core Spiritual Experiences“	Kass, Friedmann, Lesermann, Zuttermeister und Benson (1991)
„Spiritual Assessment Inventory“	Hall und Edwards (1996)
„Spiritual Involvement and Beliefs Scale“	Hatch, Burg, Naberhaus und Hellmich (1998)
„Spiritual Transcendence Scale“	Piedmont (1999)
„Expressions of Spirituality Inventory“	MacDonald (2000)
„Spiritual Transcendence Index“	Seidlitz, Abernethy, Duberstein, Evinger, Chang und Lewis (2002)
„Daily Spiritual Experience Scale“	Underwood und Teresi (2002)
„Spiritual Transcendence Scale“	Reker (2003)
„Prague Spirituality Questionnaire“	Rican (2005)
„Formen der spirituellen/religiösen Praxis“ (SpREUK-P)	Büssing, Ostermann und Matthiesen (2005)
„Ausdrucksformen der Spiritualität“ (ASP)	Büssing, Ostermann und Matthiesen (2007)
Fragebögen zum Thema Spiritualität/Religiosität und Gesundheit	
„Multidimensional Health Locus of Control Scales“	Wallston, Wallston, DeVellis (1978)
„Spiritual Well-Being Scale“	Paloutzian und Ellison (1982)
„Kontrollüberzeugung zu Krankheit und Gesundheit“	Schmitt, Lohaus und Salewski (1989)
„Belief in Divine Intervention Scale“	Degelmann und Lynn (1995)
„System of Belief Inventory“ (SBI-54)	Kash, Holland und Passik (1995)
„Spiritual Beliefs Inventory“ (SBI-15R)	Holland, Kash, Passik, Gronert, Sison, Lederberg, Russak, Baider und Fox (1998)
„Transpersonales Vertrauen“	Belschner und Galuska (1999)
„Religiöser Bewältigungsindex“	Kremer (2001)
„FACIT-Spiritual Well Being Scale“	Petermann, Fitchett, Brady, Hernandez und

„Spirituality and Spiritual Care Rating Scale“ (SSCRS)	Cella (2002) Mc Sherry, Draper und Kendrick (2002)
„Means-Ends Spirituality Questionnaire“	Ryan und Fiorito (2003)
„SpEUK“	Ostermann, Büssing und Matthiessen (2004)

Auch Hood et al. (2009) geben eine Übersicht über eine Vielzahl an unterschiedlichen Messverfahren im anglo-amerikanischen Raum an. Die Autoren unterscheiden bei der Messung von Spiritualität und Religiosität zwischen „Dispositional Religiousness or Spirituality“ und „Functional Religiousness or Spirituality“. „Dispositional Religiousness or Spirituality“ umfasst Messverfahren zur allgemeinen Religiosität und Spiritualität, religiöse oder spirituelle Involviertheit, religiöse oder spirituelle Entwicklung und religiöse oder spirituelle Geschichte. „Functional Religiousness or Spirituality“ umfasst Bereiche der religiösen und sozialen Beteiligung, religiöse oder spirituelle Praktiken, religiöse oder spirituelle Unterstützung, religiöses und spirituelles Coping, religiöser oder spiritueller Glaube und seine Ausprägung, religiöse oder spirituelle Motivationskraft, religiöse und spirituelle Techniken für die Regulation von Beziehungen sowie religiöse oder spirituelle Erfahrungen.

### 2.1.5 Die Rolle des Geschlechtes

Bisherige Studien zeigen, dass Frauen generell etwas religiös-spirituellicher sind als Männer (Unterrainer & Ladenhauf, 2008; Kennedy, 2004; Henningsgaard & Arnau, 2008; Taylor & MacDonald, 1999; Maltby & Day, 2003; Maltby, Talley, Cooper & Leslie, 1995). So fanden auch Schutte und Hosch (1996) sowie Jorm und Christensen (2004) Geschlechtsunterschiede bezüglich der Ausprägung an Religiosität. Frauen waren demnach religiöser als Männer. Auch zeigen Frauen nach Henningsgaard und Arnau (2008) eine höhere intrinsische religiöse Orientierung als Männer. Ebenso zeigen Frauen ein geringfügiges höheres religiös-spirituelles Befinden sowie ein höheres Ausmaß an allgemeiner Religiosität (Unterrainer, 2010; Unterrainer & Fink, 2013). Darwin et al. (2011) konnten in ihrer Studie feststellen, dass Frauen signifikant höhere Ausprägungen bezüglich Verschwörungstheorien und paranormalen Glauben, wie Spiritualismus, Präkognition und außersinnlichen Wahrnehmungen aufweisen als Männer.

Die Ergebnisse von Francis und Wilcox (1996) unterstützen ebenfalls die häufig bestätigte Annahme, dass Frauen ein höheres Ausmaß an Religiosität aufweisen als Männer. Dieses Ergebnis führen die Forscher jedoch auf Unterschiede der

Persönlichkeitsdimensionen bezüglich der Geschlechterrolle zurück. Sowohl feminine Männer als auch feminine Frauen, zeigen demnach eine höhere Religiosität als maskuline Personen. Loewenthal, MacLeod und Cinnirella (2002) betonen darüber hinaus auch kulturelle Unterschiede bezüglich des Zusammenhangs zwischen Religiosität und Geschlecht. So konnten sie die bisherigen Ergebnisse lediglich bei Christen bestätigen, nicht jedoch bei Moslems, Hinduisten und Juden.

Generell unterstützt die Mehrheit der bisherigen Studienergebnisse die Annahme, dass Frauen in verschiedenen Erhebungen zur Spiritualität und Religiosität höhere Ausprägungen aufweisen. Nur wenige Studien konnten diese Annahme nicht bestätigen. Lewis et al. (2005) sowie Lewis und Maltby (1995) konnten im Gegensatz zu vielen anderen Studien keine Geschlechtsunterschiede bezüglich verschiedener religiöser Aspekte, wie u.a. religiöse Orientierung (intrinsisch vs. extrinsisch) und religiöses Coping finden. Auch konnten keine Geschlechtsunterschiede hinsichtlich paranormalen Glaubens nachgewiesen werden (Huntley & Peters, 2005).

### *2.1.6 Spiritualität, Religiosität und Alter*

Das Alter scheint laut bisheriger Literatur einen Einfluss auf das Ausmaß an Religiosität und Spiritualität zu haben. So fanden auch Unterrainer und Ladenhauf (2008) einen leichten Anstieg an Religiosität im Alter. Ebenso Jorm und Christensen (2004) konnten in ihrer Studie zeigen, dass ältere Personen (60-64 Jahre) die größte Ausprägung und junge Personen (20-24 Jahre) die niedrigste Ausprägung an Religiosität aufweisen. Die Ergebnisse von Henningsgaard und Arnau (2008) sowie Egan, Kroll, Carey, Johnson und Erickson (2004) bestätigten auch einen positiven Zusammenhang zwischen dem Alter und einer intrinsischen religiösen Orientierung. Unterrainer und Fink (2013) konnten weiters eine geringe signifikant positive Korrelation zwischen dem Alter und dem religiös-spirituellen Befinden nachweisen.

### *2.1.7 Schwierigkeiten der Forschung zur Spiritualität und Religiosität*

Diese Studie möchte sich auch mit den kritischen Aspekten der Spiritualität und Religiosität sowie mit der einhergehenden Problematik der Messung bzw. Operationalisierung dieser beiden Konstrukte auseinandersetzen (vgl. Schowalter & Murken, 2003). In der Literatur sind zahlreiche unterschiedliche Konzepte und Modelle zu deren Erhebung zu finden.

Schowalter und Murken (2003) meinten dazu, „Die Auswahl an Indikatoren hilft, den Forschungsgegenstand einzugrenzen und ihn auf eine konkrete beschreibbare Ebene zu bringen. Hier besteht jedoch gleichzeitig die Gefahr, beide Bereiche so zu reduzieren, dass wesentliche Inhalte nicht eingeschlossen werden.“ (S. 14)

Ebenso besteht eine Einschränkung der Vergleichbarkeit einzelner Studien (Heinemann & Wörmann, 2010; Ostermann & Büssing, 2007) durch die hohe Anzahl unterschiedlich verwendeter Fragebögen und erhobenen Stichproben. Es sollte darüber hinaus berücksichtigt werden, dass die Messmethoden nie frei von kulturellen und historischen Kontexten sind (Testerman, 1997). So schreiben auch Henningsgaard und Arnau (2008), dass die Erhebungen von Religiosität und Spiritualität bei unterschiedlichen Kulturen bzw. unterschiedlicher Ethnizität die Vergleichbarkeit einzelner Studien einschränken. AfroamerikanerInnen weisen demnach sowohl eine höhere intrinsische als auch eine höhere extrinsische religiöse Orientierung auf als KaukasierInnen. Neben diesen grundlegend schwer vergleichbaren Studien von Spiritualität und Religiosität scheinen weitere Schwierigkeiten der Spiritualitätsforschung zu bestehen, nämlich die unterschiedliche Konzeptualisierung. Ein Problem vieler Studien betrifft u. a. die eindimensionale Konzeptualisierung von Religiosität (Murken, 1997). Zudem erschwert häufig eine ungenügende Operationalisierung der beiden Begriffe die Forschung (Mehnert, 2008; Testermann, 1997).

„Je nach Weltanschauung, Religion, Konfession und Einstellung scheint jeder, der sich mit dem Thema *Spiritualität* auseinandersetzt, zwar etwas Ähnliches zu assoziieren, letztendlich aber doch etwas sehr Spezifisches zu meinen. Nicht nur die konkreten Ausprägungen der Spiritualität unterscheiden sich, sondern auch das grundsätzliche Verständnis.“ (Ostermann & Büssing, 2007, S. 219)

Ein weiteres Problem besteht in der Frage nach der „Ursache vs. Wirkung“ der positiven Zusammenhänge zu diversen Gesundheitsvariablen (Unterrainer & Ladenhauf, 2008; Unterrainer, 2010). So schreiben Schowalter und Murken (2003), „Sowohl Religiosität als auch psychische Gesundheit sind sehr komplexe und vielseitige Konstrukte, deren angemessene und methodische Erfassung eine theoretisch begründete Auswahl an Indikatoren voraussetzt.“ (S.14.)

Überdies sind die oft nur sehr schwachen Zusammenhänge (Unterrainer, 2010; George, Larson, König & McCullough, 2000) und die unzureichende Kontrolle möglicher anderer Einflussvariablen (u.a. Mehnert, 2008) kritisch zu betrachten. So geht auch Schumaker (1992) davon aus, dass die Bedeutung der Religiosität meist über- als unterschätzt wird, wobei er sehr wohl einen Vorteil von religiösen Personen gegenüber nicht-religiösen Personen hinsichtlich der Verarbeitung kritischer Lebensereignisse sieht.

Weitere Schwierigkeiten scheinen hinsichtlich der oft generell fehlenden Angaben zur Erfassung der Religiosität (Ostermann & Büssing, 2007) sowie in der fehlenden empirischen Evidenz (Bucher, 2007) zu bestehen. Hinzu kommt, dass viele Studien nicht nur Religiosität und Spiritualität gemeinsam, erheben, sondern häufig nur einer der beiden Konstrukte erfassen. George et al. (2000) führen an, dass bei Interpretationen gesundheitsbezogener Studien berücksichtigt werden sollte, dass Religiosität und Spiritualität möglicherweise unterschiedlich wirken könnten.

## 2.2 Persönlichkeit

### 2.2.1 *Begriffsbestimmung*

„Persönlichkeit ist die mehr oder weniger feste und überdauernde Organisation des Charakters, des Temperaments, des Intellekts und der Physis eines Menschen.“ (Eysenck, 1953; S.2)

„Die Persönlichkeitspsychologie ist die Wissenschaft von den überdauernden, nicht pathologischen, verhaltensrelevanten individuellen Besonderheiten von Menschen innerhalb einer bestimmten Population.“ (Asendorpf, 2004; S.11)

Ein Persönlichkeitstest ist nach Bortz und Döring (2006) ein wissenschaftliches Routineverfahren zur Untersuchung von einem oder mehreren empirisch abgrenzbaren Persönlichkeitsmerkmalen mit dem Ziel einer möglichst quantitativen Aussage über den relativen Grad der individuellen Merkmalsausprägung.

### 2.2.2 *Persönlichkeit, Religion und Spiritualität*

Aktuelle Forschungsarbeiten lassen vermuten, dass Zusammenhänge zwischen Spiritualität und Religiosität und einzelnen Persönlichkeitsdimensionen bestehen (u.a. Unterrainer, 2010; 2005; Kennedy, 2009; Saroglou, 2002; Taylor & MacDonald 1999; Maltby & Day, 200; Egan et al., 2004). Hills et al. (2004) und Kennedy (2009) schließen unter anderem Religion und Spiritualität als eigenständiges Persönlichkeitsmerkmal nicht aus.

Es scheint, dass eine extrinsische religiöse Orientierung und eine negative religiöse Krankheitsverarbeitung positiv mit Neurotizismus in Verbindung stehen und eine intrinsische religiöse Orientierung und eine positive religiöse Krankheitsverarbeitung negativ mit Psychotizismus in Verbindung stehen (Malty & Day, 2004).

In dieser Studie werden einzelne Persönlichkeitsdimensionen (u.a. Extraversion, Introversion, Psychotizismus) erhoben, um sie anschließend bezüglich des Zusammenhangs zwischen Spiritualität und Religiosität zu untersuchen.

### 2.2.3 *BIG-5 Faktoren Modell der Persönlichkeit*

Das Modell der „Big-Five“ ist eines der populärsten Persönlichkeitsmodelle, das heute in der Forschung verwendet wird (Bowler, Bowler & Phillips, 2009) und sich weitgehend durchgesetzt hat (Borkenau & Ostendorf, 1989). Das Big-Five Modell beschreibt fünf unabhängige Faktoren zur Beschreibung alltagspsychologisch repräsentierter Persönlichkeitsunterschiede, nämlich „Neurotizismus“, „Extraversion“, „Offenheit für Erfahrungen“, „Verträglichkeit“ und „Gewissenhaftigkeit“. (Asendorpf, 2007). So konnten Borkenau und Ostendorf (1989) u.a. das fünf-Faktorenmodell in verschiedenen Datenmodi bestätigen.

Ein Persönlichkeitsinventar das diese fünf Faktoren erhebt ist der NEO-FFI, eine Kurzform, von Costa und McCrae (1989; deutsche Version von Borkenau & Ostendorf, 1993).

Bowler et al. (2009) bezweifelten die Annahme, dass diese Fünf-Faktoren die Persönlichkeit aller Individuen am besten beschreiben und untersuchten den Einfluss der kognitiven Komplexität, also der Grad, in dem ein Individuum mehrere Elemente seiner Umgebung differenziert und vereinigt, auf das Fünf-Faktoren-Modell. Die Ergebnisse weisen darauf hin, dass Personen mit einem niedrigeren Level an kognitiver Komplexität am besten mit einem Drei-Faktoren-Modell der Persönlichkeit und Personen mit einem höheren Level an kognitiver Komplexität am besten mit einem Sieben-Faktoren-Modell der Persönlichkeit beschrieben werden. Es scheint, dass Personen mit einer höheren kognitiven Komplexität auch eine komplexere Persönlichkeit aufweisen.

#### 2.2.3.1 *Big 5 Modell, Religiosität und Spiritualität*

Es bestehen einige Studien, die den Zusammenhang der „Big-Five“ und der Religiosität und Spiritualität untersuchen, wobei Studien das Fünf-Faktoren-Modell der Persönlichkeit für eine differenzierte Ergebnisdarstellung nutzen (Huntley & Peters, 2005).

So fanden Taylor und MacDonald (1999) und Saroglou (2002) einen positiven Zusammenhang zwischen Verträglichkeit, Gewissenhaftigkeit und Religion bei gesunden StudienteilnehmerInnen. Die Ergebnisse zeigen, dass vor allem Verträglichkeit der wichtigste Faktor zur Vorhersage der Religiosität ist (Huntley & Peters, 2005). Im Zusammenhang zur

Persönlichkeit war nur die Gewissenhaftigkeit ein signifikanter Prediktor von paranormalen Glauben (Huntley & Peters, 2005). Weiters scheint die Unterscheidung zwischen einer extrinsischen und intrinsischen Religiosität von Bedeutung. So korreliert eine extrinsische religiöse Orientierung nach Henningsgaard und Arnau (2008) mit keiner der fünf Persönlichkeitsdimensionen bzw. steht nur in Verbindung mit Extraversion (Kosek, 1999) oder geht mit einer hohen Ausprägung an Neurotizismus einher (Saroglou, 2002).

Eine intrinsische religiöse Orientierung korrelierte jedoch positiv mit Verträglichkeit und Gewissenhaftigkeit und negativ mit Neurotizismus. Spiritualität korrelierte positiv mit Extraversion, Verträglichkeit sowie Gewissenhaftigkeit und negativ mit Neurotizismus (Henningsgaard & Arnau, 2008). Auch Kosek (1999) fand einen Zusammenhang zwischen einer intrinsischen Religiosität und Verträglichkeit sowie Gewissenhaftigkeit. Darüber hinaus spiegeln eine freie offene Religiosität und Spiritualität eine emotionale Stabilität (Saroglou, 2002).

Ebenso zeigen Studien Zusammenhänge zwischen dem religiös-spirituellen Wohlbefinden und der Persönlichkeit. Allgemeine Religiosität, Extraversion, Gewissenhaftigkeit und Offenheit korrelieren positiv mit dem religiös-spirituellen Wohlbefinden. Außerdem zeigten sich positive Zusammenhänge zwischen Extraversion und den Subskalen im MIRS, „Hoffnung Immanent“ und „Erfahrungen von Bedeutung und Sinn“. Die Ausnahmen waren Neurotizismus und Aggressivität. Diese Beiden korrelierten negativ mit dem spirituellen Befinden. (Unterrainer et al., 2010).

#### 2.2.4 Eysenks 3-Faktoren Modell der Persönlichkeit

Einer der ersten Klassifikationsansätze, in dem versucht wird, eine Vielfalt an alltagspsychologischen, repräsentierten Eigenschaften auf möglichst wenige und statistisch möglichst unabhängige Dimensionen zu reduzieren, geht auf Eysenk und Eysenk (1969, zitiert nach Asendorpf, 2007) zurück. Dieses Faktorenmodell beschreibt drei Persönlichkeitsfaktoren, Extraversion, Neurotizismus und Psychotizismus und ist in der Kreativitätsforschung ein fester Bestandteil.

Saggino (2000) setzte sich mit der Frage der Dimensionalität der Persönlichkeit auseinander und verglich das Drei-Faktoren Modell mit dem Fünf-Faktoren Modell. Die Ergebnisse unterstützen partiell das Modell von Eysenk bzw. die Hypothese, dass Verträglichkeit und Gewissenhaftigkeit Facetten von Psychotizismus widerspiegeln. Auch Scholte und De Bruyn (2004) untersuchten die Robustheit des 3-Faktoren Modells und der „Big Five“ in einer Stichprobe von jungen Erwachsenen. Eine Faktorenanalyse der Daten unterstützt eher die 3-Faktoren-Lösung und die Annahme, dass Verträglichkeit und

Gewissenhaftigkeit Aspekte von Psychotizismus darstellen. Demnach ist das 3-Faktoren-Modell ein robustes Modell.

#### 2.2.4.1 Eysenks 3-Faktoren Modell, Religiosität und Spiritualität

ForscherInnen versuchten auch einzelne Persönlichkeitsdimensionen des 3-Faktoren Modells mit Spiritualität und Religiosität in Verbindung zu bringen. So fanden Schutte und Hosch (1996) einen positiven Zusammenhang zwischen Optimismus und Religiosität und einen negativen Zusammenhang zwischen Religiosität und Neurotizismus.

In Bezug auf Optimismus scheint eine Differenzierung zwischen Religion und Spiritualität sinnvoll. Da u.a. Kirchenbesuche oder eine frühe religiöse Involviertheit nicht mit Optimismus assoziiert sind, sehr wohl jedoch die subjektiv wahrgenommene Spiritualität und die Beziehung zu Gott. Spiritualität und Optimismus sind somit positiv miteinander assoziiert (Mattis, Fontenot & Hatcher-Kay, 2003).

Der Zusammenhang zwischen Extraversion und Neurotizismus ist widersprüchlich. In den Studien von Maltby (1999), Lewis und Maltby (1995) zeigten sich keine signifikanten Korrelationen zwischen Extraversion und Neurotizismus weder zur intrinsischen noch zu extrinsischen religiösen Orientierung. Maltby und Day (2001) fanden einen positiven Zusammenhang zwischen dem Ausmaß an Extraversion und dem Ausmaß an Spiritualität. Bei anderen Studien, wie bei Hills, Francis, Argyle und Jackson (2004) wurde jedoch eine positive Assoziation zwischen Neurotizismus und einer extrinsischen religiösen Orientierung gefunden.

Psychotizismus scheint negativ assoziiert zu sein mit einer intrinsischen religiösen Orientierung, jedoch nicht mit einer extrinsischen religiösen Orientierung (Maltby, 1999; Egan et al., 2004). Diese Korrelation zwischen einer intrinsischen Religiosität und Psychotizismus verschwindet jedoch bei der Kontrolle der Variable Alter (Egan et al., 2004). So nehmen die Ausprägung an Psychotizismus und Neurotizismus im Alter ab. Aufgrund dessen wird in dieser Studie ebenso das Alter miterhoben bzw. kontrolliert.

Auch eine allgemeine Religiosität (Lewis & Maltby, 1995, Maltby et al., 1995) sowie weitere religiöse Variablen, wie Kirchenbesuche, Beten, extrinsische als auch intrinsische Religiosität und eine religiöse Sinnsuche (Hills et al., 2004) stehen mit einer niedrigeren Ausprägung an Psychotizismus in Verbindung. Nach Maltby, et al. (1995) erreichen Männer generell eine signifikant höhere Ausprägung an Psychotizismus als Frauen.

Prinzipiell wird die Hypothese unterstützt, dass sowohl pathogene als auch salutogene Aspekte von Religiosität und Spiritualität mit Persönlichkeit in Verbindung stehen (Unterrainer, Huber, Sorgo, Collicutt & Fink, 2011). Schließlich verweisen Jorm und Christensen (2004) auf einen nicht-linearen Zusammenhang zwischen Religiosität und

Persönlichkeit. Dieser nicht-lineare Zusammenhang ist demzufolge die Ursache für bisherige nur kleine und inkonsistente Effekte.

## 2.3 Schizophrenie und wahnhaftige Störungen

Nach der Internationalen Klassifikation Psychischer Störungen von Dilling et al. (2008) fällt die Schizophrenie in den Krankheitsabschnitt F2. Dieser umfasst die Schizophrenie sowie schizotype und wahnhaftige Störungen. Der ICD-10 ist nach Dilling et al. (2008) als Zentral- oder Kernklassifikation für eine ganze Gruppe von krankheits- und gesundheitsbezogenen Klassifikationen konzipiert. Dieser Krankheitsabschnitt F2 unterteilt sich in folgende Störungen (Dilling & Freyberger, 2001).

### 2.3.1.1 Schizophrenie (F20)

#### 2.3.1.1.1 Beschreibung

Aus den diagnostischen Kriterien geht hervor, dass unter der Bezeichnung Schizophrenie eine pathologisch heterogene Gruppe von Störungen zusammengefasst wird. Bezüglich der Komorbidität der Schizophrenie zeigt sich ebenso ein heterogenes Störungsbild, wobei vor allem Störungen im Zusammenhang mit psychotropen Substanzen, Angststörungen und affektive Störungen zu erwähnen sind (Exner & Lincoln, 2011). Die typischen Symptome treten in der Pubertät und im frühen Erwachsenenalter auf (Van Os & Kapur, 2009). Das durchschnittliche Alter der Erstmanifestation liegt bei Frauen im späten dritten und bei Männern im zweiten bis dritten Lebensjahrzehnt (Exner & Lincoln, 2011). In einigen Fällen jedoch bestehen schon bereits bei der Geburt subtile Beeinträchtigungen der neurointegrativen Funktion. Daher betrachtet man die Schizophrenie als eine psychische Störung mit einer neuronalen Entwicklungskomponente (Mäki et al., 2005).

Schizophrene Störungen werden im Allgemeinen durch grundlegende und charakteristische Störungen von Denken und Wahrnehmung gekennzeichnet. Ebenso treten sie in Form einer inadäquaten oder verflachten Affektivität auf (Dilling et al., 2008). Man unterscheidet zwischen positiven (Halluzinationen, Wahnvorstellungen, Desorganisation) und negativen (Mangel an Aktivität, Affektverflachung, Gedankenarmut) Symptomen (Carlsson & Lecrubier, 2004). In der Regel sind die Klarheit des Bewusstseins und die intellektuellen Fähigkeiten nicht betroffen, wobei sich im Laufe der Zeit sehr wohl kognitive Defizite entwickeln können. Beeinträchtigt sind die Grundfunktionen, die den normalen Menschen ein Gefühl von Individualität, Einzigartigkeit und Entscheidungsfreiheit geben.

Betroffene Personen glauben häufig, dass ihre Gedanken, Gefühle und Handlungen anderen Personen bekannt sind. Ebenso kann die Wahrnehmung von Farbe und Geräusche in Bezug auf die Lebhaftigkeit oder ihren Qualitäten gestört sein. Das Denken wird häufig vage, schief und verschwommen und der sprachliche Ausdruck wird gelegentlich unverständlich. Die Stimmung ist meist flach, kapriziös oder unangemessen. Auch können eine Ambivalenz und eine Antriebsstörung in Form von Trägheit, Negativismus oder Stupor erscheinen. Außerdem kann eine Katatonie (z.B. Erregung, Haltungstereotypen) auftreten. Der Verlauf kann sowohl akut als auch schleichend beginnen. Hinsichtlich der Auftrittshäufigkeit gibt es bezüglich des Geschlechts keinen Unterschied (Dilling et al., 2008).

Weitere mögliche Symptomen sind: Gedankenlautwerden, Gedankeneingebung, Gedankenentzug und Gedankenausbreitung, Kontrollwahn, Beeinflussungswahn, kommentierende oder dialogische Stimmenhören, anhaltender kulturell unangemessener, völlig unrealistischer Wahn, Gedankenabreißen oder Einschreibungen in den Gedankenfluss, Apathie, Sprachverarmung, zumeist mit sozialem Rückzug und eine verminderte soziale Leistungsfähigkeit. Die Schizophrenie kann in unterschiedlichen Formen auftreten: Paranoide Schizophrenie, Hebephrene Schizophrenie, Katatone Schizophrenie, Undifferenzierte Schizophrenie, Postschizophrene Depression, Schizophrenes Residuum, Schizophrenia Simplex, Sonstige Schizophrenie und nicht näher bezeichnete Schizophrenie. Ebenso können sich die Verlaufsbilder bezüglich der Erkrankung unterscheiden. Der Verlauf kann kontinuierlich, episodisch (stabiles Residuum, zunehmendes Residuum), episodisch remittierend sowie mit einer vollständigen oder unvollständigen Remission stattfinden (Dilling et al., 2008).

Die Behandlung sollte in Form einer Kombination von antipsychotischer Medikation und psychologischer Behandlung erfolgen (Van Os & Kapur, 2009).

### 2.3.2 Ätiologie

Nach Exner und Lincoln (2011) gibt es unterschiedliche Faktoren, die zur Entwicklung einer schizophrenen Erkrankungen beitragen.

#### 2.3.2.1 Genetische Faktoren

Aufgrund von populationsgenetischen Studien (Familien-, Zwillings- und Adoptionsstudien) kann man auf eine hohe erbliche Komponente der schizophrenen Erkrankung schließen. Man geht davon aus, dass es sich bei den Vulnerabilitätsgenen nicht um Mutationen, also um seltene und veränderte Formen eines Genes handelt, sondern um

Polymorphismen. Demnach soll jede Genvariation das Erkrankungsrisiko nur um einen geringen Prozentsatz von 1-2 % beeinflussen. Bezüglich der Vulnerabilität dieser Erkrankung spielen additive Effekte von sogenannten Risikogenen, in unterschiedlichen Kombinationen, als auch Gen-Umwelt-Interaktionen und möglicherweise auch Gen-Gen-Kombinationen eine Rolle (Exner & Lincoln, 2011). Nach Mäki et al. (2005) ist der größte Risikofaktor an Schizophrenie zu erkranken das familiäre Risiko einer genetischen Belastung.

### 2.3.2.2 *Neurochemische Veränderungen*

Bei der Schizophrenie geht man davon aus, dass Störungen in multiplen Transmittersystemen vorliegen. Wobei unter den verschiedenen neurochemischen Hypothesen der Schizophrenie die Dopaminhypothese die größte empirische Evidenz aufweist. Bei dieser geht man von Veränderung in der dopaminergen Übertragung aus. Die Dopaminhypothese wird vor allem von dem pharmakologischen Wirkmechanismus von Antipsychotika unterstützt. So scheint u.a. eine akute psychotische Positivsymptomatik mit einer dopaminergen Überaktivität im Striatum einherzugehen. Eine Negativsymptomatik scheint mit einer Unteraktivität wie zum Beispiel im präfrontalen Kortex einher zu gehen (Howes & Kapur, 2009).

### 2.3.2.3 *Veränderungen der Hirnstruktur*

Aufgrund der Entwicklung von bildgebenden Verfahren hat man in Studien auch mögliche strukturelle Veränderungen im Gehirnvolumen von Personen mit Schizophrenie mit Hilfe von Computertomographie (CT) und Magnetresonanztomographie (MRT) untersucht. Es zeigte sich, dass schizophrene Personen regionale Hirnvolumenänderungen vor allem im medialen Temporallappen aufweisen (Exner & Lincoln, 2011). Wie eine regional betonte Volumenminderung im medialen Temporallappen und in präfrontalen Bereichen (Davidson & Heinrichs, 2003). Ebenso wurden eine generelle Reduktion des Gesamthirnvolumens und hippocampale Strukturänderungen beobachtet (Steen, Mull, McClure, Hamer & Lieberman, 2006). Unter anderem scheint nach Mohanty et al. (2005) auch der Dorsolaterale Präfrontale Cortex (DLPFC) eine hier bedeutende Hirnstruktur zu sein. Zahlreiche Studien beschäftigen sich mit Veränderungen von Hirnstrukturen, wobei neben den Volumenänderungen von diversen Arealen auch Veränderungen im Aufbau der Nervenzellschichten und in den Faserverbindungen zwischen den einzelnen Hirnregionen von Bedeutung sind (Exner & Lincoln, 2011).

Jedoch sind Zeitverlauf und Mechanismus der hirnstrukturellen Veränderungen noch unklar (Exner & Lincoln, 2011).

#### 2.3.2.4 *Veränderungen der Hirnfunktion*

Hirnstrukturelle Veränderungen werden durch korrelative Befunde mit Funktionsauffälligkeiten in den Leistungen im Bereich der Exekutiv- sowie Lern- und Gedächtnisaufgaben in Zusammenhang gebracht (Szeszko et al., 2002). Jedoch kann man mit Hilfe von Hirnkorrelaten funktionelle Beeinträchtigungen in der Informationsverarbeitung mit elektrophysiologischen und funktionell-bildgebenden Methoden direkter erfassen. So zeigen elektrophysiologische Untersuchungen, dass an Schizophrenie erkrankte Personen aber auch Personen mit einem erhöhten Psychoserisiko, Störungen sensorischer und sensomotorischer Filterprozesse aufweisen (Exner & Lincoln, 2011).

Gruzelier (2002) verweist auf die Bedeutung von funktionellen Veränderungen bei der Entwicklung einer Schizophrenie sowie von neurophysiologischen Behandlungen, wie zum Beispiel mit Neurofeedback.

#### 2.3.2.5 *Schädigende Einflüsse (Noxen)*

##### 2.3.2.5.1 *Substanzmissbrauch*

Durch eine Reihe an prospektiven Studien wurde die Annahme, dass Cannabis ein auslösender Faktor für Psychosen sein könnte, belegt. Weiters muss jedoch erwähnt werden, dass der kausale Effekt von Cannabis auf die Entwicklung einer Psychose möglicherweise überschätzt wird. Viele Studien haben die Möglichkeit einer umgekehrten Kausalität nicht untersucht bzw. kontrolliert. So kann ein erhöhter Cannabiskonsum im Sinne eines Bewältigungsversuches als Folge von psychotischen Symptomen auftreten (Exner & Lincoln, 2011).

##### 2.3.2.5.2 *Geburtskomplikationen*

Auch Schwangerschafts- und Geburtskomplikationen scheinen Risikofaktoren für Schizophrenie darzustellen (Exner & Lincoln, 2011). Dies zeigte eine Metaanalyse von Cannon, Jones und Murray (2002). Es wurden 30 bekannte Geburtskomplikationen ausgewertet und es wurden drei Gruppen von Komplikationen mit Schizophrenie assoziiert: Komplikationen in der Schwangerschaft, abnormaler fötaler Wachstum und Entwicklung sowie Komplikationen bei der Geburt. Demnach erhöhen u.a. Diabetes in der Schwangerschaft, ein geringes Geburtsgewicht (<2000), ungeplanter Kaiserschnitt, angeborene Missbildungen, atonische Nachblutungen, Rhesusfaktoren, mangelnde

Sauerstoffversorgung, erhöhter Blutdruck sowie Blutungen während der Schwangerschaft das Risiko eine Schizophrenie zu entwickeln.

#### *2.3.2.5.3 Saisonale Einflüsse*

Einige Studien beschäftigen sich mit der Geburtssaison und dem Risiko an eine Schizophrenie zu erkranken. Hier werden trotz methodischer Probleme erstaunliche saisonale Effekte beobachtet. Es scheint, dass Personen, die später eine Schizophrenie oder eine schizoaffektive Störung entwickeln, eher im Winter und im Frühjahr geboren wurden. Wobei dieser Saisonale Effekt eher auf genetische oder schwer nachweisbare Schwangerschafts- und Geburtskomplikationen, chemische Faktoren, Ernährung, Temperatur und Infektionen zurückzuführen ist und eher diskutiert werden, da versuchte Zusammenhangsversuche zu anderen Risikofaktoren ergebnislos blieben (Exner & Lincoln, 2011).

#### *2.3.2.6 Soziale Stressoren*

##### *2.3.2.6.1 Kritische Lebensereignisse*

Hier sind wesentliche, aber nicht außergewöhnliche Veränderungen im Leben von Bedeutung. Solche Veränderungen entziehen sich der Kontrolle des Individuums und bringen maßgebliche Veränderungen mit sich, u. a. Arbeitsplatzverlust oder Scheidung, die mit einem erhöhten Stresserleben und einer notwendigen Anpassung einhergehen. Demnach können solche kritischen „Life-Events“ einen Beitrag zum Ausbruch der Erkrankung leisten. Jedoch sind diese Studien aufgrund ihres retrospektiven Designs kritisch zu betrachten (Exner & Lincoln, 2011).

##### *2.3.2.6.2 Trauma*

Studien bezüglich des Zusammenhangs zwischen Kindheitstrauma und Psychose sollten unter der Berücksichtigung des häufig vielfach methodischen angreifbaren Designs nur sehr vorsichtig interpretiert werden (Exner & Lincoln, 2011).

##### *2.3.2.6.3 Alltagsstressoren*

Einige Studien legen den Verdacht nahe, dass auch chronischer Stress und Alltagsstressoren zum Ausbruch von psychotischen Symptomen führen können. So weisen u.a. MigrantInnen ein höheres Schizophrenierisiko auf (Exner & Lincoln, 2011).

#### 2.3.2.6.4 Einfluss von Stress Sensitivität

Personen mit einer schizophrenen Diagnose zeigen, dass sie stärker mit einem Anstieg negativer Emotionen auf Alltagsstressoren reagieren als gesunde Personen. Überdies ist Alltagsstress bei schizophrenen Personen mit einem Anstieg psychotischer Symptome assoziiert (Exner & Lincoln, 2011).

### 2.3.3 Schizotype Störung (F21)

#### 2.3.3.1 Beschreibung

Bei dieser Störung treten nie eindeutige charakteristische schizophrene Symptome auf und es gibt kein beherrschendes oder typisches Merkmal. Sie umfasst exzentrisches Verhalten sowie Anomalien des Denkens und der Stimmung, die schizophren wirken. Die Störung zeigt einen chronischen Verlauf mit unterschiedlicher Intensität und es entwickelt sich gelegentlich eine eindeutige Schizophrenie. Mögliche Merkmale können sein: Inadäquater oder eingeschränkter Affekt, seltsames, exzentrisches oder eigentümliches Verhalten und Erscheinung, wenige soziale Bezüge und eine Tendenz zu sozialem Rückzug, seltsame Glaubensinhalte und magisches Denken, Misstrauen oder paranoide Ideen, zwanghaftes Grübeln ohne innerer Widerstand, ungewöhnliche Wahrnehmungserlebnisse mit Körpergefühlsstörungen oder anderen Illusionen, Depersonalisations- oder Derealisationserleben, umständliches Denken und umständliche Sprache, metaphorisch und gekünstelt, gelegentliche vorübergehende quasipsychotische Episoden mit intensiven Illusionen, akustische oder andere Halluzinationen und wahnähnlichen Ideen (Dilling et al., 2008).

Weiters geht man bei der schizotypen Störung von einem Kontinuum psychotischer Symptomte aus, auf dem die unterschiedlichen Ausprägungen liegen können (vgl. Johns & Van Os, 2001; Peters, Day, Mckenna & Orbach, 1999; Day & Peters et al., 1999). Die Ergebnisse von Goulding (2004) und McCreery und Claridge (2002) unterstützen diese Annahmen. Umso höher die Ausprägung, umso größer ist die Wahrscheinlichkeit eine Schizophrenie zu entwickeln. Anatomisch betrachtet ist im Gehirn beim Auftreten von psychotischen Symptomen die rechte Hemisphäre stärker aktiviert (Lohr & Caliguiri, 1997). Das gilt auch für gesunde Personen. Diese messen eine erhöhte Aktivierung der rechten Hemisphäre während mystischer und paranormaler Erfahrungen. Mohanty et al. (2005) konnten wie erwartet zeigen, dass ein negativer Affekt sowohl bei gesunden hochschizotypen als auch bei schizophrenen Personen mit einer Positivsymptomatik kognitive Störungen fördert. Überdies konnte man bei Schizophrenen und bei gesunden hoch-

schizotypen Personen die gleichen kognitiven Abnormalitäten bei spezifischen Aufgaben (Emotionsverarbeitung) mittels Functional Magnet Resonance Imaging (fMRI) beobachten.

Wenn Mechanismen, die den individuellen Unterschieden in der Sprache und im Verhalten in der normalen Bevölkerung zugrunde liegen, leicht dysfunktional werden, dann zeigen die betroffenen Personen einen Anstieg an ungewöhnlicher und eigenartiger Sprache und Verhaltensweisen am klinischen Level einer Schizotypie. Ein noch größeres Ausmaß an Funktionsstörungen führen zu einem Anstieg an Symptomen wie Denkstörungen und bizzaren Verhalten. Dies wurde bei hospitalisierten Patienten mit Schizophrenie beobachtet (Reynolds, Raine, Mellinger, Venables & Mednick, 2000).

Symptome der Schizotypie, wie paranormale Erfahrungen, betreffen somit auch die gesunde Population, jedoch in einem gesunden Ausmaß (Goulding, 2004). Rawlings, Williams, Haslam und Claridge (2008) fanden eine Schizotypie-Rate in der allgemeinen Population von 19 % und mehr. Die Existenz einer diskreten Klasse von Menschen, die anfällig sind für Schizophrenie-Spektrum-Störungen, ist der am meisten replizierte Befund in der Forschung (Rawlings et al., 2008).

Weiters unterscheidet man nach Fisher et al. (2004) sowie Dinn, Harris, Aycicegi, Greene und Andover (2002) ebenso wie bei der Schizophrenie, zwischen einer positiven und negativen Schizotypie. Wobei die „Negativ-Symptomatik“ stärker mit kognitiven Beeinträchtigungen wie mit Exekutivfunktionen assoziiert ist als die „Positiv-Symptomatik“ (Mahurin, Velligan & Miller, 1998).

### 2.3.3.2 Schizotypie und Magisches Denken

Im ICD-10 sind magisches Denken und seltsame Glaubensinhalte, die das Verhalten beeinflussen und im Widerspruch zu (sub)kulturellen Normen stehen, mögliche auftretende Symptome einer schizotypen Störung. Generell sind die Ergebnisse zum Zusammenhang zwischen Schizotypie und paranormalen Erfahrungen widersprüchlich. Unter anderem konnte man einen positiven Zusammenhang zwischen paranormalen Vorstellungen (Darwin et al., 2011) sowie abnormale Wahrnehmungserfahrungen (McCreery & Claridge, 1996) und der Schizotypie nachweisen. Ebenso fanden Merckelbach und Giesbrecht (2006) einen Zusammenhang zwischen dissoziativen Erfahrungen, erhoben mit dem „Dissociative Experience Scale (DES) und Schizotypie. McCreery und Claridge (2002) stellten fest, dass Personen mit einem höheren Ausmaß an „Out-of-body-experiences“ auch ein höheres Ausmaß an positiver Symptomatik der Schizotypie aufweisen.

Andere Studienergebnisse zeigten keinen Zusammenhang zwischen magischem Denken als Indikator für Schizotypie und Psychotizismus (Unterrainer et al., 2011). Es stellt sich die Frage, wie geeignet das „magische Denken“ als Indikator jedoch ist.

Frauen scheinen darüber hinaus einen stärkeren Glauben an paranormalen Vorstellungen, wie zum Beispiel Spiritualismus und Präkognition (Darwin et al., 2011) sowie dissoziative Erfahrungen (Wolfradt, 1997) aufzuweisen, wobei andere Studien, wie bei Bradbury, Stirling, Cavill und Parker (2009) bezüglich des Ausmaßes an paranormalen und transpersonalen Erfahrungen in einer gesunden Stichprobe wiederum keine Geschlechtsunterschiede nachweisen konnten.

Zur Erhebung von Symptomen einer Schizotypie mittels Fragebögen bestehen nach Johns und Van Os (2001) neben dem „O-LIFE“ (Mason, Claridge und Jackson, 1995) noch weitere Messverfahren, wie u. a. der „SPQ“ (Schizotypal Personality Questionnaire; Raine & Benishay, 1995), die „PBS“ (Paranormal Belief Scale; Tobacyk & Milford, 1983), die PBS-R (Paranormal Belief Scale-Revised; Tobacyk, 2004), das PDI (Peters Delusions Inventory; Peters, Joseph, Day & Garety, 2004) und die DES (Dissoziative Experiences Scale; Carlson & Putnam, 1993).

#### *2.3.4 Anhaltende wahnhaftige Störungen (F22)*

In dieser Gruppe von Störungen ist ein langandauernder Wahn das einzige oder das auffälligste klinische Merkmal. Diese Störungen können nicht als organisch, schizophren oder affektiv klassifiziert werden. Darüber hinaus sind genetische Faktoren, Persönlichkeitsmerkmale sowie Lebensumstände bei der Entstehung unsicher und vermutlich unterschiedlich. Dazu gehörende Störungen sind die wahnhaftige Störung (F22.0), sonstige anhaltende wahnhaftige Störungen (F22.8) und nicht näher bezeichnete anhaltende wahnhaftige Störungen (F22.9) (Dilling et al., 2008).

#### *2.3.5 Akute vorübergehende psychotische Störungen (F23)*

Aufgrund der bisher unzureichenden Kenntnisse und mangelnder klinischer Erfahrungen bestehen keine eindeutig definierten und untereinander abgrenzbaren Konzepte. Ein systematisches klinisches Wissen zur Klassifikation der akuten psychotischen Störungen fehlt bislang. Dazu gehörende Störungen sind die akute polymorphe psychotische Störung ohne Symptome einer Schizophrenie (F23.0), akute polymorphe psychotische Störung mit Symptomen einer Schizophrenie (F23.1), akute schizophreniforme psychotische Störung (F23.2), andere akute vorwiegend wahnhaftige psychotische Störungen (F23.3), sonstige akute vorübergehende psychotische Störungen (F23.8) und nicht näher bezeichnete akute vorübergehende psychotische Störung (F23.9) (Dilling et al. 2008).

### 2.3.6 *Induzierte Wahnhafte Störung (F24)*

Die induzierte wahnhafte Störung ist eine eher seltener auftretende Störung die von zwei oder mehreren Personen geteilt wird, die in enger emotionaler Bindung stehen. Es leidet nur eine Person unter einer echten psychotischen Störung. Bei den anderen Personen ist diese Störung induziert und verschwindet nach der Trennung von dieser Person meist wieder. Im Allgemeinen ist die psychotische Erkrankung der dominierenden Person eine Schizophrenie und in der Regel sind die Wahnphänome bei beiden Personen chronisch. Sehr häufig leben die beiden betroffenen Personen in einer ungewöhnlich engen Beziehung und sind sprachlich, kulturell und geografisch von anderen Menschen isoliert. Darüber hinaus ist die Person mit induzierten Wahnvorstellungen gegenüber der Person mit einer Psychose in einer abhängigen und unterwürfigen Position (Dilling et al. 2008).

### 2.3.7 *Schizoaffektive Störungen (F25)*

Bei den schizoaffektiven Störungen handelt es sich um episodische Störungen die sehr häufig auftreten. In der Krankheitsphase treten sowohl schizophrene als auch affektive Symptome meist gleichzeitig auf. PatientInnen, deren Symptome eher manisch als depressiv sind und unter einer solchen rezidivierenden schizoaffektiven Episode leiden, zeigen meist eine vollständige Remission. Die dazu gehörenden Störungen sind die schizoaffektive Störung, gegenwärtig manisch (F25.0), die schizoaffektive Störung, gegenwärtig depressiv (F25.1), die gemischte schizoaffektive Störung (F25.2), sonstige schizoaffektive Störungen (F25.8) und nicht näher bezeichnete schizoaffektive Störung (F25.9) (Dilling et al., 2008).

### 2.3.8 *Sonstige nichtorganische psychotische Störungen (F28)*

Hier sind alle psychotischen Störungen zu klassifizieren, die weder die Kriterien für eine Schizophrenie (F20), für psychotische Formen affektiver Störungen (F30-F39) noch Symptomkriterien für anhaltende wahnhafte Störungen (F22) erfüllen (Dilling et al. 2008).

### 2.3.9 *Nicht näher bezeichnete nichtorganische Psychose (F29)*

Diese Kategorie sollte nach Dilling et al. (2008) auch für Psychosen unbekannter Herkunft verwendet werden. Ausgeschlossen werden sollten nicht näher bezeichnete Psychosen und nicht näher bezeichnete organische oder symptomatische Psychosen.

## 2.4 Religion, Spiritualität und Gesundheit

### 2.4.1 Religion und Spiritualität und allgemeine Gesundheit

Seit Jahrhunderten wird das Verhältnis von Religion und psychischer Gesundheit diskutiert und im Laufe der Geschichte zeigten sich Beziehungen zwischen den beiden Phänomenen auf unterschiedliche Art und Weise. Es wurden sowohl Argumente für die Nützlichkeit als auch für die Schädlichkeit von Religiosität in den letzten 100 Jahren vorgelegt (Schowalter & Murken, 2003). Einerseits wird häufig eine individuelle Religiosität, auch Spiritualität genannt, sowohl als hilfreich und schier unentbehrlich für ein sinnvolles und gesundes Leben betrachtet. Man bedenke die Palliativ Medizin, die eine lange geschätzte spirituelle Betreuung hat, sowie die anonymen Alkoholiker, die die 12 Stufen als spirituelle Herangehensweise bzw. einen spirituellen Ansatz sehen (Peteet, 2007). Andererseits wird die Zugehörigkeit zu bestimmten religiösen Gruppen oder Gemeinschaften häufig als schädlich für die psychische Gesundheit der jeweiligen Mitglieder angesehen (Murken, 1997).

Schuhmaker (1992) schilderte einige Argumente für einen positiven als auch negativen Zusammenhang zwischen Religiosität und psychischer Gesundheit. Demnach hat Religion durchaus positive Auswirkungen auf die psychische Gesundheit indem sie existentielle Ängste mit Hilfe von beruhigenden Attributionen und Erklärungen reduziert. Sie verschafft ein Gefühl von Hoffnung, Sinn und Zweck, die zu einem Gefühl von emotionalen Wohlbefinden beitragen und vermittelt die Sinnhaftigkeit von allem. So können Schmerz und Leid besser ertragen werden. Überdies bietet Religion Lösungen für viele emotionale und situative Konflikte, löst partiell das Problem der Sterblichkeit durch den Glauben an ein Leben nach dem Tode und gibt Menschen durch die Verbindung mit einer höheren Macht ein Gefühl von Kraft und Kontrolle. Auch werden moralische Richtlinien für das eigene Verhalten vermittelt und es werden soziale Bindungen gefördert. Durch die Gemeinsamkeit im Glauben kommt es zur Förderung einer sozialen Identität und befriedigt Bedürfnisse nach Zugehörigkeit. Vor allem bietet Religion die Grundlage für gemeinsam ausgeführte und befreiende Rituale. Auf der anderen Seite fördert die Religion die Selbstentwertung und ein geringeres Selbstwertgefühl durch Glaubensvorstellungen, die die menschliche Natur abwerten. Sie fördert Gefühle von Furcht und Angst durch Glauben an Sünde sowie Bestrafung und fördert die dysfunktionale Unterdrückung von Ärger. Des Weiteren verhindert Religion Autonomie, internale Kontrolle, persönliches Wachstum und fördert Unterordnung, Konformität und Suggestibilität. Somit wird eine übermäßige Abhängigkeit von äußeren Kräften unterstützt. Es kommt zur Begünstigung von sexuellen Störungen, aufgrund

untersagten Ausdrucks von sexuellen Gefühlen, sowie zur Begünstigung von Vorurteilen und Feindseligkeiten aufgrund des „schwarz-weiß“ Denkens. Religion widerspricht sich mit rationalen und kritischen Gedanken und kann zu gesundheitswidrigen Schuldgefühlen führen (Schumaker, 1992).

Murken (1997) fordert für psychologische Beurteilungskriterien für Religiosität und Spiritualität im Kontext der Gesundheit, auch die Berücksichtigung des gesellschaftlichen Kontextes. Auch nach Murken (1998) haben Spiritualität und Religiosität sowohl pathogene als auch salutogene Effekte auf das psychische Wohlbefinden. So stellt Murken (1997) 5 Hypothesen zum Zusammenhang von Religiosität und Gesundheit vor. Die Verhaltens-, Kohäsions-, Kohärenz-, Coping- und Selbstwerthypothese. Bei der Verhaltenshypothese wird der Zusammenhang über die verhaltensregulierende Funktion der Religion vermittelt. Der Einfluss von religiösen Lehren und Praktiken auf das Verhalten sind von Bedeutung. Relevante Themen sind hier u.a. Ernährung, Drogen, Sexualität und Sport. Bei der Kohäsionshypothese wird die Bedeutung der durch die Religion vermittelten sozialen Bezüge betont. Hier wird der Zusammenhang über das soziale Netzwerk und die soziale Unterstützung der religiösen Gruppe vermittelt. Die Kohärenzhypothese fällt in den Bereich der Attributionstheorien oder der subjektiven Theorien. Hier wird der Zusammenhang durch die religiöse Interpretation von Situationen und die dadurch erzielte kognitive Kohärenz vermittelt. Die Welt wird dadurch als beeinflussbar, durchschaubar und schlüssig erlebt. Die Copinghypothese, die sich vor allem auf Grenz- und Krisensituationen bezieht, besagt, dass religiöse Menschen in Grenzsituationen einen Vorteil zur Bewältigung von Leid und Tod haben, da Religiosität verschiedene Erklärungen für solche Grenzereignisse bietet. Die Ergebnisse von Murken und Namini (2004) unterstützen die Annahme einer vorausgehenden Krisenphase vor dem Eintritt in neuen religiösen Gemeinschaften bzw. neuen religiösen Bewegungen (die seit dem 19. Jahrhundert entstanden sind). Es stieg die Lebenszufriedenheit und die Einschätzung des Glücklichseins bei den TeilnehmerInnen. Bei der letzten aufgestellten Hypothese, der Selbstwerthypothese, wird der Zusammenhang der selbstwertregulierenden Spiegelung des religiösen Menschen in der Beziehung zu Gott und der jeweiligen religiösen Gemeinschaft vermittelt.

In dieser Untersuchung wird man sich auch mit dem Zusammenhang zwischen Spiritualität, Religiosität und dem psychischen Wohlbefinden auseinandersetzen. Ebenso sind gesundheitsbezogene Aspekte von Bedeutung, wobei neben den zahlreich berichteten positiven Zusammenhängen zur Gesundheit (vgl. u.a. Ostermann & Büssing, 2007; McCullough, Enders, Friedmann & Martin, 2009; Mehnert, 2008) auch die negative Beziehung zwischen Religion und Gesundheit (Dörr, 2001; Murken, 1997) von Interesse ist.

In der Literatur findet man zahlreiche Studien zur Religiosität, Spiritualität und Gesundheit bzw. einzelner Gesundheitsvariablen. In den letzten zwei Jahrzehnten unterstützen die Ergebnisse die förderlichen Effekte der Religiosität auf die psychische Gesundheit (Yeung & Chan, 2007).

Francis, Robbins, Lewis, Quigley and Wheeler (2004) fanden einen positiven Zusammenhang zwischen Religiosität und allgemeiner Gesundheit. Demnach berichten gesunde Menschen mit einer positiven Einstellung zum christlichen Glauben von einer höheren allgemeinen Gesundheit. Weiters scheint jedoch nach Francis et al. (2004) die Einstellung zur Religion eine größere Rolle in Bezug auf die Gesundheit zu spielen als religiöses Verhalten wie z.B. ein Kirchenbesuch oder das Gebet. Religiöses Verhalten wies keinen Zusammenhang mit einer allgemeinen Gesundheit auf. Die Ergebnisse von Unterrainer et al. (2010) sowie Unterrainer et al. Liebmann (2010) unterstützen ebenso eine salutogene Funktion von Spiritualität und Religiosität.

In der bisherigen Literatur sind zahlreiche Studien bezüglich Religiosität, Spiritualität zu finden, die die Verbindung zur Gesundheit bzw. einzelner Gesundheitsvariablen untersuchen, wie der Zusammenhang zwischen Kirchengang und Immunsystem (Koenig et al., 1997; Woods, Antoni, Ironson & Kling, 1999), Religiosität und Blutdruck (Koenig et al. 1998, Tartaro, Luecken & Gunn, 2005), spirituelle Orientierung und Stoffwechselkreislauf (Borg, Andree, Soderstrom & Farde, 2003; Kurup & Kurup, 2003), Religiosität/Spiritualität und Cortisol Rhythmus (Dedert et al., 2004; Tartaro et al., 2005), Religiosität und Lebenserwartung (McCullough, Hoyt, Larson, König & Thoresen, 2000) Religiosität und Langlebigkeit (Mc Cullough et al., 2009) sowie Religiosität/Spiritualität und Gesundheit (Unterrainer, 2005; Unterrainer, 2010; Francis et al., 2004). Ostermann und Büssing (2007) geben einen Überblick ausgewählter Studienergebnisse zum Thema Spiritualität und Religiosität und Gesundheit an.

So untersuchten McCullough et al. (2009) den Zusammenhang zwischen Religion und der Lebensdauer eines Menschen. Es zeigte sich nur bei den Frauen ein Zusammenhang zwischen dem Ausmaß an Religiosität und der Lebensdauer. Frauen mit dem geringsten Ausmaß an Religiosität hatten eine geringere Lebensdauer. Die Unterschiede bezüglich der Lebensdauer wurden von McCullough et al. (2009) jedoch auf Persönlichkeitseigenschaften, soziale Beziehungen, Gesundheitsverhalten und mentaler als auch physischer Gesundheit attribuiert (s. *Abbildung 1*).

Nach König (1997, zitiert nach Testermann 1997) wird die gesundheitsfördernde Wirkung von Religion durch mindestens drei Wege vermittelt: Reduzierung von Gesundheitsrisikoverhalten, mehr soziale Unterstützung, und eine Reduktion der schädlichen Auswirkungen von Stress, einschließlich weniger Depression und Angst.

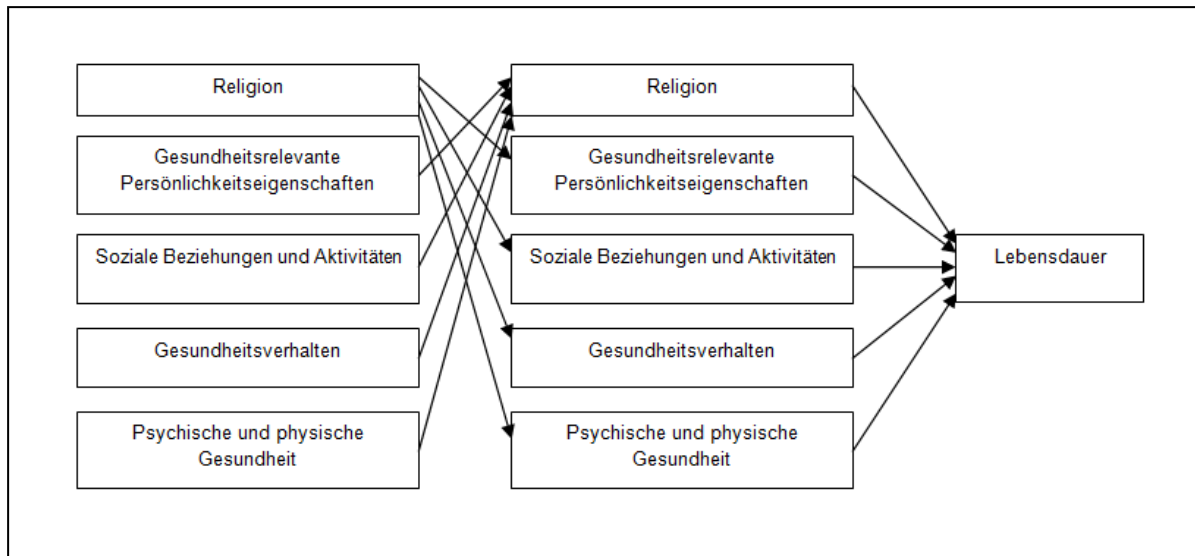


Abbildung 1

Modell zum dynamischen Zusammenhang zwischen Religiosität und Lebensdauer (McCullough, Enders, Friedman und Martin, 2009)

Ebenso George et al. (2000) sehen den positiven Zusammenhang zwischen Gesundheit und Religion im Gesundheitsverhalten, in der sozialen Unterstützung und dem Kohärenzgefühl. Religion scheint durch die Teilnahme von institutionallisierten Ritualen und durch die Glaubensgemeinschaft einen Einfluss auf die Gesundheit zu haben (Daly, 2005). So scheint eine große religiöse Involvement auch mit einer niedrigeren Inanspruchnahme von Gesundheitseinrichtungen zu stehen (Curlin, 2006). Heinemann und Wörmann (2010) fanden einen signifikanten Zusammenhang zwischen Lebenszufriedenheit und Religiosität. Möglicherweise sind religiöse Menschen zufriedener, zufriedene Menschen religiöser oder möglicherweise gibt es weitere nicht kontrollierte Variablen, die sowohl die Variable Lebenszufriedenheit als auch die Variable Religiosität beeinflusst.

Kim und Seidlitz (2002) untersuchten den Einfluss von Spiritualität und Stress. Sie konnten zeigen, dass Spiritualität einen direkten positiven Einfluss auf negativen Affekt hat und zur Dämpfung negativer Effekte von Stress beiträgt. Es scheint, dass Personen mit positiven religiösen Coping, eine positive Sicht von Stress haben und interpretieren stressreiche Ereignisse als eine Möglichkeit zur persönlichen Entwicklung und Wachstums (Maltby & Day, 2003).

Dezutter, Soenens und Hutsebaut (2006) untersuchten den Zusammenhang zwischen Religion, also religiöse Involvement, religiöser Einstellungen sowie religiöser Orientierungen, und psychischer Gesundheit bei Erwachsenen. Dabei fanden sie einen Zusammenhang zwischen dem psychischen Wohlbefinden, der religiösen Orientierung und

den sozialen sowie kognitiven Einstellungen der Religion. Jedoch nicht zur religiösen Involviertheit. Überdies zeigten die Ergebnisse, dass eine intrinsische Religiosität mit einem höheren Ausmaß an psychischen Wohlbefinden und eine extrinsische Religiosität mit einem niederen Ausmaß an psychischen Wohlbefinden in Verbindung stehen.

Religiöse Überzeugungen bzw. religiöser Glaube haben einen direkten Effekt auf das Selbstwertgefühl und auf die physische Gesundheit bei älteren Erwachsenen. Jedoch konnte keine signifikante positive Beziehung zwischen dem religiösem Glauben und dem psychischen Wohlbefinden nachgewiesen werden (Kim, Nesselroade & McCullough, 2009).

Auch Lewis et al. (2005) untersuchten den Zusammenhang zwischen Religion (Religiöse Orientierung und religiöses coping) und dem psychischen Wohlbefinden, erhoben mit zwei unterschiedlichen Skalen zum Thema Glück und Fröhlichkeit. Auch zu diesen Themen bestehen keine eindeutigen Ergebnisse. Lewis et al. (2005) versuchten jedoch zwischen subjektiven und psychologischen Wohlbefinden zu differenzieren. Weiters besteht nach Mascaro, Rosen und Morey (2004) ein positiver Zusammenhang zwischen Spiritualität und Hoffnung sowie ein negativer Zusammenhang zwischen Spiritualität und Depression, antisozialen Eigenschaften und Angst.

Vor allem die Verbindung zwischen Religiosität, Spiritualität und Krankheitsverarbeitung bzw. Coping scheint in der Literatur ein häufiges Thema wie u.a. von Renz (2003) oder Unterrainer (2005). Religiöses Coping ist die am weitesten verbreitete spirituelle Ressource, die ältere Menschen nutzen, um mit Krankheiten und stressvollen Ereignissen im Leben umzugehen. Mediziner sollte bewusst sein, dass religiöses Coping alten Menschen helfen kann sich chronischen Erkrankungen und Behinderungen zu stellen (Reyes-Ortiz, 2006). Eine optimistische, hoffnungsvolle und bedeutungsvolle Sicht der Welt und des Lebens können eine wichtige Ressource werden, die hilfreich sein können um bei Begegnungen mit Stress und kritischen Lebensereignissen psychisch gesund zu bleiben (Yeung & Chan, 2007). Nach Zwingmann, Wirtz, Müller, Körber und Murken (2006) unterscheidet man zwischen positivem Coping, also eine selbstbewusste und konstruktive Zuwendung zur Religion, und negativem religiösem Coping, also religiöser Kampf und Zweifel. Mehnert (2008) untersuchte den Einfluss von religiöser und sinnbasierter Krankheitsverarbeitung auf Angst und Depressivität bei Krebspatientinnen in einer prospektiven Längsschnittstudie. Eine potentielle Wirkungsweise könnte in der Verfügbarkeit positiver Interpretationen für Erfahrungen des Leidens durch die Spiritualität und Religiosität bestehen. Dadurch kommt es zu einer Anpassung an eine schwere Erkrankung und zu einer Förderung der Sinnggebung und Gefühle von Kohärenz. Diese Studie konnte jedoch keinen Einfluss von religiöser Krankheitsverarbeitung und sozialer Unterstützung auf Angst und Depressivität nachweisen. Jedoch stützten die Ergebnisse die Annahme, dass eine religiöse Krankheitsbewältigung eine kognitive Einordnung belastender Lebensergebnisse in einem

übergeordneten Sinnzusammenhang als hilfreiche Interpretationsmöglichkeiten bietet (Shafranske, 1996; Folkman, 1997).

Spiritualität spielt eine positive Rolle im Copingprozess im Umgang mit Stresssituationen und hilft spirituellen Anhängern Drogenkonsum und negative Aktivitäten zu vermeiden. Weiters bieten Kirchenbesuche und der Glaube an eine höhere Macht soziale und emotionale Unterstützung und steigern das Gefühl „vollständig“ zu sein (Lukoff, 2007a). Religiöse Traditionen bieten uns Metaphern und Rituale für das Verständnis und den Umgang mit der Möglichkeit des Eintretens unseres Todes. Als einer, um das Gleichgewicht wieder zu erlangen sucht, bieten solche Metaphern, bei der Suche nach einem Gleichgewicht (Dyer, 2011a).

In der Literatur gibt es viele Studien, die religiöse Praktiken mit verschiedenen Gesundheitsaspekten in Verbindung bringen. Jedoch ist noch unklar, in welchem Ausmaß dieser gesundheitlich Nutzen auf positive Gesundheitslehren, auf soziale Unterstützung und auf salutogene Effekte einer spirituellen Einstellung im Leben oder einer Kombination von allem zurückzuführen ist (Testermann, 1997). Neben den vielen positiven Effekten der Religiosität und Spiritualität betonen Heinemann und Wörmann (2010) jedoch auch die Wichtigkeit der Berücksichtigung möglicher negativer Auswirkungen der Religiosität, wie Realitätsflucht oder Krankheitsverleugnung, zu berücksichtigen.

#### 2.4.2 *Religiosität/Spiritualität und Psychische Erkrankungen*

Bereits im 18. Jahrhundert kam der Begriff „religiöse Melancholie“ (Hole, 1977; zitiert nach Unterrainer, 2010) auf. Ebenso der Begriff „ekklesiogene Neurose“, also eine Störung als Folge des Dogmatismus der Kirche, wurde von Schätzing (1955, zitiert nach Unterrainer, 2010) geprägt. So bezeichnete bereits Freud jede Art der Religiosität als universelle Zwangsneurose (Heinemann & Wörmann, 2010) und im DSM-IV, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, ist erstmals von einem „Religiösen oder Spirituellen Problem“ die Rede (Saß, Wittchen & Zaudig, 2001).

Unterrainer (2010) führte einige Untersuchungen zum Thema psychische Erkrankungen und Spiritualität und Religiosität an, wie u.a. der Zusammenhang zur Depression (u.a. Hole, 1977; zitiert nach Unterrainer, 2010; Braam et al., 2004; George et al., 2000), zur Angst (u.a. Kendler et al. 2003), zum Zwang (u.a. Baumann, 2007; Assarian, Biqam & Asqarnejad, 2006) und zur Sucht (Unterrainer, 2010).

Von allen psychiatrischen Erkrankungen korreliert die Depression am stärksten mit spirituellen Aufgaben, diese die Sinnsuche beinhalten (Blazer, 2006). Demnach liegt die positive Beziehung zwischen Depression und spirituellem Wachstum schon sehr weit zurück

(Blazer, 2007). So bringt Blazer (2006; S. 1178) das Problem auf den Punkt, „Finding a meaning in one's life at the end of life is critical to avoiding a prolonged and terminal dark night of the soul.“

Maltby und Day (2000) zeigten, dass eine hohe intrinsische religiöse Orientierung in Verbindung mit einer geringeren Ausprägung an depressiven Symptomen, einer hohen Ausprägung an Optimismus und einem hohen Selbstwertgefühl sowie problemorientierten Coping in Verbindung steht.

Die bisherige Literatur zeigt Zusammenhänge zwischen Spiritualität, Religiosität und psychische Erkrankungen, vor allem mit Depression. So werden auch in dieser Studie, neben der Verbindung zur Schizophrenie, ebenso depressive Symptome betrachtet.

#### *2.4.2.1 Schizotypie, Religiosität und Spiritualität*

In dieser Studie beschäftigt man sich mit der Frage, inwieweit Spiritualität und Religiosität gesund bzw. ab wann spirituelle bzw. religiöse Erfahrungen pathologisch sind. In den letzten 20 Jahren ist das Interesse an Forschung zur Religion und ihre Verbindung zu psychischer Gesundheit und Krankheit gestiegen (König, 2007). In der vorliegenden Studie ist speziell der Zusammenhang zur Schizophrenie bzw. zur Schizotypie von Interesse. Magisches Denken und bizarre Glaubensinhalte, die im Widerspruch zu (sub)kulturellen Normen stehen, die das Verhalten beeinflussen, sind mögliche auftretende Merkmale bei der schizotypen Störung (Dilling et al., 2008). In der bisherigen Literatur ging man bisher häufig von einem positiven Zusammenhang zwischen Schizophrenie bzw. Schizotypie und Spiritualität aus (Day & Peters, 1999; Hergovich et al., 2008; Darwin et al., 2011).

Auch wenn Religion nicht in der Ätiologie für Schizophrenie berücksichtigt wird, beeinflusst Religion den Inhalt der Gedanken der PatientInnen und somit auch das Verhalten und wahrscheinlich auch deren Folgen (Menezes & Moreira-Almeida, 2010). Kennedy (2004) schreibt von einer gegenseitigen Beeinflussung von spirituellen, paranormalen Erfahrungen und Spiritualität. Demnach stehen religiöser Glaube, Aberglaube und Präkognition in einem positiven Zusammenhang (Roig, Bridges, Renner & Jackson, 1998). Es zeigten Anhänger neuer religiöser Bewegungen höhere Ausprägungen sowohl an positiver (u.a. ungewöhnliche Erfahrungen) als auch an negativer (u.a. introvertierte Anhedonie) Symptomatik der Schizotypie (Day & Peters, 1999) als nicht religiöse StudienteilnehmerInnen. Weiters schien die negative Schizotypie mehr mit der allgemeinen Religion zu korrelieren (Day und Peters, 1999). Ebenso die Ergebnisse von Peters, Stephen und Garety (1999) zeigten signifikant höhere Ausprägungen in allen Fragebögen zur Erhebung von wahnhaften Störungen bei Anhängern von neuen religiösen Bewegungen als bei TeilnehmerInnen der Kontrollgruppe.

Orenstein (2002) untersuchte die Assoziation zwischen religiösem Glauben, Glaube an paranormalen Phänomenen und Kirchenbesuche. Die Ergebnisse zeigten, dass ein hohes Ausmaß eines religiösen Glaubens mit einem hohen Glauben an paranormalen Phänomenen einhergeht. Ebenso Maltby et al. (2000) fanden einen Zusammenhang zwischen Religion und Schizotypie, wobei geschlechtsspezifische Unterschiede zwischen Religion und schizotypen Eigenschaften bestanden. Hergovich et al. (2008) fanden einen positiven Zusammenhang zwischen der Schizotypie und paranormalen Glauben, wie Spiritualismus, Hexen, Psi oder Präkognition. Demnach ist die Ausprägung an Schizotypie ein Prädiktor für paranormalen Glauben. Der Glaube an traditionell religiösen Inhalten, Aberglaube sowie der Glaube an die Existenz außergewöhnlicher Lebensformen kann besser durch paranormalen Glauben vorhergesagt werden (Hergovich et al., 2008). Überdies beschäftigten sich McGreery und Claridge (1996) mit dem Forschungsfeld „Out of Body Experiences“ (OBE). Sie konnten einen positiven Zusammenhang zwischen solchen abnormen Wahrnehmungserfahrungen und der Schizotypie, insbesondere der positiven Symptomatik, nachweisen.

Nach König (2007) sind Personen mit psychischen und physischen Problemen allgemein religiöser und Religion ist häufig Bestandteil von Vorstellungen, Überzeugungen und Erfahrungen bei psychotischen PatientInnen. Ein Drittel der Psychosen beinhalten religiöse Wahnvorstellungen, jedoch sind nicht alle religiösen Wahnvorstellungen psychotisch. Ebenso nach Siddle, Haddock, Tarrier und Faragher (2002) gibt es viele PatientInnen mit religiösen Wahnvorstellungen. Vor allem haben religiöse Personen mehr religiöse Wahnvorstellungen als nicht wahnhaft und gesunde Personen (Cothran & Harvey, 1986). So berichten schizophrene Personen einen Anstieg ihrer religiösen Aktivitäten nach ihrer Diagnose (Bhugra, 1999). In einer Langzeitstudie (1932-1992) von Krzystanek, Krysta, Klasik und Krupka-Matuszczyk (2012) zeigten eine hohe Anzahl an PatientInnen mit paranoider Schizophrenie Wahnvorstellungen und Halluzinationen mit religiösen Inhalten. Vor allem das Böse dominierte über das Gute im paranoiden Wahn und in Halluzinationen. Der Trend zeigt jedoch eine deutliche Abnahme vom Auftreten an religiösen Themen und Ereignissen, wie Kirchen bzw. Identifikation mit Gott, Christus oder Maria und anderen biblischen Personen und Heiligen, bei Wahnvorstellungen und Halluzinationen. Möglicherweise liegt das an der kulturellen Bewegung zu einer säkulären Gesellschaft.

So zeigen einige Studien hinsichtlich des Zusammenhangs zwischen Religiosität und Psychotizismus gegenläufige Tendenzen. Maltby (1999); Hills et al. (2004), Lewis und Maltby (1995) und White, Joseph und Neil (1995), fanden negative Korrelationen zwischen Psychotizismus und Religiosität. Ebenso Egan et al. (2004) fanden negative Tendenzen.

König (2007) weist sogar darauf hin, dass religiöse Erfahrungen möglicherweise positive Effekte auf den Verlauf der Schwere von psychischen Erkrankungen haben. Er

fordert PsychiaterInnen dazu auf in der Therapie entweder religiöse Erfahrungen zu behandeln oder sie zu fördern. Irwin (1990) beschreibt paranormale Glauben und Dissoziation als Folge der Fantasieneigung. So nutzen Personen Fantasien, wie Tagträume oder unrealistische Gefühle, um negative Reize zu vermeiden und mit unkontrollierten Lebensereignissen umzugehen. Die zukünftige Forschung sollte den Fokus auf einen möglichen Schutzmechanismus von dissoziativen Erfahrungen und paranormale Glauben legen (Wolfradt, 1997). Nach neustem Trend scheint es, dass Dimensionen von religiösem und spirituellem Wohlbefinden bei Personen mit Entwicklung einer Schizotypie hoch bleiben. Im Gegensatz dazu ist das allgemeine psychologische Wohlbefinden bei diesen Personen herabgesetzt (Bennett, Shepherd & Janca, 2012).

#### *2.4.2.2 Schizotypie und Persönlichkeit*

Kwapil, Wrobel und Pope (2002) erforschten den Zusammenhang zwischen Dissoziativen Erfahrungen (DES) und dem 5-Faktoren-Modell der Persönlichkeit bei gesunden StudentInnen. Neurotizismus konnte die meiste Varianz für dissoziative Erfahrungen erklären. Weiters von Interesse war die nicht erwartete geringe Assoziation zwischen Offenheit von Erfahrungen und dissoziativen Erfahrungen. Darüber hinaus schlagen auch Kwapil et al. (2002) eine Erweiterung der fünf Faktoren zu einem 6-Faktoren-Modell vor, da dissoziative Erfahrungen einen unabhängigen Faktor zum 5-Faktoren-Modell darstellen sollten. Der sechste Faktor sollte „dissoziativen Erfahrungen“ abbilden.

Groth-Marnat und Jeffs (2002) fanden ebenso einen positiven Zusammenhang zwischen Neurotizismus und dissoziativen Tendenzen und einen negativen Zusammenhang zwischen Extraversion sowie Gewissenhaftigkeit und dissoziativen Tendenzen bei psychiatrischen PatientInnen.

Es stellt sich die Frage, ob möglicherweise Spiritualität und Religiosität ein eigenständiges Persönlichkeitsmerkmal abbilden (u.a. Hills et al., 2004, Kennedy, 2009).

#### *2.4.2.3 Differenzierung Spirituelle Erfahrung vs. Psychose*

Im Gegensatz zu asiatischen oder schamanischen Kulturen werden Personen mit mystischen Erfahrungen, wie das Sehen von Visionen oder Stimmen hören, in den westlichen Kulturen nicht als SchamanInnen oder ProphetInnen gefeiert, sondern werden als Personen mit Halluzinationen oder Wahnvorstellungen abgetan (Lukoff, 2007b).

Nach König (2007) ist Religion häufig Bestandteil von Vorstellungen, Überzeugungen und Erfahrungen bei psychotischen PatientInnen. Ein Drittel der Psychosen beinhalten religiöse Wahnvorstellungen, jedoch sind nicht alle religiösen Wahnvorstellungen

psychotisch. Es stellt sich die Frage ob solche speziellen Wahrnehmungserfahrungen spirituelle Erfahrungen oder Psychosen sind. Inwiefern kann man beide Phänomene differenzieren? Die Unterscheidung zwischen psychotischen und nicht psychotischen Vorstellungen und Erfahrungen erweist sich als eine schwierige Aufgabe (König, 2007). Eine solche Differenzierung versuchten erstmals Jackson und Fulford (1997, zitiert nach Bucher, 2007). Demnach sei eine spirituelle Erfahrung kontrollierbar mit sinnlichen Elementen als mentale Konstrukte mit überwiegend visuellen Halluzinationen. Ebenso sind deren Inhalte kritisierbar und integrativ. Eine Psychose sei unkontrollierbar mit sinnlichen Elementen als physikalische Realität mit überwiegend auditiven Halluzinationen. Die Inhalte sind unkorrigierbar und desintegrativ.

Pierre (2001, zitiert nach König, 2007) beschreibt eine Funktionsbeeinträchtigung bei Personen mit psychotischen Erfahrungen. Die Betroffenen haben kein funktionierendes Soziales- und/oder Berufsleben. Personen mit psychotischen religiösen Erfahrungen haben keinen festen Job, stehen mit dem Gesetz in Konflikt, zeigen fremd als auch selbstverletzendes, suizidales Verhalten und haben Schwierigkeiten klar zu denken. Personen mit gesunden religiösen Erfahrungen profitieren meist von ihren Erfahrungen und erleben dadurch psychologisches oder spirituelles Wachstum.

Sims (1995, zitiert nach König, 2007) versuchte ebenso Kriterien zur Differenzierung aufzustellen. So gehen bei einer religiösen Wahnvorstellung das beobachtete Verhalten sowie die subjektiven Erfahrungen konform mit psychiatrischen Symptomen. Weiters treten Symptome von anderen psychischen Erkrankungen, wie andere Wahnvorstellungen, Halluzinationen oder depressive Symptome im Leben der betroffenen Person auf. Als drittes Kriterium wurde der Lebensstil angeführt. Nach einer religiösen Erfahrung sind das Verhalten und die individuellen Ziele der betroffenen Person konsistenter mit einer psychischen Erkrankung.

Menezes und Moreira-Almeida (2009) geben einen Überblick über die in der Literatur bisherigen Kriterien zur Differenzierung zwischen spiritueller Erfahrung und einer psychischen Störung. Die folgende *Tabelle 4* zeigt die Kriterien einer spirituellen Erfahrung im Gegensatz zu einer psychischen Störung auf.

Tabelle 4

*Überblick von Kriterien möglicher Differenzierungen zwischen einer Psychose und einer spirituellen Erfahrung (Menezes & Moreira-Almeida, 2009)*

#### Kriterien zur Differenzierung

- 
- Fehlen von psychischen Leidensdruck bzw. Beunruhigung durch die Erfahrung.
  - Fehlen von sozialen und beruflichen Behinderungen; Die Erfahrungen gefährden nicht Beziehungen und Aktivitäten.
  - Die Erfahrung ist nur von kurzer Dauer und passiert gelegentlich/selten. Die Erfahrung beeinflusst nicht das Bewusstsein und die täglichen Aktivitäten.
  - Die Person hat eine kritische Haltung gegenüber dem Ereignis und ihr ist der ungewöhnliche Charakter der Erfahrung bewusst.
  - Es besteht eine Kompatibilität der Erfahrung mit religiösen Traditionen. Die individuelle Erfahrung kann mit Konzepten und Praktiken von anerkannten religiösen Traditionen verstanden werden.
  - Fehlen von psychiatrischen Komorbiditäten.
  - Kontrolle über die Erfahrung. Die Person ist fähig die Erfahrung bezüglich dessen Auftretens (Zeit und Ort) zu lenken
  - Das Leben bekommt mehr Sinn, mehr umfassendes Verständnis für das Leben
  - Die Person ist damit beschäftigt anderen Menschen zu helfen. Das erweiterte Bewusstsein entwickelt eine Verbundenheit zu anderen Menschen.
- 

Auch Lukoff (2007b) beschreibt vier Kriterien, zusammengefasst aus verschiedenen Publikationen, zur Differenzierung zwischen einer Psychose und visionären spirituellen Erfahrungen. Von Bedeutung ist der Ausschluss von medizinischen Erkrankungen, wie u.a. Dehydration, Vergiftungen, Gehirntumore oder medikamentöse Nebenwirkungen. Ebenso beinhalten Halluzinationen und Wahnvorstellungen von Schizophrenen keine der folgenden Inhalte: visionäre spirituelle Erfahrungen, wie mystische Erfahrungen, Nah-Toderfahrungen, parapsychologische Erfahrungen, spirituelle Praktiken, ähnliche Erfahrungen, luzides Träumen, psychodelische Drogenerfahrungen, Alienentführungen und Erfahrungen von Besessenheit. Weiters deuten vorrausschauende Zeichen auf einen positiven Ausgang und es besteht kein Risiko für selbst- bzw. fremdgefährdendes Verhalten. Die Mehrheit dieser Erfahrungen ist letztendlich nicht problematisch, sofern diese die psychologische, soziale sowie berufliche Leistungsfähigkeit nicht beeinträchtigen und benötigen daher keine Interventionen (Lukoff, 2007b).

Bereits im DSM III-R wird geschrieben:

„When an experience is entirely normative for a particular culture – e.g., the experience of hallucinating the voice of a deceased in the first few weeks of bereavement in various North American Indian groups, or trance and possession states occurring in culturally approved ritual contexts in much of the non-Western world – it should not be regarded as pathological.“ (American Psychiatric Association, 1987, S. 26)

Im DSM-IV (1994) wird angeführt, dass bei einer schizophrenen Diagnose kulturelle Unterschiede in sozioökonomischen und kulturellen Situationen berücksichtigt werden sollen. In manchen Kulturen können visuelle oder akustische Halluzinationen mit religiösen Inhalten ein normaler Teil der religiösen Erfahrung sein (z. B. das Sehen der Jungfrau Maria oder Gottes Stimme hören.) Im DSM-IV (1994) gibt es eine Kategorie des Religiösen oder Spirituellen Problems (V26.89), in einem Abschnitt für weitere Bedingungen bzw. Zustände die im Fokus der klinischen Aufmerksamkeit sein können. Die Einbeziehung dieser neuen diagnostischen Kategorie im Jahr 1994 bestätigt, dass auftretende religiöse und spirituelle Erfahrungen nicht pathologische Probleme sind (Lukoff, 2007b).

Weiters scheint eine Interaktion zwischen den verschiedenen Faktoren der Schizotypie und der subjektiven Bewertung von paranormalen Erfahrungen zu bestehen. So können Personen, die ein geringeres Ausmaß an kognitiver Desorganisation aufweisen, möglicherweise einen möglichen negativen Effekt von paranormalen Erfahrungen aufgrund einer Religionszugehörigkeit dämpfen, da sie paranormale Erfahrungen hier einordnen können. Hohes magisches Denken wiederum fördert eine effektive und bildhafte Religion, die Erklärung bzw. Begründung von ungewöhnlichen Erfahrungen liefert (Schofield & Claridge, 2007).

## 2.5 Kreativität

### 2.5.1 *Definition*

Kreativität besteht nach alltagspsychologischer Vorstellung darin, neue Probleme, überraschende Einsichten und originelle Problemlösungen hervor zu bringen und die Fähigkeit zum divergenten Denken aufzuweisen (Asendorf, 2007). Guilford (1950) gilt als einer der Pioniere der Kreativitätsforschung und beschreibt kreative Personen als hoch sensitiv gegenüber Problemstellungen, welche weiters durch eine hohe (Ideen-)Flüssigkeit charakterisiert sind. Darüber hinaus produzieren kreative Talente viele neue Ideen und weisen eine hohe Flexibilität und Originalität auf.

### 2.5.2 *Kreativität und Persönlichkeit*

Bei Selbst- und Fremdbeurteilungen hängt Kreativität vor allem mit Offenheit gegenüber neuen Erfahrungen und Nonkonformität zusammen (Asendorf, 2007). Die Ergebnisse von Furnham und Bachtiar (2008) zeigen ebenso einen positiven Zusammenhang zwischen Kreativität und den Persönlichkeitsdimensionen Extraversion und Offenheit für neue Erfahrungen. Neurotizismus und Kreativität stehen demnach in einem negativen Zusammenhang.

Kreatives Verhalten ist ein komplexes Gebilde. Es macht den Anschein, dass unterschiedliche Kapazitäten bezüglich verschiedener Formen der kreativen Leistung bestehen. Weiters unterstützen die Ergebnisse die Idee, dass unterschiedliche Formen kreativen Verhaltens mit unterschiedlichen Persönlichkeitsmerkmalen in Verbindung stehen. (Aquilar-Alonso, 1996).

### 2.5.3 *Kreativität und Psychose*

Der gut untersuchte Zusammenhang zwischen psychotischen Eigenschaften und Kreativität ist ein viel diskutiertes Thema (Stoneham & Coughtrey, 2009). Nach Guilford (1950) scheint Kreativität eine nicht unwesentliche Rolle bei Psychosen zu spielen und wird ebenfalls in dieser Studie mit erhoben um diese anschließend mit den verschiedenen erhobenen Variablen der Persönlichkeit sowie der Spiritualität und Religiosität in Verbindung zu setzen. Einige ForscherInnen setzten sich bereits ebenso mit den Zusammenhang zwischen Kreativität und Schizotypie auseinander. Hier konnte man die Annahme eines positiven Zusammenhangs bestätigen (Fisher et al., 2004; Batey & Furnham, 2008; Claridge & Blakey, 2009). Sowohl „ungewöhnliche Erfahrungen“ als auch „impulsive Nonkonformität“, Dimensionen der multidimensionalen Schizotypie, erhoben mit dem O-LIFE, waren positiv assoziiert mit Kreativität. Im Gegensatz dazu fand man einen negativen Zusammenhang zwischen der „kognitive Desorganisation“ und Kreativität (Batey & Furnham, 2008).

Nur eine geringe Assoziation zwischen kreativen Fähigkeiten und der Dimension „ungewöhnliche Erfahrungen“, zugehörig zur positiven Schizotypie konnten O' Reilly, Dunbar und Bentall (2001) finden. So korrelierte zwar die Beschäftigung mit kreativen Aktivitäten mit ungewöhnlichen Erfahrungen erhoben mittels O-LIFE (Oxford-Liverpool Inventory of Feelings and Experiences). Im Gegensatz zu Vorgängerstudien, gilt das jedoch nicht für Messverfahren zur Erhebung des divergenten Denkens. Aufgrund der Ergebnisse gehen O'Reilly et al. (2001) davon aus, dass das Training kreativer Fähigkeiten die Rückmeldung an ungewöhnlichen Erfahrungen verstärken. Möglicherweise besteht jedoch ein stärkerer

Zusammenhang zwischen dem divergenten Denken und dem Konzept des Psychotizismus, als Persönlichkeitsdimension von Eysenck und Eysenck (1976, zitiert nach O' Reilly et al. 2001) als mit dem klinisch abgeleiteten Konzept der Schizotypie.

Es scheint auch, dass es innerhalb der schizotypen Personen unterschiedliche Ausprägungen an Kreativität bestehen und diese hoch-schizotypen Personen nicht homogen sind. Die Personen, die nicht beständig ein hoch schizotypes Verhalten zeigen wiesen ein höheres Ausmaß an Kreativität auf als dauerhaft hoch-schizotype Personen. Möglicherweise haben Personen mit einem konsistenten Ausmaß an Schizotypie einen Mangel an Willenskraft um dem Kreativen Ausdruck zu erlauben (Zanes, Ross, Hatfield, Houtler & Whitman, 1998). Auch die Ergebnisse von Stoneham und Coughtrey (2009) stellen das traditionelle Klischee, dass psychotische Persönlichkeitsmerkmale im linearen Zusammenhang zur kreativen Leistung stehen, in Frage. Claridge und Blakey (2009) betonen jedoch auch, dass es wichtig ist, die Erhebung bzw. Bewertung der Kreativität im Zusammenhang mit Schizotypie zu berücksichtigen.

#### *2.5.4 Kreativität, Religion und Spiritualität*

Eine Regressionsanalyse konnte zeigen, dass die positive Schizotypie und Kreativität einen erheblichen Anteil an Varianz zur Religiosität in einer Stichprobe von WissenschaftlerInnen beitragen. Diese Ergebnisse legen nahe, dass die positive Schizotypie und Kreativität religiöse Überzeugungen bei einem hohen empirischen Engagement unterstützen bzw. fördern. So zeigten WissenschaftlerInnen zwar ein geringeres Ausmaß an Religiosität als Nicht-WissenschaftlerInnen, jedoch wiesen sie eine höhere Ausprägung an Kreativität und positiver Schizotypie auf. Positive Schizotypie spielt wahrscheinlich eine bedeutende Rolle im religiösen Glauben eines Menschen, wenn der Glaube in Frage gestellt wird oder in Konflikt mit anderen Erklärungssystemen steht (MacPherson & Kelly, 2011).

## 2.6 Narzissmus

### *2.6.1 Definition*

„Narzissmus bezeichnet eine Persönlichkeitsstörung, aber auch eine Dimension der normalen Persönlichkeit, gekennzeichnet durch Selbstüberschätzung, mangelnde Empathie, Überempfindlichkeit gegenüber Kritik und Stimmungsschwankungen“ (Asendorf, 2007). Für das Konzept des Narzissmus stand Narziss, ein Jüngling aus der griechischen Mythologie, der in sein Spiegelbild verliebt war (Schütz, Marcus & Sellin, 2004).

Die narzisstische Persönlichkeitsstörung ist im ICD-10 im Kapitel F6-Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen zu finden (Dilling et al., 2008). Fünf der folgenden 9 Merkmale müssen vorhanden sein: Größengefühl, Phantasien über unbegrenzten Erfolg, Macht, Schönheit oder ideale Liebe, Gefühl der Einmaligkeit, Bedürfnis nach übermäßiger Bewunderung, unbegründete Anspruchshaltung, Ausnützung von zwischenmenschlichen Beziehungen, Mangel an Empathie, Neidgefühle oder Überzeugung, beneidet zu werden, arrogantes, hochmütiges Verhalten.

NarzisstInnen sind hoch manipulativ und nutzen andere, wie ArbeitskollegInnen, FreundInnen oder PartnerInnen, für sich (Sachse & Kiszkenow-Bäker, 2014). Nach Miller, Price, Gentile, Lynam und Campbell (2012) unterscheidet man zwei unterschiedliche Dimensionen von Narzissmus: den grandiosen und den vulnerablen Narzissmus. Der vulnerable Narzissmus ist gekennzeichnet durch Introversion, negative Emotionen, zwischenmenschliche Kälte, Feindseligkeit, Bedürfnis nach Anerkennung, Anspruch und Egozentrik. Der grandiose Narzissmus zeichnet sich aus durch Dominanz, Selbstsicherheit, Unbescheidenheit, Exhibitionismus und Aggression. Aus einer generellen Trait-Perspektive überschneiden sich jedoch die zwei Dimensionen (Miller et al., 2011).

Im DSM-IV (1994) wird erwähnt, dass 50-70% der Personen mit der Diagnose einer narzisstischen Persönlichkeitsstörung männlich sind.

### *2.6.2 Narzissmus und Persönlichkeit*

Narzissmus ist eine von drei bekannten nicht pathologischen Persönlichkeiten, die sich partiell überschneiden (Paulhus & Williams, 2002).

Nach Miller et al. (2010) ist Narzissmus ein Teil der so genannten „dunklen Triade“, diese bezeichnet ein psychologisches Persönlichkeitskonstrukt und schließt drei verwandte Persönlichkeitstypen mit ein: Narzissmus, Psychopathie und Machiavellismus. Die „dunkle Triade“ befasst sich mit den „dunklen Eigenschaften“ der Menschen, die in der Gesellschaft als unerwünscht gelten. Ihnen allen gemeinsam ist die Eigenschaft, das eigene Wohl über das der Anderen zu stellen. Alle drei Typen gelten als emotional kalt, selbstgerecht und egoistisch. Es geht bei diesem Konstrukt um die subklinischen Formen der Persönlichkeitstypen. Es sind „normale“ Eigenschaften, jedoch nicht klinisch relevant. Alle drei Persönlichkeiten korrelieren mit Unverträglichkeit. Wobei Narzissmus ebenso negativ mit Gewissenhaftigkeit und positiv mit Offenheit für Erfahrungen und Extraversion korreliert (Paulhus & Williams, 2002).

Kubarych, Deary und Austin (2004) untersuchten u. a. den Zusammenhang zwischen Narzissmus und den Big-5. Es zeigte sich, dass Narzissmus positiv mit Extraversion sowie

mit Offenheit für Erfahrungen in Verbindung steht. Ein negativer Zusammenhang bestand zu Verträglichkeit und Neurotizismus.

## 2.7 Fragestellungen und Hypothesen

Im Anschluss werden Fragestellungen und Hypothesen zu den verschiedenen Parametern formuliert. Die Fragestellungen beziehen sich auf den Zusammenhang zwischen Religiosität, Spiritualität und psychischer Gesundheit, insbesondere zur Schizophrenie bzw. Schizotypie, unter Beachtung der zwei unterschiedlichen Stichproben, Alter und Geschlecht.

### 2.7.1 Kernfrage

Besteht ein Zusammenhang zwischen Spiritualität und Religiosität und dem psychischen Wohlbefinden sowie zu einzelnen Persönlichkeitsdimensionen (Extraversion, Introversion, Psychotizismus) insbesondere zur Schizotypie bzw. Schizophrenie in Abhängigkeit von Alter und Geschlecht?

### 2.7.2 Hypothesen

In der Literatur findet man zahlreiche Studien zur Religiosität, Spiritualität und Gesundheit bzw. einzelner Gesundheitsvariablen. Bisherige Forschungsergebnisse unterstützen sowohl eine salutogene (Ostermann & Büssing, 2007; McCullough et al.; 2009; Unterrainer, et al., 2010; Mehnert, 2008) als auch pathogene Wirkung (Murken, 1997; Schuhmaker, 1992) von Spiritualität und Religiosität auf die Gesundheit.

#### 2.7.2.1 Hypothese 1

Es besteht ein Zusammenhang zwischen Spiritualität und Religiosität und dem psychischen Wohlbefinden bzw. einzelner Gesundheitsvariablen.

Betrachtet man die bisherigen Ergebnisse zum Zusammenhang zwischen einzelner Persönlichkeitsdimensionen und der Spiritualität und Religiosität zeigt sich, dass Religiosität mit einer niedrigeren Ausprägung an Psychotizismus des 3-Faktoren-Modells der Persönlichkeit in Verbindung steht (Hills et al., 2004). Schutte und Hosch (1996) fanden einen negativen Zusammenhang zwischen Religiosität und Neurotizismus. In der Untersuchung von Maltby und Day (2001) fand man einen positiven Zusammenhang zwischen dem Ausmaß an Extraversion und dem Ausmaß an Spiritualität.

Des Weiteren wird die Hypothese unterstützt, dass sowohl pathogene als auch salutogene Aspekte von Religiosität und Spiritualität mit der Persönlichkeit in Verbindung stehen. (Unterrainer et al., 2011)

### 2.7.2.2 Hypothese 2

Einzelne Parameter der Spiritualität und Religiosität stehen sowohl in einem positiven als auch negativen Zusammenhang zu einzelnen Persönlichkeitsdimensionen.

Bezüglich des Zusammenhangs zwischen Spiritualität, Religiosität und Psychose ging man bisher von einem positiven Zusammenhang (Day & Peters, 1999; Hergovich et al., 2008; Darwin et al., 2011) aus. Einige Studien zeigen jedoch auch gegenläufige Tendenzen. (Maltby, 1999; Hills et al., 2004; Lewis & Maltby, 1995; White et al., 1995) und fanden negative Korrelationen zwischen Psychotizismus und Religiosität.

### 2.7.2.3 Hypothese 3

Die Schizophrene Gruppe und die Kontrollgruppe unterscheiden sich hinsichtlich des Ausmaßes an Religiosität und Spiritualität.

Generell unterstützt die Mehrheit der bisherigen Studienergebnisse die Annahme, dass Frauen in verschiedenen Erhebungen zur Spiritualität und Religiosität höhere Ausprägungen aufweisen als Männer. Nur wenige Studien konnten diese Annahme nicht bestätigen (Lewis et al., 2005; Lewis & Maltby, 1995).

Frauen zeigen sich generell etwas religiös-spirituelle als Männer (Unterrainer & Ladenhauf, 2008; Kennedy, 2004; Henningsgaard & Arnau, 2008; Taylor & MacDonald 1999, Maltby & Day, 2003 sowie Maltby et al. 1995).

Betrachtet man die Ergebnisse der bisherigen Literatur scheint es, dass neben dem Geschlecht auch das Alter einen Einfluss auf das Ausmaß an Religiosität und Spiritualität hat. So fanden auch Unterrainer und Ladenhauf (2008) einen leichten Anstieg an Religiosität im Alter. Das gilt ebenso für die Studien von Jorm und Christensen (2004), Henningsgaard und Arnau (2008) sowie Egan et al. (2004). Unterrainer und Fink (2013) konnten weiters eine geringe signifikant positive Korrelation zwischen dem Alter und dem religiös-spirituellen Befinden nachweisen.

#### 2.7.2.4 Hypothese 4

Es bestehen Geschlechtsunterschiede bezüglich der untersuchten Skalen zur Religiosität und Spiritualität unter der Kontrolle des Alters.

### 2.7.3 Zusatz-Fragestellungen

#### 2.7.3.1 Fragestellung 1

Bestehen hinsichtlich der untersuchten Aspekte der Persönlichkeit sowie der Kreativität Unterschiede bezüglich der Ausprägung an Schizotypie bzw. Schizophrenie?

Der gut untersuchte Zusammenhang zwischen psychotischen Eigenschaften und Kreativität ist ein viel diskutiertes Thema (Stoneham & Coughtrey, 2009). Einige Studien setzten sich bereits mit den Zusammenhang zwischen Kreativität und Schizotypie auseinander. Hier konnte man die Annahme eines positiven Zusammenhangs bestätigen (Fisher et al., 2004; Batey & Furnham, 2008; Claridge & Blakey, 2009).

#### 2.7.3.2 Hypothese 1

Es bestehen Unterschiede hinsichtlich des Ausmaßes an Schizotypie bzw. Schizophrenie bezüglich einzelner Variablen der Persönlichkeit und der Kreativität

#### 2.7.3.3 Fragestellung 2

Kann das Ausmaß an Spiritualität und Religiosität das Ausmaß an Schizophrenie vorhersagen?

#### 2.7.3.4 Hypothese 2

Das Ausmaß an Spiritualität und Religiosität kann das Ausmaß an Schizotypie bzw. die Entwicklung einer möglichen Schizophrenie vorhersagen.

### 3 METHODE

#### 3.1 Planung der Studie

#### 3.2 Design der Untersuchung

##### 3.2.1 Darstellung des Studiendesigns

Aus *Tabelle 5* sind die einzelnen unabhängigen Variablen zu entnehmen. Als abhängige Variablen wurden einzelne Parameter der Spiritualität und Religiosität sowie des spirituellen und religiösen Wohlbefindens im Zusammenhang zu einzelnen Dimensionen der Persönlichkeit, zu psychiatrischen Symptomen sowie zur Kreativität erfasst.

Tabelle 5

*Überblick über die einzelnen unabhängigen Variablen*

Gruppe	Gesunde Stichprobe (KG) Schizophrene Stichprobe (VG)
Geschlecht	Männlich Weiblich

Neben den Hauptvariablen gehen auch weitere Daten wie u.a. soziodemografische Variablen in die Berechnungen mit ein.

#### 3.3 Ziel der Untersuchung

Die vorliegende Studie beschäftigt sich mit dem Thema Spiritualität und Religiosität. Von Interesse ist der Zusammenhang zwischen Spiritualität und Religiosität und dem psychischen Wohlbefinden. Neben dem psychischen Wohlbefinden spielt ebenso die Persönlichkeitsstruktur eines Menschen eine Rolle. Ein wichtiger Aspekt dieser Studie ist die Untersuchung des Zusammenhangs zwischen Religiosität/Spiritualität, Persönlichkeit und Psychosen. Hier ist vor allem die Schizotypie bzw. Schizophrenie von Bedeutung. Magisches Denken und bizarre Glaubensinhalte, die im Widerspruch zu (sub)kulturellen Normen stehen

und das Verhalten beeinflussen sind v.a. mögliche Merkmale, die bei der schizotypen Störung auftreten können (Dilling et al., 2008).

Das Ziel dieser Untersuchung ist es, Informationen über die Psychodynamik von Spiritualität und Psychosen zu gewinnen. Dies eröffnet Einsicht in die Hintergrundmechanismen dieser Aspekte und zeigt, welche Faktoren mit beiden Konstrukten in Zusammenhang stehen bzw. wie oder ob Spiritualität und Religiosität und Psychosen in Verbindung stehen.

Auch Kreativität wird miterhoben. Nach Guilford (1950) scheint Kreativität eine nicht unwesentliche Rolle bei Psychosen zu spielen und wird somit ebenfalls mit erhoben, um diese anschließend mit den verschiedenen erhobenen Variablen der Persönlichkeit sowie der Spiritualität und Religiosität in Verbindung zu setzen.

Besonders Personen mit psychischen und physischen Krankheiten könnten möglicherweise einen positiven Nutzen aus der Spiritualität und Religiosität ziehen. Von Persönlichkeitsstörungen bei Erwachsenen ist bekannt, dass diese tiefe und dauerhafte Auswirkungen auf den betroffenen Menschen und seine Familie, aber auch auf die Gesellschaft haben (Ruegg & Frances, 1995). Ein möglicher positiver Effekt dieser Untersuchung könnte sein, dass in Zukunft die Integrierung religiöser bzw. spiritueller Inhalte in einer Psychotherapie an Wichtigkeit gewinnt. Hierbei sollte vor allem die stärkere Beachtung im Krankheitsprozess bzw. Coping berücksichtigt werden.

Gebe es jedoch einen positiven Zusammenhang zwischen Religiosität bzw. Spiritualität und der Schizotypie bzw. Schizophrenie könnte in Zukunft Spiritualität und Religiosität als Markervariablen eingesetzt werden, um so schon im Frühstadium einer Schizophrenie zu intervenieren.

### 3.3.1 Studienablauf

Die Teilnahme an dieser Studie erfolgt freiwillig, ohne eine Entlohnung und die ProbandInnen können jederzeit ohne Angabe von Gründen aus der Studie ausscheiden. Die Ablehnung der Teilnahme oder ein vorzeitiges Ausscheiden aus dieser Studie hat keine nachteiligen Folgen für die TeilnehmerInnen. Ebenso wurde für diese klinische Studie eine befürwortende Stellungnahme von der zuständigen Ethikkommission (s. *Anhang A*) abgegeben. Im Rahmen dieser Studie sind keine Risiken und negativen Begleiterscheinungen zu erwarten.

Allen TeilnehmerInnen wurde angeboten, das psychologische Profil bzw. die Ergebnisse der Studie nach Auswertung der Daten einzusehen.

In einem ersten Schritt wurden alle potentiellen TeilnehmerInnen in einem ausführlichen Aufklärungsgespräch über den Inhalt und Zweck der Studie informiert. Im Anschluss daran erhielten alle Personen ein Testheft bestehend aus unterschiedlichen Fragebögen zu den Themen Persönlichkeit, Religiosität und Spiritualität, Psychopathologie und Kreativität. Die Bearbeitung der Testverfahren nahm ca. 120 Minuten in Anspruch. In dieser Zeit stand den TeilnehmerInnen jederzeit die Versuchsleiterin zur Verfügung, um Fragen und Unklarheiten zu klären.

Die Datenerhebung der Kontrollgruppe erfolgte am jeweiligen Wohnort der einzelnen UntersuchungsteilnehmerInnen. Die Datenerhebung der klinischen Stichprobe erfolgte in der jeweiligen Einrichtung der stationären PatientInnen.

Die Erfassung der einzelnen Merkmale erfolgte einmalig. Körperliche Risiken wurden durch eine Teilnahme an dieser Studie ausgeschlossen, da lediglich Fragebögen verwendet wurden. Ebenso ist durch eine Datencodierung (s. *Abbildung 2*) der einzelnen TeilnehmerInnen Anonymität gewährleistet.

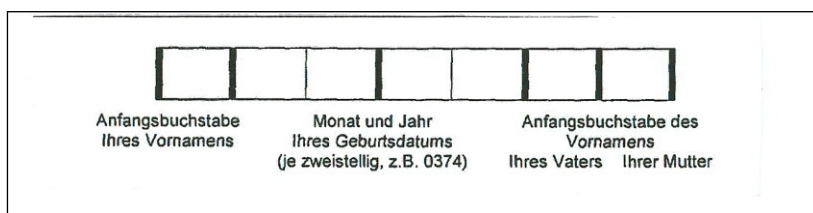


Abbildung 2

Darstellung der Datencodierung zur Gewährleistung der Anonymität

### 3.3.2 Rekrutierung der ProbandInnen

Die gesunden UntersuchungsteilnehmerInnen, die zum Großteil aus dem Freundes- und Verwandtenkreis der Dissertantin stammen, wurden mittels mündlicher Werbung oder Werbeflyer (s. *Anhang B*) rekrutiert. Die klinischen TeilnehmerInnen wurden mit Hilfe der jeweiligen psychologischen Leitung bzw. des anwesenden Neurologen oder Psychiaters in den einzelnen psychiatrischen Einrichtungen persönlich rekrutiert. Alle potentiellen TeilnehmerInnen wurden bei der Rekrutierung von der Versuchsleiterin zu einem persönlichen Gespräch gebeten.

### 3.3.3 Stichprobenbeschreibung

#### 3.3.3.1 Untersuchungsgruppen

Die Gesamtstichprobe umfasste 195 (weibliche und männliche) Personen im Alter zwischen 18 und 74 Jahren. Alle TeilnehmerInnen kommen aus der Steiermark. Die TeilnehmerInnen der Kontrollgruppe stammen aus der allgemeinen Bevölkerung sowie dem Freundes- bzw. Bekanntenkreis der Untersucherin. Die Gesamtstichprobe setzt sich aus gesunden Kontrollpersonen (KG,  $n_1=155$ ) und der klinischen schizophrenen Gruppe (VG,  $n_2=40$ ) zusammen. Die Teilnahme erfolgte freiwillig. Keine/r der TeilnehmerInnen der gesunden Stichprobe berichtete über eine vorrausgehende bzw. gegenwärtige Behandlung bezüglich eines auftretenden psychopathologischen Problems. Bezüglich der soziodemografischen Daten siehe *Tabelle 6*.

Aufgrund der in der bisherigen Literatur zu erwarteten Effektgrößen (Poweranalysen; G\*Power 3.1.3; Erdfelder, Faul & Buchner, 1996) sollte es möglich sein mit einer Gesamtstichprobe von ca. 200 TeilnehmerInnen die formulierten Hypothesen zu bestätigen bzw. zu falsifizieren.

#### 3.3.3.2 Geschlecht der TeilnehmerInnen

Die gesunde Stichprobe beinhaltete insgesamt 155 TeilnehmerInnen. Davon waren 76 weiblich und 79 männlich. Die schizophrene Stichprobe umfasste 12 weibliche und 28 männliche Personen. Es besteht ein signifikanter Gruppenunterschied bezüglich des Geschlechtes ( $\chi^2_{1, n=195} = 4.65, p < .05$ ).

#### 3.3.3.3 Alter der TeilnehmerInnen

Der jüngste Teilnehmer war 18 und die älteste Teilnehmerin war 74. Die gesunde KG ( $M = 31.48, SD = 11.77$ ) und die klinische Stichprobe ( $M = 47.20, SD = 12.32$ ) waren bezüglich des Alters nicht vergleichbar. Es waren signifikante Altersunterschiede zu beobachten ( $t_{193} = -7.46, p < .001$ ). Die gesunde Stichprobe war deutlich jünger als die schizophrene Stichprobe.

Tabelle 6

*Soziodemografische Daten: Geschlecht, Bildungsstatus, Erwerbstätigkeit, Familienstand, Kinder, Glaubensbekenntnis der erhobenen Stichproben*

	<b>KG</b>	<b>VG</b>	<b>Gesamt</b>	<b>p</b>
<b>Geschlecht:</b>				<i>p</i> <.05
Weiblich	76 (49.03%)	12 (30%)	88 (45.13%)	
Männlich	79 (50.97%)	28 (70%)	107 (54.87%)	
	(N = 155)	(N = 40)	(N = 195)	
<b>Bildungsstatus</b>				<i>p</i> <.001
Volksschule	1 (.65%)	6 (15.79%)	7 (3.65%)	
Hauptschule	19 (12.34%)	10 (26.32%)	29 (15.10%)	
Berufsschule	70 (45.45%)	15 (39.47%)	85 (44.27%)	
Matura	34 (22.08%)	4 (10.53%)	38 (19.79%)	
Matura m. A.	12 (7.79%)	3 (7.89%)	15 (7.81%)	
Universität	18 (11.69%)	0 (0%)	18 (9.38%)	
	(N = 154)	(N = 38)	(N = 192)	
<b>Erwerbstätigkeit:</b>				<i>p</i> <.001
Im Beruf stehend	87 (56.86%)	1 (2.63%)	88 (46.07%)	
In Ausbildung/Studium	58 (37.91%)	0 (0%)	58 (30.37%)	
In Pension	5 (3.27%)	31 (81.58%)	36 (18.85%)	
Arbeitslos	3 (1.96%)	6 (15.79%)	9 (4.71%)	
	(N = 153)	(N = 38)	(N = 191)	
<b>Familienstand</b>				<i>p</i> <.001
Verheiratet	33 (21.85%)	1 (3.44%)	34 (18.89%)	
Ledig	60 (39.73%)	22 (75.86%)	82 (45.55%)	
In Partnerschaft lebend	52 (34.44%)	2 (6.90%)	54 (30%)	
Verwitwet	3 (1.99%)	2 (6.90%)	5 (2.78%)	
Geschieden/getrennt	3 (1.99%)	2 (6.9%)	5 (2.78%)	
	(N = 151)	(N = 29)	(N = 180)	
<b>Kinder</b>	50 (32.26%)	13 (34.21%)	68 (35.23%)	n.s.
	(N = 155)	(N = 38)	(N = 193)	
<b>Glaubensbekenntnis</b>				n.s.
Röm.kath.	124 (80%)	32 (84.21%)	156 (80.83%)	
Evangelisch	6 (3.87%)	1 (2.63%)	7 (3.63%)	
Islam	1 (.65%)	0 (0%)	1 (.52%)	
Ohne Bekenntnis	23 (14.83%)	5 (13.16%)	28 (14.50%)	
Andere	1 (.65%)	0 (0%)	1 (.52%)	
	(N = 155)	(N = 38)	(N = 193)	

*Anmerkung.* Matura m. A. = Matura mit weiterführender Ausbildung, KG = Kontrollgruppe, VG = klinische Vergleichsstichprobe, *p* = Signifikanz,  $\chi^2$  nach Pearson.

### 3.3.3.4 Bildungsstatus

Um eventuelle Unterschiede zwischen den einzelnen Gruppen festzustellen, wurde der Bildungsstatus mit erhoben. Es wurde dabei zwischen den Kategorien „Volksschule“, „Hauptschule“, „Berufsschule“, „Matura“, „Matura mit weiterführender Ausbildung“ und „Universität“ unterschieden (s. *Tabelle 6*). Betrachtet man beide Gruppen, zeigt sich ein signifikanter Unterschied bezüglich des Bildungsstatus ( $\chi^2_{5, n=192} = 29.85, p < .001$ ). Die klinische Stichprobe ( $M = 2.68, SD = 1.12$ ) hatte einen niedrigeren Bildungsstatus als die gesunde Kontrollgruppe ( $M = 3.59, SD = 1.18$ ).

### 3.3.3.5 Erwerbstätigkeit

Die Beschäftigung der einzelnen StudienteilnehmerInnen wurde mittels den Kategorien „im Beruf stehend“, „in Ausbildung/Studium“, „in Pension“ und „arbeitslos“ erfasst (s. *Tabelle 6*). Es zeigt sich ein signifikanter Unterschied ( $\chi^2_{3, n=191} = 145.23, p < .001$ ) zwischen der gesunden Kontrollgruppe ( $M = 1.5, SD = .66$ ) und der schizophrenen Stichprobe ( $M = 3.11, SD = .51$ ). Die TeilnehmerInnen in der gesunden Stichprobe stehen häufiger im Beruf als die klinischen TeilnehmerInnen.

### 3.3.3.6 Familienstand

Der Familienstand wurde mittels den Kategorien „verheiratet“, „ledig“, „in Partnerschaft lebend“, „verwitwet“ und „geschieden/getrennt“ erhoben (s. *Abbildung 6*). Die beiden Stichproben unterscheiden sich signifikant voneinander ( $\chi^2_{4, n=193} = 38.24, p < .001$ ). TeilnehmerInnen in der Kontrollgruppe sind häufiger verheiratet oder in einer Partnerschaft lebend als TeilnehmerInnen der schizophrenen Stichprobe.

### 3.3.3.7 Kinder

Weiters wurde erhoben, ob die einzelnen TeilnehmerInnen Kinder haben. Beide Gruppen, also die gesunde ( $M = .32, SD = .47$ ) als auch die schizophrene Stichprobe ( $M = .37, SD = .54$ ) unterscheiden sich nicht voneinander ( $\chi^2_{1, n=193} = 0.05, ns.$ ).

### 3.3.3.8 Drogenerfahrung

Auf die Frage „Haben Sie neben Alkohol schon andere Drogen genommen?“ antworteten 43 TeilnehmerInnen (KG:  $n_1 = 31, VG: n_2 = 12$ ) mit ja und 149 der

TeilnehmerInnen (KG:  $n_1 = 124$ , VG:  $n_2 = 25$ ) mit nein (s. *Tabelle 7*). Bezüglich der Drogenerfahrung unterscheiden sich die Gesunden nicht von den Schizophrenen ( $\chi^2_{1, n=192} = 2.66$ , ns.). *Abbildung 3* zeigt die bisherige Drogenerfahrung in der Gesamtstichprobe.

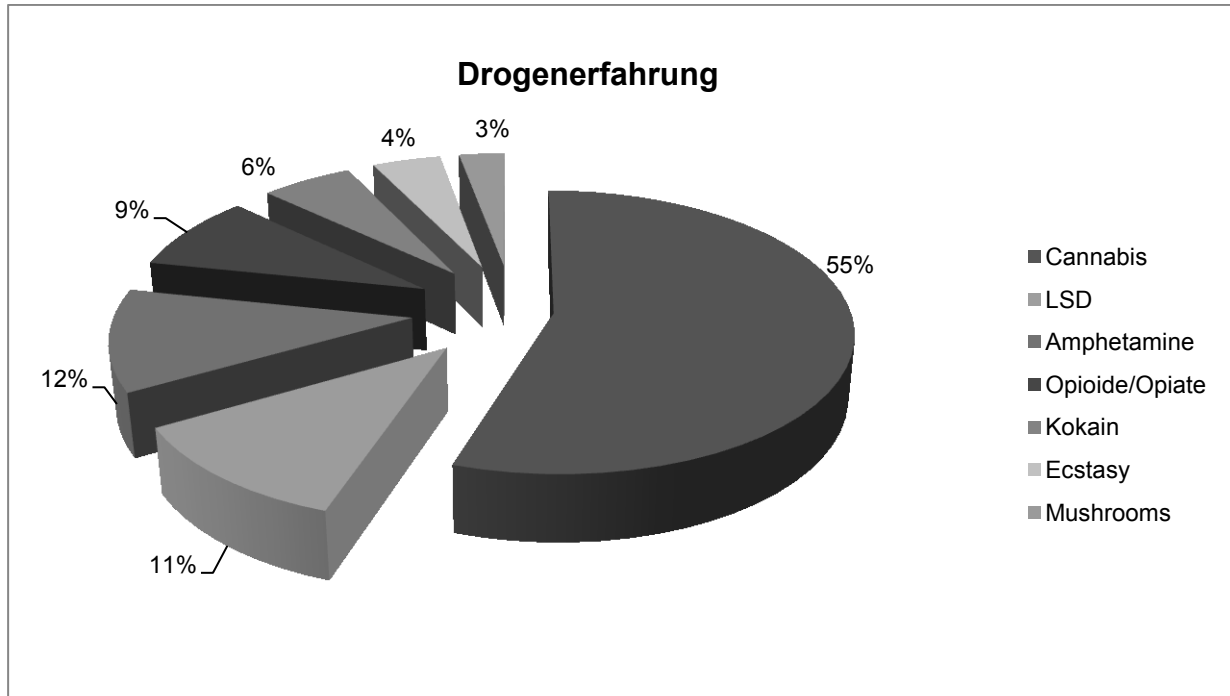


Abbildung 3

Darstellung der bisherigen Drogenerfahrung in der Gesamtstichprobe

### 3.3.3.9 Medikamenteneinnahme

Bezüglich der klinischen Stichprobe wurden die Medikamente mit erhoben, die von den einzelnen StudienteilnehmerInnen aktuell eingenommen wurden (s. *Abbildung 4*).

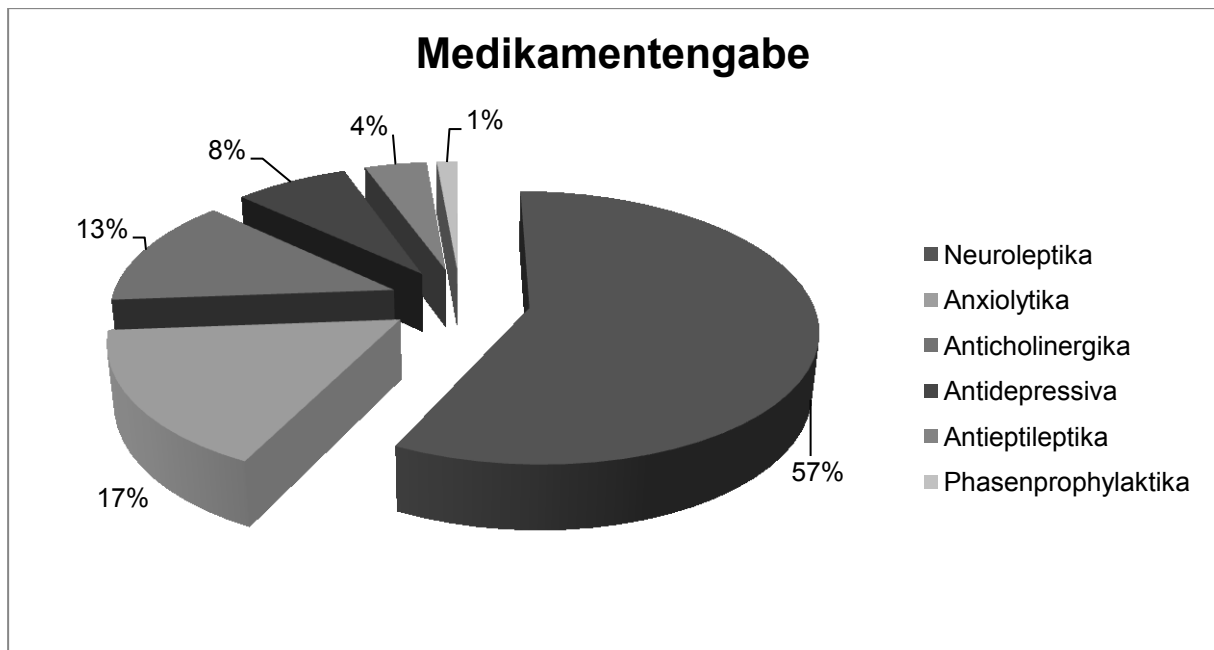


Abbildung 4

Auflistung der aktuellen Medikamenteneinnahme der klinischen Stichprobe

### 3.3.3.10 Suizidversuch

Auf die Frage „Haben Sie schon einmal versucht sich das Leben zu nehmen?“ bejahten 20 TeilnehmerInnen (Kg:  $n_1 = 5$ , VG:  $n_2 = 15$ ) diese Frage (s. *Tabelle 7*). Die gesunde Stichprobe gaben weniger häufig einen Suizidversuch an als Personen der schizophrenen Stichprobe ( $\chi^2_{1, n=191} = 44.26, p < .001$ ).

### 3.3.3.11 Gewalterfahrungen

Auf die Frage „Hatten Sie in Ihrer Kindheit Gewalterfahrungen?“ antworteten 42 TeilnehmerInnen (Kg:  $n_1 = 25$ , VG:  $n_2 = 17$ ) mit ja (s. *Tabelle 7*). Beide Gruppen unterscheiden sich hinsichtlich angegebenen Gewalterfahrungen ( $\chi^2_{1, n=186} = 19.21, p < .001$ ). Schizophrene PatientInnen berichteten häufiger von einer Gewalterfahrung in der Kindheit als gesunde StudienteilnehmerInnen.

### 3.3.3.12 Verurteilung einer Straftat

Auf die Frage „Wurden Sie für eine Straftat schon einmal gerichtlich verurteilt?“ beantworteten das 25 TeilnehmerInnen (Kg:  $n_1 = 8$ , VG:  $n_2 = 17$ ) mit ja und 167 mit nein

(KG:  $n_1 = 147$ , VG:  $n_2 = 20$ ) (s. *Tabelle 7*). Beide Gruppen unterscheiden sich voneinander ( $\chi^2_{1, n=192} = 43.87$ ,  $p < .001$ ). Schizophrene StudienteilnehmerInnen wurden bereits häufiger aufgrund einer Straftat gerichtlich verurteilt als Personen in der Kontrollgruppe.

Tabelle 7

*Anamnestische Daten: Suiziderfahrung, Gewalterfahrung in der Kindheit, Alkohol/Drogenmissbrauch in der Familie, Straftat*

	<b>KG</b>	<b>VG</b>	<b>Gesamt</b>	<b>p</b>
Suiziderfahrung:	5 (3.2%) (N = 154)	15 (40.54%) (N = 37)	20 (10.47%) (N = 191)	<.001
Gewalterfahrung i. K.:	25 (16.34%) (N = 153)	17 (51.52%) (N = 33)	42 (22.58%) (N = 186)	<.001
Alkohol/Drogenmissbrauch i. F.:	31 (20%) (N = 155)	12 (32.43%) (N = 37)	43 (22.40%) (N = 192)	<.01
Straftat:	8 (5.16%) (N = 155)	17 (45.95%) (N = 37)	25 (13.02%) (N = 192)	<.001

*Anmerkung.* Gewalterfahrung i. K. = Gewalterfahrung in der Kindheit, Alkohol/Drogenmissbrauch i. F. = Alkohol oder Drogenmissbrauch in der Familie, KG = Kontrollgruppe, VG = klinische Vergleichsstichprobe,  $p$  = Signifikanz,  $\chi^2$  nach Pearson.

### 3.3.3.13 Diagnosen

Die einzelnen Diagnosen der PatientInnen wurden mit erhoben. In *Abbildung 5* ergeben sich die Hauptdiagnosen der schizophrenen TeilnehmerInnen.

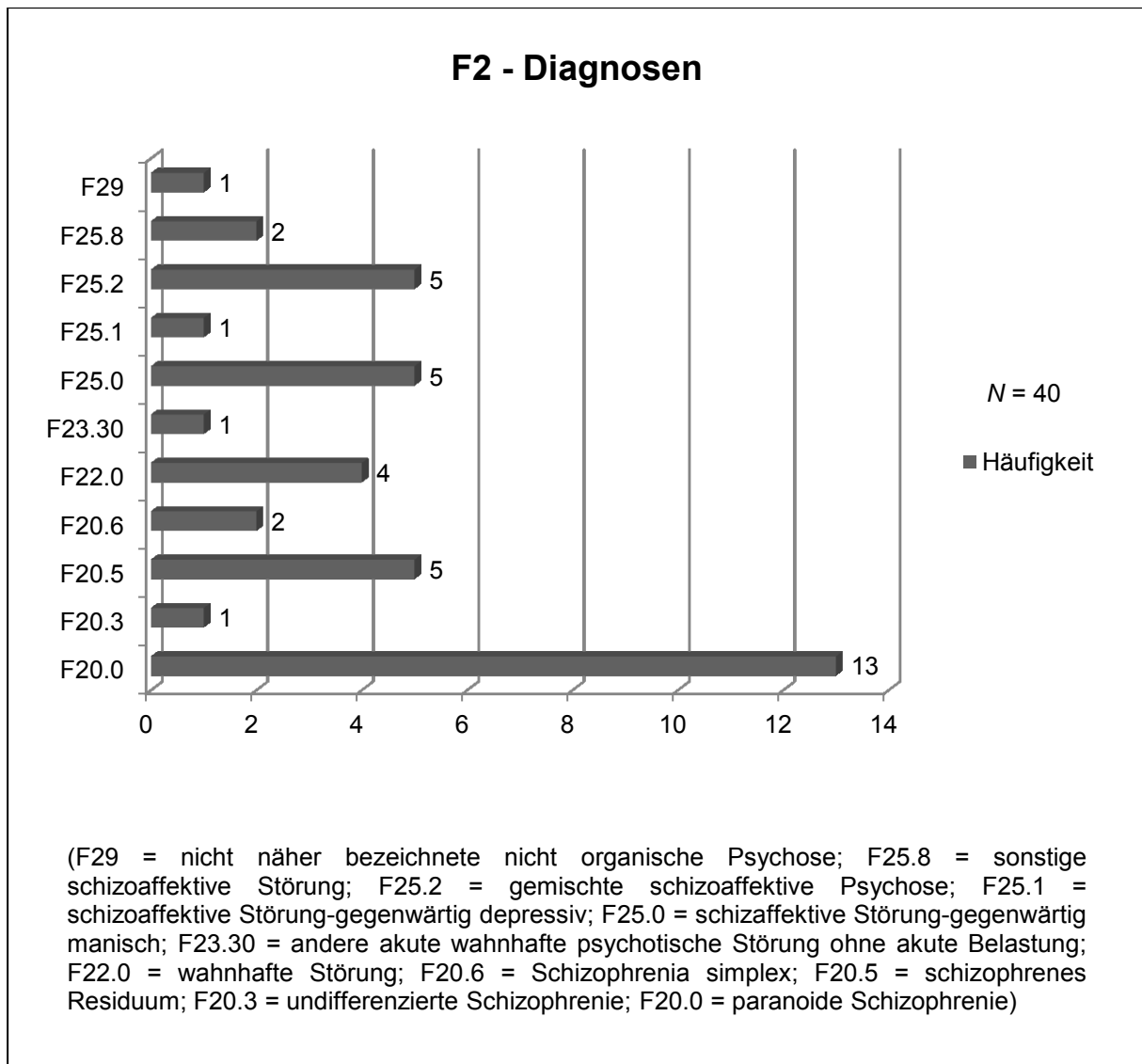


Abbildung 5

Darstellung der Häufigkeit von einzelnen Hauptdiagnosen der klinischen StudienteilnehmerInnen

### 3.3.3.14 Komorbiditäten

19 von 40 schizophrenen PatientInnen wiesen eine weitere oder mehrere psychische Störungen auf. *Abbildung 6* bildet die erhobenen Komorbiditäten der klinischen Stichprobe ab.

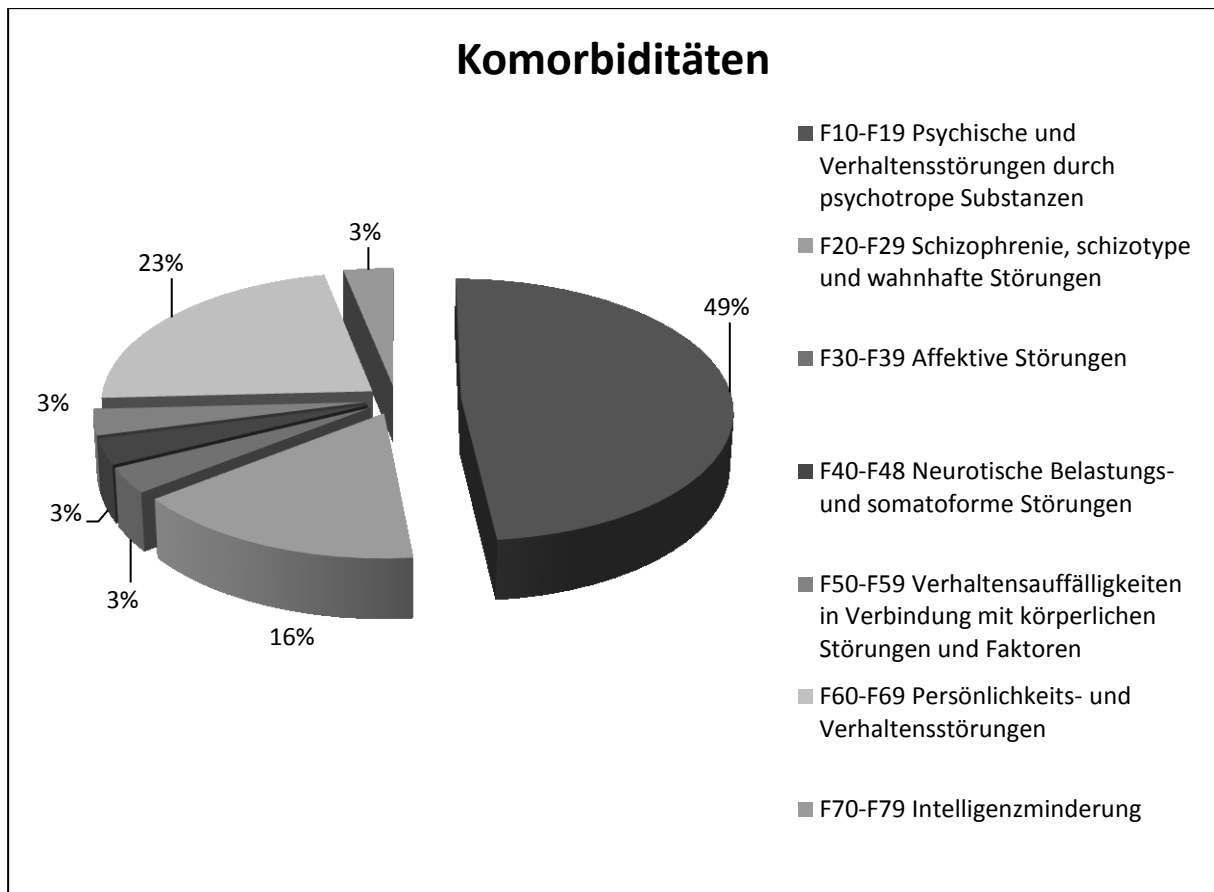


Abbildung 6

Darstellung der prozentualen Häufigkeit der Komorbiditäten in der schizophrenen Stichprobe

### 3.3.4 Ein- und Ausschlusskriterien

Wesentliche Voraussetzungen zur Teilnahme an der Studie waren die Freiwilligkeit, das kognitive Grundverständnis bzw. ein Verständnis der ProbandInneninformation (im *Anhang D* ersichtlich) sowie eine schriftliche Einwilligung der Teilnahme. Da alle verwendeten Testverfahren auf Deutsch vorgegeben wurden, wurde auch Deutsch als Muttersprache vorausgesetzt. Mangelnde Compliance wurde als Ausschlusskriterium angesehen.

### 3.3.5 Stichprobenausfall

Ursprünglich waren 200 gesunde StudienteilnehmerInnen und 40-50 schizophrene StudienteilnehmerInnen als Teilstichprobe für diese Untersuchung geplant. Die erwartete

Anzahl von StudienabbrecherInnen (Drop-out-Quote) liegt bei ca. 20%. Die tatsächliche Anzahl der Stichprobenausfälle in der klinischen Stichprobe erstreckte sich auf 10 TeilnehmerInnen und in der Kontrollgruppe auf 50 TeilnehmerInnen. Insgesamt beruhte der Stichprobenausfall auf 60 Personen.

Als Ursache für einen Abbruch der Studienteilnahme führte ein Großteil der gesunden Personen die zu umfangreichen aber auch sehr persönlichen Selbstbeschreibungen bzw. Fragen an. Bei der klinischen Stichprobe war die Untersuchungslänge oder die kognitive Beeinträchtigung die Ursache für einen vorzeitigen Abbruch der Datenerhebung.

### 3.3.6 Ort der Untersuchung/Datenerhebung

Die Datenerhebung der Kontrollgruppe erfolgte am jeweiligen Wohnort der einzelnen UntersuchungsteilnehmerInnen. Die Datenerhebung der klinischen ProbandInnen wurde am LKH-Graz, im Grünen Kreis (Feldbach) sowie auf der Medizinischen Universität Graz durchgeführt. Ebenso fand die Datenerhebung dieser Studie in folgenden Einrichtungen der Sanlas Holding GmbH statt: „Haus Mariatrost“, „Haus Weinitzen“ und „Margarethenhof“.

## 3.4 Psychodiagnostische Instrumente

### 3.4.1 Testverfahren zur Erhebung der Persönlichkeitsstruktur

#### 3.4.1.1 EPQ-RK - Eysenk-Personality-Questionnaire

Der EPQ (ursprünglich von Eysenck & Eysenck, 1991; zitiert nach Ruch 1999) ist ein Selbstbeurteilungsinventar zur Persönlichkeit. Die deutsche Standard- und Kurzfassung des Eysenck Personality Questionnaire-revised (EPQ-R) erhebt drei Persönlichkeitsbereiche: Offenheit für Erfahrungen, Neurotizismus und Psychotizismus. Das Testverfahren besteht aus 50 Items mit einer zweistufigen Antwortmöglichkeit (ja und nein) (Ruch, 1999).

Itembeispiele:

Skala-Extraversion:

Bsp.: Item 2: „Sind Sie sehr gesprächig?“

Skala-Neurotizismus:

Bsp.: Item 1: „Wechselt Ihre Stimmung oft“?

Skala-Psychotizismus:

Beispiel-Item 16: „Würden Sie Drogen nehmen, die seltsame oder gefährliche Auswirkungen haben könnten?“.

### 3.4.1.2 O-LIFE - Oxford-Liverpool Inventar für Gefühle und Erfahrungen

Die ursprüngliche Version „Oxford-Liverpool Inventory of Feelings and Experience“ (Mason et al., 1995) wurde von Unterrainer, Moazed und Fink (2010) ins Deutsche übersetzt. Der Fragebogen ist ein multidimensionales Inventar zur Erhebung der mehrdimensionalen Schizotypie (Burch, Hemsley, Corr & Gwyer, 2006). Das Selbstbeschreibungsinventar erfasst mit 150 Items Gefühle und Erfahrungen in vier Subskalen: Positive Schizotypie (ungewöhnliche Erfahrungen), Desorganisierte Schizotypie (Kognitive Desorganisation), Antisoziale Schizotypie (Impulsive Nonkonformität) und Negative Schizotypie (Introvertierte Anhedonie) (Mason et al., 1995). Auch Studienergebnisse von Goulding (2005) und Loughland and Williams (1997) konnten eine vier Faktoren-Lösung unterstützen.

Eine Antwortmöglichkeit besteht in Form einer zweistufigen Skala (Ja und nein). Die Fragen dieses multidimensionalen Konstrukts beziehen sich auf die Gedanken, Gefühle, Erwartungen und Vorlieben der Untersuchungsperson.

Itembeispiele:

Skala-Positive Schizotypie:

Bsp.: Item 9: „Erscheinen Ihre Gedanken manchmal so wirklich wie tatsächliche Ereignisse aus Ihrem Leben?“

Skala-Desorganisierte Schizotypie:

Bsp.: Item 2: „Zögern Sie oft bevor Sie etwas in einer Gruppe von Menschen sagen, die Sie einigermaßen kennen?“

Skala-Antisoziale Schizotypie:

Bsp.: Item 11: „Ist es Ihnen in Gesellschaft meist lieber, wenn die Aufmerksamkeit der Runde jemand anderem gehört?“

Skala-Negative Schizotypie:

Bsp.:Item 8: „Haben Sie Freude an vielen unterschiedlichen Arten von Spiel- und Freizeitaktivitäten?“

### 3.4.1.3 IPO-2001 - Inventar zur Persönlichkeitsorganisation

Der IPO (Englische Fassung: Clarkin, Foelsch & Kernberg, 1995-2001; 2000) ist ein Inventar zur Persönlichkeitsorganisation. Es ist ein international verbreitetes

Selbsteinschätzungsinstrument, das in mehreren Versionen vorliegt und dient zur Erfassung von strukturellen Beeinträchtigungen in den Bereichen Identität, Abwehr und Realitätsprüfung (Zimmermann et al., 2013).

Das Selbstbeurteilungsinstrument besteht aus 83 Items in Form von Aussagen über die eigene Person. Man unterscheidet zwischen den Hauptskalen Primitive Abwehr, Identitätsdiffusion und Realitätsprüfung sowie den Zusatzskalen Aggression und Moralische Werte. Überdies bietet dieses Inventar eine fünfstufige Antwortmöglichkeit: trifft völlig zu - trifft selten zu - trifft gelegentlich zu - trifft oft zu - trifft immer zu (Dammann, Smole-Lindinger & Buchheim, 2002). Mittlerweile existiert bereits eine ökonomische und gut validierte deutschsprachige Kurzskala des Testverfahrens in einer 16-Item-Version (Zimmermann et al., 2013).

Itembeispiele:

Skala-Primitive Abwehr:

Bsp.: Item 1: „Ich bin ein ‚Heldenverehrer‘ auch wenn sich später mein Urteil als falsch herausstellt“.

Skala-Identitätsdiffusion:

Bsp.: Item 17: „Ich fühle mich wie ein Schwindler oder Hochstapler, da andere mich ziemlich anders sehen als ich wirklich bin.“

Skala-Realitätsprüfung:

Bsp.: Item 38: „Wenn alles um mich herum unsicher und durcheinander ist, fühle ich mich auch innerlich so.“

Skala-Aggression:

Bsp.: Item 58: „Man hat mir schon gesagt, dass ich es genieße, andere Menschen leiden zu sehen.“

Skala-Moralische-Werte:

Bsp.: Item 76: „Jeder würde stehlen, wenn er nicht Angst hätte, erwischt zu werden.“

#### 3.4.1.4 NPI-R - Narcissistic Personality Inventory

Das NPI-R (International eingesetzte Skalen: Raskin & Hall, 1979, 1981; Raskin & Terry, 1988) ist ein Selbstbeurteilungsinstrument das den subklinischen Narzissmus als Persönlichkeitsmerkmal erfasst (Schütz et al., 2004).

„Narzissmus bezeichnet eine Persönlichkeitsstörung aber auch eine Dimension der normalen Persönlichkeit, gekennzeichnet durch Selbstüberschätzung, mangelnde Empathie, Überempfindlichkeit gegenüber Kritik und Stimmungsschwankungen“ (Asendorpf, 2007). Für das Konzept des Narzissmus stand Narziss, ein Jüngling aus der griechischen Mythologie,

der in sein Spiegelbild verliebt war (Schütz et al. 2004). Es wurde eine 54-Item-Version mit vier Faktoren sowie die aktuelle 40-Item-Version, mit einer Sieben-Faktor-Version entwickelt (Del Rosario & White, 2005). Die in dieser Studie eingesetzte revidierte deutsche Version von Zimmermann et al. (1995, zitiert nach Triller, 2003) entspricht inhaltlich den englischen Items der 40 Punkte Version von Raskin und Hall (1979, 1981). Eine weitere deutsche Fassung liegt von Schütz et al. (2004) vor.

Die in dieser Studie eingesetzte revidierte Form erfasst mit 40 Items verschiedene Subskalen: Autoritätsgefühl, Selbstgenügsamkeit, Überlegenheitsgefühl, Prahlerei, Ausbeutung, Eitelkeit und Anspruchsverhalten. Wobei zur Auswertung nur der Gesamtwert herangezogen wird. Es besteht eine vierfachgestufte Antwortmöglichkeit (Raskin & Terry, 1988). Das Narzissmus-Inventar umfasst 40 Aussagen mit vier möglichen Antwortalternativen: „trifft vollständig zu“, „trifft eher zu“, „trifft eher nicht zu“ und „trifft überhaupt nicht zu“.

Nach Maxwell, Donnellan, Hopwood und Ackerman (2011) existieren das NPI-Narcissistic Personality Inventory (Raskin & Terry, 1988) und das PNI-Pathological Narcissism Inventory (Pincus et al., 2009). Der NPI ist gedacht für die Erhebung vom normalen Narzissmus und der PNI ist gedacht zur Erhebung vom pathologischen Narzissmus (Pincus et al., 2009).

Itembeispiel:

Bsp.: Item 20: „Selbstdarstellung liegt mir nicht.“

#### 3.4.1.5 BPI - Borderline-Persönlichkeits-Inventar

Dem Fragebogen liegt das Konzept der Borderline-Persönlichkeitsorganisation von Kernberg (1967; 1988, zitiert nach Leichsenring, 1997) zugrunde.

In dieser Studie wurde die verkürzte Fragebogenversion mit 53 Items eingesetzt. Das BPI ist ein Selbstbeschreibungsinventar und erfasst 4 Skalen der Borderlinepersönlichkeit. Der BPI erfasst die nach Kernberg zentralen strukturellen Kriterien „Entfremdungserlebnisse und Identitäts-Diffusion“ (Depersonalisation und Derealisationen), „Angst vor Nähe“, „Primitive Abwehr und Objektbeziehungen“ (Halluzinationen und Beeinflussungserlebnisse), „Mangelhafte Realitätsprüfung“ (Leichsenring, 1997, 1998).

Die Antwortmöglichkeiten bestehen in Form von Ja und Nein. Ausnahmen sind die Items 13 und 45, diese dienen zur Spezifikation des vorausgehenden Items. Sie sind nicht mit einer Antwortalternative „ja“ und „nein“ zu beantworten, sondern es bestehen andere Antwortalternativen (s. Itembeispiele).

Itembeispiele:

Skala-Entfremdungserlebnisse und Identitätsdiffusion:

Bsp.: Item 36: „Manchmal fühle ich mich selbst unwirklich.“

Skala-Angst vor Nähe:

Bsp.: Item 25: „Wenn eine Beziehung enger wird, fühle ich mich oft in der Falle.“

Skala-Primitive Abwehr und Objektbeziehungen:

Bsp.: Item 40: „Die anderen erscheinen mir oft als feindselig.“

Skala-Mangelhafte Realitätsprüfung:

Bsp.: Item 41: „Ich habe schon einmal das Gefühl gehabt, dass andere mir ihre Gedanken eingeben.“

Bsp.: Item 13: „Falls ja: Diese Stimmen kamen von“ (bitte zutreffendes ankreuzen):

Antwortalternativen: Außen vs. Innen

Bsp.: Item 45: „Ich war schon einmal abhängig von Alkohol, Drogen oder Tabletten“ (Bitte zutreffendes ankreuzen)

Antwortalternativen: Alkohol vs. Drogen vs. Tabletten

### 3.4.2 Testverfahren zur Erhebung der Religiosität und Spiritualität

#### 3.4.2.1 MI-RSB 48 - Multidimensionales Inventar zum religiös-spirituellen Befinden

Im Rahmen eines interdisziplinären Forschungsprojektes der Klinischen Psychologie und Pastoraltheologie wurde ein multidimensionales Inventar zum religiös-spirituellen Befinden entwickelt (Unterrainer & Fink, 2013).

„Religiös-spiritueller Befinden (RSB) kann global als die Fähigkeit beschrieben werden, Sinn und Bedeutung der eigenen Existenz durch ein Gefühl der Verbundenheit mit sich selbst, mit anderen Menschen und einer (wie auch immer gearteten) höheren Macht zu erfahren.“ (Unterrainer & Fink, 2013; S. 34)

Das MI-RSB 48 (Unterrainer, 2005; 2008) ist ein Instrument zur Erfassung der Religiosität und Spiritualität im Erleben von körperlichen und psychischen Befinden. Dabei erfasst es mit 48 Items folgende 6 Dimensionen: Allgemeine Religiosität, Vergeben, Hoffnung Immanent, Allverbundenheit, Hoffnung Transzendent, sowie Erfahrungen von Bedeutung und Sinn. Des Weiteren unterscheidet man zwischen existentielles und religiöses Wohlbefinden im immanenten und transzendenten Raum womit eine differenzierte Betrachtung möglich erscheint (Unterrainer et al., 2010). Der immanente Raum beschreibt

den bio-psycho-sozialen Raum. Im Gegensatz dazu bildet der transzendente Raum den religios-spirituellen Raum ab (Unterrainer & Fink, 2013). Zur Beantwortung steht eine sechsstufige Ratingskala zur Verfügung. Die interne Konsistenz der Gesamtskala beträgt ein Cronbach  $\alpha$  von .89 (Unterrainer et al., 2010).

Itembeispiele:

Skala 1: „Hoffnung Immanent“

Bsp.: Item: „Ich blicke mit Optimismus in die Zukunft“.

Skala 2: „Vergeben“

Bsp.: Item: „Es gibt Dinge die ich nicht verzeihen kann.“

Skala 3: „Erfahrung von Bedeutung und Sinn“

Bsp.: Item: „Ich habe die Erfahrungen der Echtheit von Gefühlen gemacht.“

Skala 4: „Allgemeine Religiosität“

Bsp.: Item „Mein Glaube gibt mir ein Gefühl von Sicherheit.“

Skala 5: „Hoffnung Transzendent“

Bsp.: Item „Ich denke oft daran, dass ich die von mir geliebten Menschen zurücklassen muss.“

Skala 6: „Allverbundenheit“

Bsp.: Item: „Ich habe die Erfahrung gemacht, in der meine Person in etwas größerem aufzugehen schien.“

#### 3.4.2.2 Z7-Religiositätsskala – „Zentralität von Religiosität“

Die Z7 (Huber, 2008a), ein kurzer Fragebogen zu Religion, Glaube und Spiritualität, ist eine Kurzform des „Religiosität Struktur Tests“ (RST). Mit dem R-S-T - Religiosität Struktur Test oder auch Z-Skala (Huber, 2003; 2004; zitiert nach Unterrainer 2010), eine Zentralitätsskala zu religiösen Inhalten, wird eine theoriegeleitete Diagnose verschiedener Aspekte abrahamitischer Religiosität (Judentum, Christentum, Islam) ermöglicht. Im Mittelpunkt steht die Messung der Zentralität der Religiosität. Zusätzlich werden mit dem R-S-T die Aspekte religiöser Sozialisation, religiöser Suche, religiöser Fundamentalismus, Religiosität als soziale Ressource, religiöse Coping-Stile, religiöse Emotionen, typische Gebets- und Erfahrungsinhalte sowie die Bereitschaft zur Vergebung erhoben. Die Zentralitätsskala (Z-Skala) umfasst dabei das Ausmaß an Religiosität, unabhängig von den Inhalten des religiösen Glaubens. Die vorgegebene Skala besteht aus 23 Items und bietet eine fünfstufige Antwortmöglichkeit. Weiters erhebt die Skala die jeweils dazugehörige Religionsgemeinschaft.

Der R-S-T bildet zudem sechs Kerndimensionen der Religiosität ab: Intellekt, Ideologie (Glaube), Öffentliche Praxis, Private Praxis, Erfahrung, Konsequenzen. Diese Kerndimensionen bezeichnen allgemeine Sozialformen in denen Erleben und Verhalten zum Ausdruck kommen kann (Huber, 2008b).

Itembeispiel:

Bsp.: Item 1.: „Wie stark glauben Sie daran, dass es ‚Gott‘ oder etwas ‚Göttliches‘ gibt?“

Antwortmöglichkeit: (gar nicht - wenig – mittel – ziemlich – ziemlich sicher)

### *3.4.2.3 Visuelle Analogskalen*

Es wurden vier verschiedene Analogskalen zum Thema Spiritualität und Religiosität der gesamten Stichprobe vorgegeben.

#### *3.4.2.3.1 Visuelle Analogskala 1-Glaubensintensität*

„Schätzen Sie die Intensität Ihres Glaubens ein. Setzen Sie auf der dafür vorhergesehenen Linie einen kurzen senkrechten Strich.“

Pole: „überhaupt nicht gläubig“ - „hoch gläubig“

#### *3.4.2.3.2 Visuelle Analogskala 2-Religiositätsausmaß*

„Schätzen Sie das Ausmaß Ihrer Religiosität ein. Setzen Sie auf der dafür vorhergesehenen Linie einen kurzen senkrechten Strich.“

Pole: „überhaupt nicht religiös“ - „hoch religiös“

#### *3.4.2.3.3 Visuelle Analogskala 3-Spiritualitätsintensität*

Schätzen Sie die Intensität Ihrer Spiritualität ein. Setzen Sie auf der dafür vorhergesehenen Linie einen kurzen senkrechten Strich.“

Pole: „überhaupt nicht spirituell“ – „hoch spirituell“

#### *3.4.2.3.4 Visuelle Analogskala 4-Verbundenheit-Glaubensgemeinschaft*

„Schätzen Sie ein, wie sehr Sie sich einer kirchlichen Glaubensgemeinschaft verbunden fühlen. Setzen Sie auf der dafür vorhergesehenen Linie einen kurzen senkrechten Strich.“

Pole: „überhaupt nicht“ – „sehr stark“

### 3.4.3 Testverfahren zur Psychopathologie

#### 3.4.3.1 BSI - Brief-Symptom-Inventory

Das BSI, die Kurzform der SCL-90-R (Revidierte Fassung der 90-Item-Symptomcheckliste), ist eine Liste von Beschwerden und Problemen, die man manchmal hat und wurde von Derogatis und Melisaratos (1983 zitiert Franke, 2000) entwickelt. Es ist ein Selbstbeurteilungsinstrument einer mehrdimensionalen Erhebung der psychischen Symptombelastung (Global Severity Index: GSI). Die Fragen beziehen sich auf die vergangenen sieben Tage bis heute. Das Inventar besteht aus 53 Items mit den 5 Antwortmöglichkeiten, „überhaupt nicht“, „ein wenig“, „ziemlich“, „stark“, „sehr stark“ (Franke, 1997).

Der Fragebogen umfasst 9 Subskalen: Somatisierung (7 Items), Zwanghaftigkeit (6 Items), Unsicherheit im Sozialkontakt (4 Items), Depressivität (6 Items), Ängstlichkeit (6 Items), Aggressivität und Feindseligkeit (5 Items), Phobische Angst (5 Items), Paranoides Denken (5 Items) sowie Psychotizismus (5 Items) (Franke, 1997).

Beispiel-Items zu den einzelnen Subskalen:

Subskala 1-Somatisierung:

Bsp.: Item 2: „Ohnmachts- und Schwindelgefühlen“

Subskala 2-Zwanghaftigkeit:

Bsp.: Item 5: „Gedächtnisschwierigkeiten“

Subskala 3-Unsicherheit im Sozialkontakt:

Bsp.: Item 20: „Verletzlichkeit in Gefühlsdingen“

Subskala 4-Depressivität:

Bsp.: Item 9: „Gedanken, sich das Leben zu nehmen“

Subskala 5-Ängstlichkeit:

Bsp.: Item 1: „Nervosität oder innerem Zittern“

Subskala 6-Aggressivität und Feindseligkeit:

Bsp.: Item 6: „Dem Gefühl, leicht reizbar oder verärgerbar zu sein“

Subskala 7-phobische Angst:

Bsp.: Item 8: „Furcht auf offenen Plätzen oder auf der Straße“

Subskala 8-Paranoides Denken:

Bsp.: Item 4: „Dem Gefühl, dass andere an den meisten Ihrer Schwierigkeiten Schuld sind“

Subskala 9-Psychotizismus:

Bsp.: Item 3: „Der Idee, dass jemand Macht über Ihre Gedanken hat“

### 3.4.3.2 BDI - Beck-Depressions-Inventar

Erstmals wurde der BDI von Beck, Ward, Mendelson und Mock Erbaugh (1961, zitiert nach Hautzinger, Bailer, Worall & Keller, 1994) entwickelt und eingeführt. Danach gab es eine Reihe von Überarbeitungen (Beck, Steer & Garbin, 1988). Die deutsche Version ist von Hautzinger, Bailer, Worall und Keller (1995) und ist ein gut etabliertes Verfahren (Hautzinger et al. 1994).

Der BDI kann einzeln oder auch in Gruppen und im Alter zwischen 18 und 80 Jahren vorgegeben werden. Die Bearbeitungszeit liegt zwischen 10 und 15 Minuten. Das Fragebogenergebnis kann zwischen 0 und max. 63 Punkten liegen. Die Auswertung differenziert zwischen unauffällig (< 11), milder (11-17), klinisch relevanter (> 18) Ausprägung an Depressivität. Die interne Konsistenz (Cronbach's alpha) beträgt .88. Die Gütekriterien sind gegeben (Hautzinger et al., 1995).

Der BDI ist ein Selbstbeurteilungsinstrument das zur Erfassung der Schwere der depressiven Symptomatik erstellt wurde (Hautzinger, Keller & Kühner, im Druck). Der Fragebogen basiert auf den häufig genannten Symptomen der PatientInnen (Beck, Ward, Mendelson und Mock Erbaugh, 1961; zitiert nach Beck et al., 1988).

Das Inventar enthält 21 Gruppen von Aussagen, wobei jede Gruppe typische depressive Symptome erhebt. Die Bereiche, die die Items umfassen sind alphabetisch von A bis U geordnet und umfassen folgende Symptome: Traurige Stimmung (A), Pessimismus (B), Versagen (C), Unzufriedenheit (D), Schuldgefühle (E), Strafbedürfnis (F), Selbsthass (G), Selbstanklage (H), Selbstmordimpulse (I), Weinen (J), Reizbarkeit (K), sozialer Rückzug und Isolierung (L), Entschlussunfähigkeit (M), negatives Körperbild (N), Schlafstörungen (O), Arbeitsunfähigkeit (P), Ermüdbarkeit (Q), Appetitverlust (R), Gewichtsverlust (S), Hypochondrie (T) und Libidoverlust (U). Der/Die ProbandIn hat die Aufgabe innerhalb jeweils vier möglicher Antwortalternativen bzw. Aussagen (0-3) einer Symptomgruppe auszuwählen, die auf seine/ihre gegenwärtige Lage innerhalb der letzten sieben Tage am ehesten zutreffen (Hautzinger et al., 1995).

Die Antwortmöglichkeiten mit ihren dazugehörigen Wertungen sind also „nicht vorhanden“ (0 Punkte), „leichte Ausprägung“ (1 Punkt), „mäßige Ausprägung“ (2 Punkte), „starke Ausprägung“ (3 Punkte) (Beck et al., 1988). Somit ist die Anzahl der Symptome umso höher, je höher der Punktwert ist.

Itembeispiel:

Item A

0 Ich bin nicht traurig.

1 Ich bin traurig.

2 Ich bin die ganze Zeit traurig und komme nicht davon los.

3 Ich bin so traurig oder unglücklich, dass ich es kaum noch ertrage.

### 3.4.4 Testverfahren zur Kreativität

#### 3.4.4.1 CPS - Creativity Personality Scale

Die CPS entwickelt von Gough (1979) ist ein Selbstbeschreibungsinventar zur Erhebung von Kreativität mittels 30 Items. Die Items, einzelne Persönlichkeitseigenschaften, werden in Form einzelner Adjektive vorgegeben. Eine zweistufige Antwortmöglichkeit (ja und nein) wird vorgegeben.

Bsp.: Item 1: „einfühlsam“

#### 3.4.4.2 TEKT- Test zur Erfassung des Kreativen Denkens

Der TEKD (Arbeitsbereich Biologische Psychologie, Karl-Franzens-Universität Graz) ist ein Fragebogen zur Erfassung des kreativen Denkens und besteht aus zwei verschiedenen Aufgaben. Der erste Teil beschäftigt sich mit „Warum-Fragen“ (ungewöhnliche, hypothetische Situationen) und der zweite Teil mit „ungewöhnlichen Veränderungen“.

##### 3.4.4.2.1 Warum Fragen (2 Aufgaben)

Insgesamt werden 2 verschiedene Situationen angeführt und man sollte so viele verschiedene Erklärungen wie möglich anführen. Die Bearbeitungszeit beträgt 3 Minuten.

Bsp.: Item „Ein Raunen geht durch die Menge“

Beispiele für mögliche Umstände wären: Ein Geheimnis macht die Runde, jemand drängt sich durch die Menge, es wird „stille Post“ gespielt, der Professor betritt den Saal.

### 3.4.4.2 Ungewöhnliche Veränderungen (2 Aufgaben)

Hier werden jeweils zwei Bilder vorgegeben (s. *Abbildung 7*). Eines zeigt den Ausgangszustand und das zweite Bild den Endzustand. Die Aufgabe besteht darin, so viele unterschiedliche Erklärungen zu finden, wie es vom Ausgangszustand zum Endzustand kommen könnte. Die Bearbeitungszeit beträgt wiederum 3 Minuten. Beispiel für mögliche Antworten wären: Pfuscharbeit, ein Lastwagen ist in die Mauer gefahren, das Haus ist aus Papier und der Windbläst stark, moderne Kunst, ...

Bsp.: Haus (gerade vs. schief)

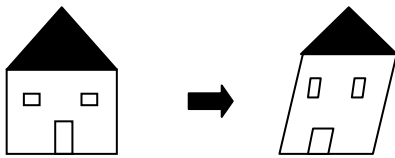


Abbildung 7

Darstellung des Beispielitems im TEKD bezüglich der Warum-Fragen

### 3.4.4.3 TTCT Torrance Test of Creative Thinking

In dieser Untersuchung kam nur der Subtest der Bildergänzungsaufgaben vom „Torrance Test of Creative Thinking“ entwickelt von Torrance (1966) zum Einsatz. Hier werden jeweils 10 unvollständige Figuren dargeboten (s. *Abbildung 8*). Die Aufgabe besteht darin, dass man durch Hinzufügen von Linien zu den unvollständigen Figuren einige interessante Objekte oder Bilder skizzieren kann. Neben ungewöhnlichen Vervollständigungen von den einzelnen Figuren soll man auch für jede Zeichnung einen interessanten Titel anführen. Die Bearbeitungsdauer beträgt hier 10 Minuten für alle Skizzen. Zur Auswertung werden die Flüssigkeit (Anzahl der fertig bearbeiteten Skizzen), die Flexibilität (Anzahl der unterschiedlichen Kategorien der einzelnen Skizzen), sowie die Originalität (Seltenheit der Skizze) herangezogen. Für die Bewertung der Flexibilität können 68 unterschiedliche Kategorien zur Auswertung herangezogen werden. Bei Bedarf können weitere Kategorien hinzugefügt werden. Zur Bewertung der Originalität wird eine Vergleichsstichprobe von 500 StudienteilnehmerInnen herangezogen um die Seltenheit zu beurteilen.

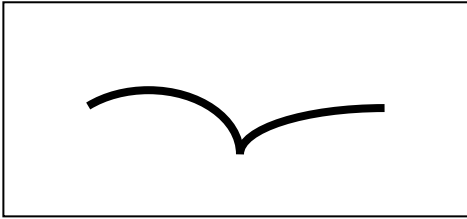


Abbildung 8

Darstellung des ersten Items im Bildergänzungsteil im TTCT

#### 3.4.4.4 *Selbsteingeschätzte Ideenflüssigkeit*

Die selbsteingeschätzte Ideenflüssigkeit dient als Indikator der Kreativität (Runco, Plucker & Lim, 2001). Dieser Fragebogen umfasst Aussagen, welche sich zur Beschreibung der eigenen Kreativität eignen. Das Selbstbeschreibungsinventar umfasst 17 Items mit einer sechsstufigen Antwortmöglichkeit („trifft völlig zu“ bis hin zu „trifft nicht zu“).

Bsp.: Item 1: „Ich habe viele verrückte Ideen.“

### 3.4.5 *Fragebögen zur Fremdbeurteilung*

#### 3.4.5.1 *BPRS – Brief Psychiatric Rating Scale*

Die BPRS, eine Fremdbeurteilungsskala, ursprünglich in englischer Version von Overall und Gorham (1962, zitiert nach CIPS, 1986) entwickelt, besteht aus 18 Items bzw. Symptomkomplexen. Die Beurteilung erfolgt jeweils auf einer siebenstufigen Rating-Skala (nicht vorhanden - sehr gering - gering – mäßig - mäßig stark – stark - extrem stark). Aus dem Gesamtrahwert kann man auf das Ausmaß der psychischen Störung schließen. Eine faktorenanalytische Überprüfung ergab eine 5-faktorielle Struktur: „Angst/Depression“, „Anergie“, „Denkstörung“, „Aktivierung“, „Feindseligkeit/Misstrauen“.

Bsp.: Item: 1 „Körperbezogenheit“

Grad der Anteilnahme am augenblicklichen körperlichen Gesundsein. Bewerten Sie in welchem Ausmaß physische Gesundheit vom Patienten als Problem angesehen wird, gleichgültig ob ein realer Grund für die Klagen besteht oder nicht.

### 3.4.5.2 MADR-Skala – Montgomery-Asberg-Depressions-Rating-Skala

Die MADR-S (deutsche Version vgl. Neumann & Schulte, 1988) ist ein Fremdbeurteilungsverfahren zur depressiven Symptomatik von PatientInnen. Die Skala besteht aus 10 Items und eignet sich eben aufgrund ihrer Kürze sehr gut für die Anwendung im klinischen Bereich. Verschiedene sehr häufig auftretende Symptome bei Depression können durch die Items erfasst werden: „sichtbare Traurigkeit“, „Mitgeteilte Traurigkeit“, „Innere Anspannung“, „Reduzierter Schlaf“, „Reduzierter Appetit“, „Konzentrationsschwierigkeiten“, „Antriebsmangel“, „Gefühl der Hilflosigkeit“, „Pessimistische Gedanken“ und „Suizidgedanken“. Als Antwortmöglichkeit für die Fremdbeurteilung liegt jeweils eine siebenstufige Ratingskala vor, wobei für jedes Item unterschiedliche inhaltliche Abstufungen vorliegen.

Die Vorteile dieses Fremdbeurteilungsinventars liegen in der Ökonomie und seiner Veränderungssensitivität. Vor allem enthält die MADR, im Gegensatz zu anderen Depressionsskalen keine Items die sich auf mögliche körperliche Aspekte der Depression beziehen. Dadurch wird die Konfundierung von körperlichen Symptomen der Depression mit medikamentösen Nebenwirkungen vermieden (Montgomery & Asperg, 1979).

Bsp.: Item.: 1. „Traurigkeit“

Steht für Hoffnungslosigkeit, Schwermut und Verzweiflung (mehr als eine ungewöhnliche, vorübergehende Niedergeschlagenheit), die sich in Sprache, Gesichtsausdruck und Körperhaltung äußern. Einzuschätzen nach der Fähigkeit aufzuheitern.

Folgende Antwortmöglichkeiten sind möglich (0-6):

0 (Keine Traurigkeit) - 1- 2 (Schaut niedergeschlagen aus, aber heitert ohne Mühe auf) - 3 - 4 (Erscheint meistens traurig und unglücklich) - 5 - 6 (Schaut immer unglücklich aus, höchst verzweifelt)

### 3.4.6 Soziodemographische/Anamnestische Daten

Zur Erfassung sozioökonomischer Aspekte – wie u.a. Alter, Geschlecht, Familienstand, Anzahl der Kinder, Bildung, Glaubensbekenntnis, Gottesbild etc. – wird der Anamnesebogen von Unterrainer (s. *Anhang C*) verwendet. Wobei unterschiedliche Anamneseblätter für die beiden Stichproben verwendet wurden. Für das Anamneseblatt der Kontrollgruppe siehe *Anhang C<sub>1</sub>*. Für Das Anamneseblatt der klinischen Stichprobe siehe *Anhang C<sub>2</sub>*.

### 3.4.7 Weitere verwendete Materialien

3.4.7.1 *Einwilligungserklärung und StudienteilnehmerInneninformation (s. Anhang D)*

3.4.7.2 *Allgemeine Fragebogeninstruktion (s. Anhang E)*

3.4.7.3 *Datenbeiblatt für die klinische Stichprobe (s. Anhang F)*

## 4 ERGEBNISSE

### 4.1 Interferenzstatistische Auswertung

#### 4.1.1 Prüfung auf Unterschiede zwischen den Gruppen

##### 4.1.1.1 Gruppenunterschiede bezüglich des religiös-spirituellen Befindens

Eine zweifaktorielle multivariate Kovarianzanalyse wurde berechnet. Der Test ergibt ein signifikantes Ergebnis für den Faktor Gruppe ( $F_{6,185} = 2.58, p < .05$ ), für den Faktor Geschlecht ( $F_{6,185} = 2.71, p < .05$ ) und für die Kovariate Alter ( $F_{6,185} = 5.04, p < .001$ ). Die Ergebnisse der Interaktionen zwischen Geschlecht und Gruppen sind nicht signifikant ( $F_{6,185} = 1.17, ns.$ ).

Die univariaten Analysen für den Gruppenvergleich ergeben folgende Ergebnisse (s. *Tabelle 8*). Die univariaten Analysen für den Faktor Geschlecht ergeben folgende Ergebnisse (s. *Tabelle 9*).

Die Ergebnisse zeigen, dass die gesunde Stichprobe signifikant höhere Werte bezüglich der Skalen „Hoffnung Immanent“ und „Hoffnung Transzendent“ aufweisen. In den anderen Subskalen unterscheiden sich die beiden Gruppen nicht voneinander.

Die Ergebnisse der univariaten Analysen der Geschlechtsunterschiede bezüglich Religiosität und Spiritualität ergeben keine signifikanten Ergebnisse. Die Kovariate Alter hat einen signifikanten Einfluss auf das Ausmaß an Religiosität und Spiritualität.

Tabelle 8

*Mittelwerte und Standardabweichungen der beiden Stichproben bezüglich der Subskalen im Multivariaten Inventar zum religiös-spirituellen Befinden (MIRSB)*

<b>Subskalen</b>	<b>KG</b>	<b>VG</b>	<b>Stat. Ergebnis</b>
Allgemeine Religiosität	<i>M</i> = 21.44 <i>SD</i> = 10.48	<i>M</i> = 26.47 <i>SD</i> = 12.80	$F_{1,190} = .25$ , ns.
Vergeben	<i>M</i> = 32.26 <i>SD</i> = 9.76	<i>M</i> = 31.17 <i>SD</i> = 9.18	$F_{1,190} = .03$ , ns.
Hoffnung Immanent	<i>M</i> = 38.15 <i>SD</i> = 6.09	<i>M</i> = 34.07 <i>SD</i> = 9.22	$F_{1,190} = 7.35$ , $p < .01$
Allverbundenheit	<i>M</i> = 23.39 <i>SD</i> = 8.28	<i>M</i> = 26.68 <i>SD</i> = 10.07	$F_{1,190} = .82$ , ns.
Hoffnung Transzendent	<i>M</i> = 32.28 <i>SD</i> = 6.87	<i>M</i> = 28.25 <i>SD</i> = 7.59	$F_{1,190} = 5.96$ , $p < .05$
Erfahrung von Bedeutung und Sinn	<i>M</i> = 35.86 <i>SD</i> = 5.83	<i>M</i> = 36.25 <i>SD</i> = 9.39	$F_{1,190} = .17$ , ns.

*Anmerkungen.* *M*=Mittelwert; *SD*=Standardabweichung, KG = gesunde Stichprobe, VG = schizophrene Stichprobe, stat. E. = statistisches Ergebnis.

Tabelle 9

Mittelwerte und Standardabweichungen der Männer und Frauen bezüglich der Subskalen im Multivariaten Inventar zum religiös-spirituellen Befinden (MIRSB)

Subskalen	Männer	Frauen	Stat. E.
Allgemeine Religiosität	M = 21.53 SD = 11.16	M = 23.63 SD = 11.09	$F_{1,190} = .231$ , ns.
Vergeben	M = 30.20 SD = 10.12	M = 34.29 SD = 8.52	$F_{1,190} = 3.67$ , ns.
Hoffnung Immanent	M = 37.00 SD = 7.45	M = 37.73 SD = 6.48	$F_{1,190} = .04$ , ns.
Allverbundenheit	M = 24.49 SD = 9.31	M = 23.54 SD = 8.04	$F_{1,190} = 1.62$ , ns.
Hoffnung Transzendent	M = 31.51 SD = 7.14	M = 31.38 SD = 7.29	$F_{1,190} = .00$ , ns.
Erfahrung von Bedeutung und Sinn	M = 34.60 SD = 7.52	M = 37.56 SD = 5.10	$F_{1,190} = 3.11$ , ns.

Anmerkungen. M = Mittelwert; SD = Standardabweichung KG = gesunde Stichprobe, VG = schizophrene Stichprobe, stat. E. = statistisches Ergebnis.

#### 4.1.1.2 Gruppenunterschiede bezüglich der Zentralität religiöser Inhalte

Auch bezüglich der Zentralitätsskala, also der Zentralität religiöser Inhalte, wurde ein Gruppenvergleich vorgenommen. Es wurde eine zweifaktorielle multivariate Kovarianzanalyse berechnet.

Es zeigen sich signifikante Ergebnisse bezüglich der Kovariate Alter ( $F_{3,177} = 3.96$ ,  $p < .01$ ) und dem Faktor Gruppe ( $F_{3,177} = 7.03$ ,  $p < .001$ ). Mittelwerte und Standardabweichungen bezüglich der beiden Gruppen sind aus der *Tabelle 10* zu entnehmen. Die Ergebnisse für den Faktor Geschlecht ( $F_{3,177} = .95$ , ns.) und der Wechselwirkung zwischen Gruppe und Geschlecht ( $F_{3,177} = .72$ , ns.) sind nicht signifikant.

Die Kovariate Alter hat einen signifikanten Einfluss auf die Zentralität religiöser Inhalte. Ebenso zeigt sich ein signifikanter Unterschied zwischen der gesunden und der schizophrenen Stichprobe bezüglich der Fragen: „wie oft erleben Sie Situationen, in denen Sie folgende Gefühle in Bezug auf Gott bzw. Göttliches haben?“. Hier weisen StudienteilnehmerInnen der schizophrenen Stichprobe höhere Werte auf als gesunde

TeilnehmerInnen. Hinsichtlich der anderen beiden Subskalen unterscheiden sich die beiden Gruppen nicht voneinander.

Tabelle 10

*Mittelwerte und Standardabweichung der gesunden und schizophrenen Stichprobe bezüglich der Zentralitätsskala*

Zentralität	KG	VG	Stat. E.
Z1	M = 10.21 SD = 4.05	M = 10.6 SD = 5.19	$F_{1, 179} = .24, ns.$
Z2	M = 6.83 SD = 2.26	M = 7.71 SD = 2.71	$F_{1, 179} = 2.45, ns.$
Z3	M = 32.69 SD = 11.46	M = 41.88 SD = 12.35	$F_{1, 179} = 8.99, p < .01$

*Anmerkungen.* M=Mittelwert; SD=Standardabweichung; Z1 = Fragen 1-4 zusammengefasst; Z2 = Zusammenfassung der Fragen: Wie oft kommen folgende Ereignisse oder Situationen bei Ihnen vor? Z3 = Zusammenfassung der Fragen: wie oft erleben Sie Situationen, in denen Sie folgende Gefühle in Bezug auf Gott bzw. Göttliches haben? M=Mittelwert; SD=Standardabweichung, KG = gesunde Stichprobe, VG = schizophrene Stichprobe, stat. E. = statistisches Ergebnis.

#### 4.1.1.3 Gruppenunterschiede bezüglich der Selbsteinschätzungsskalen zu den Glaubensaussagen

Es wurden für alle vier Selbsteinschätzungsskalen zu verschiedenen Glaubensaussagen jeweils eine zweifaktorielle univariate Kovarianzanalyse berechnet.

##### 4.1.1.3.1 Visuelle Analogskala 1-Glaubensintensität

Die Ergebnisse der visuellen Analogskala „Schätzen Sie die Intensität Ihres Glaubens ein“ zeigen ein signifikantes Ergebnis bezüglich des Faktors Alter ( $F_{1,182} = 10.64, p < .01$ ). Der Faktor Geschlecht ( $F_{1,182} = .0; ns.$ ) und der Faktor Gruppe ( $F_{1,182} = .09; ns.$ ) sind nicht signifikant. Ebenso ist die Wechselwirkung zwischen Geschlecht und Gruppe nicht signifikant ( $F_{1,182} = .17; ns.$ ).

Die Kovariate Alter hat einen signifikanten Einfluss auf die Einschätzung der Glaubensintensität. Jedoch unterscheiden sich gesunde nicht von schizophrenen UntersuchungsteilnehmerInnen und Männer unterscheiden sich nicht von Frauen.

#### 4.1.1.3.2 Visuelle Analogskala 2-Religiositätsausmaß

Die Ergebnisse bezüglich der visuellen Analogskala „Schätzen Sie das Ausmaß Ihrer Religiosität ein“ zeigen ein signifikantes Ergebnis bezüglich des Faktors Alter ( $F_{1,181} = 7.82$ ,  $p < .01$ ) und der Interaktion zwischen Gruppe und Geschlecht ( $F_{1,181} = 4.35$ ;  $p < .05$ ). Die Ergebnisse für den Faktor Geschlecht ( $F_{1,181} = 2.77$ , ns.) und für den Faktor Gruppe ( $F_{1,181} = 1.91$ ; ns.) sind nicht signifikant. *Abbildung 9* zeigt die Wechselwirkung zwischen Gruppe und Geschlecht bezüglich des Ausmaßes an Religiosität.

Aufgrund der signifikanten Wechselwirkung wurde die kritische Differenz berechnet, um mögliche Unterschiede zwischen den einzelnen Gruppen feststellen zu können. Die kritische Differenz nach Tukey's HSD beträgt dabei 14.68. Es zeigt sich, dass schizophrene Frauen ein höheres Ausmaß an Religiosität anführen als gesunde Frauen. Schizophrene Männer unterscheiden sich jedoch nicht von gesunden Männern. Betrachtet man die klinische Stichprobe weisen auch hier schizophrene Frauen ein höheres Ausmaß an selbsteingeschätzter Religiosität auf als schizophrene Männer. Innerhalb der gesunden Stichprobe bestehen keine Geschlechtsunterschiede. Das Alter hat einen signifikanten Einfluss auf das Ausmaß der Religiositätseinschätzung.

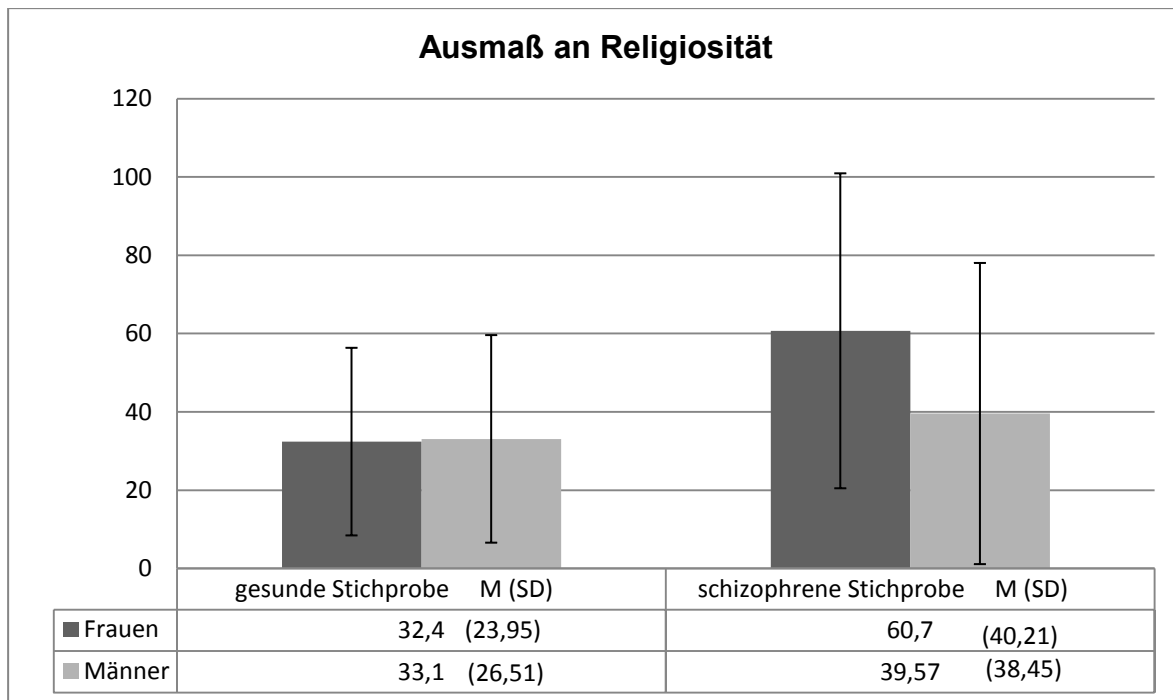


Abbildung 9

Darstellung der signifikanten Wechselwirkung zwischen Gruppe und Geschlecht bezüglich der visuellen Analogskala 2. Die Kovariate Alter hat einen signifikanten Einfluss bezüglich der Selbsteinschätzung des Ausmaßes an Religiosität

#### 4.1.1.3.3 Visuelle Analogskala 3-Spiritualitätsintensität

Bezüglich der Selbsteinschätzungsskala „Schätzen Sie die Intensität Ihrer Spiritualität ein“ zeigen sich nicht signifikante Ergebnisse für die Faktoren Alter ( $F_{1,179} = .17$ , ns.), Gruppe ( $F_{1,179} = 2.15$ , ns.) und Geschlecht ( $F_{1,179} = 3.36$ , ns.). Lediglich die Wechselwirkung (s. *Abbildung 10*) zwischen Geschlecht und Gruppe ist signifikant ( $F_{1,179} = 6.93$ ,  $p < .01$ ).

Aufgrund der signifikanten Wechselwirkung wurde die kritische Differenz berechnet, um mögliche Unterschiede zwischen den einzelnen Gruppen feststellen zu können. Die kritische Differenz nach Tukey's HSD beträgt dabei 15.55. Es zeigt sich, dass schizophrene Frauen ein höheres Ausmaß an selbsteingeschätzter Spiritualität aufweisen als gesunde Frauen. Schizophrene Männer unterscheiden sich jedoch nicht von gesunden Männern. Betrachtet man die klinische Stichprobe weisen auch hier schizophrene Frauen ein höheres Ausmaß an selbsteingeschätzter Spiritualität auf als schizophrene Männer. Innerhalb der gesunden Stichprobe bestehen keine Geschlechtsunterschiede.

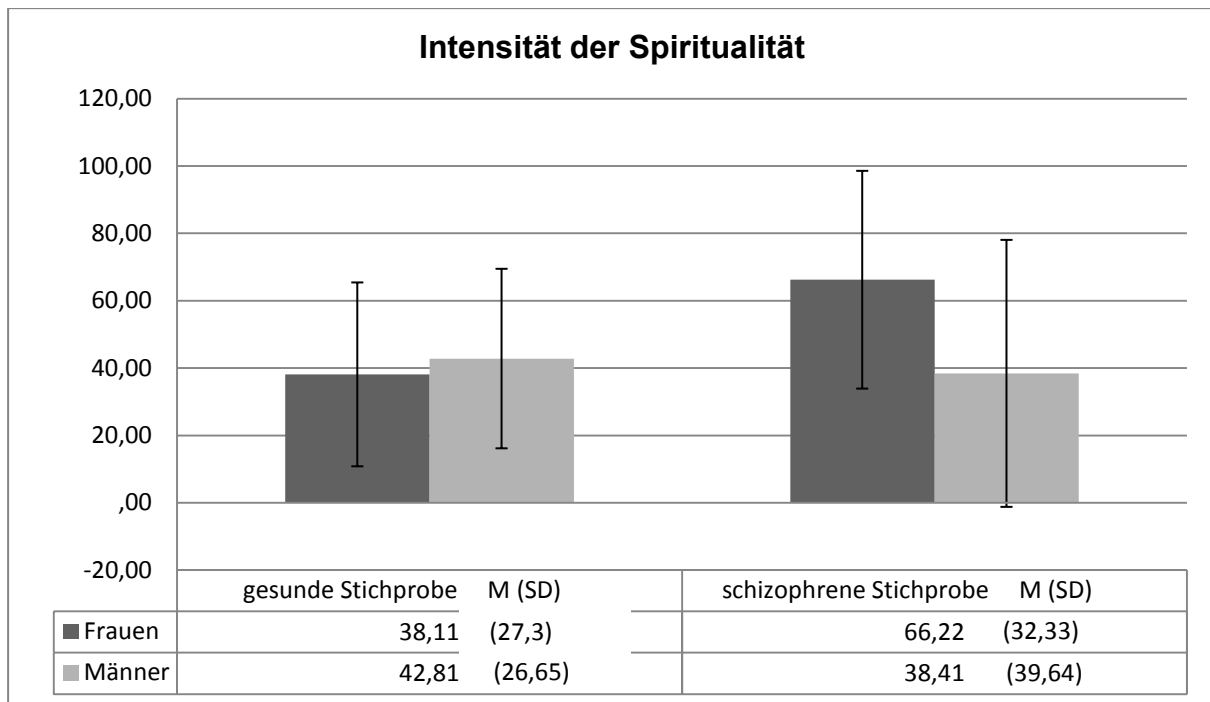


Abbildung 10

Darstellung der signifikanten Wechselwirkung zwischen Gruppe und Geschlecht bezüglich der visuellen Analogskala 3. Die Kovariate Alter hat keinen Einfluss auf die Intensität der Spiritualität

#### 4.1.1.3.4 Visuelle Analogskala 4-Verbundenheit-Glaubensgemeinschaft

Bei der vierten Selbsteinschätzungsskala „Schätzen Sie ein, wie sehr Sie sich einer kirchlichen Glaubensgemeinschaft verbunden fühlen“ zeigen sich signifikante Ergebnisse bezüglich des Alters ( $F_{1,181} = 4.71, p < .05$ ) und der Interaktion zwischen Gruppe und Geschlecht ( $F_{1,181} = 4.98, p < .05$ ). Die Ergebnisse für die Faktoren Gruppe ( $F_{1,181} = .66, ns.$ ) und Geschlecht ( $F_{1,181} = 3.09, ns.$ ) sind nicht signifikant. *Abbildung 11* zeigt die Darstellung der signifikanten Interaktion zwischen Gruppe und Geschlecht bezüglich der Verbundenheit zur kirchlichen Glaubensgemeinschaft. Die Kovariate Alter hat zudem einen signifikanten Einfluss auf die Verbundenheit zu einer kirchlichen Glaubensgemeinschaft.

Aufgrund der signifikanten Wechselwirkung wurde die kritische Differenz berechnet, um mögliche Unterschiede zwischen den einzelnen Gruppen feststellen zu können. Die kritische Differenz nach Tukey's HSD beträgt dabei 13.50. Es zeigt sich, dass schizophrene Frauen ein höheres Ausmaß an Verbundenheit zu einer kirchlichen Glaubensgemeinschaft aufweisen als gesunde Frauen. Schizophrene Männer unterscheiden sich jedoch nicht von gesunden Männern. Betrachtet man die klinische Stichprobe weisen auch hier schizophrene

Frauen ein höheres Ausmaß an selbsteingeschätzter Verbundenheit zu einer kirchlichen Glaubensgemeinschaft auf als schizophrene Männer. Innerhalb der gesunden Stichprobe bestehen keine Geschlechtsunterschiede.

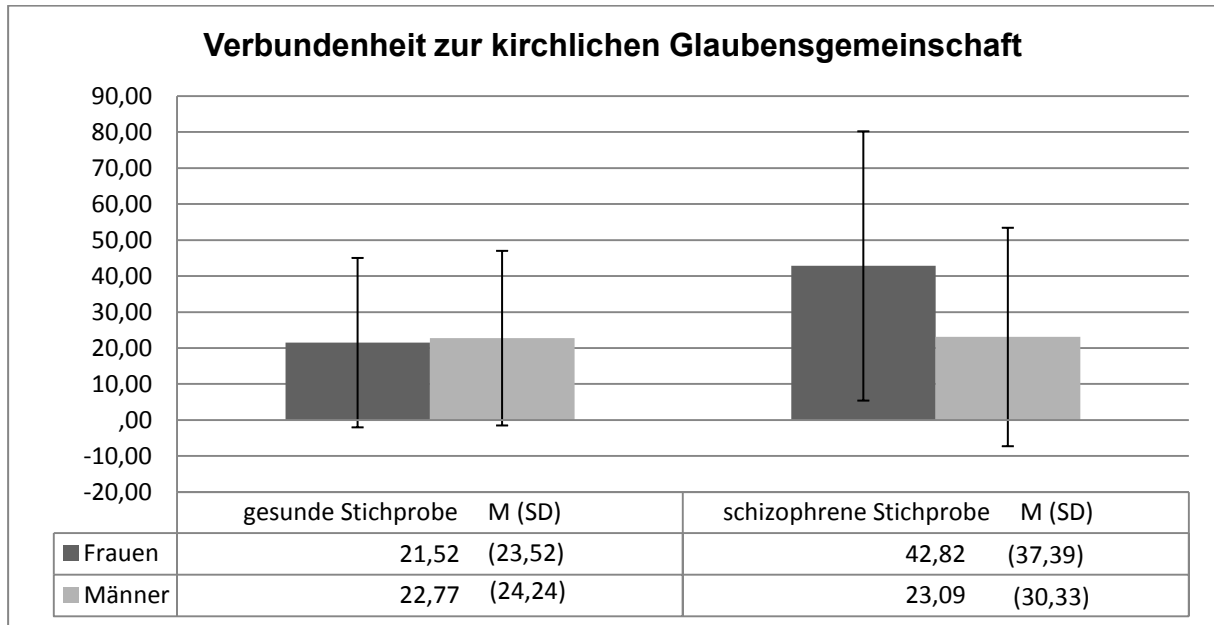


Abbildung 11

Darstellung der signifikanten Wechselwirkung zwischen Gruppe und Geschlecht bezüglich der visuellen Analogskala 4. Die Kovariate Alter hat einen signifikanten Einfluss auf die Selbsteinschätzung der Verbundenheit zu einer kirchlichen Glaubensgemeinschaft

#### 4.1.1.4 Beck Depression Inventar

Aufgrund der nicht gegebenen Varianzhomogenität wurde ein non-parametrisches Verfahren für die statistische Analyse vorgezogen. Ein Mann-Whitney-U Test wurde berechnet. Es wurde ein Gruppenvergleich bezüglich der Ausprägung an depressiven Symptomen vorgenommen. Es zeigt sich, dass schizophrene Personen ( $M = 14.07$ ,  $SD = 9.86$ ) einen höheren Gesamtwert im Depressionsinventar aufweisen ( $z = -6.55$ ,  $p < .001$ ) als gesunde Personen ( $M = 4.95$ ,  $SD = 6.48$ ). Betrachtet man nun die Ergebnisse des Depressionsinventars weist die gesamte gesunde Stichprobe einen klinisch unauffälligen Mittelwert auf. Der Mittelwert der schizophrenen Stichprobe liegt im klinisch relevanten Bereich der milden bis mäßigen (11-17 Punkte) Depression.

#### 4.1.1.5 Brief-Symptom Inventory

Es wurde ein Gruppenvergleich des BSI vorgenommen. Eine einfaktorielle multivariate Varianzanalyse wurde berechnet. Die Ergebnisse der multivariaten Analysen zeigen einen signifikanten Effekt bezüglich des Faktors Gruppe ( $F_{9,185} = 18.38, p < .001$ ). StudienteilnehmerInnen der klinischen Stichprobe weisen in allen Subskalen der Liste an Beschwerden und Problemen höhere Werte bei psychischen Symptombelastungen auf als Gesunde (s. *Tabelle 11*).

Tabelle 11

*Darstellung der Mittelwerte (M) und Standardabweichungen (SD) beider Untersuchungsgruppen hinsichtlich der Subskalen im BSI*

Subskalen	KG	VG	Stat. E.
Somatisierung	M = 2.63 SD = 3.26	M = 6.47 SD = 5.95	$F_{1,193} = 29.96, p < .001$
Zwang	M = 3.64 SD = 3.64	M = 7.44 SD = 5.74	$F_{1,193} = 26.57, p < .001$
Unsicherheit bezüglich sozialen Kontakten	M = 2.14 SD = 2.62	M = 5.55 SD = 4.03	$F_{1,193} = 42.15, p < .001$
Depression	M = 1.76 SD = 3.18	M = 6.25 SD = 5.35	$F_{1,193} = 46.26, p < .001$
Ängstlichkeit	M = 2.83 SD = 3.07	M = 6.84 SD = 5.18	$F_{1,193} = 39.37, p < .001$
Feindseligkeit	M = 2.51 SD = 3.13	M = 3.69 SD = 3.62	$F_{1,193} = 4.25, p < .05$
phobische Angst	M = .73 SD = 1.98	M = 5.35 SD = 4.77	$F_{1,193} = 87.84, p < .001$
paranoides Denken	M = 2.37 SD = 2.84	M = 6.4 SD = 4.84	$F_{1,193} = 46.13, p < .001$
Psychotizismus	M = 1.02 SD = 2.04	M = 5.71 SD = 4.31	$F_{1,193} = 98.71, p < .001$

*Anmerkungen.* KG = gesunde Stichprobe, VG = schizophrene Stichprobe, stat. E. = statistisches Ergebnis.

#### 4.1.1.6 Eysenk-Personality-Questionnaire

Es wurde ein Gruppenvergleich hinsichtlich des EPQs vorgenommen. Eine einfaktorielle multivariate Varianzanalyse wurde berechnet.

Die Ergebnisse der multivariaten Analyse zeigen einen signifikanten Effekt bezüglich des Faktors Gruppe ( $F_{3,191} = 12.57, p < .001$ ). Mittelwert, Standardabweichung und statistische Ergebnisse der univariaten Analysen sind aus *Tabelle 12* zu entnehmen. Schizophrene TeilnehmerInnen weisen bezüglich der Skala „Neurotizismus“ signifikant höhere Werte auf als gesunde TeilnehmerInnen. Bezüglich der Skala Extraversion weisen gesunde Personen höhere Werte auf als schizophrene Personen. Hinsichtlich der Subskala „Psychotizismus“ unterscheiden sich die beiden Gruppen nicht voneinander.

Tabelle 12

*Tabelle 12 zeigt Mittelwerte (M) und Standardabweichung (SD) beider Untersuchungsgruppen im Hinblick EPQs*

Subskalen	KG	VG	Stat. E.
Neurotizismus	$M = .35$ $SD = .23$	$M = .52$ $SD = .28$	$F_{1,193} = 15.04, p < .001$
Extraversion	$M = .64$ $SD = .26$	$M = .40$ $SD = .26$	$F_{1,193} = 26.62, p < .001$
Psychotizismus	$M = .17$ $SD = .12$	$M = .16$ $SD = .13$	$F_{1,193} = .42, ns.$

*Anmerkungen.* M=Mittelwert; SD=Standardabweichung, KG = gesunde Stichprobe, VG = schizophrene Stichprobe, stat. E. = statistisches Ergebnis.

#### 4.1.1.7 Inventar zur Persönlichkeitsorganisation (IPO)

Es wurde auch ein Gruppenvergleich mit dem Inventar zur Persönlichkeitsorganisation vorgenommen. Eine einfaktorielle multivariate Varianzanalyse wurde berechnet. Die multivariaten Analysen zeigen signifikante Gruppenunterschiede hinsichtlich des Selbstbeurteilungsinstrumentes ( $F_{5,188} = 16.48, p < .001$ ). Ebenso weisen schizophrene StudienteilnehmerInnen in allen Subskalen des IPO's signifikant höhere Werte auf (s. *Tabelle 13*).

Tabelle 13

Mittelwerte (*M*) und Standardabweichungen (*SD*) der beiden Gruppen hinsichtlich der Subskalen des Inventars zur Persönlichkeitsorganisation (IPO)

Subskalen	KG	VG	Stat. E.
Primitive Abwehr	<i>M</i> = 30.18 <i>SD</i> = 8.05	<i>M</i> = 37.76 <i>SD</i> = 8.63	$F_{1,192} = 27.44, p < .001$
Identitätsdiffusion	<i>M</i> = 37.38 <i>SD</i> = 10.35	<i>M</i> = 43.93 <i>SD</i> = 12.68	$F_{1,192} = 11.55, p < .01$
Realitätsprüfung	<i>M</i> = 28.14 <i>SD</i> = 8.75	<i>M</i> = 41.29 <i>SD</i> = 14.88	$F_{1,192} = 51.75, p < .001$
Aggression	<i>M</i> = 22.22 <i>SD</i> = 5.43	<i>M</i> = 29.50 <i>SD</i> = 6.58	$F_{1,192} = 51.90, p < .001$
Moralische Werte	<i>M</i> = 20.86 <i>SD</i> = 6.06	<i>M</i> = 26.52 <i>SD</i> = 7.59	$F_{1,192} = 24.87, p < .001$

Anmerkungen. *M*=Mittelwert; *SD*=Standardabweichung, KG = gesunde Stichprobe, VG = schizophrene Stichprobe, stat. E. = statistisches Ergebnis.

#### 4.1.1.8 Oxford-Liverpool Inventory von Gefühle und Erfahrungen (O-LIFE)

Für einen Gruppenvergleich des Inventares zur Erhebung ungewöhnlicher Gefühle und Erfahrungen wurde eine einfaktorielle multivariate Varianzanalyse berechnet. Die Ergebnisse der multivariaten Analyse zeigen signifikante Gruppenunterschiede ( $F_{4,190} = 37.30, p < .001$ ). Für die univariaten Ergebnisse siehe *Tabelle 14*. Bei den Subskalen „positive Schizotypie“, „Desorganisierte Schizotypie“ und „negative Schizotypie“ weisen Personen der schizophrenen Stichprobe signifikant höhere Werte auf. Bezüglich der Subskala „Antisoziale Schizotypie“ zeigen sich keine Gruppenunterschiede.

Tabelle 14

Darstellung der Mittelwerte und Standardabweichungen beider Stichproben bezüglich der Subskalen im Oxford-Liverpool inventory of feelings and experiences (O-LIFE)

Skalen	KG	VG	Stat. E.
Positive Schizotypie (ungewöhnliche Erfahrungen)	$M = 3.88$ $SD = 3.88$	$M = 9.82$ $SD = 5.56$	$F_{1,193} = 61.66, p < .001$
Desorganisierte Schizotypie (Kognitive Desorganisation)	$M = 6.99$ $SD = 5.08$	$M = 12.10$ $SD = 5.66$	$F_{1,193} = 30.64, p < .001$
Negative Schizotypie (Introvertierte Anhedonie)	$M = 4.68$ $SD = 3.46$	$M = 11.40$ $SD = 4.50$	$F_{1,193} = 105.47, p < .001$
Antisoziale Schizotypie (Impulsive Nonkonformität)	$M = 7.74$ $SD = 3.57$	$M = 6.98$ $SD = 3.95$	$F_{1,193} = 1.41, ns.$

Anmerkungen.  $M$ =Mittelwert;  $SD$ =Standardabweichung, KG = gesunde Stichprobe, VG = schizophrene Stichprobe, stat. E. = statistisches Ergebnis.

Weiters wurden drei Gruppenvergleiche innerhalb der gesunden (niedrig-schizotyp vs. hoch schizotyp) und der schizophrenen Gruppe vorgenommen. Die gesunde Stichprobe wurde in 2 Gruppen geteilt. Es wurde ein Mediansplit ( $MD = 21, N = 155$ ) bezüglich der Ausprägung im Oxford-Liverpool-Inventar von Gefühle und Erfahrungen (O-LIFE) vorgenommen. So wird zwischen „niedrig schizotype“ und „hoch schizotype“ gesunde Personen unterschieden.

Eine einfaktorielle multivariate Varianzanalyse wurde berechnet um mögliche Gruppenunterschiede festzustellen. Die Ergebnisse der multivariaten Analyse zeigen ein signifikantes Ergebnis für den Faktor Gruppe ( $F_{8,380} = 37.04, p < .001$ ). Für Mittelwerte und Standardabweichung siehe *Tabelle 15*. In den Mittelwertvergleichen im O-LIFE zeigen sich Gruppenunterschiede in allen Subskalen. Einzelne Gruppenvergleiche wurde mit einem Posthoc Test „Tukey-HSD“ berechnet. Bezüglich der Skala „positive Schizotypie“ unterscheiden sich alle drei Gruppen voneinander. Die niedrigsten Werte weisen die niedrig schizotypen Personen und die höchsten Werte weisen die schizophrenen TeilnehmerInnen auf. Hinsichtlich der Skala „Desorganisierte Schizotypie“ weisen TeilnehmerInnen der niedrig-schizotypen-Gruppe die geringste Ausprägung auf. Schizophrene Personen unterscheiden sich jedoch nicht von den hoch-schizotypen Personen. Betrachtet man die Skala „negative Schizotypie“ unterscheiden sich alle drei Gruppen voneinander. Die

niedrigsten Werte weisen hier die niedrig schizotypen und die höchsten Werte weisen die schizophrenen TeilnehmerInnen auf. In der Subskala „Antisoziale Schizotypie“ weisen die hoch-schizotypen Personen signifikant höhere Ausprägungen auf als gesunde und schizophrene Personen. Gesunde unterscheiden sich jedoch nicht von Schizophrenen.

Tabelle 15

*Mittelwerte und Standardabweichung sowie statistische Ergebnisse aller drei Gruppen (niedrig schizotyp, hoch schizotyp, schizophren) bezüglich der Skalen im Oxford-Liverpool Inventory of Feelings and Experiences (O-LIFE)*

Skalen	KG <sub>1</sub>	KG <sub>2</sub>	VG	F	p
Positive Schizotypie (ungewöhnliche Erfahrungen)	M = 1.88 SD = 1,78 a	M = 6.18 SD = 4.35 a	M = 9.82 SD = 5.56 a	62.85	< .001
Desorganisierte Schizotypie (Kognitive Desorganisation)	M = 3.7 SD = 2.47 ab	M = 10.79 SD = 4.65 a	M = 12.10 SD = 5.66 b	80.96	< .001
Negative Schizotypie (Introvertierte Anhedonie)	M = 3.57 SD = 2.30 a	M = 5.96 SD = 4.09 a	M = 11.40 SD = 4.50 a	66.06	< .001
Antisoziale Schizotypie (Impulsive Nonkonformität)	M = 5.84 SD = 2.31 a	M = 9.93 SD = 3.51 ab	M = 6.98 SD = 3.95 b	33.06	< .001

*Anmerkungen.* M = Mittelwert; SD = Standardabweichung, KG<sub>1</sub> = gesunde Stichprobe – niedrig schizotyp, KG<sub>2</sub> = hoch schizotyp, VG = schizophrene Stichprobe, stat. E. = statistisches Ergebnis.

#### 4.1.2 Prüfung auf Unterschiede bezüglich des Ausmaßes an Schizotypie innerhalb der gesunden Stichprobe

##### 4.1.2.1 Narzissmus-Persönlichkeitsinventar

Es wurde untersucht, ob ein Unterschied zwischen niedrig- und hoch schizotypen gesunden Personen hinsichtlich der Narzissmusausprägung besteht. Eine einfaktorielle multivariate Varianzanalyse wurde berechnet. Die Ergebnisse der multivariaten Analyse zeigen ein signifikantes Ergebnis für den Faktor Gruppe ( $F_{7,147} = 2.67, p < .05$ ). Die dazugehörigen Mittelwerte, Standardabweichungen und statistischen Ergebnisse der univariaten Analysen sind der *Tabelle 16* zu entnehmen. Die univariaten Analysen können jedoch für die beiden Gruppen, in allen Subskalen, keine signifikanten Ergebnisse nachweisen.

Tabelle 16

*Mittelwerte und Standardabweichungen – Narzissmus-Persönlichkeitsinventar*

<b>Subskalen</b>	<b>KG<sub>1</sub></b>	<b>KG<sub>2</sub></b>	<b>Stat. E.</b>
Autoritätsgefühl	<i>M</i> = 11.77 <i>SD</i> = 2.88	<i>M</i> = 24.85 <i>SD</i> = 116.46	$F_{1,153} = 1.05$ , ns.
Selbstgenügsamkeit	<i>M</i> = 9.42 <i>SD</i> = 2.14	<i>M</i> = 24.13 <i>SD</i> = 116.53	$F_{1,153} = 1.32$ , ns.
Überlegenheitsgefühl	<i>M</i> = 7.2 <i>SD</i> = 1.80	<i>M</i> = 20.78 <i>SD</i> = 116.92	$F_{1,153} = 1.12$ , ns.
Prahlerei	<i>M</i> = 11.94 <i>SD</i> = 2.53	<i>M</i> = 25.15 <i>SD</i> = 116.43	$F_{1,153} = 1.07$ , ns.
Ausbeutung	<i>M</i> = 7.64 <i>SD</i> = 1.52	<i>M</i> = 20.83 <i>SD</i> = 116.92	$F_{1,153} = 1.06$ , ns.
Eitelkeit	<i>M</i> = 4.93 <i>SD</i> = 1.89	<i>M</i> = 18.59 <i>SD</i> = 117.19	$F_{1,153} = 1.13$ , ns.
Anspruchsverhalten	<i>M</i> = 8.76 <i>SD</i> = 2.51	<i>M</i> = 22.27 <i>SD</i> = 116.76	$F_{1,153} = 1.11$ , ns.

*Anmerkungen.* *M*=Mittelwert; *SD*=Standardabweichung, KG<sub>1</sub> = gesunde Stichprobe - niedrig schizotyp, KG<sub>2</sub> = gesunde Stichprobe - hoch schizotyp, stat. E. = statistisches Ergebnis.

#### 4.1.2.2 Borderline-Persönlichkeitsinventar (BPI)

Es wurde ein Gruppenvergleich zwischen der gesunden hoch-schizotypen und der gesunden niedrig-schizotypen StudienteilnehmerInnen vorgenommen. Eine einfaktorielle multivariate Varianzanalyse wurde berechnet. Die multivariaten Ergebnisse (s. *Tabelle 17*) zeigen einen signifikanten Unterschied bezüglich des Faktors Gruppe ( $F_{5,149} = 14.99$ ,  $p < .001$ ). In allen Subskalen „Entfremdungserlebnisse und Identitätsdiffusion“, „Angst vor Nähe“, „Primitive Abwehr und Objektbeziehungen“ sowie „Mangelhafte Realitätsprüfung“ weisen hoch schizotype Personen eine signifikant höhere Ausprägung auf als niedrig schizotype Personen.

Tabelle 17

Mittelwerte und Standardabweichungen innerhalb der gesunden Stichprobe (niedrig schizotyp vs. hoch schizotyp) im Borderline-Persönlichkeitsfragebogen (BPI)

Skalen	KG1	KG2	Stat. E.
Entfremdungserlebnisse und Identitätsdiffusion	$M = .05$ $SD = .078$	$M = .24$ $SD = .21$	$F_{1,153} = 52.80, p < .001$
Angst vor Nähe	$M = .05$ $SD = .10$	$M = .26$ $SD = .21$	$F_{1,153} = 59.56, p < .001$
Primitive Abwehr und Objektbeziehungen	$M = .11$ $SD = .15$	$M = .25$ $SD = .19$	$F_{1,153} = 27.58, p < .001$
Mangelhafte Realitätsprüfung	$M = .02$ $SD = .10$	$M = .08$ $SD = .16$	$F_{1,153} = 6.93, p < .01$

Anmerkungen.  $M$  = Mittelwert;  $SD$  = Standardabweichung,  $KG_1$  = gesunde Stichprobe - niedrig schizotyp,  $KG_2$  = gesunde Stichprobe - hoch schizotyp, stat. E. = statistisches Ergebnis.

#### 4.1.2.3 Gruppenunterschiede bezüglich Kreativität

Auch die Testverfahren zur Kreativität wurden nur der gesunden Stichprobe vorgegeben. Es ist von Interesse ob es zwischen den hoch bzw. niedrig schizotypen Personen Unterschiede in den Ausprägungen an Kreativität bestehen.

##### 4.1.2.3.1 Creativity Personality Questionnaire (CPS)

Bei diesem Selbstbeschreibungsinventar wurde ein Gruppenvergleich innerhalb der gesunden Stichprobe vorgenommen. Da die Varianzhomogenität nicht gegeben war, wurde ein non-parametrisches Verfahren für die statistischen Analysen durchgeführt. Ein Mann-Whitney-U Test wurde berechnet ( $z = -1.61$ , ns.). Die niedrig schizotypen ( $M = .21$ ,  $SD = .10$ ) unterscheiden sich nicht von den hoch-schizotypen ( $M = .17$ ,  $SD = .15$ ) StudienteilnehmerInnen.

#### 4.1.2.3.2 Fragebogen zur selbsteingeschätzten Ideenflüssigkeit

Weiters wurde ein Gruppenvergleich innerhalb der gesunden Stichprobe bezüglich der selbsteingeschätzten Ideenflüssigkeit vorgenommen. Die Ergebnisse zeigen, dass sich die beiden Gruppen, niedrig-schizotyp ( $M = 50.03$ ,  $SD = 17.27$ ) und hoch-schizotyp ( $M = 59.61$ ,  $SD = 15.98$ ) Personen, signifikant voneinander unterscheiden ( $t_{153} = -3.57$ ,  $p < .001$ ). Hier weisen hoch schizotype StudienteilnehmerInnen eine signifikant höhere selbsteingeschätzte Ideenflüssigkeit auf.

#### 4.1.2.3.3 Test zur Erfassung des kreativen Denkens (TEKT)

Auch im Test zur Erfassung des kreativen Denkens wurde ein Gruppenvergleich innerhalb der gesunden Stichprobe vorgenommen. Die Ergebnisse (s. *Tabelle 18*) zeigen keine signifikanten Unterschiede zwischen den hoch bzw. niedrig schizotypen gesunden TeilnehmerInnen.

Tabelle 18

*Mittelwerte und Standardabweichungen der beiden gesunden Gruppen (niedrig schizotyp vs. hoch schizotyp) bezüglich Kreativität (TEKT)*

TEKD-Gesamtwerte	KG <sub>1</sub>	KG <sub>2</sub>	Stat. E.
Originalität	$M = 7.79$ $SD = 5.94$	$M = 9.07$ $SD = 5.30$	$t_{152} = -1.41$ ns.
Flüssigkeit	$M = 23.32$ $SD = 10.15$	$M = 25.68$ $SD = 10.22$	$t_{152} = -1.44$ ns.

*Anmerkungen.*  $M$ =Mittelwert;  $SD$ =Standardabweichung,  $KG_1$  = gesunde Stichprobe - niedrig schizotyp,  $KG_2$  = gesunde Stichprobe - hoch schizotyp, stat. E. = statistisches Ergebnis.

#### 4.1.2.3.4 Figuraler Teil -Torrance Test of Creative Thinking (TTCT)

Der TTCT ist ein weiterer Test zur Erhebung von kreativem Denken. In dieser Studie wurde nur der figurale Teil aus dem TTCT verwendet und es wurden Gruppenvergleiche innerhalb der gesunden Stichprobe vorgenommen. Die Ergebnisse zeigen, wie aus *Tabelle 19* ersichtlich, keine signifikanten Gruppenunterschiede zwischen niedrig-schizotypen und hoch-schizotypen gesunden Personen.

Tabelle 19

*Mittelwerte und Standardabweichungen der beiden gesunden Stichproben (niedrig schizotyp vs. hoch schizotyp) bezüglich des kreativen Denkens*

Skalen	KG <sub>1</sub>	KG <sub>2</sub>	Stat. E.
Flüssigkeit- Anzahl der vollendeten Bilder	<i>M</i> = 9.88 <i>SD</i> = .46	<i>M</i> = 9.70 <i>SD</i> = .85	$t_{152} = 1.58$ , ns.
Flexibilität- Anzahl der unterschiedlichen Kategorien	<i>M</i> = 8.24 <i>SD</i> = 1.47	<i>M</i> = 8.27 <i>SD</i> = 1.15	$t_{152} = -.09$ , ns.
Originalität der Zeichnungen	<i>M</i> = 9.62 <i>SD</i> = 3.04	<i>M</i> = 9.82 <i>SD</i> = 2.78	$t_{152} = -.41$ , ns.

*Anmerkungen.* *M*=Mittelwert; *SD*=Standardabweichung, KG<sub>1</sub> = gesunde Stichprobe - niedrig schizotyp, KG<sub>2</sub> = gesunde Stichprobe - hoch schizotyp, stat. E. = statistisches Ergebnis.

#### 4.1.3 Korrelationen

Es wurden einige Korrelationen berechnet um eventuelle Zusammenhänge zwischen Religiosität und Spiritualität und Persönlichkeit und weiteren erhobenen Variablen festzustellen.

##### 4.1.3.1 Interkorrelationen der Validierungsinstrumente

###### 4.1.3.1.1 Interkorrelationen Religiosität und Spiritualität

Hier zeigen sich hohe signifikante Korrelationen der drei einzelnen Subskalen der Zentralitätsskala von religiösen Inhalten sowohl miteinander als auch mit dem Gesamtwert (s. *Tabelle 20*). Bezüglich des multidimensionalen Inventars zum religiösen und spirituellen Wohlbefinden zeigen sich signifikante Korrelationen der einzelnen Subskalen mit dem Gesamtwert. Untereinander korrelieren besonders die Subskalen „Allgemeine Religiosität“ und „Allverbundenheit“ hoch miteinander. Überdies zeigen sich signifikante Korrelationen zwischen den beiden Verfahren zur Erhebung von Religiosität und Spiritualität.

Tabelle 20

*Interkorrelationen der Subskalen zum religiös/spirituellen Wohlbefinden und der Zentralität in der Gesamtstichprobe*

	AR	V	HI	AL	HT	BS	RSB	Z1	Z2	Z3	Z
AR	1	.19**	.14*	.49**	-.21**	.19**	.66**	.71**	.59**	.71**	.70**
(N)	(195)	(195)	(195)	(195)	(195)	(195)	(195)	(188)	(190)	(190)	(192)
V		1	.20**	-.06	.38**	.04	.55**	.29**	.22**	.19**	.23**
(N)		(195)	(195)	(195)	(195)	(195)	(195)	(188)	(190)	(190)	(192)
HI			1	.19**	.07	.42**	.56**	.11	.11	-.02	.03
(N)			(195)	(195)	(195)	(195)	(195)	(188)	(190)	(190)	(192)
AL				1	-.27**	.40**	.56**	.31**	.51**	.37**	.36**
(N)				(195)	(195)	(195)	(195)	(188)	(190)	(190)	(192)
HT					1	-.21**	.19**	.02	-.07	-.20**	-.11
(N)					(195)	(195)	(195)	(188)	(190)	(190)	(192)
BS						1	.53**	.09	.27**	.15*	.12
(N)						(195)	(195)	(188)	(190)	(190)	(190)
RSB							1	.55**	.56**	.44**	.48**
(N)							(195)	(188)	(190)	(190)	(190)
Z1								1	.60**	.66**	.81**
(N)								(188)	(186)	(186)	(188)
Z2									1	.65**	.69**
(N)									(190)	(190)	(190)
Z3										1	.89**
(N)										(190)	(190)
Z											1
(N)											(192)

*Anmerkungen.* \* $p < .05$ , \*\* $p < .01$ ;

Spearman's rho für nonparametrische Daten; AR = Allgemeine Religiosität; VG = Vergeben; HI = Hoffnung Immanent; AV = Allverbundenheit; HA = Hoffnung Transzendent; BS = Erfahrung von Bedeutung und Sinn; RSB = Religiös-Spirituelles Befinden; Z1 = Fragen 1-4 Zentralitätsskala; Z2 = Fragen „Wie oft kommen folgende Ereignisse oder Situationen bei Ihnen vor?“ Zentralitätsskala; Z3 = Fragen „Wie oft erleben Sie Situationen, in denen Sie folgende Gefühle in Bezug auf ‚Gott‘ oder etwas ‚Göttliches‘ haben?“ Z = Gesamtwert Zentralität. N = Stichprobengröße.

#### 4.1.3.1.2 Interkorrelationen Persönlichkeit

Aus *Tabelle 21* sind die einzelnen Interkorrelationen der erhobenen Persönlichkeitsinventare zu entnehmen.

Tabelle 21

*Interkorrelationen der einzelnen Persönlichkeitsdimensionen in der Gesamtstichprobe*

	<b>N</b>	<b>E</b>	<b>P</b>	<b>NPI</b>	<b>OLIFE</b>	<b>PA</b>	<b>ID</b>	<b>R</b>	<b>A</b>	<b>M</b>	<b>BPI</b>
<b>N</b>	1	-.21**	.08	.15	.71**	.52**	.54**	.46**	.42**	.33**	.53**
(N)	(195)	(195)	(195)	(157)	(195)	(195)	(195)	(194)	(194)	(194)	(158)
<b>E</b>		1	-.01	-.48**	-.33**	-.15*	-.08	-.23**	-.09	-.07	.04
(N)		(195)	(195)	(157)	(195)	(195)	(195)	(194)	(194)	(154)	(158)
<b>P</b>			1	-.05	.21**	.15*	.18*	.14*	.19**	.09	.26**
(N)			(195)	(157)	(195)	(195)	(195)	(194)	(194)	(194)	(158)
<b>NPI</b>				1	.05	.02	.02	-.01	-.15	-.05	.00
(N)				(157)	(157)	(157)	(157)	(157)	(157)	(157)	(157)
<b>OLIFE</b>					1	.59**	.61**	.63**	.58**	.46**	.69**
(N)					(195)	(195)	(195)	(194)	(194)	(194)	(158)
<b>PA</b>						1	.72**	.60**	.51**	.55**	.56**
(N)						(195)	(195)	(194)	(194)	(194)	(158)
<b>ID</b>							1	.62**	.54**	.57**	.59**
(N)							(195)	(194)	(194)	(194)	(158)
<b>R</b>								1	.62**	.52**	.48**
(N)								(194)	(194)	(194)	(157)
<b>A</b>									1	.62**	.46**
(N)									(194)	(194)	(157)
<b>M</b>										1	.48**
(N)										(194)	(157)
<b>BPI</b>											1
(N)											(158)

Anmerkungen. \* $p < .05$ ; \*\* $p < .01$ ;

Spearman's rho für nonparametrische Daten;

N = Mittelwert Neurotizismus, E = Mittelwert Extraversion, P = Mittelwert Psychotizismus, NPI = Gesamtwert-Narcissistic Personality Inventory; OLIFE = Gesamtwert Oxford-Liverpool Inventar für Gefühle und Erfahrungen; PA = Primitive Abwehr - Inventar zur Persönlichkeitsorganisation (IPO), ID = Identitätsdiffusion-IPO, R = Realitätsprüfung-IPO, A = Aggression-IPO, M = Moralische Werte-IPO; BPI = Mittelwert Borderline-Persönlichkeits-Inventar; N = Stichprobengröße.

#### 4.1.3.1.3 Interkorrelation der Psychopathologischen Parameter

Aus *Tabelle 22* sind die einzelnen Interkorrelationen der vorgegebenen psychopathologischen Testverfahren zu entnehmen.

Tabelle 22

*Interkorrelationen der psychopathologischen Parameter in der Gesamtstichprobe*

	BDI	SOM	ZWA	UNS	DEP	ÄNG	FEI	PHO	PAR	PSY	BSI
BDI	1	.53**	.52**	.54**	.63**	.52**	.47**	.52**	.49**	.56**	.69**
(N)	(190)	(190)	(190)	(190)	(190)	(190)	(190)	(190)	(190)	(190)	(190)
SOM		1	.61**	.53**	.54**	.63**	.49**	.51**	.42**	.48**	.74**
(N)		(195)	(195)	(195)	(195)	(195)	(195)	(195)	(195)	(195)	(195)
ZWA			1	.61**	.65**	.62**	.56**	.51**	.58**	.59**	.83**
(N)			(195)	(195)	(195)	(195)	(195)	(195)	(195)	(195)	(195)
UNS				1	.63**	.61**	.59**	.53**	.59**	.62**	.82**
(N)				(195)	(195)	(195)	(195)	(195)	(195)	(195)	(195)
DEP					1	.62**	.49**	.48**	.53**	.66**	.79**
(N)					(195)	(195)	(195)	(195)	(195)	(195)	(195)
ÄNG						1	.57**	.52**	.56**	.52**	.79**
(N)						(195)	(195)	(195)	(195)	(195)	(195)
FEI							1	.41**	.52**	.47**	.71**
(N)							(195)	(195)	(195)	(195)	(195)
PHO								1	.49**	.58**	.66**
(N)								(195)	(195)	(195)	(195)
PAR									1	.50**	.75**
(N)									(195)	(195)	(195)
PSY										1	.73**
(N)										(195)	(195)
BSI											1
(N)											(195)

Anmerkungen. \*\* $p < .01$ ;

Spearman's rho für nonparametrische Daten; BDI = Gesamtwert - Becks Depressions Inventar; SOM = Somatisierung, ZWA = Zwanghaftigkeit, UNS = Unsicherheit bezüglich Sozialkontakte, DEP = Depression, ÄNG = Ängstlichkeit, FEI = Feindseligkeit, PHO = Phobische Angst, PAR = Paranoides Denken, PSY = Psychotizismus; BSI = Gesamtwert im Brief-Symptom-Inventary,  $N$  = Stichprobengröße.

#### 4.1.3.2 Korrelation zwischen soziodemografischen Daten und religiös-spirituellem

##### Wohlbefinden

Hier zeigt sich, dass signifikante Zusammenhänge zwischen dem Geschlecht und dem religiös-spirituellen Wohlbefinden (s. *Tabelle 23*) bestehen. Demnach zeigen Frauen in den Subskalen „Vertrauen“, „Erfahrung von Bedeutung und Sinn“ sowie „religiös-spirituelles Wohlbefinden“ höhere Ausprägungen als Männer. Ebenso besteht ein positiver Zusammenhang zwischen Ausbildung und den Subskalen „Hoffnung Immanent“ und „Erfahrung von Bedeutung und Sinn“. Des Weiteren zeigt sich, dass Personen, die Kinder haben, allgemein religiöser sind und ein höheres religiös-spirituelles Wohlbefinden aufweisen. Ebenso besteht eine positive Korrelation zwischen regelmäßigem und häufigem

Beten und „Allgemeiner Religiosität“, „Erfahrung von Bedeutung und Sinn“ und „religiös-spirituellem Wohlbefinden“.

Tabelle 23

*Korrelationen zwischen soziodemografischen Daten und religiös-spirituellem Befinden in der Gesamtstichprobe*

	AR	V	HI	AL	HT	BS	RSB
Geschlecht (N)	-.09 (195)	-.20** (195)	-.03 (195)	.03 (195)	-.01 (195)	-.21** (195)	-.20** (195)
Alter (N)	.35** (195)	-.02 (195)	-.09 (195)	.08 (195)	-.09 (195)	-.01 (195)	-.11 (195)
Ausbildung (N)	-.08 (192)	-.05 (192)	.16* (192)	-.03 (192)	-.12 (192)	.16* (192)	-.10 (192)
Erwerbstätigkeit (N)	.19** (191)	-.02 (191)	-.09 (191)	.18* (191)	-.18* (191)	.08 (191)	-.08 (191)
Familienstand (N)	-.09 (193)	-.08 (193)	.01 (193)	.08 (193)	-.10 (193)	.12 (193)	-.01 (193)
Kinder (N)	.29** (193)	.04 (193)	-.01 (193)	.07 (193)	.03 (193)	-.06 (193)	.14* (193)
Beten (N)	.55** (191)	.11 (191)	.08 (191)	.20** (191)	-.08 (191)	.11 (191)	.36** (191)

Anmerkungen. \* $p < .05$ ; \*\* $p < .01$ ;

Spearman's rho für nonparametrische Daten; AR = Allgemeine Religiosität; V = Vergeben; HI = Hoffnung Immanent; AL = Allverbundenheit; HT = Hoffnung Transzendent; BS = Erfahrung von Bedeutung und Sinn; RSB = Religiös-spirituelles Befinden; Geschlecht: 0 = weiblich, 1 = männlich; Ausbildung: 1 = Volksschule, 2 = Hauptschule, 3 = Berufsschule, 4 = Matura, 5 = Matura mit weiterführender Ausbildung, 6 = Universität; Erwerbstätigkeit: 1 = in Beruf stehend, 2 = in Ausbildung/Studium, 3 = in Pension, 4 = arbeitslos; Familienstand: 1 = verheiratet, 2 = ledig, 3 = in Partnerschaft lebend, 4 = verwitwet, 5 = geschieden/getrennt; Kinder: 0 = nein, 1 = ja; Beten (regelmäßig): 0 = nein, 1 = ja; N = Stichprobengröße.

#### 4.1.3.3 Korrelation zwischen anamnestischen Daten und religiös-spirituellem Befinden

Eine Partialkorrelation konnte zeigen, dass unterschiedliche Zusammenhänge zwischen den anamnestischen Daten und dem religiös-spirituellem Befinden in den jeweiligen Stichproben vorkommen. Aufgrund dessen wurden die Korrelationen für beide Gruppen separat berechnet. In der gesunden Stichprobe besteht eine negative Korrelation zwischen einer bereits verurteilten Straftat und der Subskala „Vertrauen“ im MI-RSB (s. *Tabelle 24*). Gewalterfahrungen in der Kindheit korrelieren positiv mit den Subskalen „Allverbundenheit“ und „Erfahrung von Bedeutung und Sinn“. In der schizophrenen Stichprobe bestehen keine signifikanten Zusammenhänge zwischen den erhobenen Daten der Anamnese und der Religiosität/Spiritualität (s. *Tabelle 25*).

Tabelle 24

*Korrelationen zwischen anamnestischen Daten und religiös-spirituellen Befinden in der gesunden Stichprobe*

	<b>AR</b>	<b>V</b>	<b>HI</b>	<b>AL</b>	<b>HT</b>	<b>BS</b>	<b>RSB</b>
Leibl. Eltern (N)	.14 (154)	.12 (154)	-.02 (154)	-.02 (154)	-.07 (154)	.03 (154)	.06 (154)
Straftat (N)	.06 (155)	-.17* (155)	-.01 (155)	.11 (155)	-.02 (155)	.02 (155)	.01 (155)
Gewalt (N)	-.09 (153)	.01 (153)	-.00 (153)	.19* (153)	-.05 (153)	.22** (153)	.04 (153)
Suizid (N)	-.04 (154)	-.09 (154)	-.05 (154)	.14 (154)	-.06 (154)	.09 (154)	-.01 (154)

*Anmerkungen.* \* $p < .05$ ; \*\* $p < .01$ ;

Spearman's rho für nonparametrische Daten;

AR = Allgemeine Religiosität; V = Vergeben; HI = Hoffnung Immanent; AL = Allverbundenheit; HT = Hoffnung Transzendent; BS = Erfahrung von Bedeutung und Sinn; RSB = Religiös-spirituelles Befinden; Gruppe: 1 = gesund, 2 = schizophren; Leibl. Eltern = Aufgewachsen bei den leiblichen Eltern: 0 = nein, 1 = ja; Straftat = wurden Sie schon mal für eine Straftat verurteilt? 0 = nein, 1 = ja; Gewalt = Hatten Sie in ihrer Kindheit Gewalterfahrungen? 0 = nein, 1 = ja; Suizid = Hat sie schon einmal versucht sich das Leben zu nehmen? 0 = nein, 1 = ja. N = Stichprobengröße.

Tabelle 25

*Korrelationen zwischen anamnestischen Daten und religiös-spirituellen Befinden in der schizophrenen Stichprobe*

	<b>AR</b>	<b>V</b>	<b>HI</b>	<b>AL</b>	<b>HT</b>	<b>BS</b>	<b>RSB</b>
Leibl. Eltern (N)	-.04 (35)	.14 (35)	-.04 (35)	.02 (35)	-.11 (35)	-.14 (35)	-.08 (35)
Straftat (N)	.14 (37)	-.08 (37)	-.25 (37)	.09 (37)	-.10 (37)	.04 (37)	.10 (37)
Gewalt (N)	-.01 (33)	-.13 (33)	.30 (33)	.12 (33)	-.13 (33)	.22 (33)	.06 (33)
Suizid (N)	-.07 (37)	.19 (37)	-.00 (37)	-.03 (37)	-.15 (37)	.19 (37)	.11 (37)

*Anmerkungen.* Spearman's rho für nonparametrische Daten;

AR = Allgemeine Religiosität; V = Vergeben; HI = Hoffnung Immanent; AL = Allverbundenheit; HT = Hoffnung Transzendent; BS = Erfahrung von Bedeutung und Sinn; RSB = Religiös-spirituelles Befinden; Gruppe: 1 = gesund, 2 = schizophren; Leibl. Eltern = Aufgewachsen bei den leiblichen Eltern: 0 = nein, 1 = ja; Straftat = wurden Sie schon mal für eine Straftat verurteilt? 0 = nein, 1 = ja; Gewalt = Hatten Sie in Ihrer Kindheit Gewalterfahrungen? 0 = nein, 1 = ja; Suizid = Hatten Sie schon einmal versucht sich das Leben zu nehmen? 0 = nein, 1 = ja; N = Stichprobengröße.

#### *4.1.3.4 Korrelation zwischen psychopathologischer Symptomatik und religiös-spirituellen Befinden*

Es besteht ein negativer Zusammenhang zwischen allen psychopathologischen Symptomen (BSI) und dem religiös-spirituellen Befinden. Interessant ist, dass alle positiven Korrelationen der einzelnen Subskalen im BSI lediglich mit der Subskala „Allverbundenheit“ im MI-RSB in Verbindung bestehen. Die einzelnen Korrelationen zwischen den Subskalen des BSI und der Subskalen des MIRSBS sind aus *Tabelle 26* zu entnehmen. Ebenso korreliert der Gesamtwert des BDIs (s. *Tabelle 26*) nur mit der Subskala „Allverbundenheit“ positiv.

Tabelle 26

*Korrelationen zwischen psychopathologischer Symptomatik und religiös-spirituellen Befinden in der Gesamtstichprobe*

	AR	V	HI	AL	HT	BS	RSB
SOM (N)	.04 (195)	-.18* (195)	-.19** (195)	.17* (195)	-.32** (195)	.13 (195)	-.11 (195)
ZWA (N)	-.08 (195)	-.26** (195)	-.40** (195)	.06 (195)	-.22** (195)	-.03 (195)	-.28** (195)
UNS (N)	-.06 (195)	-.32** (195)	-.29** (195)	.16* (195)	-.21** (195)	.09 (195)	-.19** (195)
DEP (N)	.04 (195)	-.27** (195)	-.43** (195)	.15* (195)	-.31** (195)	.08 (195)	-.22** (195)
ÄNG (N)	.04 (195)	-.19** (195)	-.25** (195)	.14* (195)	-.29** (195)	.07 (195)	-.16* (195)
FEI (N)	-.12 (195)	-.39** (195)	-.33** (195)	-.09 (195)	-.20** (195)	-.03 (195)	-.31** (195)
PHO (N)	.05 (195)	-.19** (195)	-.25** (195)	.21** (195)	-.32** (195)	.04 (195)	-.14 (195)
PAR (N)	.08 (195)	-.35** (195)	-.26** (195)	.17* (195)	-.28** (195)	.04 (195)	-.15* (195)
PSY (N)	.06 (195)	-.16* (195)	-.33** (195)	.17* (195)	-.24** (195)	.05 (195)	-.12 (195)
BSIG (N)	.01 (195)	-.35** (195)	-.38** (195)	.18* (195)	-.34** (195)	.09 (195)	-.24** (195)
BDI (N)	-.05 (190)	-.26** (190)	-.29** (190)	.15* (190)	-.34** (190)	-.16* (190)	-.22** (190)

Anmerkungen. \* $p < .05$ ; \*\* $p < .01$ ;

Spearman's rho für nonparametrische Daten;

AR = Allgemeine Religiosität; V = Vergeben; HI = Hoffnung Immanent; AL = Allverbundenheit; HT = Hoffnung Transzendent; BS = Erfahrung von Bedeutung und Sinn; RSB = Religiös-spirituellen Befinden; SOM = Somatisierung, ZWA = Zwanghaftigkeit, UNS = Unsicherheit bezüglich Sozialkontakte, DEP = Depression, ÄNG = Ängstlichkeit, FEI = Feindseligkeit, PHO = Phobische Angst, PAR = Paranoides Denken, PSY = Psychotizismus; BSIG = Gesamtwert im Brief-Symptom-Inventar; BDI = Gesamtwert im Beck Depressions Inventar; N = Stichprobengröße.

#### 4.1.3.5 Korrelation zwischen Persönlichkeit und religiös-spirituellen Befinden

Es wurden Korrelationen zwischen den einzelnen Persönlichkeitsdimensionen und dem religiös-spirituellen Wohlbefinden berechnet. Eine Partialkorrelation konnte zeigen, dass unterschiedliche Zusammenhänge zwischen einzelner Persönlichkeitsfaktoren und dem religiös-spirituellen Befinden in den jeweiligen Stichproben bestehen.

Betrachtet man die einzelnen Korrelationen zwischen „Neurotizismus“ und den einzelnen Subskalen im MIRSB, zeigen sich in der gesunden Stichprobe negative

Korrelationen zwischen den Subskalen „Vertrauen“, „Hoffnung Immanent“, „Hoffnung Transzendent“ und „Religiös-spirituellen Befinden“. Schwache positive Korrelationen bestehen zwischen „Neurotizismus“ und „Allverbundenheit“ sowie „Neurotizismus“ und „Erfahrung von Bedeutung und Sinn“ (s. *Tabelle 27*). In der schizophrenen Stichprobe besteht lediglich eine negative Korrelation zwischen „Neurotizismus“ und „Hoffnung Immanent“ wie in *Tabelle 28* ersichtlich.

Bezüglich des Persönlichkeitsfaktors „Extraversion“ bestehen in der gesunden Stichprobe lediglich signifikant positive Korrelationen zu „Hoffnung Immanent“ und „Allverbundenheit“. In der schizophrenen Stichprobe korreliert „Extraversion“ nur positiv signifikant mit der Subskala „Hoffnung Immanent“. Hinsichtlich der Persönlichkeitsdimension „Psychotizismus“ bestehen in der gesunden Stichprobe keine signifikanten Korrelationen zum „religiös spirituellen Befinden“. In der schizophrenen Stichprobe zeigt sich ein negativer Zusammenhang zwischen „Psychotizismus“ und „Allgemeine Religiosität“.

Die Ergebnisse betreffend dem Testinventar Oxford-Liverpool of Feelings and Experiences (O-LIFE) zur Erfassung des Ausmaßes an Schizotypie zeigen in der Kontrollgruppe negative Korrelationen zu den Subskalen „Vertrauen“, „Hoffnung Immanent“, „Hoffnung Transzendent“ und dem „religiös-spirituellen Befinden“. Lediglich „Allverbundenheit“ und „Erfahrung von Bedeutung und Sinn“ korrelieren positiv mit dem Gesamtwert im O-LIFE. In der schizophrenen Stichprobe zeigt sich ein negativer Zusammenhang zwischen der Ausprägung im O-LIFE und der Subdimensionen „Hoffnung Immanent“ und „Erfahrung von Bedeutung und Sinn“.

Tabelle 27

Zusammenhang zwischen Persönlichkeit, Religiosität und Spiritualität in der gesunden Stichprobe

	AR	V	HI	AL	HT	BS	RSB
N (N)	,01 (155)	-.32** (155)	-.33** (155)	.18* (155)	-.35** (155)	.18* (155)	-.19* (155)
E (N)	-.07 (155)	.07 (155)	.18* (155)	.16* (155)	-.05 (155)	.11 (155)	.09 (155)
P (N)	-.09 (155)	-.05 (155)	-.12 (155)	.08 (155)	.09 (155)	.04 (155)	-.03 (155)
OLIFE (N)	.08 (155)	-.45** (155)	-.27** (155)	.25** (155)	-.33** (155)	.18* (155)	-.24** (155)
IPO_PA (N)	.09 (155)	-.34** (155)	-.19* (155)	.28** (155)	-.38** (155)	.29** (155)	-.08 (155)
IPO_ID (N)	-.03 (155)	-.35** (155)	-.31** (155)	.18* (155)	-.44** (155)	.20* (155)	-.21 (155)
IPO_R (N)	.13 (154)	-.16* (154)	-.08 (154)	.41** (154)	-.29** (154)	.32** (154)	.09 (154)
IPO_A (N)	-.08 (154)	-.29** (154)	-.24** (154)	.12 (154)	-.19* (154)	.14 (154)	-.18* (154)
IPO_M (N)	-.07 (154)	-.28** (154)	-.09 (154)	.11 (154)	-.22** (154)	.33** (154)	-.10 (154)
BPI (N)	-.17* (155)	-.33** (155)	-.22** (155)	.24** (155)	-.29** (155)	.16 (155)	-.20* (155)
NPI (N)	.08 (154)	.07 (154)	-.25** (154)	-.07 (154)	.05 (154)	-.02 (154)	-.01 (154)

Anmerkungen. \* $p < .05$ ; \*\* $p < .01$ ;

Spearman's rho für nonparametrische Daten;

AR = Allgemeine Religiosität; V = Vergeben; HI = Hoffnung Immanent; AL = Allverbundenheit; HT = Hoffnung Transzendent; BS = Erfahrung von Bedeutung und Sinn; RSB = Religiös spirituelles Befinden; N = Mittelwert\_Neurotizismus, E = Mittelwert\_Extraversion, P = Mittelwert\_Psychotizismus, NPI = Gesamtwert-Narcissistic Personality Inventory; OLIFE = Gesamtwert Oxford-Liverpool Inventar für Gefühle und Erfahrungen; IPO\_PA = Inventar zur Persönlichkeitsorganisation\_Primitive Abwehr, IPO\_ID = Inventar zur Persönlichkeitsorganisation\_Identitätsdiffusion, IPO\_R = Inventar zur Persönlichkeitsorganisation\_Realitätsprüfung, IPO\_A = Inventar zur Persönlichkeitsorganisation\_Aggression, IPO\_M = Inventar zur Persönlichkeitsorganisation\_Moralische Werte; BPI = Mittelwert Borderline-Persönlichkeits-Inventar. N = Stichprobengröße.

Tabelle 28

Zusammenhang zwischen Persönlichkeit, Religiosität und Spiritualität in der schizophrenen Stichprobe (N = 40)

	AR	V	HI	AL	HT	BS	RSB
N	,11	-.15	-.38*	.11	-.26	-,11	-.15
E	.19	-.07	.52**	.29	-.04	.18	.29
P	-.33*	-.25	-.10	-.14	.12	-.09	-.29
OLIFE	-.26	-.16	-.39*	-.15	-.09	-.16	-.39*
IPO_PA	.05	.07	-.23	.07	-.23	-.14	-.08
IPO_ID	-.13	.06	-.13	.02	-.08	-.05	-.12
IPO_R	.02	-.33*	-.03	.41**	-.13	-.04	.08
IPO_A	.11	-.11	-.07	.24	-.11	-.19	.01
IPO_M	.02	-.11	-.03	.16	-.36*	.14	.04

Anmerkungen.  $p < .05$ ; \*\* $p < .01$ ;

Spearman's rho für nonparametrische Daten;

AR = Allgemeine Religiosität; V = Vergeben; HI = Hoffnung Immanent; AL = Allverbundenheit; HT = Hoffnung Transzendent; BS = Erfahrung von Bedeutung und Sinn; RSB = Religiös spirituelles Befinden; N = Mittelwert\_Neurotizismus, E = Mittelwert\_Extraversion, P = Mittelwert\_Psychotizismus, OLIFE = Gesamtwert Oxford-Liverpool Inventar für Gefühle und Erfahrungen; IPO\_PA = Inventar zur Persönlichkeitsorganisation\_Primitive Abwehr, IPO\_ID = Inventar zur Persönlichkeitsorganisation\_Identitätsdiffusion, IPO\_R = Inventar zur Persönlichkeitsorganisation\_Realitätsprüfung, IPO\_A = Inventar zur Persönlichkeitsorganisation\_Aggression, IPO\_M = Inventar zur Persönlichkeitsorganisation\_Moralische Werte; N = Stichprobengröße.

Um mögliche Korrelationsunterschiede im Zusammenhang zwischen einzelnen Persönlichkeitsdimensionen und dem religiös-spirituellem Wohlbefinden sowohl in der gesunden als auch in der schizophrenen Stichprobe festzustellen, wurde für die Einzelvergleiche der signifikanten Korrelationen wie nach Cohen, Cohen, West und Aiken (2003) vorgegangen.

Signifikante Korrelationsunterschiede zwischen denselben Merkmalen in beiden Gruppen bestehen lediglich im Zusammenhang zwischen „Extraversion“ und „Hoffnung Immanent“. Der positive Zusammenhang dieser beiden Eigenschaften ist in der schizophrenen Stichprobe signifikant höher als in der gesunden Stichprobe (s. *Tabelle 29*).

Tabelle 29

Zeigt die einzelnen Gruppenvergleiche der signifikanten Korrelationen in der jeweiligen Stichprobe

Signifikante Korrelationen	r KG	r VG	Stat. Ergebnis
N und HI	-.33	-.38	z = .31, ns.
E und HI	.18	.52	z = -2.15, p<.05
OLIFE und HI	-.27	-.39	z = .74, ns.
OLIFE und RSB	-.24	-.39	z = 0.91, ns.
IPO-R und V	-.16	-.33	z = .99, ns.
IPO-R und AL	.41	.41	z = 0, ns.
IPO-M und HAT	-.22	-.36	z = .84, ns.

Anmerkungen.

r = Korrelationen; KG = Kontrollgruppe; VG = Vergleichsgruppe-schizophrene Stichprobe; AR = Allgemeine Religiosität; V = Vergeben; HI = Hoffnung Immanent; AL = Allverbundenheit; HT = Hoffnung Transzendent; BS = Erfahrung von Bedeutung und Sinn; RSB = Religiös-spiritueller Befinden; N = Mittelwert\_Neutrotizismus, E = Mittelwert\_Extraversion, P = Mittelwert\_Psychotizismus, OLIFE = Gesamtwert Oxford-Liverpool Inventar für Gefühle und Erfahrungen; IPO\_R = Inventar zur Persönlichkeitsorganisation\_Realitätsprüfung, IPO\_M = Inventar zur Persönlichkeitsorganisation\_Moralische Werte.

#### 4.1.3.6 Korrelation zwischen Kreativität und religiös-spiritueller Befinden

Bezüglich aller erhobenen Daten in den Testverfahren bzw. deren Subskalen zur Kreativität besteht kein Zusammenhang zum religiös-spirituellen Befinden. Die einzelnen Korrelationen sind aus *Tabelle 30* zu entnehmen.

Tabelle 30

*Korrelationen zwischen Kreativität und dem religiös-spirituellem Befinden in der gesunden Stichprobe*

	<b>AR</b>	<b>V</b>	<b>HI</b>	<b>AL</b>	<b>HT</b>	<b>BS</b>	<b>RSB</b>
CPS (N)	-.04 (155)	.19 (155)	.28 (155)	.12 (155)	.20 (155)	.11 (155)	.23 (155)
Frag. Ideen. (N)	-.06 (155)	-.02 (155)	.06 (155)	.26 (155)	.03 (155)	.25 (155)	.10 (155)
TEKT_O (N)	-.10 (154)	.11 (154)	-.01 (154)	-.05 (154)	.15 (154)	.05 (154)	.03 (154)
TEKT_F (N)	-.09 (154)	.09 (154)	-.04 (154)	-.01 (154)	.14 (154)	.18 (154)	.06 (154)
TTCT_Flü (N)	.11 (154)	.12 (154)	.08 (154)	-.04 (154)	.07 (154)	-.02 (154)	.08 (154)
TTCT_Flex (N)	.08 (154)	.00 (154)	.04 (154)	.08 (154)	-.09 (154)	.05 (154)	.07 (154)
TTCT_O (N)	-.07 (153)	.12 (153)	.07 (153)	.05 (153)	.08 (153)	.05 (153)	.08 (153)

*Anmerkungen.* Spearman's rho für nonparametrische Daten;

AR = Allgemeine Religiosität, V = Vergeben, HI = Hoffnung Immanent, AL = Allverbundenheit, HT = Hoffnung Transzendent, BS = Erfahrung von Bedeutung und Sinn, RSB = Religiös-spirituelles Befinden; CPS = Mittelwert in der Creativity Personality Scale; Frag. Ideen. = Gesamtwert im Fragebogen zur Selbsteingeschätzten Ideenflüssigkeit; TEKT\_O = Gesamtwert der Originalität im Test zur Erfassung des Kreativen Denkens; TEKT\_F = Gesamtwert der Flüssigkeit im Test zur Erfassung des Kreativen Denkens; TTCT\_Flü = Flüssigkeit im figuralen Teil des Torrance Test of Creative Thinking; TTCT\_Flex = Flexibilität im figuralen Teil des Torrance Test of Creative Thinking; TTCT\_O = Originalität Gesamt im figuralen Teil des Torrance Test of Creative Thinking; N = Stichprobengröße.

#### 4.1.3.7 Interkorrelationen zwischen den Fremdbeurteilungsinventaren

Die einzelnen Interkorrelationen der Fremdbeurteilungsinventare MADR und BPRS mit den Selbstbeurteilungsverfahren sind aus *Tabelle 31* zu entnehmen.

Tabelle 31

Interkorrelationen zwischen dem Fremdbeurteilungsinventar MADR, BPRS sowie dem BDI und dem OLIFE in der schizophrenen Stichprobe. (N = 37)

	MADR	BPRS	UE	CD	IA	IN	OLIFE	BDI
MADR (N)	1 (37)	.57** (37)	.06 (37)	.37* (37)	.35* (37)	.34* (37)	.40* (37)	.45** (37)
BPRS (N)		1 (37)	.33* (37)	-.37* (37)	.17 (37)	.36* (37)	.42* (37)	.08 (37)
UE (N)			1 (40)	.56** (40)	.28 (40)	.31 (40)	.79** (40)	.23 (40)
CD (N)				1 (40)	.40* (40)	.37* (40)	.85** (40)	.50** (40)
IA (N)					1 (40)	.03 (40)	.60** (40)	.34* (40)
IN (N)						1 (40)	.50** (40)	.30 (40)
OLIFE (N)							1 (40)	.50** (40)
BDI (N)								1 (40)

Anmerkungen. \* $p < .05$ ; \*\* $p < .01$

Spearman's rho für nonparametrische Daten;

MADR = Montgomery-Asberg-Depressions-Rating-Skala; BPRS = Brief Psychiatric Rating Scale; UE = ungewöhnliche Erfahrung\_Oxford-Liverpool Inventar für Gefühle und Erfahrungen, CD = Kognitive Desorganisation\_Oxford-Liverpool Inventar für Gefühle und Erfahrungen, IA = Introvertierte Anhedonie\_Oxford-Liverpool Inventar für Gefühle und Erfahrungen, IN = Impulsive Nonkonformität\_Oxford-Liverpool Inventar für Gefühle und Erfahrungen, OLIFE = Gesamtwert im Oxford-Liverpool Inventar für Gefühle und Erfahrungen; BDI = Gesamtwert - Beck Depressions Inventar.

#### 4.1.4 Regressionsanalyse zur Vorhersage des Ausmaßes an Schizotypie

Eine multiple lineare Regression wurde berechnet um den Einfluss von Spiritualität und Religiosität auf das Ausmaß an Schizotypie bzw. die Entwicklung einer möglichen Schizophrenie vorherzusagen. Für die Vorhersage des Kriteriums ergab sich ein signifikantes Ergebnis ( $F_{6,176} = 4.33$ ,  $p < .001$ ;  $N = 183$ ), welches in *Tabelle 32* dargestellt wird. Insgesamt werden durch die Prädiktoren 13% der Varianz für das Ausmaß schizotyper Eigenschaften bzw. Entwicklung einer möglichen Schizophrenie erklärt ( $R = .36$ ,  $R^2 = .13$ ).

Drei Faktoren sind für die Varianzaufklärung von Bedeutung: „Religiös-spiritueller Befinden“, die „visuelle Analogskala 3“ („Schätzen Sie das Ausmaß Ihrer Spiritualität ein“) und die „visuelle Analogskala 4“ („Schätzen Sie das Ausmaß Ihrer Verbundenheit zu einer kirchlichen Glaubensgemeinschaft ein“). *Abbildung 12* zeigt eine Darstellung der signifikanten Prädiktoren zur Vorhersage des Ausmaßes an Schizotypie.

Tabelle 32

Regressionsanalyse, Kriterium: Ausmaß an Schizotypie erhoben mit der Variable „Total-O-LIFE“ (N = 183)

Prädiktoren	<i>B</i>	<i>SE (B)</i>	$\beta$	<i>p</i>	<i>sr</i>
RSB	-.17	.04	-.35	.00	-.29
Zentralität	.00	.00	.05	.52	.05
VS1	.07	.06	.15	.20	.09
VS2	-.00	.06	-.00	.99	-.00
VS3	.10	.04	.22	.02	.16
VS4	-.10	.05	-.20	.04	-.14

Anmerkung. RSB = Religiös-spirituelles Befinden; VS1 = Visuelle Analogskala „Schätzen Sie die Intensität ihres Glaubens ein“; VS2 = Schätzen Sie das Ausmaß ihrer Religiosität ein“; VS3 = Schätzen Sie die Intensität ihrer Spiritualität ein“; VS4 = Schätzen Sie ein, wie sehr Sie sich einer kirchlichen Glaubensgemeinschaft verbunden fühlen“; *B* = Regressionskoeffizient, *SE (B)* = Standardfehler,  $\beta$  = standardisierter Regressionskoeffizient Beta, *p* = Signifikanz, *sr* = Semipartialkoeffizient.

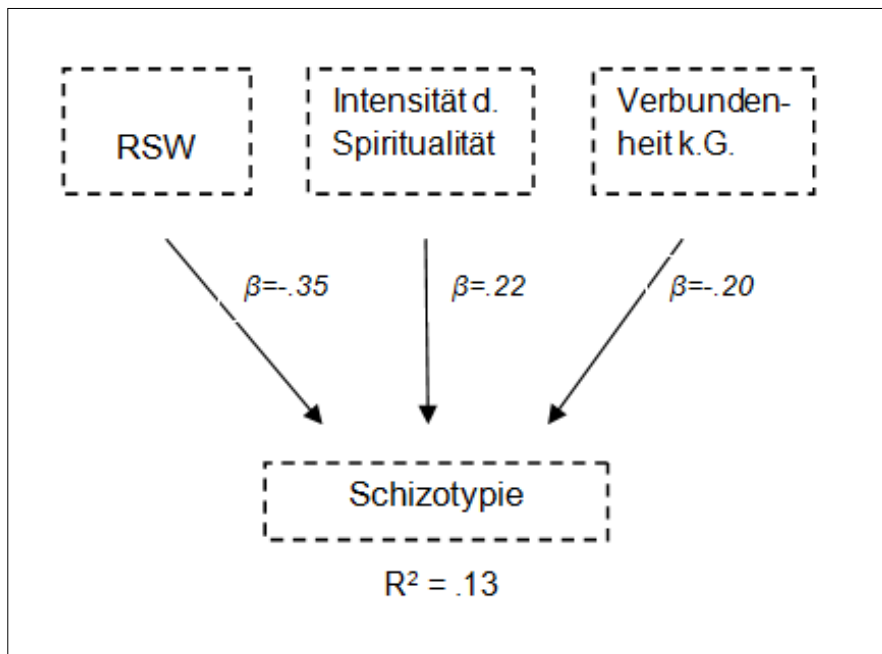


Abbildung 12

Darstellung der signifikanten Prädiktoren zur Vorhersage des Kriteriums Schizotypie

## 5 DISKUSSION

### 5.1 Allgemeine Daten

In dieser Untersuchung wurden 155 gesunde Personen und 40 schizophrene PatientInnen u. a. zum Thema Spiritualität und Psychose befragt. Wie aus der bisherigen Literatur zu entnehmen, zeigen die Ergebnisse, dass gesunde TeilnehmerInnen einen höheren Bildungsstatus aufweisen als schizophrene StudienteilnehmerInnen. Auch bezüglich der Erwerbstätigkeit unterscheiden sich die beiden Gruppen. Gesunde TeilnehmerInnen stehen häufiger im Beruf und sind seltener arbeitslos. Ebenso sind UntersuchungsteilnehmerInnen in der Kontrollgruppe häufiger verheiratet und/oder leben in einer festen Partnerschaft als schizophrene PatientInnen.

Weiters stützen die aktuellen Ergebnisse ein multifaktorielles Ursachenmodell (Exner und Lincoln, 2011) zur Entwicklung einer Schizophrenie. So wurden auch in der Anamnese Gewalterfahrungen in der Kindheit sowie Drogen/Alkoholmissbrauch in der Familie signifikant häufiger von PatientInnen als von Gesunden angeführt. Auch hatten die PatientInnen bereits häufiger einen Suizidversuch und eine gerichtliche Verurteilung aufgrund einer Straftat hinter sich. Wie erwartet, zeigen PatientInnen mit einer schizophrenen Diagnose ein heterogenes Störungsbild und deren Störung tritt häufig gemeinsam mit anderen psychischen Störungen auf, wobei nach Exner und Lincoln (2011) vor allem Störungen im Zusammenhang mit psychotropen Substanzen, Angststörungen und affektiven Störungen zu erwähnen sind. In dieser Studie sind vor allem psychische- und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen als bedeutsamste Komorbiditäten anzuführen, wobei sich die beiden Stichproben bezüglich der Drogenerfahrung nicht unterscheiden.

In der aktuellen Untersuchung ist unter anderem der Vergleich der Kontrollgruppe mit der schizophrenen Stichprobe bezüglich unterschiedlich erhobener Variablen von Bedeutung. So wurden auch Faktoren der Psychopathologie miterhoben, um mögliche Gruppenunterschiede feststellen zu können. Hier weisen schizophrene UntersuchungsteilnehmerInnen eine höhere Ausprägung psychopathologischer Symptome auf als Gesunde. Sowohl im BDI als auch im BSI weisen schizophrene PatientInnen signifikant höhere Werte auf. Zudem fand man einen höheren Anteil an pathologischer Persönlichkeit (EPQ) bei schizophrenen PatientInnen. So zeigten schizophrene StudienteilnehmerInnen bezüglich der Subskala Neurotizismus signifikant höhere Werte als die Kontrollgruppe. Auch zeigen schizophrene Personen, wie erwartet, eine höhere Ausprägung an schizotyper Eigenschaften.

Interessant ist, dass in der aktuellen Untersuchung kein Gruppenunterschied, zwischen den Gesunden und den Schizophrenen bezüglich der Subskala Psychotizismus besteht. Möglicherweise wurde aufgrund der Medikation der PatientInnen kein Unterschied zwischen der gesunden und der schizophrenen Stichprobe gefunden.

## 5.2 Spiritualität und Religiosität

### 5.2.1 *Geschlecht und Alter*

#### 5.2.1.1 *Geschlecht*

In der Mehrheit der bisherigen Studien zeigen sich Frauen generell etwas religiös-spirituellder als Männer (vgl. Unterrainer & Ladenhauf, 2008; Henningsgaard & Arnau, 2008). Ebenso unterstützen die Ergebnisse von Taylor und MacDonald (1999) und Maltby und Day (2003) diese Annahme. Die Daten scheinen eindeutig. Frauen zeigen konsistent eine größere Affinität zu Religion als Männer. So zeigen Frauen höhere Ausprägungen sowohl bezüglich des religiösen Glaubens als auch religiöser Praktiken (Hood et al., 2009). Geschlechtsunterschiede bezüglich der Ausprägung an Religiosität und Spiritualität können in der vorliegenden Studie wie bei Henningsgaard and Arnau (2008), MacDonald und Holland (2002) sowie Unterrainer et al. (2010) nur zum Teil nachgewiesen werden. Hier zeigte sich allgemein, dass Frauen bei religiösen, spirituellen Variablen keine höheren Werte aufweisen als Männer. Es zeigten sich keine Geschlechtsunterschiede bezüglich des religiös-spirituellen Wohlbefindens. Zwar sind die multivariaten Analysen bezüglich des Geschlechtes signifikant, aber die Ergebnisse der univariaten Analysen zeigen keine signifikanten Ergebnisse. Eine Korrelation zwischen soziodemografischen Daten und dem spirituell-religiösen Befinden konnte jedoch zeigen, dass Frauen in den Subskalen „Vertrauen“, „Erfahrung von Bedeutung und Sinn“ sowie in der Gesamtskala des „Religiös-spirituellen Befindens“ signifikant höhere Werte aufweisen. Bezüglich der Zentralitätsskala zeigten sich keine signifikanten Geschlechtsunterschiede. Weiters ist interessant, dass vor allem schizophrene Frauen ein signifikant höheres Ausmaß an selbsteingeschätzter Religiosität, Spiritualität und Verbundenheit zu einer Glaubensgemeinschaft anführen als gesunde Frauen und schizophrene Männer. So bestehen zwar keine Geschlechtsunterschiede in der gesunden Stichprobe, sehr wohl jedoch in der klinischen Stichprobe. So konnte wie bei bisherigen Studien u.a. wie bei Maltby und Day (2000) nicht nachgewiesen werden, dass Frauen höhere Ausprägungen hinsichtlich des „magischen Denkens“ aufweisen als Männer. Ebenso Darwin et al. (2011) konnten in ihrer Studie

feststellen, dass Frauen signifikant höhere Ausprägungen bezüglich Verschwörungstheorien und paranormalen Glauben, wie Spiritualismus, Präkognition und außersinnlichen Wahrnehmungen aufweisen als Männer. Diese Annahme konnte sich jedoch nur in der schizophrenen Stichprobe bestätigen.

#### 5.2.1.2 *Alter*

Bei fast allen erhobenen Variablen bzw. Fragebögen zur Spiritualität und Religiosität, mit Ausnahme der visuellen Analogskala 3 „Schätzen Sie die Intensität Ihrer Spiritualität ein“, hat die Kovariate Alter einen signifikanten Einfluss auf das Ausmaß des religiös-spirituellen Wohlbefindens, der Zentralität religiöser Inhalte sowie der selbsteingeschätzten Intensität des Glaubens, dem Ausmaß an Religiosität und der Verbundenheit mit einer religiösen Glaubensgemeinschaft. Weiters zeigen die Ergebnisse eine positive Korrelation zwischen dem Alter und der allgemeinen Religiosität in der Gesamtstichprobe. Auch Henningsgaard et al. (2008) konnten einen positiven Zusammenhang zwischen Alter und der intrinsischen Religiosität feststellen. Bei Unterrainer et al. (2010) korrelierten einzelne Subdimensionen des religiös-spirituellen Wohlbefindens sowohl positiv als auch negativ mit dem Alter. So scheinen „allgemeine Religiosität“ und „die Bereitschaft zu vergeben“ mit dem Alter zuzunehmen und die Subdimensionen „Hoffnung Immanent“ und „Hoffnung Transzendent“ mit dem Alter abzunehmen. Der Großteil der Vorgängerstudien zeigte, dass ältere Personen ein höheres Ausmaß an allgemeiner Religiosität aufweisen (u.a. Unterrainer et al., 2010). Jedoch konnten Studien wie von MacDonald und Holland (2002) keine signifikanten Korrelationen zwischen Alter und spirituellen und religiösen Glauben nachweisen.

Das Interesse an religiösen Einrichtungen und die Rolle des Glaubens bei älteren Menschen werden immer bedeutender und beides scheint am Ende des Lebens zu wachsen. Unabhängig vom Alter, alle von uns wollen sich sicher und gut fühlen. Dieses Bedürfnis mag am stärksten bei älteren Menschen sein, da diese der größten Belastung sowie sozialer Isolation ausgesetzt sind. Physische und psychische Gesundheitsprobleme treten häufig bei alten Menschen auf und diese sind häufig verbunden mit dem Verlust von Familienangehörigen und FreundInnen. Bei älteren Personen wirkt Religion diesen Realitäten oft entgegen, indem die Religiosität ihnen eine Bedeutung gibt und verbessert somit das Gefühl von Kontrolle und Wertschätzung (Hood et al., 2009).

### 5.2.2 Spiritualität/Religiosität und Gesundheit

„Wir kommen in der Medizin um Spiritualität als menschliche Erfahrungsebene nicht nur nicht herum, sondern benötigen sie im Sinne der Salutogenese auch zur Wiederherstellung und Bewahrung von Gesundheit.“ (Berghändler, 2010; S. 164)

„Religiosity is a complex, multidimensional construct with substantial associations with lifetime psychopathology ... “ (Kendler et al., 2003; S. 496)

Es bestehen viele Studien zum Thema Religiosität, Spiritualität und Gesundheit. Bisherige Studienergebnisse zur Religiosität und psychischer Beanspruchung, Lebenszufriedenheit sowie Gesundheit sind nicht einheitlich (Heinemann & Wörmann, 2010). Im Wesentlichen glauben Ärzte, dass eine strikte und rigide religiöse Erziehung dazu beiträgt, dass emotionale Störungen, wie Depression, Suizidalität und eine generelle Ängstlichkeit im Leben entwickelt werden (Culver, 1988; zitiert nach Hood et al., 2009). Heinemann und Wörmann (2010) diskutieren sowohl positive als auch negative Aspekte der Religiosität bzw. Spiritualität. Es bestehen viele Studien zum Thema Religion, Spiritualität und Gesundheit (vgl. Dezutter et al., 2006) bzw. einzelner Gesundheitsvariablen. So fanden Francis et al. (2003) einen positiven Zusammenhang zwischen Religiosität und allgemeiner Gesundheit. Demnach berichten gesunde Menschen mit einer positiven Einstellung zum christlichen Glauben von einer höheren allgemeinen Gesundheit. Weiters scheint nach Francis et al. (2003) die Einstellung zur Religion eine größere Rolle in Bezug auf die Gesundheit zu spielen als religiöses Verhalten, wie ein Kirchenbesuch oder das Beten. Nach Hood et al. (2009) müssen wir oft alle möglichen die uns zur Verfügung stehenden persönlichen Ressourcen aktivieren, um schwere und unerwartete Ereignisse zu bewältigen. Religion ist eine, solcher Ressourcen.

Religiöses Coping ist die am weitesten verbreitete spirituelle Ressource, die vor allem ältere Menschen nutzen, um mit Krankheiten und stressvollen Ereignissen im Leben umzugehen (Reyes-Ortiz, 2006). In der aktuellen Studie zeigte sich, dass gesunde Personen, welche in der Kindheit Gewalterfahrungen erlitten haben, ein hohes Ausmaß in Facetten des religiös-spirituellen Befindens aufweisen. Diese StudienteilnehmerInnen wiesen ein hohes Ausmaß an „Allverbundenheit“ und „Erfahrung von Bedeutung und Sinn“ auf.

Auch Maltby und Day (2000) fanden u.a. einen Zusammenhang zwischen Religiosität und depressiven Symptomen. Wobei nur eine intrinsische religiöse Orientierung, also das Leben nach religiösen Glauben zu leben, sowie der Glaube an einem Einfluss der Religion auf das Leben, in Verbindung mit einer niedrigen depressiven Ausprägung stehen. Auch Hood et al. (2009) sehen für gewöhnlich Religion assoziiert mit einer guten Gesundheit, sowohl körperlich als auch geistig. Aber Glaube und psychologische Probleme können auf vielen verschiedene Arten assoziiert sein.

Die Ergebnisse dieser Studie zeigten einen positiven Zusammenhang zwischen Gesundheit und dem religiös-spirituellen Wohlbefinden. Mit Ausnahme der Subskala „Allverbundenheit“ korrelieren alle psychopathologischen Symptombelastungen (BSI) sowie die Ausprägung an depressiver Symptomatik negativ mit den einzelnen Subskalen des MI-RSB und dem religiös-spirituellen Wohlbefinden. Schwache positive Zusammenhänge bestehen nur zwischen psychopathologischen Symptomen und der Subskala „Allverbundenheit“ im MI-RSB. Es scheinen unterschiedliche Zusammenhänge zwischen einzelnen Subskalen des religiös-spirituellen Befindens und anderer Gesundheitsvariablen zu bestehen, sodass einzelne Subskalen möglicherweise salutogen bzw. pathogen auf die Gesundheit wirken. So scheint religiös-spiritueller Befinden positiv mit Gesundheit in Verbindung zu stehen, jedoch die Sub-Dimension „Allverbundenheit“ in einem negativen Zusammenhang mit Gesundheit zu stehen. Bereits Unterrainer et al (2011) stellte die Hypothese auf, dass sowohl pathogene als auch salutogene Aspekte der Religiosität und Spiritualität mit dem subjektiven Wohlbefinden in Verbindung stehen.

„Auf die Frage ‚Ist Religion gut für die psychische Gesundheit?‘ mag es zwar eine korrelationsstatistische Antwort geben, der Erkenntniswert dieser Frage ist jedoch dem der Frage ‚Ist Religion gut für die Ernte?‘ vergleichbar. Solange wir nicht wissen, wie der Boden beschaffen ist, was angebaut wird, in welchen Zeitraum der Regen fällt und welche weiteren Parameter wichtig sind (Sonneneinstrahlung, Lufttemperatur etc.) ist eine sinnvolle Aussage kaum möglich.“ (Schowalter & Murken, 2003, S.157)

### *5.2.2.1 Religiosität, Spiritualität und Psychose*

#### *5.2.2.1.1 Zusammenhang zur Schizophrenie/Schizotypie*

Hinsichtlich des Glaubensbekenntnisses unterscheiden sich die beiden Gruppen nicht voneinander. 80% der Gesamtstichprobe waren römisch-katholisch. Jedoch weisen gesunde TeilnehmerInnen in der Kontrollgruppe ein höheres religiös/spirituelles Wohlbefinden auf als StudienteilnehmerInnen der schizophrenen Stichprobe. In den einzelnen Skalen zum MI-RSB zeigen sich in den zwei Subskalen, „Hoffnung Immanent“ und „Hoffnung Transzendent“ signifikante Unterschiede zwischen den beiden Gruppen. Allerdings waren einige spirituelle Facetten des religiös-spirituellen Wohlbefindens bei schizophrenen Patienten ebenso erhöht, wie zum Beispiel die Dimension "Allverbundenheit". So konnten Unterrainer et al. (2011) schon zeigen, dass „Magisches Denken“ als Indikator für Schizotypie positiv mit dem Gesamtscore des religiös-spirituellen Wohlbefindens sowie der Subskala „Allverbundenheit“ korreliert. Bereits Bradbury et al. (2009) diskutierten vor allem zwei gefundene Faktoren in

Zusammenhang mit der Schizotypie: „ungewöhnliche Erfahrungen“ und „transpersonale Erfahrungen“.

In der aktuellen Studie zeigte sich, dass religiös/spirituelles Wohlbefinden sowohl in der gesunden als auch in der schizophrenen Stichprobe positiv mit dem subjektiven Wohlbefinden in Verbindung steht. Jedoch zeigte sich, dass Gesunde bezüglich einzelner Facetten des religiös-spirituellem Wohlbefindens höhere Werte aufweisen als Schizophrene. Betrachtet man die Ergebnisse der Zentralitätsskala zeigte sich lediglich ein Gruppenunterschied zwischen den gesunden und der schizophrenen Stichprobe bezüglich der Frage „Wie oft erleben Sie Situationen, in denen Sie folgende Gefühle in Bezug auf Gott bzw. Göttliches haben?“. Hier weisen StudienteilnehmerInnen der schizophrenen Stichprobe höhere Werte auf als gesunde TeilnehmerInnen. Hinsichtlich der anderen beiden Subskalen unterscheiden sich die beiden Gruppen nicht voneinander. Auch unterscheiden sich die beiden Gruppen nach multivariaten Berechnungen nicht in den visuellen Analogskalen „Schätzen Sie die Intensität Ihres Glaubens ein“, „Schätzen Sie das Ausmaß Ihrer Religiosität ein“, „Schätzen Sie die Intensität ihrer Spiritualität ein“ und der Skala „Schätzen Sie ein, wie sehr Sie sich einer kirchlichen Glaubensgemeinschaft verbunden fühlen“ voneinander. Es zeigte sich jedoch, dass vor allem schizophrene Frauen hohe Ausprägungen in den einzelnen Aspekten zur Spiritualität und Religiosität aufweisen.

White et al. (1995) untersuchten den Zusammenhang zwischen Religiosität, Psychotizismus und schizotypen Eigenschaften wie unter anderem magisches Denken, abnorme Wahrnehmungen oder abnorme Vorstellungen und Überzeugungen. Die Ergebnisse zeigten eine negative Assoziation zwischen Religiosität und Psychotizismus. Ebenso konnten Maltby (1999) sowie Lewis und Maltby (1995) einen negativen Zusammenhang zwischen Psychotizismus und einer hohen intrinsischen Religiosität finden.

Wie erwartet zeigten schizophrene Personen eine höhere Ausprägung an schizotyper Eigenschaften als Gesunde. Jedoch zeigten die Ergebnisse, dass sowohl in der gesunden als auch in der schizophrenen Stichprobe der aktuellen Studie kein positiver Zusammenhang zwischen Psychotizismus und dem religiös-spirituellem Wohlbefinden besteht. Es bestand kein Gruppenunterschied, zwischen den Gesunden und den Schizophrenen bezüglich der Subskala Psychotizismus. Diese Ergebnisse gehen mit der neueren Literatur einher. Bezüglich der Ausprägung im O-LIFE bestehen in der schizophrenen Stichprobe lediglich negative Zusammenhänge zu einzelnen Subdimensionen des religiös-spirituellem Befindens. In der Kontrollgruppe korrelieren lediglich „Allverbundenheit“ und „Erfahrung von Bedeutung und Sinn“ positiv mit der Gesamtskala im O-LIFE.

Um eine Aussage zur Vorhersage des Ausmaßes an Schizotypie bzw. die Entwicklung einer möglichen Schizophrenie durch die Ausprägung an Spiritualität und Religiosität zu treffen wurde auch eine Regressionsanalyse berechnet. Insgesamt wurden

durch die Prädiktoren lediglich 13% der Varianz für das Ausmaß schizotyper Eigenschaften bzw. Entwicklung einer möglichen Schizophrenie erklärt. Drei Faktoren waren für die Varianzaufklärung von Bedeutung: Religiös-spiritueller Befinden, das selbsteingeschätzte Ausmaß an Spiritualität und das selbsteingeschätzte Ausmaß an Verbundenheit zu einer kirchlichen Glaubensgemeinschaft.

### 5.2.3 *Spiritualität, Religiosität und Persönlichkeit*

Ebenso zeigten Studien Zusammenhänge zwischen dem religiös-spirituellen Wohlbefinden und der Persönlichkeit. Allgemeine Religiosität, Extraversion, Gewissenhaftigkeit und Offenheit korrelieren positiv mit dem religiös-spirituellen Wohlbefinden. Außerdem zeigen sich positive Zusammenhänge zwischen Extraversion und den Subskalen im MIRSB, „Hoffnung Immanent“ und „Erfahrungen von Bedeutung und Sinn“. Die Ausnahmen waren Neurotizismus und Aggressivität. Diese Beiden korrelieren negativ mit dem spirituellen Befinden. (Unterrainer et al., 2010; Unterrainer et al., 2011).

Schutte und Hosch (1996) konnten bereits einen positiven Zusammenhang zwischen Religiosität und Optimismus sowie einen negativen Zusammenhang zwischen Religiosität und Neurotizismus feststellen. Auch Henningsgaard und Arnau (2008) fanden einen Zusammenhang zwischen Religiosität, Spiritualität und dem Konzept des Fünf-Faktorenmodells. Unter anderem fanden sie einen positiven Zusammenhang zwischen Verträglichkeit, Gewissenhaftigkeit und intrinsischer Religiosität. Ebenso korrelierte die Bedeutung bzw. Wichtigkeit der Spiritualität im Alltag sowohl positiv mit Extraversion, Verträglichkeit und Gewissenhaftigkeit als auch negativ mit Neurotizismus. Unterrainer et al. (2010) fanden ebenso einen Zusammenhang zwischen religiös-spiritueller Wohlbefinden und Persönlichkeit (Fünf-Faktorenmodell). Demnach bestanden positive Korrelationen zwischen einzelnen Subskalen im MI-RSB und dem religiös-spirituellen Befinden mit Extraversion und Offenheit für neue Erfahrungen. Neurotizismus korrelierte negativ mit einzelnen Subskalen im MIRSB und dem religiös-spirituellen Befinden.

In der aktuellen Studie bestehen positive Korrelationen zwischen Extraversion und Aspekten des religiös-spirituellen Wohlbefindens sowie negative Korrelationen zwischen Neurotizismus und dem religiös-spirituellen Wohlbefinden. Lediglich die Subskalen „Allverbundenheit“ und „Erfahrung von Bedeutung und Sinn“ korrelieren positiv mit Neurotizismus. Auch Unterrainer et al. (2010) fanden Zusammenhänge zwischen dem spirituellen Wohlbefinden und einzelner Persönlichkeitsmerkmale. Die Ergebnisse zeigen, dass Facetten des RSWB, basierend auf magisches Denken, auch als neurotische Symptome verstanden werden können. Des Weiteren wird die Hypothese unterstützt, dass

sowohl pathogene als auch salutogene Aspekte von Religiosität und Spiritualität mit Persönlichkeit in Verbindung stehen (Unterrainer et al., 2011).

Die Ergebnisse von Maltby und Day (2004) waren konsistent mit dem Modell von Ferguson (2001) zum Thema Persönlichkeit und Coping. Während extrinsische religiöse Personen mit einem negativen religiösen Coping-Stil hoch am Neurotizismus Faktor laden, laden intrinsisch religiöse Personen mit einem positiven religiösen Coping-Stil niedrig auf dem Psychotizismus-Coping Faktor. Ferguson (2001) untersuchte strukturelle Ähnlichkeiten zwischen Eysenck's Persönlichkeitsmodell und den Dimensionen von dispositionellem Coping. Wobei drei Copingsstile mit dem Persönlichkeitsmodell in Verbindung gebracht wurden. Neurotisch-introvertiert (Vermeidung), Extraversion (Suche nach sozialer Unterstützung) und Psychotizismus (wie Alkoholabusus). Somit bestehen konzeptuelle Ähnlichkeiten zwischen dem Modell der Persönlichkeit und Coping.

#### 5.2.4 Schizotypie und Kreativität

In dieser Studie ist auch der Zusammenhang zwischen Kreativität und Schizotypie von Bedeutung. Es stellt sich die Frage, ob ein Zusammenhang zwischen einer Schizotypie (Neigung zur Psychose) und Kreativität besteht. Batey und Furnman (2008) fanden einen positiven Zusammenhang zwischen den beiden Dimensionen „ungewöhnliche Erfahrungen“ und „impulsive Nonkonformität“ im O-LIFE mit der subjektiv empfundenen Kreativität. Kognitive Desorganisation korrelierte negativ mit Kreativität. Auch Claridge und Blakey (2009) sowie Fisher et al. (2004) entdeckten einen Zusammenhang zwischen Kreativität und Schizotypie. Demnach stehen ungewöhnliche Erfahrungen positiv und introvertierte Anhedonie negativ in Verbindung mit Kreativität. Claridge und Blakey (2009) betonen jedoch auch die Wichtigkeit der Berücksichtigung der Erhebung bzw. Bewertung der Kreativität. Darüber hinaus geben O'Reilly et al. (2001) Hinweise, dass Schizotypie eine Rolle bei kreativen Beschäftigungen spielen kann, aber weisen ebenso darauf hin, dass sowohl direkte als auch indirekte Zusammenhänge zur Schizotypie untersucht werden sollten.

In dieser Untersuchung konnte, mit Ausnahme des Fragebogens zur Ideenflüssigkeit, kein Zusammenhang zwischen den „Performance-Tests“ und der Schizotypie nachgewiesen werden. Die Ergebnisse des Fragebogens zur Selbsteinschätzung der Ideenflüssigkeit zeigten, dass hoch-schizotype gesunde Personen höhere Werte aufwiesen als niedrig schizotype Personen. In allen anderen Skalen gab es jedoch keinen Unterschied zwischen hoch und niedrig schizotypen gesunden Personen.

### 5.2.5 Schizotypie, Persönlichkeit und Narzissmus

Ebenso von Interesse waren die Ergebnisse bezüglich der Ausprägung im NPI und der Unterschiede zwischen der gesunden niedrig- und gesunden hoch-schizotypen Personen. Die Ergebnisse der multivariaten Ergebnisse waren zwar signifikant, jedoch nicht die der einzelnen univariaten Ergebnisse. Betrachtet man die Mittelwerte bezüglich der gesunden niedrig bzw. der gesunden hoch schizotypen Personen, zeigte sich jedoch, dass hoch schizotypie Gesunde jedoch eine höhere Ausprägung an Narzissmus in allen Skalen aufweisen.

Bezüglich des Zusammenhangs zu einzelnen Dimensionen der Persönlichkeit zeigte sich nur eine negative Korrelation zur Extraversion. Es zeigten sich keine Korrelationen zu Neurotizismus und Psychotizismus. Dieses Ergebnis ist konträr zu den Ergebnissen der bisherigen Studien von Paulhus & Williams (2002) sowie von Kubarych et al. (2004). Bei diesen Extraversion stets positiv mit Narzissmus in Verbindung stand. Ebenso konnte wie bei Kubarych et al. (2004) kein negativer Zusammenhang zu Neurotizismus bestätigt werden.

### 5.3 Einschränkungen/Schwierigkeiten der Studie

Die beiden Stichproben sind nicht gleich groß und unterscheiden sich hinsichtlich des Alters und des Geschlechts. Die klinische Stichprobe umfasst mehr Männer als Frauen und hat einen höheren Altersdurchschnitt. Zusätzlich sollte in einer weiteren Untersuchung darauf geachtet werden, dass beide Stichproben gleich groß sind und zueinander, insbesondere betreffend das Alter, gematcht werden.

In dieser Untersuchung wurden PatientInnen mit unterschiedlichen Diagnosen der Störungsgruppe F2 aufgenommen. Bei den Ergebnissen sollte berücksichtigt werden, dass alle PatientInnen, die an dieser Studie teilgenommen haben zum Zeitpunkt der Testung eine Medikation erhielten und somit mögliche Ergebnisse verzerrt sein könnten. Ebenso könnten die Ergebnisse einzelner Diagnosen zum Störungsbild der Schizophrenie voneinander abweichen.

Ebenfalls die große Anzahl an unterschiedlichen Fragebögen ist sehr bedenklich. Zukünftige Untersuchungen sollten diesen Aspekt, vor allem bei klinischen Stichproben kritisch betrachten. Die Stichprobe der schizophrenen TeilnehmerInnen war aufgrund dessen kleiner als ursprünglich geplant. Eine Reduktion der Fragebögen zur Erhebung der Religiosität und Spiritualität sollte aufgrund der hohen Korrelation untereinander vorgenommen werden. In Zukunft könnte möglicherweise auf die Zentralitätsskala verzichtet

werden, da das MI-RSB verschiedene Facetten zum spirituellen und religiösen Wohlbefinden erhebt.

#### 5.4 Fazit

Traditionell werden religiöse und spirituelle Themen im Hinblick auf die Schizophrenie meist mit Halluzinationen und Wahnideen in Verbindung gebracht (Day & Peters, 1999; Hergovich et al., 2008, McCreery & Claridge, 1996). In jüngerer Zeit sowie auch in dieser Studie gibt es jedoch auch Hinweise einer salutogenen Funktion von religiösen und spirituellen Themen sowohl bei Gesunden als auch bei psychotischen PatientInnen (Unterrainer et al., 2010; Francis et al., 2004). König (2007) verweist auf die Bedeutung einer sowohl positiven als auch negativen Rolle von Religion bei psychotischen Erkrankungen. Bis heute wird noch stark diskutiert, wie man gesunde spirituelle Erfahrungen von psychotischen Symptomen unterscheiden kann.

Die Mehrheit der befragten PsychiaterInnen glauben, dass Religiosität und Spiritualität die PatientInnen in ihrer Krankheitsbewältigung sowie das Ertragen von Leid positiv unterstützen (Curlin et al., 2007). Überdies glauben sie auch, dass Religion und Spiritualität den PatientInnen eine positive und hoffnungsvolle Wirkung auf deren psychischen Zustand haben. Die Spiritualität, also die Geistigkeit und die Transzendenzbezogenheit des Menschen, sollte in der Therapie sowohl als Chance jedoch auch mit deren Grenzen gesehen werden. Mit einer sokratischen Grundhaltung des Therapeuten bzw. der Therapeutin sollte der Klient bzw. die Klientin lernen selbstverantwortlich zu entscheiden, was für ihn oder sie wichtig ist. Der/Die TherapeutIn nimmt somit nur die Rolle eines/r leitenden EntdeckerIn an (Gebler, 2008). Auch Dyer (2011) sieht in der Variabilität, wie unterschiedliche Menschen auf Religiosität und Spiritualität in unterschiedlichen und sehr individuellen Wegen ansprechen einen positiven und potentiellen Nutzen (Dyer, 2011). TeilnehmerInnen von spirituellen Gruppen mit schwerwiegenden psychischen Störungen, scheinen in der Lage zu sein, eine gesunde Seite von sich selbst zu finden und gegenseitig voneinander zu lernen. PatientInnen können ihren Glauben reflektieren, tolerieren und fordern sich gegenseitig. In der Behandlung können diese Unterschiede, unter Berücksichtigung der individuellen religiösen und spirituellen Geschichte, eine versteckte Ressource zur Genesung sein (Kehoe, 2007).

Bereits Lukoff (2007a) beschreibt ein Erholungsmodell, bei dem Spiritualität bei der Behandlung von psychischen Erkrankungen integriert wird. Frühere PatientInnen und andere BefürworterInnen arbeiten gemeinsam mit psychischen GesundheitsanbieterInnen und Regierungsbehörden um Spiritualität bei der psychischen Gesundheitsversorgung zu

integrieren. Die Integration der Spiritualität ist ein Teil des Erholungsmodells, welches sich auf der ganzen Welt verbreitet hat. Man geht davon aus, dass Personen von den meisten schweren psychischen Erkrankungen wieder völlig gesund sind. Ex-PatientInnen, die eine psychiatrische Diagnose haben, arbeiten gemeinsam mit professionellen HelferInnen um Veränderungen im Gesundheitssystem und in der Gesellschaft zu erreichen. Bei vielen Personen wird die Gesundung einer psychischen Störung als Teil der Erfahrung einer spirituellen Reise gesehen.

Im Allgemeinen unterstützen die Ergebnisse die bisherigen Annahmen einer positiven Beziehung zwischen Religiosität, Spiritualität und psychischer Gesundheit. In Übereinstimmung mit der Literatur gilt dies auch für die Gruppe der Schizophrenen. So sollte in Zukunft die Integration religiöser bzw. spiritueller Inhalte in einer Psychotherapie an Wichtigkeit gewinnen. Darüber hinaus sollten religiöse bzw. spirituelle Inhalte eine stärkere Beachtung im Krankheitsprozess bzw. Coping berücksichtigt werden. Weitere Forschung ist jedoch notwendig, um zu klären, wie religiöse und spirituelle Fragen bzw. Inhalte am effektivsten in der Behandlung von psychotischen PatientInnen integriert werden könnten.

So beschreiben Ostermann und Büssing (2007) ebenso die immer wachsende Sinnsuche in der Bevölkerung jenseits konfessioneller Angebote als ein Phänomen des Zeitgeistes, das entsprechend Einzug in die moderne Medizin hält. Es wird immer offensichtlicher, dass es Faktoren gibt, jenseits der physischen, biochemischen und physiologischen Ebene, die die Gesundheit und die Heilung von Erkrankungen beeinflussen. Faktoren, die die moderne Medizin identifizieren muss. Somit ist es wichtig, für die medizinische Versorgung über die religiösen Überzeugungen und Spiritualität ihrer PatientInnen informiert zu sein (Daly, 2005).

## 6 LITERATURVERZEICHNIS

- Aguilar-Alonso, A. (1996). Personality and Creativity. *Personality and Individual Differences*, 21, 959-969.
- American Psychiatric Association (1987). *Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders* (3<sup>th</sup> ed.). Washington, DC.
- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders* (4<sup>th</sup> ed.). Washington, DC.
- Antonovsky, A. (1997). Salutogenese: Zur Entmystifizierung der Gesundheit (A. Franke, Hrsg., A. Franke & N. Schulte, Übers.). Tübingen: DGVT. [Original erschienen 1987: Unraveling the Mystery of Health – How People Manage Stress and Stay Well]
- Asendorpf, J. B. (2004). *Psychologie der Persönlichkeit* (3. Aufl.). Heidelberg: Springer.
- Asendorpf, J. B. (2007). *Psychologie der Persönlichkeit* (4. Auflage). Heidelberg: Springer Medizin Verlag.
- Assarian, F., Biqam, H. & Asqarnejad, A. (2006). An epidemiological study of obsessive-compulsive disorder among high school students and its relationship with religious attitudes. *Archives of Iranian Medicine*, 9 (2), 104-107.
- Barrett, D.W., Patock-Peckham, J.A., Hutchinson, G.T. & Nagoshi, C.T. (2005). Cognitive motivation and religious orientation. *Personality and Individual Differences*, 38, 461-474.
- Batey, M. & Furnman, A. (2008). The relationship between measures of creativity and schizotypy. *Personality and Individual Differences*, 45, 816-821.
- Baumann, K. (2007). Zwangsstörung und Religion aus heutiger Sicht. *Fortschritte der Neurologie und Psychiatrie*, 75 (10), 587-592.

- Beck, A.T., Steer, R.A. & Carbin, M.G. (1988). Psychometric properties of the Beck Depression Inventory: Twenty-Five years of evaluation. *Clinical Psychology Review*, 8, 77-100.
- Bennett, K., Shepherd, J. & Janca, A. (2012). Personality disorders and spirituality. *Current Opinion Psychiatry*, 26, 79-83.
- Berghändler, T. (2010). Spiritualität als Ergänzung des bio-psycho-sozialen Modells. *PrimaryCare*, 9, 162-164.
- Blazer, D.G. (2006). Spirituality, Depression, and the Elderly. *Southern Medical Association*, 99 (10), 1178-1179.
- Blazer, D.G. (2007). Section Introduction: Spirituality, depression and suicide. *Southern Medical Journal*, 100 (7), 733-734.
- Borg, J., Andree, B., Soderstrom, H. & Farde, L. (2003). The serotonin system and spiritual experiences. *American Journal of Psychiatry*, 160 (11), 1965-1969.
- Borkenau, P. & Ostendorf, F. (1989). Untersuchungen zum Fünf-Faktorenmodell der Persönlichkeit und seiner diagnostischen Erfassung. *Zeitschrift für Differentielle und Diagnostische Psychologie*, 10 (4), 239-251.
- Borkenau, P. & Ostendorf, F. (1993). *NEO-Fünf-Faktoren Inventar (NEO-FFI) nach Costa und McCrae. Handanweisung*. Göttingen: Hogrefe.
- Borkenau, P. & Ostendorf, F. (2008). *NEO-Fünf-Faktoren Inventar nach Costa und McCrae (NEO-FFI) (2. Aufl.)*. Göttingen: Hogrefe.
- Bortz, J. & Döring, N. (2006). *Forschungsmethoden und Evaluation für Human- und Sozialwissenschaftler (4. Aufl.)*. Heidelberg: Springer.
- Bowler, M.C, Bowler, J.L. & Phillips, B.C. (2009). The Big 5+/- 2? The impact of cognitive complexity on the factor structure of the five-factor model. *Personality and Individual Differences*, 47, 979-984.

- 
- Braam, A.W., Hein, E.H., Deeg, J.H., Twisk, J.W.R., Beekman, A.T.F. & Van Tilburg, J. (2004). Religious involvement and 6-year course of depressive symptoms in elder Dutch citizens. *Journal of Aging and Health*, 16 (4), 467-489.
  - Bradbury, D.A., Stirling, J., Cavill, J. & Parker, A. (2009). Psychosis-like experiences in the general population: A exploratory factor analysis. *Personality and Individual Differences*, 46, 729-734.
  - Bucher, A. (2007). *Psychologie der Spiritualität* (1. Aufl.). Weinheim: Beltz.
  - Bucher, A. A. (2008). Psychologie und Spiritualität- Skizzen zum aktuellen Forschungsstand. *Psychologie in Österreich*, 1, 12-15.
  - Bhugra, D. (1999). Mania: Clinical and research perspectives. *International Review of Psychiatry*, 11 (4), 339-340.
  - Burch, G. ST. J., Hemsley, D.R., Corr, P. J. & Gwyer, P. (2006). The relationship between incidental learning and multidimensional schizotypy as measured by the Oxford-Liverpool Inventory of Feelings and Experiences (O-LIFE). *Personality and Individual Differences*, 40, 385-394.
  - Cannon, M., Jones, P.B. & Murray, R.M. (2002). Obstetric complications and schizophrenia: Historical and meta-analytic review. *American Journal of Psychiatry*, 159 (7), 1080-1092.
  - Carlson, E. B., & Putnam, F. W. (1993). An update on the dissociative experiences scale. *Dissociation*, 6, 16–27.
  - Carlsson, A. & Lecrubier, Y. (2004). *Progress in Dopamine Research in Schizophrenia: A guide for physicians*. London: Taylor & Francis.
  - CIPS (Hrsg.). (1986). *Internationale Skalen für Psychiatrie* (3. Aufl.). Weinheim: Beltz.
  - Claridge, G. & Blakey, S. (2009). Schizotypy and affective temperament: Relationships with divergent thinking and creativity styles. *Personality and Individual Differences*, 46, 820- 826.

- 
- Clarkin, J.F., Foelsch, P.A. & Kernberg, O.F. (1995-2001). The Personality Disorders Institute, Department of Psychiatry, Weill College of Medicine of Cornell University, White Plains, New York.
  - Clarkin, J.F., Foelsch, P.A. & Kernberg, O.F. (2000): *Inventory of Personality Organisation*. New York: Weill Medical College of Cornell University.
  - Cohen, J., Cohen, P., West, S.G. & Aiken, L. S. (2003). *Applied multiple regression/Correlation Analysis for the Behavioral Sciences*. Mahwah, N.J.: Erlbaum.
  - Costa, P.T. & McCrae, R.R. (1989). *NEO PI/FFI manual supplement for use with the NEO Personality Inventory and the NEO Five-Factor Inventory*. Odessa, Fl.: Psychological Assessment Resources.
  - Cothran, M.M. & Harvey, P.D. (1986). Delusional thinking in psychotics: correlates of religious content. *Psychological Reports*, 58, 191-199.
  - Curlin, F.A. (2006). Spirituality and Lifestyle: What Clinicians need to know. *Southern Medical Association*, 99 (10), 1170-1171.
  - Curlin, F.A., Lawrence, R.E., Odell, S., Chin, M.H., Lantos, J.D., Koenig, H.G. et al. (2007). Religion, Spirituality and Medicine: Psychiatrists and other Physicians Differing Observations, Interpretations, and Clinical Approaches. *American Journal of Psychiatry*, 164, 1825-1831.
  - Daly, C.C. (2005). Definition of terms: Spirituality and Religiousness. *Southern Medical Association*, 98 (12), 1238-1239.
  - Dammann, G., Smole-Lindinger S., Buchheim P. (2002). IPO Inventar der Persönlichkeitsorganisation. In E. Brähler, J. Schumacher, B. Strauß (Hrsg.), *Diagnostische Verfahren in der Psychotherapie*. Weinheim: Beltz.
  - Darwin, H., Neave, N. & Holmes J. (2011). Belief in conspiracy theories. The role of paranormal belief, paranoid ideation and schizotypy. *Personality and Individual Differences*, 50, 1289-1293.

- Davidson, L.L. & Heinrichs, R.W. (2003). Quantification of frontal and temporal lobe brain imaging findings in schizophrenia: a meta-analysis. *Psychiatry Research-Neuroimaging*, 122 (2), 69-87.
- Day, S. & Peters E. (1999). The incidence of schizotypy in new religious movements. *Personality and Individual Differences*, 27, 55-67.
- Dedert, E.A., Studts, J.L., Weissbecker, I., Salmon, P.G., Banis, P.L. & Sephton, S.E. (2004). Religiosity may help preserve the cortisol rhythm in women with stress-related illness. *International Journal of Psychiatry in Medicine*, 34 (1), 61-77.
- Del Rosario, P.M. & White, R.M. (2005). The Narcissistic Personality Inventory: Test-retest stability and internal consistency. *Personality and Individual Differences*, 39, 1075-1081.
- Dezutter, J., Soenens, B. & Hutsebaut, D. (2006). Religiosity and mental health: a further exploration of the relative importance of religious behaviors vs. religious attitudes. *Personality and Individual Differences*, 40, 807-818.
- Dilling, H. & Freyberger, H.J. (2001). *Taschenführer zur Klassifikation psychischer Störungen ICD-10* (2. Aufl.). Bern: Huber.
- Dilling, H., Mombour, W. & Schmidt, M.H. (2008). *Internationale Klassifikation psychischer Störungen - ICD-10. Kapitel V(F) – Klinisch-diagnostische Leitlinien* (6. Aufl.). Bern: Huber.
- Dinn, W.M., Harris, C.L., Aycicegi, A., Greene, P. & Andover, M.S. (2002). Positive and negative schizotypy in a student sample: neurocognitive and clinical correlates. *Schizophrenia Research*, 56, 171-185.
- Dörr, A. (2001). *Religiosität und psychische Gesundheit. Zur Zusammenhangsstruktur spezifischer religiöser Konzepte*. Hamburg: Kovac.
- Dollahite, D.C. (1998). Fathering, faith, and spirituality. *The Journal of men`s studies*, 7, 3-15.

- 
- Dyer, A.R. (2011a). Spirituality and cancer: An Introduction. *Southern Medical Journal*, 104 (4), 287-288.
  - Dyer, A.R. (2011b). The Need for a New “New Medical Model”: A Bio-Psychosocial-Spiritual Model. *Southern Medical Journal*, 104 (4), 297-298.
  - Egan, E., Kroll, J., Carey, K., Johnson, M. & Erickson, P. (2004). Eysenck personality scales and religiosity in a US outpatient sample. *Personality and Individual Differences*, 37, 1023-1031.
  - Einstein, A. (n.d.). <http://zitate.net/wissenschaften.html>
  - Ellison, C.W. (1983). Spiritual Well-being: Conceptualization and Measurement. *Journal of Psychology and Theology*, 11 (4), 330-340.
  - Emmons, R.A. & Paloutzian, R.F. (2003). The Psychology of Religion. *Annual Review of Psychology*, 54, 377-402.
  - Engel, G.L. (1977). The need for a new Medical Model: A Challenge for Biomedicine. *Science*, 196, 129-136.
  - Engel, G.L. (1979). Die Notwendigkeit eines neuen medizinischen Modells: Eine Herausforderung der Biomedizin. In: Keupp, H. (Hrsg.). Normalität und Abweichung. Fortsetzung einer notwendigen Kontroverse. Urban und Schwarzenberg: München.
  - Erdfelder, E., Faul, F., & Buchner, A. (1996). GPOWER: A general power analysis program. *Behavior Research Methods, Instruments, & Computers*, 28, 1-11.
  - Exner, C. & Lincoln, T. (2011). Neuropsychologie schizophrener Störungen. In A. Thöne-Otto, H. Flor, S. Gauggel, S. Lautenbacher & H. Niemann (Hrsg.), *Fortschritte der Neuropsychologie* (Bd. 11). Göttingen: Hogrefe.
  - Eysenck, H.J. (1953). The effects of psychotherapy. *Journal of Counselling Psychology*, 16, 319–324.
  - Ferguson, E. (2001). Personality and coping traits: a joint factor analysis. *British Journal of Health Psychology*, 6, 311-325.

- Fisher, J.E., Mohanty, A., Herrington, J.D., Koven, N.S., Miller, G.A. & Heller, W. (2003). Neuropsychological evidence for dimensional schizotypy: Implications for creativity and psychopathology. *Journal of Research in Personality*, 38, 24-31.
- Folkman, S. (1997). Positive psychological states and coping with severe stress. *Social Science & Medicine*, 45 (8), 1207-1221.
- Francis, L.J., Robbins, M., Lewis, C.A., Quigley, C.F. & Wheeler, C. (2004). Religiosity and general health among undergraduate students: a response to O'Connor, Cobb, and O'Connor (2003). *Personality and Individual Difference*, 37, 485-494.
- Francis, L.J. & Wilcox, C. (1996). Religion and gender orientation. *Personality and Individual Differences*, 20 (1), 119-121.
- Franke, G.H. (1997). Erste Studien zur Brief Symptom Inventory (BSI). *Zeitschrift für Medizinische Psychologie*, 3-4, 159-166.
- Franke, G. H. (2000). *Brief Symptom Inventory von Derogatis. Kurzform der SCL-90-R (BSI)*. Göttingen: Beltz Test.
- Furnham, A. & Bachtiar, V. (2008). Personality and intelligence as predictors of creativity. *Personality and Individual Differences*, 45, 613-617.
- Gebler, F.A. (2008). Spiritualität und Psychotherapie – Problematik und Chance. *Psychologie in Österreich*, 1, 26-28.
- George, L.K., Larson, D.B., Koenig, H.G. & McCullough, M.E. (2000). Spirituality and Health: What we know, what we need to know. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 19 (1), 102-116.
- Gerber, D. (2004). *Esoterik - die unerfüllte Suche - Fakten und Erfahrungsberichte von Insidern und Aussteigern* (1. Taschenbuchauflage). Basel: Brunnen.
- Gomez, R. (2006). Gender invariance of the five-factor model of personality among adolescents: A mean and covariance structure analysis approach. *Personality and Individual Differences*, 41, 755-765.

- Gorsuch, R.L. & Venable, G.D. (1983). Development of an „Age Universal“ I-E scale. *Journal for the Scientific Study of Religion*, 22, 181-187.
- Gough, H. G. (1979). A creative personality scale for the Adjective Check List. *Journal of Personality and Social Psychology*, 37 (8), 1398-1405.
- Goulding, A. (2004). Schizotypy models in relation to subjective health and paranormal beliefs and experiences. *Personality and Individual Differences*, 37, 157-167.
- Goulding, A. (2005). Healthy schizotypy in a population of paranormal believers and experiencers. *Personality and Individual Differences*, 38, 1069-1083.
- Grom, B. (2007). *Religionspsychologie* (3. Aufl.). München: Kösel-Verlag.
- Groth-Marnat, G. & Jeffs, M. (2002). Personality factors from the five-factor model of personality that predict dissociative tendencies in a clinical population. *Personality and Individual Differences*, 32, 969-976.
- Gruzelier, J. (2002). A Janusian perspective on the nature, development and structure of schizophrenia and schizotypy. *Schizophrenia Research*, 54, 95-103.
- Guilford, J.P. (1950). *Creativity*. *American Psychologist*, 5, 444-454.
- Hautzinger, M., Bailer, M., Worall, H. & Keller, F. (1994). *Beck-Depressions-Inventar (BDI)*. Bern: Huber.
- Hautzinger, M., Bailer, M., Worall, H. & Keller, F. (1995). *Beck-Depressions-Inventar (BDI) Testhandbuch* (2. überarbeitete Aufl.). Bern: Hans Huber.
- Hautzinger, M., Keller, F. & Kühner, C. (im Druck). *Deutsche Adaption des Beck-Depressions-Inventar BDI-II*. Frankfurt: Harcourt Test Services.
- Heinemann, B. & Wörmann, V. (2010). Psychische Beanspruchung, Lebenszufriedenheit und Religiosität: Beeinflusst Religiosität den Zusammenhang zwischen psychischer Beanspruchung und Lebenszufriedenheit bei Patienten mit

psychischen Erkrankungen? *Internationale Zeitschrift für Philosophie und Psychosomatik*, 1, 1-16.

- Henningsgaard, J.M. & Arnau, R.C. (2008). Relationships between religiosity, spirituality, and personality: A multivariate analysis. *Personality and Individual Differences*, 45, 703-708.
- Hergovich, A., Schott, R. & Arendasy, M. (2008). On the relationship between paranormal belief and schizotypy among adolescents. *Personality and Individual Differences*, 45, 119-125.
- Hills, P., Francis, L.J., Argyle, M. & Jackson, C.J. (2004). Primary personality trait correlates of religious practice and orientation. *Personality and Individual Differences*, 36, 61-73.
- Hood, Jr., R.W., Hill, P.C. & Spilka, B. (2009). *The Psychology of Religion* (4. Aufl.) New York: The Guilford Press.
- Howes, O.D. & Kapur, S. (2009). The dopamine hypothesis of schizophrenia: Version III – The final common pathway. *Schizophrenia Bulletin*, 35, 549-562.
- Huber, S. (2008a). Der Religiositäts-Struktur-Test (R-S-T). Kernkonzepte und Anwendungsperspektiven. Prävention. *Zeitschrift für Gesundheitsförderung*, 31 (2), 38-39.
- Huber, S. (2008b). Kerndimensionen, Zentralität und Inhalt. Ein interdisziplinäres Modell der Religiosität. *Journal für Psychologie*, 3, 1-17.
- Huntley, C. & Peters, T. (2005). Paranormal beliefs, religious beliefs and personality correlates. Bachelorarbeit, Manchester Metropolitan University, U.K..
- Irwin, H. J. (1990). Fantasy proneness and paranormal beliefs. *Psychological Reports*, 66, 655-658.
- Johns, L.C. & Van Os, J. (2001). The continuity of psychotic experience in the general population. *Clinical Psychology Review*, 21 (8), 1125-1141.

- 
- Jorm, A. F. & Christensen, H. (2004). Religiosity and personality: evidence for non-linear associations. *Personality and Individual Differences*, 36, 1433-1441.
  - Kehoe, N. (2007). Spirituality Groups in Serious Mental Illness. *Southern Medical Journal*, 100 (6), 647-648.
  - Kendler, K.S., Liu, X.Q., Gardner, C.O., McCullough, M.E., Larson, D. & Prescott, C.A. (2003). Dimensions of religiosity and their relationship to lifetime psychiatric and substance use disorders. *American Journal of Psychiatry*, 160 (3), 496-503.
  - Kennedy, J.E. (2004). The Roles of Religion, Spirituality, and Genetics in Paranormal Beliefs. *Skeptical Inquirer*, 28 (2), 39-42.
  - Kennedy, J. (2009). Spiritual Views of Life: Different Forms of Spirituality for Different Personalities. Zugriff am 21.02.2014 <http://jeksite.org/integrate/spiritualview.htm>.
  - Kim, J., Nesselroade, J.R. & McCullough, M.E. (2009). Dynamic Factor Analysis of Worldviews/Religious Beliefs and Well-Being among Older Adults. *Journal of Adult Development*, 16, 87-100.
  - Kim, Y. & Seidlitz, L. (2002). Spirituality moderates the effect of stress on emotional and physical adjustment. *Personality and Individual Difference*, 32, 1377-1390.
  - Kosek, R.B. (1999). Adaption of the Big Five as a hermeneutic instrument for religious constructs. *Personality and Individual Differences*, 27, 229-237.
  - König, H.G. (2005). Religion, Spirituality and Medicine: The Beginning of a New Era. *Southern Medical Journal*, 98 (12), 1235-1236.
  - König, H.G. (2007). Religion, Spirituality and psychotic disorders. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 34 (1), 40-48.
  - König, H.G., Cohen, H.J., George, L.K., Hays, J.C., Larson, D.B. & Blazer, D.G. (1997). Attendance at religious services, interleukin-6, and other biological parameters of immune function in older adults. *International Journal of Psychiatry in Medicine*, 27 (3), 233-250.

- König, H.G., George, L.K., Hays, J.C., Larson, D.B., Cohen, H.J. & Blazer, D.G. (1998). The relationship between religious activities and blood pressure in older adults. *International Journal of Psychiatry in Medicine*, 28 (2), 189-213.
- Krzystanek, M., Krysta, K., Klasik, A. & Krupka-Matuszczyk, I. (2012). Religious content of hallucinations in paranoid schizophrenia. *Psychiatria Danubina*, 24 (1), 65-69.
- Kubarych, T.S., Deary, I.J. & Austin, E.J. (2004). The Narcissistic Personality Inventory: factor structure in a non-clinical sample. *Personality and Individual Differences*, 36, 857-872.
- Kurup, R.K. & Kurup, P.A. (2003). Hypothalamic digoxin, hemispheric chemical dominance, and spirituality. *International Journal of Neuroscience*, 113 (3), 383-393.
- Kwapil, T.R., Wrobel, M.J. & Pope, C.A. (2002). The five-factor personality structure of dissociative experience. *Personality and Individual Difference*, 32, 431-443.
- Längle, A. (2008). Die spirituelle Verwurzelung der Existenz. *Psychologie in Österreich*, 1, 18-25.
- Leichsenring, F. (1997). *Borderline-Persönlichkeits-Inventar (BPI)*. Göttingen: Hogrefe.
- Leichsenring, F. (1998). Borderline-Persönlichkeits-Inventar (BPI). Ein Instrument zur Erfassung der Persönlichkeits-Organisation. *Persönlichkeitsstörungen: Theorie und Therapie*, 4, 164-168.
- Lewis, C.A. & Maltby, J. (1995). Religiosity and personality among U.S. adults. *Personality and Individual Differences*, 18 (2), 293-295.
- Lewis, C.A. & Maltby, J. & Day, L. (2005). Religious orientation, religious coping and happiness among UK adults. *Personality and Individual Differences*, 38, 1193-1202.
- Loewenthal, K.M., MacLeod, A.K. & Cinnirella, M. (2002). Are women more religious than men? Gender differences in religious activity among different religious groups in the UK. *Personality and Individual Differences*, 32, 133-139.

- Lohr, J.B. & Caligiuri, M.P. (1997). Lateralized hemispheric dysfunction in the major psychotic disorders: historical perspectives and findings from a study of motor asymmetry in older patients. *Schizophrenia Research*, 27, 191-198.
- Loughland, C.M. & Williams, L.M. (1997). A cluster analytic study of schizotypal trait dimensions. *Personality and Individual Differences*, 23, 877-883.
- Lukoff, D. (2007a). Spirituality in the Recovery from Persistent Mental Disorders. *Southern Medical Journal*, 100 (6), 642-646.
- Lukoff, D. (2007b). Visionary Spiritual Experiences. *Southern Medical Journal*, 100 (6), 635-641.
- MacDonald, D.A. & Holland, D. (2002). Examination of the psychometric properties of the temperament and character inventory self-transcendence dimension. *Personality and Individual Differences*, 32, 1013-1027.
- MacPherson, J.S. und Kelly, S.W. (2011). Creativity and positive schizotypy influence the conflict between science and religion. *Personality and Individual Differences*, 50, 446-450.
- Mäki, P., Veijola, J., Jones, P.B., Murray, G.K., Koponen, H., Tieneri, P., et al. (2005). Predictors of schizophrenia – a review. *British Medical Bulletin*, 73 und 74, 1-15.
- Mahurin, R.K., Velligan, D.I. & Miller, A.L. (1998). Executive-frontal lobe cognitive dysfunction in schizophrenia: A symptom subtype analysis. *Psychiatry research*, 79, 139-149.
- Maltby, J. (1999). Religious orientation and Eysenck`s personality dimensions: The use of the amended religious orientation scale to examine the relationship between religiosity, psychoticism, neuroticism and extraversion. *Personality and Individual Differences*, 26, 79-84.
- Maltby, J. & Day, L. (2000). Depressive symptoms and religious orientation: examining the relationship between religiosity and depression within the context of other correlates of depression. *Personality and Individual Differences*, 28, 383-393.

- Maltby, J. & Day, L. (2001). Spiritual involvement and belief: the relationship between spirituality and Eysenck's personality dimensions. *Personality and Individual Differences*, 30, 187-192.
- Maltby, J. & Day, L. (2003). Religious orientation, religious coping and appraisals of stress: assessing primary appraisal factors in the relationship between religiosity and psychological well-being. *Personality and Individual Differences*, 34, 1209-1224.
- Maltby, J. & Day, L. (2004). Should never the twain meet? Integrating models of religious personality and religious mental health. *Personality and Individual Differences*, 36, 1275-1290.
- Maltby, J., Garner, I., Lewis, C.A. & Day, L. (2000). Religious orientation and schizotypal traits. *Personality and Individual Differences*, 28, 143-151.
- Maltby, J. & Lewis, C. A. (1996). Measuring intrinsic and extrinsic orientation toward religion: Amendments for its use among religious and non-religious samples. *Personality and Individual Differences*, 21 (6), 937-946.
- Maltby, J., Talley, M., Cooper, C. & Leslie, J.C. (1995). Personality effects in personal and public orientations toward religion. *Personality and Individual Differences*, 19 (2), 157-163.
- Mascaro, N., Rosen, D.H. & Morey, L.C. (2004). The development, construct validity, and clinical utility of the spiritual meaning scale. *Personality and Individual Differences*, 37, 845-860.
- Mason, O., Claridge, G., & Jackson, M. (1995). New scales for the assessment of schizotypy. *Personality and Individual Differences*, 18, 7-13.
- Mattis, J.S., Fontenot, D.L., Hatcher-Kay, C.A. (2003). Religiosity, racism, and dispositional optimism among African Americans. *Personality and Individual Differences*, 34, 1025-1038.
- Maxwell, K., Donnellan, M.B., Hopwood, C.J. & Ackerman, R.A. (2011). The two faces of Narcissism? An empirical comparison of the Narcissistic Personality

Inventory and the Pathological Narcissism Inventory. *Personality and Individual Differences*, 50, 577-582.

- McCreery, C. & Claridge, G. (1996). A study of hallucination in normal subjects – 1. Self-Report Data. *Personality and Individual Differences*, 21 (5), 739-747.
- McCreery, C. & Claridge, G. (2002). Healthy schizotypy: the case of out-of-body experiences. *Personality and Individual Differences*, 32, 141-154.
- McCullough, M.E., Enders, C.K., Friedmann, H.S. & Martin, L.R. (2009). Does Devoutness Delay Death? Psychological Investment in Religion and its Association with Longevity in the Terman Sample. *Journal of Personality and Social Psychology*, 97 (5) 866-882.
- McCullough, M.E., Hoyt, W.T., Larson, D.B., König, H.G. & Thoresen, C. (2000). Religious Involvement and Mortality: A Meta-Analytic Review. *Health Psychology*, 19 (3), 211-222.
- Mehnert, A. (2008). Der Einfluss von religiöser und sinnbasierter Krankheitsverarbeitung auf Angst und Depressivität bei Brustkrebspatientinnen im Krankheitsverlauf. *Psychologie in Österreich*, 1, 72-77.
- Menezes Jr., A. & Moreira-Almeida, A. (2009). Differential diagnosis between spiritual experiences and mental disorders of religious content. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 36, 75-82.
- Menezes, A. & Moreira-Almeida, A. (2010). Religion, Spirituality, and Psychosis. *Current Psychiatry Reports*, 12, 174-179.
- Merkelbach, H. & Giesbrecht, T. (2006). Subclinical dissociation, schizotypy, and traumatic distress. *Personality and Individual Differences*, 40, 365-374.
- Miller, J.D., Dir, A., Gentile, B. Wilson, L., Pryor, L.R. & Campbell, W.K. (2010). Searching for a Vulnerable Dark Triad: Comparing Factor 2 Psychopathology, Vulnerable Narcissism, and Borderline Personality Disorder. *Journal of Personality*, 78, 1529-1564.

- Miller, J. D., Hoffman, B. J., Gaughan, E. T., Gentile, B., Maples, J., & Campbell, W. K. (2011). Grandiose and vulnerable narcissism: A nomological network analysis. *Journal of Personality, 79*, 1013–1042.
- Miller, J.D., Price, J., Gentile, B., Lynam, D.R. & Campbell, W.K. (2012). Grandiose and vulnerable narcissism from the perspective of the interpersonal circumplex. *Personality and Individual Differences, 53*, 507-512.
- Mohanty, A., Herrington, J.D., Koven, N.S., Fisher, J.E., Wenzel, E.A., Webb, A.G. et al. (2005). Neuronal mechanisms of affective interference in schizotypy. *Journal of abnormal Psychology, 114* (1), 16-27.
- Montgomery, S.A. & Asberg, M. (1979). A new depression rating scale designed to be sensitive to change. *Britisch Journal of Psychiatry, 134*, 382-389.
- Murken, S. (1998). *Gottesbeziehung und psychische Gesundheit. Die Entwicklung eines Modells und seine empirische Überprüfung*. Münster: Waxmann.
- Murken, S. (1997). Ungesunde Religiosität- Entscheidungen der Psychologie. In G.M. Klinkhammer, S. Rink, & T. Frick (Hrsg.), *Kritik an Religionen. Religionswissenschaft und der kritische Umgang mit Religionen* (S.157-172). Marburg: Diagonal.
- Murken, S. & Namini, S. (2006). Religionspsychologie. In K. Pawlik (Hrsg.), *Handbuch Psychologie: Wissenschaft – Anwendung – Berufsfelder* (Kap. 64, S. 903-910). Heidelberg: Springer.
- Murken, S. & Namini, S. (2004). Selbst gewählte Mitgliedschaft in religiösen Gemeinschaften: Ein Versuch der Lebensbewältigung. In C. Zwingmann & H. Moosbrugger (Hrsg.), *Religiosität: Messverfahren und Studien zu Gesundheit und Lebensbewältigung. Neue Beiträge zur Religionspsychologie*. Münster: Waxmann.
- Neumann, N.U. & Schulte, R.M. (1988). Montgomery-Asberg-Depressions-Rating-Skala. Bestimmung der Validität und Interrater-Reliabilität der deutschen Fassung. *Psycho, 14* (88), 911-924.
- O'Reilly, T., Dunbar, R. & Bentall, R. (2001). Schizotypy and creativity: an evolutionary connection? *Personality and Individual Difference, 31*, 1067-1078.

- 
- Orenstein, A. (2002). Religion and paranormal belief. *Journal of the Scientific Study of Religion*, 41 (2), 301-3011.
  - Ostermann, T. & Büssing, A. (2007). Spiritualität und Gesundheit: Konzepte, Operationalisierung, Studienergebnisse. *Musiktherapeutische Umschau*, 28, 217-230.
  - Paulhus, D.L. & Williams, K.M. (2002). The Dark Triad of personality: Narcissism, Machiavellianism, and psychopathy. *Journal of Research in Personality*, 36, 556-563.
  - Peteet, J. (2007). Spirituality and Mental Health. *Southern Medicine Journal*, 100 (6), 620.
  - Peters, E., Day, S., Mckenna, J. & Orbach, G. (1999). Delusional ideation in religious and psychotic populations. *British Journal of Clinical Psychology*, 38, 83-96.
  - Peters, E., Joseph, S., Day, S. & Garety, P. (2004). Measuring delusional ideation: the 21-item Peters et al. Delusions Inventory (PDI). *Schizophrenia Bulletin*, 30 (4), 1005-1022.
  - Peters, E.R, Stephen, A.J. & Garety, P.A. (1999). Measurement of Delusional Ideation in the Normal Population: Introducing the PDI (Peters et al. Delusions Inventory). *Schizophrenia Bulletin*, 25 (3), 553-576.
  - Piedmont, R. L. (1999). Does Spirituality Represent the Sixth Factor of Personality? Spiritual Transcendence and the Five-Factor Model. *Journal of Personality*, 67, 985-1013.
  - Piedmont, R.L. (2004). Spiritual Transcendence as a Predictor of Psychosocial Outcome From an Outpatient Substance Abuse Program. *Psychology of Addictive Behaviors*, 18 (3), 213-222.
  - Pincus, A.L., Ansell, E.B., Pimental, C.A., Cain, N.M., Wright, A.G.C. & Levy, K.N. (2009). Initial construction and validation of the pathological narcissism inventory. *Psychological Assessment*, 21, 365-379.
  - Raine, A. & Benishay, D. (1995). The SPQ-B: A Brief Screening Instrument for Schizotypal Personality Disorder. *Journal of Personality Disorders*, 9 (4), 346-355.

- 
- Raskin, R. & Hall, C.S. (1979). A Narcissistic Personality Inventory. *Psychological Reports*, 45, 590.
  - Raskin, R. & Hall, C.S. (1981). The Narcissistic Personality Inventory, Alternate form reliability and further evidence of construct validity. *Journal of Personality Assessment*, 45, 159-162.
  - Raskin, R. & Terry, H. (1988). A principle components analysis of the Narcissistic Personality Inventory and further evidence of its construct validity. *Journal of Personality and Social Psychology*, 54 (5), 890-902.
  - Rawlings, D., Williams, B., Haslam, N. & Claridge, G. (2008). Taxometric analysis supports a dimensional latent structure for schizotypy. *Personality and Individual Differences*, 44, 1640-1651.
  - Reiter, A. (2008). Psychologie und Spiritualität. *Psychologie in Österreich*, 1, 6-11.
  - Renz, M. (2003). *Grenzerfahrung Gott. Spirituelle Erfahrungen in Leid und Krankheit*. Freiburg i.Br.: Herder.
  - Reyes-Ortiz, C.A. (2006). Spirituality, Disability and Chronic Illness. *Southern Medical Journal*, 99 (10), 1172-1173.
  - Reynolds, C.A., Raine, A., Mellingen, K., Venables, P.H. & Mednick, S.A. (2000). Three-Factor Model of Schizotypal Personality: Invariance Across Culture, Gender, Religious Affiliation, Family Adversity, and Psychopathology. *Schizophrenia Bulletin*, 26 (3), 603-618.
  - Roig, M., Bridges, R.K., Renner, C.H. & Jackson, C.R. (1998). Belief in the paranormal and its association with irrational thinking controlled for context effects. *Personality and Individual Differences*, 24 (2), 229-236.
  - Ruch, W. (1999). Die revidierte Fassung des Eysenck Personality Questionnaire und die Konstruktion des deutschen EPQ-R bzw. EPQ-RK. *Zeitschrift für Differentielle und Diagnostische Psychologie*, 20, 1999, 1-24.

- 
- Ruegg, R., & Frances, A. (1995). New research in personality disorders. *Journal of Personality Disorders*, 9 (1), 1-48.
  - Runco, M.A., Plucker, J.A. & Lim, W. (2001). Development and psychometric Integrity of a measure of ideational behavior. *Creativity research journal*, 13 (3 & 4), 393-400.
  - Sachse, R. & Kiszkenow-Bäker, S. (2014). Persönlichkeitsstörungen und affektive Störungen. *Psychologie in Österreich*, 34, 7-15.
  - Saggino, A. (2000). The Big Three or the Big Five? A replication study. *Personality and Individual Differences*, 28, 879-886.
  - Saroglou, V. (2002). Religion and five factors of personality: a meta-analytic review. *Personality and Individual Differences*, 32, 15-25.
  - Saß, H., Wittchen, H.U. & Zaudig, M. (Hrsg.). (2001). *DSM-IV: Diagnostisches und statistischen Manual psychischer Störungen*. Göttingen: Hogrefe.
  - Schofield, K. & Claridge, G. (2007). Paranormal experiences and mental health: Schizotypy as an underlying factor. *Personality and Individual Differences*, 43, 1908-1916.
  - Scholte, R.H.J. & De Bruyn, E.E.J. (2004). Comparison of the Giant Three and the Big Five in early adolescents. *Personality and Individual Differences*, 36, 1353-1371.
  - Schowalter, M & Murken, S. (2003). Religion und Gesundheit - empirische Zusammenhänge komplexer Konstrukte. In C. Henning, S. Murken & E. Nestler (Hrsg.), *Einführung in die Religionspsychologie* (S.138-162). Paderborn: Ferdinand Schöningh.
  - Schütz, A., Marcus, B. & Sellin, I. (2004). Die Messung von Narzissmus als Persönlichkeitskonstrukt: Psychometrische Eigenschaften einer Lang- und einer Kurzform des Deutschen NPI (Narcissistic Personality Inventory). *Diagnostica*, 50 (4), 202-218.
  - Schuhmaker, J.F. (Hrsg.). (1992). *Religion and Mental Health*. New York: Oxford University Press.

- Schutte, J.W. & Hosch, H.M. (1996). Optimism, Religiosity, and Neuroticism: A Cross-Cultural study. *Personality and Individual Differences*, 20 (2), 239-244.
- Schafranske E.P. (1996). Religious beliefs, affiliations, and practices of clinical psychologist. In E.P. Shafranske (Ed.), *Religion and the clinical practice of psychology*, Washington D.C.: American Psychological Association, 149-162.
- Siddle, R., Haddock, G., TARRIER, N. & Faragher, E.B. (2002). Religious delusions in patients admitted to hospital with schizophrenia. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 37, 130-138.
- Steen, R.G., Mull, C., McClure, R., Hamer, R.M. & Lieberman, J.A. (2006). Brain volume in first-episode schizophrenia: Systematic review and meta-analysis of magnetic resonance imaging studies. *The British Journal of Psychiatry*, 188 (6), 510-518.
- Stoneham, A.C.S. & Coughtrey, A.E. (2009). The role of schizotypy and creativity in a group problem-solving task. *Personality and Individual Differences*, 46, 827-831.
- Szeszko, P.R., Strous, R.D., Goldman, R.S., Ashtari, M., Knuth, K.H. Lieberman, J.A et al. (2002). Neuropsychological correlates of hippocampal volumes in patients experiencing a first episode of schizophrenia. *American Journal of Psychiatry*, 159 (2), 217-226.
- Tartaro, J., Luecken, L.J. & Gunn, H.E. (2005). Exploring heart and soul: effects of religiosity/spirituality and gender on blood pressure and cortisol stress responses. *Journal of Health Psychology*, 10 (6), 753-766.
- Taylor, A. & MacDonald, D.A. (1999). Religion and five factor model of personality: An exploratory investigation using a Canadian university sample. *Personality and Individual Differences*, 27, 1243-1259.
- Testerman, J.K. (1997). *Spirituality vs. Religion: Implications for healthcare*. Institute for Christian Teaching Education Department of Seventh-day Adventists.
- Tobacyk, J.J. (2004). A Revised Paranormal Belief Scale. *The International Journal of Transpersonal Studies*, 23, 94-98.

- Tobacyk, J., & Milford, G. (1983). Belief in paranormal phenomena: Assessment instrument development and implications for personality functioning. *Journal of Personality and Social Psychology*, 44, 48–655.
- Torrance, E.P. (1966). *Torrance tests of creative thinking*. Lexington: Personnel Press.
- Triller, C. (2003). *Faktorenstruktur des NPI\_R*. Unveröffentlichte Dissertation, Rheinisch-Westfälische Technische Hochschule Aachen.
- Unterrainer, H.-F. (2005). *Das Konstrukt der religiös-spirituellen Befindlichkeit: Testpsychologische Operationalisierung im Kontext von seelischer Gesundheits- und Krankheitsverarbeitung*. Unveröffentl. Dissertation, Karl-Franzens-Universität Graz.
- Unterrainer, H.-F. (2007). *Spiritualität und Krankheitsbewältigung. Glaube als Ressource in der Krankheitsverarbeitung*. Saarbrücken: VDM.
- Unterrainer, H.-F. (2008). Spiritualität und psychische Erkrankung. Erste Ergebnisse eines interdisziplinären Forschungsprojektes zwischen Pastoraltheologie, Psychiatrie und Klinischer Psychologie. *Erstausgabe: Veröffentlichungen junger WissenschaftlerInnen der Karl-Franzens-Universität Graz*, 1. Graz: Uni-Press.
- Unterrainer, H.-F. (2010). *Seelenfinsternis? Struktur und Inhalt der Gottesbeziehung im klinisch-psychiatrischen Feld*. Münster: Waxmann.
- Unterrainer, H.-F. & Fink, A. (2013). Das Multidimensionale Inventar zum religiös-spirituellen Befinden (MI-RSB). *Diagnostika*, 59 (1), 33-44.
- Unterrainer, H.-F., Huber, H.-P., Ladenhauf, K.H., Wallner-Liebmann, S.J. & Liebmann, P.M. (2010b). MI-RSB 48: Die Entwicklung eines multidimensionalen Inventars zum religiös-spirituellen Befinden. *Diagnostika*, 56 (2), 82-93.
- Unterrainer, H.-F., Huber, H.P., Sorgo, J.M., Collicut, J. & Fink, A. (2011). Dimensions of religious/spiritual well-being and schizotypal personality. *Personality and Individual Differences*, 51, 360-364.

- Unterrainer, H.-F. & Ladenhauf, K.H. (2008). Religiös-spirituelles Befinden im Kontext seelischer Gesundheit und Krankheitsverarbeitung: Ergebnisse eines interdisziplinären Forschungsprojekts. *Psychologie in Österreich*, 1, 54-61.
- Unterrainer, H.-F., Ladenhauf, K.H., Moazed, M.L., Wallner-Liebmann, S.J. & Fink, A. (2010). Dimensions of religious/spiritual Well-Being and their relation to Personality and Psychological Well-Being. *Personality and Individual Difference*, 49, 192-197.
- Unterrainer, H.F. & Moazed & Fink. (2010). O-LIFE: Oxford-Liverpool Inventar für Gefühle und Erfahrungen. Karl Franzens-Universität: Graz.
- Utsch, M. (2006). Religion und Psychologie . In B. Weyel & W. Gräb (Hrsg.), *Religion in der modernen Lebenswelt. Erscheinungsformen und Reflexionsperspektiven*. (296-314). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Utsch, M. (2007). Individualpsychologie der Religion und Spiritualität- Immanente und transzendente Deutungen des Gemeinschaftsgefühls. In U. Lehmkuhl, H. Sasse & P. Wahl (Hrsg.), *Wozu leben wir? Sinnfragen und Werte heute* (S.165-188). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Van Os, J. & Kapur, K. (2009). Schizophrenia. *Lancet*, 374, 635-645.
- White, J., Joseph, S. & Neil, A. (1995). Religiosity, psychoticism, and schizotypal traits. *Personality and Individual Differences*, 19 (6), 847-851.
- Wolfradt, U. (1997). Dissociative experiences, trait anxiety and paranormal beliefs. *Personality and Individual Differences*, 23 (1), 15-19.
- Woods, T.E., Antoni, M.H., Ironson, G.H. & Kling, D.W. (1999). Religiosity is associated with affective and immune status in symptomatic HIV-infected gay men. *Journal of Psychosomatic Research*, 46 (2), 165-176.
- Yeung, W.J. & Chan, Y. (2007). The positive effects of religiousness on mental health in physically vulnerable populations: A review. *International Journal of Psychosocial Rehabilitation*, 11 (2), 37-52.

- Zanes, J., Ross, S., Hatfield, R., Houtler, B. und Whitman, D. (1998). Notes and shorter communications – The relationship between creativity and psychosis-proneness. *Personality and Individual Differences*, 24 (6), 879-881.
- Zimmermann, J., Benecke, C., Hörz, S., Rentrop, M., Peham, D., Bock, A., et al. (2013). Validierung einer deutschsprachigen 16-Item-Version des Inventars der Persönlichkeitsorganisation (IPO-16). *Diagnostica*, 59 (1), 3-16.
- Zwingmann, C., Wirtz, M., Müller, C., Körber, J. & Murken, S. (2006). Positiv and Negative Religious Coping in German Breast Cancer Patients. *Journal of Behavioral Medicine*, 29 (6), 533-547.

## TABELLENVERZEICHNIS

Tabelle 1:	Gegenüberstellung von Spiritualität und Religiosität (Bucher, 2007) .....	17
Tabelle 2:	Übersicht möglicher deutschsprachiger Testverfahren zur Erhebung von Spiritualität (Bucher, 2007) .....	22
Tabelle 3:	Übersicht der Messinstrumente zur Erhebung unterschiedlicher Aspekte der Spiritualität und Religiosität (Ostermann & Büssing, 2007).....	24
Tabelle 4:	Überblick von Kriterien möglicher Differenzierungen zwischen einer Psychose und einer spirituellen Erfahrung (Menezes & Moreira-Almeida, 2009).....	51
Tabelle 5:	Überblick über die einzelnen unabhängigen Variablen.....	60
Tabelle 6:	Soziodemografische Daten: Geschlecht, Bildungsstatus, Erwerbstätigkeit, Familienstand, Kinder, Glaubensbekenntnis der erhobenen Stichproben.....	64
Tabelle 7:	Anamnestische Daten: Suiziderfahrung, Gewalterfahrung in der Kindheit, Alkohol/Drogenmissbrauch in der Familie, Straftat .....	68
Tabelle 8:	Mittelwerte und Standardabweichungen der beiden Stichproben bezüglich der Subskalen im Multivariaten Inventar zum religiös-spirituellen Befinden (MIRSB).....	86
Tabelle 9:	Mittelwerte und Standardabweichungen der Männer und Frauen bezüglich der Subskalen im Multivariaten Inventar zum religiös-spirituellen Befinden (MIRSB).....	87
Tabelle 10:	Mittelwerte und Standardabweichung der gesunden und schizophrenen Stichprobe bezüglich der Zentralitätsskala .....	88
Tabelle 11:	Darstellung der Mittelwerte (M) und Standardabweichungen (SD) beider Untersuchungsgruppen hinsichtlich der Subskalen im BSI .....	93
Tabelle 12:	zeigt Mittelwerte (M) und Standardabweichung (SD) beider Untersuchungsgruppen im Hinblick EPQs.....	94
Tabelle 13:	Mittelwerte (M) und Standardabweichungen (SD) der beiden Gruppen hinsichtlich der Subskalen des Inventars zur Persönlichkeitsorganisation (IPO).....	95
Tabelle 14:	Darstellung der Mittelwerte und Standardabweichungen beider Stichproben bezüglich der Subskalen im Oxford-Liverpool inventory of feelings and experiences (O-LIFE) .....	96
Tabelle 15:	Mittelwerte und Standardabweichung sowie statistische Ergebnisse aller drei Gruppen (niedrig schizotyp, hoch schizotyp, schizophren) bezüglich der Skalen im Oxford-Liverpool Inventory of Feelings and Experiences (O-LIFE) .....	97
Tabelle 16:	Mittelwerte und Standardabweichungen – Narzissmus-Persönlichkeitsinventar.....	98
Tabelle 17:	Mittelwerte und Standardabweichungen innerhalb der gesunden Stichprobe (niedrig schizotyp vs. hoch schizotyp) im Borderline-Persönlichkeitsfragebogen (BPI).....	99
Tabelle 18:	Mittelwerte und Standardabweichungen der beiden gesunden Gruppen (niedrig schizotyp vs. hoch schizotyp) bezüglich Kreativität (TEKT).....	100
Tabelle 19:	Mittelwerte und Standardabweichungen der beiden gesunden Stichproben (niedrig schizotyp vs. hoch schizotyp) bezüglich des kreativen Denkens.....	101

Tabelle 20:	Interkorrelationen der Subskalen zum religiös/spirituellen Wohlbefinden und der Zentralität in der Gesamtstichprobe.....	102
Tabelle 21:	Interkorrelationen der einzelnen Persönlichkeitsdimensionen in der Gesamtstichprobe .....	103
Tabelle 22:	Interkorrelationen der psychopathologischen Parameter in der Gesamtstichprobe .....	104
Tabelle 23:	Korrelationen zwischen soziodemografischen Daten und religiös-spirituellem Befinden in der Gesamtstichprobe.....	105
Tabelle 24:	Korrelationen zwischen anamnestischen Daten und religiös-spirituellen Befinden in der gesunden Stichprobe.....	106
Tabelle 25:	Korrelationen zwischen anamnestischen Daten und religiös-spirituellen Befinden in der schizophrenen Stichprobe .....	106
Tabelle 26:	Korrelationen zwischen psychopathologischer Symptomatik und religiös-spirituellem Befinden in der Gesamtstichprobe.....	108
Tabelle 27:	Zusammenhang zwischen Persönlichkeit, Religiosität und Spiritualität in der gesunden Stichprobe .....	110
Tabelle 28:	Zusammenhang zwischen Persönlichkeit, Religiosität und Spiritualität in der schizophrenen Stichprobe (N = 40) .....	111
Tabelle 29:	Zeigt die einzelnen Gruppenvergleiche der signifikanten Korrelationen in der jeweiligen Stichprobe .....	112
Tabelle 30:	Korrelationen zwischen Kreativität und dem religiös-spirituellem Befinden in der gesunden Stichprobe .....	113
Tabelle 31:	Interkorrelationen zwischen dem Fremdbeurteilungsinventar MADR, BPRS sowie dem BDI und dem OLIFE in der schizophrenen Stichprobe. (N = 37).....	114
Tabelle 32:	Regressionsanalyse, Kriterium: Ausmaß an Schizotypie erhoben mit der Variable „Total-O-LIFE“ (N = 183) .....	115

## ABBILDUNGSVERZEICHNIS

Abbildung 1:	Modell zum dynamischen Zusammenhang zwischen Religiosität und Lebensdauer ((McCullough, Enders, Friedman und Martin, 2009)).....	44
Abbildung 2:	Darstellung der Datencodierung zur Gewährleistung der Anonymität.....	62
Abbildung 3:	Darstellung der bisherigen Drogenerfahrung in der Gesamtstichprobe ...	66
Abbildung 4:	Auflistung der aktuellen Medikamenteneinnahme der klinischen Stichprobe.....	67
Abbildung 5:	Darstellung der Häufigkeit von einzelnen Hauptdiagnosen der klinischen StudienteilnehmerInnen.....	69

---

Abbildung 6:	Darstellung der prozentualen Häufigkeit der Komorbiditäten in der schizophrenen Stichprobe .....	70
Abbildung 7:	Darstellung des Beispielitems im TEKD bezüglich der Warum-Fragen ...	81
Abbildung 8:	Darstellung des ersten Items im Bildergänzungsteil im TTCT .....	82
Abbildung 9:	Darstellung der signifikanten Wechselwirkung zwischen Gruppe und Geschlecht bezüglich der visuellen Analogskala 2. Die Kovariate Alter hat einen signifikanten Einfluss bezüglich der Selbsteinschätzung des Ausmaßes an Religiosität .....	90
Abbildung 10:	Darstellung der signifikanten Wechselwirkung zwischen Gruppe und Geschlecht bezüglich der visuellen Analogskala 3. Die Kovariate Alter hat keinen Einfluss auf die Intensität der Spiritualität .....	91
Abbildung 11:	Darstellung der signifikanten Wechselwirkung zwischen Gruppe und Geschlecht bezüglich der visuellen Analogskala 4. Die Kovariate Alter hat einen signifikanten Einfluss auf die Selbsteinschätzung der Verbundenheit zu einer kirchlichen Glaubensgemeinschaft.....	92
Abbildung 12:	Darstellung der signifikanten Prädiktoren zur Vorhersage des Kriteriums Schizotypie.....	115

## 7 ANHANG

### 7.1 Anhang-Verzeichnis

#### ANHANG A 2

VOTUM ETHIKKOMMISSION A <sub>1</sub> .....	2
FOLGEVOTUM 1 ETHIKKOMMISSION A <sub>2</sub> .....	4
FOLGEVOTUM 2 ETHIKKOMMISSION A <sub>3</sub> .....	6

#### ANHANG B 8

STUDIENWERBUNG .....	8
----------------------	---

#### ANHANG C 9

ANAMNESEBLATT-KONTROLLGRUPPE C <sub>1</sub> .....	9
ANAMNESEBLATT-KLINISCHE STICHPROBE C <sub>2</sub> .....	14

#### ANHANG D 19

PATIENTINNENINFORMATION UND EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG.....	19
--	----

#### ANHANG E 25

ALLGEMEINE FRAGEBOGEN-INSTRUKTION .....	25
---	----

#### ANHANG F 26

PATIENTINNEN-BEIBLATT.....	26
----------------------------	----

Votum 1 Ethikkommission A<sub>1</sub>

## Ethikkommission



Medizinische Universität Graz

Auenbruggerplatz 2, A-8036 Graz  
ethikkommission@medunigraz.at  
Tel.: +43 / 316 / 385-13928, Fax: -14348

**VOTUM**  
gültig bis 11.11.2012

**EK-Nummer:** 24-049 ex 11/12  
**Studientitel:** Schizophrenie und Religion - Empirische Studie zur Psychodynamik von Spiritualität und Psychose  
**Prüfer:** Mag.DDr. Human-Friedrich Unterrainer  
Univ.Klinik für Psychiatrie  
**Sponsor: \*)** Med.Uni Graz  
**Ansprechpartner:** Mag. Denise Wolsch, 8200 Gleisdorf, Laßnitzthal 230  
**CRO:** -

\*) Antragsteller

Die o.a. Studie wurde von der Ethikkommission erstmals im 'expedited Review' am 19.10.2011 behandelt. Die Ethikkommission ist zu folgendem Schluss gekommen:

**Es besteht kein Einwand gegen die Durchführung der Studie in der vorliegenden Form.**

Kommissionsmitglieder, die für diesen Tagesordnungspunkt als befangen anzusehen waren und daher gemäß Geschäftsordnung an der Entscheidungsfindung und Abstimmung nicht teilgenommen haben:  
Univ.Prof.DDr.Hans-Peter Kapfhammer

**Zur Beurteilung vorliegende Dokumente:**

**Dokumente eingegangen am 06.10.2011, begutachtet im 'expedited Review' am 19.10.2011**

Antragsformular	04.10.2011
Originalprotokoll 1.0	04.10.2011
Informed Consent Form 01	04.10.2011
✓ Fragebögen Sozioökonomisches Datenblatt	
✓ Fragebögen BPRS, MADR-Skala	
✓ Fragebögen CPS, TEKT, Selbsteinschätzung und Ideenflüssigkeit	
✓ Fragebögen ASQ	
✓ Fragebögen BDI, BSI	
✓ Fragebögen MI-RSB 48, Z7-Religiositätsskala	
✓ Fragebögen	
✓ Fragebögen EPQ-RK, O-LIFE, IPO-2001, NPI-R, BPI	
✓ Antrag Teil B	29.09.2011

**Dokumente eingegangen am 08.11.2011 (in der nächsten Begutachtung mitbegutachtet)**

✓ Antragsformular	04.11.2011
✓ Originalprotokoll 2.0	04.11.2011

**Dokumente eingegangen am 10.11.2011, begutachtet im 'expedited Review' am 11.11.2011**

✓ Informed Consent Form 02	10.11.2011
----------------------------	------------

Die Ethikkommission geht – rechtlich unverbindlich – davon aus, dass es sich weder um eine klinische Prüfung nach AMG noch nach MPG handelt.

Es handelt sich um eine Studie im Rahmen einer Dissertation.

Das Votum der Ethikkommission berührt in keiner Weise die alleinige Verantwortung der Prüferin / des

EK-Nummer: 24-049 ex 11/12

Votum

Seite 1 von 2

Medizinische Universität Graz, Universitätsplatz 3, A-8010 Graz, www.medunigraz.at

Rechtsform: Juristische Person öffentlichen Rechts gem. Universitätsgesetz 2002. Information: Mitteilungsblatt der Universität und www.medunigraz.at. DVR-Nr. 210 9494.  
UID: ATU 575 111 79. Bankverbindung: Bank Austria Creditanstalt BLZ 12000 Konto-Nr. 500 948 400 04, Raiffeisen Landesbank Steiermark BLZ 39000 Konto-Nr. 49510.

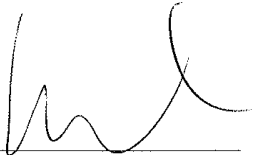
Prüfers / der Prüfer für die ordnungsgemäße Durchführung der Studie unter Einhaltung aller einschlägiger gesetzlicher Bestimmungen und Richtlinien.

Weiters machen wir darauf aufmerksam, dass der Kommission unverzüglich zu melden sind:

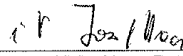
- Abweichungen vom Protokoll aus Sicherheitsgründen oder Protokolländerungen
- Änderungen, die das Risiko der Teilnehmer/-innen erhöhen oder die Durchführung der Studie wesentlich beeinflussen
- Mutmaßliche unerwartete schwerwiegende Nebenwirkungen - SUSARs (AMG-Studien ab 1.5.2004) oder schwerwiegende unerwünschte Ereignisse - SAEs (andere Studien)
- Jegliche Information über sonstige Umstände, die die Sicherheit der Teilnehmer/-innen oder die Durchführung der Studie beeinträchtigen können

Dieses Votum gilt für ein Jahr ab dem Datum der Ausstellung. Bei längerer Studiendauer ist rechtzeitig vor Ablauf der Gültigkeit des Votums ein Zwischenbericht vorzulegen (Berichtsformular), um eine etwaige Verlängerung zu erlangen.

Graz, 11. November 2011



Univ. Prof. Dr. Peter H. Rehak  
Vorsitzender



Univ. Prof. Dr. Hans-Peter Kapfhammer  
Stv. Vorsitzender

**Achtung:** Bitte bei allen das Projekt betreffende Schreiben oder telefonischen Anfragen die EK-Nummer angeben!

Folgevotum 1 der Ethikkommission A<sub>2</sub>

## Ethikkommission



Medizinische Universität Graz

Auenbruggerplatz 2, A-8036 Graz  
ethikkommission@medunigraz.at  
Tel.: +43 / 316 / 385-13928, Fax: -14348

### FOLGEVOTUM

gültig bis 11.11.2012

**EK-Nummer:** 24-049 ex 11/12  
**Studientitel:** Schizophrenie und Religion - Empirische Studie zur Psychodynamik von Spiritualität und Psychose  
**Prüfer:** Mag.DDr. Human-Friedrich Unterrainer  
 Univ.Klinik für Psychiatrie  
**Sponsor: \*)** Med. Uni Graz  
**Ansprechpartner:** Mag. Denise Wolsch, 8200 Gleisdorf, Laßnitzthal 230  
**CRO:** -

\*) Antragsteller

Die o.a. Studie wurde von der Ethikkommission erstmals im 'expedited Review' am 19.10.2011 behandelt. Die Ethikkommission ist zu folgendem Schluss gekommen:

**Es besteht kein Einwand gegen die Durchführung der Studie in der vorliegenden Form.**

Kommissionsmitglieder, die für diesen Tagesordnungspunkt als befugten anzusehen waren und daher gemäß Geschäftsordnung an der Entscheidungsfindung und Abstimmung nicht teilgenommen haben:  
 Univ.Prof.DDr.Hans-Peter Kapfhammer

#### Zur Beurteilung vorliegende Dokumente:

Dokumente eingegangen am 06.10.2011, begutachtet im 'expedited Review' am 19.10.2011	
Antragsformular	04.10.2011
Originalprotokoll 1.0	04.10.2011
Informed Consent Form 01	04.10.2011
✓ Fragebögen Sozioökonomisches Datenblatt	
✓ Fragebögen BPRS, MADR-Skala	
✓ Fragebögen CPS, TEKT, Selbsteinschätzung und Ideenflüssigkeit	
✓ Fragebögen ASQ	
✓ Fragebögen BDI, BSI	
✓ Fragebögen MI-RSB 48, Z7-Religiositätsskala	
✓ Fragebögen	
✓ Fragebögen EPQ-RK, O-LIFE, IPO-2001, NPI-R, BPI	
✓ Antrag Teil B	29.09.2011
Dokumente eingegangen am 08.11.2011 (in der nächsten Begutachtung mitbegutachtet)	
✓ Antragsformular	04.11.2011
✓ Originalprotokoll 2.0	04.11.2011
Dokumente eingegangen am 10.11.2011, begutachtet im 'expedited Review' am 11.11.2011	
✓ Informed Consent Form 02	10.11.2011
Dokumente eingegangen am 26.03.2012, begutachtet im 'expedited Review' am 29.03.2012	
✓ Amendment (Originalprotokoll) 3.0	21.03.2012
Dokumente eingegangen am 11.04.2012	
✓ Amendment (Protokoll Amendment)	

**Dokumente eingegangen am 12.04.2012, begutachtet im 'expedited Review' am 20.04.2012**

✓ Informed Consent Form 03	12.04.2012
✓ Sonstiges: Schriftliches Einverständnis Prof.Nebel zur Datenerhebung von Mag. Wolsch	10.04.2012

**Datum Erstvotum: 11.11.2011**

Die Ethikkommission geht - rechtlich unverbindlich - davon aus, dass es sich um keine klinische Prüfung nach AMG bzw. MPG handelt.

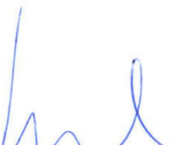
Es handelt sich um eine Studie im Rahmen einer Dissertation.


Das Votum der Ethikkommission berührt in keiner Weise die alleinige Verantwortung der Prüferin / des Prüfers / der Prüfer für die ordnungsgemäße Durchführung der Studie unter Einhaltung aller einschlägiger gesetzlicher Bestimmungen und Richtlinien.

Weiters machen wir darauf aufmerksam, dass der Kommission unverzüglich zu melden sind:

- Abweichungen vom Protokoll aus Sicherheitsgründen oder Protokolländerungen
- Änderungen, die das Risiko der Teilnehmer/-innen erhöhen oder die Durchführung der Studie wesentlich beeinflussen
- Mutmaßliche unerwartete schwerwiegende Nebenwirkungen - SUSARs (AMG-Studien ab 1.5.2004) oder schwerwiegende unerwünschte Ereignisse - SAEs (andere Studien)
- Jegliche Information über sonstige Umstände, die die Sicherheit der Teilnehmer/-innen oder die Durchführung der Studie beeinträchtigen können

Graz, 20. April 2012

  
 \_\_\_\_\_  
 Univ.Prof.DI Dr.Peter H. Rehak  
 Vorsitzender

  
 \_\_\_\_\_  
 Univ.Prof.DDr.Hans-Peter Kapfhammer  
 Stv. Vorsitzender

**Achtung:** Bitte bei allen das Projekt betreffende Schreiben oder telefonischen Anfragen die EK-Nummer angeben!

**Ethikkommission**
**Medizinische Universität Graz**

 Auenbruggerplatz 2, A-8036 Graz  
 ethikkommission@medunigraz.at  
 Tel.: +43 / 316 / 385-13928, Fax: -14348

**FOLGEVOTUM**  
 gültig bis 11.11.2013

**EK-Nummer:** 24-049 ex 11/12  
**Studientitel:** Schizophrenie und Religion - Empirische Studie zur Psychodynamik von Spiritualität und Psychose  
**Prüfer:** Mag.DDr. Human-Friedrich Unterrainer  
 Univ.Klinik für Psychiatrie  
**Sponsor: \*)** Med. Uni Graz  
**Ansprechpartner:** Mag. Denise Wolsch, 8200 Gleisdorf, Laßnitzthal 230

**CRO:**

-

\*) Antragsteller

Die o.a. Studie wurde von der Ethikkommission erstmals im 'expedited Review' am 19.10.2011 behandelt.  
 Die Ethikkommission ist zu folgendem Schluss gekommen:

**Es besteht kein Einwand gegen die Durchführung der Studie in der vorliegenden Form.**

Kommissionsmitglieder, die für diesen Tagesordnungspunkt als befangen anzusehen waren und daher gemäß Geschäftsordnung an der Entscheidungsfindung und Abstimmung nicht teilgenommen haben:  
 Univ.Prof.DDr.Hans-Peter Kapfhammer

**Zur Beurteilung vorliegende Dokumente:**
**Dokumente eingegangen am 06.10.2011, begutachtet im 'expedited Review' am 19.10.2011**

Antragsformular	04.10.2011
Originalprotokoll 1.0	04.10.2011
Informed Consent Form 01	04.10.2011
✓ Fragebögen Sozioökonomisches Datenblatt	
✓ Fragebögen BPRS, MADR-Skala	
✓ Fragebögen CPS, TEKT, Selbsteinschätzung und Ideenflüssigkeit	
✓ Fragebögen ASQ	
✓ Fragebögen BDI, BSI	
✓ Fragebögen MI-RSB 48, Z7-Religiositätsskala	
✓ Fragebögen	
✓ Fragebögen EPQ-RK, O-LIFE, IPO-2001, NPI-R, BPI	
✓ Antrag Teil B	29.09.2011

**Dokumente eingegangen am 08.11.2011 (in der nächsten Begutachtung mitbegutachtet)**

✓ Antragsformular	04.11.2011
✓ Originalprotokoll 2.0	04.11.2011

**Dokumente eingegangen am 10.11.2011, begutachtet im 'expedited Review' am 11.11.2011**

✓ Informed Consent Form 02	10.11.2011
----------------------------	------------

**Dokumente eingegangen am 26.03.2012, begutachtet im 'expedited Review' am 29.03.2012**

✓ Amendment (Originalprotokoll) 3.0	21.03.2012
-------------------------------------	------------

**Dokumente eingegangen am 11.04.2012**

✓ Amendment (Protokoll Amendment)	
-----------------------------------	--

EK-Nummer: 24-049 ex 11/12

Votum

Seite 1 von 2

Medizinische Universität Graz, Auenbruggerplatz 2, A-8036 Graz. www.medunigraz.at

 Rechtsform: Juristische Person öffentlichen Rechts gem. Universitätsgesetz 2002. Information: Mitteilungsblatt der Universität und www.medunigraz.at. DVR-Nr. 210 9494.  
 UID: ATU 875 111 79. Bankverbindung: Bank Austria Creditanstalt BLZ 12000 Konto-Nr. 500 948 400 04. Raiffeisen Landesbank Steiermark BLZ 38000 Konto-Nr. 49510.

**Dokumente eingegangen am 12.04.2012, begutachtet im 'expedited Review' am 20.04.2012**

✓ Informed Consent Form 03	12.04.2012
✓ Sonstiges: Schriftliches Einverständnis Prof. Nebel zur Datenerhebung von Mag. Wolsch	10.04.2012

**Dokumente eingegangen am 19.09.2012, begutachtet im 'expedited Review' am 01.10.2012**

✓ Zwischenbericht	13.09.2012
-------------------	------------

**Datum Erstvotum: 11.11.2011**

Die Ethikkommission geht - rechtlich unverbindlich - davon aus, dass es sich um keine klinische Prüfung nach AMG bzw. MPG handelt.

Es handelt sich um eine Studie im Rahmen einer Dissertation.

Das Votum der Ethikkommission berührt in keiner Weise die alleinige Verantwortung der Prüferin / des Prüfers / der Prüfer für die ordnungsgemäße Durchführung der Studie unter Einhaltung aller einschlägiger gesetzlicher Bestimmungen und Richtlinien.

Weiters machen wir darauf aufmerksam, dass der Kommission unverzüglich zu melden sind:

- Abweichungen vom Protokoll aus Sicherheitsgründen oder Protokolländerungen
- Änderungen, die das Risiko der Teilnehmer/-innen erhöhen oder die Durchführung der Studie wesentlich beeinflussen
- Mutmaßliche unerwartete schwerwiegende Nebenwirkungen - SUSARs (AMG-Studien ab 1.5.2004) oder schwerwiegende unerwünschte Ereignisse - SAEs (andere Studien)
- Jegliche Information über sonstige Umstände, die die Sicherheit der Teilnehmer/-innen oder die Durchführung der Studie beeinträchtigen können

Graz, 01. Oktober 2012



Univ. Prof. DI Dr. Peter H. Rehak  
Vorsitzender



Univ. Prof. DDr. Hans-Peter Kapfhammer  
Stv. Vorsitzender

**Achtung:** Bitte bei allen das Projekt betreffende Schreiben oder telefonischen Anfragen die EK-Nummer angeben!

**! ACHTUNG !**

**BRAUCHE DEINE UNTERSTÜTZUNG**

Bitte unterstützt mich bei meiner Dissertation "**Schizophrenie und Religion**". Ich benötige **200 gesunde Teilnehmer und Teilnehmerinnen** sowie eine schizophrene Stichprobe (60 PatientInnen; erhebe ich an der Psychiatrie und im Grünen Kreis in Feldbach). Bitte meldet euch, wenn ihr mich unterstützen wollt. Die Teilnahme erfolgt anonym, dauert ca. *1 Stunde (Fragebögen)* und ihr würdet nicht nur mich unterstützen, sondern einen wertvollen Beitrag für die Forschung leisten. Den Fragebogen kannst du gemütlich daheim ausfüllen, lediglich einen kurzen Teil (ca. 15 Min.) müsste ich dabei sein.

Durch deine Teilnahme an dieser Studie ist es möglich, wichtige Informationen über die Psychodynamik von Spiritualität und Psychose zu gewinnen. Dies eröffnet Einsicht in die Hintergrundmechanismen dieser Aspekte und zeigt, welche erhobenen Persönlichkeitsvariablen mit Spiritualität/Religiosität und der Schizophrenie in Zusammenhang stehen bzw. wie/ob Spiritualität und Psychose in Verbindung stehen. Besonders Personen mit psychischen und physischen Erkrankungen könnten möglicherweise einen positiven Nutzen aus der Spiritualität und Religiosität ziehen. Ein möglicher positiver Effekt der Religiosität und Spiritualität auf das psychische Wohlbefinden könnte in der Zukunft auch auf die Wichtigkeit der Integrierung religiöser bzw. spiritueller Inhalte in eine Psychotherapie hinweisen. Hierbei sollte vor allem die stärkere Beachtung im Krankheitsprozess und in der Krankheitsverarbeitung berücksichtigt werden. Gebe es einen positiven Zusammenhang zwischen Religiosität bzw. Spiritualität und der Schizotypie bzw. Schizophrenie, könnten in Zukunft Spiritualität und Religiosität schon im Frühstadium einer möglichen auftretenden Schizophrenie herangezogen werden. Möglicherweise könnte man so schon im Anfangsstadium, also bevor sich eine eindeutige Schizophrenie entwickelt, eine entsprechende Behandlungsmethode einleiten. Es ist nicht zu erwarten, dass Sie aus Ihrer Teilnahme an dieser klinischen Studie einen direkten gesundheitlichen Nutzen ziehen werden. Dennoch werden u. a. auch momentane Beschwerden, Stimmung, Religiosität und Spiritualität, Kreativität sowie Bindung erfasst und mit einzelnen Persönlichkeitsmerkmalen in Beziehung gesetzt.

**Bitte melde dich: 0676 37 60 401**

**WENN du Lust und Zeit hast oder wenn ich dein Interesse geweckt habe oder wenn du MICH einfach nur unterstützen willst!!  
Vielen Dank, Mag.<sup>a</sup> WOLSCH DENISE**

## Soziodemographie-Inventar V 1.0

Unterrainer HF für die ARS -Addiction Research Society

### WICHTIG!!! Datenschutzerklärung:

Bevor Sie an die Beantwortung der Fragen gehen, bitten wir Sie Folgendes zu beachten:

- Die Universität Graz verpflichtet sich, die hier gemachten Angaben **absolut vertraulich** zu behandeln.
- Die Daten dienen ausschließlich der wissenschaftlichen Forschung und werden **vollkommen anonym** ausgewertet.
- Diese Untersuchung wurde von keiner profitorientierten Vereinigung (z. B. Firma) gesponsert. Es werden keine
- Daten (im Ganzen oder in Teilen) an eine solche weitergegeben.

A1. Pat./Prob. ID: \_\_\_\_\_

A2. Alter \_\_\_\_\_

A3. Geschlecht  weiblich  männlich

A4. Schulbildung (abgeschlossen)

Volksschule

Hauptschule

Berufsschule

Matura

Matura mit weiterführender Ausbildung

Universität

A5. Erwerbstätigkeit

im Beruf stehend

in Ausbildung / Studium

in Pension

arbeitslos

A6. Familienstand

verheiratet

ledig

in Partnerschaft lebend

verwitwet

geschieden / getrennt

A7. Kinder  ja  nein

A8. Österreichische Staatsbürgerschaft  ja  nein

Falls nein, welche andere: \_\_\_\_\_

F1. Sind Sie bei Ihren beiden leiblichen Eltern aufgewachsen?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
F2. Sind Sie mit Ihrer leiblichen Mutter aufgewachsen?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
F3. Sind Sie bei Ihrem leiblichen Vater aufgewachsen?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
F4. Waren Ihre Eltern geschieden bzw. lebten getrennt?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
F5. Haben Sie Geschwister?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
F6. In welchem Alter sind Sie von Zuhause ausgezogen?	_____	
	<input type="checkbox"/> Ich lebe noch bei meinen Eltern.	
	<input type="checkbox"/> Ich habe nie bei meinen Eltern gelebt.	
F7. Haben Sie als Kind bzw. Jugendliche(r) längere Zeit in einem Heim gelebt?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
F8. Wichtigste Bezugspersonen während Ihrer Kindheit bzw. Jugend? (Mehrfachnennungen möglich)	<input type="checkbox"/> Mutter  <input type="checkbox"/> Vater  <input type="checkbox"/> Großeltern Mutterseite  <input type="checkbox"/> Großeltern Vaterseite  <input type="checkbox"/> Schwester  <input type="checkbox"/> Bruder  <input type="checkbox"/> Andere Verwandte  <input type="checkbox"/> Freunde  <input type="checkbox"/> Andere:  _____	
F9. Wichtigste Bezugsperson momentan:	_____	
D1. Gab es in Ihrer Familie Missbrauch von Alkohol oder Drogen?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
D2. Falls ja, wer (z.B. Vater, Schwester, Onkel, etc.)?	_____	
D3. In welchem Alter kamen Sie das erste Mal mit Alkohol/Drogen in Kontakt?	_____	
D4. Zu welchem Anlass?	_____	
D5. Trinken Sie Alkohol zur Entspannung?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

---

D6. Hatten/ Haben Sie psychische Probleme verursacht durch Alkohol?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
D7. Haben Sie versucht, Ihren Alkoholkonsum zu senken?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
D8. Haben Sie schon einmal eine stationäre Alkoholentzugstherapie gemacht?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
D9. Haben Sie neben dem Alkohol andere Drogen genommen?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
D10. Falls ja, welche?	_____	
	_____	
D11. Rauchen Sie?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
D12. Falls ja, wie viele Zigaretten im Durchschnitt?	_____	
D13. Falls ja, in welchem Alter haben Sie mit dem Rauchen begonnen?	_____	
D14. Falls ja, möchten Sie mit dem Rauchen aufhören?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> reduzieren

---

K1. Wurden Sie schon einmal für eine Straftat gerichtlich verurteilt?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
K2. Falls ja, für welche?	_____	
	_____	
	_____	
K3. Wann das erste Mal (Jahr)?	_____	
K4. Wann das letzte Mal (Jahr)?	_____	
K5. Haben Sie momentan eine offene Haftstrafe?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
K6. Haben Sie Schulden?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
K7. Hatten Sie in Ihrer Kindheit Gewalterfahrungen?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

---

Su1. Haben Sie schon einmal daran gedacht, sich das Leben zu nehmen?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Su2. Haben Sie schon einmal versucht, sich das Leben zu nehmen?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Su3. Haben Sie in den letzten 6 Monaten versucht, sich das Leben zu nehmen?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Su4. Hat sich in Ihrer Familie jemand das Leben genommen?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Su5. Falls ja, wer?	_____	
	_____	
Su6. Neigen Sie zu Unfällen?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

---

Se1. Sexualität als Thema in der Familie  Tabuthema  Offener Umgang

Se2. Wie viele Liebesbeziehungen hatten Sie in Ihrem Leben? Dauer 6 - 12 Monate \_\_\_\_\_

Dauer 1 - 5 Jahre \_\_\_\_\_

Dauer > 5 Jahre \_\_\_\_\_

Se3. Wie viele Sexualpartner hatten Sie in Ihrem Leben? \_\_\_\_\_

Se4. Hatten Sie als Kind sexuelle Missbrauchserfahrungen?  ja  nein

Se5. Mit welchem Alter hatten Sie zum ersten Mal freiwilligen Geschlechtsverkehr? \_\_\_\_\_ Jahre

Se6. Sind Sie mit Ihrem Sexualleben zufrieden?  ja  nein

Se7. Was ist Ihre sexuelle Ausrichtung?  hetero-  bi-  homosexuell

Se8. Hatten Sie schon sexuellen Kontakt zu Prostituierten?  ja  nein

Se9. Haben Sie sich selbst schon prostituiert?  ja  nein

Se10. Betreiben Sie regelmäßig Selbstbefriedigung?  ja  nein

R1. In welcher Glaubensrichtung wurden Sie erzogen?  
 römisch – katholischen  
 evangelischen  
 andere christliche Religionsgemeinschaft  
 andere nichtchristliche Rel.gemeinschaft  
 keine Glaubensrichtung

R2. Beten Sie regelmäßig?  ja  nein

R3. Falls ja, wie häufig?  täglich

mehrmals die Woche

mehrmals im Monat

R4. Schätzen Sie die Intensität Ihres Glaubens ein. Setzen Sie dafür auf die vorgesehene Linie einen kurzen senkrechten Strich:

Überhaupt nicht gläubig |-----| sehr gläubig

R5. Schätzen Sie das Ausmaß ihrer Religiosität ein. Setzen Sie dafür auf die vorgesehene Linie einen kurzen senkrechten Strich:

Überhaupt nicht religiös |-----| hoch religiös

R6. Schätzen Sie die Intensität Ihrer Spiritualität ein. Setzen Sie dafür auf die vorgesehene Linie einen kurzen senkrechten Strich:

Überhaupt nicht spirituell |-----| hoch spirituell

R7. Schätzen Sie ein, wie sehr Sie sich einer kirchlichen Glaubensgemeinschaft verbunden fühlen. Setzen Sie dafür auf die vorgesehene Linie einen kurzen senkrechten Strich:

Überhaupt nicht |-----| sehr stark

---

## Soziodemographische Daten/ Anamnesebogen

### WICHTIG!!! Datenschutzerklärung:

Bevor Sie an die Beantwortung der Fragen gehen, bitten wir Sie Folgendes zu beachten:

- Die Medizinische Universität Graz verpflichtet sich, die hier gemachten Angaben **absolut vertraulich** zu behandeln.
- Die Daten dienen ausschließlich der wissenschaftlichen Erforschung von Stressverarbeitung und werden **vollkommen anonym** ausgewertet.
- Diese Untersuchung wurde von keiner profitorientierten Vereinigung (z. B. Firma) gesponsert. Es werden keine Daten (im Ganzen oder in Teilen) an eine solche weitergegeben.

A1. Pat./Prob. ID: \_\_\_\_\_

A2. Alter \_\_\_\_\_

A3. Geschlecht  weiblich  männlich

A4. Schulbildung (abgeschlossen)

Volksschule

Hauptschule

Berufsschule

Matura

Matura mit weiterführender Ausbildung

Universität

A5. Erwerbstätigkeit

im Beruf stehend

in Ausbildung / Studium

in Pension

arbeitslos

A6. Familienstand

verheiratet

ledig

in Partnerschaft lebend

verwitwet

geschieden / getrennt

A7. Kinder  ja  nein

A8. Österreichische Staatsbürgerschaft  ja  nein

Falls nein, welche andere: \_\_\_\_\_

F1. Sind Sie bei Ihren beiden leiblichen Eltern aufgewachsen?  ja  nein

F2. Sind Sie mit Ihrer leiblichen Mutter aufgewachsen?  ja  nein

F3. Sind Sie bei Ihrem leiblichen Vater aufgewachsen?  ja  nein

F4. Waren Ihre Eltern geschieden bzw. lebten getrennt?  ja  nein

F5. Haben Sie Geschwister?  ja  nein

F6. In welchem Alter sind Sie von Zuhause ausgezogen? \_\_\_\_\_

Ich lebe noch bei meinen Eltern.

Ich habe nie bei meinen Eltern gelebt.

F7. Haben Sie als Kind bzw. Jugendliche(r) längere Zeit in einem Heim gelebt?  ja  nein

F8. Wichtigste Bezugspersonen während Ihrer Kindheit bzw. Jugend?  
(Mehrfachnennungen möglich)  Mutter

Vater

Großeltern Mutterseite

Großeltern Vaterseite

Schwester

Bruder

Andere Verwandte

Freunde

Andere:  
\_\_\_\_\_

F9. Wichtigste Bezugsperson momentan: \_\_\_\_\_

D1. Gab es in Ihrer Familie Missbrauch von Alkohol oder Drogen?  ja  nein

D2. Falls ja, wer (z.B. Vater, Schwester, Onkel, etc.)? \_\_\_\_\_

D3. In welchem Alter kamen Sie das Mal mit Alkohol/Drogen in Kontakt? \_\_\_\_\_

D4. In welchem Alter wurde Ihr Konsum problematisch bzw. geriet außer Kontrolle? \_\_\_\_\_

D5. Gab es dafür einen bestimmten Anlass (z. B. Scheidung, Arbeitsplatzverlust, etc.)?  ja  nein

D6. Falls ja, welchen? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

D7. Wie lange sind Sie schon vom substanzabhängig (in Jahren)? \_\_\_\_\_

D8. Wie viele Entzugstherapien haben Sie schon gemacht? \_\_\_\_\_

D9. Haben Sie neben dem Alkohol andere Drogen genommen?  ja  nein

D10. Falls ja, welche? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

D11. Rauchen Sie?  ja  nein

D12. Falls ja, wie viele Zigaretten im Durchschnitt? \_\_\_\_\_

D13. Falls ja, in welchem Alter haben Sie mit dem Rauchen begonnen? \_\_\_\_\_

D14. Falls ja, möchten Sie mit dem Rauchen aufhören?  ja  nein  reduzieren

K1. Wurden Sie schon einmal für eine Straftat gerichtlich verurteilt?  ja  nein

K2. Falls ja, für welche? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

K3. Wann das erste Mal (Jahr)? \_\_\_\_\_

K4. Wann das letzte Mal (Jahr)? \_\_\_\_\_

K5. Haben Sie momentan eine offene Haftstrafe?  ja  nein

K6. Haben Sie Schulden?  ja  nein

K7. Hatten Sie in Ihrer Kindheit Gewalterfahrungen?  ja  nein

Su1. Haben Sie schon einmal daran gedacht, sich das Leben zu nehmen?  ja  nein

Su2. Haben Sie schon einmal versucht, sich das Leben zu nehmen?  ja  nein

Su3. Haben Sie in den letzten 6 Monaten versucht, sich das Leben zu nehmen?  ja  nein

Su4. Hat sich in Ihrer Familie jemand das Leben genommen?  ja  nein

Su5. Falls ja, wer? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Su6. Neigen Sie zu Unfällen?  ja  nein

Se1. Sexualität als Thema in der Familie  Tabuthema  Offener Umgang

Se2. Wie viele Liebesbeziehungen hatten Sie in Ihrem Leben? Dauer 6 - 12 Monate \_\_\_\_\_

Dauer 1 - 5 Jahre \_\_\_\_\_

Dauer > 5 Jahre \_\_\_\_\_

Se3. Wie viele Sexualpartner hatten Sie in Ihrem Leben? \_\_\_\_\_

Se4. Hatten Sie als Kind sexuelle Missbrauchserfahrungen?  ja  nein

Se5. Mit welchem Alter hatten Sie zum ersten Mal freiwilligen Geschlechtsverkehr? \_\_\_\_\_ Jahre

Se6. Sind Sie mit Ihrem Sexualleben zufrieden?  ja  nein

Se7. Was ist Ihre sexuelle Ausrichtung?  hetero-  bi-  homosexuell

Se8. Hatten Sie schon sexuellen Kontakt zu Prostituierten?  ja  nein

Se9. Haben Sie sich selbst schon prostituiert?  ja  nein

Se10. Betreiben Sie regelmäßig Selbstbefriedigung?  ja  nein

R1. In welcher Glaubensrichtung wurden Sie erzogen?  
 römisch – katholischen  
 evangelischen  
 andere christliche Religionsgemeinschaft  
 andere nichtchristliche Rel.gemeinschaft  
 keine Glaubensrichtung

R2. Beten Sie regelmäßig?  ja  nein

R3. Falls ja, wie häufig?  täglich

mehrmals die Woche

mehrmals im Monat

R4. Schätzen Sie die Intensität Ihres Glaubens ein. Setzen Sie dafür auf die vorgesehene Linie einen kurzen senkrechten Strich:

Überhaupt nicht gläubig |-----| sehr gläubig

R5. Schätzen Sie das Ausmaß ihrer Religiosität ein. Setzen Sie dafür auf die vorgesehene Linie einen kurzen senkrechten Strich:

Überhaupt nicht religiös |-----| hoch religiös

R6. Schätzen Sie die Intensität Ihrer Spiritualität ein. Setzen Sie dafür auf die vorgesehene Linie einen kurzen senkrechten Strich:

Überhaupt nicht spirituell |-----| hoch spirituell

R7. Schätzen Sie ein, wie sehr Sie sich einer kirchlichen Glaubensgemeinschaft verbunden fühlen. Setzen Sie dafür auf die vorgesehene Linie einen kurzen senkrechten Strich:

Überhaupt nicht |-----| sehr stark

---

## PatientInneninformation und Einverständniserklärung

*Schizophrenie und Religion**Version 03*

**ProbandInneninformation und Einwilligungserklärung  
zur Teilnahme an der Studie:**

**Schizophrenie und Religion: Empirische Studie<sup>1</sup> zur Psychodynamik<sup>2</sup>  
von Spiritualität<sup>3</sup> und Psychose**

Sehr geehrte Teilnehmerin, sehr geehrter Teilnehmer!

Wir laden Sie ein, an der oben genannten Studie teilzunehmen. Die Aufklärung darüber erfolgt in einem ausführlichen Gespräch.

**Ihre Teilnahme an dieser Studie erfolgt freiwillig. Sie können jederzeit ohne Angabe von Gründen aus der Studie ausscheiden. Die Ablehnung der Teilnahme oder ein vorzeitiges Ausscheiden aus dieser Studie hat keine nachteiligen Folgen für Sie.**

Klinische Studien sind notwendig, um verlässliche neue medizinische Forschungsergebnisse zu gewinnen. Unverzichtbare Voraussetzung für die Durchführung einer klinischen Studie ist jedoch, dass Sie Ihr Einverständnis zur Teilnahme an dieser klinischen Studie schriftlich erklären. Bitte lesen Sie den folgenden Text als Ergänzung zum Informationsgespräch mit Ihrer Studienleiterin sorgfältig durch und zögern Sie nicht Fragen zu stellen.

Bitte unterschreiben Sie die Einwilligungserklärung nur

- wenn Sie Art und Ablauf der klinischen Studie vollständig verstanden haben,
- wenn Sie bereit sind, der Teilnahme zuzustimmen und
- wenn Sie sich über Ihre Rechte als Teilnehmer an dieser klinischen Studie im Klaren sind.

Zu dieser klinischen Studie, sowie zur ProbandInneninformation und Einwilligungserklärung wurde von der zuständigen Ethikkommission eine befürwortende Stellungnahme abgegeben.

<sup>1</sup> Empirisch: erfahrungsgemäß/durch Erfahrung gewonnen; Unter Empirie wird in der Wissenschaft eine durchgeführte Sammlung /Erhebung von Informationen verstanden, die auf gezielten, systematisch verlaufenden Untersuchungen beruht.

<sup>2</sup> Die Psychodynamik als „Lehre vom Wirken innerseelischer Kräfte“ beschreibt Einflüsse auf Befindlichkeit und Verhalten des Menschen. Die Psychodynamik will Aufschluss geben über die Auslösung von seelischer Vorgänge als Reaktionen auf bestimmte Äußere und innere Ereignisse und Einflüsse.

<sup>3</sup> Spiritualität wird durch eine innere, persönliche Erfahrung gekennzeichnet. Sie ist universell, ohne Grenzen und bedingt keinen religiösen Hintergrund, kann jedoch Elemente der Religion beinhalten. Im Gegensatz dazu wird Religion durch eine gemeinschaftliche Verbundenheit mit kulturellen und sprachlichen Grenzen beschrieben. Religion beinhaltet demnach soziale u. kulturelle Komponenten wobei der Glaube, Rituale und Religionsinstitutionen eine wesentliche Rolle spielen. Spiritualität ist nicht verpflichtend. Jedoch besteht die Schwierigkeit einer eindeutigen Abgrenzung, da Religion und Spiritualität sich teilweise überlappen.

## 1. Was ist der Zweck der klinischen Studie?

Der Zweck dieser klinischen Studie ist die Erforschung des Zusammenhangs zwischen Spiritualität und Religiosität und der Persönlichkeitsstruktur eines Menschen. Man wird sich mit der Beziehung zwischen verschiedenen Aspekten der Persönlichkeit und dem spirituellen Wohlbefinden auseinandersetzen.

Überdies wird versucht sowohl mögliche positive als auch mögliche negative Wirkungen der Spiritualität und Religiosität in Hinblick auf das psychische Wohlbefinden zu erfassen. Weiters wird sich diese Studie mit den kritischen Aspekten der Spiritualität und Religiosität beschäftigen. Vor allem die einhergehende Problematik der Messung und Erfassung der Spiritualität und Religiosität sind hier von Bedeutung.

Im Weiteren wird man sich mit der Frage auseinandersetzen, inwieweit Spiritualität und Religiosität gesund bzw. ab wann spirituelle und religiöse Erfahrungen pathologisch<sup>4</sup> sind. Aufgrund der bisherigen Forschungsergebnisse nimmt man an, dass ein Zusammenhang zwischen spirituellen und religiösen Erfahrungen und der Schizotypie bzw. Schizophrenie besteht.

Unter einer Schizophrenie versteht man nach Dilling, Mambour & Schmidt (2008) in der Internationalen statistischen Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (ICD-10) eine grundlegende und charakteristische Störung im Denken und der Wahrnehmung mit einer inadäquaten oder verflachten Affektivität<sup>5</sup>. Zu den möglichen Symptomen gehören: u.a. Gedankenlautwerden, Gedankeneingebung, Gedankenentzug und Gedankenausbreitung, Kontrollwahn, Beeinflussungswahn, Wahnwahrnehmungen, das Hören von kommentierenden oder dialogischen Stimmen, anhaltender kulturell unangemessener, völlig unrealistischer Wahn, anhaltende Halluzinationen jeder Sinnesmodalität, katatone<sup>6</sup> Symptome, Apathie<sup>7</sup>, Sprachverarmung, verflachter und unangemessener Affekt.

Bei der schizotypen Störung geht man davon aus, dass die Ausprägung der Schizotypie auf einem Kontinuum liegt, zahlreiche Symptome der Schizophrenie aufweist, jedoch kein typisches Merkmal vorherrscht. Eine Störung mit exzentrischem bzw. extravaganten Verhalten und Abweichungen/Anomalien des Denkens und der Stimmung, die schizophren wirken. Die Störung zeigt einen chronischen Verlauf mit unterschiedlicher Intensität und es entwickelt sich daraus gelegentlich eine eindeutige Schizophrenie.

<sup>4</sup> krankhaft/abnorm

<sup>5</sup> Affektivität, auch Emotionalität; affektiv = emotional; gemeint ist damit ein Verhalten, das überwiegend von der Gemütsregung und weniger von kognitiven (wie u.a. Aufmerksamkeit, Erinnerung, Lernen, Planen, ... Denken in einem umfassenden Sinne) Prozessen bestimmt wird.

<sup>6</sup> Extreme Bewegungsstörungen (betreffend Motorik und Antrieb) im Rahmen einer psychischen Erkrankung. Die Bewegungsstörung kann sich sowohl in vermehrter Erregung, als auch in einer stark eingeschränkten Beweglichkeit äußern.

<sup>7</sup> Darunter versteht man einen Zustand der Abwesenheit von Emotionen und Interessen, der Gleichgültigkeit bzw. Teilnahmslosigkeit; in der Regel mit mangelnder Erregbarkeit und Unempfindlichkeit gegenüber äußeren Reizen.

Überdies wird auch die Bindung und Kreativität mit erhoben. Folgt man der bisherigen Literatur spielt Bindung eine Rolle in der Entwicklung von Persönlichkeitsstörungen<sup>8</sup>. Auch Kreativität scheint laut der vorangehenden Forschungsergebnisse eine nicht unwesentliche Rolle bei Psychosen<sup>9</sup> zu spielen.

Aktuelle Forschungsarbeiten lassen vermuten, dass ein Zusammenhang zwischen Spiritualität und Religiosität und einzelnen Persönlichkeitsdimensionen besteht. Auch wird aufgrund bisherigen Studienergebnissen ein Zusammenhang zwischen Spiritualität und Religiosität und dem psychischen Wohlbefinden sowie eine Beziehung zu verschiedenen Aspekten der Persönlichkeit erwartet.

## 2. Wie läuft die klinische Studie ab?

Diese klinische Studie wird am LKH-Graz, im Grünen Kreis (Feldbach) sowie auf der Medizinischen Universität Graz durchgeführt. Ebenso wird die Datenerhebung dieser Studie in folgenden Einrichtungen der Sanlas Holding GmbH stattfinden: Betreuungsheim Neutillmitsch-Gralla, Haus Mariatrost, Haus der Senioren-St. Radegund und Privatklinik St. Radegund. Es werden voraussichtlich insgesamt ca. 300 Personen (200 gesunde TeilnehmerInnen, 100 klinische TeilnehmerInnen) daran teilnehmen. Ihre Teilnahme an dieser klinischen Studie wird voraussichtlich 120 Minuten dauern.

Folgende Maßnahmen werden ausschließlich aus Studiengründen durchgeführt:

Während dieser klinischen Studie werden einige psychologische Testverfahren zur Erhebung der Spiritualität und Religiosität, verschiedener Aspekte der Persönlichkeit, aktuelle Beschwerden, Stimmung, Bindung und Kreativität vorgegeben. Die Datenerhebung wird im Rahmen einer ca. 120-minütigen Testung im LKH-Graz, im Grünen Kreis (Feldbach) und auf Medizinischen Universität Graz stattfinden. Eine zweite Erhebung ist nicht notwendig.

## 3. Worin liegt der Nutzen einer Teilnahme an der Klinischen Studie?

Durch Ihre Teilnahme an dieser Studie ist es möglich, wichtige Informationen über die Psychodynamik von Spiritualität und Psychose zu gewinnen. Dies eröffnet Einsicht in die Hintergrundmechanismen dieser Aspekte und zeigt, welche erhobenen Persönlichkeitsvariablen mit Spiritualität/Religiosität und der Schizophrenie in Zusammenhang stehen bzw. wie/ob Spiritualität und Psychose in Verbindung stehen.

<sup>8</sup> Als Persönlichkeitsstörungen werden Störungen der Persönlichkeit bezeichnet insofern bestimmte Merkmale der Persönlichkeitsstruktur in besonderer Weise ausgeprägt, unflexibel und wenig angepasst sind. Sie bezeichnen Erlebens- und Verhaltensmuster aufgrund Entwicklungsbedingungen in der Kindheit und späteren Lebensabschnitten, genetischer Faktoren und/oder erworbener Hirnschäden. Diese Verhaltensmuster weichen von einem flexiblen, situationsangemessenen Erleben und Verhalten in charakteristischer Weise ab. Die persönliche und soziale Funktions- und Leistungsfähigkeit ist meistens beeinträchtigt.

<sup>9</sup> Damit bezeichnet man eine schwere psychische Störung, bei denen die Betroffenen eine gestörte Beziehung zu ihrer Umwelt haben. Sie geht mit einem zeitweiligen weitgehenden Verlust des Realitätsbezugs einher. Mögliche Symptome: Angstzustände, depressive Verstimmungen bis hin zu Halluzinationen und Wahnvorstellungen.

Besonders Personen mit psychischen und physischen Erkrankungen könnten möglicherweise einen positiven Nutzen aus der Spiritualität und Religiosität ziehen. Ein möglicher positiver Effekt der Religiosität und Spiritualität auf das psychische Wohlbefinden könnte in der Zukunft auch auf die Wichtigkeit der Integrierung religiöser bzw. spiritueller Inhalte in eine Psychotherapie hinweisen. Hierbei sollte vor allem die stärkere Beachtung im Krankheitsprozess und in der Krankheitsverarbeitung berücksichtigt werden.

Gebe es einen positiven Zusammenhang zwischen Religiosität bzw. Spiritualität und der Schizotypie bzw. Schizophrenie, könnten in Zukunft Spiritualität und Religiosität schon im Frühstadium einer möglichen auftretenden Schizophrenie herangezogen werden. Möglicherweise könnte man so schon im Frühstadium, also bevor sich eine eindeutige Schizophrenie entwickelt, eine entsprechende Behandlungsmethode einleiten.

Es ist nicht zu erwarten, dass Sie aus Ihrer Teilnahme an dieser klinischen Studie einen direkten gesundheitlichen Nutzen ziehen werden. Dennoch werden u. a. auch momentane Beschwerden, Stimmung, Religiosität und Spiritualität, Kreativität sowie Bindung erfasst und mit einzelnen Persönlichkeitsmerkmalen in Beziehung gesetzt.

#### **4. Gibt es Risiken, Beschwerden und Begleiterscheinungen?**

Im Rahmen dieser Studie sind keine Risiken und negativen Begleiterscheinungen zu erwarten.

#### **5. Wann wird die Studie vorzeitig beendet?**

Sie können jederzeit auch ohne Angabe von Gründen, Ihre Teilnahmebereitschaft widerrufen und aus der klinischen Studie ausscheiden, ohne dass Ihnen dadurch irgendwelche Nachteile für Ihre weitere medizinische Betreuung entstehen.

Ihre Studienleiterin wird Sie über alle neuen Erkenntnisse, die in Bezug auf diese Studie bekannt werden, und für Sie wesentlich werden könnten, umgehend informieren. Auf dieser Basis können Sie dann Ihre Entscheidung zur weiteren Teilnahme an dieser klinischen Studie neu überdenken.

Es ist aber auch möglich, dass Ihre Studienleiterin entscheidet, Ihre Teilnahme an der klinischen Studie vorzeitig zu beenden, ohne vorher Ihr Einverständnis einzuholen. Die Gründe hierfür können sein:

- a) Sie können den Erfordernissen der Klinischen Studie nicht entsprechen;
- b) Ihr behandelnder Arzt hat den Eindruck, dass eine weitere Teilnahme an der klinischen Studie nicht in Ihrem Interesse ist;

**6. In welcher Weise werden die im Rahmen dieser klinischen Studie gesammelten Daten verwendet?**

Nur die Versuchsleiterin und deren Mitarbeiter haben Zugang zu den vertraulichen Daten, in denen Sie namentlich genannt werden. Diese Personen unterliegen der Schweigepflicht.

Die Weitergabe der Daten erfolgt ausschließlich zu statistischen Zwecken und Sie werden darin ausnahmslos nicht namentlich genannt. Auch in etwaigen Veröffentlichungen der Daten dieser klinischen Studie werden Sie nicht namentlich genannt.

Um eine Anonymisierung ausnahmslos gewährleisten zu können, wird Ihnen ein Versuchspersonen-Code zugeteilt, anhand welchem weitere statistische Analysen durchgeführt werden.

**7. Entstehen für die TeilnehmerInnen Kosten?**

Durch Ihre Teilnahme an dieser klinischen Studie entstehen für Sie keine zusätzlichen Kosten.

**8. Bekomme ich eine Entschädigung bzw. Vergütung aufgrund der Studienteilnahme?**

Die Teilnahme an dieser Studie erfolgt freiwillig und eine Entlohnung ist nicht vorgesehen. Allen TeilnehmerInnen wird allerdings angeboten, das psychologische Profil bzw. die Ergebnisse der Studie nach Auswertung der Daten einzusehen.

**9. Möglichkeit zur Diskussion weiterer Fragen**

Für weitere Fragen im Zusammenhang mit dieser klinischen Studie stehen Ihnen Ihre Versuchsleiterin und ihre Mitarbeiter gerne zur Verfügung. Auch Fragen, die Ihre Rechte als TeilnehmerIn an dieser klinischen Studie betreffen, werden Ihnen gerne beantwortet.

Name der Kontaktperson: Mag.<sup>a</sup> Wolsch Denise

Ständig erreichbar unter: 0676/ 37 60 401

**10. Einwilligungserklärung**

Name des Patienten in Druckbuchstaben: .....

Geb. Datum: ..... Code: .....

Ich erkläre mich hiermit bereit, an der klinischen Studie „Schizophrenie und Religion: Empirische Studie zur Psychodynamik von Spiritualität und Psychose“ teilzunehmen.

Ich bin ausführlich und verständlich über mögliche Belastungen und Risiken, sowie über Wesen, Bedeutung und Tragweite der klinischen Studie und sich für mich daraus ergebenden Anforderungen aufgeklärt worden. Ich habe darüber hinaus den Text dieser Patientenaufklärung und Einwilligungserklärung, die insgesamt 6 Seiten umfasst, gelesen.

Aufgetretene Fragen wurden mir von der Versuchsleiterin verständlich und genügend beantwortet. Ich hatte ausreichend Zeit, mich zu entscheiden. Ich habe zurzeit keine weiteren Fragen mehr.

Ich werde den Anordnungen, die für die Durchführung der klinischen Studie erforderlich sind, Folge leisten, behalte mir jedoch das Recht vor, meine freiwillige Mitwirkung jederzeit zu beenden, ohne dass mir daraus Nachteile für meine weitere medizinische Betreuung entstehen.

Ich bin zugleich damit einverstanden, dass meine im Rahmen dieser klinischen Studie ermittelten Daten aufgezeichnet werden. Beim Umgang mit den Daten werden die Bestimmungen des Datenschutzgesetzes beachtet.

Eine Kopie dieser Patienteninformation und Einwilligungserklärung habe ich erhalten. Das Original verbleibt bei der Versuchsleiterin.

.....  
(Datum und Unterschrift des Patienten)

.....  
(Datum, Name und Unterschrift des verantwortlichen Arztes)

## SCHIZOPHRENIE UND RELIGION

### Liebe(r) UntersuchungsteilnehmerIn!

Die hier gemachten Angaben dienen ausschließlich der wissenschaftlichen Forschung und werden **vollkommen anonym** ausgewertet.

Die folgenden zu beantwortenden Fragebögen setzen sich u.a. mit den Themen Religiosität und Spiritualität, Persönlichkeit und Kreativität auseinander. Zuvor jedoch bitten wir sie das Soziodemografische Datenblatt auszufüllen.

Weiters wurde diese Untersuchung von *keiner religiösen Vereinigung oder Gemeinschaft gefördert, noch werden Daten an eine solche weitergegeben.*

Dieses Fragebogenheft kann *ohne Zeitbeschränkung* beantwortet werden, aber es ist am besten, wenn Sie es doch so zügig, wie es für Sie gerade gut ist, ausfüllen. Es wäre am besten, wenn Sie die Antwort ankreuzen, die Ihnen als erstes in den Sinn kommt. Es gibt keine richtigen oder falschen Antworten und keine Fangfragen.

Versuchen Sie bitte, so *ehrlich und gewissenhaft* wie nur möglich, die Aussagen anzukreuzen. Bitte beantworten Sie *alle Fragen*, da sonst keine korrekte Auswertung möglich ist.

Besprechen Sie die Inhalte bitte nicht mit anderen Menschen, die ebenso an dieser Befragung teilnehmen, damit sie nicht von Ihnen beeinflusst werden. Am besten füllen Sie den Fragebogen alleine aus und nehmen sich genügend Zeit dafür.

Bitte prüfen Sie, ob Sie alle Fragen beantwortet haben!

**Danke für Ihre Mitarbeit!!!**



**PatientInnen - BEIBLATT:**

Name des/der PatientIn: \_\_\_\_\_

Anfangsbuchstabe Ihres Vornamens		Monat und Jahr Ihres Geburtsdatums (je zweistellig, z.B. 0374)		Anfangsbuchstabe des Vornamens Ihres Vaters Ihrer Mutter			
ID-CODE							

Hauptdiagnose:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Nebendiagnosen:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Medikation:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_