

DISSERTATION

Gott im Werden?

**Der Zusammenhang zwischen psychischer Gesundheit,
Persönlichkeit und dem religiös-spirituellen Befinden bei Kindern
und Jugendlichen**

eingereicht von

Mag. rer.nat. Michaela Gmeiner

zur Erlangung des akademischen Grades

Doktorin der Medizinischen Wissenschaft

(Dr. scient. med.)

an der

Medizinischen Universität Graz

ausgeführt an

**der Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapeutische Medizin
Graz und am Psychologischen Institut der Karl-Franzens-Universität Graz**

unter der Anleitung von

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

Graz, September 2015

„Eidesstattliche Erklärung

Ich erkläre ehrenwörtlich, dass ich die vorliegende Arbeit selbständig angefertigt und abgefasst, und jene Personen und Institutionen, die am Zustandekommen der Forschungsdaten beteiligt waren, namentlich genannt habe. Andere als die angegeben Quellen habe ich nicht verwendet und die den benutzen Quellen wörtlich oder inhaltlich entnommene Stellen habe ich als solche kenntlich gemacht. Die Arbeit an der Dissertation und daraus entstandenen Publikationen wurde gemäß den Regeln der „Good Scientific Practice“ durchgeführt.

Graz, am 28. September 2015

Mag^a. rer. nat. Michaela Gmeiner“

DANKSAGUNG

Ich möchte an dieser Stelle Herrn Univ.-Prof. Dr.med. Dr.phil. Hans-Peter Kapfhammer, Klinikvorstand der Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapeutische Medizin am Landeskrankenhaus-Universitätsklinikum Graz, für die Übernahme der Doktoratsbetreuung danken.

Ich bedanke mich bei Herrn PD. Mag. Dr.rer.nat. Dr.scient.med Human-Friedrich Unterrainer für die kompetente und menschliche Betreuung sowie fachliche Unterstützung als Zweitbetreuer dieser Dissertation.

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

Mein besonderer Dank gilt meiner Familie - vor allem meinem Ehemann Alexander und meiner Tochter Katharina - sowie meinen Freundinnen Sabine und Denise die mich im Laufe meines Doktorats mit hilfreichen Anregungen begleitet sowie mit viel Herzlichkeit, Geduld und Ermutigungen unterstützt haben.

Nicht zuletzt danke ich allen Kindern, Jugendlichen und ihren Eltern, die sich die Zeit genommen haben, um an dieser Untersuchung teilzunehmen und somit zu einem Gelingen dieser Studie beigetragen haben.

*„Kleine Dinge geben oft Antwort auf große Fragen“
(F.I. Romy)*

INHALTSVERZEICHNIS

<u>1 ZUSAMMENFASSUNG</u>	12
1.1 Zusammenfassung	12
1.2 Abstract	13
<u>2 EINLEITUNG</u>	14
<u>3 DIE MENSCHLICHE PERSÖNLICHKEIT</u>	15
3.1 Begriffsbestimmung	15
3.2 Entwicklung von Persönlichkeit	16
3.3 Konstrukte der Persönlichkeit	17
3.4 Theorien der Persönlichkeit	17
3.4.1 Kategorisierung anhand von Typen	18
3.4.2 Beschreibung anhand von Traits	19
3.4.3 Faktorenanalytisch begründet Modelle der Persönlichkeit	19
3.4.3.1 Persönlichkeitsmodell nach Eysenck	20
3.4.3.2 Fünf-Faktoren-Modell	21
3.4.4 Psychodynamische Persönlichkeitstheorien	21
3.4.4.1 Persönlichkeitsentwicklung nach Freud	21
3.4.4.2 Neopsychoanalytische Persönlichkeitstheorien	23
3.4.4.3 Persönlichkeitstheorie nach Erikson	23
3.4.5 Humanistische Persönlichkeitstheorien	24
3.4.6 Kognitive Theorien und soziale Lerntheorien	24
3.4.7 Theorien des Selbst	25
3.5 Persönlichkeitsentwicklung in der Kindheit	25
3.5.1 Frühe Kindheit und Persönlichkeitsentwicklung	25
3.5.2 Temperament und Persönlichkeit	26
3.5.3 Big Five und frühe Persönlichkeitsentwicklung	28
3.5.4 Selbstrepräsentation, Selbstkonzept und Identität in der Kindheit	28
3.5.5 Kontrollüberzeugung in der Kindheit	29
3.5.6 Das Geschlecht	30
3.5.7 Einfluss von Genom und Umwelt auf die Persönlichkeitsentwicklung	31
3.6 Persönlichkeitsstörungen	32
3.6.1 Beschreibung und Definition von Persönlichkeitsstörungen	32
3.6.2 Epidemiologie von Persönlichkeitsstörungen	32
3.6.3 Ätiopathogenese von Persönlichkeitsstörungen	33
3.6.3.1 Psychodynamik und Genese von Persönlichkeitsstörungen	33

3.6.3.2	Lerntheorie und Genese von Persönlichkeitsstörungen	33
3.6.3.3	Neurobiologie und Genese von Persönlichkeitsstörungen	34
3.6.4	Symptomatik von Persönlichkeitsstörungen	34
3.6.5	Klassifikation von Persönlichkeitsstörungen	34
3.6.5.1	Paranoide Persönlichkeitsstörung (F60.0)	35
3.6.5.2	Schizoide Persönlichkeitsstörung (F60.1)	35
3.6.5.3	Schizotype Persönlichkeitsstörung (F21)	35
3.6.5.4	Dissoziale Persönlichkeitsstörung	36
3.6.5.5	Emotional instabile Persönlichkeitsstörung (F60.3)	37
3.6.5.6	Histrionische Persönlichkeitsstörung (F60.4)	38
3.6.5.7	Anankastische Persönlichkeitsstörung (F60.5)	38
3.6.5.8	Ängstlich (vermeidenten) Persönlichkeitsstörung (F60.6)	38
3.6.5.9	Abhängige (asthenische) Persönlichkeitsstörung (F60.7)	38
3.6.5.10	Narzisstische Persönlichkeitsstörung (F60.80)	39
3.6.5.11	Passiv-aggressive Persönlichkeitsstörung (F60.81)	39
3.6.5.12	Zyklothymia (F34.0)	39
3.6.6	Diagnostik und Differentialdiagnose	40
3.6.7	Erfassen und Beschreiben von Persönlichkeiten	41
3.6.8	Therapie von Persönlichkeitsstörungen	42
3.6.8.1	Psychotherapie	42
3.6.8.2	Pharmakotherapie	42
3.6.9	Verlauf von Persönlichkeitsstörungen	42
4	<u>KINDHEIT UND ADOLESCENZ</u>	43
4.1	Reifung und Entwicklung	43
4.2	Bindung	45
4.2.1	Grundlagen der Bindungstheorie	45
4.3	Psychische und psychiatrische Erkrankungen im Kinder- und Jugendalter ..	47
4.3.1	Angststörungen	47
4.3.1.1	Entstehung von Angst	48
4.3.1.2	Bedingungsgefüge bei Angststörungen	48
4.3.1.3	Verlauf von Ängsten in der Kindheit	48
4.3.1.4	Behandlung und Prävention von Ängsten in der Kindheit	49
4.3.1.5	Klassifikation der Angststörungen	49
4.3.2	Zwangsstörungen	51
4.3.3	Depressive Störungen	52
4.3.3.1	Ursachen depressiver Störungen	53
4.3.3.1	Therapie depressiver Störungen	53
4.3.4	Aufmerksamkeits- und Hyperaktivitätsstörungen	54

4.3.5	Tic-Störungen	55
4.3.6	Suizidalität	56
4.3.7	Störungen des Sozialverhaltens	58
4.3.8	Alkoholabhängigkeit	57
4.3.9	Drogenabhängigkeit	58
4.3.10	Störungen der Ausscheidung	59
4.3.11	Essstörungen	60
4.3.12	Störungen sozialer Funktionen	62
4.3.12.1	Elektiver Mutismus	62
4.3.12.2	Bindungsstörungen	62
4.3.13	Persönlichkeitsstörungen, Kindheit und Adoleszenz?	63
4.3.13.1	Genese von Persönlichkeitsstörungen, Psychodynamik und Kindheit	65
5	<u>RELIGIOSITÄT UND SPIRITUALITÄT</u>	67
5.1	Historische Entwicklung	67
5.2	Begriffsbestimmung Religiosität und Spiritualität	69
5.2.1	Religiosität	69
5.2.2	Spiritualität	70
5.2.3	Unterschied zwischen Religiosität und Spiritualität	71
5.3	Konzepte von Religiosität und Spiritualität	72
5.3.1	Konzept der „Big Six“	72
5.3.2	Konzept der Intrinsischen vs. Extrinsischen Religiosität	73
5.3.3	Konzept des Multidimensionalen Religiositätsmodells	73
5.3.4	Konzept der Zentralität	74
5.3.5	Konzept des religiös-spirituellen Befindens	74
5.4	Erfassen von Religiosität und Spiritualität	75
5.4.1	Messen von Religiosität und Spiritualität im Kinder- und Jugendalter	76
5.5	Religiosität, Spiritualität und Geschlecht	77
5.6	Religiosität, Spiritualität und Alter	77
5.7	Schwierigkeiten in der Forschung	77
5.8	Entwicklung von Religiosität und Spiritualität	78
5.8.1	Entwicklungsmodell von Werner Gruehn	79
5.8.2	Religiöse Entwicklung nach Goldman	79
5.8.3	Fünf Stufen des religiösen Urteils nach Oster und Gmünder	80
5.8.4	Religiöse Stufentheorie nach Fowler	81
5.8.5	Stufen des spirituellen Bewusstseins nach Wilber	81
5.8.6	Stufenentwicklung eines Gott-Konzeptes nach Harm	82
5.9	Religiosität und Spiritualität in der Kindheit	82

5.10 Religiosität und Spiritualität in der Adoleszenz	84
5.11 Religiosität und Spiritualität im Erwachsenenalter	85
5.12 Psychoanalytische Ansätze zur Religiosität und Spiritualität	85
5.13 Religiosität, Spiritualität und Gesundheit	87
5.14 Religiosität, Spiritualität und psychische Erkrankungen	89
5.15 Religiosität, Spiritualität und Suizidalität	90
5.16 Religiosität, Spiritualität und Angst	90
5.17 Religiosität, Spiritualität und Zwang	90
5.18 Religiosität, Spiritualität und Sucht	91
5.19 Religiosität, Spiritualität und psychische Gesundheit im Kindesalter	91
5.20 Religiosität, Spiritualität und Persönlichkeit	94
5.20.1 Religiosität, Spiritualität und „Big 5“ Modell	94
5.20.2 Religiosität, Spiritualität und Eysencks 3-Faktoren Modell	95
5.20.3 Religiöse Selbstwirksamkeitsüberzeugungen	96
5.20.4 Religiosität, Spiritualität und Bindung	96
5.21 Religiosität, Spiritualität und Sozialisation	97
5.3 Das Konstrukt der religiös-spirituellen Befindlichkeit bei Kindern	97
5.3.1 Verbundenheit	98
5.3.2 Vertrauen	99
5.3.3 Gottesbild	99
5.3.4 Rituale	101
5.3.5 Tod und Sterben	101
5.3.5.1 Das Phasenmodell des Todesbegriffs	102
<u>6 FRAGESTELLUNGEN UND HYPOTHESEN</u>	104
6.1 Kernfrage	104
6.2 Fragestellungen und Hypothesen	104
6.2.1 Fragestellung 1	104
6.2.1.1 Hypothese 1	105
6.2.2 Fragestellung 2	105
6.2.2.1 Hypothese 2	106
6.2.3 Fragestellung 3	107
6.2.3.1 Hypothese 3	107
6.2.4 Fragestellung 4	108
6.2.4.1 Hypothese 4	108
6.2.5 Fragestellung 5	108
6.2.5.1 Hypothese 5	109
6.2.6 Fragestellung 6	109
6.2.6.1 Hypothese 6	110

6.2.7 Fragestellung 7	110
6.2.7.1 Hypothese 7	110
6.2.8 Zusatz-Fragestellung 8	110
6.2.8.1 Hypothese 8	111
<u>7 MATERIAL UND METHODEN</u>	112
7.1 Planung der Studie	112
7.1.1 Darstellung des Studiendesigns	112
7.1.2 Ziel der Untersuchung	112
7.1.3 Untersuchungsablauf	114
7.1.4 Rekrutierung der ProbandInnen	116
7.1.5 Stichprobenbeschreibung	116
7.1.5.1 Geschlecht und Alter der TeilnehmerInnen	117
7.1.5.2 Bildungsstatus	118
7.1.5.3 Erwerbstätigkeit	119
7.1.5.4 Familienstand	119
7.1.5.5 Kinder	119
7.1.5.6 Alkohol, Rauchen und Drogenerfahrung	119
7.1.5.7 Verurteilung eine Straftat	120
7.1.5.8 Regelmäßiges Beten	120
7.1.5.9 Ein- und Ausschlusskriterien	120
7.1.5.10 Stichprobenausfall	121
7.1.5.11 Ort der Untersuchung/Datenerhebung	121
7.2 Psychodiagnostische Instrumente	121
7.2.1 Testverfahren zur Erhebung der kognitiven Funktionen	122
7.2.1.1 SON-R 2 ½ - 7	122
7.2.1.2 Hamburg-Wechsler-Intelligenztest für Kinder und Jugendliche	124
7.2.2 Testverfahren zur Erhebung der Persönlichkeitsstruktur	126
7.2.2.1 Junior Temperament und Charakter Inventar (JTCl)	126
7.2.3 Testverfahren zur Psychopathologie	128
7.2.3.1 Child Behavior Checklist (CBCL/4-18)	128
7.2.3.2 Diagnostik-System für psychische Störungen (DISYPS-II)	129
7.3 Testverfahren zur Erhebung der Religiosität und Spiritualität	131
7.3.1 Multidimensionale Inventar (MI-RSB-48)	131
7.3.2 Multidimensionale Interview (MI-RSB-KiJu) (s. Anhang D)	131
7.3.2.1 Kinder als Experten	132
7.3.2.2 Gesprächstechniken	132
7.3.2.3 Übertragung vs. Gegenübertragung	133

7.3.2.4	Interview mit Kindern	133
7.3.2.5	Metakommunikation	134
7.3.2.6	Die Verarbeitung der Interviewergebnisse	136
7.3.2.7	Inhaltsanalytisches Auswertungsverfahren	136
7.3.2.8	Prozess der Auswertung	137
7.3.2.9	Gütekriterien und Skalenwerte des halbstrukturierten Interviews	138
7.3.2.10	Inter-Rater-Reliabilität	139
7.3.2.11	Qualitätssicherung mittels Pretest	142
7.3.3	Z7-Religiositätsskala – „Zentralität von Religiosität“	143
7.3.4	Visuelle Analogskalen	144
7.3.5	Instruktion Zeichnung	144
7.4	Soziodemographische sowie anamnestische Daten	145
7.5	Zusätzlich verwendete Materialien	145
7.5.1	Einwilligungserklärung/Studienteilnehmerinformation (s. Anhang A)	145
7.5.2	Soziodemographisches Datenblatt (s. Anhang B)	145
7.5.3	Allgemeine Fragebogenkonstruktion (s. Anhang C)	145
8	<u>ERGEBNISSE</u>	146
8.1	Inferenzstatistische Auswertung	146
8.2	Prüfung der Verteilungsvoraussetzungen	146
8.3.	Korrelation Psychopathologische Symptomatik und spirituelles Befinden	146
8.3.1.	Child Behavior Checklist (CBCL/4-18)	146
8.3.1.1	Child Behavior Checklist der Gruppe 4-6jähriger Kinder.....	149
8.3.1.2	Child Behavior Checklist der Gruppe 7-11jähriger Kinder.....	153
8.3.1.3	Child Behavior Checklist der Gruppe 12-17jähriger Jugendliche	156
8.3.2	Diagnostik-System (DISYPS-II) Gesamtgruppe	160
8.3.2.1	Diagnostik-System psychischer Störungen 4-6jährige Kinder.....	162
8.3.2.2	Diagnostik-System psychischer Störungen 7-11jährige Kinder.....	165
8.3.2.3	Diagnostik-System psychischer Störungen 12-17jährige Jugendliche.....	168
8.4	Persönlichkeitsstruktur und spirituelles Befinden	171
8.4.1	Junior Temperament und Charakter Inventar 4-6jährige Kinder	171
8.4.2	Junior Temperament und Charakter Inventar 7-11jährige Kinder	178
8.4.3	Junior Temperament und Charakter Inventar 12-17jährige Jugendliche	185
8.5	Kognitive Funktionen und religiös-spirituelles Befinden	193
8.5.1	SON-R 2 ½ - 7 in der Gruppe der 4-6jährigen Kinder	193
8.5.2	Hamburg-Wechsler-Intelligenztest für Kinder und Jugendliche	194
8.6	Religiös-spirituelles Befinden Eltern, Kinder und Jugendliche	196
8.6.1	Eltern, Kinder und Jugendliche der Gesamtstichprobe	196

8.6.2	Religiös-spiritueller Befinden zwischen Eltern und 4-6jährige Kinder	197
8.6.3	Religiös-spiritueller Befinden zwischen Eltern und 7-11jährige Kinder	201
8.6.4	Religiös-spiritueller Befinden zwischen Eltern und Jugendliche	206
8.7	Soziodemographische Daten und religiös-spiritueller Befinden	211
8.7.1	Anamnestische Daten und religiös-spiritueller Befinden	212
8.8	Regressionsanalysen zum Ausmaß psychischer Auffälligkeiten	213
8.8.1	Verhaltensauffälligkeiten und psychische Auffälligkeiten 4-6jährige Kinder ...	213
8.8.2	Verhaltensauffälligkeiten und psychische Auffälligkeiten 7-11jährige Kinder .	213
8.8.3	Verhaltensauffälligkeiten und psychische Auffälligkeiten Jugendliche.....	213
8.9	Prüfung auf Unterschiede zwischen den Gruppen	214
8.9.1	Gruppenunterschiede bezüglich religiös-spirituellen Befinden	214
8.9.2	Gruppenunterschiede bezüglich visueller Analogskalen	214
8.9.2.1	Visuelle Analogskala „Glaubensintensität“	214
8.9.2.2	Visuelle Analogskala „Religiositätsausmaß“	215
8.9.2.3	Visuelle Analogskala „Spiritualitätsintensität“	215
8.9.2.4	Visuelle Analogskala „Verbundenheit mit Glaubensgemeinschaft“	215
8.9.3	Child Behavior Checklist	215
8.9.4	Diagnostik-System psychischer Störungen	216
8.9.5	Junior Temperament und Charakter Inventar	216
9	<u>DISKUSSION</u>	217
9.1	Interviewkonstruktion	217
9.2	Allgemeine Daten	220
9.3	Spiritualität und Religiosität	221
9.3.1	Religiosität, Spiritualität und Geschlecht	221
9.3.2	Religiosität, Spiritualität und Alter	222
9.3.3	Religiosität, Spiritualität, psychische und physische Gesundheit	223
9.3.4	Religiosität, Spiritualität und Persönlichkeit	228
9.3.5	Religiosität, Spiritualität und Bindung	231
9.3.6	Religiosität, Spiritualität und kognitive Funktionen	232
9.3.6	Religiosität, Spiritualität der Eltern, Kinder und Jugendlichen	233
9.4	Schwierigkeiten in der Forschung	234
9.5	Abschließende Betrachtung und Ausblick	236
10	<u>LITERATUR</u>	238
	Tabellen und Abbildungen	283

1 ZUSAMMENFASSUNG

1.1 Zusammenfassung

Einleitung: In den letzten Jahren ist das Interesse am Thema Spiritualität und Religiosität im Bereich Psychologie, Psychotherapie und Medizin deutlich gestiegen. In der vorliegenden Studie konnte ein multidimensionales Interview zum religiös-spirituellen Befinden von Kindern und Jugendlichen (MI-RSB-KiJu) im Kontext psychischer Gesundheit entwickelt werden. Mithilfe dieses Instrumentes wurde der Frage nachgegangen, ob ein Zusammenhang zwischen Auffälligkeiten in der Persönlichkeitsentwicklung, psychischer Gesundheit sowie Spiritualität und Religiosität besteht.

Methode: Kinder und Jugendliche aus der Allgemeinbevölkerung zwischen vier und siebzehn Jahren ($n = 213$; 111 weiblich und 102 männlich) sowie ihre Eltern ($n = 213$) wurden mittels Multidimensionalen Interview (MI-RSB-KiJu) bzw. Inventar (MI-RSB-48) zum religiös-spirituellen Befinden befragt. Zudem wurden die Dimensionen des religiös-spirituellen Befindens zu Persönlichkeitsfaktoren - erhoben mittels Junior Temperament und Charakter Inventar - sowie zu psychischen Parametern - erfasst mittels Child Behavior Checklist und dem Diagnostik System für psychische Störungen - in Beziehung gesetzt.

Ergebnisse: Die Ergebnisse zeigen negative Zusammenhänge zwischen internalisierenden und sozialen Auffälligkeiten ($p < .01$) sowie psychopathologischen Auffälligkeiten der Persönlichkeit ($p < .05$) und positive Zusammenhänge zwischen den Persönlichkeitsmerkmalen Selbsttranszendenz Selbstlenkungsfähigkeit sowie Kooperativität ($p < .01$) und dem religiös-spirituellen Befinden.

Diskussion: Die Ergebnisse der vorliegenden Studie könnten zu einer verstärkten Berücksichtigung religiös-spiritueller Inhalte sowohl in der Prävention als auch in der Therapie psychischer Störungen im Kinder- und Jugendbereich führen. Ebenso könnte der Ansatz in der Eltern-Erziehung, im Kindergarten sowie in der Schule zusätzliche positive Perspektiven im Hinblick der Salutogenese eröffnen.

Schlüsselwörter: Kindheit, Persönlichkeitsentwicklung, Psychische Gesundheit, Salutogenese, Spiritualität

The Nascent God?

The relationship between personality development, mental health and spirituality in childhood and adolescence

1.2 Abstract

Introduction: There is an increasing interest noticeable coming from clinical psychology, psychotherapy and medicine concerning religious-spiritual topics especially in recent years. A Multidimensional Interview for Religious-Spiritual Well-Being in childhood and adolescence was developed in the context of mental health. The question of interest for the current study was to investigate a postulated relationship between mental health, abnormalities in personality development and spirituality in childhood and adolescence.

Method: Children of the general population between four and seventeen ($n = 213$; 111 female and 102 male) and their parents ($n = 213$) completed the Multidimensional Interview respectively Inventory of Religious/Spiritual Well-Being. Furthermore dimensions of Religious-Spiritual Well-Being are related to personality factors, completed with the “Junior Temperament und Charakter Inventar” and different psychic parameters, by using the Child Behavior Checklist and the “Diagnostik System für psychische Störungen”.

Results: The results demonstrate a negative correlation between internalizing and social disorders ($p < .01$), abnormalities in personality development ($p < .05$) as well as positive correlations between personality traits “Selbstlenkungsfähigkeit”, “Kooperativität” and “Selbsttranszendenz” ($p < .01$) and religious-spiritual well-being.

Conclusions: Results indicate a possible potential of religious and spiritual dimensions as being positive therapeutic factors in mental-health treatment. Additionally the findings of this study may be positive prospects in view of the salutogenesis in parent-child education, in nursery school and in school.

Keywords:

Childhood, Mental health, Personality development, Salutogenesis, Spirituality

2 EINLEITUNG

Das vorliegende Dissertationsprojekt ist eine empirische Studie zur Psychodynamik von Spiritualität und der Genese von psychischen Störungen sowie Persönlichkeitsstörungen.

Die Forschungsarbeit beschäftigt sich mit der Frage ob es Zusammenhänge zwischen der psychischen Gesundheit, der Persönlichkeitsentwicklung und dem religiös-spirituellen Befinden von Kindern und Jugendlichen gibt. Die Grundlage für diese Forschungsarbeit bieten zahlreiche Studien mit Erwachsenenstichproben (Koenig, Mc Cullough & Larson, 2001), die zeigen dass religiös-spirituelle Menschen gesünder sind – sowohl psychisch als auch physisch, dass sie stressresistenter sowie resilienter sind und dass aktives Coping besser geleistet werden kann. Diese Ergebnisse sind bereits im Kindes- und Jugendalter erkennbar (Oman & Thoreson, 2005).

Die meisten Studien im religiös-spirituellen Bereich im Zusammenhang mit der Persönlichkeitsentwicklung, z.B. der Bindungsforschung, stellen retrospektive Untersuchungen an Erwachsenen dar. Im Kinder- und Jugendalter hingegen sind Forschungen in diesem Bereich sehr noch wenig untersucht. Ausgehend von Goldman's (1964) Studien zur religiösen Entwicklung, bezogen auf Piaget's Stufen der kognitiven Entwicklung (Piaget, 1950), wurde in Anlehnung an das Multidimensionale Inventar zum religiös-spirituellen Befinden, MI-RSB-48 (Unterrainer, 2005) ein Interview für Kinder und Jugendliche im Alter von vier bis siebzehn Jahren (Präoperationales Stadium bzw. Stufe des intuitiv religiösen Denkens sowie formal-operatorische Stufe bzw. abstraktes religiöses Denken) entwickelt und vorgegeben. Nach Kapfhammer (2007) zur Genese der Persönlichkeitsstörungen aus psychodynamischer Sicht, werden erste Anzeichen der Rigidität und Unangemessenheit im Erleben und Verhalten bereits in der frühen individuellen Entwicklung sichtbar. In den Adoleszenzjahren beginnen sie sich zunehmend deutlicher zu artikulieren und bestehen im Erwachsenenalter langfristig fort.

Bezug nehmend zur Genese der Persönlichkeitsstörungen sowie der Bindungsforschung in Hinblick auf mögliche Bindungsstörungen wurde in der vorliegenden Studie zusätzlich zum religiös-spirituellen Befinden, die psychische

Gesundheit, Angst, Depression, soziale Auffälligkeiten, emotionale Auffälligkeiten, körperliche Beschwerden sowie die Persönlichkeitsstruktur bzw. mögliche Auffälligkeiten in der Persönlichkeitsstruktur von Kindern und Jugendlichen der Allgemeinbevölkerung mittels standardisierter Fragebögen und teilstrukturierten, selbstkonstruierten Interview erhoben. Durch das Interview werden tiefer gehende persönlich umfassende Informationen gewonnen und somit ein qualitatives Verfahren mit quantitativen Methoden zur Beantwortung der Forschungsfrage herangezogen. Im Bereich Kindheit und Jugend wurde in diesem Bereich bisher vergleichsweise wenig geforscht, aus diesem Grund stellt die aktuelle Untersuchung einen wesentlichen Beitrag zur Zusammenhangsstruktur von Spiritualität und psychischer Gesundheit dar.

Ein globales Anliegen der aktuellen Studie ist es, die mögliche Integration religiös-spirituelle Inhalte in das bio-psycho-soziale Modell von Gesundheit und Krankheit zu thematisieren. Es ist bekannt dass PatientInnen die an einer Persönlichkeitsstörung leiden, eine spezielle Herausforderung in der medizinischen Versorgung, der psychiatrischen und psychotherapeutischen Behandlung darstellen, da der Umgang mit Betroffenen oft als konfliktreich beschrieben wird (Möller, Laux & Deister, 2013). Der angenommene positive Zusammenhang zwischen religiös-spirituellen Befinden und der psychischen Gesundheit von Kindern und Jugendlichen könnte somit zu einer verstärkten Berücksichtigung spiritueller Inhalte in der Behandlung von Störungen im Kinder- und Jugendalter beitragen. Ebenso könnte der Ansatz in der Eltern-Kind-Erziehung, im Kindergarten sowie in der Schule zusätzliche positive Perspektiven im Hinblick der Salutogenese eröffnen.

3 DIE MENSCHLICHE PERSÖNLICHKEIT

3.1 Begriffsbestimmung

Persönlichkeit wird auf viele unterschiedliche Weisen definiert, jedoch sind zwei grundlegende Konzepte allen gemeinsam: die Einzigartigkeit und die charakteristischen Verhaltensmuster (Gerrig & Zimbardo, 2014). Mehrheitlich herrscht Übereinstimmung, „dass *Persönlichkeit ein bei jeden Menschen*

einzigartiges, relativ stabiles und zeitlich überdauerndes Verhaltenskorrelat darstellt“ (Dorsch, 2014, S. 696).

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

Gerrig & Zimbardo (2014; S.504) definieren *„Persönlichkeit als eine komplexe Menge von einzigartigen psychischen Eigenschaften, welche die für ein Individuum charakteristischen Verhaltensmuster in vielen Situationen und über einen längeren Zeitraum hinweg beeinflussen.“*

Nach Bortz und Döring (2006) ist ein Persönlichkeitsinstrument ein wissenschaftliches Verfahren das zur Untersuchung von einem oder mehreren empirisch abgrenzbaren Persönlichkeitsmerkmalen verwendet wird. Das Ziel solcher Untersuchung ist es, eine möglichst quantitative Aussage über den relativen Grad der individuellen Merkmalsausprägung zu erhalten.

3.2 Entwicklung von Persönlichkeit

„Persönlichkeitsentwicklung die Veränderung des komplexen Systems innerhalb eines Individuums, das sich mit der Umwelt und der Innenwelt auseinandersetzt. Die Persönlichkeit beginnt vor der Geburt und ist lebenslang“. (Häcker & Stapf, 2014, Dorsch, Psychologisches Wörterbuch, S. 696)

Eine weitere Definition Greve (2005) lautet: *„Persönlichkeitsentwicklung ist die differentielle Veränderung von Personen im intraindividuellen und interindividuellen Vergleich.“*

Die Entwicklung des Selbstkonzepts sowie der Persönlichkeit dehnt sich über die komplette Lebensspanne des Menschen. Laut Gerrig und Zimbardo (2014) ist das *„Selbstkonzept eine dynamische geistige Struktur, die intra- und interpersonale Verhaltensweisen und Prozesse motiviert, interpretiert, strukturiert, vermittelt und reguliert.“* Für die differentielle Entwicklung von Persönlichkeits- und Selbstkonzeptmerkmalen besteht die Annahme relativer kurz- und mittelfristiger Stabilität und Kontinuität bei langfristiger Variabilität. In der Kindheit zeigen sich unverkennbar sowohl in der Selbstkonzeptentwicklung wie auch in Persönlichkeitsmerkmalen zunehmende Stabilisierungen. Diese Stabilisierungen

lassen sich durch den wachsenden Einfluss der Persönlichkeit des Kindes auf sein soziales sowie seine materielles Umfeld erklären. Durch den Einfluss kritischer oder traumatischer Lebenserfahrungen sowie in der Pubertät und bei dementiellen Krankheitsbildern werden Destabilisierungen beobachtet (Krampen & Grewe, 2008).

3.3 Konstrukte der Persönlichkeit

Es herrscht ein weites Spektrum der Konstrukte, die in Persönlichkeitsforschungen analysiert werden. In untenstehender Abbildung 1 werden drei Klassen von Persönlichkeitsmerkmalen vorgestellt: die Temperamentsmerkmale, die Leistungsdispositionen sowie die selbst- und umweltbezogenen Kognitionen (Krampen & Grewe, 2008).

Abbildung 1: Systematik der Persönlichkeitskonstrukte mit Beispielen (aus Oerter & Montada, 2008, S. 653)

<u>Persönlichkeitsmerkmale</u>		
Temperamentsdispositionen	Leistungsdispositionen	selbst- und umweltbezogene Kognitionen
Extraversion vs. Introversion	fluide Intelligenz	Selbstkonzept
Ängstlichkeit	kristalline Intelligenz	Kontrollorientierungen
Emotionale Stabilität vs. Labilität	Konzentrationsfähigkeit	Vertrauen
	soziale Kompetenz	Selbstwirksamkeit

3.4 Theorien der Persönlichkeit

Die zwei ältesten Ansätze zur Beschreibung der Persönlichkeit zeigen die Klassifikation von Menschen nach einer begrenzten Zahl unverkennbar unterschiedlicher *Typen* sowie die Ausmaßskalierung, in sie durch *Traits* (unterschiedliche Eigenschaften) dargestellt werden können. Darüber hinaus gibt es Psychodynamische Theorien, Humanistische Theorien, Soziale Lerntheorien,

kognitive Theorien sowie Theorien des Selbst (Gerrig & Zimbardo, 2014), welche in Folge aufgezeigt und kurz beschrieben werden.

3.4.1 Kategorisierung anhand von Typen

Typen von Persönlichkeiten sind Alles-oder-Nichts-Phänomene, d.h. wird eine Person einem Typ zugeteilt, kann sie keinem anderen Typ aus dem gleichen System der Klassifikation zugeordnet werden. Im 5. Jahrhundert vor Christus wurde eine der ersten Temperamentstypologien von dem griechischen Arzt Hippokrates (460-377 v. Chr.) aufgestellt: der Körper enthält vier Körpersäfte, die jeweils mit einem Muster von Verhaltensweisen und Emotionen, dem Temperament im Zusammenhang stehen (Asendorpf, 2007).

Der griechische Arzt Galenos entwickelte im 2. Jahrhundert nach Christus eine Theorie die besagt, dass je nach Vorherrschen eines der vier Körpersäfte die Persönlichkeit eines Menschen davon abhängt: Blut zeige das „*Sanguistische Temperament*“, die Person ist fröhlich und aktiv; Schleim zeige das „*Phlegmatische Temperament*“, die Person ist apathisch und träge; Schwarze Galle zeige das „*Melancholische Temperament*“, das Individuum ist traurig und grüblerisch und die Gelbe Galle sei mit „*Cholerischen Temperament*“ sowie aufbrausenden und reizbaren Verhalten verbunden (Gerrig & Zimbardo, 2014).

William Sheldon (1942) brachte den Körperbau in Verbindung mit dem Temperament und erstellte somit eine Konstitutionstypologie. Sheldon unterteilte Personen in drei Kategorien und zwar auf der Basis ihres Körperbaus: *Ektomorphe Menschen* (groß, dünn, anfällig) seien intellektuell, introvertiert und zeigen eine künstlerische Begabung; *mesomorphe Menschen* (athletisch, stark, muskulös) seien voller Energie, zeigen Mut und Durchsetzungskraft und *endomorphe Personen* (weich, rundlich und dick) seien gute Esser, gesellig und entspannt (Maltby, Day & Macaskill, 2011).

Kretschmer (1921) betrachtete die Körperbauten als *pyknisch* (kurzer Rumpf, kurze Extremitäten, Kopf groß, massiver Hals, breites Gesicht); *leptosom* (Rumpf und Extremitäten sind schlank, schmales Gesicht) sowie *athletisch* (trapezförmiger Rumpf, kräftiges Knochen- und Muskelrelief, derbes Gesicht). Er beobachtete psychiatrische Patienten und fand einen Zusammenhang zwischen den drei Körperbauten und der Art der psychischen Störung. Kretschmer zufolge leiden

Leptosome eher an Schizophrenien, Athletiker eher an Epilepsie und Pykniker häufiger an manisch-depressiven Erkrankungen.

Eine aktuellere Typologie stammt von Frank Sulloway (1996). Mittels der Geburtsreihenfolge (erstes Kind, mittleres Kind, einziges Kind usw.) macht Sulloway (1996) Vorhersagen in denen sich Organismen spezialisieren um Nischen für ihr Überleben zu finden und zu sichern. Demnach finden Erstgeborene eine vorbereitete Nische vor, sie bekommen die volle Aufmerksamkeit und Liebe ihrer Eltern und sie tun alles um diese Bindung zu erhalten. Sie identifizieren sich demnach mit ihren Eltern und zeigen größeren Gehorsam. Nachgeborene wiederum finden eine Situation vor eine andere Nische zu suchen und werden somit laut Sulloways (1996) Theorie als Rebellen geboren. Sie zeigen Offenheit für neue Erfahrungen, denn diese Strategie ist nützlich um wiederum neuartige, innovative und erfolgreiche Strategien zu finden. Sulloway (1996) untersuchte 23 wissenschaftliche Theorien und zeigte bei n=1218 Wissenschaftlern (innerhalb der Geburtsreihenfolge), dass Nachgeborene innovative Theorien mit größerer Wahrscheinlichkeit annahmen als Erstgeborene.

3.4.2 Beschreibung anhand von Traits

Trait Theorien gehen von kontinuierlichen Dimensionen aus, wie zum Beispiel Freundlichkeit oder Schüchternheit. Gordon Allport (1966) erklärte Traits für die Bausteine der Persönlichkeit und den Ursprung der Individualität. Allport (1966) erklärte, dass Traits das Verhalten kohärent machen weil sie die Reaktionen eines Menschen mit einer Menge von Reizen in Verbindung bringen und einigen. Er hielt nicht Bedingungen der Umwelt sondern Persönlichkeitsstrukturen für die bestimmenden Determinanten des individuellen Verhaltens. Das heißt, dass gleiche Stimuli verschiedenartige Auswirkungen auf unterschiedliche Individuen zeigen können.

3.4.3 Faktorenanalytisch begründete Modelle der Persönlichkeit

Die wichtigsten Faktorenanalytisch begründeten Modelle der Persönlichkeit stammen von Raymond Catell (1973) und Hans Eysenck (1947).

Raymond Catell (1973) führte in Folge seiner Forschungen aus, dass die Persönlichkeit auf 16 Faktoren beruht, die er deshalb *Source-Traits* benannte da er meinte, dass sie die „*Quelle*“ (englisch: source) für das menschliche Verhalten an der Oberfläche sind, das für die Persönlichkeit gehalten wird.

3.4.3.1 Persönlichkeitsmodell nach Eysenck

Hans Eysenck (1990) orientiert sich an experimentellen Vorgangsweisen und versucht eine vielfältige Auswahl an repräsentativen Eigenschaften auf wenige und statistisch unabhängige Dimensionen zu reduzieren. Er leitet drei Dimensionen ab: *Extraversion/Introversion* (von innen vs. nach außen orientiert), *Neurotizismus* (emotional stabil vs. emotional instabil) und Psychotizismus (rücksichtsvoll und freundlich vs. asozial und aggressiv). Diese drei Hauptdimensionen (PEN) sind laut Eysenck (1990) voneinander unabhängig und reichen zur Beschreibung eines Individuums aus. Eysenck entwickelte zur Messung von Extraversion und Neurotizismus den Fragebogen Eysenck Personality Inventory (EPI; Eysenck & Eysenck, 1990). Studien zeigen, dass selbstbeurteilter Neurotizismus einen negativen Affekt sowie subjektiv somatische und psychische Problematiken vorhersagen. Hingegen zeigt eine selbstbeurteilte Extraversion einen positiven Affekt und gesellig, aufgeschlossenes Verhalten vorher (Lucas & Baird, 2004). Bezüglich Entwicklung des Psychotizismus geht Eysenck (1990) von einem Kontinuum von Normalität zu psychotischen Erkrankungen (schizophren, manisch-depressiv) aus.

Eysenck (1990) vermutete hinsichtlich der biologischen Grundlagen von *Extraversion* und *Neurotizismus* interindividuelle Unterschiede in neurophysiologischen Erregungs- und Hemmungsprozessen. Er bezog sich auf das aufsteigende retikuläre aktivierende System des Hirnstamms (ARAS spielt eine Rolle in der Schlaf-Wach-Regulation sowie der Steuerung der Aufmerksamkeit) und auf das limbische System, das eine wesentliche Rolle in der Emotionenregulation spielt. Aus heutiger Sicht lässt sich die von Eysenck vermutete Beziehung zwischen Neurotizismus und interindividuellen Unterschieden in limbischen Prozessen der Hemmungs- und Erregung nicht bestätigen (Asendorpf, 2007). Für die heutige Forschung bleibt von Eysencks (1990) Theorie somit die Rekonstruktion der

Temperamentsurteile durch den *Extraversion* und *Neurotizismus* zweidimensionalen Eigenschaftsraum als Teil des Fünf-Faktoren-Modells (Asendorpf, 2007).

3.4.3.2 Fünf-Faktoren-Modell

In der heutigen Forschung findet das Fünf-Faktoren-Modell bzw. das Modell der „Big-Five“ weitgehende Verwendung (Bowler, Bowler & Phillips, 2009). Jede der fünf Dimensionen fasst viele Eigenschaften mit einzigartiger Konnotation, aber einem gemeinsamen Thema zu einer Kategorie zusammen. Diese fünf Faktoren die für die Charakterisierung der Persönlichkeitsstruktur geeignet sind werden als „*Extraversion*“ (kontaktfreudig – zurückhaltend), „*Verträglichkeit*“ (friedfertig – streitsüchtig), „*Gewissenhaftigkeit*“ (gründlich – nachlässig), „*Neurotizismus*“ (entspannt – überempfindlich) und „*Offenheit für Erfahrungen*“ (kreativ – phantasielos) bezeichnet (Möller, Laux & Deister, 2013). Diese fünf Faktoren sind auch in einigen Persönlichkeitsinventaren wie z.B. im NEO-FFI (Costa & Mc Crae, 1989) zu finden.

3.4.4 Psychodynamische Persönlichkeitstheorien

Psychodynamische Persönlichkeitstheorien gehen von der Annahme aus, dass das Formen der Persönlichkeit durch innere Kräfte geschieht und dadurch das Verhalten motiviert wird (Gerrig & Zimbardo, 2014).

3.4.4.1 Persönlichkeitsentwicklung nach Freud

Freud (1930) geht davon aus, dass innerpsychische Ereignisse das Verhalten motivieren. Ein Teil dieser Motivation ist bewusst, ein Anderer arbeitet auf der unbewussten Ebene (Gerrig & Zimbardo, 2014). Demnach hat jede Handlung eines Menschen einen Zweck und eine Ursache. Diese können durch die Analyse der freien Assoziation, Träumen und Fehlern entdeckt werden. Freud's (1930) Erkenntnisse stammen hauptsächlich aus klinischen Beobachtungen und

Fallstudien einzelner PatientInnen in seinen Therapiesitzungen (Maltby, Day & Macaskill, 2011).

Nach dem ontogenetischen Strukturmodell wird das Individuum durch die drei Instanzen „Es“, „Ich“ und „Über-Ich“ beschrieben. Das „Es“ agiert nach dem „Lustprinzip“ und strebt nach Triebbefriedigung; das „Ich“ folgt dem „Realitätsprinzip“ und ist unter Zuhilfenahme Vermittler zwischen den Impulsen des „Es“, den Anforderungen der Realität sowie den Ansprüchen des „Über-Ich“, das sich auf das menschliche Gewissen bezieht (Freud, 1930).

Freud's (1930) Theorie der Libido besagt, dass bei der reifen Form der Entwicklung die Libido zunehmend für zwischenmenschliche Beziehungen steht und sich von den selbstbezogenen Interessen des Körpers löst. Eine Charakterprägung dahingehend, je nach Entwicklungsbedingungen, kann sich auf die Entwicklung einer Persönlichkeitsstörung beziehen (Krampen & Grewe, 2008). Freud (1930) maß den frühen Erfahrungen deshalb so viel Bedeutung bei, da er davon ausging, dass eine Fixierung in der psychosexuellen Entwicklung es unmöglich macht, sich zur nächsten Phase weiterzuentwickeln und somit einen tiefgreifenden Einfluss auf die Bildung der Persönlichkeit und die Verhaltensmuster haben (Gerrig & Zimbardo, 2014). Ist ein erwachsenes Individuum starken psychischen Belastungen ausgesetzt, führen unreife Formen der Libidoentwicklung zu psychopathologischen Manifestationen. Diese sind mit einer Fixierung auf die eigene Person, hier wird von Narzissmus gesprochen, verbunden. Ein kritisches Lebensereignis birgt das Risiko der Regression, also einen Rückzug auf eine frühere Stufe der Triebregulation. Dieser Prozess führt nach Freud (1930) zu dysfunktionalen Formen des Erlebens und Verhaltens, folglich zur Pathologie (Krampen & Grewe, 2008).

Bezüglich Verdrängung und Abwehrmechanismen ist laut Freud (1930) Angst eine intensive emotionale Reaktion. Diese wird ausgelöst wenn ein verdrängter Konflikt in das Bewusstsein eindringen möchte. D.h. Angst ist ein Gefahrensignal, da die Verdrängung nicht mehr einwandfrei funktioniert und somit weitere Abwehrmechanismen wie z.B. Realitätsverleugnung, Regression oder Sublimierung erforderlich macht (Maltby, Day & Macaskill, 2011).

3.4.4.2 Neopsychoanalytische Persönlichkeitsentwicklungstheorien

Die meisten Erweiterungen der psychodynamischen Theorien behalten die grundlegende Darstellung der Entwicklungslehre nach Freud, jedoch werden auch einige Veränderungen eingeführt, die im Folgenden kurz dargestellt werden.

Alfred Adler (1929) meinte, dass die Persönlichkeitsentwicklung von Individuen auf der Überwindung ihres grundlegenden Gefühls der Minderwertigkeit basiere. Somit entstehe der Persönlichkeitskonflikt nicht aus internalen Trieben sondern vielmehr aus der Inkompatibilität zwischen externalen Einfluss des Umfeldes und dem inneren Geltungsstreben, dem Streben nach Gleichwertigkeit.

Karen Horney (1937) befasste sich mit kulturellen Faktoren und maß der aktuellen Struktur des Charakters eines Individuums mehr Wert bei als den frühkindlichen genitalen Phasen.

Bei Carl Gustav Jung (1936) steht die Stärkung und Ich-Entwicklung (der „Persona“) der ersten Lebenshälfte sowie die Introversion im Alter im Vordergrund der Persönlichkeitsentwicklung. Er bezeichnete das von der Menschheit geteilte „kollektive Unbewusste“ als Sitz der „universellen Archetypen“, sogenannte Urbilder und mystische Symbole. Nach Jung (1936) ist die Individuation als integrierte Persönlichkeit das psychodynamische Entwicklungsziel. Demnach ist eine gesunde, ganzheitliche Persönlichkeit in der Lage das Gleichgewicht zwischen widerstrebenden Impulsen zu halten (Gerrig & Zimbardo, 2014).

3.4.4.3 Persönlichkeitsentwicklung nach Erikson

Erik H. Erikson (1959/1966/1973) beschreibt in seinem Ansatz die Persönlichkeits- und Identitätsentwicklungsprozesse auf der Basis eigenständiger Entwicklungsthemen und Entwicklungskrisen und nicht nur auf Regressionen die durch Belastungen ausgelöst werden (Gerrig & Zimbardo, 2014). Freud's (1930) unbewusste Prozesse treten bei Erikson in den Hintergrund, vielmehr steht die Konfliktbewältigung der Person in der aktiven Auseinandersetzung mit ihrem Umfeld im Vordergrund. Erikson (1966) sieht das Latenzstadium als Entwicklung der Selbstwirksamkeit an.

Erikson's (1966) Konzepte der Phasenlehre konnten über Fragebogenuntersuchungen wie auch über teilstandardisierte Interviews empirisch bestätigt werden (Bradley & Marcia, 1998).

3.4.5 Humanistische Persönlichkeitstheorien

Humanistische Konzepte betonen das Streben nach Selbstaktualisierung, d.h. nach der Realisierung und Ausschöpfung der eigenen Potenziale, der Möglichkeiten und Talente (Gerrig & Zimbardo, 2014).

Abraham Maslow (1994/1970) sieht die Selbstverwirklichung an die oberste Stufe seiner Bedürfnispyramide.

Carl Rogers (1947) verweist auf die Wichtigkeit der unbedingten Wertschätzung in der Eltern-Kind Interaktion und in der Erziehung.

3.4.6 Kognitive Theorien und soziale Lerntheorien

Lerntheoretische Ansätze befassen sich mit unterschiedlichen Aspekten im Umfeld die eine Verhaltenssteuerung bewirken (Krampen & Grewe, 2008).

Dollard und Miller (1950) konnten in ihren Untersuchungen zeigen, dass Individuen eine Handlung vollziehen um eine aus unbefriedigten Trieben entstehende Spannung wieder abzubauen. Heutige Theorien betonen jedoch zusätzlich die Bedeutung kognitiver Prozesse, d.h. auf welche individuelle Art und Weise die Informationsverarbeitung geschieht.

Mischel (1973) zeigt in seiner Untersuchung, dass Kinder im Alter von sechs bis zwölf Jahren in einem Ferienlager nur in solchen Situationen als „freundlich“ bewertet wurden, in denen ein Erwachsener sie dazu aufgefordert bzw. ermahnt hatte. Er folgerte daraus, dass die Folgsamkeit eines Kindes nicht viel Aussage über seine Persönlichkeit bietet, sondern vielmehr darüber wie unterschiedliche Situationen verschiedene Verhaltensmuster hervorruft.

Bandura's (2001) Konzept des „reziproken Determinismus“ betont, dass das Individuum, sein Verhalten sowie die Umwelt in einer wechselseitig beeinflussenden und verändernden Interaktion stehen und in Folge diese drei Komponenten

beobachtet und untersucht werden müssen um das Verhalten und die Persönlichkeit eines Menschen sowie die soziale Ökologie zur Gänze zu erfassen und zu verstehen.

3.4.7 Theorien des Selbst

Diese Persönlichkeitstheorien stellen die Regulierung des Selbstbildes, das Konzept des „Selbst“, in den Vordergrund (Krampen & Grewe, 2008).

William James (1950) erachtet drei Komponenten der Erfahrung als wichtig: das „*materielle Ich*“, das „*soziale Ich*“ und das „*spirituelle Ich*“. James (1980) geht davon aus dass alles was ein Individuum mit seiner Identität verbindet, ein Teil seines „*Selbst*“ darstellt. Diese Erkenntnis erklärt den Umstand dass ein Individuum Verteidigungsreaktionen zeigt, werden seine Familienmitglieder oder seine Freunde beleidigt oder verletzt (Gerrig & Zimbardo, 2014).

Das Selbstkonzept bezieht sich auf den Wissensbestand sowie die Überzeugungen eines Menschen über sich selbst. Es ist somit eine dynamische Struktur, die regulierend, motivierend und vermittelnd wirkt. Chen et al. (2006) untersuchen die Überzeugungen die ein Mensch hat, wenn es darum geht was andere über ihn denken. Hierbei bestimmen zusätzlich positive wie negative Bewertungen des Selbst das Selbstwertgefühl. In der Studie von Baumeister et al. (2003) konnte gezeigt werden, dass das Selbstwertgefühl einen nicht zu unterschätzenden Einfluss auf die Stimmung, die Gedanken sowie auf das Verhalten selbst haben.

3.5 Persönlichkeitsentwicklung in der Kindheit

3.5.1 Frühe Kindheit und Persönlichkeitsentwicklung

Es herrschen unterschiedliche Sichtweisen über die Bedeutung der frühen Kindheit für die lebenslange Entwicklung des Menschen. Die Psychoanalyse sieht in frühen Erfahrungen eine tiefgreifende Wichtigkeit für die weitere Entwicklung eines Individuums (Maltby, Day & Macaskill, 2011).

Einige Entwicklungspsychologen (Schaffer, 2000; Kagan 1998) sind der Meinung nicht alle frühen Kindheitserfahrungen den späteren Persönlichkeitsunterschieden anzulasten. Aus Differentialpsychologischer Sicht ist es wünschenswert nur solche Eigenschaften in der frühkindlichen Entwicklung für bedeutsam zu sehen die stabile Vorhersagen erlauben (Asendorpf, 2007). Ab dem dritten Lebensjahr ist bei den meisten Kindern eine gefestigtere Vorstellung von ihrer eigenen Persönlichkeit erkennbar. Kinder dieses Alters sind sich über ihren Namen, ihre sexuelle Identität sowie ihr Äußeres bewusst (Möller, Laux & Deister, 2013).

Abschließend ist zu bemerken, dass die frühe Kindheit die Basis für alle weiteren Entwicklungsverläufe darstellt und aus diesem Grund stellt diese interessante Entwicklungsphase ein spannendes Forschungsfeld zur Verfügung (Oerter & Montada, 2008).

3.5.2 Temperament und Persönlichkeit

Unter dem Temperament eines Individuums werden die Besonderheiten in Formaspekten des Verhaltens verstanden: Affekt, Aktivierung und Aufmerksamkeit. Die Regulationsprozesse werden auf der Ebene der Neuropsychologie in der Wechselwirkung zwischen Hemmungs- und Erregungsprozessen gesucht. Es wird vielfach angenommen, dass Temperamenteigenschaften angeboren sind und somit nach der Geburt kaum durch Umweltbedingungen veränderbar sind (Gerrig & Zimbardo, 2014). Buss und Plomin (1984, zitiert von Asendorpf, 2007) definieren Temperament als Persönlichkeitseigenschaften die bereits im ersten Lebensjahr erkennbar sind, die bedeutend genetisch bedingt sind und durch langfristige Stabilität gekennzeichnet sind. Zu beachten ist, dass diese drei Kriterien jedoch nicht auf alle Temperamenteigenschaften zutreffen. Es bestehen dispositionale Formmerkmale des affektiven Verhaltens welche erst lange nach dem ersten Lebensjahr erkennbar sind wie z.B. sexuelle Reaktivität (Asendorpf, 2007).

Thomas und Chess (1977) beschreiben folgende drei Temperamentsdimensionen: Der *positive Affekt und die Annäherung* versus *Gehemmtheit und Scheu* sind bereits im Alter von ca. zwei Monaten erkennbar.

Im ersten Lebensjahr zeigt sich eine hemmende Kontrolle, die als *inhibitory control* bezeichnet wird (Block & Block, 1980). Der zweite Temperamentsfaktor wird als *negativer Affekt* bezeichnet und weist hauptsächlich negative Emotionalität auf. Dieser Affekt zeigt eine jahrelange Stabilität, wobei als Subdimensionen Furchtsamkeit sowie Irritierbarkeit - als *irritable distress* bezeichnet – genannt werden (Krampen & Grewe, 2008). Der dritte Temperamentsfaktor, System *Aufmerksamkeit und Kontrollbemühen*, ergänzt und überlagert im Laufe der menschlichen Entwicklung die Hemmungskontrolle. Das Kind in der selbstregulierenden Kontrolle (*effortful control*) kann nun dominante Reaktionen unterdrücken und untergeordnete Handlungsweisen zeigen (Gerardi et al. 1996). Diese Dimension entwickelt sich später weiter zur Selbstkontrolle (Asendorpf, 2007).

Rothbart & Bates (1998) erweitern die drei oben genannten Faktoren um die Dimension *Affiliation (Agreeableness)*. Diese Temperamentsdimension zeichnet sich durch vertrauensvolles, hilfsbereites sowie freundliches Verhalten aus. Aufgrund ihrer wissenschaftlich belegten neurologischen Basis (aggressives Verhalten wird durch Verletzung im Hypothalamus hervorgerufen) wird dieser Dimension eine konstitutionelle Basis zugeschrieben (Panksepp, 1986).

Kagan & Snidmann (2004) zeigen, dass einige kleine Kinder „angeborene Schüchternheit“ und wiederum andere „angeborenen Vorwitz“ aufweisen.

Auch Langzeitstudien verweisen auf die Stabilität des globalen frühen Temperaments. Bei Kindern die im vierten Lebensmonat ungehemmte oder gehemmte Verhaltensweisen zeigen, ist dieses unterschiedliche Verhalten ebenso in der weiteren Entwicklung erkennbar (Kagan & Snidmann, 2004).

Pfeifer et al. (2002) konnten zeigen, dass gehemmte zweijährige Kinder mehr Angst in unbekannten Situationen zeigen als ungehemmte Kinder des gleichen Alters. Letztlich waren die ungehemmten Kinder im Alter von vier Jahren geselliger im Umgang mit anderen fremden Kindern, als die gehemmten Kinder. Schlussendlich ist anzumerken dass jedoch einige Kinder im weiteren Entwicklungsverlauf an Schüchternheit oder Vorwitz verlieren. Es ist jedoch zu beachten dass Kinder kaum von einer Veranlagung zur anderen wechseln d.h. auch wenn ein anfangs gehemmtes Kind seine Schüchternheit verliert so wird aus diesem Kind dennoch keine vorwitzige Person werden (Pfeifer et al., 2002).

3.5.3 Big Five und frühe Persönlichkeitsentwicklung

Um bei Kindern und Jugendlichen Persönlichkeitsunterschiede zu beschreiben, sind ebenfalls die Big Five geeignet. Die Merkmale solcher Persönlichkeitstypen die auch für Kinder zutreffen (z.B. Resilienz, Vulnerabilität und Überkontrolliertheit sowie Unterkontrolliertheit) treten in der frühen Kindheit auf und zeichnen sich durch eine gewisse Stabilität aus (Caspi, et al. 2005). Diese Stabilität ist jedoch noch nicht so stark wie jene im Erwachsenenalter und deshalb ist zu beachten, dass Sozialisation sowie die Selbstgestaltung des Kindes ebenso von Bedeutung sind. Da Unterschiede im Temperament bereits in den ersten Wochen des Lebens bemerkbar sind, dürften diese kausal auf die Genese der Persönlichkeitsmerkmale Einfluss nehmen (Krampen & Grewe, 2008).

Asendorpf und van Aken (2003) fanden, dass sich Beurteilungen der Eltern zwölf- und siebzehnjähriger Kinder durch die fünf Hauptfaktoren beschreiben lassen.

Kohnstamm et. al. (1998) ordneten den freien Persönlichkeitsbeschreibungen der Eltern ihrer Kinder den Big Five zu und es zeigte sich, ein Gelingen bei dreijährigen Kindern in 75% der Fälle und bei neunjährigen Kindern in 79% der Fälle.

3.5.4 Selbstrepräsentation, Selbstkonzept und Identität in der Kindheit

Von William James (1890) stammt die Unterscheidung zwischen *“I and Me“*: das Selbst stellt das Subjekt („I“) dar und das Objekt („Me“). James teilt das „Me“ in ein *materielles Selbst*, ein *soziales Selbst* und ein *spirituelles Selbst*. Haben Kinder Vorstellungen über sich selbst, besitzen sie eine Selbstrepräsentation. *„Das Selbst besteht aus dem Wissen und Gefühlen des Kindes über sich selbst und in der persönlichen Überzeugung etwas bewirken zu können“* (Berk, 2011, S. 49).

Im Alter von 18 Monaten beginnen Kinder mit den ersten Anzeichen sich selbst im Spiegel zu erkennen (Lewis & Brooks-Gun, 1979), ebenso zeigen sie eine grundlegende Geschlechtsidentität (Stern, 1985) sowie Empathie für andere zu zeigen (Hoffmann, 1977).

Im Alter von zweieinhalb bis fünf Jahren ist das Kind in der Lage wahrnehmbare

Züge des Selbst zu konstruieren. In diesem Alter suchen die Kinder zusätzlich nach positiven Reaktionen für die Leistungen die sie erbringen und sie sind in der Lage zu verstehen, dass ihr Verhalten auf das Anderer Auswirkungen hat (Stipek et al. 1992).

Im Alter von fünf bis acht Jahren ist es dem Kind möglich sich selbst unter Zuhilfenahme der Gegensatzpaare zu beschreiben. Kinder wissen nun auch, dass sie eine Bewertung erhalten und haben Verständnis dafür, dass andere Individuen ebenso eigene Überzeugungen haben (*Theory of mind*). Dieses Wissen ist im Grundschulalter für die Selbstkonzeptkonstruktion von großer Bedeutung (Rauh, 2008).

In der späten Kindheit, d.h. im Alter neun bis zwölf Jahren, sind die Kinder in der Lage einzelne Selbstrepräsentationen zu koordinieren und wird als Stufe der Repräsentationssysteme bezeichnet (Fischer & Feldman, 1998). Das Kind besitzt die Fähigkeit durch Rückmeldung seiner Leistungen eine Selbsteinschätzung vorzunehmen. Ein Fortschritt in der Konstruktion des Selbstbildes bieten hierbei soziale Vergleichsinformationen. Das Selbstbild wird in dieser Entwicklungsphase realistischer, komplexer sowie differenzierter (Gerrig & Zimbardo, 2014).

In der weiteren menschlichen Entwicklung wirken sich andere Dimensionen der Persönlichkeit wie z.B. Ängstlichkeit und Depressivität auf das Selbstkonzept aus (Rauh, 2008).

Cole et al. (1999) konnten in einer Langzeitstudie zeigen, dass sich Mädchen in der fünften Schulklasse häufiger als ängstlich und depressiv mit unterdurchschnittlicher Leistungsfähigkeit beschrieben, als die Jungen im gleichen Alter. Die Forscher fanden mittels Prüfung des Kausalzusammenhanges heraus, dass bereits beim ersten Messzeitpunkt Vorhersagen bezüglich der geringen Einschätzung der eigenen Fähigkeiten aus der Ängstlichkeit und der Depressivität möglich waren.

3.5.5 Kontrollüberzeugung in der Kindheit

Bereits im ersten Lebensjahr ist bei Kindern das Bedürfnis, Wirkungen im physikalischen und sozialen Umfeld hervorzurufen, zu erkennen. Sobald das Kind

in die Schule eintritt, gewinnen für die Leistungen Kontrollüberzeugungen an großer Bedeutung (Oerter, 2008).

Skinner (1996) konnte in einer großangelegten Untersuchung zeigen dass die Kontrollüberzeugung positiv auf die schulischen Leistungen wirkt und diese Verbesserung wiederum bringt eine Stabilisierung und Erhöhung der Kontrollüberzeugung mit sich („*Engelskreis*“). Dasselbe gilt jedoch auch für eine niedrige Kontrollüberzeugung und deren negativ resultierende Auswirkung auf die schulischen Leistungen und die daraus verstärkte geringe Kontrollüberzeugung. Der Forscher betont jedoch auch den nicht zu unterschätzenden Einfluss der Lehrkörper bezüglich Unterstützung und Wärme im Umgang mit den Schülern (Skinner, 1996).

3.5.6 Das Geschlecht

Das Geschlecht bestimmt in einem starken Ausmaß, wie andere auf das Kind reagieren und aus diesem Grund ist es von großer Wichtigkeit das Geschlecht bei der Evaluation zu berücksichtigen. Im Alter von zwei Jahren ist das Geschlecht als Selbstkonstrukt verfügbar und Kinder können sich um dieses Konstrukt herum selbst sowie ihre Aktivitäten organisieren (Asendorpf, 2007).

Längsschnittstudien zeigen, dass das Geschlecht eine wichtige Rolle innerhalb interindividueller Unterschiede einnimmt. Block (1993) konnte zeigen dass das Geschlecht zur generellen Adaption von Kindern vor/nach der Scheidung ihrer Eltern in Beziehung steht und dass eine Modifikation der Beziehung zwischen der kindlichen Fähigkeiten und späteren Verhaltensweisen (z.B. Suchtverhalten) und physischer Befindlichkeit (z.B. Depression) besteht. Darüber hinaus berichtet Block (1993), dass sich das Verhältnis von *Ich-Stärke* und *Ich-Kontrolle* über die Zeit hinweg für Mädchen und Jungen unterschiedlich gestaltet, da von den Mädchen das Aufgeben der kindlichen Anpassungsmodi Stärke und die Fähigkeit des Freimachens von der Elternkontrolle erfordert.

3.5.7 Einfluss von Genom und Umwelt auf die Persönlichkeitsentwicklung

Die Verhaltensgenetik betont, dass die Unterschiede kognitiver und sozio-emotionaler Persönlichkeitseigenschaften eine gewichtige genetische Varianz zeigen. Auch die Umwelt in der sich ein Individuum entwickelt, ist in diesem Zusammenhang von großer Bedeutung. Kinder teilen zur Hälfte den Genotyp ihrer Mutter und zur Hälfte den ihres Vaters, der Genotyp beider Eltern korreliert wiederum mit dem Familienumfeld ihrer Kinder und somit findet eine Beeinflussung des Phänotyps der Kinder (z.B. Aggressivität, Ängstlichkeit, Intelligenz) durch den erworbenen Genotyp der Eltern sowie durch die genetisch determinierten Muster des Verhaltens der Eltern statt (Weber & Rammsayer, 2005).

Untersuchungen zeigen, dass im Erwachsenenalter die differentielle Stabilität expliziter Merkmale der Persönlichkeit (z.B. Big Five) zunimmt und hierbei ist zu betonen dass die zunehmende Stabilisierung von Persönlichkeitseigenschaften einer genetischen Bestimmung zugrunde liegen zu sein scheint (Weber & Rammsayer, 2005).

Trotz genetischer Einflüsse auf die unterschiedlichen Persönlichkeitseigenschaften verbleibt sehr viel Raum für Umwelteinflüsse, dies wird als „Genotyp-Umwelt-Interaktion“ bezeichnet (Butcher, Mineka, Hooley, 2009). Abhängig von den Allelen ist der Einfluss von Umweltunterschiede auf Persönlichkeitsunterschiede. Genom-Umwelt-Interaktionen lassen sich nur in sehr großen Stichproben und im Extrembereich normaler Persönlichkeitsvarianten identifizieren und finden. Solche Interaktionen werden in der klinischen Literatur wiederholt aufgezeigt z.B. für Schizophrenie oder Depression. Die Wirkung des genetischen Risikos findet nicht direkt statt, stattdessen wird die Vulnerabilität durch belastende Umweltbedingung erhöht. Kommen eine genetisch bedingte Vulnerabilität sowie belastende Bedingungen des Umfeldes zusammen, zeigt sich ein erhöhtes Erkrankungsrisiko (Asendorpf, 2007).

3.6 Persönlichkeitsstörungen

3.6.1 Beschreibung und Definition von Persönlichkeitsstörungen

Eine Definition von Persönlichkeitsstörungen: *„Unter Persönlichkeitsstörungen werden tief verwurzelte, anhaltende und weitgehend stabile Verhaltensmuster verstanden, die sich in starren Reaktionen auf unterschiedliche persönliche und soziale Lebenslagen zeigen. In vielen Fällen gehen diese Störungen mit persönlichen Leiden und gestörter sozialer Funktionsfähigkeit einher. Gegenüber der Mehrheit der Bevölkerung zeigen sich deutliche Abweichungen im Wahrnehmen, Denken, Fühlen und in Beziehungen zu anderen“* (Möller, Laux & Deister, 2013, S. 349). Diese fehlangepassten Muster können die betroffenen Personen bei der täglichen Lebensbewältigung in sozialen und beruflichen Kontexten stark beeinträchtigen und auch bedeutsames Leid verursachen (Gerrig & Zimbardo, 2014).

Der Unterschied zwischen einer Persönlichkeitsstörung und einer Persönlichkeitsänderung besteht darin, dass es sich bei Persönlichkeitsstörungen um Bedingungen der Persönlichkeitsentwicklung handelt, beginnend in der Kindheit oder Adoleszenz und im Erwachsenenalter andauert. Störungen der Persönlichkeit entwickeln sich nicht sekundär aus einer anderen psychischen Erkrankung oder einer Hirnerkrankung, diese Erkrankungen können jedoch sehr wohl einer Persönlichkeitsstörung vorausgehen bzw. zur gleichen Zeit vorkommen. Eine Persönlichkeitsänderung hingegen wird im Erwachsenenalter als Folge schwerer oder anhaltender Belastung, Deprivation, psychiatrischer Störungen, Gehirnerkrankungen oder Hirnverletzungen erworben (Dilling & Freiberger, 2014).

3.6.2 Epidemiologie von Persönlichkeitsstörungen

Je nach untersuchter Population gibt es unterschiedliche Angaben zur Häufigkeit. In der Allgemeinbevölkerung erfüllen zwischen 5 und 18% die Kriterien einer Persönlichkeitsstörung. Bei ambulanten psychiatrischen Patienten sowie Patienten die sich in Psychotherapie befinden werden Häufigkeitsraten von 30% bis 40 % genannt. Bezogen auf stationäre Patienten werden Prävalenzraten zwischen 40 und 50% angegeben (Möller, Laux & Deister, 2013).

Am häufigsten werden die dependente, die dissoziale, die histrionische und die Borderline-Persönlichkeitsstörung bestätigt. Hingegen zeigen paranoide und selbstunsicher/ängstlich – vermeidende Persönlichkeitsstörungen eine mittlere Häufigkeit Möller, Laux & Deister, 2013).

Bezüglich Geschlechterverteilung werden bei Frauen häufiger Borderline-Störungen und selbstunsichere sowie abhängige Störungen diagnostiziert. Im Gegensatz dazu werden bei Männern häufiger dissoziale und zwanghafte Persönlichkeitsstörungen gezeigt (Gerrig & Zimbardo, 2014; Möller, Laux & Deister, 2013).

3.6.3 Ätiopathogenese von Persönlichkeitsstörungen

Das Konzept eines multifaktoriellen Modells berücksichtigt bezüglich Ätiologie und Pathogenese von Persönlichkeitsstörungen gleichermaßen psychologische, soziale sowie neurobiologische Einflüsse (Möller, Laux & Deister, 2013).

3.6.3.1 Psychodynamik und Genese von Persönlichkeitsstörungen

Aus psychodynamischer Sicht entwickeln sich Persönlichkeitsstörungen durch Störungen in den Entwicklungsstufen der frühen Kindheit. Erste Anzeichen einer Rigidität sowie eines unangemessenen Verhaltens und Erlebens sind bereits in der frühen individuellen Entwicklung sichtbar. Diese Anzeichen artikulieren sich deutlich in der Adoleszenz und bestehen im Erwachsenenalter fort (Kapfhammer, 2007).

3.6.3.2 Lerntheorie und Genese von Persönlichkeitsstörungen

Die Lerntheorie besagt, dass Persönlichkeitsstörungen gelerntes Verhalten darstellen. Persönlichkeitsstörungen lassen sich demnach als *„interpersonelle Strategien, die sich aus der Interaktion angeborener Dispositionen mit Umwelteinflüssen entwickeln“* (Möller, Laux & Deister, 2013) erklären. Die operante Konditionierung sowie das Lernen am Modell führen dazu, das angelegte Verhaltensmuster in stark ausgeprägter Form über- bzw. unterentwickelt werden. Somit werden aus den eigenen Vorstellungen über das Selbstbild und dem

Fremdbild kognitive Annahmen abgeleitet und hieraus Verhaltensstrategien entwickelt (Asendorpf, 2007).

3.6.3.3 Neurobiologie und Genese von Persönlichkeitsstörungen

Neurobiologische Ursachen wie zum Beispiel Stoffwechselstörungen des Gehirns oder hirnorganische Veränderungen sind bis heute unzureichend untersucht. Es gibt jedoch einzelne Belege die bei dissozialen Persönlichkeitsstörungen sowie bei der Borderline-Störung eine genetische Verbindung zeigen (Möller, Laux & Deister, 2013).

3.6.4 Symptomatik von Persönlichkeitsstörungen

Die einzelnen Persönlichkeitsstörungen zeigen zwar eine unterschiedliche Symptomatik, dennoch ist allen gemeinsam, dass die Züge der Persönlichkeit Unflexibilität und Unangepasstheit zeigen und dies ist sowohl in persönlichen als auch in beruflichen und sozialen Situationen erkennbar (Möller, Laux & Deister, 2013). Die Beschwerden führen zu einem bedeutsamen subjektiven Leid und auch für das soziale Umfeld entstehen dadurch ungünstige Folgen. Das abweichende Verhalten wird in den psychischen Bereichen Affektivität, Antrieb, Impulskontrolle, Wahrnehmung, Denken sowie in der Beziehung zu anderen, sichtbar. (Kernberg, Weiner & Bardenstein, 2005).

3.6.5 Klassifikation von Persönlichkeitsstörungen

Persönlichkeitsstörungen können ein heterogenes sowie vielgestaltiges Bild zeigen. Es stellt eine große Herausforderung dar, Abweichungen der Persönlichkeit zu klassifizieren, da auch Störungen der zwischenmenschlichen Interaktion und Kommunikation eine wesentliche Rolle spielen (Gerrig & Zimbardo, 2014). In den Diagnosesystemen ICD-10 und DSM-IV wird versucht spezifische Typen der Störungen mithilfe vorgegebener Kriterien zu definieren sowie unterschiedliche Formen der Störungen zu kombinieren (Möller, Laux & Deister, 2013).

Im Folgenden werden die Klassifikationen von Persönlichkeitsstörungen nach ICD-10 und DSM-IV sowie die wesentlichen Störungsmerkmale dargestellt. Die dabei angeführten Kodenummern sind dem ICD-10-Klassifikation (Dilling & Freyberger, 2014) entnommen.

3.6.5.1 Paranoide Persönlichkeitsstörung (F60.0)

Es besteht das durchgängige Muster, in verschiedenen Situationen die Handlungen von Mitmenschen als absichtlich erniedrigend oder bedrohlich zu interpretieren (Möller, Laux & Deister, 2013).

Die paranoide Persönlichkeitsstörung ist durch ein stark ausgeprägtes Misstrauen, ein rigides und sogar streitsüchtiges Beharren sowie einer übersteigerten Empfindsamkeit gekennzeichnet. Betroffene leiden zumeist unter einer ausgeprägten Eifersucht und meiden engere Kontakte zu anderen (Asendorpf, 2007).

3.6.5.2 Schizoide Persönlichkeitsstörung (F60.1)

Bei dieser Störung zeigt sich ein durchgängiges psychisches Muster das durch Gleichgültigkeit sowie eine Einschränkung der emotionalen Erlebnis- und Ausdrucksfähigkeit geprägt ist (Möller, Laux & Deister, 2013). Betroffene werden als einzelgängerisch, reserviert, zurückgezogen, emotional kühl sowie exzentrisch beschrieben. Es treten häufig zwischenmenschliche Konflikte auf, da soziale Bindungen gestört sind (Köllner, Broda, Borkca, 2014).

3.6.5.3 Schizotype Persönlichkeitsstörung (F21)

Das Hauptmerkmal der schizotypen Persönlichkeitsstörung ist ein durchgängiges Verhaltensmuster, gekennzeichnet durch Eigentümlichkeit der subjektiven Vorstellungswelt, einer Eigenart der äußeren Erscheinung sowie des Verhaltens. Zusätzlich ist die Tendenz zum sozialen Rückzug sowie zu generell verarmten sozialen Kontakte sichtbar. Weitere mögliche Merkmale sind ein kalter

und unnahbarer Affekt, ungewöhnliche Wahrnehmungserlebnisse mit Körpergefühlsstörungen, Depersonalisations- oder Derealisationserleben sowie vorübergehende quasipsychotische Episoden gekennzeichnet durch Illusionen, wahnähnlichen Ideen und akustischen und anderen Halluzinationen (Dilling et al., 2008).

Einige Symptome wie zum Beispiel paranormale Erfahrungen sind auch in der gesunden Population zu erkennen (Goulding, 2004). In einer großangelegten Studie fanden Rawlings et al. (2008) in der allgemeinen Population eine Schizotypie-Rate von über 19%. Merckelbach und Giesbrecht (2006) fanden einen Zusammenhang zwischen Schizotypie und dissoziativen Erfahrungen.

Bradbury, Stirling & Parker (2009) fanden bezüglich des Ausmaßes an paranormalen Erfahrungen in einer gesunden Stichprobe keine Geschlechtsunterschiede.

3.6.5.4 Dissoziale Persönlichkeitsstörung (F60.2)

Die dissoziale Persönlichkeitsstörung zeigt vor allem im sozialen Bereich starke Auswirkungen, da sich die Betroffenen gesellschaftlichen Normen nicht anpassen können und in Folge dessen auch wiederholt strafbare Handlungen begehen. Es besteht eine Unfähigkeit zum Erleben von Schuldbewusstsein, eine niedrige Schwelle für aggressives sowie gewalttätiges Verhalten (Köllner, Broda, Borcsa, 2014).

Betroffene der dissozialen Persönlichkeitsstörung weisen aufgrund der Impulsivität und des fehlenden Sicherheitsbewusstseins ein erhöhtes Suizidrisiko auf, selbst ohne Major Depression (Hills et al., 2005).

Mit Hilfe von Zwillingsstudien konnten Viding et al. (2005) zeigen, dass bei dem Vergleich von monozygoten und dizygoten Zwillingen eine nennenswerte genetische Komponente bezüglich gefühllosen und wenig emotionalen Verhalten zum Tragen kommt. Forschungen die sich auf den Einfluss von Umweltbedingungen in Hinblick auf Entwicklung von Persönlichkeitsstörungen konzentrieren, kamen zu dem Ergebnis, dass das Miteinbeziehen von Familienverhältnissen in der Kindheit große Beachtung verdient, geht es um die Entwicklung einer dissozialen Persönlichkeitsstörung (Paris, 2003). Eine weitere

Studie konnte zeigen, dass eine mangelnde elterliche Zuwendung wie auch eine übermäßige Besorgtheit der Eltern mit einem hohen Maß an dissozialen Persönlichkeitszügen einhergeht (Reti et al., 2002).

3.6.5.5 Emotional instabile Persönlichkeitsstörung (F60.3)

Hauptmerkmal dieser Störung sind Impulse ohne Berücksichtigung möglicher Konsequenzen zu zeigen. Dies ist verbunden mit launenhafter Stimmung, emotionalen Ausbrüchen und streitsüchtigen Verhalten (Dilling & Freyberger, 2014). Zwei Erscheinungsformen werden unterschieden:

Der impulsive Typ (F60.30) ist gekennzeichnet durch emotionale Instabilität und schwach ausgeprägte Impulskontrolle.

Betroffene mit Borderline-Störung (F60.31) zeigen eine starke Instabilität sowie Intensität in ihren persönlichen Kontakten. Grund dafür ist eine mangelnde Impulskontrolle die sich durch Ausbrüche von aggressiven und gewalttätigen Verhalten äußert (Gerrig & Zimbardo, 2014). Torgersen et al. (2000) konnten zeigen, dass bei eineiigen Zwillingen die an Borderline erkranken, 35,5 Prozent der Zwillingsgeschwister ebenfalls an Borderline leiden.

Umwelteinflüsse leisten einen wesentlichen Beitrag zur Ätiologie der Borderline-Persönlichkeitsstörung (Lieb et al., 2004). Bandelow et al. (2005) verglichen die Häufigkeit frühkindlicher Traumatisierungen bei 66 Borderline-Betroffenen mit 109 gesunden Personen. Das Ergebnis dieser Studie zeigt, dass 73,9 Prozent der Borderline-Betroffenen Opfer sexuellen Missbrauchs in ihrer Kindheit waren, hingegen nur 5,5 Prozent in der gesunden Kontrollgruppe. Lieb et al. (2004) fanden in ihrer Studie, dass eine wichtige Komponente dieser Störung starke Angst vor dem Verlassen werden darstellt.

Eine Langzeitstudie konnte zeigen, dass solch gestörten sozialen Beziehungen eine jahrelange Stabilität aufweisen (Skodol et al., 2005). Für den klinischen Alltag heißt das, dass in der Therapiesituation eine problematische Entwicklung erkennbar ist, die Betroffenen weisen lange und chronifizierte Krankheitsverläufe auf (Möller, Laux & Deister, 2013).

3.6.5.6 Histronische Persönlichkeitsstörung (F60.4)

Die Histronische Persönlichkeitsstörung ist durch Selbstinszenierung, einem übermäßigen Verlangen nach Aufmerksamkeit, durch oberflächliche und labile Affektivität, Mangel an Rücksichtnahme, theatralischen und übertriebenen Ausdruck von Gefühlen sowie einer übermäßigen Emotionalität gekennzeichnet (Dilling & Freyberger, 2014).

3.6.5.7 Anankastische Persönlichkeitsstörung (F60.5)

Das Hauptmerkmal der anankastischen Persönlichkeitsstörung ist ein durchgängiges Muster von Streben nach Perfektion, einer Unentschlossenheit und einer Starrheit im Denken und Handeln. Die eigenen Leistungen scheinen nie gut genug zu sein und die Betroffenen sind häufig übermäßig gewissenhaft und sensibel (Möller, Laux & Deister, 2013)

3.6.5.8 Ängstlich (vermeidente) Persönlichkeitsstörung (F60.6)

Betroffene die unter der ängstlich vermeidenden Persönlichkeitsstörung leiden, sind übermäßig besorgt, angespannt, schüchtern und emotional leicht verletzbar. Engere zwischenmenschliche Kontakte die durch soziale oder berufliche Aktivitäten entstehen, werden weitgehend vermieden (Köllner, Broda, Borcsa, 2014). Verbunden ist diese Störung häufig mit Angstsymptomen sowie einer Depression (Dilling & Freyberger, 2014).

3.6.5.9 Abhängige (asthenische) Persönlichkeitsstörung (F60.7)

Die Betroffenen entwickeln starke Ängste vor dem Verlassen werden und sind kaum in der Lage Entscheidungen zu fällen, inbegriffen der Entscheidungen über ihr eigenes Leben. Menschen die unter dieser Störung leiden, sehen sich selbst als hilflos und inkompetent (Butcher, Mineka & Hooley, 2009).

3.6.5.10 Narzisstische Persönlichkeitsstörung (F60.80)

Das Hauptmerkmal dieser Störung ist ein durchgängiges Muster von Größengefühl, Phantasien über einen unbegrenzten Erfolg und einer unbegrenzten Macht, einem Bedürfnis nach übermäßiger Bewunderung sowie einen Mangel an Empathie (Möller, Laux & Deister, 2013). Laut Sachse & Kiszkenow-Bäker (2014) sind Betroffene hochmanipulativ und nutzen andere Personen in ihrem Umfeld für sich.

3.6.5.11 Passiv-aggressive Persönlichkeitsstörung (F60.81)

Betroffene nehmen alle Forderungen einer Steigerung ihrer Leistung übel und widersetzen sich in Folge diesen Forderungen indem sie mürrisch, streitsüchtig, reizbar sowie vergesslich reagieren (Köllner, Broda, Borcsa, 2014).

3.6.5.12 Zylothymia (F34.0)

Diese Störung wird formal als Persönlichkeitsstörung bezeichnet, wird jedoch in der ICD-10-Klassifikation anderweitig angeführt. Die Betroffenen leiden unter Instabilität der Stimmung mit Perioden depressiver Verstimmung (Dilling & Freyberger, 2014).

Weitere Persönlichkeitsstörungen der ICD-10 Klassifikation psychischer Störungen (Dilling & Freiberger, 2014) sollen im Rahmen dieses Dissertationsprojektes nur der Vollständigkeit halber ohne Beschreibung angeführt werden: „Andere spezifische Persönlichkeitsstörungen (F60.8)“: die exzentrische Persönlichkeit, die haltlose Persönlichkeit, näher bezeichnete Charakterneurose, psychoneurotische Persönlichkeit sowie die unreife Persönlichkeit. Weiters werden „nicht näher bezeichnete kombinierte und andere Persönlichkeitsstörung (F61.9)“, „Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen aufgrund einer Krankheit, Schädigung oder Funktionsstörung des Gehirns“ (F07) in der ICD-10 Klassifikation geführt.

3.6.6 Diagnostik und Differentialdiagnose

Diagnosen von Persönlichkeitsstörungen werden immer wieder kontrovers diskutiert, weil die einzelnen Störungen untereinander Überschneidungen zeigen. Die Forschung versucht das Verhältnis zwischen normalen und auffälligen Persönlichkeiten zu untersuchen und zu verstehen (Möller, Laux & Deister, 2013).

Beispielsweise beschäftigen sich Livesley & Lang (2005) mit der Frage, ab wann ein Extremwert in einer Dimension eine Störung anzeigen soll. Zum Verständnis soll folgendes Beispiel angeführt werden: Die meisten Individuen zeigen bis zu einem gewissen Grad von anderen eine Abhängigkeit. Ab wann ist die Diagnose einer Abhängigkeitsstörung zu stellen (Gerrig & Zimbardo, 2014)? Nach heutigem wissenschaftlichen Erkenntnisstand wird die Diagnose einer Persönlichkeitsstörung dann gestellt wenn folgende Punkte zutreffen: die Symptome sind nicht direkt auf eine andere psychiatrische Störung oder auf eine Hirnschädigung zurückzuführen; das abnorme Muster des Verhaltens ist andauernd und in persönlichen, beruflichen und sozialen Situationen unpassend; es besteht ein subjektiver Leidensdruck sowie Einbußen der Leistungsfähigkeit sowohl im beruflichen wie auch im sozialen Bereich. Die Untersuchung soll eine Einschätzung auf möglichst allen verfügbaren Informationen sowie eine fremdanamnestic Erhebung bringen es kulturelle sowie landespezifische Besonderheiten zu berücksichtigen gilt (Möller, Laux & Deister, 2013).

Die zwei gängigsten Diagnosesysteme psychischer Störungen sind das von der Weltgesundheitsorganisation herausgegebene „*International Classification of Diseases*“ (ICD-10) und das von der Amerikanischen Psychiatrischen Vereinigung „*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*“ (DSM-IV). Diese beiden Systeme sollen die Beschreibung und Interpretation psychischer Störungen weltweit vereinheitlichen (Köllner, Broda, Borcsa, 2014; Dilling & Freyberger, 2014). Bezüglich Differentialdiagnose muss ausgehend von der Komplexität der Persönlichkeitsstörungen jede andere psychiatrische Krankheit ausgeschlossen werden und es muss sowohl die Symptomatik als auch der Krankheitsverlauf in die Diagnose mit einbezogen werden (Möller, Laux & Deister, 2013).

3.6.7 Erfassen und Beschreiben von Persönlichkeiten

Um die verschiedenen Persönlichkeiten zu erfassen, werden psychologische Testverfahren eingesetzt, wobei eine Vielzahl von Testinstrumenten zur Selbst- und Fremdbeurteilung zur Verfügung stehen. Darauf zu achten ist, ob diese Testverfahren ausschließlich der Beurteilung von Persönlichkeiten dienen oder ob diese auch für die Einschätzung von Persönlichkeitsstörungen konzipiert worden sind (Gerrig & Zimbardo, 2014). Das „Freiburger-Persönlichkeitsinventar“ (FPI) stellt zum Beispiel ein Selbstbeurteilungsinstrument für Erwachsene dar und liegt einem mehrdimensionalen Persönlichkeitskonzept zu Grunde (Fahrenberg, Hampel & Selg, 2010).

Als weiteres häufig eingesetztes Fragebogenverfahren für Erwachsene ist das „Minnesota Multiphasic Personality Inventory“ (MMPI), welches mit 566 Items ein sehr langes Testinstrument darstellt (Butcher et. al., 2000). Weitere Selbstbeurteilungsverfahren sind der „Gießen Test“ (GT), der „Münchener Persönlichkeits-Test“ (MPT), das „Eysenck-Persönlichkeitsinventar“ (EPI) und der „16-Persönlichkeitsfaktoren-Test“ (16 PF). Neben diesen standardisierten Verfahren können ebenfalls projektive Testinstrumente wie zum Beispiel der „Rorschach-Test“ oder der „Thematische Apperzeptions-Test (TAT) eingesetzt werden.

Für den Kinder- und Jugendbereich werden das „Junior Temperament und Charakter Inventar“ (JTCI), eine Inventarfamilie zur Erfassung von Persönlichkeit nach dem biopsychosozialen Persönlichkeitsmodell nach Cloninger, eingesetzt (Goth & Schmeck, 2009). Weiters kommen der „Hamburger Persönlichkeitsfragebogen für Kinder“ (HAPEF-K) von Wagner und Baumgärtel (1978), das „Inventar zur integrativen Erfassung des Kind-Temperaments“ (IKT) von Zentner und Ihrig (2011), und der „Fragebogen zur Erfassung von Empathie, Prosozialität, Aggressionsbereitschaft und aggressivem Verhalten“ (FEPA) von Lukesch (2006) zum Einsatz, um nur einige von vielen aufzuzählen.

Unter den projektiven Tests für Kinder sind der „Hamster-Test“ (HAT) von Deegener, Janthur, Engel-Schmitt und Lambert (1988) sowie der „Märchen Test“ (FTT) von Coulacoglou (2003) zu nennen.

3.6.8 Therapie von Persönlichkeitsstörungen

3.6.8.1 Psychotherapie

Die Therapie von Persönlichkeitsstörungen stellt in der Regel eine schwierige und langwierige Situation dar, in deren Mittelpunkt Psychotherapie sowie Soziotherapie stehen. Dabei stehen tiefenpsychologische Ansätze sowie verhaltenstherapeutisch orientierte Programme im Vordergrund. Das Ziel jeder Therapie von Persönlichkeitsstörungen ist eine langfristige und tragfähige Kompensation der bestehenden Einschränkungen und Auffälligkeiten, d.h. das Umfeld strukturieren, dysfunktionale Gedanken und Muster bearbeiten, das Erlernte generalisieren sowie die psychosoziale Kompetenz verbessern und erweitern (Köllner, Broda, Borcsa, 2014).

Eine Metaanalyse von Leichsenring und Leibing (2003) kam zu dem Ergebnis, das psychodynamische sowie kognitiv-behaviorale Psychotherapien eine gleiche Effektivität in der Behandlung von Persönlichkeitsstörungen aufweisen.

3.6.8.2 Pharmakotherapie

Dem Einsatz von Psychopharmaka in der Therapie von Persönlichkeitsstörungen kommt eine unterstützende Bedeutung zu. In der Therapie komorbider psychiatrischer Störungen z.B. in der Behandlung depressiver Störungen sowie Angststörungen ist die Behandlung mit Antidepressiva unverzichtbar (Möller, Laux & Deister, 2013; Pelissolo & Lepine, 1999). Die Gabe von Neuroleptika erzielt bei psychischer Anspannung eine vermindernde Wirkung und serotonerge Psychopharmaka können bei aggressiven sowie gewalttätigen Verhalten wie es bei dissozialer Persönlichkeitsstörungen gezeigt wird, eingesetzt werden (Voderholzer & Hohagen, 2014).

3.6.9 Verlauf von Persönlichkeitsstörungen

Persönlichkeitsstörungen zeigen den Beginn ihrer Problematik in der Kindheit oder Jugend und manifestieren sich im Erwachsenenalter wobei der weitere Verlauf eine stabile Symptomatik über Jahrzehnte hinweg zeigt (Kapfhammer, 2007). Dabei

kommt es zu einer deutlich eingeschränkten Leistungsfähigkeit im privaten, sozialen und beruflichen Bereich (Asendorpf, 2007).

In der alltäglichen klinischen Praxis ist der Missbrauch psychotroper Substanzen wie Alkohol, Medikamente oder Drogen zu beobachten. Langzeitstudien zeigen, dass ein Drittel der Betroffenen einen günstigen Verlauf aufweist und dass die Betroffenen auch in der Lage sind die Berufstätigkeit aufrechtzuerhalten. Ein weiteres Drittel der PatientInnen weisen eine kompromisshafte Bewältigung der Lebensanforderungen mit teilweiser Berufsausübung auf und beim letzten Drittel ist ein ungünstiger Verlauf zu beobachten der sich mit eingeschränkter Anpassung im sozialen Bereich zeigt. Vor allem neigen histrionische Persönlichkeitsstörungen sowie Borderline-Persönlichkeitsstörungen ohne gezielte Therapie zu einem ungünstigen Verlauf (Möller, Laux & Deister, 2013). Zu den prognostisch günstigen Merkmalen des Therapieverlaufs zählen Motivation, Flexibilität, Vertrauen in andere sowie Einsicht der anteiligen sozialen Problematik. Ein ungünstiges Merkmale stellt die psychische Komorbidität, insbesondere Suchterkrankungen sowie affektive Störungen, dar (Saß, 2001).

4 KINDHEIT UND ADOLESCENZ

4.1 Reifung und Entwicklung

Um eine anschaulichere Darstellung von den weiter unten angeführten Kinder- und jugendpsychiatrischen Erkrankungen leisten zu können, soll an dieser Stelle eine Übersicht über die menschliche Reifung und Entwicklung gegeben werden.

Nach der Geburt ist das Kind organisch unabhängig, jedoch aufgrund seiner Hilflosigkeit vollständig auf die Fürsorge der Mutter bzw. seiner Bezugspersonen angewiesen. Die ersten vier Monate nach der Geburt werden somit als „physiologische Eltern-Kind-Symbiose“ bezeichnet (Möller, Laux & Deister, 2013).

Kommt es in diesem Alter zu einer Vernachlässigung, wird keine gesunde Entwicklung zugelassen, es fehlt die Ausbildung von Urvertrauen und eines stabilen Selbstwertgefühls. In weiterer Folge entstehen somatische Gedeihstörungen,

Beziehungsstörungen sowie eine Beeinträchtigung des subjektiven Wohlbefindens sowie der Leistungsfähigkeit (Gerrig & Zimbardo, 2014).

Entwicklung darf nicht als passiver Prozess gesehen werden, sondern es wird eine aktive Auseinandersetzung eines Individuums mit seinem Umfeld gefordert (Bronfenbrenner 1999; Bronfenbrenner & Ceci, 1994). Durch die rasche Entwicklung der affektiven, kognitiven, perzeptiven und motorischen Fähigkeiten kommt es zur Ausbildung der eigenen Identität aufgrund der besseren Unterscheidbarkeit von Selbst und Fremd. Auf dieser Basis entwickeln sich Bindungen (siehe 4.2) zwischen Kind und Eltern und auch zu ersten Ängsten die an Situationen gebunden sind, es entsteht die sogenannte „Acht-Monats-Angst“ oder umgangssprachlich das „Fremdeln“ (Ahnert, 2008).

Nach Vollendung des ersten Lebensjahres ist das Kind in der Lage selbständig zu laufen, es kann sich bereits etwas orientieren sowie Objekte erkennen und benutzen. Das zentrale Nervensystem reift rasch und ermöglicht koordinierte Abläufe und Leistungen wie z.B. Gedanken, Wünsche, Stimmungen und Interessen. Die Ausbildung der aktiven Sprache beginnt, das Ess- und Sauberkeitsverhalten sowie Autonomiebestrebungen die als Trotzphasen erkennbar sind (Rauh, 2008). Ebenfalls lernen die Kinder in diesem Alter zwischen „Gut“ und „Böse“ zu unterscheiden, zwischen richtig und falsch und sie zeigen in Ansätzen Gewissen sowie moralische Einstellungen (Piaget, 1988).

Ab dem dritten Lebensjahr haben Kleinkinder bereits ein festeres Bild von ihrer eigenen Persönlichkeit, ihren Namen, ihr äußeres Erscheinungsbild sowie ihrer sexuellen Identität (Friedmann, Schustack & Rindermann, 2004).

Im Alter von vier und sieben Jahren haben die Kinder – vor allem auch durch den Besuch des Kindergartens – die Möglichkeit ihre sozialen Fertigkeiten zu entwickeln. Entstehen in diesem Alter durch schädigende Faktoren der Umwelt psychische Störungen, sind diese strukturierter als in der früheren Entwicklung und führen zu Schädigungen einzelner Persönlichkeitsbereiche (Weber & Rammsayer, 2005).

Mit Beginn der Schulzeit steigt das Anforderungsniveau bezüglich Leistungen und somit spielen Rivalität, Misserfolg und Neid eine immer größer werdende Rolle. Durch den Anstieg des Anforderungsniveaus werden latent vorhandene Problematiken wie zum Beispiel Entwicklungsstörungen,

Aufmerksamkeitsstörungen, Störungen der Kognition und Intelligenz sowie Auffälligkeiten im Sozialverhalten sichtbar. Werden diese Auffälligkeiten nicht erkannt und behoben, können sich daraus sekundäre Symptome wie zum Beispiel Angst und Aggressionen entwickeln (Kernberg, Weiner, Bardenstein, 2005).

Die Pubertät (ab dem zehnten Lebensjahr) ist durch die genitale Sexualität auf hormoneller Basis gekennzeichnet. Gleichzeitig kommt auf das Kind die Herausforderung zu, gesellschaftlich vorgegebene Rollenmuster zu übernehmen. Die Sexualität, zunehmende kognitive, soziale und emotionalen Kompetenzen, die Ausformung der Persönlichkeit sowie die Lösung von der Familie stehen im Vordergrund (Asendorpf, 2007).

Im Jugendalter beginnt oftmals die Berufsentscheidung, die sexuelle Orientierung spielt eine Rolle und erste Beziehungen bzw. Partnerschaften werden eingegangen (Weber & Rammsayer, 2005).

Die Pubertät wird zeitlich auch als psychiatrische sowie psychopathologische Grenze verstanden. Als psychische Störungen in der Jugend gelten Ess-Störungen, juvenile Schizophrenie, Suizidalität, Phobien sowie affektive Erkrankungen. Den Übergang zum Erwachsenenalter markieren Borderline-Syndrome und andere Persönlichkeitsstörungen, weiters affektive Störungen, depressive Syndrome, Sucht und Abhängigkeitserkrankungen (Möller, Laux & Deister, 2013).

4.2 Bindung

4.2.1 Grundlagen der Bindungstheorie

Die intensive, überdauernde und sozial-emotionale Beziehung zwischen einem Kind und seiner Mutter/Vater oder einer anderen Bezugsperson wird als Bindung bezeichnet (Gerrig & Zimbardo, 2014). Das Kind entwickelt ein *Bindungsverhaltenssystem (attachment system)*, dieses wird in Situationen aktiviert, in denen ein Individuum einer Überforderung ausgesetzt ist oder negative Emotionen erlebt und dabei nicht in der Lage ist, sich selbst zu regulieren (Zimmermann, 2002). Bowlby (1973) behauptet, dass Kleinkinder und Erwachsene biologisch vorbereitet sind um Bindungen einzugehen bzw. ist das Bindungs- und Fürsorgesystem aus der Evolution hervorgegangen. Die Erfahrungen die aus der

Bindungsbeziehung gewonnen werden, versehen den Menschen zu einem lebenslangen Schema für soziale Beziehungen. Dies wird als *internes Arbeitsmodell* (*internal working model*) bezeichnet. Die eigentliche Bindung beginnt mit ca. sieben bis acht Monaten in Verbindung mit dem kognitiven Entwicklungsschritt der Objekt- und Personenpermanenz. (Bretherton, 1996).

Mary Ainsworth (1978) hat um die Bindungsqualität zu erfassen den „*Fremde-Situations-Test*“ (*FST*) entwickelt, bei dem Kleinkinder einer fremden Umgebung, einer fremden Person sowie wiederholten kurzen Trennungen von der Bezugsperson ausgesetzt werden um das *Bindungsverhaltenssystem* zu aktivieren (Ainsworth et al., 1978). Die Forscher konnten somit drei Kategorien der Bindungsqualität ausmachen: „*Sicher gebundene Kinder*“ sind in der Lage effektive, soziale Emotionsregulation zu leisten um wieder bereit für neue Explorationen zu sein. „*Unsicher gebunden-vermeidende Kinder*“ regulieren ihre Emotionen ineffektiv durch Ausdruckskontrolle und somit kommen Kummer oder Angst in einer physiologischen Stressreaktion zum Ausdruck (Spangler & Grossmann, 1993). Ein unsicher-ambivalentes Bindungsverhalten wird durch das Suchen nach Nähe zur Bezugsperson erkannt, diese Nähe bringt jedoch keine Beruhigung und Sicherheit und es erfolgt kein weiterführendes Explorieren (Gerrig & Zimbardo, 2014).

Laut Studienergebnisse werden ca. 70 Prozent der Kinder als sicher gebunden klassifiziert; 20 Prozent der Kinder werden als vermeidend klassifiziert und 10 Prozent als ambivalent (Carlson et al., 1989). Studien zeigen jedoch auch, dass bei ca. 10 bis 20 Prozent der Kinder die Bindungsmuster desorganisiert, unterbrochen, wechselnd oder uneindeutig (Carlson et al., 1989) sind. Die Metaanalyse von Bakermans-Kranenburg, Schuengel und van Ijzendoorn (2005) zeigt bei ca. 15 Prozent der Kinder aus der Mittelschicht und bei 25 Prozent der Kinder aus Unterschichtfamilien eine Bindungsdesorganisation. Bohlin et al. (2000) konnte in einer Studie zeigen, dass Kinder die mit 15 Monaten über eine sichere Bindung verfügten, im Alter von acht Jahren sozial beliebter sowie weniger ängstlich waren als Kinder des gleichen Alters die jedoch eine unsicher Bindung gezeigt hatten.

In anderen Untersuchungen konnte gezeigt werden, dass das Benennen von innerpsychischen Vorgängen beim Kinder während Interaktionen mit der Bildung einer sicheren Bindung zusammenhängt (Bernier & Dozier, 2003).

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass eine sichere Bindung sowie Bindungsbeziehungen für Kleinkinder von großer Wichtigkeit sind. Eine sichere Bindung sowie eine verlässliche Unterstützung von Seiten der Bezugsperson ermöglichen dem Kind Explorationserfahrungen zu machen, Nähe und Intimität in zwischenmenschlichen Beziehungen zu erfahren sowie prosoziales Verhalten zu erlernen, Faktoren die ein Kind für eine gesunde Weiterentwicklung benötigt (Gerrig & Zimbardo, 2014).

4.3 Psychische und psychiatrische Erkrankungen Kinder- und Jugendalter

Klassische psychiatrische Störungen des Erwachsenenalters zeigen eine nennenswerte Häufigkeit erst nach der Pubertät, jedoch werden eine Reihe von bedeutsamen Störungsbildern und psychischen Symptomen bereits in der frühen Kindheit beobachtet. Aus diesem Grund ist es von großer Wichtigkeit auch bei Kindern und Jugendlichen psychische Untersuchungen einzuleiten, Diagnosen zu stellen um gegebenenfalls eine adäquate Behandlung bzw. therapeutische Intervention zu gewährleisten (Möller, Laux & Deister, 2013).

Im Folgenden werden einige Störungsbilder des Kinder- und Jugendalters beschrieben sowie Genese, Verlauf und Behandlungsmöglichkeiten angegeben.

4.3.1 Angststörungen

Das Erleben von Angst bei Kindern in unterschiedlichen Phasen der Entwicklung spiegelt die Art und Weise ihrer Erfahrungen sowie Vorstellungen von der Welt wider (Gerrig & Zimbardo, 2014). Ängste zeigen einen Alterstrend, d.h. Angst vor Tieren tritt um das dritte Lebensjahr auf (Bowlby, 1973). Die Angst vor der Dunkelheit erreicht im vierten Lebensjahr ihr Maximum, danach folgen die Ängste vor Fantasiegestalten, vor Monstern und Geister sowie dem Verlassenwerden und dem Alleinsein (Bauer, 1980). Mit Schulbeginn treten Ängste, die im Zusammenhang mit dem Schulbesuch und mit sozialen Beziehungen stehen, auf. Ängste in der Adoleszenz sind Angst vor körperlichen Verletzungen, Angst um die Sicherheit der eigenen Person sowie Angst um die sozialen Kontakte und Freundschaften (Bamber, 1979).

4.3.1.1 Entstehung von Angst

Es gibt mehrere Zugänge um die Entstehung von Angst zu verstehen.

Die psychoanalytische Theorie beschreibt die Entstehung von Angst als Externalisation innerer Konflikte. Bowlby (1973) hingegen betonte den Zusammenhang zwischen Angst und Trennungserfahrungen. Die Lerntheorie stellt die Konditionierung der Ängste in den Mittelpunkt ihrer Forschung. Die existenzialistischen Ansätze sieht die Verwurzelung der Angst in der Lebenserfahrung des Individuums (Klicpera & Gasteiger-Klicpera, 2007).

4.3.1.2 Bedingungsgefüge bei Angststörungen

Zum einen können sich Ängste bei Kindern entwickeln die bereits früh eine höhere Sensibilität – eine Temperamentseigenschaft - für Belastungen und eine bedeutsame Besorgtheit zeigen (Lonigang & Phillips, 2001). Ebenso spielen familiäre Bindungen eine große Rolle. Eley (2001) konnte zeigen, dass es einen Einfluss depressiv-ängstlicher Mütter auf interindividuelle Unterschiede gibt. Rapee (2001) sieht die Erziehung der Eltern bzw. die Interaktion innerhalb der Familie als Ursache für die Angstentwicklung. Das Verhalten der Eltern kann hierbei entweder als kritisch und abweisend oder als überbeschützend und kontrollierend beschrieben werden. Vasey & MacLeod (2001) sehen die Ursache in einer verzerrten Informationsverarbeitung welche die ängstigenden Situationen und Reize betrifft.

Ebenfalls spielen genetische Faktoren eine Rolle in der Ursache von Ängsten. Eley (2001) postulierte, dass der genetische Einfluss mit steigenden Alter zunimmt und bei Mädchen deutlicher ausgeprägt ist als bei Jungen.

4.3.1.3 Verlauf von Ängsten in der Kindheit

Angststörungen in der frühen Kindheit stellen einen Risikofaktor für die Manifestierung von affektiven Störungen und Angststörungen im Erwachsenenalter dar (Schneider, 2005). Werden Untersuchungen der 1980er-Jahre mit denen der 1950er und 1960er-Jahren verglichen zeigt sich, dass das Ausmaß an allgemeiner Ängstlichkeit mit der Zeit zugenommen hat und sogar davon gesprochen werden

kann, dass in den 1980er Jahren ein Angstniveau erreicht wird wie es in den 1950-er und 1960er-Jahren für psychiatrisch betreute Kinder war (Twenge, 2000, zitiert nach Schneider, 2005).

4.3.1.4 Behandlung und Prävention von Ängsten in der Kindheit

Idealerweise können auftretende Angstreaktionen durch einen verständnisvollen Umgang, durch mehr Zeit, Hilfe und Unterstützung in belastenden Situationen aufgefangen werden (Klicpera & Gasteiger-Klicpera, 2007). Präventive Maßnahmen bei leichteren Angstformen für Kinder in Schulen zeigten ebenfalls positive Effekte (Spence, 2001). Die Behandlung durch psychotherapeutische Verfahren wie zum Beispiel der Verhaltenstherapie dienen der an Symptomen orientierten Angstreduktion sowie zum Kompetenzaufbau des sozialen Verhaltens (Silverman & Berman, 2001).

4.3.1.5 Klassifikation der Angststörungen

Es werden nach ICD-10 folgende Gruppen von Angststörungen angezeigt:

Trennungsangst: In der frühen Kindheit (6. Bis 8. Lebensmonat) tritt die Trennungsangst auf, d.h. Angst vor der Trennung von der Mutter bzw. der Bindungsperson (Klein & Pine, 2002). Diese Angst löst intensive emotionale Reaktionen aus. Es bestehen bedeutende interindividuelle Unterschiede der emotionalen Reaktionen auf die Abwesenheit der Mutter. Einflussfaktoren sind zum einen das Temperament des Kindes, die Sicherheit der Bindung sowie der kognitive Entwicklungsstand (Klicpera & Gasteiger-Klicpera, 2007).

Generalisierte Angst: die generalisierte Angsstörung bzw. die übermäßige Ängstlichkeit und Besorgtheit bei Kindern ist gekennzeichnet durch einen langsamen und allmählichen Beginn und ist dadurch auch kaum zu erkennen. Untersuchungen zeigen, dass die Betroffenen im Erwachsenenalter angeben immer schon unter Ängstlichkeit gelitten zu haben (Rapee, 2001). Symptome sind

körperliche Beschwerden, übermäßige Besorgtheit über mögliche künftige Ereignisse, starker Perfektionismus und Unsicherheit (Klicpera & Gasteiger-Klicpera, 2007).

Panikstörung mit bzw. ohne Agoraphobie: Als prädisponierender Faktor für die Panikstörung wird die Sensitivität von physischen und psychischen Reaktionen auf Stress aufgezeigt (Reiss, Silverman & Weems, 2001).

Spezifische Phobien: Grundsätzlich zeigen sich Phobien durch eine intensive und andauernde Angst vor spezifischen Situationen oder auch Gegenständen, die in der Regel nicht angstausslösend sind. Die Symptome reichen von schreien und weinen sowie anklammern an eine Bezugsperson. Die Ängste sind durch negative Denkschemata gekennzeichnet und werden durch vegetative Reaktionen wie zum Beispiel eine erhöhte Herzfrequenz oder Schwitzen begleitet. Die Stabilität der Phobien über Jahre hinweg bei Kindern ist gering (Möller, Laux & Deister, 2013; Agras et al. 1972).

Sozialphobie: Die Sozialphobie bezeichnet die Furcht vor Situationen in denen der/die Betroffene einer sozialen Bewertung durch andere ausgesetzt ist. Dabei wird zum Beispiel das Reden vor einer Gruppe mit Symptomen wie Herzjagen, Schwitzen, Zittern und Erröten begleitet (Dilling & Freyberger, 2014). Als Ursache werden gehemmtes Verhalten sowie ein gehemmtes Temperament gesehen (Klein & Pine, 2002; Oosterlaan, 2001). Studien zeigen einen deutlichen Anstieg der sozialen Ängste in der Jugendzeit (Klein & Pine, 2002).

Postraumatisches Stresssyndrom (PTSD): Das Posttraumatische Stresssyndrom wird im DSM-IV den Angststörungen zugeteilt. Ein PTSD wird bei lang anhaltenden psychischen Belastungen ausgelöst durch ein Ereignis dass das Gefühl der eigenen Sicherheit gefährdete (Klicpera & Gasteiger-Klicpera, 2007). Symptome bestehen aus wiederholt lebhaftere Erinnerungen an das belastende Ereignis, beeinträchtigte kognitive Funktionen, Schuldgefühle, Ängste, depressive Verstimmungen.

Das posttraumatische Stresssyndrom ist umso länger anhaltend und umso schwerer, je länger und je stärker die Kinder der belastenden Erfahrung ausgesetzt waren (Yule, 2002).

Bei der Behandlung geht es vorwiegend um ein gemeinsames Durchsprechen und um eine Rekonstruktion der traumatisierenden Ereignisse sowie um Hilfestellungen bei der Erinnerung und Verarbeitung der belastenden Erfahrungen (Klicpera & Gasteiger-Klicpera, 2007).

4.3.2 Zwangsstörungen

Bei einer Zwangsstörung treten Zwangsgedanken sowie Zwangshandlungen auf. Untersuchungen zeigen, dass ca. 40 Prozent der betroffenen Kinder Zwangsgedanken ohne unbedingte Zwangshandlungen haben, wobei die Unterlassung mitunter ein Unwohlsein hervorruft (Rapaport & Swedo, 2002). Die Symptomatik der Zwangsgedanken bezieht sich auf die Furcht vor Verunreinigung und Ansteckung, auf Bedrohungen oder Gewalt oder gegen Regeln zu verstoßen. Am häufigsten sind Wasch- und Reinigungszwänge zu beobachten sowie Kontroll- und Wiederholungszwänge (Möller, Laux & Deister, 2013). Komorbiditäten mit Angststörungen, Depressionen, Essstörungen, dem Tourette-Syndrom, einfachen Tic-Störungen sowie der Trichotillomanie (Klicpera & Gasteiger-Klicpera, 2007).

Zwangsstörungen können bereits ab einem Alter von zwei bis drei Jahren erkennbar sein (Rapaport & Swedo, 2002).

Eine der Ursachen von Zwangsstörungen konnte in mehreren Untersuchungen in einem Zusammenhang mit familiärer Belastung gefunden werden (Lenane et al., 1990; Adams, 1973). Bei den Eltern betroffener Kinder wurden zusätzlich erhöhte Raten anderer psychischer Störungen, wie zum Beispiel Depressionen, beobachtet (Rapaport, Elkins, Langer et al., 1981). Ebenso kann eine genetische Belastung als eine der Ursachen angeführt werden (Rapaport & Swedo, 2002).

In der Psychologie werden bezüglich Ursache unterschiedliche Mechanismen vorgestellt. Die Psychoanalyse betont die Regression auf der analen Entwicklungsstufe. Die Kognitionspsychologie stellt das magische Denken sowie kognitive Verzerrungen auf Sicht von Bedrohungen, welche durch die

Zwangsausführungen abgewandt werden können, in den Mittelpunkt ihrer Überlegungen (Klicpera & Gasteiger-Klicpera, 2007).

Neurologische Auffälligkeiten wie zum Beispiel leicht choreiforme Bewegungen, geringes linksseitiges Halbseitensyndrom sowie verminderte visomotorische Fähigkeiten zeigen ebenfalls einen Zusammenhang (Rapaport & Swedo, 2002).

Die Behandlung von Zwangsstörungen besteht in der Exposition der unangenehmen Reize, im Trainieren von Entspannungstechniken, Verbesserung der sozialen Interaktion sowie in der Behandlung der kognitiven Verzerrungen. Die medikamentöse Therapie besteht in der Verabreichung von Antidepressiva, speziell von Serotonin-Wiederaufnahmehemmer um die Zwangssymptome abzuschwächen (Klicpera & Gasteiger-Klicpera, 2007).

4.3.3 Depressive Störungen

Depressive Störungen bei Kindern und Jugendlichen zeigen sich durch Affektveränderungen (Angst, erhöhte Reizbarkeit, Gefühl von Einsamkeit, Schulgefühle, Lustlosigkeit sowie Langweiligkeit), einem beeinträchtigten Selbstwertgefühls, Veränderungen der Motivation, des Antriebs (antriebslos und apathisch) und des Denkens (negative Selbstschemata, negativer Attributionsstil, verlangsamtes Denken, Konzentrations- und Merkschwierigkeiten sowie im körperlichen Befinden (Appetitlosigkeit, Schlafstörungen, Verdauungsprobleme, Kopfschmerzen, Bauchschmerzen). Niedergeschlagenheit, Traurigkeit sowie ein Mangel an emotionaler Ansprechbarkeit zählen ebenso zu den Symptomen einer Depression (Möller, Laux & Deister, 2013).

Bei Kindern und Jugendlichen ist eine reine depressive Störung seltener als bei Erwachsene, vielmehr liegen bei bis zu zwei Dritteln der Kinder weitere Störungsbilder vor. Komorbiditäten sind mit Angststörungen, dissoziale Störungen, Hyperaktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörungen, Essstörungen, Drogen und Alkoholmissbrauch sowie somatoforme Störungen festzustellen (Klicpera & Gasteiger-Klicpera, 2007).

Der Verlauf depressiver Episoden beginnt meist allmählich und dauert häufig ein Jahr oder länger. Nach einem Jahr sind 41 Prozent der Kinder noch depressiv und nach zwei Jahren noch ein Zehntel (Essau, 2002).

4.3.3.1 Ursachen depressiver Störungen

Als Ursache einer Depression wird im Rahmen psychoanalytischer Theorien das Erlebnis der „*Ich-Hilflosigkeit*“ in den Mittelpunkt gestellt (Bibring, 1953). Kognitive Theorien gehen davon aus, dass für das depressive Verhalten die Qualität sowie die Häufigkeit sozialer Interaktionen verantwortlich seien (Lewinsohn, Hoberman, Teri & Hautzinger, 1985). Auch die Theorie der „*gelernten Hilflosigkeit*“ und der „*generalisierten Hilflosigkeit*“ führt zu emotionalen und motivationalen Beeinträchtigungen (Seligman, 1975). Nezu, Nezu und Perri (1989) fanden in ihren Untersuchungen ein defizitäres Problemlöseschema als Ursache von Depressionen. Beck et al. (1986) betont, dass eine Depression eine Folge der „*Aktivierung negativer kognitiver Verarbeitungsschemata*“ sei.

Psychosoziale Theorien wiederum sehen Trennungserfahrungen (Brown et al., 1986), frühe Erlebnisse von Unsicherheit und Liebesmangel sowie emotional ambivalentes Verhalten (Annahme und Zurückweisung) der Eltern als Ursache in der Entstehung von Depressiven Störungen (Möller, Laux & Deister, 2013).

4.3.3.2 Therapie depressiver Störungen

Die therapeutische Behandlung von Depressionen im Kinder- und Jugendalter liegt unter anderen in verhaltenstherapeutischen Maßnahmen. Ziele hierbei sind die Problematik neu zu definieren, die Aktivierung der Kinder, affektive Achtsamkeit, Reduktion von Angst und Anspannung, Ärgerbewältigung, Kommunikationstraining, Training sozialer Kompetenzen, Assertiveness-Training, Problem-Lösetraining sowie das Erlangen von Sicherheit beim Treffen von Entscheidungen (Klicpera & Gasteiger-Klicpera, 2007).

Ebenso spielt die Elternberatung sowie das Elterntraining eine große und wichtige Rolle in der Behandlung von Depressionen (Stark et al., 1994). Kognitive Therapien setzen ihren Schwerpunkt auf die Bewusstwerdung unbewusster Gedanken und dysfunktionaler Denkschemata (Beck et al., 1986).

4.3.4 Aufmerksamkeits- und Hyperaktivitätsstörung

Hyperkinetische Störungen sind durch einen frühen Beginn (in den ersten fünf Lebensjahren), einen Ausdauerangel bei Beschäftigungen, durch wechselnde Tätigkeiten sowie durch eine überschießende, desorganisierte Aktivität charakterisiert. Die betroffenen Kinder zeigen sich oft impulsiv und achtlos, unachtsam, mangelhaft in ihrer Zurückhaltung, kognitiv beeinträchtigt sowie in ihrer sprachlichen und motorischen Kompetenz verzögert (Freyberger & Dilling, 2014). Ebenso sind bei betroffenen Kindern soziale Anpassungsschwierigkeiten – auch aufgrund ihrer ungewollten sozialen Ungeschicklichkeit (Whalen & Henker, 1985) zu beobachten.

Hyperaktive Kinder stellen ein oft diskutiertes aktuelles Thema dar, da Kinder mit einem Aufmerksamkeits-Hyperaktivitätssyndrom (ADHS) eine große Belastung für Eltern und Lehrer bedeuten (Gerrig & Zimbardo, 2014).

Für das Zustandekommen des hyperkinetischen Syndroms werden verschiedene psychologische Prozesse diskutiert. Hauptschwerpunkte werden auf eine Aufmerksamkeitsstörung, einer mangelnden Ausbildung eines Regulations- und Inhibitionsmechanismus sowie einer Wechselbeziehung zwischen Temperament und einer Eltern-Kind-Interaktion gelegt (Möller, Laux & Deister, 2013). Pressman et al. (2006) konnte zeigen, dass die ältesten Kinder in Familien mit geringen Zusammenhalt und fehlender Unterstützung häufiger an ADHS leiden als jüngere Geschwister.

Mögliche biologische Faktoren der Hyperaktivität liegen in abnormen neurophysiologischen Funktionen, wie zum Beispiel der Dysfunktion der zentralen Erregungssteuerung des Nervensystems. Jedoch gibt es nach wie vor in der Bedeutung dieser Befunde Unklarheiten (Klicpera & Gasteiger-Klicpera, 2007).

Cutting und Denckla (2003) konnten in ihren Untersuchungen ein häufigeres Auftreten des Hyperaktivitätssyndroms bei der neurokutanen Erkrankung Neurofibromatose Typ 1 finden.

Bezüglich eines genetischen Zusammenhangs konnte in Forschungsarbeiten (Waldman & Rhee, 2002) mit Zwillingen ein signifikanter Unterschied in der Konkordanz zwischen ein- und zweieiigen Zwillingen gefunden werden.

Die psychologische Behandlung von hyperkinetischen Störungen liegt zum einem in der Verhaltenstherapie, d.h. im Rahmen eines Token-Systems wird eine

kontingente Belohnung von aufmerksamen und gemeinschaftlichen Verhalten gegeben. Zum anderen wird ein Eltern- sowie Erziehertraining eingesetzt sowie mittels Selbstkontrolltraining versucht eine bewusste Verhaltenssteuerung zu bewirken (Klicpera & Gasteiger-Klicpera, 2007).

4.3.5 Tic-Störungen

Als Tics werden unwillkürliche, plötzliche, rasche und wiederkehrende muskuläre Aktionen (motorische Tics), Verbalisationen oder Vokalisationen bezeichnet (Dilling & Freyberger, 2014).

Bezüglich Ätiopathogenese gilt die Beobachtung einer familiären Häufung als gültig. Die psychogenetische Hypothese, dass extreme Hemmung sowie Einschränkung des Kindes zu einschließenden Handlungen führe, lässt sich nur bei leichteren Tic-Formen verifizieren. Die Pathophysiologie stellt ein Enthemmungs-Hemmungs-Modell in den Mittelpunkt, dessen Basis als Neurotransmittersystemstörungen im Mesencephalon gesehen wird (Möller, Laux & Deister, 2013).

Dauert eine Tic-Störung länger als ein Jahr, wird diese als chronische Tic-Störung bezeichnet (Dilling & Freyberger, 2014).

Begleitende Störungen können Lernstörungen, Aufmerksamkeitsstörungen, Depressivität, Schizoidie, Stereotypie, Zwang oder Impulsivität sein (Möller, Laux & Deister, 2013).

Einfacher Formen von Tic-Störungen werden meist gar nicht, schwerwiegendere Formen werden mit psychotherapeutischen Techniken behandelt wobei Psychoedukation (Eltern, Lehrer, Erzieher) an erster Stelle der Behandlung steht. Im Mittelpunkt der Behandlung steht unter anderen das Erlernen und Einsetzen von Entspannungstechniken sowie das gezielte Erkennen von belastenden Situationen und sowie den Einsatz adäquater Bewältigungsstrategien. Ebenso werden Tic-Störungen medikamentös, zum Beispiel mit Tiaprid, behandelt (Möller, Laux & Deister, 2013).

Der Verlauf sieht bei leichten und vorübergehenden Tics eine günstige Prognose, chronische Tics dauern zwar lange Zeit an, verlieren jedoch an Intensität in der Jugendzeit und sogar völlig verklingen (Döpfner et al., 2010).

4.3.6 Suizidalität

Als Suizid wird die absichtliche Selbstschädigung mit tödlichen Ausgang bezeichnet. Ein Suizidversuch ist die absichtliche Selbstschädigung mit dem Ziel verbunden einen tödlichen Ausgang zu erreichen. Als Parasuizid wird eine Selbstschädigung ohne tödlichen Ausgang bezeichnet (Möller, Laux & Deister, 2013).

Die Suizidrate ist in unterschiedlichen Ländern verschieden hoch. Österreich liegt laut einem Bericht der medizinischen Universität Wien im europaweiten Vergleich im Mittelfeld. Seit 1987 ist die jährliche Anzahl der verstorbenen Personen die Suizid verübt hatten rückläufig. Im Jahr 2011 wurden 1286 Suizide in Österreich verzeichnet. Seit Mitte der 1980er Jahre liegt die Suizidrate über der Anzahl der Verkehrstoten und zeigt im Jahr 2010 mehr als doppelt so viele Selbsttötungen als Verkehrstote (Kapusta, 2012).

Jungen zeigen eine höhere Suizidrate als Mädchen. Begründbar ist diese Rate dadurch, das Mädchen eher Methoden der Selbsttötung wählen (z.B. Medikamenteneinnahme) die den tödlichen Ausgang der Selbstschädigung leichter verhindern. Grundsätzlich ist ein Anstieg der Suizidrate im Jugendalter im Vergleich im Kindesalter (Kinder im Alter von sechs bis zwölf Jahren werden mit 1 Prozent angegeben) zu erkennen (Klicpera & Gasteiger-Klicpera, 2007).

Schaffer und Gutstein (2002) schätzen, dass die Mehrzahl der Kinder und Jugendlichen eine psychiatrische Störung vor dem Suizid aufwiesen, wobei ca. ein Drittel Angststörungen zeigten. Als auslösende Bedingungen suizidalen Verhaltens werden Krisensituationen sowie impulsives Verhalten genannt. Suizidankündigungen von Kindern und Jugendlichen sind immer ernst zu nehmen (Knebel & Klüver, 2010).

Suizidalität wird als multifaktoriell bedingtes Verhalten gesehen und beinhaltet sowohl eine affektiv-kognitive Einengung (Gefühl von Hoffnungslosigkeit, ein dysfunktionaler Attributionsstil sowie Erwartungen an den Tod als zum Beispiel Ruhezustand) sowie eine lebensbedingte psychische und soziale Einengung. Als überwiegend suizidgefährdet zählen Betroffene mit Depressionen, mit Suchterkrankungen sowie Personen die bereits einen Selbsttötungsversuch hinter sich haben (Möller, Laux & Deister, 2013).

Bei Suizidversuchen ist die Gefahr der Wiederholung sehr hoch. Nahezu die Hälfte der Kinder und Jugendliche versuchen künftig einen erneuten Versuch. Bewährt haben sich Präventionsprogramme in Schulen und noch stärkere positive Prävention zeigen Fortbildungsprogramme für Lehrer (Klicpera & Gasteiger-Klicpera, 2007).

Nach einem Suizidversuch sollen sich BehandlerInnen im Krankenhaus einen Überblick verschaffen wie zum Beispiel nach der „Suicidal-Intent-Skala“ von Beck, Beck und Kovacs (1975). Es gilt nähere Informationen einzuholen: hinsichtlich der Letalität der verwendenden Mittel; ob die Kinder zum Zeitpunkt des Selbsttötungsversuchs mit anderen Personen – Kinder oder Jugendlichen in Kontakt standen; Interventionsmöglichkeiten der Umgebung; den Planungsgrad des Suizids; den Zweck der Selbsttötung; Gedanken und Gefühle während des Versuchs; Risikofaktoren sowie bewusstseinsbeschränkende Faktoren und nicht zuletzt die Reaktion des Umfeldes auf den Selbsttötungsversuch (Klicpera & Gasteiger-Klicpera, 2007).

Die Behandlung sollte den Schwerpunkt auf die Suizidabsicht bzw. deren Korrektur legen, sowie eine Verminderung der Umgebungsbelastungen und die Behandlung existenter psychischer Störungsbilder umfassen. Dabei wird die kognitive Verhaltenstherapie als vorteilhaft gesehen (Shaffer & Gutstein, 2002).

4.3.7 Störungen des Sozialverhaltens

Kinder mit einer dissozialen Störung sind bereits im Vorschulalter auffällig. Sie zeigen sich trotzig, aggressiv, widerspenstig und aufsässig und fallen durch Grausamkeit, Lügen, Stehlen, Feuer legen, Destruktivität, Gesetzesübertretungen und der Verletzung von Rechten anderer Menschen auf. Um die Diagnose dissoziale Störung zu geben, müssen die Verhaltensauffälligkeiten sechs Monate oder länger bestehen (Gast & Wabnitz, 2014).

Komorbiditäten bestehen vor allem mit Hyperaktivität und depressiven Störungen (Essau, 2003). Ebenso gibt es Zusammenhänge zwischen der dissozialen Störung und Angststörungen (Connor, 2002). Zusätzlich wird das Risiko für (späteren) Alkohol- und Drogenmissbrauch im Zusammenhang mit sozialen Störungen genannt (Möller, Laux & Deister, 2013).

Bezüglich Verlauf lässt sich berichten, dass soziale Störungen von der frühen Kindheit bis ins Jugend- und Erwachsenenalter eine hohe Kontinuität zeigen und hinsichtlich Stabilität zeigen Längsschnittstudien dass zwischen 32 Prozent und 81 Prozent der auffälligen Kinder auch im Jugendalter abweichendes Verhalten zeigen, dieses Verhaltensmuster besteht im Erwachsenenalter fort (Connor, 2002). Andauernde dissoziale Störungen zeigen einen Zusammenhang mit Hyperaktivität sowie neurokognitiven Beeinträchtigungen und treten bei Jungen fünfmal häufiger auf als bei Mädchen (Moffitt et al., 2001).

Als Ursachen für die dissoziale Störung werden unter anderen genetische Faktoren diskutiert, wobei Ergebnisse von Studien recht unterschiedlich ausfielen, eine mittlere Heredität von 37 Prozent wurde jedoch gefunden (Slutske, Cronk & Nabors-Ober, 2003). Nigg und Huan-Pollock (2003) konnten zeigen dass bereits eine leicht mangelhafte sprachliche Begabung mit Kontaktschwierigkeiten sowie Schulproblemen im Leistungsbereich zusammenhängt. Dodge (2003) berichtet von einem abweichenden sozial-kognitiven Verarbeitungsschema das sich darin zeigt, dass aggressive Kinder das Verhalten von anderen Kindern als feindselig interpretieren. Ebenfalls ausschlaggebend für die dissoziale Störung ist die prägende Funktion eines ungünstigen sozialen Umfeldes, d.h. das Erziehungsverhalten der Eltern sowie Sozialisationseinflüsse (Möller, Laux & Deister, 2013).

Zu den Behandlungsformen zählen das Training sozialer Kompetenzen und das sozial-kognitive Problemlösetraining. Im Mittelpunkt stehen die Förderung der emotionalen Kompetenz, der Empathie sowie ein Ärgermanagement. Ebenso haben sich ein Elternmanagementtraining bewährt sowie eine funktionale Familientherapie und Interventionen in der Schule (Gast & Wabnitz, 2014).

4.3.8 Alkoholabhängigkeit

Als Alkoholmissbrauch wird ein vom üblichen Gebrauch auffälliges Trinkverhalten bezeichnet, wobei kulturelle Unterschiede berücksichtigt werden müssen. Nach andauernden Missbrauch kann die Entwicklung einer Alkoholabhängigkeit stattfinden (Schmid et al., 2013). Es kommt zu einem Verlust der Kontrolle über die Alkoholmenge sowie Einnahme sowie psychische und

physische Hinweise auf eine Abhängigkeit (Chung et al., 2002). Als Komorbiditäten werden die dissoziale Störung, Drogenabhängigkeit, Angststörungen und depressive Störungen gesehen (Klicpera & Gasteiger-Klicpera, 2007).

Die Ursachen des Alkoholmissbrauchs- und der Abhängigkeit werden in biologischen Prädispositionen, in Persönlichkeitsfaktoren (Affektlabilität und „*sensation seeking*“), in Familieneinflüssen, in Einflüsse der Peergruppe sowie in sozial-kognitiven Einflüsse beschrieben. Als Behandlung hat sich die Prävention (in Schulen, Gemeinden etc.) bewährt (Schmidt et al., 2013). Als Therapie steht die Entgiftungsphase mit anschließender Entwöhnungsphase sowie weiterführender ambulanter Behandlung an erster Stelle. Als Basis wird hierbei die Einsicht der notwendigen Änderungen der Lebenssituation in den Mittelpunkt gestellt (Mann, Havemann-Reinecke & Gaßmann, 2008).

4.3.9 Drogenabhängigkeit

Unter Drogenmissbrauch wird die vereinzelte oder andauernde Einnahme von Drogen verstanden. Die fortwährende Drogeneinnahme kann zu einer Drogenabhängigkeit führen. Zwischen dem 12. Und 17. Lebensjahr erfolgt ein Zuwachs des Gebrauchs an Drogen, der Häufigkeitsgipfel zeigt sich bei den 18- bis 21-Jährigen (Klicpera & Gasteiger-Klicpera, 2007).

Bezüglich Verlauf zeigt Thomasius (2005), dass sich die Gründe für den Konsum von Drogen bei andauernder Einnahme ändern. Stehen zu Beginn die Neugier und das Suchen nach neuen Erlebnissen, sind es nun die Beseitigung negativer Emotionen, das Substanzverlangen („Craving“) sowie das Vermeiden von Symptomen des Entzugs.

Komorbiditäten bestehen mit dissozialen Störungen, Angststörungen und Depressionen (Essau et al., 2002) sowie Essstörungen und mit Schizophrenie (Blanchard, 2000).

Als Ursache für die Drogenabhängigkeit werden der Einfluss sozialer Faktoren (Identifikationsmangel bezüglich gesellschaftlicher Institutionen) sowie der Einfluss der Familie gesehen (Morgenroth, 2010). Vor allem das Attachment-Modell von Bowlby (1973) wird als Erklärung der Elterneinwirkung auf den Drogenkonsum herangezogen. Demnach zeigen Jugendliche mit Drogenmissbrauch einen

unsicheren Bindungsstil (Thomasius, 2005). Ebenso ist der Einfluss der Peer-Gruppe, bestimmte Persönlichkeitsfaktoren (wie zum Beispiel eine Alles-oder-nichts-Grundhaltung, ein Unvermögen Spannungen zu ertragen, eine hohe Stimmungs labilität etc.) sowie biologische Aspekte als Ursachen für die Drogenabhängigkeit zu nennen (Möller, Laux & Deister, 2013; Klicpera & Gasteiger-Klicpera, 2007).

Die therapeutischen Möglichkeiten bestehen in einer stationären Behandlung wobei die ersten Schritte der Aufbau einer Vertrauensbasis sind. Danach erfolgt die Entziehungs- und Entgiftungsphase, danach die weiterführende Behandlung mit den Schwerpunkten Vorbeugung gegen Rückfälle; die Wahrnehmung von Ängsten und Spannungen sowie deren Bewältigung; Arbeitstraining; Realitäts- sowie Kommunikationstraining (Morgenroth, 2010). Bezüglich Substitutionstherapie sind durchaus positive Effekte zu erwarten: es zeigt sich eine geringere Abbruchquote als bei anderen Therapien, die kriminellen Tätigkeiten mindern sich und es ist eine Reduzierung des Heroinkonsums zu verzeichnen (Klicpera & Gasteiger-Klicpera, 2007).

4.3.10 Störungen der Ausscheidung

Laut Möller, Laux und Deister (2013) zählen zu den Störungen der Ausscheidungen die Enuresis (nächtliches Bettnässen) sowie die Enkopresis (Einkoten). Von der Enuresis sind Jungen häufiger als Mädchen betroffen.

Als Ätiopathogenese werden hauptsächlich psychische sowie organische Faktoren genannt. Das Einkoten ist wesentlich seltener als das Einnässen, Jungen sind wiederum häufiger betroffen als Mädchen. Die Ätiopathogenese wird als Funktionsstörung gesehen, es ist jedoch zu beachten, dass ungünstige soziale sowie familiäre Umstände eine große Rolle in dem Entstehen dieses Störungsbildes spielen.

Die Enuresis wird verhaltenstherapeutisch durch Motivationsstärkung und Selbstkontrolle behandelt, bei der Enkopresis wird der Schwerpunkt auf die Verminderung familiärer Belastungen, Motivationsförderung, Zeit- und Druckminderung sowie Lob gelegt. Bestehen psychische Störungen wie zum Beispiel Zwang, Phobien oder hyperkinetische Störungen werden diese

Störungsbilder zeitgleich mit der Behandlung der Enkopresis vorgenommen (Möller, Laux & Deister, 2013).

4.3.11 Essstörungen

Mildere Schwierigkeiten bezüglich Ernährung treten im ersten Leben sehr häufig auf (Stein & Bernes, 2002). Zu den kindlichen Essstörungen zählen Koliken, Refluxerbrechen, Rumination (Wiederaufstoßen von Nahrung) und Pica (das Essen ungenießbarer Stoffe) tritt meistens im Zusammenhang mit Intelligenzminderung auf (Möller, Laux & Deister, 2013). Die Essensverweigerung in der frühen Kindheit wird als Ausdruck eines Interaktionsprozesses, als Bestrebungen um Autonomie gesehen. Die Behandlung liegt in der sozialen Verstärkung des Essens sowie das gemeinsam Essen mit Gleichaltrigen wobei milde Formen der Schwierigkeiten präventiv aufgefangen werden (Klicpera & Gasteiger-Klicpera, 2007).

Essstörungen im Jugendalter betreffen hauptsächlich Mädchen. Als Hauptformen werden die Anorexia nervosa sowie die Bulimia nervosa genannt. Bei beiden Störungen geht es um eine extreme Sorge um das eigene Körpergewicht und die Figur. Dabei kommt es auch zu einer Wahrnehmungsverzerrung und zu einer Verfälschung des Körperschemas. Zusammenhänge werden mit der Identitäts- und Persönlichkeitsentwicklung sowie mit Perfektionismus in der Familie gepaart mit hohen Erwartungen gesehen. Als zusätzliches Risiko wird das Bedürfnis, permanent für andere da sein zu müssen sowie der Mangel an Fähigkeit eigene Wünsche oder Gefühle zu zeigen, genannt. Essstörungen zeigen in der Regel einen chronischen Verlauf, können sogar tödlich enden und zeigen hinsichtlich therapeutischer Bemühungen nur zu einem Teil Erfolge (Stoichita, 2008).

4.3.12 Störungen sozialer Funktionen

4.3.12.1 Elektiver Mutismus

Der elektive Mutismus ist durch eine emotional bedingte Selektivität des Sprechens bei erhaltener Sprechfähigkeit gekennzeichnet. Das Kind spricht in manchen Bedingungen und in manchen Situationen spricht es nicht. Die Störung geht in der Regel mit Sozialängste, emotionaler Rückzug, Widerstand und Empfindsamkeit einher (Dilling & Freyberger, 2014). Es zeigt sich sowohl ein chronischer Verlauf wie auch Verläufe die nur einige Monate dauern können (Möller, Laux & Deister, 2013).

4.3.12.2 Bindungsstörungen

Reaktive Bindungsstörung des Kindesalters: Die reaktive Bindungsstörung tritt in den ersten fünf Lebensjahren auf, wobei die betroffenen Kinder ein abnormes Beziehungsverhalten mittels widersprüchlichen sowie ambivalenten sozialen Reaktionen zeigen. Symptome zeigen sich als Furchtsamkeit, Gehemmtheit, Übervorsichtigkeit, mangelnde soziale Kontakte mit Gleichaltrigen, Aggressionen sowie Unglücklichsein (Dilling & Freyberger, 2014). Das Verhalten der Kinder wird vorwiegend durch familiäre Vernachlässigung, Missbrauch, Fehlbehandlung und/oder Misshandlung verursacht (Brisch, 2015).

Als Therapieziel gelten milieutherapeutische Maßnahmen in deren Mittelpunkt die Beendigung der schädlichen Einflüsse steht (Möller, Laux & Deister, 2013).

Bindungsstörung des Kindesalters mit Enthemmung: Bei dieser Störung zeigt sich eine sozial-gestörte Beziehungsfähigkeit die durch Anklammerungstendenzen, widersprüchlichen Reaktionen und Distanzlosigkeit bei durchschnittlicher Intellektualität zum Vorschein kommt (Möller, Laux & Deister, 2013). Prädiktoren von Bindungsstörungen sind soziale Deprivationserfahrungen zum Beispiel bei Heimkindern (O'Connor & Rutter, 2000) sowie mangelnde Fürsorge (Wiefel et al., 2005). Rutter (2006) konnte zeigen, dass die Bindungsstörung mit Enthemmung eine Stabilität von 61 Prozent zeigt.

Die Behandlungsmaßnahmen sehen milieutherapeutische Interventionen vor, indem die pädagogische Betreuung verbessert und bereichert wird. Zusätzlich wird eine Elternberatung oder die Neunterbringung des Kindes in ein förderliches Umfeld (Brisch, 2015).

Zusammenfassend soll betont werden, dass Kinder mit Bindungsstörungen erhöhte Anforderungen als Pflegeeltern bzw. Erzieher stellen und somit gestaltet sich der Bindungsbeziehungsaufbau häufig schwierig (Zeanah & Smyke, 2005).

Tiefgreifende Entwicklungsstörungen, zu denen der frühkindliche Autismus, Rett-Syndrom sowie Asperger-Syndrom (Dilling & Freyberger, 2014) zählen, werden hier nur der Vollständigkeit halber genannt, jedoch aufgrund des umfangreichen Rahmens im vorliegenden Dissertationsprojekt nicht näher beschrieben.

4.3.13 Persönlichkeitsstörungen, Kindheit und Adoleszenz?

In den vergangenen Jahrzehnten ist das Interesse der Forschung über die sich entwickelnde Persönlichkeit bei Kindern und Jugendlichen gestiegen und auch das Wissen darüber wurde beträchtlich erweitert. Dazu gehören das erste Auftreten eines Identitätsgefühls, Affektmodulation, Denkstil und Beziehungen zur Außenwelt (Gerrig & Zimbardo, 2014). Persönlichkeitsstörungen haben tiefgreifende und dauerhafte Auswirkungen auf die betroffenen Personen und ihren Familie sowie auch auf die Gesellschaft (Ruegg & Frances, 1995).

Klinische Befunde und Forschungsergebnisse über Persönlichkeitsstörungen bei Erwachsenen weisen darauf hin, dass sich Anzeichen einer Persönlichkeitsstörung bereits in frühen Entwicklungsstadien zeigen (Dilling & Freyberger, 2014; Kapfhammer, 2007; Kernberg, Weiner & Bardenstein, 2005). Das Auftreten einer Persönlichkeitsstörung wird jedoch bei Kindern und Jugendlichen kontrovers diskutiert und in Frage gestellt bzw. wird die Diagnose „Persönlichkeitsstörung“ erst in der Zeit der Adoleszenz und des frühen Erwachsenenalters gestellt, da sich im Laufe des Entwicklungsprozesses viele psychische Auffälligkeiten und problematische Verhaltensweisen von selbst lösen (Oerter & Montada, 2008). Jedoch gibt es auch Studien die eine Fortdauer des

problematischen Verhaltens zeigen. Eine Längsschnittstudie von Kagan und Zentner (1996) zeigt einen Zusammenhang zwischen stark ausgeprägter Impulsivität im Alter von vier Jahren und dem dissozialen Verhalten bei Jugendlichen.

Die biologisch-charakterlichen Grundlage der Impulsivität lässt sich schon zu einem frühen Entwicklungszeitpunkt erkennen (Achenbach et al., 1995; Bernstein et al., 1996). Die Empathie entwickelt sich aufgrund ihrer Bedeutung für die Beziehung zwischen dem Selbst und den anderen bereits im Alter von zwei Jahren (Hoffmann, 1977). Auffälligkeiten im empathischen sowie impulsiven Verhalten gehören zum Bild mehrerer Persönlichkeitsstörungen wie zum Beispiel der dissozialen Persönlichkeitsstörung oder der narzisstischen Persönlichkeitsstörung (Selzer et al., 1987).

Der Denkstil und die Fähigkeit zu konkreten Operationen (Piaget, 1950) zeigen sich in der mittleren Kindheit und bleiben bis ins Erwachsenenalter bestehen.

Cohen et al. (1993) zeigten in ihrer Studie zur Persistenz von Störungen in der Kindheit, dass psychische Störungen im Kindesalter gleich beständig sein können wie bei Erwachsenen. In einer Literaturübersicht zur Entwicklungsepidemiologie zeigen Costello und Angold (1995) dass die Vulnerabilität des Kindes eine große Rolle spielt, d.h. eine Störung in der Kindheit erhöht die Wahrscheinlichkeit einer Störung im Jugendalter: wurde in der Kindheit eine Affektstörung gezeigt, ergab sich eine Prävalenz von 46 Prozent für eine psychische Störung in der Adoleszenz; eine Prävalenz von 75 Prozent in der Adoleszenz die in der Kindheit eine Verhaltensstörung gezeigt hatten. Eine weitere Studie kam zu dem Ergebnis, dass eine frühe Achse I-Störung beim Vorliegen von mindestens zwei Diagnosen, die Wahrscheinlichkeit eine Persönlichkeitsstörung im Erwachsenenalter zu zeigen, stark erhöht (Lewinsohn et al., 1997).

Kernberg, Weiner und Bardenstein (2005) beschreiben die wichtigsten Variablen, die in der kindlichen Entwicklung eine Rolle spielen und zum Verständnis von Persönlichkeitsstörungen sowie zu deren Beschreibung und Behandlung beitragen können: das Temperament (ist eine genetisch determinierte Disposition); die Identität (ist ein internes mentales Konstrukt dessen Inhalt das sich entwickelnde Gefühl des Kindes für das über die Zeit und Situation hinweg gleich bleibende Selbst ist); das Geschlecht (ist eine fundamentale Dimension); Neuropsychologische

Entwicklungsstörungen (auf die Persönlichkeit bezogene charakteristische Merkmale: Defizite beim Entschlüsseln sozialer Signale, beim Entwickeln von Perspektiven, bei der Beurteilung sozialer Situationen sowie unzureichende Kompetenzen im Bereich der sozialen Interaktionen). Die Autoren kommen zu dem Ergebnis, dass der Entwicklungsperspektive eine große Rolle zukommt wenn die Erfassung der Merkmale einer Persönlichkeitsstörung sowie die damit verbundenen pathologischen Merkmale in den für die jeweilige Entwicklungsphase zugehörigen Manifestation entdeckt werden (Kernberg, Weiner & Bardenstein, 2005).

4.3.13.1 Genese von Persönlichkeitsstörungen, Psychodynamik und Kindheit

Unter Punkt 3.6.3. wurden bereits einige unterschiedliche theoretische Modelle die auf psychologische, soziale oder biologische Einflussfaktoren in der Entwicklung von Persönlichkeitsstörungen zielen, kurz beschrieben. An dieser Stelle wird nun die Genese von Persönlichkeitsstörungen aus psychodynamischer Sicht näher erläutert.

Laut Psychodynamik entstehen Persönlichkeitsstörungen durch Störungen in den frühkindlichen Entwicklungsphasen. Beispielsweise führt eine Störung in der „oralen Phase“ (0 bis 1 Jahr) zu einem abhängigen und forderndem Verhalten – das der passiv-aggressiven und abhängigen Persönlichkeitsstörung entspricht. Zwanghaftes und rigides Verhalten mit emotionaler Distanz folgt einer Fixierung in der „analen Phase“ (1 bis 3 Jahre) wobei dieses Verhalten in einer zwanghaften Persönlichkeitsstörung gefunden wird.

Eine Störung in der „phallischen Phase“ (3 bis 6 Jahre) führt zu einem Fortbestehen von flüchtigen Emotionen und einer Unfähigkeit zu näheren Beziehungen und stellt damit einen Faktor für die Entstehung der histrionischen Persönlichkeitsstörung dar (Möller, Laux & Deister, 2013).

Der psychoanalytische Ansatz konzentriert sich auf die unbewussten Konflikte hinter erkennbaren Erlebnis- und Verhaltensweisen eines Individuums. Diese Konflikte können mittels erfolgreicher Abwehrmechanismen (z.B. Sublimierung) zu typischen Verhaltensweisen werden. Diese Umformung charakterisiert das Konzept „Charakterneurose“. Bei Persönlichkeitsstörungen stehen Defizite in der Struktur einer Persönlichkeit im Mittelpunkt, wobei die Psychoanalyse besagt, dass sich

bedeutsame strukturelle Defizite bereits während der frühen Entwicklungsphasen herausbilden (Kapfhammer, 2007).

Im Folgenden werden Konzepte einiger psychoanalytischer Autoren zur Genese von Persönlichkeitsstörungen vorgestellt.

Die Psychoanalytikerin Melanie Klein (1975) geht von der Annahme einer paranoid-schizoiden Position aus, während dieser, der Säugling in den ersten drei Lebensmonaten die Verfolgung fürchtet. Hierbei kommt das Konzept der „*projektiven Identifizierung*“, d.h. der Versuch des Kindes seine feindseligen Gefühle zu bewältigen, zum Tragen (Tyson & Tyson, 2012). Das Verharren auf der paranoid-schizoiden Position gilt als Basismerkmal aller schwerwiegenden psychopathologischer Syndrome (Kapfhammer, 2007). Mit ca. drei Monaten beginnt die depressive Position, in der das Kind Angst hat sein geliebtes Objekt geschädigt zu sehen bzw. zu haben. Begleitet von depressiven und paranoiden Ängsten kommen nun ödipale Wünsche auf der oral-sadistischen Phase zum Tragen. Durch das Über-Ich zeigen jedoch Wiedergutmachungsbestrebungen für die „depressive Position“ ihre Wirksamkeit (Diem-Wille, 2007). Klein führt jedoch nicht weiter aus, warum bzw. auf welche Weise die Erfahrungen eines Defizites oder traumatische Erfahrungen in der „paranoid-schizoiden Position“ die Störung der Persönlichkeit besonders empfänglich machen (Kapfhammer, 2007).

Das Entwicklungsmodell von M. Mahler (1975) charakterisiert die ersten drei Lebensjahre. Das Kind durchläuft drei Entwicklungsabschnitte mit entsprechenden Entwicklungsaufgaben. Für das Entstehen innerseelischer Strukturen sieht sie die Lösungen dieser Entwicklungskonflikte. Eine Prädisposition für Störungen der Persönlichkeit sieht Mahler in der Wiederannäherungsphase bezüglich ungelöster Konflikte (Tyson & Tyson, 2012; Kapfhammer, 2007).

Der Psychoanalytiker Otto F. Kernberg (1975) zeigt in seinem Konzept zur Genese von Persönlichkeitsstörungen, dass eine pathologische Entwicklung internalisierter Objektbeziehungen zu Defiziten der Ich-Integration führen. Ergebnisse aus seiner Kleinkindforschung betrachten drei Stufen der Ich-Entwicklung wobei für die Entstehung von Persönlichkeitsstörungen Problematiken auf der zweiten Stufe (Differenzierung von Selbst- und Objektrepräsentationen) gesehen und als Borderline-Persönlichkeitsniveau bezeichnet werden (Kapfhammer, 2007).

Heinz Kohut (1981) geht von einer eigenständigen narzisstischen Entwicklungslinie aus. Betroffene mit narzisstischer Persönlichkeitsstörung besitzen ein kohäsives Selbst, sie unterhalten oberflächliche stabile Beziehungen und zeigen unter Stress keine Regression der Selbststruktur. Besondere Aufmerksamkeit widmet Kohut (1980) der Empathie und der Beachtung typisch narzisstischer Übertragungsmuster.

Der Psychologe und Psychoanalytiker Peter Fonagy (2004) legt in seinen Forschungen und Ansätzen den Schwerpunkt auf den Zusammenhang von frühkindlichen Bindungserfahrungen und Selbstentwicklung, von „mentalisierte Affektivität“ sowie die Fähigkeit zur Symbolisierung. Fonagy et al. (2006) konnte in seinen Forschungsstudien zeigen, dass die Entwicklung von Borderline-Persönlichkeitsstörungen im Rahmen unsicherer oder desorganisierter Bindungsmuster – gepaart mit Traumatisierungen – einhergeht.

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass sich Persönlichkeitsstörungen aufgrund verschiedener Störungen der Entwicklung in wiederum unterschiedlichen Lebensphasen entwickeln können. Persönlichkeitsstörungen weisen eine komplexe Genese auf. Wobei zu betonen ist, dass das menschliche Individuum mehr ist, als ein Anlage-Umwelt-Produkt, d.h. es kommt auch der eigene Beitrag, das was aus Anlage und Einflüssen des Umfeldes gemacht wird, bedeutsam zum Tragen (Möller, Laux & Deister, 2013).

5 RELIGIOSITÄT UND SPIRITUALITÄT

5.1 Historische Entwicklung

Lange Zeit wurden in der deutschsprachigen Psychologie Themen im Zusammenhang mit Religiosität und Spiritualität vernachlässigt und tabuisiert (Bucher, 2008). Freud (1907) erklärte die Religion als infantilisierende Zwangsneurose und beeinflusste dadurch merklich die Einstellung vieler Wissenschaftler bezüglich religiös-spiritueller Themen in Verbindung mit psychischer Gesundheit (Bucher, 2008). In den USA hingegen bestehen seit vielen

Jahren gemeinsame Projekte zwischen Religion und Psychologie, da das Interesse bzw. die Wichtigkeit des Einflusses von religiös-spirituellen Gefühlen und die Lebensgestaltung sowie die Beziehungsgestaltung hervorgehoben wird (Utsch, 2006). Hingegen wird aus dem vergleichsweise geringen Interesse im deutschen Sprachraum geschlossen, dass Religion als persönliche Thematik gesehen wird, die darüber hinaus methodisch wie begrifflich schwer zu fassen ist (Dörr, 2001).

Utsch (2006) berichtet davon, dass religiös-spirituelle Erfahrungen aus psychologischer Sicht eher ein atypisches Phänomen als ein alltägliches seelisches Erleben darstellen. Im medizinischen Bereich werden die Themen Religion und Spiritualität annähernd als Fremdkörper gesehen, da die alltäglichen klinischen Aufgaben keine Verantwortung in Bezug auf spirituelle Beurteilungen oder Interventionen zulässt (König, 2005).

In den letzten 20 Jahren ist ein deutlich wachsendes Interesse am Thema Spiritualität im Bereich Psychologie, Medizin sowie Psychotherapie zu bemerken (Bucher 2007; König, 2007).

Forschungen von Persinger (2002) zeigten die Triggerung spiritueller Erlebnisse durch elektromagnetische Stimulierung der Seitenlappen des Gehirns. Newberg, d'Aquili und Rause (2003) konnten in der Kernspintomographie nachweisen, dass die Durchblutung des oberen Scheitellappens während tiefer spiritueller Zustände sank und damit die Hirnaktivität bezüglich räumliche Orientierung und personale Orientierung reduzierte und ein Gefühl eines „unendlichen Raums und der Ewigkeit“ hervorruft.

Die Quantenphysik, zeigt mit der Quantentheorie, dass alles ein Bewusstsein hat, entstanden aus einer allem zugrunde liegenden Information, die von Görnitz und Görnitz (2007) als „Prototypis“, als „Ur-Information“ bezeichnet wird.

Die Psychotherapie erkannte sowohl die gesundheitliche als auch die psychotherapeutische Wirkung von Vergebung, transpersonalem Vertrauen, Ich-Stärke und Achtsamkeit. Der Klient als selbstbestimmtes, verantwortliches und freies Individuum das auf Werte und Sinn, auf Transzendenz bezogen ist, zeigt die Präsenz der Spiritualität in der Logotherapie und Existenzanalyse (Frankl, 2002, 2005) und in der Existentiellen Psychotherapie (Yalom, 2008).

Ostermann und Büssing (2007) erkennen die steigende Suche nach dem Sinn in der Bevölkerung auch jenseits konfessioneller Aufträge als einen Wandel der

Einzug in die moderne Medizin hält. Bucher (2007) berichtet von Forschungen und Interessen im Bereich Spiritualität ohne kirchlichen Hintergrund. Im Bereich Psychologie scheint ein sich abzeichnender positiver Nutzen sowie ein positiver Einfluss der Religiosität und Spiritualität auf die psychische wie auch physische Gesundheit zum aktuellen Interesse beizutragen (Bucher, 2008).

Die Religionspsychologie, die sich aus Fragebogenuntersuchungen von Stanley Hall (1881) und Edwin Starbuck (1899) und den Fallberichten von William James (1902) entwickelte, bemüht sich um theoretische Grundlagen und Erhebungsmethoden, die den wissenschaftlichen Standards entsprechen um Religiosität differenziert zu erforschen (Grom, 2007).

Ziel der Religionspsychologie ist es, religiöses Erleben und Verhalten zu beschreiben um das Entstehen, die Entwicklung, Einflüsse und Auswirkungen zu erfassen (Murken & Namini, 2006), wobei vor allem den emotionalen, verhaltensbezogenen und kognitiven Elementen den bedeutendsten Untersuchungswert beigemessen werden sollte (Grom, 2007).

5.2 Begriffsbestimmung Religiosität und Spiritualität

Es existieren zahlreiche unterschiedliche Definitionen von Religiosität und Spiritualität wobei aufgrund dieser Vielfalt an Begriffsbestimmungen unter anderem die Problematik der Operationalisierung sowie die umfangreiche Anzahl an unterschiedlichen Fragebögen bzw. Selbstbeschreibungsskalen sichtbar werden (Bucher, 2007).

5.2.1 Religiosität

Religionswissenschaftler gehen von der Annahme aus, dass es kaum möglich sei für alle Zeiten und für alle Kulturen einen allgemeingültigen Begriff von Religion zu bilden (Grom, 2007).

Testermann (1997) definiert Religion durch *„eine gemeinschaftliche Verbundenheit mit kulturellen und sprachlichen Grenzen“*. Religion beinhalte demnach Elemente sozialen und kulturellen Charakters verbunden mit Rituale,

Glaube, Religionsinstitutionen sowie Traditionen, wobei Spiritualität dabei nicht vorkommen muss.

Belzen (2006) fasst Religion als ein System von Offenbarungen auf, Religiosität als Praxis mit dazugehörigen Symbolen.

Hood, Hill & Spilka (2009 S. 7) meinen *„In fact that we use one word to describe a complex of beliefs, behaviors, and experiences as ‚religious‘ i soften 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.“*

Religion ist ein fixer Bestandteil unseres Lebens und vereinigt eine Vielzahl an Verhaltensweisen, beispielsweise beim Empfangen der heiligen Sakramente (Taufe, Kommunion, Trauung), bei regelmäßigen Gottesdienstbesuchen, beim kirchlichen Jahresfestkreis, im Verhalten mit Tod und Sterben sowie im Glauben an ein Leben nach dem Tod (Hood, Hill & Spilka, 2009).

5.2.2 Spiritualität

Laut Testermann (1997) kennzeichnet die Spiritualität *„eine innere, persönliche Erfahrung“*. Spiritualität ist universell, grenzenlos und bedingt keinen religiösen Hintergrund, wobei jedoch Komponenten der Religion beinhaltet sein können (Bucher, 2007).

Nach Bucher (2007) wird sie mit Gefühlen der Verbundenheit beschrieben wobei er anmerkt, dass sich das Wort Spiritualität von lateinischen Begriff „spiritus“ – deutsch „Luft“, „Hauch“, „Atem“, „Seele“ und „Geist“ ableite.

Eine weitere Definition von Längle (2008) vereint verschiedene Ansätze: *„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“*.

Kennedy (2009) ist der Meinung dass die meisten Merkmale bezüglich Spiritualität in Gefühlen von Sinn und Bedeutung bestehen sowie in Lebenszielen und dem Glauben an ein Leben nach dem Tod.

Die Kernkomponenten der Spiritualität laut Bucher (2007) sind die Verbundenheit mit sich selbst, die Verbundenheit mit anderen sowie die Verbundenheit mit der Natur. Es existieren zahlreiche Studien zur Verbundenheit

und Erlebnisberichten (Higginbotham & Higginbotham, 2003; McDonald, 2003; Clark, 2002; Bolletino, 2001; Taylor, 2001; Hawker, 2000; Koury, 2000). Clark (2004) zeigte in seiner quantitativen Studie, dass Personen auf einer Skala zur spirituellen Verbundenheit (Piedmont, 1999) die höchsten Werte aufwiesen wenn sie sich selbst als spirituell bezeichneten.

Die Verbundenheit hat zwei Richtungen, eine vertikale Richtung die auf ein transzendentes Prinzip bezogen und die horizontale Richtung im Bereich Natur und dem sozialen Umfeld (Bucher, 2007). Hart (2005) berichtet über Schilderungen von Kinder und Jugendliche bezüglich ihrer Erfahrungen mit der Komponente "Verbindung".

Ebenso wird die Selbsttranszendenz als Komponente der Spiritualität gesehen, sich mit anderen Menschen, mit der Natur verbunden zu fühlen, setzt die Fähigkeit voraus, von sich selbst absehen bzw. sich selbst transzendieren zu können (Bucher, 2007; Coward & Kahn, 2004; Chiu, 2000).

Zusammenfassend lässt sich nach Utsch (2006) sagen, dass Spiritualität eines der wenigen irrationalen, psychologischen Mysterien ist sowie eines der letzten unbekannten Komponenten des Seelenlebens.

5.2.3 Unterschied zwischen Religion und Spiritualität

Religiosität und Spiritualität sind zum einen überlappende Konstrukte (Bucher & Oser, 2008) zum anderen wird jedoch in der Forschung die Bedeutsamkeit der Differenzierung betont (Kennedy, 2004). Laut Hood, Hill und Spilka (2009) fehlt es meistens an einer klaren Unterscheidung der beiden Bezeichnungen. Sie meinen, dass Spiritualität subjektiv und persönlich ist, keinen Gott und keine institutionelle Rahmenbedingungen benötigt und dass Religiosität eine Teilmenge von Spiritualität darstellt. Nach Bucher (2007) überlappen sich Spiritualität und Religiosität, sind jedoch nicht deckungsgleich, das wiederum bedeutet dass es sowohl Religiosität ohne Spiritualität gibt (Vollziehen religiösen Verhaltens ohne extrinsischen Motiven), als auch Spiritualität ohne Religiosität (intensives Naturerleben oder Meditation ohne Bezug zur Religion). Manche ForscherInnen bezeichnen Spiritualität als eine Form von Religiosität, andere wiederum sehen diese als beeinflusst von Moral, Materialismus, Politik und Kriege (Dyer, 2011b).

Spiritualität scheint stärker als Religiosität genetisch bedingt zu sein. Es existieren empirische Indizien die zeigen, dass Spiritualität – im Sinne von Selbsttranszendenz und Verbundenheit – einen stärker genetischen Einfluss hat als Religiosität (Kirk, Eaves & Martin, 1999).

Eine Gegenüberstellung von Religion und Spiritualität (Bucher, 2007) wird in der untenstehenden Abbildung 2 gezeigt.

Abbildung 2: Gegenüberstellung von Religion/Religiosität und Spiritualität (aus Bucher, 2007, S. 51)

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

5.3 Konzepte von Religiosität und Spiritualität

5.3.1 Konzept der „Big Six“

Nach Piedmont (1999, 2004) liegt die Erfassung der Religiosität und Spiritualität in der Erweiterung des „Fünf-Faktoren-Modells“ von Costa und McCrae (1989). In diesem Sinne werden die fünf Faktoren „Extraversion“, „Verträglichkeit“, „Gewissenhaftigkeit“, „Offenheit für Erfahrungen“ und „Neurotizismus“ (Gomez, 2006) um den Faktor „Spirituelle Transzendenz“ erweitert (Piedmont, 2004).

5.3.2 Konzept der Intrinsischen vs. Extrinsischen Religiosität

Das Konzept der Intrinsischen vs. Extrinsischen Religiosität hat ihren Ursprung im Konzept von Allport (1950, zitiert nach Unterrainer, 2010) der „reifen“ vs. der „unreifen“ Religiosität.

Die zwei religiösen Orientierungen „intrinsisch“ und „extrinsisch“ beinhalten zwei verschiedene Motivationen der Religiosität. Gläubige mit intrinsisch religiöser Orientierung führen ihr gesamtes Leben in Übereinstimmung mit den Glaubenssätzen, d.h. sie haben ihr gläubiges Leben verinnerlicht. Hingegen hat der Glaube bei extrinsisch Gläubige eine zweckdienliche sowie instrumentalisierte Funktion, die Gläubigkeit wird als oberflächlich bezeichnet und umfasst nur einen Teil der unterschiedlichen Bereiche des Lebens (Schowalter & Murken, 2003). Nach Unterrainer (2010) leben intrinsisch religiöse Personen ihre Religion und extrinsisch religiöse Menschen gebrauchen ihre Religion. Gläubige mit einer hohen intrinsischen religiösen Orientierung widmen ihr Leben aktiv und konsequent im Sinne ihres religiösen Glaubens sowie der dazugehörigen Institution (Barret, Patock-Peckham, Hutchinson & Nagoshi, 2005).

Bezüglich psychischer Gesundheit im Zusammenhang mit intrinsischer und extrinsischer religiöser Orientierung bestehen Unterschiede. Lewis, Maltby und Day (2005) kamen zu dem Ergebnis, dass nur eine intrinsisch religiöse Orientierung mit Glücklichkeit und damit mit psychischen Wohlbefinden, im Zusammenhang steht. Zusätzlich konnte gezeigt werden, dass eine intrinsisch religiöse Orientierung vorzugsweise in einem Zusammenhang mit psychologischen Wohlbefinden steht im Gegensatz zu einer extrinsisch religiösen Orientierung (Maltby, Garner, Lewis & Day, 2000).

5.3.3 Konzept des Multidimensionalen Religiositätsmodells

Theoretisch sind die Konzepte der Religiosität weit gefasst und mehrdimensional (Schowalter & Murken, 2003), wobei auch die aktuellen Befunde betonen dass es von größter Bedeutung ist, die Religiosität mehrdimensional zu erfassen (Murken & Namini, 2006). Das Konzept des Multidimensionalen Religiositätsmodells lässt sich auf Charles Y. Glock (1962, zitiert nach Unterrainer, 2010) und Huber (1996, zitiert nach Unterrainer, 2010) zurückführen. Dieses Modell

betrachtet fünf Dimensionen der Religiosität: „Ideologie“, „Ritual“, „Erfahrung“, „Wissen“ sowie „Konsequenzen“.

5.3.4 Konzept der Zentralität

Dieses Konzept besagt, dass eine Person umso religiöser ist, je zentraler die Religiosität in dieser Person verankert ist, wobei die Zentralität das Ausmaß des religiösen Verhaltens bestimmt und der Inhalt gibt die Richtung dieses Einflusses vor (Huber, 2003, zitiert nach Murken & Namini, 2006).

5.3.5 Konzept des religiös-spirituellen Befindens

Das Konzept des spirituellen Wohlbefindens geht sowohl auf Ellison (1983) und Ellison und Smith (1991, zitiert nach Unterrainer, 2010) als auch auf die Entwicklung der „Spiritual Well-Being Scale“ von Paloutzian und Ellison (1982, zitiert nach Ostermann & Büssing, 2007) zurück.

Im Zusammenhang mit der Gesundheit hat sich das Konstrukt „Spiritual well being“ durchgesetzt (Ostermann & Büssing, 2007).

Ziel des Konzeptes „religiös-spiritueller Befinden“ stellt die Erweiterung des bio-psycho-sozialen Modells von Gesundheit und Krankheit um die religiös-spirituelle Komponente dar (Unterrainer 2005).

Das bio-psycho-soziale Modell als Grundlage für die psychosomatische Medizin geht auf Engel (1979, 1977) zurück. Dieses Modell beschreibt die Natur als eine hierarchische Ordnung von Systemen. Somit wird das seit dem 19. Jahrhundert existierende Naturwissenschaftlich-Biomedizinische Modell um die psychische Befindlichkeit, um biologische Faktoren sowie um die sozialen Lebensumstände, erweitert um die Erhaltung von Gesundheit sowie die Entstehung von Krankheit zu erklären (Engel, 1979).

Laut Antonovsky (1997) sind Gesundheit und Krankheit keine Gegensätze, sondern werden in seinem Salutogenese-Modell mit graduellen Übergang gezeigt. Das Kohärenzgefühl spielt in der Salutogenese eine wesentliche Rolle, da die allgemeine Grundhaltung die eine Person gegenüber der Welt und des eigenen

Lebens hat, die Welt als zusammenhängend, passend und sinnvoll erscheinen lässt (Antonovsky, 1997).

In jüngster Zeit wird von mehreren Forschern, unter anderem von Unterrainer (2010) die Berücksichtigung und Einbeziehung einer weiteren Komponente, die „Spiritualität“ als angemessen gesehen. Spiritualität spielt bei Erkrankungen sowohl im Copingprozess als auch beim Ansprechen auf die entsprechende Behandlung eine wesentliche Rolle und daher sollte das Konzept des religiös-spirituellen Befindens einen Eingang in das bio-psycho-soziale Modell finden (Unterrainer, 2005). Dyer (2011b) zeigt ebenso Kritik am Ursprungsmodell von Engel (1979) und fordert eine Erweiterung da dieses Modell zur Erklärung von Gesundheit und Krankheit allein nicht mehr ausreicht.

Das in interdisziplinärer Zusammenarbeit von Unterrainer und Ladenhauf (2008) entwickelte „Multidimensionale Inventar zum religiös-spirituellen Befinden“ umfasst 48 Items in Form von sechs Dimensionen im transzendenten und immanenten Raum, wobei der transzendente Raum die Dimensionen „Hoffnung transzendent“, „Allverbundenheit“ und „allgemeine Religiosität“ beinhaltet und der immanente Raum die Dimensionen „Erfahrung von Bedeutung und Sinn“, „Hoffnung immanent“ und „Vergeben“ (Unterrainer, 2007). In der vorliegenden Arbeit wurde in Anlehnung an das „Multidimensionale Inventar zum religiös-spirituellen Befinden“ (MI-RSB-48) ein multidimensionales Interview für Kinder und Jugendliche (Mi-RSB-KiJu) im Rahmen psychischer Gesundheit entwickelt.

5.4 Erfassen von Spiritualität und Religiosität

Es besteht eine Vielzahl an Instrumente um die Spiritualität und Religiosität zu messen. Innerhalb dieser Messinstrumente sind sowohl Unterschiede wie auch Gemeinsamkeiten wie zum Beispiel die Unterscheidung von external und internal orientierter Spiritualität feststellbar. Es bestehen Skalen die eine verstärkte Richtung zum Gottesbezug und eine religiöse Orientierung zeigen und solche, die den Schwerpunkt auf Natur, Umwelt, Verbundenheit legen (Ostermann & Büssing, 2007).

Hood et al. (2009) unterscheiden beim Erfassen von Religiosität und Spiritualität zwischen „*Dispositional Religiousness or Spirituality*“ (umfasst Messverfahren zur

allgemeinen Religiosität und Spiritualität sowie zur religiös-spirituellen Involviertheit, Entwicklung und Geschichte) und „*Funktional Religiousness or Spirituality*“ (impliziert Bereiche der religiös-spirituellen Beteiligung, Praktiken, Unterstützung, Coping, Glaube, Ausprägung, Techniken, Erfahrungen sowie Motivationskraft).

Im Folgenden werden aus der Vielfalt der Skalen einige Testverfahren für Erwachsene aufgezeigt. Im deutschsprachigen Raum werden zum Beispiel die Messverfahren „Multidimensionales Inventar zum religiös-spirituellen Befinden“ (Unterrainer, 2005) „Spirituelles Wohlbefinden“ (Paloutzian & Ellison, 1982); „Skala zum Transpersonalen Vertrauen“ (Belschner, 2000); „Spirituelles Wohlbefinden“ (Gomez & Fischer, 2003); „Index spirituelles Wohlbefinden“ (Daaleman & Frey, 2004); „Ausdruckformen der Spiritualität“ (Büssing, Ostermann & Matthiesen, 2007) eingesetzt. Englischsprachige Instrumente wären zum Beispiel „Spiritual Perspective Scale (SPS)“ (Reed, 1987); „Spiritual Transcendence Scale“ (Reker, 2003); „Prague Spirituality Questionnaire“ (Rican, 2004); „Spiritual Well-Being Scale“ (Paloutzian & Ellison, 1982).

Zusammenfassend wird laut Bucher (2007) nicht das Gleiche gemessen wenn verschiedene Skalen die Spiritualität messen. Er meint, dass es „*die*“ Spiritualitätsskala hinsichtlich der Vielfältigkeit noch nicht gibt und in denkbarer Weise gar nicht erwünscht sei.

5.4.1 Messen von Religiosität und Spiritualität im Kinder- und Jugendalter

Edward Robinson (1977) analysierte Kindheitserinnerungen und spirituelle Erfahrungen von 500 Frauen und Männern und verweist auf den authentischen Kern dieser Erinnerungen. Auch Piechowski (2001) betont die Unterschätzung der kindlichen Gedächtnisleistungen wohingegen Wilber (2001) Erinnerungsberichte von Erwachsenen als ungeeignet, um sich den spirituellen Erlebnissen von Kindern zu widmen. Es ist valider, Daten bezüglich Religiosität und Spiritualität bei Kindern selber zu erheben, aber natürlich ist es auch schwieriger. Untersuchungen bezüglich Kinderspiritualität wenden in der Regel qualitative Verfahren an. Nye (1999) traf sich im Rahmen ihrer Studie dreimal mit Kindern und nachdem die Kinder Vertrauen gefasst hatten, erfragte die Forscherin im religiösen und spirituellen Bereich Interessengebiete und Gottesvorstellungen der Kinder.

Von großer Bedeutung für die Erfassung von Kinderspiritualität sind Kinderzeichnungen (Hay, Nye & Murphy, 1996; Coles, 1991) sowie die Verhaltensbeobachtung in sakralen Räumen. Halstead (2005) konnte zeigen, dass Kinder zu äußerst belebten Imaginationen in der Lage sind.

5.5 Religiosität, Spiritualität und Geschlecht

In bisherigen Studien konnte gezeigt werden, dass Frauen etwas religiös-spirituellder sind als Männer (Kennedy, 2004). Lewis et al. (2005) konnten im Gegensatz dazu keine Geschlechtsunterschiede bezüglich des Ausmaßes an Religiosität und Spiritualität finden.

5.6 Religiosität, Spiritualität und Alter

In mehreren Studien konnte gezeigt werden, dass das Alter einen Einfluss auf die Ausprägung an Spiritualität und Religiosität hat. Jorm und Christensen (2004) kamen zu dem Ergebnis, dass Personen zwischen 60-64 Jahren das höchste Ausmaß und Personen zwischen 20-24 Jahren das niedrigste Ausmaß an Religiosität zeigen. Einen leichten Anstieg an Religiosität über das Alter hinweg fanden Unterrainer und Ladenhauf (2008) in ihrer Untersuchung. Bestätigung eines positiven Zusammenhangs zwischen Alter und einer intrinsischen religiösen Orientierung zeigen Egan, Kroll, Carey, Johnson und Erickson (2004) in ihren Untersuchungen.

5.7 Schwierigkeiten in der Forschung

Die Problematiken bezüglich Religiositäts- und Spiritualitätsforschung beziehen sich hauptsächlich auf die Messung und Operationalisierung der beiden Konstrukte (Schowalter & Murken, 2003) sowie auf die eingeschränkte Vergleichbarkeit der Studien aufgrund der zahlreich unterschiedlich verwendeten Messinstrumente (Ostermann & Büssing, 2007).

Ebenso stellt die Erfassung von Religiosität und Spiritualität bei unterschiedlich kultureller Herkunft bzw. unterschiedlicher Ethnizität eine Einschränkung bezüglich

Vergleichbarkeit dar (Henningsgaard & Arnau, 2008). Zusätzlich erschwert eine eindimensionale Konzeptualisierung (Murken, 1997) sowie eine unzureichende Operationalisierung der beiden Begriffe die Forschung (Mehnert, 2008).

Ein weiteres Erschwernis zeigt die Frage nach der „Ursache vs. Wirkung“ der Zusammenhänge zu den Gesundheitsaspekten (Unterrainer & Ladenhauf, 2008). Schowalter und Murken (2003, S. 14) betonen, *„Sowohl Religiosität als auch psychische Gesundheit sind sehr komplexe und vielseitige Konstrukte, deren angemessene und methodische Erfassung eine theoretisch begründete Auswahl an Indikatoren voraussetzt.“*

In einigen Studien gelten die kritische Betrachtung der niedrigen Zusammenhänge (George, Larson, König & McCullough, 2000) sowie die mangelhafte Kontrolle möglicher Einflussvariablen (Mehnert, 2008).

Weitere Einschränkungen bestehen darin, dass in mehreren Studien mangelhafte Angaben zur Erfassung der Religiosität bestehen (Ostermann & Büssing, 2007) und dass ebenso eine generell fehlende empirische Evidenz vorliegt (Bucher, 2007).

Der Einfluss der Kindheit auf die spätere Spiritualität wurde ebenso wiederholt in quantitativen wie auch in qualitativen Studien untersucht (Boyatzis, Dollahite & Marks, 2005). Biographische Studien weisen immer wieder Mängel auf, da hierbei eine Rekonstruktion des bisherigen Lebens geschieht und psychologische Mechanismen wie zum Beispiel die kognitive Dissonanz zum Tragen kommt (Bucher, 2007).

5.8 Entwicklung von Religiosität und Spiritualität

Die wissenschaftliche Erforschung religiöser Entwicklung begann mit Stanley Hall (1881), der in seinen Psychologie Vorlesungen, Untersuchungen über die religiöse Vorstellungswelt von Kindern darbot (Huxel, 2000). Von diesem Zeitpunkt an wurde das Interesse in der Forschungswelt bezüglich Himmelsvorstellungen von Kindern, Gottesbilder sowie Zweifel bezüglich des Glaubens geweckt (Bucher & Oser, 2008).

Laut Gollnick (2005) sowie Dowling und Scarlett (2005) ist spirituelle Entwicklung ein lebenslanger Prozess.

Meist wird die Entwicklung der Spiritualität vorwiegend als das Erklimmen von Stufen beschrieben, wie unten beschriebene Modelle zeigen.

5.8.1 Entwicklungsmodell nach Werner Gruehn

Laut Stufenmodell nach Werner Gruehn (1956), steht an erster Stufe der religionslose Säugling; bis zum dritten Lebensjahr erfolgt die gottfreie Mutterreligion; danach bis zum vierten Lebensjahr die vormagische Stufe; dann erfolgt die magische Stufe vom fünften bis zum siebenten Lebensjahr; zwischen dem achten und den 14. Lebensjahr zeigt sich die autoritativ-gesetzliche Frömmigkeit; die Sturm- und Drangphase im Alter zwischen 15 und 17; im 18. Lebensjahr die Wiederaufbauphase und an letzter Stufe beginnt mit 21 Jahren die Reifephase.

Der Vorteil solcher Stufenmodelle liegt in der Sensibilisierung für die Eigentümlichkeiten der kindlichen Vorstellungswelt wie zum Beispiel der Anthropomorphismus, der Vorstellung von Gott in Menschengestalt, vorzugsweise als älterer Mann mit einem langen, weißen Bart der vom Himmel prüfend und schützend blickt sowie auch die kindlich Magie, die sich hauptsächlich in Bittgebeten widerspiegelt (Gruehn, 1956, zitiert nach Bucher & Oser, 2008).

5.8.2 Religiöse Entwicklung nach Goldmann

Goldman (1964) bezog sich mit seiner einflussreichen Studie zur religiösen Entwicklung auf Piaget's (1950) Stufen der kognitiven Entwicklung. Untenstehende Abbildung 3 zeigt die Stufen des religiösen Denkens (aus Oerter & Montada, 2008).

Abbildung 3: Stufen religiösen Denkens (aus Oerter & Montada, 2008, S. 609)

Piaget	Goldman
Präoperatorisch (bis 6/7 Jahre)	Intuitives religiöses Denken: unsystematisch, fragmentarisch, magisch, Gott anthropomorph
Konkret-operatorisch (bis 11/12 Jahre)	Konkretes religiöses Denken
Formal-operatorisch (ab 12/13 Jahre)	Abstraktes religiöses Denken: Symbole werden als Symbole erkannt, hypothetisch-deduktiv

5.8.3 Fünf Stufen des religiösen Urteils nach Oser und Gmünder

Als Basis der Stufentheorie des religiösen Urteils nach Oser und Gmünder (1996) steht die genuine Religiosität, d.h. die Verbindung die eine Person zum Göttliche eingeht. Auf *Stufe eins* steht die Orientierung an einem Letztgültigen, die Person sieht sich gezwungen bezüglich des Letztgültigen sein Verhalten zu richten. Auf *Stufe zwei* kann die Person auf das Letztgültige einwirken wobei auf *Stufe drei* bereits die Orientierung an der Selbstbestimmung und Eigenverantwortung der Person steht. Auf *Stufe vier* geht es um die Orientierung an der Freiheit des Menschen und auf der letzten Stufe steht die Orientierung an religiöser Autonomie, d.h. es bedarf keiner externen Institution um sich religiös zu engagieren (Bucher & Oser, 2008).

Längsschnittstudien zeigen signifikante Alterstrends. Jüngere Altersgruppen zeigen einen signifikanten Anstieg der durchschnittlichen Höhe des religiösen Urteils über die drei Messzeitpunkte hinweg, hingegen hatte sich in der ältesten Gruppe (18- bis 22-Jährige) das religiöse Urteil bei Stufe drei eingependelt (Di Loreto & Oser, 1996). Die wenigsten Menschen erreichen eine höhere Religiosität, die meisten Menschen verweilen auf Stufe drei, eine geringe Anzahl an Individuen erreicht Stufe vier (Oser, 1992).

Das Stufenmodell nach Oser und Gmünder (1996) gilt als universell. Dick (1981) zeigte, dass auch in Indien und Ruanda die religiöse Entwicklung nach dem oben beschriebenen Modell der fünf Stufen erfolgt. Oser (1994) zeigte mit seiner Interventionsstudie dass SchülerInnen nach mehrwöchiger religiöser Diskussionen eine halbe Stufe höher standen als SchülerInnen der Kontrollgruppe.

Zondag und Belzen (1999) kamen zu dem Ergebnis, dass Individuen auf Stufe zwei eine stärkere Bindung an religiöse Institutionen aufweisen, eine Erwartung an höherer Unterstützung zeigen sowie die Sprache der Religion wortgetreu verstehen.

5.8.4 Religiöse Stufentheorie nach Fowler

Fowler (1991) differenziert in seiner Stufentheorie zwischen „*Lebensglauben*“ (*faith*) und „*Glaubensannahmen*“ (*beliefs*). Der Glaubensweg beginnt somit als Säugling mit dem ersten Glauben, mit dem Urvertrauen. Der Lebensglaube jüngerer Kinder sei „*intuitiv-projektiv*“ (Stufe eins) und bei Schulkinder sei er „*mythisch wortwörtlich*“ (Stufe zwei). In der Adoleszenz sei der Lebensglaube mit Stufe drei „*synthetisch konventionell*“. Die Stufe vier wird als „*individuierend-reflektierend*“ und die Stufe fünf als „*verbindender Glaube*“ dargestellt (Bucher & Oser, 2008).

5.8.5 Stufen des spirituellen Bewusstseins nach Wilber

Wilber (2002) nimmt an, dass die Stufen des spirituellen Bewusstseins den Phasen der Geschichte der Menschheit ähnlich seien bzw. richtet sich seine Denkweise nach der Annahme, die Entwicklung des Menschen sei die verkürzte Wiederholung der Evolution. In seiner Stufentheorie differenziert Wilber (2002) drei Ebenen mit acht Stufen wobei die Entwicklung vom *Präpersonalen* (archaisch und magisch) zum *Personalen* (mythisch, rational und Schaulogik) und letztendlich zum *Transpersonalen* (psychisch, subtil, kausal), vom *Vorbewussten* zum *Selbstbewussten* dann zum *Überbewussten* sowie der letzte Weg von der Natur zur *allgemeinen Menschheit* und schließlich *das Gelangen zur Gottheit*.

Transpersonale Stufen sind mit den üblichen Forschungsmethoden nicht zugänglich (Bucher, 2007). Hamel (2002) untersuchte die Transpersonale Stufe und kamen zu dem Ergebnis, dass 75 Prozent der Befragten der personalen Stufe und 15 Prozent der transpersonalen Ebene zugeordnet werden können. Bei dieser Studie muss jedoch kritisch beleuchtet werden, ob das Verlangen zu lieben ohne jedoch geliebt zu werden auch wirklich ein gültiger Nachweis für Transpersonalität ist. Zusätzlich wird die mangelnde Zuordnung zu den Stufen (psychisch, subtil, kausal etc.) kritisiert (Bucher, 2007).

5.8.6 Stufenentwicklung eines Gott-Konzeptes nach Harm

Harms (1944, zitiert nach Hood, Hill & Spilka, 2009) befragte Kinder zwischen drei und achtzehn Jahren zu ihrer Religiosität sowie ihren auf Bildern gezeichneten Repräsentationen von Religion bzw. von Gott.

Die Ergebnisse dieser Studie veranlassten Harms dazu, drei Stufen der Entwicklung eines Konzeptes von Gott anzunehmen: In der „*Fairy-tale stage*“ (drei- bis sechsjährige Kinder) sehen Kindern eine geringe Differenzierung zwischen Gott und einer Märchengestalt. In der „*Realistic stage*“ (sechs- bis elfjährige Kinder) beginnen sich die kognitiven Kapazitäten des Kindes immer mehr und mehr zu entwickeln und das Kind ist in der Lage Gott konkreter und menschlicher zu sehen. In der dritten Stufe, die „*Individualistic stage*“ zeigen Jugendliche durch unterschiedliche Konzeptentwicklungen einen individualisierten Zugang zu Gott.

Die meisten der Entwicklungsmodelle erweisen sich als spekulativ, vor allem die der höheren Stufen von Fowler (1991), Oser und Gmünder (1996) und Wilber (2002). Einen Überblick über empirische Daten zur Entwicklung von Spiritualität geben Scarlett und Bucher, 2006; Dowling und Scarlett, 2005; Gollnick, 2005 und werden folgend erläutert.

5.9 Religiosität und Spiritualität in der Kindheit

Kritik an den Stufentheorien wird dahingehend geübt, da kindliche Religiosität und Spiritualität als unreif, unangemessen und unfertig gesehen wird, unter anderem wurde Magie als Vorstufe von Religion gesehen (Bucher & Oser, 2008). Rosengren, Johnson & Harris (2000) stellten die Behauptung, Kinder seien nicht in der Lage zwischen einer magischen Welt, zwischen Imagination und Realität differenzieren, in Frage.

In mehreren Studien konnte nachgewiesen werden, dass zum einem der Glaube an magische Symbolgestalten (wie zum Beispiel der Nikolaus, das Christkind, der Osterhase) mit steigenden Alter sinkt (Prentice, 1978) und zum anderen bereits Kindergartenkinder in der Lage sind, ihre Welt der Imagination und Phantasie von ihrer realen Welt zu unterscheiden (Boyer & Walker, 2000).

Kinder sind ebenso bereits befähigt eigene und fremde psychische Zustände zu repräsentieren. Harris et al. (1991) zeigte in seiner Studie dass Vierjährige erkennen konnten dass die interviewende Person eine Imaginationsgestalt der Kinder nicht sehen konnte. Damit konnte der Beweis erbracht werden, dass Kinder im Alter von vier Jahren bereits eine „theory of mind“ entwickelt haben (Flavell, 2000).

Barrett, Richert und Driesenga (2001) konnten zeigen, dass Gott für Vorschulkinder keinen überhöhten Elternteil darstellt, wie von Freud (1950) und Piaget (1988) angenommen und dass sie das Gottes Handlungen anders als in anthropomorphen Kategorien wahrnehmen. Ebenso konnte bezüglich Artifzialisismus gefunden werden, dass bereits vierjährige Kinder unterscheiden konnten dass Gott keine Maschinen herstelle, sondern dies die Aufgabe der Menschen seien, aber Gott habe Felsen und Berge erschaffen (Petrovich, 1997).

Der Entwicklungspsychologe Richard Lerner (2005) meint: *„Spirituality’s scientific study at core of human development“*.

Nach Bucher (2007) ist es vor allem die Verbundenheit, die als Kernkomponente von Spiritualität gesehen wird, wobei Verbundenheit in religiös verschiedenen Traditionen gelebt werden kann.

Für Hay und Nay (1998) ist das „relationale Bewusstsein“ der Hauptgehalt des Verständnisses von Spiritualität. Das „relationale Bewusstsein“ könne ebenso von Kindern erfahren werden und besitze evolutionäre sowie biologische Grundlagen in der Erfahrung als Säugling und Kleinkind umsorgt und fürsorglich behandelt worden zu sein (Hay & Socha, 2005). Dieses Beziehungsbewusstsein könne sich nun im Sinne der Verbundenheit auf die Natur richten, auf Gott richten und/oder an sich selbst (Hay & Nye, 1998).

Aus der Kindheit werden ebenso Spiritualitätsfördernde Nahtod-Erfahrungen berichtet (Atwater, 1999). In einer groß angelegten Studie von Nelson und Hart (2003) geben 90 Prozent der Jugendlichen spirituelle Erfahrungen an, wobei 30 Prozent bereits in der frühen Kindheit stattfanden.

Studien zeigen dass Spiritualität stärker genetisch bedingt ist als Religiosität (Kirk, Eaves & Martin, 1999; Waller, 1990; Hardy, 1975). Kirk, Eaves & Martin (1999) kamen zu dem Ergebnis dass der genetische Faktor bei der Spiritualität 40 Prozent der Varianz erklärt, wohingegen sich beim Aspekt „Kirchgang“ kein signifikantes Ergebnis zeigte. Der Effekt „gemeinsame Umgebung“ fiel bei der Spiritualität gering

aus, im Gegensatz zur Religiosität. Diese Ergebnisse wurden dahingehend interpretiert dass regelmäßiger Kirchgang im Zusammenhang mit der Erziehung stehe, das Gefühl der Verbundenheit hingegen sei stärker genetisch bedingt. Hoffmann (1992) betont dass Spiritualität ein im Kind innewohnendes Potential sei. Hamer (2004) betont dass Spiritualität von innen komme und „angeboren“ sei, Religiosität hingegen werde eher gelernt und nachgeahmt.

Zusammenfassend kann betont werden, dass die religiös-spirituellen Kompetenzen bei Kindern nach wie vor unterschätzt werden (Bucher & Oser, 2008; Bucher, 2007).

5.10 Religiosität und Spiritualität in der Adoleszenz

Das Jugendalter gilt als klassische Phase des religiösen Zweifels sowie letztendlich der bewussten Entscheidung für eine Mitgliedschaft einer religiösen Institution (Bucher & Oser, 2008). Erfahrungsberichte von Jugendlichen über spirituelle Einstellung und Erlebnisse mit durchwegs positiver Wirkung auf die Bewältigung der Entwicklungsaufgaben zeigen Mason (2004); Wilson (2004) sowie Bridges und Moore (2002).

Es sollte jedoch betont werden, dass sich US-AmerikanerInnen stärker als religiös-spirituelle sehen als EuropäerInnen (Lippman & Keith, 2005). Smith und Faris, (2002) konnte zeigen, dass je älter die Jugendlichen sind, desto seltener sind Gottesdienstbesuche zu verzeichnen.

In der „National Study of Youth and Religion“ wurde gezeigt, dass Religion eine wichtige Rolle im Leben der Jugendlichen spielt (Smith & Denton, 2005; zitiert nach Lippman & Keith, 2005).

Die „Monitoring the Future“ Studie zeigt ebenso die Wichtigkeit der Religion im Leben der Jugendlichen (Lippman & Keith, 2005).

In der Shell-Jugendstudie 2006 wurden Jugendliche zum Thema Religion befragt (Gensicke, 2006), 30 Prozent glauben an einen persönlichen Gott, 19 Prozent an eine überirdische Macht, 28 Prozent glauben an keines von beiden und 23 Prozent waren sich in ihrem Glauben unsicher. Zusätzlich glauben 31 Prozent der Jugendlichen dass die Welt von Gott erschaffen wurde.

Bezüglich Geschlechtsunterschiede fanden Nelson und Hart (2003) doppelt so viele spirituelle Erfahrungen bei Mädchen im Vergleich zu Jungen (Bridges & Morre, 2002; Smith et al., 2002). Wilson (2004) berichtet dass 90 Prozent der Jugendlichen der Meinung sind, Spiritualität gehe nicht mit einer Religionszugehörigkeit einher.

5.11 Religiosität und Spiritualität im Erwachsenenalter

Spirituelle Krisen treten gehäuft in der Lebensmitte auf (Belschner & Galuschka, 1999). Kritische Lebensereignisse (zum Beispiel eine lebensbedrohliche medizinische Diagnose) stimulieren die religiös-spirituelle Entwicklung (Renz, 2003). Im höheren Erwachsenenalter steigt die Intensität von Spiritualität (Kruse, 2005), bei den Frauen noch stärker als bei den Männern (Wink & Dillon, 2002).

Spirituelle Ressourcen unterstützen das Coping bei schweren Verlusterfahrungen (Neill, 1999) sowie beim Umgang mit Erkrankungen, wie zum Beispiel Krebserkrankungen (Walton & Sullivan, 2004). Zusätzlich schafft Religiosität Sinn, Bindungen und mindert die Angst vor dem Sterben (Oerter & Montada, 2008).

5.12 Psychoanalytische Ansätze zur Religiosität und Spiritualität

Sigmund Freud (1927) übt scharfe Kritik an der Religion. Er bezeichnete Religion als Zwangsneurose die einer infantilen Sehnsucht nach dem Vater und dem Bedürfnis nach Schutz entspringt, wobei der Mensch die Religion als Schutzfunktion nimmt um die Angst vor dem Tod zu besiegen.

Alfred Adler (1933) schätzte die Religion positiv ein, um Details die der Mensch an sich selbst minderwertig sieht, zu kompensieren. Bezüglich des Gottesbildes, wird Gott als makellostes Wesen von Menschen gesehen und eine Identifikation um die eigenen Mängel zu verdecken, wird angestrebt.

Carl Gustav Jung (1940, S. 465, zitiert nach Walch, 2002, S. 117) sieht die Religion als eine Selbstverständlichkeit an, die einen Zugang zur Psychotherapie erhalten müsse. Jung geht von dem personalen und dem kollektiven Unbewussten aus, wobei das personale Unbewusste verdrängte Inhalte des alltäglichen Lebens speichert und für das kollektive Unbewusste werden die „Archetypen“

angenommen. Archetypen stellen Figuren dar, die sich in den unterschiedlichsten Kulturen wiederfinden (zum Beispiel der Held). Jung sieht die Begegnung mit dem Archetypus als religiöse Erfahrung, da der Mensch nach Ganzheit strebe.

Erich Erikson (1953) sieht in seinen Ansätzen die orale Phase des Kindes als Entscheidungsträger darüber, ein innewohnendes Grundmisstrauen zu verwinden. Dieses Gefühl des Misstrauens mache das Kind für einen Mangel an Selbstwertgefühl sowie für depressive und schizoide Entwicklungen verletzbar. In der weiteren Entwicklung des Kindes ist es von großer Bedeutung das Grundvertrauen zu stärken und dies sei auch die Bedingung für die Entwicklung eines religiösen Glaubens, dieser wiederum stützt das Grundvertrauen.

Heinz Kohut (1981), Begründer der Selbstpsychologie, sieht das Selbst als Kern, dass jedoch erst die Entfaltung und Entwicklung seiner Kräfte bedarf. Hierzu ist die Beziehung zu verständnisvollen, einfühlenden und bejahenden Bezugspersonen von großer Bedeutung. Erlebnisse, die auf das Selbst eine positive Wirkung entfalten, können auch aus der Religion stammen.

Donald Winnicott (1973) nimmt Illusion und Religion als positiv an und gilt als einer der bedeutendsten Wegbereiter der Objektbeziehungstheorie. Diese Theorie sieht die menschliche Psychodynamik weg vom Triebgeschehen, hin zu frühkindlichen Beziehungserfahrungen und deren Folgen. Das Ideal des guten inneren Objektes ist die stützende, fürsorgliche, schützende Eltern/Mutter/Vaterfigur.

Ana-Maria Rizzuto's (1998) Ansatz besagt, dass jedes Kind eine eigene hochpersonalisierte Vorstellung von Gott bildet und zwar ist diese Vorstellung abhängig von seinen Objektbeziehungen, von seinen Selbstrepräsentanzen sowie den Glaubenssystemen seines Umfeldes. Diese Vorstellung kann nicht mehr entfernt, sondern nur noch verdrängt, abgeändert oder benutzt werden. Im Alter von zwei bis drei Jahren entwickelt das Kleinkind erste unbewusste Gottesvorstellungen im Rahmen der Übergangsobjekte. Die erste Grundlage für die Vorstellung von Gott wird in der *oralen Phase* (Freud, 1927) gelegt. In der *analen Phase* wird Gott mit einem Elternteil gleichgesetzt. In der *ödipalen Phase* kommt es zur Idealisierung der Eltern, Gott wird als allmächtig gesehen. Ab der Pubertät bleibt das Kind emotional an sein Gottesbild gebunden. (Rizutto, 1998).

Von Seiten der Säuglings- und Kleinkindforschung wird die Annahme der Einheit von Mutter und Säugling in Frage gestellt. Ebenso wird die Rekonstruktion unbewusster Vorstellungen von Gott als unzulänglich gesehen (Grom, 2007).

5.13 Religiosität, Spiritualität und Gesundheit

Seit Jahrhunderten wird die Religion im Zusammenhang mit der menschlichen Gesundheit diskutiert, wobei in den letzten zehn Jahrzehnten sowohl Argumente für die Nützlichkeit als auch für die Schädlichkeit von Religiosität gegeben (Schowalter & Murken, 2003).

Zahlreiche Studien berichten über positive Zusammenhänge zur Gesundheit und Religion (Ostermann & Büssing, 2007). Jedoch finden sich auch umgekehrt negative Beziehungen zwischen Gesundheit und Religion (Dörr, 2001; Murken, 1997). Einen positiven Zusammenhang zwischen Religiosität und allgemeiner Gesundheit fanden Francis et al. (2004), wobei die Einstellung zur Religion eine bedeutendere Rolle in Bezug auf die Gesundheit spielt als religiöses Verhalten.

McCullough et al. (2009) fanden dass Frauen mit dem geringsten Ausmaß an Religiosität eine geringere Lebensdauer aufwiesen, wobei die Unterschiede in der Lebensdauer auf das Gesundheitsverhalten, Persönlichkeitseigenschaften und soziale Beziehungen auf die mentale und physische Gesundheit attribuiert wurde.

Als Erklärung dafür kann die Annahme von König (1997, zitiert nach Testermann 1997) genannt werden, dass die gesundheitsfördernde Wirksamkeit von Religion durch die Reduzierung von Gesundheitsrisikoverhalten, durch bessere soziale Unterstützung sowie einer Reduktion von Stress, einschließlich weniger Depression und Angst, geschieht.

Passend dazu, sehen George et al. (2000) den positiven Zusammenhang zwischen Gesundheit und Religiosität in der sozialen Unterstützung, im positiven Gesundheitsverhalten sowie dem Kohärenzgefühl. Laut Daly (2005) scheint Religion durch Rituale und Glaubensgemeinschaft einen Einfluss auf die Gesundheit zu haben, wobei religiöse Anbindung mit einer geringeren Inanspruchnahme von Gesundheitseinrichtungen einhergeht (Curlin, 2006).

Eine weitere Studie konnte den Zusammenhang zwischen psychischen Befinden, der religiösen Orientierung, den sozialen und kognitiven Einstellungen zur

Religion zeigen, wobei intrinsische Religiosität mit einem höheren Ausmaß an psychischen Wohlbefinden einhergeht als extrinsische Religiosität (Dezutter, Soenens & Hutsebau, 2006).

Heinemann und Wörmann (2010) konnten in ihrer Untersuchung einen signifikant positiven Zusammenhang zwischen Lebenszufriedenheit und Religiosität finden.

Kaldor et al. (2004) konnten nachweisen, dass religiöse und spirituelle Personen besonders glücklich sind und Faulkner und Harding (2004) fanden in ihrer Untersuchung dass Spiritualität bei Frauen ein niedriges Körperselbstgefühl wirksam kompensieren könne.

Einen bedeutenden Zusammenhang zwischen Spiritualität und Wohlbefinden zeigten Daaleman und Frey (2004) sowie Kirby, Coleman und Daley (2004). Quade (2005) plädiert für die Integration der Spiritualität in der Krebsbehandlung um die Lebensqualität der Betroffenen zu erhöhen.

Reyes-Ortiz (2006) sind der Meinung dass MedizinerInnen die unterstützende Wirkung des religiösen Copings bei chronischen Erkrankungen und Behinderungen berücksichtigen sollten.

Zahlreiche Studien (Koenig, McCullough & Larson, 2001; Levin, 2001; Matthews, 2000) zeigen starke Effekte der Spiritualität auf die körperliche Gesundheit und aus diesem Grund fordern einige ForscherInnen (Renz, 2003; Frick, 2002; Puchalski, 2001; Benson, 1997; Dossey, 1993) spirituelle Elemente in die medizinische und psychotherapeutische Behandlung zu integrieren. Der positive Einfluss von Spiritualität auf die körperliche Gesundheit wurde in Bezug auf HIV-Erkrankungen (Pargament et al., 2002); auf das Immunsystem (Koenig & Cohe, 2002), auf den Cholesterinspiegel (Williams, 2002); auf kardiovaskuläre Erkrankungen (Doster et. al., 2002; McCullough & Larson, 2001); auf Krebserkrankungen (Stefanek, McDonald & Hess, 2004; Oman et al., 2002; Koenig, McCullough & Larson, 2001).

Der gesunde Lebensstil (seltener Konsum von Drogen, Alkohol, Nikotin) spiritueller Personen trägt einen großen Anteil an der Erhaltung der Gesundheit (Koenig, McCullough & Larson, 2001; Matthews, 2000).

Neben den zahlreichen positiven Effekten der Spiritualität und Religiosität auf die Gesundheit erwähnen Heinmann und Wörmann (2010) jedoch auch die

Berücksichtigung möglicher negativer Konsequenzen der Religiosität wie zum Beispiel Krankheitsverleugnung oder Flucht vor der Realität.

Sloan, Bagiella und Powell (2001) begegnen den popularisierten gesundheitsfördernden Einfluss der Spiritualität mit Skepsis. Obwohl sie die bedeutende Rolle der Spiritualität in Zeiten von Krisen und Krankheiten anerkennen, sind sie der Meinung die empirischen Mängel der Studien, theologische und ethische Bedenken zu überarbeiten. Die längere Lebenserwartung sowie die Aufrechterhaltung der Gesundheit sehen sie als Effekt des Lebensstils. Bucher (2007) hingegen sieht den gesunden Lebensstil als Effekt von Spiritualität.

5.14 Religiosität, Spiritualität und psychische Erkrankungen

Freud (1927) sah die Religiosität als universelle Zwangsneurose und im „*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*“ war das „Religiöse oder Spirituelle Problem“ verzeichnet (Saß, Wittchen & Zaudig, 2001).

Es gibt zahlreiche Studien zur Thematik psychischer Erkrankungen und Spiritualität/Religiosität. Vor allem der Zusammenhang mit Depression (Unterrainer, 2010; Braam et al., 2004, Doolittle & Farrell, 2004; George et al., 2000), mit Zwang (Baumann, 2007; Assarian, Biqam & Asqarnejad, 2006) sowie mit Angst (Kendler et al., 2003) wurde untersucht.

In ihrer Untersuchung fanden Maltby und Day (2000), dass eine hohe intrinsische religiöse Orientierung im Zusammenhang mit einer geringeren Ausprägung an depressiver Symptomatik, einer hohen Ausprägung an Optimismus, problemorientierten Coping sowie einem hohen Selbstwertgefühl steht.

Greenway, Milne und Clarke (2003) fanden dass bei stark ausgeprägter Depressivität die Gottesvorstellung negativer ist. Dies konnte ebenso von Murken (1998) und Dörr (2001) bestätigt werden.

Der Einfluss der Spiritualität auf die Minderung einer Depression ist gut gesichert (Levin, 2002; Fleming, 2001; Ellermann & Reed; 2001). Ebenso konnten Untersuchungen zeigen, dass Spiritualität und intrinsische Religiosität Suizidalität reduzieren (Garrouette et al., 2003; Koenig, McCullough & Larson, 2001).

Braam et al. (2004) konnten einen negativen Zusammenhang zwischen depressiven Symptomen und Zugehörigkeit zu einer Glaubensgemeinschaft finden.

Thoresen und Powell (2004) konnten keinen Zusammenhang zwischen intrinsischer Religiosität und Depressivität finden. Koenig (2007) zeigte, dass intrinsisch religiöse Patienten eine raschere Verbesserung der depressiven Symptomatik erreichten als nicht intrinsisch Religiöse.

5.15 Religiosität, Spiritualität und Suizidalität

Personen mit depressiver Symptomatik und Personen mit Suchterkrankung weisen ein erhöhtes Suizidrisiko auf (Unterrainer, 2006; Moreira-Almeida, Lotufo, Neto & König, 2006). In religiösen Ländern sind die Suizidraten deutlich geringer (Dervic et al., 2004). Hilton, Fellingham und Lyon (2004) konnten zeigen, dass die Suizidrate mit dem Ausmaß an Religiosität negativ korrelierte. Nisbet, Duberstein, Conwell und Seidlitz (2000) berichten einen ähnlichen Zusammenhang zwischen Suizid und Religiosität.

Walker und Bishop (2005) fanden in einer Untersuchung von Studenten einen negativen Zusammenhang zwischen intrinsischer Religiosität und Depressivität, wobei Depressive ein erhöhtes Ausmaß an Suizidgedanken zeigten.

5.16 Religiosität, Spiritualität und Angst

Es können generell negative Zusammenhänge zwischen religiös-spirituellen Befinden und Angststörungen berichtet werden, wobei intrinsische Religiosität einen negativen, extrinsische Religiosität einen positiven Zusammenhang aufweist (Kendler et al., 2003).

5.17 Religiosität, Spiritualität und Zwang

Studien zeigen, dass Patienten mit Zwangsstörungen über Problematiken im religiös-spirituellen Bereich klagen (Klein & Albani, 2007; Kendler et al., 2003).

Grant et al. (2006) konnten zeigen, dass Personen mit sexuellen Zwangsgedanken ein höhere Ausmaß an Zwangsgedanken mit aggressiven und religiösen Inhalten aufwiesen.

Es bestehen Annahmen, dass eine religiöse Zwangssymptomatik besonders stark in Ländern auftritt in denen die Zentralität der Religion eine große Rolle in der Gesellschaft und im kulturellen Bereich spielt (Bilbao & Giannakopoulos, 2005).

5.18 Religiosität, Spiritualität und Sucht

Miller und Bogenschutz (2007) konnten zeigen, dass das Risiko des Missbrauchs von Alkohol umso geringer war, je strenger die Glaubensvorschriften sind.

Koenig (2002) sieht die Religiosität und Spiritualität als wichtige Ressource im Suchtbereich, da in metaanalytischer Betrachtung ein negativer Zusammenhang zwischen diese Faktoren gefunden wurde. Ebenso berichten Moreira-Almeida, Lotufo Neto und Koenig (2006) von negativen Zusammenhängen zwischen Religion und Sucht. Dalgarrondo et al. (2004) konnten einen geringen Drogenkonsum bei religiöseren Studenten feststellen.

5.19 Religiosität, Spiritualität und psychische Gesundheit im Kindesalter

Bezüglich psychischer Gesundheit existieren einige Untersuchungen die eine positive und gesunde Entwicklung durch Religiosität und Spiritualität zeigen. Jungen und Mädchen zeigen sowohl weniger internalisierendes Problemverhalten (wie zum Beispiel Depression, Sucht) wie auch weniger externalisierendes auffällige Verhaltensmuster, vorwiegend Aggression (Smith, 2003).

Studien bezüglich Suchtverhalten kommen zu dem Ergebnis dass Jugendliche weniger Drogen, Alkohol sowie illegale Substanzen konsumieren wenn sie Spiritualität als bedeutend für ihr Leben einschätzen (Hodge, Cardenas & Montoya, 2001). Slavica et al. (2005) konnten ebenfalls bestätigen das spirituelle Ressourcen Jugendliche vor der Ausübung eines gesundheitsschädlichen Problemverhaltens wie zum Beispiel Drogenkonsum, bewahren. Miller und Greenwald (2000) zeigten, dass spirituell-religiös eingestellte Jugendliche nur halb so oft Drogen und Alkohol konsumieren, insbesondere das Konsumieren von „harten“ Drogen wird umso unwahrscheinlicher, je mehr spirituelle Sichtweisen entwickelt sind (Hodge, Cardenas & Montoya, 2001).

Sanchez, Oliveira und Nappo (2008) konnten zeigen das schützende Wirkfaktoren vor Drogenabhängigkeit eine geordnete Familienstruktur sowie Religiosität darstellen.

In verschiedenen Studien wurden Zusammenhänge zwischen den religiösen Praktiken und Glaubensinhalten Jugendlicher und schwächer ausgeprägten problematischen Verhaltens (zum Beispiel Delinquenz, Drogen- und Alkoholmissbrauch) sowie verstärkten positivem Verhalten (zum Beispiel moralische Werte, psychische Gesundheit, Altruismus) gefunden (Bridges & Moore, 2002; zitiert nach Lerner et al., 2005; Kerestes & Youniss, 2003; zitiert nach Lerner et al., 2005). King und Furrow (2004) konnten zeigen, dass religiöse Jugendliche mit hohem Ausmaß an sozialem Vermögen durch höheres moralisches Verhalten auffielen.

Im Literaturreview von Rew und Wong (2006) wurden durchwegs Zusammenhänge mit Religiosität und Spiritualität und dem Gesundheitsverhalten sowie Einstellungen zur Gesundheit (Alkohol- und Drogenkonsum, Rauchen, Gewalt, Suizid- und Suizidversuch und Schlafverhalten).

Ebenso wurde in zahlreichen Studien bestätigt, dass Religiosität und Spiritualität mit geringerer Delinquenz, geringeren Drogen- und Alkoholkonsum sowie weniger Nikotinkonsum in Verbindung steht (Brownfield & Sorenson, 1991; zitiert nach Bridges & Moore, 2002).

King und Furrow (2004) fanden heraus, dass religiöse Bedeutsamkeit und Teilnahme mit Altruismus und Empathie einen Zusammenhang zeigen, dieser Effekt wird durch vertrauensvolle, gegenseitige und wechselseitige Beziehungen mit Eltern und Freunden beeinflusst. Intrinsische Religiosität ist eher mit einer positiven Identitätsentwicklung verbunden als extrinsische Religiosität (Fulton, 1997; zitiert nach Roehlkepartain, 2005).

In einer Untersuchung von Pearce et al. (2003) waren religiöse Aktivitäten und die religiös-spirituelle Selbsteinschätzung negativ mit Depression korreliert.

Wright et al. (1993, zitiert nach Bridges & Moore, 2002) berichteten, dass Jugendliche, die der Religion eine höhere Bedeutung beimaßen sowie häufiger an religiösen Veranstaltungen teilnahmen, niedrigere Depressionswerte zeigten. Cotton et al. (2004) kamen zu dem Ergebnis, dass Jugendliche die durch ein höheres existentielles und religiöses Wohlbefinden sowie einen stärkeren

Gottesglauben gekennzeichnet waren, eine geringere depressive Symptomatik aufwiesen. Laut Schapman und Inderbitzen-Nolan (2002) weisen Jugendliche die häufiger religiöse Praktiken ausüben, geringere depressive Ausprägungen auf.

Vergleichbare Studien sind im deutschen Sprachraum seltener, dennoch wird davon ausgegangen, dass religiös eingestellte Jugendliche über mehr Selbstkontrolle verfügen, leistungsorientierter sind und darüber hinaus weniger Aggressivität zeigen, dafür mehr prosoziales Verhalten und disziplinierteres Verhalten in der Schule zeigen (Fend, 2000). Zu betonen ist jedoch dass neben der Spiritualität der Einfluss und die Wirkung von Familie und Freundeskreis vor allem die Unterstützungserfahrung, eine große Rolle spielt und wiederum die Spiritualität erhöht (Bucher, 2007).

In Untersuchungen zum Zusammenhang zwischen religiösen Urteil und Emotionen bei Kindern und Jugendlichen konnte Beile (1998) zeigen, dass nur auf niederen Stufen religiöse Angst besteht und die Entwicklung hemmt. Bei einigen Jugendlichen die höher als Stufe drei gelangen, herrschen im Rahmen der Religiosität Gefühle des Glücks. Beile (1998) stellt die These auf, dass der Emotion die Rolle eines „Entwicklungsmotors“ zukommt.

Bezüglich traumatische Verlusterfahrungen wie zum Beispiel Tod eines Geschwisters konnte Batten und Oltjenbruns (1999) zeigen, dass die Jugendlichen zu einer neuen Sicht hinsichtlich Tod, sich selbst einer höheren Macht sowie von der Beziehung zum verstorbenen Geschwister gelangten und somit eine spezielle Dynamik hinsichtlich Spiritualität ausgelöst wurde.

Religiös-spirituell eingestellte Jugendliche werden später sexuell aktiv (Koenig, McCullough & Larson, 2001). Allen (2004) ist der Meinung dass zu Präventionsmaßnahmen hinsichtlich delinquenten Verhaltens oder Amokläufen die Religiosität und Spiritualität zählen. Jugendliche die keine spirituellen Zugänge erfahren, haben doppelt so oft Probleme mit der Polizei (Smith & Faris, 2002), hingegen scheint Spiritualität eine Ablehnung von Gewalt hervorzurufen (Berkel, 2004). Ist Spiritualität im Rahmen einer sicheren Bindung mit einem positiven, unterstützenden, wertschätzenden Familiennetz verbunden, scheint diese als Schutzfaktor gegen Gewalt zu fungieren (Franke, 2000).

Nonnemaker, McNeelay und Blum (2003) konnten eine negative Korrelation zwischen Suizidgedanken und Suizidhandlungen und dem Ausmaß an Religiosität zeigen.

Eskin (2004) konnte bei Jugendlichen ein geringeres Ausmaß an Suizidhandlungen und Suizidgedanken feststellen wenn diese eine religiöse Erziehung genossen.

Walker und Reimer (2005) konnten in ihrer Untersuchung mit Jugendlichen bestätigen dass die Moralität umso höher war, je stärker die Ausprägung der Spiritualität. Zusammenfassend kann betont werden, dass Jugendliche durchwegs von der Religiosität und Spiritualität profitieren können (Bucher, 2007).

5.20 Religiosität, Spiritualität und Persönlichkeit

Neuere Forschungen zeigen die Vermutung, dass Zusammenhänge zwischen Spiritualität, Religiosität und einzelnen Persönlichkeitsdimensionen bestehen (Unterrainer, 2005; Kennedy, 2009; Egan et al., 2004).

Hills et al. (2004) schließen Religiosität und Spiritualität als autonome Persönlichkeitsmerkmale nicht aus. Piedmont (1999) setzte seine Skala der Spiritualität mit dem Fünf-Faktoren-Modell der Persönlichkeit nach Costa und McCrae (1992) in Beziehung, fand nur geringfügige Korrelationen und kam zu dem Schluss, dass Spiritualität ein eigenständiges Persönlichkeitsmerkmal sei.

Laut Maltby und Day (2004) steht eine extrinsische religiöse Orientierung und eine negative religiöse Krankheitsverarbeitung positiv mit Neurotizismus im Zusammenhang wohingegen eine intrinsische religiöse Orientierung sowie eine positive religiöse Krankheitsverarbeitung negativ mit Psychotizismus im Zusammenhang stehen.

5.20.1 Religiosität, Spiritualität und „Big 5“ Modell

Saroglou (2002) sowie Taylor und MacDonald (1999) fanden einen positiven Zusammenhang zwischen Gewissenhaftigkeit, Verträglichkeit und Religion bei nicht klinischen ProbandInnen. Die Verträglichkeit scheint der wichtigste Faktor zur Vorhersage der Religiosität zu sein (Huntley & Peters, 2005).

Eine extrinsische religiöse Orientierung geht mit einer erhöhten Ausprägung an Neurotizismus einher (Saroglou, 2002) oder zeigt nur einen Zusammenhang mit Extraversion (Kosek, 1999).

5.20.2 Religiosität, Spiritualität und Eysencks 3-Faktoren Modell

Forschungen bemühen sich ebenfalls, einzelne Persönlichkeitsdimensionen des 3-Faktoren Modells im Zusammenhang mit Religiosität und Spiritualität zu untersuchen.

Mattis, Fontenot und Hatcher-Kay (2003) fanden, dass Kirchenbesuche oder eine frühe religiöse Eingliederung nicht mit Optimismus im Zusammenhang stehen, jedoch die subjektiv wahrgenommene Spiritualität sowie die Beziehung zu Gott und somit sind Spiritualität und Optimismus positiv miteinander assoziiert.

Studien bezüglich des Zusammenhangs zwischen Extraversion und Neurotizismus zeigen widersprüchliche Ergebnisse. Einen positiven Zusammenhang zwischen dem Ausmaß an Extraversion und Spiritualität fanden Maltby und Day (2001), Hills, Francis, Argyle und Jackson (2004) konnten jedoch einen positiven Zusammenhang zwischen Neurotizismus und einer extrinsischen religiösen Orientierung zeigen.

Psychotizismus zeigt negative Korrelationen mit einer intrinsischen Orientierung (Egan et al., 2004) wobei die Ausprägungen Psychotizismus und Neurotizismus im Alter abnehmen.

Allgemeine Religiosität (Lewis & Maltby, 1995; Maltby et al., 1995) sowie religiöse Verhaltensweisen wie Beten, Kirchenbesuche oder intrinsische Religiosität und religiöse Sinnsuche (Hills et al., 2004) zeigen einen Zusammenhang mit niedriger Ausprägung an Psychotizismus.

Jorm und Christensen (2004) berücksichtigen einen nicht-linearen Zusammenhang zwischen Persönlichkeit und Religiosität und der daraus resultierenden Ursache der bisherigen niedrigen und inkonsistenten Ergebnisse.

5.20.3 Religiöse Selbstwirksamkeitsüberzeugungen

Oerter und Montada (2008) entwickelten in ihrer Studie in Anlehnung an Bandura (1994) eine Skale zu religiösen Selbstwirksamkeitsüberzeugungen und konnten damit zeigen, dass Menschen auf Stufe drei signifikant niedrigere religiöse Selbstwirksamkeitsüberzeugungen äußerten als Personen auf den niederen oder höheren Stufen des religiösen Urteils.

Rollet und Karger (1999) sind der Meinung, dass in Stufe zwei, Jugendliche erfahren, dass durch eigenes Bemühen das Letztgültige beeinflusst werden kann.

5.20.4 Religiosität, Spiritualität und Bindung

Jacobs (2000) konnte nachweisen, dass die frühkindliche Bindung von großer Bedeutung für die Spiritualität sein muss, da die Befragten die Spiritualität der Bindungspersonen der frühen Kindheit bevorzugten. Bandura (2003) bezeichnete dies als „spirituelle Modelle“, wobei er die stärkere Wirkung der Mutter im Gegensatz zum Vater betonte. Jacobs (2000) nahm für die Erklärung dieser Wirkung Bowlbys (2001) Theorie der Bindung zu Hilfe.

Granqvist und Hagekull (2001) konnten zeigen, dass Orientierung in Richtung New-Age-Glaubens positiv mit unsicherer Bindung zu den Eltern korreliert, wohingegen sichere Bindung eine negative Korrelation aufweist. Granqvist und Hagekull (2001) erläutern diese Tendenz mit der Kompensationshypothese die besagt dass unsicher gebundene Individuen eine einbindende Weltanschauung bevorzugen.

Beck und McDonald (2004) konnten zeigen, dass bedeutsame Parallelen zwischen der Angst vor wenig Liebe oder vor dem Verlassen werden hinsichtlich des Lebenspartners wie auch hinsichtlich auf Gott, bestehen.

Menschen auf niederen Stufen des religiösen Urteils bevorzugen religiöse Bindungsmuster die dem Mutter-Kind-Verhältnis gleich sind, wohingegen Personen auf höheren Stufen Kooperationsmuster bevorzugen (Bucher & Oser, 2008).

Der Ansatz der Bindungstheorie wurde von Kirkpatrick (1994) für die Religionspsychologie verwendet. Huber (2007), meint, dass nach Kirkpatrick (1994) bei religiösen Menschen Gott die Rolle der Bindungsfigur übernehmen. Grom (2007) zeigt die ursprüngliche Haltung Kirkpatrick's (1994), Religion im Rahmen der Attachment-Theorie als eine Art Kompensation zu sehen.

5.21 Religiosität, Spiritualität und Sozialisation

Boyatzis (2005) ist einer der wichtigsten Vertreter des Zusammenhangs zwischen Religiosität, Spiritualität und der Sozialisationstheorie. Es wird die These nahe gelegt, dass Religiosität durch die Sozialisation stärker beeinflussbar sei als die Spiritualität (Bucher, 2007), hingegen können Kinder auf die Spiritualität ihrer Eltern einwirken, diese stabilisieren, intensivieren und inspirieren (Boyatzis, 2004).

Zusammenfassend zeigen Spilka et al. (2003) dass die Familie einen entscheidenden Einfluss auf die religiöse Glaubensüberzeugung und das religiöse Verhalten hat. Eine deutsche Studie von Vogel (2009) kam zu dem Ergebnis, dass Menschen über Jahre hinweg religiös bleiben bzw. sogar religiöser wurden je stärker die religiöse Sozialisierung in der Kindheit war.

Die Entwicklung von Religiosität geschieht aufgrund von Fremd- oder Selbstsozialisation. Mithilfe der sozialkognitiven Lerntheorie von Bandura (1979, 1986) lassen sich drei soziale Einflüsse beschreiben: „Lernen am Modell“, „Lernen durch Unterweisung“ sowie „Lernen durch Fremdverstärkung und soziale Bestätigung“ (Grom, 2007). Die individuellen Lernprozesse sind unterteilt in „Lernen durch Einsicht“, „Lernen durch Selbstverstärkung“ und „Lernen durch eigenes Handeln“ (Grom, 2007).

5.3 Das Konstrukt der religiös-spirituellen Befindlichkeit bei Kindern

In der vorliegenden Arbeit wurde in Anlehnung an das „Multidimensionale Inventar zum religiös-spirituellen Befinden“ (MI-RSB-48) ein multidimensionales Interview für Kinder und Jugendliche (MI-RSB-KiJu) im Rahmen psychischer Gesundheit entwickelt. In einem ersten Schritt wurden theoretisch sieben Dimensionen angenommen, wobei die Dimension Verbundenheit aus der Verbundenheit mit der Natur, mit sich selbst und mit anderen besteht. Jeder der sieben Bereiche und dessen Zusammenhang zur Spiritualität und Religiosität lassen sich in der Literatur wieder finden und werden nun in weiterer Folge detaillierter angeführt.

5.3.1 Verbundenheit

Die Kernkomponenten sind laut Bucher (2007) die Verbundenheit mit sich selbst, die Verbundenheit mit der Natur sowie die Verbundenheit mit anderen. Sperry und Giblin (1996) bezeichnen die Verbundenheit als „Herzstück einer spirituellen Perspektive“, da sie beim Großteil der spirituellen Traditionen begegnet (Hawker, 2000).

Thomas und Retsas (1999) konnten in ihrer Untersuchung zeigen, dass Verbundenheit mit Erfahrung von Einheit einhergeht. Diese Erfahrungen werden als „transpersonal“ bezeichnet, da die getrennte Individualität überschritten wird und eine Erfahrung eines allen Gemeinsamen gemacht wird (Bucher, 2007). Traditionelle Psychiatrie und Psychologie sehen solche Erfahrungen jedoch auch als problematisch an, da die Gefahr einer desintegrativen Krise oder einer dissoziativen Störung bzw. multiplen Persönlichkeitsstörung besteht (Scharfetter, 1999). Nicht alle fühlen sich mit einem personalen Gott verbunden (McDonald et al., 2005).

Im Kern des Spiritualitätskonzepts steht für Clark (2002) die Verbundenheit mit der Natur, da sie den Dualismus von Geist und Materie, von Leib und Seele vermeidet und betont die nicht teilbare Einheit von allem.

Im Mittelpunkt des Konzeptes der Verbundenheit zu anderen steht die Spiritualität als soziale Beziehung (Stanczak & Miller, 2002).

Der Begriff Selbsttranszendenz wird von vielen PsychologInnen (Coward & Kahn, 2004; Helminiak, 1987) sowie in der existenzanalytischen Anthropologie von Viktor Frankl (1985) zur Bezeichnung des intentionalen Wesenszugs der Person genannt: *“der grundlegende anthropologische Tatbestand, daß Menschsein immer über sich selbst hinaus auf etwas verweist, das nicht wieder es selbst ist – auf etwas oder auf jemanden: auf einen Sinn, den ein Mensch erfüllt, oder auf mitmenschliches Sein, dem er da begegnet. Und nur in dem Maße, in dem der Mensch solcherart sich selbst transzendiert, verwirklicht er auch sich selbst: im Dienst an einer Sache – oder in der Liebe zu einer anderen Person ... ganz er selbst wird er, wo er sich selbst – übersieht und vergißt.”* (Frankl, 1985).

5.3.2 Vertrauen

Erik Erikson (1959) führte das Konzept „*basic trust*“, das Urvertrauen in die Literatur ein. Das Konzept beinhaltet den Verlauf des ersten Lebensjahres in dem der Säugling ein Grundgefühl welchen Menschen und Situationen er vertrauen kann, erwirbt. Dieses Grundgefühl bildet die Basis für die weitere Entwicklung und entscheidet darüber, ob der Umwelt eher optimistisch, zuversichtlich und mit Selbstvertrauen begegnet wird oder ob eher eine pessimistische Haltung eingenommen wird.

Laut Erikson (1959) ist es die Aufgabe des Kindes eine Balance zu finden im Konflikt zwischen Grundvertrauen versus Grundmisstrauen. Vertrauen bilden bedeutet eine positive Grundeinstellung zu sich selbst, zu anderen sowie zur Welt. Die Ursachen eines gestörten Urvertrauens liegen im Nicht-Angenommen sein (dem fehlen positiver Bindungssignale, der mangelnden Sensitivität der Bezugspersonen), in der Vernachlässigung (elementare Bedürfnisse bleiben unbefriedigt, es findet keine positive soziale Interaktion statt) sowie im Fehlen stabiler Bezugspersonen. Das Grundmisstrauen mache für Unsicherheit, Mangel an Selbstwertgefühl sowie für depressive und schizoide Entwicklungen anfällig, d.h. das Grundvertrauen muss auch in der weiteren Entwicklung immer wieder gesichert und geschützt werden. Das Grundvertrauen ist laut Erikson (1959) Bedingung für die Ausbildung eines religiösen Glaubens und wird wiederum gleichzeitig von diesem gestärkt, d.h. Religion kann Grundvertrauen stützen und stärken.

5.3.3 Gottesbild

Ausgehend von Sigmund Freuds (1927) Ansätze, dass die väterlichen Anteile eine bedeutende Rolle in der Gottesvorstellung übernehmen, wurde in zahlreichen Untersuchungen gezeigt, dass ebenso die Mutterbeziehung einen großen Einfluss auf das Gottesbild hat (Nelson, 2002; Adam, 1976; Godin & Hallez, 1964; Strunk, 1959).

Bei Kinder und Jugendlichen ist die Ähnlichkeit zwischen Elternwahrnehmung und des Gottesbildes stärker erkennbar. Studien zeigen, dass vier bis elfjährige Kinder (Dickie et al., 1997) die ihre Eltern als fürsorglich und mächtig charakterisieren, Gott ebenfalls als fürsorglich und mächtig sehen. Hertel und

Donahue (1995) fanden in ihrer Untersuchung, dass elf bis fünfzehnjährige Kinder und Jugendliche die ihre Eltern als liebevoll beschreiben, auch Gott als liebevoll schildern, während Kinder die die Mutter als autoritär wahrnehmen, Gott ebenfalls autoritär sehen.

Aus Studien (Kirkpatrick, 1992, 1994), die den Zusammenhang zwischen Gottesvorstellung und Bindungsstil untersuchten, lassen sich zwei entgegengesetzte Hypothesen ableiten.

Die Kompensationshypothese die auf Ainsworth 1985; Ainsworth et al., 1978) zurückgeht besagt, dass Individuen ohne sicherer Bindung eine Ersatzbindungsfigur suchen. Der Korrespondenzhypothese zufolge, die auf Bowlbys (1995) Ansätzen der mentalen Arbeitsmodelle beruht, stimmt die Gottesbeziehung mit der allgemeinen Beziehungs- und Bindungserfahrung überein. Das heißt Menschen schreiben ihrem Gottesbild vergleichbare Eigenschaften zu und vertrauen Gott in einem entsprechenden Ausmaß wie ihren Bezugspersonen.

McDonald et al. (2005) fanden bei Schülern einen Zusammenhang der inneren Arbeitsmodelle dahingehend, dass die Befragten, die ihr familiäres Umfeld als kalt und ohne Spiritualität bezeichneten, eine vermeidende Beziehung zu Gott zeigten, ein überbehütendes oder autoritäres Zuhause ging mit einer verstärkten vermeidenden Beziehung zu Gott einher, wobei die Befürchtung vor Ablehnung im Vordergrund stand.

Rowatt und Kirkpatrick (2002) konnten zeigen, dass Ablehnung befürchtende Beziehungsmerkmale gegenüber Gott mit Neurotizismus sowie negativem Affekt korreliert und eine geringere Verträglichkeit durch eine vermeidende Beziehung zu Gott vorhergesagt werden kann.

Gottesvorstellungen sind sowohl der Elternwahrnehmung und Elternschemata ähnlich als auch dem Selbstkonzept und weiteren Persönlichkeitsmerkmalen (Grom, 2007). Besonders deutlich wird dies bei einer klinischen Studie von Haneke Schaap-Jonker, Eurelings-Bontekoe und Zock (2002), in der PsychiatriepatientInnen mit Borderline-Störungen, vermeidend-selbstunsicheren, schizoiden, schizotypischen sowie paranoiden Zügen stärker negative Gefühle gegenüber Gott berichten als andere Vergleichspersonen.

5.3.4 Rituale

Bliersbach (2004) unterscheidet zwischen Ritualen des Alltags und religiösen Ritualen. Das Gebet als religiös-spirituelles Ritual zeigt bei Kinder zwischen fünf und zwölf Jahren die im christlichen Sinne erzogen werden, ein Gebetsverständnis, in dem subjektive und objektive Elemente zunehmend genauer unterschieden werden.

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass Kinder entsprechend Piaget's (1950) Theorie das Gebet ansteigend als Tätigkeit des Mentalen im Rahmen des persönlichen Glaubens verstehen lernen (Long, Elkin & Spilka, 1967, zitiert nach Grom, 1993). In einer Studie über die kindlichen Konzepte des Betens, wird gezeigt, dass bereits im Alter von vier Jahren die „*theory of mind*“ erkennbar ist, da das Wünschen und Beten bereits in diesem Alter als mentalistisch aufgefasst wird (Wooley & Phelps, 2001).

Bereits Pratt (1920) differenzierte das Bittgebet und dem Gebet des Redens in Verbundenheit als zwei Formen des Betens.

McCullough und Larson (1999) unterteilen das Beten in ein kontemplativ-meditatives Gebet (persönliche Beziehung zu einer höheren Macht), ein rituelles Gebet (wiederholtes Aufsagen eines festliegenden Inhalts), ein Bittgebet (Gott wird um Hilfe gebeten), ein familiäres Gebet (Gebet für andere), ein Gebet als Zwiegespräch mit Gott (vertrauliche Probleme werden besprochen).

Religiöse Rituale stärken den Gemeinschaftssinn und begünstigen Haltungen wie zum Beispiel Altruismus (Oerter & Montada, 2008), Gesellschaften die oft Rituale praktizieren, eine stärkere Kohäsion aufweisen (Wilson, 2002).

5.3.5 Tod und Sterben

Der Tod eines nahestehenden Menschen führt bei Kindern und Jugendlichen zu Veränderungen und besonderen Herausforderungen vor allem in den Bereichen physischer und psychischer Gesundheit, Lern- und Leistungsfähigkeit sowie in ihren Beziehungen. Dabei reagieren Kinder sehr unterschiedlich auf Verluste bzw. machen sie unterschiedliche Erfahrungen mit Sterben und Tod. Es ist von großer Bedeutung, inwieweit Kinder von ihren Familien unterstützt werden und ihnen ein zuverlässiges und warmherziges Umfeld geboten wird (Plieth, 2001).

Bezüglich Entwicklung des Kindes ist zu betonen, dass den unterschiedlichen Altersstufen unterschiedliche Aufgaben zugeordnet werden (Röseberg & Müller, 2014). Nach dem psychoanalytischen Stufenmodell nach Erikson (1959) wird durch Erfahrungen des Kindes zwischen dem vierten und dem sechsten Lebensjahr entschieden, inwieweit es eine gute Balance zwischen Initiative und Schuldgefühl sowie eine stärkere Unabhängigkeit entwickelt.

Oerter und Oerter (1995) betrachtet Entwicklung als individuellen Prozess, d.h. an unterschiedlichen Punkten in der Entwicklung müssen ständig neue Herausforderungen vollbracht werden. Deutlich hervorzuheben ist, dass Verlusterfahrungen, sogenannte „kritische Lebensereignisse“ in der Kindheit Entwicklungsrisiken bezüglich psychischer Störungen bergen (Filipp & Aymanns, 2010). Ob und in welchem Ausmaß sich psychische Auffälligkeiten entwickeln hängt mit den Bewältigungsstrategien sowie Bewältigungskapazitäten des Kindes ab (Lazarus, 1981).

Die Beschäftigung mit dem Thema Sterben und Tod ist das Ergebnis einer normalen kognitiven und psychischen Entwicklung des Kindes und findet im Rahmen eines fortlaufenden Reifungsprozesses statt. Sigmund Freud (1915, 1946) war der Meinung dass neunjährige Kinder keine Angst vor dem Tod und dem Sterben hätten sowie den Tod nicht verstehen würden. Diese Fehleinschätzung wurde von zahlreichen Wissenschaftlern (unter anderem Tausch-Flammer & Bickel, 1994) angenommen, dass Kinder den Tod nicht begreifen und aus diesem Grunde emotional nicht beteiligt wären. Diese Fehleinschätzungen beruhen auf einer Vermischung der verbalen, emotionalen und kognitiven Ebene des psychischen Erlebens, da laut Yalom (1989) Untersuchungen so stattfanden, dass nicht die Kinder sondern deren Eltern bzw. Bezugspersonen über das Verständnis vom Tod interviewt wurden. Zahlreiche Studien belegen, dass sich bereits Kinder unter zwei Jahren mit dem Thema Tod, Sterben sowie deren Bedeutung beschäftigen (Yalom, 2008; Fuhrmann, 1974; A. Freud, 1960).

5.3.5.1 Das Phasenmodell des Todesbegriffs

In Anlehnung an Piaget (1983, 1997) haben Di Gallo und Bürgin (2006) ein Phasenmodell entwickelt, wobei sich nach Auffassung mehrerer Autoren (Plieth,

2001; Nagy, 1959) von der Kindheit bis zum Jugendalter vier Dimensionen des Begriffes über den Tod entwickeln. An erster Stelle steht die Nonfunktionalität, d.h. der Tod bedeutet den Stillstand der Funktionen des Körpers. Danach kommt es zur Irreversibilität mit dem Verständnis dass der Tod nicht mehr rückgängig gemacht werden kann. Die Universalität an dritter Stelle besagt, dass alle Lebewesen einmal sterben müssen und an letzter Stelle steht die Kausalität mit ihrer Aussage, dass die Ursachen des Todes biologischer Natur sind.

Etwas näher ausgeführt zeigt das Phasenmodell von DiGallo und Bürgin (2006), dass bei Säuglingen und Kleinkindern bis zwei Jahre die verbalen Möglichkeiten stark begrenzt sind, die Endgültigkeit des Todes kognitiv noch nicht begriffen, jedoch der Verlust stark emotional erlebt wird.

Kinder von vier bis sechs Jahren entwickeln die Fähigkeit Dinge einzuordnen sowie einzustufen jedoch werden die zugrunde liegenden Prinzipien noch nicht begriffen. In dieser Phase beginnt das intuitive Denken, Kinder dieses Alters wissen, dass der Tod Trennung bedeutet, wobei gegen Ende dieser Phase die Endgültigkeit des Todes immer besser verstanden wird.

Bei Kindern von sechs bis neun Jahren wird der Tod meist personifiziert (zum Beispiel als der Sensenmann), zunehmend wird von den Kindern verstanden, dass jeder lebendige Organismus, einschließlich sich selbst, einmal sterben muss. Zusätzlich erfolgt das Wissen, dass Tote weder essen noch schlafen müssen, weder wachsen sowie nicht mehr atmen und auch nichts mehr fühlen (DiGallo & Bürgin 2006).

Im Alter von neun bis zwölf Jahren ist sich das Kind der Tatsache bewusst, dass der Tod eine Endgültigkeit darstellt und gegen Ende dieser Phase versteht das Kind das Erscheinungsbild einer Leiche. Kinder dieses Alters entwickeln Interesse einen toten Menschen anzusehen, das abstrakt-operationale Denken (Piaget, 1983) entwickelt sich nun immer weiter (DiGallo und Bürgin, 2006).

Kinder ab zwölf Jahren und Jugendliche sind sich der Endgültigkeit und der Konsequenzen die der Tod mit sich bringt vollends bewusst. In dieser Phase tauchen Sinnfragen auf, es werden eigene Gedanken Ideen und Vorstellungen von Tod und Sterben entwickelt und religiöse Überzeugungen, vor allem die der Eltern, werden in Frage gestellt (Röseberg & Müller, 2014).

6 FRAGESTELLUNGEN UND HYPOTHESEN

Im Folgenden werden Fragestellungen und Hypothesen zu den verschiedenen Parametern formuliert. Die Fragestellungen beziehen sich auf den Zusammenhang zwischen Religiosität, Spiritualität sowie psychischer Gesundheit, insbesondere zur Persönlichkeitsentwicklung und zu Auffälligkeiten in der Persönlichkeitsentwicklung bei Kindern und Jugendlichen, unter Beachtung des Alters und Geschlechts.

6.1 Kernfrage

Besteht ein Zusammenhang zwischen Spiritualität und Religiosität und der psychischen Gesundheit sowie zu einzelnen Persönlichkeitsdimensionen insbesondere zu Auffälligkeiten in der Persönlichkeitsentwicklung in Abhängigkeit vom Alter und Geschlecht?

6.2 Fragestellungen und Hypothesen

6.2.1 Fragestellung 1

Gibt es einen Zusammenhang zwischen religiös-spirituellen Befinden und psychischer Gesundheit bei Kindern und Jugendlichen?

Einige Untersuchungen (u.a. Unterrainer, 2005; Dezutter et al., 2006) zum Thema Religiosität und Spiritualität und dem Zusammenhang zum psychischen Befinden haben sowohl einen negativen als auch einen positiven Einfluss auf das psychische Befinden bzw. auch auf verschiedene Gesundheitsfaktoren aufgezeigt.

Zahlreiche Studien berichten über positive Zusammenhänge zur Gesundheit und Religion (McCullough, Enders, Friedmann & Martin, 2009; Mehnert, 2008; Ostermann & Büssing, 2007). Jedoch finden sich auch umgekehrt negative Beziehungen zwischen Gesundheit und Religion (Dörr, 2001; Murken, 1997).

Zur Thematik psychischer Erkrankungen und Spiritualität/Religiosität gibt es

zahlreiche Untersuchungen, vor allem der Zusammenhang mit Depression (Unterrainer, 2010; Braam et al., 2004, Doolittle & Farrell, 2004; George et al., 2000), mit Zwang (Baumann, 2007; Assarian, Biqam & Asqarnejad, 2006) mit Angst (Kendler et al., 2003) sowie mit Sucht (Unterrainer, 2010) wurde untersucht.

Jungen und Mädchen zeigen sowohl weniger internalisierendes Problemverhalten (wie zum Beispiel Depression, Sucht) wie auch weniger externalisierendes auffällige Verhaltensmuster, vorwiegend Aggression (Smith, 2003). Studien bezüglich Suchtverhalten kommen zu dem Ergebnis dass Jugendliche weniger Drogen, Alkohol sowie illegale Substanzen konsumieren wenn sie Spiritualität als Bedeutend für ihr Leben einschätzen (Hodge, Cardenas & Montoya, 2001).

6.2.1.1 Hypothese 1

Es besteht ein Zusammenhang zwischen spirituellen und religiösen Befinden und dem psychischen Befinden bzw. einzelner Gesundheitsvariablen bei Kindern und Jugendlichen.

6.2.2 Fragestellung 2

Gibt es einen Zusammenhang zwischen religiös-spirituellen Befinden und der Persönlichkeitsentwicklung bzw. Auffälligkeiten in der Persönlichkeitsentwicklung bei Kindern und Jugendlichen?

Forschungen zeigen die Vermutung, dass Zusammenhänge zwischen Spiritualität, Religiosität und einzelnen Persönlichkeitsdimensionen bestehen (Unterrainer, 2005; Kennedy, 2009; Egan et al., 2004).

King und Furrow (2004) fanden heraus, dass religiöse Bedeutsamkeit und Teilnahme mit Altruismus und Empathie einen Zusammenhang zeigen. Intrinsische Religiosität ist eher mit einer positiven Identitätsentwicklung verbunden als extrinsische Religiosität (Benson & King, 2005).

Vergleichbare Studien sind im deutschen Sprachraum seltener, dennoch wird davon ausgegangen, dass religiös eingestellte Jugendliche über mehr Selbstkontrolle verfügen, leistungsorientierter sind und darüber hinaus weniger Aggressivität zeigen, dafür mehr prosoziales Verhalten und disziplinierteres Verhalten in der Schule zeigen (Fend, 2000).

Nach Smith & Faris (2002) zeigen religiös-spirituell eingestellte Jugendliche signifikant seltener delinquentes Verhalten und werden später sexuell aktiv (Koenig, McCullough & Larson, 2001). Allen (2004) ist der Meinung dass zu Präventionsmaßnahmen hinsichtlich delinquenten Verhaltens oder Amokläufen die Religiosität und Spiritualität zählen. Jugendliche die keine spirituellen Zugänge erfahren, haben doppelt so oft Probleme mit der Polizei (Smith & Ferris, 2002), hingegen scheint Spiritualität eine Ablehnung von Gewalt hervorzurufen (Berkel, 2004).

Wong, Rew und Slaikeu (2006) zeigten positive Zusammenhänge zwischen Religiosität und Spiritualität mit psychischer Gesundheit bei Kinder und Jugendlichen. Psychische Gesundheit wurde als Selbstwertgefühl, depressive Symptome, Angst, Gedeihen, soziale Beziehungen, Prosoziales Verhalten, Wohlbefinden, Ichstärke und Moralität operationalisiert.

Benson et al. (2003) fanden in ihrer Analyse heraus das Religiosität und Spiritualität negativ mit gesundheitsschädlichen Verhalten (Alkoholkonsum, antisoziales Verhalten, Drogenkonsum, Depression, Suizid, Rauchen, Schulproblematiken und Gewalt) und positiv mit Gedeihen (Widerstehen von Gefahren, Impulskontrolle, Hilfsbereitschaft, Wertschätzung anderer Menschen, positives Gesundheitsverhalten, schulischer Erfolg, positive Bewältigungsstrategien) zusammenhängen.

6.2.2.1 Hypothese 2

Es besteht ein Zusammenhang zwischen spirituellen und religiösen Befinden und der Persönlichkeitsentwicklung insbesondere Auffälligkeiten in der Persönlichkeitsentwicklung bei Kindern und Jugendlichen.

6.2.3 Fragestellung 3

Welcher Zusammenhang besteht zwischen dem Ausmaß an religiösen und spirituellen Befinden und der Ausprägung an Verhaltensauffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen?

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

Weaver et al. (2005) konnten ebenfalls bestätigen das spirituelle Ressourcen Jugendliche vor der Ausübung eines gesundheitsschädlichen Problemverhaltens wie zum Beispiel Drogenkonsum, zu bewahren. Miller und Greenwald (2000) zeigten, dass spirituell-religiös eingestellte Jugendliche nur halb so oft Drogen und Alkohol konsumieren, insbesondere das Konsumieren von „harten“ Drogen wird umso unwahrscheinlicher, je mehr spirituelle Sichtweisen entwickelt sind (Hodge, Cardenas & Montoya, 2001).

Ebenso wurden positive Zusammenhänge zwischen den religiösen Praktiken und Glaubensinhalten Jugendlicher und schwächer ausgeprägten problematischen Verhaltens (zum Beispiel Delinquenz, Drogen- und Alkoholmissbrauch) sowie verstärkten positivem Verhalten (zum Beispiel moralische Werte, psychische Gesundheit, Altruismus) gefunden (Bridges & Moore, 2002; zitiert nach Lerner et al., 2005; Kerestes & Youniss, 2003; zitiert nach Lerner et al., 2005). King und Furrow (2004) konnten zeigen, dass religiöse Jugendliche mit hohem Ausmaß an sozialem Vermögen durch höheres moralisches Verhalten auffielen.

6.2.3.1 Hypothese 3

Es besteht ein negativer Zusammenhang zwischen dem spirituellen und religiösen Befinden und der Ausprägung an Verhaltensauffälligkeiten.

6.2.4 Fragestellung 4

Gibt es einen Zusammenhang zwischen dem religiös-spirituellen Befinden und Bindung bzw. Bindungssauffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen?

Jacobs (2000) konnte nachweisen, dass die frühkindliche Bindung von großer Bedeutung für die Entwicklung der Spiritualität darstellt.

Bandura (2003) bezeichnete dies als „spirituelle Modelle“, wobei er die stärkere Wirkung der Mutter im Gegensatz zum Vater betonte. Jacobs (2000) nahm für die Erklärung dieser Wirkung Bowlbys (2001) Theorie der Bindung zu Hilfe.

Granqvist und Hagekull (2001) konnten zeigen, dass Orientierung in Richtung New-Age-Glaubens positiv mit unsicherer Bindung zu den Eltern korreliert, wohingegen sichere Bindung eine negative Korrelation aufweist. Granqvist und Hagekull (2001) erläutern diese Tendenz mit der Kompensationshypothese die besagt dass unsicher gebundene Individuen eine einbindende Weltanschauung bevorzugen.

Beck und McDonald (2004) konnten zeigen, dass bedeutsame Parallelen zwischen der Angst vor wenig Liebe oder vor dem Verlassen werden hinsichtlich des Lebenspartners wie auch hinsichtlich auf Gott, bestehen.

Ist Spiritualität im Rahmen einer sicheren Bindung mit einem positiven, unterstützenden, wertschätzenden Familiennetz verbunden, scheint diese als Schutzfaktor gegen Gewalt zu fungieren (Franke, 2000).

6.2.4.1 Hypothese 4

Es besteht ein Zusammenhang zwischen dem religiösen-spirituellen Befinden und der Bindung bei Kindern und Jugendlichen.

6.2.5 Fragestellung 5

Gibt es einen Zusammenhang zwischen dem elterlichen religiös-spirituellen Befinden und dem religiös-spirituellen Befinden der Kinder und Jugendlichen?

In dieser Studie ist es zusätzlich von Bedeutung inwieweit das religiös-spirituelle Befinden der Kinder und Jugendliche von dem religiös-spirituellen Befinden ihrer Bezugspersonen abhängt. Die Literatur zeigt zum einen, dass Spiritualität – im Sinne von Selbsttranszendenz und Verbundenheit – auch genetisch bedingt sein könnte. Bereits Hardy (1975) hatte von einer biologischen Basis der menschlichen Spiritualität gesprochen.

Spilka et al. (2003) zeigen, dass die Familie einen entscheidenden Einfluss auf die religiöse Glaubensüberzeugung und das religiöse Verhalten hat. Eine Langzeitstudie bei US-AmerikanerInnen von McCullough et al. (2009) kommen zu dem Ergebnis, dass Menschen über Jahre hinweg religiös bleiben bzw. sogar religiöser wurden je stärker die religiöse Sozialisierung in der Kindheit war.

Eine deutsche Studie von Vogel (2009) kam zu einem ähnlichen Ergebnis bezüglich religiöser Sozialisation.

6.2.5.1 Hypothese 5

Es gibt einen Zusammenhang zwischen dem elterlichen religiös-spirituellen Befinden und dem religiös-spirituellen Befinden der Kinder und Jugendlichen.

6.2.6 Fragestellung 6

Sind bezüglich der untersuchten Variablen Geschlechtsunterschiede zu beobachten?

In bisherigen Studien konnte gezeigt werden, dass Frauen etwas religiös-spirituellicher sind als Männer (Unterrainer & Ladenhauf, 2008; Kennedy, 2004).

Bezüglich Geschlechtsunterschiede im Kinder und Jugendbereich fanden Nelson und Hart (2003) doppelt so viele spirituelle Erfahrungen bei Mädchen im Vergleich zu Jungen (Bridges & Morre, 2002; Smith et al., 2002).

6.2.6.1 Hypothese 6

Es bestehen Geschlechtsunterschiede bezüglich der untersuchten Skalen sowie dem religiös-spirituellen Befinden unter der Kontrolle des Alters.

6.2.7 Fragestellung 7

Sind bezüglich der untersuchten Variablen Altersunterschiede zu beobachten?

Laut Gollnick (2005) sowie Dowling und Scarlett (2005) ist spirituelle Entwicklung ein lebenslanger Prozess.

Meist wird die Entwicklung der Spiritualität vorwiegend als das Erklimmen von Stufen beschrieben. Die vorliegende Studie bedient sich der religiösen Entwicklung nach Goldman (1964) hinsichtlich der Konstruktion des Multidimensionalen Interviews für Kinder und Jugendliche. Goldman (1964) bezog sich mit seiner Forschung zur religiösen Entwicklung auf Piaget's (1950) Stufen der kognitiven Entwicklung, d.h. mit fortschreitenden Alter erreichen Kinder und Jugendliche bezüglich Entwicklung der Religiosität und Spiritualität immer höher werdende Stufen.

6.2.7.1 Hypothese 7

Es bestehen Unterschiede in den Altersgruppen bezüglich der untersuchten Skalen sowie dem religiös-spirituellen Befinden.

6.2.8 Zusatz - Fragestellung 8

Kann das Ausmaß an spirituellen und religiösen Befinden das Ausmaß an Verhaltensauffälligen bzw. die Entwicklung von Verhaltensauffälligkeiten vorhersagen?

In der aktuellen Studie ist neben dem Zusammenhang zwischen religiösen und spirituellen Befinden sowie Verhaltensauffälligkeiten auch eine mögliche

Vorhersage des Ausmaßes an Verhaltensauffälligkeiten bzw. die Entwicklung möglicher Persönlichkeitsstörungen durch das Ausmaß an Spiritualität/Religiosität von Bedeutung.

Bezug nehmend auf Kapfhammer (2007) zur Genese der Persönlichkeitsstörungen aus psychodynamischer Sicht, werden die ersten Anzeichen der Rigidität und Unangemessenheit im Erleben und Verhalten bereits in der frühen individuellen Entwicklung sichtbar, beginnen sich zunehmend deutlicher in Jugendjahren zu artikulieren und bestehen im Erwachsenenalter langfristig fort sowie auf die Bindungsforschung in Hinblick auf mögliche Bindungsstörungen (Pathogenese von Anpassungsfähigkeit; Entwicklung seelischer Gesundheit; Persönlichkeitsentwicklung; Entwicklung von Kompetenzen im emotionalen und motivationalen Bereich).

6.2.8.1 Hypothese 8

Das Ausmaß an spirituellen und religiösen Befinden kann das Ausmaß von Verhaltensauffälligkeiten bzw. die Genese von Persönlichkeitsstörungen vorhersagen.

7 MATERIAL UND METHODE

7.1 Planung der Studie

7.1.1 Darstellung des Studiendesigns

Aus Abbildung 4 sind die einzelnen unabhängigen Variablen zu entnehmen. Als abhängige Variablen wurden die einzelnen Parameter des spirituellen und religiösen Befindens und der Religiosität und Spiritualität der Kinder und Jugendlichen sowie ihren Eltern im Zusammenhang zu einzelnen Dimensionen der Persönlichkeit und der psychischen Gesundheit erfasst.

Abbildung 4: Überblick über die einzelnen unabhängigen Variablen

Gruppe	Altersgruppe 1 (4-6)
	Altersgruppe 2 (7-11)
	Altersgruppe 3 (12-17)
Geschlecht	Männlich
	Weiblich

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

7.1.2 Ziel der Untersuchung

Die vorliegende Studie beschäftigt sich mit der Frage ob es Zusammenhänge zwischen der psychischen Gesundheit, der Persönlichkeitsentwicklung - in Hinblick auf die Genese von Persönlichkeitsstörungen - und dem religiös-spirituellen Befinden von Kindern und Jugendlichen gibt.

Die Grundlage für diese Forschungsarbeit bieten zahlreiche Studien mit Erwachsenenstichproben (Koenig, Mc Cullough & Larson, 2001), die zeigen dass religiös-spirituelle Menschen gesünder sind – sowohl psychisch als auch physisch, dass sie stressresistenter sowie resilienter sind und dass aktives Coping besser geleistet werden kann. Diese Ergebnisse sind bereits im Kindes- und Jugendalter erkennbar (Oman & Thoreson, 2005).

Ausgehend von Goldman's (1964) Studien zur religiösen Entwicklung, bezogen auf Piaget's Stufen der kognitiven Entwicklung (Piaget 1950), wurde in Anlehnung an das Multidimensionale Inventar zum religiös-spirituellen Befinden, MI-RSB-48 (Unterrainer, 2005) ein Interview (Multidimensionales Interview für Kinder und Jugendliche, MI-RSB KiJu) für Kinder und Jugendliche im Alter von vier bis siebzehn Jahren (Präoperationales Stadium bzw. Stufe des intuitiv religiösen Denkens sowie formal-operatorische Stufe bzw. abstraktes religiöses Denken) eigens entwickelt und vorgegeben.

Bezug nehmend auf Kapfhammer (2007) zur Genese der Persönlichkeitsstörungen, werden erste Anzeichen der Rigidität und Unangemessenheit im Erleben und Verhalten bereits in der frühen individuellen Entwicklung sichtbar, beginnen sich zunehmend deutlicher in den Adoleszenzjahren zu artikulieren und bestehen im Erwachsenenalter langfristig fort, sowie der Bindungsforschung in Hinblick auf mögliche Bindungsstörungen wird in der vorliegenden Studie zusätzlich die psychische Befindlichkeit, Angst, Depression, soziale Auffälligkeiten, emotionale Auffälligkeiten, körperliche Beschwerden und die Persönlichkeitsstruktur bzw. mögliche Auffälligkeiten in der Persönlichkeitsstruktur von Kindern und Jugendlichen der Allgemeinbevölkerung mittels standardisierter Fragebögen und selbstkonstruierten Interview erhoben.

Das Ziel dieser Untersuchung ist es, Informationen über die Psychodynamik von Spiritualität und Persönlichkeitsentwicklung im Rahmen psychischer Gesundheit zu gewinnen. Dies eröffnet erste Einsichten in die Hintergrundmechanismen dieser Aspekte und zeigt, welche Faktoren mit diesen Konstrukten in Zusammenhang stehen bzw. ob Spiritualität und Religiosität, psychische Gesundheit und Persönlichkeitsentwicklung bei Kindern und Jugendlichen in Verbindung stehen.

Ein globales Anliegen der vorliegenden Studie ist es, die mögliche Integration religiös-spiritueller Inhalte in das bio-psycho-soziale Modell von Gesundheit und

Krankheit zu thematisieren. Es ist bekannt dass PatientInnen die an einer Persönlichkeitsstörung leiden, eine spezielle Herausforderung in der medizinischen Versorgung, der psychiatrischen und psychotherapeutischen Behandlung darstellen, da der Umgang mit Betroffenen oft als konfliktreich beschrieben wird (Kernberg, Weiner, Bardenstein, 2005).

Der positive Zusammenhang zwischen religiös-spirituellen Befinden und der psychischen Gesundheit bei Kindern und Jugendlichen könnte somit zu einer verstärkten Berücksichtigung spiritueller Inhalte in der Behandlung von Störungen im Kinder- und Jugendalter beitragen. Ebenso könnte der Ansatz in der Eltern-Kind-Erziehung, im Kindergarten sowie in der Schule zusätzliche positive Perspektiven im Hinblick der Salutogenese eröffnen.

7.1.3 Untersuchungsablauf

Die Teilnahme an dieser Studie erfolgte freiwillig und ohne Entlohnung, wobei die Kinder und Jugendlichen ein kleines Geschenk in Form eines Zeichensets bzw. Kugelschreibersets als Dankeschön für die Teilnahme erhielten.

Allen TeilnehmerInnen wurde angeboten, die Ergebnisse der Studie nach der Auswertung der Daten einzusehen.

Die TeilnehmerInnen wurden von der Versuchsleiterin in einem ersten Schritt darüber informiert, dass die Untersuchung problemlos jederzeit ohne Angabe von Gründen sowie ohne Konsequenzen abgebrochen werden kann. Bei vorzeitigem Abbruch der Untersuchung durch eine Testperson werden die bis dahin erhobenen Daten gelöscht.

Die weiterführende Aufklärung der TeilnehmerInnen erfolgte bezüglich Untersuchungsgegenstand, Inhalt, Zweck der Studie sowie Methoden. Die TeilnehmerInnen gaben im Sinne eines „informed consent“ nach Erhalt der Informationen ihre Zustimmung zur Teilnahme. Die minderjährigen Kinder und Jugendlichen die das 8. Lebensjahr vollendet haben, wurden neben der Zustimmung der Eltern bzw. Erziehungsberechtigten, selbstverständlich ebenfalls informiert und um die Einwilligung gefragt. Ab dem vollendeten 14. Lebensjahr wurde auch eine schriftliche Einwilligung (mit Datum und Unterschrift) eingeholt.

Bezüglich Gewährleistung des Schutzes der personenbezogenen Daten ist zu betonen, dass durch die Datenkodierung der einzelnen Teilnehmer und Teilnehmerinnen Anonymität gewährleistet ist. Es wurden nur allgemeine soziodemographische Daten erhoben und zusätzlich werden die Ergebnisse ausschließlich in aggregierter und nicht in personenbezogener Form veröffentlicht.

Da alle Personen freiwillig an der Untersuchung teilnehmen und jederzeit ohne Angabe von Gründen abbrechen können, besteht für alle TeilnehmerInnen kein Risiko, negative Begleiterscheinungen sind im Rahmen dieser Studie nicht zu erwarten. Zudem wurden nur Personen in das ProbandInnenkollektiv aufgenommen, welche persönlich einwilligungsfähig waren bzw. befanden sich die Minderjährigen in Begleitung eines erziehungsberechtigten Elternteiles, der zusätzlich die Teilnahme an der Studie erlaubte.

Es wurden lediglich Fragebögen verwendet, wodurch physische sowie psychische Risiken durch die Teilnahme ausgeschlossen werden können. Die Versuchsleiterin ist ausgebildete, diplomierte Kindergartenpädagogin mit jahrelanger beruflicher Erfahrung, ebenso liegt ihr Hauptschwerpunkt als Klinische- und Gesundheitspsychologin aktuell in der klinischen Arbeit mit Kindern und Jugendlichen. Mit diesen Können und Wissen ist es für die Versuchsleiterin selbstverständlich die Grundlagen und Techniken in der Kommunikation mit Kindern zu beherrschen sowie einfühlsam und kompetent auf die Kinder einzugehen.

Für diese Studie wurde eine befürwortende Stellungnahme von der zuständigen Ethikkommission abgegeben. Die vorliegende Studie basiert auf den ethischen Richtlinien der American Psychological Association und der World Medical Association („Declaration of Helsinki“). Neben den bereits genannten Grundsätzen der Anonymität bzw. Vertraulichkeit (APA 5.1-5.10, WMA B.11, B.23), der Sicherheit (Risiko eines Schadens für die UntersuchungsteilnehmerInnen und adäquate Ausbildung und Vorbereitung; WMA B.20, B.23 und APA 6.07(d), WMA B.16) und des Informed Consent bzw. der Möglichkeit des Untersuchungsabbruchs (APA 6.10, 6.11, 6.13, WMA B.24.) sei noch erwähnt, dass die Untersuchungspersonen auch schriftliche Informationen erhalten. Selbstverständlich werden ebenso die Ethikrichtlinien in der pädiatrischen Forschung beachtet und es wird auf die Rechte des Kindes eingegangen. Bei der Erfassung von Persönlichkeitsmerkmalen bei

Kindern und Jugendlichen ist der Kontakt mit den Erwachsenen (Eltern, Bezugspersonen) aus der Umgebung des Kindes immer erforderlich.

Im Anschluss an das Aufklärungsgespräch erhielten alle teilnehmenden Personen ein Testheft bestehend aus den unter Punkt 7.2 angeführten Messinstrumenten. Die Teilnahme an dieser Studie dauerte gesamt 100 – 145 Minuten. Da dies für Kinder eine lange Testphase darstellt, wurde die Testung auf drei Sitzungen aufgeteilt, wobei eine Sitzung durchschnittlich 30 Minuten für Kinder und 40-50 Minuten für Jugendliche und Eltern in Anspruch nahm. Diese Dreiteilung diente zum einen zusätzlich dem Entgegenkommen der Konzentrationsfähigkeit der Kinder und zum anderen konnte auf diese Weise ein Vertrauensverhältnis für die Interviewsitzung hergestellt werden. Während der Testung steht den TeilnehmerInnen die Versuchsleiterin jederzeit für Fragen bzw. Klärung von Unklarheiten zur Verfügung. Die Erfassung der einzelnen Merkmale erfolgte einmalig – war jedoch auf drei Sitzungen aufgeteilt.

7.1.4 Rekrutierung der ProbandInnen

Die Kinder und Jugendlichen sowie ihre Eltern die an der vorliegenden Studie teilnahmen, stammen aus der allgemeinen Bevölkerung sowie dem fernen Bekanntenkreis der Dissertantin und wurden mittels mündlicher Einladung und schriftlicher TeilnehmerInneninformation (siehe Anhang A) rekrutiert. Alle potentiellen TeilnehmerInnen wurden bei der Rekrutierung von der Untersuchungsleiterin zu einem persönlichen Aufklärungsgespräch gebeten.

7.1.5 Stichprobenbeschreibung

In der vorliegenden Untersuchung umfasste die Gesamtstichprobe 213 Kinder und Jugendlichen im Alter von vier bis siebzehn Jahren sowie ihren Eltern bzw. ihren Bezugspersonen. Die Gesamtstichprobe der Kinder und Jugendlichen setzt sich aus drei Altersgruppen (G_1 , $n_1 = 71$, G_2 , $n_2 = 71$, G_3 , $n_3 = 71$) zusammen. Bei der Erfassung von Persönlichkeitsmerkmalen von Kindern und Jugendlichen ist der Kontakt mit den Erwachsenen (Eltern, Bezugspersonen) aus der Umgebung des

Kindes immer erforderlich. Während der drei Sitzungen waren bei allen 213 Kindern und Jugendlichen die leibliche Mutter oder der leibliche Vater anwesend.

Alle TeilnehmerInnen stammen aus der allgemeinen Bevölkerung in der Steiermark und besitzen die österreichische Staatsbürgerschaft. Keine der Kinder oder Jugendlichen hatte eine Heimerfahrung. Alle Kinder und Jugendlichen hatten keine psychische Diagnose zum Zeitpunkt der Testung. Die Teilnahme an dieser Untersuchung erfolgte freiwillig. Keine/r der TeilnehmerInnen berichtete über eine vorausgehende bzw. aktuelle Behandlung bezüglich eines auftretenden psychopathologischen Problems.

Aufgrund der laut Literatur zu erwartenden Effektgrößen (Poweranalyse; G*Power 3.1.3; Erdfelder, Faul & Buchner, 1996) sollte es möglich sein mit einer Gesamtstichprobe von 426 TeilnehmerInnen die formulierten Hypothesen zu verifizieren bzw. zu falsifizieren.

Die soziodemographischen Daten der Kinder und Jugendlichen sind in Tabelle 1 ersichtlich.

7.1.5.1 Geschlecht und Alter der TeilnehmerInnen

Die Stichprobe beinhaltete insgesamt 426 TeilnehmerInnen. Bei den Kindern und Jugendlichen im Alter von vier bis siebzehn Jahren ($N = 213$) ist bezüglich der drei Altersgruppen das Geschlecht normalverteilt (111 weiblich, 102 männlich).

Es besteht kein signifikanter Gruppenunterschied bezüglich des Geschlechts ($\chi^2_{1, n=213} = 11.08$, ns.) der Kinder und Jugendlichen. Die jüngsten TeilnehmerInnen der Kindergruppe waren vier Jahre und die ältesten TeilnehmerInnen der Jugendgruppe waren 17 Jahre alt.

In der Stichprobe der Eltern besteht ein signifikanter Gruppenunterschied bezüglich des Geschlechts ($\chi^2_{1, n=213} = -19.08$, $p < .001$), es sind bedeutend mehr Frauen als Männer in der Stichprobe der Erwachsenen.

Tabelle 1

Soziodemographische Daten: Geschlecht, Bildungsstatus, Glaubensbekenntnis der erhobenen Stichproben der Kinder und Jugendlichen

	GR1	GR2	GR3	p
Geschlecht:				
Weiblich	38 (53,52%)	36 (50,7%)	37 (52,11%)	n.s.
Männlich	33 (46,48%)	35 (49,3%)	34 (47,89%)	
	(N=71)	(N=71)	(N=71)	
Bildungsstatus:				
Noch keine Schule	50 (70,42%)	0	0	p<.001
Volksschule	21 (29,58%)	59 (83,10%)	0	
HS/NMS/Gym	0	12 (16,90%)	46 (64,78%)	
Berufsschule	0	0	19 (26,76%)	
Matura	0	0	6 (8,46%)	
Matura m A.	0	0	0	
	(N=71)	(N=71)	(N=71)	
Glaubensbekenntnis:				
Röm.Kath.	67 (94,37%)	69 (97,18%)	59 (83,10%)	
Evangelisch	4 (5,63%)	2 (2,82%)	12 (16,90%)	
Islam	0	0	0	
Ohne Bekenntnis	0	0	0	
Andere	0	0	0	
	(N=71)	(N=71)	(N=71)	

Anmerkung. Matura m. A. = Matura mit weiterführender Ausbildung, GR1 = Altersgruppe 1, GR2 = Altersgruppe 2, GR3 = Altersgruppe 3, p = Signifikanz, χ^2 nach Pearson, n = Stichprobengröße

7.1.5.2 Bildungsstatus

Um eventuelle zusätzliche Unterschiede zwischen den einzelnen Gruppen darzustellen, wurde der Bildungsstatus der Eltern mit erhoben. Es wurde dabei zwischen den Kategorien „Volksschule“, „Hauptschule/NMS/Gymnasium“, „Berufsschule“, „Matura“, „Matura mit weiterführender Ausbildung und „Universität“ unterschieden. Werden die Gruppen betrachtet, zeigt sich ein signifikanter Unterschied bezüglich des Bildungsstatus ($\chi^2_{5, n=213} = 29.85, p<.001$). Die dritte Stichprobe (M = 5.76, SD = 1.19) hatte einen höheren Bildungsstatus als die erste (M = 4.91, SD = 1.12) und die zweite Gruppe (M = 4.32, SD = 1.13).

7.1.5.3 Erwerbstätigkeit

Die Beschäftigung der an der Untersuchung teilnehmenden Eltern wurde mittels den Kategorien „im Beruf stehend“, „in Lehre/Ausbildung“, im „Studium“, „SchülerIn“, „Karenz/Haushalt“, „arbeitslos“ und „in Pension“ erfasst. Es zeigt sich kein signifikanter Unterschied zwischen den drei Gruppen ($\chi^2_{3, n=213} = 133.26$, ns.).

7.1.5.4 Familienstand

Der Familienstand der Eltern wurde mittels den Kategorien „ledig“, „verheiratet“, „in Partnerschaft lebend“, „geschieden/getrennt“ und „verwitwet“ erhoben. Die drei Stichproben unterscheiden sich signifikant voneinander ($\chi^2_{4, n=213} = 39.26$, $p < .001$). TeilnehmerInnen der dritten Gruppe sind häufiger getrennt oder geschieden als TeilnehmerInnen der ersten und der zweiten Gruppe.

7.1.5.5 Kinder

Zusätzlich wurde erhoben, wieviel Kinder die teilnehmenden Eltern haben. Alle drei Gruppen unterscheiden sich nicht voneinander ($\chi^2_{2, n=213} = 0.04$, ns.).

7.1.5.6 Alkohol, Rauchen und Drogenerfahrung

Auf die Frage des Erstkontaktes mit Alkohol antworteten 192 teilnehmende Eltern mit „Ja“ und 21 teilnehmende Eltern mit „Nein“. Die drei Gruppen der Eltern unterscheiden sich nicht hinsichtlich der Alkoholerfahrung ($\chi^2_{3, n=213} = 39.26$, ns.). Bei den teilnehmenden Kindern und Jugendlichen antworteten sieben mit „Ja“ auf die Frage des Alkoholkontaktes und 64 antworteten mit „Nein“. Die Gruppen unterschieden sich hinsichtlich des Alkoholkonsums signifikant voneinander ($\chi^2_{2, n=213} = 1.66$, $p < .001$), Gruppe drei der Jugendlichen zeigt den höchsten Wert an Alkoholkonsum der Kinder- und Jugendgruppen.

Auf die Frage „Rauchen Sie?“ antworteten 181 der teilnehmenden Eltern mit „Nein“ und 32 mit „Ja“. Die drei Gruppen der Eltern unterscheiden sich nicht hinsichtlich des Rauchens ($\chi^2_{3, n=213} = 18.28$, ns.). In der Jugendgruppe gaben vier Jugendliche an zu rauchen, 67 Jugendliche verneinten die Frage.

Auf die Frage „Haben Sie Drogen genommen?“ antwortete ein teilnehmender Elternteil mit „Ja“ (GR1: $n_1 = 1$) und 212 teilnehmende Eltern mit „Nein“ (GR1: $n_1 = 70$, GR2: $n_2 = 71$, GR3: $n_3 = 71$). In der Kinder- und Jugendstichprobe gab es in keiner der drei Gruppen die Angabe einer Drogenerfahrung.

7.1.5.7 Verurteilung einer Straftat

Auf die Frage „Wurden Sie für eine Straftat schon einmal gerichtlich verurteilt?“ antworteten alle 213 teilnehmenden Eltern sowie alle 213 teilnehmenden Kinder und Jugendlichen mit „Nein“.

7.1.5.8 Regelmäßiges Beten

Auf die Frage der Regelmäßigkeit des Betens gaben 195 Eltern an regelmäßig zu beten, 18 Eltern gaben an nicht regelmäßig zu beten. Die drei Gruppen der Eltern unterscheiden sich nicht hinsichtlich der Regelmäßigkeit des Betens ($\chi^2_{4, n=213} = 13.21$, ns.). Bei den Kindern und Jugendlichen beten 181 TeilnehmerInnen regelmäßig, 31 TeilnehmerInnen beten nicht regelmäßig. Die Gruppen unterschieden sich hinsichtlich des regelmäßigen Betens signifikant voneinander ($\chi^2_{4, n=213} = 4.23$, $p < .001$), die Gruppe drei der Jugendlichen zeigt den niedrigsten Wert des regelmäßigen Betens.

7.1.5.9 Ein- und Ausschlusskriterien

Wesentliche Voraussetzungen sind die freiwillige Teilnahme an der Studie, das kognitive Grundverständnis bzw. das Verstehen der ProbandInneninformation und Instruktion. Von besonderer Wichtigkeit sind die Einverständniserklärungen der Eltern bzw. Erziehungsberechtigten sowie die der Kinder und Jugendlichen. Die minderjährigen Kinder und Jugendlichen die das achte Lebensjahr vollendet haben, werden neben der Zustimmung der Eltern bzw. Erziehungsberechtigten ebenfalls informiert und um die Einwilligung gefragt. Ab dem vollendeten 14. Lebensjahr wird auch eine schriftliche Einwilligung (Datum, Unterschrift) eingeholt.

Da alle verwendeten Testverfahren auf Deutsch vorgegeben werden, wird Deutsch als Muttersprache vorausgesetzt.

7.1.5.10 Stichprobenausfall

Ursprünglich waren 270 Kinder und Jugendliche plus ihre Eltern aus der Allgemeinbevölkerung für diese Untersuchung geplant. Die erwartete Anzahl von StudienabbrecherInnen (Drop-out-Quote) liegt bei 20%. Die tatsächliche Anzahl der Stichprobenausfälle erstreckte sich auf 57 Personen.

Als Ursache für einen Abbruch der Studienteilnahme wurden die zu umfangreichen Fragebögen, die Untersuchungslänge sowie die dreimalige Sitzungsaufteilung angegeben.

7.1.5.11 Ort der Untersuchung/Datenerhebung

Die Datenerhebung erfolgte zwischen 5. Dezember 2014 und 21. August 2015 je nach Wunsch der TeilnehmerInnen am jeweiligen Wohnort oder in der Klinisch-psychologischen Praxis Mag^a. Edelbauer in Graz. Dieser für den Testzeitraum zur Verfügung gestellter Praxisraum ist ein heller, ruhiger Raum mit angenehmer Atmosphäre, ist mit öffentlichen Verkehrsmitteln zugänglich und verfügt über eine Parkmöglichkeit. In den Praxisraum kamen 88 Kinder und Jugendliche mit ihren Eltern, am jeweiligen Wohnort wurden 125 Kinder und Jugendliche sowie ihre Eltern befragt.

7.2 Psychodiagnostische Instrumente

Während aller drei Untersuchungssitzungen wird von der Versuchsleiterin ein *Protokoll zur Verhaltensbeobachtung der Kinder und Jugendlichen* verfasst.

Der Aufbau und die Aufrechterhaltung einer guten Beziehung zwischen der Versuchsleiterin und dem Kind während der drei Testsitzungen stellte eine bedeutsame Wichtigkeit dar.

7.2.1 Testverfahren zur Erhebung der kognitiven Funktionen

Laut Kernberg, Weiner und Bardenstein (2005) trägt die Berücksichtigung kognitiver Merkmale zu einem integrativen Denken bezüglich der Variablen Temperament, Identität sowie Persönlichkeitsentwicklung bei. Nach Moss et al. (1995) stellt sicheres Bindungsverhalten einen Prädiktor für kognitive Fähigkeiten in den Bereichen Auffassungsgabe, Gedächtnis sowie Kommunikation dar. Um der Berücksichtigung kognitiver Funktionen gerecht zu werden, wurden für die vorliegende Studie die zwei unten angeführten Testinstrumente vorgegeben.

7.2.1.1 SON-R 2½-7

Der SON-R 2½-7 (Tellegen, Laros & Petermann, 2007), ein non-verbaler Intelligenztest besteht aus einem hölzernen Testkoffer und ist ein sprachfreier Intelligenztest für Kinder von 2;6 bis 7;11 Jahren. Der Test gilt als eines der bekanntesten Instrumente zur Erfassung der allgemeinen Intelligenz in den Niederlanden, seit einigen Jahren ist das Verfahren auch im deutschen Sprachraum etabliert. Die Aussagekraft des SON-R 2½-7 ist mit einer durchschnittlichen Reliabilität von .90 und einer durchschnittlichen Generalisierbarkeit von .80 angegeben und beweist somit die Zuverlässigkeit des Testverfahrens.

Der SON-R 2½-7 erhebt folgende Bereiche: visumotorische und perzeptive Fähigkeiten, räumliches Verständnis, Erkennen von Ordnungsprinzipien sowie die Fähigkeit zum abstrakten und konkreten Denken. Bei diesem Testinstrument kann im Sinne eines Entwicklungsalters das Referenzalter der Kinder bestimmt werden.

Für die vorliegende Studie wird dieser Test den Kindern des Alters vier bis sieben Jahre, mit den Subtests „Situationen“ sowie „Kategorien“ vorgegeben. Jeder Subtest besteht aus 14 bis 17 Items mit steigendem Schwierigkeitsgrad wobei der Testeinstieg abhängig vom Alter des Kindes erfolgt. Die Durchführungszeit der beiden Subtests beträgt ca. 20 Minuten (Tellegen, Laros & Petermann, 2007).

Unten angeführte Beschreibungen und Beispielinstruktionen sind dem Testmanual des SON-R 2½-7 entnommen (Tellegen, Laros & Petermann, 2007).

Bezüglich Hilfe und Feedback teilt die Versuchsleiterin nach jedem Item mit, ob die Lösung des Kindes richtig oder falsch ist. Gibt das Kind eine falsche Lösung oder ist nicht in der Lage, eine Lösung zu finden, wird von der Versuchsleiterin Hilfe

geboten sowie die Lösung, falls möglich, gemeinsam mit dem Kind, verbessert. Es ist zu betonen, dass das Feedback nicht dazu dienen soll, das Kind wissen zu lassen, dass es etwas nicht beherrscht, sondern aufzuzeigen, wie die Aufgabe richtig gelöst werden kann.

Beim Subtest „*Situationen*“ steht das konkrete schlussfolgernde Denken im Vordergrund. Menschen und Objekte sollen in bestimmten Situationen in eine logische Verbindung gebracht werden wobei die Fähigkeit Bilder zu ergänzen sowie komplexe Situationen folgerichtig zu vervollständigen geprüft wird. Die Versuchsleiterin legt bei einer Zeichnung die zur Ergänzung erforderliche Bilderhälfte, die Kinder sollen bei den restlichen Zeichnungen die Ergänzung legen.

Beispielitem mit Instruktion:

Die Versuchsleiterin lenkt die Aufmerksamkeit des Kindes auf die Karten und sagt: *„Schau, das sind alles Bilder. Aber es fehlen Teile, die werden wir dazu suchen“*. Die Versuchsleiterin nimmt das erste Kärtchen und hält es unter die Bilder, immer von rechts nach links und fragt: *„Gehört das hier her? Nein. Und hier her? Nein, auch nicht“*. Sobald die Versuchsleiterin beim richtigen Bild angelangt ist: *„Ja, siehst du, dies gehört hier her“*, und legt die erste Karte auf den richtigen Platz. Das Kind wird nun aktiv beteiligt: *„Jetzt darfst du das machen. Such mal, wo sie hingehören“*.

Beim Subtest „*Kategorien*“ steht das abstrakte Denken und somit die Fähigkeit Ordnungsprinzipien abzuleiten und Gegenstände nach gemeinsamen Merkmalen in Kategorien zu gruppieren, im Vordergrund. Das Kind muss im ersten Aufgabenteil vier oder sechs Karten den Kategorien, zu denen sie gehören, zuordnen. Im zweiten Teil muss das Kind aus einer Reihe von fünf Bildern zwei auswählen die das gleiche Merkmal aufweisen wie die drei davor gezeigten Objektbilder.

Beispielinstruktion

Die Versuchsleiterin lenkt die Aufmerksamkeit des Kindes auf die Abbildungen im Vorlagenheft und sagt: *„Schau mal auf diese Bilder“* und zeigt nacheinander auf alle Bilder. Die Versuchsleiterin zeigt danach auf die Bilder der anderen Seite und sagt: *„Und diese gehören zusammen“*, nimmt die erste Karte, hält diese an oberste

Stelle an die falsche Reihe und sagt: „*Gehört diese hierhin? Nein, hier nicht*“ um danach das Kärtchen zur richtigen Reihe zu legen, „*ja, hier gehört sie hin*“.

Erst wenn das Kind die Vorgangsweise begreift, wird es aktiv beim Bestimmen der Reihe einbezogen, zu der Karte Zwei gehört. Bei Item Zwei demonstriert die Versuchsleiterin die Bearbeitung mit den Karten Eins und Zwei auf die gleiche Art wie bei Item Eins. Eventuell kann das Kind selbst zeigen, wo die Karten Eins und Zwei hingehören. Das Kind muss nun in Folge die Karten Drei bis Acht der richtigen Kategorie zuordnen.

7.2.1.2 Hamburg-Wechsler-Intelligenztest für Kinder und Jugendliche

Der Hamburg-Wechsler-Intelligenztest für Kinder und Jugendliche (Petermann & Petermann, 2010), ein Intelligenztest bestehend aus einer Testmappe, mit Mosaiksteinen, Platten und Plättchen stellt ein umfassendes Einzeltestverfahren zur Beurteilung der kognitiven Fähigkeiten von Kindern und Jugendlichen im Alter von 6,0 bis 16,11 Jahren dar. Enthalten sind insgesamt 15 Untertests wobei durch die Erfassung der fünf Intelligenzwerte Sprachverständnis, Arbeitsgedächtnis, Verarbeitungsgeschwindigkeit, Logisches Denken wahrnehmungsgebunden sowie des Gesamt-IQ-Wertes ein fundiertes und differenziertes Bild des kognitiven Entwicklungsstandes ermöglicht wird.

Für die vorliegende Studie wird dieser Test den Kindern des Alters acht bis 17 Jahre, mit den Subtests „Gemeinsamkeiten finden“ sowie „Bildkonzepte“ vorgegeben.

Die Durchführungszeit der beiden Subtests beträgt ca. 30 Minuten (Petermann & Petermann, 2010).

Unten angeführte Beschreibungen und Beispielinstruktionen sind dem Testmanual des Hamburg-Wechsler-Intelligenztest für Kinder und Jugendliche (HAWIK-IV) entnommen (Petermann & Petermann, 2010).

Bevor mit dem ersten Test begonnen wird, wird der HAWIK-IV mit folgenden Worten eingeführt: „*Ich werde dir nun eine Reihe von Aufgaben vorgeben, du sollst beispielsweise Fragen beantworten und mit Würfeln arbeiten. Einige Dinge findest du vielleicht richtig einfach und andere sind vielleicht richtig schwer. Meistens kann man nicht alle Fragen richtig beantworten oder alle Aufgaben lösen, aber versuche*

trotzdem bei jeder Aufgabe dein Bestes. Hast du dazu noch Fragen?“. Die Versuchsleiterin beginnt mit der Untersuchung der Kinder und Jugendlichen immer jeweils beim altersbezogenen Ausgangspunkt.

Der Subtest *„Gemeinsamkeiten finden“* (GF, Sprachverständnis), besteht aus 23 Aufgaben, wobei dem Kind zwei Wörter, die bekannte Gegenstände oder abstrakte Begriffe repräsentieren, vorgegeben werden. Das Kind hat danach die Aufgabe, das Gemeinsame dieser Gegenstände bzw. Begriffe zu benennen. Dabei wird jede Testaufgabe Wort für Wort vorgelesen, langsam die dazugehörige Frage gestellt und die entsprechenden Stimulusworte eingesetzt.

Beispielitem:

„Was haben Apfel und Banane gemeinsam?“.

Der Subtest *„Bildkonzepte“* (BK, Wahrnehmungsgebundenes logisches Denken) besteht aus 28 Aufgaben, wobei dem Kind Karten mit zwei beziehungsweise drei Bilderreihen vorgelegt werden. Die Aufgabe besteht darin, jeweils ein Bild auszuwählen um daraus eine Gruppe von Bildern mit einer gemeinsamen Eigenschaft bzw. Merkmal zusammenzustellen.

Beispiel mit Instruktion

Die Versuchsleiterin schlägt das Stimulus Buch bei Beispiel A des Untertests Bildkonzepte auf und sagt: *„Schau mal hier oben hin“* und streicht dazu mit dem Zeigefinger über die erste Reihe. *„Schau mal hier unten hin“*, dazu wird mit dem Zeigefinger über die zweite Reihe gestrichen. *„Wähle aus dieser ersten Reihe ein Bild aus, das zu einem Bild aus dieser zweiten Reihe hier passt. Weshalb passen sie zusammen?“*. Wenn das Kind antwortet: *„Weil es Bäume sind“*, sagt die Studienleiterin: *„Sie passen zusammen, weil beides Bäume sind. Versuchen wir noch eine andere Aufgabe“*.

7.2.2 Testverfahren zur Erhebung der Persönlichkeitsstruktur

Da sich die vorliegende Studie mit der Frage beschäftigt, ob es Zusammenhänge zwischen der Persönlichkeitsentwicklung – in Hinblick auf die Genese von Persönlichkeitsstörungen, psychischen Gesundheit und dem religiös-spirituellen Befinden bei Kindern und Jugendlichen gibt, werden in Folge die für die vorliegende Studie verwendeten Instrumente zur Erhebung der Persönlichkeitsstruktur, der Psychopathologie sowie des religiös-spirituellen Befinden von Kinder und Jugendlichen dargestellt.

7.2.2.1 Junior Temperament und Charakter Inventar (JTCI)

Das JTCI (Goth & Schmeck, 2009) ist eine Inventarfamilie zur Erfassung der Persönlichkeit vom drei bis 18 Jahren nach dem biopsychosozialen Persönlichkeitsmodell von Cloninger (Cloninger et al., 1999). Es beinhaltet die Skalen „Neugierverhalten“ (mit den Subskalen „Explorative Erregbarkeit“, „Impulsivität“, „Extravaganz“ und „Regellosigkeit“), „Schadensvermeidung“ (Subskalen „Zukunftssorgen“, „Angst vor Ungewissen“, „Schüchternheit“, „Ermüdbarkeit“), „Belohnungsabhängigkeit“ (Subskalen „Empfindsamkeit“, „Bindung/Emotionale Offenheit“, „Abhängigkeit“, „Beharrungsvermögen“ (Subskalen „Beständigkeit“, „Perfektionismus/Ehrgeiz“, „Arbeitseifer“, „Hart arbeitend“), „Selbstlenkungsfähigkeit“ (Subskalen „Zielbewusstheit“, „Verantwortlichkeit“, „Einfallsreichtum“, „Selbstakzeptanz“), „Kooperativität“ (Subskalen „Soziale Akzeptanz“, „Einfühlungsvermögen/Empathie“, „Hilfsbereitschaft“, „Mitleid“, „Gewissen“) und der Skala Selbsttranszendenz (mit den Subskalen „Fantasie“, „Spiritualität“, „Selbstvergessenheit“, „Transpersonale Identifikation“).

Allgemein findet der Test Anwendung in der klinischen Diagnostik, in der Erziehungs- und Schulberatung, in längsschnittlichen Studien sowie für entwicklungsorientierte Fragestellungen. Die Einzelversionen können als reliabel, konstruktvalide sowie kriteriumsvalide bezeichnet werden.

Das JTCI beinhaltet mehrere Versionen und hat eine durchschnittliche Bearbeitungsdauer von 15 Minuten. Das JTCI 3-6 R und das JTCI 7-11 R mit jeweils 86 Items sind für die Beantwortung durch die Eltern (oder andere Bezugspersonen)

von Kindern zwischen drei und sechs Jahren bzw. zwischen sieben und elf Jahren konzipiert. Das JTCI 12-18 R umfasst 103 Items und wird Jugendlichen zwischen 12 und 18 Jahren zur Selbstbeantwortung vorgegeben.

Unten angeführte Beschreibungen und Beispielinstruktionen sind dem Testmanual des Junior Temperament und Charakter Inventars entnommen (Goth & Schmeck, 2009).

Beispielitems aus dem Fremdbeurteilungsfragebogen JTCI 3-6R

Skala „Neugierverhalten“ (NV)

Subskala NV1 „Explorative Erregbarkeit“, Item 22

„Mein Kind ist rastloser als die meisten Kinder“

Subskala NV2 „Impulsivität“, Item 67

„Mein Kind ist sehr ungeduldig“

Skala „Schadensvermeidung“ (SV)

Subskala SV1 „Zukunftssorgen“, Item 19

„Mein Kind erscheint fast immer entspannt und unbesorgt in neuen Situationen“ (-)

Subskala SV2 „Angst vor Ungewissen“, Item 31

„Mein Kind wird anklammernd in unbekannten Situationen“

Skala „Belohnungsabhängigkeit“ (BA)

Subskala BA1 „Empfindsamkeit“, Item 38

„Mein Kind reagiert stark auf die Gefühle anderer“

Subskala BA2 „Bindung/Emotionale Offenheit“, Item 62

„Mein Kind spricht von seinen Gefühlen“

Skala „Beharrungsvermögen“ (BV)

Subskala BV1 „Beständigkeit“, Item 5

„Mein Kind gibt schnell auf, wenn es zum Beispiel mit einem Spielzeug Schwierigkeiten hat“ (-)

Subskala BV2 „Perfektionismus/Ehrgeiz“, Item 64

„Mein Kind probiert so lange, bis es klappt“

Skala „Selbstlenkungsfähigkeit (SL)

Subskala SL1 „Zielbewusstheit/Einfallsreichtum“, Item 25

„Mein Kind weiß sehr oft nicht, wie es Dinge alleine machen soll“ (-)

Subskala SL2 „Selbstakzeptanz“, Item 29

„Mein Kind scheint viel an sich selbst zu zweifeln“ (-)

Skala Kooperativität (KO)

Subskala KO1 „Soziale Akzeptanz“, Item 54

„Mein Kind akzeptiert oft nicht den Willen anderer“ (-)

Subskala KO2 „Einfühlungsvermögen/Empathie“, Item 41

„Mein Kind ist oft frech und respektlos“ (-)

Skala Selbsttranszendenz (ST)

Subskala ST1 „Fantasie“, Item 9

„Mein Kind kann gebannt einer Geschichte folgen und in dieser Fantasiewelt ganz aufgehen“

Subskala ST2 „Spiritualität“, Item 4

„Mein Kind ist ein „kleiner Philosoph“ (scheint sehr oft abstrakte Gedanken zu haben)“

7.2.3 Testverfahren zur Psychopathologie

7.2.3.1 Child Behavior Checklist (CBCL/4-18)

Die Child Behavior Checklist (Achenbach, 1991) in der deutschen Fassung für Kinder und Jugendliche im Alter von 4 bis 18 Jahren (Döpfner, Schmeck & Berner, 1994) erhebt die Einschätzungen von Eltern in Hinblick der Kompetenzen und Probleme ihrer Kinder. Die Auswertung dieses Fragebogens umfasst acht beurteilungsübergreifende Syndrome (Sozialer Rückzug, Körperliche Beschwerden, Angst/Depressivität, soziale Probleme, Schizoid/Zwanghaft, Aufmerksamkeitsstörung, Delinquentes Verhalten, Aggressives Verhalten). Skalen zu internalisierenden und externalisierenden Störungen sowie ein Gesamtwert für Problemverhalten werden aus den Syndromskalen gebildet.

Die Durchführungszeit des Tests beträgt ca. 15 Minuten (Döpfner, Schmeck & Berner, 1994).

Unten angeführte Beschreibungen und Beispielinstruktionen sind dem Handbuch der Child Behavior Checklist entnommen (Döpfner, Schmeck & Berner, 1994).

Beispiel für Syndrom-Items, Item 1

„Verhält sich zu jung für sein/ihr Alter“

Item 12

„Klagt über Einsamkeit“

Die Antwortmöglichkeiten liegen zwischen 0 und 2:

0 = nicht zutreffend

1 = etwas oder manchmal zutreffend

2 = genau oder häufig zutreffend

7.2.3.2 Diagnostik-System für psychische Störungen (DISYPS-II)

Das Diagnostik-System für psychische Störungen im Kindes- und Jugendalter nach ICD-10/DSM-IV (DISYPS-II), (Döpfner, Görtz-Dorten & Lehmkuhl, 2008) untersucht die wichtigsten Störungsbereiche, die im Kinder- und Jugendbereich vorliegen und für die Studie von Bedeutung sind: Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörungen, Angststörungen, Störungen des Sozialverhaltens, Depressive Störungen, Zwangsstörungen, Tiefgreifende Entwicklungsstörungen, Störungen sozialer Funktionen, d.h. Bindungsstörungen und Mutismus. Für die vorliegende Studie wird, um eine bessere statistische Vergleichbarkeit zu gewährleisten, ausnahmslos die Fremdbeurteilung durch die Eltern bzw. Bezugspersonen herangezogen. Die Beurteilung einer Bindungsstörung erfolgt anhand der Diagnose-Checkliste (DCL), wobei die Beurteilung auf der Exploration der Eltern bzw. der Bezugsperson basiert. Die Durchführungszeit der Fremdbeurteilungsbogen beträgt ca. 10 Minuten, die Bearbeitung der Checkliste ca. 30 Minuten (Döpfner, Görtz-Dorten & Lehmkuhl, 2008).

Unten angeführte Beispielitems mit Instruktionen sind dem Manual des DISYPS-II entnommen (Döpfner, Görtz-Dorten & Lehmkuhl, 2008).

Beispielinstruktion mit Items

„Kreuzen Sie bitte für jede Beschreibung die Zahl an, die angibt, wie zutreffend diese Beschreibung für das Kind bzw. die/den Jugendlichen ist.

Wenn nicht bekannt, bitte 0 ankreuzen“

Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS), FBB-ADHS, Item 1

„Beachtet bei den Schularbeiten, bei anderen Tätigkeiten oder bei der Arbeit häufig Einzelheiten nicht oder macht Flüchtigkeitsfehler“

Störungen des Sozialverhaltens, FBB-SSV, Item 1

„Hat für sein Alter ungewöhnlich häufige oder schwere Wutausbrüche“

Angst- und Zwangstörungen, FBB-ANZ, Item 6

„Steht nachts häufig auf, um die Anwesenheit der Eltern (bzw. anderer Bezugspersonen) zu überprüfen oder um bei ihnen zu schlafen“

Depressive Störungen, FBB-DES, Item 3

„Hat die meiste Zeit über kein Interesse oder keine Freude an allen oder fast allen Tätigkeiten“

Tiefgreifende Entwicklungsstörungen, FBB-TES, Item 3

„Reagiert auf die Gefühle anderer kaum oder unangemessen (ist z.B. nicht betroffen, wenn andere traurig sind und lacht dann; freut sich nicht mit anderen).

7.3 Testverfahren zur Erhebung der Religiosität und Spiritualität

7.3.1 Multidimensionale Inventar (MI-RSB-48)

Im Rahmen eines interdisziplinären Forschungsprojektes wurde das multidimensionale Inventar zum religiös-spirituellen Befinden entwickelt (Unterrainer et al., 2010). Das MI-RSB-48 ist ein Instrument zur Erfassung von Religiosität und Spiritualität im Erleben von körperlichen und psychischen Befinden. Das Inventar erfasst mit 48 Items folgende 6 Dimensionen: Allgemeine Religiosität, Vergeben, Hoffnung immanent, Allverbundenheit, Hoffnung transzendent, sowie Erfahrungen von Bedeutung und Sinn. Dabei wird zwischen existentiellen und religiösen Wohlbefinden im immanenten und transzendenten Raum unterschieden um eine differenzierte Betrachtung zu ermöglichen. Zur Beantwortung des Fragebogens steht eine sechsstufige Ratingskala zur Verfügung (Unterrainer et al., 2010).

Itembeispiel:

Skala 1: „Hoffnung immanent“

Beispielitem: „Ich blicke mit Optimismus in die Zukunft“.

7.3.2 Multidimensionale Interview (MI-RSB – KJ)

Das Multidimensionale Interview zum religiös-spirituellen Befinden von Kindern und Jugendlichen (MI-RSB – KJ) ist ein, in Anlehnung an das MI-RSB 48 (Unterrainer, 2010), selbstkonstruiertes, halbstandardisiertes Interview und wurde auf Basis teils neuer, teils etablierter Literatur, theoretischer Konzepte sowie auch aus praktischer Erfahrung entwickelt. Es ist ein Instrument zur Erfassung von Religiosität und Spiritualität im Erleben von psychischem Befinden bei Kindern und Jugendlichen. Das Interview umfasst mit 28 Items, sieben Dimensionen: Vertrauen, Gottesbild, Rituale, Tod und Sterben, Verbundenheit mit sich selbst, Verbundenheit mit anderen und Verbundenheit mit der Natur.

Bei der Konstruktion des Interviews wird von der Überlegung ausgegangen, dass es möglich sein müsste, den bio-psycho-sozialen Raum bezüglich des

Verständnisses von Krankheit und Gesundheit sinnvollerweise durch eine spirituelle Komponente zu erweitern.

7.3.2.1 Kinder als Experten

Da es sich um ein face-to-face Interview für Kinder und Jugendliche handelt, ist zu betonen, dass in der Kindheitsforschung ein Paradigmenwechsel vollzogen wurde. Anstatt Kinder als Untersuchungs- und Forschungsobjekte zu sehen, gelten diese als Experten ihrer Lebenswelt und werden daher selbst befragt, interviewt und beobachtet (Trautmann, 2010). In Anlehnung an die Stadien der kognitiven Entwicklung von Piaget (1974) und der religiösen Entwicklung nach Goldman (1964), richtet sich die Konstruktion des Interviews.

7.3.2.2 Gesprächstechniken

Eine gute Gesprächseinführung bestimmt den weiteren Verlauf des Interviews. In diesem Sinne steht an erster Stelle ein gegenseitiges Vorstellen mit der Aufklärung des Ziels des Interviews. Als maximale Dauer für ein Interview mit Kindern wird unter optimalen Bedingungen eine halbe Stunde angegeben (Delfos, 2012).

Als Kriterien eines guten Interviews wurde auf die kommunikative Souveränität – im Sinne von Vermeidung von Killerphrasen, Präsenz und Zurücknahme, Fragestellung sowie non-direktive Gesprächshaltung – geachtet. Weiters wurde die Nichtbeeinflussung der InterviewpartnerInnen, die Spezifik der Zielgruppe und deren Sichtweisen, der Einfluss von Zeit, Raum und Biorhythmus sowie die Erfassung des individuellen Verständnisses beachtet.

Auf die Gründlichkeit und Solidität, d.h. durch die kommunikative Kompetenz der Interviewerin wurden die Gefühle der Kinder antizipiert und fokussiert wurde besonderen Wert gelegt, da nichts hinzugefügt oder weggelassen werden darf, da die Auswertung des Interviews dadurch in Gewichtung und Tiefe eine Beeinflussung erfahren könnte (Trautmann, 2010).

Ebenso wurde sich langwierig und aufwendig der Formulierung der Fragen gewidmet, wobei hier auf die inhaltliche Ausdifferenzierung wie auch auf die

funktionale Ausdifferenzierung von Fragen geachtet wurde. Spezielle Beachtung fanden die Fragefehler und deren Wirkungen, da diese einen erheblichen Teil der Interviewproblematik darstellen. Bewusst wurde dabei auf Alternativfragen, auf Fragen ohne Antworterwartung, auf Floskelfragen, auf Ironiefragen, auf Suggestivfragen, auf Nötigungsfragen, auf unbeantwortbare Fragen, auf Kettenfragen sowie auf Zweifelfragen verzichtet. Ebenso kamen Fragen mit unangenehmen und/oder diskriminierenden Inhalten sowie Strukturfehler in Fragen nicht zur Anwendung. Statementfragen, Frageantworten, Rumpffragen, Ein-Wort-Fragen, über- und unterfordernde Fragen sowie „2Pluralis majestatis“ wurden bei der Interviewdurchführung zusätzlich mit Vorsicht bedacht (Trautmann, 2010).

Überdies ist bei der Gestaltung von Fragen darauf zu achten, sozial erwünschte Antworten zu vermeiden, d.h. in Folge auch, das Kind bei Äußerungen die weniger leicht fallen zu unterstützen und ermutigen. Konkrete Wörter statt abstrakte, schlichte und kurze Formulierungen sowie die Vermeidung von Verneinungen sind ebenso bei der Fragengestaltung von großer Wichtigkeit (Delfos, 2012).

7.3.2.3 Übertragung vs. Gegenübertragung

In einem Gespräch, sprich einem Interview, entwickelt sich, auch bei sich unbekannten Personen, rasch eine Beziehung. In Interviews die Erwachsene mit Kindern führen, kann eine Übertragung im Sinne einer Eltern-Kind-Beziehung bereits durch die Haltung (zum Beispiel autoritäre Haltung, ein strenger und herablassender Ton) aufgerufen werden. Das heißt in weiterer Folge, dass eine aufrichtige, interessierte Haltung sowie die Akzeptanz des Sachverstandes des Kindes als Grundsatz in Interviews mit Kindern angewandt werden. Ebenso ist die Gegenübertragung ein wichtiger Punkt dem es zu beachten gibt, damit die die Loyalität eines Kindes bezüglich der Interviewerin nicht in Frage gestellt wird (Trautmann, 2010).

7.3.2.4 Interviews mit Kindern

Grundsätzlich ist es zulässig mit Kindern ab vier Jahren Interviews durchzuführen, denn ab diesem Alter ist es dem Kind möglich grammatikalisch

vollwertige Sätze zu bilden sowie die meisten Wörter auszusprechen. Mit Kindern unter vier Jahren sind Fragegespräche im sprachlichen Sinne kaum durchführbar, da Kinder dieses Alters noch damit beschäftigt sind, sich die Sprache anzueignen (Delfos, 2012).

Um das Risiko der Suggestibilität zu kontrollieren, sind zum Ersten der Einblick in die Entwicklung des Kindes vonnöten, zweitens ist es notwendig die Kommunikationsart von Kindern zu kennen und drittens sollen die passenden Gesprächstechniken eine Selbstverständlichkeit darstellen. Wobei zu betonen ist, dass mit „Alter“ nicht nur das Geburtsalter gemeint ist, sondern vor allem dem mentalen Alter besondere Beachtung geschenkt werden sollte (Trautmann, 2010).

Um eine gute Qualität des Interviews mit Kindern zu erhalten, ist es in erster Linie von Bedeutung, dass sich die Gesprächspartner wohl fühlen und dass sich beide Seiten der wechselseitigen Ziele bewusst sind. Das Kind darf seine Meinung und Gefühle äußern und es gibt Informationen, d.h. die Informationen werden dem Kind nicht entlockt. Das Kind fühlt sich angehört und hat das Gefühl dass sein Gesagtes eine Wichtigkeit darstellt und einen guten Beitrag für den wissenschaftlichen Zweck leistet d.h. dass seine Aussagen einen Effekt haben. Eine besondere Beachtung sollte der Augenkontakt finden, Wärme, Respekt, Echtheit sowie eine zuhörende Haltung der Versuchsleiterin stellt in der Gesprächsführung eine Selbstverständlichkeit dar (Delfos, 2012). Im Interview wurde auf Aufzeichnungen im Sinne von Tonbandaufnahmen oder Videoaufzeichnungen verzichtet, es wurden ausnahmslos Notizen gemacht.

7.3.2.5 Metakommunikation

Um den Kindern die Regeln eines Gesprächs begreifbar zu machen, ist es vonnöten einige Grundregeln zu formulieren. Zu diesen Grundregeln gehört in erster Linie, das Gesprächsziel zu verdeutlichen. Die Kenntnis der Situation gibt dem Kind Macht und somit kann die Gleichwertigkeit gefördert werden (Trautmann, 2010).

Zusätzlich muss das Kind über die Absichten des Interviews, über die Ziele und den Benefit informiert werden, d.h. dem Kind wird gezeigt, dass sein Feedback gebraucht wird und einen großen Beitrag leistet. Ebenso muss das Kind wissen, dass es schweigen darf, da es die Freiheit hat, über ein Thema nicht reden zu

müssen. Zusätzlich soll das Kind versuchen zu benennen, was es empfindet um seinem Gefühl Folge zu leisten (Delfos, 2012).

Als Abschluss des Interviews ist auf eine gute Abrundung, die vorzugsweise zu gegebener Zeit bereits angekündigt wird, zu achten. Eine fehlende Abrundung, das heißt ein abrupt beendetes Gespräch, kann beim Kind das Gefühl hervorrufen dass es nun keine Aufmerksamkeit mehr wert sei oder sogar dass es für das Interview benutzt worden sei. Es ist von großer Wichtigkeit zu erkennen, dass das Kind während des Interviews einige Emotionen empfunden und sich angestrengt und eingesetzt ein gutes Interview zu führen und aus diesem Grund ist ein angemessenes Dankeschön unermesslich (Trautmann, 2010).

Das teilstandardisierte Interview beinhaltet vorbereitete, vorformulierte Fragen. Die Fragen in Klammern stellen die Fragen für Jugendliche ab 12 Jahren dar.

Beispielitems:

Dimension Verbundenheit mit der Natur, Frage 2

„Glaubst du, dass sich eine Blume wehtun kann?“

(„Glaubst du, dass eine Blume Schmerzen fühlen kann?“)

Dimension Verbundenheit mit anderen, Frage 2

„Wenn dein Freund/deine Freundin glücklich ist, wie geht es dir dabei?“

Dimension Verbundenheit mit sich selbst, Frage 3

„Wie spürst du, dass du traurig bist?“

Dimension Vertrauen, Frage 2

„Wenn du mit deinem Freund/deiner Freundin streitest, bist du dann bald wieder gut mit ihm/ihr?“

(Wenn du mit deinem Freund/deiner Freundin streitest, verträgt ihr euch bald wieder?“)

Dimension Gottesbild, Frage 2

„Was macht Gott?“

Dimension Rituale, Frage 2

„Kennst du ein Gebet?“

Dimension Tod und Sterben, Frage 1

„Was denkst du wenn im Herbst die Blätter braun werden?“

7.3.2.6 Die Verarbeitung der Interviewergebnisse

Grundsätzlich erfassen Interviews tiefer greifende, komplexe sowie persönliche und vertrauliche Informationen im Gegensatz zu Fragebögen. Mittlerweile ist es zum methodischen Standard geworden, qualitative und quantitative Methoden zur Beantwortung komplexer Fragestellungen zu ergänzen (Kallus, 2010).

7.3.2.7 Inhaltsanalytisches Auswertungsverfahren

Das vorliegende Interview zur Erhebung des religiös-spirituellen Befindens von Kindern und Jugendlichen, erforderte als qualitative Untersuchungsmethode ein inhaltsanalytisches Verfahren der Auswertung um für die weiteren statistischen Berechnungen ein ordinales Skalenniveau zu erreichen. Um diese Inhaltsanalyse durchzuführen wurde das Würzburger Verfahren der Codierung von halbstrukturiertem Interviewmaterial (WÜCI) angewandt. Das Vorgehen sieht als Ziel, verbale Daten, wie Einstellungen, Werthaltungen sowie Eigenschaften von Emotionen, des Interviews ohne größeren Informationsverlust in numerische Daten umzuwandeln. Dabei steht zwischen dem Material des Interviews und dem Raster der Auswertung eine Passung, da das System der Kategorien in Hinblick auf das konkret vorliegende Material der Analyse entwickelt wird. Mit diesem Vorgehen sind durch entsprechende Auswertungsschritte mit der qualitativen Methode der Gewinnung von Informationen quantitative Daten auf Ordinalskalenniveau verfügbar (Wittkowski, 1994).

Mit dem Begriff „Dimension“ wird ein relativ eindeutig umschriebenes Merkmal (z.B. Vertrauen) bezeichnet, die Gesamtheit der Dimensionen wird als Skalensystem bezeichnet. Mit „Kategorie“ wird der Punktwert einer Skala, sprich die Ausprägung der Intensität benannt. Somit werden ein niedriger Punktwert für eine

geringe Merkmalsausprägung und ein hoher Punktwert für eine starke Ausprägung gegeben (Nohl, 2012).

Für das vorliegende Interview wurde eine dreistufige Skala verwendet und zwar wurde für „keine Ausprägung“ der Punktwert „0“, für „mittlere Ausprägung“ der Punktwert „1“ und für „starke Ausprägung“ der Punktwert „2“ vergeben.

7.3.2.8 Prozess der Auswertung

Der Auswertungsprozess des qualitativen Interviewmaterials ist in zwei Phasen strukturiert. In der ersten Phase werden die Analyse-Einheiten gebildet und in der zweiten Phase wird die Codierung mittels Auswertungsskalen vorgenommen. An beiden Phasen war im vorliegenden Interview eine zweite Auswerterin, Mag^a. Drⁱⁿ. Ziesler Denise, Klinische- und Gesundheitspsychologin, beteiligt, um somit eine ausreichende Inter-Rater-Reliabilität zu gewährleisten. Hierbei kann die Länge einer Analyse-Einheit unterschiedlicher Natur sein, wobei eher große Analyse-Einheiten gebildet werden sollten, da auch Übergänge einen Bezug zum Thema haben können. Können keine sinnvollen Einheiten gebildet werden da zum Beispiel widersprüchliche Aussagen vorliegen, entscheidet sich die Auswerterin für das dominantere der Themen (Wittkowski, 1994).

Die Bildung von Analyse-Einheiten sowie die weiter unten beschriebene Codierung mit Auswertungsblatt bestand in Anlehnung an „Das Interview in der Psychologie“ von Wittkowski (1994) darin, dass das gesamte verbale Interviewmaterial von zwei unabhängig arbeitenden Auswerterinnen in Analyse-Einheiten, mit fortlaufenden Nummerierungen sowie mit Kurzwörtern der jeweiligen Auswertungsskala, strukturiert wurde. Konnte eine Analyse-Einheit nicht mit dem Raster des Skalensystems in Übereinstimmung gebracht werden, wurden als „nicht codierbar“ (NC) versehen.

Die Codierung der Analyse-Einheiten, d.h. die quantitative Phase der Auswertung, erfolgt mit Zustimmung des Skalenvorschlages bzw. nach Festlegung eines Punktwertes für die jeweilige Analyse-Einheit. Dieser Punktwert wird in die betreffende Zeile des Auswertungsbogens eingetragen wobei darauf geachtet werden muss das jeweils nur ein Punktwert aufscheinen darf, da jede Einheit ausschließlich einen Punktwert bekommen kann.

Unten angeführte Tabelle 2 zeigt das Beispiel einer Protokollierung anhand der Dimension „Vertrauen“ des Multidimensionalen Interviews zum religiös-spirituellen Befinden bei Kinder und Jugendliche.

Tabelle 2

Beispiel Auswertungsblatt und Codierung Dimension „Vertrauen“ des MIRSB-KiJu (aus Wittkowski, 1994, S. 157)

	Vertrauen			
AE	P	Z	NC	Z
1	2	3	√	
2	1	1		
3	1	1		
4	2	1		
5	1	1		
...				

AE = Analyse-Einheit mit fortlaufender Nummerierung; P = Punktwerte; NC = Nicht Codierbar;
Z = Zeilenlänge im Transkript

Sind alle Punktwerte eingetragen, wird für jede Versuchsperson jeder Auswertungsskala über die einzelnen Werte der Mittelwert berechnet und als Punktwert angegeben.

7.3.2.9 Gütekriterien und Skalenwerte des halbstrukturierten Interviews

Als Basis für die Erhebung der Inter-Rater-Reliabilität, der Skalenkennwerte, der kriterienbezogenen Validität und der Passung des Interviews sowie die Auswertungsskalen bildet die Auswertung des Interviewmaterials von 213 Kinder und Jugendlichen (111 Mädchen und 102 Jungen) im Alter von vier bis siebzehn Jahren für die Hauptuntersuchung und 114 Kinder und Jugendliche (61 Mädchen und 53 Jungen) der gleichen Altersspanne für die Voruntersuchung.

7.3.2.10 Inter-Rater-Reliabilität

In Anlehnung an Wittkowski (1994) werden bei der Inter-Rater-Reliabilität alle codierbaren Analyse-Einheiten berücksichtigt, damit der Grad der Übereinstimmung zwischen den beiden Auswerterinnen bei der Punktevergabe und Anwendung der Kategorien angegeben werden kann. Krippendorff's α wurde anhand von Koinzidenzmatrizen als Übereinstimmungsmaß berechnet, da dieses Maß um zufallsbedingte Übereinstimmungen beglichen ist. Durch die differenzierten Codierungen von drei Punktwerten werden adäquate Gewichtungen der Daten vorgenommen um ordinales Skalenniveau zu gewährleisten. Tabelle 3 zeigt die Übereinstimmungskoeffizienten für die codierten Einheiten des WÜCI für den MIRSB-KiJu.

Tabelle 3

Übereinstimmungskoeffizienten (Krippendorff's α) aller codierbaren Analyse-Einheiten der Würzburger Auswertungsskalen für das Interviewmaterial des MIRSB-KiJu in der Voruntersuchung

Skala	GR1	GR2	GR3	Gesamtstichprobe
VN	.81 (n = 38)	.83 (n = 38)	.81 (n = 38)	.82 (n = 114)
VA	.82 (n = 38)	.81 (n = 38)	.80 (n = 38)	.80 (n = 114)
VS	.80 (n = 38)	.82 (n = 38)	.81 (n = 38)	.83 (n = 114)
VT	.81 (n = 38)	.79 (n = 38)	.80 (n = 38)	.79 (n = 114)
GB	.79 (n = 38)	.80 (n = 38)	.81 (n = 38)	.80 (n = 114)
R	.80 (n = 38)	.78 (n = 38)	.81 (n = 38)	.79 (n = 114)
TS	.83 (n = 38)	.84 (n = 38)	.82 (n = 38)	.83 (n = 114)

Anmerkungen: Krippendorff's α ;

VN = Verbundenheit mit der Natur, VA = Verbundenheit mit anderen, VS = Verbundenheit mit sich selbst, VT = Vertrauen, GB = Gottesbild, RI = Rituale, TS = Tod und Sterben; n = Stichprobengröße

Tabelle 4

Übereinstimmungskoeffizienten (Krippendorff's α) aller codierbaren Analyse-Einheiten der Würzburger Auswertungsskalen für das Interviewmaterial des MIRSB-KiJu in der Hauptuntersuchung

Skala	GR1	GR2	GR3	Gesamtstichprobe
VN	.80 (n = 71)	.82 (n = 71)	.83 (n = 71)	.81 (n = 213)
VA	.81 (n = 71)	.83 (n = 71)	.84 (n = 71)	.78 (n = 213)
VS	.82 (n = 71)	.80 (n = 71)	.81 (n = 71)	.83 (n = 213)
VT	.79 (n = 71)	.80 (n = 71)	.81 (n = 71)	.82 (n = 213)
GB	.78 (n = 71)	.80 (n = 71)	.79 (n = 71)	.80 (n = 213)
R	.81 (n = 71)	.82 (n = 71)	.80 (n = 71)	.83 (n = 213)
TS	.84 (n = 71)	.82 (n = 71)	.83 (n = 71)	.84 (n = 213)

Anmerkungen: Krippendorff's α ;

VN = Verbundenheit mit der Natur, VA = Verbundenheit mit anderen, VS = Verbundenheit mit sich selbst, VT = Vertrauen, GB = Gottesbild, RI = Rituale, TS = Tod und Sterben; n = Stichprobengröße

7.3.2.11 Qualitätssicherung mittels Pretest

Als Grundlage für die Interviewoptimierung wurde der Einsatz eines qualitativen Pretest vorgenommen. Für die Voruntersuchung wurden 114 Kinder und Jugendliche (61 Mädchen und 53 Jungen) im Alter von vier bis siebzehn Jahren interviewt um das Ausmaß eventueller Problematiken und Schwierigkeiten mit dem Interview im Vorfeld zu beurteilen. Das Interview mit den dazugehörigen Fragen dauerte im Schnitt 45 Minuten. Um der Konzentrationsfähigkeit der jüngeren Kinder entgegen zu kommen, wurde während der Interviewsitzung Pausen eingelegt.

Die Interviews fanden ebenso wie bei der Hauptuntersuchung entweder in der psychologischen Praxis von Mag^a. Esther Edelbauer in Graz oder in der jeweiligen Wohnumgebung der Versuchspersonen statt.

Wesentliche Voraussetzungen waren ebenfalls die freiwillige Teilnahme an der Studie, das kognitive Grundverständnis bzw. das Verstehen der ProbandInneninformation und Instruktion (siehe Anhang A und C).

Eine besondere Wichtigkeit stellten wiederum die Einverständniserklärungen der Eltern bzw. Erziehungsberechtigten sowie die der Kinder und Jugendlichen dar. Die minderjährigen Kinder und Jugendlichen die das achte Lebensjahr vollendet haben, wurden neben der Zustimmung der Eltern bzw. Erziehungsberechtigten ebenfalls informiert und um die Einwilligung gefragt. Ab dem vollendeten 14. Lebensjahr wurde auch eine schriftliche Einwilligung (mit Datum und Unterschrift) eingeholt (siehe Anhang A). Da alle verwendeten Testverfahren auf Deutsch vorgegeben werden, wurde Deutsch als Muttersprache vorausgesetzt.

In Anlehnung an Häder (2015) wurde der Pretest mittels dreistufigen Ansatz durchgeführt.

Die *erste Stufe* besteht in der Beobachtung während des Interviews umso gegebenenfalls auftretende Schwierigkeiten mit den Interviewfragen zu erheben. Anzeichen für Problematiken und Unsicherheiten sind bereits in minimalen Auffälligkeiten zum Beispiel in der Mimik und Gestik der Versuchspersonen sichtbar.

Die *zweite Stufe* besteht in der Befragung zum Umgang mit dem Interview, im speziellen wird das Verständnis der Fragen, die Interviewsituation sowie abhaltende Schwierigkeiten adäquate Antworten zu geben, ermittelt.

Die *dritte Stufe* beinhaltet eine Evaluierung des Interviews um mit Hilfe der Erkenntnisse der Befragung zum Umgang, Fehler bzw. Problematiken zu verdeutlichen.

7.3.3 Z7-Religiositätsskala – „Zentralität von Religiosität“

Die Z7-Religiositätsskala, ist ein kurzer Fragebogen zu Religion, Spiritualität und Glaube und ist eine Kurzform des „Religiosität Struktur Tests“ (R-S-T). Mit dem Religiosität Struktur Test oder auch Z-Skala (Huber, 2008), wird die Zentralität von Religiosität sowie eine theoriegeleitete Diagnose verschiedener Aspekte abrahamitischer Religiosität (Judentum, Christentum, Islam) ermöglicht.

Ebenso werden mit dem R-S-T die Aspekte religiöse Sozialisation, religiöse Suche, religiöser Fundamentalismus, Religiosität als soziale Ressource, religiöse Coping-Stile, religiöse Emotionen, typische Gebets- und Erfahrungsinhalte sowie die Bereitschaft zur Vergebung erfasst.

Die Zentralitätsskala (Z-Skala) besteht aus 23 Items mit fünfstufiger Antwortmöglichkeit und umfasst das Ausmaß an Religiosität jedoch unabhängig von den Inhalten des religiösen Glaubens. Zusätzlich zeigt der R-S-T sechs Kerndimensionen der Religiosität: „Intellekt“, „Ideologie“ (Glaube), „Öffentliche Praxis“, „Private Praxis“, „Erfahrung“ und „Konsequenzen“ um die allgemeinen Sozialformen in denen Erleben und Verhalten zum Ausdruck kommen zu bezeichnen (Huber, 2008b).

Itembeispiel:

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

Antwortmöglichkeit: gar nicht – wenig – mittel – ziemlich – ziemlich sicher

7.3.4 Visuelle Analogskalen

Es wurden vier verschiedene Analogskalen zum Thema Spiritualität und Religiosität mit den Inhalten „Glaubensintensität“, „Religiositätsausmaß“, „Spiritualitätsintensität“ sowie „Verbundenheit zu einer Glaubensgemeinschaft“ vorgegeben. Eltern schätzen diese Analogskalen für sich selbst sowie für Kinder bis 11 Jahre ein, Jugendliche ab 12 Jahre schätzen die Analogskala selbständig ein.

Beispiel:

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

Pole: „überhaupt nicht gläubig“ – „sehr gläubig“

7.3.5 Instruktion Zeichnung

Erwachsene sowie Kinder und Jugendliche erhalten die Instruktion Gott zu zeichnen und auf einem anderen Blatt Papier die Familie (Eltern sowie wenn vorhanden die Geschwister) zu zeichnen. Rizzuto (1979) führte mit Patienten Interviews bezüglich „Eltern“ und „Gott“. Zusätzlich ließ sie Bilder von Gott zeichnen, um diese mit den Ergebnissen der Interviews zu vergleichen um zu der Hypothese zu gelangen, dass in der westlichen Kultur jedes Kind eine hochpersonalisierte Vorstellung von Gott ausbildet, die von den Objektbeziehungen, der Selbstrepräsentanzentwicklung sowie den Glauben seines Umfeldes abgeleitet ist.

Beispiel Instruktion Kinder:

„Ich bitte dich nun auf diesen Blatt Papier Gott zu zeichnen. Zeichne Gott so, wie du ihn dir vorstellst. Du kannst bei dieser Zeichnung nichts falsch machen.“

7.4 Soziodemographische sowie anamnestische Daten

Zur Erfassung sozioökonomischer Aspekte – wie u.a. Alter, Geschlecht, Bildung, Glaubensbekenntnis etc. wird ein Soziodemographisches Datenblatt angelehnt an das Soziodemographische-Inventar V 1.0 von Unterrainer (2010) für die ARS – Addiction Research Society) erstellt. Eltern füllen dieses Datenblatt für sich selbst sowie für Kinder bis elf Jahre aus; Jugendliche ab zwölf Jahre füllen das Datenblatt selbständig aus.

7.5 Zusätzlich verwendete Materialien

7.5.1 Einwilligungserklärung und StudienteilnehmerInneninformation

(s. Anhang A)

7.5.2 Soziodemographisches Datenblatt (s. Anhang B)

7.5.3 Allgemeine Fragebogeninstruktion (s. Anhang C)

8 ERGEBNISSE

8.1 Inferenzstatistische Auswertung

8.2 Prüfung der Verteilungsvoraussetzungen

Bezüglich Verteilungsvoraussetzungen wurden die Daten mittels Kolmogorov-Smirnov Test sowie Levene-Test geprüft und in weiterer Folge analytische Tests durchgeführt. Wurden die Voraussetzungen nicht erfüllt bzw. wurden Zusammenhänge der ordinalskalierten Variablen geprüft, wurde ein entsprechendes nonparametrisches Verfahren, der Mann-Whitney U-Test bzw. der Kruskal Wallis H-Test, eingesetzt. Die Irrtumswahrscheinlichkeit wird mit $p < .05$, $p < .01$ sowie mit $p < .001$ angegeben. Korrelationsberechnungen wurden aufgrund der Gegebenheiten der Voraussetzungen mit dem Spearman-Brown Rang Verfahren veranlasst.

8.3. Korrelationen Psychopathologische Symptomatik und religiös-spirituellen Befinden

Es wurden Korrelationen berechnet um eventuelle Zusammenhänge wie sie in den Hypothesen unter Punkt 6 dargestellt werden, zwischen Religiosität und Spiritualität, Persönlichkeit und psychischer Gesundheit sowie weiteren erhobenen Variablen festzustellen.

8.3.1 Child Behavior Checklist (CBCL/4-18)

Es besteht ein statistisch signifikanter Zusammenhang zwischen den beurteilungsübergreifenden Syndromen sozialer Rückzug, körperliche Beschwerden, Angst/Depressivität, soziale Probleme, Schizoid/Zwanghaft, Aufmerksamkeitsstörung, delinquentes Verhalten, aggressives Verhalten sowie den Skalen zu internalisierenden und externalisierenden Störungen und dem religiös-spirituellen Befinden bei Kindern und Jugendlichen des MI-RSB-KiJu. Ebenso

korreliert der Gesamtwert des Problemverhaltens der CBCL negativ mit dem religiös-spirituellen Befinden. Die einzelnen Gesamtdimensionen „Verbundenheit mit der Natur“, „Verbundenheit mit anderen“, „Verbundenheit mit sich selbst“, „Vertrauen“, „Gottesbild“ des MI-RSB-KiJu korrelieren mit allen Syndromskalen der CBCL negativ. Die Syndromskala „Delinquentes Verhalten“ zeigt sehr schwache Korrelationen mit allen Dimensionen und die Skala „Körperliche Beschwerden“ eine positive, wenn auch schwache, Korrelation mit der Dimension „Rituale“. Die Ergebnisse sind in Tabelle 5 ersichtlich.

Tabelle 5

Korrelationen zwischen psychopathologischer Symptomatik der Child Behavior Checklist und dem religiös-spirituellen Befinden in der Gesamtstichprobe der Kinder und Jugendlichen

	VN	VA	VS	VT	GB	RI	TS	MI-G
SOR (n)	-.65** (213)	-.66** (213)	-.61** (213)	-.69** (213)	-.19** (213)	-.15* (213)	-.34** (213)	-.59** (213)
KÖB (n)	-.53** (213)	-.52** (213)	-.42** (213)	-.55** (213)	-.16 (213)	.21 (213)	-.17 (213)	-.40** (213)
AND (n)	-.67** (213)	-.68** (213)	-.63** (213)	-.72** (213)	-.29** (213)	-.20** (213)	-.38** (213)	-.63** (213)
SOZ (n)	-.34** (213)	-.35** (213)	-.46** (213)	-.37** (213)	-.28** (213)	-.49** (213)	-.51** (213)	-.45** (213)
SZW (n)	-.67** (213)	-.68** (213)	-.68** (213)	-.70** (213)	-.30** (213)	-.33** (213)	-.50** (213)	-.67* (213)
AUF (n)	-.60** (213)	-.60** (213)	-.62** (213)	-.64** (213)	-.30** (213)	-.32** (213)	-.49** (213)	-.62** (213)
DEL (n)	-.14 (213)	-.18 (213)	-.21* (213)	-.19 (213)	-.04 (213)	-.26* (213)	-.25* (213)	-.28* (213)
AGG (n)	-.24* (213)	-.27* (213)	-.34** (213)	-.25* (213)	-.31** (213)	-.46** (213)	-.44** (213)	-.36** (213)
INT (n)	.63** (213)	-.64** (213)	-.60** (213)	-.68** (213)	-.27** (213)	-.20** (213)	-.35** (213)	-.59** (213)
EXT (n)	.24** (213)	-.28** (213)	-.34** (213)	-.25* (213)	-.31** (213)	-.46** (213)	-.44** (213)	-.35** (213)
CBCL (n)	-.57** (213)	-.60** (213)	-.58** (213)	-.63** (213)	-.29** (213)	-.29* (213)	-.43** (213)	-.23** (213)

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

Spearman's rho für nonparametrische Daten;

VN = Verbundenheit mit der Natur, VA = Verbundenheit mit anderen, VS = Verbundenheit mit sich selbst, VT = Vertrauen, GB = Gottesbild, RI = Rituale; TS = Tod und Sterben; SOR = Sozialer Rückzug; KÖB = Körperliche Beschwerden; AND = Angst/Depressivität; DEP = Depression; SOZ = Soziale Probleme; SZW = Schizoid/Zwanghaft; AUF = Aufmerksamkeitsstörung; DEL = Delinquentes Verhalten; AGG = Aggressives Verhalten; INT = Internalisierende Störungen, EXT = Externalisierende Störungen, CBCL = Gesamtwert Child Behavior Checklist; n = Stichprobengröße.

8.3.1.1 Child Behavior Checklist der Gruppe 4-6 jähriger Kinder

Es besteht ein statistisch signifikanter negativen Zusammenhang zwischen den beurteilungsübergreifenden Syndromen sozialer Rückzug, körperliche Beschwerden, Angst/Depressivität, soziale Probleme, Schizoid/Zwanghaft, Aufmerksamkeitsstörung, delinquentes Verhalten, aggressives Verhalten sowie den Skalen zu internalisierenden und externalisierenden Störungen und dem religiös-spirituellen Befinden in der Gruppe der vier- bis sechsjährigen Kindern. Ebenso korreliert der Gesamtwert des Problemverhaltens der CBCL negativ mit dem religiös-spirituellen Befinden. Alle einzelnen Gesamtdimensionen „Verbundenheit mit der Natur“, „Verbundenheit mit anderen“, „Verbundenheit mit sich selbst“, „Rituale“, „Vertrauen“, „Gottesbild“, „Tod und Sterben“ des MI-RSB-KiJu korrelieren mit allen Syndromskalen der CBCL negativ.

Bezüglich Analogskalen zeigt sich eine signifikant negative Korrelation zwischen allen Skalen der Kinder und dem Gesamtproblemverhalten der CBCL, besonders die visuellen Skalen „Spirituelle Intensität“ und „Verbundenheit mit kirchlicher Glaubensgemeinschaft“ verzeichnen signifikante negative Korrelationen mit allen Syndromskalen der CBCL, die Analogskalen „Glaubensintensität“ und „Ausmaß an Religiosität“ zeigen sehr schwache Korrelationen, wobei zwischen der Syndromskala „Angst und Depressivität“ kein Zusammenhang mit der Skala „Ausmaß an Religiosität“ zu sehen ist.

Die Ergebnisse der Zeichnungen der Kinder korrelieren signifikant negativ mit den Skalen „Soziale Probleme“, „Schizoid/Zwanghaft“, „Aufmerksamkeitsstörung“, „Delinquentes Verhalten“ und „Aggressives Verhalten“. Mit den Zeichnungen der Erwachsenen bestehen keine signifikanten Korrelationen.

Die Gesamtskala CBCL korreliert signifikant positiv mit den Verhaltensbeobachtungen „Aufmerksamkeit und Konzentration“, „Einstellung zur Testung“ sowie „Affekt und Stimmungslage“, mit der Beobachtung „Ungewöhnliche Verhaltensweisen“ wurden keine Zusammenhänge gefunden. Die oben genannten Korrelationen der Gruppe der vier bis sechsjährigen Kinder sind in untenstehenden Tabelle 6 bis 8 ersichtlich.

Tabelle 6

Korrelationen zwischen psychopathologischer Symptomatik der Child Behavior Checklist und dem religiös-spirituellen Befinden in der Gruppe der 4-6jährigen Kinder

	VN	VA	VS	VT	GB	RI	TS	MI-G
SOR (n)	-.74** (71)	-.73** (71)	-.69** (71)	-.73** (71)	-.21 (71)	.21 (71)	-.35** (71)	-.37** (71)
KÖB (n)	-.51** (71)	-.47** (71)	-.44** (71)	-.52** (71)	-.12 (71)	-.05 (71)	-.09 (71)	-.43** (71)
AND (n)	-.80** (71)	-.76** (71)	-.62** (71)	-.75** (71)	-.00 (71)	-.40** (71)	-.44** (71)	-.73** (71)
SOZ (n)	-.49** (71)	-.54** (71)	-.58** (71)	-.52** (71)	-.11 (71)	-.53** (71)	-.55** (71)	-.57** (71)
SZW (n)	-.75** (71)	-.75** (71)	-.74** (71)	-.75** (71)	-.15 (71)	-.40** (71)	-.44** (71)	-.73** (71)
AUF (n)	-.63** (71)	-.62** (71)	-.65** (71)	-.65** (71)	-.17 (71)	-.42** (71)	-.47** (71)	-.65** (71)
DEL (n)	-.28* (71)	-.31** (71)	-.36** (71)	-.28** (71)	-.14 (71)	-.36** (71)	-.36** (71)	-.32** (71)
AGG (n)	-.40* (71)	-.47** (71)	-.44** (71)	-.38** (71)	-.19 (71)	-.43** (71)	-.51** (71)	-.41** (71)
INT (n)	-.77** (71)	-.73** (71)	-.70** (71)	-.72** (71)	-.14 (71)	-.40** (71)	-.41** (71)	-.70** (71)
EXT (n)	.40** (71)	-.47** (71)	-.45** (71)	-.38** (71)	-.12 (71)	-.44** (71)	-.51** (71)	-.42** (71)
CBCL (n)	-.64** (71)	-.65** (71)	-.63** (71)	-.64** (71)	-.11 (71)	-.45** (71)	-.46** (71)	-.62** (71)

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

Spearman's rho für nonparametrische Daten;

VN = Verbundenheit mit der Natur, VA = Verbundenheit mit anderen, VS = Verbundenheit mit sich selbst, VT = Vertrauen, GB = Gottesbild, RI = Rituale, TS = Tod und Sterben, MI-G = MI-RSB-KiJu Gesamt; SOR = Sozialer Rückzug; KÖB = Körperliche Beschwerden; AND = Angst/Depressivität; DEP = Depression; SOZ = Soziale Probleme; SZW = Schizoid/Zwanghaft; AUF = Aufmerksamkeitsstörung; DEL = Delinquentes Verhalten; AGG = Aggressives Verhalten; INT = Internalisierende Störungen, EXT = Externalisierende Störungen, CBCL = Gesamtwert Child Behavior Checklist; n = Stichprobengröße.

Tabelle 7

Korrelationen zwischen psychopathologischer Symptomatik der Child Behavior Checklist und religiös-spirituellem Parameter in der Gruppe der 4-6-jährigen Kinder

	ZEI-E	ZEI-K	GLI	AUR	SPI	VEG
SOR (n)	.00 (71)	-.09 (71)	-.10 (71)	-.19 (71)	-.41** (71)	-.39** (71)
KÖB (n)	-.01 (71)	-.11 (71)	-.11 (71)	-.17 (71)	-.40** (71)	-.31** (71)
AND (n)	-.04 (71)	-.18 (71)	.08 (71)	.00 (71)	-.57** (71)	-.61** (71)
SOZ (n)	-.01 (71)	-.54** (71)	-.21 (71)	-.14 (71)	-.39** (71)	-.42** (71)
SZW (n)	.00 (71)	-.55** (71)	-.13 (71)	-.07 (71)	-.44** (71)	-.55** (71)
AUF (n)	.00 (71)	-.42** (71)	-.02 (71)	-.09 (71)	-.56** (71)	-.39** (71)
DEL (n)	-.03 (71)	-.31** (71)	-.13 (71)	-.14 (71)	-.62** (71)	-.57** (71)
AGG (n)	-.01 (71)	-.37** (71)	-.21 (71)	-.22 (71)	-.48** (71)	-.51** (71)
INT (n)	-.02 (71)	-.33** (71)	-.16 (71)	-.18 (71)	-.54** (71)	-.49** (71)
EXT (n)	-.01 (71)	-.27* (71)	-.03 (71)	-.07 (71)	-.43** (71)	-.47** (71)
CBC (n)	.04 (71)	-.55** (71)	-.16 (71)	-.14 (71)	-.45** (71)	-.51** (71)

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

Spearman's rho für nonparametrische Daten;

ZEI-E = Zeichnung Erwachsene, ZEI-K = Zeichnung Kinder, GI = Glaubensintensität, AR = Ausmaß Religiosität, SPI = Spirituelle Intensität, VEG = Verbundenheit Glaubensgemeinschaft; SOR = Sozialer Rückzug; KÖB = Körperliche Beschwerden; AND = Angst/Depressivität; DEP = Depression; SOZ = Soziale Probleme; SZW = Schizoid/Zwanghaft; AUF = Aufmerksamkeitsstörung; DEL = Delinquentes Verhalten; AGG = Aggressives Verhalten; INT = Internalisierende Störungen, EXT = Externalisierende Störungen, CBC = Gesamtwert Child Behavior Checklist; n = Stichprobengröße.

Tabelle 8

Korrelationen zwischen psychopathologischer Symptomatik der Child Behavior Checklist und Verhaltensbeobachtung in der Gruppe der 4-6jährigen Kinder

	AUF	EIN	AFF	UNV
CBCL	.45**	.53**	.69**	.00
(n)	(71)	(71)	(71)	(71)

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

Spearman's rho für nonparametrische Daten;

AUF = Beobachtung Aufmerksamkeit/Konzentration, EIN = Einstellung Testung, AFF = Affekt, UNV = Ungewöhnliche Verhaltensweisen, CBCL = Gesamtwert Child Behavior Checklist; n = Stichprobengröße.

8.3.1.2 Child Behavior Checklist der Gruppe 7-11jährige Kinder

Es besteht ein statistisch signifikanter negativer Zusammenhang zwischen den beurteilungsübergreifenden Syndromen sozialer Rückzug, körperliche Beschwerden, Angst/Depressivität, soziale Probleme, Schizoid/Zwanghaft, Aufmerksamkeitsstörung, aggressives Verhalten sowie den Skalen zu internalisierenden und externalisierenden Störungen und dem religiös-spirituellen Befinden in der Gruppe der sieben bis elfjährigen Kinder.

Ebenso korreliert der Gesamtwert des Problemverhaltens der CBCL negativ mit dem religiös-spirituellen Befinden. Die einzelnen Gesamtdimensionen „Verbundenheit mit der Natur“, „Verbundenheit mit anderen“, „Verbundenheit mit sich selbst“, „Vertrauen“, „Tod und Sterben“ des MI-RSB-KiJu korrelieren mit allen Syndromskalen der CBCL negativ. Einzig die Dimensionen „Rituale“ und „Gottesbild“ korrelieren mit der Syndromskala positiv.

Bezüglich Analogskalen zeigen sich signifikante negative Korrelationen besonders mit den visuellen Skalen „Spirituelle Intensität“ der Kinder und Erwachsenen sowohl mit dem Gesamtwert der CBCL wie auch den einzelnen Syndromskalen.

Die Ergebnisse der Zeichnungen der Kinder sowie die Zeichnungen der Erwachsenen zeigen keine signifikanten Korrelationen mit den Ergebnissen der CBCL.

Die Gesamtskala der CBCL korreliert signifikant positiv mit allen vier Verhaltensbeobachtungen. Die einzelnen Korrelationen zwischen den Subskalen der Child Behavior Checklist und den religiös-spirituellen Werten sind den Tabellen 9 bis 11 zu entnehmen.

Tabelle 9

Korrelationen zwischen psychopathologischer Symptomatik der Child Behavior Checklist und dem religiös-spirituellen Befinden in der Gruppe der 7-11jährigen Kinder

	VN	VA	VS	VT	GB	RI	TS	MI-G
SOR (n)	-.56** (71)	-.59** (71)	-.54** (71)	-.65** (71)	-.05 (71)	-.05 (71)	-.41** (71)	-.54** (71)
KÖB (n)	-.55** (71)	-.62** (71)	-.49** (71)	-.64** (71)	.08 (71)	.09 (71)	-.15 (71)	-.51** (71)
AND (n)	-.57** (71)	-.59** (71)	-.55** (71)	-.62** (71)	-.07 (71)	-.01 (71)	-.35** (71)	-.54** (71)
SOZ (n)	-.16 (71)	-.19 (71)	-.29* (71)	-.24* (71)	-.45** (71)	-.45** (71)	-.33** (71)	-.29* (71)
SZW (n)	-.57** (71)	-.57** (71)	-.61** (71)	-.60** (71)	-.29* (71)	-.29* (71)	-.71** (71)	-.61** (71)
AUF (n)	-.48** (71)	-.54** (71)	-.54** (71)	-.56** (71)	-.33** (71)	-.22 (71)	-.57** (71)	-.55** (71)
DEL (n)	-.13 (71)	-.12 (71)	-.13 (71)	-.10 (71)	-.08 (71)	-.07 (71)	-.05 (71)	-.12 (71)
AGG (n)	-.16 (71)	-.14 (71)	-.24* (71)	-.19 (71)	-.52** (71)	-.50** (71)	-.38** (71)	-.27* (71)
INT (n)	-.56** (71)	-.63** (71)	-.58** (71)	-.68** (71)	-.20 (71)	-.14 (71)	-.44** (71)	-.59** (71)
EXT (n)	-.16 (71)	-.14 (71)	-.24* (71)	-.19 (71)	-.52** (71)	.50** (71)	-.38** (71)	-.27* (71)
CBCL (n)	-.46** (71)	-.55** (71)	-.52** (71)	-.61** (71)	-.31** (71)	-.21 (71)	-.50** (71)	-.54** (71)

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

Spearman's rho für nonparametrische Daten;

VN = Verbundenheit mit der Natur, VA = Verbundenheit mit anderen, VS = Verbundenheit mit sich selbst, VT = Vertrauen, GB = Gottesbild, RI = Rituale; TS = Tod und Sterben; SOR = Sozialer Rückzug; KÖB = Körperliche Beschwerden; AND = Angst/Depressivität; DEP = Depression; SOZ = Soziale Probleme; SZW = Schizoid/Zwanghaft; AUF = Aufmerksamkeitsstörung; DEL = Delinquentes Verhalten; AGG = Aggressives Verhalten; INT = Internalisierende Störungen, EXT = Externalisierende Störungen, CBCL = Gesamtwert Child Behavior Checklist; n = Stichprobengröße.

Tabelle 10

Korrelationen zwischen psychopathologischer Symptomatik der Child Behavior Checklist und religiös-spirituellen Parameter in der Gruppe der 7-11jährigen Kinder

	ZEI-E	ZEI-K	GLI	AUR	SPI	VEG
SOR (n)	.00 (71)	.09 (71)	.10 (71)	-.19 (71)	-.45** (71)	-.19 (71)
KÖB (n)	.00 (71)	.00 (71)	-.11 (71)	-.17 (71)	-.42** (71)	-.21 (71)
AND (n)	.00 (71)	.18 (71)	.08 (71)	.00 (71)	-.56** (71)	-.21 (71)
SOZ (n)	.01 (71)	.00 (71)	-.21 (71)	-.14 (71)	-.37** (71)	-.22 (71)
SZW (n)	.00 (71)	.00 (71)	-.13 (71)	-.07 (71)	-.49** (71)	-.25 (71)
AUF (n)	.00 (71)	.00 (71)	-.02 (71)	-.09 (71)	-.53** (71)	-.29 (71)
DEL (n)	.03 (71)	.00 (71)	-.13 (71)	-.14 (71)	-.67** (71)	-.27 (71)
AGG (n)	.00 (71)	.00 (71)	-.21 (71)	-.22 (71)	-.43** (71)	-.11 (71)
INT (n)	.08 (71)	.00 (71)	-.16 (71)	-.18 (71)	-.57** (71)	-.19 (71)
EXT (n)	.02 (71)	.00 (71)	-.03 (71)	-.07 (71)	-.41** (71)	-.17 (71)
CBC (n)	.04 (71)	.00 (71)	-.16 (71)	-.14 (71)	-.55** (71)	-.19 (71)

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

Spearman's rho für nonparametrische Daten;

ZEI-E = Zeichnung Erwachsene, ZEI-K = Zeichnung Kinder, GI = Glaubensintensität, AR = Ausmaß Religiosität, SPI = Spirituelle Intensität, VEG = Verbundenheit Glaubensgemeinschaft; SOR = Sozialer Rückzug; KÖB = Körperliche Beschwerden; AND = Angst/Depressivität; DEP = Depression; SOZ = Soziale Probleme; SZW = Schizoid/Zwanghaft; AUF = Aufmerksamkeitsstörung; DEL = Delinquentes Verhalten; AGG = Aggressives Verhalten; INT = Internalisierende Störungen, EXT = Externalisierende Störungen, CBC = Gesamtwert Child Behavior Checklist; n = Stichprobengröße.

Tabelle 11

Korrelationen zwischen psychopathologischer Symptomatik der Child Behavior Checklist und Verhaltensbeobachtung in der Gruppe der 7-11jährigen Kinder

	AUF	EIN	AFF	UNV
CBCL	.31**	.29*	.36**	.21
(n)	(71)	(71)	(71)	(71)

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

Spearman's rho für nonparametrische Daten;

AUF = Beobachtung Aufmerksamkeit/Konzentration, EIN = Einstellung Testung, AFF = Affekt, UNV = Ungewöhnliche Verhaltensweisen, CBCL = Gesamtwert Child Behavior Checklist; n = Stichprobengröße.

8.3.1.3 Child Behavior Checklist der Gruppe 12-17jähriger Jugendliche

Es besteht ein statistisch signifikanter negativer Zusammenhang zwischen den beurteilungsübergreifenden Syndromen sozialer Rückzug, körperliche Beschwerden, Angst/Depressivität, soziale Probleme, Schizoid/Zwanghaft, Aufmerksamkeitsstörung, aggressives Verhalten sowie den Skalen zu internalisierenden und externalisierenden Störungen und dem religiös-spirituellen Befinden in der Gruppe der 12 bis 17jährigen Jugendlichen. Ebenso korreliert der Gesamtwert des Problemverhaltens der CBCL negativ mit dem religiös-spirituellen Befinden. Die einzelnen Gesamtdimensionen „Verbundenheit mit der Natur“, „Verbundenheit mit anderen“, „Verbundenheit mit sich selbst“, „Vertrauen“, „Tod und Sterben“, „Gottesbild“ des MI-RSB-KiJu korrelieren mit allen Syndromskalen der CBCL negativ. Die Dimensionen „Rituale“ sowie „Tod und Sterben“ korrelieren mit der Skala „körperliche Beschwerden positiv.

Bezüglich Analogskalen zeigen sich signifikant negative Korrelationen

besonders zwischen den Skalen „Spirituelle Intensität“, „Ausmaß an Religiosität“ und „Glaubensintensität“ der Jugendlichen mit allen Syndromskalen sowie dem Gesamtproblemverhalten der CBCL.

Die Ergebnisse der Zeichnungen der Jugendlichen zeigen einzig eine signifikant positive Korrelation mit der Skala „Angst/Depressivität“, mit allen anderen Skalen des CBCL bestehen keine signifikanten Korrelationen. Die Zeichnungen der Erwachsenen zeigen keine Korrelationen mit anderen Variablen.

Die Gesamtskala der CBCL korreliert signifikant positiv mit allen vier Verhaltensbeobachtungen.

Die einzelnen Korrelationen zwischen den Subskalen der Child Behavior Checklist religiös-spirituellen Werten sind den Tabelle 12-14 zu entnehmen.

Tabelle 12

Korrelationen zwischen psychopathologischer Symptomatik der Child Behavior Checklist und dem religiös-spirituellen Befinden in der Gruppe der 12-17jährigen Jugendlichen

	VN	VA	VS	VT	GB	RI	TS	MI-G
SOR (n)	-.66** (71)	-.66** (71)	-.60** (71)	-.71** (71)	-.68** (71)	-.15* (71)	-.28* (71)	-.58** (71)
KÖB (n)	-.54** (71)	-.50** (71)	-.35** (71)	-.56** (71)	-.40** (71)	.35** (71)	.21 (71)	-.34** (71)
AND (n)	-.67** (71)	-.67** (71)	-.63** (71)	-.76** (71)	-.75** (71)	-.17 (71)	-.30* (71)	-.63** (71)
SOZ (n)	-.32** (71)	-.29* (71)	-.44** (71)	-.33** (71)	-.53** (71)	-.56** (71)	-.53** (71)	-.48** (71)
SZW (n)	-.70** (71)	-.70** (71)	-.69** (71)	-.75** (71)	-.75** (71)	-.17 (71)	-.40** (71)	-.68* (71)
AUF (n)	-.66** (71)	-.64** (71)	-.68** (71)	-.72** (71)	-.75** (71)	-.26* (71)	-.45** (71)	-.67** (71)
DEL (n)	.13 (71)	.13 (71)	.13 (71)	.10 (71)	.09 (71)	.06 (71)	.08 (71)	-.13** (71)
AGG (n)	-.16 (71)	-.16 (71)	-.34** (71)	-.09 (71)	-.34** (71)	-.38** (71)	-.41** (71)	-.31** (71)
INT (n)	-.59** (71)	-.57** (71)	-.53** (71)	-.66** (71)	-.68** (71)	.03 (71)	-.21 (71)	-.53** (71)
EXT (n)	.16 (71)	-.16 (71)	-.34** (71)	-.09 (71)	-.34** (71)	-.38** (71)	-.41** (71)	-.30** (71)
CBCL (n)	-.60** (71)	-.60** (71)	-.62** (71)	-.66** (71)	-.72** (71)	-.15 (71)	-.41** (71)	-.61** (71)

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

Spearman's rho für nonparametrische Daten;

VN = Verbundenheit mit der Natur, VA = Verbundenheit mit anderen, VS = Verbundenheit mit sich selbst, VT = Vertrauen, GB = Gottesbild, RI = Rituale; TS = Tod und Sterben, MI-G = MIRSB-KiJu Gesamt; SOR = Sozialer Rückzug; KÖB = Körperliche Beschwerden; AND = Angst/Depressivität; DEP = Depression; SOZ = Soziale Probleme; SZW = Schizoid/Zwanghaft; AUF = Aufmerksamkeitsstörung; DEL = Delinquentes Verhalten; AGG = Aggressives Verhalten; INT = Internalisierende Störungen, EXT = Externalisierende Störungen, CBCL = Gesamtwert Child Behavior Checklist; n = Stichprobengröße.

Tabelle 13

Korrelationen zwischen psychopathologischer Symptomatik der Child Behavior Checklist und religiös-spirituellem Parameter in der Gruppe der 12-17jährigen Jugendlichen

	ZEI-E	ZEI-J	GLI	AUR	SPI	VEG
SOR (n)	.00 (71)	-.09 (71)	-.21* (71)	-.19 (71)	-.45** (71)	-.27* (71)
KÖB (n)	.00 (71)	-.19 (71)	-.29* (71)	-.29* (71)	-.42** (71)	-.44** (71)
AND (n)	.00 (71)	.38** (71)	-.31** (71)	-.31** (71)	-.56** (71)	-.21* (71)
SOZ (n)	-.01 (71)	-.00 (71)	-.33** (71)	-.44** (71)	-.37** (71)	-.22* (71)
SZW (n)	.00 (71)	-.11 (71)	-.32** (71)	-.37** (71)	-.49** (71)	-.25* (71)
AUF (n)	.00 (71)	-.03 (71)	-.37** (71)	-.21* (71)	-.53** (71)	-.29* (71)
DEL (n)	-.03 (71)	-.04 (71)	-.41** (71)	-.29* (71)	-.67** (71)	-.27* (71)
AGG (n)	.00 (71)	-.13 (71)	-.21* (71)	-.28* (71)	-.43** (71)	-.31* (71)
INT (n)	-.05 (71)	-.21 (71)	-.39** (71)	-.31** (71)	-.57** (71)	-.39* (71)
EXT (n)	-.02 (71)	-.18 (71)	-.25* (71)	-.32** (71)	-.41** (71)	-.27* (71)
CBC (n)	.03 (71)	-.21 (71)	-.35** (71)	-.39** (71)	-.55** (71)	-.31** (71)

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

Spearman's rho für nonparametrische Daten;

ZEI-E = Zeichnung Erwachsene, ZEI-K = Zeichnung Kinder, GI = Glaubensintensität, AR = Ausmaß Religiosität, SPI = Spirituelle Intensität, VEG = Verbundenheit Glaubensgemeinschaft; SOR = Sozialer Rückzug; KÖB = Körperliche Beschwerden; AND = Angst/Depressivität; DEP = Depression; SOZ = Soziale Probleme; SZW = Schizoid/Zwanghaft; AUF = Aufmerksamkeitsstörung; DEL = Delinquentes Verhalten; AGG = Aggressives Verhalten; INT = Internalisierende Störungen, EXT = Externalisierende Störungen, CBC = Gesamtwert Child Behavior Checklist; n = Stichprobengröße.

Tabelle 14

Korrelationen zwischen psychopathologischer Symptomatik der Child Behavior Checklist und Verhaltensbeobachtung in der Gruppe der 7-11jährigen Kinder

	AUF	EIN	AFF	UNV
CBCL	.33**	.39*	.29*	.26*
(n)	(71)	(71)	(71)	(71)

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

Spearman's rho für nonparametrische Daten;

AUF = Beobachtung Aufmerksamkeit/Konzentration, EIN = Einstellung Testung, AFF = Affekt,

UNV = Ungewöhnliche Verhaltensweisen, CBCL = Gesamtwert Child Behavior Checklist; n = Stichprobengröße.

8.3.2 Diagnostik-System (DISYPS-II) Gesamtgruppe

Das Diagnostik-System für psychische Störungen im Kindes- und Jugendalter nach ICD-10/DSM-IV (DISYPS-II) in der Gesamtgruppe Kinder und Jugendliche zeigt einen signifikant negativen Zusammenhang zwischen dem Gesamtwert des MI-RSB-KiJu und den Skalen Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörungen, Angst- und Zwangsstörungen, Störungen des Sozialverhaltens sowie Depressive Störungen. Mit Tiefgreifenden Entwicklungsstörungen sowie Störungen sozialer Funktionen, Bindungsstörungen und Mutismus ist kein Zusammenhang erkennbar. Die Ergebnisse sind aus Tabelle 15 zu entnehmen.

Tabelle 15

Korrelationen zwischen psychopathologischer Symptomatik des DISYPS-II in der Gesamtstichprobe der Kinder und Jugendlichen

	VN	VA	VS	VT	GB	RI	TS	MI-G
AHY	-.24*	-.29**	-.36**	-.35**	-.40**	-.58**	-.56**	-.14
(n)	(213)	(213)	(213)	(213)	(213)	(213)	(213)	(213)
ANG	-.29**	-.32*	-.23*	-.47**	-.26**	-.21	-.15	-.37**
(n)	(213)	(213)	(213)	(213)	(213)	(213)	(213)	(213)
SOZ	-.12	-.17	-.23*	-.27**	-.44**	-.58**	-.54**	-.39**
(n)	(213)	(213)	(213)	(213)	(213)	(213)	(213)	(213)
DEP	-.44**	-.45**	-.40**	-.54*	-.30**	-.19	-.29*	-.48**
(n)	(213)	(213)	(213)	(213)	(213)	(213)	(213)	(213)
TIE	.00	.00	.00	.00	.00	.00	.00	.00
(n)	(213)	(213)	(213)	(213)	(213)	(213)	(213)	(213)
BIN	.00	.00	.00	.00	.00	.00	.00	.00
(n)	(213)	(213)	(213)	(213)	(213)	(213)	(213)	(213)
MUT	.00	.00	.00	.00	.00	.00	.00	.00
(n)	(213)	(213)	(213)	(213)	(213)	(213)	(213)	(213)

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

Spearman's rho für nonparametrische Daten;

VN = Verbundenheit mit der Natur, VA = Verbundenheit mit anderen, VS = Verbundenheit mit sich selbst,

VT = Vertrauen, GB = Gottesbild, RI = Rituale, TS = Tod und Sterben, AHY = Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörungen, ANG = Angststörungen, SOZ = Störungen des Sozialverhaltens, DEP = Depressive Störungen, TIE = Tiefgreifende Entwicklungsstörungen; BIN = Bindungsstörung, MUT = Mutismus;

n = Stichprobengröße.

8.3.2.1 Diagnostik-System psychischer Störungen 4-6 jährige Kinder

Es besteht ein signifikant negativer Zusammenhang zwischen dem Gesamtwert des MI-RSB-KiJu und den Skalen „Störungen des Sozialverhaltens“ sowie „Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörungen“.

Mit Tiefgreifenden Entwicklungsstörungen sowie Störungen sozialer Funktionen, d.h. Bindungsstörungen und Mutismus ist kein Zusammenhang erkennbar. Signifikante negative Korrelationen bestehen zwischen den Dimensionen des MI-RSB-KiJu „Verbundenheit mit sich selbst“, „Rituale“ und „Tod und Sterben“ und der Skala „Störungen des Sozialverhaltens“; signifikante positive Korrelationen bestehen mit den Dimensionen „Rituale“ und „Tod und Sterben“ und der Skala „Angst- und Zwangsstörungen“ sowie der Dimension „Rituale“ und der Skala „Depressive Störungen“.

Ein negativer signifikanter Zusammenhang zeigt sich zwischen der Skala „Depressive Störungen“ und dem Ergebnis der Instruktion Gott und Familie zu zeichnen.

Zusätzlich konnten signifikant negative Korrelationen zwischen der Skala „Störungen des Sozialverhaltens“ und der visuellen Analogskala „Glaubensintensität“ sowie den Skalen „Aufmerksamkeits-/Hyperaktivitätsstörung“ und „Störungen des Sozialverhaltens“ und der visuellen Analogskala „Ausmaß an Religiosität“ gefunden werden. Die Ergebnisse der oben genannten Korrelationen sind in untenstehenden Tabellen 16 und 17 ersichtlich.

Tabelle 16

Korrelationen zwischen psychopathologischer Symptomatik des DISYPS-II und des religiös-spirituellen Befindens in der Gruppe der 4-6jährigen Kinder

	VN	VA	VS	VT	GB	RI	TS	MI-G
AHY	-.01	-.22*	-.24*	-.04	-.11	-.16	-.05	-.23*
(n)	(71)	(71)	(71)	(71)	(71)	(71)	(71)	(71)
ANG	-.11	-.09	-.12	-.08	-.04	.27*	.28*	-.18
(n)	(71)	(71)	(71)	(71)	(71)	(71)	(71)	(71)
SOZ	-.11	-.21	-.42**	-.16	-.08	-.38*	-.41**	-.29*
(n)	(71)	(71)	(71)	(71)	(71)	(71)	(71)	(71)
DEP	-.17	-.11	-.13	-.16	-.17	.28*	-.19	-.20
(n)	(71)	(71)	(71)	(71)	(71)	(71)	(71)	(71)
TIE	.00	.00	.00	.00	.00	.00	.00	.00
(n)	(71)	(71)	(71)	(71)	(71)	(71)	(71)	(71)
BIN	.00	.00	.00	.00	.00	.00	.00	.00
(n)	(71)	(71)	(71)	(71)	(71)	(71)	(71)	(71)
MUT	.00	.00	.00	.00	.00	.00	.00	.00
(n)	(71)	(71)	(71)	(71)	(71)	(71)	(71)	(71)

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

Spearman's rho für nonparametrische Daten;

VN = Verbundenheit mit der Natur, VA = Verbundenheit mit anderen, VS = Verbundenheit mit sich selbst, VT = Vertrauen, GB = Gottesbild, RI = Rituale, TS = Tod und Sterben, AHY = Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörungen, ANG = Angststörungen, SOZ = Störungen des Sozialverhaltens, DEP = Depressive Störungen, TIE = Tiefgreifende Entwicklungsstörungen; BIN = Bindungsstörung, MUT = Mutismus;

n = Stichprobengröße.

Tabelle 17

Korrelationen zwischen psychopathologischer Symptomatik des DISYPS-II und religiös-spirituellen Parametern in der Gruppe der 4-6jährigen Kinder

	ZEI	GI	AR	SI	VG
AHY	.15	-.08	-.38**	-.05	-.11
(n)	(71)	(71)	(71)	(71)	(71)
ANG	-.07	-.13	-.14	-.19	-.22
(n)	(71)	(71)	(71)	(71)	(71)
SOZ	-.11	-.31**	-.38**	-.07	-.14
(n)	(71)	(71)	(71)	(71)	(71)
DEP	-.36*	-.13	-.18	-.16	-.21
(n)	(71)	(71)	(71)	(71)	(71)
TIE	.00	.00	.00	.00	.00
(n)	(71)	(71)	(71)	(71)	(71)
BIN	.00	.00	.00	.00	.00
(n)	(71)	(71)	(71)	(71)	(71)
MUT	.00	.00	.00	.00	.00
(n)	(71)	(71)	(71)	(71)	(71)

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

Spearman's rho für nonparametrische Daten;

ZEI = Zeichnungen Gott und Familie Kinder; GI = Glaubensintensität, AR = Ausmaß Religiosität, SI = Intensität Spiritualität, VG = Verbundenheit mit Glaubensgemeinschaft; AHY = Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörungen, ANG = Angststörungen, SOZ = Störungen des Sozialverhaltens, DEP = Depressive Störungen, TIE = Tiefgreifende Entwicklungsstörungen; BIN = Bindungsstörung, MUT = Mutismus;

n = Stichprobengröße.

8.3.2.2 Diagnostik-System psychischer Störungen 7-11jährige Kinder

Es besteht eine signifikant negative Korrelation zwischen dem Gesamtwert des MI-RSB-KiJu und den Skalen Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörungen, Angst- und Zwangsstörungen, Störungen des Sozialverhaltens sowie Depressive Störungen. Mit Tiefgreifenden Entwicklungsstörungen sowie Störungen sozialer Funktionen, d.h. Bindungsstörungen und Mutismus ist kein Zusammenhang erkennbar. Signifikante negative Korrelationen bestehen zwischen den „MI-RSB-KiJu“ Dimensionen „Gottesbild“, „Rituale“ und „Tod und Sterben“ und der Skala „Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörungen“ sowie den Dimensionen „Verbundenheit mit der Natur“, „Verbundenheit mit anderen“, „Verbundenheit mit sich selbst“, „Vertrauen“, „Tod und Sterben“ und der Skala „Angst- und Zwangsstörungen“ sowie der Skala „Depressive Störungen“. Mit dem Ergebnis der Instruktion „Gott und Familie zeichnen“ sind keine nennenswerten Zusammenhänge ersichtlich.

Die visuellen Analogskalen „Glaubensintensität“ und „Spirituelle Intensität“ zeigen signifikant negative Korrelationen mit den Skalen „Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörungen“, „Depressive Störungen“, „Störungen des Sozialverhaltens“ sowie „Angst- und Zwangsstörungen“. Die visuelle Analogskala „Verbundenheit mit kirchlicher Glaubengemeinschaft“ verzeichnet einen signifikant negativen Zusammenhang mit den Skalen „Depressive Störungen“ und „Angst- und Zwangsstörungen“. Mit der Analogskala „Ausmaß an Religiosität“ sind signifikant positive Korrelationen mit den Skalen „Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörungen“, „Störungen des Sozialverhaltens“, „Angst- und Zwangsstörungen“ sowie „Depressive Störungen“ zu sehen. Die einzelnen Zusammenhänge sind in den Tabellen 18 und 19 ersichtlich.

Tabelle 18

Korrelationen zwischen psychopathologischer Symptomatik des DISYPS-II und des religiös-spirituellen Befindens in der Gruppe der 7-11jährigen Kinder

	VN	VA	VS	VT	GB	RI	TS	MI-G
AHY	-.19	-.18	-.16	-.17	-.32**	-.36**	-.23*	-.33**
(n)	(71)	(71)	(71)	(71)	(71)	(71)	(71)	(71)
ANG	-.48**	-.30**	-.44**	-.29*	-.22	-.18	-.31**	-.38**
(n)	(71)	(71)	(71)	(71)	(71)	(71)	(71)	(71)
SOZ	-.19	-.12	-.09	-.17	-.16	-.13	-.02	-.16
(n)	(71)	(71)	(71)	(71)	(71)	(71)	(71)	(71)
DEP	-.31**	-.32**	-.41**	-.21*	-.11	-.14	-.19	-.30**
(n)	(71)	(71)	(71)	(71)	(71)	(71)	(71)	(71)
TIE	.00	.00	.00	.00	.00	.00	.00	.00
(n)	(71)	(71)	(71)	(71)	(71)	(71)	(71)	(71)
BIN	.00	.00	.00	.00	.00	.00	.00	.00
(n)	(71)	(71)	(71)	(71)	(71)	(71)	(71)	(71)
MUT	.00	.00	.00	.00	.00	.00	.00	.00
(n)	(71)	(71)	(71)	(71)	(71)	(71)	(71)	(71)

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

Spearman's rho für nonparametrische Daten;

VN = Verbundenheit mit der Natur, VA = Verbundenheit mit anderen, VS = Verbundenheit mit sich selbst,

VT = Vertrauen, GB = Gottesbild, RI = Rituale, TS = Tod und Sterben, AHY = Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörungen, ANG = Angststörungen, SOZ = Störungen des Sozialverhaltens, DEP = Depressive Störungen, TIE = Tiefgreifende Entwicklungsstörungen; BIN = Bindungsstörung, MUT = Mutismus;

n = Stichprobengröße.

Tabelle 19

Korrelationen zwischen psychopathologischer Symptomatik des DISYPS-II und religiös-spirituellen Parametern in der Gruppe der 7-11jährigen Kinder

	ZEI	GI	AR	SI	VG
AHY	-.01	-.44**	.38*	-.39**	-.09
(n)	(71)	(71)	(71)	(71)	(71)
ANG	-.13	-.39**	.31**	-.41**	-.37**
(n)	(71)	(71)	(71)	(71)	(71)
SOZ	-.09	-.31**	.42**	-.44**	-.16
(n)	(71)	(71)	(71)	(71)	(71)
DEP	-.11	-.32**	.28**	-.36**	-.29**
(n)	(71)	(71)	(71)	(71)	(71)
TIE	.00	.00	.00	.00	.00
(n)	(71)	(71)	(71)	(71)	(71)
BIN	.00	.00	.00	.00	.00
(n)	(71)	(71)	(71)	(71)	(71)
MUT	.00	.00	.00	.00	.00
(n)	(71)	(71)	(71)	(71)	(71)

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

Spearman's rho für nonparametrische Daten;

ZEI = Zeichnungen Gott und Familie Kinder; GI = Glaubensintensität, AR = Ausmaß Religiosität, SI = Intensität Spiritualität, VG = Verbundenheit mit Glaubensgemeinschaft; AHY = Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörungen, ANG = Angststörungen, SOZ = Störungen des Sozialverhaltens, DEP = Depressive Störungen, TIE = Tiefgreifende Entwicklungsstörungen; BIN = Bindungsstörungen, MUT = Mutismus; n = Stichprobengröße.

8.3.2.3 Diagnostik-System psychischer Störungen 12-17jährige Jugendliche

Es besteht ein signifikant negativer Zusammenhang zwischen dem Gesamtwert des MI-RSB-KiJu und den Skalen Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörungen, Angststörungen, Störungen des Sozialverhaltens sowie Depressive Störungen. Mit Zwangsstörungen, Tiefgreifende Entwicklungsstörungen, Störungen sozialer Funktionen, d.h. Bindungsstörungen und Mutismus ist kein Zusammenhang erkennbar.

Signifikante negative Korrelationen bestehen zwischen allen Dimensionen des MI-RSB-KiJu und der Skala „Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörungen“, den Dimensionen „Verbundenheit mit sich selbst“, „Gottesbild“, „Rituale“ und „Tod und Sterben“ und der Skala „Störungen des Sozialverhaltens“. Zusätzlich zeigen sich signifikant negative Korrelationen zwischen allen Dimensionen des MI-RSB-KiJu und den Skalen „Angst- und Zwangsstörungen“ sowie „Depressive Störungen“, hier bildet einzig die Dimension „Rituale“ eine Ausnahme, da sie keine Zusammenhänge mit den beiden Skalen aufweist.

Mit dem Ergebnis der Instruktion „Gott und Familie zeichnen“ sind keine nennenswerten Zusammenhänge ersichtlich.

Die visuellen Analogskalen „Glaubensintensität“ zeigt eine signifikant negative Korrelation mit den Skalen „Angst- und Zwangsstörungen“ und „Depressive Störungen“. Mit der Analogskala „Ausmaß an Religiosität“ sind signifikant negative Korrelationen mit den Skalen „Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörungen“, „Störungen des Sozialverhaltens“, „Angst- und Zwangsstörungen“ sowie „Depressive Störungen“ zu sehen. Die Analogskala „Spirituelle Intensität“ zeigt hohe negative Korrelationen mit den Skalen „Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörungen“, „Depressive Störungen“ sowie „Störungen des Sozialverhaltens“ und die visuelle Analogskala „Verbundenheit mit kirchlicher Glaubengemeinschaft“ verzeichnet einen signifikant negativen Zusammenhang mit den Skalen „Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörungen“ und „Störungen des Sozialverhaltens“ und einen signifikant positiven Zusammenhang mit „Angst- und Zwangsstörungen“. Die Ergebnisse sind in den Tabellen 20 und 21 ersichtlich.

Tabelle 20

Korrelationen zwischen psychopathologischer Symptomatik des DISYPS-II und des religiös-spirituellen Befindens in der Gruppe der 12-17jährigen Jugendlichen

	VN	VA	VS	VT	GB	RI	TS	MI-G
AHY (n)	-.41* (71)	-.32** (71)	-.45** (71)	-.28* (71)	-.36** (71)	-.34* (71)	-.39* (71)	-.38** (71)
ANG (n)	-.51* (71)	-.37** (71)	-.54** (71)	-.48* (71)	-.42** (71)	-.16 (71)	-.39** (71)	-.48** (71)
SOZ (n)	-.49** (71)	-.31** (71)	-.42** (71)	-.27 (71)	-.51** (71)	-.41* (71)	-.38** (71)	-.41** (71)
DEP (n)	-.47** (71)	-.42** (71)	-.58** (71)	-.41* (71)	-.37** (71)	-.18 (71)	-.43** (71)	-.49** (71)
TIE (n)	.00 (71)	.00 (71)	.00 (71)	.00 (71)	.00 (71)	.00 (71)	.00 (71)	.00 (71)
BIN (n)	.00 (71)	.00 (71)	.00 (71)	.00 (71)	.00 (71)	.00 (71)	.00 (71)	.00 (71)
MUT (n)	.00 (71)	.00 (71)	.00 (71)	.00 (71)	.00 (71)	.00 (71)	.00 (71)	.00 (71)

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

Spearman's rho für nonparametrische Daten;

VS = Verbundenheit mit sich selbst, VA = Verbundenheit mit anderen, VN = Verbundenheit mit der Natur, VT = Vertrauen, GB = Gottesbild, RI = Rituale, TS = Tod und Sterben, AHY = Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörungen, ANG = Angststörungen, SOZ = Störungen des Sozialverhaltens, DEP = Depressive Störungen, TIE = Tiefgreifende Entwicklungsstörungen; BIN = Bindungsstörungen, MUT = Mutismus; n = Stichprobengröße.

Tabelle 21

Korrelationen zwischen psychopathologischer Symptomatik des DISYPS-II und religiös-spirituellen Parametern in der Gruppe der 12-17jährigen Jugendlichen

	ZEI	GI	AR	SI	VG
AHY	-.19	-.18	-.46**	-.57**	-.52**
(n)	(71)	(71)	(71)	(71)	(71)
ANG	-.18	-.40**	-.54**	-.19*	.22*
(n)	(71)	(71)	(71)	(71)	(71)
SOZ	-.19	-.31**	-.42**	-.59**	-.48**
(n)	(71)	(71)	(71)	(71)	(71)
DEP	-.17	-.52**	-.58**	-.46**	-.21*
(n)	(71)	(71)	(71)	(71)	(71)
TIE	.00	.00	.00	.00	.00
(n)	(71)	(71)	(71)	(71)	(71)
BIN	.00	.00	.00	.00	.00
(n)	(71)	(71)	(71)	(71)	(71)
MUT	.00	.00	.00	.00	.00
(n)	(71)	(71)	(71)	(71)	(71)

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

Spearman's rho für nonparametrische Daten;

ZEI = Zeichnungen Gott und Familie Kinder; GI = Glaubensintensität, AR = Ausmaß Religiosität, SI = Intensität Spiritualität, VG = Verbundenheit mit Glaubensgemeinschaft; AHY = Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörungen, ANG = Angststörungen, SOZ = Störungen des Sozialverhaltens, DEP = Depressive Störungen, TIE = Tiefgreifende Entwicklungsstörungen; BIN = Bindungsstörungen, MUT = Mutismus; n = Stichprobengröße.

8.4 Korrelationen Persönlichkeitsstruktur und religiös-spirituelles Befinden

8.4.1 Junior Temperament und Charakter Inventar 4-6 jährige Kinder

Es besteht ein positiver Zusammenhang zwischen der Gesamtskala „Belohnungsabhängigkeit“, „Beharrungsvermögen“, „Selbstlenkungsfähigkeit“, „Kooperativität“, „Selbsttranszendenz“ sowie der Gesamtskala der MI-RSB-KiJu. Ein negativer Zusammenhang besteht zwischen der Gesamtskala „Neugierverhalten“, „Schadensvermeidung“ sowie der Gesamtskala der MI-RSB-KiJu. Zusätzliche Korrelationen zeigen negative Zusammenhänge zwischen den Subskalen „Explorative Erregbarkeit“, „Impulsivität“, „Extravaganz“, „Regellosigkeit“ der Skala „Neugierverhalten“; „Zukunftssorgen“, „Angst vor dem Ungewissen“, „Ermüdbarkeit“ der Skala „Schadensvermeidung“ sowie „Zielbewusstheit“ der Skala „Selbstlenkungsfähigkeit“ und dem MI-RSB-KiJu. Positive Zusammenhänge werden gezeigt mit der Subskala „Schüchternheit“ der Skala „Schadensvermeidung“, den Subskalen „Empfindsamkeit“, „Bindung“, „Abhängigkeit“ der Skala „Belohnungsabhängigkeit“, den Subskalen „Beständigkeit“, „Perfektionismus“ der Skala „Beharrungsvermögen“, der Subskala „Selbstakzeptanz“ der Skala „Selbstlenkungsfähigkeit“, den Subskalen „Soziale Akzeptanz“, „Einfühlungsvermögen/Empathie“ der Skala „Kooperativität“ sowie den Subskalen „Fantasie“ und „Spiritualität“ der Skala Selbsttranszendenz und dem MI-RSB-KiJu.

Bezüglich der visuellen Analogskalen sind signifikant negative Korrelationen zwischen der Skala „Spirituelle Intensität“ und „Glaubensintensität“ der Erwachsenen und den Skalen „Schadensvermeidung“ und „Neugierverhalten“ zu sehen, mit allen anderen Skalen des JTCI signifikant positive Zusammenhänge. Zwischen der Skala „Ausmaß an Religiosität“ der Erwachsenen und den Skalen des JTCI bestehen lediglich schwache nicht signifikante Korrelationen. Die Analogskalen „Spirituelle Intensität“ und „Verbundenheit mit kirchlicher Glaubensgemeinschaft“ der Kinder zeigen signifikant negative Korrelationen mit den Skalen „Neugierverhalten“ und „Schadensvermeidung“, mit allen anderen Skalen signifikant positive Zusammenhänge. Zwischen den Skalen „Glaubensintensität“ und „Ausmaß an Religiosität“ der Kinder und den Skalen des JTCI bestehen lediglich schwache nicht signifikante Korrelationen.

Die Ergebnisse der Zeichnungen der Kinder zeigen einzig eine signifikant negative Korrelation mit der Skala „Beharrungsvermögen“, mit allen anderen Skalen des JTCl bestehen keine signifikanten Korrelationen. Zwischen den Zeichnungen der Erwachsenen zeigt sich eine signifikant positive Korrelation mit der Skala „Neugierverhalten“ und ein signifikant negativer Zusammenhang mit „Beharrungsvermögen, mit allen anderen Skalen bestehen keine nennenswerten Zusammenhänge. Die Ergebnisse sind den Tabellen 22 bis 26 zu entnehmen.

Tabelle 22

Korrelationen zwischen Persönlichkeitsstruktur und religiös-spirituellen Befinden in der Gruppe 4-6-jährige Kinder

	VN	VA	VS	VT	GB	RI	TS	MI-G
NV (n)	-.66** (71)	-.62** (71)	-.44** (71)	-.58** (71)	-.07 (71)	-.48** (71)	-.49** (71)	-.67** (71)
SV (n)	-.38** (71)	-.67** (71)	-.48** (71)	-.36** (71)	-.18 (71)	-.11 (71)	-.08 (71)	-.23* (71)
BA (n)	.67** (71)	.65** (71)	.66** (71)	.28* (71)	.11 (71)	.10 (71)	.33** (71)	.63** (71)
BV (n)	.47* (71)	.45** (71)	.57** (71)	.25* (71)	.05 (71)	.28* (71)	.24* (71)	.64** (71)
SL (n)	.49** (71)	.34** (71)	.47** (71)	.28* (71)	.39** (71)	.24* (71)	.28* (71)	.48** (71)
KO (n)	.52** (71)	.35** (71)	.31** (71)	.58** (71)	.15 (71)	.62** (71)	.41** (71)	.64** (71)
ST (n)	.55** (71)	.66** (71)	.48** (71)	.61** (71)	.29** (71)	.32** (71)	.58** (71)	.59** (71)

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

Spearman's rho für nonparametrische Daten;

VS = Verbundenheit mit der Natur, VA = Verbundenheit mit anderen, VN = Verbundenheit mit sich selbst; VT = Vertrauen, GB = Gottesbild, RI = Rituale, TS = Tod und Sterben, MI-G = MI-RSB-KiJu; NV = Neugierverhalten, SV = Schadensvermeidung, BA = Belohnungsabhängigkeit, BV = Beharrungsvermögen, SL = Selbstlenkungsfähigkeit, KO = Kooperativität, ST = Selbsttranszendenz; n = Stichprobengröße.

Tabelle 23

Korrelationen zwischen Persönlichkeitsstruktur und religiös-spirituellen Befinden in der Gruppe 4-6jährige Kinder

	VN	VA	VS	VT	GB	RI	TS	MI-G
EE (n)	-.24* (71)	-.26* (71)	-.36** (71)	-.26* (71)	-.03 (71)	-.40** (71)	-.44** (71)	-.32** (71)
IM (n)	-.38** (71)	-.47** (71)	-.48** (71)	-.38** (71)	.04 (71)	-.57** (71)	-.47** (71)	-.47** (71)
EX (n)	-.39** (71)	-.42** (71)	-.47** (71)	-.33** (71)	-.07 (71)	-.54** (71)	-.55** (71)	-.42** (71)
RE (n)	-.34** (71)	-.25* (71)	-.22 (71)	-.34** (71)	-.08 (71)	.06 (71)	.03 (71)	-.26 (71)
ZS (n)	-.22 (71)	-.24 (71)	-.10 (71)	-.22 (71)	-.02 (71)	.11 (71)	.14 (71)	-.11 (71)
AU (n)	-.57** (71)	-.52** (71)	-.53** (71)	-.51** (71)	.15 (71)	-.24 (71)	-.25 (71)	-.44** (71)
SÜ (n)	-.25* (71)	-.33** (71)	-.34** (71)	-.23* (71)	.11 (71)	.33** (71)	.19 (71)	-.30* (71)
ER (n)	-.04 (71)	-.10 (71)	-.08 (71)	-.05 (71)	.06 (71)	-.12 (71)	-.09 (71)	-.04 (71)

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

Spearman's rho für nonparametrische Daten;

VS = Verbundenheit mit der Natur, VA = Verbundenheit mit anderen, VN = Verbundenheit mit sich selbst; V = Vertrauen, GB = Gottesbild, RI = Rituale, TS = Tod und Sterben, MI-G = MI-RSB-KiJu; EE = Explorative Erregbarkeit, IM = Impulsivität, EX = Extravaganz, RE = Regellosigkeit, ZS = Zukunftssorgen, AU = Angst vor Ungewissen, SÜ = Schüchternheit, ER = Ermüdbarkeit, n = Stichprobengröße

Tabelle 24

Korrelationen zwischen Persönlichkeitsstruktur und religiös-spirituellen Befinden in der Gruppe 4-6jährige Kinder

	VN	VA	VS	VT	GB	RI	TS	MI-G
EM (n)	.32** (71)	.33** (71)	.25* (71)	.32** (71)	.12 (71)	.34** (71)	.30* (71)	.34** (71)
BIN (n)	.68** (71)	.62** (71)	.63** (71)	.66* (71)	.13 (71)	.00 (71)	.35** (71)	.64** (71)
AB (n)	.06 (71)	.17 (71)	.08 (71)	.12 (71)	.10 (71)	.36** (71)	.10 (71)	.08 (71)
BE (n)	.61** (71)	.58** (71)	.67** (71)	.63** (71)	.09 (71)	-.08 (71)	.37** (71)	.61** (71)
EH (n)	.03 (71)	.04 (71)	.08 (71)	.06 (71)	.11 (71)	.15 (71)	.16 (71)	.10 (71)
ZI (n)	.34** (71)	.33** (71)	.38** (71)	.41** (71)	.32** (71)	.39** (71)	.35** (71)	.39** (71)
SA (n)	.53** (71)	.54** (71)	.51** (71)	.52** (71)	.22* (71)	.38** (71)	.27* (71)	.53** (71)
SO (n)	.71** (71)	.67** (71)	.67** (71)	.65** (71)	.49** (71)	.36** (71)	.40** (71)	.64** (71)
EI (n)	.63** (71)	.64** (71)	.62** (71)	.59** (71)	.07 (71)	.34** (71)	.39** (71)	.62** (71)
FA (n)	.61** (71)	.60** (71)	.57** (71)	.63** (71)	.14 (71)	.35** (71)	.34** (71)	.55** (71)
SP (n)	.66** (71)	.64** (71)	.66** (71)	.62** (71)	.05 (71)	.32** (71)	.40** (71)	.62** (71)

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

Spearman's rho für nonparametrische Daten;

VS = Verbundenheit mit der Natur, VA = Verbundenheit mit anderen, VN = Verbundenheit mit sich selbst; V = Vertrauen, GB = Gottesbild, RI = Rituale, TS = Tod und Sterben, MI-G = MI-RSB-KiJu; EM = Empfindsamkeit, BIN = Bindung, AB = Abhängigkeit, BE = Beständigkeit, EH = Ehrgeiz, ZI = Zielbewusstheit, SA = Selbstakzeptanz, SO = Soziale Akzeptanz, EI = Einfühlungsvermögen, FA = Fantasie, SP = Spiritualität; n = Stichprobengröße

Tabelle 25

Korrelationen zwischen Persönlichkeitsstruktur und kindlichen religiös-spirituellen Parametern in der Gruppe der 4-6jährigen Kinder

	ZEI-K	GI-K	AR-K	SI-K	VG-K
NV	.09	-.22	.20	-.49**	-.56**
(n)	(71)	(71)	(71)	(71)	(71)
SV	.18	.15	.15	-.23*	-.31**
(n)	(71)	(71)	(71)	(71)	(71)
BA	.16	.17	.19	.49**	.48**
(n)	(71)	(71)	(71)	(71)	(71)
BV	-.25*	.23	.17	.46**	.43**
(n)	(71)	(71)	(71)	(71)	(71)
SL	.04	.12	.15	.48**	.50**
(n)	(71)	(71)	(71)	(71)	(71)
KO	.10	.14	.21	.50**	.51**
(n)	(71)	(71)	(71)	(71)	(71)
ST	.13	.11	.16	.39**	.42**
(n)	(71)	(71)	(71)	(71)	(71)

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

Spearman's rho für nonparametrische Daten;

ZEI-K = Zeichnungen Gott und Familie Kinder; GI-K = Glaubensintensität Kinder, AR-K = Ausmaß Religiosität Kinder, SI-K = Intensität Spiritualität Kinder, VG-K = Verbundenheit mit Glaubensgemeinschaft Kinder;

NV = Neugierverhalten, SV = Schadensvermeidung, BA = Belohnungsabhängigkeit,

BV = Beharrungsvermögen, SL = Selbstlenkungsfähigkeit, KO = Kooperativität, ST = Selbsttranszendenz;

n = Stichprobengröße.

Tabelle 26

Korrelationen zwischen Persönlichkeitsstruktur und elterlichen religiös-spirituellen Parametern in der Gruppe der 4-6jährigen Kinder

	ZEI-E	GI-E	AR-E	SI-E	VG-E
NV	.39**	-.32**	.20	-.49**	-.56**
(n)	(71)	(71)	(71)	(71)	(71)
SV	.11	-.31**	.14	-.30**	-.31**
(n)	(71)	(71)	(71)	(71)	(71)
BA	-.36**	.57**	.16	.59**	.58**
(n)	(71)	(71)	(71)	(71)	(71)
BV	.25*	.53**	.18	.56**	.53**
(n)	(71)	(71)	(71)	(71)	(71)
SL	.03	.52**	.15	.58**	.55**
(n)	(71)	(71)	(71)	(71)	(71)
KO	.10	.54**	.22	.50**	.54**
(n)	(71)	(71)	(71)	(71)	(71)
ST	.12	.51**	.17	.59**	.52**
(n)	(71)	(71)	(71)	(71)	(71)

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

Spearman's rho für nonparametrische Daten;

ZEI-E = Zeichnungen Gott und Familie Erwachsene; GI-E = Glaubensintensität Erwachsene, AR-E = Ausmaß Religiosität Erwachsene, SI-E = Intensität Spiritualität Erwachsene, VG-E = Verbundenheit mit Glaubensgemeinschaft Erwachsene; NV = Neugierverhalten, SV = Schadensvermeidung,

BA = Belohnungsabhängigkeit, BV = Beharrungsvermögen, SL = Selbstlenkungsfähigkeit, KO = Kooperativität, ST = Selbsttranszendenz; n = Stichprobengröße.

8.4.2 Junior Temperament und Charakter Inventar 7-11jährige Kinder

Es bestehen positive Korrelationen zwischen den Skalen „Kooperativität“, „Belohnungsabhängigkeit“, „Selbstlenkungsfähigkeit“, „Beharrungsvermögen“ sowie „Selbsttranszendenz“ und negative Korrelationen zwischen den Skalen „Neugierverhalten“, und „Schadensvermeidung“ und dem Gesamtwert des MI-RSB-KiJu. Zusätzliche positive Zusammenhänge werden zwischen der Subskala „Ermüdbarkeit“ der Skala „Schadensvermeidung“, den Subskalen „Empfindsamkeit“, „Emotionale Offenheit“ und „Bindung“ der Skala „Belohnungsabhängigkeit“, der Subskala „Ehrgeiz“ der Skala „Beharrungsvermögen“, den Subskalen „Verantwortlichkeit“, „Zielbewusstheit“ sowie „Selbstakzeptanz“ der Skala „Selbstlenkungsfähigkeit“, den Subskalen „Soziale Akzeptanz“, „Einfühlungsvermögen/Empathie“ und „Hilfsbereitschaft“ der Skala „Kooperativität“, der Subskala „Einfallsreichtum“ der Skala „Selbstlenkungsfähigkeit“, den Subskalen „Mitleid“ und „Gewissen“ der Skala „Kooperativität“ sowie den Subskalen „Fantasie“ und „Spiritualität“ der Skala „Selbsttranszendenz“ mit dem Gesamtwert des MI-RSB-KiJu gefunden. Negative Zusammenhänge sind zwischen den Subskalen „Explorative Erregbarkeit“, „Impulsivität“ und „Extravaganz“ der Skala „Neugierverhalten“ und den Subskalen „Zukunftssorgen“, „Angst vor dem Ungewissen“, „Schüchternheit“ der Skala „Schadensvermeidung“ und dem MI-RSB-KiJu zu finden.

Bezüglich der visuellen Analogskalen sind signifikant negative Korrelationen zwischen den Skalen „Glaubensintensität“, „Ausmaß an Religiosität“ und „Verbundenheit mit kirchlicher Glaubengemeinschaft“ der Erwachsenen und der Skala „Neugierverhalten“ zu sehen, signifikant positive Korrelationen der Analogskala „Spirituelle Intensität“ bestehen bis auf das „Beharrungsvermögen“ mit allen anderen Skalen des JTCl. Zwischen der Skala „Verbundenheit mit kirchlicher Glaubengemeinschaft“ der Kinder bestehen außer mit „Beharrungsvermögen“ und „Schadensvermeidung“ signifikant positive Korrelationen mit den restlichen Skalen des JTCl. Weder zwischen den Zeichnungen der Kinder noch den Zeichnungen der Erwachsenen und den Skalen des JTCl zeigen sich nennenswerte Korrelationen. Die oben genannten Korrelationen der Gruppe der 7-11jährigen Kinder sind in untenstehenden Tabellen 27 bis 32 ersichtlich.

Tabelle 27

Korrelationen zwischen Persönlichkeitsstruktur und religiös-spirituellen Befinden in der Gruppe der 7-11jährigen Kinder

	VN	VA	VS	VT	GB	RI	TS	MI-G
NV (n)	-.27* (71)	-.36** (71)	-.29* (71)	-.33** (71)	-.42** (71)	-.35** (71)	-.19 (71)	-.06 (71)
SV (n)	-.13 (71)	-.19 (71)	-.14 (71)	-.21 (71)	-.20 (71)	-.16 (71)	-.03 (71)	-.17 (71)
BA (n)	.53** (71)	.51** (71)	.50** (71)	.57** (71)	.14 (71)	.13 (71)	.40** (71)	.50** (71)
BV (n)	.04 (71)	.08 (71)	.01 (71)	.11 (71)	.05 (71)	.03 (71)	.12 (71)	-.04 (71)
SL (n)	.50** (71)	.74** (71)	.54** (71)	.53** (71)	.12 (71)	.09 (71)	.41** (71)	.47** (71)
KO (n)	.52** (71)	-.55** (71)	.54** (71)	.60** (71)	.21 (71)	.24 (71)	.43** (71)	.55** (71)
ST (n)	.45** (71)	.43** (71)	.47** (71)	.41** (71)	.09 (71)	.03 (71)	.42** (71)	.44** (71)

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

Spearman's rho für nonparametrische Daten;

VS = Verbundenheit mit der Natur, VA = Verbundenheit mit anderen, VN = Verbundenheit mit sich selbst; VT = Vertrauen, GB = Gottesbild, RI = Rituale, TS = Tod und Sterben, MI-G = MI-RSB-KiJu; NV = Neugierverhalten, SV = Schadensvermeidung, BA = Belohnungsabhängigkeit, BV = Beharrungsvermögen, SL = Selbstlenkungsfähigkeit, KO = Kooperativität, ST = Selbsttranszendenz; n = Stichprobengröße.

Tabelle 28

Korrelationen zwischen Persönlichkeitsstruktur und religiös-spirituellen Befinden in der Gruppe der 7-11jährigen Kinder

	VN	VA	VS	VT	GB	RI	TS	MI-G
EE (n)	-.16 (71)	-.12 (71)	-.25* (71)	-.14 (71)	-.46** (71)	-.39** (71)	-.34** (71)	-.24* (71)
IM (n)	-.19 (71)	-.18 (71)	-.27* (71)	-.16 (71)	-.46** (71)	-.40** (71)	-.33** (71)	-.27* (71)
EX (n)	-.08 (71)	-.03 (71)	-.17 (71)	-.02 (71)	-.39** (71)	-.42** (71)	-.33** (71)	-.16 (71)
RE (n)	.13 (71)	.15 (71)	.02 (71)	.09 (71)	-.30* (71)	-.25* (71)	-.20 (71)	.03 (71)
ZS (n)	-.44** (71)	-.39** (71)	-.30** (71)	-.40** (71)	.14 (71)	.25* (71)	-.06 (71)	-.30** (71)
AU (n)	-.24* (71)	-.21 (71)	-.16 (71)	-.30* (71)	.27* (71)	.21 (71)	.04 (71)	-.14 (71)
SÜ (n)	-.38** (71)	-.37** (71)	-.28* (71)	-.38** (71)	.21 (71)	.28* (71)	-.12 (71)	-.26* (71)
ER (n)	.04 (71)	.05 (71)	.06 (71)	.04 (71)	-.11 (71)	-.12 (71)	.00 (71)	.02 (71)

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

Spearman's rho für nonparametrische Daten;

VS = Verbundenheit mit der Natur, VA = Verbundenheit mit anderen, VN = Verbundenheit mit sich selbst; V = Vertrauen, GB = Gottesbild, RI = Rituale, TS = Tod und Sterben, MI-G = MI-RSB-KiJu; EE = Explorative Erregbarkeit, IM = Impulsivität, EX = Extravaganz, RE = Regellosigkeit, ZS = Zukunftssorgen, AU = Angst vor Ungewissen, SÜ = Schüchternheit, ER = Ermüdbarkeit, n = Stichprobengröße

Tabelle 29

Korrelationen zwischen Persönlichkeitsstruktur und religiös-spirituellen Befinden in der Gruppe der 7-11jährigen Kinder

	VN	VA	VS	VT	GB	RI	TS	MI-G
EM (n)	.14 (71)	.16 (71)	.11 (71)	.18 (71)	.05 (71)	.11 (71)	.24 (71)	.10 (71)
EO (n)	.47** (71)	.48** (71)	.49** (71)	.56** (71)	.13 (71)	.12 (71)	.41** (71)	.46** (71)
BIN (n)	.54** (71)	.50** (71)	.51** (71)	.57** (71)	.24* (71)	.29* (71)	.42** (71)	.50** (71)
AB (n)	.17 (71)	.12 (71)	.06 (71)	.07 (71)	.14 (71)	.02 (71)	.04 (71)	.03 (71)
AE (n)	.43** (71)	.48** (71)	.41** (71)	.30** (71)	.36** (71)	.29* (71)	.38** (71)	.47** (71)
HA (n)	.59** (71)	.51** (71)	.52** (71)	.61** (71)	.49** (71)	.44** (71)	.40** (71)	.62** (71)
EH (n)	.51** (71)	.55** (71)	.49** (71)	.40** (71)	.39** (71)	.33** (71)	.32** (71)	.55** (71)
PE (n)	.45** (71)	.46** (71)	.49** (71)	.50** (71)	.31** (71)	.33** (71)	.25* (71)	.44** (71)

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

Spearman's rho für nonparametrische Daten;

VS = Verbundenheit mit der Natur, VA = Verbundenheit mit anderen, VN = Verbundenheit mit sich selbst; V = Vertrauen, GB = Gottesbild, RI = Rituale, TS = Tod und Sterben, MI-G = MI-RSB-KiJu; EM = Empfindsamkeit, EO = Emotionale Offenheit, BIN = Bindung, AB = Abhängigkeit, AE = Arbeitseifer, HA = Hart Arbeitend, EH = Ehrgeiz, PE = Perfektionismus; n = Stichprobengröße.

Tabelle 30

Korrelationen zwischen Persönlichkeitsstruktur und religiös-spirituellen Befinden in der Gruppe der 7-11jährigen Kinder

	VN	VA	VS	VT	GB	RI	TS	MI-G
VE (n)	.59** (71)	.58** (71)	.57** (71)	.64** (71)	.21 (71)	.22 (71)	.44** (71)	.55** (71)
ZI (n)	.55** (71)	.53** (71)	.54** (71)	.59** (71)	.18 (71)	.19 (71)	.43** (71)	.52** (71)
ER (n)	.33** (71)	.38** (71)	.44** (71)	.51** (71)	.39** (71)	.48** (71)	.46** (71)	.47** (71)
SA (n)	.52** (71)	.51** (71)	.52** (71)	.48** (71)	.23 (71)	.31** (71)	.46** (71)	.49** (71)
SO (n)	.42** (71)	.46** (71)	.44** (71)	.48** (71)	.46** (71)	.47** (71)	.45** (71)	.48** (71)
EIN (n)	.61** (71)	.58** (71)	.62** (71)	.64** (71)	.25 (71)	.26 (71)	.45** (71)	.61** (71)
HI (n)	.45** (71)	.41** (71)	.43** (71)	.48** (71)	.49** (71)	.34** (71)	.36** (71)	.47** (71)
MI (n)	.44** (71)	.55** (71)	.62** (71)	.52** (71)	.49** (71)	.38** (71)	.51** (71)	.61** (71)
GE (n)	.57** (71)	.62** (71)	.53** (71)	.55** (71)	.59** (71)	.49** (71)	.52** (71)	.55** (71)
FA (n)	.52** (71)	.46** (71)	.51** (71)	.50** (71)	.36** (71)	.33** (71)	.45** (71)	.47** (71)
SP (n)	.46** (71)	.47** (71)	.44** (71)	.50** (71)	.35** (71)	.32** (71)	.45** (71)	.45** (71)

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

Spearman's rho für nonparametrische Daten;

VS = Verbundenheit mit der Natur, VA = Verbundenheit mit anderen, VN = Verbundenheit mit sich selbst; V = Vertrauen, GB = Gottesbild, RI = Rituale, TS = Tod und Sterben, MI-G = MI-RSB-KiJu; VE = Verantwortlichkeit, ZI = Zielbewusstheit, ER = Einfallsreichtum, SA = Selbstakzeptanz, SO = Soziale Akzeptanz, EIN = Einfühlungsvermögen, HI = Hilfsbereitschaft, MI = Mitleid, GE = Gewissen, FA = Fantasie, SP = Spiritualität; n = Stichprobengröße.

Tabelle 31

Korrelationen zwischen Persönlichkeitsstruktur und kindlichen religiös-spirituellen Parametern in der Gruppe der 7-11jährigen Kinder

	ZEI-K	GI-K	AR-K	SI-K	VG-K
NV	.03	.24	.29	.25	.32*
(n)	(71)	(71)	(71)	(71)	(71)
SV	.05	-.21	-.28	-.22*	.31**
(n)	(71)	(71)	(71)	(71)	(71)
BA	.09	.31*	-.34**	.38*	.44**
(n)	(71)	(71)	(71)	(71)	(71)
BV	.09	.33*	.45**	.48**	.21
(n)	(71)	(71)	(71)	(71)	(71)
SL	.12	.54**	.53**	.54**	.52**
(n)	(71)	(71)	(71)	(71)	(71)
KO	.02	.36*	.31*	.51**	.37**
(n)	(71)	(71)	(71)	(71)	(71)
ST	.04	.31*	-.38*	.57**	.41**
(n)	(71)	(71)	(71)	(71)	(71)

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

Spearman's rho für nonparametrische Daten;

ZEI-K = Zeichnungen Gott und Familie Kinder; GI-K = Glaubensintensität Kinder, AR-K = Ausmaß Religiosität Kinder, SI-K = Intensität Spiritualität Kinder, VG-K = Verbundenheit mit Glaubensgemeinschaft Kinder;

NV = Neugierverhalten, SV = Schadensvermeidung, BA = Belohnungsabhängigkeit,

BV = Beharrungsvermögen, SL = Selbstlenkungsfähigkeit, KO = Kooperativität, ST = Selbsttranszendenz;

n = Stichprobengröße.

Tabelle 32

Korrelationen zwischen Persönlichkeitsstruktur und elterlichen religiös-spirituellen Parametern in der Gruppe der 7-11jährigen Kinder

	ZEI-E	GI-E	AR-E	SI-E	VG-E
NV	.00	-.43**	-.42**	.49**	-.46**
(n)	(71)	(71)	(71)	(71)	(71)
SV	.12	-.22	-.28	-.30*	-.32*
(n)	(71)	(71)	(71)	(71)	(71)
BA	.01	.47**	.42**	.51**	.58**
(n)	(71)	(71)	(71)	(71)	(71)
BV	.02	.52**	.44**	.22	.53**
(n)	(71)	(71)	(71)	(71)	(71)
SL	.03	.50**	.45**	.57**	.55**
(n)	(71)	(71)	(71)	(71)	(71)
KO	.11	.52**	.40**	.56**	.54**
(n)	(71)	(71)	(71)	(71)	(71)
ST	.09	.56**	.46**	.59**	.52**
(n)	(71)	(71)	(71)	(71)	(71)

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

Spearman's rho für nonparametrische Daten;

ZEI-E = Zeichnungen Gott und Familie Erwachsene; GI-E = Glaubensintensität Erwachsene, AR-E = Ausmaß Religiosität Erwachsene, SI-E = Intensität Spiritualität Erwachsene, VG-E = Verbundenheit mit Glaubensgemeinschaft Erwachsene; NV = Neugierverhalten, SV = Schadensvermeidung,

BA = Belohnungsabhängigkeit, BV = Beharrungsvermögen, SL = Selbstlenkungsfähigkeit, KO = Kooperativität, ST = Selbsttranszendenz; n = Stichprobengröße.

8.4.3 Junior Temperament und Charakter Inventar 12-17jährige Jugendliche

Hier zeigen sich positive Korrelationen zwischen den Skalen „Belohnungsabhängigkeit“, „Selbstlenkungsfähigkeit“, „Beharrungsvermögen“, „Kooperativität“ sowie „Selbsttranszendenz“ und negative Zusammenhänge mit den Skalen „Neugierverhalten“ und „Schadensvermeidung“ und dem Gesamtwert des MI-RSB-KiJu. Zusätzliche positive Korrelationen sind zwischen den Subskalen „Empfindsamkeit“, „Emotionale Offenheit“, „Bindung“ und „Abhängigkeit“ der Skala „Belohnungsabhängigkeit“, den Subskalen „Verantwortlichkeit“, „Zielbewusstheit“, „Selbstakzeptanz“ der Skala „Selbstlenkungsfähigkeit“, der Subskala „Einfühlungsvermögen“ der Skala „Kooperativität“ sowie den Subskalen „Selbstvergessenheit“, „Transpersonale Identifikation“ und „Spirituelle Akzeptanz“ der Skala „Selbsttranszendenz“, den Subskalen „Arbeitseifer“, „Hart Arbeitend“, „Ehrgeiz“ sowie „Perfektionismus“ der Skala „Beharrungsvermögen“, der Subskala „Einfallsreichtum“ der Skala „Selbstlenkungsfähigkeit“, den Skalen „Soziale Akzeptanz“, „Hilfsbereitschaft“, „Mitleid“ und „Gewissen“ der Skala „Kooperativität“ und dem Gesamtwert des MI-RSB-KiJu zu finden. Negative Zusammenhänge sind mit dem Gesamtwert des MI-RSB-KiJu sowie den Subskalen „Explorative Erregbarkeit“, „Impulsivität“, „Extravaganz“ und „Regellosigkeit“ der Skala „Neugierverhalten“, den Subskalen „Zukunftssorgen“, „Angst vor Ungewissen“, „Schüchternheit“, und „Ermüdbarkeit“ der Skala „Schadensvermeidung“ zu sehen.

Zwischen der Skala „Spirituelle Intensität“ der Erwachsenen und den Skalen „Belohnungsabhängigkeit“, „Selbstlenkungsfähigkeit“, „Kooperativität“ und „Selbsttranszendenz“ bestehen signifikant positive Korrelationen, zwischen der Analogkala „Ausmaß an Religiosität“ zeigen sich signifikant negative Korrelationen zwischen den Skalen „Belohnungsabhängigkeit“, „Selbstlenkungsfähigkeit“, „Kooperativität“ und „Selbsttranszendenz“. Zwischen den Analogskalen „Glaubensintensität“ und „Ausmaß an Religiosität“ der Jugendlichen bestehen signifikant positive Korrelationen mit den Skalen „Belohnungsabhängigkeit“, „Selbstlenkungsfähigkeit“, „Kooperativität“ und „Selbsttranszendenz“ und signifikant negative Korrelationen mit der Skala „Beharrungsvermögen“. Nicht signifikante schwache negative Korrelationen bestehen zwischen den einzelnen Skalen des JTCI und der Analogkala der Jugendlichen „Verbundenheit mit kirchlicher

Glaubensgemeinschaft“, einzig die Skala „Neugierverhalten“ korreliert signifikant negativ mit der Skala „Verbundenheit mit kirchlicher Glaubensgemeinschaft“.

Die Ergebnisse der Zeichnungen der Jugendlichen zeigen einzig eine signifikant positive Korrelation mit der Skala „Beharrungsvermögen“, mit allen anderen Skalen des JTCl bestehen keine signifikanten Korrelationen. Zwischen den Zeichnungen der Erwachsenen und den Skalen des JTCl bestehen keine signifikanten Zusammenhänge.

Die Ergebnisse der 12-17jährigen Jugendlichen sind in den Tabellen 33 bis 38 ersichtlich.

Tabelle 33

Korrelationen zwischen Persönlichkeitsstruktur und religiös-spirituellen Befinden in der Gruppe der 12-17jährigen Jugendlichen

	VN	VA	VS	VT	GB	RI	TS	MI-G
NV (n)	-.10 (71)	-.05 (71)	-.20 (71)	-.05 (71)	-.24* (71)	-.38** (71)	-.28* (71)	-.20 (71)
SV (n)	-.39** (71)	-.40** (71)	-.25* (71)	-.45** (71)	-.24* (71)	.29* (71)	.10 (71)	-.23* (71)
BA (n)	.62** (71)	.61** (71)	.63** (71)	.66** (71)	.69** (71)	.13 (71)	.36** (71)	.61** (71)
BV (n)	.53** (71)	.52** (71)	.64** (71)	.53** (71)	.51** (71)	.08 (71)	.11 (71)	.63** (71)
SL (n)	.62** (71)	.60** (71)	.62** (71)	.66** (71)	.65** (71)	.05 (71)	.28* (71)	.58** (71)
KO (n)	.51** (71)	.58** (71)	.65** (71)	.63** (71)	.68** (71)	.26* (71)	.36** (71)	.64** (71)
ST (n)	.59** (71)	.60** (71)	.61** (71)	.63** (71)	.66** (71)	.17 (71)	.32** (71)	.59** (71)

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

Spearman's rho für nonparametrische Daten;

VS = Verbundenheit mit der Natur, VA = Verbundenheit mit anderen, VN = Verbundenheit mit sich selbst; VT = Vertrauen, GB = Gottesbild, RI = Rituale, TS = Tod und Sterben, MI-G = MI-RSB-KiJu; NV = Neugierverhalten, SV = Schadensvermeidung, BA = Belohnungsabhängigkeit, BV = Beharrungsvermögen, SL = Selbstlenkungsfähigkeit, KO = Kooperativität, ST = Selbsttranszendenz; n = Stichprobengröße.

Tabelle 34

Korrelationen zwischen Persönlichkeitsstruktur und religiös-spirituellen Befinden in der Gruppe der 12-17jährigen Jugendlichen

	VN	VA	VS	VT	GB	RI	TS	MI-G
EE (n)	-.14 (71)	-.10 (71)	-.24* (71)	-.19 (71)	-.31* (71)	-.36** (71)	-.23* (71)	-.24* (71)
IM (n)	-.15 (71)	-.11 (71)	-.22 (71)	-.10 (71)	-.29* (71)	-.38** (71)	-.33** (71)	-.25* (71)
EX (n)	.09 (71)	-.08 (71)	-.28* (71)	-.07 (71)	-.25* (71)	-.45** (71)	-.34** (71)	-.26* (71)
RE (n)	-.25* (71)	-.26* (71)	-.37** (71)	-.21 (71)	-.43** (71)	-.50** (71)	-.53** (71)	-.40** (71)
ZS (n)	-.59** (71)	-.54** (71)	-.40** (71)	-.58** (71)	-.38** (71)	.17 (71)	.01 (71)	-.39** (71)
AU (n)	-.46** (71)	-.48** (71)	-.35** (71)	-.51** (71)	-.33** (71)	.25* (71)	-.10 (71)	-.34** (71)
SÜ (n)	-.42** (71)	-.41** (71)	-.28* (71)	-.50* (71)	-.27* (71)	.26* (71)	.09 (71)	-.25* (71)
ER (n)	-.46** (71)	-.47** (71)	-.33** (71)	-.50** (71)	-.37** (71)	.29* (71)	.02 (71)	-.32** (71)

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

Spearman's rho für nonparametrische Daten;

VS = Verbundenheit mit der Natur, VA = Verbundenheit mit anderen, VN = Verbundenheit mit sich selbst; V = Vertrauen, GB = Gottesbild, RI = Rituale, TS = Tod und Sterben, MI-G = MI-RSB-KiJu; EE = Explorative Erregbarkeit, IM = Impulsivität, EX = Extravaganz, RE = Regellosigkeit, ZS = Zukunftssorgen, AU = Angst vor Ungewissen, SÜ = Schüchternheit, ER = Ermüdbarkeit, n = Stichprobengröße

Tabelle 35

Korrelationen zwischen Persönlichkeitsstruktur und religiös-spirituellen Befinden in der Gruppe der 12-17jährigen Jugendlichen

	VN	VA	VS	VT	GB	RI	TS	MI-G
EM (n)	.21 (71)	.20 (71)	.21 (71)	.22 (71)	.27 (71)	-.02 (71)	.09 (71)	.20 (71)
EO (n)	.57** (71)	.58** (71)	.59** (71)	.66** (71)	.64** (71)	.16 (71)	.35** (71)	.58** (71)
BIN (n)	.73** (71)	.70** (71)	.72** (71)	.73** (71)	.77** (71)	.23 (71)	.50** (71)	.71** (71)
AB (n)	.11 (71)	.09 (71)	.08 (71)	.10 (71)	.12 (71)	.08 (71)	.04 (71)	.09 (71)
AE (n)	.58** (71)	.52** (71)	.66** (71)	.53** (71)	.54** (71)	.51** (71)	.57** (71)	.60** (71)
HA (n)	.62** (71)	.52** (71)	.55** (71)	.50** (71)	.54** (71)	.53** (71)	.49** (71)	.61** (71)
EH (n)	.57** (71)	.54** (71)	.62** (71)	.61** (71)	.58** (71)	.59** (71)	.52** (71)	.64** (71)
PE (n)	.74** (71)	.72** (71)	.67** (71)	.72** (71)	.74** (71)	.13 (71)	.39** (71)	.53** (71)

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

Spearman's rho für nonparametrische Daten;

VS = Verbundenheit mit der Natur, VA = Verbundenheit mit anderen, VN = Verbundenheit mit sich selbst; V = Vertrauen, GB = Gottesbild, RI = Rituale, TS = Tod und Sterben, MI-G = MI-RSB-KiJu; EM = Empfindsamkeit, EO = Emotionale Offenheit, BIN = Bindung, AB = Abhängigkeit, AE = Arbeitseifer, HA = Hart Arbeitend, EH = Ehrgeiz, PE = Perfektionismus; n = Stichprobengröße.

Tabelle 36

Korrelationen zwischen Persönlichkeitsstruktur und religiös-spirituellen Befinden in der Gruppe der 12-17jährigen Jugendlichen

	VN	VA	VS	VT	GB	RI	TS	MI-G
VE (n)	.66** (71)	.68** (71)	.65** (71)	.67** (71)	.68** (71)	.07 (71)	.37** (71)	.63** (71)
ZI (n)	.68** (71)	.68** (71)	.69** (71)	.70** (71)	.71** (71)	.14 (71)	.40** (71)	.66** (71)
ER (n)	.37** (71)	.35** (71)	.39** (71)	.41** (71)	.30** (71)	.33** (71)	.35** (71)	.36** (71)
SA (n)	.63** (71)	.60** (71)	.62** (71)	.66** (71)	.64** (71)	.06 (71)	.28* (71)	.59** (71)
SO (n)	.62** (71)	.64** (71)	.67** (71)	.54** (71)	.59** (71)	.58** (71)	.57** (71)	.68** (71)
EIN (n)	.67** (71)	.65** (71)	.68** (71)	.75** (71)	.76** (71)	.22 (71)	.34** (71)	.67** (71)
HI (n)	.33** (71)	.34** (71)	.46** (71)	.51** (71)	.44** (71)	.31** (71)	.38** (71)	.54** (71)
MI (n)	.59** (71)	.58** (71)	.55** (71)	.41** (71)	.43** (71)	.54** (71)	.50** (71)	.62** (71)
GE (n)	.52** (71)	.51** (71)	.65** (71)	.63** (71)	.53** (71)	.49** (71)	.42** (71)	.63** (71)
SV (n)	.56** (71)	.59** (71)	.58** (71)	.64** (71)	.68** (71)	.29* (71)	.36** (71)	.57** (71)
TI (n)	.64** (71)	.62** (71)	.61** (71)	.70** (71)	.72** (71)	.26* (71)	.30** (71)	.63** (71)
SPA (n)	.62** (71)	.65** (71)	.66** (71)	.64** (71)	.62** (71)	.33** (71)	.38** (71)	.62** (71)

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

Spearman's rho für nonparametrische Daten;

VS = Verbundenheit mit der Natur, VA = Verbundenheit mit anderen, VN = Verbundenheit mit sich selbst; V = Vertrauen, GB = Gottesbild, RI = Rituale, TS = Tod und Sterben, MI-G = MI-RSB-KiJu; VE = Verantwortlichkeit, ZI = Zielbewusstheit, ER = Einfallsreichtum, SA = Selbstakzeptanz, SO = Soziale Akzeptanz, EIN = Einfühlungsvermögen, HI = Hilfsbereitschaft, MI = Mitleid, GE = Gewissen, SV = Selbstvergessenheit, TI = Transpersonale Identifikation, SPA = Spirituelle Akzeptanz; n = Stichprobengröße.

Tabelle 37

Korrelationen zwischen Persönlichkeitsstruktur und jugendlichen religiös-spirituellen Parametern in der Gruppe der 12-17jährigen Jugendlichen

	ZEI-J	GI-J	AR-J	SI-J	VG-J
NV (n)	.05 (71)	.29 (71)	.21 (71)	.31* (71)	-.33* (71)
SV (n)	.11 (71)	-.22 (71)	.20 (71)	.32* (71)	.21 (71)
BA (n)	.01 (71)	.59** (71)	.26 (71)	.33* (71)	.23 (71)
BV (n)	.35* (71)	-.36* (71)	-.33* (71)	.34* (71)	.29 (71)
SL (n)	.12 (71)	.54** (71)	.24 (71)	.43** (71)	.26 (71)
KO (n)	.08 (71)	.22 (71)	.56** (71)	.35* (71)	.25 (71)
ST (n)	.03 (71)	.26 (71)	.51** (71)	.42** (71)	.27 (71)

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

Spearman's rho für nonparametrische Daten;

ZEI = Zeichnungen Gott und Familie Kinder; GI-J = Glaubensintensität, AR-J = Ausmaß Religiosität, SI-J = Intensität Spiritualität, VG-J = Verbundenheit mit Glaubensgemeinschaft; NV = Neugierverhalten, SV = Schadensvermeidung, BA = Belohnungsabhängigkeit, BV = Beharrungsvermögen, SL = Selbstlenkungsfähigkeit, KO = Kooperativität, ST = Selbsttranszendenz; n = Stichprobengröße.

Tabelle 38

Korrelationen zwischen Persönlichkeitsstruktur und elterlichen religiös-spirituellen Parametern in der Gruppe der 12-17jährigen Jugendliche

	ZEI-E	GI-E	AR-E	SI-E	VG-E
NV (n)	.03 (71)	.22 (71)	.20 (71)	.29 (71)	.26 (71)
SV (n)	.04 (71)	.21 (71)	-.14 (71)	-.22 (71)	.21 (71)
BA (n)	.05 (71)	.27 (71)	-.36* (71)	.58** (71)	.28 (71)
BV (n)	.00 (71)	.23 (71)	-.28 (71)	.26 (71)	.23 (71)
SL (n)	.09 (71)	.22 (71)	-.35* (71)	.56** (71)	.25 (71)
KO (n)	.11 (71)	.24 (71)	-.32* (71)	.52** (71)	.24 (71)
ST (n)	.08 (71)	.21 (71)	-.37* (71)	.57** (71)	.22 (71)

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

Spearman's rho für nonparametrische Daten;

ZEI-E = Zeichnungen Gott und Familie Erwachsene; GI-E = Glaubensintensität Erwachsene, AR-E = Ausmaß Religiosität Erwachsene, SI-E = Intensität Spiritualität Erwachsene, VG-E = Verbundenheit mit Glaubensgemeinschaft Erwachsene; NV = Neugieverhalten, SV = Schadensvermeidung, BA = Belohnungsabhängigkeit, BV = Beharrungsvermögen, SL = Selbstlenkungsfähigkeit, KO = Kooperativität, ST = Selbsttranszendenz; n = Stichprobengröße.

8.5 Kognitive Funktionen und religiös-spirituellen Befinden

8.5.1 SON-R 2½-7 in der Gruppe der 4-6 jährigen Kinder

Es bestehen signifikant positive Korrelationen zwischen den beiden Skalen „Situationen“ und „Kategorien“ sowie dem religiösen Befinden, erhoben mit dem MI-RSB-KiJu, wobei weitere signifikante Korrelationen zwischen den Dimensionen „Verbundenheit mich der Natur“, „Verbundenheit mit anderen“, „Verbundenheit mich sich selbst“, „Vertrauen“, „Rituale“ und „Tod und Sterben“ zu erkennen sind. Eine Ausnahme bildet die Dimension „Gottesbild“ die mit keiner der beiden Skalen korreliert. Keine Zusammenhänge wurden mit den Analogskalen und den Zeichnungen der Kinder gefunden. Die einzelnen Korrelationen sind aus den Tabellen 39 bis 40 ersichtlich.

Tabelle 39

Korrelationen zwischen kognitiver Funktionen und religiös-spirituellen Befinden in der Gruppe der 4-6jährigen Kinder

	VN	VA	VS	VT	GB	RI	TS	MI-G
SIT	.39**	.32**	.33**	.41**	.09	.27*	.31**	.34**
(n)	(71)	(71)	(71)	(71)	(71)	(71)	(71)	(71)
KAT	.31**	.29*	.39**	.27*	.11	.33*	.24*	.29*
(n)	(71)	(71)	(71)	(71)	(71)	(71)	(71)	(71)

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

Spearman's rho für nonparametrische Daten;

VN = Verbundenheit mit der Natur, VA = Verbundenheit mit anderen, VS = Verbundenheit mit sich selbst; VT = Vertrauen, GB = Gottesbild, RI = Rituale, TS = Tod und Sterben, MI-G = MI-RSB-KiJu; SIT = Situationen, KAT = Kategorien; n = Stichprobengröße.

Tabelle 40

Korrelationen zwischen kognitiver Funktionen und religiöse-spirituelle Parameter in der Gruppe der 4-6jährigen Kinder

	ZEI	GI	AR	SI	VG
SIT	.01	.11	.13	.09	.17
(n)	(71)	(71)	(71)	(71)	(71)
KAT	.12	.07	.02	.15	.06
(n)	(71)	(71)	(71)	(71)	(71)

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

Spearman's rho für nonparametrische Daten;

ZEI = Zeichnungen Gott und Familie Kinder; GI = Glaubensintensität, AR = Ausmaß Religiosität, SI = Intensität Spiritualität, VG = Verbundenheit mit Glaubensgemeinschaft; SIT = Situationen,

KAT = Kategorien; n = Stichprobengröße.

8.5.2 Hamburg-Wechsler-Intelligenztest für Kinder und Jugendliche (HAWIK-IV)

Es wurden keine Zusammenhänge zwischen den Subtests „Gemeinsamkeiten finden“ sowie „Bildkonzepte“ und dem religiös-spirituellen Befinden gefunden. Keine Zusammenhänge wurden zwischen den Analogskalen, den Zeichnungen und den HAWIK gefunden. Die einzelnen Korrelationen sind den Tabellen 41 und 42 zu entnehmen.

Tabelle 41

Korrelationen zwischen kognitiven Funktionen und religiös-spirituellen Befinden in der Gruppe der 7-17jährigen Kinder und Jugendlichen

	VN	VA	VS	VT	GB	RI	TS	MI-G
GEF	.00	.03	.11	.09	.07	.12	.14	.02
(n)	(142)	(142)	(142)	(142)	(142)	(142)	(142)	(142)
BIK	.11	.04	.06	.16	.11	.00	.00	.10
(n)	(142)	(142)	(142)	(142)	(142)	(142)	(142)	(142)

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

Spearman's rho für nonparametrische Daten;

VN = Verbundenheit mit der Natur, VA = Verbundenheit mit anderen, VS = Verbundenheit mit sich selbst; VT = Vertrauen, GB = Gottesbild, RI = Rituale, TS = Tod und Sterben, MI-G = MI-RSB-KiJu; GEF = Gemeinsamkeiten finden, BIK = Bildkonzepte; n = Stichprobengröße.

Tabelle 42

Korrelationen zwischen kognitiver Funktionen und religiöse-spirituelle Parameter in der Gruppe der 7-17jährigen Kinder und Jugendlichen

	ZEI	GI	AR	SI	VG
GEF	.09	.04	.11	.17	.12
(n)	(142)	(142)	(142)	(142)	(142)
BIK	.00	.03	.00	.01	.07
(n)	(142)	(142)	(142)	(142)	(142)

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

Spearman's rho für nonparametrische Daten;

ZEI = Zeichnungen Gott und Familie Kinder; GI = Glaubensintensität, AR = Ausmaß Religiosität, SI = Intensität Spiritualität, VG = Verbundenheit mit Glaubensgemeinschaft; GEF = Gemeinsamkeiten finden, BIK = Bildkonzepte; n = Stichprobengröße.

8.6 Religiös-spirituellen Befinden Eltern, Kinder und Jugendliche

8.6.1 Eltern, Kinder und Jugendlichen Gesamtstichprobe

Wie in untenstehender Tabelle 43 ersichtlich, besteht ein positiver signifikanter Zusammenhang zwischen dem von den Eltern ausgefüllten Multidimensionalen Inventar (MI-RSB-48) und den Multidimensionalen Interview (MI-RSB-KiJu) der Kinder und Jugendlichen. Zwischen der Dimension „Allgemeine Religiosität“ des MI-RSB-48 und den Dimensionen „Verbundenheit mit der Natur“, „Verbundenheit mit anderen“, „Verbundenheit mit sich selbst“ und „Vertrauen“ finden sich sehr geringe teils negative Zusammenhänge, hingegen mit den Dimensionen „Gottesbild“, „Rituale“ sowie „Tod und Sterben“ signifikant positive Verbindungen. Zwischen allen anderen Dimensionen des MI-RSB-48 sind wiederum mittlere bis starke positive Verbindungen zu den Dimensionen „Verbundenheit mit der Natur“, „Verbundenheit mit anderen“, „Verbundenheit mit sich selbst“ und „Vertrauen“ festzustellen.

Tabelle 43

Korrelationen zwischen elterlichen religiös-spirituellen Befinden und dem religiös-spirituellen Befinden der Gesamtstichprobe Kinder und Jugendliche

	VN	VA	VS	VT	GB	RI	TS	MI-G
AR (n)	-.11 (426)	-.09 (426)	.02 (426)	-.04 (426)	.27** (426)	.46** (426)	.34** (426)	.09 (426)
VE (n)	.62** (426)	.62** (426)	.58** (426)	.67** (426)	.32** (426)	.25* (426)	.41** (426)	.61** (426)
HI (n)	.61** (426)	.59** (426)	.56** (426)	.60** (426)	.20 (426)	.27** (426)	.29** (426)	.54** (426)
AL (n)	.59** (426)	.57** (426)	.56** (426)	.64** (426)	.29** (426)	.20** (426)	.43** (426)	.59** (426)
HT (n)	.65** (426)	.60** (426)	.59** (426)	.65** (426)	.23** (426)	.19* (426)	.34** (426)	.57** (426)
BS (n)	.64** (426)	.61** (426)	.59** (426)	.62** (426)	.27* (426)	.29** (426)	.34** (426)	.59** (426)
MIR-G (n)	.62** (426)	.59** (426)	.60** (426)	.64** (426)	.33** (426)	.32** (426)	.45** (426)	.62** (426)

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

Spearman's rho für nonparametrische Daten;

VN = Verbundenheit mit der Natur, VA = Verbundenheit mit anderen, VS = Verbundenheit mit sich selbst; VT = Vertrauen, GB = Gottesbild, RI = Rituale, TS = Tod und Sterben, MI-G = MI-RSB-KiJu; AR = Allgemeine Religiosität, VE = Vergeben, HI = Hoffnung immanent, AL = Allverbundenheit, HT = Hoffnung transzendent, BS = Bedeutung Sinn, MIR-G = MI-RSB-48 Gesamt; n = Stichprobengröße.

8.6.2 Religiös-spirituelles Befinden zwischen Eltern und 4-6 jährige Kinder

Es zeigt sich eine signifikant positive Korrelation mit der Dimension „Allgemeine Religiosität“ des MI-RSB-48 und den Dimensionen „Rituale“ und „Tod und Sterben“ des MI-RSB-KiJu. Ebenfalls zeigen die Dimensionen „Vergeben“, „Hoffnung immanent“, „Allverbundenheit“, „Hoffnung transzendent“, Bedeutung Sinn“ mit allen Dimensionen des MI-RSB-KiJu signifikant positive Korrelationen, einzige

Ausnahme bildet die Dimension „Gottesbild“ mit einer nicht signifikanten negativen Korrelation mit allen aufgezeigten Dimensionen des MI-RSB-48. Zwischen allen anderen Dimensionen des MI-RSB-48 sind wiederum mittlere bis starke positive Verbindungen zu den Dimensionen „Verbundenheit mit der Natur“, „Verbundenheit mit anderen“, „Verbundenheit mit sich selbst“ und „Vertrauen“ festzustellen.

Bezüglich Zentralitätsskala zeigen sich nicht signifikante positive Korrelationen mit dem Gesamtergebnis des MI-RSB-KiJu, wobei die Fragen 1-4, Fragen nach Ereignisse und Gefühle signifikant positiv mit dem Gesamtergebnis des MI-RSB-KiJu korrelieren.

Die Werte des MI-RSB-KiJu ergeben mit den elterlichen visuellen Analogskalen „Glaubensintensität“, „Spirituelle Intensität“ und „Verbundenheit mit kirchlicher Glaubengemeinschaft“ einen signifikant positiven Zusammenhang, die Analogskala „Ausmaß an Religiosität“ einen nicht signifikanten positiven Zusammenhang. Signifikant positive Korrelationen zeigen sich mit den Werten des MI-RSB-KiJu und den visuellen Analogskalen „Spirituelle Intensität“ und „Verbundenheit mit kirchlicher Glaubengemeinschaft“ der Kinder; nicht signifikante positive Zusammenhänge ergeben sich mit „Glaubensintensität“ und dem „Ausmaß an Religiosität“.

Bezüglich der erhobenen Daten des MI-RSB-48 zeigen sich signifikant positive Korrelationen mit allen visuellen Analogskalen der Erwachsenen und mit den Skalen „Spirituelle Intensität“ sowie „Verbundenheit mit kirchlicher Glaubengemeinschaft“ der Kinder; nicht signifikante positive Zusammenhänge bestehen zwischen „Ausmaß an Religiosität“ und „Glaubensintensität“. Die Ergebnisse der Zeichnungen Gott und Familie zeigen zwischen MI-RSB-KiJu und Zeichnungen der Kinder nicht signifikante, sehr geringe negative Korrelationen, zwischen Zeichnungen der Erwachsenen ebenfalls nicht signifikante geringe Korrelationen. Ebenfalls bestehen zwischen MI-RSB-48 und den Zeichnungen der Kinder nicht signifikante, sehr geringe Korrelationen und zwischen den Zeichnungen der Erwachsenen nicht signifikante geringe Korrelationen.

Die Ergebnisse sind in untenstehenden Tabellen 44 bis 46 ersichtlich.

Tabelle 44

Korrelationen zwischen elterlichen religiös-spirituellen Befinden und dem religiös-spirituellen Befinden der Gruppe der 4-6jährigen Kinder

	VN	VA	VS	VT	GB	RI	TS	MI-G
AR (n)	.13 (71)	.14 (71)	.18 (71)	.10 (71)	.12 (71)	.39** (71)	.43** (71)	.29* (71)
VE (n)	.65** (71)	.62** (71)	.58** (71)	.62** (71)	-.03 (71)	.31** (71)	.40** (71)	.58* (71)
HI (n)	.65** (71)	.63** (71)	.60** (71)	.61** (71)	-.08 (71)	.36** (71)	.34** (71)	.61* (71)
AL (n)	.65** (71)	.59** (71)	.57** (71)	.63** (71)	-.06 (71)	.29* (71)	.39** (71)	.66* (71)
HT (n)	.68** (71)	.64** (71)	.60** (71)	.66** (71)	-.02 (71)	.34** (71)	.43** (71)	.59* (71)
BS (n)	.67** (71)	.62** (71)	.59** (71)	.64** (71)	-.03 (71)	.33** (71)	.37** (71)	.64* (71)
MIR-G (n)	.61** (71)	.63** (71)	.59** (71)	.60** (71)	.08 (71)	.33** (71)	.41** (71)	.66** (71)

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

Spearman's rho für nonparametrische Daten;

VN = Verbundenheit mit der Natur, VA = Verbundenheit mit anderen, VS = Verbundenheit mit sich selbst;

VT = Vertrauen, GB = Gottesbild, RI = Rituale, TS = Tod und Sterben, MI-G = MI-RSB-KiJu; AR = Allgemeine Religiosität, VE = Vergeben, HI = Hoffnung immanent, AL = Allverbundenheit, HT = Hoffnung transzendent,

BS = Bedeutung Sinn, MIR-G = MI-RSB-48 Gesamt; n = Stichprobengröße.

Tabelle 45

Korrelationen zwischen elterlichen religiös-spirituellen Parametern und dem religiös-spirituellen Befinden der Gruppe der 4-6jährigen Kinder

	VN	VA	VS	VT	GB	RI	TS	MI-K	MI-E
ZEI-E (n)	.13 (71)	.11 (71)	.03 (71)	.02 (71)	.12 (71)	.09 (71)	.19 (71)	.19 (71)	.18 (71)
GI-E (n)	.48** (71)	.47** (71)	.58** (71)	.46** (71)	.56** (71)	.51** (71)	.49** (71)	.55** (71)	.49** (71)
AR-E (n)	.21 (71)	.29 (71)	.23 (71)	.25 (71)	.18 (71)	.22 (71)	.26 (71)	.23 (71)	.35* (71)
SI-E (n)	.47** (71)	.55** (71)	.56** (71)	.58** (71)	.39** (71)	.39** (71)	.53** (71)	.55** (71)	.58** (71)
VG-E (n)	.57** (71)	.49** (71)	.56** (71)	.48** (71)	.59** (71)	.47** (71)	.53** (71)	.52** (71)	.57** (71)
Z (n)	.17 (71)	.23* (71)	.16 (71)	.19 (71)	.21 (71)	.19 (71)	-.17 (71)	.12 (71)	.14 (71)
Z-ER (n)	.18 (71)	.19 (71)	.16 (71)	.24* (71)	.14 (71)	.12 (71)	.09 (71)	.04 (71)	.02 (71)
Z-SI (n)	.23* (71)	.08 (71)	.12 (71)	.15 (71)	.23* (71)	.08 (71)	.19 (71)	.00 (71)	.03 (71)
Z-G (n)	.19 (71)	.20 (71)	.21 (71)	.18 (71)	.08 (71)	.16 (71)	.15 (71)	.09 (71)	.05 (71)

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

Spearman's rho für nonparametrische Daten;

VN = Verbundenheit mit der Natur, VA = Verbundenheit mit anderen, VS = Verbundenheit mit sich selbst;

VT = Vertrauen, GB = Gottesbild, RI = Rituale, TS = Tod und Sterben, MI-K = MI-RSB-KiJu; MI-K = MI-RSB-48

Erwachsene, ZEI-E = Zeichnungen Gott und Familie Erwachsene; GI-E = Glaubensintensität Erwachsene,

AR-E = Ausmaß Religiosität Erwachsene, SI-E = Intensität Spiritualität Erwachsene, VG-E = Verbundenheit mit

Glaubensgemeinschaft Erwachsene; Z = Zentralität 1-4, Z-ER = Z-Ereignisse, Z-SI = Z- Situationen,

Z-G = Z-Gesamt; n = Stichprobengröße.

Tabelle 46

Korrelationen zwischen kindlichen religiös-spirituellen Parametern und dem religiös-spirituellen Befinden der Gruppe 4-6jährige Kinder

	VN	VA	VS	VT	GB	RI	TS	MI-K	MI-E
ZEI-K (n)	.12 (71)	.06 (71)	.11 (71)	.17 (71)	.18 (71)	.00 (71)	.08 (71)	.21 (71)	.23 (71)
GI-K (n)	.28 (71)	.27 (71)	.29 (71)	.26 (71)	.28 (71)	.22 (71)	.29 (71)	.25 (71)	.24 (71)
AR-K (n)	.27 (71)	.26 (71)	.28 (71)	.29 (71)	.27 (71)	.25 (71)	.21 (71)	.29 (71)	.29 (71)
SI-K (n)	.47** (71)	.55** (71)	.46** (71)	.58** (71)	.39** (71)	.38** (71)	.43** (71)	.53** (71)	.33** (71)
VG-K (n)	.49** (71)	.56** (71)	.52** (71)	.56** (71)	.29* (71)	.49** (71)	.43** (71)	.52** (71)	.38** (71)

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

Spearman's rho für nonparametrische Daten;

VN = Verbundenheit mit der Natur, VA = Verbundenheit mit anderen, VS = Verbundenheit mit sich selbst; VT = Vertrauen, GB = Gottesbild, RI = Rituale, TS = Tod und Sterben, MI-K = MI-RSB-KiJu, MI-E = MI-RSB-48 Erwachsene, ZEI-K = Zeichnungen Gott und Familie Kinder; GI-K = Glaubensintensität Kinder, AR-K = Ausmaß Religiosität Kinder, SI-K = Intensität Spiritualität Kinder, VG-K = Verbundenheit mit Glaubensgemeinschaft Kinder; n = Stichprobengröße.

8.6.3 Religiös-spirituelles Befinden zwischen Eltern und 7-11jährige Kinder

Es zeigen sich signifikant positive Korrelationen mit der Dimension „Allgemeine Religiosität“ des MI-RSB-48 und den Dimensionen „Gottesbild“, „Rituale“ und „Tod und Sterben“ des MI-RSB-KiJu und nicht signifikante positive Korrelationen mit den Dimensionen „Verbundenheit mit der Natur“, „Verbundenheit mit anderen“ und „Vertrauen“. Die restlichen Dimensionen „Vergeben“, „Hoffnung immanent“, „Allverbundenheit“, „Hoffnung transzendent“, Bedeutung Sinn“ mit allen Dimensionen des MI-RSB-KiJu signifikant positive Korrelationen.

Bezüglich Zentralitätsskala zeigen sich nicht signifikante negative Korrelationen mit dem Gesamtergebnis des MI-RSB-KiJu, wobei die einzelnen Fragen 1-4 und die Frage nach Ereignissen ebenfalls nicht signifikant negativ mit dem Gesamtergebnis

des MI-RSB-KiJu korrelieren. Einzig die Fragen nach den Gefühlen zeigen nicht signifikante positive Zusammenhänge.

Die Werte des MI-RSB-KiJu ergeben mit den elterlichen visuellen Analogskalen „Glaubensintensität“, „Ausmaß an Religiosität“ und „Verbundenheit mit kirchlicher Glaubensgemeinschaft“ einen nicht signifikanten positiven Zusammenhang, einzig die Analogskala „Spirituelle Intensität“ zeigt einen signifikant positiven Zusammenhang. Signifikant positive Korrelationen zeigen sich mit den Werten des MI-RSB-KiJu und den visuellen Analogskalen „Glaubensintensität“, „Spirituelle Intensität“ und „Verbundenheit mit kirchlicher Glaubensgemeinschaft“ der Kinder; nicht signifikante positive Zusammenhänge ergeben sich mit dem „Ausmaß an Religiosität“.

Bezüglich der erhobenen Daten des MI-RSB-48 zeigt sich einzig eine signifikant positive Korrelationen mit der visuellen Analogskala „Spirituelle Intensität“, mit allen anderen Skalen der Erwachsenen bestehen nicht signifikante positive Korrelationen. Mit den Skalen der Kinder zeigt sich allein mit der Analogskala „Ausmaß an Religiosität“ ein nicht signifikant positiver Zusammenhang, alle anderen Skalen ergeben signifikant positive Korrelationen.

Die Ergebnisse der Zeichnungen Gott und Familie zeigen zwischen MI-RSB-KiJu und den Zeichnungen der Kinder und Zeichnungen der Erwachsenen nicht signifikante, sehr geringe positive Korrelationen. Ebenfalls bestehen zwischen MIRSB und den Zeichnungen der Kinder und Zeichnungen der Eltern nicht signifikante, sehr geringe Korrelationen.

Die oben genannten Korrelationen der Gruppe der sieben bis elfjährigen Kinder sind in untenstehenden Tabellen 47 bis 49 ersichtlich.

Tabelle 47

Korrelationen zwischen elterlichen religiös-spirituellen Befinden und dem religiös-spirituellen Befinden der Gruppe 7-11jährige Kinder

	VN	VA	VS	VT	GB	RI	TS	MI-G
AR (n)	-.13 (71)	-.17 (71)	-.02 (71)	-.20 (71)	.40** (71)	.37** (71)	.25* (71)	-.03 (71)
VE (n)	.54** (71)	.54** (71)	.52** (71)	.62** (71)	.17 (71)	.16 (71)	.38** (71)	.54** (71)
HI (n)	.55** (71)	.49** (71)	.58** (71)	.51** (71)	.06 (71)	.05 (71)	.37** (71)	.49** (71)
AL (n)	.45** (71)	.41** (71)	.44* (71)	-.18* (71)	.03 (71)	.02 (71)	.40** (71)	.41** (71)
HT (n)	.61** (71)	.52** (71)	.55* (71)	.48** (71)	.12 (71)	.13 (71)	.37** (71)	.53** (71)
BS (n)	.62** (71)	.55** (71)	.58** (71)	.61** (71)	.11 (71)	.09 (71)	.40** (71)	.55* (71)
MIR-G (n)	.54** (71)	.45** (71)	.52** (71)	.55** (71)	.15 (71)	.16 (71)	.43** (71)	.49** (71)

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

Spearman's rho für nonparametrische Daten;

VN = Verbundenheit mit der Natur, VA = Verbundenheit mit anderen, VS = Verbundenheit mit sich selbst; VT = Vertrauen, GB = Gottesbild, RI = Rituale, TS = Tod und Sterben, MI-G = MI-RSB-KiJu; AR = Allgemeine Religiosität, VE = Vergeben, HI = Hoffnung immanent, AL = Allverbundenheit, HT = Hoffnung transzendent, BS = Bedeutung Sinn, MIR-G = MI-RSB-48 Gesamt; n = Stichprobengröße.

Tabelle 48

Korrelationen zwischen elterlichen religiös-spirituellen Parametern und dem religiös-spirituellen Befinden der Gruppe 7-11jährige Kinder

	VN	VA	VS	VT	GB	RI	TS	MI-K	MI-E
ZEI-E (n)	.23 (71)	.21 (71)	.24 (71)	.28 (71)	.27 (71)	.19 (71)	.17 (71)	.23 (71)	.21 (71)
GI-E (n)	.28 (71)	.27 (71)	.29 (71)	.26 (71)	.19 (71)	.21 (71)	.25 (71)	.28 (71)	.29 (71)
AR-E (n)	.22 (71)	.27 (71)	.23 (71)	.25 (71)	.21 (71)	.19 (71)	.17 (71)	.26 (71)	.25 (71)
SI-E (n)	.48** (71)	.52** (71)	.57** (71)	.53** (71)	.59** (71)	.58** (71)	.43** (71)	.56** (71)	.54** (71)
VG-E (n)	.27 (71)	.29 (71)	.26 (71)	.28 (71)	.19 (71)	.17 (71)	.23 (71)	.27 (71)	.27 (71)
Z (n)	.26 (71)	.24 (71)	.28 (71)	.22 (71)	.21 (71)	.27 (71)	.28 (71)	.23 (71)	.24 (71)
Z-ER (n)	.28 (71)	.27 (71)	.25 (71)	.26 (71)	.24 (71)	.21 (71)	.28 (71)	.23 (71)	.29 (71)
Z-SI (n)	.24 (71)	.28 (71)	.23 (71)	.29 (71)	.23 (71)	.18 (71)	.27 (71)	.24 (71)	.26 (71)
Z-G (n)	.29 (71)	.20 (71)	.22 (71)	.28 (71)	.21 (71)	.19 (71)	.25 (71)	.29 (71)	.26 (71)

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

Spearman's rho für nonparametrische Daten;

VN = Verbundenheit mit der Natur, VA = Verbundenheit mit anderen, VS = Verbundenheit mit sich selbst; VT = Vertrauen, GB = Gottesbild, RI = Rituale, TS = Tod und Sterben, MI-K = MI-RSB-KiJu; MI-E = MI-RSB-48 Erwachsene, ZEI-E = Zeichnungen Gott und Familie Erwachsene; GI-E = Glaubensintensität Erwachsene, AR-E = Ausmaß Religiosität Erwachsene, SI-E = Intensität Spiritualität Erwachsene, VG-E = Verbundenheit mit Glaubensgemeinschaft Erwachsene; Z = Zentralität 1-4, Z-ER = Z-Ereignisse, Z-SI = Z- Situationen, Z-G = Z-Gesamt; n = Stichprobengröße.

Tabelle 49

Korrelationen zwischen kindlichen religiös-spirituellen Parametern und dem religiös-spirituellen Befinden der Gruppe 7-11jährige Kinder

	VN	VA	VS	VT	GB	RI	TS	MI-K	MI-E
ZEI-K (n)	.29 (71)	.26 (71)	.22 (71)	.17 (71)	.18 (71)	.29 (71)	.25 (71)	.26 (71)	.23 (71)
GI-K (n)	.48** (71)	.47** (71)	.49** (71)	.46** (71)	.26** (71)	.39** (71)	.38** (71)	.44** (71)	.39** (71)
AR-K (n)	.26 (71)	.27 (71)	.29 (71)	.25 (71)	.17 (71)	.25 (71)	.24 (71)	.29 (71)	.26 (71)
SI-K (n)	.47** (71)	.45** (71)	.46** (71)	.57** (71)	.39** (71)	.37** (71)	.44** (71)	.54** (71)	.34** (71)
VG-K (n)	.49** (71)	.46** (71)	.52** (71)	.58** (71)	.29* (71)	.48** (71)	.45** (71)	.53** (71)	.37** (71)

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

Spearman's rho für nonparametrische Daten;

VN = Verbundenheit mit der Natur, VA = Verbundenheit mit anderen, VS = Verbundenheit mit sich selbst; VT = Vertrauen, GB = Gottesbild, RI = Rituale, TS = Tod und Sterben, MI-K = MI-RSB-KiJu, MI-E = MI-RSB-48 Erwachsene, ZEI-K = Zeichnungen Gott und Familie Kinder; GI-K = Glaubensintensität Kinder, AR-K = Ausmaß Religiosität Kinder, SI-K = Intensität Spiritualität Kinder, VG-K = Verbundenheit mit Glaubensgemeinschaft Kinder; n = Stichprobengröße.

8.6.4 Religiös-spirituelles Befinden zwischen Eltern und Jugendliche

Es zeigen sich signifikant positive Korrelationen mit der Dimension „Allgemeine Religiosität“ des MI-RSB-48 und den Dimensionen „Rituale“ und „Tod und Sterben“ des MI-RSB-KiJu und signifikante negative Korrelationen mit den Dimensionen „Verbundenheit mit der Natur“, „Verbundenheit mit anderen“ und „Vertrauen“. Die Dimensionen „Verbundenheit mit sich selbst“ und „Gottesbild“ zeigen nicht signifikante negative Korrelationen. Die restlichen Dimensionen „Vergeben“, „Hoffnung immanent“, „Allverbundenheit“, „Hoffnung transzendent“, Bedeutung Sinn“ mit allen Dimensionen des MI-RSB-KiJu signifikant positive Korrelationen, einzig die Dimension „Rituale“ bildet eine Ausnahme, da sie nicht signifikante positive Korrelationen zeigt.

Bezüglich Zentralitätsskala zeigen sich nicht signifikante positive Korrelationen mit dem Gesamtergebnis des MI-RSB-KiJu, wobei die einzelnen Fragen 1-4 nicht signifikant positiv, die Frage nach Ereignissen signifikant positiv und die Fragen nach den Gefühlen nicht signifikant negativ mit dem Gesamtergebnis des MI-RSB-KiJu korrelieren.

Die Werte des MI-RSB-KiJu ergeben mit den elterlichen visuellen Analogskalen „Glaubensintensität“ und „Spirituelle Intensität“ einen signifikant positiven Zusammenhang, die Skala „Verbundenheit mit kirchlicher Glaubengemeinschaft“ einen nicht signifikanten positiven Zusammenhang und die Skala „Ausmaß an Religiosität“ einen nicht signifikanten negativen Zusammenhang.

Signifikant positive Korrelationen zeigen sich mit den Werten des MI-RSB-KiJu und den visuellen Analogskalen „Glaubensintensität“, „Ausmaß an Religiosität“, „Spirituelle Intensität“ der Kinder; ein nicht signifikanter negativer Zusammenhang besteht zwischen „Verbundenheit mit kirchlicher Glaubengemeinschaft“.

Bezüglich der erhobenen Daten des MI-RSB-48 zeigen sich signifikant positive Korrelationen mit der visuellen Analogskala „Spirituelle Intensität“ und „Glaubensintensität“ und mit der Skala „Verbundenheit mit kirchlicher Glaubengemeinschaft“ ein nicht signifikanter positiver Zusammenhang. Einzig mit der Analogskala „Ausmaß an Religiosität“ besteht ein signifikant negativer Zusammenhang. Mit den Skalen der Kinder zeigt sich allein mit der Analogskala „Verbundenheit mit kirchlicher Glaubengemeinschaft“ ein nicht signifikant positiver Zusammenhang, alle anderen Skalen ergeben signifikant positive Korrelationen.

Die Ergebnisse der Zeichnungen Gott und Familie zeigen zwischen MI-RSB-KiJu und den Zeichnungen der Jugendlichen und Zeichnungen der Erwachsenen nicht signifikante, sehr geringe negative Korrelationen. Ebenfalls bestehen zwischen MIRSBS und den Zeichnungen der Kinder und den Zeichnungen der Erwachsenen nicht signifikante, sehr geringe Korrelationen.

Die oben genannten Zusammenhänge sind in untenstehenden Tabelle 50 bis 52 ersichtlich.

Tabelle 50

Korrelationen zwischen elterlichen religiös-spirituellen Befinden und dem religiös-spirituellen Befinden der Gruppe 12-17jährige Jugendliche

	VN	VA	VS	VT	GB	RI	TS	MI-G
AR (n)	-.29* (71)	-.28* (71)	-.08 (71)	-.27* (71)	-.09 (71)	.40** (71)	.19 (71)	-.09 (71)
VE (n)	.67** (71)	.68** (71)	.66 (71)	.70** (71)	.69** (71)	.18 (71)	.39** (71)	.66** (71)
HI (n)	.64** (71)	.63** (71)	.62 (71)	.71** (71)	.65** (71)	.09 (71)	.24* (71)	.59** (71)
AL (n)	.69** (71)	.68** (71)	.69 (71)	.66** (71)	.64** (71)	.06 (71)	.34** (71)	.63** (71)
HT (n)	.67** (71)	.64** (71)	.63** (71)	.74** (71)	.67** (71)	.12 (71)	.29* (71)	.62** (71)
BS (n)	.66** (71)	.67** (71)	.64** (71)	.65** (71)	.72** (71)	.10 (71)	.28* (71)	.61** (71)
MIR-G (n)	.64** (71)	.63** (71)	.68** (71)	.67** (71)	.71** (71)	.25* (71)	.37** (71)	.53** (71)

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

Spearman's rho für nonparametrische Daten;

VN = Verbundenheit mit der Natur, VA = Verbundenheit mit anderen, VS = Verbundenheit mit sich selbst; VT = Vertrauen, GB = Gottesbild, RI = Rituale, TS = Tod und Sterben, MI-G = MI-RSB-KiJu; AR = Allgemeine Religiosität, VE = Vergeben, HI = Hoffnung immanent, AL = Allverbundenheit, HT = Hoffnung transzendent, BS = Bedeutung Sinn, MIR-G = MI-RSB-48 Gesamt; n = Stichprobengröße.

Tabelle 51

Korrelationen zwischen elterlichen religiös-spirituellen Parametern und dem religiös-spirituellen Befinden der Gruppe 12-17jährige Jugendliche

	VN	VA	VS	VT	GB	RI	TS	MI-J	MI-E
ZEI-E (n)	.13 (71)	.11 (71)	.14 (71)	.18 (71)	.17 (71)	.19 (71)	.17 (71)	.19 (71)	.10 (71)
GI-E (n)	.38** (71)	.47** (71)	.49** (71)	.46** (71)	.39** (71)	.34** (71)	.28* (71)	.41** (71)	.41** (71)
AR-E (n)	-.23 (71)	-.26 (71)	-.24 (71)	-.25 (71)	-.22 (71)	-.29 (71)	-.247 (71)	-.26 (71)	-.35** (71)
SI-E (n)	.46** (71)	.51** (71)	.56** (71)	.52** (71)	.55** (71)	.59** (71)	.46** (71)	.59** (71)	.56** (71)
VG-E (n)	.29 (71)	.25 (71)	.27 (71)	.29 (71)	.21 (71)	.19 (71)	.23 (71)	.28 (71)	.28 (71)
Z (n)	.25 (71)	.26 (71)	.29 (71)	.22 (71)	.22 (71)	.23 (71)	.28 (71)	.24 (71)	.24 (71)
Z-ER (n)	.38* (71)	.37* (71)	.35* (71)	.36* (71)	.34* (71)	.31* (71)	.38* (71)	.33* (71)	.29 (71)
Z-SI (n)	.34* (71)	.38* (71)	.33* (71)	.39* (71)	.33* (71)	.38* (71)	.37* (71)	.34* (71)	.26 (71)
Z-G (n)	.39* (71)	.30* (71)	.32* (71)	.38* (71)	.31* (71)	.39* (71)	.35* (71)	.39* (71)	.26 (71)

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

Spearman's rho für nonparametrische Daten;

VN = Verbundenheit mit der Natur, VA = Verbundenheit mit anderen, VS = Verbundenheit mit sich selbst; VT = Vertrauen, GB = Gottesbild, RI = Rituale, TS = Tod und Sterben, MI-J = MI-RSB-KiJu; MI-K = MI-RSB-48 Erwachsene, ZEI-E = Zeichnungen Gott und Familie Erwachsene; GI-E = Glaubensintensität Erwachsene, AR-E = Ausmaß Religiosität Erwachsene, SI-E = Intensität Spiritualität Erwachsene, VG-E = Verbundenheit mit Glaubensgemeinschaft Erwachsene; Z = Zentralität 1-4, Z-ER = Z-Ereignisse, Z-SI = Z- Situationen, Z-G = Z-Gesamt; n = Stichprobengröße.

Tabelle 52

Korrelationen zwischen jugendlichen religiös-spirituellen Parametern und dem religiös-spirituellen Befinden der Gruppe 12-17jährige Jugendliche

	VN	VA	VS	VT	GB	RI	TS	MI-J	MI-E
ZEI-J (n)	.19 (71)	.16 (71)	.12 (71)	.17 (71)	.18 (71)	.19 (71)	.15 (71)	.13 (71)	.12 (71)
GI-J (n)	.51** (71)	.50** (71)	.52** (71)	.57** (71)	.45** (71)	.47** (71)	.42** (71)	.48** (71)	.39** (71)
AR-J (n)	.47** (71)	.44** (71)	.48** (71)	.45** (71)	.47** (71)	.36* (71)	.35* (71)	.48** (71)	.26* (71)
SI-J (n)	.50** (71)	.55** (71)	.56** (71)	.59** (71)	.49** (71)	.46** (71)	.43** (71)	.58** (71)	.34** (71)
VG-J (n)	.25 (71)	-.26 (71)	.29 (71)	-.27 (71)	.21 (71)	-.20 (71)	.19 (71)	-.28* (71)	.17 (71)

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

Spearman's rho für nonparametrische Daten;

VN = Verbundenheit mit der Natur, VA = Verbundenheit mit anderen, VS = Verbundenheit mit sich selbst; VT = Vertrauen, GB = Gottesbild, RI = Rituale, TS = Tod und Sterben, MI-J = MI-RSB-KiJu; MI-E = MI-RSB-48 Erwachsene, ZEI-J = Zeichnungen Gott und Familie Jugendliche; GI-J = Glaubensintensität Jugendliche, AR-J = Ausmaß Religiosität Jugendliche, SI-J = Intensität Spiritualität Jugendliche, VG-J = Verbundenheit mit Glaubensgemeinschaft Jugendliche; n = Stichprobengröße.

8.7 Soziodemographische Daten und religiös-spirituelles Befinden

Hier zeigt sich, dass signifikant positive Zusammenhänge zwischen dem regelmäßigen Beten und dem religiös-spirituellen Befinden in der Kinder- und Jugendgruppe bestehen.

Ebenso besteht ein signifikant positiver Zusammenhang zwischen dem regelmäßigen Kirchgang und der Jugendgruppe und dem religiös-spirituellen Befinden. Bei den Kindern ist eine nicht signifikante positive Korrelation bezüglich regelmäßigen Kirchgangs und spirituellen Befinden zu verzeichnen (Tabelle 53).

Tabelle 53

Korrelationen zwischen soziodemographische Daten und religiös-spirituellen Befinden in der Gesamtstichprobe Kinder und Jugendliche

	MI-RSB-Ki	MI-RSB-Ju
Beten	.45**	.80**
(n)	(142)	(71)
Kirchgang	.20*	.53**
(n)	(142)	(71)

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

Spearman's rho für nonparametrische Daten;

MI-RSB-Ki = MI-RSB-Kindergruppe, MI-RSB-Ju = MI-RSB-Jugendgruppe; n = Stichprobengröße.

8.7.1 Anamnestischen Daten und religiös-spirituelles Befinden

Zwischen Alkoholerfahrungen in der Jugendgruppe und dem religiös-spirituellen Befinden besteht ein signifikant negativer Zusammenhang.

Ebenso besteht ein signifikant negativer Zusammenhang zwischen Missbrauch von Drogen und Alkohol in Familie und religiös-spirituellen Befinden bei Kindern und Jugendlichen. Des Weiteren zeigt sich, dass eine signifikant negative Korrelation zwischen dem religiös-spirituellen Wohlbefinden der Kinder und Jugendlichen und dem Vorhandensein eines psychisch erkrankten Familienmitglieds (Tabelle 54).

Tabelle 54

Korrelationen zwischen anamnestische Daten und religiös-spirituellen Befinden in der Gesamtstichprobe Kinder und Jugendliche

	MI-RSB-Ki-1	MI-RSB-Ki-2	MI-RSB-Ju
Alkohol-Fam.	-.54**	-.49**	-.58**
(n)	(71)	(71)	(71)
Alkohol-Jugend	-.45**	.00	.00
(n)	(71)	(71)	(71)
Psych-Fam.	-.52**	-.48**	-.53**
(n)	(71)	(71)	(71)

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

Spearman's rho für nonparametrische Daten;

MI-RSB-Ki-1 = MI-RSB-Kinder Altersgruppe 1, MI-RSB-Ki-2 = MI-RSB-Kinder Altersgruppe 2,

MI-RSB-Ju = MI-RSB-Jugendgruppe Altersgruppe 3; Alkohol-Fam. = Alkoholmissbrauch in der Familie;

Psych-Fam. = psychische Erkrankung Familienmitglied; n = Stichprobengröße.

8.8 Regressionsanalysen zum Ausmaß psychischer Auffälligkeiten

8.8.1 Verhaltensauffälligen und psychische Auffälligkeiten 4-6jährige Kinder

Eine ordinale Regression wurde berechnet um den Einfluss von Spiritualität und Religiosität auf das Ausmaß an psychischen Auffälligkeiten bzw. um die Entwicklung psychischer Störungen vorherzusagen. Für die Vorhersage des Kriteriums ergab sich ein nicht signifikantes Ergebnis ($df=27$, $p > .05$; $N = 71$). Es konnten keine Prädiktoren für das Ausmaß an psychischen Auffälligkeiten gezeigt werden.

8.8.2 Verhaltensauffälligen und psychische Auffälligkeiten 7-11jährige Kinder

Eine ordinale Regression wurde berechnet um den Einfluss von Spiritualität und Religiosität auf das Ausmaß an psychischen Auffälligkeiten bzw. um die Entwicklung psychischer Störungen vorherzusagen. Für die Vorhersage des Kriteriums ergab sich ein nicht signifikantes Ergebnis ($df=21$, $p > .05$; $N = 71$). Es konnten keine Prädiktoren für das Ausmaß an psychischen Auffälligkeiten gezeigt werden.

8.8.3 Verhaltensauffälligen und psychische Auffälligkeiten Jugendliche

Eine ordinale Regression wurde berechnet um den Einfluss von Spiritualität und Religiosität auf das Ausmaß an psychischen Auffälligkeiten bzw. um die Entwicklung psychischer Störungen vorherzusagen. Für die Vorhersage des Kriteriums ergab sich ein nicht signifikantes Ergebnis ($df=16$, $p > .05$; $N = 71$). Es konnten keine Prädiktoren für das Ausmaß an psychischen Auffälligkeiten gezeigt werden.

8.9 Prüfung auf Unterschiede zwischen den Gruppen

8.9.1 Gruppenunterschiede bezüglich des religiös-spirituellen Befindens

Der H-Test nach Kruskal und Wallis wurde berechnet. Der Test ergibt ein signifikantes Ergebnis für den Faktor Altersgruppe ($df=2$; $p<.01$), wobei die zweite Altersgruppe (sieben- bis elfjährige) die höchsten Befindlichkeitswerte erzielen. Um zu überprüfen, welche Gruppen sich signifikant voneinander unterscheiden, wurde der Mann-Whitney-U Test durchgeführt. Die Ergebnisse zeigen zwischen der ersten Altersgruppe und zweiten Altersgruppe einen signifikanten Unterschied ($z = -7.55$, $p<.001$). Weitere Ergebnisse bezüglich Altersgruppenunterschiede sind nicht signifikant ($z = -8.58$, $p = 1.16$). Die Ergebnisse zeigen, dass die erste Altersgruppe signifikant höhere Werte bezüglich der Skalen „Verbundenheit mit der Natur“, „Verbundenheit mit sich selbst“ und „Verbundenheit mit anderen“ aufweisen. In den anderen Subskalen unterscheiden sich die drei Gruppen nicht signifikant voneinander.

Die Ergebnisse des Mann-Whitney-U Test der Geschlechtsunterschiede bezüglich Religiosität und Spiritualität ergeben signifikante Ergebnisse, demnach erzielen Mädchen aller drei Altersgruppen in allen sieben Dimensionen (Verbundenheit mit der Natur, Verbundenheit mit sich selbst, Verbundenheit mit anderen, Vertrauen, Rituale, Gottesbild, Tod und Sterben) des MI-RSB-KiJu höhere religiös-spirituelle Befindlichkeitswerte als Jungen ($z = -16.57$, $p<.001$).

8.9.2 Gruppenunterschiede bezüglich visueller Analogskalen

8.9.2.1 Visuelle Analogskala „Glaubensintensität“

Der multivariate Test der visuellen Analogskala „Glaubensintensität“ zeigt ein nicht signifikantes Ergebnis bezüglich des Faktors Alter ($F_{1, 71} = .08$; ns.), des Faktors Geschlecht ($F_{1, 71} = .06$; ns.) und der Faktor Gruppe ($F_{1, 71} = 2.06$; ns.). Ebenso ist die Wechselwirkung zwischen Geschlecht und Gruppe nicht signifikant ($F_{1, 71} = .18$; ns.).

8.9.2.2 Visuelle Analogskala „Religiositätsausmaß“

Die Ergebnisse der visuellen Analogskala „Religiositätsausmaß“ zeigen ein nicht signifikantes Ergebnis bezüglich des Faktors Alter ($F_{1, 71} = 1.07$; ns.), des Faktors Geschlecht ($F_{1, 71} = .04$; ns.) und der Faktor Gruppe ($F_{1, 71} = 3.02$; ns.). Ebenso ist die Wechselwirkung zwischen Geschlecht und Gruppe nicht signifikant ($F_{1, 71} = .16$; ns.).

8.9.2.3 Visuelle Analogskala „Spiritualitätsintensität“

Die Ergebnisse der visuellen Analogskala „Spiritualitätsintensität“ zeigen ein nicht signifikantes Ergebnis bezüglich des Faktors Alter ($F_{1, 71} = 2.08$; ns.), des Faktors Geschlecht ($F_{1, 71} = 1.03$; ns.) und der Faktor Gruppe ($F_{1, 71} = 4.03$; ns.). Ebenso ist die Wechselwirkung zwischen Geschlecht und Gruppe nicht signifikant ($F_{1, 71} = .19$; ns.).

8.9.2.4 Visuelle Analogskala „Verbundenheit mit Glaubengemeinschaft“

Die Ergebnisse der vierten Analogskala „Verbundenheit mit Glaubengemeinschaft“ zeigen ebenfalls wie die anderen drei Skalen ein nicht signifikantes Ergebnis bezüglich des Faktors Alter ($F_{1, 71} = 4.09$; ns.), des Faktors Geschlecht ($F_{1, 107} = 2.02$; ns.) und der Faktor Gruppe ($F_{1, 213} = 1.06$; ns.). Ebenso ist die Wechselwirkung zwischen Geschlecht und Gruppe nicht signifikant ($F_{1, 213} = 1.12$; ns.).

8.9.3 Child Behavior Checklist

Aufgrund der nicht gegebenen Varianzhomogenität wurde ein non-parametrisches Verfahren für die statistische Analyse gewählt. Mittels H-Test nach Kruskal und Wallis wurde ein Gruppenvergleich bezüglich der Ausprägung an auffälligen Symptomen vorgenommen. Es zeigen sich keine signifikanten Unterschiede zwischen den Altersgruppen ($df = 3$; $p = 1.04$). Berechnungen mittels Mann-Whitney-U Test ergaben keine signifikanten Geschlechtsunterschiede ($z = -5.54$, $p = 1.02$).

8.9.4 Diagnostik-System psychischer Störungen

Aufgrund der nicht gegebenen Varianzhomogenität wurde ebenfalls ein non-parametrisches Verfahren für die statistische Analyse gewählt. Mittels H-Test nach Kruskal und Wallis wurde ein Gruppenvergleich bezüglich der Ausprägung an auffälligen Symptomen vorgenommen. Es zeigen sich keine signifikanten Unterschiede zwischen den Altersgruppen ($df = 16$; $p = 1.08$). Berechnungen mittels Mann-Whitney-U Test ergaben signifikante Geschlechtsunterschiede ($z = -3.44$, $p < .05$), demnach zeigen Mädchen höhere Werte in der Skala „Angststörungen“.

8.9.5 Junior Temperament und Charakterinventar

Es wurde ein Gruppenvergleich hinsichtlich des Junior Temperament und Charakter Inventar's vorgenommen. Die Ergebnisse der multivariaten Analyse zeigen keine signifikanten Effekte bezüglich des Faktors Gruppe ($F_{1, 213} = 13.56$, ns.) sowie bezüglich des Geschlechts ($F_{1, 107} = 6.03$; ns.).

9 DISKUSSION

9.1 Interviewkonstruktion

Die Religionspsychologie, die sich aus Fragebogenuntersuchungen von Stanley Hall (1881) und Edwin Starbuck (1899) entwickelte, bemüht sich darum, den wissenschaftlichen Standards entsprechende theoretische Grundlagen und Erhebungsmethoden zu entwickeln, um Religiosität und Spiritualität differenziert zu erforschen (Grom, 2007). Um einen Beitrag für medizinische, psychologische und psychotherapeutische Forschungsbereiche zu leisten, wird religiös-spiritueller Erleben und Verhalten beschrieben um das Entstehen, die Entwicklung, Einflüsse und Auswirkungen zu verstehen (Murken & Namini, 2006). Als wertvolle Leistung für medizinisch-psychologische Fachgebiete werden vor allem den emotionalen, verhaltensbezogenen und kognitiven Komponenten bedeutsame Untersuchungswerte beigemessen (Grom, 2007).

Spiritualität spielt bei Erkrankungen sowohl bezüglich Coping als auch beim Ansprechen auf die entsprechende Behandlung eine bedeutsame Rolle (Unterrainer, 2010). Im Zusammenhang mit Gesundheit hat sich das Konstrukt „Spiritual well being“ durchgesetzt (Ostermann & Büssing, 2007). Ziel des Konzeptes „religiös-spiritueller Befinden“ stellt die Erweiterung des bio-psycho-sozialen Modells von Gesundheit und Krankheit um die religiös-spirituelle Komponente dar (Unterrainer 2005). Unterrainer und Ladenhauf (2008) entwickelten hinsichtlich dieses Zieles das „Multidimensionale Inventar zum religiös-spirituellen Befinden (MR-RSB-48). Dieses Untersuchungsinstrument wurde in zahlreichen Untersuchungen erprobt und die bisherigen Befunde bestätigen die Annahme, dass dieses Inventar ein geeignetes Instrument zur Erfassung von Religiosität und Spiritualität im Kontext psychischer Gesundheit darstellt (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 und Fink 2013).

Im Sinne dieser Definition wurde in der vorliegenden Arbeit in Anlehnung an das „Multidimensionale Inventar zum religiös-spirituellen Befinden (MI-RSB-48) ein

multidimensionales Interview für Kinder und Jugendliche (MI-RSB-KiJu) im Rahmen psychischer Gesundheit entwickelt. Im Bereich Kindheit und Jugend wurde bisher vergleichsweise wenig geforscht, aus diesem Grund stellt die aktuelle Untersuchung einen wesentlichen Beitrag zur Zusammenhangsstruktur von Spiritualität und psychischer Gesundheit dar.

Das MI-RSB-KJ ist ein selbstkonstruiertes, halbstandardisiertes Interview und richtet sich an die Stadien der kognitiven Entwicklung von Piaget (1974) und der religiösen Entwicklung nach Goldman (1964, siehe Tabelle 1). Mit der aktuellen Studie ist es gelungen, ein Instrument zur Erfassung von Religiosität und Spiritualität im Erleben von psychischem Befinden bei Kindern und Jugendlichen zu entwickeln. Das Verfahren umfasst 28 Items mit sieben Dimensionen: Vertrauen, Gottesbild, Rituale, Tod und Sterben, Verbundenheit mit sich selbst, Verbundenheit mit anderen und Verbundenheit mit der Natur.

Laut Trautmann (2010) gelten Kinder als Experten ihrer Lebenswelt und werden daher selbst befragt, interviewt und beobachtet. Da Kinder ab vier Jahren grundsätzlich in der Lage sind, grammatikalisch vollwertige Sätze zu bilden sowie die meisten Wörter auszusprechen, ist es zulässig ab diesem Alter Interviews durchzuführen. Ebenso gilt es als gesichert, dass Kinder im Alter von vier Jahren im Sinne der „theory of mind“ bereits in der Lage sind, das Konzept eines „Göttlichen“ zu entwickeln (Boyer, 2004) sowie das Konzept des Betens und des Wünschens als mentalen Vorgang auffassen (Wooley, 2001). Nach Weber und Rammsayer (2005) haben Kinder im Alter ab vier Jahren die Möglichkeit ihre sozialen Fertigkeiten zu entwickeln. Entstehen in diesem Alter durch schädigende Einflüsse der Umwelt psychische Störungen, führen diese zu Schädigungen einzelner Persönlichkeitsbereiche, d.h. ab dem Alter von vier Jahren sind bereits Auffälligkeiten in der Persönlichkeitsentwicklung sichtbar und daraus können sich Symptome wie Angst und Aggressionen entwickeln.

Interviews haben den Vorteil, dass sie tiefer gehende, vielschichtige sowie persönliche und vertrauliche Informationen erfassen und so ist es mittlerweile zum methodischen Standard geworden, qualitative und quantitative Methoden zur Beantwortung komplexer Fragestellungen zu ergänzen (Kallus, 2010).

Die Basis für die Erhebung der Inter-Rater-Reliabilität, der Skalenkennwerte und der Passung des Interviews sowie den Auswertungsskalen bildete die

Auswertung des Interviewmaterials von 213 Kinder und Jugendlichen (111 Mädchen und 102 Jungen) im Alter von vier bis siebzehn Jahren für die Hauptuntersuchung und 114 Kinder und Jugendliche (61 Mädchen und 53 Jungen) der gleichen Altersspanne für die Voruntersuchung. Der Pretest wurde als Grundlage für die Interviewoptimierung vorgenommen, um das Ausmaß eventueller Problematiken und Schwierigkeiten mit dem Interview im Vorfeld zu beurteilen. Die Interviews fanden ebenso wie bei der Hauptuntersuchung entweder in der psychologischen Praxis von Mag^a. Esther Edelbauer in Graz oder in der jeweiligen Wohnumgebung der Versuchspersonen statt. In Anlehnung an Häder (2015) wurde der Pretest zusätzlich mittels dreistufigen Ansatz durchgeführt, wobei die *erste Stufe* aus der Verhaltensbeobachtung bestand, die *zweite Stufe* in der Befragung zum Umgang des Interviews und die *dritte Stufe* beinhaltete eine Evaluierung des Interviews Fehler bzw. Problematiken zu verdeutlichen.

Nach Kuckartz (2014) werden mit halbstrukturierten Interviews sprachliche Informationen gewonnen, die erst durch geeignete Auswertungen einen wissenschaftlichen Erkenntniswert erlangen. Nach den Richtlinien von Kuckartz (2014) ist es in der aktuellen Studie gelungen, durch die inhaltsanalytische Auswertung mittels Würzburger Verfahren der Codierung von halbstrukturierten Interviewmaterials (Wittkowski, 1994) einen wissenschaftlichen Erkenntniswert der Ergebnisse durch Erreichen eines ordinalen Skalenniveaus, dreistufige Skala, der qualitativen Untersuchungsmethode zu erlangen.

Zusätzlich gewährleistete in der vorliegenden Studie der Auswertungsprozess der Inhaltsanalyse eine sehr zufriedenstellende Inter-Rater-Reliabilität, die Übereinstimmungskoeffizienten (Krippendorff's α) der Voruntersuchung sowie der Hauptuntersuchung liegen zwischen $\alpha = .79$ und $\alpha = .84$. Krippendorff's α wurde anhand von Koinzidenzmatrizen als Übereinstimmungsmaß berechnet, da dieses Maß um zufallsbedingte Übereinstimmungen beglichen ist. Durch die differenzierten Codierungen von drei Punktwerten werden adäquate Gewichtungen der Daten vorgenommen um ordinales Skalenniveau zu gewährleisten.

Überdies liegen in den Teilstichproben der drei Altersgruppen der Kinder und Jugendlichen Übereinstimmungskoeffizienten in der gleichen Größenordnung vor, d.h. altersspezifische Diskrepanzen wurden so gering wie möglich gehalten, so dass

laut Wittkowski (1994) eine „Kreuzvalidierung“ der Inter-Rater-Reliabilitäten genannt werden kann.

Nach Wittkowski (1994) ist der Grad der Passung, d.h. das Ausmaß in dem das Inhaltsanalytische Material und das Kategoriensystem übereinstimmend sind, ist als charakterisierendes Gütekriteriums dieses Verfahrens zu sehen. Operational definiert ist die Passung als der Anteil nicht codierbaren Textes des Interviewmaterials am gesamten Umfang des Interviews.

Bei der Durchführung der Voruntersuchung sowie der Hauptuntersuchung fanden Bemühungen statt, empfohlene Standards der Qualitätssicherung (Häder, 2015; Tries und Sattelberger, 2011) einzuhalten. An erster Stelle stand die Generalisierung d.h. eine möglichst repräsentative Zielgruppe zu wählen. Es wurde darauf geachtet aus allen Bildungsschichten und Wohnorte in Graz sowie mittels der großen, jedoch kontrollierten, Altersspanne eine möglichst breite Stichprobe zu erhalten. An zweiter Stelle ist die Beachtung der Vermeidung von situations- sowie personenbezogenen Effekten zu verzeichnen. An dritter Stelle steht die Triangulation, eine Form von Verifizierung und Falsifizierung. Der *Datentriangulation* wurde Rechnung getragen indem unterschiedliche Testpersonen sowie unterschiedliche räumliche Bedingungen einbezogen wurden. Die *Methodentriangulation* bestand in der Kombination des oben beschriebenen dreistufigen Ansatzes. Zusätzlich bestand die *Forschertriangulation* im systematischen Vergleich von Ergebnissen unterschiedlicher Personen und wurde in der inhaltsanalytischen Auswertung des vorliegenden Interviews mittels zweier Auswerterinnen gewährleistet.

9.2 Allgemeine Daten

In der vorliegenden Untersuchung wurden Kinder und Jugendliche ($n = 213$) im Alter von vier bis siebzehn Jahren sowie ihre Eltern ($n = 213$) u.a. zum Thema psychische Gesundheit, Persönlichkeit und religiös-spirituelles Befinden befragt. An der Untersuchung nahmen 111 Mädchen und 102 Jungen teil. In den drei Altersgruppen (4-6 Jahre, 7-11 Jahre, 12-17 Jahre) waren die Kinder und Jugendlichen bezüglich Geschlecht ebenso normalverteilt. Die Testung fand mit den

Kindern und Jugendlichen sowie deren Eltern im jeweiligen Wohnort oder in der psychologischen Praxis in Graz statt.

Als Glaubensbekenntnis gaben 195 Kinder und Jugendliche römisch-katholisch und 18 Kinder und Jugendliche evangelisch an.

Die Erwachsenenstichprobe bestand ausnahmslos aus den leiblichen Eltern der Kinder und Jugendlichen und war bezüglich Geschlecht nicht normalverteilt, da 190 Mütter und 23 Väter bei der Studie mitwirkten. Bezüglich Erwerbstätigkeit, Familienstatus und Alter waren die Eltern vergleichbar.

Alle teilnehmenden Personen besaßen die österreichische Staatsbürgerschaft. Keines der Kinder und Jugendlichen gab eine Heimerfahrung oder Drogenerfahrung an. Keine der teilnehmenden Personen wiesen zum Zeitpunkt der Untersuchung eine psychiatrische Diagnose oder eine akute psychische Problematik auf.

9.3 Spiritualität und Religiosität

9.3.1 Religiosität, Spiritualität und Geschlecht

In bisherigen Studien konnte gezeigt werden, dass Frauen etwas religiös-spirituelle sind als Männer (Unterrainer & Ladenhauf, 2008; Henningsgaard & Arnau, 2008). Zusätzlich zeigen Frauen ein höheres Ausmaß bezüglich Verschwörungstheorien, paranormalen Glauben, Präkognition sowie außersinnliche Wahrnehmungen als Männer (Darwin et al., 2011).

Eindeutig zeigen Untersuchungen, dass Frauen höhere Ausprägungen sowohl bezüglich des religiösen Glaubens als auch religiöser Praktiken aufweisen (Hood et al., 2009).

In der vorliegenden Studie erzielten die Mädchen aller drei Altersgruppen in allen sieben Dimensionen (Verbundenheit mit der Natur, Verbundenheit mit sich selbst, Verbundenheit mit anderen, Vertrauen, Rituale, Gottesbild, Tod und Sterben) des MI-RSB-KiJu höhere religiös-spirituelle Befindlichkeitswerte als Jungen.

9.3.2 Religiosität, Spiritualität und Alter

In mehreren Studien konnte gezeigt werden, dass das Alter einen Einfluss auf die Ausprägung an Spiritualität und Religiosität hat. Unterrainer und Fink (2013) fanden einen gering signifikant positiven Zusammenhang zwischen dem religiös-spirituellen Befinden und dem Alter. In Erwachsenenstichproben konnte Unterrainer et al. (2010) feststellen, dass einzelne Subdimensionen des religiös-spirituellen Befindens sowohl positiv als auch negativ mit dem Alter korrelierten. So scheinen die Subdimensionen „Allgemeine Religiosität“ und „die Vergeben“ mit dem Alter zuzunehmen, wohingegen die Dimensionen „Hoffnung immanent“ und „Hoffnung Transzendent“ mit dem Alter abnehmen.

Eine Studie von Newberg und Newberg (2005) bezüglich der Stufentheorien konnte zeigen, dass auf der intuitiv-projektiven Ebene (Vorschulalter) der sich verstärkende Metabolismus und die zahlreichen Netzwerkverbindungen eine überfließende Fantasie beim Kind hervorrufen. Unnötige Verbindungen werden in der mythisch-wortwörtlichen Phase (Schulkinder) reduziert wohingegen erforderliche Verbindungen verankert werden. Diese Phase ist durch Hinwendung zum Reellen gekennzeichnet.

In Anbetracht dessen konnte in der vorliegenden Untersuchung gezeigt werden, dass sich die erste und die zweite Altersgruppen in den religiös-spirituellen Befindlichkeitswerten unterscheiden. Die erste Altersgruppe (4-6 Jahre) zeigt höhere Werte bezüglich der Skalen „Verbundenheit mit der Natur“, „Verbundenheit mit sich selbst“ und „Verbundenheit mit anderen“. In den anderen Dimensionen unterscheiden sich die drei Gruppen nicht voneinander. Zusätzlich ist zu verzeichnen, dass die zweite Altersgruppe (7- bis 11jährige) die höchsten Befindlichkeitswerte bezüglich Religiosität und Spiritualität erzielt.

Harms (1944; zitiert nach Hood, Hill, Spilka, 2009) entwickelte drei Stufen der Entwicklung eines Konzeptes von Gott: in der „Fairy-tale stage“ (drei- bis sechsjährige Kinder) sehen Kindern eine geringe Differenzierung zwischen Gott und einer Märchengestalt. In der „Realistic stage“ (sechs- bis elfjährige Kinder) beginnen sich die kognitiven Kapazitäten des Kindes immer mehr und mehr zu entwickeln und das Kind ist in der Lage Gott konkreter und menschlicher zu sehen. In der dritten Stufe, die „Individualistic stage“ zeigen Jugendliche durch unterschiedliche Konzeptentwicklungen einen individualisierten Zugang zu Gott.

Rizzuto (1979) führte mit Patienten Interviews bezüglich „Eltern“ und „Gott“. Zusätzlich ließ sie Bilder von Gott zeichnen, um diese mit den Ergebnissen der Interviews zu vergleichen um zu der Hypothese zu gelangen, dass in der westlichen Kultur jedes Kind eine hochpersonalisierte Vorstellung von Gott ausbildet, die von den Objektbeziehungen, der Selbstrepräsentanzentwicklung sowie den Glauben seines Umfeldes abgeleitet ist. Die erste Grundlage für die Vorstellung von Gott wird in der oralen Phase (Freud, 1950) gelegt. In der analen Phase wird Gott mit einem Elternteil gleichgesetzt. In der ödipalen Phase kommt es zur Idealisierung der Eltern, Gott wird als allmächtig gesehen. Ab der Pubertät bleibt das Kind emotional an sein Gottesbild gebunden (Rizutto, 1979).

In diesem Sinne wurden die Zeichnungen der Kinder und Jugendlichen sowie deren Eltern miteinander verglichen um eventuelle Gemeinsamkeiten respektive Ähnlichkeiten mit Gott und der Familie bzw. eines Elternteiles zu finden. In keiner der drei Altersgruppen wurden signifikante Zusammenhänge zwischen den Zeichnungen gefunden. In der ersten und der dritten Altersgruppe zeigten sich zwischen den Zeichnungen der Kinder und den Zeichnungen der Erwachsenen sowie dem MI-RSB-KiJu und dem MI-RSB-48 nicht signifikante, sehr geringe negative Zusammenhänge. In der zweiten Altersgruppe zeigten sich zwischen den Zeichnungen der Kinder und den Zeichnungen der Erwachsenen sowie dem MI-RSB-KiJu und dem MI-RSB-48 nicht signifikante, sehr geringe positive Zusammenhänge. In der vorliegenden Studie konnte somit kein Zusammenhang zwischen Alter und bildliche Gottesvorstellung bzw. Entwicklung wie sie in vorherigen Studien gezeigt wurden, nachgewiesen werden.

9.3.3 Religiosität, Spiritualität und psychische Gesundheit

Seit Jahren ist das Forschungsinteresse groß, den Einfluss von Religiosität und Spiritualität auf die physische wie auch auf die psychische Gesundheit zu untersuchen. In den letzten zwanzig Jahren stützen die Ergebnisse die positiven und förderlichen Effekte der Religiosität auf die psychische Gesundheit (Yeung & Chan, 2007). Zahlreiche Studien berichten über positive Zusammenhänge zur Gesundheit und Religion (McCullough, Enders, Friedmann & Martin, 2009; Mehnert, 2008;). Unterrainer et al. (2010) zeigen mit ihren Ergebnissen ebenso eine

salutogene Funktion von Spiritualität und Religiosität auf die Gesundheit. Hood et al. (2009) sehen die Religion assoziiert mit einer guten körperlichen wie auch geistigen Gesundheit und Heinemann und Wörmann (2010) diskutieren in ihrer Studie sowohl die positiven wie auch die negativen Aspekte von Religiosität und Spiritualität auf die 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).

Die Ergebnisse der vorliegenden Studie zeigen einen positiven Zusammenhang zwischen psychischer Gesundheit und dem religiös-spirituellen Befinden. Ein Vergleich zwischen den drei Altersgruppen konnte keine Unterschiede zwischen den Ausprägungen von psychopathologischen Symptomen feststellen. Nach Mascaro, Rosen und Morey (2004) besteht ein positiver Zusammenhang zwischen Spiritualität und Hoffnung hingegen ein negativer Zusammenhang zwischen Spiritualität und Depression, antisozialen Eigenschaften sowie Angst. Die Depression korreliert von allen psychiatrischen Erkrankungen am stärksten mit Spiritualität und Sinnsuche (Blazer, 2006). Blazer (2007) vermutet dass demnach die positive Verbindung zwischen spiritueller Entwicklung und Depression sehr weit zurückliegt. Unterrainer et al. (2013) konnten in ihrer Untersuchung bei ängstlich/depressiven PatientInnen, suchtkranken PatientInnen und gesunde Kontrollpersonen zeigen, dass die PatientInnen ein geringeres Ausmaß an religiös-spirituellen Befinden aufweisen als die gesunden Vergleichspersonen. Zusätzlich konnten negative Zusammenhänge zwischen den Dimensionen des religiös-spirituellen Befindens mit psychopathologischen Symptomen gefunden werden. Nach Smith & Faris (2002) zeigen religiös-spirituell eingestellte Jugendliche signifikant seltener delinquentes Verhalten. Mithilfe des MI-RSB-48 konnten Unterrainer, Ladenhauf, Moazed, Wallner-Liebmann und Fink (2010) in Untersuchungen zeigen, dass religiös-spiritueller Wohlbefinden positiv mit dem psychischen Wohlbefinden korreliert. Milevsky und Levitt (2004) berichteten, dass Kinder, die der Religion eine höhere Bedeutung beimäßen sowie häufiger an religiösen Veranstaltungen teilnahmen, niedrigere Depressionswerte zeigten. Vasegh und Mohammadi (2007) konnten im islamischen Raum vergleichbare

Ergebnisse finden, in ihrer Untersuchung zeigten Studenten einen negativen Zusammenhang zwischen Religiosität und Angst oder Depression.

Übereinstimmend zur Literatur korrelieren in der Gesamtstichprobe der Kinder und Jugendlichen die beurteilungsübergreifenden Syndrome, d.h. sozialer Rückzug, körperliche Beschwerden, Angst/Depressivität, soziale Probleme, Schizoid/Zwanghaft, Aufmerksamkeitsstörung, aggressives Verhalten sowie die Skalen zu internalisierenden und externalisierenden Störungen, wie auch der Gesamtwert der Child Behavior Checklist (CBCL) negativ mit dem religiös-spirituellen Befinden des multidimensionalen Interview (MI-RSB-KiJu) sowie den einzelnen Gesamtdimensionen „Verbundenheit mit der Natur“, „Verbundenheit mit anderen“, „Verbundenheit mit sich selbst“, „Vertrauen“ und „Gottesbild“. Auffallend ist, dass die Syndromskala „Delinquentes Verhalten“ nur sehr schwache Korrelationen mit allen Dimensionen zeigt und die Skala „Körperliche Beschwerden“ eine positive, wenn auch schwache, Korrelation mit der Dimension „Rituale“ aufweist.

Näher betrachtet zeigt sich in der ersten Altersgruppe der vier-bis sechsjährigen Kinder ebenfalls ein negativer Zusammenhang zwischen allen beurteilungsübergreifenden Syndromen wie auch den Gesamtwert der Child Behavior Checklist mit dem religiös-spirituellen Befinden sowie mit allen einzelnen Gesamtdimensionen des multidimensionalen Interview (MI-RSB-KiJu) wobei die Dimension „Gottesbild“ sehr geringe Zusammenhänge aufweist.

Ebenso können negative Zusammenhänge zwischen allen Syndromskalen und den visuellen Analogskalen gezeigt werden, besonders die beiden visuellen Skalen „Spirituelle Intensität“ und „Verbundenheit mit kirchlicher Glaubensgemeinschaft“ korrelieren etwas stärker mit allen Syndromskalen, hingegen die Analogskalen „Glaubensintensität“ und „Ausmaß an Religiosität“ sehr schwache Zusammenhänge zeigen. Schließlich besteht zwischen der Syndromskala „Angst und Depressivität“ kein Zusammenhang mit der Skala „Ausmaß an Religiosität“.

Ferner werden zwischen den Syndromskalen „Soziale Probleme“, „Schizoid/Zwanghaft“, „Aufmerksamkeitsstörung“, „Delinquentes Verhalten“ und „Aggressives Verhalten“ und den Ergebnisse der Zeichnungen der Kinder negative Zusammenhänge gefunden, wohingegen mit den Zeichnungen der Erwachsenen keine Zusammenhänge verzeichnet werden können.

Über die Testung hinweg sind, mit Ausnahme der Verhaltensbeobachtung „Ungewöhnliche Verhaltensweisen“, mittlere bis starke positive Zusammenhänge mit den Beobachtungen „Aufmerksamkeit und Konzentration“, „Einstellung zur Testung“ sowie „Affekt und Stimmungslage“ erkennbar, d.h. die Ergebnisse der Verhaltensbeobachtung stützen die Ergebnisse der auffälligen psychischen Befindlichkeiten.

In der Gruppe der sieben bis elfjährigen Kinder finden sich übereinstimmende Ergebnisse. Bis auf fehlende Zusammenhänge mit den Zeichnungen finden sich starke negative Zusammenhänge zwischen Internalisierende Störungen, im Besonderen mit der visuellen Skala „Spirituelle Intensität“ und dem religiös-spirituellen Befinden. Auffallend ist hier, dass zwischen den Skalen „Körperliche Beschwerden“ und „Angst/Depressivität“ positive Zusammenhänge mit den Dimensionen „Rituale“ und „Gottesbild“ zu sehen sind. Ebenso spiegeln die Verhaltensbeobachtungen die auffälligen Werte der Child Behavior Checklist wider.

Bei den zwölf- bis siebzehnjährigen Jugendlichen ist zu vermerken, dass die Syndromskala „körperliche Beschwerden“ mit den beiden Dimensionen „Rituale“ sowie „Tod und Sterben“ positiv, wenn auch nur schwach, zusammenhängt. Ferner ist zu erwähnen, dass die Ergebnisse der jugendlichen Zeichnungen einen positiven Zusammenhang mit der Skala „Angst/Depressivität“ aufweist. In einer Untersuchung berichtet Braam (2008) dass kritische Gottesbilder positiv mit depressiver Symptomatik verbunden waren.

Ein ähnliches Ergebnis zeigt sich bezüglich der Ergebnisse des Diagnostik-Systems für psychische Störungen nach ICD-10/DSM-IV (DISYPS-II). Es bestehen über alle Altersgruppen hinweg bis auf die Skala „Tiefgreifende Entwicklungsstörungen“ sowie „Störungen sozialer Funktionen – Mutismus“ durchwegs negative, wenn auch teils schwache Zusammenhänge zwischen den Skalen „Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörungen“, „Angst- und Zwangsstörungen“, „Störungen des Sozialverhaltens“ sowie „Depressive Störungen“ des und dem religiös-spirituellen Befinden der Kinder und Jugendlichen. Erwähnenswert ist der positive Zusammenhang in der Gruppe der vier- bis sechsjährigen Kinder zwischen den Dimensionen „Rituale“ und den Skalen „Angst- und Zwangsstörungen“ sowie „Depressive Störungen“ und der Dimension „Tod und Sterben“ mit der Skala „Angst- und Zwangsstörungen“.

Zusätzlich konnten negative Zusammenhänge zwischen der Skala „Störungen des Sozialverhaltens“ und der visuellen Analogskala „Glaubensintensität“ sowie den Skalen „Aufmerksamkeits-/Hyperaktivitätsstörung“ und „Störungen des Sozialverhaltens“ und der visuellen Analogskala „Ausmaß an Religiosität“ gefunden werden. In der Gruppe der sieben- bis elfjährigen Kinder ist der positive Zusammenhang mit den Skalen „Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörungen“, „Störungen des Sozialverhaltens“, „Angst- und Zwangsstörungen“ sowie „Depressive Störungen“ mit der Analogskala „Ausmaß an Religiosität“ hervorzuheben. In der Gruppe der zwölf- bis siebzehnjährigen Jugendlichen besteht die Auffälligkeit in der positiven Verbindung zwischen der visuellen Analogskala „Verbundenheit mit kirchlicher Glaubengemeinschaft“ und der Skala „Angst- und Zwangsstörungen“.

Zusätzliche Prüfungen zeigen, dass Jugendliche die über ein höheres religiös-spirituelles Befinden verfügen, weniger Alkoholerfahrungen angeben. Darüber hinaus zeigen die Kinder und Jugendlichen höhere Werte im religiös-spirituellen Befinden je geringer der Missbrauch von Drogen und Alkohol in der Familie ausfällt. Hingegen zeigen Kinder und Jugendliche beim Vorhandensein eines psychisch erkrankten Familienmitglieds niedrigere religiös-spirituelle Befindlichkeitswerte. Zusammenfassend kann gesagt werden, dass über die Altersgruppen hinweg vor allem die religiös-spirituellen Dimensionen „Verbundenheit mit der Natur“, „Verbundenheit mit anderen“, „Verbundenheit mit sich selbst“ sowie „Vertrauen“ relativ stabile mittlere bis starke Zusammenhänge mit den Werten der Verhaltensauffälligkeiten, den emotionalen Auffälligkeiten sowie den somatischen Beschwerden zeigen. Diese Ergebnisse stehen in Übereinstimmung mit den Ergebnissen vorliegender Studien in diesem Bereich. Nach Clark, (2004) stellte sich in qualitativen wie auch quantitativen Studien „Verbundenheit“ (connectedness) als Kernkomponente heraus.

Laut Bucher (2007) setzt das Gefühl der Verbundenheit mit anderen und die Verbundenheit mit der Natur, Transzendenz voraus. Adaptive Funktionen der Religiosität wie die Transzendenz Erfahrung seien für die weitere Evolution von großem Vorteil gewesen, da das Fühlen einer Verbundenheit mit einer höheren Macht existentielle Sicherheit und eine Haltung der Zuversicht – trotz des evolutionären Überlebenskampfes – erfahren ließ (Newberg, d'Aquili & Rause,

2004). Hart (2005) konnte zeigen, dass aus Kinder- und Jugendberichte bedeutsame Erfahrungen von Verbundenheit eine wichtige Rolle spielen. Zusammenfassend kann gesagt werden, dass sich als Kernkomponente qualitativer wie auch quantitativer Studien die „Verbundenheit“ (connectedness) herausstellte (Bucher, 2007).

9.3.4 Religiosität, Spiritualität und Persönlichkeit

Die neuesten Forschungen lassen vermuten, dass es Zusammenhänge zwischen Spiritualität, Religiosität und einzelnen Persönlichkeitsdimensionen bestehen (Unterrainer, 2010). Kennedy (2009) schließt Religiosität und Spiritualität als autonome Persönlichkeitsmerkmale nicht aus.

Ebenso kamen Gomez und Fisher (2003) in ihrer Studie, mit durchschnittlich 13-jährigen Jugendlichen, zu dem Ergebnis Spiritualität sei ein eigenständiges Persönlichkeitsmerkmal.

Henningsgaard & Arnau (2008) konnten zeigen, dass eine extrinsische religiöse Orientierung mit keiner der fünf Persönlichkeitsfaktoren (Big Five) korreliert wohingegen eine intrinsische religiöse Orientierung positiv mit Verträglichkeit und Gewissenhaftigkeit korreliert, mit Neurotizismus zeigen sich jedoch negative Zusammenhänge. Spiritualität korrelierte positiv mit Extraversion, Gewissenhaftigkeit und Verträglichkeit und negative Korrelationen zeigten sich ebenfalls mit Neurotizismus.

Unterrainer et al. (2010) kamen zu dem Ergebnis, dass allgemeine Religiosität, Extraversion, Offenheit und Gewissenhaftigkeit mit dem religiös-spirituellen Befinden positiv korrelieren. Zusätzlich konnten positive Zusammenhänge zwischen Extraversion und den Subskalen des Multidimensionalen Inventars zur religiös-spirituellen Befindlichkeit (MI-RSB-48) „Erfahrungen von Bedeutung und Sinn“ und „Hoffnung Immanent“ gefunden werden. Hingegen korrelierten Neurotizismus und Aggressivität negativ mit dem spirituellen Befinden. Grundsätzlich wird die Hypothese in den Mittelpunkt gerückt, dass pathogene wie auch salutogene Faktoren von Religiosität und Spiritualität mit Persönlichkeit in einem Zusammenhang stehen (Unterrainer, Huber, Sorgo, Collicut & Fink, 2011).

In einem Literaturreview zeigten Wong, Rew und Slaikeu (2006) positive Zusammenhänge zwischen Religiosität und Spiritualität mit psychischer Gesundheit bei Kinder und Jugendlichen. Psychische Gesundheit wurde als Selbstwertgefühl, depressive Symptome, Angst, Gedeihen, soziale Beziehungen, Prosoziales Verhalten, Wohlbefinden, Ichstärke und Moralität operationalisiert.

Benson et al. (2004) fanden in ihrer Analyse heraus dass Religiosität und Spiritualität negativ mit gesundheitsschädlichen Verhalten (Alkoholkonsum, antisoziales Verhalten, Drogenkonsum, Depression, Suizid, Rauchen, Schulproblematiken und Gewalt) und positiv mit Gedeihen (Widerstehen von Gefahren, Impulskontrolle, Hilfsbereitschaft, Wertschätzung anderer Menschen, positives Gesundheitsverhalten, schulischer Erfolg, positive Bewältigungsstrategien) zusammenhingen.

Eine Langzeitstudie bei US-AmerikanerInnen von McCullough et al. (2005) kommt zu dem Ergebnis, dass Menschen über Jahre hinweg religiös bleiben bzw. sogar religiöser wurden je stärker die religiöse Sozialisierung in der Kindheit war.

Das Junior Temperament und Charakter Inventar weist durch die Berücksichtigung klinischer Beschreibungen von Persönlichkeitsentwicklung Bezüge zur Psychopathologie auf. Somit lassen zwei Charakterskalen und die diagnostischen Kriterien des ICD-10 und DSM-IV „subjektiver Leidensdruck“ (Skala „Selbstlenkungsfähigkeit“ mit „Verantwortlichkeit“, „Zielbewusstheit“, „Einfallsreichtum“, „Selbstakzeptanz“) sowie die „soziale Unangepasstheit“ (Skala „Kooperativität“ mit „Toleranz“, „Empathie“, „Hilfsbereitschaft“, „Mitleid“ und „Gewissen“) Übereinstimmungen deutlich erkennen (Goth & Schmeck, 2009).

In der vorliegenden Studie konnten ebenfalls Übereinstimmungen zur bestehenden Literatur gefunden werden. Vor allem konnte ein negativer Zusammenhang zwischen religiös-spirituellen Befinden und psychopathologischer Auffälligkeiten gezeigt werden. In der ersten Altersgruppe der vier- bis sechsjährigen Kinder bestehen positive Zusammenhänge zwischen den Skalen des Junior Temperament und Charakter Inventars (JTCI) „Belohnungsabhängigkeit“, „Beharrungsvermögen“, „Selbstlenkungsfähigkeit“, „Selbsttranszendenz“ „Kooperativität“ und dem religiös-spirituellen Befinden des MI-RSB-KiJu. Wie erwartet, zeigt sich zwischen den Skalen „Fantasie“ und „Spiritualität“ als Verhaltensmerkmal ein mittlerer bis starker Zusammenhang mit dem religiös-

spirituellen Befinden. Ein negativer Zusammenhang fällt zwischen den Skalen „Neugierverhalten“, „Schadensvermeidung“, der Religiosität und Spiritualität sowie den elterlichen visuellen Analogskalen „Spirituelle Intensität“ und „Glaubensintensität“ und den kindlichen Analogskalen „Spirituelle Intensität“ und „Verbundenheit mit kirchlicher Glaubensgemeinschaft“. Zusätzlich geprüfte negative Zusammenhänge finden sich zwischen den Subskalen „Explorative Erregbarkeit“, „Impulsivität“, „Extravaganz“, und „Regellosigkeit“ der Skala „Neugierverhalten“, „Zukunftssorgen“, „Angst vor dem Ungewissen“, und „Ermüdbarkeit“ der Skala „Schadensvermeidung“ sowie „Zielbewusstheit“ der Skala „Selbstlenkungsfähigkeit“ und dem religiös-spirituellen Befinden. Ebenfalls ist eine negative Verbindung zwischen der Skala „Beharrungsvermögen“ und den Kinderzeichnungen sowie den Zeichnungen der Erwachsenen zu erkennen. Ein Vergleich zwischen den drei Altersgruppen konnte keine nennenswerten Unterschiede zwischen den Ausprägungen von Persönlichkeitsmerkmalen zeigen.

In der Gruppe der sieben bis elfjährigen Kinder decken sich die Ergebnisse mit denen der Gruppe der vier- bis sechsjährigen Kinder. Hier ist der positive Zusammenhang zwischen den Subskalen „Mitleid“ und „Gewissen“ der Skala „Kooperativität“ zu betonen. Weder zwischen den Zeichnungen der Kinder noch den Zeichnungen der Erwachsenen und den Persönlichkeitsmerkmalen finden sich nennenswerte Korrelationen. Im Gegensatz dazu konnten Dickie, Ajega, Kobylak & Nixon (2006) zeigen, dass Kinder die ihre Eltern als fürsorglich und mächtig charakterisieren, Gott ebenfalls als fürsorglich und mächtig sehen.

In der Gruppe der zwölf- bis siebzehnjährigen Jugendlichen sind ebenfalls vergleichbare Ergebnisse zu verzeichnen. Zusätzlich sollte jedoch auch hier der mittlere bis starke positive Zusammenhang zwischen den Subskalen „Selbstvergessenheit“, „Transpersonale Identifikation“ und „Spirituelle Akzeptanz“ der Skala „Selbsttranszendenz“ als ein angeführtes Persönlichkeitsmerkmal und der Skala „Emotionale Offenheit“ und dem religiös-spirituellen Befinden angeführt werden. Ferner ist ein positiver Zusammenhang zwischen der Skala „Beharrungsvermögen“ und den Subskalen „Arbeitseifer“, „Hart Arbeitend“, „Ehrgeiz“, „Soziale Akzeptanz“, „Hilfsbereitschaft“, „Mitleid“, „Gewissen“ und den Dimensionen des MI-RSB-KiJU gefunden worden. Ebenfalls wird zwischen der Skala „Beharrungsvermögen“ und den Zeichnungen der Jugendlichen eine positive

Verbindung gezeigt. Darüber hinaus bestehen zwischen den Skalen „Belohnungsabhängigkeit“, „Selbstlenkungsfähigkeit“, „Kooperativität“ und „Selbsttranszendenz“ positive Verbindungen zu der der visuellen Analogskala „Spirituelle Intensität“ der Erwachsenen und den Analogskalen „Glaubensintensität“ und „Ausmaß an Religiosität“ der Jugendlichen, hingegen negative Verbindungen zwischen der Analogskala „Ausmaß an Religiosität“ der Erwachsenen. Ferner besteht ein negativer Zusammenhang zwischen der Skala „Neugierverhalten“ und der jugendlichen Analogskala „Verbundenheit mit kirchlicher Glaubengemeinschaft“.

In Übereinstimmung mit den Ergebnissen der oben angeführten psychischen Gesundheit sind hier ebenfalls die mittleren bis starken positiven Zusammenhänge zwischen der Persönlichkeitsstruktur und den Dimensionen des religiös-spirituellen Befindens, „Verbundenheit mit der Natur“, „Verbundenheit mit anderen“, „Verbundenheit mich sich selbst“ sowie „Vertrauen“ im Gegensatz zu den anderen Dimensionen, zu betonen.

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass sich ab einem Alter von drei bis vier Jahren typische Verhaltensmuster durch die Erweiterung der Sozialkontakte leichter beobachten lassen. Ab diesem Zeitpunkt besteht die Annahme einer ausreichend stabilen Persönlichkeitsstruktur und Verhaltenscharakteristik (Goth & Schmeck, 2009). Eine Aussage zur Vorhersage des Ausmaßes an Verhaltensauffälligen und psychischen Auffälligkeiten bzw. Entwicklung einer möglichen Persönlichkeitsstörung durch die Ausprägung an Religiosität und Spiritualität kann in der vorliegenden Studie statistisch jedoch nicht gemacht werden.

9.3.5 Religiosität, Spiritualität und Bindung

Jacobs (2000) konnte nachweisen, dass die frühkindliche Bindung von großer Bedeutung für die Spiritualität ist, da die Befragten die Spiritualität der Bindungspersonen der frühen Kindheit bevorzugten. Bandura (2003) bezeichnete dies als „spirituelle Modelle“, wobei er die stärkere Wirkung der Mutter im Gegensatz zum Vater betonte.

Gangl (2004) konnte in ihrer Studie zeigen, dass elterliche Erziehung sowie die Vorbildfunktion die spätere Religiosität und Spiritualität der Kinder beeinflussen und zwar dahingehend, dass bei sicher Gebundenen die intrinsische Religiosität und das transpersonale Vertrauen ein höheres Ausmaß sowie die religiöse Angst ein geringes Ausmaß zeigen. In Studien werden ca. 70% der Kinder als sicher gebunden klassifiziert (Gerrig & Zimbardo, 2014).

In Übereinstimmung mit der Literatur stehen die Ergebnisse der aktuellen Studie hinsichtlich Bindung, Religiosität und Spiritualität. So wird ebenfalls ein starker positiver Zusammenhang über alle drei Altersgruppen hinweg zwischen Bindung, erhoben mit der Skala des „Junior Temperament und Charakter Inventars“ und dem religiös-spirituellen Befinden der Kinder und Jugendlichen ersichtlich. Auch im Bereich Bindung können somit mittlere bis starke Zusammenhänge mit den vier Dimensionen „Verbundenheit mit der Natur“, „Verbundenheit mit anderen“, „Verbundenheit mit sich selbst“ sowie „Vertrauen“ verzeichnet werden.

Im Gegensatz zu Beck und McDonald (2004) die in ihrer Untersuchung nachweisen konnten, dass sicher gebundene Menschen Gott akzeptieren, hingegen sehen unsicher-gebundene Personen Gott als weit entfernt und ablehnend empfinden konnte in der vorliegenden Studie zwischen Bindung und den Dimensionen „Gottesbild“ und „Rituale“ schwache bis keine Zusammenhänge gefunden werden.

Ferner konnten, über alle Altersgruppen hinweg, keine Zusammenhänge zwischen der Checkliste „Störungen sozialer Funktionen – Bindung“ und religiös-spirituelle Befindlichkeit gefunden werden. Ursache für den fehlenden Zusammenhang ist die Tatsache, dass keines der an der Untersuchung teilnehmenden Kinder oder Jugendlichen die Kriterien für eine tiefgreifende Diagnose für eine „Reaktive Bindungsstörung“, eine „Bindungsstörung des Kindesalters mit Enthemmung“ oder eine „Reaktive Bindungsstörung im Säuglingsalter oder in der frühen Kindheit“ erfüllten.

9.3.6 Religiosität, Spiritualität und kognitive Funktionen

Nach Kernberg, Weiner und Bardenstein (2005) sollten ebenso kognitive Merkmale im Rahmen der Untersuchung von möglichen sich entwickelnden

Persönlichkeitstörungen bzw. Auffälligkeiten in der Persönlichkeitsentwicklung nicht fehlen. Die Autoren erklären diese Maßnahme damit, dass durch die Berücksichtigung des kognitiven Status ein integratives Denken über die Variablen Identität, Temperament sowie Persönlichkeitsentwicklung stattfinden kann.

Aus diesem Grund wurde in der aktuellen Studie der kognitive Status der teilnehmenden Kinder und Jugendlichen miterhoben. Die Ergebnisse zeigen in der ersten Altersgruppe zwischen den beiden Skalen „Situationen“ und „Kategorien“ und dem religiös-spirituellen Befinden positive Zusammenhänge, wobei weitere Zusammenhänge zwischen den Dimensionen „Verbundenheit mit der Natur“, „Verbundenheit mit anderen“, „Verbundenheit mit sich selbst“, „Vertrauen“, „Rituale“ und „Tod und Sterben“ zu erkennen sind.

Eine Ausnahme bildet die Dimension „Gottesbild“ die mit keiner der beiden Skalen korreliert. Keine Zusammenhänge wurden mit den visuellen Analogskalen und den Zeichnungen der Kinder gefunden. In der zweiten und dritten Altersgruppe ist kein nennenswerter Zusammenhang zwischen kognitiver Funktionen und religiös-spirituellen Befinden ersichtlich.

9.3.7 Religiosität, Spiritualität der Eltern, Kinder und Jugendlichen

In der vorliegenden Studie kann ein starker positiver Zusammenhang zwischen den religiös-spirituellen Befinden der Kinder und Jugendlichen und dem religiös-spirituellen Befinden der Eltern gezeigt werden. Es besteht eine positive Verbindung zwischen dem von den Eltern ausgefüllten Multidimensionalen Inventar (MI-RSB-48) und den Multidimensionalen Interview (MI-RSB-KiJu) der Kinder und Jugendlichen.

Zwischen der Dimension „Allgemeine Religiosität“ des MI-RSB-48 und den Dimensionen „Verbundenheit mit der Natur“, „Verbundenheit mit anderen“, „Verbundenheit mit sich selbst“ und „Vertrauen“ finden sich sehr geringe teils negative Zusammenhänge, hingegen mit den Dimensionen „Gottesbild“, „Rituale“ sowie „Tod und Sterben“ positive Verbindungen. Zwischen allen anderen Dimensionen des MI-RSB-48 sind wiederum mittlere bis starke positive Verbindungen zu den Dimensionen „Verbundenheit mit der Natur“, „Verbundenheit mit anderen“, „Verbundenheit mit sich selbst“ und „Vertrauen“ festzustellen.

Auffallend ist, dass die Dimension „Gottesbild“ in der ersten Altersgruppe (Kinder 4-6 Jahre) und in der zweiten Altersgruppe (Kinder 7-11 Jahre) sehr schwache, teils negative Verbindungen zu den elterlichen religiös-spirituellen Befinden zeigt, hingegen jedoch in der dritten Altersgruppe der Jugendlichen stark mit den religiös-spirituellen Befinden der Eltern korreliert.

Zwischen religiös-spirituellen Befinden der Eltern sowie der Kinder und der religiösen Zentralität zeigen sich in der zweiten Altersgruppe sehr geringe negative und in der ersten und dritten Altersgruppe sehr geringe positive Zusammenhänge. Über alle drei Altersgruppen hinweg finden die Gottesbild Zeichnungen keine nennenswerten Verbindungen zum religiös-spirituellen Befinden.

Die visuellen Analogskalen der Kinder und Jugendlichen sowie denen der Eltern zeigen zwischen allen Altersgruppen hinweg geringe bis starke positive Zusammenhänge zwischen dem religiös-spirituellen Befinden der Kinder und Jugendlichen und deren Eltern. Hervorzuheben ist die stabile starke positive Verbindung der Skala „Spirituelle Intensität“ und „Glaubensintensität“ über alle Gruppen hinweg, hingegen zeigt sich in der Gruppe der Jugendlichen ein negativer, jedoch schwacher Zusammenhang zwischen den religiös-spirituellen Befinden und der Einschätzung zur Verbundenheit mit einer Glaubensgemeinschaft. Dieser Umstand ist ebenso bereits in der Literatur belegt. Bezüglich spiritueller Entwicklung konnten Roehlkepartain et al. (2005) zeigen, dass bei Jugendlichen der Bezug zu einer religiösen Institution schwächer wird, jedoch die Bedeutung der Spiritualität konstant bleibt bzw. sogar ansteigt. Ebenso bemerken Ziebertz, Kalbheim und Riegel (2003), dass das Engagement von Jugendlichen in kirchlichen Organisationen sinkt. In der Shell-Jugendstudie 2010 wurden bei Jugendliche zum Thema Religion befragt (Gensicke, 2010), und es zeigte sich ein Bezug zu Gott, überirdischen Mächten sowie zum Glauben an sich.

Zusätzliche Prüfungen ergeben über alle Altersgruppen hinweg positive Zusammenhänge zwischen regelmäßigem Beten, regelmäßigem Kirchgang und dem religiös-spirituellen Befinden.

9.4 Schwierigkeiten in der Forschung

Die Problematiken bezüglich Religiositäts- und Spiritualitätsforschung beziehen sich hauptsächlich auf die Messung und Operationalisierung sowie auf die eingeschränkte Studienvergleichbarkeit der Studien aufgrund unterschiedlicher Messinstrumente (Heinemann & Wörmann, 2010). Ein weiteres Erschwernis zeigt die Frage nach der „Ursache vs. Wirkung“ der Zusammenhänge zu den Gesundheitsaspekten (Unterrainer, 2010). Schowalter und Murken (2003) betonen, „Sowohl Religiosität als auch psychische Gesundheit sind sehr komplexe und vielseitige Konstrukte, deren angemessene und methodische Erfassung eine theoretisch begründete Auswahl an Indikatoren voraussetzt.“.

In einigen Studien stellen die kritische Betrachtung der niedrigen Zusammenhänge (Unterrainer, 2010) sowie die mangelhafte Kontrolle möglicher Einflussvariablen (Mehnert, 2008) einen wertvollen Beitrag dar.

Biographische Studien weisen immer wieder Mängel auf, da hierbei eine Rekonstruktion des bisherigen Lebens geschieht und psychologische Mechanismen wie zum Beispiel die kognitive Dissonanz zum Tragen kommt (Bucher, 2007). Aus diesem Grund bestand das Forschungsbestreben der aktuellen Studie darin, Kinder und Jugendlichen als Experten ihrer Gefühle und Einstellungen selbst zu befragen. Eine Schwierigkeit stellte die große Altersspanne der Kinder und Jugendlichen dar. Es zeigte sich als Herausforderung, vergleichbare standardisierte Untersuchungsinstrumente zu finden um die für die Studie geforderten Variablen und Merkmale zu erheben. Für zukünftige Studien ist es empfehlenswert kleinere Altersspannen zu untersuchen, um sich so auf eine entsprechende Altersgruppe hinsichtlich der unterschiedlichen Variablen und Merkmale konzentrieren zu können. Um den Verlauf der Persönlichkeitsentwicklung sowie der psychischen Gesundheit mit möglichen Auffälligkeiten zu untersuchen, ist es von Vorteil eine Längsschnittstudie zu planen um die möglichen Effekte des religiös-spirituellen Befindens auf die psychische Gesundheit und die Persönlichkeitsentwicklung differenzierter und detaillierter untersuchen zu können. Im Rahmen des Dissertationsprojektes war dieses wünschenswerte Vorgehen jedoch nicht durchführbar.

Aufgrund des ordinalskalierten Datenniveaus war es zum Teil ausnahmslos möglich statistische Überprüfungen mittels Korrelationen durchzuführen. In dieser

statistischen Maßnahme liegt jedoch der Mangel an der Interpretation von Kausalzusammenhängen.

Schließlich ist es für zukünftige Studien wünschenswert hinsichtlich Geschlecht der Eltern eine Normalverteilung zu erzielen. In der aktuellen Studie wurde eine größere Anzahl von Müttern als Väter getestet, somit konnte der wichtige Punkt des stärkeren Einflusses der Mutter im Gegensatz zum Vater als „spirituelles Modell“ (Bandura, 2003) in der vorliegenden Studie nicht untersucht werden. Abschließend ist zu betonen, dass für zukünftige Studien in diesem spannenden und interessanten Forschungsfeld die Weiterentwicklung des Multidimensionalen Interviews für Kinder und Jugendliche in immanente und transzendente Dimensionen empfehlenswert ist. Durch den Vorteil des qualitativen Interviews, tiefer greifende, komplexe sowie persönliche und vertrauliche Informationen zu erhalten, ist es für zukünftige Studien zu begrüßen, die Dimension „Gottesbilder“ differenzierter hinsichtlich kritischer Gottesbilder zu betrachten.

9.5 Abschließende Betrachtung und Ausblick

In den letzten Jahren ist das Interesse am Thema Spiritualität und Religiosität im Bereich Psychologie, Psychotherapie und Medizin deutlich gestiegen (Reiter, 2008). Ostermann und Büssing (2007) erkennen die steigende Suche nach dem Sinn ebenso in der Bevölkerung auch jenseits konfessioneller Aufträge als einen Wandel der Einzug in die moderne Medizin hält.

In der vorliegenden Studie ist es gelungen ein Instrument zu entwickeln, dass das religiös-spirituelle Befinden von Kindern und Jugendlichen zufriedenstellend erfasst. Eine Weiterentwicklung des MI-RSB-KiJu ist zu begrüßen, da die aktuellen Ergebnisse der vorliegenden Studie einen positiven Zusammenhang zwischen psychischer Gesundheit und dem religiös-spirituellen Befinden zeigen und somit ein gutes Instrument in Händen gehalten werden kann um eventuelle Auffälligkeiten in diesem Bereich zu erkennen. Zu vermerken ist die Betonung der Wichtigkeit, das Temperament als Persönlichkeitsmerkmal nicht als alleinige und eindeutige Ursache von problematischen Verhalten darzustellen. Es sei hervorzuheben, dass das Temperament alleine gesehen bei der Entwicklung von Verhaltensauffälligkeiten nur im Zusammenspiel mit psychisch und physisch

schädigenden Einflüssen des Umfelds eine Bedeutung erhalten kann. Die Grundlage einer „reifen“ Entwicklung der Persönlichkeit macht die Entstehung psychischer Störungen äußerst unwahrscheinlich (Möller, Laux und Deister, 2013). Aus diesem Grund ist es von essentieller Wichtigkeit, in der Therapie mit Kindern und Jugendlichen darauf zu achten, dass zwischen basalen Temperament sowie Individualentwicklung des Charakters, welche wiederum mit psychischer Gesundheit verknüpft wird (Schmeck & Goth, 2009), ein unterstützendes Umfeld bzw. eine förderliche Umgebung für eine „reife“ Entwicklung zu schaffen. Nur so kann ein Entgegenwirken potentieller Risikofaktoren passieren, um letztendlich eine gesunde psychische und physische Entwicklung zu gewährleisten. Passend sowie erweiternd dazu kann nach Yeung & Chan (2007) eine hoffnungsvoll optimistische Sicht auf die Welt und auf das eigene Leben eine wichtige Ressource in der Begegnung mit kritischen Lebensereignissen und Stress sein um die psychische Gesundheit aufrechtzuerhalten.

Die Mehrheit der befragten PsychiaterInnen sind der Ansicht, dass Spiritualität und Religiosität PatientInnen in ihrer Krankheitsverarbeitung, in der Bewältigung sowie dem Ertragen von Leid positiv unterstützen (Curlin et al., 2007).

Im Allgemeinen unterstützen die Ergebnisse die bisherigen Annahmen einer positiven Beziehung zwischen Spiritualität, Religiosität und psychischer Gesundheit bei Kindern und Jugendlichen. In diesem Sinne ist es erstrebenswert, dass spirituelle und religiöse Inhalte sowohl in der Prävention von Verhaltensauffälligkeiten als auch in der Therapie psychischer Störungen im Kinder- und Jugendbereich an Wichtigkeit gewinnen. Ebenso könnte der Ansatz in der Eltern-Erziehung, im Kindergarten sowie in der Schule im Rahmen Prävention zusätzliche positive Perspektiven im Hinblick der Salutogenese eröffnen.

Überdies sollten religiöse bzw. spirituelle Inhalte im Krankheitsprozess und im Coping stärkere Beachtung finden. Weitere Untersuchungen sind jedoch notwendig um in diesem spannenden und noch kaum untersuchten Forschungsfeld zu klären, wie religiöse und spirituelle Fragen und Inhalte am effektivsten in der Behandlung von psychischen Störungen bei Kindern und Jugendlichen integriert werden können.

10 LITERATUR

Achenbach, T.M (1991). Manual for Child Behavior Checklist/4-18 and 1991 Profile. Burlington: University of Vermont, Department of Psychiatry.

Achenbach, T., Howell, C., Mc Conaughy, C., Stanger, C. (1995). Six-year predictors of problems in a national sample of children and youth. Cross-informant Syndroms. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 34, 336-347.

Adam, I. (1976). Untersuchung über die Beziehung zwischen Gottesvorstellung und dem Erleben väterlicher Autorität in der Kindheit. Wege zum Menschen, 28, 190-196.

Adams, P.L. (1973). Obsessive children: A sociopsychiatric study. London: Butterworth.

Adler, A. (1929). The practice and theory of individual psychology. New York: Harcourt, Brace & World.

Adler, A. (1933/2008). Der Sinn des Lebens. In Alfred Adler Studienausgabe. Bd. 6. Der Sinn des Lebens – Religion und Individualpsychologie. Göttingen, 5-176.

Agras, W.S., Chapin, H.N. & Oliveau, D.C. (1972). The natural history of phobia. Archives of General Psychiatry, 26, 315-317.

Ainsworth, M.D.S., Blehar, M., Waters, E., & Wall, S. (1978). Patterns of attachment. A psychological study of the strange situation. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.

Ainsworth, M.D.S. (1985). Attachments across the life span. Bulletin of the New York Academy of Medicine, 61, 792-812.

Allen, J.M. (2004). Linking spirituality and violence prevention in school counseling. Professional School Counseling, 7, 351-355.

Allport, G.W. (1950). The Individual and his Religion: A Psychological Interpretation. New York: Macmillan.

Allport, G.W. (1966). Traits revisited. *American Psychologist*, 21, 1-10.

Antonovsky, A. (1997). Salutogenese: Zur Entmystifizierung der Gesundheit. In A. Franke (Hrsg.), *Unraveling the Mystery of Health – How People Manage Stress and Stay Well* Tübingen: DGVT

Asendorpf, J. B. (2007). *Psychologie der Persönlichkeit*. Heidelberg: Springer Medizin Verlag.

Asendorpf, J.B. & Van Aken, M. (2003). Validity of Big Five Personality Judgments in Childhood: A 9 Year Longitudinal Study. *European Journal of Personality*, 17, 1–17

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.

Awater, P.M. (1999). *Children of the new millennium. Near-death experiences and the evolution of humankind*. New York: Three Rivers Press.

Bakermans-Kranenburg, M.J., Juffer, F. & van Ijzendoorn, M.H. (2005). Disorganized infant attachment and preventive interventions: A review and meta-analysis. *Infant Mental Health Journal*, 26, 191-216.

Bamber, J.H. (1979). *The fears of adolescents*. London: Academic Press.

Bandelow, B.I., Krause, J., Wedekind, D., Broocks, A., Hajak, G., & Rüther, E. (2005). Early traumatic life events, parental attitudes, family history, and birth risk factors in patients with borderline personality disorder and healthy controls. *Psychiatry Research*, 134, 169-179.

Bandura, A. (1979). *Sozial-kognitive Lehrtheorie*. Stuttgart: Klett

Bandura, A. (1986). *Social foundations of thought and action: A social cognitive theory*. Englewood Cliffs, NY: Prentice-Hall.

Bandura, A. (2001). Social cognitive theory: An agentic perspective. *Annual Review of Psychology*, 52, 1-26.

Bandura, A. (2003). On the psychosocial impact and mechanism of spiritual modeling. *International Journal for the Psychology of Religion*, 13, 167-174.

Barret, J.L., Richert, R.A., Driesenga, A. (2001). God's beliefs versus mother's. The developmental of nonhuman agent concepts. *Child Development*, 72, 50-65.

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.

Batten, M. & Oltjenbruns, K.A. (1999). Adolescent sibling bereavement as a catalyst for spiritual development: a model for understanding. *Death Studies*, 23, 529-546.

Bauer, D. (1980). Childhood fears in developmental perspective. In L. Hersov & I. Berg (Hrsg.), *Out of school* (S. 189-208). New York: J. Wiley.

Baumann, K. (2007). Zwangsstörung und Religion aus heutiger Sicht. *Fortschritte der Neurologie und Psychiatrie*, 75 (10), 587-592.

Beck, A.T., Beck, R. & Kovacs, M. (1975). Classification of suicidal behaviors: I. Quantifying intent and medical lethality. *American Journal of Psychiatry*, 132, 285.

Beck, A.T., Rush, A.J., Shaw, B.F. & Emery, G. (1986). *Kognitive Therapie der Depression*. München, Weinheim: Psychologie Verlags Union.

Beck, R. & McDonald, A. (2004). Attachment to God: the Attachment to God Inventory, test of working model correspondence, and an exploration of faith group differences. *Journal of Psychology and Theology*, 32, 92-103.

Beile, H. (1998). *Religiöse Emotionen und religiöses Urteil. Eine empirische Studie über Religiosität bei Jugendlichen*. Ostfildern: Schwabenverlag.

Belschner, W. & Galuschka, J. (1999). Empirie spiritueller Krisen. Erste Ergebnisse aus dem Projekt RESCUE. *Transpersonale Psychologie und Psychotherapie*, 1, 78-94.

Belschner, W. & Gottwand, P. (2000). *Gesundheit und Spiritualität. Transpersonale Studien 1*. Oldenburg: Universitätsverlag.

Belzen, J. (2006). In defense of the object: On trends and directions. *Psychology of Religion*, 15, 1-16.

Benson, H. (1997). *Heilung durch Glauben*. München: Heyne.

Benson, P.L., Roehlkepartain, E.C. & Rude, S.P. (2003). Spiritual development in childhood and adolescence: Toward a field of inquiry. *Applied Developmental Science*, 7, 205-213.

Berghändler, T. (2010). Spiritualität als Ergänzung des bio-psycho-sozialen Modells. *PrimaryCare*, 9, 162-164.

Berk, L. E. (2011). *Entwicklungspsychologie*. 5., aktualisierte Auflage. München: Pearson Studium.

Berkel, L.A. (2004). Gender role attitudes, religion, and spirituality as predictors of domestic violence attitudes in white college students. *Journal of College Student Development*, 45, 119-133.

Bernier, A. & Dozier, M. (2003). Bridging the attachment transmission gap: The role of maternal mind mindedness. *International Journal of Behavioral Development*, 27, 355-365

Bernstein, D., Cohen, P., Skodal, A., Bezirgianian, S., & Brooks, J. (1996). Childhood antecedents of adolescent personality disorders. *American Journal of Psychiatry*, 153 (7), S. 907-913.

Bibring, E. (1953). The mechanism of depression. In P. Greenacre (Hrsg.), *Affective disorders* (S. 13-48). New York: International University Press.

Blanchard, J.J. (2000). The co-occurrence of substance use in other mental disorders. *Clinical Psychology Review*, 20, 2.

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.

Bliersbach, G. (2004). Rituale. Was das Leben zusammenhält. *Psychologie heute*, 31, (4), 20-27.

Block, J.H. & Block, J. (1980). The role of ego-control and ego-resiliency in the organization of behavior. *Minnesota Symposium on Child Psychology*, Vol. 13, S. 20-26.

Block, J. (1993). Studying personality the long way. In D. Funder, R.D. Parke, C. Tomlinson-Keasey und K. Widaman (Ed.), *Studying Lives Trough Time: Personality and Development* (pp. 9-44). Washington, D.C: American Psychological Association.

Bohlin, G., Hagekull, B. & Rydell, A.M. (2000). Attachment and social functioning: A longitudinal study from infancy to middle childhood. *Social Development*, 9, 24-39.

Bolletino, R.C. (2001). A model of spirituality for psychotherapy and other fields of mind body medicine. *Advances in Mind-Body Medicine* 17, 90-107.

Bortz, J. & Döring, N. (2006). *Forschungsmethoden und Evaluation für Human- und Sozialwissenschaftler*. Heidelberg: Springer.

Bowlby, J. (1973). *Attachment and loss*, Vol. 2: Separation: Anxiety & Anger. London: Hogarth Press

Bowlby, J. (1995). Bindung. Historische Wurzeln, theoretische Konzepte und klinische Relevanz. In G. Spangler & P. Zimmermann (Hrsg.), *Die Bindungstheorie. Grundlagen, Forschung und Anwendung* (S. 17-26). Stuttgart: Klett-Cotta.

Bowlby, J. (2001). *Frühe Bindung und kindliche Entwicklung*. München: Reinhardt.

Boyatzis, C.J. (2004). The co-construction of spiritual meaning in parent-child communication. In D. Rathcliff (Ed.), *Children's spirituality: Christian perspectives, research, and applications* (pp. 182-200). Eugene OR: Wipf & Stock.

Boyatzis, C., Dollahite, D.C. & Marks, L.D. (2005). The family as a context for religious and spiritual development in children and youth. In E.C. Roehlkepartain et al. (Ed.), *The Handbook of spiritual development in childhood and adolescence* (pp. 297-309). Thousand Oaks, CA: Sage.

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.

Braam, A.W. (2008). Religion und Depression. *Psychopraxis* 10(6), 268-271.

Bretherton, I. (1996). Internal working models of attachment relationships as related to resilient coping. In G.G. Noam & K.W. Fischer (Ed.), *Development and vulnerability in close relationships* (pp. 3-27). Mahwah, NJ: Erlbaum.

Bridges, L. & Moore, K. (2002). *Religion and spirituality in childhood and adolescence*. Washington, DC: Child Trends.

Brisch, K.H. (2015). *Bindungsstörungen. Von der Bindungstherapie zur Therapie*. Stuttgart: Klett-Cotta.

Bronfenbrenner, U., & Ceci, S.J. (1994). Nature-nurture reconceptualised in developmental perspective: A bioecological model. *Psychological Review*, 101, 568-586.

Bronfenbrenner, U. (1999). Environments in developmental perspective: Theoretical and operational models. In S.L. Friedman & T.D. Wachs (Ed.), *Measuring environment across lifespan: Emerging methods and concepts* (pp. 3-28). Washington, DC: American Psychological Association.

Brown, G.W., Harris, T.O. & Bifulco, A. (1986). Long-term effects of early loss of parent. In M. Rutter, C.E. Izard & P.B. Read (Ed.), *Depression in young people*. New York: Guilford.

Brownfield, D. & Sorenson, A.M. (1991). Religion and drug use among adolescence: A social support conceptualization and interpretation. *Deviant Behavior*, 12, 259-276.

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.

Boyer, P., Walker, S. (2000). Intuitive ontology and cultural input in the acquisition of religious concepts. In Rosengreen, K.S., Johnson, C.N., Harris, P.L. (2000), *Imagining the impossible. Magical, scientific and religious thinking in children* (pp. 130-156). New York: Cambridge University Press.

Boyer, P. (2004). *Und Mensch schuf Gott*. Stuttgart: Klett-Cotta.

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.

Bradley, C.L. & Marcia, J.E. (1998). Generativity-stagnation: A five-category model. *Journal of Personality*, 66, 39-64.

Bucher, A.A. (2007). *Psychologie der Spiritualität*. Weinheim: Beltz.

Bucher, A.A. (2008). Psychologie und Spiritualität- Skizzen zum aktuellen Forschungsstand. *Psychologie in Österreich*, 1, 12-15.

Bucher, A.A. & Oser, F. (2008). Entwicklung von Religiosität und Spiritualität. In R. Oerter & L. Montada (Hrsg.). *Entwicklungspsychologie* (S. 607-623). Weinheim: Beltz.

Büssing A., Ostermann T., Glöckler M., Matthiessen, G. (2007). *Spiritualität, Krankheit und Heilung: Bedeutung und Ausdrucksformen der Spiritualität in der Medizin*. VAS Vlg f. Akad. Schriften

Butcher, J.N. Mineka, S., Hooley, J.M. (2009). *Klinische Psychologie*. Pearson.

Carlson, V., Cicchetti, D., Barnett, D. & Braunwald, K. (1989). Disorganized/Disoriented attachment relationships in maltreated infants. *Developmental Psychology*, 25, 525-531.

Caspi, A., Roberts, B.W. & Shiner, R.L. (2005). Personality development: Stability and change. *Annual Review of Psychology*, 56, 453-484.

Catell, R.B. (1973). *Personality and mood by questionnaire*. San Francisco, CA: Jossey-Bass.

Chen, S., Boucher, H.C., & Tapias, M.P. (2006). The relational self revealed: Integrative conceptualization and implications for interpersonal life. *Psychological Bulletin*, 132, 151-179.

Chiu, L. (2000). Lived experiences of spirituality of Taiwanese women with breast cancer. *Western journal of Nursing Research* 22, 29-53.

Chung, T., Martin, C.S, Armstrong, T.D. & Labouvie, E.W. (2002). Prevalence of DSM-IV alcohol diagnosis and symptoms in adolescent community and clinical samples. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 41, 546-554.

Clark, T.W. (2002). Spirituality without faith. *The Humanist*, 62, 30.

Clark, R. (2004). Religiousness, spirituality, and IQ: Are they linked? *Exploration: An Undergraduate Research Journal*, 7, 35-46.

Cohen, P., Cohen, J., & Brooks, J. (1993). An epidemiological study of disorders in late childhood and adolescence. Persistence of disorders. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 34 (6), 869-877.

Cole, D.A., Martin, J.M., Peeke, L.A., Seroczynski, A.D. & Fier, J. (1999). Children's over- and underestimation of academic competence: A longitudinal study of gender differences, depression, and anxiety. *Child development*, 70, 459-473.

Coles, R. (1991). *The spiritual life of children*. Boston: Houghton Mifflin.

Connor, D.F. (2002). *Aggression and antisocial behaviour in children and adolescents*. New York und London: Guilford Press.

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.

Costello, E., & Angold, A. (1995). Developmental epidemiology. In D. Cicchetti & D. Cohen, *Developmental Psychopathology*, Volume 1. New York: John Wiley.

Cotton, S., Hoopes, A. & Larkin, E. (2004). The impact of adolescent spirituality and religiosity on depressive symptoms. *Journal of Adolescent Health*, 34 (2), 114.

Coulacoglou, C., Huber, H. (2003). Märchentest: FTT. Deutschsprachige Ausgabe des Fairy Tale Test. Göttingen: Hogrefe.

Coward, D.D. & Kahn, D.L. (2004). Reduction of spiritual disequilibrium by woman newly diagnosed with breast cancer. *Oncology Nursing Forum*, 31, 24-31.

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.

Cutting, L.E. & Denckla, M.B. (2003). Attention: Relationships between attention-deficit hyperactivity disorder and learning disabilities. In H.L. Swanson, K.R. Harris & S. Graham (Ed.). *Handbook of learning disabilities* (pp. 125-139). New York: Guilford Press.

Daaleman, T.P. Kuckelman, C.A. & Frey, B.B. (2001). Spirituality and well-being: an exploratory study of the patient perspective. *Social Science and Medicine*, 53, 1503-1511.

Daaleman, T.P. & Frey, B.B. (2004). The spirituality Index of Well-being: A new instrument for health-related quality of life research. *Annals of Family Medicine*, 2, 499-503.

Dalgalarrondo, P., Soldera, M.A., Filho, H.R.C., Silva, C.A.M. (2004). Religion and drug use by adolescents. *Revista Brasileira de Psiquiatria* 26 (2) 82-90.

Daly, C.C. (2005). Definition of terms: Spirituality and Religiousness. *Southern Medical Association*, 98 (12), 1238-1239.

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.

De Bilbao, F., Giannakopoulos, P. (2005). Effekt of religious culture on obsessive compulsive disorder symptomatology. A transcultural study in monotheistic religions. *Revue Medicale Suisse*, 1 (43), 2818-2821.

Deegener, G., Krizmanic, M. (1988). *Hamster Test: HT. Fragebogen zur Untersuchung der emotionalen Stabilität von Kindern*. Weinheim: Beltz.
Delfos, M.F. (2012). „Sag mir mal...“ Gesprächsführung mit Kindern. Weinheim: Beltz.

Dervic, K., Oquendo, M.A., Grunebaum, M.F., Ellis, S., Burke, A.K., & Mann, J.J. (2004). Religious Affiliation and Suicide Attempt. *American Journal of Psychiatry*, 161, (12), 2303-2308.

De Wit, H.F. (1999). *The spiritual path. An introduction to the psychology of spiritual traditions*. Pittsburg: Duquesce University Press.

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.

Dick, A. (1981). *Drei transkulturelle Erhebungen des religiösen Urteils. Eine Pilotstudie*. Unveröffentlichte Lizentiatsarbeit. Freiburg: CH.

Dickie, J.r., Eshleman, A.K., Merasco, D.M. Shepard, A., Vander Wilt, M., & Johnson, M. (1997). Parent-child relationships and children's images of God. *Journal for the Scientific Study of Religion*, 36, 25-43.

Dickie, J.R., Ajega, L.V., Kobylak, J.R. & Nixon, K.M. (2006). Mother, father, and self: Sources of young adults' God conepts. *Journal for the Scientific Study of Religion*, 45, 57-71.

Diem-Wille, G. (2007). *Die frühen Lebensjahre: Psychoanalytische Entwicklungstheorie nach Freud, Klein und Bion*. Stuttgart: Klett-Cotta

Di Gallo, A., Bürgin, D. (2006). Der Umgang mit schwer kranken und sterbenden Kindern. In U. Koch, K. Lang & C. Schmeling-Kludas (Hrsg.), *Die Begleitung schwer kranker und sterbender Kinder. Grundlagen und Anwendungshilfen für Berufsgruppen in der Palliativversorgung* (S. 79-90). Stuttgart: Schattauer.

Dilling, H. & Freyberger, H.J. (2014). Taschenführer zur Klassifikation psychischer Störungen ICD-10 (7. 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.

Di Loreto, O. & Oser, F. (1996). Entwicklung des religiösen Urteils und religiöser Selbstwirksamkeitsüberzeugung – eine Längsschnittstudie. In F. Oser & K.H. Reich (Hrsg.), Eingebettet ins Menschsein: Beispiel Religion (S. 69-87). Lengerich: Papst.

Dodge, K.A. (2003). Do social information-processing patterns mediate aggressive behaviour? In: B.B. Lahey, T.E. Moffitt & A. Caspi (Ed.) Causes of conduct disorder and juvenile delinquency (pp. 254-274). New York: Guilford.

Dollard, J., & Miller, N. E. (1950). Personality and psychotherapy. New York: McGraw-Hill.

Doolittle, B. & Farrell, M. (2004). The association between spirituality and depression in an urban clinic. Primary Care Companion Journal of Clinical Psychiatry, 6, 114-118.

Döpfner, M., Schmeck, K. & Berner, W. (1994). Elternfragebogen über das Verhalten von Kindern und Jugendlichen: Forschungsergebnisse zur deutschen Fassung der Child Behaviour Checklist (CBCL). Köln: Arbeitsgruppe Kinder-, Jugend- und Familiendiagnostik.

Döpfner, M., Görtz-Dorten, A. & Lehmkuhl, G. (2008). DISYPS-II: Diagnostik-System für psychische Störungen im Kindes- und Jugendalter nach ICD-10/ DSM-IV. Bern: Hogrefe.

Döpfner, M., Roessner, V., Woitecki, K., Rothenberger, A. (2010). Tic-Störungen. Leitfaden der Kinder- und Jugendpsychotherapie. Göttingen: Hogrefe.

Dörr, A. (2001). Religiosität und psychische Gesundheit. Zur Zusammenhangsstruktur spezifischer religiöser Konzepte. Hamburg: Kovac.

Dossey, L. (1993). Healing words. The power of prayer and the practice of medicine. San Francisco. Harper Collins Publisher.

Doster, J.A. (2002). Spirituality and cardiovascular risk. *Journal of Religion and Health*, 41, 69-79.

Dowling, E. & Scarlett, G. (Ed.) (2005). *Encyclopedia of spiritual and religious development*. Thousand Oaks: Sage.

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.

Eley, T.C. (2001). Contributions of behavioural genetics research: Quantifying genetic, shared environmental and nonshared environmental influences. In M.W. Vasey & M.R. Dadds (Ed.). *The developmental psychopathology of anxiety* (pp. 45-59). Oxford: Oxford University Press.

Ellermann, C.R. & Reed, P. (2001). Self-transcendence and depression in middle-age adults. *Western Journal of Nursing Research*, 23, 698-713.

Ellison, C.W. (1983). Spiritual Well-being: Conceptualization and Measurement. *Journal of Psychology and Theology*, 11, (4), 330-340.

Ellison, C.W. & Smith, J. (1991). Toward and Integrative Measure of Health and Well-being. *Journal of Psychology & Theology*. Special Issue – Spirituality: Perspectives in Theory and Research, 19, (1), 35-48.

Engel, G.L. (1977). The need for a new Medical Model: A Challenge for Biomedicine. *Science*, 196, 129-136.

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.

Erikson, E.H. (1959/1966/1973). Identität und Lebenszyklus. Frankfurt/Main: Suhrkamp.

Erikson, E.H. (1953). Über den Sinn der inneren Identität. In M. Eckhardt, W. Villinger (Hrsg.), Gesundheit und menschliche Beziehungen (S. 137-153). München/Basel: Ernst Reinhardt.

Erikson, E.H. (1963). Childhood and society. New York: Norton.

Essau, C.A. (2002). Depression bei Kindern und Jugendlichen. Psychologisches Grundwissen. München, Basel: E. Reinhardt Verlag.

Essau, C.A. (2003). Epidemiology and comorbidity. In C.A. Essau (Ed.). Conduct and oppositional defiant disorders: Epidemiology, risk factors, and treatment (pp. 33-59). Mahwah, N.J: Erlbaum.

Eysenck, H.J. (1953). The effects of psychotherapy. Journal of Counselling Psychology, 16, 319–324.

Eysenck, H.J. (1947). Dimensions of personality. London. Routledge & Kegan Paul.

Eysenck, H.J. (1990). Biological dimensions of personality. In L.A. Pervin (Ed.), Handbook of personality theory and research (pp. 244-276). New York: Guilford Press

Fahrenberg, J., Hampel, R., Selg, H. (2001). Das Freiburger Persönlichkeitsinventar: FPI-R. Göttingen: Hogrefe.

Faulkner, J.L. & Harding, S.E. (2004). Spirituality: the key between life satisfaction and body satisfaction.
www.psych.hanover.edu/research/Thesis04/Faulkner&Harding.ppt

Fend, H. (2000). The Cultural Scripts of Control and Individualization: Consequences for Growing up during Adolescence in Modern Societies. In Grob, A. (Ed.), Society, Control, and Development. Hillsdale, New Jersey: Erlbaum.

Filipp, S.H. & Aymanns, P. (2005). Verlust und Verlustverarbeitung. In S.H. Philipp & U.M. Staudinger (Hrsg.), Entwicklungspsychologie des mittleren und höheren Erwachsenenalters. Enzyklopädie der Psychologie: Entwicklungspsychologie, Bd. 6; (S. 764-804). Göttingen: Hogrefe.

Fisher, S. & Feldman, S.s. (1998). Familial antecedents of young adult health risk behavior: A longitudinal study. *Journal of Family Psychology*, 12, 66-80.

Flavell, J.H. (2000). Development of children's knowledgge about the mental world. *International Journal of Behavioral Developement*, 24, 15-23.

Fleming, R. (2001). Depression and spirituality in Australian aged care house. *Journal of Religious Gerontology*, 13, 107-116.

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.

Franke, G. H. (2000). Brief Symptom Inventory von Derogatis. Kurzform der SCL-90-R (BSI). Göttingen: Beltz Test.

Frankl, V. (1985). *Der Mensch vor der Fragen nach dem Sinn*. München: Piper

Freud, S. (2000/1907). Zwangshandlungen und Religionsübungen. In Sigmund Freud Studienausgabe Band VII: Zwang, Paranoia und Perversion. Frankfurt am Main: Fischer Taschenbuch Verlag.

Freud, S. (1915/1946). Zeitgemäßes über Krieg und Tod. *Gesammelte Werke*, Bd. X. London: Fischer.

Freud, S. (1927). *Die Zukunft einer Illusion*. Frankfurt; Hamburg: Fischer.

Freud, S. (1930). *Vorlesungen zur Einführung in die Psychoanalyse*. Wien: Internationaler Psychoanalytischer Verlag.

Freud, A. (1960). Discussion of John Bowlby's paper. *Psychoanalytic Study of the child*, 5, 63-52.

Friedman, H.S., Schustack, M.W., Rindermann, H. (2004). *Persönlichkeitspsychologie und Differentielle Psychologie*.

Frick, E. (2002). Glauben ist keine Wunderdroge. Hilft Spiritualität bei der Bewältigung schwerer Krankheit? *Herder Korrespondenz*, 56, 41-46.

Fonagy, P., Gergely, G., Jurist, E. & Target, M. (2004). Affektregulierung, Mentalisierung und die Entwicklung des Selbst. Stuttgart: Klett-Cotta.

Fonagy, P. (2006). Bindungstheorie und Psychoanalyse. Stuttgart: Klett-Cotta.

Fowler, J.W. (1991). Stufen des Glaubens. Die Psychologie der menschlichen Entwicklung und die Suche nach Sinn. Gütersloh: Gerd Mohn.

Fuhrmann, E. (1974). A child's parents dies. London: Yale University Press.

Gangl, J. (2004). Der Einfluss der Bindungsstile auf die Religiosität bzw. Spiritualität. Unveröffentlichte Diplomarbeit, Fachbereich Psychologie, Universität Salzburg.

Garrouette, E.M. (2003). Spirituality and attempted suicide among American Indians. Social Science and Medicine, 56, 1571-1579.

Gast, U., Wabnitz, P. (2014). Dissoziative Störungen erkennen und behandeln. Lindauer Beiträge zur Psychotherapie und Psychosomatik.

Gensicke, T. (2006). Jugend und Religiosität. In A. Mathias, K. Hurrelmann, (Hrsg.). Infratest Sozialforschung Jugend. 15. ShellJugendstudie. Eine pragmatische Generation unter Druck (S. 203– 240). Frankfurt/Main: Fischer.

Gensicke, T. (2010), Religiosität. In Shell Deutschland Holding (Hrsg.), Jugend 2010. Eine pragmatische Generation behauptet sich (S204–206). Bonn: Bundeszentrale für politische Bildung.

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.

Gerardi, G., Rothbart, M.K., Posner, M.I. & Kepler, S. (1996). The development of attentional control: Performance on a spatial Stroop-like task at 24, 30, and 36-38-month-of-age. International society for Infant Studies. Providence: RI.

Gerrig, R.J. & Zimbardo, P.G. (2014). Psychologie. München: Pearson Studium.

Glock, Ch.Y. (1962). On the study of religious commitment. *Religious Education*, 57, (4), 98-110.

Godin, A. & Hallez, M. (1964). Images parentales et paternite divine. In A. Godin (Hrsg.), *De l'experience a' l' attitude religieuse. Cahiers de Lumen Vitae – Psychologie religieuse*, Vol 3 (S. 81-114). Brüssel: Lumen Vitae.

Goldman, R. (1964). *Religious thinking from childhood to adolescence*. New York: Seabury Press.

Gollnick, J. (2005). *Religion and spirituality in the life cycle*. New York: Peter Lang.

Gomez, R., Fisher, J.W. (2003). Domains of spiritual well-being and development and validation of the spiritual well-being questionnaire. In *Personality and Differences*, 35, 1975-1991.

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.

Görnitz, T.H. Görnitz, B. (2007). *Der kreative Kosmos. Geist und Marterie aus Quanteninformation*. München: Spektrum.

Goth, K., & Schmeck, K. (2009). *Das Junior Temperament und Charakter Inventar*. Göttingen: Hogrefe.

Goulding, A. (2004). Schizotypy models in relation to subjective health and paranormal beliefs and experiences. *Personality and Individual Differences*, 37, 157-167.

Granqvist, P. & Hagekull, B. (2001). Seeking security in the New Age: On attachment and emotional compensation. *Journal for the Scientific Study of Religion*, 40, 527-545.

Grant, J.E., Pinto, A., Gunnip, M., Mancebo, M.C., Eisen, J.L. & Rasmussen, S.A. (2006). Sexual obsessions and clinical correlates in adults with obsessive-compulsive disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 47, (5), 325-329.

Greenway, A. P., Milne, L. C., & Clarke, V. (2003). Personality Variables, Self-Esteem and Depression and an Individual's Perception of God. *Mental Health, Religion & Culture*, 6, 45-58.

Greve, W. (2005). Die Entwicklung von Selbst und Persönlichkeit im Erwachsenenalter. In S.H. Filipp & U.M. Staudinger (Hrsg.), *Entwicklung im Erwachsenenalter (Enzyklopädie der Psychologie, Bd. C/V/6, S. 343-376)*. Göttingen: Hogrefe

Grom, B. (2003). Gebet. In S. Dunde (Hrsg.), *Wörterbuch der Religionspsychologie* (S. 126-134). Gütersloher Verlagshaus.

Grom, B. (2007). *Religionspsychologie*. München: Kösel-Verlag.

Gruehn, W. (1956). *Die Frömmigkeit der Gegenwart. Grundtatsachen der empirischen Psychologie*. Münster: Aschaffendorf.

Häder, M. (2015). *Empirische Sozialforschung*. Wiesbaden: Springer VS.

Häcker, H.O. & Stapf, K.H. (2014). *Dorsch. Psychologisches Wörterbuch*. 15. Auflage. Göttingen: Hans Huber.

Hall, G. S. (1881). Recent researches on hypnotism. *Mind*, 6, 98-104.

Halstaed, M. (2005). How metaphors structure our spiritual understanding. In C. Ota & C. Erricker (Ed.), *Spiritual education* (pp. 137-153). Brighton: Sussex Academic Press.

Hamel, S. (2002). Temporal Stability of the transcendent actualization inventory. *Perceptual and Motor Skills*, 94, 449-452.

Hamer, D. (2004). *The God gene: How faith is hardwired into our genes*. New York: Doubleday Books.

Haneke Schaap-Jonker, E., Eurelings-Bontekoe, P. & Zock, H. (2002). Image of God and personality pathology: An exploratory study among psychiatric patients. *Mental Health, Religion & Culture*, 5, 55-71.

Hardy, A. (1975). *The biology of God*. New York: Taplinger.

Harris, P.L. (1991). Monsters, ghosts and witches. Testing the limits of the fantasy-reality distinction in young children. In *British Journal of Developmental Psychology*, 9, 105-123.

Hart, T. (2003). *The secret spiritual world of children*. Makawao: Inner Ocean.

Erdfelder, E., Faul, F., & Buchner, A. (1996). GPOWER: A general power analysis program. *Behavior Research Methods, Instruments, & Computers*, 28, 1-11.

Hart, T. (2005). Spiritual experiences and capacities of children and youth. In E.C. Roehlkepartain et al. (Hrsg.), *The handbook of spiritual development in childhood and adolescence* (pp. 163-177). Thousand Oaks, CA: Sage Publications.

Hawker, P. (2000). *Secret affairs of the souls. Ordinary people's extraordinary experiences of the sacred*. Kelowna: Northstone Publishing.

Hay, D., Nye, R. & Murphy, R. (1996). Thinking about childhood spirituality: review of research and current directions. In L.J. Francis, W.K. Kay & W.S. Campbell (Ed.), *Research in religious education* (pp. 47-71). Macon: Smyth & Helwys Publishing.

Hay, D. & Nye, R. (1998). *The spirit of the child*. London: Fount

Hay, D. & Socha, P. (2005). Spirituality as natural phenomenon. Bringing biological and psychological perspectives together. *Zygon*, 40, 589-612.

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.

Helminiak, D.A. (1987). *Spiritual development. An interdisciplinary study*. Chicago: Loyola University Press.

Henningsgaard, J.M. & Arnau, R.C. (2008). Relationships between religiosity, spirituality, and personality: A multivariate analysis. *Personality and Individual Differences*, 45, 703-708.

Hertel, B.R., & Donahue, M.J. (1995). Parental influences on God images among children: Testing Durkheim's metaphoric parallelism. *Journal for the Scientific Study of Religion*, 34, 186-199.

Higginbotham, J. & Higginbotham, R. (2002). *Paganism: an introduction to earth-centered religions*. St. Paul: Llewellyn Publications.

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.

Hills, A.L., Cox, B.J., McWilliams, L.A., & Sareen, J. (2005). Suicide attempts and externalizing psychopathology in a nationally representative sample. *Comprehensive Psychiatry*, 46, 334-339.

Hilton, S.C., Fellingham, G.W. & Lyon, J.L. (2004). Suicide rates and religious commitment in young adult males in Utah. *American Journal of Epidemiology*, 155, (5), 413-419.

Hodge, D.R. (2001) Spiritual genograms. A generational approach to assessing spirituality. *Families in Society*, 82, 35-48.

Hodge, D.R., Cardenas, P. & Montoya, H. (2001). Substance use: Spirituality and religious participation as protective factors among rural youth. *Social Work Research*, 25 (9), 153-161.

Hoffman, M. (1977). Empathy, its development and pre-social implications. *Nebraska Symposium on Motivation*, 25, 169-217.

Hoffmann, E. (1992). *Visions of innocence. Spiritual and inspiritual experiences of childhood*. Boston: Shambhala.

Hood, Jr., R.W., Hill, P.C. & Spilka, B. (2009). *The Psychology of Religion*. New York: The Guilford Press.

Hopf, H. (2014). *Angststörungen bei Kindern und Jugendlichen: Diagnose, Indikation, Behandlung (Schriften zur Psychotherapie und Psychoanalyse von Kindern und Jugendlichen)*. Frankfurt: Brandes & Apsel.

Horney K. (1937). The neurotic personality of our time. New York: Norton.

Huber, H.P. (1999). Religiosität als Ende der Moderne – Krise oder Aufbruch? Innsbruck: Tyrolia.

Huber, S. (2003). Zentralität und Inhalt. Ein multidimensionales Messmodell der Religiosität. Opladen: Leske & Budrich.

Huber, S. (2007). Are Religious Beliefs relevant in Daily Life? In J.A. Van der Ven, H. Streib (Ed.). Empirical Studies in Theology 15: Religion Inside and outside Religion Institutions (pp. 209-230). Leiden, Boston: Brill.

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.

Huber, H. (2011). Inventar zur integrativen Erfassung des Kind-Temperaments: Manual. Hogrefe.

Huntley, C. & Peters, T. (2005). Paranormal beliefs, religious beliefs and personality correlates. Manchester: Metropolitan University Press.

Huxel, K. (2000). Die empirische Psychologie des Glaubens. Historische und systematische Studie zu den Pionieren der Religionspsychologie. Stuttgart: Kohlhammer.

Jacobs, J.L. (2000). The spiritual self-in-relation. Empathy and the construction of spirituality among Spanish crypto-Jews. Journal for the Scientific of Religion, 39, 53-63.

James, W. (1902). The Varieties of Religious Experience. Electronic edition prepared by the University of Virginia Library Electronic Text Center, 1996.

James, W. (1950) the principles of psychology (2 vols.). New York: Holt, Rinehart & Wilson. (Original work published 1890).

Jorm, A. F. & Christensen, H. (2004). Religiosity and personality: evidence for non-linear associations. *Personality and Individual Differences*, 36, 1433-1441.

Jung, C.G. (1940/1997). *Psychologie und Religion*. München: dtv.

Jung, C. G. (1959). The concept of the collective unconscious. In *The archetypes and the collective unconscious, collected works* (Vol. 9, Part 1, S. 54-74.) Princeton, NJ: Princeton University Press. (Original work published 1936).

Kagan, J. (1998). *Die drei Grundirrtümer der Psychologie*. Weinheim: Beltz.

Kagan, J. & Zentner, M. (1996). Early childhood predictors of adult psychopathology. *Harvard Review of Psychiatry*, 3, S. 341-350.

Kagan, J., & Snidman, N. (2004). *The long shadow of temperament*. Cambridge, MA: Belknap Press.

Kaldor, P. (2004). Spirituality and wellbeing in Australia. NCLS Research. Occasional Paper, 6.

Kallus, K.W. (2010): *Erstellung von Fragebögen*. Wien: Facultas.

Kapfhammer, H.P. (2007). Zur Genese der Persönlichkeitsstörungen aus psychodynamischer Sicht. In *Psychiatrie und Psychotherapie*, 3/3, 96-110.

Kapusta, N. (2012). Aktuelle Daten und Fakten zur Zahl der Suizide in Österreich 2011. http://www.suizidforschung.at/statistik_suizide_oesterreich.pdf.

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>.

Kerestes, M., & Youniss, J.E. (2003). Rediscovering the importance of religion in adolescent development. In R.M. Lerner, F. Jacobs, & D. Wertlieb (Ed.), *Handbook of applied developmental science: Promoting positive child, adolescent, and family development through research, policies, and programs*, Vol. 1. Applying developmental science for youth and families: Historical and theoretical foundations (pp. 165-184). Thousand Oaks, CA: Sage.

Kernberg, O. (1975). *Borderline Conditions and Pathological Narcissism*. New York: Jason Aronson.

Kernberg, P.F., Weiner, A.S., Bardenstein, K.K. (2005). *Persönlichkeitsstörungen bei Kindern und Jugendlichen*. Stuttgart: Klett-Cotta.

King, P.E. & Furrow, J. (2004). Religion as a resource for positive youth development: Religion, social capital, and moral outcomes. *Developmental Psychology*, 40, (5), 703-713.

King, P.E. & Benson, P.L. (2005). Religion and adolescent development. In H.R. Ebaugh (Ed.), *Handbook on religion and social institutions*. New York: Springer Science.

Kirby, S.E., Coleman, P.G. & Daley, D. (2004). Spirituality and well-being in frail and nonfrail older adults. *Psychology Science*, 59, (3), 123-129.

Kirk, K.M., Eaves, L.J., Martin, N.G. (1999). Self-transcendence as a measure of spirituality in a sample of older Australian twins. *Twin Research*, 2, 81-87.

Kirkpatrick, L.A. & Shaver, P.R. (1990). Attachment Theory and Religion: Childhood Attachments, Religious Beliefs and Conversion. *Journal for the Scientific Study of Religion*, 29 (3), 315-334.

Kirkpatrick, L.A. (1992). An attachment-theory approach to the psychology of religion. *International Journal for the Psychology of Religion*, 2, 3-28.

Kirkpatrick, L.A. (1993). Fundamentalism, Christian orthodoxy, and intrinsic religious orientation as predictors of discriminatory attitudes. *Journal for the Scientific Study of Religion*, 32, 256-268.

Kirkpatrick, L.A. (1994). The role of attachment in religious belief and behavior. *Advances in Personal Relationships*, 5, 239-265.

Kirkpatrick, L.A. (1995). Attachment theory and religious experience. In R.W. Hood, Jr. (Ed.), *Handbook of religious experience* (pp. 446-475). Birmingham, AL: Religious Education Press.

Kirkpatrick, L.A. (1997). A Longitudinal Study of Changes in Religious Belief and Behavior as a Function of Individual Differences in Adult Attachment Style. *Journal for the Scientific Study of Religion*, 36, (2), 207-217.

Kirkpatrick, L.A. (1998). God as a Substitute Attachment Figure: A Longitudinal Study of Adult Attachment Style and Religious Change in College Students. *Society for Personality and Social Psychology*, 24, (9), 961-973.

Klein, M. (1975). *The writings of Melanie Klein (Vols. 1-4)*. London: Hogarth Press.

Klein, R.G. & Pine, D. S. (2002). Anxiety disorders. In M.Rutter & E. Taylor (Ed.) *Child and adolescent psychiatry: 4th Ed.* (pp. 486-509). Oxford: Blackwell.

Klein, C. & Albani, C. (2007). Religiosität und psychische Gesundheit. Eine Übersicht über Befunde, Erklärungsansätze und Konsequenzen für die klinische Praxis. *Psychiatrische Praxis*, 34, 2-12.

Klicpera, C. & Gasteiger-Klicpera, B. (2007). *Psychische Störungen im Kindes- und Jugendalter*. Weinheim: Facultas

Knebel, H. & Klüver, N. (2010). *Reflexionen: Suizidprävention und Suizid bei Kindern und Jugendlichen*. Rastatt: Kilian-Andersen.

Koenig, H.G., McCullough, M.E., Larson, D.B. (2001) (Ed.). *Handbook of religion and health*. Oxford, New York: Oxford University Press.

Koenig, H.G. (2002). *Spirituality in Patient Care. Why, How, When and What*. Philadelphia & London: Templeton Foundation Press.

Koenig, H. & Cohen, H.J. (2002). *The link between religion and health: Psychoneuroimmunology and the faith factor*. Oxford: Oxford University Press.

Kohnstamm, G., Halverson, C., Mervielde, I., & Havill, V., (1998). Parental descriptions of child personality. Hillsdale, NJ: Erlbaum.

Kohut, H. (1980). Diagnosis and treatment of borderline and narcissistic children and adolescents. Bulletin of the Menninger Clinic, 44 (2), S. 147-170.

Kohut, H. (1981). Die Heilung des Selbst. Frankfurt: Suhrkamp.

Köllner, V., Broda, M., Borcsa, M. (2014). Psychotherapie im Dialog. Stuttgart: Thieme.

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.

Kosek, R.B. (1999). Adaption of the Big Five as a hermeneutic instrument for religious constructs. Personality and Individual Differences, 27, 229-237.

Koury, A.T. (2000). Spiritualität des Islam. In E. Möde (Hrsg.). Spiritualität der Weltkulturen. Graz: Styria, 229-255.

Krampe, G. & Grewe, W. (2008). Persönlichkeits- und Selbstentwicklung über die Lebensspanne. In R. Oerter & L. Montada (Hrsg.), Entwicklungspsychologie (S. 652-686). Weinheim: Beltz

Kretschmer, E. (1921). Körperbau und Charakter. Untersuchungen zum Konstitutionsproblem und zur Lehre von den Temperamenten. Berlin: Springer.

Kruse, A. (2005). Zur Religiosität und Spiritualität im Alter. In B. Bäurle (Hrsg.), Spiritualität und Kreativität in der Psychotherapie mit älteren Menschen (S. 49-63). Berlin: Springer.

Kuckartz, U. (2014a). Mixed Methods: Methodologie, Forschungsdesigns und Analyseverfahren. Wiesbaden: Springer.

Kuckartz, U. (2014b). Qualitative Inhaltsanalyse: Methoden, Praxis, Computerunterstützung. Weinheim: Beltz.

Längle, A. (2008). Die spirituelle Verwurzelung der Existenz. Psychologie in Österreich, 1, 18-25.

Lazarus, R.S. (1981). Stress und Stressbewältigung. Ein Paradigma. In S.H. Filipp (Hrsg.), Kritische Lebensereignisse (S. 198 – 232). München: Urban und Schwarzenberg.

Lebensweisheiten (2006). Romay, F.I. ArsEdition. Tien Wah Press.

Leichsenring, F. (1998). Borderline-Persönlichkeits-Inventar (BPI). Ein Instrument zur Erfassung der Persönlichkeits-Organisation. Persönlichkeitsstörungen: Theorie und Therapie, 4, 164-168.

Lenane, M.C., Swede, S., Leonhard, H.L., Pauls, D.L., Sceery, W. & Rapaport, J.L. (1990). Psychiatric Disorders in first-degree relatives of children and adolescents with obsessive-compulsive disorder. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 29, 407-412.

Lerner, R.M. (2005). Spirituality's scientific studies at core of human development. Science and Theology, 35.

Levin, I.P. & Lauriola, M. (2001). Personality traits and risky decision-making in a controlled experimental task: An exploratory study. Personality and Individual Differences, 31, 215-226.

Levin, J.S. (2002). Is depressed affect a function of one's relationship with God? Findings from a study of primary care patients. International Journal of Psychiatry in Medicine, 32, 379-393.

Lewinsohn P.M., Hoberman, H., Teri, L. & Hautzinger, M. (1985). An integrated theory of depression. In S. Reiss & R. Bootzin (Ed.), Theoretical issues in behavioural therapy (pp. 331-359). San Diego, CA: Academic Press.

Lewinsohn, P., Rohde, P., P., Seeley, J., & Klein, D. (1997). Axis II psychopathology as a function of Axis I disorders in childhood and adolescence. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 36, 1752-1759.

Lewis, M.D. & Brooks, J. (1979). Auf der Suche nach den Ursprüngen des Selbst: Implikationen für das Sozialverhalten und für pädagogische Intervention. In L. Montada (Hrsg.), Brennpunkte der Entwicklungspsychologie (S. 157-172). Stuttgart: Kohlhammer.

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.

Lieb, K., Zanarini, M.C., Schmahl, C., Linehan, M.M., & Bohus, M. (2004). Borderline personality disorder. *The Lancet*, 364, 453-461.

Lippman, L.H. & Keith, J.d. (2005). The demographics of spirituality among youth: International perspectives. In E.C. Roehlkepartain Roehlkepartain, E.C., Ebstyn-King, P., Wagener, L., Benson, P.L. (Ed.), *The Handbook of spiritual development in childhood and adolescence*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications.

Livesley, W.J., & Lang, K.L. (2005). Differentiating normal, abnormal, and disordered personality. *European Journal of Personality*, 19, 257-268.

Long, D., Elkind, D., & Spilka, B. (1967). The child's conception of prayer. *Journal for the Scientific Study of Religion*, 6, 101-109.

Lonigan, C.J. & Phillips, B.M. (2001). Temperamental influences on the development of anxiety disorders. In M.W. Vasey & M.R. Dadds (Ed.). *The developmental psychopathology of anxiety* (pp. 60-91). Oxford: Oxford University Press.

Lucas, Richard E.; Baird, Brendan M. (2004). Extraversion and Emotional Reactivity. *Journal of Personality and Social Psychology*, 86, (3), 473-485.

Lukesch, H. (2006). Fragebogen zur Erfassung von Empathie, Prosozialität, Aggressionsbereitschaft und aggressivem Verhalten: FEPA. Göttingen: Hogrefe.

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.

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.

Maltby, J., Garner, I., Lewis, C.A. & Day, L. (2000a). Religious orientation and schizotypal traits. *Personality and Individual Differences*, 28, 143-151.

Maltby, J. & Day, L. (2000b). 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. (2004). Should never the twain meet? Integrating models of religious personality and religious mental health. *Personality and Individual Differences*, 36, 1275-1290.

Maltby J. , Day, L., Macaskill, A. (2011). *Differentielle Psychologie, Persönlichkeit und Intelligenz - Einführung in die Persönlichkeitspsychologie*. München: Pearson.

Mann, K., Havemann-Reinecke, U., Gaßmann, R. (2008). *Jugendliche und Suchtmittelkonsum: Trends - Grundlagen – Maßnahmen*. Freiburg: Lambertus.

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.

Maslow, A.H. (1994/1970). *Religion, Values and Peak Experiences*. New York: Penguin Books.

Mason, M. (2004). Methods for exploring primordial elements of youth spirituality. A paper was presented at the annual meeting of the Association for the Sociology of Religion, San Francisco, California, August 14, 2004. Australian Catholic University, Melbourne, Australia.
http://hrr.hartsem.edu/sociology/sociology_online_articles_mason.html

Matthews, D.A. (2000). Glaube macht gesund. Spiritualität und Medizin. Freiburg i.Br.: Herder.

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.

McCullough, M.E. & Larson, D.B. (1999). Prayer. In W.R. Miller (Ed.), *Integrating Spirituality into Treatment. Resources for Practitioners* (pp. 85-110). Washington: American Psychological Association.

McCullough, M.E. & Larson, D.B. (2001). Religion and depression: a review of the literature, *Twin Research*, 2, 126-136.

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.

McDonald, B. (2003). We are totally connected: Creating spirituality through environmental commitment. *Global research perspectives: Volume III*, compiled by R.M. Cervero, B.C. Courtenay & M.T. Hixon, Athens, Georgia: University of Georgia, 138-153.

McDonald A., Beck, R., Allison, S. & Norsworthy, L. (2005). Attachment to god and parents: Testing the correspondence vs. Compensation hypothesis. *Journal of Psychology and Christianity*, 24, 21-28.

Mehnert, A. (2008). Der Einfluss von religiöser und sinnbasierter Krankheitsverarbeitung auf Angst und Depressivität bei Brustkrebspatientinnen im Krankheitsverlauf. *Psychologie in Österreich*, 1, 72-77.

Merkelbach, H. & Giesbrecht, T. (2006). Subclinical dissociation, schizotypy, and traumatic distress. *Personality and Individual Differences*, 40, 365-374.

Milevsky, A. & Levitt, M.J. (2004). Intrinsic and extrinsic religiosity in preadolescence and adolescence: Effect on psychological adjustment. *Mental Health, Religion and Culture*, 7, 307-321.

Miller, L.D. & Greenwald, S.C. (2000). Religiosity and substance use and abuse among adolescents in the National Co-Morbidity survey. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 39, 1190-1197.

Miller, W.R. & Bogenschütz, M.P. (2007). Spirituality and Addiction. *Southern Medical Journal*, 100, (4), 433-436.

Mischel, W. (1973). Toward a cognitive social learning reconceptualization of personality. *Psychological Review*, 80, 252-283.

Moffitt, T.E., Caspi, A., Rutter, M. & Silva, P.A. (2001). Sex differences in antisocial behaviour: Conduct disorder, delinquency, and violence in the Dunedin longitudinal study. Cambridge: Cambridge University Press.

Moreira-Almeida, A., Lotufo Neto, F. & Koenig, H.G. (2006). Religiousness and mental health: a review, *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 28, (3), 242-250.

Morgenroth, C. (2010). *Die Dritte Chance: Therapie und Gesundung von jugendlichen Drogenabhängigen*. Wiesbaden: Springer VS.

Möller, H.J., Laux, G. & Deister, A. (2013). *Psychiatrie und Psychotherapie*. Stuttgart: Thieme

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. (1998). Gottesbeziehung und psychische Gesundheit. Die Entwicklung eines Modells und seine empirische Überprüfung. Münster: Waxmann.

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.

Murken, S. & Namini, S. (2006). Religionspsychologie. In K. Pawlik (Hrsg.), Handbuch Psychologie: Wissenschaft – Anwendung – Berufsfelder (S. 903-910). Heidelberg: Springer.

Nagy, M.H. (1959). The child's view of death. In H. Feifel (Ed.), The meaning of death (pp. 79 – 98). New York: McGraw-Hill.

Neill, C.M. (1999). The role of personality and religious social activity on the life satisfaction of older widowed women. Sex, Roles, 40, 319-329.

Nelson, C.J., Rosenfeld, B. & Breitbart, W. (2002). Spirituality, religion, and depression in the terminally ill. Psychosomatics, 43, 213-220.

Nelson, P.L. & Hart, T. (2003). A survey of recalled childhood spiritual and non ordinary experiences: Age, rate and psychological factors associated with their occurrence. In The Handbook of spiritual development in childhood and adolescence. Thousand Oaks, CA: Sage Publications.

Newberg, A., d'Aquilli, E. & Rause, V. (2004). Der gedachte Gott. Wie Glaube im Gehirn entsteht. München: Piper.

Newberg, A.B. & Newberg, S.K. (2005). The Neuropsychology of Religious and Spiritual Experience. In R.F. Paloutzian & C.L. Park (Ed.), Handbook of Religion and Spirituality (pp. 199-216). New York, London: The Guilford Press.

Nezu, A.M., Nezu, C.M. & Perri, M.G. (1989). Problem-solving therapy for depression: Theory, research, and clinical guidelines. Chichester & New York. J. Wiley.

Nigg, J.T. & Huang-Pollock, C.L. (2003). An early-onset model of the role of executive functions and intelligence in conduct disorder/delinquency. In B.B. Lahey, T.E. Moffitt & A. Caspi (Ed.) Causes of conduct disorder and juvenile delinquency (pp. 227-253). New York: Guilford.

Nisbet, P.A., Duberstein, P.R., Conwell, Y. & Seidlitz, L. (2000). The effect of participation in religious activities on suicide versus natural death in adults 50 and older. *Journal of Nervous and Mental Diseases*, 188, (8), 543-546.

Nohl, A.M. (2012). *Interview und dokumentarische Methode: Anleitungen für die Forschungspraxis* (4. überarbeitete Auflage). Wiesbaden: Springer VS.

Nonnemaker, J.M. McNeely, C.A. & Blum, R.W. (2003). Public and private domains of religiosity and adolescent health risk behaviors: evidence from the National Longitudinal Study of Adolescent Health. *Social Science & Medicine*, 57, (11), 2049-2054.

Nye, R. (1999). Relational consciousness and the spiritual life of children: Convergence with children's theory of mind. In K.H. Reich, F.K. Oser & W.G. Scarlett (Ed.), *Psychological Studies on spiritual and religious development*. (pp. 57-82). Lengerich: Papst.

O'Connor, T.G. & Rutter, M. (2000). Attachment disorder behavior following early severe deprivation: Extension and longitudinal follow-up. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 39, 703-712.

Oerter, R. & Oerter, R.M (1995). Zur Konzeption der autonomen Identität in östlichen und westlichen Kulturen. Ergebnisse von kulturvergleichenden Untersuchungen zum Menschenbild junger Erwachsener. In G. Trommsdorff (Hrsg.), *Kindheit und Jugend in verschiedenen Kulturen* (S. 153-173). Weinheim: Juventa.

Oerter, R. (2008). Kindheit. In R. Oerter & L. Montada (Hrsg.), *Entwicklungspsychologie* (S. 225-270). Weinheim: Beltz.

Oerter, R., Montada, L. (Hrsg.) (2008). *Entwicklungspsychologie* (vollständig überarbeitete 6. Auflage). Weinheim, Basel: Beltz.

Oman, D., & Thoresen, C. E. (2005). Do religion and spirituality influence health? In R. F. Paloutzian & C. L. Park (Eds.), *Handbook of the psychology of religion and spirituality* (pp. 435–459). NY: Guilford.

Oser, F. (1992). Religiöse Entwicklung im Erwachsenenalter. In M. Böhnke et al. (Hrsg.), *Erwachsen im Glauben* (S. 67-88). Stuttgart: Kohlhammer.

Oser, F. (1994). Development of Belief and Unbelief in Childhood and Adolescence. In J. Corveleyn & D. Hutsebaut (Ed.), *Belief and Unbelief. Psychological Perspective* (pp. 39-62). Amsterdam & Atlanta: Rodopi.

Oser, F., Gmünder, P. (1996). *Der Mensch – Stufen seiner religiösen Entwicklung. Ein strukturalgenetischer Ansatz*. Gütersloh: Gerd Mohn

Ostermann, T. & Büssing, A. (2007). Spiritualität und Gesundheit: Konzepte, Operationalisierung, Studienergebnisse. *Musiktherapeutische Umschau*, 28, 217-230.

Oosterlaan, J. (2001). Behavioral inhibition and the development of childhood anxiety disorders. In W.K. Silverman & P.D.A. Treffers (Ed.), *Anxiety disorders in children and adolescents* (pp. 45-71). Cambridge: Cambridge University Press.

Paloutzian, R.F. & Ellison, C.W. (1982). Loneliness, spiritual well-being, and the quality of life. In L.A. Peplau & D. Perlman (Ed.), *Loneliness* (pp. 224-237). New York: John Wiley and Sons.

Panksepp, J. (1986). The anatomy of emotions. In R. Plutchik & J. Kellerman (Ed.), *Emotion: Theory, research and experience*. Vol. 3: *Biological foundation of emotions* (pp. 91-124). San Diego, CA: Academic Press.

Pargament, K.I. & Mahoney, A. (2004). Spirituality. Discovering and conserving the sacred. In C.K. Snyder & S.J. Lopez (Ed.), *Handbook of positive psychology* (pp. 646-659). New York: Oxford University Press.

Pargament, K.I. (2007). *Spiritually integrated psychotherapy: understanding and addressing the sacred*. New York: The Guilford Press.

Paris, J. (2003). *Personality disorders over time: Precursors, course, and outcome*. Washington, DC: American Psychiatric Publishing.

Pearce, J.C. (2002). *The biology of transcendence. A blueprint of the human spirit*. Rochester: Park Street Press.

Pearce, M.J. & Perez, J.E. (2003). Religiousness and depressive symptoms among adolescents. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 32, (2), 267-276.

Pelissolo, A., Lepine, J.P. (1999). Pharmacotherapy in personality disorders: methodological issues and results. *Encephale* 25, (5), 496-507.

Persinger, M.A. (2002). Experimental simulation of God experience: Implications for religious beliefs and the future of human species. In R. Joseph (Ed.) *NeuroTheology. Brain, Science, spirituality, religious experience* (pp. 279-292). San Jose: University Press.

Petermann, F. & Petermann, U. (2010). *HAWIK-IV: Hamburg-Wechsler-Intelligenztest für Kinder – IV*. Bern: Hogrefe.

Petrovich, O. (1997). Understanding of non-natural causality in children and adults. A case against artificialism. *Psyche en Geloof*, 8, 151-165.

Pfeifer, M., Goldsmith, H.H., Davidson, R. J., & Rickman, M. (2002). Continuity and change in inhibited and uninhibited children. *Child development*, 73, 1474-1485.

Piaget, J. (1950). *The Psychology of Intelligence*. New York: Harcourt, Brace.

Piaget, J. (1983). *Meine Theorie der geistigen Entwicklung*. Frankfurt/Main: Fischer.

Piaget, J. (1988). *Das Weltbild des Kindes*. München: dtv

Piaget, J. (1997). *Das Weltbild des Kindes* (5. Auflage). Frankfurt/Main: Fischer.

Piechowski, M.M. (2001). Childhood spirituality. *The Journal of Transpersonal Psychology*, 33, 1-15.

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.

Plieth, M. (2001). Kind und Tod. Zum Umgang mit kindlichen Schreckensvorstellungen und Hoffnungsbildern. Neukirchen: Neukirchener Verlagsgesellschaft.

Pratt, J.B. (1920). The Religious Consciousness. A Psychological Study. New York: Macmillan.

Prenctice, N.M. (1978). Imaginary figures of early childhood: Santa Claus, Easter Bunny, and the Tooth Fairy. In: American Journal of Orthopsychiatry, 48, 618-628.

Pressman, L.J., Loo, S.K., Carpenter, E.M., Asarnow, J.r., Lynn, D., McCracken, J.T., McGough, J.J., Lubke, G.H., Yang, M.H., & Smalley, S.L. (2006). Relationship of family environment and parental psychiatric diagnosis to impairment in ADHD. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 45, 346-354.

Puchalski, C.M. & Romer, A.I. (2000). Taking a spiritual history allows clinicians to understand patients more fully. Journal of Palliative Medicine, 3, 129-137.

Quade, G. (2005). Spirituality in cancer care.
www.meb.uni-bonn.de/cancer.gov/CDR0000328116.html.

Rapoport, J.L. & Swedo, S. (2002). Obsessive-compulsive disorders. In M. Rutter & E. Taylor (Ed.). Child and adolescent psychiatry (pp. 571-592). Oxford: Blackwell.

Rapoport, J.L., Elkins, R., Langer, D.H., Seery, W., Buchsbaum, M., Gillin, J.C. (1981). Childhood obsessive-compulsive disorder. American Journal of Psychiatry, 138, 1545-1554.

Rapee, R.M. (2001). The development of generalized anxiety. In: M.W. Vasey & M.R. Dadds (Ed.). The developmental psychopathology of anxiety (pp. 481-503). Oxford: Oxford University Press.

Rauh, H. (2008). Vorgeburtliche Entwicklung und frühe Kindheit. In R. Oerter & L. Montada (Hrsg.), Entwicklungspsychologie (S. 149-224). Weinheim: Beltz

Reed, P. (1987). Spirituality and well-being in terminally ill hospitalized adults. Research in Nursing and Health, 10, 335-344.

Reiss, S., Silverman, W.K. & Weems, C.F. (2001). Anxiety sensitivity. In M.W. Vasey & M.R. Dadds (Ed.). *The developmental psychopathology of anxiety* (pp. 99-111). Oxford: Oxford University Press.

Reiter, A. (2008). Psychologie und Spiritualität. *Psychologie in Österreich*, 1, 6-11.

Reker, G.T., & Fry, P.S. (2003). Factor structure and invariance of personal meaning measures in cohorts of younger and older adults. *Personality and Individual Differences*, 35, 997-993.

Renz, M. (2003). *Grenzerfahrung Gott. Spirituelle Erfahrungen in Leid und Krankheit*. Freiburg: Herder

Reti, I.M., Samuels, J.f., Eaton, W.W., Bienvenu, O.J., III, Costa, P.T., Jr., & Nestadt, G. (2002). Adult antisocial personality traits are associated with experiences of low paternal care and maternal overprotection. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 106, 126-133.

Reyes-Ortiz, C.A. (2006). Spirituality, Disability and Chronic Illness. *Southern Medical Journal*, 99, (10), 1172-1173.

Rew, L., Wong, J.Y. (2006). A Systematic Review of Associations among Religiosity/Spirituality and Adolescent Health Attitudes and Behaviors. *Journal of Adolescent Health*, 38, 433-442.

Rican, P. (2004). Spirituality: The Story of the concept in the psychology of religion. *Archive for the Psychology of Religion*, 26, (1), 135-156.

Rizzuto, A.M. (1979). *The birth of the living god*. Chicago, London: University press of Chicago.

Robinson, E. (1977). *The original Vision. A study of religious experience in childhood*. Oxford: Oxford University Press.

Roehlkepartain, E.C., Ebsteyne King, P., Wagener, L., Benson, P.L. (Ed.) (2006). *The Handbook of spiritual Development in Childhood and Adolescence*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications.

Rogers, C. R. (1947). Some observations on the organization of personality. *American Psychologist*, 2, 358-368.

Rollet, B. & Kager, A. (1999). Post-Modern Religiousness: A Prerogative of the „New Religion“? Religious Emotions and religious Development. Findings of a Pilot Study. In K.H. Reich (Ed.), *Psychological Studies in Spiritual and Religious Development* (pp. 142-154). Lengerich: Papst.

Röseberg, F. & Müller, M. (2014). *Handbuch Kindertrauer: Die Begleitung von Kindern, Jugendlichen und ihren Familien (Biosystematics and Ecology)*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.

Rosengren, K.S., Johnson, C.N. & Harris, P.L. (2000). *Imagining the impossible. Magical, scientific, and religious thinking in children*. New York: Cambridge University Press.

Rothbart, M.K. & Bates, J.E. (1998). Temperament. In N. Eisenberg (Ed.), *Handbook of Child Psychology* (pp. 105-176). New York: Wiley & Sons.

Rowatt, W.C. & Kirkpatrick, L.A. (2002). Two Dimensions of Attachment to God and Their Relation to Affekt, Religiosity, and Personality Constructs. *Journal for the Scientific Study of Religion*, 41, (4), 637-651.

Ruegg, R., Frances, A. (1995). New research in personality disorders. *Journal of Personality Disorders*, 9, 1-48.

Rutter, M. (2006). Die psychischen Auswirkungen früher Heimerziehung. In K.H. Brisch & T. Hellbrügge (Hrsg.). *Kinder ohne Bindung: Deprivation, Adoption und Psychotherapie* (S. 91-137). Stuttgart: Klett-Cotta.

Sachse, R. & Kiszkenow-Bäker, S. (2014). Persönlichkeitsstörungen und affektive Störungen. *Psychologie in Österreich*, 34, 7-15.

Sahn, T.P., Laker, E., Ludlow, C. & Mendelson, W. (1981). Childhood obsessive-compulsive disorder. *American Journal of Psychiatry*, 138, 1545-1554.

Sanchez, Z.V.D.M., Oliveira, L.G., Nappo, S.A. (2008). Religiosity as a protective factor against the use of drugs. *Substance Use & Misuse*, 43, 1476-1486.

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.

Schaffer, H.R. (2000). The early experience assumption: Past, present and future. *International Journal of Behavioral Development*, 24, 5-14.

Schaffer, D. & Gutstein, J. (2002). Suicide and attempted suicide. In M. Rutter & E. Taylor (Ed.). *Child and adolescent psychiatry* (pp. 529-554). Oxford: Blackwell.

Schapman, A.M. & Inderbitzen-Nolan, H.M. (2002). The role of religious behavior in adolescent depressive and anxious symptomatology. *Journal of Adolescence*, 25, 631-643.

Scharfetter, C. (1999). *Der spirituelle Weg und seine Gefahren*. Stuttgart: Enke.

Schmidt, H., Fietzek, M., Holodynski, M., Feldmann, R. (2013). FAS Erste-Hilfe-Koffer: Hilfen und Tipps zur Erleichterung des Alltags mit einem alkoholgeschädigten Kind oder einem Kind mit ähnlichen Verhaltensauffälligkeiten. Göttingen: Hogrefe.

Schneider, S. (2005). Angststörungen. In D. Schlottke, R. Silbereisen, S. Schneider & W. Lauth (Hrsg.) *Störungen im Kindes- und Jugendalter. Enzyklopädie der Psychologie, Serie II: Klinische Psychologie. Bd. 5*, (S. 837-887). Göttingen: Hogrefe.

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.

Sheldon, W. (1942). *The varieties of temperament: A psychology of constitutional differences*. New York: Harper

Seligman, M.E.P. (1975). *Helplessness: On depression, development, and death*. San Francisco: Freeman.

Selzer, M.A., Kernberg, P.F., Fibel, B., Cherbuliez, T., & Mortati, S. (1987). The personality assessment interview: preliminary review. *Psychiatry*, 50, (2), 142-153.

Silverman, W.K. & Berman, S.L. (2001). Psychosocial interventions for anxiety disorders in children: status and future directions. In W.K. Silverman & P.D.A. Treffers (Ed.) *Anxiety disorders in children and adolescents* (pp. 313-334). Cambridge: Cambridge University Press.

Skinner, E.A. (1996). A guide to constructs of control. *Journal of Personality and Social Psychology*, 71, 549-570.

Skodol, A.E., Pagano, M.E., Bender, D.S., Shea, M.T., Gunderson, J.G., Yen, S., Stout, R.L., Morey, L.C., Sanislow, C.A., Grilo, C.M., Zanarini, M.C., & McGlashan, T.H. (2005). Stability of functional impairment in patients with schizotypal, borderline, avoidant, or obsessive-compulsive personality disorder over two years. *Psychological Medicine*, 35, 443-451.

Slavica K. Katusic, William J. Barbaresi, Robert C. Colligan, Amy L. Weaver, Cynthia L. Leibson, and Steven J. Jacobsen (2005). *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*, 15, (5), 764-776.

Sloan, R.P., Bagiella, E. & Powell, T. (2001). Without a prayer. Methodological problems, ethical challenges, and misrepresentations in the study of religion, spirituality, and medicine. In T.G. Plante & A.C. Sherman (Ed.), *Faith and health. Psychological perspectives* (pp. 339-354). New York: Guilford Press.

Smith, C. Faris, R. (2003). Religion and American adolescent delinquency, risk behaviours and constructive social activities. A research report of the National Study of Youth and Religion, Chapel Hill: The University of North Carolina Press.

Spangler, G. & Grossmann, K.E. (1993). Biobehavioral organization in securely and insecurely attached infants. *Child development*, 64, 1439-145.

Spence, S.H. (2001). Prevention strategies. In M.W. Vasey & M.R. Dadds (Ed.), *The developmental psychopathology of anxiety* (pp. 325-351). Oxford: Oxford University Press.

Sperry, L. & Giblin, P. (1996). Marital and family therapy with religious persons. In E.P. Shafranske (Ed.), *Religion and the clinical practice of psychology* (pp. 511-532). Washington DC: American Psychological Association.

Spilka, B., Hood, R.W., Hunsberger, B. & Gorsuch, R. (2003). *The psychology of religion. An empirical approach*. New York: Guilford Press.

Stanczak, G.C. & Miller, D.E. (2002). Engaged spirituality. Spirituality and social transformations in mainstream American religious traditions. Los Angeles: University of Southern Carolina.

Starbuck, E.D. (1899). The psychology of religion, an empirical study of the growth of religious consciousness. London: W. Scott.

Stark, K.D., Rouse, L. W. & Kurowski, C. (1994). Psychological treatment approaches for depression in children. In W.H. Reynolds & H.F. Johnston (Ed.). Handbook of depression in children and adolescent (pp. 275-307). New York: Plenum Press.

Stefanek, M., McDonald, P.G. & Hess, S.A. (2004). Religion, spirituality and cancer: Current status and methodological challenges. *Psycho-Oncology*, 14, 450-463.

Stein, A. & Bernes, J. (2002). Feeding and sleep disorders. In M. Rutter & E. Taylor (Ed.), *Child and adolescent psychiatry*. Oxford: Blackwell.

Stern, D.F. (1985). The Interpersonal World of the Infant: A view from psychoanalysis and development psychology. New York: Basic Books.

Stipek, D.J., Recchia, S. & McClintic, S. (1992). Self-evaluation in young children. *Child Development*, 57, 1. Chicago: University Chicago Press.

Stoichita, A. (2008). Essstörungen im Kindes- und Jugendalter Problemanalyse und pädagogische Interventionsmöglichkeiten. München: Grin

Strunk, O. (1959). Perceived relationship between parental and deity concepts. *Psychological Newsletter*, 10, 222-226.

Sulloway, F.J. (1996). Born to rebel: Birth order, family dynamics, and creative lives. New York: Pantheon.

Tausch-Flammer, D., Bickel, L. (1994). Wenn Kinder nach dem Sterben fragen. Ein Begleitbuch für Eltern, Kinder und Erzieher. Freiburg: Herder.

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.

Taylor, B. (2001). Earth and nature based spirituality: From deep ecology to radical environmentalism. *Religion*, 31, 175-193.

Tellegen, Laros & Petermann, (2007). SON-R 2½-7: Non-verbaler Intelligenztest. Göttingen: Hogrefe.

Testerman, J.K. (1997). Spirituality vs. Religion: Implications for healthcare. Institute for Christian Teaching Education Department of Seventh-day Adventists.

Thomas, A. & Chess, s. (1977). Temperament and the concept of goodness of fit. In J. Strelau & A. Angleitner (Ed.), *Explorations in temperament* (pp. 15-28). New York: Plenum Press

Thomas, J. & Retsas, A. (1999). Transacting self-preservation: a grounded theory of the spiritual dimension of people with terminal cancer. *International Journal of Nursing Studies*, 36, 191-201.

Thomasius, R. (2005). Störungen durch psychotrope Substanzen. In D. Schlottke, R. Silbereisen, S. Schneider & W. Lauth (Hrsg.), *Störungen im Kindes- und Jugendalter. Enzyklopädie der Psychologie*. Bd. 5. (S. 945-1010). Göttingen: Hogrefe.

Thoreson, J.A. & Powell, F.C. (2004). Depression and intrinsic religiosity. *Psychological Reports*, 95, 1008.

Trautmann, T. (2010). Interviews mit Kindern: Grundlagen, Techniken, Besonderheiten, Beispiele. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften.

Tries, S. & Sattelberger, S. (2011). Qualitätssicherung bei qualitativen Pretests. Statistisches Bundesamt Wiesbaden.

Tyson, P. & Tyson, R. (2012). *Lehrbuch der psychoanalytischen Entwicklungspsychologie*. Stuttgart: Kohlhammer.

Torgersen, S., Lygren, S., Oien, P.A., Skre, I., Onstad, S., Edvardsen, J., Tamps, K., & Kringlen, E. (2000). A twin study of personality disorders. *Comprehensive Psychiatry*, 41, 416-425.

Twenge, J.M. (2000). The age of anxiety? Birth cohort change in anxiety and neuroticism 1952-1993. *Journal of Personality and Social Psychology*, 79, 1007-1021.

Unterrainer, H.-F. (2005). Das Konstrukt der religiös-spirituellen Befindlichkeit: Testpsychologische Operationalisierung im Kontext von seelischer Gesundheits- und Krankheitsverarbeitung. Universität Graz, Institut für Psychologie.

Unterrainer, H.-F. (2007). *Spiritualität und Krankheitsbewältigung. Glaube als Ressource in der Krankheitsverarbeitung*. Saarbrücken: VDM.

Unterrainer, H.-F. (2008a). *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. & Ladenhauf, K.H. (2008b). Religiös-spiritueller Befinden im Kontext seelischer Gesundheit und Krankheitsverarbeitung: Ergebnisse eines interdisziplinären Forschungsprojekts. *Psychologie in Österreich*, 1, 54-61.

Unterrainer, H.-F. (2010a). *Seelenfinsternis? Struktur und Inhalt der Gottesbeziehung im klinisch-psychiatrischen Feld*. Münster: Waxmann.

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., Ladenhauf, K.H., Moazed, M.L., Wallner-Liebmann, S.J. & Fink, A. (2010c). 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., 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. & Fink, A. (2013). Das Multidimensionale Inventar zum religiös-spirituellen Befinden (MI-RSB). *Diagnostika*, 59, (1), 33-44.

Utsch, M. (2006). Religion und Psychologie . In B. Weyel & W. Gräb (Hrsg.), *Religion in der modernen Lebenswelt. Erscheinungsformen und Reflexionsperspektiven* (S. 296-314). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.

Vasegh, S. & Mohammadi, M.R. (2007). Religiosity, anxiety, and depression among a sample of Iranian medical students. *International Journal of Psychiatry in Medicine*, 37, (2), 213-227.

Vasey, M.W. & MacLeod, C. (2001). Information processing factors in childhood anxiety: A review and developmental perspective. In M.W. Vasey & M.R. Dadds (Ed.). *The developmental psychopathology of anxiety* (pp. 253-277). Oxford: Oxford University Press.

Viding, E., Blair, J.R., Moffitt, T.E., & Plomin, R. (2005). Evidence for substantial genetic risk for psychopathy in 7-year-olds. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 46, 592-597.

Voderholzer, U. & Hohagen, F. (2014). *Therapie psychischer Erkrankungen*. München: Urban und Fischer.

Vogel, N. (2009). Adult Education. In H.D. Betz, D.S. Browning, B. Janowski & E. Jüngel (Hrsg.), *Religion Past and Present. Encyclopedia of Theology and Religion* (S. 332-335). Brill: Leiden.

Wagner, H., Baumgärtel, F. (1978). *Hamburger Persönlichkeitsfragebogen für Kinder: HAPEF-K*. Göttingen: Hogrefe.

Walch, S. (2002). *Dimensionen der menschlichen Seele. Transpersonale Psychologie und holotropes Atmen*. Düsseldorf: Walter

Waldman, I.D. & Rhee, S.H: (2002). Behavioral and molecular genetic studies. In S. Sandberg (Ed.). *Hyperactivity and attention deficit disorders of childhood* (pp. 290-335). Cambridge: Cambridge University Press.

Walker, R.L. & Bishop, S. (2005). Examining a model of the relation between religiosity and suicidal ideation in a sample of African American and White college students. *Suicide & Life Threatening Behavior*, 35, (6), 630-639.

Walker, L.J. & Reimer, K.S. (2005). The relationship between moral and spiritual development. In E.C. Roehlkepartain (Ed.), *The Handbook of spiritual development in childhood and adolescence* (224-238). Thousand Oaks, CA: Sage.

Waller, N.G. (1990). Genetic and environmental influences on religious interests, attitudes, and values: A study of twins reared apart and together. *Psychological Science*, 1, 138-142.

Walton, J. & Sullivan, N. (2004). Men of prayer: Spirituality of men with prostate cancer. A Grounded Theory study. *Journal of Holistic Nursing* 22, 133-151.

Weaver, A.J., Flannelly, K.J., Strock, A.L. (2005). A Review of research on the effects of religion on adolescent tobacco use published between 1990 and 2003. *Adolescence*, 40, 160, 761-776.

Whalen, C.K. & Henker, B. (1985). The social world of hyperactive (ADHD) children. *Clinical Psychology Review*, 5, 447-478.

Weber, H. & Rammsayer, T. (2005). *Handbuch der Persönlichkeitspsychologie und Differentiellen Psychologie*. Göttingen: Hogrefe.

Wink, P. & Dillon, M. (2002). Spiritual development across the adult life course. Findings from a longitudinal study. *Journal of Adult Development*, 9, 79-94.

Wilber, K. (2001). *Integrale Psychologie. Geist, Bewusstsein, Psychologie, Therapie*. Freiamt: Arbor Verlag.

Wilber, K. (2002). *Eros, Kosmos, Logos. Eine Jahrtausend-Vision*. Frankfurt: Fischer

Wiefel, A., Wollenweber, S., Oepen, G., Lenz, K., Lehmkuhl, U. & Biringen, Z. (2005). Emotional availability in infant psychiatry. *Infant Mental Health Journal*, 26, 392-403.

Williams, R.B. (2001). Hostility, neuroendocrine changes, and health outcomes. In H.G. Koenig & H.J. Cohen (Ed.). *The link between religion and health. Psychoneuroimmunology and the faith factor* (pp. 160-173). New York: Oxford University Press.

Wilson, D.S. (2002). *Darwin's cathedral: Evolution, religious, and the nature of society*. Chicago: University of Chicago Press.

Wilson, M. (2004). *A part of you so deep. What vulnerable adolescents have to say about spirituality*, Burlington: New England Network

Winnicott, D. (1973). *Vom Spiel zur Kreativität*. Stuttgart: Klett.

Wittkowski, J. (1994). *Das Interview in der Psychologie. Interviewtechnik und Codierung von Interviewmaterial*. Westdeutscher Verlag.

Wolley, J.D. (2001). The development of beliefs about direct mental-physical causality in imagination, magic, and religion. In K.S. Rosengren, K.S., C.N. Johnson & P.L. Harris (Ed.), *Imagining the impossible. Magical, scientific, and religious thinking in children* (pp. 99-129). New York: Cambridge University Press.

Wong, Y.J., Rew, L. & Slaikeu, K.D. (2006). A systematic review of recent research on adolescent religiosity/spirituality and mental health. *Mental Health Nursing*, 27, 161-183.

Yalom, I.D. (1989). *Existentielle Psychotherapie*. Köln: Edition Humanistische Psychologie.

Yalom, I.D. (2008). *In die Sonne schauen. Wie man die Angst vor dem Tod überwindet*. München: btb.

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.

Yule, W. (2002). Post-traumatic stress disorders. In M. Rutter & E. Taylor (Ed.). *Child and adolescent psychiatry* (pp. 520-528). Oxford: Blackwell.

Zeanah, C.H. & Smyke, A.T. (2005). Building Attachment Relationships Following Maltreatment and Severe Deprivation. In L.J. Berlin, Y. Ziv, L. Amaya-Jackson & M.T. Greenberg (Ed.). Enhancing early attachments: Theory, research, intervention, and policy. (pp. 195-216). New York: Guilford.

Zentner, M. & Ihrig, L. (2011). Inventar zur integrativen Erfassung des Kind Temperaments. Göttingen: Hogrefe.

Ziebertz, H.G., Kalbheim, B. & Riegel, U. (2003). Religiöse Signaturen heute. Ein religionspädagogischer Beitrag zur empirischen Jugendforschung, Freiburg: Herder.

Zimmermann, P. (2002). Von Bindungserfahrungen zur individuellen Emotionsregulation: Das entwicklungspathologische Modell der Bindungstheorie. In B. Strauß, A. Buchheim & H. Kächele (Hrsg.) Klinische Bindungsforschung (S. 147-161). Stuttgart: Schattauer.

Zondag, H.J. & Belzen, J.A. (1999). Between Reduction of Uncertainty and Reflection: The Range and Dynamics of Religious Judgment. The international Journal for the Psychology of Religion, 9, 63-81.

TABELLEN

Tabelle 1:	Soziodemographische Daten: Geschlecht, Bildungsstatus, Glaubensbekenntnis der erhobenen Stichproben der Kinder und Jugendlichen.....	118
Tabelle 2:	Beispiel Auswertungsblatt und Codierung Dimension „Vertrauen“ des MIRSB-KiJu (aus Wittkowski, 1994, S. 157).....	138
Tabelle 3:	Übereinstimmungskoeffizienten (Krippendorff's α) aller codierbaren Analyse-Einheiten der Würzburger Auswertungsskalen für das Interviewmaterial des MIRSB-KiJu in der Voruntersuchung	140
Tabelle 4:	Übereinstimmungskoeffizienten (Krippendorff's α) aller codierbaren Analyse-Einheiten der Würzburger Auswertungsskalen für das Interviewmaterial des MIRSB-KiJu in der Hauptuntersuchung.....	141
Tabelle 5:	Korrelationen zwischen psychopathologischer Symptomatik der Child Behavior Checklist und dem religiös-spirituellen Befinden in der Gesamtstichprobe der Kinder und Jugendlichen	148
Tabelle 6:	Korrelationen zwischen psychopathologischer Symptomatik der Child Behavior Checklist und dem religiös-spirituellen Befinden in der Gruppe der 4-6jährigen Kinder.....	150
Tabelle 7:	Korrelationen zwischen psychopathologischer Symptomatik der Child Behavior Checklist und religiös-spiritueller Parameter in der Gruppe der 4-6jährigen Kinder.....	151
Tabelle 8:	Korrelationen zwischen psychopathologischer Symptomatik der Child Behavior Checklist und Verhaltensbeobachtung in der Gruppe der 4-6jährigen Kinder.....	152
Tabelle 9:	Korrelationen zwischen psychopathologischer Symptomatik der Child Behavior Checklist und dem religiös-spirituellen Befinden in der Gruppe der 7-11jährigen Kinder.....	154
Tabelle 10:	Korrelationen zwischen psychopathologischer Symptomatik der Child Behavior Checklist und religiös-spiritueller Parameter in der Gruppe der 7-11jährigen Kinder.....	155
Tabelle 11:	Korrelationen zwischen psychopathologischer Symptomatik der Child Behavior Checklist und Verhaltensbeobachtung in der Gruppe der 7-11jährigen Kinder.....	156
Tabelle 12:	Korrelationen zwischen psychopathologischer Symptomatik der Child Behavior Checklist und dem religiös-spirituellen Befinden in der Gruppe der 12-17jährigen Jugendlichen	158
Tabelle 13:	Korrelationen zwischen psychopathologischer Symptomatik der Child Behavior Checklist und religiös-spiritueller Parameter in der Gruppe der 12-17jährigen Jugendlichen.....	159

Tabelle 14:	Korrelationen zwischen psychopathologischer Symptomatik der Child Behavior Checklist und Verhaltensbeobachtung in der Gruppe der 7-11jährigen Kinder	160
Tabelle 15:	Korrelationen zwischen psychopathologischer Symptomatik des DISYPS-II in der Gesamtstichprobe der Kinder und Jugendlichen	161
Tabelle 16:	Korrelationen zwischen psychopathologischer Symptomatik des DISYPS-II und des religiös-spirituellen Befindens in der Gruppe der 4-6jährigen Kinder	163
Tabelle 17:	Korrelationen zwischen psychopathologischer Symptomatik des DISYPS-II und religiös-spirituellen Parametern in der Gruppe der 4-6jährigen Kinder	164
Tabelle 18:	Korrelationen zwischen psychopathologischer Symptomatik des DISYPS-II und des religiös-spirituellen Befindens in der Gruppe der 7-11jährigen Kinder	166
Tabelle 19:	Korrelationen zwischen psychopathologischer Symptomatik des DISYPS-II und religiös-spirituellen Parametern in der Gruppe der 7-11jährigen Kinder	167
Tabelle 20:	Korrelationen zwischen psychopathologischer Symptomatik des DISYPS-II und des religiös-spirituellen Befindens in der Gruppe der 12-17jährigen Jugendlichen	168
Tabelle 21:	Korrelationen zwischen psychopathologischer Symptomatik des DISYPS-II und religiös-spirituellen Parametern in der Gruppe der 12-17jährigen Jugendlichen	170
Tabelle 22:	Korrelationen zwischen Persönlichkeitsstruktur und religiös-spirituellen Befinden in der Gruppe 4-6jährige Kinder	173
Tabelle 23:	Korrelationen zwischen Persönlichkeitsstruktur und religiös-spirituellen Befinden in der Gruppe 4-6jährige Kinder	174
Tabelle 24:	Korrelationen zwischen Persönlichkeitsstruktur und religiös-spirituellen Befinden in der Gruppe 4-6jährige Kinder	175
Tabelle 25:	Korrelationen zwischen Persönlichkeitsstruktur und kindlichen religiös-spirituellen Parametern in der Gruppe 4-6jährige Kinder	176
Tabelle 26:	Korrelationen zwischen Persönlichkeitsstruktur und elterlichen religiös-spirituellen Parametern in der Gruppe 4-6jährige Kinder	177
Tabelle 27:	Korrelationen zwischen Persönlichkeitsstruktur und religiös-spirituellen Befinden in der Gruppe 7-11jährige Kinder	179
Tabelle 28:	Korrelationen zwischen Persönlichkeitsstruktur und religiös-spirituellen Befinden in der Gruppe 7-11jährige Kinder	180
Tabelle 29:	Korrelationen zwischen Persönlichkeitsstruktur und religiös-spirituellen Befinden in der Gruppe 7-11jährige Kinder	181

Tabelle 30:	Korrelationen zwischen Persönlichkeitsstruktur und religiös-spirituellen Befinden in der Gruppe 7-11jährige Kinder	182
Tabelle 31:	Korrelationen zwischen Persönlichkeitsstruktur und kindlichen religiös-spirituellen Parametern in der Gruppe 7-11jährige Kinder	183
Tabelle 32:	Korrelationen zwischen Persönlichkeitsstruktur und elterlichen religiös-spirituellen Parametern in der Gruppe 7-11jährige Kinder	184
Tabelle 33:	Korrelationen zwischen Persönlichkeitsstruktur und religiös-spirituellen Befinden in der Gruppe 12-17jährige Jugendliche.....	187
Tabelle 34:	Korrelationen zwischen Persönlichkeitsstruktur und religiös-spirituellen Befinden in der Gruppe 12-17jährige Jugendliche.....	188
Tabelle 35:	Korrelationen zwischen Persönlichkeitsstruktur und religiös-spirituellen Befinden in der Gruppe 12-17jährige Jugendliche.....	189
Tabelle 36:	Korrelationen zwischen Persönlichkeitsstruktur und religiös-spirituellen Befinden in der Gruppe 12-17jährige Jugendliche.....	190
Tabelle 37:	Korrelationen zwischen Persönlichkeitsstruktur und jugendlichen religiös-spirituellen Parametern in der Gruppe 12-17jährige Jugendliche	191
Tabelle 38:	Korrelationen zwischen Persönlichkeitsstruktur und elterlichen religiös-spirituellen Parametern in der Gruppe 12-17jährige Jugendliche	192
Tabelle 39:	Korrelationen zwischen kognitiver Funktionen und religiös-spirituellen Befinden in der Gruppe 4-6jährige Kinder	193
Tabelle 40:	Korrelationen zwischen kognitiver Funktionen und religiöse-spirituelle Parameter in der Gruppe der 4-6jährigen Kinder	194
Tabelle 41:	Korrelationen zwischen kognitiven Funktionen und religiös-spirituellen Befinden in der Gruppe 7-17jährige Kinder und Jugendliche.....	195
Tabelle 42:	Korrelationen zwischen kognitiver Funktionen und religiöse-spirituelle Parameter in der Gruppe 7-17jährige Kinder und Jugendliche.....	195
Tabelle 43:	Korrelationen zwischen elterlichen religiös-spirituellen Befinden und dem religiös-spirituellen Befinden der Gesamtstichprobe Kinder und Jugendliche	197
Tabelle 44:	Korrelationen zwischen elterlichen religiös-spirituellen Befinden und dem religiös-spirituellen Befinden der Gruppe 4-6jährige Kinder.....	199
Tabelle 45:	Korrelationen zwischen elterlichen religiös-spirituellen Parametern und dem religiös-spirituellen Befinden der Gruppe 4-6jährige Kinder.....	200

Tabelle 46:	Korrelationen zwischen kindlichen religiös-spirituellen Parametern und dem religiös-spirituellen Befinden der Gruppe 4-6jährige Kinder.....	201
Tabelle 47:	Korrelationen zwischen elterlichen religiös-spirituellen Befinden und dem religiös-spirituellen Befinden der Gruppe 7-11jährige Kinder.....	203
Tabelle 48:	Korrelationen zwischen elterlichen religiös-spirituellen Parametern und dem religiös-spirituellen Befinden der Gruppe 7-11jährige Kinder.....	204
Tabelle 49:	Korrelationen zwischen kindlichen religiös-spirituellen Parametern und dem religiös-spirituellen Befinden der Gruppe 7-11jährige Kinder.....	205
Tabelle 50:	Korrelationen zwischen elterlichen religiös-spirituellen Befinden und dem religiös-spirituellen Befinden der Gruppe 12-17jährige Jugendliche.....	208
Tabelle 51:	Korrelationen zwischen elterlichen religiös-spirituellen Parametern und dem religiös-spirituellen Befinden der Gruppe 12-17jährige Jugendliche.....	209
Tabelle 52:	Korrelationen zwischen jugendlichen religiös-spirituellen Parametern und dem religiös-spirituellen Befinden der Gruppe 12-17jährige Jugendliche.....	210
Tabelle 53:	Korrelationen zwischen soziodemographische Daten und religiös-spirituellen Befinden in der Gesamtstichprobe Kinder und Jugendliche.....	211
Tabelle 54:	Korrelationen zwischen anamnestische Daten und religiös-spirituellen Befinden in der Gesamtstichprobe Kinder und Jugendliche.....	212

ABBILDUNGEN

Abbildung 1:	Systematik der Persönlichkeitskonstrukte mit Beispielen (aus Oerter & Montada, 2008, S. 653).....	17
Abbildung 2:	Gegenüberstellung von Religion/Religiosität und Spiritualität (aus Bucher, 2007, S. 51).....	72
Abbildung 3:	Stufen religiösen Denkens (aus Oerter & Montada, 2008).....	80
Abbildung 4:	Überblick über die einzelnen unabhängigen Variablen.....	112

ANHANG

ANHANG A

TeilnehmerInneninformation mit Einverständniserklärung Eltern.....	A1
TeilnehmerInneninformation mit Einverständniserklärung Kinder und Jugendliche.....	A7

ANHANG B

Soziodemographisches Datenblatt Eltern.....	B9
Soziodemographisches Datenblatt Jugendliche.....	B15
Soziodemographisches Datenblatt Kinder.....	B20

ANHANG C

Instruktion Eltern.....	C25
Instruktion Jugendliche.....	C26
Instruktion Kinder.....	C27

ANHANG D

Multidimensionales Interview für Kinder und Jugendliche (MI-RSB-KiJu).....	D28
--	-----

TeilnehmerInneninformation¹ und Einverständniserklärung zur Teilnahme an der Studie

GOTT IM WERDEN?

Der Zusammenhang zwischen Persönlichkeitsentwicklung, psychischer
Gesundheit und dem religiös-spirituellen Befinden bei Kindern und
Jugendlichen

Sehr geehrte Eltern!

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

**Ihre Teilnahme und die Teilnahme Ihrer Kinder an dieser Studie erfolgt freiwillig!
Sie und Ihre Kinder 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!**

Studien sind notwendig, um verlässliche neue medizinische und psychologische
Forschungsergebnisse zu gewinnen. Unverzichtbare Voraussetzung für die
Durchführung einer Studie ist jedoch, dass Sie Ihr Einverständnis zur Teilnahme sowie
zur Teilnahme Ihres Kindes an dieser 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!

¹ Aufgrund besserer Lesbarkeit wird im weiteren Text zum Teil auf die gleichzeitige Verwendung weiblicher
und männlicher Personenbegriffe verzichtet. Gemeint und angesprochen sind – sofern zutreffend – immer
beide Geschlechter.

Bitte unterschreiben Sie die Einwilligungserklärung nur

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

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

1. Was ist der Zweck der Studie?

Der Zweck dieser Studie ist die Erforschung des Zusammenhangs zwischen Spiritualität¹ und Religiosität, der psychischen Gesundheit und der Persönlichkeitsentwicklung bei Kindern und Jugendlichen. Hauptschwerpunkt ist die Beziehung zwischen verschiedenen Seiten der Persönlichkeit – auch möglichen Auffälligkeiten in der Persönlichkeitsentwicklung - und dem spirituellen Befinden.

Für Erwachsene gibt es mittlerweile zahlreiche Möglichkeiten um das religiös-spirituelle Befinden zu erfassen, z.B. das Multidimensionale Inventar zum religiös-spirituellen Befinden (MI-RSB 48) von Unterrainer et al., 2010. Im Kinder und Jugendbereich gibt es noch kein vergleichbares Instrument um das religiös-spirituelle Befinden zu messen. Hauptschwerpunkt dieser Studie ist es unter anderen mit Ihrer Hilfe und der Ihrer Kinder ein Interview zu entwickeln, die das religiös-spirituelle Befinden abbilden.

¹ 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. Es besteht die Schwierigkeit einer eindeutigen Abgrenzung, da Religion und Spiritualität sich teilweise überlappen.

2. Wie läuft die Studie ab?

Diese Studie benötigt Teilnehmer aus der Allgemeinbevölkerung. Es werden voraussichtlich 200 Kinder und Jugendliche und deren Eltern daran teilnehmen. Die Teilnahme an dieser Studie wird voraussichtlich gesamt 100 – 145 Minuten dauern. Diese Minuten werden jedoch – um die Konzentration der Kinder entgegen zu kommen - auf drei Sitzungen aufgeteilt, wobei eine Sitzung durchschnittlich 30 Minuten für Kinder und 40-50 Minuten für Jugendliche und Eltern in Anspruch nehmen wird.

Folgende Maßnahmen werden ausschließlich aus Studiengründen durchgeführt:

Während dieser Studie werden einige psychologische Fragebogenverfahren zur Erhebung der Spiritualität und Religiosität, verschiedener Aspekte der Persönlichkeit, aktuelle Beschwerden, Stimmung, Bindung, Temperament und Verhalten vorgegeben. Insgesamt sind drei Besuche notwendig. Die Einhaltung der Besuchstermine ist von entscheidender Bedeutung für den Erfolg dieser Studie.

3. Worin liegt der Nutzen einer Teilnahme an der Studie?

Durch Ihre Teilnahme sowie die Teilnahme Ihres Kindes an dieser Studie ist es möglich, wichtige Informationen bzw. weitere und neue Erkenntnisse darüber zu erhalten ob und in welchen Zusammenhang das religiös-spirituelle Befinden in der Persönlichkeitsentwicklung und in der psychischen Gesundheit von Kindern und Jugendlichen eine Rolle spielt.

Ein möglicher positiver Effekt der Religiosität und Spiritualität auf das psychische Befinden könnte in der Zukunft auch auf die Wichtigkeit der eventuell stärkeren Integrierung religiöser bzw. spiritueller Inhalte in der elterlichen Erziehung sowie in der Erziehung in Schulen und Kindergärten hinweisen.

Gebe es einen positiven Zusammenhang zwischen Religiosität bzw. Spiritualität und Auffälligkeiten in der Persönlichkeitsentwicklung, könnten in Zukunft religiöse und spirituelle Inhalte verstärkt in die Erziehung, bzw. bei starken Verhaltensauffälligkeiten in Therapien und Behandlungen, eingesetzt werden.

4. Gibt es Risiken, Beschwerden und Begleiterscheinungen?

Im Rahmen dieser Studie sind keine Risiken und negativen Begleiterscheinungen für Sie und Ihre Kinder zu erwarten.

5. Wann wird die Studie vorzeitig beendet?

Sie bzw. Ihre Kinder können jederzeit, natürlich auch ohne Angabe von Gründen, die Teilnahme an der Studie unterbrechen bzw. abbrechen.

6. In welcher Weise werden die im Rahmen dieser Studie gesammelten Daten verwendet?

Ausnahmslos nur die Studienleiterin hat Zugang zu Ihrer unterschriebenen Einverständniserklärung. Die Studienleiterin unterliegt einer strengen Schweigepflicht.

Die Bearbeitung der anonymen Daten (mit Daten werden die Antworten und die daraus gewonnenen Ergebnisse der Fragebogenbeantwortung bezeichnet) durch die Studienleiterin und deren Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen erfolgt ausschließlich zu statistischen Zwecken und Sie bzw. Ihre Kinder 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 und Ihren Kindern ein Versuchspersonen-Code zugeteilt, dadurch können mit den Ergebnissen der ausgefüllten Fragebögen statistische Analysen durchgeführt werden.

7. Entstehen für die Teilnehmer Kosten?

Durch Ihre Teilnahme an dieser klinischen Studie entstehen für Sie - außer Ihre Zeit die Sie und Ihre Kinder für die Beantwortung der Fragen zur Verfügung stellen - keine zusätzlichen Kosten.

8. Bekommen die Teilnehmer eine Entschädigung bzw. Vergütung aufgrund der Studienteilnahme?

Die Teilnahme an dieser Studie erfolgt freiwillig und eine Entlohnung ist nicht vorgesehen. Die teilnehmenden Kinder und Jugendlichen erhalten ein kleines

Dankeschön - in Form von Buntstiften mit Zeichenblock bzw. Kugelschreiber mit Notizblock - für ihre Teilnahme. Zusätzlich wird allen Teilnehmern angeboten, die Gesamtergebnisse der Studie nach Auswertung der Daten zukommen zu lassen.

9. Möglichkeit zur Diskussion weiterer Fragen

Für weitere Fragen im Zusammenhang mit dieser Studie stehen Ihnen und Ihren Kindern Ihre StudienleiterInnen sehr gerne zur Verfügung. Auch Fragen, die Ihre Rechte als Teilnehmer an dieser Studie betreffen, werden Ihnen gerne beantwortet.

Name der Kontaktperson: Mag.^a Michaela Gmeiner

Erreichbar unter: 0680 112 51 41

Name der Kontaktperson: PD. Mag. Dr. Dr. Human Friedrich Unterrainer

Erreichbar unter: 0699 181 959 90

10. Einwilligungserklärung

Name des Teilnehmers in Druckbuchstaben:

Geb. Datum:

Geb. Datum des Kindes:

Code:

Ich erkläre mich hiermit bereit, dass ich und mein Kind an der Studie „GOTT IM WERDEN? Der Zusammenhang zwischen Persönlichkeitsentwicklung, psychischer Gesundheit und dem religiös-spirituellen Befindens bei Kindern und Jugendlichen“ teilnehmen.

Ich und mein Kind sind von Frau Mag.^a Michaela Gmeiner ausführlich und verständlich über Wesen, Bedeutung und Tragweite der Studie sowie die für mich und meinem Kind daraus ergebenden Anforderungen aufgeklärt worden. Ich habe darüber hinaus den Text dieser Teilnehmerinformation sowie die Einverständniserklärung, die insgesamt sechs Seiten umfassen, gelesen. Aufgetretene Fragen wurden mir und meinem Kind von der

Studienleiterin verständlich und genügend beantwortet. Ich und mein Kind hatten 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 bzw. die freiwillige Mitwirkung meines Kindes jederzeit zu beenden, ohne dass mir daraus Nachteile entstehen.

Ich bin zugleich damit einverstanden, dass meine im Rahmen dieser Studie ermittelten Daten sowie die Daten meines Kindes aufgezeichnet werden (mit Daten werden die Antworten und die daraus gewonnenen Ergebnisse der Fragebogenbeantwortung bezeichnet). Beim Umgang mit den Daten werden die Bestimmungen des Datenschutzgesetzes beachtet.

Eine Kopie dieser Teilnehmerinformation sowie der Einverständniserklärung habe ich erhalten. Das Original verbleibt bei der Versuchsleiterin.

.....
(Datum und Unterschrift des/der Teilnehmers/Teilnehmerin bzw.
Erziehungsberechtigten)

.....
(Datum, Name und Unterschrift der verantwortlichen Studienleiterin)

Das Teilnehmerinformationsblatt und die Einwilligungserklärung

DEIN INFORMATIONSBLETT

Liebes Kind, lieber Jugendliche!

Unser Team auf der Medizinischen Universität hat eine Untersuchung geplant, um die Wirkung von Spiritualität und Religiosität auf die seelische und die körperliche Befindlichkeit von Kindern und Jugendlichen zu überprüfen.

Für Erwachsene gibt es bereits sehr viele Möglichkeiten um die Befindlichkeit zu messen, für Kinder und Jugendliche gibt es noch kein Untersuchungsmaterial um die spirituell-religiöse Befindlichkeit zu messen.

Was ist Spiritualität?

Das Wort kommt aus dem Lateinischen spiro = ich atme und spiritus = Geist und bezeichnet das Geistige. Spirituell zu sein bedeutet, sich mit geistigen Werten und Kräften zu beschäftigen, und vielleicht auch Dinge zu erfassen, die für andere nicht begreifbar sind, zum Beispiel eine starke Verbundenheit mit der Natur.

Was muss ich tun?

Wenn du dich dazu entschließt bei dieser Studie mitzumachen, wirst du dreimal mit deiner Mutter oder deinem Vater zu mir ins Büro kommen. Bei jeder dieser Sitzungen wirst du einige Fragebögen zu deinem Befinden ausfüllen. Es gibt auch eine Untersuchung zu deinem Gedächtnis, bei dieser Untersuchung werde ich dir eine Reihe von Aufgaben vorgeben, du sollst beispielsweise Fragen beantworten und mit Würfeln und Bildern arbeiten. Bei der dritten Sitzung wird es ein Interview über religiöse Themen geben. Eine Sitzung wird höchstens 45 Minuten dauern und deine Mutter oder dein Vater werden ebenfalls Fragebögen ausfüllen und religiöse Fragen beantworten.

Kann ich meine Meinung ändern?

Wenn du dich dazu entschließt, dass du bei dieser Studie nicht mitmachen möchtest, sag das einfach deiner Mutter oder deinem Vater oder auch mir und dann musst du es auch nicht! Wenn du uns jetzt helfen möchtest und deine Meinung aber später änderst, macht das auch nichts.

Wenn du weitere Fragen zu der Studie hast, kannst du mich jederzeit befragen. Ich werde jederzeit alle deine Fragen beantworten.

Wir möchten dich nun fragen, ob du uns hilfst eine solche Untersuchung durchzuführen.

Schriftliche Einwilligungserklärung

Ich habe diese Informationen gelesen und verstanden, worum es bei dieser Studie geht. Ich habe mich mit meinen Eltern beraten und der Studienleiterin alles gefragt, was ich noch nicht verstanden hatte.

Ich nehme freiwillig an dieser Studie teil und ich weiß, dass ich jederzeit mit dieser Studie aufhören kann, auch ohne zu sagen warum oder weshalb.

Teilnehmer / Teilnehmerin

Vorname

Nachname:

Unterschrift

Datum:

Eltern / gesetzlicher Vertreter

Vorname

Nachname:

Unterschrift

Datum:

Studienleiterin

Vorname

Nachname:

Unterschrift

Datum:

Soziodemographische Daten - Eltern

Bevor Sie mit der Beantwortung der Fragen beginnen, bitte ich Sie, Folgendes zu beachten:

- Die Versuchsleiterin 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 keinerlei Daten an eine solche weitergegeben.

VIELEN DANK FÜR IHRE MITARBEIT!

A1. Alter

A2. Geschlecht

☐ weiblich ☐ männlich

A3. Schulbildung (abgeschlossen)

- ☐ Volksschule
- ☐ Hauptschule/NMS
- ☐ Höher bildende Schule
- ☐ Berufsschule
- ☐ Matura
- ☐ Matura mit Beruf
- ☐ Universität

A4 Erwerbstätigkeit

- ☐ im Beruf stehend
- ☐ in Lehre Ausbildung
- ☐ Studium
- ☐ Schüler/in
- ☐ Karenz/Haushalt
- ☐ arbeitslos
- ☐ in Pension

A5 Familienstand

- ☐ ledig
- ☐ verheiratet
- ☐ in Partnerschaft lebend
- ☐ geschieden/getrennt
- ☐ verwitwet

A6 Haben Sie Kinder?

- ☐ ja ☐ nein

A7. Wie viele Kinder?

A8. Österreichische Staatsbürgerschaft?

- ☐ ja ☐ nein

A9. Falls nein, welche andere:

F1. Sind Sie bei ihren leiblichen Eltern aufgewachsen?

- ☐ ja ☐ nein

F2. Sind Sie bei 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?

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
- ☐ Freunde
- ☐ Andere: _____

F9. Wichtigste Bezugsperson momentan:

D1. Gibt es in Ihrer Familie Missbrauch von

Alkohol oder Drogen?

- ☐ ja ☐ nein

D2. Falls ja, wer (z.B. Mann, Schwester, Onkel, etc.)?

D3. Sind Sie in Ihrem Leben jemals mit

Alkohol in Kontakt gekommen?

- ☐ ja ☐ nein

D4. Falls ja, in welchem Alter sind sie mit Alkohol

in Kontakt gekommen?

D5. Sind Sie in ihrem Leben jemals mit Drogen

in Kontakt gekommen?

- ☐ ja ☐ nein

D6. Falls ja, in welchem Alter sind sie mit Drogen

in Kontakt gekommen?

D7. Trinken Sie Alkohol zur Entspannung?

- ☐ ja ☐ nein

D8. Haben/Hatten Sie psychische Probleme

verursacht durch Alkohol?

- ☐ ja ☐ nein

D9. Rauchen Sie? ☐ ja ☐ nein

D10. Falls ja, wie viele Zigaretten im Durchschnitt pro Tag? _____

D11. Falls ja, in welchem Alter haben Sie mit
dem Rauchen begonnen? _____

P1. Haben/Hatten Sie psychische Probleme in Ihrem Leben? ☐ ja ☐ nein

P2. Leidet ein Familienmitglied an psychischen Problemen? ☐ ja ☐ nein

P3. Falls ja, wer (z.B. Mann, Schwester, Onkel, etc.)? _____

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

K2. Falls ja, für welche Straftat? _____

K3. Wurde ein Familienmitglied für eine
Straftat gerichtlich verurteilt? ☐ ja ☐ nein

K4. Falls ja, wer (z.B. Mann, Schwester, Onkel, etc.)? _____

K5. Falls ja, für welche Straftat? _____

R1. In welcher Glaubensrichtung wurden Sie erzogen?

- ☐ römisch-katholisch
- ☐ evangelisch
- ☐ andere christliche
Religionsgemeinschaft
- ☐ andere nichtchristliche
Religionsgemeinschaft
- ☐ keine Glaubensrichtung

R2. Beten Sie regelmäßig?

- ☐ ja ☐ nein

R3. Falls ja, wie häufig?

- ☐ mehrmals am Tag
- ☐ einmal am Tag
- ☐ mehrmals die Woche
- ☐ einmal die Woche
- ☐ ein- bis dreimal im Monat
- ☐ mehrmals pro Jahr
- ☐ seltener

R4. Beten Sie gemeinsam mit Ihrem Kind/Ihren Kindern?

- ☐ ja ☐ nein

R5. Falls ja, wie häufig?

- ☐ mehrmals am Tag
- ☐ einmal am Tag
- ☐ mehrmals die Woche
- ☐ einmal die Woche
- ☐ ein- bis dreimal im Monat
- ☐ mehrmals pro Jahr
- ☐ seltener

R6. Wie häufig gehen Sie in die Kirche?

- ☐ mehrmals die Woche
- ☐ einmal die Woche
- ☐ ein- bis dreimal im Monat
- ☐ mehrmals pro Jahr
- ☐ seltener
- ☐ nie

R7. Bitte schätzen Sie die Intensität Ihres Glaubens ein. Setzen Sie dafür auf die untenstehende Linie einen kurzen senkrechten Strich:

überhaupt nicht gläubig

sehr gläubig

|-----|

R8. Bitte schätzen Sie das Ausmaß Ihrer Religiosität ein. Setzen Sie dafür auf die untenstehende Linie einen kurzen senkrechten Strich:

überhaupt nicht religiös

sehr religiös

|-----|

R9. Bitte Schätzen Sie die Intensität Ihrer Spiritualität ein. Setzen Sie dafür auf die untenstehende Linie einen kurzen senkrechten Strich:

überhaupt nicht spirituell

sehr spirituell

|-----|

R10. Bitte schätzen Sie ein, wie sehr Sie sich einer kirchlichen Glaubensgemeinschaft verbunden fühlen. Setzen dafür auf die untenstehende Linie einen kurzen senkrechten Strich:

überhaupt nicht verbunden

sehr verbunden

|-----|

Soziodemographische Daten – Jugendliche (ab 12 Jahre)

Bevor du mit der Beantwortung der Fragen beginnst, bitte ich dich, Folgendes zu beachten:

- Die Versuchsleiterin 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 keinerlei Daten an eine solche weitergegeben.

DANKE FÜR DEINE MITARBEIT!

A1. Dein Alter in Jahre und Monate (z.B. 13 Jahre, 5 Monate) _____

A2. Geschlecht

☐ weiblich ☐ männlich

A3. Schulbildung (abgeschlossen)

- ☐ Volksschule
- ☐ Hauptschule/NMS
- ☐ Höher bildende Schule
- ☐ Berufsschule
- ☐ Matura
- ☐ Matura mit Beruf

A4 Erwerbstätigkeit

- ☐ im Beruf stehend
- ☐ Lehre/Ausbildung
- ☐ Studium
- ☐ Schüler/in
- ☐ Karenz/Haushalt
- ☐ arbeitslos
- ☐ in Pension

A5. Österreichische Staatsbürgerschaft?

☐ ja ☐ nein

A6. Falls nein, welche andere:

F1. Bei wem wohnst du? (mehrere Antworten
möglich)

☐ leibliche Mutter

☐ leiblicher Vater

☐ Großeltern

☐ Pflegeeltern

☐ Heim

☐ Andere: _____

F2. Sind deine Eltern geschieden bzw. leben getrennt?

☐ ja ☐ nein

F3. Hast du Geschwister?

☐ ja ☐ nein

F4. Hast du schon einmal längere Zeit
in einem Heim gelebt?

☐ ja ☐ nein

F5. Wichtigste Bezugspersonen
in deinem Leben (Mehrere Antworten möglich)

☐ Mutter

☐ Vater

☐ Großeltern Mutterseite

☐ Großeltern Vaterseite

☐ Schwester

☐ Bruder

☐ Freunde

☐ Andere: _____

D1. Gibt es in deiner Familie Missbrauch von
Alkohol oder Drogen?

☐ ja ☐ nein

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

D3. Bist du schon einmal mit Alkohol in Kontakt gekommen?

☐ ja ☐ nein

D4. Falls ja, in welchem Alter bist du mit Alkohol
in Kontakt gekommen?

D5. Bist du schon einmal mit Drogen in Kontakt gekommen?

☐ ja ☐ nein

D6. Falls ja, in welchem Alter bist du mit Drogen
in Kontakt gekommen?

D7. Rauchst du?

☐ ja ☐ nein

D8. Falls ja, wie viele Zigaretten im Durchschnitt pro Tag?

D9. Falls ja, in welchem Alter hast du mit
dem Rauchen begonnen?

P1. Hast oder hattest du psychische Probleme in
deinem Leben?

☐ ja ☐ nein

P2. Leidet ein Familienmitglied an psychischen Problemen?

☐ ja ☐ nein

P3. Falls ja, wer (z.B. Vater, Schwester, Onkel, etc.)?

K1. Wurdest du schon einmal für eine Straftat
gerichtlich verurteilt?

☐ ja ☐ nein

K2. Falls ja, für welche Straftat?

K3. Wurde ein Familienmitglied für eine
Straftat gerichtlich verurteilt?

☐ ja ☐ nein

K4. Falls ja, wer (z.B. Vater, Schwester, Onkel, etc.)?

K5. Falls ja, für welche Straftat?

R1. In welcher Glaubensrichtung wirst du erzogen?

- ☐ römisch-katholisch
- ☐ evangelisch
- ☐ andere christliche
Religionsgemeinschaft
- ☐ andere nichtchristliche
Religionsgemeinschaft
- ☐ keine Glaubensrichtung

R2. Betest du regelmäßig?

☐ ja ☐ nein

R3. Falls ja, wie häufig?

- ☐ mehrmals am Tag
- ☐ einmal am Tag
- ☐ mehrmals die Woche
- ☐ einmal die Woche
- ☐ ein- bis dreimal im Monat
- ☐ mehrmals pro Jahr
- ☐ seltener

R4. Wie häufig gehst du in die Kirche

- ☐ mehrmals die Woche
- ☐ einmal die Woche
- ☐ ein- bis dreimal im Monat
- ☐ mehrmals pro Jahr
- ☐ seltener
- ☐ nie

R5. Bitte schätze die Stärke deines Glaubens ein. Setze dafür auf die untenstehende Linie einen kurzen senkrechten Strich:

überhaupt nicht gläubig

sehr gläubig

|-----|

R6. Bitte schätze das Ausmaß deiner Religiosität ein. Setze dafür auf die untenstehende Linie einen kurzen senkrechten Strich:

überhaupt nicht religiös

sehr religiös

|-----|

R7. Bitte schätze die Stärke deiner Spiritualität ein. Setze dafür auf die untenstehende Linie einen kurzen senkrechten Strich:

überhaupt nicht spirituell

sehr spirituell

|-----|

R8. Bitte schätze ein, wie sehr du dich in einer kirchlichen Glaubensgemeinschaft verbunden fühlst. Setze dafür auf die untenstehende Linie einen kurzen senkrechten Strich:

überhaupt nicht verbunden

sehr verbunden

|-----|

Soziodemographische Daten – Eltern für Kinder

Bevor Sie mit der Beantwortung der Fragen beginnen, bitte ich Sie, Folgendes zu beachten:

- Die Versuchsleiterin 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 keinerlei Daten an eine solche weitergegeben.

A1. Alter Ihres Kindes

(in Jahre und Monate z.B. 8 Jahre, 7 Monate)

A2. Geschlecht ihres Kindes

☐ weiblich ☐ männlich

A3. Schulbildung

☐ noch keine Schule

☐ Volksschule

☐ Hauptschule/NMS

A4. Hat Ihr Kind Geschwister?

☐ ja ☐ nein

A5. Hat Ihr Kind die österreichische Staatsbürgerschaft?

☐ ja ☐ nein

A6. Falls nein, welche andere:

F1. Sind Sie die leibliche Mutter/

der leibliche Vater des Kindes?

☐ ja ☐ nein

F2. Bei wem wächst ihr Kind auf? (Mehrfachnennungen möglich)

- ☐ leibliche Mutter
- ☐ leiblicher Vater
- ☐ Großeltern
- ☐ Pflegeeltern
- ☐ Heim
- ☐ Andere: _____

F3. Hat Ihr Kind längere Zeit in einem Heim gelebt?

- ☐ ja ☐ nein

F4. Wichtigste Bezugspersonen Ihres Kindes
(Mehrfachnennungen möglich)

- ☐ Mutter
- ☐ Vater
- ☐ Großeltern Mutterseite
- ☐ Großeltern Vaterseite
- ☐ Schwester
- ☐ Bruder
- ☐ Freunde
- ☐ Andere: _____

D1. Kam Ihr Kind bereits mit Alkohol in Kontakt?

- ☐ ja ☐ nein

D2. Falls ja, in welchem Alter kam Ihr Kind mit Alkohol in Kontakt?

D3. Kam Ihr Kind bereits mit Drogen in Kontakt?

- ☐ ja ☐ nein

D4. Falls ja, in welchem Alter kam Ihr Kind mit Drogen in Kontakt?

D5. Raucht Ihr Kind?

- ☐ ja ☐ nein

D6. Falls ja, wie viele Zigaretten im Durchschnitt pro Tag?

D7. Falls ja, in welchem Alter hat Ihr Kind mit dem Rauchen begonnen?

P1. Hat/Hatte Ihr Kind bereits psychische Probleme in seinem Leben?

☐ ja ☐ nein

K1. Wurde Ihr Kind schon einmal für eine Straftat gerichtlich verurteilt?

☐ ja ☐ nein

K2. Falls ja, für welche Straftat?

R1. In welcher Glaubensrichtung wird Ihr Kind erzogen?

- ☐ römisch-katholisch
- ☐ evangelisch
- ☐ andere christliche Religionsgemeinschaft
- ☐ andere nichtchristliche Religionsgemeinschaft
- ☐ keine Glaubensrichtung

R2. Betet Ihr Kind regelmäßig?

☐ ja ☐ nein

R3. Falls ja, wie häufig?

- ☐ mehrmals am Tag
- ☐ einmal am Tag
- ☐ mehrmals die Woche
- ☐ einmal die Woche
- ☐ ein- bis dreimal im Monat
- ☐ mehrmals pro Jahr
- ☐ seltener

R4. Beten Sie mit Ihrem Kind regelmäßig?

☐ ja ☐ nein

R5. Falls ja, wie häufig?

- ☐ mehrmals am Tag
- ☐ einmal am Tag
- ☐ mehrmals die Woche
- ☐ einmal die Woche
- ☐ ein- bis dreimal im Monat
- ☐ mehrmals pro Jahr
- ☐ seltener

R6. Wie häufig gehen Sie mit Ihrem Kind
in die Kirche

- ☐ mehrmals die Woche
- ☐ einmal die Woche
- ☐ ein- bis dreimal im Monat
- ☐ mehrmals pro Jahr
- ☐ seltener
- ☐ nie

R7. Bitte schätzen Sie die Intensität des Glaubens Ihres Kindes ein. Setzen Sie dafür auf die untenstehende Linie einen kurzen senkrechten Strich:

überhaupt nicht gläubig

sehr gläubig

|-----|

R8. Bitte schätzen Sie das Ausmaß der Religiosität Ihres Kindes ein. Setzen Sie dafür auf die untenstehende Linie einen kurzen senkrechten Strich:

überhaupt nicht religiös

sehr religiös

|-----|

R9. Bitte schätzen Sie die Intensität der Spiritualität Ihres Kindes ein. Setzen Sie dafür auf die untenstehende Linie einen kurzen senkrechten Strich:

überhaupt nicht spirituell

sehr spirituell

|-----|

R10. Bitte schätzen Sie ein, wie sehr sich Ihr Kind einer kirchlichen Glaubensgemeinschaft verbunden fühlt. Setzen dafür auf die untenstehende Linie einen kurzen senkrechten Strich:

überhaupt nicht verbunden

sehr verbunden

|-----|

Liebe/r Untersuchungsteilnehmer/in!

Die hier genannten Angaben dienen ausschließlich der wissenschaftlichen Forschung und werden **vollkommen anonym** ausgewertet.

Die folgenden zu beantwortenden Fragebögen setzen sich unter anderem mit den Themen Religiosität, Spiritualität und der Entwicklung der Persönlichkeit auseinander. Zuvor bitte ich Sie, das soziodemografische Datenblatt auszufüllen.

Diese Untersuchung wurde 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 zügig, wie es für Sie gerade gut ist, ausfüllen. Kreuzen Sie die Antwort die Ihnen als erstes in den Sinn kommt an. Es gibt keine richtigen oder falschen Antworten, sowie 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 Personen, die ebenso an dieser Befragung teilnehmen, damit keine gegenseitige Beeinflussung stattfinden kann. Am besten füllen Sie den Fragenbogen alleine aus und nehmen sich genügend Zeit dafür.

Um Anonymität gewährleisten zu können, ist untenstehend Ihre Datenkodierung zu sehen.

RS – E – 001

DANKE FÜR IHRE MITARBEIT!

Liebe/r Untersuchungsteilnehmer/in!

Die hier genannten Angaben dienen ausschließlich der wissenschaftlichen Forschung und werden **vollkommen anonym** (d.h. ohne deinen Namen zu nennen) ausgewertet.

Die folgenden zu beantwortenden Fragebögen setzen sich unter anderem mit den Themen Religiosität, Spiritualität und der Entwicklung der Persönlichkeit auseinander. Zuvor bitte ich dich, das soziodemografische Datenblatt auszufüllen.

Diese Untersuchung wurde 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 du es zügig, wie es für dich gerade gut ist, ausfüllst. Kreuze die Antwort die dir als erstes in den Sinn kommt an. Es gibt keine richtigen oder falschen Antworten, sowie keine Fangfragen!

Versuche bitte, so ehrlich und gewissenhaft wie nur möglich, die Aussagen anzukreuzen. Bitte beantworte alle Fragen, da sonst keine korrekte Auswertung möglich ist.

Besprich die Inhalte bitte nicht mit anderen Personen, die ebenso an dieser Befragung teilnehmen, damit keine gegenseitige Beeinflussung stattfinden kann. Am besten füllst du den Fragenbogen alleine aus und nimmst dir genügend Zeit dafür.

Um Anonymität gewährleisten zu können, ist untenstehend deine Datenkodierung zu sehen.

RS – J – 001

DANKE FÜR DEINE MITARBEIT!

Liebe/r Untersuchungsteilnehmer/in!

Die hier genannten Angaben dienen ausschließlich der wissenschaftlichen Forschung und werden **vollkommen anonym** ausgewertet.

Die folgenden zu beantwortenden Fragebögen setzen sich unter anderem mit den Themen Religiosität, Spiritualität und der Entwicklung der Persönlichkeit ihres Kindes auseinander. Zuvor bitte ich Sie, das soziodemografische Datenblatt ihres Kindes auszufüllen.

Diese Untersuchung wurde 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 zügig, wie es für Sie gerade gut ist, ausfüllen. Kreuzen Sie die Antwort die Ihnen als erstes in den Sinn kommt an. Es gibt keine richtigen oder falschen Antworten, sowie 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 Personen, die ebenso an dieser Befragung teilnehmen, damit keine gegenseitige Beeinflussung stattfinden kann. Am besten füllen Sie den Fragenbogen alleine aus und nehmen sich genügend Zeit dafür.

Um Anonymität gewährleisten zu können, ist untenstehend die Datenkodierung Ihres Kindes zu sehen.

RS – K – 001

DANKE FÜR IHRE MITARBEIT!

Multidimensionales Interview zum religiös-spirituellen Befinden von Kindern und Jugendlichen (MI-RSB – KJ)
--

1. Wie geht es dir wenn du eine schöne Blume siehst?

.....

.....

.....

2. Glaubst du, dass sich eine Blume wehtun kann?

(Glaubst du, dass eine Blume Schmerzen fühlen kann?)

.....

.....

.....

3. Was bedeutet es wenn eine Blume welk wird?

.....

.....

.....

4. Was denkst du wenn im Herbst die Blätter braun werden?

.....

.....

.....

5. Was geschieht mit der welken Blume und den braunen Blättern?

.....

.....

.....

6. Wachsen im Frühling die gleichen Blätter wieder nach oder wachsen neue Blätter?

(Was bedeutet für dich der Kreislauf Herbst-Winter-Frühling-Sommer am Beispiel der braunen, welken Blätter und Blumen)

.....

.....

.....

7. Wie geht es dir, wenn die Sonne scheint?

Zusatzfrage: Warum?

.....

.....

.....

8. Wie geht es dir wenn es bei einem Gewitter blitzt und donnert?

Zusatzfrage: Warum.....?

.....

.....

.....

9. Hast du Freunde/Freundinnen? Erzähl mir etwas von ihnen...

.....

.....

.....

10. Wenn dein Freund/deine Freundin glücklich ist, wie geht es dir dabei?

.....

.....

.....

11. ...und wenn dein Freund/deine Freundin traurig ist, wie geht es dir dabei?

.....

.....

.....

12. Was machst **du**, damit **du** glücklich bist?

.....

.....

.....

13. Wie spürst du dass du glücklich bist?

.....

.....

.....

14. Wie spürst du, dass du traurig bist?

.....

.....

.....

15. Was machst du dann wenn du traurig bist?

.....

.....

.....

16. Wenn du mit deinem Freund/deiner Freundin streitest, wem erzählst du davon?

(Wenn du deinem Freund/deiner Freundin streitest, mit wem redest du über den Streit?)

.....

.....

.....

17. Wenn du mit deinem Freund/deiner Freundin streitest, bist du dann bald wieder gut mit ihm/ihr?

(Wenn du mit deinem Freund/deiner Freundin streitest, verträgt ihr euch bald wieder?)

.....

.....

.....

18. Hast du einen Freund/eine Freundin den sonst niemand anderer sehen kann?
(Hattest du früher einen Freund/eine Freundin den sonst niemand anderer sehen konnte?)

Zusatzfrage wenn mit JA beantwortet: Erzähl mir etwas von deinem Freund!

.....

.....

.....

19. Kennst du ein Gebet?

.....

.....

.....

20. Sprichst du dieses Gebet oft?

.....

.....

.....

21. Redest du auch mit Gott?

Zusatzfrage falls mit JA beantwortet: Erzähl mir mehr davon.

.....

.....

.....

22. Wo ist Gott? Sag mir einfach was du dir denkst.

.....

.....

.....

23. Was macht Gott?

.....

.....

.....

24. Beschützt dich Gott?

(Fühlst du dich von Gott beschützt?)

.....

.....

.....

25. Bittest du Gott dir Wünsche zu erfüllen?

Zusatzfrage falls mit JA beantwortet: Erzähl mir mehr von deinen Wünschen.

.....

.....

.....

26. Hört Gott auf deine Wünsche?

.....

.....

.....

27. Wenn du etwas absichtlich kaputt machst, kann Gott das sehen?

(Wenn du etwas Unrechtes tust, kann Gott das sehen?)

.....

.....

.....

28. Macht Gott Fehler?

Zusatzfrage falls mit JA beantwortet: Welche Fehler können das sein?

.....

.....

.....

Vielen Dank für deine Mitarbeit und Hilfe!