



Masterarbeit
zur Erlangung des akademischen Grades
„Master of Science“ (M.Sc.)

Sinnloser Glauben?
Kohärenzgefühl, Religiosität & Spiritualität im
Kontext von psychischen Krisen -
Eine Untersuchung in der (teil-)stationären
Psychiatrie

Lehrstuhl für Klinische Psychologie und Psychotherapie
Universität Greifswald

eingereicht bei:

Dipl-Psych. Florian Harder

eingereicht von:

Marco Schäufele

Matrikelnummer: 173479

Fachsemester: 5. Semester M.Sc. Klinische Psychologie & Psychotherapie

Anschrift:

Im Brühl 5, 69502 Hemsbach

Tel.: 0162 9249195

E-Mail: marco.schaeufele@stud.uni-greifswald.de

Hemsbach, den 01.12.2025

How big is the universe?

Infinite.

How do you know?

I know because all the data indicates it's infinite.

But it hasn't been proven yet.

No.

You haven't seen it.

No.

How do you know for sure?

I don't, I just believe it.

It's the same with love, I guess. *

Abstract

Die vorliegende Masterarbeit untersucht die Bedeutung religiöser und spiritueller Glaubenssysteme für das Kohärenzgefühl von Patient*innen in der (teil)stationären Psychiatrie. Grundlage ist ein theoretisches Modell, das Sinnkonstruktion als triadische Struktur aus Selbst-, Welt- und Transzendenzbezug versteht und psychische Krisen als Störungen dieser inneren Ordnung beschreibt. Empirisch wurden die Zentralität religiös spiritueller Inhalte, spirituelle Bedürfnisse sowie Kohärenzgefühl, Resilienz und subjektiver Therapieerfolg erhoben. Die Ergebnisse zeigen, dass weder die Zentralität religiöser oder spiritueller Inhalte noch spirituelle Bedürfnisse konsistente lineare Zusammenhänge mit dem Kohärenzgefühl aufweisen. Gleichzeitig finden sich punktuelle Hinweise auf einen engeren Zusammenhang zwischen Transzendenz Erfahrungen, Kohärenz und Hoffnung auf Besserung, insbesondere bei Personen mit religiöser oder spiritueller Selbstbeschreibung. Das Kohärenzerleben scheint weniger von der Intensität einzelner Glaubensinhalte abzuhängen, sondern stärker von deren Einbettung in eine funktionale Sinnstruktur, die in klinischen Belastungssituationen häufig geschwächt ist. Die Studie liefert damit erste empirische Hinweise auf die Relevanz globaler Sinnsysteme im Kontext psychischer Krisen, zeigt jedoch zugleich deutliche Grenzen der gegenwärtigen Operationalisierung. Sie macht sichtbar, dass zukünftige Forschung die triadische Struktur des Sinnsystems umfassender operationalisieren muss, um Integrationsprozesse zwischen Selbst, Welt und Transzendenzbezug genauer zu verstehen. Insgesamt legt die Arbeit nahe, dass Glaubenssysteme in religiös-spirituelle wie säkularer Form glaubenspsychologische Ressourcen darstellen können, sofern sie in die persönliche Bedeutungsordnung integriert sind, und dass eine differenzierte Betrachtung der Sinn- und Glaubensdimension für die klinische Forschung und Versorgung an Bedeutung gewinnt.

*Das Epigraph stammt aus dem Film *A Beautiful Mind* (2001, Regie: Ron Howard), in dem Alicia und John Nash über den Unterschied zwischen Wissen und Glauben sprechen.

Inhaltsverzeichnis

| | |
|--|-----|
| Abstract | II |
| Tabellenverzeichnis..... | III |
| Abbildungsverzeichnis | IV |
| Abkürzungsverzeichnis | V |
| 1. Einleitung – Glaube & Gesellschaft heute | 1 |
| 2. Theoretischer Hintergrund | 7 |
| 2.1 Kohärenzgefühl & Sinnkonstruktion..... | 8 |
| 2.1.1 Kohärenzgefühl..... | 8 |
| 2.1.2 Theorie der persönlichen Konstrukte | 11 |
| 2.1.3 Weltanschauung als triadischer Bezugsrahmen..... | 15 |
| 2.1.4 Glaubenssysteme als existenzielle Meta-Theorien | 29 |
| 2.2. Psychische Krisen..... | 42 |
| 2.2.1 Was sind (psychische) Krisen? | 42 |
| 2.2.2 Störungen in der Sinnkonstruktion | 48 |
| 2.2.3 Krisen werden Krankheiten | 56 |
| 2.3 Empirische Daten: Kohärenz, Glaube & Krisen | 59 |
| 2.3.1 Religiosität, Spiritualität & psychische Gesundheit | 59 |
| 2.3.2 R/S Glaubenssysteme & Kohärenzgefühl..... | 60 |
| 2.3.3 Kohärenzgefühl und Glaubenssysteme im Kontext psychischer Krisen | 60 |
| 2.4 Forschungsfragen und Zielsetzung der Arbeit..... | 63 |
| 2.4.1 Zentrale Forschungsfragen..... | 64 |
| 3. Forschungsmethodik | 66 |
| 3.1 Untersuchungsverfahren und -design | 66 |
| 3.2 Operationalisierung der Variablen & Erhebungsinstrumente | 66 |
| 3.2.1 Zentralität (CRSi-7) | 66 |
| 3.2.2 Spirituelle Bedürfnisse (SpNQ-20)..... | 67 |

| | |
|--|----|
| 3.2.3 Kohärenzgefühl (SOC-L9)..... | 68 |
| 3.2.4 Resilienz (RS-13)..... | 69 |
| 3.2.5 Einzelitems zum subjektiven Therapieerfolg & Behandlungsdauer..... | 70 |
| 3.3 Rekrutierung | 72 |
| 3.3.1 Stichprobenbeschreibung | 73 |
| 3.4 Ablauf der Datenerhebung & Forschungsethik | 73 |
| 3.5 Datenauswertungsmethode | 74 |
| 3.5.1 Voraussetzungen & Prüfung der Voraussetzungen | 74 |
| 3.5.2 Durchführung der statistischen Analyse mit jamovi..... | 76 |
| 4. Ergebnisse | 77 |
| 4.1 Deskriptivstatistiken | 77 |
| 4.1.1 Zentralität (CRSi-7) | 77 |
| 4.1.2 Spirituelle Bedürfnisse (SpNQ-20)..... | 78 |
| 4.1.3 Kohärenzgefühl (SOC-L9) & Resilienz (RS-13)..... | 80 |
| 4.1.4 Subjektiver Therapieerfolg | 80 |
| 4.2 Zusammenhänge | 81 |
| 4.2.1 Zentralität und Kohärenzgefühl | 81 |
| 4.2.2 Spirituelle Bedürfnisse und Kohärenzgefühl | 82 |
| 4.2.3 Resilienz..... | 83 |
| 4.2.4 Subjektiver Therapieerfolg | 83 |
| 4.2.5 Transzendenzerfahrungen & Hoffnung auf Besserung..... | 85 |
| 5. Diskussion | 86 |
| 5.1 Zusammenfassung und Interpretation der zentralen Befunde | 86 |
| 5.2 Interpretation der Ergebnisse im Kontext der theoretischen Grundlage | 87 |
| 5.2.1 Deskriptivstatistiken | 87 |
| 5.2.2 Zentralität r/s Glaubensinhalte und Kohärenz | 88 |
| 5.2.3 Transzendenzerfahrungen und Kohärenz bei r/s Selbstbeschreibung..... | 89 |

| | |
|---|-----|
| 5.2.4 Spirituelle Bedürfnisse und Kohärenzgefühl | 90 |
| 5.2.5 Resilienz und Triadenstabilität | 91 |
| 5.2.6 Subjektiver Therapieerfolg | 92 |
| 5.2.7 SOC als dynamische Integrationsleistung | 93 |
| 5.3 Limitationen der Studie und kritische Reflexion..... | 95 |
| 5.3.1 Studienlage und fehlende Entwicklungsdaten | 95 |
| 5.3.2 Stichprobencharakteristik und Kontextfaktoren | 95 |
| 5.3.2 Erfassung des subjektiven Therapieerfolgs..... | 96 |
| 5.3.4 Operationalisierung religiös-spirituel­ler Variablen | 96 |
| 5.3.5 Theoretischer Anspruch und empirische Abdeckung..... | 97 |
| 5.3.6 Begrenzte Erfassung individueller r/s Differenzierungen..... | 97 |
| 5.4 Zusammenfassung der Diskussion | 97 |
| 6. Fazit & Ausblick | 99 |
| Danksagung | 100 |
| Literaturverzeichnis..... | 101 |
| Eigenständigkeitserklärung | 121 |
| Anhänge | 122 |
| Anhang A: Epistemische Ebenen der Sinn- und Glaubenspsychologie | 122 |
| Anhang B: Klassifikation der klassischen Gottesbilder | 124 |
| Anhang C: Kurzfassung des ursprünglichen Kapitel zur Krisenbewältigung..... | 128 |
| Anhang D: Fragebogenkatalog + informed consent..... | 131 |
| Anhang E: Flyer zur Studie | 144 |
| Anhang F: Veranschaulichung der Deskriptivstatistiken der CRSi-7 Dimensionen..... | 145 |
| Anhang G: Veranschaulichung Deskriptivstatistiken der SpNQ-20 Dimensionen..... | 148 |
| Anhang H: Korrelationsmatrix - Spirituelle Bedürfnisse und subjektiver Therapieerfolg | 150 |
| Anhang I: Konfessionelle Zugehörigkeiten in der Studie (Häufigkeitstabelle) | 152 |

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Deskriptivstatistik der CRS-Dimensionen

Tabelle 2: Deskriptivstatistik der SpNQ-20 Dimensionen

Tabelle 3: CRSi-7 und SOC-L9

Tabelle 4: Dimensionen der CRSi-7 und SOC-L9

Tabelle 5: SpNQ-20 und SOC-L9

Tabelle 6: Resilienz, Zentralität, spirituelle Bedürfnisse & Kohärenzgefühl

Tabelle 7: Subjektiver Therapieerfolg, Zentralität, spirituelle Bedürfnisse, Kohärenzgefühl und
Resilienz

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Modell spiritueller Denkschemata, Deutungsmuster, Coping und Stressoren

Abbildung 2: Das Meaning-Making-Modell nach Park (2010)

Abbildung 3: Das Vulnerabilitäts-Stress-Modell

Abbildung 4: CRSi-7: Verteilung der Zentralität

Abbildung 5: SpNQ-20: Spirituelle Bedürfnisse

Abbildung 6: Kohärenzgefühl (SOC-L9) und Resilienz (RS-13)

Abkürzungsverzeichnis

APA - American Psychological Association

BE = Wahrgenommener Behandlungserfolg

BeG – Bedürfnis etwas zu geben

BiF - Bedürfnis nach innerem Frieden

EB - Existenzielle Bedürfnisse

HB – Hoffnung auf Besserung

RB – Religiöse Bedürfnisse

R/S – Religiosität/Spiritualität

SV – Subjektive Symptomverbesserung

WHO – World Health Organisation

ZB – Zufriedenheit mit der Behandlung

1. Einleitung – Glaube & Gesellschaft heute

Eine vollständige Säkularisierung der westlichen Gesellschaft und das allmähliche Verschwinden von Religion galten lange als charakteristische Merkmale der Moderne und Postmoderne. Es wurde davon ausgegangen, dass naturwissenschaftlicher Fortschritt zwangsläufig zu einem Rückgang religiöser Überzeugungen und damit zu einem Bedeutungsverlust der Kirchen als religiöse Institutionen führen müsste (vgl. Ruhland, 2008). Diese Annahme schien zunächst durch empirische Daten gestützt, da die Zahl der Kirchenmitglieder in den vergangenen Jahrzehnten tatsächlich zurückging (vgl. Bertelsmann Stiftung, 2023). Seit den 1970er Jahren zeigt sich jedoch ein gegenläufiger Trend, denn das Interesse an religiösen und spirituellen Themen hat deutlich zugenommen. Bereits die frühesten modernen Gesellschaften erkannten, dass technischer Fortschritt existentielle Fragen nur unzureichend beantworten kann (vgl. Safranski, 2002). Kultur und Sozialwissenschaften sprechen in diesem Zusammenhang zunehmend von einer spirituellen Wende, in der sich eine humanistische Abkehr von reduktionistischen Menschenbildern mit einem sinkenden Vertrauen in kirchliche Institutionen verbindet (vgl. Bertelsmann Stiftung, 2023). Damit einher geht ein verbreitetes Gefühl existenzieller Unzufriedenheit, also der Eindruck, dass etwas Wesentliches im Leben fehlt (vgl. Frankl, 1982). Viele Menschen berichten in diesem Zusammenhang von innerer Leere oder Unruhe, können dieses Empfinden jedoch nicht präzise benennen. Einige Autorinnen und Autoren vertreten die Auffassung, dass eine starke kulturelle Betonung rationaler Denk- und Lebensformen dazu beitragen kann, dass der Zugang zu emotionalen und spirituellen Erfahrungsdimensionen eingeschränkt wird (vgl. Ruhland, 2008). Diese Deutung ist nicht als pauschale Behauptung zu verstehen, sondern als eine mögliche Perspektive innerhalb des breiten wissenschaftlichen Diskurses. Unabhängig davon bleibt die grundlegende spirituelle Veranlagung des Menschen bestehen, also das Bedürfnis nach Orientierung, Halt und einer Bedeutungsebene, die über das eigene Selbst hinausweist (vgl. Ruhland, 2008). Zu Beginn des 21. Jahrhunderts gaben bereits 57 Prozent der Deutschen an, an eine übergeordnete Kraft zu glauben (vgl. Schowalter & Murken, 2003). Die Befunde des Religionsmonitors der Bertelsmann Stiftung zeigen zudem, dass sich der Glaube der deutschen Bevölkerung verstärkt in religiöse und spirituelle Selbstzuschreibungen ausdifferenziert (vgl. Bertelsmann Stiftung, 2008). Vor diesem Hintergrund wird die klassische Säkularisierungsthese zunehmend kritisch gesehen. Polak (2006) spricht in diesem Zusammenhang von einer Respiritualisierung der Gesellschaft. Diese Entwicklung spiegelt sich auch in der wachsenden Zahl religiöser und spiritueller Publikationen wider, die sowohl im deutschsprachigen als auch im internationalen Raum stark zugenommen haben (vgl. Fischler, 2013; Utsch et al., 2018). Ergänzend verweist

Murken (2015) darauf, dass insbesondere im angloamerikanischen Raum eine deutlich stärkere religionspsychologische Forschungs-landschaft besteht, während entsprechende Strukturen in Deutschland seit Mitte des zwanzigsten Jahrhunderts kaum institutionell verankert sind.

Interdisziplinäres Interesse. Interdisziplinäre Forschungsinteressen zeigen seit einigen Jahren eine zunehmende Aufmerksamkeit für religiöse und spirituelle Phänomene. Ruhland (2008) gibt hierzu einen breiten Überblick und verweist auf Entwicklungen in Philosophie, Soziobiologie, Anthropologie und Religionswissenschaft. In der Philosophie setzen sich etwa Habermas (2001), Joas (2004), Metzinger (2006) und Sloterdijk (1997) erneut mit Fragen von Religion auseinander. In soziobio-logischen Ansätzen wird diskutiert, ob religiöse Vorstellungen über Trost, Schutz oder gerechte Weltordnungen evolutions-psychologisch funktionale Beiträge zum sozialen Zusammenhalt leisten könnten (Volland & Söling, 2004). Anthropologische und religions-wissenschaftliche Studien betonen die soziale Bindungskraft ritueller Praktiken und verweisen auf Spiritualität als grundlegendes Bedürfnis (vgl. Baatz, 2006; Baier, 2007; Möde, 2000; Sosis, 2005). Auch natur-wissenschaftliche Disziplinen wie Genforschung und Neurowissenschaft widmen sich verstärkt den biologischen Grundlagen religiöser Erfahrungen, wobei einzelne Autorinnen und Autoren sogar neurobiologische oder genetische Dispositionen für Religiosität postulieren (vgl. Alper, 2002; Hamer, 2005). Für die Psychologie und Medizin ist besonders relevant, dass die Untersuchung körperlicher und psychischer Auswirkungen spiritueller oder mystischer Erfahrungen zunehmend an Bedeutung gewinnt (vgl. Galuska, 2003; Heusser, 2006; Matthews, 2000; Piron, 2003; Utsch, 2018b, Utsch, 2018d; Utsch et al., 2018). Auch in der Psychotherapie finden spirituelle Dimensionen vermehrt Eingang in theoretische und praktische Ansätze. Neben der Orientierung der Verfahren der Dritten Welle der Verhaltenstherapie an fernöstlichen Traditionen (Hathaway & Tan, 2009) entstehen im Rahmen einer Vierten Welle Bemühungen, kultur- und glaubenssensiblere Konzepte zu entwickeln, die stärker an den individuellen Sinn- und Wertstrukturen der Patientinnen und Patienten ansetzen. Diese Entwicklungen werden als Beitrag zu einer personalisierten Psychotherapie verstanden, welche die religiösen und spirituellen Bezugssysteme als bedeutsame Ressourcen in den therapeutischen Prozess einbezieht (vgl. Helg, 2000; Hundt, 2007; Madert, 2007; Peteet, 2018; Seefeldt, 2001).

Vierte Welle. Die aktuelle Diskussion um eine Vierte Welle der Psychotherapie nimmt Bezug auf Entwicklungen, die eine stärker individualisierte und mechanismenorientierte Perspektive verfolgen. Personalisierte Psychotherapieforschung richtet ihren Blick nicht mehr allein auf Symptome oder Diagnosegruppen, sondern zunehmend auf die biografisch geprägten Sinn- und Glaubenssysteme, die für das Erleben psychischer Krisen und für therapeutische

Veränderungsprozesse bedeutsam sein können. Damit erweitert sie die Perspektiven der Dritten Welle, indem sie existenzielle Dimensionen und subjektive Weltdeutungen methodisch ernst nimmt und als potenziell wirksame therapeutische Ressourcen einordnet (vgl. Peteet, 2018). In diesem Sinne lässt sich auch das übergeordnete Forschungsprogramm („F.A.C.E.“) nachvollziehen, in dessen Rahmen das vorliegende Projekt angesiedelt ist (vgl. Universität Greifswald, 2025). Es knüpft an die Bestrebungen an, individuelle Voraussetzungen, zentrale Wirkmechanismen und mögliche belastende Therapieeffekte genauer zu erfassen und damit ein differenziertes Verständnis der menschlichen Erfahrungs- und Sinnstruktur im therapeutischen Kontext zu ermöglichen. Religionspsychologische Fragestellungen und die Bedeutung existenzieller Bezüge gewinnen dabei an Sichtbarkeit, da sie für das Verständnis von Resilienz, Kohärenz und subjektivem Behandlungserleben eine zentrale Rolle spielen. Die vorliegende Arbeit positioniert sich in dieser Forschungstradition, indem sie untersucht, welche Rolle Glaubenssysteme und Sinnkonstruktion im Kontext psychiatrischer Behandlung für das Kohärenzgefühl von Patient*innen haben.

Epistemische Einordnung und begriffliche Abgrenzung. Die Untersuchung von Glaubenssystemen im Zusammenhang mit psychischer Gesundheit setzt eine klare begriffliche Orientierung voraus. In dieser Arbeit bezeichnet Glaube eine kognitiv-emotionale Struktur der Sinnregulation, die Menschen dabei unterstützt, Erfahrungen in ein übergeordnetes Weltverständnis einzuordnen (vgl. Antonovsky, 1979; Park, 2010; Pargament, 1997). Sinn dient als Deutungsrahmen, der Handlungen, Beziehungen und Belastungen kohärent macht. Kohärenz wiederum beschreibt nach Antonovsky (1979) das Vertrauen darin, dass das eigene Leben verstehbar, handhabbar und bedeutsam ist. Diese Grundbegriffe sind zugleich in ein breiteres religionspsychologisches und religionssoziologisches Verständnis eingebettet. Nach Campiche (2004) kann der durch Individualisierung ausgelöste Wandel im religiösen Erleben als eine Verschiebung von Religion hin zu Spiritualität interpretiert werden. Während Religion überwiegend gemeinschaftlich organisierte Glaubenspraxis mit klaren Traditionen und Regeln umfasst, beschreibt Spiritualität stärker die persönliche Lebensgestaltung und das individuelle innere Erleben. In der Religionssoziologie wird Spiritualität zunehmend losgelöst von christlich-traditionellen Bezügen verstanden und entwickelt sich damit zum Gegenpol institutionalisierter Religion (vgl. Campiche, 2004, zitiert nach Ruhland, 2008). Aus kognitionspsychologischer Perspektive ist diese Unterscheidung bedeutsam, da Religiosität und Spiritualität jeweils unterschiedliche Merkmale, Praktiken und Symbolsysteme ausbilden, die jedoch beide den Glauben an eine höhere Wirklichkeit umfassen und damit den individuellen Deutungshorizont über das empirisch Erfahrbare hinaus erweitern (vgl. Barrett, 2000; Streib &

Hood, 2016; Zinnbauer & Pargament, 2005). Diese transzendente Bezugsdimension verleiht dem Denken, Erleben und Verhalten eine spezifische Färbung und bildet den zentralen Untersuchungsgegenstand der Glaubenspsychologie, die erforscht, wie metaphysische Überzeugungen kognitive Prozesse, Emotionen und Handlungsorientierungen beeinflussen können (vgl. Hood et al., 2009; Huber, 2003). Die genannten Begriffe verweisen zugleich auf unterschiedliche Erkenntnisebenen, die den interdisziplinären Charakter des Gegenstands bestimmen. Symbolisch-anthropologische Perspektiven betrachten Glauben als kulturelles Ausdruckssystem menschlicher Sinnsuche (vgl. Frankl, 1982; Jung, 1966, 1989; Tillich, 1957). Psychologische Ansätze betonen seine Funktionen für Identität, Emotion und Bewältigung (vgl. Kelly, 1955; Lazarus & Folkman, 1984). Empirische Forschung richtet den Blick auf beobachtbare Zusammenhänge zwischen Glaubenssystemen, Kohärenz und Gesundheit (vgl. Antonovsky, 1979; Hood et al., 2009; Koenig et al., 2012; Pargament, 1997; Park, 2010). Diese mehrschichtige Struktur macht deutlich, dass Glauben und Sinn nicht einer einzelnen Disziplin zugeordnet werden können. Sie stellen Grenzphänomene dar, die an der Schnittstelle zwischen subjektiver Erfahrung, kultureller Symbolik und empirischer Prüfbarkeit liegen. Für die vorliegende Arbeit wird eine psychologisch-funktionale Position eingenommen. Untersucht werden nicht metaphysische Wahrheitsansprüche, sondern die psychologischen Funktionen, Korrelate und möglichen Wirkmechanismen von Glaubenssystemen im Kontext psychischer Belastung. Zur Orientierung dient Anhang A, der die erkenntnistheoretischen Ebenen der Sinn- und Glaubenspsychologie tabellarisch zusammenfasst und die in dieser Studie vertretene empirisch-psychologische Position einordnet.

Bedarf einer glaubenssensiblen Psychotherapie. Mit der zunehmenden religiösen Diversität in Deutschland stehen Psychotherapeut*innen immer häufiger vor der Aufgabe, unterschiedliche Glaubenshintergründe und damit verbundene Gesundheitsvorstellungen zu berücksichtigen (vgl. Agorastos, 2010; Erim 2009). Dies unterstreicht den Bedarf an spezifischen Kompetenzen in Kultur- und Religionssensibilität. Eine Studie von Hofmann und Walach (2011) zeigt, dass religiöse und spirituelle Themen bei rund einem Fünftel der Patient*innen auftreten, während sich die grosse Mehrheit der Therapeut*innen unzureichend darauf vorbereitet fühlt und eine stärkere Berücksichtigung solcher Inhalte in der Ausbildung wünscht. Auch aus Patientensicht ist die Thematisierung von Glauben bedeutsam. Viele bewerten sie als angemessen und wünschen sich eine explizite Einbeziehung ihrer religiösen Hintergründe (vgl. Johnson & Hayes, 2003). Religiöse Patient*innen befürchten zudem, dass eine religionsunsensible Therapie zentrale Aspekte ihrer Identität verfehlen könnte. Akzeptanz und Respekt gegenüber ihren Überzeugungen stärken hingegen die therapeutische Beziehung

(vgl. Mayers et al., 2007). Auch meine Bachelorarbeit (Schäufele, 2024) weist darauf hin, dass der Wunsch nach der Integration existenzieller Themen in die Psychotherapie umso ausgeprägter war, je stärker die Glaubenssysteme der Wartelisten Klient*innen verankert waren, gemessen über Zentralität der Glaubensinhalte (vgl. Huber, 2003) und spirituelle Bedürfnisse (vgl. Büssing et al., 2010). Dieser Zusammenhang zeigte sich sogar bei Personen ohne artikuliertes Glaubenssystem, etwa bei atheistischen Klient*innen. Dies passt zum religionswissenschaftlichen Hinweis auf einen blinden Fleck in der Spiritualitätsforschung, da Spiritualität häufig individualisiert bleibt und weniger an kollektive Glaubensannahmen gebunden ist (vgl. Richard & Freund, 2012). Daraus ergibt sich die Notwendigkeit, individuelle Spiritualitäts-konzepte in zukünftigen Studien differenzierter zu erfassen, etwa auch qualitativ durch hermeneutische Verfahren (vgl. Noth, 2010). Langfristig soll ein kulturneutraler Deutungs-rahmen für r/s Glaubenssysteme entwickelt werden, um die begrifflichen Unschärfen zwischen Spiritualität und Religiosität besser aufzulösen (vgl. Knoblauch, 2006; Utsch 2014, S. 33).

Einführung in die Glaubenspsychologie. Die Glaubenspsychologie untersucht, wie Menschen religiöse und spirituelle Vorstellungen nutzen, um ihr Erleben, Denken und Handeln zu strukturieren. Im Zentrum steht dabei nicht die institutionelle Religion, sondern die psychologische Funktion solcher Überzeugungen für Sinn, Orientierung und Identitätsbildung. Frühere Arbeiten aus der Religions-psychologie haben gezeigt, dass Glaubenserleben häufig als subjektiv bedeutsame Form der Weltdeutung auftritt, in der Menschen Erfahrungen des Verbundenseins, der Transzendenz und der existenziellen Orientierung verarbeiten (vgl. James, 1902/1997; Jung, 1966; Jung, 1989; Maslow, 1970). Aus psychologischer Perspektive können Glaubenssysteme als individuelle Deutungsrahmen verstanden werden, die Selbstbild, Weltbild und Transzendenzbezüge zu einer zusammenhängenden Sinnstruktur verbinden (vgl. 2.1.3). Sie bieten damit ein Ordnungsmodell, in dem existenzielle Fragen bearbeitet und Erfahrungen in einen verständlichen Zusammenhang gestellt werden können (vgl. 2.1.4). Forschungsergebnisse weisen darauf hin, dass diese Systeme sowohl ressourcenorientierte als auch belastende Wirkungen entfalten können, abhängig davon, wie stabil, flexibel und integriert sie in der individuellen Lebensgeschichte verankert sind (vgl. Frankl, 1982; Huber, 2003; Pargament, 1997; Schnell, 2020). Diese Ambivalenz führt zu einer zentralen Frage der Glaubenspsychologie, mit welcher sich auch diese vorliegende Masterarbeit theoretisch wie empirisch auseinandersetzen wird: In welchem Maß wirken religiöse oder spirituelle Glaubenssysteme psychologisch funktional oder dysfunktional? Während ein integriertes Sinnsystem Orientierung, emotionale Stabilität und Bewältigungsfähigkeit fördern kann,

besteht zugleich die Möglichkeit, dass rigide oder konflikthafte Glaubenshaltungen Unsicherheit verstärken oder zu innerer Dissonanz beitragen. Im Rahmen dieser Arbeit wird daher untersucht, wie sich Struktur und Zentralität individueller Glaubenssysteme auf das Kohärenzgefühl auswirken und in welchem Ausmaß sie im klinischen Kontext als psychologische Ressource oder als Risikofaktor wirksam werden.

2. Theoretischer Hintergrund

Der theoretische Teil dieser Arbeit entfaltet die psychologischen Grundlagen des Zusammenhangs zwischen Glaubenssystem, Sinnkonstruktion und psychischer Gesundheit im Kontext seelischer Krisen. Im ersten Kapitel wird erläutert, wie das *Kohärenzgefühl* aus der kognitiven Sinnkonstruktion einer triadischen Weltanschauung hervorgeht (vgl. 2.1), die sich aus Selbstbild, Weltbild und Gottesbild zusammensetzt und den Deutungsrahmen individueller Erfahrung bildet (vgl. 2.1.3). Der Glaube wird dabei als psychologisches System verstanden, das Erfahrungen ordnet, Bewertungen lenkt und das Gefühl innerer Stimmigkeit herstellt (vgl. 2.1.4). Innerhalb dieses Ansatzes ist er eng mit dem Gottesbild verbunden, da beide auf derselben Ebene der kognitiven Sinnkonstruktion wirken und zentrale Bezugspunkte individueller Weltdeutung bilden. Unter Bedingungen psychischer Krise wird dieses System besonders herausgefordert, da Inkonsistenzen zwischen Überzeugung und Erfahrung zu Dissonanz und Desorientierung führen können (vgl. 2.2). Zur Erklärung dieser Dynamik werden drei theoretische Perspektiven herangezogen, die den Zusammenhang zwischen Sinnkonstruktion und Kohärenz verdeutlichen. Zudem wird gezeigt, wie Prozesse der Dissonanzreduktion, Ressourcenaktivierung und Sinnwiederherstellung im weiteren Verlauf des Theorieteils die Grundlage der Krisenbewältigung bilden und welche Rolle dabei psychotherapeutische und klinisch glaubenspsychologische Ansätze einnehmen (vgl. Anhang C).

Theoretischer Kern. Ausgangspunkt bildet das *Konzept des Kohärenzgefühls* nach Antonovsky (1987), das beschreibt, wie ein überdauerndes Vertrauen in die Verstehbarkeit, Handhabbarkeit und Sinnhaftigkeit des eigenen Lebens zur psychischen Gesundheit beiträgt (vgl. 2.1.1). Ergänzend liefert die *Theorie der persönlichen Konstrukte* von Kelly (1955) eine kognitive Erklärung dafür, wie Menschen ihre Erfahrungen in Deutungssysteme einordnen und diese anpassen, um Kohärenz und Kontrolle zu wahren (2.1.2). Die *Theorie der kognitiven Dissonanz* nach Festinger (1957) verdeutlicht schließlich, welche inneren Spannungen entstehen, wenn Überzeugungen und Erfahrungen einander widersprechen, und wie daraus Prozesse der Neuorientierung hervorgehen (vgl. 2.1.3; 2.1.4). Die drei theoretischen Perspektiven werden in einem gemeinsamen Rahmenmodell zusammengeführt, das auf der Weltanschauung als triadischem Deutungssystem aus Selbstbild, Weltbild und Gottesbild aufbaut (vgl. Rizzuto, 1979; Sire, 2009). Dieses Modell bildet die kognitive Grundlage, auf der Glaubenssysteme entstehen, sich verändern und im Spannungsfeld von Krise und Gesundheit wirksam werden. Damit wird der Glaube als psychologisch relevantes Sinnsystem gefasst, das in Abhängigkeit von seiner Integration in die individuelle Weltanschauung zum Aufbau, Erhalt oder zur Wiederherstellung des Kohärenzgefühls beitragen kann.

2.1 Kohärenzgefühl & Sinnkonstruktion

„Die geistige Freiheit des Menschen, die man ihm bis zum letzten Atemzug nicht nehmen kann, läßt ihn auch noch bis zum letzten Atemzug Gelegenheit finden, sein Leben sinnvoll zu gestalten.“ (Frankl, 1946/2010, S. 142)

Das Bedürfnis, dem eigenen Leben Sinn und innere Ordnung zu verleihen, gehört zu den zentralen psychischen Aufgaben des Menschen. Diese Fähigkeit, Erfahrungen zu deuten und in ein übergeordnetes Ganzes einzuordnen, bildet die Grundlage der *psychischen Kohärenz*. Im Kontext dieser Arbeit wird sie als kognitiver und existenzieller Prozess verstanden, der durch das Zusammenspiel zwischen Deutungskompetenz, Weltanschauung und Erfahrungen dynamisch entsteht. Damit lässt sich der Begriff der Sinnkonstruktion theoretisch präzisieren: Er verweist auf jenen Prozess, der im Konzept des Kohärenzgefühls strukturell gefasst wird.

2.1.1 Kohärenzgefühl

Das Konzept des Kohärenzgefühls liefert einen theoretischen Ausgangspunkt für die Frage, wie Individuen aus Erfahrung Sinn und Ordnung ableiten. Als Kern der Salutogenese beschreibt es die Fähigkeit, die eigene Lebenswelt kognitiv zu strukturieren und emotional zu integrieren. Damit fungiert es zugleich als Bindeglied zwischen kognitiver Stabilität und existenzieller Sinnorientierung - zwei Dimensionen, die in dieser Arbeit über die Verbindung zu Glaubenssystemen und Weltanschauung weitergeführt werden.

2.1.1.1 Definition & Komponenten

Antonovsky (1979, 1987, 1993) beschreibt das Kohärenzgefühl (*Sense of Coherence, SOC*) als eine stabile, zugleich entwicklungsfähige Lebensorientierung, die sich in einem überdauernden Vertrauen ausdrückt, dass innere und äußere Reize strukturierbar, erklärbar und bewältigbar sind. Es repräsentiert damit eine Grundhaltung gegenüber der Welt und dem eigenen Leben, die auf Ordnung, Vorhersagbarkeit und Sinn beruht. Das Kohärenzgefühl setzt sich aus drei Komponenten zusammen:

- 1) **Verstehbarkeit:** Wahrnehmung von Ereignissen als konsistent, erklärbar und vorhersehbar - die kognitive Dimension (vgl. Antonovsky, 1987).
- 2) **Handhabbarkeit:** Vertrauen in die Verfügbarkeit interner und externer Ressourcen zur Bewältigung von Anforderungen - die instrumentelle Dimension (vgl. Antonovsky, 1987).
- 3) **Sinnhaftigkeit:** Empfinden von Herausforderungen als lohnend und bedeutsam - die motivationale Dimension (vgl. Antonovsky, 1987).

Diese drei Dimensionen wirken in enger Wechselwirkung: Nur wenn Erfahrungen zugleich verstehbar, handhabbar und sinnhaft erscheinen, kann Kohärenz als psychische Erfahrung von Ordnung und Sinn entstehen. Damit ist der theoretische Rahmen umrissen; zugleich stellt sich die Frage, wie stabil und empirisch trennscharf diese drei Komponenten tatsächlich sind.

2.1.1.2 Kritik & Konstruktkonvergenz

Trotz seiner konzeptuellen Eleganz gilt das Kohärenzgefühl als theoretisch wie empirisch vielschichtiges Konstrukt. Zahlreiche Studien haben die faktorenanalytische Struktur der von Antonovsky entwickelten SOC-Skalen (SOC-29, SOC-13) überprüft, ohne die postulierte Dreiteilung in *Verstehbarkeit*, *Handhabbarkeit* und *Sinnhaftigkeit* konsistent bestätigen zu können. So berichten Schumacher et al. (2000), dass sich in den meisten Untersuchungen entweder ein Generalfaktor oder abweichende Ladungsmuster ergeben, die nur teilweise mit Antonovskys ursprünglicher Zuordnung übereinstimmen. Diese Inkonsistenzen verweisen darauf, dass die drei Komponenten des SOC, wie Antonovsky (1987) selbst formulierte: „*inextricably intertwined*“ seien (vgl. Antonovsky, 1987, S. 86) und weniger als voneinander trennbare Subdimensionen denn als einheitlicher Kohärenzmodus zu verstehen sind.

Konstruktkonvergenz. Zudem zeigt sich eine enge Konstruktkonvergenz mit verwandten psychologischen Ressourcen wie *Kontrollüberzeugung*¹, *Selbstwirksamkeit*², *Resilienz* (vgl. 2.3.1.1), *Hardiness*³ und *dispositionalem Optimismus* (vgl. Eriksson & Lindström, 2006; Schumacher et al., 2000). Die hohen Korrelationen zu diesen Konzepten werden teils als Validitätsproblem interpretiert, können jedoch auch als Hinweis darauf verstanden werden, dass das Kohärenzgefühl eine Meta-Ressource darstellt; respektive eine übergreifende Integrationsleistung, die kognitive, emotionale und motivationale Komponenten psychischer Gesundheit verbindet. Aus dieser konzeptionellen Uneindeutigkeit ergibt sich die Notwendigkeit, den empirischen Gesundheitsbezug genauer zu betrachten.

¹ Kontrollüberzeugungen = Kontrollüberzeugungen („locus of control“) bezeichnen die generalisierte Erwartung einer Person, inwieweit sie selbst (internal) oder äußere Kräfte wie Zufall, Schicksal oder andere Menschen (external) das eigene Leben und dessen Ergebnisse bestimmen. Personen mit internaler Kontrollüberzeugung erleben sich selbst als wirksam und verantwortlich für eigene Handlungen, während externale Kontrollüberzeugungen mit einem Gefühl der Fremdbestimmung und geringerer Selbstwirksamkeit einhergehen (vgl. Rotter, 1966).

² Selbstwirksamkeit = Die Selbstwirksamkeit bezeichnet nach Bandura (1977) die Überzeugung einer Person, durch eigenes Handeln bestimmte Situationen meistern und gewünschte Ergebnisse erreichen zu können. Sie kann daher als der Glauben an die eigene Fähigkeit, ein Verhalten erfolgreich auszuführen, das notwendig ist, um Einfluss auf Ereignisse zu nehmen, verstanden werden.

³ Hardiness = Das „Hardiness-Konzept“ entspricht der psychologischen Widerstandskraft. Klassischerweise besteht es aus den folgenden drei Komponenten: 1) Commitment (Engagement/Verpflichtung) als Tendenz aktiv und involviert zu bleiben, statt sich zurückzuziehen, 2) Control (Kontrolle) als die Überzeugung, einen Einfluss auf Ereignisse und Ergebnisse hat, 3) Challenge (Herausforderung) als innere Haltung, Veränderungen als Chance und nicht nur als Bedrohung zu sehen (vgl. Kobasa, 1979).

2.1.1.2 Kohärenz & Gesundheit (Salutogenese)

Antonovsky entwickelte das Konzept im Rahmen seiner Salutogenese-Theorie, die nicht fragt, warum Menschen krank werden, sondern warum sie gesund bleiben (vgl. Antonovsky, 1979). Kohärenz fungiert dabei als zentrale psychische Ressource, die Stressoren abpuffert und adaptive Bewältigungsprozesse begünstigt. Ein stark ausgeprägtes Kohärenzgefühl korreliert konsistent mit psychischer Gesundheit, Resilienz und Lebenszufriedenheit, während niedrige Werte mit erhöhter Anfälligkeit für Stress, Depression und Angst einhergehen (vgl. Aguilar-Latorre et al., 2023; Eriksson & Lindström, 2006; Schäfer et al., 2023).

Kohärenzgefühl und psychische Krisen. So zeigt eine Meta-Analyse von Schäfer und Kolleg*innen (2023) einen mittleren negativen Zusammenhang zwischen Kohärenzgefühl und psychischen Problemen von $r = -0.46$ (95 % KI [-0.53; -0.39]), was die robuste Schutzwirkung eines starken Kohärenzgefühls gegenüber psychischer Belastung unterstreicht. Der Effekt war besonders ausgeprägt bei internalisierenden Störungen wie Depression, Angst und sozialer Rückzugsneigung, während er bei externalisierenden Symptomen und psychosomatischen Beschwerden etwas geringer ausfiel (vgl. Schäfer et al., 2023).

Kohärenzgefühl und chronische Belastungen. Aguilar-Latorre und Kolleg*innen bestätigen (2023) diese Ergebnisse im Rahmen einer systematischen Übersichtsarbeit, die bei Patient*innen mit chronischen Schmerzen einen gepoolten negativen Zusammenhang zwischen Kohärenzgefühl und depressiven Symptomen von $r = -0.55$ (95 % KI [-0.70; -0.41]) fanden. Diese Ergebnisse verdeutlichen, dass ein starkes Kohärenzgefühl auch unter chronischen Belastungen eine bedeutsame protektive Funktion für emotionale Stabilität und psychische Anpassungsfähigkeit erfüllen kann (vgl. Aguilar-Latorre et al., 2023).

Damit stehen die Befunde im Einklang mit Kolip et al. (2000), die betonen, dass das Kohärenzgefühl die „gesundheitsfördernde Fähigkeit“ eines Individuums widerspiegelt, Sinnzusammenhänge zu erkennen und Belastungen in ein übergeordnetes Lebensschema einzuordnen. Es kann somit als psychologisches Kernelement der kognitiven Ordnung betrachtet werden.

Kohärenzgefühl als dynamischer Integrationsfaktor. Schumacher et al. (2000) weisen jedoch darauf hin, dass die empirische Nähe des SOC zu Persönlichkeitsmerkmalen wie Neurotizismus, negativer Affektivität und Depressivität eine methodische Herausforderung darstellt. Die hohen negativen Korrelationen zwischen diesen Variablen lassen sich sowohl als Ausdruck gemeinsamer Varianz (z. B. emotionale Stabilität) als auch als Hinweis auf eine übergeordnete psychologische Struktur deuten. In der hier vertretenen Perspektive spricht diese Befundlage für die Auffassung, dass Kohärenz nicht als isoliertes Trait-Konstrukt, sondern als

dynamischer Integrationsfaktor innerhalb des psychischen Funktionssystems zu verstehen ist. Seine Wirkung auf Gesundheit und Bewältigung erfolgt demnach weniger direkt als vielmehr vermittelt über die Fähigkeit, Erfahrungen in ein sinnhaftes Deutungssystem einzubetten - eine Funktion, die in Kapitel 2.1.3 im Zusammenhang mit der *triadischen Weltanschauungsstruktur* weiter ausgeführt wird. Damit rückt die Frage in den Mittelpunkt, welche psychologischen Mechanismen die Entstehung dieser Erfahrung ermöglichen.

2.1.1.3 Kohärenz als kognitive Ordnung

Während Antonovsky das Kohärenzgefühl als überdauernde Lebensorientierung versteht, wird es im Rahmen dieser Arbeit als psychologisches Produkt einer funktionierenden kognitiven Sinnkonstruktion interpretiert, in der r/s Glaubenssysteme eine integrative Rolle innerhalb der weltanschaulichen Triade einnehmen (vgl. 2.1.3; 2.1.4). Die Weltanschauung fungiert dabei als Deutungsrahmen, in dem Erfahrungen kognitiv eingeordnet, emotional verarbeitet und durch metaphysische Annahmen religiöser oder spiritueller Art auf eine existenzielle Ebene erweitert werden können (vgl. Koltko-Rivera, 2004; Park, 2010). Dieser fortlaufende Prozess der Bedeutungsbildung entspricht funktional dem Aufbau und Erhalt von Kohärenz.

Das Kohärenzgefühl lässt sich somit als subjektive Erfahrung kognitiver Ordnung verstehen. Es entsteht, wenn zwischen Weltanschauung und erlebter Realität eine hinreichende Passung besteht und das Individuum sein Selbst und Weltverständnis als stimmig erlebt. Wird diese Passung gestört, etwa durch existentielle Krisen, widersprüchliche Erfahrungen oder den Verlust zentraler Glaubensüberzeugungen, kann Kohärenzverlust zu *kognitiver Dissonanz* (vgl. Festinger, 1957), Desorientierung und psychischer Belastung führen (vgl. 2.2.1.2.1). Vor diesem Hintergrund stellt sich die Frage, wie diese kognitive Ordnung konstruiert, aufrechterhalten und im Angesicht von Widersprüchen transformiert wird. Die *Theorie der persönlichen Konstrukte* von George A. Kelly (1955) bietet hierfür ein präzises Modell. Sie beschreibt die grundlegenden kognitiven Mechanismen, durch welche Individuen ihre Realität strukturieren, Deutungsmuster bilden und fortlaufend anpassen, um Kohärenz und Orientierung zu bewahren.

2.1.2 Theorie der persönlichen Konstrukte

Die *Theorie der persönlichen Konstrukte* wurde von George A. Kelly (1955) entwickelt und zählt zu den zentralen kognitiven Ansätzen der Psychologie des 20. Jahrhunderts. Sie beschreibt den Menschen als aktiv forschendes Wesen, das fortwährend versucht, seine Umwelt zu verstehen, zu strukturieren und zukünftige Ereignisse vorherzusagen. In diesem Verständnis reagiert der Mensch nicht passiv auf Reize, sondern entwickelt individuelle Deutungsmuster,

mit deren Hilfe er die Realität interpretiert und eigene Erfahrungen ordnet (vgl. Kelly, 1955; Walker & Winter, 2007). Diese Deutungsmuster bezeichnet Kelly als *persönliche Konstrukte*.

2.1.2.1 Grundannahmen und Mechanik

Psychische Organisation. Ein *persönliches Konstrukt* ist eine bipolare mentale Dimension, entlang derer Erfahrungen verglichen, bewertet und eingeordnet werden, etwa „sicher - unsicher“ oder „gerecht - ungerecht“. Solche Konstrukte bilden zusammen ein hierarchisch organisiertes System, das Wahrnehmung, Emotion und Verhalten lenkt (vgl. Fransella, 2003). Jeder Mensch verfügt über ein einzigartiges Konstruktionssystem, das sich aus früheren Erfahrungen speist, kulturell geprägt ist und eine subjektive Wirklichkeit hervorbringt (vgl. Kelly, 1955). Dieses System dient in erster Linie der Antizipation: Menschen nutzen ihre Konstrukte, um Ereignisse vorherzusagen und damit ein Gefühl von Kontrolle und Kohärenz zu erzeugen (vgl. Walker & Winter, 2007).

Dynamik. Kelly beschreibt diesen Prozess als einen zyklischen Vorgang aus Antizipation, Erfahrung und Revision. Erfahrungen werden mit bestehenden Konstrukten abgeglichen, wodurch entweder Bestätigung oder Widerspruch entsteht. Führen neue Erlebnisse zu Widersprüchen, kommt es zu einem inneren Spannungszustand, der *kognitiven Dissonanz* ähnelt (vgl. 2.2.1.4). Um diesen Zustand zu verringern, werden Konstrukte angepasst, differenziert oder umgedeutet (vgl. Kelly, 1955). Auf diese Weise bleibt das gesamte Konstruktionssystem dynamisch und lernfähig. Kelly spricht in diesem Zusammenhang von der psychologischen Aufgabe des Menschen, ein Gleichgewicht zwischen Stabilität und Veränderung herzustellen (vgl. Fransella, 2003).

Sinnkonstruktion. Für die vorliegende Arbeit ist besonders relevant, dass Kelly die Konstruktion von Bedeutung als Grundlage psychischer Stabilität beschreibt. Individuen, deren Konstruktsysteme flexibel und zugleich konsistent sind, verfügen über eine höhere Anpassungsfähigkeit an Lebensveränderungen und Belastungen (vgl. Winter & Reed, 2016). Damit liefert Kelly eine kognitive Erklärung für die Entstehung und Aufrechterhaltung von Kohärenz: Sie entsteht, wenn das Konstruktionssystem differenziert genug ist, um neue Erfahrungen zu integrieren, und gleichzeitig stabil genug bleibt, um Identität und Sinn zu wahren (vgl. Walker & Winter, 2007). Damit lässt sich Kellys Ansatz in größere theoretische Linien einordnen, die die Konstruktion von Bedeutung ebenfalls beschreiben.

2.1.2.2 Theoretische Anschlüsse

Piaget. Kellys Theorie lässt sich in zentrale psychologische Traditionen einordnen, die sich mit der Frage beschäftigen, wie Menschen Sinn, Ordnung und Identität konstruieren. Sie gilt als frühes Fundament der kognitiven Wende und verbindet Elemente aus Lern-,

Entwicklungs- und Humanpsychologie. Parallelen bestehen insbesondere zu *Piagets Entwicklungsmodell*, das Lernen als fortlaufende Anpassung kognitiver Schemata durch *Assimilation*⁴ und *Akkommodation*⁵ beschreibt (vgl. Piaget, 1954). Dieses Prinzip spiegelt Kellys Verständnis des *zyklischen Konstruktionsprozesses*⁶ inhaltlich wider.

Frankl, Antonovsky und Festinger. Darüber hinaus steht Kellys Ansatz in enger Verbindung zu sinntheoretischen und humanistischen Perspektiven. Frankl (2010) beschreibt die Suche nach Sinn als Grundantrieb des Menschen. Kelly versteht die Konstruktion persönlicher Bedeutungen in ähnlicher Weise als zentrale Aufgabe psychischer Entwicklung. Eine theoretische Nähe besteht ebenso zu Antonovskys (1987) *Konzept des Kohärenzgefühls*. Beide Modelle gehen von einem aktiven, interpretierenden Subjekt aus, das seine Umwelt durch sinnstiftende Deutungsmuster ordnet, um Orientierung und psychische Stabilität zu wahren. Schließlich lassen sich auch Bezüge zu Festingers (1957) *Theorie der kognitiven Dissonanz* herstellen, insofern beide Ansätze das Streben nach Konsistenz zwischen Erfahrung und Überzeugung als Grundmotiv menschlicher Kognition begreifen (vgl. 2.2.1.4 *Kognitive Dissonanz*).

Fazit. Kellys Theorie kann damit als Bindeglied zwischen kognitiver, humanistischer und konstruktivistischer Psychologie verstanden werden. Sie liefert einen theoretischen Rahmen, der die fortlaufende Selbst- und Welterzeugung des Individuums zu einer persönlichen „Lebenswelt“ als dynamischen Prozess der Sinnkonstruktion beschreibt, ein Prozess, der im Kontext dieser Arbeit die psychologische Grundlage für die Entstehung und Stabilisierung von Glaubenssystemen bildet. Damit ist die konzeptionelle Einbettung umrissen, wodurch sich die klinische Relevanz dieses Modells klarer bestimmen lässt.

2.1.2.3 *Gesundheitliche Aspekte*

Die klinische Relevanz von Kellys Theorie liegt in ihrer Erklärung psychischer Stabilität als Funktion kognitiver Kohärenz. Mentale Gesundheit entsteht demnach, wenn das System persönlicher Konstrukte ausreichend flexibel ist, um neue Erfahrungen aufzunehmen, zugleich aber genügend Stabilität bietet, um Identität und Sinn aufrechtzuerhalten (vgl. Kelly, 1955; Walker & Winter, 2007). Ein zu rigides System führt zu Erstarrung und verhindert die Integration neuer Erfahrungen, während ein zu offenes System Desintegration begünstigt, da

⁴ Assimilation = Aufnahme neuer Erfahrungen in bestehende kognitive Strukturen, indem neue Informationen an vorhandene Deutungsmuster angepasst werden (vgl. Piaget, 1954).

⁵ Akkommodation = Anpassung bestehender kognitiver Strukturen, um widersprüchliche oder neuartige Erfahrungen zu integrieren (vgl. Piaget, 1954).

⁶ Zyklischer Konstruktionsprozess = Kelly beschreibt den menschlichen Erkenntnisprozess als zyklisch, da jedes Individuum fortlaufend Hypothesen über die Welt bildet, diese anhand von Erfahrungen überprüft und anschließend seine Deutungsmuster revidiert. Dieser Prozess aus Antizipation, Erfahrung und Revision ermöglicht Lernen, Anpassung und den Erhalt kognitiver Kohärenz (vgl. Kelly, 1955).

stabile Orientierungspunkte verloren gehen. Psychische Stabilität ergibt sich somit aus dem fortwährenden Gleichgewicht zwischen Stabilität (a) und Veränderungsfähigkeit (b), also der Fähigkeit, Erfahrungen so in das bestehende Konstruktionssystem einzuordnen, dass Kohärenz und Selbstkonsistenz erhalten bleiben.

Gesundheitsmodell. Da die persönlichen Konstrukte die Art und Weise bestimmen, wie Menschen ihre Wirklichkeit interpretieren, beeinflussen sie unmittelbar die Wahrnehmung und Verarbeitung von Belastungen. Bereits Kelly (1955) betonte, dass psychische Stabilität davon abhängt, inwieweit Individuen ihr persönliches Konstruktionssystem flexibel an neue Erfahrungen anpassen können, ohne dabei ihre grundlegende Orientierung zu verlieren. Aufbauend auf dieser Annahme beschrieben Landfield und Leitner (1980), dass das Ausmaß an Anpassungsfähigkeit und Differenziertheit innerhalb des Konstruktsystems wesentlich bestimmt, wie erfolgreich Individuen Widersprüche, Konflikte und emotionale Spannungen bewältigen. Leitner (1979, 1984) konnte zeigen, dass Veränderungen innerhalb persönlicher Konstrukte eng mit Prozessen der Selbstregulation und Emotionsverarbeitung verknüpft sind, was die klinische Bedeutung von Flexibilität und Kohärenz innerhalb des Konstruktsystems unterstreicht. Psychische Gesundheit kann daher als Ausdruck einer gelungenen Balance zwischen Stabilität und Veränderungsfähigkeit verstanden werden - also der Fähigkeit, neue Erfahrungen in bestehende Sinnsysteme zu integrieren, ohne das eigene Identitätsgefüge zu destabilisieren (vgl. Kelly, 1955; Landfield & Leitner, 1980; Leitner, 1979, 1984).

Salutogenese. Kohärenz kann somit als emergente Eigenschaft eines stabil flexiblen Konstruktionssystems verstanden werden, das Kellys Theorie in den Kontext salutogener Modelle einordnet. In dieser Perspektive wird mentale Gesundheit als Ergebnis fortlaufender Bedeutungsbildung verstanden, die Krisen und Unsicherheiten nicht vermeidet, sondern sie in ein erweitertes Deutungssystem integriert. Anhang C widmet sich der Thematik, inwiefern die Bewältigung von Krisen durch solche Prozesse auf individueller Ebene stattfinden und psychotherapeutisch, sowie glaubenspsychologisch unterstützt werden können. Aus diesen Annahmen ergibt sich ein zusammenhängender Bezugsrahmen, der für die Zielsetzung dieser Arbeit zentrale Bedeutung hat.

2.1.2.4 Fazit für diese Arbeit

Kellys Ansatz liefert damit einen zentralen Beitrag zu einer psychologisch fundierten Salutogenese: Er beschreibt nicht nur, dass Sinn erlebt werden kann, sondern wie dieser konstruiert wird. Die *Theorie der persönlichen Konstrukte* stellt somit ein kognitives Bindeglied zwischen Sinnkonstruktion, Kohärenz und psychischer Gesundheit dar und bietet ein theoretisches Fundament, um Glaubenssysteme als strukturierende und potenziell heilende

Dimension menschlicher Erfahrung zu verstehen. In diesem theoretischen Rahmen lässt sich die Weltanschauung als übergeordnetes Konstruktionssystem verstehen, das die grundlegenden Bezugsrahmen der Sinnbildung umfasst. Im Folgenden werden die drei zentralen Dimensionen: 1) Selbstbild, 2) Weltbild und 3) Gottesbild dargestellt, sowie das psychologische Fundament, auf dem die *persönlichen Konstrukte* verankert sind und somit das Erleben von Sinn und Kohärenz ermöglichen.

2.1.3 Weltanschauung als triadischer Bezugsrahmen

Weltanschauungen spiegeln grundlegende ideologische Überzeugungen wider, die eine Person sowohl aus eigener Erfahrung (vgl. 2.1.2) als auch aus der intellektuellen Auseinandersetzung mit einschlägigen Themen und Fragen aus der Wissenschaft (u. a. Politik, Wirtschaft, Soziologie, Psychologie, Theologie, Religionswissenschaft, existenzielle Philosophie, etc.) entwickeln kann. In ihrer Gesamtheit bilden sie ein systematisches Deutungsschema, welches einen Einfluss auf die Interpretation von Zusammenhängen ausübt und somit die Bildung von Kausalattributionen⁷ moduliert (vgl. Koltko-Rivera, 2004). Studien zeigen, dass der Inhalt persönlicher Überzeugungen systematisch verzerrt, wie Menschen Ursachen für Ereignisse zuschreiben. Beispielsweise werden Verhaltensweisen stärker verurteilt und verantwortlich gemacht, das den eigenen (etwa traditionell vs. nicht-traditionell geprägten) Glaubenssätzen widerspricht (vgl. Blanchard-Fields et al., 2012).

Damit eine solche Weltanschauung aufrechterhalten werden kann, erfordert sie fortlaufende kognitive Prozesse der Integration, Bewertung und Neuordnung von Erfahrungen. Diese dynamische Sinnstabilisierung ermöglicht es dem Individuum, Inkonsistenzen zwischen Erleben und Überzeugung auszugleichen und die Kohärenz seines Welt- und Selbstverständnisses zu bewahren (vgl. Antonovsky, 1987; Kelly, 1955; Park, 2010). In dieser Perspektive wird die Weltanschauung zu einem psychologischen System, das dieselben integrativen Funktionen erfüllt wie das Kohärenzgefühl im Modell der Salutogenese (vgl. 2.1.1). Während Antonovsky (1987) das Kohärenzgefühl als globale Orientierung beschreibt, die Vertrauen in die *Strukturierbarkeit*, *Handhabbarkeit* und *Sinnhaftigkeit* der Lebenswelt vermittelt, bildet die Weltanschauung das kognitive Fundament, auf dem diese Haltung ruht. Schumacher et al. (2000) argumentieren, dass das Kohärenzgefühl weniger ein isoliertes Persönlichkeitsmerkmal darstellt, sondern vielmehr ein Meta-Konstrukt, das verschiedene psychische Ressourcen integriert - darunter Kontrollüberzeugung, Selbstwirksamkeit,

⁷ Kausalattributionen sind inferenzbasierte Ursachenzuschreibungen, mit denen Menschen Ereignisse und Verhalten erklären (z.B. „Ich bekomme für die Masterarbeit eine 1, weil ich interdisziplinäre Quellen vereint und methodisch sauber gearbeitet habe.“). Sie strukturieren Erwartungen, Emotionen und Handeln (vgl. Heider, 1958, Kelley, 1967, 1973; Weiner, 1985, 1986).

Optimismus und Resilienz. Übertragen auf die vorliegende Theorieebene lässt sich das SOC somit als funktionaler Ausdruck einer intakten Weltanschauung verstehen: Je konsistenter die kognitiven und existenziellen Bezugsrahmen eines Menschen organisiert sind, desto höher ist seine wahrgenommene Kohärenz. Daraus folgt, dass *Weltanschauung* und Kohärenzgefühl zwei Perspektiven auf denselben psychologischen Mechanismus darstellen, zum einen auf der Strukturebene (mentale Ordnungsarchitektur; vgl. 2.1.3), zum anderen auf der Erlebensebene (subjektives Kohärenzempfinden; vgl. 2.1.1). Beide sind Ausdruck einer übergeordneten Integrationsleistung des Bewusstseins, das disparate Erfahrungen, Emotionen und Bedeutungen in ein zusammenhängendes System überführt. In diesem Zusammenhang lässt sich Weltanschauung als übergeordnetes Konstruktionssystem begreifen, das persönliche Deutungsmuster ordnet und die Grundlage der triadischen Struktur aus Selbstbild, Weltbild und Gottesbild bildet (vgl. Rizzuto, 1979; Sire, 2009). Die Aufrechterhaltung einer Weltanschauung erfordert fortlaufende Deutungsarbeit. Wann immer neue Erfahrungen die bestehende Ordnung in Frage stellen, wird der Mensch dazu angehalten, seine kognitiven und emotionalen Bezugssysteme neu zu justieren - ein Prozess, der den Übergang von Stabilität zu Rekonstruktion markiert (vgl. Madert, 2007; Meyer, 1988; Stiensmeier-Pelster et al., 1995). Diese „Rekonstruktionsleistung“ kann in salutogenetischer Sprache als Wiederherstellung von Kohärenz verstanden werden. Sowohl Antonovskys als auch Kellys Theorie (vgl. 2.1.2) zielen darauf, die Fähigkeit des Menschen zu erklären, Inkonsistenzen zwischen innerer und äußerer Realität zu erkennen und aktiv auszugleichen. Während Kelly (1955) diesen Prozess als Revision persönlicher Konstrukte beschreibt, versteht Antonovsky ihn als Ausdruck einer generalisierten Lebenshaltung, die Vertrauen in die Sinnhaftigkeit des Daseins beinhaltet. Beide Modelle beschreiben somit komplementär dieselbe Grundtendenz: das Streben nach Bedeutungs- und Strukturkohärenz. Diese strukturelle Perspektive erklärt jedoch erst teilweise, wie Störungen dieser Ordnung entstehen. Hier knüpfen schematheoretische Modelle an.

Kognitive Neuorientierungsprozesse. Gemäß dem schematheoretischen Modell der Überraschung (vgl. Meyer, 1988) werden aktive Schemata ständig auf Übereinstimmung mit den Informationen abgeglichen, welche auf das Individuum durch seine Erfahrungen einströmt („Realitätsprüfung“). Unerwartete Ereignisse, also solche, die nicht erwartungskonform durch die eigenen (Deutungs-)Schemata vorhergesagt werden konnten, lösen unter anderem Überraschung aus, welche Neugier und daraufhin eine Ursachensuche anstößt und so „kognitive Neuorientierungsprozesse“ in Gang setzt (vgl. Madert, 2007; Stiensmeier-Pelster et al., 1995). Die Wahrnehmung der mangelhaften Übereinstimmung zwischen Weltanschauung, respektive Glaubenssystem, und Realität kann somit im Sinne von Festinger (1957) als

kognitive Dissonanz (vgl. 2.2.1.4) verstanden werden. Festinger vertrat die Auffassung, dass jedem Menschen ein Wunsch nach Konsistenz der Kognitionen (Stringenz) zugrunde liegt; was einerseits die Bildung von ideologischen Überzeugungen zu hermeneutischen Glaubenssystemen unterstreicht und andererseits die Frustration erklärt, welche bei der Wahrnehmung einer mangelhaften Übereinstimmung zwischen Glauben & Realität entsteht, wodurch das Motiv zur kognitiven Neuorientierung aktiviert wird. Damit lässt sich die strukturelle Nähe zwischen Weltanschauung und Kohärenzgefühl deutlicher erfassen. Das *Kohärenzgefühl* kann hier als psychologischer Indikator dieses Ordnungsprozesses verstanden werden. Es signalisiert, in welchem Maß das Individuum seine Erfahrungen in Übereinstimmung mit seinen Deutungsrahmen erlebt. Fällt diese Übereinstimmung weg, etwa durch Krisen (vgl. 2.2) oder traumatische Erfahrungen (vgl. Madert, 2007), wird Kohärenzverlust als Desorientierung erlebt - was die Notwendigkeit zur kognitiven Rekonstruktion einleitet. Damit erweist sich das Kohärenzgefühl als dynamisches Feedback-System innerhalb der Weltanschauung: Es spiegelt, wie funktional die aktuellen Glaubens- und Deutungssysteme die Erfahrung des Individuums integrieren können. Ein negatives Extrembeispiel für unerwartete Überraschungen und behaviorale Strategien zur *Dissonanzreduktion*⁸ belegen Studien-ergebnisse zu traumatischen Erfahrungen. So zeigte Hauser (2004) in einer Metaanalyse von fünf deutschsprachigen Untersuchungen, dass 72-95% der Reaktionen auf traumatischen Stress darin bestanden, die Krise durch eine aktive Sinnsuche zu bewältigen. Madert erklärte (2007) die Beschäftigung mit spirituellen Fragen als Folge einer Erschütterung des Selbst- und Weltbilds durch die schwere, traumatische Erfahrung (zitiert nach Schäufele, 2024).

Diese Befunde illustrieren anschaulich, inwiefern Krisen bestehende Deutungssysteme destabilisieren können, jedoch gleichzeitig Prozesse der Sinnrekonstruktion aktivieren können, durch die das Individuum eine neue Form von Kohärenz gewinnen kann. In diesem Sinne fungiert die Weltanschauung als psychologisches Terrain, auf dem Kohärenz fortlaufend erzeugt, verloren und wiederhergestellt wird - eine Perspektive, die später im empirischen Teil (vgl. 2.3) anhand der Zusammenhänge zwischen Kohärenzgefühl, Glaubenssystem und psychischer Gesundheit vertieft wird. Das Bedürfnis nach Wiederherstellung kognitiver Konsistenz setzt damit Prozesse der Neubewertung, Bedeutungsrekonstruktion und Sinnintegration in Gang. *Kapitel 2.2.1.2 Verlust von Sinn & Orientierung* greift diese Mechanismen vertiefend auf und erläutert sie im Kontext psychischer Krisen. Damit wird erneut die Frage relevant, wie Menschen kognitive Ordnung aktiv (re-)konstruieren.

⁸ Dissonanzreduktion = Der Begriff Dissonanzreduktion bezeichnet jene kognitiven und motivationalen Prozesse, mit denen Individuen versuchen, Widersprüche zwischen Überzeugungen, Einstellungen und Handlungen zu verringern oder aufzulösen (vgl. 2.2.1.2.1; Festinger, 1957).

(Re-)Konstruktion. Um diese Prozesse der Bedeutungsbildung und Rekonstruktion psychologisch zu erklären, bietet die *Theorie der persönlichen Konstrukte* von George A. Kelly (1955) einen präzisen Bezugsrahmen (vgl. 2.1.2). Sie beschreibt die kognitiven Mechanismen, durch welche Menschen ihre Erfahrungen strukturieren, Deutungsmuster bilden und bei Inkonsistenzen aktiv revidieren, um Orientierung und Stimmigkeit zu bewahren. Kelly versteht diesen Vorgang als zyklischen Prozess von Antizipation, Erfahrung und Revision, in dem die individuelle Wirklichkeitskonstruktion fortlaufend überprüft und angepasst wird. Dieses Prinzip weist Parallelen zu Piagets Konzept der *Assimilation* und *Akkommodation* auf (vgl. 2.1.2.2), wonach kognitive Schemata einerseits neue Informationen in bestehende Strukturen integrieren und andererseits bei Diskrepanzen modifiziert werden, um Gleichgewicht und Sinn aufrechtzuerhalten (vgl. Kelly, 1955; Piaget, 1954). Vor diesem Hintergrund lassen sich die drei Strukturkomponenten der Weltanschauung systematisch darstellen.

Kernkonstrukte. Im Rahmen dieser Arbeit dient Kellys Ansatz als grundlegendes Modell der kognitiven Sinnkonstruktion, das verdeutlicht, wie Weltanschauungen als übergeordnete, dynamische Konstruktsysteme kontinuierlich überprüft und angepasst werden, um neue Erfahrungen in das Selbst- und Weltverständnis zu integrieren und Kohärenz aufrechtzuerhalten (vgl. Kelly, 1955). Die Prozesse der Anpassung und Neuorientierung beziehen sich dabei stets auf die zentralen Strukturkomponenten der Weltanschauung, welche in die folgenden drei Konstrukte aufgeteilt werden können:

- 1) Selbstbild
- 2) Weltbild
- 3) Gottesbild

Weltanschauliche Triade⁹. Weltanschauungen lassen sich heuristisch als Zusammenspiel von Selbstbild, Weltbild und Gottesbild fassen (vgl. Rizzuto, 1979; Sire, 2009). Jedes dieser bildhaften Konzepte bietet je nach subjektiver Artikulation einen individuellen Deutungsrahmen für einen eigenständigen Erfahrungsbereich, aus dem permanent Informationen fließen, welche von dem Subjekt geordnet werden müssen, damit es sich selbst in der Welt orientieren kann. Um die *kognitive Dissonanz* innerhalb dieser weltanschaulichen Triade (und somit auch die damit einhergehende Frustration) zu überwinden, muss mindestens

⁹ Weltanschauliche Triade = Der Begriff der weltanschaulichen Triade bezeichnet ein heuristisches Modell, das die individuelle Weltanschauung als Zusammenspiel dreier kognitiver Bezugssysteme begreift: des Selbstbildes (subjektive Identitätskonstruktion), des Weltbildes (Interpretationsrahmen äußerer Realität) und des Gottesbildes (transzendenter bzw. spiritueller Bezugsrahmen). Die Triade fungiert als strukturierendes Grundschema, in dem Erfahrungen eingeordnet, bewertet und zu einem kohärenten Sinngefüge integriert werden (vgl. Rizzuto, 1979; Sire, 2009).

eines dieser drei mentalen Konstrukte angepasst werden, um die widersprüchlichen Erfahrungen sinnvoll in das globale Verständnis zu integrieren und die Weltanschauung mit der erlebten Wirklichkeit wieder in Einklang zu bringen. Dies hat den Hintergrund, dass die Strukturkomponenten nicht isoliert voneinander wirksam sind, sondern in einer wechselseitigen Beziehung stehen. Während Selbst- und Weltbild sowohl hinsichtlich ihrer psychologischen Konstruktion (vgl. Carver et al., 2010; Janoff-Bulman, 1989; Markus & Wurf, 1987; Whisman, 2008) als auch den jeweiligen gesundheitsrelevanten Auswirkungen (vgl. Orth & Robins, 2022; Peterson et al., 1988; Sowislo & Orth, 2013), bereits gut erforscht und allgemein als psychiatrisch hochrelevant anerkannt sind, widmen sich kleinere wissenschaftlichere Fachbereiche wie, z.B. die Empirische Theologie oder Religionspsychologie, der Frage, wie die individuelle Glaubenswelt und somit auch eine Beziehung zu etwas Göttlichem (Gottesbild) subjektiv konstruiert wird und welche (psychologischen) Auswirkungen sich dadurch im Leben des Individuums entfalten können (vgl. Huber, 2003, 2007; Jung, 1987a; Rizzuto, 1979).

Weltanschauung & Kohärenzgefühl. Diese triadische Struktur lässt sich auch funktional auf Antonovskys Konzept des Kohärenzgefühls übertragen, dessen drei Komponenten: 1) Verstehbarkeit, 2) Handhabbarkeit und 3) Sinnhaftigkeit, den zentralen Dimensionen der Weltanschauung entsprechen. Das Selbstbild bildet die Grundlage für Handhabbarkeit, indem es die Wahrnehmung eigener Ressourcen und die Fähigkeit zur Einflussnahme auf das Leben strukturiert. Das Weltbild vermittelt Verstehbarkeit, indem es die äußere Realität ordnet und damit kognitive Orientierung ermöglicht. Das Gottesbild schließlich repräsentiert die Dimension der Sinnhaftigkeit, da es den subjektiven Bezug zu einem übergeordneten Bedeutungszusammenhang herstellt. In ihrer Zusammenschau verdeutlichen beide Modelle, das Kohärenzgefühl und die weltanschauliche Triade, die psychologische Funktion, disparate Erfahrungen in eine stabile und bedeutungsvolle Ordnung zu integrieren. Kohärenz kann damit als subjektiv erlebter Ausdruck einer funktionierenden Weltanschauung verstanden werden, während die Weltanschauung die kognitive Architektur bereitstellt, auf der Kohärenz psychologisch entsteht (vgl. Antonovsky, 1987; Koltko-Rivera, 2004; Park, 2010). Alle drei Konzepte bieten durch die systematische Ordnung von alten und neuen Informationen eine Orientierung für ihren jeweiligen Erfahrungsbereich.

2.1.3.1 Selbstbild

Das Selbstbild ordnet alle Informationen, die das eigene Wesen betreffen, in sinnstiftende Kategorien (z.B. Eigenschaften, Stärken / Schwächen, etc.) und formt daraus Überzeugungen über die Fähigkeiten & Beschaffenheit der eigenen Person. Diese Selbstschemata sind kognitive Strukturen, in denen Erfahrungen mit, sowie Überzeugungen bezüglich, der eigenen

Person verdichtet werden und somit die Verarbeitung selbstbezogener Informationen, sowie dadurch auch Handlungen leiten (vgl. Markus & Wurf, 1987; Whisman, 2008). Aus solchen Selbstüberzeugungen resultieren wiederum weitere psychologische Konzepte, wie beispielweise das Gefühl der Selbstwirksamkeit, der Selbstwert¹⁰ oder das Selbstwertgefühl¹¹, welche in diesem Sinne symptomatisch für die wahrgenommene Beschaffenheit der Innenwelt eines Individuums sind. Während das Selbstbild die Innenperspektive strukturiert, ordnet das Weltbild die äußere Realität.

2.1.3.2 Weltbild

Das Weltbild ordnet alle Informationen, die die Außenwelt betreffen, einschließlich ihrer Strukturen, Prozesse und Gesetzmäßigkeiten, und verdichtet sie zu übergeordneten Annahmen über die Beschaffenheit der Wirklichkeit. Daraus entstehen ideologische Überzeugungen, die zu stabilen Einstellungen und Haltungen führen, etwa im politischen, moralischen oder existenziellen Bereich. Im psychologischen Sinne kann ein Weltbild als System aus Annahmen über physische und soziale Realität verstanden werden, das Wahrnehmung, Motivation und Verhalten wesentlich prägt (vgl. Carver et al., 2010; Janoff-Bulman, 1989; Koltko-Rivera, 2004; Peterson, et al., 1988). Weltbilder verkörpern die kognitive Repräsentation der äußeren Welt, innerhalb derer sich das Selbst situieren, orientieren und handeln kann (vgl. Kelly, 1955; Koltko-Rivera, 2004; Piaget, 1954). Sie definieren, was als möglich, bedeutsam oder erstrebenswert gilt, und legen damit den Rahmen fest, in dem Entscheidungen, Bewertungen und Handlungen sinnvoll erscheinen (vgl. Bandura, 1977; Carver & Scheier, 2009). Auf diese Weise fungiert das Weltbild als strukturierender Hintergrund, der den Handlungsspielraum des Individuums begrenzt, aber zugleich sinnhaft ordnet (vgl. Grawe, 1998; Markus & Wurf, 1987). Indem es Erfahrungen in konsistente Deutungsmuster überführt, beeinflusst es nicht nur die Interpretation von Ereignissen und die Bildung von Zukunftserwartungen, sondern stabilisiert auch das persönliche Kohärenzgefühl, das aus der wahrgenommenen Stimmigkeit zwischen Selbst und Welt erwächst (vgl. Antonovsky, 1987; Park, 2010). Damit bleibt zu klären, wie weit diese Form der kognitiven Modellbildung überhaupt tragen kann und wo ihre Grenzen sichtbar werden.

¹⁰ Selbstwert = Der Selbstwert bezeichnet die kognitive Bewertung des eigenen Selbstkonzepts, also die Einschätzung des eigenen Werts, die eine Person sich selbst zuschreibt. Er umfasst dabei Überzeugungen über die eigene Kompetenz, Liebeshwürdigkeit und Bedeutung sowie deren Stabilität über die Zeit hinweg (vgl. APA, 2020).

¹¹ Selbstwertgefühl = Das Selbstwertgefühl ist die affektive Komponente des Selbstwerts und beschreibt das emotionale Erleben von Wertschätzung oder Ablehnung des eigenen Selbst. Es spiegelt wider, in welchem Ausmaß sich eine Person selbst akzeptiert, respektiert und als positiv bewertet (vgl. Rosenberg, 1965; Orth & Robins, 2014).

2.1.3.3 Asymptote einer vollkommenen Weltanschauung

Psychologisch gilt heute als weitgehend unbestritten, dass ein gefestigtes Selbst- und Weltbild sowohl eine zentrale Bedingung innerpsychischer Stabilität darstellt als auch einen geeigneten therapeutischen Ansatzpunkt bietet, um ebendiese Stabilität im Rahmen psychischer Störungen wiederherzustellen. Selbst- und Weltbilder sind konstruierte, dynamische Systeme, die Wahrnehmung, Erinnerung und Handeln organisieren (vgl. Janoff-Bulman, 1989; Markus & Wurf, 1987). Sie zeigen prospektive Effekte auf zentrale Lebensbereiche wie Leistung, Beziehungen und psychische Gesundheit (vgl. Orth & Robins, 2022; Sowislo & Orth, 2013). Bestimmte Weltdeutungen, etwa ein pessimistischer Attributionsstil, sagen langfristig ungünstigere Anpassungsleistungen an Lebensumstände und Gesundheit vorher (vgl. Peterson et al., 1988). Globale Sinn- und Kohärenzannahmen (SOC; Antonovsky, 1987, 1993) sowie Optimismus zeigen dagegen robuste Zusammenhänge mit Wohlbefinden, Coping und Gesundheitsindikatoren (vgl. Carver et al., 2010; Eriksson & Lindström, 2006). Die Fähigkeit, den Lebensfluss bis zu einem gewissen Grad vorhersagen, verstehen und beeinflussen zu können, wurde von Grawe (1998) als eines der psychologischen Grundbedürfnisse - *Orientierung und Kontrolle* (vgl. 2.2.1) - beschrieben und ist empirisch gut gestützt. Dies zeigen etwa Rotters (1966) *Konzept der Kontrollüberzeugungen* („*locus of control*“), die *Theorie der erlernten Hilflosigkeit*¹² (Maier & Seligman, 1976) sowie Grawes eigene Forschung zur allgemeinen Wirksamkeit psychotherapeutischer Interventionen, in der Therapieerfolg mit der Erfüllung oder Frustration zentraler Grundbedürfnisse korreliert (Grawe et al., 2001). Ein intaktes Selbst- und Weltbild bildet somit eine notwendige Voraussetzung für Kontrolle, Orientierung und psychische Gesundheit. Es ermöglicht konsistente Kausalattributionen und verleiht Erfahrungen eine kohärente Struktur. In der revidierten *Theorie der erlernten Hilflosigkeit* wurde die Bedeutung attributionaler Stile als entscheidender Mechanismus für Anpassung und Wohlbefinden explizit hervorgehoben (Abramson et al., 1978).

Grenzen der menschlichen Logik. Möglichst umfassende, realistische und anpassungsfähige Selbst- und Weltbilder können als kognitive Ideale verstanden werden, denen sich der Mensch über seine Lebensspanne hinweg durch Erfahrung und Bildung annähert, ohne sie jemals vollständig erreichen zu können. Die begrenzte Kapazität des Gehirns, die Selektivität der Wahrnehmung, die Grenzen der Sprache und die Endlichkeit menschlicher Lebenszeit setzen natürliche Grenzen der Informationsverarbeitung und Erkenntnis (vgl. Ward,

¹² Die Theorie der erlernten Hilflosigkeit geht davon aus, dass wiederholte Erfahrungen von Unkontrollierbarkeit über aversive Ereignisse dazu führen, dass Individuen ein generalisiertes Erwartungsmuster entwickeln, wonach eigenes Handeln keinen Einfluss auf Ergebnisse hat. Diese erlernte Erwartung kann zu Passivität, Motivationsverlust, depressiver Kognitionsstruktur und einer verminderten Problemlösefähigkeit führen (vgl. Seligman, 1972).

2019). Diese Annäherung an eine absolute, vollumfängliche Weltanschauung gleicht einer Asymptote¹³. Der Mensch kann sich der vollständigen Erkenntnis nur nähern, sie jedoch nie erreichen, da er über nur einen begrenzten Ausschnitt der Wirklichkeit verfügt. Seit Kant gilt, dass „endliche Vernunft nur Erscheinungen erkennt“, während der „allwissende Zugriff auf die Dinge an sich prinzipiell verwehrt bleibt“ (vgl. Kant, 1998). Der folgende quantenphysikalische Exkurs ist keine naturwissenschaftliche Ableitung, sondern dient als erkenntnistheoretische Analogie, um die Grenzen rationaler Weltmodelle, und damit die psychologische Notwendigkeit einer existenziellen Meta-Theorie, anschaulich zu verdeutlichen.

Das Paradoxon zwischen Zufall und Ordnung. Die Grenzen menschlicher Erkenntnis werden besonders deutlich in der modernen Physik, deren Entwicklung seit dem frühen 20. Jahrhundert die Grundfesten klassischer Logik und Kausalität infrage stellt. Während die klassische Mechanik Newtons noch von einer geordneten, deterministischen Welt ausging, offenbarte die Quantenphysik ein Universum, in dem Zufall, Wahrscheinlichkeit und Unschärfe fundamentale Prinzipien darstellen (vgl. Born, 1969). Albert Einstein reagierte auf diese radikale Umkehrung mit dem berühmten Satz „Gott würfelt nicht“ (vgl. Einstein, 1926, zitiert nach Born & Einstein, 1969), was einen Ausdruck seines Widerstands gegen die Vorstellung einer von Zufall regierten Wirklichkeit darstellte. Die spätere Entwicklung der Quantenmechanik, insbesondere durch Heisenberg, Bohr und Schrödinger, zeigte jedoch, dass die klassische Vorstellung linearer Kausalität nicht länger ausreicht, um die Natur zu beschreiben. Damit verschob sich auch der erkenntnistheoretische Horizont: Das Beobachtete hängt untrennbar vom Beobachter ab (vgl. Heisenberg, 1927) - ähnlich wie beim *psychologischen Konstruktivismus* (vgl. Kelly, 1955; von Glasersfeld, 1995; Watzlawick, 1981). Diese physikalische Revolution hatte tiefgreifende erkenntnispsychologische Implikationen. Wenn die Realität selbst nur als Wahrscheinlichkeitsstruktur zugänglich ist, verliert der Anspruch auf objektive Vollständigkeit seine Gültigkeit. Stattdessen wird Wissen zu einem rekursiven Prozess, in dem das Subjekt stets nur Annäherungen an die Wirklichkeit formulieren kann; prinzipiell wie eine Asymptote, die sich einer Grenze unendlich nähert, ohne sie je zu erreichen. In diesem Sinne wird das Universum, wie es die Quantenphysik beschreibt, zu einem Spiegel

¹³ Die Asymptoten-Metapher beschreibt die erkenntnistheoretische Grenze menschlicher Erkenntnisfähigkeit: Wie eine mathematische Funktion sich einer Grenze annähert, ohne sie je zu erreichen, nähert sich auch das menschliche Bewusstsein einer vollständigen Selbst- und Welterkenntnis an, bleibt ihr aber prinzipiell verwehrt. Diese Vorstellung geht auf Kants Unterscheidung zwischen Erscheinung und „Ding an sich“ zurück (vgl. Kant, 1998) und wurde in der Wissenschaftstheorie durch Popper (1959, 2002) weitergeführt, der Erkenntnis als fortlaufenden, aber nie abgeschlossenen Annäherungsprozess definierte. Neurowissenschaftliche und kognitionspsychologische Ansätze (vgl. Ward, 2019) betonen ergänzend die biologischen Grenzen der Informationsverarbeitung, die das menschliche Wissen auf einen selektiven Ausschnitt möglicher Realität beschränken.

des menschlichen Bewusstseins, denn auch dieses operiert probabilistisch, konstruktiv und selektiv innerhalb seiner biologischen, sprachlichen und kulturellen Grenzen (vgl. Ward, 2019).

Auffällig ist, dass zahlreiche Physiker, darunter Heisenberg, Schrödinger, Pauli und später auch Hawking, ihre wissenschaftlichen Einsichten mit metaphysischen oder spirituellen Deutungen verbanden. Heisenberg (2013) sprach von einer „Grenze des Erkennens, an der die Natur uns zwingt, das Mysterium anzuerkennen“. Diese Haltung verweist nicht auf eine Rückkehr zur Religion, sondern auf die Einsicht in die strukturelle Begrenztheit rationaler Weltmodelle. Wo die Logik an ihre Grenze stößt, öffnet sich ein Raum für Transzendenz. Weniger als dogmatisches Prinzip und mehr als Symbol für das, was sich der vollständigen begrifflichen Erfassung entzieht. Insofern lässt sich sagen, dass die moderne Physik die *Asymptoten-Metapher* empirisch zu bestätigen scheint. Sie zeigt, dass sowohl das Universum als auch das Bewusstsein selbst offenen Systemen gleichen, die nie zu einer totalen, widerspruchsfreien Einheit gelangen, sondern nur zu immer präziseren Annäherungen an eine letztlich unerreichbare Ganzheit.

Der Übergang von klassischen, deterministischen Paradigmen zu probabilistischen Modellen der Quantenphysik veranschaulicht damit paradigmatisch, dass die Wirklichkeit selbst an Punkten nicht vollständig rational erfassbar ist. Diese Einsicht ist theoretisch bedeutsam, weil sie das Grundprinzip der weltanschaulichen Triade stützt: dass Selbst- und Weltbild notwendigerweise unvollständig bleiben und nur durch eine übergeordnete existenzielle Meta-Theorie (bzw. Gottesbild) psychologisch integriert werden können. Gerade darin liegt die Ironie von Einsteins Zitat. Ausgerechnet das „Würfeln“ der Natur ruft den menschlichen Impuls hervor, über die Grenzen empirischer Wissenschaft hinauszugehen und in der Konstruktion eines Gottesbildes eine symbolische Ordnung für das Unfassbare zu suchen. Vor allem die Erfahrung des Zufalls, oft verbunden mit Schmerz und Leid, ist es, die den Menschen erneut Gottesbilder konstruieren und in manchen Fällen auch die Nähe zum Göttlichen aufsuchen lässt.

Existenzialismus. Aus den Fragen, die sich aus dieser epistemischen Begrenztheit ergeben, hat sich ein Katalog existenzieller Themen entwickelt: „Warum bin ich?“, „Woher komme ich und wohin gehe ich?“, „Was ist der Sinn des Lebens?“ Diese grundlegenden Sinnfragen wurden bereits in der klassischen Religionsphilosophie und Existenzpsychologie eingehend reflektiert (vgl. Dourley, 2008; Frankl, 1946, 1982; James, 1902/1997; Tillich, 1952, 1957; Yalom, 1980). Die existenzielle Dimension beschreibt damit einen Erfahrungsbereich, der sich nicht durch experimentelle Manipulation, sondern nur durch theoretische und hermeneutische Annäherung erschließen lässt (vgl. Kant, 1998; Popper, 1959, 2002). Zwar entzieht sich das Transzendente

der empirischen Überprüfung, doch seine psychologischen Korrelate, zum Beispiel das Sinnerleben, das *Kohärenzgefühl* und die subjektive Bedeutsamkeit, sind messbar und liefern Hinweise darauf, wie psychologisch funktional die Antworten auf existenzielle Fragen für das Individuum sind (vgl. Antonovsky, 1987, 1993; Frankl, 1982, 2023; Park, 2010).

Das Gottesbild stellt in diesem Zusammenhang das dynamischste und zugleich flüchtigste Element der *triadischen Weltanschauung* dar. Es bezieht sich auf einen Bereich der Wirklichkeit, der der direkten Erfahrung entzogen ist, und ist daher stärker als Selbst- und Weltbild von individuellen Deutungen, kulturellen Prägungen und religiösen Traditionen abhängig (vgl. Berger & Luckmann, 1966; Granqvist & Kirkpatrick, 2004; Lawrence, 1997; Rizzuto, 1979). Die anthropologische Perspektive (vgl. Baier, 2007; Bucher, 2007; Figl, 1993; Hemel, 1998; Jäger, 2007; Martin, 2005; Maslow, 1970; Möde, 2000; Sperling, 2004) verdeutlicht, dass jeder Mensch, unabhängig von religiöser Zugehörigkeit, eine Beziehung zu einem archetypischen Gottesbild pflegt (vgl. Jung, 1987a). Dieses fungiert weniger als dogmatische Figur, denn als Symbol für das Überpersönliche, das Transzendente. Über das Gottesbild werden existentielle Fragen nach Ursprung, Sinn und Ziel des Lebens beantwortet, die durch rationalistische Selbst- und Weltschemata allein nicht hinreichend erklärbar sind (vgl. Jung, 1967/1987a/1987b; Rizzuto, 1979; Utsch et al., 2018).

2.1.3.4 Gottesbild¹⁴

Das Gottesbild ordnet alle Informationen, die sich auf eine transzendente („höhere“) Wirklichkeit beziehen. Dazu zählen Überzeugungen über die Natur der Existenz, Eigenschaften und Wirkungsweisen eines metaphysischen Schöpfers oder göttlichen Prinzips, ebenso wie persönliche Deutungen spiritueller Erfahrungen. Aus diesen Informationen entsteht ein individueller Deutungsrahmen, der maßgeblich beeinflusst, wie Menschen die großen Sinnfragen beantworten, existenzielle Erfahrungen interpretieren und ihre Beziehung zu Transzendenz oder Spiritualität gestalten (vgl. Utsch, 1998b; Streib & Hood, 2016). Es erweitert den Orientierungsrahmen und die Entwicklungsmöglichkeiten des Menschen um die „*vertikale Dimension*“, also auf ein Ziel, das die Person transzendiert und über die Grenzen eines ausschließlich materialistischen Selbst- und Weltbilds hinausdenkt (vgl. Ruhland, 2008,

¹⁴ Der Abschnitt zum Gottesbild fällt im Vergleich zu den Ausführungen zu Selbst- und Weltbild umfangreicher aus, da das Gottesbild die komplexeste und am stärksten variierende Dimension der weltanschaulichen Triade darstellt. Während Selbst- und Weltbild empirisch klar definierte psychologische Konstrukte mit konsistenter Forschungsbasis sind, umfasst das Gottesbild die gesamte vertikale Dimension existenzieller Orientierung. Es integriert transzendente, kulturelle, biografische und archetypische Inhalte und bildet damit den zentralen Strukturkern religiöser und spiritueller Glaubenssysteme, die im Fokus dieser Arbeit stehen. Aufgrund dieser theoretischen und funktionalen Rolle erfordert das Gottesbild eine ausführlichere Darstellung, um seine psychologische Relevanz für Sinnkonstruktion, Kohärenzgefühl und Kontingenzbewältigung angemessen zu begründen.

S. 74); ähnlich wie es bei psychedelischen Erfahrungen der Fall ist, welche das persönliche Alltagsbewusstsein überschreiten (vgl. Grof, 1987). So bilden Individuen beispielsweise sehr unterschiedliche Gottesvorstellungen aus (etwa ein persönlich liebender Schöpfer vs. ein abstraktes, naturwissenschaftliches Prinzip, das auf reiner Logik basiert und durch die Abwesenheit, jeglicher Anteilnahme am Geschehen im Universum charakterisiert wird), was sich erwiesenermaßen in ihrem Erleben und Verhalten widerspiegelt; etwa darin, wie sie Lebensereignisse deuten und bewältigen (vgl. Streib & Hood, 2024). Da die Inhalte der Überzeugungen des artikulierten Gottesbilds, wie bereits erörtert (vgl. 2.1.3.4) empirisch ungreifbar sind, wird in Bezug auf das Gottesbild der Begriff des „Wissens“ durch den „Glauben“ ersetzt. Damit lässt sich verstehen, weshalb Gottesbilder psychologisch auch als Meta-Theorien über die Wirklichkeit auffassen lassen können.

Existenzielle Meta-Theorien. Individuen bilden *Meta-Theorien*¹⁵, um das Spektrum an ihren Antworten auf existenzielle Fragen, durch zugrunde liegende Überzeugungen miteinander sinnvoll zu verknüpfen (vgl. Wong, 2013). Diese *Meta-Theorien* beziehen sich auf einen Erfahrungsraum, welcher die Grenzen des Alltagsbewusstseins übersteigt, während seine Strukturen und prozesshaften Abläufe dennoch einen Einfluss auf die objektivierbare Wirklichkeit entfalten sollen (vgl. Utsch, 1998a, 1998b). Diese Überzeugungen können theistisch sein und einen Bezug auf eine transzendente (sog. „höhere“) Wirklichkeit darstellen, beispielsweise in dem sie die Existenz eines Schöpfers (klassischerweise: „Gott“) postulieren. Alternativ gibt es auch säkularisierte Formen, welche die Existenz einer „höheren Wirklichkeit“ verneinen und somit die (gegenwärtige) Unmöglichkeit einen vollumfassenden Deutungsrahmen, allein auf Basis von Selbst- und Weltbild, erstellen zu können, akzeptieren. Gleichwohl behalten auch diese Systeme die Struktur einer *Meta-Theorie* bei, indem sie entweder versuchen, die Beziehung zwischen Mensch, Welt und Sinn in ein kohärentes Erklärungsschema zu überführen. Auch wenn dieses abgelehnt und dem Universum somit eine inhärente Sinnlosigkeit attestiert wird, bleibt es ein existenzielles Erklärungsschema, das – wie alle anderen *Meta-Theorien* / Gottesbilder auch – nicht falsifiziert werden kann, da es sich dem empirischen Zugang entzieht. Diese Meta-Theorien spiegeln sich in den großen systematischen Modellen der Philosophie und Religionsgeschichte wider.

Klassische Weltanschauungsmodelle. Die Vielfalt dieser *Meta-Theorien* spiegelt sich in den großen Weltanschauungsmodellen der Philosophie- und Ideengeschichte wider. Sie stellen

¹⁵ Meta-Theorien sind übergeordnete Rahmenannahmen, die Theorien (hier: Selbst- und Weltbild) strukturieren, vergleichen und integrieren (vgl. APA, 2020). Psychologisch lassen sie sich u.a. in Kellys Theorie der persönlichen Konstrukte (1955) verorten, wonach Individuen wie „Wissenschaftler“ persönliche Theorien über die Welt entwickeln und diese kontinuierlich prüfen und verfeinern.

paradigmatische Formen dar, in denen Menschen versucht haben, das Verhältnis zwischen Geist, Materie und Transzendenz zu ordnen. Hierzu zählen beispielsweise der *Dualismus* (vgl. Descartes, 1984; Kim, 2011), der die Wirklichkeit in zwei Grundprinzipien (Geist & Materie) aufspaltet, oder der *Materialismus* (vgl. Kim, 2011; Papineau, 2002), der ausschließlich die materielle Welt als Realität anerkennt und geistige Phänomene als deren Produkte versteht. Daneben haben sich weitere paradigmatische Deutungsrahmen herausgebildet, etwa der *Idealismus*¹⁶ (als Primat des Geistes; vgl. Allison, 2004; Berkeley, 1881), der *Monismus*¹⁷ (als die Einheit allen Seins; vgl. Spinoza, 2016; Schaffer, 2010) oder auch naturalistische (vgl. Papineau, 2024; Quine, 1969) und existenzialistische Strömungen, die entweder in der Natur oder in der menschlichen Existenz selbst den letzten Bezugspunkt sehen (*Existenzialismus*; vgl. Crowell, 2012; Sartre, 1956). Diese unterschiedlichen Weltbilder bilden einen übergeordneten Katalog möglicher Orientierungen, an denen sich Individuen (bewusst oder unbewusst) bei der Konstruktion ihres individuellen Gottesbilds und folglich ihrer gesamten Weltanschauung orientieren (vgl. Koltko-Rivera, 2004; Sire, 2009). In dieser Vielfalt tritt eine gemeinsame psychologische Funktion hervor, die im Konzept der Transpersonalität gefasst werden kann.

Transpersonalität. Das Gottesbild stellt innerhalb der individuellen Weltanschauung dementsprechend diejenige kognitive Struktur dar, die Informationen über eine als transzendent verstandene Wirklichkeit ordnet und diese in die personalen Bezugsrahmen von Selbst- und Welterleben integriert (vgl. Streib & Hood, 2016; Utsch, 1998b). Es fungiert damit als komplementäres Systemelement, das die Grenzen des personalen Denkens übersteigt, indem es eine übergeordnete Ordnung des Seins postuliert, in die das Individuum gedanklich eingebettet ist (vgl. Koltko-Rivera, 2004; Wong, 2013). In diesem Zusammenhang beschreibt Jung (1967, 1987a) das Gottesbild als archetypisches Symbol des kollektiven Unbewussten, das die psychische Funktion erfüllt, die Einheit zwischen Bewusstsein und Unbewusstsein, Ich und Welt, Mensch und Transzendenz herzustellen. Während das Selbstbild die Perspektive des Individuums und das Weltbild die erfahrbare Realität modelliert, verbindet das Gottesbild beide Ebenen durch den Bezug auf ein übergeordnetes, meist als sinnstiftend und ordnend verstandenes Prinzip (vgl. Streib & Hood, 2024). In einer kognitiv erweiterten Fassung kann das Gottesbild somit als integratives Modell verstanden werden, das disparate Erfahrungs-, Wissens- und Wertebereiche zu einem kohärenten Gesamtsystem zusammenführt (vgl. Koltko-

¹⁶ Idealismus beschreibt die erkenntnistheoretische Position, dass die Wirklichkeit primär geistiger Natur ist und alles Sein letztlich durch Bewusstsein, Wahrnehmung oder Denken konstituiert wird (vgl. Allison, 2004; Berkeley, 1881).

¹⁷ Monismus bezeichnet die metaphysische Auffassung, dass alles Sein auf eine einzige grundlegende Substanz oder Wirklichkeit zurückgeführt werden kann, wodurch Geist und Materie als Aspekte derselben Einheit verstanden werden (vgl. Schaffer, 2010; Spinoza, 2016).

Rivera, 2004). Diese Integrationsleistung betrifft nach Jäger (2007) alle Dimensionen des Menschseins - Körper, Psyche und Intellekt - und gründet auf der Annahme einer universellen Potenzialität zur Sinn- und Ordnungsbildung. In dieser universellen Tendenz zur Integration und Selbsttranszendierung zeigt sich, wie Tillich (1952) betont, der „Mut zum Sein“ und damit das existentielle Bejahen des Lebens trotz seiner Endlichkeit und Bedrohung durch Sinnverlust. Jung und Tillich eint darin die Auffassung, dass *Transpersonalität* nicht nur eine metaphysische Idee, sondern eine psychische Notwendigkeit darstellt, durch die der Mensch seine innere und äußere Welt zu einem sinnvollen Ganzen verbindet. Das Gottesbild erfüllt dabei nicht nur eine ordnende, sondern auch eine regulative Funktion, indem es einen übergeordneten Bezugsrahmen schafft, in dem moralische, ethische und existentielle Werte miteinander in Beziehung gesetzt werden können (vgl. Jäger, 2007). Insofern kann die „*Integrale Spiritualität*“ (Jäger, 2007) als theoretischer Ausdruck dieser Ordnungsfunktion gelesen werden. Sie zielt auf die Vereinigung verschiedener Perspektiven und Wissensebenen zu einem konsistenten Weltverständnis und betont die wechselseitige Durchlässigkeit zwischen den kognitiven Repräsentationen von Selbst, Welt und Transzendenz (vgl. Jäger, 2007). Das Gottesbild bildet in diesem Zusammenhang die symbolische Form, in der die Vorstellung einer strukturellen Einheit des Seins kognitiv fassbar gemacht wird. Es repräsentiert damit den Versuch, die Dualität von Individuum und Welt theoretisch zu überbrücken und eine gedankliche Kohärenz zwischen personaler Identität, wahrgenommener Realität und universeller Ordnung herzustellen (vgl. Jäger, 2007; Wong, 2013). Die konkrete Ausprägung dieser transpersonalen Struktur wird vor allem kulturgeschichtlich unterschiedlich entfaltet.

Kulturelle und historische Varianten von Gottesbildern. Eine detaillierte Darstellung der religionswissenschaftlichen und anthropologischen Varianten von Gottesbildern findet sich in Anhang B, während im Folgenden die psychologische Funktion dieser Strukturen für Sinn- und Kohärenzbildung im Fokus steht. Gottesbilder treten kulturgeschichtlich in unterschiedlichen Formen auf, die als Meta-Theorien des Transzendenzbezugs verstanden werden können. Für die vorliegende Arbeit ist nicht die religionswissenschaftliche Systematik entscheidend, sondern ihre psychologische Funktion innerhalb der weltanschaulichen Triade. Die wichtigsten Typen lassen sich wie folgt umreißen: Monotheistische Gottesbilder (z. B. Judentum, Christentum, Islam) beschreiben eine personale, übergeordnete Instanz, die moralische und existenzielle Orientierung stiftet und häufig als Quelle von Sinn, Führung und Vertrauen fungiert (vgl. Angel, 2006; Kruse, 2005). Polytheistische Gottesbilder verteilen transzendente Macht auf mehrere personale Instanzen, die unterschiedliche Funktionen oder Lebensbereiche repräsentieren und dadurch eine pluralere Form der Sinn- und Welterklärung

ermöglichen (vgl. Figl, 1993; Wernhart, 2004). Pantheistische oder kosmologische Gottesbilder verstehen das Göttliche als unpersönliches Prinzip, das in Natur, Kosmos oder Gesetzmäßigkeiten der Welt präsent ist, wodurch Transzendenz in immanente Strukturen integriert wird (vgl. Martin, 2005; Sperling, 2004). Nichttheistische und atheistische Positionen ersetzen den Gottesbezug durch philosophische, humanistische oder naturalistische Prinzipien, die moralische Orientierung und Sinnstrukturen ohne transzendente Instanz bereitstellen und funktional als entsprechende Meta-Theorien wirken können (vgl. Schnell, 2020; Zinnbauer et al., 2015). Diese Formen unterscheiden sich zwar hinsichtlich ihrer metaphysischen Annahmen, erfüllen jedoch psychologisch eine ähnliche Funktion, indem sie Erwartungen ordnen, Kontingenz deuten und einen Rahmen für existenzielle Orientierung bereitstellen. Gleichwohl konzentriert sich die vorliegende Arbeit auf religiöse und spirituelle Glaubenssysteme, da sie eine besonders elaborierte Form jener kognitiven Integrationsprozesse darstellen, in denen Transzendenz explizit thematisiert und symbolisch verankert wird. Sie erweitern die weltanschauliche Triade um eine bewusste Reflexion über das Verhältnis von Selbst, Welt und einem als „höher“ gedachten Sinnprinzip und bieten damit ein paradigmatisches Feld zur Untersuchung menschlicher Sinnkonstruktion. Damit rückt die Frage in den Vordergrund, wie diese Strukturen psychologisch wirksam werden.

Psychologischer Mechanismus. Aus psychologischer Perspektive sind artikulierte r/s Glaubenssysteme damit ein Ausdruck desselben kohärenzstiftenden Grundmechanismus, der auch nichtreligiöse Weltbilder und atheistische Gottesbilder strukturiert, sie unterscheiden sich jedoch durch den Einbezug metaphysischer Annahmen, die eine *vertikale Dimension* des Erlebens eröffnen. Dadurch ermöglichen sie es, existentielle Erfahrungen, wie Leid, Schuld oder Verlust, in übergeordnete Deutungszusammenhänge einzubetten und so emotionale wie kognitive Stabilität wiederherzustellen (vgl. Anhang C; Park, 2010; Pargament, 1997).

Der Fokus dieser Arbeit liegt folglich auf der Frage, wie religiöse und spirituelle Glaubenssysteme als psychologische Strukturen der Sinn- und Kohärenzbildung wirken: wie sie entwickelt, aktiviert und im therapeutischen Kontext zur Bewältigung existenzieller Krisen nutzbar gemacht werden können. Aus dieser vertikalen Struktur¹⁸ ergibt sich der nächste Schritt: die systematische Integration dieser Inhalte zu einem Glaubenssystem.

¹⁸ Mit „vertikaler Struktur“ ist diejenige Dimension der Weltanschauung gemeint, die über das immanente Bezugsfeld von Selbst und Welt hinausweist und eine transzendente oder übergeordnete Ordnung einbezieht. Der Begriff wird in der Religionspsychologie verwendet, um jene Ebene zu beschreiben, in der existentielle Sinnfragen und metaphysische Annahmen verortet werden, wodurch die weltanschauliche Triade um einen Bezug auf eine höhere Bedeutungsstruktur ergänzt wird (vgl. Streib & Hood, 2016; Wong, 2013; Utsch, 1998b).

2.1.4 Glaubenssysteme als existenzielle Meta-Theorien

Glaubensüberzeugungen bilden ein übergeordnetes semantisches Schema, das Wahrnehmung, Bewertung und Emotionsregulation strukturiert (vgl. Huber, 2003, 2007, 2008; Koenig et al., 2012; Pargament, 1997; Pfeifer, 2018a, 2018b; Utsch et al., 2018). Indem transzendente oder metaphysische Überzeugungen in die kognitive Struktur des Gottesbildes integriert werden, transformiert sich die allgemeine *weltanschauliche Triade* zu einem existenziell fundierten Glaubenssystem. In diesem Prozess wird der Bezug zur Transzendenz nicht nur symbolisch, sondern auch funktional verankert: Das Gottesbild erhält die Rolle eines zentralen Sinn- und Ordnungsprinzips, das die psychische Struktur des Selbst und die Interpretation der Welt affektiv, kognitiv und motivational durchdringt. Dadurch entsteht ein dynamisches System der Sinn- und Kohärenzbildung, das über die allgemeine Weltanschauung hinausgeht und zu einem Kernmechanismus existenzieller Orientierung wird.

Glaubenssysteme & Kohärenz. Diese integrative Funktion macht Glaubenssysteme aus salutogenetischer Sicht zu einer strukturpsychologischen Entsprechung des *Kohärenzgefühls*. Während Antonovsky (1987) Kohärenz als überdauerndes Vertrauen in die *Verständlichkeit, Handhabbarkeit* und *Sinnhaftigkeit* der Welt beschreibt, konkretisieren Glaubenssysteme diese Haltung inhaltlich und funktional. Sie liefern narrative, symbolische und moralische Strukturen, die das Vertrauen in eine geordnete Wirklichkeit stützen. In diesem Sinne bilden sie eine Art „kognitiv-semantische Architektur“ des Kohärenzgefühls.

Schumacher et al. (2000) argumentieren, dass das Kohärenzgefühl weniger als ein isoliertes Persönlichkeitsmerkmal, sondern vielmehr als Ausdruck einer generalisierten Integrationsleistung zu verstehen ist, in der verschiedene psychische Ressourcen (*Kontrollüberzeugung, Selbstwirksamkeit, Optimismus, Resilienz*; vgl. 2.2.3.4) miteinander verschmelzen. Übertragen auf Glaubenssysteme bedeutet dies, dass diese die übergeordneten Sinn- und Deutungsrahmen bereitstellen, in denen diese Ressourcen verankert sind. Damit fungiert das Kohärenzgefühl als psychologische Resonanz dieser geistigen Ordnung - das subjektive Erleben einer stimmigen, sinnhaft verbundenen Wirklichkeit.

Ein solches Glaubenssystem ergänzt die strukturierende Logik der *weltanschaulichen Triade* daher mit der psychologischen Funktion des Kohärenzgefühls. Es übersetzt die Abstraktion von Selbst-, Welt- und Gottesbild in konkrete, erfahrungsnahe Prozesse von Deutung, Bewältigung und Selbsttranszendenz. Damit bildet es den theoretischen Rahmen, innerhalb dessen sich existenzielle Überzeugungen als adaptive, sinnstiftende und identitätsstabilisierende Systeme verstehen lassen. Die Kohärenzfunktion religiöser und spiritueller Glaubenssysteme wird insbesondere dann sichtbar, wenn existenzielle Gewissheiten

erschüttert werden. In Krisen fungieren sie als semantische Puffer, die Unverständliches in Bedeutungszusammenhänge übersetzen und das Gefühl einer übergeordneten Ordnung reaktivieren. Empirische Studien (z. B. Koenig, 2012; Schnell & Danbolt, 2023) belegen, dass der Glaube an eine sinnvolle Struktur des Lebens, unabhängig von ihrer theologischen oder säkularen Ausprägung, positiv mit psychischer Gesundheit, *Resilienz* (vgl. 2.2.3.4) und subjektivem Wohlbefinden korreliert. Glaubenssysteme wirken damit wie kognitive Landkarten, die Orientierung und Kontrolle im Angesicht von Ungewissheit bereitstellen - dieselben Mechanismen, die Antonovsky (1987) als Kern salutogener Dynamik beschreibt.

In dieser Perspektive sind Glaubenssysteme keine rein theologischen Entwürfe, sondern glaubenspsychologische Ordnungssysteme, die das Bedürfnis nach *Verstehbarkeit*, *Handhabbarkeit* und *Sinnhaftigkeit* befriedigen. Das Kohärenzgefühl kann daher als subjektiver Indikator der Integrität eines Glaubenssystems verstanden werden; es zeigt an, in welchem Maß dieses System erfolgreich darin ist, widersprüchliche Erfahrungen, Emotionen und Überzeugungen in ein stimmiges Ganzes zu integrieren. Das Konzept der Glaubenssysteme wurde in meiner Bachelorarbeit (vgl. Schäufele, 2024) bereits religionspsychologisch entfaltet. Im Folgenden werden zentrale Aspekte daraus in verdichteter Form aufgegriffen und im Hinblick auf die hier untersuchte Verbindung von Kohärenzgefühl und Glaubenssystemstruktur als Meta-Theorien über existenzielle Fragen weiterentwickelt.

2.1.4.1 Anthropologische Konstante

Die psychologische Erforschung religiöser und spiritueller Glaubenssysteme steht in einer langen Tradition, in der Sinn, Erfahrung und symbolische Ordnung als grundlegende Dimensionen menschlicher Existenz verstanden werden. Einen frühen konzeptionellen Ausgangspunkt bildet William James, der religiöse Erfahrungen, als unmittelbar gegebene, psychisch wirksame und für das Individuum existenziell bedeutsame Bewusstseinszustände beschrieb (vgl. James, 1902/1997). Für James liegt die psychische Realität des Religiösen nicht primär in dogmatischen Inhalten, sondern in der subjektiven Erfahrung eines „Mehr-als-Rationalen“, das Orientierung, Verbundenheit und existenzielle Gewissheit stiftet. C. G. Jung weitete diesen Erfahrungsbezug tiefenpsychologisch aus, indem er religiöse Symbole als Manifestationen archetypischer Strukturen des kollektiven Unbewussten interpretierte (vgl. Jung, 1966, 1967, 1989, 2018). Archetypen beschrieb Jung als universelle, kulturübergreifende Urformen des Erlebens, die sich in Mythen, Träumen und rituellen Symbolen ausdrücken und grundlegende Muster der Sinnsuche bereitstellen. Sie fungieren als formgebende psychische Strukturen, die Identität, Werte und typische Reaktionsweisen auf existenzielle Themen prägen und den Prozess der Individuation - der psychischen Selbstwerdung - dynamisch mitgestalten

(vgl. Jung, 1987a). Auf dieser Grundlage lassen sich religiöse und spirituelle Ausdrucksformen als anthropologisch tief verankerte psychische Ressourcen verstehen, über die Menschen ihre innere und äußere Welt strukturieren. Diese tiefenpsychologischen Perspektiven wurden durch die humanistische und existenzpsychologische Tradition ergänzt. Maslow beschrieb Spiritualität als Ausdruck des menschlichen Strebens nach Selbsttranszendenz und sah „Gipfelerfahrungen“ als bedeutsame Momente der Verbindung mit einer als größer empfundenen Wirklichkeit (vgl. Maslow, 1970). Frankl rückte die Sinnsuche, die Werteorientierung und die noetische Dimension des Menschseins in den Mittelpunkt, die es ermöglichen, auch unter extremen Belastungen eine geistige Haltung der Freiheit, Verantwortung und Sinnbeziehung aufrechtzuerhalten (vgl. Frankl, 1982, 1992, 2023). Damit wurde der religiös-spirituelle Erfahrungsraum nicht nur als Ausdruck unbewusster Konflikte, sondern als genuine menschliche Ressource verstanden, die Motivation, Orientierung und psychische Integration fördern kann. Parallel dazu betonte die moderne Religionswissenschaft und Anthropologie die kulturübergreifende Universalität religiöser und spiritueller Ausdrucksformen. Hemel (1998) weist darauf hin, dass keine bekannte Kultur ohne religiöse Sozialisation existiert und religiöse Phänomene daher anthropologische Grundkonstanten berühren. Figl (1993) spricht in diesem Zusammenhang von einer „gemeinsamen Mitte“, einem universalen mystischen Potenzial, das unabhängig von kulturellen oder konfessionellen Traditionen wirksam wird. Martin (2005), Sperling (2004) und Wernhart (2004) beschreiben Spiritualität ebenfalls als dynamische, kulturübergreifende Ausdrucksform menschlicher Existenz, die auf grundlegende psychische und soziale Strukturen zurückzuführen ist (vgl. Ruhland, 2008). Auf dieser Grundlage versteht Bucher (2007) Religiosität und Spiritualität als „anthropologische Grundkonstante“, als Ausdruck eines grundlegenden menschlichen Bedürfnisses nach Transzendenz, Ganzheit und existenzieller Orientierung. In ähnlicher Weise spricht Jäger (2007, zitiert nach Ruhland, 2008) von einer integralen oder transkonfessionellen Spiritualität, die Körper, Psyche und Bewusstsein in ein erfahrungsbasiertes Ganzheitsverständnis integriert. Auch der religionspsychologische Diskurs hebt hervor, dass spirituelle Erfahrung kohärenzstiftende Funktionen erfüllt, indem sie Lebensereignisse - einschließlich Grenzerfahrungen wie Leid oder Verlust - in einen übergeordneten Sinnhorizont integrieren kann (vgl. Madert, 2007). Darauf verweist auch die WHO, die Spiritualität in unmittelbare Beziehung zu existenziellen Fragen und zur Auseinandersetzung mit der eigenen Endlichkeit setzt (vgl. Grom, 2009, zitiert nach Utsch et al., 2018).

Zusammenfassend ergibt sich aus diesen Traditionen die Annahme, dass religiöse und spirituelle Orientierung nicht als randständige kulturelle Praktiken verstanden werden können,

sondern als universelle psychologische Muster, die die Sinnorganisation, Identitätsbildung und Bewältigung existenzieller Erfahrungen strukturieren. Bezogen auf die Theorie der Salutogenese (vgl. 2.1.1) lässt sich festhalten, dass das Kohärenzgefühl die subjektive Seite der Sinnorganisation repräsentiert, während Glaubenssysteme deren inhaltlich-strukturelle Grundlage bilden. Die Fähigkeit, Ereignisse als kohärent zu erleben, hängt somit auch von der Verfügbarkeit und Stabilität der symbolischen und kognitiven Ordnungssysteme ab, die das Glaubenssystem bereitstellt. Es stellt die „semantische Infrastruktur“ der Kohärenzerfahrung dar. Die vorliegende Arbeit fasst in diesem Sinne Glaubenssysteme als psychologische Strukturen der Sinn- und Kohärenzbildung, die symbolische, emotionale und kognitive Prozesse integrieren. Auf dieser Grundlage werden im Folgenden die zentralen Elemente des Begriffs definiert und systematisch entfaltet.

2.1.4.2 Definition

Der Begriff des r/s Glaubenssystem bezeichnet die Gesamtheit religiöser und spiritueller Überzeugungen, die das Denken, Fühlen und Handeln einer glaubenden Person strukturieren. Diese Systeme integrieren kollektive, konfessionell vermittelte Inhalte mit individuell ausdifferenzierten Deutungen und Erfahrungen (vgl. Bucher, 2007; Huber, 2003, 2008). Entsprechend existieren ebenso viele Varianten von Glaubenssystemen, wie es Individuen gibt, da sich in jeder Biografie eine einzigartige Synthese kollektiver und persönlicher Sinninhalte ausprägt (vgl. Kolbe, 2023). Über den religiösen Kontext hinaus kann der Begriff des Glaubenssystems funktional erweitert werden. Auch säkulare Weltanschauungen, philosophische Leitideen oder humanistische Selbstkonzepte können als *existenzielle Meta-Theorien* verstanden werden, die Selbst- und Weltbild in einen übergeordneten Rahmen stellen (vgl. Anhang B). Sie erfüllen dieselbe psychologische Funktion, indem sie die irrationalen oder unerklärlichen Lücken menschlicher Erfahrung durch symbolische, moralische oder rationalitätsbasierte Ordnungssysteme kompensieren (vgl. 2.1.3.4). Damit stiften sie Sinn, Stabilität und Orientierung im Erleben und Verhalten; unabhängig davon, ob sie transzendente oder rein immanente Bezugspunkte annehmen (vgl. Huber & Huber, 2012; Schnell, 2020; Zinnbauer et al., 2015).

Umfang. Während das Gottesbild (vgl. 2.1.3.4) eine zentrale Teilstruktur innerhalb Glaubenssysteme und damit eine spezifische Form des existenziellen Bezugs markiert, beschreibt das umfassendere Konstrukt des Glaubenssystems die Gesamtorganisation existenzieller Überzeugungen einer Person - unabhängig davon, ob diese in transzendente, immanente oder säkulare Bezugsrahmen eingebettet sind. Es fungiert damit als integratives Strukturprinzip, das individuelle Deutungen, Werte und Ordnungsmodelle des Daseins zu

einem kohärenten Selbst- und Weltverständnis synthetisiert. Vor diesem Hintergrund lässt sich differenzieren, aus welchen Komponenten sich ein solches System zusammensetzt.

2.1.4.3 Inhalt

Kollektive Inhalte. Kollektive Inhalte ergeben sich aus konfessionell geteilten Grundannahmen und kulturell tradierten Deutungsmustern, wie sie in den großen Religionen institutionalisiert sind. Sie liefern Basissemantiken - etwa Gottesbilder, Normen oder Riten -, die über Sozialisationsprozesse in die individuelle Wahrnehmung, Interpretation und Bewertung von Wirklichkeit eingehen (vgl. Huber, 2009; Trompenaars & Woolliams, 2004).

Individuelle Inhalte. Individuelle Inhalte entstehen dagegen aus biografischer Erfahrung und stellen persönliche Antworten auf existenzielle Fragen dar (vgl. Frankl, 1992; Maslow, 1970; Tillich, 1957). Diese Dimension wird in der Religionspsychologie häufig mit dem Begriff Spiritualität gefasst, verstanden als „individuelle Gestaltung der Bezogenheit auf Transzendenz“ (van Belzen, 1999; Pargament, 1999).

Religiosität & Spiritualität. Da der überwiegende Teil der theoretischen und empirischen Forschung zu Glaubenssystemen aus dem religiös-spirituellen Kontext hervorgegangen ist und sich an dessen Transzendenzbezug orientiert, liegt der inhaltliche Schwerpunkt dieses Unterkapitels auf der Analyse religiöser und spiritueller Formen des Glaubens. Diese Schwerpunktsetzung dient der theoretischen Präzision, impliziert jedoch keine inhaltliche Einschränkung des zugrunde gelegten Modells. Säkulare, humanistische oder naturalistische Sinnsysteme lassen sich im Rahmen desselben psychologischen Prinzips verstehen, und zwar als funktionale Äquivalente, die über symbolisch unterschiedliche, aber – über die Abbildung des Gottesbilds als persönliches Konstrukt, welches die existenziellen Überzeugungen vereint (vgl. 2.1.3.4) - strukturgleiche Mechanismen der Orientierung, Integration und Sinnstiftung verfügen (vgl. Schnell, 2020; Huber & Huber, 2012; Zinnbauer et al., 2015). Klassischerweise werden Glaubenssysteme unter den Begriffen Religiosität und Spiritualität zusammengefasst. Beide Konstrukte bezeichnen verschiedene Ausdrucksformen desselben Grundphänomens: der Sinnsuche und Transzendenzbezogenheit des Menschen. Wie bereits in meiner Bachelorarbeit ausführlich dargestellt (Schäufele, 2024), lässt sich Religiosität als ein überindividuelles, institutionell verankertes System transzendierter Werte definieren (vgl. von Gontard, 2013; Huber, 2003), während Spiritualität die individuelle Wahrnehmung des Eingebundenseins in ein größeres sinnhaltiges Ganzes beschreibt (vgl. Bucher, 2007, zitiert nach Utsch, 2014).

Religiosität. Der Begriff Religion leitet sich etymologisch vom lateinischen religare ab, was „zurückbinden“ bedeutet und auf die Rückbindung des Menschen an eine göttliche Instanz

verweist (vgl. Angel, 2006). Religiosität beschreibt die individuelle Ausprägung und Praxis dieser Rückbindung; also die persönliche Aneignung religiöser Überzeugungen, die Teilnahme an Ritualen, Symbolsystemen und Gemeinschaftsformen innerhalb einer organisierten Religion (vgl. Angel, 2006). Entscheidend ist dabei der Glaube an eine transzendente Wirklichkeit im Sinne des Göttlichen, die das Selbst- und Weltverständnis prägt und als konstitutives Element religiöser Existenz gilt (vgl. Kruse, 2005). Da Religion einem kulturellen und historischen Wandel unterliegt und sich individuell unterschiedlich manifestiert, betont Smith (1993), dass es keine universale Definition von Religion geben kann. Daher erscheint es sinnvoller, den Blick auf Religiosität zu richten - also auf die subjektive und kontextabhängige Form religiösen Erlebens und Handelns (vgl. Ruhland, 2008).

Spiritualität. Spiritualität kann als ein vielschichtiges, individuell gelebtes und erfahrungsorientiertes Phänomen verstanden werden, das durch ein grundlegendes Gefühl der Verbundenheit charakterisiert ist; sowohl in *vertikaler Hinsicht* (Bezug zu einer höheren, transzendenten oder göttlichen Wirklichkeit) als auch in *horizontaler Hinsicht* (Bezug zu Natur, Kosmos, Mitmenschen und zum eigenen Selbst). Sie umfasst Formen des Denkens, Fühlens und Handelns, die auf Selbsttranszendenz, Sinnfindung und die Integration innerer sowie äußerer Erfahrungswelten ausgerichtet sind. Spiritualität drückt sich dabei in individuellen Deutungs- und Praxisformen aus, wie Gebet, Meditation, kontemplativen Erlebnissen oder dem Erleben von Einheit, und kann sowohl innerhalb religiöser Traditionen als auch unabhängig von ihnen auftreten (vgl. Bucher, 2007).

Existenzielle Integrität. Beide Konstrukte überschneiden sich insofern, als sie auf Sinnsuche, Transzendenzbezug und existenzielle Orientierung abzielen, unterscheiden sich jedoch hinsichtlich ihrer Institutionalisierung und Personalisierung (vgl. Utsch et al., 2018). Innerhalb dieser Auffassung wurden sie bereits in der Einleitung dieses Kapitels ausführlich als *anthropologische Konstante*¹⁹ erklärt und vorgestellt (vgl. 2.1.4.1). Für die vorliegende Arbeit werden beide Begriffe, ebenso wie säkulare Formen, im glaubenspsychologischen Sinne, als integrale Dimensionen von existenziellen Glaubenssystemen verstanden, die, über das Gottesbild - das Selbst- und Weltbild, die Weltanschauung komplementieren und eine

¹⁹ Der Begriff der anthropologischen Konstante verweist auf die universelle Disposition des Menschen zur Sinn- und Transzendenzsuche. Spiritualität bzw. Religiosität wird in diesem Sinne als Teil der biologischen und psychologischen Grundausstattung verstanden, die es ermöglicht, Erfahrungen von Kontingenz, Leid und Endlichkeit in kohärente Deutungsrahmen zu integrieren (vgl. Bucher, 2007; Jäger, 2007, zitiert nach Ruhland, 2008). Sie erfüllt damit eine übergreifende integrative und transformierende Funktion, die in allen Kulturen beobachtbar ist und auf einer angeborenen Offenheit für religiös-spirituelle Deutungsprozesse beruht (vgl. Grom, 2009, zitiert nach Utsch et al., 2018; Hemel, 1998).

spezifische Ressource bei der Auseinandersetzung mit existenziellen Fragen darstellen. Damit stellt sich die Frage, wie diese Inhalte psychologisch organisiert sind.

2.1.4.4 Struktur religiöser und spiritueller Glaubenssysteme

Zentralität und Inhalt. Aus substantieller Perspektive wird Religiosität über die Inhalte des Glaubens bestimmt, während der funktionale Ansatz sie über ihre psychologische Funktion und Sinnstiftung beschreibt (vgl. Oerter, 1996; Oser & Reich, 1996). Allport (1950) differenzierte in diesem Zusammenhang zwischen einer intrinsischen Religiosität, die Religion als zentralen Lebenswert versteht, und einer extrinsischen Religiosität, die Religion instrumentell nutzt. Glock (1969) erweiterte diesen Ansatz, indem er Religiosität als mehrdimensionales Konstrukt beschrieb, das kognitive, emotionale und verhaltensbezogene Aspekte umfasst; insbesondere in den Dimensionen Wissen, Ideologie, Erfahrung, Konsequenzen und Praxis. Psychologisch relevant ist dabei weniger der konkrete, meist konfessionell geprägte Inhalt solcher Systeme als vielmehr ihre Struktur und funktionale Einbindung in das Selbst- und Weltverständnis. Darauf aufbauend entwickelte Huber (2003, 2008, 2009) ein integratives Konzept, das die theoretischen Linien von Allport und Glock zusammenführt. Mit dem Modell der *Zentralität der Religiosität* betont er, dass nicht die spezifische Glaubensrichtung, sondern der Grad der persönlichen Bedeutsamkeit religiöser und spiritueller Inhalte entscheidend ist. Diese wird über fünf Dimensionen operationalisiert: 1) Intellekt (Reflexivität), 2) Ideologie (Überzeugung), 3) Erfahrung (transzendente Wahrnehmungen), 4) private Praxis (z. B. Gebet, Meditation) und 5) öffentliche Praxis (z. B. Gottesdienstteilnahme). Dieses Modell bildet die Grundlage der *Centrality of Religiosity Scale* (CRS; Huber, 2003, Huber & Huber, 2012), die als religionspsychologisches Messinstrument die empirische Integration religiöser bzw. spiritueller Überzeugungen in die Persönlichkeit erfasst und damit die Synthese substantieller, funktionaler und motivationaler Ansätze der Religionspsychologie darstellt (vgl. 3.2.1).

Spirituelle Bedürfnisse. Als ergänzende Komponente können *spirituelle Bedürfnisse* verstanden werden, die das latente Potenzial für religiös-spirituelle Orientierung abbilden, da sie individuelle Bedarfsmuster an Antworten auf existenzielle Fragen verkörpern. Büssing (2021) beschreibt diese in Bereichen wie existenzielle Sinnfragen, das Bedürfnis nach innerem Frieden, religiösen Praktiken oder dem Wunsch, anderen etwas zu geben. Sie werden z. B. durch den *Spiritual Needs Questionnaire* (SpNQ; Büssing et al., 2010) operationalisiert und eröffnen einen Zugang zu affektiven Anteilen religiöser bzw. spiritueller Orientierung, auch dann, wenn manifeste Glaubensinhalte noch nicht stark ausgeprägt sind (vgl. 3.2.2). Die Ergebnisse meiner Bachelorarbeit zeigten beispielsweise, dass spirituelle Bedürfnisse

unabhängig von einer konfessionellen Zugehörigkeit auch bei atheistischen Personen ohne artikuliertes Glaubenssystem in der Gesamtstichprobe, bei Wartelisten-Klient*innen für eine ambulante Psychotherapie, vergleichbar stark wie bei Personen mit einem artikulierten r/s Glaubenssystem ausgeprägt waren (vgl. Schäufele, 2024). Auf dieser strukturellen Grundlage lässt sich die funktionale Bedeutung solcher Systeme klarer bestimmen.

2.1.4.5 Psychologische Funktionalität

Religiöse und spirituelle Glaubenssysteme erfüllen neben ihrer ordnenden auch eine funktionale Bedeutung für das psychische Erleben. Sie strukturieren Prozesse der Sinn- und Identitätsbildung und helfen, Erfahrungen von Unsicherheit und Kontingenz einzuordnen, indem sie Selbstbild, Weltbild und Gottesbild zu einem konsistenten kognitiven Bezugssystem verbinden. Dadurch entsteht ein Deutungsrahmen, der das eigene Leben verständlich und bedeutsam erscheinen lässt.

Aktivierung und Aktualisierung. Die psychologische Funktionsweise eines Glaubenssystems zeigt sich nicht nur in stabilen Überzeugungsstrukturen, sondern auch in dynamischen Aktivierungsprozessen, die in Reaktion auf Belastungen, Krisen oder existenzielle Fragen auftreten. Während in der öffentlichen Diskussion teils kontroverse Anlagenhypothesen kursieren, etwa das postulierte Religiositätsgen (vgl. Hamer, 2005), Konzepte der Hochsensibilität als Disposition für spiritualisierte Persönlichkeitsakzentuierungen (vgl. Aron & Aron, 1997) oder neurobiologische Ansätze eines sogenannten Gottesmoduls (vgl. Alper, 2002), betont die psychologische Forschung vor allem die Interaktion zwischen Umwelt, Biografie und individueller Sinnkonstruktion. Empirische Befunde verdeutlichen, dass die Aktivierung von Religiosität und Spiritualität nicht allein auf Sozialisationsprozesse zurückzuführen ist (vgl. Bronfenbrenner, 1979; Hemel, 1998), sondern häufig als Reaktion auf existenzielle Grenzerfahrungen verstanden werden kann. Nach Hemel (1998) verfügt der Mensch aufgrund seiner Offenheit für die Welt über einen grundlegenden Welterklärungsdruck, der ihn dazu motiviert, das eigene Erleben in umfassende Deutungsrahmen einzubetten. Religiosität und Spiritualität stellen in diesem Sinne Modi der Weltinterpretation dar, die Menschen nutzen, um Kontingenzerfahrungen zu verarbeiten und persönliche Kohärenz wiederherzustellen.

Vor diesem Hintergrund können artikuliert Glaubenssysteme evolutionspsychologisch als adaptive kognitive Ressourcen verstanden werden, die zur Bewältigung existenzieller Unsicherheit beitragen (vgl. Bucher, 2007; Madert, 2007). Hauser (2004) zeigte in einer Meta-Analyse von fünf deutschsprachigen Studien, dass ein Großteil traumatischer Belastungsreaktionen mit aktiven Versuchen einhergeht, die Krise durch Sinnsuche zu bewältigen (72 bis

95 Prozent der Betroffenen). Im *Transaktionalen Stressmodell* (vgl. Lazarus & Folkman, 1984; Anhang C) fungieren religiöse und spirituelle Überzeugungen als kognitive Erweiterung der Coping-strategien, die es ermöglichen, Umweltstress deutungspsychologisch zu verarbeiten und gleichzeitig psychische Ressourcen wie Kohärenzerleben (vgl. Antonovsky, 1987), Selbstwirksamkeit (vgl. Bandura, 1977) und Hoffnung im Sinne dispositionalen Optimismus zugänglich zu machen (vgl. Park, 2005; Park, 2010). In diesem Zusammenhang verweist Pargament (1997) darauf, dass religiöse Bewältigungsprozesse unterschiedliche funktionale Qualitäten annehmen können. Kooperative Formen stärken Handlungsfähigkeit und Selbstwirksamkeit, delegative Formen können entlastend wirken, während konfliktbeladene bzw. defensive Formen mit erhöhter Belastung einhergehen können (vgl. Ano & Vasconcelles, 2005; Pargament, 1997). Damit verschwimmen die Grenzen zwischen der Entstehung und der Wirkung von Glaubenssystemen. Existenzielle Krisen können sowohl aktivierend als auch transformierend wirken, indem sie Glaubensstrukturen anstoßen, herausfordern oder reorganisieren. Aus psychologischer Perspektive stellt eine erfolgreiche Kontingenzbewältigung häufig das Ergebnis eines funktionierenden Glaubenssystems dar, das Erfahrungen integriert und Bedeutung rekonstruiert (vgl. 2.3). Die *Theorie der persönlichen Konstrukte* (vgl. Kelly, 1955; siehe 2.1.2) liefert hierfür ein plausibles Rahmenmodell. Sie beschreibt den Menschen als aktiven Sinnproduzenten, der seine Wirklichkeit anhand bipolarer Bedeutungsdimensionen interpretiert, ordnet und modifiziert. Glaubenssysteme können als spezifische Ausformungen solcher persönlicher Konstruktsysteme verstanden werden. Sie färben gesundheitsrelevante Konzepte wie Ressourcenorientierung, Coping und Resilienz idiolektisch ein und prägen sowohl die inhaltliche Struktur als auch die emotionale Qualität psychischer Verarbeitung.

Gesundheitliche Aspekte. Religiosität und Spiritualität sind weder rein kulturelle Randphänomene noch zufällige Begleiter menschlicher Entwicklung, sondern integrale Bestandteile des psychischen Sinn- und Selbstsystems. Ihre Aktivierung und Aktualisierung erfolgen in einer dynamischen Wechselwirkung mit biografischen, existenziellen und psychosozialen Bedingungen und können sowohl fördernde als auch problematische Wirkungen entfalten. Zahlreiche Befunde belegen positive Zusammenhänge zwischen r/s Überzeugungen und Wohlbefinden, Stressbewältigung, geringeren Depressionsraten und höherer Lebenszufriedenheit (vgl. Koenig, 2012; Koenig et al., 2001; Koenig et al., 2012; Schnell, 2020; Schnell & Danbolt, 2023; Smith et al., 2003; Utsch et al., 2018). Gleichzeitig weisen Studien auf mögliche Risiken hin, etwa schuldinduzierende oder fatalistische Überzeugungsmuster, die emotionale Belastungen verstärken oder die therapeutische

Veränderungsbereitschaft einschränken können (vgl. Exline et al., 2014; Pargament, 1997; Utsch et al., 2018). Diese Ambivalenz macht deutlich, dass religiöse und spirituelle Glaubenssysteme psychologisch sowohl funktional als auch dysfunktional wirken können, abhängig von ihrer Integration, Stabilität und der Passung zwischen inneren Überzeugungen und äußeren Lebensbedingungen. Die Frage nach der funktionalen Qualität eines Glaubenssystems wird im Anhang C, insbesondere im Hinblick auf Krisendynamiken und Kontingenzbewältigung, vertiefend behandelt.

Existenzielle Meta-Theorien. Damit lassen sich Glaubenssysteme als mehrdimensionale psychologische Strukturen fassen, die (a) inhaltliche Komponenten (kollektiv-geteilte vs. individuelle Annahmen über das Gottesbild), (b) ihre *Zentralität* im Leben der Person sowie (c) zugrunde liegende *spirituelle Bedürfnisse* umfassen. Sie stellen den Rahmen bereit, in dem Antworten auf existentielle Fragen psychologisch wirksam werden und bilden somit eine zentrale Schnittstelle zwischen individueller Weltanschauung, Transzendenzbezug und psychischer Gesundheit. Während Weltanschauungen durch die triadische Zusammensetzung aus Selbstbild, Weltbild und Gottesbild grundlegende Orientierung bieten (vgl. 2.1.3), entsteht erst durch die systematische Integration dieser Deutungsrahmen ein Glaubenssystem. Dieses lässt sich als *Meta-Theorie* verstehen, die disparate Antworten auf existenzielle Fragen miteinander verknüpft und so den Lebensentwurf kohärent abrundet. Ein solches Glaubenssystem ergänzt die Weltanschauung, indem es insbesondere über das Gottesbild jene Lücken schließt, die durch rational-pragmatische Überzeugungen in Selbst- und Weltbild offenbleiben (vgl. Rizzuto, 1979; Sire, 2009). R/S Glaubenssysteme spiegeln damit grundlegende ideologische Überzeugungen wider, die eine Person zum einen aus der eigenen Erfahrung und zum anderen aus der intellektuellen Auseinandersetzung mit Themen / Fragen in den Bereichen der Theologie und existenziellen Philosophie gebildet hat (vgl. 2.1.3.4). Von Natur aus sind Glaubenssysteme sehr entwicklungssensitiv, da sie ein Konglomerat aus verschiedensten Antworten auf unterschiedliche, existenzielle Fragen (z.B. „Warum bin ich? Woher komme ich und wohin werde ich gehen? Wer oder was hat mich oder die Welt erschaffen? Was ist der Sinn des Lebens?“) darstellen (vgl. Tillich, 1957). Gerade in Grenzerfahrungen (z.B. körperliche/psychische Krankheit, Verlust oder fortschreitendes Alter) wird die Bedeutung solcher *Meta-Theorien* evident. Indem Glaubenssysteme Ereignisse in einen umfassenderen Sinnhorizont stellen, ermöglichen sie *funktionale Kausalattributionen*. Schicksalsschläge können nicht nur als zufällige Widrigkeiten, sondern als Teil eines übergeordneten Plans gedeutet werden (vgl. Utsch et al., 2018). Diese Form der *Spiritualisierung* (vgl. Pfeifer, 2018a) erweitert den Erklärungsspielraum und schützt so vor *kognitiver Dissonanz* (vgl. 2.2; Anhang C). Diese

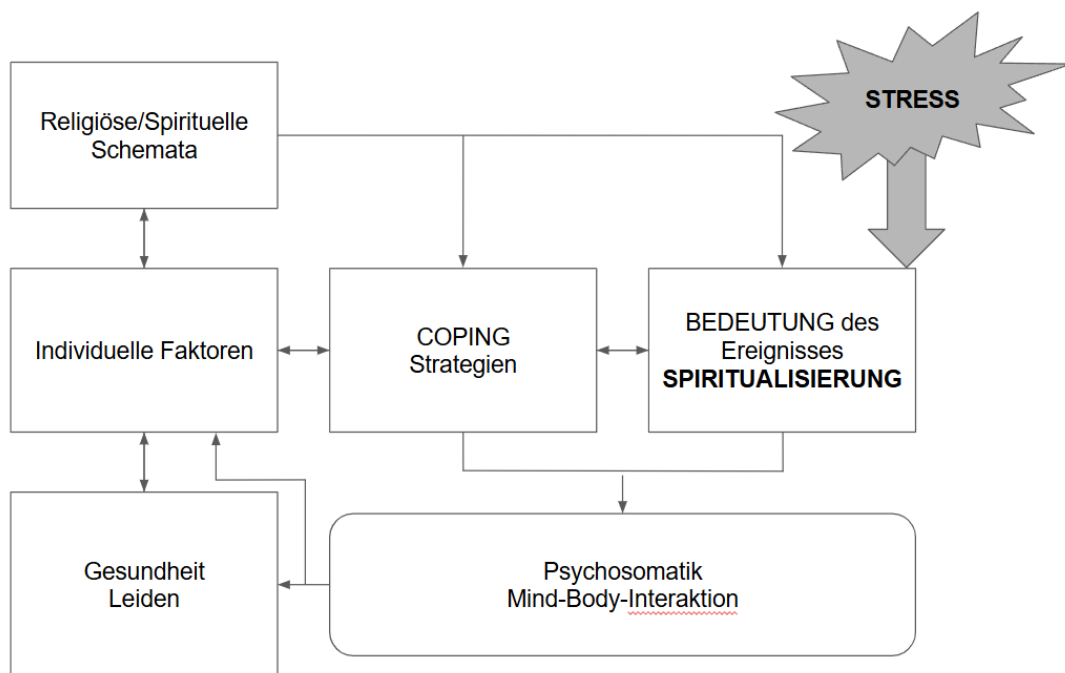
Funktionsweise wird besonders sichtbar, wenn Menschen existenzielle Erfahrungen deutungspsychologisch verarbeiten.

2.1.4.6 Spirituelle Kausalattributionen

Konzept und Motivlage. Die Suche nach Warum-Erklärungen nimmt insbesondere in Situationen zu, die durch Komplexität, Leid oder mangelnde Kontrollierbarkeit gekennzeichnet sind (vgl. Weiner, 1986, zitiert nach Pfeifer, 2018). In solchen Situationen neigen Menschen dazu, Modelle zu konstruieren, die Spannung und *kognitive Dissonanz* reduzieren (vgl. Pfeifer, 2018a, in Utsch et al., 2018). *Spiritualisierung* bezeichnet die Zuschreibung von Ursachen und Bedeutungen auf Basis transzendenter Annahmen (z. B. „Prüfung“, „Fügung“, „Karma“). Diese kann sich sowohl auf punktuelle Ereignisse (situativ) als auch auf den gesamten Lebensentwurf (global) beziehen. Abbildung 1 veranschaulicht diesen Zusammenhang als *Modell spiritueller Denkschemata* in Anlehnung an Pfeifer (2018a).

Abbildung 1

Modell spiritueller Denkschemata, Deutungsmuster, Coping und Stressoren



Anmerkung. Eigene Darstellung in Anlehnung an Pfeifer, 2018a, S. 46, adaptiert nach Dull & Skokan, 1995, sowie Gall et al., 2005.

Kognitive Architektur. Spirituelle Deutungen sind in kognitiven Schemata und Denkmustern verankert, die Wahrnehmung, Bewertung und Handlungswahl steuern. Diese Schemata sind funktional in der *weltanschaulichen Triade* verankert, da sie zwischen Selbst-, Welt- und Gottesbild vermitteln und auf jeder Ebene die kognitive Verarbeitung existenzieller

Erfahrungen strukturieren. Die klinische Relevanz dieser Prozesse zeigt sich insbesondere in ihrer Wirkung auf Belastungsverarbeitung und Anpassung.

Gesundheitliche Relevanz. Klinische Schulen, zum Beispiel innerhalb der kognitiv-behavioralen Therapie, betonen die Relevanz dieser Muster, da traumatische Erfahrungen von Betroffenen häufig spirituell verarbeitet werden (vgl. Meichenbaum, zitiert nach Utsch, 2018d). Eingebettet in übergeordnete kognitive Netzwerke (vgl. Dull & Skokan, 1995) beeinflussen spirituelle Schemata (a) die Interpretation von Situationen, (b) die Aktivierung spezifischer Ressourcen (soziale, rituale, symbolische) und (c) die Wahl von Coping-Strategien. Empirische Befunde weisen auf identitätsstabilisierende Effekte sowie auf psychosomatische Zusammenhänge hin (vgl. Rogers & Loewenthal, 2003). Gall et al. (2005) erweitern diesen Ansatz um ein gesundheitspsychologisches Rahmenmodell, das Spiritualität als integrativen Faktor zwischen Kognition, Emotion und Verhalten versteht. In ihrem Konzept fungieren spirituelle Überzeugungen als regulative Strukturen, die *Stress appraisal* (vgl. Anhang C), Coping und die psychosomatische Anpassung vermitteln. Damit lässt sich *Spiritualisierung* als funktionales Bindeglied zwischen kognitiven Bewertungsprozessen und der emotionalen Sinnregulation interpretieren. Spirituelle Deutungsmuster aktivieren neben emotionalen auch exekutive Kontrollprozesse, die Aufmerksamkeit, Inhibition und kognitive Flexibilität betreffen. Diese Funktionen ermöglichen es, widersprüchliche Informationen zu integrieren und emotionale Belastungen zu regulieren - zentrale Mechanismen, die auch Diamond (2013) als Kern exekutiver Funktionen beschreibt. Anhang C geht in diesem Bezug zur Krisenbewältigung vertiefend auf die Aspekte einer klinischen Glaubenspsychologie, im psychotherapeutischen Kontext ein.

Protektive Funktionen. Spirituelle Kausalattributionen können sowohl protektive als auch problematische Effekte entfalten. In adaptiver Form tragen sie zu einem *Bedeutungsreframing*²⁰ bei, fördern Hoffnung, Sinnkohärenz, Emotionsregulation und Zugehörigkeit. Diese Faktoren begünstigen die Verarbeitung von Trauer und Krankheit und korrelieren teilweise mit günstigeren Gesundheitsindikatoren (vgl. Koenig, 2012; Koenig et al., 2012; Schnell, 2020; Schnell & Danbolt, 2023; Utsch et al., 2018).

Risikokonstellationen. Demgegenüber können sich auch problematische Effekte ergeben. Schuld- und Angstverstärkungen durch die Vorstellung eines strafenden Gottes, Vermeidungsattributionen im Sinne einer ausschließlichen Zuschreibung an „geistliche

²⁰ Bedeutungsreframing = Der Begriff beschreibt den psychologischen Prozess der kognitiven Neubewertung, bei dem ein Ereignis durch veränderte Bedeutungszuschreibung in einen neuen Sinnzusammenhang gestellt wird. Dadurch kann eine belastende Erfahrung emotional entschärft und als handhabbar erlebt werden (vgl. Lazarus & Folkman, 1984; Park, 2010).

Ursachen“ oder ambivalente Therapieeinstellungen sind mögliche Folgen, welche den Handlungsspielraum innerhalb der weltanschaulichen Triade reduzieren, statt ihn zu erweitern. In solchen Fällen kann ein problematisches Gottesbild, aufgrund seines übergeordneten, meta-theoretischen Einflusses, auch das Selbst- und Weltbild verzerren, wodurch Sinn und Orientierung verloren gehen können (vgl. 2.2.1.2 *Verlust von Sinn und Orientierung*). Pfeifer (2014) illustriert dies anhand klinischer Fallvignetten und betont die Notwendigkeit, therapeutisch differenziert an den Inhalten und der Intensität spiritueller Deutungen zu arbeiten.

Determinanten. Der *Grad der Spiritualisierung* korreliert mit der *Zentralität* religiöser und spiritueller Inhalte (vgl. Huber, 2003; Huber & Huber, 2012). Je stärker Glaubensinhalte im individuellen Selbst verankert sind, desto globaler und persistenter gestalten sich spirituelle Deutungen (vgl. 2.1.3.2). Daraus resultiert ein entsprechend größerer Einfluss auf das Kohärenzgefühl (vgl. Antonovsky, 1987, 1993), *dispositionalen Optimismus*²¹ und *Resilienz* (vgl. Anhang C). Damit ergibt sich ein konsistentes Gesamtbild, das die Bedeutung von Glaubenssystemen für Sinn- und Kohärenzbildung verdeutlicht.

Gesellschaftliche Perspektive. Auch auf empirisch-gesellschaftlicher Ebene zeigt sich, dass kritische Lebensereignisse wie Tod, Krankheit, Trennung oder Arbeitslosigkeit die Tragfähigkeit individueller Sinnquellen herausfordern. Forschungen zu Sinnorientierungen (z. B. Schnell & Becker, 2007; Schnell & Danbolt, 2023) verdeutlichen, dass religiös-spirituelle Deutungen in solchen Situationen als besonders ressourcenreich erlebt werden können. Dies gilt nicht nur im Rahmen kirchlicher Institutionen, sondern zunehmend auch in individualisierten und pluralisierten Formen der Spiritualität (vgl. Huber & Huber, 2012; Utsch et al., 2018). Damit wird deutlich, dass religiöse und spirituelle Glaubenssysteme gerade in Zeiten existenzieller Verunsicherung einen erweiterten Rahmen für Sinnkonstruktionen bereitstellen; einen Rahmen, der über konventionelle weltanschauliche Strukturen hinausgeht und individuelle wie kollektive Prozesse der Sinnstiftung integriert.

Fazit. Die in diesem Kapitel dargestellten Mechanismen der *Spiritualisierung* verdeutlichen, dass Glaubenssysteme nicht nur strukturelle, sondern dynamische Funktionen erfüllen, indem sie Sinnkrisen präventiv abfedern oder reaktiv kompensieren können. Gerät diese integrative Funktion der Glaubenssysteme unter Druck oder verliert sie ihre Wirksamkeit, kann das Bedürfnis nach Kohärenz selbst zur Quelle psychischer Belastung werden. Im folgenden Kapitel (2.2) wird untersucht, wie die Störung solcher Prozesse, etwa im Sinne von

²¹ Dispositionaler Optimismus = Nach Carver und Scheier (2009) bezeichnet dispositionaler Optimismus eine relativ stabile, situationsübergreifende Erwartung positiver zukünftiger Ereignisse. Er gilt als zentraler Prädiktor adaptiver Coping-Strategien und steht empirisch in Zusammenhang mit höherer psychischer und physischer Belastbarkeit (vgl. Carver et al., 2010).

disrupted meaning systems (vgl. 2.2.1.3; Park, 2010), zur Entstehung psychischer Krisen und *kognitiver Dissonanz* (vgl. 2.2.1.4; Festinger, 1957) beitragen kann.

2.2. Psychische Krisen

2.2.1 Was sind (psychische) Krisen?

(Psychische) Krisen sind Zustände innerer Instabilität, die entstehen, wenn zentrale psychische Regulationsmechanismen überfordert sind und grundlegende Bedürfnisse des Menschen anhaltend verletzt, bedroht oder unvereinbar erlebt werden. Nach Grawe (2004) beruhen menschliches Erleben und Verhalten auf der kontinuierlichen Regulation von vier psychologischen Grundbedürfnissen: 1) dem Bedürfnis nach *Bindung* (emotionale Sicherheit und Zugehörigkeit), 2) dem Bedürfnis nach *Kontrolle und Orientierung* (Vorhersehbarkeit, Selbstwirksamkeit), 3) dem Bedürfnis nach *Selbstwerterhöhung* und -schutz sowie 4) dem Bedürfnis nach *Lustgewinn und Unlustvermeidung*.

Krisen entstehen, wenn diese Bedürfnisse dauerhaft frustriert werden oder wenn zwischen ihnen widersprüchliche Aktivierungsmuster bestehen. Unter solchen Bedingungen kommt es zu einem Spannungszustand, in dem das bisherige Selbst- und Weltverständnis keine ausreichende Orientierung mehr bietet (vgl. 2.1.1). Der Mensch erlebt Kontrollverlust, emotionale Desintegration und Sinnentleerung – zentrale Kennzeichen einer (psychischen) Krise. Grawes Modell bietet somit eine psychologisch fundierte Grundlage, um Krisen als Störungen der inneren Bedürfnisbalance zu begreifen. Diese Betrachtungsweise bildet den funktionalen Ausgangspunkt für die nachfolgende Analyse jener Krisen, die in engem Zusammenhang mit der individuellen Sinn- und Weltkonstruktion stehen (vgl. 2.2.1.2). Um zu verstehen, unter welchen Bedingungen solche Zustände psychischer Desintegration entstehen, ist es notwendig, die typischen Auslöser dieser Krisen näher zu betrachten. Der folgende Abschnitt ordnet daher die häufigsten Belastungsfaktoren ein, die das empfindliche Gleichgewicht der psychischen Grundbedürfnisse destabilisieren können.

2.2.1.1 Typische Auslöser

(Psychische) Krisen entstehen nicht isoliert, sondern im Spannungsfeld individueller Dispositionen, biografischer Prägungen und situativer Belastungen. Sie können sich sowohl aus akuten Lebensereignissen als auch aus kumulativen chronischen Stressoren entwickeln. Dabei wirken biologische, psychologische und soziale Einflussfaktoren meist zusammen und führen, je nach individueller Vulnerabilität (vgl. 2.2.3) zu einer Überforderung der psychischen Regulationsmechanismen (vgl. Grawe, 2004; Vögele, 2012). Klassischerweise werden Krisen hinsichtlich ihrer Auslöser charakterisiert und unterschieden; so gibt es beispielsweise Krisen

mit klaren Auslösern oder diffuse Krisen, mit eher unbewussten, innerpsychischen Hintergründen (vgl. Riecher-Rössler et al., 2004). Zu den klaren Auslösern gehören vor allem Verlust- und Bedrohungserfahrungen, die zentrale Bedürfnisse nach Sicherheit, Kontrolle oder Zugehörigkeit destabilisieren (vgl. Augsburger & Maercker, 2020; Frankl, 1982, 2023; Huether, 2001; Pargament, 1997; Riecher-Rössler et al., 2004). Diffuse Krisenauslöser entstehen dagegen häufig aus inneren Spannungen oder länger anhaltenden Diskrepanzen zwischen Selbstanspruch und Umweltanforderungen. Dazu zählen Konflikte über Identität, Rollenbilder oder Wertorientierungen sowie allgemein das Erleben von Leid, Ungerechtigkeit oder Sinnverlust. Solche Belastungen führen zu einer Desintegration zentraler psychischer Grundbedürfnisse und schwächen die Fähigkeit zur Selbstregulation (vgl. Antonovsky, 1987; Frankl, 1982, 2023; Huether, 2001).

In beiden Varianten treten Krisen besonders dann auf, wenn bestehende Bewältigungsstrategien nicht mehr wirksam sind und neue Deutungsmuster noch fehlen. Sie markieren Übergangsphasen, in denen das Selbst- und Weltverständnis neu geordnet werden muss. Dieser Zustand eines kritischen Ungleichgewichts zeigt sowohl Risiko- als auch Entwicklungspotenzial und verweist auf den engen Zusammenhang zwischen psychischer Stabilität und der Fähigkeit zur Sinnintegration (vgl. Caplan, 1964; Grawe, 2004, 2005; Huether, 2001). Während diese Auslöser beschreiben, woher Krisen kommen können, beantwortet dies noch nicht die Frage, wie sie psychologisch wirksam werden. Entscheidend ist, ob ein Ereignis die inneren Sinn- und Ordnungsstrukturen erschüttert.

2.2.1.2 Verlust von Sinn & Orientierung

Im Zentrum dieser Arbeit stehen jene Krisen, die eng mit der individuellen Sinn- und Weltkonstruktion verbunden sind. Sie werden als Störungen im Zusammenspiel der weltanschaulichen Triade verstanden, also als Inkonsistenzen zwischen Selbst, Welt und Gottesbild, die das Kohärenzgefühl und die subjektive Sinnhaftigkeit beeinträchtigen (vgl. 2.1.1). Solche Krisen zeigen sich nicht nur emotional, sondern vor allem als Desintegration des Bedeutungsgefüges, das normalerweise Orientierung und Richtung vermittelt. Zur theoretischen Einordnung bietet Park (2010) einen geeigneten Makrorahmen. Sie unterscheidet zwischen globalen Annahmen über Selbst, Welt und Leben und den situativen Bedeutungen einzelner Ereignisse. Entsteht eine Diskrepanz zwischen beiden Ebenen, etwa wenn ein belastendes Ereignis grundlegenden Ordnungsannahmen widerspricht, kommt es zu psychologischer Inkohärenz. Dieser Zustand aktiviert *meaning making processes*, also kognitive und emotionale Anpassungsmechanismen, die auf die Wiederherstellung von Kohärenz und Sinn zielen (vgl. 2.2.1.3). Für die hier entwickelte Theorie markiert diese

Diskrepanz jene Schwelle, an der Disruptionen im Bedeutungssystem entstehen. Diese Disruptionen entsprechen funktional dem, was als kognitive Dissonanz innerhalb der weltanschaulichen Triade beschrieben wird. Während Grawe (2004) darlegt, unter welchen Bedingungen Krisen entstehen (vgl. 2.2.1.1), erklärt Park (2010) die Bedeutungsebene dieser Inkonsistenzen. Festinger (1957) ergänzt anschließend den Mechanismus, über den solche Widersprüche subjektiv erlebt und reguliert werden (vgl. 2.2.1.4). Im nächsten Schritt werden daher zunächst Parks Modell und anschließend die Theorie der kognitiven Dissonanz erläutert. Darauf aufbauend folgt die Darstellung der wechselseitigen Dynamik zwischen Selbst, Welt und Gottesbild und der psychischen Folgen einer gestörten Sinnkonstruktion (vgl. 2.2.2).

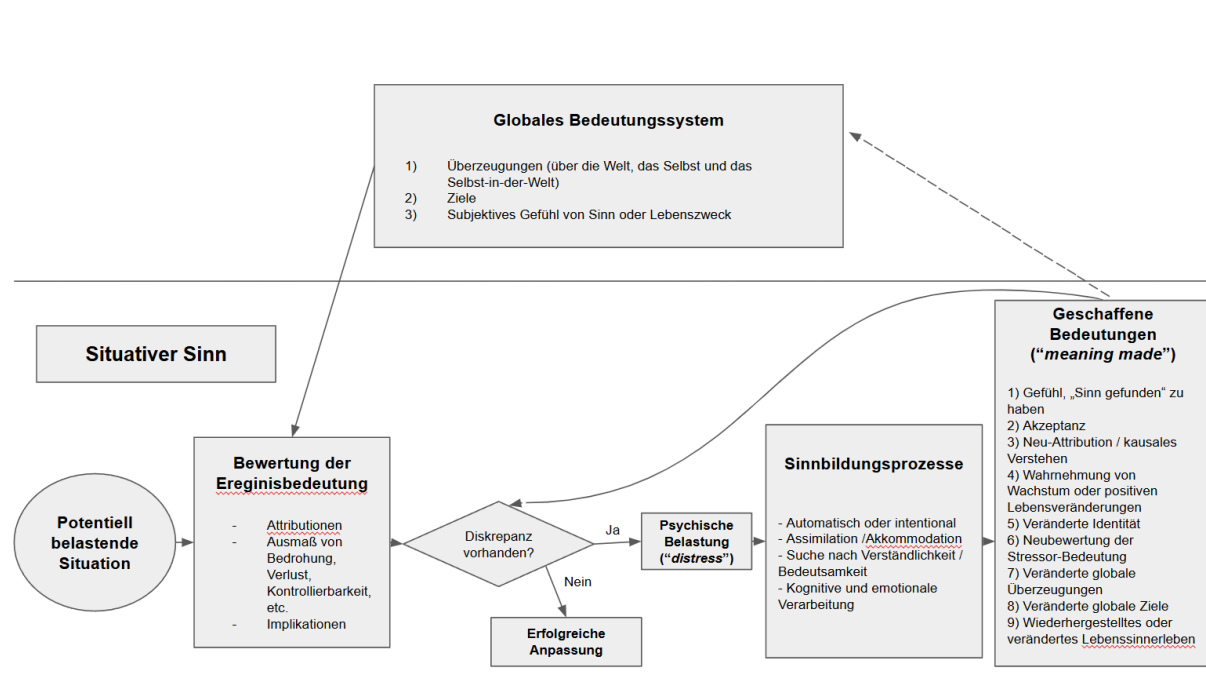
2.2.1.3 Disrupted meaning system hypothesis (Park, 2010)

Crystal L. Park (2010) beschreibt im *Meaning-Making Model* (Abb. 2) ein integratives Rahmenmodell, das erklärt, wie Menschen auf Ereignisse reagieren, die ihre grundlegenden Überzeugungen über sich selbst, die Welt und das Leben infrage stellen. Im Zentrum steht das *Global Meaning System*, bestehend aus (a) allgemeinen Überzeugungen und Weltanschauungen, (b) persönlichen Zielen und Werten sowie (c) einem subjektiven Gefühl von Sinn und Lebensbedeutung. Belastende oder potenziell stressreiche Situationen werden zunächst auf der Ebene des *situational meaning* bewertet, das heißt hinsichtlich Bedrohung, Verlust, Kontrollierbarkeit und Implikationen. Kommt es hierbei zu einem Widerspruch zwischen *situativer Bewertung* und *globalem Sinnsystem*, entsteht eine Diskrepanz („*discrepancy*“), die *psychischen Distress*²² auslöst (vgl. Park, 2005, 2010; Park & Folkman, 1997).

²² Psychologischer Distress bezeichnet einen subjektiven Zustand emotionaler Belastung, der aus der Diskrepanz zwischen individuellen Erwartungen, Überzeugungen und der erlebten Realität entsteht. Er umfasst Reaktionen wie Anspannung, Angst, Hilflosigkeit und Kontrollverlust und gilt als Indikator für eine gestörte psychische Homöostase (vgl. Festinger, 1957; Lazarus & Folkman, 1984; Mirowsky & Ross, 2002)

Abbildung 2.

Das Meaning-Making-Modell nach Park (2010)



Anmerkung. Eigene Darstellung in Anlehnung an Park (2010). Durchgezogene Linien kennzeichnen den kritischen Modellpfad (*critical model pathway*), gestrichelte Linien mögliche zusätzliche Pfade (*possible model pathway*).

Prozessdynamik des Modells. Park beschreibt, in Abbildung 2, einen Anpassungsprozess zwischen *globalem* und *situativem Sinn*. Diskrepanzen aktivieren kognitive und emotionale Mechanismen der Sinnbildung, insbesondere *Assimilation* und *Akkommodation*:

1. **Assimilation:** Die Umdeutung des Ereignisses, um es mit bestehenden Überzeugungen kompatibel zu machen (vgl. Park, 2010; Piaget, 1954)
2. **Akkommodation:** Die Anpassung globaler Überzeugungen und Werte an das neu Erlebte (vgl. Park, 2010; Piaget, 1954).

Gelingt die Sinnanpassung, entsteht ein Zustand des *meaning made*, der mit Akzeptanz, Neubewertung und Re-Attribution einhergeht (vgl. Anhang C). Häufig zeigen sich auch veränderte globale Überzeugungen, neu geordnete Lebensziele oder eine erweiterte Identität. Misslingt die Integration, bleibt der Zustand psychologischer Inkohärenz bestehen, was chronischen Stress und maladaptive Bewältigung begünstigen kann (vgl. Park, 2010).

Psychologische Konsequenzen einer Disruption. Disruptionen im globalen Bedeutungssystem wirken sich häufig gleichzeitig auf emotionale, kognitive und motivationale Ebenen aus. Emotionale Reaktionen wie Angst, Hoffnungslosigkeit oder existenzielle

Bedrohung treten ebenso häufig auf wie kognitive Beeinträchtigungen in Kohärenz und Vorhersagbarkeit. Diese können zu einer Fragmentierung des Selbst- und Weltbildes führen. Auf motivationaler Ebene kommt es oft zu einem Verlust von Orientierung und Selbstwirksamkeit, während das Bedürfnis nach Kontrolle und Sinn deutlich ansteigt. Damit wird sichtbar, dass Störungen im *global meaning system* mehrere psychische Ebenen gleichzeitig betreffen und zentrale Mechanismen psychischer Stabilität unterminieren (vgl. Park, 2010). In diesem Sinne beschreibt Park psychische Krisen als gestörte Regulation von Sinn, die dann entsteht, wenn Inkonsistenzen zwischen *globalem* und *situativem Sinn* nicht mehr überbrückt werden können (vgl. Park & Folkman, 1997; Park, 2005, 2010).

Einbettung in die vorliegende Theorie. Im Rahmen dieser Arbeit wird Parks Modell als Makrostruktur verstanden, die das Zusammenspiel der *triadischen Weltanschauung* (Selbst-, Welt- und Gottesbild) auf einer übergeordneten Sinnebene abbildet. Eine *disruption* entspricht einer Inkonsistenz zwischen diesen Komponenten, etwa wenn das Gottesbild keine sinnvolle Deutung von Leid mehr ermöglicht oder das Selbstbild nicht mehr in die moralische Ordnung des Weltbildes integriert werden kann. Die daraus resultierende Inkohärenz markiert den Übergang von einem gestörten Bedeutungsgefüge zu einer psychischen Krise. Die nachfolgenden Mechanismen der Sinnanpassung - ob kognitiv, emotional oder spirituell - bilden die Grundlage jener *meaning-making processes*, die im letzten Kapitel bereits als *spirituelle Kausalattributionen* (vgl. 2.1.4.6) eingeführt und beschrieben worden sind.

Markoebene vs. Mikroebene. Im Anschluss an Park beschreibt Festinger (1957) auf der Mikroebene den psychologischen Mechanismus, über den solche Inkonsistenzen subjektiv erlebt und reguliert werden. Während Parks Modell erklärt, wann und warum Inkonsistenzen zwischen globalen und situativen Sinnsystemen entstehen, zeigt die *Theorie der kognitiven Dissonanz*, wie diese Widersprüche psychologisch wirksam werden. Die aus einer Diskrepanz resultierende Spannung manifestiert sich als Konflikt zwischen Kognitionen, also zwischen Überzeugungen, Wahrnehmungen oder Handlungsintentionen. Damit bietet die *Theorie der kognitiven Dissonanz* die psychologische Grundlage dafür, wie Störungen innerhalb der triadischen Weltanschauung zu emotionalem und kognitivem Stress führen und Prozesse der Sinnrekonstruktion anstoßen können.

2.2.1.4 Kognitive Dissonanz

Das Konzept der *kognitiven Dissonanz* geht auf Leon Festinger (1957) zurück und beschreibt einen psychologischen Spannungszustand, der entsteht, wenn zwischen mehreren Kognitionen, also Überzeugungen, Einstellungen oder Wahrnehmungen, ein Widerspruch besteht. Menschen streben nach innerer Konsistenz zwischen ihren Gedanken, Emotionen und

Handlungen. Werden diese in Konflikt zueinander erlebt, entsteht ein unangenehmer Spannungszustand, der als *kognitive Dissonanz*, respektive *psychologischer Distress* (vgl. Lazarus & Folkman, 1984; Mirowsky & Ross, 2002) bezeichnet wird. Dieser Zustand motiviert zu Handlungen oder gedanklichen Anpassungen, um das Gleichgewicht wiederherzustellen. Festinger (1957) zeigte, dass Individuen dazu neigen, widersprüchliche Informationen zu vermeiden oder umzudeuten, um die eigene Selbst- und Weltsicht aufrechtzuerhalten. *Dissonanzreduktion* erfolgt dabei über drei Hauptstrategien: (1) Verhaltensänderung als eine Anpassung des Handelns an bestehende Überzeugungen, (2) Einstellungsänderung als eine Modifikation von Überzeugungen, um sie an das Verhalten anzupassen, oder (3) kognitive Neubewertung als eine Umdeutung der Situation, um den Widerspruch subjektiv aufzulösen. Die drei Strategien der *Dissonanzreduktion* lassen sich im Rahmen des *triadischen Weltanschauungsmodells* (vgl. 2.1.3) als kognitive Mechanismen verstehen, über die Individuen Inkonsistenzen zwischen Selbstbild, Weltbild und Gottesbild ausgleichen und so die Grundlage für ein kohärentes Sinn- und Selbstverständnis wiederherstellen. In diesem Sinne ist *kognitive Dissonanz* ein grundlegender Regulationsmechanismus psychischer Stabilität, der das Bedürfnis nach Kohärenz im Denken und Erleben widerspiegelt (vgl. Harmon-Jones, 2019).

Rolle in Krisen. Im Kontext psychischer Krisen kann *kognitive Dissonanz* als Ausgangspunkt tiefgreifender Sinn- und Identitätskonflikte verstanden werden. Sie entsteht, wenn zentrale Überzeugungen über das Selbst, die Welt oder Transzendenz; also die Grundstrukturen der *weltanschaulichen Triade*, durch widersprüchliche Erfahrungen in Frage gestellt werden. Bleibt dieser Spannungszustand ungelöst, kann er zu einem Zusammenbruch der bestehenden Deutungsmuster und damit zu einer gestörten Sinnkonstruktion führen. Umgekehrt kann die erfolgreiche *Reduktion von Dissonanz*, etwa durch Neubewertung oder Integration widersprüchlicher Inhalte, zu persönlichem Wachstum und vertiefter Selbstreflexion beitragen (vgl. Festinger, 1957; Harmon-Jones & Harmon-Jones, 2007; Park, 2005, 2010; Park & Folkman, 1997).

In der Folge lassen sich psychische Krisen als Ausdruck eines gestörten Gleichgewichts innerhalb der triadischen Weltanschauung begreifen. Die Dissonanz zwischen Selbst-, Welt- und Gottesbild führt zu einer Instabilität der psychologischen Kohärenzstruktur und damit zu einer Beeinträchtigung der Sinn- und Identitätsregulation. Je nachdem, welche der drei Bezugsdimensionen vorrangig betroffen ist, zeigen sich unterschiedliche emotionale, kognitive und verhaltensbezogene Symptome. Die *Theorie der kognitiven Dissonanz* erklärt somit den grundlegenden Mechanismus, über den Inkonsistenzen innerhalb der Triade psychischen Stress erzeugen. Wie sich diese Spannungen konkret in Selbst-, Welt- und Gottesbild manifestieren,

wird im folgenden Abschnitt differenziert dargestellt. Zuerst werden die typischen Charakteristika und psychopathologischen Implikationen eines dissonanten Selbstbildes, eines dissonanten Weltbildes und eines dissonanten Gottesbildes erläutert, bevor ihre wechselseitige Dynamik im Rahmen der gestörten Triade beschrieben und mit einem abschließenden Fallbeispiel²³ veranschaulicht wird.

2.2.2 Störungen in der Sinnkonstruktion

2.2.2.1 Dissonantes Selbstbild

Ein gestörtes Selbstbild stellt die *intrapsychische Manifestation kognitiver Dissonanz* dar. Es beschreibt den Verlust innerer Kohärenz, wenn grundlegende Selbstannahmen über Kontrolle, Selbstwirksamkeit oder moralische Integrität mit aktuellen Erfahrungen oder äußeren Anforderungen in Konflikt geraten. Das Selbstbild (vgl. 2.1.3.1) umfasst kognitive, emotionale und verhaltensbezogene Strukturen, über die Menschen ihr Erleben interpretieren und regulieren.

Kognitiv-behaviorale Perspektive. Aus verhaltenstherapeutischer Perspektive umfasst es das Geflecht aus Selbstschemata, Überzeugungen und Bewertungen, durch die Individuen ihr eigenes Handeln und Erleben interpretieren (vgl. Bandura, 1977; Beck, 1979). Ein negatives oder instabiles Selbstbild ist häufig mit vermindertem Selbstwert, geringer Selbstwirksamkeit und dysfunktionalen Grundannahmen verbunden, die das Erleben von Hilflosigkeit und Kontrollverlust begünstigen. Diese kognitiven Verzerrungen wirken sich unmittelbar auf Affektregulation, Motivation und zwischenmenschliche Interaktion aus und können, insbesondere unter Belastung, zu depressiven, ängstlichen oder selbstabwertenden Mustern führen (vgl. Grawe, 2004; Hautzinger, 2013).

Psychoanalytische Perspektive. In der psychoanalytischen Tradition wird das Selbstbild weiter differenziert. Das „Ich“ beschreibt die Instanz, die Wahrnehmung, Realitätsprüfung und Abwehr organisiert und damit die kognitive Steuerung des psychischen Geschehens übernimmt (vgl. Jung, 1966, 1967). Das „Ego“ bezeichnet jene unintegrierten, starren und häufig unbewussten Anteile des Ich, die durch Abwehrprozesse abgespalten wurden und sich in konflikthaftern Tendenzen äußern. Dazu zählen etwa übermäßiger Ehrgeiz, Vergleichsdenken, Besitzstreben, Eifersucht, rigide Selbstansprüche oder ein starkes Bedürfnis nach Anerkennung und Kontrolle (vgl. Brenner, 2017; Helg, 2000). Solche verhärteten Ego-Strukturen reduzieren psychische Flexibilität und begünstigen selbstschädigende Muster. Das

²³ Das Fallbeispiel basiert auf einer klinisch-psychologischen Praxiserfahrung des Verfassers im Rahmen eines teilstationären Praktikums in einer allgemeinspsychiatrischen Tagesklinik. Alle Angaben wurden aus Gründen des Datenschutzes anonymisiert und inhaltlich so verändert, dass keine Rückschlüsse auf reale Personen möglich sind.

„Selbst“ fungiert in diesem Modell als übergeordnete Integrationsinstanz. Es ermöglicht die Einordnung und Modulation unbewusster Ego-Anteile, sodass diese in ein stabileres und authentischeres Ich integriert werden können. Dieser Prozess der Selbstwerdung entsteht durch Bewusstwerdung und symbolische Verarbeitung abgespaltener Inhalte und bildet ein zentrales Ziel psychoanalytischer Therapie (vgl. Jung, 1966, 1967).

2.2.2.2 Dissonantes Weltbild

Das Weltbild (vgl. 2.1.3.2) beschreibt das kognitive Referenzsystem, über das Individuen Ereignisse einordnen, Wirkzusammenhänge verstehen und sich selbst in Relation zur äußeren Welt verorten. Es fungiert als Orientierungsrahmen, der Sinn, Vorhersagbarkeit und Kontrolle im Alltag ermöglicht. Wird dieses System durch widersprüchliche oder traumatische Erfahrungen überfordert, kann es zu Verzerrungen, Fragmentierungen oder rigiden Weltdeutungen kommen, die das Kohärenzerleben und den Realitätsbezug beeinträchtigen.

Kognitiv-behaviorale Perspektive. Aus verhaltenstherapeutischer Sicht entsteht ein dysfunktionales Weltbild durch die Ausbildung negativer kognitiver Schemata und generalisierter Grundannahmen über die Welt (z. B. „Die Welt ist schlecht/böse“), das Leben (z. B. „Das Leben ist sinnlos“) oder andere Menschen (z. B. „Man kann niemandem vertrauen“). Erfahrungen von Kontrollverlust, Zurückweisung oder Bedrohung können stabile Überzeugungen hervorbringen, die die Umwelt als gefährlich, ungerecht oder feindselig erscheinen lassen. Diese verzerrten Überzeugungen wirken als kognitive Filter, durch die neue Informationen selektiv wahrgenommen und bestehende Annahmen bestätigt werden (vgl. Beck, 1979; Ellis, 1962). Die Folge sind überdauernde Gefühle von Misstrauen, Hoffnungslosigkeit und Entfremdung, welche das Erleben von Sicherheit und Zugehörigkeit unterminieren. Eine derartige kognitive Dysregulation gilt als zentraler Risikofaktor für die Entwicklung depressiver, ängstlicher und paranoider Symptomatiken (vgl. Grawe, 2004; Hautzinger, 2013; Janoff-Bulman, 1989).

Psychoanalytische Perspektive. Im psychoanalytischen Verständnis ist das Weltbild der Ausdruck innerer Objektbeziehungen und symbolischer Projektionen unbewusster Konflikte auf die äußere Wirklichkeit. Ein pathologisches Weltbild manifestiert sich, wenn diese Projektionen rigide werden und das Individuum seine innere Konfliktdynamik nach außen verlagert (vgl. Freud, 1911; Kernberg, 1975). Feindselige oder misstrauische Weltdeutungen können so als Abwehrmechanismus gegen unerträgliche Affekte wie Angst, Schuld oder Ohnmacht verstanden werden. In der klinischen Praxis äußert sich dies häufig in der Tendenz, äußere Umstände oder andere Menschen für das eigene Leid verantwortlich zu machen, anstatt

intrapyschische Konflikte zu reflektieren. Nach Jung (1966) und Brenner (2017) ist ein verzerrtes Weltbild insbesondere auch der Ausdruck einer gestörten Beziehung zwischen Bewusstsein und Unbewusstem, in der kollektive und persönliche Schattenanteile²⁴ externalisiert werden. Ein Ziel der psychotherapeutischen Arbeit ist daher die schrittweise Re-Integration dieser Anteile, um die Wahrnehmung der Welt wieder als mehrdimensional, verstehbar und veränderbar zu erleben (vgl. Jung, 1966, 1989).

2.2.2.3 Dissonantes Gottesbild

Das Gottesbild (vgl. 2.1.3.4) bezeichnet die mentale Repräsentation jener metaphysischen Grundstrukturen, die der Mensch als ordnende Prinzipien des Kosmos begreift und über die er versucht, die irrationalen oder unerklärlichen Lücken seines Selbst- und Weltbildes zu schließen (vgl. 2.1.3.3). Psychologisch stellt es kein exklusiv religiöses Konzept dar, sondern ein universelles Deutungsmuster, das auf die symbolische Integration des Unverfügbaren zielt. Es umfasst kognitive, emotionale und symbolische Komponenten, durch die Individuen das Überpersönliche, Transzendente oder schlicht das Nicht-Erklärbare interpretieren und in ihre persönliche Weltanschauung einbetten.

In säkularen Kontexten kann das klassische religiös-spirituelle Gottesbild durch funktional analoge Strukturen ersetzt werden, beispielsweise durch Natur, Vernunft, Wissenschaft, Schicksal, Moral oder Humanität, die eine vergleichbare psychologische Funktion erfüllen. Sie schaffen Ordnung, Bedeutung und Orientierung angesichts *existenzieller Kontingenz*. Entscheidend ist somit nicht der metaphysische Gehalt dieser Überzeugungen, sondern ihre regulative Funktion und damit das Bedürfnis, disparate Erfahrungsbereiche zu einem kohärenten Ganzen zu verbinden (vgl. 2.1.3.4; 2.1.4.5; 2.1.4.6). In diesem Sinne ist das Gottesbild insbesondere der Ausdruck einer *anthropologischen Konstante* (vgl. 2.1.4.1). Folglich der Fähigkeit und dem Drang des Menschen, das Dasein in ein umfassenderes Sinn- und Ordnungssystem einzubetten (vgl. Bucher, 2007; Grom, 2009, zitiert nach Utsch et al., 2018; Hemel, 1998; Jäger, 2007; Jung, 1987a; Tillich, 1952, 1957; Wong, 2013).

Entspricht diese innere Repräsentation jedoch einer rigiden, angstmachenden oder widersprüchlichen Struktur, kann sie zur Quelle psychischer Dissonanz und existenzieller Verunsicherung werden. Ein problematisches Gottesbild, gleichgültig ob religiös, spirituell oder säkular geprägt, spiegelt dann die Störung jener Integrationsprozesse wider, die normalerweise Vertrauen, Sinn und psychologische Kohärenz vermitteln.

Kognitiv-behaviorale Perspektive. Aus kognitions- und lerntheoretischer Sicht bildet

²⁴ Schattenanteile = Schattenanteile bezeichnen nach Jung (1989) die verdrängten und moralisch abgewerteten Aspekte der Persönlichkeit, deren (Re-)Integration für die psychische Ganzheit des Menschen wesentlich ist.

sich das Gottesbild (hier: verstanden als Repräsentation übergeordneter Sinn- und Ordnungsprinzipien) durch individuelle Erfahrungen, soziale Lernprozesse und kulturelle Prägungen. Es umfasst jene Überzeugungen, mit denen Menschen versuchen, die Beziehung zwischen sich selbst, der Welt und einem „höheren“ (oder übergeordneten) Prinzip der Ordnung zu erklären. Diese Strukturen können religiös, spirituell oder säkular gefasst sein: Als „Gott“, als „Naturgesetz“, als „kosmische Gerechtigkeit“, als „Schicksal“ oder als „Vernunft“. Wird dieses übergeordnete Orientierungssystem durch widersprüchliche Erfahrungen in Frage gestellt, klassischerweise durch Leid, Kontrollverlust, moralische Dilemmata oder existenzielle Unsicherheiten, entsteht *kognitive Dissonanzen*, die das *Kohärenzgefühl* bedrohen. Aus verhaltenstheoretischer Perspektive reagiert das Individuum dann mit typischen Anpassungsstrategien: (1) durch Neubewertung der Ereignisse (z. B. „Es hatte einen tieferen Sinn“), (2) durch Modifikation der zugrunde liegenden Überzeugung („Nicht alles folgt einem Plan“) oder (3) durch Vermeidung und kognitive Abspaltung widersprüchlicher Informationen (vgl. Festinger, 1957; Park, 2010). Dysfunktionale Glaubensrepräsentationen entstehen, wenn diese Schemata rigide, selbstabwertend oder externalistisch werden, beispielsweise wenn Sinn und Kontrolle ausschließlich auf äußere Mächte, Autoritäten oder Zufall projiziert werden. Ein strafender Gott, eine blinde Schicksalsmacht oder ein deterministisches Weltbild können so ähnliche psychische Effekte entfalten: das Erleben von Ohnmacht, Schuld und innerer Entfremdung. Umgekehrt fördern flexible, selbstwirksame und kontextadaptive Überzeugungen, unabhängig vom metaphysischen Gehalt, psychische Resilienz und Kohärenz (vgl. Antonovsky, 1987; Pargament, 1997; Park, 2010).

Psychoanalytische Perspektive. Nach Jung (1987a) besitzt das Gottesbild den Charakter eines Archetyps des kollektiven Unbewussten, der eine symbolische Repräsentation der Ganzheit des Menschen darstellt. Es verweist somit weniger auf eine objektive metaphysische Entität als auf eine psychische Struktur, durch die Erfahrungen von Sinn, Ordnung und Transzendenz symbolisch vermittelt werden (vgl. 2.1.4 *Glaubenssysteme als existenzielle Meta-Theorien*). Eine problematische Ausprägung entsteht, wenn diese Struktur einseitig besetzt, abgespalten oder auf äußere Autoritäten projiziert wird. In solchen Fällen verliert das Symbol seinen vermittelnden Charakter und wird zum Träger unbewusster Konflikte, was sich in übersteigerter Abhängigkeit, Angst, Zorn oder religiöser Überkompensation äußern kann (vgl. Ano & Vasconcelles, 2005; Exline et al., 2011). Die psychoanalytische Forschung deutet diese Prozesse als Ausdruck ambivalenter Objektbeziehungen, in denen sich frühe Bindungs- und Autonomiekonflikte auf die religiöse Repräsentanz übertragen (vgl. Rizzuto, 1979; Vergote, 1997). Ein „abgelehntes“ oder „ambi-

valentes" Gottesbild kann demnach als psychische Strategie verstanden werden, die auf die Regulation von Abhängigkeit, Schuld oder Kontrollverlust zielt. Solche Spannungen müssen nicht notwendigerweise pathologisch sein, sondern können auch Ausdruck der kognitiven und emotionalen Auseinandersetzung mit existenziellen Grundfragen darstellen.

In analytischer Perspektive lässt sich die Entwicklung und Artikulation eines Gottesbildes, oder allgemeiner: eines existenziellen Glaubenssystem, als dynamischer Prozess der symbolischen Aushandlung verstehen. Das Gottesbild fungiert dabei als Projektionsfläche, an der sich Spannungen zwischen Selbst- und Weltbezug psychisch organisieren. Seine jeweilige Gestalt spiegelt, wie Menschen Sinn, Verantwortung und Transzendenz in ihr Weltverständnis einordnen, unabhängig davon, ob dies in religiösen, spirituellen oder säkularen Begriffen geschieht (vgl. Jung, 1987a; Rizzuto, 1979). Da Selbst-, Welt- und Gottesbild keine isolierten Einheiten darstellen, sondern ein zusammenhängendes Bedeutungssystem bilden, ist es notwendig, ihre dynamischen Wechselwirkungen zu beleuchten. Der folgende Abschnitt zeigt, wie Veränderungen in einer Dimension die anderen beeinflussen und welche psychologischen Konsequenzen daraus entstehen.

2.2.2.4 Wechselwirkungen & Folgen

Selbstbild projiziert ins Weltbild. Die Art und Weise, wie ein Mensch sich selbst erlebt und bewertet, bildet die Grundlage seiner Beziehung zur äußeren Welt. Nach kognitiver Theorie werden Selbstschemata auf die Wahrnehmung äußerer Ereignisse übertragen und strukturieren, welche Aspekte der Realität als bedeutsam erlebt werden (vgl. Beck, 1979; Markus & Wurf, 1987). Ein instabiles oder fragmentiertes Selbstbild kann zu verzerrten Weltannahmen führen, etwa zu generalisiertem Misstrauen, überhöhter Kontrollbedürftigkeit oder fatalistischer Weltsicht. Das Weltbild fungiert in diesem Zusammenhang als kognitive Erweiterung des Selbstbildes: Es projiziert die inneren Ordnungsprinzipien nach außen und bestimmt, wie Individuen soziale, moralische und existentielle Zusammenhänge deuten (vgl. Koltko-Rivera, 2004).

Weltbild spiegelt das Gottesbild. Das individuelle Weltbild dient nicht nur der Orientierung in der erfahrbaren Realität, sondern vermittelt zugleich, welche übergeordneten Prinzipien als gültig oder verbindlich anerkannt werden. Nach Park (2005, 2010) und Wong (2013) prägt die Art, wie Menschen Sinn und Ordnung in der Welt konstruieren, ihr Verhältnis zu transzendenten oder metaphysischen Dimensionen. Ein reduktionistisches oder deterministisches Weltbild kann den transzendenten Bezugsrahmen einschränken, während ein übermäßig idealisiertes Weltbild eine Spaltung zwischen Realität und Sinn begünstigt (vgl. Schnell, 2009). In beiden Fällen wird die Fähigkeit beeinträchtigt, Erfahrungen in einen

kohärenten Gesamtzusammenhang einzubetten. Das Gottesbild, als kognitive Repräsentation transzendenter Ordnung (vgl. 2.1.3 *Glaubenssysteme als existenzielle Meta-Theorien*), spiegelt in dieser Perspektive, wie Individuen die Welt als sinnvoll, gerecht oder willkürlich erleben. Verzerrungen in diesem Bereich wirken sich rückkoppelnd auf Welt- und Selbstverständnis aus, etwa in Form von Schuldgefühlen, Entfremdung oder existenzieller Leere (vgl. Exline et al., 2011; Pargament, 1997).

Gottesbild färbt das Selbstbild. Das Gottesbild kann stabilisierend wirken, wenn es eine symbolische Einheit zwischen Selbst- und Welterleben ermöglicht - also eine Vorstellung übergeordneten Sinns oder einer ordnenden Struktur, in der individuelle Erfahrungen eingebettet erscheinen. In religiösen Kontexten geschieht dies häufig über die Idee eines personalen oder wohlwollenden Gottes; in säkularen oder immanenten Deutungssystemen übernehmen analoge Konzepte wie Natur, Vernunft, Humanität, das moralische Gesetz oder die Idee des „Ganzen“ diese Funktion (vgl. Schnell, 2020; Wong, 2013). Entscheidend ist nicht der metaphysische Gehalt, sondern die psychologische Funktion: die Integration von Kontingenz, Leiden und Endlichkeit in ein kohärentes Bedeutungsgefüge.

Empirische Befunde zeigen, dass ein positives, unterstützendes Gottesbild, bzw. funktional äquivalente sinnstiftende Überzeugungen, mit höherem Selbstwert, Lebenszufriedenheit und psychischer Stabilität assoziiert sind (vgl. Benson & Spilka, 1973; Hall & Brokaw, 1995; Schnell, 2009). Wird diese vermittelnde Funktion jedoch gestört, entstehen *Dissonanzen*. Ein strafendes, distanzierendes oder deterministisches Weltprinzip kann Selbstabwertung, Angst und Ohnmacht verstärken. So zeigen Studien, dass internalisierte Schuld- und Strafvorstellungen, etwa im Sinne eines moralisch verurteilenden Gottesbildes, mit erhöhtem Depressions- und Angstniveau einhergehen (vgl. Pargament, 1997; Rose & Exline, 2012). In säkularen Deutungssystemen kann sich ein analoges Muster zeigen, wenn Individuen das Leben als von blinden, unentrinnbaren Kräften bestimmt erleben, zum Beispiel als „kalte Gesetzmäßigkeit“ der Natur oder des Schicksals, wodurch persönliche Verantwortung und Selbstwirksamkeit entwertet erscheinen – wie es häufig im *Nihilismus*²⁵ der Fall ist (vgl. Frankl, 1982; Schnell, 2020; Wong, 2013). In beiden Fällen verliert der Mensch das Gefühl, aktiv Einfluss auf sein Leben nehmen zu können, was zu Kontrollverlust, Sinnleere und existenzieller Ohnmacht führen kann.

²⁵ Der Begriff Nihilismus bezeichnet im philosophischen und psychologischen Sinne den Verlust oder die radikale Verneinung jeglicher übergeordneten Sinn-, Wert- oder Ordnungsprinzipien. Während Nietzsche (1887) ihn als Konsequenz der „Entgöttlichung der Welt“ verstand, beschreibt Frankl (1946/2010, 1982) ihn als Ausdruck einer existenziellen Leere, in der der Mensch keinen transzendenten Bezug mehr findet.

Demgegenüber können idealisierte oder allmächtige Sinnkonzepte narzisstische Abwehrmechanismen begünstigen. Wird das Göttliche ausschließlich als vollkommen, allmächtig und mit dem eigenen Willen identisch gedacht, stabilisiert dies grandiose Selbstanteile und verhindert die Auseinandersetzung mit eigener Begrenztheit (vgl. Rizzuto, 1979; Tillich, 1952). Säkular spiegelt sich dieses Muster in der Überhöhung von Vernunft, Wissenschaft oder Leistung als unfehlbare Ordnungskräfte, die absolute Orientierung und Sicherheit versprechen (vgl. Schnell, 2009; Wong, 2013). In beiden Varianten wird das Sinnsystem rigide: Das Individuum identifiziert sich mit einem idealisierten Prinzip und verliert den dialogischen Bezug zur Wirklichkeit. Das Gleichgewicht zwischen Selbst, Welt und Gott / Transzendenz / übergeordnetem Sinnsystem wird gestört, was zu narzisstischen Spannungen, rigidem Perfektionismus oder spiritueller Erschöpfung führen kann (vgl. Antonovsky, 1987; Pargament, 1997). In beiden Fällen gerät das Verhältnis von Selbst, Welt und Gott / übergeordnetem Sinnsystem aus dem Gleichgewicht, was in einer reduzierten Kohärenzwahrnehmung, in Fragmentierung der Identität und letztlich in psychischer Desintegration resultieren kann (vgl. Antonovsky, 1987; Wong, 2013).

Wechselseitige Verstärkung. Die drei Komponenten der *weltanschaulichen Triade* (Selbstbild, Weltbild und Gottesbild) stehen in einer dynamischen Wechselbeziehung. Veränderungen in einer dieser Dimensionen führen unweigerlich zu systemischen Verschiebungen in den anderen und können nach einer Erschütterung der Weltanschauung (z. B. infolge schwerer Traumata, Verlusterfahrungen oder existenzieller Krisen) Prozesse der kognitiven Neuorientierung auslösen. Diese dienen der Reorganisation des Sinnsystems und zielen auf die Wiederherstellung psychologischer Kohärenz (vgl. Hauser, 2004; Madert, 2007; Park, 2010).

Bleibt dieser Integrationsprozess jedoch aus oder scheitert er an persistierenden Inkonsistenzen, kann sich die wechselseitige Destabilisierung der Triade zu einem sich selbst verstärkenden Kreislauf aus Kontrollverlust, Sinnentleerung und Entfremdung entwickeln - ein Muster, das auch in Parks Modell der *disrupted meaning system hypothesis*²⁶ beschrieben wird (vgl. Park, 2010). Ohne korrigierendes Bezugssystem verfestigt sich die *Dissonanz* zu einem pathologischen Muster. Fragmentierte Selbstrepräsentationen, verzerrte Weltannahmen und dysfunktionale Gottesbilder stabilisieren sich gegenseitig und können psychische Probleme hinsichtlich Sinn, Orientierung und Wohlbefinden herbeiführen.

²⁶ *Disrupted meaning system hypothesis* = Nach der „Disrupted Meaning System Hypothesis“ (Park, 2010) entstehen psychische Krisen, wenn zentrale Sinn- und Glaubenssysteme durch belastende Erfahrungen destabilisiert werden und die Diskrepanz zwischen bestehender Weltsicht („global meaning“) und situativer Erfahrung („situational meaning“) nicht aufgelöst werden kann (vgl. 2.3.1.1.1).

Die psychologischen Manifestationen dieses Zustands reichen von chronischer Unsicherheit und depressiver Selbstabwertung bis hin zu tiefgreifenden existenziellen Sinnkrisen, in denen das Kohärenzgefühl zusammenbricht und die Fähigkeit zur Selbsttranszendenz blockiert ist (vgl. Frankl, 1984; Schnell, 2009; Wong, 2013). Damit markiert die Triade nicht nur ein theoretisches Strukturmodell, sondern zugleich einen klinisch bedeutsamen Prozessrahmen. Die Art und Weise, wie Individuen Dissonanzen innerhalb dieser drei Deutungsebenen regulieren, kann über Verlauf, Tiefe und Ausgang psychischer Krisen entscheiden; ein Zusammenhang, der im Anhang C (*Krisenbewältigung und Klinische Glaubenspsychologie*) vertiefend dargestellt wird. Um diese theoretisch beschriebenen Zusammenhänge anschaulich zu machen, folgt ein Fallbeispiel, das die Entstehung und Dynamik kognitiver Dissonanz innerhalb der Triade exemplarisch verdeutlicht.

2.2.2.5 Beispiel einer kognitiven Dissonanz in der weltanschaulichen Triade

Fall. Eine Patientin, die über Jahre hinweg ein stabiles und konsistentes Sinnsystem entwickelt hat, beschreibt sich selbst als empathisch, verantwortungsbewusst und moralisch integer. Ihr Selbstbild ist geprägt von der Überzeugung, dass gutes Handeln zu positiven Ergebnissen führt und dass Mitgefühl und Aufrichtigkeit ihren Beitrag zu einer gerechten Welt leisten. Dieses Selbstverständnis steht in enger Wechselbeziehung zu ihrem Weltbild, das auf der Annahme beruht, dass die Welt grundsätzlich sinnhaft, moralisch geordnet und gerecht ist. Ihr Gottesbild ergänzt dieses System, indem sie an einen wohlwollenden, gerechten Gott glaubt, der Leid nicht ohne Sinn zulässt und letztlich das Gute belohnt.

Kognitive Dissonanz. Eines Tages erlebt sie jedoch eine schwerwiegende persönliche Ungerechtigkeit: den Verlust ihres Arbeitsplatzes infolge einer plötzlich aufgetretenen Erkrankung. Dieses Ereignis entzieht sich der moralischen Logik ihres bisherigen Sinnsystems und erschüttert ihr religiöses wie weltliches Gerechtigkeitsempfinden. Die Erfahrung steht im direkten Widerspruch zu ihrem Glaubenssatz „Gott ist gerecht“ und erzeugt damit eine kognitive Dissonanz zwischen den zentralen Komponenten ihrer Triade. Auf der Ebene des Selbstbildes entsteht der Impuls zur Selbstabwertung („Vielleicht war ich doch nicht gut genug“). Auf der Ebene des Weltbildes wird die erlebte Ordnung infrage gestellt („Die Welt ist ungerecht, Zufall herrscht über Sinn“). Auf der Ebene des Gottesbildes bricht die Vorstellung eines schützenden, wohlwollenden Prinzips zusammen („Wenn Gott gerecht wäre, hätte das nicht geschehen dürfen“).

Destabilisierte Weltanschauung. Die entstandene Dissonanz führt zu einem Zusammenbruch der bis dahin kohärenten Bedeutungssysteme. Das vormals stabile global meaning system (vgl. Park, 2010) wird destabilisiert, weil das Ereignis nicht mehr in die

bestehenden Überzeugungsstrukturen integrierbar ist. Bleibt diese Diskrepanz ungelöst, kann eine existenzielle Krise entstehen, die sich in Schuldgefühlen, Ohnmacht, Sinnverlust und spiritueller Entfremdung äußert.

Sinnanpassung. Gelingt es jedoch, das Glaubenssystem durch die Entwicklung einer komplexeren Gottesrepräsentation anzupassen („Gerechtigkeit existiert, ist jedoch nicht immer unmittelbar erkennbar“ oder „Gottes Wege sind unergründlich, aber nicht sinnlos“), kann die Patientin das gestörte Gleichgewicht wiederherstellen. Der Prozess der Sinnanpassung führt zu einer neuen, reiferen Form von Kohärenz, in der das Ereignis in ein erweitertes Deutungssystem integriert wird (vgl. Festinger, 1957; Park, 2010; Pargament, 1997).

Bewältigung vs. Chronifizierung. Der Verlauf und die erfolgreiche Bewältigung dieser Krise hängt maßgeblich davon ab, ob die Person die entstandene Inkonsistenz durch *Assimilation* (= Anpassung der Erfahrung an das bestehende Glaubenssystem) oder *Akkommodation* (= Anpassung des Glaubenssystems an die Erfahrung) auflösen kann. Scheitert diese Integration, verfestigt sich die Dissonanz und kann in chronische Sinnkrisen oder depressive Desintegration übergehen. Das folgende Unterkapitel beschreibt diese Mechanismen und zeigt, wie Krisen zu psychischen Erkrankungen werden.

2.2.3 Krisen werden Krankheiten

(Psychische) Krisen markieren zunächst adaptive Reaktionen des Organismus auf Überforderung. Sie aktivieren jene physiologischen Stresssysteme, die kurzfristig Schutz, Handlungsbereitschaft und erhöhte Aufmerksamkeit sichern. Dieses evolutionär verankerte „fight-flight-freeze“-System zielt auf die Wiederherstellung eines inneren Gleichgewichts, indem es die Energieressourcen mobilisiert und eine schnelle Anpassung an Bedrohungen ermöglicht.

2.2.3.1 Stressreaktionen

Fight or flight or freeze. Das *Fight-Flight-Freeze-Modell* beschreibt die drei evolutionär verankerten Reaktionsmuster des Organismus auf Bedrohung. Je nach individueller Disposition und Kontextbedingungen kann dabei eine der drei Reaktionsformen dominieren: 1) *Fight* steht für konfrontatives, handlungsorientiertes Verhalten, 2) *Flight* für Rückzug und Vermeidung, während 3) *Freeze* eine kurzfristige Erstarrung darstellt, die dem Organismus Zeit zur Bewertung der Bedrohung verschafft. Über die Aktivierung des sympathischen Nervensystems und der Hypothalamus-Hypophysen-Nebennierenrinden-Achse werden Energie- und Aufmerksamkeitsressourcen mobilisiert, um eine unmittelbare Anpassung an Gefahrensituationen zu ermöglichen. Während sie kurzfristig adaptiv wirken, kann ihre wiederholte oder chronische Aktivierung zu einer Überlastung der neurobiologischen

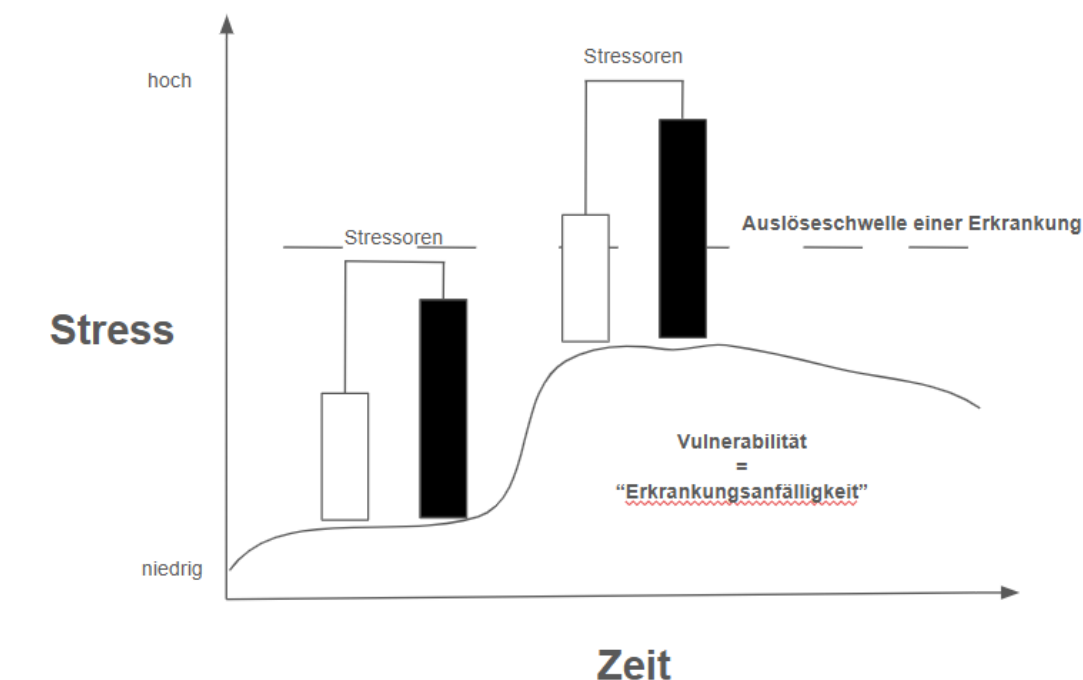
Regulationssysteme führen und so die Entstehung psychischer Dysregulation begünstigen (vgl. Cannon, 1932; Gray, 1987; Huether, 2001).

2.2.3.2 Anhaltender Stress

Vulnerabilitäts-Stress-Modell. Wird eine Krisensituation nicht aufgelöst oder adäquat verarbeitet, verbleibt das Stresssystem in einem chronisch aktivierten Zustand. Die anhaltende Ausschüttung von Stresshormonen führt zu neurobiologischen Veränderungen in limbischen und präfrontalen Strukturen, wodurch emotionale Regulation, Lernfähigkeit und Selbststeuerung zunehmend eingeschränkt werden (vgl. Huether, 2001). In dieser neurobiologischen Dysregulation liegt der Übergang von der *Krise zur Krankheit* begründet. Das ehemals adaptive Reaktionsmuster verliert seine regulierende Funktion und kippt in ein rigides, selbstverstärkendes System über. Innerpsychisch zeigt sich dies in der dauerhaften Aktivierung von Angst, Hilflosigkeit und Kontrollverlust - zentrale Mechanismen, die auch das *Vulnerabilitäts-Stress-Modell* beschreibt (vgl. Jensen et al., 2022).

Abbildung 3

Das Vulnerabilitäts-Stress-Modell



Anmerkung. Eigene Darstellung in Anlehnung an Jensen et al., 2022.

Krankheitsmodell. Nach diesem Ansatz resultiert die Entstehung psychischer Störungen aus dem Zusammenwirken einer individuellen Anfälligkeit (*Vulnerabilität*) mit überfordernden Lebensbelastungen (vgl. Ingram & Luxton, 2005). Wird die Stressbelastung so groß, dass vorhandene Bewältigungsressourcen nicht mehr ausreichen, so steigt die *Vulnerabilität*, wodurch Stressoren nicht mehr abgefedert oder wirksam bewältigt werden können (vgl. Jensen et al., 2022). So kann aus einer temporären Krise ein chronifizierter Krankheitsprozess entstehen. Psychische Erkrankungen sind demnach häufig das Resultat einer gescheiterten oder blockierten Krisenbewältigung (vgl. Anhang C). Was zunächst als Versuch der Selbstregulation beginnt, kann bei fehlender Entlastung, Unterstützung oder Sinnintegration in strukturellen Fehlanpassungen auf biologischer, psychischer und sozialer Ebene münden (vgl. Hankin & Abela, 2005).

Kohärenz als Mediator. Diese Prozesse verdeutlichen, dass Krisen, respektive kognitive Dissonanzen innerhalb der *weltanschaulichen Triade* (vgl. 2.1.3), nicht nur Ausdruck psychischer Instabilität, sondern potenzielle Vorstufen psychischer Erkrankung darstellen können. Krankheit ist in diesem Verständnis kein Gegensatz zu Anpassung, sondern Ausdruck einer Überforderung der Selbstregulationssysteme, wenn anhaltende Belastungen die Fähigkeit unterminieren, Sinn, Kontrolle und innere Ordnung aufrechtzuerhalten. Ob eine Krise überwindbar bleibt oder in einen chronischen Verlauf übergeht, hängt wesentlich davon ab, ob es gelingt, das Gleichgewicht zwischen Belastungen und Bewältigungsmöglichkeiten wiederherzustellen und die Dissonanzen zwischen Selbstbild, Weltbild und Transzendenzbezug zu reintegrieren. Scheitert diese Integration, verfestigen sich Inkonsistenzen, fragmentieren das Sinnsystem und begünstigen langfristige psychische Fehlanpassungen.

2.2.3.4 Resilienz

In diesem Prozess nimmt Resilienz eine vermittelnde Funktion ein. Sie bezeichnet die Fähigkeit, Belastungen unter Rückgriff auf interne und externe Ressourcen zu bewältigen und sich psychisch zu erholen (vgl. Rutter, 2006; Werner & Smith, 1992). Resilienz bildet damit eine zentrale Grundlage jener personalen und sozialen Ressourcen, die Bewältigung überhaupt ermöglichen (vgl. Hobfoll, 1989, 2002). Sie beeinflusst, wie Personen Situationen bewerten, Kontrollmöglichkeiten wahrnehmen und Sinnintegrationsprozesse aufrechterhalten können. Im Rahmen der *weltanschaulichen Triade* stabilisiert Resilienz jene psychologischen Funktionen, die Kohärenz vermitteln, indem sie die Verstehbarkeit, Handhabbarkeit und Bedeutsamkeit belastender Erfahrungen unterstützt (vgl. Antonovsky, 1987; Fletcher & Sarkar, 2013). Ein hohes Maß an Resilienz erleichtert somit die Wiederherstellung innerer Ordnung, während geringe Resilienz die Wahrscheinlichkeit erhöht, dass Dissonanzen innerhalb der Triade

bestehen bleiben und sich zu psychischen Störungen verdichten. Resilienz fungiert damit als Bindeglied zwischen Belastung, Bewältigung und der Fähigkeit, globale Sinnstrukturen aufrechtzuerhalten oder konstruktiv zu erneuern.²⁷

Da Kohärenzgefühl und Resilienz maßgeblich bestimmen, ob Sinn- und Ordnungserleben unter Belastung erhalten bleibt oder zusammenbricht, markieren sie den theoretischen Endpunkt dieses Kapitels. Darauf aufbauend untersucht das folgende empirische Kapitel, wie sich die theoretisch hergeleiteten Zusammenhänge zwischen Glaubenssystemen, Kohärenzgefühl und psychischen Krisen in vorhandenen Daten widerspiegeln und welche Muster sich im klinischen Kontext zeigen. Die empirische Einbettung bietet damit die Grundlage, um die theoretischen Annahmen dieser Arbeit zu prüfen und die Rolle von Glauben, Kohärenz und Resilienz im Kontext psychiatrischer Krisen zu analysieren.

2.3 Empirische Daten: Kohärenz, Glaube & Krisen

Das empirische Fundament dieser Arbeit basiert auf der Annahme, dass das Kohärenzgefühl (SOC; vgl. Antonovsky, 1987; 2.1.1) und die Struktur individueller Glaubenssysteme (vgl. Büssing, 2021; Huber, 2003; 2.1.4) unterschiedliche, jedoch funktional eng verbundene Formen psychologischer Ordnung darstellen. Beide beschreiben Mechanismen der Sinn- und Bedeutungsgebung, über die Menschen Belastungen einordnen und bewältigen. Im Zentrum steht daher die Frage, wie Kohärenzgefühl und Glaubenssystemstruktur zusammenhängen, insbesondere im Kontext psychischer Krisen.

2.3.1 Religiosität, Spiritualität & psychische Gesundheit

Empirische Studien belegen seit Jahrzehnten eine robuste Verbindung zwischen Kohärenzgefühl und psychischer Gesundheit. Metaanalysen zeigen deutliche Zusammenhänge zwischen SOC und Wohlbefinden, Lebenszufriedenheit, Resilienz und niedriger Symptomlast (vgl. Eriksson & Lindström, 2006; Schäfer et al., 2023). Parallele Befundlagen existieren für Religiosität und Spiritualität. Große Übersichtsarbeiten weisen konsistent darauf hin, dass religiöse und spirituelle Orientierung mit psychischer Gesundheit assoziiert ist. Koenig et al. (2001) analysierten über 1200 Studien und fanden in 74 Prozent positive Zusammenhänge, 19

²⁷ **Verweis auf Anhang C.** Die vertiefte Darstellung der Mechanismen, über die Selbstregulation, Coping und therapeutische Unterstützung zur Wiederherstellung von Kohärenz beitragen, findet sich in Anhang C. Aus Gründen der Straffung wurde das Kapitel zur Krisenbewältigung dort ausgelagert. Es beschreibt zunächst die basalen individuellen Bewältigungsformen, im Anschluss die professionelle Unterstützung durch psychotherapeutische Ansätze und schließlich die Erweiterung dieser Perspektive durch die klinische Glaubenspsychologie. Letztere ergänzt klassische psychotherapeutische Verfahren insofern, als sie nicht nur dysfunktionale Selbst- und Weltbilder bearbeitet, sondern systematisch auch die existenzielle Dimension der Triade, also Gottesbild und übergeordnete Meta-Theorien, einbezieht, die in herkömmlichen Ansätzen häufig unberücksichtigt bleiben. Damit schließt Anhang C den theoretischen Rahmen, indem er aufzeigt, wie Selbst-, Welt- und Gottesbild in integrativen therapeutischen Prozessen reorientiert werden können.

Prozent gemischte und nur 5 Prozent negative Effekte. Bonelli und Koenig (2013) bestätigten diese Muster in einer späteren systematischen Analyse. Die salutogenen Effekte religiös spiritueller Orientierung wurden vor allem über soziale Integration, sinnerfüllte Deutung und religiöses Coping erklärt (vgl. Gall et al., 2005; Pargament, 1997; Utsch et al., 2018).

Gleichzeitig ist gut belegt, dass religiöse Überzeugungen dann negative psychische Effekte entfalten können, wenn sie rigide, konflikthaft oder strafend sind (vgl. Murken, 2015; Pfeifer, 2018a; Rose & Exline, 2012). Entscheidend ist somit nicht die spezifische Lehre, sondern die psychologische Funktion des Glaubenssystems.

2.3.2 R/S Glaubenssysteme & Kohärenzgefühl

Unter der *Kohärenzhypothese* wird angenommen, dass religiöse und spirituelle Orientierung das Kohärenzgefühl stärken kann (vgl. Antonovsky, 1979). Eine Meta Analyse von Jeserich et al. (2023; 89 Studien, $N \approx 67.913$) bestätigt einen konsistenten positiven Zusammenhang zwischen SOC und R/S Variablen ($r \approx .12$; vgl. Jeserich et al., 2023). Besonders deutlich ist dieser Zusammenhang für intrinsische, sinnerfüllte Religiosität (vgl. 2.1.4.2). Zarzycka und Rydz (2014) fanden in einer polnischen Stichprobe ($N = 636$) ebenfalls positive Zusammenhänge zwischen CRS und SOC, die in bestimmten Subgruppen besonders ausgeprägt waren. Diese Befunde verdeutlichen, dass integrierte und flexible Glaubenssysteme das Kohärenzerleben stärken können. Allerdings zeigen Studien auch, dass die Stärke des Zusammenhangs vom Kontext, von der Funktionalität der Überzeugungen und von der Art des eingesetzten R/S Instruments abhängt.

2.3.3 Kohärenzgefühl und Glaubenssysteme im Kontext psychischer Krisen

In klinischen Stichproben fällt das Befundmuster weniger stabil aus. Tagay et al. (2006) berichten bei psychosomatischen Patientinnen eher schwache Zusammenhänge zwischen Religiosität und SOC. Gibson (2003) und Delgado (2007) fanden teilweise negative oder inkonsistente Befunde, insbesondere dann, wenn religiöses Coping konfliktbeladen oder rigide war. Diese Varianz verweist auf die besondere Dynamik religiöser und spiritueller Orientierung im Kontext psychischer Krisen.

Schumacher et al. (2000) verstanden das Kohärenzgefühl als dynamische Integrationsleistung verschiedener psychischer Ressourcen, eine Auffassung, die auch für Glaubenssysteme gilt, empirisch jedoch nicht zwangsläufig in linearen Korrelationen sichtbar wird. Insbesondere im psychiatrischen Kontext kann die Beziehung zwischen Glauben und Kohärenz temporär gestört sein. Spirituelle Orientierung kann einerseits Stabilität vermitteln, andererseits in Krisen selbst zum Konfliktfeld werden, wenn bisherige Sinnsysteme infrage gestellt werden (vgl. Park, 2010; siehe Anhang C).

2.3.3.1 Dissonante Sinnkonstruktion

Im Rahmen der hier entwickelten Theorie lässt sich dieser Prozess präziser als Destabilisierung der *weltanschaulichen Triade* verstehen, bestehend aus Selbst-, Welt- und Gottesbild (vgl. 2.1.3). Gerät eines dieser Elemente durch widersprüchliche Erfahrungen, Kontrollverlust oder existentielle Bedrohungen ins Wanken, entstehen kognitive Dissonanzen (vgl. Festinger, 1957), die das globale Bedeutungssystem nach Park (2010) desintegrieren können (vgl. 2.2.1.3, 2.2.1.4). Das bislang stimmige Zusammenspiel von persönlichen Konstrukten (vgl. Kelly, 1955) bricht auf:

Selbstbild. Auf der Ebene des Selbstbildes kann die Person ihre bisherigen Werte und Kompetenzen nicht mehr mit der erlebten Realität vereinbaren (z.B. „Ich bin eigentlich stark, aber ich halte das nicht aus“), wodurch nach dem salutogenetischen Verständnis vor allem *Handhabbarkeit*, also da das Vertrauen in die Verfügbarkeit interner und externer Ressourcen zur Bewältigung von Krisen, verloren geht (vgl. Antonovsky, 1987; 2.1.1, 2.1.3.1, 2.2.2.1).

Weltbild. Auf der Ebene des Weltbildes verliert die Umwelt ihre Berechenbarkeit (z.B. „Das Leben ist ungerecht, nichts ergibt Sinn“), wodurch nach dem salutogenetischen Verständnis vor allem *Verstehbarkeit*, also die Wahrnehmung von Ereignissen als konsistent, erklärbar und vorhersehbar, verloren geht (vgl. Antonovsky, 1987; 2.1.1, 2.1.3.2, 2.2.2.2).

Gottesbild. Auf der Ebene des Gottesbildes oder eines funktional äquivalenten Transzendenzbezugs bricht das Vertrauen in eine ordnende Instanz zusammen (z.B. „Wenn es einen Sinn gäbe, dürfte das nicht geschehen“), wodurch nach dem salutogenetischen Verständnis vor allem die *Sinnhaftigkeit*, also das Empfinden von Herausforderungen - und des Lebens selbst - als lohnend und bedeutsam, verloren geht (vgl. Antonovsky, 1987; 2.1.1, 2.1.3.3, 2.2.2.3).

Diese Dissonanzen unterminieren die psychologische Kohärenzstruktur, auf der das *Kohärenzgefühl* beruht. Nach Park (2010) entsteht dadurch eine Diskrepanz zwischen *situational meaning*, also der unmittelbaren Deutung des belastenden Ereignisses und *global meaning*, dem umfassenden Welt- und Selbstverständnis (vgl. 2.2.1.3). Solche „*disrupted meaning systems*“ führen zu *psychischem Distress*, weil sie das *Bedürfnis nach Orientierung, Kontrolle und Sinn* (vgl. Grawe, 1998), zentrale Komponenten des *Kohärenz-gefühls* (vgl. Antonovsky, 1987), verletzen (vgl. 2.2.1.2). Aus salutogenetischer Perspektive manifestiert sich in diesem Zustand das Scheitern der Integrationsleistung, die Kohärenz und Glaube normalerweise leisten und somit das Zusammenführen von Kognitionen, Emotionen und Handlungsimpulsen zu einem sinnhaften Ganzen (vgl. Anhang C). In Krisenphasen kann das

Kohärenzgefühl somit weniger als stabiler Trait verstanden werden, sondern als fragile Momentaufnahme innerer Ordnung, die durch *kognitive Dissonanzprozesse* gefährdet ist.

Die Wiederherstellung von Kohärenz erfordert in dieser Situation *meaning-making-Prozesse* im Sinne Parks (2010): *Assimilation*, also die Umdeutung des Erlebten in bestehende Überzeugungen, oder *Akkommodation*, also die Anpassung globaler Sinnsysteme an neue Erfahrungen. Gelingt diese Integration, kann das Glaubenssystem eine erneuerte, reifere Form der Kohärenz ermöglichen - scheitert sie, bleibt das Erleben fragmentiert, was sich einerseits in psychischen Krisen, bzw. Krankheiten (vgl. 2.2), und andererseits empirisch in schwachen oder nicht vorhandenen Zusammenhängen zwischen Glaubenssystemen und Kohärenzgefühl niederschlagen kann (vgl. Delgado, 2007; Gibson, 2003; Tagay et al., 2006).

Damit wird deutlich, dass die Inkonsistenz empirischer Befunde weniger ein methodisches Problem, sondern ein theoretisch erwartbares Phänomen darstellt, da Glaubenssysteme in Krisen nicht stabil sind, sondern als sich restrukturierende Sinnsysteme fungieren. In psychischen Krisen bricht die Triade aus Selbst-, Welt- und Gottesbild als ordnendes Bedeutungssystem vorübergehend zusammen. Das *Kohärenzgefühl* verliert seine stabilisierende Funktion, bis über kognitive und emotionale Sinnbildungsprozesse eine neue Balance hergestellt ist. In diesem Übergangsraum zwischen Desintegration und (Re-)Integration lässt sich der Zusammenhang zwischen Glaubenssystem und *Kohärenzgefühl* verstehen; weniger als lineare Beziehung und mehr als dynamischer, kontextsensitiver Prozess der Sinnrekonstruktion.

2.3.3.2 Forschungslücke

Weitere Forschung, etwa Längsschnittstudien, klinische Kohorten und kulturvergleichende Analysen, ist notwendig, um kausale Wirkpfade zu klären und weitere Einflussfaktoren wie Alter, Geschlecht, psychische Gesundheit und Kultur in die Untersuchung miteinzuschließen. Weiterführend wurde der Zusammenhang zwischen der Zentralität religiöser Glaubensinhalte (*CRS*) und dem Kohärenzgefühl (*SOC*) bislang überwiegend in nicht-klinischen Stichproben untersucht. Die wenigen verfügbaren klinischen Studien zu Patient*innen mit chronischen oder psychosomatischen Erkrankungen (vgl. Delgado, 2007; Gibson, 2003; Tagay et al., 2006) nutzten andere Maße zur Erfassung von Religiosität und Spiritualität, nicht jedoch die *CRS*. Entsprechend fehlt bislang eine systematische Untersuchung, wie stark verinnerlichte (bzw. zentralisierte) Glaubensinhalte im klinischen Kontext mit dem Kohärenzgefühl assoziiert sind. Die theoretische Analyse und der empirische Forschungsstand verdeutlichen, dass der Zusammenhang zwischen Kohärenzgefühl und Glaubenssystemen im klinischen Kontext bislang unzureichend verstanden ist. Während

bisherige Arbeiten vor allem stabile Zusammenhänge zwischen Religiosität, Spiritualität und Kohärenz in gesunden oder nichtklinischen Populationen belegen, zeigen sich in Krisensituationen widersprüchliche oder ausbleibende Befunde (vgl. 2.4.2.3). Auf Grundlage der in dieser Arbeit entwickelten Theorie kann dieses Muster als Ausdruck einer temporären Desintegration der inneren Sinnstruktur verstanden werden. In psychischen Krisen geraten Selbst-, Welt- und Transzendenzbezug aus dem Gleichgewicht, wodurch die integrative Funktion des Glaubenssystems, und damit die Verbindung zum Kohärenzgefühl, vorübergehend geschwächt sein kann.

Die vorliegende Untersuchung setzt an diesem Übergangspunkt an. Glauben wird hier nicht als statisches Persönlichkeitsmerkmal betrachtet, sondern als dynamisches Sinnsystem verstanden, dessen Struktur und Funktion sich in Krisen neu organisieren kann. Im Zentrum steht daher eine explorative Analyse der Zusammenhänge zwischen Kohärenzgefühl, Glaubenssystemen und psychischen Krisen - insbesondere im Hinblick auf (a) die Wechselbeziehungen zwischen Sinnorientierung und Kohärenzerleben sowie (b) mögliche Zusammenhänge mit dem *subjektiven Therapieerfolg*. Der Einbezug des subjektiven Therapieerfolgs ergibt sich aus der theoretischen Annahme, dass therapeutische Veränderung in Krisensituationen primär über Prozesse der Sinnrekonstruktion erfolgt. Wenn Selbstbild, Weltbild und Transzendenzbezug in der Krise vorübergehend desintegriert sind, bildet der subjektive Therapieerfolg einen geeigneten Indikator dafür, in welchem Ausmaß diese innere Ordnung im Verlauf der Behandlung wiederhergestellt wird. Er spiegelt damit nicht nur Symptomveränderungen, sondern die erfolgreiche Reorganisation der psychologischen Kohärenzstruktur wider, die durch Glaubenssysteme unterstützt oder belastet werden kann. In diesem Verständnis fungiert subjektiver Therapieerfolg als empirisch erfassbare Entsprechung jener Integrationsprozesse, die Kohärenzgefühl, Sinnsystem und Glaubensstruktur theoretisch verbinden.

2.4 Forschungsfragen und Zielsetzung der Arbeit

In die Argumentation der vorherigen Kapitel eingebettet, können Glaubenssysteme als Meta Theorien über die Antworten auf existentielle Fragen verstanden werden (vgl. 2.1.4). Sie erweitern das Selbst und Weltbild über den Gottesbezug, archetypisch nach Jung (1967, 1987a) und rekonstruktiv empirisch im Sinne der persönlichen Konstrukte nach Kelly (1955), im Modell von Huber (2003) sowie in Parks Meaning systems (2010). Als kognitiv symbolische Ordnungssysteme strukturieren sie Erfahrungen, erweitern die Möglichkeiten der Kausalattribution und wirken wie ein „Deutungs Puffer“ (vgl. 2.1.4.3), der besonders dann Kohärenz

sichern kann, wenn rational pragmatische Erklärungen versagen und existentielle Belastungen die inneren Ordnungsstrukturen herausfordern (vgl. Antonovsky, 1987; Frankl, 1992; Utsch et al., 2018; 2.2).

Vor diesem Hintergrund wird psychische Stabilität als Ausdruck einer gelungenen Sinn und Kohärenzregulation verstanden. Das Kohärenzgefühl bildet das affektive Korrelat einer stimmigen Weltanschauung, während das Glaubenssystem die symbolische Struktur bereitstellt, in der Sinn, Orientierung und Bedeutsamkeit hergestellt werden. In psychosozialen Krisen geraten Selbst, Welt und Transzendenzbezug der weltanschaulichen Triade ins Ungleichgewicht (vgl. 2.2), wodurch die innere Sinnordnung temporär destabilisiert wird. In diesem Prozess kann Glaube eine psychologische Reintegrationsfunktion erfüllen, indem existenzielle Meta-Theorien neue Bedeutungszusammenhänge bereitstellen und die Wiederherstellung innerer Ordnung ermöglichen (vgl. Anhang C).

Damit werden Glaubenssysteme und Kohärenzgefühl nicht als getrennte Phänomene, sondern als funktional verschränkte Komponenten derselben psychologischen Dynamik sichtbar, die zwischen Desintegration und Wiederherstellung, bzw. Sinnverlust und Sinnneubildung vermittelt. Die folgende empirische Untersuchung prüft diese theoretische Annahme, indem sie den Zusammenhang zwischen Glaubenssystemstruktur, Kohärenzgefühl und psychischem Erleben im Kontext psychiatrischer Krisen explorativ analysiert. Der subjektive Therapieerfolg wird dabei als Indikator für die Wiederherstellung innerer Kohärenz verstanden und fungiert als outcome-orientierte Entsprechung jener Integrationsprozesse, die theoretisch beschrieben wurden (vgl. Anhang C).

2.4.1 Zentrale Forschungsfragen

Die folgenden Forschungsfragen leiten die empirische Untersuchung:

- 1) In welchem Ausmaß hängen die Zentralität religiös-spirituellder Inhalte (CRSi-7) und die spirituellen Bedürfnisse (SpNQ-20) mit dem Kohärenzgefühl (SOC-L9) zusammen?
- 2) Besteht ein Zusammenhang zwischen der Zentralität religiös-spirituellder Inhalte (CRSi-7) und der Resilienz (RS-13)?
- 3) Stehen die spirituellen Bedürfnisse (SpNQ-20) in Beziehung zur Resilienz (RS-13)?
- 4) Gibt es Zusammenhänge zwischen der Zentralität religiös-spirituellder Inhalte (CRSi-7) und dem subjektiven Therapieerfolg?
- 5) Welche Zusammenhänge bestehen explorativ zwischen den Dimensionen der CRSi-7 (Intellekt, Ideologie, Transzendenz Erfahrungen, private Praxis, öffentliche Praxis) und anderen Variablen wie Kohärenzgefühl, spirituellen Bedürfnissen, Resilienz und dem subjektiven Therapieerfolg?

Da es sich um eine explorative Studie handelt, werden keine gerichteten Hypothesen formuliert. Stattdessen sollen die Analysen erste Hinweise liefern, wie Glaubenssysteme im klinischen Kontext mit salutogenen Variablen (SOC, Resilienz, Therapieerfolg) und patient*innenspezifischen Faktoren (z. B. religiös-spirituelle Selbstbeschreibung) zusammenhängen.

3. Forschungsmethodik

Aufbauend auf den theoretischen Annahmen der vorangegangenen Kapitel werden hier die methodischen Schritte dargelegt, mit denen der Zusammenhang zwischen Glaubenssystemen, Kohärenzgefühl, Resilienz und subjektivem Therapieerfolg, im Kontext psychischer Krisen, empirisch überprüft wurde.

3.1 Untersuchungsverfahren und -design

Die Untersuchung verwendet ein nicht-experimentelles, korrelatives Design, um die Beziehungen zwischen den interessierenden Variablen zu erfassen. Sie wurde als quantitativ-explorative Querschnittsstudie konzipiert, die keine Kausalzusammenhänge postuliert, sondern erste Hinweise auf funktionale Zusammenhänge zwischen Glaubenssystemen, Kohärenzgefühl, Resilienz und subjektivem Therapieerfolg liefern soll.

Im folgenden Abschnitt werden die einzelnen für diese Arbeit relevanten Erhebungsinstrumente im Detail vorgestellt und ihre jeweilige Funktion im theoretischen Rahmen erläutert.

3.2 Operationalisierung der Variablen & Erhebungsinstrumente

3.2.1 Zentralität (CRSi-7)

Zur Erfassung der individuellen Einbindung religiöser und spiritueller Inhalte in das Selbst- und Alltagskonzept wurde die deutschsprachige interreligiöse Version der Centrality of Religiosity Scale (CRSi-7) nach Huber und Huber (2012) verwendet. Die Skala dient der quantitativen Erfassung der Bedeutsamkeit religiöser oder spiritueller Orientierungen im psychischen Funktionssystem einer Person. Sie besteht aus sieben Items, die auf einer fünfstufigen Likert-Skala von 1 = nie bis 5 = sehr häufig beantwortet werden. Höhere Werte zeigen eine stärkere Verankerung religiös-spirituelle Orientierungen im individuellen Glaubenssystem an.

Die Skala setzt sich aus fünf Kerndimensionen zusammen, die unterschiedliche Ausdrucksformen religiöser Kognition und Praxis abbilden (vgl. Huber, 2008): 1) Intellekt beschreibt das Interesse an religiösen/spirituellen Fragen und reflektiert eine kognitive Auseinandersetzung mit Sinn- und Transzendenzthemen, 2) Ideologie (Glaube) erfasst die Plausibilität und persönliche Bedeutung transzendenter Überzeugungen, etwa in Form individueller Gottesbilder, 3) Öffentliche Praxis bezieht sich auf gemeinschaftsbezogene Ausdrucksformen, z. B. die Teilnahme an religiösen Ritualen oder Gottesdiensten, und spiegelt soziale Einbettung wider, 4) Private Praxis erfasst die individuelle Ausübung

religiöser oder spiritueller Handlungen (z. B. Gebet, Meditation) und kann auch als Ausdruck *religiösen/spirituellen Copings* verstanden werden (vgl. Pargament, 1997), 5) Erfahrung unterscheidet zwischen theistischen („Du-Erfahrung“) und pantheistischen („All-Erfahrung“) Semantiken, die Erlebnisse von Geborgenheit, Ehrfurcht oder Hilfe repräsentieren (vgl. Anhang B).

Auf Basis dieser Dimensionen ermöglicht die *CRSi-7* eine Klassifikation der individuellen Glaubensorientierung in drei qualitative Kategorien: nicht glaubensorientiert (1,0-2,0), glaubensorientiert (2,1-3,9) und stark glaubensorientiert (4,0-5,0). In mehreren Studien wurde eine hohe interne Konsistenz nachgewiesen (Cronbach's $\alpha = .84$; Huber & Huber, 2012). Die Skala zeigt gute konvergente Validität, da sie stark mit anderen Religiositätsmaßen korreliert ($r = .73-.83$) und ihre fünfdimensionale Struktur in Faktorenanalysen empirisch bestätigt werden konnte (vgl. Huber & Huber, 2012). Darüber hinaus wurde die Skala im Rahmen der Religionsmonitor-Studien der Bertelsmann Stiftung (vgl. Bertelsmann Stiftung, 2023) mehrfach erfolgreich validiert.

In dieser Arbeit wird der Begriff „Religiosität/Spiritualität“ funktional interpretiert und als Grad der Integration des Glaubenssystems in die persönliche Sinnstruktur verstanden. Die *CRSi-7* bildet somit das zentrale Instrument zur Operationalisierung der kognitiv-symbolischen Einbettung religiöser/spiritueller Orientierung in das Selbst- und Weiterleben der Teilnehmenden.

3.2.2 Spirituelle Bedürfnisse (*SpNQ-20*)

Das zweite Konstrukt erfasst die spirituellen Bedürfnisse der Patient*innen und wurde mit dem Spiritual Needs Questionnaire (*SpNQ-20*; Büssing et al., 2010) operationalisiert. Der Fragebogen misst über 20 Items auf einer vierstufigen Skala (0 = gar nicht, 1 = etwas, 2 = stark, 3 = sehr stark) die Ausprägung von vier zentralen Bedürfnisdimensionen:

- (1) religiöse Bedürfnisse,
- (2) existenzielle Bedürfnisse (Reflexion und Sinnhaftigkeit),
- (3) Bedürfnis nach innerem Frieden,
- (4) Bedürfnis, etwas zu geben (Generativität).

Der *SpNQ-20* eignet sich für Personen mit religiösen wie säkularen Hintergründen, da er weitgehend ohne konfessionelle Terminologie auskommt (vgl. Büssing, 2021). Während die Dimensionen der religiösen und existenziellen Bedürfnisse weitgehend selbsterklärend sind, kann das *Bedürfnis nach innerem Frieden*, über intrinsische Beweggründe hinaus, als Wunsch nach der Wiederherstellung eines stabilen, gesunden Selbst- und Körperzustandes

verstanden werden. Das *Bedürfnis, etwas zu geben*, spiegelt neben dem altruistischen Grundmotiv (vgl. Fetchenhauer & Bierhoff, 2004) den Wunsch wider, die passive Rolle des erleidenden Subjekts zu überwinden und in ein proaktives, selbstwirksames Handeln überzugehen (vgl. Büssing, 2021). Die psychometrischen Gütekriterien des *SpNQ-20* liegen im akzeptablen bis hohen Bereich. Die interne Konsistenz reicht von $\alpha = .71$ bis $.87$ (vgl. Büssing, 2021). Für die Dimension *religiöse Bedürfnisse* wurden sehr hohe Reliabilitäten ($\alpha = .87 - .92$) berichtet, für *existenzielle Bedürfnisse* $\alpha = .74 - .82$, für das *Bedürfnis nach innerem Frieden* $\alpha = .73 - .82$, und für das *Bedürfnis etwas zu geben* $\alpha = .71 - .74$.

Die Skala weist zudem eine gute konvergente Validität auf. So korrelieren *religiöse Bedürfnisse* stark mit den Dimensionen des *SpREUK* (Spiritual and Religious Attitudes in Dealing with Illness Questionnaire; Büssing et al., 2005), insbesondere mit Vertrauen in höhere Führung ($r > .70$) sowie mit Suche nach Unterstützung und Reflexion (positive Krankheitsinterpretation). Auch *existenzielle Bedürfnisse* und *Generativität* zeigen deutliche Zusammenhänge mit den Subskalen des *SpREUK*. Das *Bedürfnis nach innerem Frieden* korreliert leicht mit der Zufriedenheit der Patient*innen mit der Behandlungseffektivität ($r = .24, p < .001$; Büssing, 2021). Der *SpREUK* dient der Erfassung religiöser, spiritueller, philosophischer und umweltbezogener Praktiken und ermöglicht es, deren Zusammenhang mit Bewältigungseinstellungen und Lebenssinnorientierungen zu analysieren (vgl. Büssing et al., 2005, zitiert nach Schäufele, 2024).

3.2.3 Kohärenzgefühl (SOC-L9)

Das Kohärenzgefühl (*Sense of Coherence, SOC*) wurde mithilfe der deutschsprachigen Kurzversion der Sense of Coherence Scale (*SOC-L9*; vgl. Schumacher et al., 2000) erhoben und basiert auf der ursprünglichen Skala von Antonovsky (1987). Auch im *SOC-L9*, beschreibt das *Kohärenzgefühl* die überdauernde Orientierung eines Individuums, das Leben als verstehbar (1), handhabbar (2) und sinnhaft (3) zu erleben. (vgl. Anotonovsky, 1987; 2.1.1). **Verstehbarkeit** (*Comprehensibility*) bezieht sich auf das Ausmaß, in dem innere und äußere Stimuli als strukturiert, konsistent und erklärbar wahrgenommen werden. **Handhabbarkeit** (*Manageability*) beschreibt das Vertrauen in eigene oder externe Ressourcen, um Belastungen bewältigen zu können. **Sinnhaftigkeit** (*Meaningfulness*) erfasst den Grad, in dem Lebensanforderungen als lohnend und emotional bedeutsam erlebt werden.

Der *SOC-L9* ist eine ökonomische Kurzform der 29-Item-Version (*SOC-29*) und ermöglicht eine validierte Erfassung des globalen Kohärenzgefühls (vgl. Schumacher et al., 2000). Er umfasst neun Items, die auf einer siebenstufigen Likert-Skala (1 = „selten oder nie“

bis 7 = „sehr häufig“) beantwortet werden. Höhere Werte deuten auf ein stärker ausgeprägtes Kohärenzgefühl hin.

In der Validierungsstudie von Schumacher et al. (2000) mit einer repräsentativen Stichprobe von $N = 2.005$ Personen (18-92 Jahre) zeigte die Skala eine gute interne Konsistenz (Cronbachs $\alpha = .87$) sowie eine hohe Retestreliabilität ($r^{tt} = .86$). Eine Faktorenanalyse bestätigte die Eindimensionalität des Konstrukts, was die Kurzskala als geeignetes Instrument zur kompakten Erfassung des Kohärenzgefühls ausweist. Darüber hinaus zeigt der *SOC-L9* negative Zusammenhänge mit psychosomatischen Beschwerdemaßen (z. B. *GBB*²⁸, *SOMS*²⁹, *NHP*³⁰; vgl. Schumacher et al., 2000). Frühere Untersuchungen zur Langversion *SOC-29* (Antonovsky, 1987) sowie nachfolgende Re-Analysen (vgl. Eriksson & Lindström, 2006) berichten konsistente Zusammenhänge des Kohärenzgefühls mit Lebenszufriedenheit und Depressivität. Auch internationale Studien bestätigen die psychometrische Stabilität und theoretische Relevanz des SOC-Konzepts. Metaanalysen zeigen konsistent, dass ein höheres *Kohärenzgefühl* mit besserer psychischer Gesundheit, höherer Lebenszufriedenheit und Resilienz sowie mit geringerer Depressivität und Angst assoziiert ist (vgl. Eriksson & Mittelmark, 2017; Super et al., 2016). Der *SOC* gilt daher als zentrale Ressource psychischer Gesundheit, die Stressverarbeitung und Sinnstiftung fördert und damit ein Bindeglied zwischen Glaubenssystemen, Lebenssinn und psychischer Stabilität bildet (vgl. 2.1.1).

3.2.4 Resilienz (RS-13)

Die Resilienz wurde mit der deutschen Kurzform der Resilienzskala (*RS-13*; Leppert et al., 2008) erhoben. Die Skala basiert auf der ursprünglichen *Resilience Scale* von Wagnild und Young (1993) und dient der Erfassung psychischer Widerstandsfähigkeit als stabiler, aber dynamisch aktivierbarer Persönlichkeitsdisposition. Resilienz beschreibt die Fähigkeit, Belastungen, Krisen und Verlusterfahrungen aktiv zu bewältigen, sie in das eigene Leben zu integrieren und daran zu wachsen (vgl. Leppert et al., 2008; Wagnild & Young, 1993). Die *RS-13* besteht aus 13 Items, die auf einer siebenstufigen Likert-Skala (1 = stimme nicht zu bis 7 = stimme völlig zu) beantwortet werden. Hohe Werte spiegeln ein stark ausgeprägtes Maß an psychischer Widerstandsfähigkeit wider. In Anlehnung an die Langversion (*RS-25*) erfasst die *RS-13* zwei übergeordnete Komponenten:

Persönliche Kompetenz. Diese Komponente wird verstanden als Selbstvertrauen, Zielorientierung, Entschlossenheit und Handlungsfähigkeit in Belastungssituationen, **Akzeptanz des Selbst und des Lebens.** Sie steht für emotionale Stabilität, Gelassenheit sowie

²⁸ GBB = Gießener Beschwerdebogen (vgl. Brähler & Scheer, 1995)

²⁹ SOMS = Screening für Somatoforme Störungen (vgl. Rief & Hiller, 2003)

³⁰ NHP = Nottingham Health Profile (vgl. Kohlmann et al., 1997)

die Fähigkeit, Unveränderliches zu akzeptieren und Vertrauen in den Lebensprozess zu entwickeln.

Die Validierungsstudie von Leppert et al. (2008) basierte auf einer repräsentativen Bevölkerungsstichprobe von $N = 2.617$ Personen im Alter zwischen 16 und 95 Jahren. Die interne Konsistenz der Gesamtskala betrug Cronbachs $\alpha = .90$, was auf eine hohe Reliabilität hinweist. Die Retest-Reliabilität lag bei $r^{\text{tt}} = .62$ über einen Zeitraum von 10 Wochen. Eine konfirmatorische Faktorenanalyse bestätigte die Konstruktstruktur der Skala und ergab ein gutes Modell-Fit-Maß ($\chi^2 = 550.60$, $df = 61$, $CFI = .98$, $RMSEA = .055$). Damit konnte die theoretisch postulierte zweifaktorielle Struktur mit den Dimensionen Kompetenz und Akzeptanz empirisch gestützt werden. Beide Faktoren lassen sich zu einem globalen Resilienzscore zusammenfassen. Frühere Studien zu einer konzeptionell äquivalenten Kurzversion (*RS-11*) zeigen eine hohe positive Korrelation mit der *Allgemeinen Selbstwirksamkeitserwartung* ($r = .70$; Schumacher et al., 2005) sowie theoretisch konsistente Zusammenhänge mit psychischer Gesundheit und Lebenszufriedenheit (vgl. Wagnild & Young, 1993). Diese Ergebnisse unterstreichen die Relevanz der *RS-13* als Indikator für psychische Stabilität und funktionale Stressbewältigung (vgl. 2.3.1.1).

Im Kontext dieser Arbeit dient die *RS-13* der Erfassung der individuellen Ressourcenorientierung im Umgang mit Belastungen. Zusammen mit dem *Kohärenzgefühl (SOC-L9)* bildet sie ein salutogenetisches Kernkonstrukt, das psychische Stabilität im Spannungsfeld von Glauben, Sinn und Krisenerleben beschreibt. Resilienz fungiert dabei als Ausdruck aktiver Bewältigungskompetenz, während das *Kohärenzgefühl* das zugrunde liegende Sinnerleben abbildet.

3.2.5 Einzelitems zum subjektiven Therapieerfolg & Behandlungsdauer

Das Konstrukt des *subjektiven Therapieerfolgs* wurde in Anlehnung an den salutogenetischen und klientenzentrierten Ansatz dieser Arbeit (vgl. Antonovsky, 1987; Frankl, 1984; Anhang C) als individuelle Bewertung des therapeutischen Fortschritts verstanden. Er spiegelt die subjektive Wahrnehmung von Sinn, Bewältigung und innerer Ordnung wider, die in der Theorie als Ausdruck gelungener Kohärenz- und Integrationsprozesse interpretiert wurde. Die vier entwickelten Items orientieren sich inhaltlich an etablierten Konzepten der klinisch-psychologischen Ergebnismessung und decken zentrale Dimensionen des *subjektiven Therapieerfolgs* ab, wie sie auch in standardisierten Instrumenten wie der Outcome Rating Scale (*ORS*; Miller & Duncan, 2000) oder dem Outcome Questionnaire-45 (*OQ-45*; Lambert et al., 1996; Lambert et al., 2008) operationalisiert werden. Diese Verfahren messen ebenfalls die wahrgenommene

Veränderung in Symptombelastung, Funktionsfähigkeit, Wohlbefinden und Hoffnung aus Klient*innensicht und dienen der kontinuierlichen Evaluation therapeutischer Prozesse. Ziel und Hintergrund der selbst entwickelten Items bestanden darin, zur Reduzierung des Fragebogenumfangs, eine Kurzversion des ORS zu erstellen. Die vorliegende Itembatterie bildet diese Dimensionen in kompakter Form ab: Zur Erfassung dieses Konstrukts wurden vier eigens entwickelte Einzelitems eingesetzt, die zentrale Aspekte der Behandlungserfahrung abbilden:

- 1) *wahrgenommene Behandlungserfolg*: „Wie sehr hat Ihnen die stationäre bzw. ambulante Behandlung bisher geholfen?“; Skala: 1-10.
- 2) *Zufriedenheit mit der Behandlung*: „Wie zufrieden sind Sie mit der stationären bzw. ambulanten Behandlung bisher?“; Skala: 1-10.
- 3) *subjektive Symptomverbesserung*: „Wie stark würden Sie die Verbesserung Ihrer Beschwerden bisher einschätzen?“; Skala: 1-10.
- 4) *Hoffnung auf Besserung*: „Wie hoffnungsvoll sind Sie, dass Sie nach der stationären bzw. ambulanten Behandlung wieder ohne Beschwerden leben können?“; Skala: 1-5.

Die ersten drei Items wurden auf einer numerischen Ratingskala von 1 bis 10 beantwortet (1 = gar nicht / keine, 3 = ein wenig, 5 = gut, 7 = deutlich, 10 = sehr stark, bzw. sehr zufrieden) und erfassen die aktuelle Selbsteinschätzung des Therapieerfolgs und der wahrgenommenen Symptomveränderung aus Sicht des/der Patient*in. Das vierte Item erfasst die zukunftsorientierte Hoffnung auf Besserung als Indikator therapeutisch induzierter Sinn- und Kohärenzbildung auf einer fünfstufigen Skala (1 = mir wird es danach bestimmt nicht besser gehen bis 5 = ich bin überzeugt, danach wird es mir besser gehen). Die vollständige Itemformulierung und Skalierung ist in Anhang D dokumentiert.

Die ersten drei Items (*wahrgenommene Wirksamkeit*, *Zufriedenheit mit der Behandlung*, *subjektive Symptomverbesserung*) erfassen die aktuelle subjektive Evaluation des Therapieerfolgs, analog zu den Skalen *für subjective well-being* und *symptom distress* im OQ-45. Das vierte Item (*Hoffnung auf Besserung*) ergänzt diese Perspektive um die zukunftsorientierte Komponente, die in der klinischen Wirkfaktorenforschung (vgl. Frankl, 1984; Grawe, 2004) als zentraler Indikator therapeutischer Motivation und Sinnintegration gilt. Damit stehen die Items in einer theoretisch und empirisch fundierten Tradition subjektiver Outcome-Messung, die den Therapieerfolg als interaktiven Prozess zwischen Wahrnehmung, Sinnkonstruktion und innerer Kohärenz versteht (vgl. Antonovsky, 1987; Lambert et al., 1996; Lambert et al., 2008; Miller & Duncan, 2000; Rogers, 1959). Zusammen erfassen sie ökonomisch das *subjektive Therapieerleben* im Sinne einer salutogenetischen Perspektive, die

das persönliche Empfinden von Sinn, Kontrolle und Hoffnung in den Vordergrund stellt (vgl. Antonovsky, 1979; Frankl, 1984).

3.3 Rekrutierung

Die Datenerhebung erfolgte im Rahmen des Forschungsprojekts F.A.C.E (Faith Age and Care Explored) in Kooperation mit den Vitos Kliniken Wiesbaden, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie. Zielgruppe waren Patient*innen, die sich zum Zeitpunkt der Erhebung in einer teil oder vollstationären psychiatrischen Behandlung befanden. Die Rekrutierung fand vom 02 bis 05 Juni 2025 unter standardisierten Bedingungen statt. Erfasst wurden insgesamt acht psychiatrische Behandlungseinheiten der Region Wiesbaden, bestehend aus vier Stationen und vier Tageskliniken. Die Tageskliniken waren allgemeinpsychiatrisch ausgerichtet und behandelten vor allem depressive Störungen, psychotische Störungen, bipolare Störungen, Zwangsstörungen sowie posttraumatische Belastungsstörungen. Die stationären Einheiten umfassten spezialisierte Bereiche der Gerontopsychiatrie, Suchterkrankungen, Persönlichkeitsstörungen sowie eine allgemeinpsychiatrische Station mit depressiven und phobischen Störungsbildern im Vordergrund. Die Datenerhebung folgte an allen Standorten einem identischen Ablauf. Zunächst wurden die digitalen Fragebögen auf insgesamt zehn bereitgestellten Tablets vorbereitet und den Patient*innen in Reihenfolge der verfügbaren Geräte ausgehändigt. In Einzelfällen war eine digitale Teilnahme über einen Link auf dem eigenen Smartphone möglich. Jede Erhebungseinheit begann mit einer standardisierten Aufklärung über Zielsetzung, Rahmenbedingungen und Umfang der Studie. Die Projektleitung stellte sich vor, erläuterte die institutionellen Hintergründe (Universität Greifswald, Kooperation mit Vitos Wiesbaden) und erklärte den Forschungszweck der Masterarbeiten. Dabei wies Alicia Krause (2025) auf ihre Themenstellung zum erfolgreichen Altern hin, während der Schwerpunkt meiner Untersuchung die Verbindung von Glaubenssystemen, Kohärenzgefühl und subjektivem Therapieerfolg betonte. Die Teilnehmenden wurden über die Freiwilligkeit der Teilnahme, das Recht auf Abbruch ohne Angabe von Gründen und die datenschutzrechtlichen Grundlagen informiert. Einzelne Personen brachen die Teilnahme nach wenigen Seiten ab; deren Datensätze wurden konsequent ausgeschlossen, da nur vollständige Fragebögen in die Analyse einbezogen wurden. Weitere Ein oder Ausschlusskriterien wurden nicht angewendet. Da ausschließlich Personen rekrutiert wurden, die sich zum Zeitpunkt der Erhebung in psychiatrischer Behandlung befanden, ergab sich der klinische Einschlussstatus aus dem Setting selbst. Insgesamt nahmen 76 Patient*innen an der Erhebung teil; aufgrund unvollständiger Datensätze wurden N = 70 Personen in die statistische Analyse aufgenommen.

3.3.1 Stichprobenbeschreibung

Die finale Stichprobe umfasst $N = 70$ Patient*innen verschiedener diagnostischer Gruppen, darunter depressive Störungen, Angst und Anpassungsstörungen, psychotische und bipolare Störungen sowie psychosomatische Belastungen. Das Alter der Teilnehmenden lag zwischen 18 und 74 Jahren. Die Geschlechterverteilung war annähernd ausgeglichen ($n^m = 33$, $n^w = 37$). Hinsichtlich der weltanschaulichen Zugehörigkeit lag ein Überwiegen christlicher Teilnehmender vor, gefolgt von atheistischen Patient*innen (vgl. Anhang I). Aufgrund der explorativen Ausrichtung der Studie wurden keine soziodemografischen Kontrollvariablen eingesetzt.

3.4 Ablauf der Datenerhebung & Forschungsethik

Die Erhebung erfolgte über einen standardisierten Online-Fragebogen, der mit der Software SoSci Survey realisiert wurde und unter: https://www.soscisurvey.de/face_greifswald/ gehostet war. Die Bearbeitung erfolgte mittels Tablets, die durch die Universität Greifswald bereitgestellt wurden, und nahm durchschnittlich 30-45 Minuten in Anspruch. Für die Teilnehmenden wurde sichergestellt, dass die Teilnahme vollständig freiwillig erfolgte (1.), eine informierte Einwilligung nach ausführlicher Aufklärung über Ziel, Ablauf und Datenschutzbedingungen abgegeben wurde (2.), die Befragung anonymisiert und gemäß Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) durchgeführt wurde (3.), siehe *informed consent* in Anhang D. Die Datenerhebung wurde im Vorfeld von der Ethikkommission der Universität Greifswald geprüft und genehmigt.

Nach einer umfassenden Aufklärung über Ziel und Ablauf der Studie konnten die Patient*innen ihre Teilnahme bestätigen oder ablehnen. Bei Zustimmung wurden zunächst soziodemografische Angaben (Alter, Geschlecht, Konfession³¹, Aufenthaltsdauer) erhoben, gefolgt von den psychologischen Skalen, die im Rahmen dieser Arbeit analysiert wurden³²:

1. **Subjektiver Therapieerfolg (4 Eigenitems):**
2. **Resilienzskala RS-13 (Leppert et al., 2008):**
3. **Kohärenzgefühl SOC-L9 (Schumacher et al., 2000):**
4. **Spiritual Needs Questionnaire (SpNQ-20; Büssing, 2021):**
5. **Centrality of Religiosity Scale interreligious-7 (CRSi-7; Huber & Huber, 2012):**

³¹ Zur Auswahl standen: christlich (römisch-katholisch), christlich (evangelisch), jüdisch, muslimisch, buddhistisch, hinduistisch, agnostisch, andere religiöse Glaubensrichtung, spirituell (ohne Konfession), atheistisch / keiner Konfession angehörig; weder religiös noch spirituell (vgl. Anhang I).

³² Eine genaue Übersicht aller verwendeten Skalen und Fragebögen findet sich im Anhang D.

Die gesamte Durchführung wurde von der Projektleitung (Alicia Krause & Marco Schäufile) begleitet. Alle Teilnehmenden konnten die Befragung jederzeit abbrechen, ohne dass daraus Nachteile entstanden. Es erfolgte keine Täuschung, und die Datenerhebung entsprach vollständig den ethischen Standards der klinisch-psychologischen Forschung. Die Anonymisierung wurde durch Chiffrierung (z. B. FACE001) gewährleistet. Alle Daten wurden SSL/TLS-verschlüsselt übertragen und auf deutschen ISO-27001-Servern gespeichert. Backups werden nach spätestens zwölf Monaten gelöscht, während die Forschungsdaten nach universitären Richtlinien zehn Jahre lang archiviert und anschließend vollständig entfernt werden.

3.5 Datenauswertungsmethode

Im Rahmen dieser explorativen Untersuchung wurden keine Hypothesen aufgestellt, um ergebnisoffen den aktuellen Status quo deskriptiver Daten abzubilden und mögliche inferenzstatistische Zusammenhänge aufzudecken (vgl. 2.5). Ziel war es, zu untersuchen, in welchem Ausmaß zentrale Variablen wie Zentralität religiös-spirituelle Inhalte (*CRSi-7*), spirituelle Bedürfnisse (*SpNQ-20*), Kohärenzgefühl (*SOC-L9*), Resilienz (*RS-13*) und der *subjektive Therapieerfolg*, im Kontext psychischer Krisen, miteinander in Beziehung stehen. Hierfür wurden inferenzstatistisch Korrelationsanalysen mit der Statistiksoftware jamovi (Version 2.3.2.8) durchgeführt und Korrelationsmatrizen berechnet.

3.5.1 Voraussetzungen & Prüfung der Voraussetzungen

Um eine zuverlässige Datenanalyse sicherzustellen, empfiehlt es sich, wie von Bortz und Schuster (2010) beschrieben, bestimmte Voraussetzungen und Richtlinien zu berücksichtigen, die in der Forschungspraxis als Gütemarker gelten und die Interpretation der Ergebnisse in einen angemessenen Kontext stellen.

Deskriptivstatistik. In der deskriptiven Statistik sind die Anforderungen im Allgemeinen weniger streng als bei inferenzstatistischen Analysen. Dennoch unterstreichen Bortz und Schuster (2010) einige Prinzipien für eine sinnvolle deskriptive Datenauswertung:

1. **Datenerhebung:** Die Daten wurden systematisch und unter standardisierten Bedingungen erhoben. In dieser Studie kam ein standardisierter Fragebogen zum Einsatz, bestehend aus mehreren validierten und reliablen Instrumenten.
2. **Datenqualität:** Die Datensätze wurden auf Vollständigkeit und Plausibilität geprüft. Unvollständige oder fehlerhafte Datensätze wurden ausgeschlossen.

3. **Skalenniveau:** Das Skalenniveau der Variablen beeinflusst die Auswahl der Maßzahlen. Für alle Fragestellungen wurden geeignete deskriptive Kennwerte bestimmt.
4. **Stichprobengröße:** Da es sich um eine explorative Untersuchung handelt, wurde keine vorherige Power Analyse durchgeführt. Für grundlegende korrelative Auswertungen werden nach Hasselbusch (2023) sowie nach Döring und Bortz (2016) Stichprobengrößen ab etwa $n = 30$ als ausreichend angesehen, sofern homogene Erhebungsbedingungen vorliegen. Mit $N = 70$ erfüllt die vorliegende Studie diese empfohlenen Richtwerte deutlich.
5. **Datennormalität:** Für bestimmte Maßzahlen ist eine annähernd normale Verteilung sinnvoll. Neben Mittelwerten und Standardabweichungen wurden auch Medianwerte berichtet, um der Datenverteilung gerecht zu werden.
6. **Zweckmäßigkeit:** Die Auswahl der Methoden orientierte sich an den Forschungsfragen und Eigenschaften der Variablen.
7. **Verständlichkeit:** Die Ergebnisse wurden tabellarisch und grafisch so aufbereitet, dass sie inhaltlich und formal klar interpretierbar sind.

Inferenzstatistik. Für die inferenzstatistische Analyse (Forschungsfragen 1-5) wurden Korrelationsmatrizen erstellt, um potenzielle lineare Zusammenhänge zwischen den genannten Variablen zu identifizieren. Für die Berechnung der Korrelationsmatrizen sollten nach Bortz und Schuster (2010) folgende Voraussetzungen erfüllt sein:

1. **Intervall- oder Verhältnisskalenniveau:** Beide Variablen sollten auf diesen (intervall- oder verhältnisskalierten) Skalenniveaus gemessen werden, damit eine klare und eindeutige Reihenfolge mit gleichbleibenden Intervallen zwischen den Werten vorhanden ist. Dies ist in dieser Studie gegeben.
2. **Linearität:** Eine lineare Beziehung zwischen den Variablen wurde mittels einem Streudiagramm (Scatterplot) überprüft und bestätigt.
3. **Keine Ausreißer:** Es konnten keine Ausreißer festgestellt werden.
4. **Normalverteilung:** Die Normalverteilung der Variablen wurde mittels Shapiro-Wilk-Test sowie ergänzender visueller Verfahren (Histogramme, Q-Q-Plots) geprüft. Insgesamt ergaben sich keine substantielle Verletzungen der Normalitätsannahme; kleinere Abweichungen waren erwartbar, beeinflussen bei der vorliegenden Stichprobengröße jedoch die Robustheit parametrischer Korrelationsanalysen nicht. (vgl. Bortz & Schuster, 2010).

5. **Homoskedastizität:** Die Varianz der Residuen wurde über eine visuelle Inspektion der Streudiagramme beurteilt. Es zeigten sich keine trichter- oder fächerförmigen Muster, sodass von einer konstanten Fehlervarianz (Homoskedastizität) ausgegangen werden konnte.

Im Anschluss an die Korrelationsanalysen der Gesamtstichprobe wurden ergänzend separate Korrelationsmatrizen für die Subgruppe der Teilnehmenden berechnet, die sich selbst als religiös oder spirituell einordneten. Ziel dieser zusätzlichen Auswertung war es, zu prüfen, ob sich die Stärke oder Richtung der bivariaten Zusammenhänge innerhalb dieser Teilgruppe von den Ergebnissen der Gesamtstichprobe unterscheidet. Die statistische Vorgehensweise blieb identisch: Für alle relevanten Variablenpaare wurden Pearson Korrelationen berechnet und in einer eigenen Korrelationsmatrix dargestellt.

Für alle Analysen, an denen das *Kohärenzgefühl (SOC-L9)* beteiligt war, liegt die Fallzahl bei $n = 69$, da eine Person den Fragebogen vor Bearbeitung des letzten Abschnitts abbrach. Da keine Imputation fehlender Werte vorgenommen wurde, werden alle *SOC-L9*-Analysen konsistent auf Basis dieser reduzierten Fallzahl berichtet.

3.5.2 Durchführung der statistischen Analyse mit jamovi

Die statistische Auswertung erfolgte mit der Software jamovi (Version 2.3.2.8). Entsprechend basierte die Auswertung ausschließlich auf Korrelationsanalysen, für die mehrere Korrelationsmatrizen erstellt wurden. In die Berechnungen einbezogen wurden die zentralen Konstrukte der Studie: die Zentralität religiös-spiritueller Inhalte (*CRSi-7*), die spirituellen Bedürfnisse (*SpNQ-20*), das Kohärenzgefühl (*SOC-L9*), die Resilienz (*RS-13*) sowie die vier Einzelitems zum *subjektiven Therapieerfolg*. Die Pearson-Korrelationen ermöglichten die Identifikation linearer Zusammenhänge zwischen diesen Variablen. Die Analysen stützten sich vollständig auf die kontinuierlichen Skalenwerte der eingesetzten psychometrischen Instrumente. Zur kontextuellen Einordnung der Befunde wurden ergänzend deskriptive Kennwerte (z. B. Mittelwerte und Standardabweichungen) berechnet; diese sind in Kapitel 4.1 dargestellt. Die vollständigen Ergebnisse der Korrelationsanalysen werden in Kapitel 4 berichtet und bilden die Grundlage für die anschließende theoretische Interpretation der Beziehungen zwischen Glaubenssystemen, Kohärenzgefühl, Resilienz und subjektivem Therapieerleben.

4. Ergebnisse

Im Folgenden sollen nun die Ergebnisse der Datenauswertung zur Beantwortung der fünf vorgestellten Fragestellungen vorgestellt und interpretiert werden.

4.1 Deskriptivstatistiken

Im ersten Schritt werden die deskriptiven Kennwerte der erhobenen Variablen dargestellt, um einen Überblick über die Verteilung der zentralen Konstrukte in der Stichprobe zu ermöglichen. Die Deskriptivstatistiken bilden die Grundlage für die anschließenden Korrelationsanalysen, indem sie Informationen zu Mittelwerten, Streuungen und Verteilungstendenzen bereitstellen. Der folgende Abschnitt beginnt mit den fünf Dimensionen der Zentralität religiös-spiritueller Inhalte (*CRSi-7*), bevor anschließend die weiteren Skalen beschrieben werden.

4.1.1 Zentralität (*CRSi-7*)

Zentralität der Glaubensinhalte. Die Zentralität der r/s Inhalte wurde bei allen Patient*innen abgefragt ($N = 70$). Die Population in der Stichprobe war im Durchschnitt glaubensorientiert ($M = 2.37$; $SD = 0.999$) und umfasste sowohl nicht glaubensorientierte ($Min. = 1.0$) als auch stark glaubensorientierte Personen ($Max. = 5.0$). Die Verteilung der Zentralität religiös-spiritueller Inhalte (*CRSi-7*) weist eine ausgeprägte Rechtsschiefe auf, das heißt der größte Anteil der Stichprobe zeigt niedrige Zentralitätswerte, während höhere Werte seltener auftreten.

Abbildung 4

CRSi-7: Verteilung der Zentralität

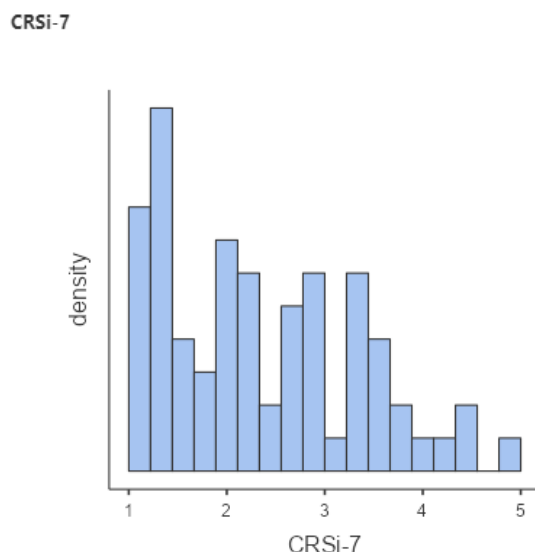


Tabelle 1

Deskriptivstatistik der CRS-Dimensionen

| | INT | IDEOL | ERF | PPRAX | ÖPRAX |
|--------------------|------|-------|------|-------|-------|
| N | 70 | 70 | 70 | 70 | 70 |
| Mittelwert | 2.64 | 2.76 | 2.30 | 2.54 | 1.61 |
| Median | 2.00 | 3.00 | 2.00 | 2.50 | 1.00 |
| Standardabweichung | 1.27 | 1.46 | 1.29 | 1.29 | 0.91 |

Anmerkung: INT = Intellekt, IDEOL = Ideologie, ERF = Erfahrung, PPRAX = Private Praxis, ÖPRAX = Öffentliche Praxis.

Die fünf Subdimensionen der Zentralität religiös-spirituellder Inhalte (CRSi-7) zeigen ein insgesamt breit gestreutes Ausprägungsmuster. Der **Intellekt** weist mit $M = 2.64$ ($SD = 1.27$) eine moderat ausgeprägte kognitive Beschäftigung mit religiös-spirituellen Themen auf. Die Dimension **Ideologie** zeigt einen ähnlich gelagerten und leicht höheren Mittelwert ($M = 2.76$; $SD = 1.46$) und bildet damit die inhaltliche Zustimmung zu religiösen Überzeugungen als die durchschnittlich am stärksten ausgeprägte Dimension der CRSi-7 ab. Die **Erfahrungsdimension** liegt mit $M = 2.30$ ($SD = 1.29$) im unteren bis mittleren Bereich, was auf eine eher verhaltene Ausprägung religiös-spirituellder Erfahrungen in der Stichprobe hinweist. Die **private Praxis** ist moderat ausgeprägt ($M = 2.54$; $SD = 1.29$) und zeigt vergleichbare Streuungswerte wie die **Erfahrungsdimension**. Die **öffentliche Praxis** weist den niedrigsten Mittelwert auf ($M = 1.61$; $SD = 0.91$). Insgesamt verdeutlichen die Deskriptivwerte eine moderate bis niedrige Ausprägung religiös-spirituellder Zentralität, mit deutlichen Unterschieden zwischen kognitiven, erfahrungsbezogenen und praxisorientierten Dimensionen der Religiosität / Spiritualität.³³

4.1.2 Spirituelle Bedürfnisse (SpNQ-20)

Spirituelle Bedürfnisse. Die spirituellen Bedürfnisse (SpNQ-20) wurden bei allen Patient*innen abgefragt ($N = 70$). Diese Stichprobe weist tendenziell leicht bis mitelhoch ausgeprägte spirituelle Bedürfnisse ($M = 1.81$; $SD = 0.53$) auf. Die Verteilung der einzelnen Bedürfnisdimensionen ist zur weiteren Übersicht in Anhang G dargestellt.

³³ Eine vertiefende Veranschaulichung der einzelnen CRS-Dimensionen findet sich in Anhang F.

Abbildung 5

SpNQ-20: Spirituelle Bedürfnisse

SpNQ-20

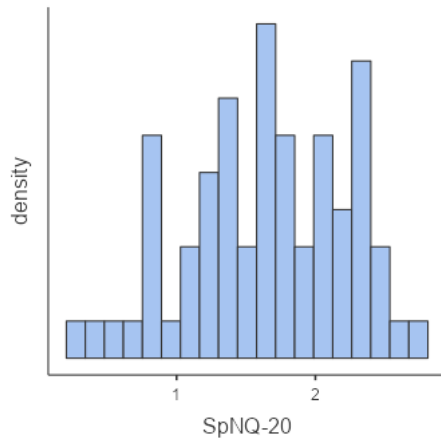


Tabelle 2

Deskriptivstatistik der SpNQ-20 Dimensionen

| | RB | EB | BiF | BeG |
|--------------------|------|------|------|------|
| Mittelwert | 0.73 | 1.67 | 2.25 | 1.93 |
| Median | 0.33 | 1.79 | 2.25 | 2.00 |
| Standardabweichung | 0.80 | 0.72 | 0.63 | 0.73 |

Anmerkung: RB = Religiöse Bedürfnisse, EB = Existenzielle Bedürfnisse, BiF = Bedürfnis nach innerem Frieden, BeG = Bedürfnis etwas zu geben.

Die vier Subdimensionen des *SpNQ-20* zeigen insgesamt ein heterogenes Profil spiritueller Bedürfnisse innerhalb der Stichprobe. **Religiöse Bedürfnisse** weisen mit $M = 0.73$ ($SD = 0.80$) die geringste Ausprägung auf und liegen deutlich unter den übrigen Skalen. **Existenzielle Bedürfnisse** sind moderat ausgeprägt ($M = 1.67$; $SD = 0.72$) und zeigen eine breit gestreute Verteilung. Am stärksten ausgeprägt ist das **Bedürfnis nach innerem Frieden** ($M = 2.25$; $SD = 0.63$), das innerhalb der Stichprobe den höchsten Mittelwert erreicht. Das **Bedürfnis etwas zu geben** zeigt ebenfalls eine moderate Ausprägung ($M = 1.93$; $SD = 0.73$) und weist eine weitgehend symmetrische bis leicht rechtssteile Verteilung auf. Insgesamt deuten diese Deskriptivwerte auf ein differenziertes Muster spiritueller Bedürfnisse hin, das insbesondere Aspekte von innerem Frieden und zwischenmenschlichem Geben betont.³⁴

³⁴ Eine vertiefende Veranschaulichung der einzelnen, spirituellen Bedürfnisse findet sich in Anhang G.

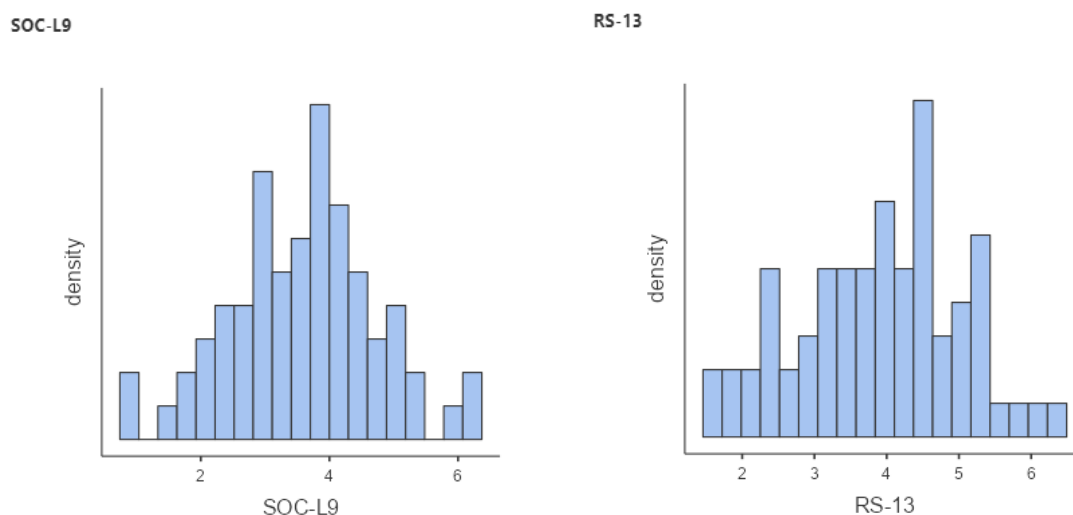
4.1.3 Kohärenzgefühl (SOC-L9) & Resilienz (RS-13)

Kohärenzgefühl. Das *Kohärenzgefühl* (SOC-L9) zeigt in der Stichprobe eine annähernd normalverteilte Ausprägung. Der Mittelwert liegt bei 3.60 ($SD = 1.13$) und bewegt sich damit im mittleren Bereich der Skala.

Resilienz. Die *Resilienzwerte* (RS-13) zeigen in der Stichprobe eine nahezu normalverteilte Struktur. Mit einem Mittelwert von 3.88 ($SD = 1.12$) liegen die Ausprägungen im mittleren Bereich der Skala, wobei eine leichte Häufung im Intervall zwischen 3.5 und 5 erkennbar ist.

Abbildung 6

Kohärenzgefühl (SOC-L9) und Resilienz (RS-13)



4.1.4 Subjektiver Therapieerfolg

Im Folgenden werden die vier Komponenten des *subjektiven Therapieerfolgs* dargestellt: *wahrgenommener Behandlungserfolg* (BE), *Zufriedenheit mit der Behandlung* (ZB), *subjektive Symptomverbesserung* (SV) und *Hoffnung auf Besserung* (HB). Die ersten drei Dimensionen (BE, ZB, SV) nutzen eine identische zehnstufige Ratingskala (1-10) und werden daher gemeinsam in einer Übersichtstabelle berichtet. Die *Hoffnung auf Besserung* (HB) wurde, im Gegensatz zu den anderen drei Komponenten des *subjektiven Therapieerfolgs*, mittels einer fünfstufigen Likertskala erfasst und wird anschließend getrennt dargestellt.

Die drei auf einer zehnstufigen Skala erhobenen Dimensionen des subjektiven Therapieerfolgs zeigen ein heterogenes Bild. Der *wahrgenommene Behandlungserfolg* (BE) weist mit einem Mittelwert von 4.90 ($SD = 2.34$) einen moderaten durchschnittlichen Nutzen

der bisherigen Behandlung, aus Sicht der Patient*innen, aus. Die *Zufriedenheit mit der Behandlung* (ZB) fällt mit $M = 6.59$ ($SD = 2.06$) insgesamt positiver aus und stellt den höchsten Wert der drei Skalen dar. Die *subjektive Symptomverbesserung* (SV) liegt mit $M = 4.37$ ($SD = 2.14$) im unteren Mittelfeld. Insgesamt deuten die Befunde darauf hin, dass die Teilnehmenden die bisherige Behandlung eher verhalten positiv erleben, wobei die Zufriedenheit höher ausfällt als die tatsächliche Symptomveränderung. Die *Hoffnung auf Besserung* (HB) weist mit $M = 3.87$ ($SD = 0.74$) insgesamt hohe Werte auf. Der Median von 4 zeigt eine überwiegend optimistische Erwartungshaltung der Patient*innen, bei gleichzeitig vorhandener individueller Streuung (Range 1-5).

4.2 Zusammenhänge

Im ersten Schritt der explorativen Analysen wurde untersucht, ob und in welchem Ausmaß die *Zentralität religiös-spirituelle Inhalte* (CRSi-7) mit dem *Kohärenzgefühl* (SOC-L9) zusammenhängt. Die folgenden Tabellen berichten sowohl die Gesamtzusammenhänge als auch differenzierte Analysen der einzelnen CRSi-7-Dimensionen sowie getrennte Auswertungen für religiös bzw. spirituell Selbstzugeordnete.

4.2.1 Zentralität und Kohärenzgefühl

Tabelle 3

CRSi-7 und SOC-L9

| | CRSi-7 (gesamt) | CRSi-7 (r/s-Subgruppe) |
|---|-----------------|------------------------|
| r | 0.01 | 0.11 |
| n | 69 | 49 |
| p | 0.51 | 0.44 |

Die Analyse zeigte keinen Zusammenhang zwischen der *Zentralität religiös-spirituelle Inhalte* (CRSi-7) und dem *Kohärenzgefühl* (SOC-L9). Der Korrelationskoeffizient fiel praktisch null aus ($r = 0.01$) und war statistisch nicht signifikant.

Auch innerhalb der Subgruppe religiöser bzw. spiritueller Patient*innen ergab sich kein signifikanter Zusammenhang zwischen CRSi-7 und SOC-L9. Der Zusammenhang blieb klein und nicht signifikant ($r = 0.11$, $p = .44$).

Tabelle 4Dimensionen der *CRSi-7* und *SOC-L9*

| | INT | IDEOL | ERF | PPRAX | ÖPRAX |
|----------------------------------|-------|-------|-------|-------|-------|
| Gesamtstichprobe (n = 69) | | | | | |
| r | -0.13 | -0.09 | 0.23 | 0.04 | -0.03 |
| p | 0.30 | 0.48 | 0.06 | 0.72 | 0.81 |
| r/s Subgruppe (n = 49) | | | | | |
| r | -0.02 | 0.01 | 0.33* | 0.08 | 0.05 |
| p | 0.87 | 0.95 | 0.02 | 0.61 | 0.76 |

Auf Ebene der *CRSi-7*-Dimensionen ergaben sich ebenfalls keine signifikanten Zusammenhänge mit dem *Kohärenzgefühl*. Die Korrelationskoeffizienten lagen insgesamt im niedrigen Bereich ($r = -.13$ bis $.23$), wobei keine der Beziehungen statistisch bedeutsam ausfiel.

In der r/s-Subgruppe zeigte sich für die Dimension der *Transzendenzerfahrungen* ein moderater Zusammenhang mit dem *Kohärenzgefühl* ($r = .33^*$, $p = .02$). Die übrigen Dimensionen wiesen keine signifikanten Beziehungen zu *SOC-L9* auf.

4.2.2 Spirituelle Bedürfnisse und Kohärenzgefühl

Tabelle 5*SpNQ-20* und *SOC-L9*

| | SpNQ-20 | RB | EB | BiF | BeG |
|----------------------------------|---------|-------|-------|------|------|
| Gesamtstichprobe (n = 69) | | | | | |
| r | 0.09 | -0.05 | -0.01 | 0.17 | 0.19 |
| p | 0.46 | 0.69 | 0.99 | 0.17 | 0.12 |
| r/s Subgruppe (n = 49) | | | | | |
| r | 0.04 | 0.04 | -0.06 | 0.06 | 0.09 |
| p | 0.77 | 0.77 | 0.70 | 0.66 | 0.53 |

Die Analyse ergab keine signifikanten Zusammenhänge zwischen den *spirituellen Bedürfnissen* (*SpNQ-20*) und dem *Kohärenzgefühl* (*SOC-L9*). Weder der Gesamtwert der *spirituellen Bedürfnisse* ($r = .09$, $p = .46$) noch die Subskalen *Religiöse Bedürfnisse* (RB),

Existenzielle Bedürfnisse (EB), *Bedürfnis nach innerem Frieden* (BiF) oder *Bedürfnis etwas zu geben* (BeG) zeigten bedeutsame Korrelationen mit dem *SOC-L9*. Alle Korrelationen lagen im niedrigen Bereich ($r = -.05$ bis $.19$) und erreichten keine statistische Signifikanz.

Auch bei r/s Patient*innen zeigten sich keine signifikanten Zusammenhänge zwischen den *spirituellen Bedürfnissen* (*SpNQ-20*) und dem *Kohärenzgefühl* (*SOC-L9*). Sowohl der Gesamtwert der *spirituellen Bedürfnisse* ($r = .04$, $p = .77$) als auch die Subskalen *Religiöse Bedürfnisse* (RB), *Existenzielle Bedürfnisse* (EB), *Bedürfnis nach innerem Frieden* (BiF) und *Bedürfnis etwas zu geben* (BeG) wiesen durchgehend sehr geringe Effektstärken ($r = -.06$ bis $.09$) auf, die sämtlich nicht signifikant waren. Damit bestätigten sich die Befunde des Gesamtsamples auch innerhalb der r/s Teilgruppe.

4.2.3 Resilienz

Tabelle 6

Resilienz, Zentralität, spirituelle Bedürfnisse & Kohärenzgefühl

| | CRSi-7 | SpNQ-20 | SOC-L9 |
|-------------------------|--------|---------|--------|
| Gesamtstichprobe | | | |
| r | 0.00 | 0.01 | 0.31** |
| n | 70 | 70 | 69 |
| p | 0.98 | 0.93 | 0.01 |
| r/s Subgruppe | | | |
| r | 0.06 | -0.04 | 0.42** |
| n | 50 | 50 | 49 |
| P | 0.67 | 0.81 | 0.01 |

Die Analyse der Zusammenhänge zwischen *Zentralität* (*CRSi-7*), *spirituellen Bedürfnissen* (*SpNQ-20*), *Kohärenzgefühl* (*SOC-L9*) und *Resilienz* (*RS-13*) zeigt ein konsistentes Muster über beide Stichproben hinweg. Zwischen *Zentralität* und *Resilienz* sowie zwischen *spirituellen Bedürfnissen* und *Resilienz* ergaben sich keine bedeutsamen Zusammenhänge (alle $r \approx 0$, alle $p > .67$). Dagegen zeigte sich ein moderater positiver Zusammenhang zwischen *Kohärenzgefühl* und *Resilienz* in der Gesamtstichprobe ($r = .31^{**}$, $p = .01$), der sich in der r/s-Teilgruppe sogar leicht verstärkte ($r = .42^{**}$, $p = .01$).

4.2.4 Subjektiver Therapieerfolg

Tabelle 7

Subjektiver Therapieerfolg, Zentralität, spirituelle Bedürfnisse, Kohärenzgefühl und Resilienz

| | BE | ZB | SV | HB |
|------------------------------------|-----------|-----------|-----------|-----------|
| <hr/> | | | | |
| CRSi-7 (Gesamt) | | | | |
| r | 0.13 | 0.09 | 0.03 | 0.17 |
| p | 0.27 | 0.44 | 0.79 | 0.17 |
| CRSi-7 (r/s Subgruppe) | | | | |
| r | 0.15 | 0.17 | 0.01 | 0.27 |
| p | 0.30 | 0.24 | 0.97 | 0.06 |
| SpNQ-20 (Gesamt) | | | | |
| r | 0.33* | 0.17 | 0.21 | 0.40*** |
| p | 0.01 | 0.17 | 0.08 | < .001 |
| SpNQ-20 (r/s Subgruppe) | | | | |
| r | 0.27 | 0.28* | 0.20 | 0.43*** |
| p | 0.06 | 0.05 | 0.41 | 0.00 |
| SOC-L9 (Gesamt) | | | | |
| r | 0.21 | 0.17 | 0.2 | 0.35** |
| p | 0.08 | 0.18 | 0.11 | 0.00 |
| SOC-L9 (r/s Subgruppe) | | | | |
| r | 0.12 | 0.20 | 0.20 | 0.37** |
| p | 0.42 | 0.17 | 0.17 | 0.01 |
| RS-13 (Gesamt) | | | | |
| r | 0.01 | 0.08 | 0.21 | 0.23 |
| p | 0.41 | 0.51 | 0.09 | 0.06 |
| RS-13 (r/s Subgruppe) | | | | |
| r | 0.14 | 0.14 | 0.22 | 0.20 |
| p | 0.32 | 0.33 | 0.13 | 0.16 |
| <hr/> | | | | |

Anmerkung: BE = wahrgenommener Behandlungserfolg, ZB = Zufriedenheit mit der Behandlung, SV = subjektive Symptomverbesserung, HB = Hoffnung auf Besserung. N = 70, mit Ausnahme von dem SOC-L9 (N = 69).

Die Gesamtstichprobe zeigte mehrere signifikante Zusammenhänge zwischen den untersuchten Konstrukten und den Komponenten des *subjektiven Therapieerfolgs*. Besonders deutlich wurden moderate positive Assoziationen zwischen den *spirituellen Bedürfnissen* (*SpNQ-20*) und dem *subjektiven Behandlungserfolg* ($BE; r = .33^{**}, p = .01$) sowie der *Hoffnung auf Besserung* ($HB; r = .40^{***}, p < .001$). Auch das *Kohärenzgefühl* (*SOC-L9*) korrelierte signifikant positiv mit *HB* ($r = .35^{**}, p = .00$), wenngleich die Zusammenhänge zu *BE*, *ZB* und *SV* statistisch nicht signifikant ausfielen. Die *Zentralität religiös spiritueller Inhalte* (*CRSi-7*) und die *Resilienz* (*RS-13*) zeigten hingegen durchweg niedrige und nicht signifikante Zusammenhänge mit den vier Therapieerfolgsdimensionen. Insgesamt deuten die Ergebnisse darauf hin, dass insbesondere *spirituelle Bedürfnisse* und das *Kohärenzgefühl* mit einem höheren subjektiven Therapieerleben verbunden sind.

Bei den r/s Patient*innen zeigten sich ähnliche, jedoch leicht ausgeprägtere Muster. Die *spirituellen Bedürfnisse* (*SpNQ-20*) korrelierten hier signifikant positiv mit der *Zufriedenheit mit der Behandlung* ($ZB; r = .28^*, p = .05$) und mit der *Hoffnung auf Besserung* ($HB; r = .43^{***}, p < .001$). Auch das *Kohärenzgefühl* (*SOC-L9*) wies eine signifikante positive Assoziation zu *HB* auf ($r = .37^{**}, p = .01$). Die Zusammenhänge zwischen *CRSi-7* bzw. *RS-13* und den Therapieerfolgsdimensionen blieben hingegen durchweg gering und statistisch unbedeutend. In Anhang H sind vertiefende Analysen zu den einzelnen Bedürfnissen dargestellt.

4.2.5 Transzendenzerfahrungen & Hoffnung auf Besserung

Die Analyse der *Transzendenzerfahrungen* (*CRSi-7*) zeigte in der Gesamtstichprobe einen signifikanten positiven Zusammenhang mit der *Hoffnung auf Besserung* ($HB; r = .28^*, p = .02$). Bei r/s Patientinnen fiel dieser Zusammenhang noch deutlicher aus: *Transzendenzerfahrungen* korrelierten moderat und signifikant mit *HB* ($r = .39^{**}, p = .01$). Insgesamt weisen die Befunde darauf hin, dass häufigere *Transzendenzerfahrungen* mit einer optimistischeren Einschätzung des zukünftigen Gesundheitsverlaufs einhergehen, besonders ausgeprägt bei r/s-orientierten Patient*innen.

5. Diskussion

Im vorliegenden Diskussionsteil werden die empirischen Befunde dieser Studie vor dem Hintergrund des theoretischen Rahmens interpretiert und in einen übergeordneten wissenschaftlichen Kontext eingeordnet. Ziel ist es, die Ergebnisse in Bezug auf jene kognitiven und existenziellen Strukturprozesse zu verstehen, die im Modell der weltanschaulichen Triade beschrieben werden und das Zusammenspiel von Selbst-, Welt- und Gottesbild als Grundlage der individuellen Sinnkonstruktion erfassen. Ergänzend werden die methodischen Grenzen der Untersuchung transparent dargestellt sowie Konsequenzen für psychotherapeutische Praxis und zukünftige Forschung aufgezeigt.

5.1 Zusammenfassung und Interpretation der zentralen Befunde

Die Ergebnisse der Untersuchung zeigen ein insgesamt uneinheitliches Muster der Zusammenhänge zwischen Zentralität der Glaubensinhalte, spirituellen Bedürfnissen, Kohärenzerleben, Resilienz und subjektivem Therapieerfolg. Weder für die Gesamtstichprobe noch für die r/s Subgruppe, fanden sich signifikanten Zusammenhänge zwischen der Ausprägung religiös-spirituelle Zentralität und dem Kohärenzgefühl. Auch die differenzierte Betrachtung einzelner Ausdrucksformen religiös-spirituelle Zentralität ergab überwiegend keine bedeutsamen Beziehungen, mit Ausnahme der Transzendenz Erfahrungen, die sowohl in der Gesamtstichprobe als auch deutlicher in der r/s Teilgruppe positiv mit der Hoffnung auf Besserung verbunden waren. Auch zwischen spirituellen Bedürfnissen und Kohärenzgefühl zeigten sich keine systematischen Zusammenhänge. Allerdings traten im Bereich des subjektiven Therapieerlebens mehrere signifikante positive Assoziationen auf: Höhere spirituelle Bedürfnisse gingen mit einer positiveren Einschätzung des Behandlungserfolgs sowie mit stärkerer Hoffnung auf Besserung einher. Für die Resilienz ergab sich ein konsistenter positiver Zusammenhang mit dem Kohärenzgefühl in beiden Stichproben. Dagegen zeigten sich keine nennenswerten Beziehungen zwischen Resilienz und den übrigen Glaubens- bzw. Bedürfnisvariablen. Der subjektive Therapieerfolg wies insgesamt ein differenziertes Korrelationsmuster auf. Während die Ausprägung religiös-spirituelle Zentralität und die Resilienz keine signifikanten Beziehungen zum Therapieerleben zeigten, waren insbesondere höhere spirituelle Bedürfnisse sowie ein höheres Kohärenzgefühl positiv mit mehreren Aspekten des subjektiven Therapieerfolgs verbunden. Zusammenfassend deuten die Befunde darauf hin, dass affektive und motivationsbezogene Aspekte religiös-spirituelle Orientierung (spirituelle Bedürfnisse) stärker mit dem subjektiven Erleben des therapeutischen Prozesses zusammenhängen als strukturelle oder kognitiv-inhaltsbezogene Komponenten

(Zentralität). Das Kohärenzgefühl erwies sich darüber hinaus als stabiler Prädiktor im Zusammenhang mit Resilienz und Hoffnung auf Besserung.

5.2 Interpretation der Ergebnisse im Kontext der theoretischen Grundlage

Die Ergebnisse lassen sich nur vor dem Hintergrund jener theoretischen Perspektive verstehen, die psychische Krisen, je nach Fall mehr oder weniger explizit, als Ausdruck gestörter Sinn- und Bedeutungsstrukturen begreift (vgl. 2.2). Das theoretische Modell dieser Arbeit beschreibt solche Krisen als Desintegration der *weltanschaulichen Triade* aus Selbst-, Welt- und Gottesbild, deren innere Passung im klinischen Kontext häufig durch widersprüchliche Erfahrungen, anhaltenden Stress oder existenzielle Belastungen unterbrochen wird. Im Anschluss an Park (2010) und Festinger (1957) wurden diese Inkonsistenzen als Formen von *disrupted meaning* bzw. *kognitiver Dissonanz* verstanden - also psychische Spannungszustände, die entstehen, wenn globale Sinnstrukturen zentrale Erfahrungen nicht mehr tragen können.

Vor diesem Hintergrund deuten die Befunde dieser Studie darauf hin, dass der Zusammenhang zwischen r/s Glaubenssystemen und *Kohärenzgefühl* keine allgemein lineare Funktion religiöser/spiritueller Intensität ist, sondern wesentlich davon abhängt, ob die *weltanschauliche Triade*, auch im Rahmen ihrer existenziellen, bzw. r/s Dimension, stabil und integrativ ausgebildet ist. Die Daten legen nahe, dass Kohärenzerleben im klinischen Setting nicht primär durch den Umfang religiöser Praxis oder Überzeugungsstärke erklärt wird, sondern durch die innere Ordnung des Sinnsystems und insbesondere durch die Fähigkeit, kritische Erfahrungen ohne grundlegenden Strukturbruch in das eigene Selbst- und Weltverständnis einzuordnen. Diese Annahme bleibt eine theoretische Ableitung und sollte in zukünftigen Studien gezielt geprüft werden, etwa durch längsschnittliche Untersuchungen oder Analysen, die den Integrationsgrad und mögliche Dissonanzen innerhalb der Triade explizit erfassen können (vgl. 6. Fazit & Ausblick). Zunächst werden die empirischen Befunde im Detail auf diese theoretische Matrix bezogen. Dabei werden die spezifischen Muster der Zusammenhänge zwischen Zentralität der Glaubensinhalte, spirituellen Bedürfnissen, dem Kohärenzgefühl, der Resilienz und subjektivem Therapieerfolg interpretiert und im Hinblick auf die Dynamik der Triade, die Rolle kognitiver Dissonanz sowie die Stabilität globaler Bedeutungssysteme diskutiert.

5.2.1 Deskriptivstatistiken

Die deskriptiven Ergebnisse zeigen, dass die untersuchten Variablen keine homogene Struktur bilden, sondern clusterartig Muster aufweisen, die unterschiedliche Formen von Sinn- und Kohärenzregulation widerspiegeln. Dies steht im Einklang mit einer Grundannahme der

Theorie, dass Individuen nicht über isolierte r/s Merkmale verfügen, sondern über Bedeutungsgefüge, die die drei Bezugsdimensionen der Triade unterschiedlich stark einbinden. Die variierende Ausprägung von der Zentralität der Glaubensinhalte, spirituellen Bedürfnissen, dem Kohärenzgefühl und der Resilienz lässt sich somit als Ausdruck unterschiedlicher Stabilitätsgrade des globalen Sinnsystems interpretieren (vgl. 2.3; Anhang C). Ein durchschnittlich überwiegend moderates Kohärenzgefühl bei gleichzeitig hohen inneren Friedensbedürfnissen deutet darauf hin, dass in psychiatrischen Krisen das Bedürfnis nach Integration, Harmonie und Sinn besonders aktiviert ist. Ein Befund, der zu Maderts Beobachtungen der kognitiven Neuorientierung nach erschütternden Ereignissen und Parks Modell der *disrupted meaning systems* passt, wonach Stress und Kontrollverlust die Suche nach Bedeutungsordnung verstärken (vgl. Madert, 2007; Park, 2010) Dieses Verständnis steht außerdem im Einklang mit etablierten Annahmen der Stresstheorie nach Lazarus und Folkman (1984), wonach Belastungsreaktionen primär aus Inkongruenzen zwischen situativen Anforderungen und inneren Bedeutungssystemen entstehen. Auch Janoff-Bulmans Modell (1989) der *shattered assumptions* betont, dass psychische Krisen häufig mit dem Bruch grundlegender Selbst- und Weltannahmen einhergehen. Solche Perspektiven unterstreichen, dass es im Kern nicht um die Präsenz einzelner religiös-spirituellen Inhalte geht, sondern um die Fähigkeit, widersprüchliche Erfahrungen in ein übergeordnetes Bedeutungssystem zu integrieren.

5.2.2 Zentralität r/s Glaubensinhalte und Kohärenz

Die Ergebnisse zeigen, dass die Zentralität der r/s Glaubensinhalte weder in der Gesamtstichprobe noch in der r/s Subgruppe in einem statistisch bedeutsamen Zusammenhang mit dem Kohärenzgefühl steht. Dieses Befundmuster entspricht den uneinheitlichen Ergebnissen früherer klinischer Untersuchungen, die ebenfalls keine stabilen Beziehungen zwischen r/s Variablen und Kohärenzerleben nachweisen konnten (vgl. Delgado, 2007; Gibson, 2003; Tagay et al., 2006). Die vorliegende Studie erweitert diese Evidenz insofern, als sie ein theoretisch präzises verankertes und psychometrisch etabliertes Instrument zur Erfassung religiös spiritueller Zentralität einsetzt. Die CRS wurde in mehr als hundert internationalen Studien verwendet und basiert auf Hubers Modell religiöser Kerndimensionen, dessen Struktur und Validität mehrfach empirisch bestätigt wurde (vgl. Esperandio & Ladd, 2019; Huber, 2003; Huber & Huber, 2012). Auch neuere Untersuchungen belegen die inhaltliche Trennschärfe und reliablen Strukturdimensionen der Kurzversion CRSi-7, was ihre Eignung als Standardinstrument zusätzlich stützt (vgl. Ackert et al., 2020). Dass sich trotz dieses differenzierten Messansatzes kein Zusammenhang zwischen Zentralität der Glaubensinhalte

und Kohärenzgefühl abbildet, spricht dafür, dass die Intensität von r/s Orientierung im klinischen Kontext kein robuster Prädiktor für Kohärenzerleben ist. Theoretisch ist dieses Muster plausibel, da psychische Krisen mit einer Destabilisierung der *weltanschaulichen Triade* einhergehen (vgl. 2.2). Selbst-, Welt- und Transzendenzbezug verlieren in solchen Situationen ihre gewohnte innere Passung, sodass die Fähigkeit, Erfahrungen in eine konsistente Ordnung einzubetten, vorübergehend geschwächt ist (vgl. 2.2.1). Unter diesen Bedingungen lösen sich übliche lineare Zusammenhänge zwischen Sinnstruktur und Kohärenz auf, da die triadische Gesamtordnung selbst instabil wird und kein kohärentes Erleben hervorbringen kann (vgl. 2.2.2). Das schwache oder ausbleibende SOC Signal kann in diesem Sinne daher weniger als Hinweis auf eine geringe Bedeutung von r/s Glaubensinhalten interpretiert, sondern vielmehr als Ausdruck einer gestörten Strukturpassung innerhalb des individuellen Sinnsystems verstanden werden. Dies entspricht der *Theorie der kognitiven Dissonanz* (vgl. Festinger, 1957), nach der widersprüchliche Erfahrungen Spannungszustände erzeugen, die gewohnte Bedeutungsstrukturen irritieren können (vgl. 2.2.1.4). Ähnliche Annahmen finden sich in Wongs *Meaning Centered Theory* sowie in Schnells Modell existenzieller Sinnquellen, die beide hervorheben, dass psychische Stabilität nicht primär aus der Intensität einzelner Überzeugungen entsteht, sondern aus der Einbettung verschiedener Sinnquellen in ein konsistentes Gesamtgefüge (vgl. Schnell, 2016; Wong, 2013). Der fehlende lineare Zusammenhang zwischen Zentralität des Glaubenssystems und Kohärenzerleben lässt sich somit sinnvoll in diese theoretischen Perspektiven einordnen, die die Bedeutung struktureller Integration über inhaltliche Intensität stellen.

5.2.3 Transzendenz Erfahrungen und Kohärenz bei r/s Selbstbeschreibung

Ein differenziertes Muster zeigt sich, sobald die religiös spirituelle Selbstbeschreibung genauer betrachtet wird. In der Gruppe der Personen, die sich selbst als religiös oder spirituell einordnen, zeigt sich ein signifikanter positiver Zusammenhang zwischen Transzendenz Erfahrungen und Kohärenzgefühl. In der Gruppe ohne r/s Selbstbeschreibung fällt der Zusammenhang schwächer aus und unterschreitet die Signifikanzgrenze. Die Ergebnisse deuten somit darauf hin, dass Transzendenz Erfahrungen insbesondere dort enger mit dem Kohärenzerleben verknüpft sein könnten, wo eine r/s Orientierung bereits, zumindest formal, ein Bestandteil des persönlichen Sinn und Bedeutungsrahmens ist. Im Kontext der Theorie der *weltanschaulichen Triade* (vgl. 2.1.3) lässt sich dieses Muster so einordnen, dass Transzendenz Erfahrungen eher dann kohärenzrelevante Funktionen erfüllen können, wenn eine transzendente Bezugsdimension bereits innerpsychisch strukturiert vorliegt. In solchen Fällen könnten Transzendenz Erfahrungen leichter an bestehende kognitive und emotionale Bedeutungs-

schemata anschließen und damit stärker in die triadische Struktur aus Selbst-, Welt- und Transzendenzbezug integrierbar sein. Fehlt eine solche Verankerung, könnten Transzendenz-erfahrungen zwar weiterhin subjektive Orientierung bieten, jedoch möglicherweise weniger systematisch in ein übergeordnetes Sinnsystem eingebettet werden, was den abgeschwächten Zusammenhang erklären könnte. Dieses Verständnis ist kompatibel mit Pargaments Konzept religiöser Bewältigungsprozesse, das davon ausgeht, dass r/s Erfahrungen besonders dann eine stabilisierende Funktion (u.a. in Bezug auf das Kohärenzgefühl) entfalten, wenn sie an vorhandene religiöse Orientierungsrahmen anschließen können (vgl. Pargament, 1997). Auch wenn die vorliegenden Daten keine Aussagen zur Richtung oder Mechanik dieser Zusammenhänge erlauben, legen sie vorsichtig nahe, dass die strukturelle Einbettung r/s Deutungsmuster möglicherweise moderiert, wie eng Transzendenz-erfahrungen mit Kohärenzerleben verbunden sind. Gleichzeitig bleibt offen, in welchem Umfang weitere Variablen wie Art, Intensität oder biografische Bedeutung r/s Erfahrungen diesen Zusammenhang beeinflussen. Die Befunde sollten daher als explorative Hinweise verstanden werden, die zukünftige Forschung motivieren können (vgl. 6. Fazit & Ausblick). Insgesamt unterstreicht das Muster, dass Kohärenzerleben womöglich weniger an die Intensität einzelner r/s Überzeugungen gebunden ist, sondern eher an die Integrationsleistung des globalen Sinnsystems, zu dem auch transzendente Bezüge gehören können.

5.2.4 Spirituelle Bedürfnisse und Kohärenzgefühl

Die Ergebnisse zeigen keine signifikanten Zusammenhänge zwischen spirituellen Bedürfnissen und dem Kohärenzgefühl. Dies betrifft sowohl den Gesamtwert der spirituellen Bedürfnisse als auch die Subskalen Religiöse Bedürfnisse, Existenzielle Bedürfnisse, Bedürfnis nach innerem Frieden und Bedürfnis etwas zu geben. Damit deuten die Befunde darauf hin, dass spirituelle Bedürfnisse im klinischen Kontext nicht unmittelbar mit dem aktuellen Kohärenzerleben verknüpft sein müssen. Theoretisch lässt sich dieses Muster vorläufig so einordnen, dass spirituelle Bedürfnisse nach Büssing (2021) vor allem motivational ausgerichtete Bedarfsstrukturen darstellen. Sie erfassen Wünsche nach Sinn, Frieden, Klärung oder transzendenter Bezogenheit, spiegeln jedoch nicht zwingend eine gefestigte Sinnstruktur wider. In der Logik der *weltanschaulichen Triade* können solche Bedürfnisse vielmehr Ausdruck einer noch ungelösten oder instabilen Sinnorganisation sein - ein Zustand, der in psychischen Krisen häufiger auftritt und typischerweise mit Dissonanzen zwischen Selbst, Welt und Transzendenzbezug einhergeht (vgl. 2.2). Vor diesem Hintergrund wäre denkbar, dass erhöhte spirituelle Bedürfnisse im klinischen Kontext weniger ein Zeichen vorhandener Kohärenz darstellen, sondern eher auf den Bedarf nach (Re-)Integration hinweisen. Das

Bedürfnis nach innerem Frieden oder existenzieller Klärung könnte somit auf eine Diskrepanz zwischen Ist- und Soll-Zustand der eigenen Sinnstruktur verweisen, während das Kohärenzgefühl eine gegenwartsbezogene Bewertung der erlebten Ordnung abbildet. Beide Konstrukte würden damit unterschiedliche Ebenen der Sinnregulation repräsentieren: eines suchend und zukunftsorientiert (spirituelle Bedürfnisse), das andere bewertend und gegenwartsorientiert (Kohärenzgefühl). Diese Interpretation findet Anschluss an existenzpsychologische Modelle. Yalom (1980) beschreibt, dass existenzielle Suchbewegungen typischerweise in Phasen erhöhter Unsicherheit auftreten, in denen Personen ihr Selbst- und Weltverständnis neu ordnen müssen. Auch Schnell (2016) argumentiert, dass existenzielle Orientierungslosigkeit gerade in Krisenprozessen eine verstärkte Suche nach Sinn und innerem Frieden auslösen kann. Diese theoretischen Perspektiven legen nahe, dass spirituelle Bedürfnisse im klinischen Setting eher Indikatoren einer aktiven Bedeutungsarbeit sein könnten als Marker bestehender Kohärenz. Das Ausbleiben signifikanter Zusammenhänge ist vor diesem Hintergrund nicht überraschend und kann als konsistent mit der Annahme gelten, dass spirituelle Bedürfnisse und Kohärenzgefühl zeitlich versetzt operieren und verschiedene Stadien der Sinnregulation widerspiegeln. Ob und in welchem Ausmaß spirituelle Bedürfnisse im Verlauf einer Behandlung in eine stabilere triadische Struktur integriert werden, bleibt eine offene empirische Frage, die insbesondere durch Längsschnittdesigns näher untersucht werden sollte (vgl. 6. Fazit & Ausblick).

5.2.5 Resilienz und Triadenstabilität

Die Ergebnisse zeigen ein eindeutiges Muster. Resilienz steht in beiden Stichproben in einem moderaten Zusammenhang mit dem Kohärenzgefühl, jedoch nicht mit der Zentralität religiös-spirituellen Inhalte oder den spirituellen Bedürfnissen. Dieser Befund spricht dafür, dass Resilienz im klinischen Kontext möglicherweise stärker mit dem allgemeinen Zustand der inneren Sinnorganisation verknüpft ist als mit religiös-spirituellen Orientierungen im engeren Sinne. Theoretisch lässt sich dieses Muster insofern einordnen, als Resilienz und Kohärenzgefühl konzeptuell verwandte Konstrukte darstellen. Beide beziehen sich darauf, wie gut es einer Person gelingt, Belastungen innerhalb eines nachvollziehbaren und handhabbaren Selbst- und Weltverständnisses zu verarbeiten (vgl. Schumacher et al., 2000). Während das Kohärenzgefühl die subjektive Wahrnehmung einer verstehbaren, handhabbaren und bedeutungsvollen inneren Ordnung beschreibt (vgl. Antonovsky, 1987), bezeichnet Resilienz die Fähigkeit, mit Herausforderungen flexibel und psychisch stabil umzugehen (vgl. Rutter, 2006). Der beobachtete Zusammenhang zwischen beiden Variablen ist vor diesem Hintergrund theoretisch plausibel und könnte darauf hinweisen, dass beide Konstrukte unterschiedliche

Facetten derselben übergeordneten Integrationsleistung abbilden. Das Ausbleiben signifikanter Zusammenhänge zwischen Resilienz und den r/s Variablen lässt sich vorsichtig so interpretieren, dass religiös-spirituelle Inhalte nicht automatisch eine stabilisierende Funktion besitzen. Entscheidend könnte weniger die Intensität religiöser Praxis oder die Stärke spiritueller Bedürfnisse sein, sondern eher die Art und Weise, wie Selbst-, Welt- und Transzendenzbezüge innerhalb der triadischen Struktur organisiert sind (vgl. 2.1.3). Unter dieser Annahme würde Resilienz nicht durch r/s Inhalte selbst entstehen, sondern durch deren Einbettung in ein konsistentes und funktionales Sinnsystem (vgl. Schnell, 2016; Yalom, 1980). Der leicht ausgeprägtere Zusammenhang zwischen Kohärenzgefühl und Resilienz in der r/s Teilgruppe könnte darauf hindeuten, dass Personen mit religiös-spirituellem Selbstverständnis in einigen Fällen über eine stabilere Strukturierung ihrer Sinnannahmen verfügen - zumindest dort, wo die Triade trotz Krise nicht vollständig destabilisiert ist (vgl. 2.2). Dieser Effekt bleibt jedoch moderat und sollte nicht als Hinweis auf klare Gruppenunterschiede interpretiert werden. Vielmehr könnte er darauf aufmerksam machen, dass r/s Weltdeutung unter bestimmten Bedingungen einen stabilisierenden Bezugsrahmen bieten kann, ohne dass dies empirisch verallgemeinerbar ist.

Insgesamt deuten die Befunde darauf hin, dass Resilienz im klinischen Kontext möglicherweise weniger ein stabiler Trait ist, sondern eher den aktuellen Zustand einer funktionierenden inneren Sinnorganisation widerspiegelt. Klassische Resilienzmodelle unterstützen diese Sichtweise: Rutter (2006) beschreibt Resilienz als Ergebnis entwicklungs- und kontextabhängiger Anpassungsprozesse, und Janoff-Bulman (1989) hebt hervor, dass Resilienz häufig dann ermöglicht wird, wenn zentrale Annahmen über Selbst und Welt stabilisiert oder rekonstruiert werden können. Diese Modelle lassen sich gut mit der Annahme verbinden, dass Resilienz eng an die Funktionsfähigkeit der triadischen Sinnstruktur gebunden sein könnte.

5.2.6 Subjektiver Therapieerfolg

Die Ergebnisse zum subjektiven Therapieerfolg sind mit methodischer Vorsicht zu interpretieren, da sie auf selbsterstellten Einzelitems beruhen und somit nicht dieselbe Reliabilität wie standardisierte Instrumente aufweisen (vgl. 5.3.2). Dennoch zeigen sich in beiden Teilstichproben konsistente korrelative Muster, die Hinweise auf die Struktur des Therapieerlebens geben können. Ein höheres Kohärenzgefühl steht durchgehend mit einem positiveren subjektiven Therapieerleben in Zusammenhang. Dies betrifft den wahrgenommenen Behandlungserfolg, die Zufriedenheit mit der Behandlung, die subjektiv eingeschätzte Symptomverbesserung sowie, vor allem, die Hoffnung auf Besserung. Letztere

weist zusätzlich eine Korrelation mit Transzendenzerfahrungen auf, insbesondere innerhalb der r/s Teilgruppe. Vor dem Hintergrund des theoretischen Modells der *weltanschaulichen Triade* lässt sich dieses Muster vorsichtig so einordnen, dass ein höheres Kohärenzerleben möglicherweise mit einer übergeordneten inneren Ordnungsleistung verbunden ist. Wenn Selbst-, Welt- und Transzendenzbezug in einer Weise aufeinander bezogen sind, die Erfahrungen verstehbar und handhabbar erscheinen lässt (vgl. Anhang C), könnte dies erleichtern, therapeutische Prozesse subjektiv als hilfreich und stimmig wahrzunehmen. Subjektiver Therapieerfolg wäre dann nicht nur Ausdruck beobachtbarer Symptomveränderungen, sondern auch ein Hinweis darauf, dass die Bedeutungskontexte, in denen Therapie erlebt wird, kohärenter strukturiert erscheinen.

Besonders relevant ist in diesem Zusammenhang der Zusammenhang zwischen Hoffnung auf Besserung und Transzendenzerfahrungen. Sowohl in der Salutogenese (Antonovsky, 1987) als auch in der existenziellen Psychologie (vgl. Yalom, 1980) gilt Hoffnung als zentraler Indikator einer wiederhergestellten Zukunftsorientierung. Explorativ könnte angenommen werden, dass Transzendenzerfahrungen dort, wo sie in ein r/s Glaubenssystem eingebettet sind, diesen Prozess unterstützen, indem sie an vorhandene Deutungsmuster anschließen und ein Gefühl übergeordneter Einbettung ermöglichen (vgl. 2.1.3.4). Diese Überlegung ergänzt Frankls Annahme, dass die Wiederentdeckung eines sinnhaften Bezugsrahmens ein wichtiger Bestandteil von Heilungsprozessen ist (vgl. Frankl, 1984), und steht im Einklang mit Wongs Weiterentwicklung der logotherapeutischen Tradition, in der Hoffnung, Sinnorientierung und Zukunftsbezug eng miteinander verknüpft sind (vgl. Wong, 2013). Zugleich zeigt das Fehlen eindeutiger Zusammenhänge zwischen den r/s Variablen und dem subjektiven Therapieerleben, dass die Zentralität religiös-spiritualer Überzeugungen allein keine zentrale Rolle zu spielen scheint. Vor dem Hintergrund des triadischen Modells erscheint daher eher plausibel, dass weniger die Stärke einzelner Glaubensinhalte als vielmehr deren funktionale Einbettung in eine konsistente, integrative Sinnstruktur relevant ist (vgl. 2.1.3; 2.1.4; 2.2). In diesem Sinne könnten die Befunde darauf hinweisen, dass subjektiver Therapieerfolg vor allem dort positiver erlebt wird, wo die unterschiedlichen Dimensionen der Triade (Selbst-, Welt-, Transzendenzbezug) eine psychologische Passung aufweisen; unabhängig vom Ausmaß religiös-spiritualer Überzeugungen im engeren Sinne.

5.2.7 SOC als dynamische Integrationsleistung

Die Ergebnisse dieser Arbeit lassen sich abschließend in Bezug zu den Überlegungen von Schumacher et al. (2000) einordnen, die das Kohärenzgefühl als dynamisches, multi-

faktorielles Integrationskonstrukt verstehen. Auch wenn in der vorliegenden Untersuchung keine spezifischen Hypothesentests zu diesem Modell durchgeführt wurden, ergeben sich aus den Befunden Anhaltspunkte, die eine theoretische Weiterführung ermöglichen. Schumacher et al. (2000) betonen, dass Kohärenz nicht als stabile Persönlichkeitsdimension, sondern als emergentes Ergebnis verschiedener psychischer Ressourcen und Ordnungsleistungen aufgefasst werden sollte. Die beobachtete enge Beziehung zwischen Kohärenzgefühl und Resilienz sowie das Ausbleiben signifikanter Zusammenhänge zwischen Kohärenz und den r/s Variablen könnten - explorativ interpretiert - darauf hindeuten, dass Kohärenzerleben vor allem dort entsteht, wo die übergreifende innere Sinnstruktur hinreichend funktionsfähig bleibt. Im Rahmen des theoretischen Modells dieser Arbeit lassen sich Glaubenssysteme als jene semantische und kulturelle Infrastruktur verstehen, in der solche Integrationsprozesse stattfinden (vgl. 2.1.4). Das empirische Muster unterstützt damit die Annahme, dass Kohärenz als Ausdruck einer umfassenden Bedeutungsintegration der Weltanschauung verstanden werden kann, deren Grundlagen in personalen Ressourcen ebenso wie in symbolischen Deutungssystemen verankert sind (vgl. Anhang C). Vor diesem Hintergrund erscheint es theoretisch plausibel, dass Kohärenzgefühl und Glaubenssysteme funktionale Gemeinsamkeiten besitzen könnten. Beide dienen möglicherweise der psychologischen Grundfunktion, disparate Erfahrungen in ein übergeordnetes Zusammenhangsgefüge einzuordnen. Aus der hier entwickelten Perspektive der *weltanschaulichen Triade* ließe sich ergänzend annehmen, dass die drei Bezugsdimensionen (Selbst-, Welt- und Gottesbild) jene semantische Basis bereitstellen, auf deren Grundlage individuelle Sinnkonstruktion stattfindet und Kohärenz überhaupt erst als Gefühl erlebbar wird. In diesem Verständnis wäre das Kohärenzgefühl weniger der Ursprung einer stabilen Struktur, sondern eher deren Ausdruck: Es würde widerspiegeln, in welchem Ausmaß eine weltanschauliche Bedeutungsintegration gegenwärtig gelingt (vgl. Park, 2010). Diese Überlegung wird durch die Komponenten des Kohärenzgefühls theoretisch gestützt. Verstehbarkeit setzt ein interpretierbares Weltbild voraus, Handhabbarkeit ein ausreichend stabiles Selbstbild und Sinnhaftigkeit die Einbettung von Erfahrungen in ein übergeordnetes Deutungssystem (hier: ein Gottesbild oder eine existenzielle Meta-Theorie (vgl. 2.1.4)). Damit könnten die Ausprägungen des Kohärenzgefühls eng an die Struktur und Integrationsfähigkeit der individuellen Weltanschauung gebunden sein. Da diese Annahme empirisch bislang kaum systematisch untersucht wurde, ergibt sich hier ein zentraler Ansatzpunkt für zukünftige Forschung (vgl. 6. Fazit & Ausblick).

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass religiös-spirituelle Variablen klinischen Kontext keine einheitlichen Zusammenhänge mit Kohärenz oder Resilienz zeigen, während Transzendenzerfahrungen und Bedürfnisse nach Stabilisierung des inneren Erlebens punktuell engere Verbindungen zum subjektiven Therapieerleben aufweisen. Entscheidend scheint weniger die Intensität religiös-spirituelle Inhalte oder Praxis zu sein, sondern vielmehr die Frage, wie die eigenen Sinnbezüge, einschließlich eines möglichen Transzendenzbezugs oder existenzieller Meta-Theorien, in eine konsistente innere Struktur eingebettet sind. Dieses Muster legt nahe, dass Prozesse der Sinnordnung und Bedeutungsintegration auch im klinischen Setting eine wesentliche Rolle spielen könnten. Bevor jedoch Schlussfolgerungen für klinische Praxis oder zukünftige Forschung gezogen werden, ist es notwendig, die methodischen und konzeptionellen Grenzen der vorliegenden Untersuchung transparent zu benennen. Der folgende Abschnitt widmet sich daher den Limitationen der Studie.

5.3 Limitationen der Studie und kritische Reflexion

Die vorliegende Untersuchung bietet erste empirische Einblicke in die Beziehung zwischen religiös-spirituellen Glaubenssystemen, gemessen über die Zentralität religiös-spirituelle Inhalte (CRSi-7) plus Bedürfnisstrukturen (SpNQ-20), und dem Kohärenzgefühl (SOC-L9) im klinischen Kontext. Zugleich weist sie mehrere Einschränkungen auf, die die Interpretation der Befunde begrenzen und zentrale Ansatzpunkte für zukünftige Forschung markieren.

5.3.1 Studienlage und fehlende Entwicklungsdaten

Das Untersuchungsdesign bildet ausschließlich eine Momentaufnahme im Verlauf psychiatrischer Belastung ab. Psychische Krisen sind jedoch dynamische Prozesse, in denen sich Sinnkonstruktion, globale Bedeutungssysteme und Kohärenz häufig verändern (vgl. Antonovsky, 1987; Janoff-Bulman, 1989; Lazarus & Folkman, 1984; Park, 2010). Die vorliegenden Zusammenhänge können daher nicht als Ausdruck stabiler Strukturen oder als Hinweise auf zeitliche Entwicklungsverläufe interpretiert werden. Längsschnittliche Designs wären notwendig, um Veränderungen innerhalb der triadischen Sinnorganisation, respektive im Zusammenspiel von Selbst-, Welt- und Gottesbild, bzw. transzendenter Bezugsdimension, systematisch erfassen zu können.

5.3.2 Stichprobencharakteristik und Kontextfaktoren

Die Daten entstammen einer einzigen Klinikgruppe im Raum Wiesbaden, sodass institutionelle, regionale und kontextuelle Faktoren die Befunde beeinflussen können (vgl. Flick, 2007). Zudem befand sich ein Großteil der Patient*innen zum Erhebungszeitpunkt noch in einer frühen Phase der Behandlung (Medianwert: 2,5 Sitzungen). In dieser Situation können akute emotionale Belastung, diagnostische Unsicherheit oder frühe therapeutische

Orientierungsgespräche das Antwortverhalten beeinflussen (vgl. Grawe, 2004; Huether, 2001). Für einen vollumfassenden Einblick in die Beziehung zwischen individueller Sinnkonstruktion, über die *weltanschauliche Triade*, und dem Kohärenzgefühl im Kontext psychischer Krisen, muss an dieser Stelle erneut die Notwendigkeit längsschnittlicher Folgestudien betont werden.

5.3.2 Erfassung des subjektiven Therapieerfolgs

Der *subjektive Therapieerfolg* wurde über selbsterstellte Einzelitems erhoben. Diese Vorgehensweise ermöglicht eine erste explorative Annäherung an das Behandlungserleben, weist jedoch mehrere methodische Einschränkungen auf. Einzelitems sind grundsätzlich mit eingeschränkter Reliabilität und Validität verbunden, da psychometrische Güte maßgeblich von der Itemzahl abhängt (vgl. Nunnally & Bernstein, 1994). Sie sind zudem anfälliger für Messfehler und situative Verzerrungen (vgl. Saris et al., 2010) und erfassen komplexe latente Konstrukte nur unzureichend (vgl. Diamantopoulos et al., 2012). Da zudem keine etablierten Normwerte oder Vergleichsskalen existieren, lassen sich die Befunde nicht eindeutig in theoretische Modelle der Behandlungsevaluation einordnen (vgl. Lambert & Ogles, 2004). Die Ergebnisse zu diesen Items sind daher als explorative Hinweise zu verstehen und erlauben keine belastbaren inferenzstatistischen Schlüsse über therapeutische Wirkmechanismen.

5.3.4 Operationalisierung religiös-spiritueeller Variablen

Die r/s Variablen dieser Studie wurden mit zwei etablierten, jedoch jeweils eng umrissenen Instrumenten erhoben: dem *CRSi-7*, der die Einbindung religiöser Inhalte in das Selbst- und Weltverständnis erfasst (vgl. 3.2.1), und dem *SpNQ-20*, der existenzielle Bedürfnisse nach Sinn, innerem Frieden und Transzendenz misst (vgl. 3.2.2). Beide Verfahren liefern wichtige, empirisch gut validierte Informationen über einzelne Dimensionen religiös spiritueller Orientierung. Gleichzeitig bilden sie jedoch nicht die explizite Struktur der *triadischen Weltanschauung* ab, die das theoretische Modell dieser Arbeit zentral voraussetzt. Nicht erfasst wurde insbesondere, wie stark Selbstbild, Weltbild und Gottesbild innerhalb des individuellen Sinnsystems miteinander verbunden sind (vgl. 2.1.3), in welchem Ausmaß zwischen diesen Dimensionen, im Kontext psychischer Krisen, *kognitive Dissonanzen* bestehen (vgl. 2.2.1.4) oder wie gut globale Sinnannahmen funktional zueinander passen (vgl. Antonovsky, 1987; Park, 2010). Die Ergebnisse spiegeln die theoretisch postulierte Sinnstruktur daher nur indirekt wider und lassen keine Aussagen über den Integrationsgrad der Triade oder die Qualität ihrer inneren Passung zu. Eine empirisch adäquate Prüfung des Modells würde Messinstrumente erfordern, die die triadische Struktur explizit operationalisieren und damit die theoretische Komplexität der Arbeit unmittelbar abbilden können.

5.3.5 Theoretischer Anspruch und empirische Abdeckung

Das theoretische Modell dieser Arbeit, insbesondere die Annahme einer triadischen Sinnstruktur, verfügt über einen hohen konzeptionellen Anspruch, da es psychische Krisen als Störungen im Zusammenspiel von Selbst-, Welt- und Gottesbild modelliert (vgl. 2.2). Empirisch wurde jedoch lediglich die transzendente Dimension in zwei Facetten erfasst, nämlich der *Zentralität religiös-spirituelle Inhalte* und den *spirituellen Bedürfnissen*. Dadurch entsteht eine asymmetrische Grundlage zwischen Theorie und operationalisierten Variablen: Während das Modell eine strukturelle Passung aller drei Dimensionen der Weltanschauung voraussetzt, erlauben die vorliegenden Daten keinerlei direkte Analyse dieses Zusammenspiels oder der wechselseitigen Integrationsmechanismen. Diese Diskrepanz stellt keinen Widerspruch dar, markiert jedoch eine klare Grenze der Ableitbarkeit. Sie zeigt zugleich, dass zukünftige empirische Untersuchungen enger an der theoretischen Struktur ausgerichtet werden müssen, wenn die postulierte Triadenlogik umfassend geprüft werden soll.

5.3.6 Begrenzte Erfassung individueller r/s Differenzierungen

Religiöse und spirituelle Orientierung ist in modernen Gesellschaften zunehmend divers, hybrid und individuell ausgeprägt (vgl. Knoblauch, 2006; Utsch et al., 2018). Standardisierte Fragebögen wie *CRSi-7* und *SpNQ-20* bieten zwar reliabel erfassbare Dimensionen, können jedoch die feinen, biografisch aufgeladenen und oftmals hoch kontext-abhängigen Formen religiös-spirituelle Sinn-konstruktion nur begrenzt abbilden. Unberücksichtigt bleiben insbesondere die persönlichen Bedeutungsgehalte religiöser oder säkularer Transzendenzrepräsentationen (1), die individuelle Ausgestaltung des Gottesbildes (2), biografische Sinn narrative sowie die dynamischen Such-bewegungen, die charakteristisch für psychische Krisen sind (3). Ein vertieftes Verständnis dieser Binnenperspektiven würde qualitative oder mixed-methods Zugänge erfordern, die die individuellen Sinnordnungen und deren Veränderungsprozesse differenzierter rekonstruieren können, als es allein über quantitative Instrumente möglich ist (vgl. Noth, 2010).

5.4 Zusammenfassung der Diskussion

Die Befunde dieser Studie geben erste Hinweise darauf, dass globale Sinnstrukturen im klinischen Kontext eine bedeutsame Rolle spielen könnten. Gleichzeitig bilden die erhobenen Variablen jedoch nur einen Teil jener theoretischen Architektur ab, auf der das Modell der *triadischen Weltanschauung* beruht. Aus dieser Diskrepanz ergibt sich ein deutlicher Appel an zukünftige empirische Arbeiten: diese sollten die Triade umfassender operationalisieren, um Integrationsprozesse zwischen Selbst-, Welt- und Transzendenzbezug differenziert erfassen zu können. Dabei stellt sich insbesondere die Frage, wie psychotherapeutische Interventionen

diese Integrationsmechanismen unterstützen und stabilisieren können - eine Perspektive, die in bestehenden Therapieansätzen bislang kaum systematisch berücksichtigt wird und die für ein vertieftes Verständnis psychischer Krisen und ihrer Bewältigung zentral sein dürfte (vgl. Frankl, 1984; Längle, 2011; Noyon & Heidenreich, 2012; Pargament, 1997; Richard & Freund, 2012; Scheiblich, 2024; Stavemann, 2014; Schneider & Krug, 2012; Utsch et al., 2018; Wong, 2013; Yalom, 1995; Zimmermann et al., 2015)³⁵.

³⁵ Eine weiterführende Darstellung ist in Anhang C zu finden.

6. Fazit & Ausblick

Die vorliegende Arbeit untersuchte den Zusammenhang zwischen Glaubenssystemen und dem Kohärenzgefühl im klinischen Kontext und ordnete die Befunde empirisch und theoretisch ein. Die Ergebnisse zeigen, dass weder die Zentralität religiös-spirituelle Inhalte noch spirituelle Bedürfnisse stabile lineare Beziehungen zum Kohärenzerleben aufweisen. Dieses Muster muss nicht der Annahme, dass Sinnsysteme psychische Stabilität tragen widersprechen. Es deutet darauf hin, dass die triadische Sinnstruktur aus Selbst-, Welt- und Transzendenzbezug unter klinischen Belastungsbedingungen häufig geschwächt ist. Kohärenz entsteht in dieser Situation weniger durch die Stärke einzelner Inhalte, sondern durch deren Einbindung in eine funktionale innere Ordnung. Erkennbar wird allerdings, dass Transzendenz-erfahrungen in der Gruppe mit religiös spiritueller Selbstbeschreibung enger mit Hoffnung und Kohärenz verbunden sind. Dies spricht dafür, dass Glaubenssysteme dann als Ressource wirken können, wenn sie bereits fest in die persönliche Bedeutungsordnung integriert sind. Entscheidend ist somit weniger der Inhalt des Glaubens als seine glaubenspsychologische Funktion im Rahmen der individuellen Sinnorganisation. Im theoretischen Zusammenhang macht die Arbeit sichtbar, dass psychische Krisen nicht allein emotionale oder kognitive Störungen darstellen. Sie gehen auch mit Brüchen in der persönlichen Bedeutungs-ordnung einher. Diese umfasst Orientierung, Stimmigkeit und inneren Zusammen-hang. Die Ergebnisse stützen damit eine Perspektive, die religiöse, spirituelle und säkulare Systeme als unterschiedliche Ausdrucksformen derselben psychischen Grundfunktion versteht: dem Bedürfnis, Erfahrungen in einen tragfähigen Zusammenhang zwischen Erleben und Deutung einzufügen. Für zukünftige Forschung ergibt sich daraus die Aufgabe, die triadische Struktur des individuellen Sinnsystems umfassender abzubilden. Die vorliegenden Daten erlauben nur indirekte Rückschlüsse auf die Passung zwischen Selbst, Welt und Transzendenzbezug. Um diese strukturelle Ebene präziser zu erfassen, sind längsschnittliche Untersuchungen, multimethodale Designs und qualitative Analysen individueller Sinn narrative erforderlich. Relevant erscheint vor allem die Frage, wie sich Integrationsprozesse der Sinnstruktur im Verlauf psychischer Krisen vollziehen und wie sie therapeutisch unterstützt werden können. Abschließend lässt sich festhalten, dass Glaubenssysteme im klinischen Kontext kein Randthema darstellen. Sie bilden psychologische Strukturen der Bedeutungsordnung, die das Erleben von Kohärenz im Alltag wie auch im therapeutischen Prozess beeinflussen können. Die Ergebnisse dieser Studie leisten einen ersten Beitrag zur empirischen Annäherung an diese Zusammenhänge und zeigen, dass ein differenzierter Zugang zur Sinn- und Glaubensdimension in der zukünftigen klinischen Forschung und Versorgung an Bedeutung gewinnen dürfte.

Danksagung

Abschließend möchte ich mich bei allen Beteiligten bedanken, die mich während diesem wilden Jahr 2025 sowohl privat als auch bei der Anfertigung dieser Masterarbeit und dem ganzen Projekt rundherum unterstützt haben.

Es war ein Jahr, welches ich so schnell nicht vergessen werde. Angefangen von dem Abschluss meines fünfjährigen Studiums und damit auch meiner Zeit in Greifswald, über den Aufbau eines neuen Lebensabschnitts im Rhein-Neckar-Kreis und eine erste berufliche Professionalisierung im selbstständigen Bereich als freier Wissenschaftler für den Lehrstuhl der Empirischen Religionsforschung an der Uni Bern. Zwischendurch mehrere hundert Kilometer Pendeln zwischen Greifswald und neuer Heimat für den Abschluss meiner Approbationsprüfung, eine einwöchige Datenerhebung mit meiner Projektpartnerin Alicia Krause im schönen Wiesbaden und abgeschlossen durch eine leider bitter notwendige medizinische Reha ab Mitte Dezember.

Mein besonderer Dank gilt in diesem Jahr vor allem Prof. Dr. Stefan Huber, der einen großen Teil der positiven Entwicklungen dieses Jahres tatkräftig gefördert oder sogar erst möglich gemacht hat. In dieser Zeit des Übergangs ist er für mich zu einem Mentor und Freund geworden, den ich sowohl menschlich als auch fachlich sehr schätze und in meinem Leben nicht mehr missen möchte. Ebenso bedanke ich mich ausdrücklich bei Dr. Alexander Trettin, der mir durch seine freundlichen Angebote und seine fachliche Expertise sehr dabei half, das Thema dieser Arbeit präzise einzugrenzen und zielgerichtet zu bearbeiten. Mein Dank gilt darüber hinaus allen Menschen, die ich im Rahmen des SHP-Projekts unter Leitung von Prof. Dr. Stefan Huber in diesem Jahr kennenlernen durfte. Die Mitarbeit an diesem religionspsychologischen Meilenstein hat mir große Freude bereitet und wertvolle Verbindungen entstehen lassen, die ich als neue Perspektiven mit in eine bis dato noch weitgehend offene Zukunft nehme.

Im Anschluss hieran möchte ich mich auch noch einmal ganz herzlich bei dem Lehrstuhl für klinische Psychologie in Greifswald für die Chancen und tollen Möglichkeiten bedanken, welche mir im Laufe meiner Studienzeit dort zu Teil wurden. Danke an Dipl.-Psych. Florian Harder für die durchgängige Unterstützung bei meinem existenzialpsychologischen Interesse und Danke an Prof. Dr. Eva-Lotta Brakemeier für die organisierte Kooperation mit Prof. Dr. Dieter Braus von der Vitos Rheingau in Eltville, welchem mein besonderer Dank für die Ermöglichung der F.A.C.E.-Studie gilt; ebenso wie allen teilnehmenden Patient*innen.

Literaturverzeichnis

- Abramson, L. Y., Seligman, M. E., & Teasdale, J. D. (1978). Learned helplessness in humans: critique and reformulation. *Journal of abnormal psychology*, 87(1), 49.
- Ackert, M., Maglakelidze, E., Badurashvili, I., & Huber, S. (2020). Validation of the short forms of the centrality of religiosity scale in Georgia. *Religions*, 11(2), 57.
- Agorastos, A. (2010). Religion und Migration. In A. Heinz & W. Machleidt (Hrsg.), *Praxis der interkulturellen Psychiatrie und Psychotherapie: Migration und psychische Gesundheit* (S. 85-92). München: Urban & Fischer/Elsevier GmbH.
- Aguilar-Latorre, A., Asensio-Martínez, Á., Oliván-Blázquez, B., Álvarez-Bueno, C., Cavero-Redondo, I., Lionis, C. & Magallón-Botaya, R. (2023). Association between sense of coherence and depression in patients with chronic pain: A systematic review and meta-analysis. *PLoS One*, 18(1), e0279959.
- Alexander, F., & French, T. M. (1946). *Psychoanalytic therapy; principles and application*. Ronald Press.
- Allison, H. E. (2004). *Kant's transcendental idealism* (2nd ed.). Yale University Press.
- Allport, G.W. (1950). *The individual and his religion: a psychological interpretation*. New York.
- Alper, M. (2002). The evolutionary origins of spiritual consciousness. In: Joseph, R. (Ed.). *Neurotheology. Brain, science, spirituality, religious experience*. San Jose, 293-304.
- American Psychological Association. (2002). Ethical principles of psychologists and code of conduct. *American psychologist*, 57(12), 1060-1073.
- American Psychological Association. (2020). *APA dictionary of psychology* (2nd ed.). American Psychological Association. <https://dictionary.apa.org/>
- Angel, H.-F. (2006). Religiosität – Die Neuentdeckung eines Forschungsgegenstands. In: Angel, H.-F. Bröking-Bortfeldt, M., Hemel, U., Jakobs, M., Kunstmann, J., Pirner, M.L., Rothgangel, M.: *Religiosität. Anthropologische, theologische und sozialwissenschaftliche Klärungen*. Stuttgart, 7-15.
- Ano, G. G., & Vasconcelles, E. B. (2005). Religious coping and psychological adjustment to stress: A meta-analysis. *Journal of clinical psychology*, 61(4), 461-480.
- Antonovsky, A. (1979). *Health, Stress and Coping*. Jossey Bass, San Francisco.
- Antonovsky, A. (1987). *Unraveling the mystery of health. How people manage stress and stay well*. Jossey-Bass.
- Antonovsky, A. (1993). *The salutogenic approach to aging*. A lecture held in Berkeley, 21

- January 1993. <http://www.angelfire.com/ok/soc/a-berkeley.html> (Aufgerufen am 02.09.2025).
- Aron, E. N., & Aron, A. (1997). Sensory-processing sensitivity and its relation to introversion and emotionality. *Journal of personality and social psychology*, 73(2), 345.
- Assmann, J. (2003). *Die mosaische Unterscheidung oder der Preis des Monotheismus*. Hanser.
- Augsburger, M., & Maercker, A. (2020). *Posttraumatische Belastungsstörungen: PTBS und KPTBS: ein Leitfaden für die Diagnostik und Behandlung*. Kohlhammer Verlag.
- Baatz, U. (2006). *Einbindung und Loslösung. Aspekte einer Anthropologie der Spiritualität*. Diakonia 37(6), 393-400.
- Baier, K. (2007). Unterwegs zu einem anthropologischen Begriff der Spiritualität. In: Baier, K., Sinkovits, J. (Hrsg.). *Spiritualität und moderne Lebenswelt*. Wien, Münster, 21-43.
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological review*, 84(2), 191.
- Barrett, J. L. (2000). Exploring the natural foundations of religion. *Trends in cognitive sciences*, 4(1), 29-34.
- Beauregard, M., & O'Leary, D. (2007). *The spiritual brain: A neuroscientist's case for the existence of the soul*. HarperOne/HarperCollins.
- Beck, A. T. (1979). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. Penguin.
- Benson, P., & Spilka, B. (1973). God image as a function of self-esteem and locus of control. *Journal for the scientific study of religion*, 297-310.
- Berger, P.L. and Luckmann, T. (1966). *The Social Construction of Reality: A Treatise in the Sociology of Knowledge*. Doubleday & Company, New York.
- Berkeley, G. (1881). *A treatise concerning the principles of human knowledge*. JB Lippincott & Company.
- Bertelsmann Stiftung. (2008). *Der Religionsmonitor*. Bertelsmann, Gütersloh
- Bertelsmann Stiftung. (2023). Religion Monitor 2023 findings on religious diversity. <https://www.bertelsmann-stiftung.de/de/publikationen/publikation/did/europes-religious-landscape> (28.10.2025).
- Blanchard-Fields F, Hertzog C, Horhota M. (2012). Violate my beliefs? Then you're to blame! Belief content as an explanation for causal attribution biases. *Psychol Aging*. 2012 Jun;27(2):324-37. doi: 10.1037/a0024423.
- Bock, J. (2014). Neuronale Plastizität. Selbstmanagement—Ressourcenorientiert: Grundlagen

- und Trainingsmanual für die Arbeit mit dem Zürcher Ressourcen Modell (ZRM), 66-83.
- Bonelli, R. M., & Koenig, H. G. (2013). Mental disorders, religion and spirituality 1990 to 2010: a systematic evidence-based review. *Journal of religion and health*, 52(2), 657-673.
- Born, M. (1969). *Physics in My Generation*. Springer-Verlag, New York.
<http://dx.doi.org/10.1007/978-3-662-25189-8>
- Born, M. & Einstein, A. (1969). *Albert Einstein. Hedwig und Max Born. Briefwechsel 1916-1955. Kommentiert von Max Born*. Nymphenburger Verlagshandlung, München.
- Bortz, J., & Schuster, C. (2010). *Statistik für Human- und Sozialwissenschaftler* (7. Auflage). Springer. <https://doi.org/10.1007/978-3-8348-9633-8>
- Brähler, E., & Scheer, J. W. (1995). *Der Gießener Beschwerdebogen: (GBB)*. Huber.
- Brenner, C. (2017). *Grundzüge der Psychoanalyse*. S. Fischer Verlag.
- Bronfenbrenner, U. (1979). *The ecology of human development: Experiments by nature and design*. Harvard university press.
- Bucher, A. (2007). *Psychologie der Spiritualität: Handbuch*. Beltz, Weinheim
- Bucher, A. (2014). *Psychologie der Spiritualität*. <https://doi.org/10.17877/de290r-3322>
- Büssing, A. (2015). *Spiritual Needs Questionnaire – data sheet*.
https://www.researchgate.net/profile/ArndtBuessing/publication/278727952_Spiritual_Needs_Questionnaire_-_data_sheet/links/55847d0308aeb0cdaddbc50c/Spiritual_Needs-Questionnaire-data-sheet.pdf (Abgerufen am 21.09.2025).
- Büssing, A. (2021). *Spiritual Needs in Research and Practice. The Spiritual Needs Questionnaire as a Global Resource for Health and Social Care*. Pelgrave.
- Büssing, A., Balzat, H. J., & Heusser, P. (2010). Spiritual needs of patients with chronic pain diseases and cancer-validation of the spiritual needs questionnaire. *European journal of medical research*, 15(6), 266.
- Büssing, A., Frick, E. (2015). Psychosoziale und spirituelle Bedürfnisse chronisch Kranker. In Büssing A et al. (Hrsg). *Dem Gutes tun, der leidet. Hilfe kranker Menschen – interdisziplinär betrachtet*. Springer, Berlin, S. 3–12
- Büssing, A., Matthiessen, P.F. & Ostermann, T. (2005). Engagement of patients in religious and spiritual practices: Confirmatory results with the SpREUK-P 1.1 questionnaire as a tool of quality of life research. *Health and Quality of Life Outcomes* 3, 53.
<https://doi.org/10.1186/1477-7525-3-53>
- Campiche, R.J. (2004). *Die zwei Gesichter der Religion. Faszination und Entzauberung*.

Zürich.

- Cannon, W. B. (1932). *The wisdom of the body*. W W Norton & Co.
- Caplan, G. (1964). *Principles of preventive psychiatry*.
- Carver, C., S. & Scheier, M. F. (2009). 24 Self-regulation and control in personality functioning. *The Cambridge handbook of personality psychology*, 427.
- Carver, C.S., Scheier, M.F., Segerstrom, S.C. (2010). *Optimism*. *Clin Psychol Rev*. 30(7):879-89. doi: 10.1016/j.cpr.2010.01.006.
- Cashwell, C. S., Glosoff, H. L., & Hammond, C. (2010). *Spiritual bypass: A preliminary investigation*. *Counseling and Values*, 54(2), 162-174.
- Caspar, F., Belz, M., & Schneider, F. (2016). *Psychotherapie*. In *Facharztwissen Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie* (S. 189-209). Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg.
- Crowell, S. (Ed.). (2012). *The Cambridge companion to existentialism*. Cambridge University Press.
- Cuijpers P, Miguel C, Harrer M, Plessen CY, Ciharova M, Papola D, Ebert D, Karyotaki E. (2023). Psychological treatment of depression: A systematic overview of a 'Meta-Analytic Research Domain'. *J Affect Disord*. 15;335:141-151. doi: 10.1016/j.jad.2023.05.011
- Delgado C. (2007). Sense of coherence, spirituality, stress and quality of life in chronic illness. *J Nurs Scholarsh*. 2007;39(3):229-34. doi: 10.1111/j.1547-5069.2007.00173.x.
- Descartes, R. (1984). *The philosophical writings of Descartes (Vol. 2)*. Cambridge University Press.
- Diamantopoulos, A., Sarstedt, M., Fuchs, C., Wilczynski, P., & Kaiser, S. (2012). Guidelines for choosing between multi-item and single-item scales for construct measurement: a predictive validity perspective. *Journal of the Academy of Marketing Science*, 40(3), 434-449.
- Diamond, A. (2013). Executive functions. *Annual review of psychology*, 64(1), 135-168.
- Döring, N., & Bortz, J. (2016). *Forschungsmethoden und evaluation* (Vol. 5). Heidelberg: Springer.
- Dourley, J. P. (2008). *Paul Tillich, Carl Jung and the recovery of religion*. Routledge.
- Dull, V.T., Skokan, L.A. (1995). A cognitive model of religion's influence on health. *Journal of Social Issues* 51 : 49–64
- Eliade, M. (1959). *The sacred and the profane: the nature of religion*. Harvest Book.
- Ellis, A. (1962). *Reason and emotion in psychotherapy*.

- Eriksson, M., Lindström, B. (2006). Antonovsky's sense of coherence scale and the relation with health: a systematic review. *J Epidemiol Community Health*. 2006 May;60(5):376-81. doi: 10.1136/jech.2005.041616. PMID: 16614325; PMCID: PMC2563977.
- Eriksson, M., & Mittelmark, M. B. (2017). The sense of coherence and its measurement 12. *The handbook of salutogenesis*, 97.
- Erim, Y. (2009). *Klinische Interkulturelle Psychotherapie. Ein Lehr- und Praxisbuch*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Esperandio, M. R. G., August, H., Viacava, J. J. C., Huber, S., & Fernandes, M. L. (2019). Brazilian Validation of Centrality of Religiosity Scale (CRS-10BR and CRS-5BR). *Religions*, 10(9), 508. <https://doi.org/10.3390/rel10090508>
- Exline, J. J., Park, C. L., Smyth, J. M., & Carey, M. P. (2011). Anger toward God: social-cognitive predictors, prevalence, and links with adjustment to bereavement and cancer. *Journal of personality and social psychology*, 100(1), 129.
- Exline, J. J., Pargament, K. I., Grubbs, J. B., & Yali, A. M. (2014). The Religious and Spiritual Struggles Scale: development and initial validation. *Psychology of Religion and Spirituality*, 6(3), 208.
- Festinger, L. (1957) *A Theory of Cognitive Dissonance*. Stanford University Press, Stanford, 58-63.
- Fetchenhauer, D., & Bierhoff, H. W. (2004). Altruismus aus evolutionstheoretischer Perspektive. *Zeitschrift für Sozialpsychologie*, 35(3), 131-141.
- Figl, J. (1993). *Die Mitte der Religionen. Idee und Praxis universalreligiöser Bewegungen*. Darmstadt.
- Fischler, J. (2013). *New Cage. Esoterik 2.0. Wie sie die Köpfe leert und die Kassen füllt*. Molden Verlag.
- Fletcher, D., & Sarkar, M. (2013). Psychological resilience. *European psychologist*.
- Flick, U. (2007). *Qualitative Sozialforschung – Eine Einführung*. Rowohlt.
- Folkman, S. (1997). Positive psychological states and coping with severe stress. *Social science & medicine*, 45(8), 1207-1221.
- Folkman, S. (2008). The case for positive emotions in the stress process. *Anxiety, stress, and coping*, 21(1), 3-14.
- Frank, R. (Hrsg.) (2011). *Therapieziel Wohlbefinden. Ressourcen aktivieren in der Psychotherapie*. 2. Aufl. Springer, Berlin
- Frankl, V. E. (1982). *Der Wille zum Sinn. Ausgewählte Vorträge zur Logotherapie*. Bern.
- Frankl, V. E. (1984). *Der leidende Mensch. Anthropologische Grundlagen der Psychotherapie*.

Huber, Bern

Frankl, V.E. (1992). *Der unbewußte Gott: Psychotherapie und Religion*. dtv, München

Frankl, V. E. (1946/2010). *... trotzdem Ja zum Leben sagen: ein Psychologe erlebt das Konzentrationslager*. Kösel-Verlag.

Frankl, V. E. (2023). *Theorie und Therapie der Neurosen: Einführung in Logotherapie und Existenzanalyse*. UTB.

Fransella, F. (Ed.). (2003). *International handbook of personal construct psychology*. John Wiley & Sons.

Freud, S. (1911). *Formulierungen über die zwei Prinzipien des psychischen Geschehens*. GW.

Gall, T. L., Charbonneau, C., Clarke, N. H., Grant, K., Joseph, A., & Shouldice, L. (2005). Understanding the nature and role of spirituality in relation to coping and health: A conceptual framework. *Canadian psychology/psychologie Canadienne*, 46(2), 88.

Galuska, J. (Hrsg.) (2003). *Den Horizont erweitern. Die transpersonale Dimension der Psychotherapie*. Berlin.

Gibson, L. M. (2003). Inter-relationships among sense of coherence, hope, and spiritual perspective (inner resources) of African-American and European-American breast cancer survivors. *Applied Nursing Research*, 16(4), 236-244.

Glock, Ch.Y. (1969). Über die Dimensionen der Religiosität. In: Matthes, J.M. (Hrsg.). *Kirche und Gesellschaft. Einführung in die Religionssoziologie*, Bd. 2. Reinbek, 150-168.

Granqvist, P., & Kirkpatrick, L. A. (2004). "Religious Conversion and Perceived Childhood Attachment: A Meta-Analysis". *The International Journal for the Psychology of Religion*, 14(4), 223-250.

Grawe, K. (1998). *Psychologische Therapie*. Hogrefe, Göttingen.

Grawe, K. (2004). *Neuropsychotherapie*. Hogrefe, Göttingen.

Grawe, K. (2005). *Allgemeine Psychotherapie*. In F. Petermann & H. Reinecker (Hrsg.), *Handbuch der Klinischen Psychologie und Psychotherapie* (S. 294-310). Göttingen: Hogrefe.

Grawe, K., Donati, R., Bernauer, F., & Donati, R. (2001). *Psychotherapie im Wandel: von der Konfession zur Profession* (3., unveränderte Auflage). Göttingen: Hogrefe Verlag für Psychologie.

Grom, B. (2009). Spiritualität – die Karriere eines Begriffs: Eine religionspsychologische Perspektive. In: Frick E, Roser ,T. (Hrsg.) *Spiritualität und Medizin*. Kohlhammer, Stuttgart, S. 12–17

Gray, J. A. (1987). *The psychology of fear and stress* (Vol. 5). CUP Archive.

- Grof, S. (1987). *Das Abenteuer der Selbstentdeckung. Heilung durch veränderte Bewusstseinszustände. Ein Leitfaden*. München.
- Habermas, J. (2001). *Glauben und Wissen*. Frankfurt a.M.
- Hall, T. W., & Brokaw, B. F. (1995). The relationship of spiritual maturity to level of object relations development and God image. *Pastoral Psychology*, 43(6), 373-391.
- Hamer, D. H. (2005). *The God gene: How faith is hardwired into our genes*. Anchor.
- Hankin, B. L., & Abela, J. R. (Eds.). (2005). *Development of psychopathology: A vulnerability-stress perspective*. Sage Publications.
- Harmon-Jones, E., & Harmon-Jones, C. (2007). Cognitive dissonance theory after 50 years of development. *Zeitschrift für Sozialpsychologie*, 38(1), 7-16.
- Harmon-Jones, E. E. (2019). *Cognitive dissonance: Reexamining a pivotal theory in psychology* (S. xvi-303). American Psychological Association.
- Hasselbusch, L. (2023). *Grundgesamtheit und Stichprobe unterscheiden und untersuchen*. Scribbr. Abgerufen am 31. Dezember 2023, von <https://www.scribbr.de/statistik/grundgesamtheit-und-stichprobe/>
- Hathaway, W. L. & Tan, E. (2009). Religiously Oriented Mindfulness-Based Cognitive Psychotherapy. *Journal of Clinical Psychology: In Session*, 65 (2), 158-171.
- Hauser, J. (2004). *Vom Sinn des Leidens. Die Bedeutung systemtheoretischer, existenzphilosophischer und religiös spiritueller Anschauungsweisen für die therapeutische Praxis*. Königshausen & Neumann.
- Hautzinger, M. (2013). *Kognitive Verhaltenstherapie bei Depressionen: Mit Online-Materialien*. Beltz.
- Heider, F. (1958). *The psychology of interpersonal relations*. New York, NY: Wiley.
- Heisenberg, W. (1927). Über den anschaulichen Inhalt der quantentheoretischen Kinematik und Mechanik. *Zeitschrift für Physik*, 43(3), 172-198.
- Heisenberg, W. (2013). *Der Teil und das Ganze: Gespräche im Umkreis der Atomphysik*. Piper Verlag.
- Helg, F. (2000). *Psychotherapie und Spiritualität. Östliche und westliche Wege zum Selbst*. Düsseldorf.
- Hemel, U. (1998). *Ziele religiöser Erziehung*. Frankfurt a.M., Bern, New York.
- Heusser, P. (Hrsg.) (2006). *Spiritualität in der modernen Medizin*. Bern.
- Hobfoll, S. E. (1989). Conservation of resources: a new attempt at conceptualizing stress. *American psychologist*, 44(3), 513.
- Hobfoll, S. E. (2002). Social and psychological resources and adaptation. *Review of general*

- psychology*, 6(4), 307-324.
- Hoeller, S. A. (1982). *The gnostic Jung and the Seven Sermons to the Dead*. Theosophical Publishing House.
- Hofmann, S. G., Asnaani, A., Vonk, I. J., Sawyer, A. T., & Fang, A. (2012). The efficacy of cognitive behavioral therapy: A review of meta-analyses. *Cognitive therapy and research*, 36(5), 427-440.
- Hofmann, L. & Walach, H. (2011). Spirituality and religiosity in psychotherapy – A representative survey among German psychotherapists. *Psychotherapy Research*, 21(2), 179-192.
- Hollon, S. D., Stewart, M. O., & Strunk, D. (2006). Enduring effects for cognitive behavior therapy in the treatment of depression and anxiety. *Annu. Rev. Psychol.*, 57(1), 285-315.
- Hood, Jr., R. W., Hill, P. C., & Spilka, B. (2009). *The psychology of religion: An empirical approach*. Guilford Press.
- Huber, S. M. (2003). *Zentralität und Inhalt*. In VS Verlag für Sozialwissenschaften eBooks. <https://doi.org/10.1007/978-3-663-11908-1>
- Huber, S. (2007). *Are Religious Beliefs Relevant In Daily Life? In Religion Inside and Outside Traditional Institutions*. Edited by J. van der Ven. Leiden: Brill Publications, S. 209–30.
- Huber, S. M. (2008). Kerndimensionen, Zentralität und Inhalt. Ein interdisziplinäres Modell der Religiosität. *Journal für Psychologie*, 16(3). <https://doi.org/10.7892/boris.73105>
- Huber, S. (2009). Der Religionsmonitor 2008: Strukturierende Prinzipien, operationale Konstrukte, Auswertungsstrategien. In: Bertelsmann, Stiftung (Hrsg.). *Woran glaubt die Welt? Analysen und Kommentare zum Religionsmonitor 2008*. (S. 17-52). Gütersloh: Bertelsmann Stiftung.
- Huber, S. (2022). Dimensionen des Religiösen. S. 27-43. In: Evangelische Kirche in Deutschland. (2022). *Zwischen Nächstenliebe und Abgrenzung: Eine interdisziplinäre Studie zu Kirche und politischer Kultur*. Evangelische Verlagsanstalt, Leipzig.
- Huber, S. M. & Huber, O. W. (2012). The Centrality of Religiosity Scale (CRS). *Religions*, 3(3), 710–724. <https://doi.org/10.3390/rel3030710>
- Hundt, U. (2007). Spirituelle Wirkprinzipien in der Psychotherapie. Eine qualitative Studie zur Arbeitsweise ganzheitlicher Psychotherapeuten. Reihe: *Psychologie des Bewusstseins*, Bd. 3. Münster.
- Huether, G. (2001). Die Auswirkungen von Angst und Stress auf das Gehirn: von der psychischen Krise zur psychischen Erkrankung. *Affekt und Kognition*, 26-42.

- Ingram, R. E., & Luxton, D. D. (2005). Vulnerability-stress models. *Development of psychopathology: A vulnerability-stress perspective*, 46(2), 32-46.
- Jacobi, F. & Höfler, M. & Siegert, J. & Mack, S. & Gerschler, A. & Scholl, L. & Busch, M. & Maske, U. & Hapke, U. & Gaebel, W. & Maier, W. & Wagner, M. & Zielasek, J. & Wittchen, H.-U. (2014). Psychische Störungen in der Allgemeinbevölkerung: Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland und ihr Zusatzmodul Psychische Gesundheit (DEGS1-MH). *Der Nervenarzt*. 85. 10.1007/s00115-015-4458-7.
- Janoff-Bulman, R. (1989). Assumptive worlds and the stress of traumatic events: Applications of the schema construct. *Social cognition*, 7(2), 113-136.
- James, W. (1997). *Die Vielfalt der religiösen Erfahrung. Eine Studie über die menschliche Natur*. (Original erschienen 1902). Frankfurt a.M.
- Jäger, W. (2007). *Westöstliche Weisheit. Visionen einer integralen Spiritualität*. Berlin.
- Jensen, M., Hoffmann, G., Spreitz, J., & Sadre-Chirazi-Stark, M. (2022). *Diagnosenübergreifende Psychoedukation: Ein Manual für Patienten- und Angehörigengruppen* (Vol. 26). Psychiatrie Verlag, Imprint BALANCE buch+ medien verlag.
- Jeserich, F., Klein, C., Brinkhaus, B., Teut, M. (2023). Sense of coherence and religion/spirituality: A systematic review and meta-analysis based on a methodical classification of instruments measuring religion/spirituality. *PLoS One* 3;18(8):e0289203. doi: 10.1371/journal.pone.0289203.
- Joas, H. (2004). *Braucht der Mensch Religion? Über Erfahrungen der Selbsttranszendenz*. Freiburg i Brsg.
- Johnson, C. V. & Hayes, J. A. (2003). Troubled spirits: Prevalence and predictors of religious and spiritual concerns among university students and counseling center clients. *Journal of Counseling Psychology*, 50, 409-419.
- Jüngel, E. (2024). *Gott als Geheimnis der Welt: zur Begründung der Theologie des Gekreuzigten im Streit zwischen Theismus und Atheismus*. Mohr Siebeck.
- Jung, C. G. (1916/1982). Seven Sermons to the Dead. In S. A. Hoeller (Hrsg.), *The Gnostic Jung and the Seven Sermons to the Dead*. Wheaton, IL: Theosophical Publishing House.
- Jung, C. G. (1952). *Antwort auf Hiob*. Zürich: Rascher.
- Jung, C. G. (1958). *Psychology and religion: West and East. Collected Works Vol. 11*. Princeton, NJ: Princeton University Press.
- Jung, C. G. (1959). *Aion: Researches into the phenomenology of the self. Collected Works Vol. 9 (II)*. Princeton, NJ: Princeton University Press.

- Jung, C. G. (1966). *Two essays on analytical psychology* (2nd ed., R. F. C. Hull, Trans.; G. Adler & R. F. C. Hull, Eds.). Princeton University Press. (Original work published 1953)
- Jung, C. G. (1967). Symbols of transformation (R. F. C. Hull, Trans.; H. Read, M. Fordham, & G. Adler, Eds.). In *The Collected Works of C. G. Jung (Vol. 5)*. Princeton University Press. (Original works published 1912/1952)
- Jung, C.G. (1987a). *Grundwerk. Band 4: Menschenbild und Gottesbild* (H. Barz, U. Baumgardt, R. Blomeyer, H. Dieckmann, H. Remmler & T. Seifert, Hrsg.; 2. Aufl.). Walter-Verlag.
- Jung, C.G. (1987b). *Grundwerk. Band 9: Mensch und Kultur* (H. Barz, U. Baumgardt, R. Blomeyer, H. Dieckmann, H. Remmler & T. Seifert, Hrsg.; 2. Aufl.). Walter-Verlag.
- Jung, C.G. (1989). *Grundwerk. Band 2: Archetyp und Unbewusstes* (L. Jung-Merker & E. Rűf, Hrsg.; 3. Aufl.). Walter-Verlag.
- Jung, C.G. (2018). *Archetypen: Urbilder und Wirkkräfte des kollektiven Unbewussten* (L. Jung, Hrsg.; 3. Aufl.). Patmos Verlag.
- Kant, I. (1998). *Kritik der reinen Vernunft*. Felix Meiner. (Original erschienen 1781 & 1787)
- Kelly, G. A. (1955). *The Psychology of Personal Constructs*. New York: Norton.
- Kelley, H. H. (1967). Attribution theory in social psychology. In *Nebraska symposium on motivation*. University of Nebraska Press.
- Kelley, H. H. (1973). *The processes of causal attribution*. American Psychologist, 28(2), 107–128.
- Kernberg, O. (1975). *Borderline Conditions and Pathological Narcissism*. New York: Jason Aronson.
- Klein, C., Lehr, D. (2011). Religiöses Coping. In: Klein, C., Berth, H., Balck, F. (Hrsg.) *Gesundheit – Religion – Spiritualität. Konzepte, Befunde und Erklärungsansätze*. Juventa, Weinheim, S 333–359
- Kim, J. (2011). *Philosophy of mind (3rd ed.)*. Westview Press.
- Knoblauch, H. (2006). Soziologie der Spiritualität. In: Baier K (Hg) *Handbuch Spiritualität. Wissenschaftliche Buchgesellschaft, Darmstadt*, S. 91–111.
- Kobasa, S. C. (1979). Stressful life events, personality, and health: an inquiry into hardiness. *Journal of personality and social psychology*, 37(1), 1.
- Koenig, H.G. (2012). Religion, spirituality, and health: the research and clinical implications. *ISRN Psychiatry*. 2012 Dec 16;2012:278730. doi: 10.5402/2012/278730.
- Koenig, H. G., King, D. E., & Carson, V. B. (2012). *Handbook of Religion and Health* (2nd ed.). Oxford University Press.

- Koenig, H. G., McCullough, M. E., & Larson, D. B. (2001). *Handbook of Religion and Health*. Oxford: Oxford University Press.
<https://doi.org/10.1093/acprof:oso/9780195118667.001.0001>
- Kohlmann, T., Bullinger, M., & Kirchberger-Blumstein, I. (1997). Die deutsche Version des Nottingham health profile (NHP): Übersetzungsmethodik und psychometrische Validierung. *Sozial-und Präventivmedizin*, 42(3), 175-185.
- Kolbe, C. (2023). Psychotherapie und Religion. In: Martin, R., Martensen, G. *Den Menschen verstehen* (S. 95-106). Psychosozial-Verlag: Gießen
- Kolip, P., Wydler, H., Abel, T. (2000). Gesundheit: Salutogenese und Kohärenzgefühl. Einleitung und Überblick. In: Wydler, H., Kolip, P., Abel, T. (Hrsg). *Salutogenese und Kohärenzgefühl. Grundlagen, Empirie und Praxis eines Gesundheitswissenschaftlichen Konzeptes*. Juventa, Weinheim München, S 11–19
- Koltko-Rivera, M. E. (2004). The Psychology of Worldviews. *Review of General Psychology*, 8(1), 3-58. <https://doi.org/10.1037/1089-2680.8.1.3>
- Krause, A. (2025). *Successful Aging und Psychotherapie: Perspektiven älterer Patient:innen im klinischen Setting auf Basis der FACE-Erhebung* [Masterarbeit, Universität Greifswald].
- Kruse, A. (2005). Zur Religiosität und Spiritualität im Alter. In Bäurle, P., Förstl, H., Hell, D., Radebold, H., Riedel, I., Studer, K. (Hrsg.): *Spiritualität und Kreativität in der Psychotherapie mit älteren Menschen*. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle, 49-63.
- Längle, A. (2011). Geist und Existenz. Zur inhärenten Spiritualität der Existenzanalyse. *Existenzanalyse* 28/2 :18–31
- Lambert, M. J. (Ed.). (2013). *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change*. John Wiley & Sons.
- Lambert, M. J., Burlingame, G. M., Umphress, V., Hansen, N. B., Vermeersch, D. A., Clouse, G. C., & Yanchar, S. C. (1996). The reliability and validity of the Outcome Questionnaire. *Clinical Psychology & Psychotherapy: An International Journal of Theory and Practice*, 3(4), 249-258.
- Lambert, M. J., Hansen, N. B., & Bauer, S. (2008). Assessing the clinical significance of outcome results.
- Lambert, M. J., & Ogles, B. M. (2004). The efficacy and effectiveness of psychotherapy. *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change*, 5, 139-193.
- Landfield, A. W., & Leitner, L. M. (1980). Personal construct psychology. *Personal construct psychology: Psychotherapy and personality*, 3-17.

- Lawrence, R. T. (1997). Measuring the image of God: The God image inventory and the God image scales. *Journal of Psychology and theology*, 25(2), 214-226.
- Lazarus, R., & Folkman, S. (1984). *Stress, Appraisal, and Coping*. New York: Springer.
- Leibniz, G. W. (1720). *Essais de Théodicée sur la bonté de Dieu, la liberté de l'homme, et l'origine du mal*. D. Mortier.
- Leitner, L. M. (1979). *The Relationships Between Evaluational, Emotional, and Behavioral Implications of Personal Constructs*. The University of Nebraska-Lincoln.
- Leitner, L. M. (1984). An investigation into variables affecting self-change on personal constructs. *British journal of medical psychology*, 57(1), 7-14.
- Leppert, K., Koch, B., Brähler, E., & Strauß, B. (2008). Die Resilienzskala (RS)–Überprüfung der Langform RS-25 und einer Kurzform RS-13. *Klinische Diagnostik und Evaluation*, 1(2), 226-243.
- Lübbe, H. (1998). Kontingenzerfahrung und Kontingenzbewältigung. *Kontingenz*, 35-47.
- Madert, K.K. (2007). *Trauma und Spiritualität. Wie Heilung gelingt Neuropsychotherapie und die transpersonale Dimension*. Kösel
- Maier, S. F., & Seligman, M. E. (1976). Learned helplessness: Theory and evidence. *Journal of Experimental Psychology: General*, 105(1), 3–46. <https://doi.org/10.1037/0096-3445.105.1.3>
- Markus, H., & Wurf, E. (1987). The dynamic self-concept: A social psychological perspective. *Annual Review of Psychology*, 38(1), 299–337. <https://doi.org/10.1146/annurev.ps.38.020187.001503>
- Martin, A. (2005). *Sehnsucht – der Anfang von allem. Dimensionen zeitgenössischer Spiritualität*. Ostfildern.
- Maslow, A. (1970). *Motivation and Personality*. 2nd ed. Harper & Row, New York
- Matthews, D.A. (2000). *Glaube macht gesund. Erfahrungen aus der medizinischen Praxis*. Freiburg i. Brsg.
- Mayers, C., Leavey, G., Vallianatou, C. & Barker, C. (2007). How clients with religious or spiritual beliefs experience psychological help-seeking and therapy: A qualitative study. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 14, 317-327
- Meichenbaum, D. (2008). *Trauma, spirituality and recovery: Toward a spiritually integrated psychotherapy*. https://www.melissainstitute.org/documents/SPIRITUALITY_PSYCHOTHERAPY.pdf (abgerufen am 21.09.2025).
- Metzinger, T. (2006). Preis der Selbsterkenntnis. Beschert uns die Hirnforschung mit einem

- neuen naturalistischen Menschenbild auch das Ende der Religion? *Geist & Gehirn*, 7-8, 42-49.
- Meyer, W.U. (1988). Die Rolle von Überraschung im Attributionsprozeß [The role of surprise in the process of causal attribution]. *Psychologische Rundschau*, 39, 136-147.
- Miller, S. D., & Duncan, B. L. (2000). The outcome rating scale. *Chicago, IL: authors*.
- Mirowsky, J., & Ross, C. E. (2002). Measurement for a human science. *Journal of Health and Social Behavior*, 43(2), 152–170. <https://doi.org/10.2307/3090194>
- Möde, E. (2000). *Spiritualität der Weltkulturen*. Graz, Wien, Köln.
- Moltmann, J. (1993). Der gekreuzigte Gott: Das Kreuz Christi als Grund und Kritik christlicher Theologie. Kaiser.
- Murken, S. (2015). Was ist Religionspsychologie? <https://religionspsychologie.de/de/was-ist-religionspsychologie.php> (28.10.2025).
- Nietzsche, F. (1887). *Zur Genealogie der Moral. Eine Streitschrift*. Leipzig: Naumann.
- Noack Napoles, J. (2019). Vulnerabilität und Resilienz. Aaron Antonovskys Konzeption der Salutogenese. In *Schlüsselwerke der Vulnerabilitätsforschung* (S. 109-124). Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden.
- Noth, I. (2010). *Freuds bleibende Aktualität. Psychoanalysezereption in der Pastoral- und Religionspsychologie im deutschen Sprachraum und in den USA*. Kohlhammer, Stuttgart
- Nunnally, J., & Bernstein, I. (1994). *Psychometric Theory 3rd edition* (MacGraw-Hill, New York).
- Noyon, A., Heidenreich, T. (2012). *Existenzielle Perspektiven in Psychotherapie und Beratung*. Beltz, Weinheim
- Oerter, R. (1996). Was ist die Religiosität, und warum entwickelt sie sich? In: Oser, F., Reich, K.H. (Hrsg.). *Eingebettet ins Menschsein: Beispiel Religion. Aktuelle psychologische Studien zur Entwicklung von Religiosität*. Lengerich, 23-40.
- Oser, F., Reich, K.-H, (1996). *Eingebettet ins Menschsein: Beispiel Religion. Aktuelle psychologische Studien zur Entwicklung von Religiosität*. Lengerich.
- Orth, U., & Robins, R. W. (2014). The development of self-esteem. *Current directions in psychological science*, 23(5), 381-387.
- Orth, U., Robins, R.W. (2022). Is high self-esteem beneficial? Revisiting a classic question. *Am Psychol.* 77(1):5-17. doi: 10.1037/amp0000922.
- Papineau, D. (2002). *Thinking about consciousness*. Clarendon Press.
- Papineau, D. (2024). Quine and Naturalism. In: *Naturalism and Its Challenges* (S. 139-159).

Routledge.

Pargament, K. (1997). *The psychology of religion and coping. Theory, research, practice.* Guilford, New York.

Pargament, K. (1999). The Psychology of Religion and Spirituality? Yes and No. The *International Journal for the Psychology of Religion* 9 : 3–16

Pargament, K. I., Smith, B. W., Koenig, H. G., & Perez, L. (1998). Patterns of positive and negative religious coping with major life stressors. *Journal for the scientific study of religion*, 710-724.

Pargament, K. I., Tarakeshwar, N., Ellison, C. G., & Wulff, K. M. (2001). Religious coping among the religious: The relationships between religious coping and well-being in a national sample of Presbyterian clergy, elders, and members. *Journal for the scientific study of religion*, 40(3), 497-513.

Park, C. L. (2005). Religion as a meaning-making framework in coping with life stress. *Journal of social issues*, 61(4), 707-729.

Park, C. L. (2010). Making sense of the meaning literature: An integrative review of meaning making and its effects on adjustment to stressful life events. *Psychological Bulletin*, 136(2), 257–301.

Park, C. L., & Folkman, S. (1997). Meaning in the context of stress and coping. *Review of general psychology*, 1(2), 115-144.

Peteet, J. R. (2018). A fourth wave of psychotherapies: Moving beyond recovery toward well-being. *Harvard Review of Psychiatry*, 26(2), 90-95.

Peterson, C., & Seligman, M. E. (2004). *Character strengths and virtues: A handbook and classification* (Vol. 1). Oxford university press.

Peterson, C., Seligman, M.E., Vaillant, G.E. (1988). Pessimistic explanatory style is a risk factor for physical illness: a thirty-five-year longitudinal study. *J Pers Soc Psychol.* 55(1):23-7. doi: 10.1037//0022-3514.55.1.23.

Pfeifer, S. (2014). Seelenfinsternis und dunkle Nacht der Seele – Depression und Spiritualität. In Utsch, M., Bonelli, R. M. & Pfeifer, S. (Hrsg.), *Psychotherapie und Spiritualität* (S. 123-132). Berlin: Springer.

Pfeifer, S. (2018a). Spirituelle Deutungen – Chancen und Gefahren. In: Utsch, M., Bonelli, R.M. & Pfeifer, S. (Hrsg.), *Psychotherapie und Spiritualität* (S. 41-50). Springer.

Pfeifer, S. (2018b). Traumaverarbeitung und Spiritualität. In: Utsch, M., Bonelli, R. M. & Pfeifer, S. (Hrsg.), *Psychotherapie und Spiritualität* (S. 185-194). Springer.

- Piaget, J. (1954). *The Construction of Reality in the Child*. New York: Basic Books.
<http://dx.doi.org/10.1037/11168-000>
- Piron, H. (2003). *Meditation und ihre Bedeutung für die seelische Gesundheit. Transpersonale Studien, Bd. 7*. Oldenburg.
- Polak, R. (2006): *Religion kehrt wieder. Handlungsoptionen in Kirche und Gesellschaft*. Ostfildern.
- Popper, K. (1959). *The Logic of Scientific Discovery*. Abingdon-on-Thames, United Kingdom: Routledge. <https://doi.org/10.1063/1.3060577>
- Popper, K. (2002). *Conjectures and refutations: The growth of scientific knowledge (5th ed.)*. Routledge
- Quine, W. V. O. (1969). Epistemology Naturalized. In W. V. O. Quine, (Ed.), *Ontological Relativity and Other Essays* (S. 69-90). Columbia University Press.
<https://doi.org/10.7312/quin92204-004>
- Richard, M. & Freund, H. (2012). Religiosität und Spiritualität in der Psychotherapie. *Psychotherapeutenjournal*, 3, 202–210.
- Riecher-Rössler, A., Berger, P., Yilmaz, A. T., & Stieglitz, R. D. (Eds.). (2004). *Psychiatrisch-psychotherapeutische Krisenintervention: Grundlagen, Techniken und Anwendungsgebiete*. Hogrefe Verlag GmbH & Company KG.
- Rief, W., Hiller, W. (2003). A new approach to the assessment of the treatment effects of somatoform disorders. *Psychosomatics*;44(6):492-8. doi: 10.1176/appi.psy.44.6.492. PMID: 14597684.
- Rizzuto, A.-M. (1979). *The birth of the living God: A psychoanalytic study*. University of Chicago Press.
- Rogers, M.B. & Loewenthal, K.M. (2003). Religion, identity and mental health: Perceived relationships within a multidimensional framework. *Social Psychological Review* 5: 43-81.
- Rose, E. D., & Exline, J. J. (2012). Personality, spirituality, and religion. In: *The Oxford handbook of psychology and spirituality*, 85-104.
- Rosenberg, M. (1965). *Society and the adolescent self-image* (Vol. 11, p. 326). Princeton, NJ: Princeton university press.
- Rotter, J. B. (1966). Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement. *Psychological monographs: General and applied*, 80(1), 1.
- Ruhland, R. (2008). *Spiritualität im Alter. Eine theoretische Grundlegung*. Verlag Dietmar Klotz. Eschborn.

- Rutter, M. (1987). Psychosocial resilience and protective mechanisms. *American journal of orthopsychiatry*, 57(3), 316-331.
- Rutter, M. (2006). Implications of resilience concepts for scientific understanding. *Annals of the new York Academy of Sciences*, 1094(1), 1-12.
- Safranski, R. (2002). Religiöse Sehnsucht – Sehnsucht nach Religion. In Ruff W (Hg) *Religiöses Erleben verstehen*. Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen, S. 11–26
- Sanua, V. D. (1969). Religion, mental health, and personality: A review of empirical studies. *American Journal of Psychiatry*, 125(9), 1203-1213.
- Saris, W., Revilla, M., Krosnick, J. A., & Shaeffer, E. M. (2010, May). Comparing questions with agree/disagree response options to questions with item-specific response options. In *Survey research methods* (Vol. 4, No. 1, pp. 61-79).
- Sartre, J.-P. (1956). *Being and nothingness* (H. E. Barnes, Trans.). Philosophical Library.
- Schaffer, J. (2010). Monism: The priority of the whole. *The Philosophical Review*, 119(1), 31–76.
- Schäfer, S. K., Sopp, M. R., Fuchs, A., Kotzur, M., Maahs, L., & Michael, T. (2023). The relationship between sense of coherence and mental health problems from childhood to young adulthood: A meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 325, 804-816.
- Schäufele, M. (2024). *Der Einfluss religiöser/spiritueller Hintergründe von (Wartelisten-)Klient*innen auf ihre Erwartungen bezüglich der (kommenden) Psychotherapie* [Bachelorarbeit, Universität Greifswald].
- Scheiblich, H. (2024). *Workshop SKiP6: Spirituelle Kompetenz in Psychiatrie, Psychotherapie, Psychosomatik, Pflege, Pädagogik und Pastoralpsychologie*. Akademie für Psychotherapie Pforzheim (AFPP). Abgerufen am [11.11.2025], von <https://www.afpp.de/node/750>
- Schneider, K.J., Krug, O.T. (2012). *Humanistisch-Existenzielle Therapie*. Reinhardt, München
- Schnell, T. (2004). *Implizite Religiosität. Zur Psychologie des Lebenssinns*. Lengerich.
- Schnell, T. (2009). The Sources of Meaning and Meaning in Life Questionnaire (SoMe): Relations to demographics and well-being. *The journal of positive psychology*, 4(6), 483-499
- Schnell, T. (2016). *Psychologie des Lebenssinns*. Springer Berlin Heidelberg.
- Schnell, T. (2020). *The psychology of meaning in life*. Routledge.
- Schnell, T. & Becker, P. (2007). *Der Fragebogen zu Lebensbedeutungen und Lebenssinn (LeBe)*. Göttingen: Hogrefe.

- Schnell, T., & Danbolt, L. J. (2023). The Meaning and Purpose Scales (MAPS): development and multi-study validation of short measures of meaningfulness, crisis of meaning, and sources of purpose. *BMC psychology*, 11(1), 304.
- Schowalter, M., Murken, S. (2003). Religion und psychische Gesundheit – empirische Zusammenhänge komplexer Konstrukte. In: Henning, C. Murken, S., Nestler, E. (Hrsg.): *Einführung in die Religionspsychologie*. Paderborn, 138-162.
- Schumacher, J., Leppert, K., Gunzelmann, T., Strauß, B., & Brähler, E. (2005). Die resilienzskaala – ein fragebogen zur erfassung der psychischen widerstandsfähigkeit als personmerkmal. *Z Klin Psychol Psychiatr Psychother*, 53(1), 16-39.
- Schumacher, J., Wilz, G., Gunzelmann, T., & Brähler, E. (2000). Die sense of coherence scale von Antonovsky. *PPmP-Psychotherapie· Psychosomatik· Medizinische Psychologie*, 50(12), 472-482.
- Seefeldt, D. (Hrsg.) (2001). *Spiritualität und Psychotherapie*. Lengerisch, Berlin, Riga, Rom, Wien, Zagreb.
- Seligman, M.E. (1972). Learned helplessness. *Annu Rev Med*. 23:407-12. doi: 10.1146/annurev.me.23.020172.002203. PMID: 4566487.
- Sire, J. W. (2009). *The universe next door: A basic worldview catalog (5th ed.)*. InterVarsity Press
- Sloterdijk, P. (1997). Chancen im Ungeheuren. Notiz zum Gestaltwandel des Religiösen in der modernen Welt, im Anschluss an einige Motive von William James. In: *James, W.: Die Vielfalt religiöser Erfahrung*. Frankfurt a.M., Leipzig, 11-34.
- Smith, H. (1993). *Eine Wahrheit – viele Wege*. Freiburg i. Brsg.
- Smith, T. B., McCullough, M. E., & Poll, J. (2003). Religiousness and depression: evidence for a main effect and the moderating influence of stressful life events. *Psychological bulletin*, 129(4), 614.
- Sosis, R. (2005). Teure Rituale. *Gehirn & Geist*, 1-2, 44-50.
- Sowislo, J.F., Orth, U. (2013). Does low self-esteem predict depression and anxiety? A meta-analysis of longitudinal studies. *Psychol Bull*. 139(1):213-240. doi: 10.1037/a0028931.
- Sperling, U. (2004). Religiosität und Spiritualität im Alter. In: Kruse, A., Martin, M. (Hrsg.). *Enzyklopädie der Gerontologie. Alterungsprozesse in multidisziplinärer Sicht*. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle, 627-642.
- Spinoza, B. (2016). *The collected works of Spinoza (Vol. 1; E. Curley, Trans.)*. Princeton University Press.
- Stavemann, H. (2014). *KVT-Praxis. Strategien und Leitfäden für die Integrative KVT*. Beltz,

- Stiensmeier-Pelster, J., Martini, A., & Reisenzein, R. (1995). The role of surprise in the attribution process. *Cognition and Emotion*, 9(1), 5–31.
<https://doi.org/10.1080/02699939508408963>
- Streib, H., & Hood Jr, R. W. (2015). Understanding “spirituality”—Conceptual considerations. In *Semantics and psychology of spirituality: A cross-cultural analysis* (S. 3-17). Cham: Springer International Publishing.
- Streib, H., & Hood, R. W. (2016). *Semantics and psychology of spirituality*. Cham, Switzerland: Springer International Publishing, 10, 978-3.
- Streib, H., & Hood, R. W., Jr. (Eds.). (2024). *Faith in development: Mixed-method studies on worldviews and religious styles*. Bielefeld University Press.
<https://doi.org/10.1515/9783839471234>
- Super, S., Wagemakers, M. A. E., Picavet, H. S. J., Verkooijen, K. T., & Koelen, M. A. (2016). Strengthening sense of coherence: opportunities for theory building in health promotion. *Health promotion international*, 31(4), 869-878.
- Tagay, S., Erim, Y., Brähler, E., & Senf, W. (2006). Religiosity and sense of coherence – Protective factors of mental health and well-being? *Z Med Psychol* 15(4), 165–171.
- Tillich, P. (1952). *The Courage to Be*. Yale University Press.
- Tillich, P. (1957). *Dynamics of Faith*. Harper & Row.
- Trompenaars, F. & Wooliams, P. (2004). *Buisness weltweit- Der Weg zum interkulturellen Management*. Hamburg: Murmann
- Universität Greifswald. (2025). *Das Forschungsprogramm des Lehrstuhls: Forschung zur Mechanismenbasierten Personalisierten Psychotherapie*. Zentrum für Psychologische Psychotherapie (ZPP), Universität Greifswald. Abgerufen am 30. Oktober 2025 von <https://zpp.uni-greifswald.de/forschung/>
- Utsch, M. (1998a). Die Bedeutung der Psychologie für spirituelle Lebensorientierungen. *Journal für Psychologie*, 6(4), 30-38.
- Utsch, M. (1998b). *Religionspsychologie: Voraussetzungen, Grundlagen, Forschungsüberblick*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Utsch, M. (2014). Begriffsbestimmungen: Religiosität oder Spiritualität? In: Utsch, M., Bonelli, R. M. & Pfeifer, S. (Hrsg.), *Psychotherapie und Spiritualität*. (S. 25-34). Springer-Verlag, Berlin-Heidelberg.
- Utsch, M. (2018a). Ausschluss oder Einbeziehung spiritueller Interventionen? In Utsch, M., Bonelli, R. M. & Pfeifer, S. (Hrsg.), *Psychotherapie und Spiritualität*. Springer-Verlag.


- Utsch, M. (2018b). Existenzielle Krisen und Sinnfragen in der Psychotherapie. In Utsch, M., Bonelli, R. M. & Pfeifer, S. (Hrsg.), *Psychotherapie und Spiritualität*. Springer-Verlag, S. 15-25.
- Utsch, M. (2018c). Religiosität und Spiritualität in den psychotherapeutischen Schulen. In Utsch, M., Bonelli, R. M. & Pfeifer, S. (Hrsg.), *Psychotherapie und Spiritualität*. Springer-Verlag.
- Utsch, M. (2018d). Umgang mit Sinnfragen und Transzendenz in der Psychotherapie. In: Utsch, M., Bonelli, R. M. & Pfeifer, S. (Hrsg.), *Psychotherapie und Spiritualität* (S. 15-25). Springer-Verlag, Berlin-Heidelberg.
- Utsch, M., Anderssen-Reuster, U., Frick, E., Murken, S., Schouler-Ocak, M., Stotz-Ingenlath, G. (2017). Empfehlungen zum Umgang mit Religiosität und Spiritualität in der Psychotherapie. *Spiritual Care* 6(1): 141–146
- Utsch, M., Bonelli, R. M. & Pfeifer, S. (2018). *Psychotherapie und Spiritualität*. In Springer eBooks. <https://doi.org/10.1007/978-3-662-56009-9>
- van Belzen, J. (1999). Spiritualität als Bemühen, sinnvoll zu leben. Profil eines kulturpsychologischen Ansatzes. *Theologische Literaturzeitung* 122 : 209–226
- Vergote, A. (1997). *Religion, belief and unbelief: A psychological study* (Vol. 5). Leuven University Press.
- Vögele, C. (2012). Stressbewältigung. In *Lehrbuch der Verhaltenstherapie* (S. 361-366). Springer, Berlin, Heidelberg.
- von Gontard, A. (2013). *Spiritualität von Kindern und Jugendlichen. Allgemeine und psychotherapeutische Aspekte*. Kohlhammer, Stuttgart.
- Voland, E., Söling, C. (2004). Die biologische Basis der Religiosität in den Instinkten – Bausteine einer evolutionären Religionswissenschaft. In: Lüke, U., Schnakenberg, J., Souvigniert, G. (Hrsg.): *Darwin und Gott – Das Verständnis von Evolution und Religion*. Darmstadt, 47-65.
- von Glasersfeld, E. (1995). *Radical Constructivism: A Way of Knowing and Learning*. The Falmer Press.
- Wachholtz, A. B., & Pargament, K. I. (2005). Is spirituality a critical ingredient of meditation? Comparing the effects of spiritual meditation, secular meditation, and relaxation on spiritual, psychological, cardiac, and pain outcomes. *Journal of behavioral medicine*, 28(4), 369-384.
- Wagnild, G. M., & Young, H. M. (1993). Development and psychometric. *Journal of nursing measurement*, 1(2), 165-17847.

- Walker, B. M., & Winter, D. A. (2007). *The elaboration of personal construct psychology*. *Annu. Rev. Psychol.*, 58(1), 453-477.
- Ward, J. (2019). *The student's guide to cognitive neuroscience*. Routledge.
- Watzlawick, P. (Hrsg.) (1981). *Die erfundene Wirklichkeit – Wie wissen wir, was wir zu wissen glauben?* Piper.
- Weiner, B. (1985). An attributional theory of achievement motivation and emotion. *Psychological review*, 92(4), 548.
- Weiner, B. (1986). *An attributional theory of motivation and emotion*. New York, NY: Springer-Verlag.
- Welwood, J. (2010). Echte und falsche spirituelle Autorität. In: ders., *Psychotherapie und Buddhismus. Der Weg persönlicher und spiritueller Transformation*. Arbor, Freiburg, S. 334-350.
- Werner, E. E., & Smith, R. S. (1992). *Overcoming the odds: High risk children from birth to adulthood*. Cornell University Press.
- Wernhart, K.R. (2004). *Ethnische Religionen. Universale Elemente des Religiösen*. Innsbruck, Wien.
- Whisman, M. A. (Ed.). (2008). *Adapting cognitive therapy for depression: Managing complexity and comorbidity*. Guilford Press.
- Winter, D. A., & Reed, N. (2016). Personal construct psychology and clinical practice. In D. A. Winter & N. Reed (Eds.), *The Wiley Handbook of Personal Construct Psychology* (S. 381-392). Chichester: Wiley-Blackwell.
- Wong, P. T. (2013). From logotherapy to meaning-centered counseling and therapy. In *The human quest for meaning* (S. 619-647). Routledge.
- Yalom, I. D. (1995). *Existenzielle Psychotherapie*. Edition Humanistische Psychologie, Köln
- Yalom, I. D. (1980). *Existential psychotherapy*. Basic Books.
- Zarzycka, B., & Rydz, E. (2014). Centrality of religiosity and sense of coherence: A cross-sectional study with Polish young, middle and late adults. *Int'l J. Soc. Sci. Stud.*, 2, 126.
- Zimmermann, J., Gräßler, W., Sülz, C., Heinze, M. (Hrsg.) (2015). *Psychotherapie, Naturwissenschaft und Religion*. Papst, Lengerich
- Zinnbauer, B. J., Pargament, K. I., Cole, B., Rye, M. S., Butfer, E. M., Belavich, T. G., ... & Kadar, J. L. (2015). Religion and spirituality: Unfuzzifying the fuzzy. *Sociology of religion*, 29-34.
- Zinnbauer, B. J., & Pargament, K. I. (2005). Religiousness and spirituality. *Handbook of the psychology of religion and spirituality*, 54, 1-6.

Eigenständigkeitserklärung

Hiermit erkläre ich, dass ich die Masterarbeit mit dem Titel „*Sinnloser Glauben? Kohärenzgefühl, Religiosität & Spiritualität im Kontext von psychischen Krisen - Eine Untersuchung in der (teil-)stationären Psychiatrie*“ selbständig verfasst und keine anderen Hilfsmittel als die angegebenen verwendet habe. Passagen, die anderen Werken dem Wortlaut oder dem Sinn nach entnommen sind, habe ich in jedem Fall durch Angabe der Quelle kenntlich gemacht.

Hemsbach, den 01.12.2025

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Marco Schäufole', written over a horizontal line.

Marco Schäufole

Anhänge

Anhang A: Epistemische Ebenen der Sinn- und Glaubenspsychologie

Zur theoretischen Fundierung der vorliegenden Arbeit wird zwischen vier erkenntnistheoretischen Ebenen unterschieden, auf denen Sinn-, Glaubens- und Kohärenzprozesse beschrieben werden können. Diese Differenzierung dient der Vermeidung kategorialer Überschneidungen und macht transparent, auf welcher Ebene sich die jeweilige Argumentation oder empirische Operationalisierung bewegt:

| Ebene | Beschreibung | Beispielhafte Konzepte / Autoren | Psychologische Anschlussfähigkeit |
|---|--|--|---|
| I. Symbolisch-existenzielle Ebene | Deutung menschlicher Grund- und Grenzerfahrungen durch mythische, religiöse oder archetypische Sinnbilder. | Jung (1966, 1989), Tillich (1957), Frankl (1982) | Liefert kulturelle und narrative Symbolsysteme zur Integration von Kontingenz und Leid. |
| II. Kognitiv-repräsentationale Ebene | Individuelle Konstruktion von Selbst-, Welt- und Transzendenzbild als mentale Schemata im Sinne personaler Konstrukttheorie. | Kelly (1955), Beck (1979), Park (2010) | Beschreibt die psychologischen Mechanismen der Sinn- und Glaubensbildung sowie Dissonanzregulation. |
| III. Affektiv-regulative Ebene | Emotionales Erleben innerer Stimmigkeit, Kontrolle und Sinnhaftigkeit als Folge kognitiver Integration. | Antonovsky (1979), Lazarus & Folkman (1984) | Kohärenzgefühl als affektives Korrelat kognitiver Konsistenz und Ressource psychischer Stabilität. |
| IV. Klinisch-funktionale Ebene | Anwendung der Sinn- und Glaubensprozesse im therapeutischen Kontext psychischer Krisen. | Grawe (2004), Pargament (1997), Peteet (2018) | Empirisch fassbare Wirkungsebene von Sinnintegration, Coping und Ressourcenaktivierung. |

Die hier dargestellten Ebenen sind komplementär zu verstehen. Während Ebene I die symbolischen und kulturellen Voraussetzungen menschlicher Sinnsuche beschreibt, bilden die Ebenen II-IV den empirisch-psychologischen Kern der Untersuchung. Damit wird deutlich, dass die Arbeit kein konkurrierendes Nebeneinander von religiösen, philosophischen und psychologischen Erklärungsmodellen anstrebt, sondern deren funktionale Verzahnung aufzeigt. In dieser Perspektive erscheint das Kohärenzgefühl (Antonovsky, 1979) als affektives Produkt einer kognitiv integrierten, weltanschaulichen Struktur, deren Inhalte durch Glaubenssysteme vermittelt werden.

Anhang B: Klassifikation der klassischen Gottesbilder

Im Folgenden ist eine Übersicht der klassischen Gottesbilder, unter besonderem Bezug auf ihre Funktion als existenzielle Meta-Theorien zur Verbindung von Selbst- und Weltbild in eine kohärente Weltanschauung, dargestellt.

Monotheistisches Gottesbild. Das monotheistische Gottesbild basiert auf der Annahme einer einzigen, personal gedachten transzendenten Instanz, die Ursprung, Sinn und Ordnung der Welt in sich vereint. Diese Vorstellung prägt die abrahamitischen Religionen und bildet einen Deutungsrahmen, der die Welt als intentional, gesetzmäßig und sinnerfüllt begreift (vgl. Huber, 2003; Tillich, 1957). Psychologisch erfüllt das monotheistische Gottesbild die Funktion, Komplexität zu reduzieren, indem es disparate Erfahrungen auf einen einheitlichen Ursprung zurückführt. Es bietet eine klare hierarchische Struktur, die moralische und existentielle Orientierung stiftet und die Beziehung zwischen Selbst, Welt und Transzendenz in personaler Form vermittelt (vgl. Pargament, 1997; Streib & Hood, 2016). Im monotheistischen Deutungssystem können alle positiven und negativen Eigenschaften der Wirklichkeit exklusiv einer transzendenten Instanz zugeschrieben werden. Die kognitive Spannung, die sich aus der Erfahrung von Gut und Böse ergibt, wird durch eine dualistische Struktur aufgelöst, beispielsweise durch die Vorstellung des Teufels als Träger aller destruktiven oder „unvereinbaren“ Eigenschaften der göttlichen Ordnung (vgl. Jung, 1916, 1952, 1987a). Das ermöglicht die Aufrechterhaltung eines konsistenten, positiven Gottesbildes, das Leid und Widerspruch externalisiert - ein Mechanismus, den Jung bereits in *Seven Sermons to the Dead* (1916, zitiert nach Hoeller, 1982) und später in *Antwort auf Hiob* (1952) als psychische Notwendigkeit der Trennung von Licht und Schatten beschreibt, um Bewusstheit und Ordnung im Selbst aufrechtzuerhalten. Aus kognitiver Sicht stabilisiert das monotheistische Deutungssystem das Kohärenzgefühl, indem es Widersprüche zwischen Kontingenz und Sinn in einer allumfassenden göttlichen Ordnung auflöst (vgl. Antonovsky, 1987; Lübke, 1998; Park, 2010). Die personale Beziehung zu einem „Gott des Vertrauens“ (Frankl, 1982) fungiert als psychische Ressource der Sinnstiftung und Bewältigung, insbesondere in Krisensituationen.

Polytheistisches Gottesbild. Das polytheistische Gottesbild zeichnet sich durch eine Vielzahl von Gottheiten aus, die unterschiedliche Kräfte, Prinzipien oder Aspekte des Seins verkörpern. Diese Vielschichtigkeit erlaubt eine pluralistische Deutung der Wirklichkeit, in der Widersprüche nicht aufgelöst, sondern integriert werden (vgl. Eliade, 1959; Assmann, 2003). Psychologisch eröffnet das polytheistische Denken ein dynamisches Modell innerer Vielfalt. Archetypische Figuren oder Götter symbolisieren nach Jung (1958) unterschiedliche psychische Tendenzen und ermöglichen dadurch eine differenzierte Selbst- und Welterfahrung.

Jede Gottheit steht als Symbol für eine Teilfunktion der Psyche, etwa Macht, Liebe, Weisheit, Instinkt oder Zerstörung, und repräsentiert somit Aspekte des Selbst, die in ihrer Gesamtheit das psychische Ganze bilden. Im Gegensatz zum monotheistischen Modell werden hier gegensätzliche Aspekte göttlicher Erfahrung nicht in einer zentralen Instanz synthetisiert, sondern auf verschiedene Entitäten verteilt. Facetten göttlicher Wirkkräfte, die als unvereinbar oder dissonant erlebt werden, finden in unterschiedlichen Göttern ihre symbolische Repräsentation (vgl. Jung, 1916, 1958, 1959; 1987a). Das polytheistische Gottesbild löst damit das Problem innerer Dissonanz, indem es die Pluralität des Göttlichen als Ausdruck der inneren und äußeren Vielfalt des Lebens akzeptiert. Anstatt ein einheitliches Sinnsystem zu konstruieren, fördert das polytheistische Gottesbild die Akzeptanz ambivalenter Erfahrungen und die Anerkennung von Polarität und Wandel. Es reflektiert eine flexible Form kognitiver Ordnung, die Komplexität nicht reduziert, sondern in ein sinnvolles Beziehungsgefüge überführt (vgl. Streib & Hood, 2016). Damit bietet es einen alternativen Zugang zur Sinnkonstruktion, der das Kohärenzgefühl über die Integration von Vielfalt, statt über Vereinheitlichung, stabilisiert.

Pantheistisches Gottesbild. Im pantheistischen Verständnis wird das Göttliche nicht als personal oder von der Welt getrennt gedacht, sondern als identisch mit der Gesamtheit des Seins. Gott ist hier kein Akteur, sondern die alles umfassende Wirklichkeit selbst (vgl. Schaffer, 2010; Spinoza, 2016). Psychologisch spiegelt sich darin ein holistisches Weltverständnis, das auf die Erfahrung der Einheit von Subjekt und Objekt, Selbst und Welt, Innerem und Äußerem zielt (vgl. James, 1902/1997; Jäger, 2007). Im Gegensatz zu monotheistischen oder polytheistischen Modellen enthält das pantheistische Gottesbild alle positiven wie negativen Eigenschaften der Wirklichkeit in sich. Es integriert Gegensätze wie Gut und Böse, Licht und Schatten, als komplementäre Aspekte einer einheitlichen Ordnung und vermeidet dadurch projektive Spaltungen. Jung greift diesen Gedanken (1916) in seinen Sieben Reden an die Toten auf, wo er in der Figur des Abraxas ein Symbol für die Ganzheit des Seins entwirft - eine Gottheit, die zugleich Gott und Teufel, Licht und Finsternis, Leben und Tod umfasst. Abraxas steht für die schöpferische Energie, die alle Gegensätze hervorbringt und zugleich in sich vereint. Hier wird das Göttliche somit nicht mehr als moralisch geordnet oder hierarchisch verstanden, sondern als dynamisches Prinzip, das das Entstehen und Vergehen gleichermaßen umfasst (vgl. Jung, 1916, zitiert nach Hoeller, 1982). In dieser Form der Transzendenzerfahrung wird die Dualität von Gegensätzen aufgehoben, und das Göttliche erscheint als immanente Struktur, die alles umfasst. Das pantheistische Gottesbild fördert die Wahrnehmung von Verbundenheit und Eingebundenheit, wodurch es besonders in kontemplativen und mystischen

Erfahrungsformen wirksam wird (vgl. Streib & Hood, 2024). Es kann existenzielle Angst reduzieren, indem es Trennung als Illusion begreift und das Individuum als Ausdruck einer universellen Ordnung versteht. In diesem Sinne steht der Pantheismus dem integralen Denken nahe, das ähnlich wie Jägers Konzept der integralen Spiritualität (2007) die Aufhebung der Dualität von Selbst und Welt anstrebt und eine kognitive wie emotionale Kohärenz in der Einheit allen Seins sucht.

Atheistisches / Abgelehntes Gottesbild. Fehlt ein Gottesbild oder wird es bewusst abgelehnt, so entfällt nicht die Funktion, die es im kognitiven System erfüllt, sondern sie wird durch alternative Ordnungs- und Sinnmodelle ersetzt. Die psychische Architektur der Weltanschauung bleibt triadisch angelegt. Das heißt, dass der Mensch auch ohne religiöse Bezugnahme eine kognitive Struktur bildet, die letztgültige Erklärungs- und Orientierungsprinzipien bereitstellt (vgl. Koltko-Rivera, 2004; Wong, 2013). An die Stelle eines personal oder transpersonal gedachten Gottesbildes treten dann säkulare oder immanente Äquivalente: etwa Natur, Vernunft, Wissenschaft, Humanität oder das Selbst als autonomes Prinzip (vgl. Schnell, 2016; Streib & Hood, 2024). Diese erfüllen auch die Funktion des Gottesbildes, indem ein übergeordnetes Deutungs- und Bewertungssystem bereitgestellt wird, das normative Geltung beansprucht und moralische, existentielle oder teleologische Fragen beantwortet – wenn auch durch Verneinung einer höheren Wirklichkeit. Die Ablehnung eines Gottesbildes bedeutet daher nicht per se den Verlust des Transzendenzbezugs, sondern dessen Neukodierung: Transzendenz wird von der metaphysischen in die immanente Dimension verlagert. Menschen konstruieren dann Sinn und Ordnung nicht mehr in Bezug auf ein „höheres“ Prinzip, sondern auf abstrakte oder systemische Konzepte; zum Beispiel evolutionäre, soziale oder rationale Gesetzmäßigkeiten. Dies steht im Einklang mit C.G. Jungs Auffassung, dass das Gottesbild ein Archetyp des kollektiven Unbewusstseins sei, welcher dadurch zu Stande kommt, dass jeder reflexionsfähige Mensch Zeit seines Lebens mit existenziellen Fragen konfrontiert wird, das Erklärungsvermögen dessen materialistisch-rationalen Deutungsrahmen übersteigen und somit dazu anregen, eine symbolische Idee des Übergeordneten auszubilden, die als mentale Struktur für das Nicht-Erklärbare dient und dazu beiträgt, existenzielle Erfahrungen gedanklich zu ordnen und zu integrieren (vgl. Jung, 1958). Nach Jung (1987a) ist eine Beziehung mit dem Gottesbild daher unvermeidlich und kann damit, wie jede andere Beziehung, entweder 1) angenommen, 2) abgelehnt oder 3) in ambivalenten Zwischenformen gestaltet werden. In diesem Sinne verweist die symbolische Funktion des Gottesbildes auf eine anthropologische Konstante (vgl. 1.2) und damit auf das menschliche Bedürfnis, das eigene Dasein in ein umfassenderes Sinngefüge einzubetten. Tillich greift diese

existenzielle Dimension auf und deutet das Gottesbild als Symbol für den „Grund des Seins“; die Tiefendimension der Wirklichkeit, in der das Dasein selbst verankert ist. In *The Courage to Be* (1952) beschreibt er Religion als Ausdruck des Mutes, das eigene Sein zu bejahen, obwohl der Mensch permanent mit Nichtsein, Angst und Sinnbedrohung konfrontiert ist. Der Bezug zum Göttlichen ist demnach kein Akt doktrinären Glaubens, sondern eine existenzielle Haltung, in der der Mensch seine Endlichkeit annimmt und dennoch Sinn bejaht. Tillich zufolge kann dieser Bezug nicht aufgehoben werden, selbst wenn er sich in säkularen Formen äußert. Selbst der Atheismus schließt nach Tillich den Bezug zum „Letztgültigen“ nicht aus, sondern richtet sich lediglich gegen ein bestimmtes Gottesbild (vgl. Tillich, 1957). Aus kognitiver Sicht kann das Fehlen eines Gottesbildes somit als Variante der weltanschaulichen Triade verstanden werden, bei der die Integrationsfunktion von Transzendenz durch andere symbolische Ordnungen erfüllt wird (vgl. Koltko-Rivera, 2004; Wong, 2013; Schnell, 2016). Entscheidend bleibt, dass die Struktur, also das Bedürfnis, disparate Erfahrungsebenen in ein kohärentes Ganzes zu integrieren, erhalten bleibt. Was sich verändert, ist lediglich der semantische Inhalt dieser Struktur.

Anhang C: Kurzfassung des ursprünglichen Kapitel zur Krisenbewältigung

Psychische Krisen lösen kognitive, emotionale und physiologische Reaktionen aus, die auf eine Stabilisierung des inneren Gleichgewichts ausgerichtet sind (vgl. 2.2). Bewältigung beschreibt den Prozess, in dem belastende Erfahrungen in ein persönliches Sinnsystem eingeordnet werden und dadurch Kohärenz wieder erfahrbar wird (vgl. Antonovsky, 1987; Hobfoll, 1989, 2002; Rutter, 2006; Park, 2010). Dieser Prozess hängt von personalen, sozialen und strukturellen Ressourcen ab.

Individuelles Coping und personale Ressourcen. Coping umfasst jene kognitiven, emotionalen und verhaltensbezogenen Strategien, mit denen Menschen Belastungen regulieren (vgl. Lazarus & Folkman, 1984). Personale Ressourcen wie Kontrollüberzeugungen (vgl. Rotter, 1966), Selbstwirksamkeit (vgl. Bandura, 1977), Hardiness (vgl. Kobasa, 1979), Assimilation und Akkommodation (vgl. Piaget, 1954), Attributionen (vgl. Heider, 1958; Kelley, 1967, 1973; Weiner, 1985, 1986) oder zyklische Konstruktionsprozesse (Kelly, 1955) beeinflussen die Fähigkeit zur Anpassung an Belastungen. Ergänzend wirken Selbstwert (vgl. APA, 2020), Selbstwertgefühl (vgl. Orth & Robins, 2014; Rosenberg, 1965), dispositionaler Optimismus (vgl. Carver & Scheier, 2009; Carver et al., 2010) und das Ausmaß psychischen Distress (vgl. Festinger, 1957; Mirowsky & Ross, 2002).

Das transaktionale Stressmodell von Lazarus und Folkman (1984) beschreibt, wie Bewertungen der Situation die Auswahl von problemorientierten, emotionsorientierten oder bedeutungsorientierten Bewältigungsstrategien prägen (vgl. Folkman, 1997; Park & Folkman, 1997).

Bedeutung professioneller Unterstützung. Psychotherapie wird eingesetzt, wenn individuelle Ressourcen nicht ausreichen, um eine Krise zu bewältigen (vgl. Jacobi et al., 2014). Sie arbeitet mit allgemeinen Wirkfaktoren wie Ressourcenaktivierung, Problemaktualisierung, motivationaler Klärung, Problembewältigung und einer stabilen therapeutischen Beziehung (vgl. Grawe, 1998, 2004, 2005). Eine zentrale Rolle spielen korrigierende Beziehungserfahrungen innerhalb eines verlässlichen therapeutischen Rahmens, in dem neue emotionale Lernerfahrungen möglich werden (vgl. Alexander & French, 1946; Caspar et al., 2016; McCullough, 2003). Die Wirksamkeit psychotherapeutischer Verfahren ist empirisch belegt (vgl. Cuijpers et al., 2023; Hofmann et al., 2012; Hollon et al., 2006). Im salutogenetischen Verständnis reorganisiert Psychotherapie die psychische Bedürfnisbalance und unterstützt damit die Wiederherstellung des Kohärenzerlebens (vgl. Antonovsky, 1987; Grawe et al., 2001). Klassische Psychotherapie konzentriert sich überwiegend auf Selbstbild und Weltbild. Sie identifiziert dysfunktionale Überzeugungen, bearbeitet kognitive Muster,

schaft affektive Entlastung und stärkt das Erleben von Wirksamkeit. Diese Bereiche sind für die Stabilisierung relevant, bilden jedoch nur zwei Ebenen der individuellen Sinnorganisation ab. Die existenzielle Ebene, die in Meta-Theorien oder in einem Gottesbild verankert sein kann, wird meist nicht systematisch einbezogen, obwohl sie häufig eine zentrale Rolle für die Verarbeitung existenzieller Brüche einnimmt.

Religiös spirituelle Dimensionen der Bewältigung. Religiöses Coping bezeichnet die Nutzung spiritueller oder religiöser Überzeugungen innerhalb von Bewertungs- und Bewältigungsprozessen nach Pargament (1997). Positive Formen fördern Hoffnung, Sinn und Selbstwirksamkeit (vgl. Ano & Vasconcelles, 2005; Wachholtz & Pargament, 2005). Delegative Formen können entlasten (vgl. Pargament et al., 2001; Klein & Lehr, 2011) und konfliktuale Muster können die Belastung verstärken (vgl. Pargament et al., 1998). Spiritual Bypassing beschreibt die Tendenz, belastende Emotionen durch spirituelle Deutungen zu umgehen, was Integrationsprozesse erschweren kann (vgl. Cashwell et al., 2010; Welwood, 2010). Nach Park (2010) entstehen Krisen dort, wo globale und situative Bedeutungsstrukturen auseinanderlaufen. Spirituelle und religiöse Deutungen können helfen, diesen Bruch zu bearbeiten und unterstützen dadurch die Bedeutungskonstruktion. Dazu gehören teleologische Zuschreibungen (vgl. Ruhland, 2008), Theodizeeprozesse (vgl. Jüngel, 2024; Leibniz, 1720; Moltmann, 1993; Murken, 2015) und anthropologische Sinnquellen, die als Grundlage menschlicher Transzendenzsuche beschrieben werden (vgl. Bucher, 2007; Grom, 2009; Hemel, 1998; Jäger, 2007). Spirituelle Schemata strukturieren Wahrnehmung und Bewertung (vgl. Gall et al., 2005; Huber, 2003; Kelly, 1955; Meichenbaum, 2008). Neurowissenschaftliche Befunde beschreiben entsprechende Aktivierungsmuster (vgl. Beauregard & O Leary, 2007, zitiert nach Bucher, 2014).

Klinische Relevanz religiös spiritueller Inhalte. Spirituelle Themen können für klinische Behandlungsprozesse bedeutsam sein und werden als Teil des kulturellen Kontextes beschrieben (vgl. APA, 2013; Koenig, 2012; Koenig et al., 2012; Utsch et al., 2018). Das Abstinenzgebot dient dem Schutz der therapeutischen Neutralität (vgl. APA, 2002). Fortbildungsprogramme wie SKiP6 orientieren sich daran, Spiritualität als Ressource, Belastungsfaktor und Resilienzquelle wahrzunehmen und zwischen persönlicher Haltung und professioneller Kompetenz zu unterscheiden (vgl. Scheiblich, 2024).

Erweiterung durch die klinische Glaubenspsychologie. Das Gottesbild bildet die vertikale Ebene der Sinnorganisation und ergänzt Selbst- und Weltbezug um eine existenzielle Orientierung, die in Krisen häufig besonders relevant ist (vgl. Utsch, 1998b; Streib & Hood, 2016; Wong, 2013). Diese Ebene integriert kulturelle, biografische und spirituelle

Bedeutungsanteile und ist bedeutsam für Sinnrekonstruktion, Zukunftsorientierung und emotionale Stabilisierung (vgl. Frankl, 1946 1982; Frankl, 1984; Rizzuto, 1979; Sire, 2009; Schnell, 2016). Da klassische Psychotherapie diesen Bereich selten bearbeitet, bleibt die Wiederherstellung von Kohärenz in existenziellen Krisen oft unvollständig. Die klinische Glaubenspsychologie setzt hier an und erweitert die therapeutische Perspektive, indem Selbstbild, Weltbild und Gottesbild gemeinsam betrachtet und bearbeitet werden. Sie integriert individuelle Meta-Theorien, spirituelle Schemata und kontingenzbezogene Deutungsmuster in den therapeutischen Prozess und ermöglicht dadurch eine umfassendere Reorganisation der Sinnstruktur, die für die Bewältigung existenzieller Krisen bedeutsam sein kann.

Faith Age & Care Explored – Das **FACE**-Projekt

-

Alter, Glaube & Therapie als Wege zu einem erfüllten Leben



Willkommen zur Studie! – Informationsblatt

Liebe Studieninteressierte,

vielen Dank für Ihr Interesse an unserer Studie. Die folgende Erhebung wird im Rahmen des Forschungsprojekts **Faith, Age and Care Explored (FACE)** am Lehrstuhl für Klinische Psychologie und Psychotherapie der Universität Greifswald durchgeführt.

Ziele der Studie:

In diesem Projekt möchten wir untersuchen, welche Rolle **Glaubenssysteme**, **spirituelle Bedürfnisse** und das **Kohärenzgefühl** (Sense of Coherence) für das **erfolgreiche Altern** und den **Therapieerfolg** spielen. Dabei soll erforscht werden, wie individuelle religiöse und spirituelle Überzeugungen in der Psychotherapie berücksichtigt werden können, um eine effektivere und zufriedenstellendere Behandlung zu gewährleisten. Die Erkenntnisse aus dieser Studie fließen direkt in die Weiterentwicklung von Behandlungsansätzen ein, um die Versorgung psychisch belasteter Menschen – insbesondere älterer Patient*innen – weiter zu verbessern.

Ablauf der Studie:

Die Studie besteht aus mehreren Fragebögen, die Sie in ca. **15-20 Minuten** bearbeiten können. Im ersten Teil erheben wir *soziodemographische Daten* (z. B. *Alter, Geschlecht, Geburtsland, Konfession*). Im Anschluss befassen sich die Fragebögen mit den folgenden Themen:

- **Successful Aging:** Welche Faktoren tragen zu einem erfolgreichen Altern bei?
- **Glaubenssysteme:** Wir möchten mehr über die Inhalte und persönliche Bedeutung Ihrer religiösen/spirituellen Überzeugungen erfahren.
- **Spirituelle Bedürfnisse:** Welche Bedürfnisse prägen Ihr Leben, z. B. nach innerem Frieden oder Sinn?
- **Kohärenzgefühl:** Wie stark erleben Sie Ihr Leben als verstehbar, bewältigbar und sinnvoll?

Wichtige Hinweise:

- **Freiwilligkeit und Anonymität:** Die Teilnahme an der Studie ist freiwillig. Sie können die Erhebung jederzeit abbrechen, ohne dass Ihnen daraus Nachteile entstehen. Ihre Daten werden vollständig anonymisiert, sodass sie Ihnen nach Abschluss der Studie nicht mehr zugeordnet werden können.
- **Sensibilität der Themen:** Einige der Fragen befassen sich mit existenziellen oder spirituellen Themen. Es ist möglich, dass dies bei manchen Personen Gefühle von Unwohlsein auslöst. Solche Gefühle sind in der Regel kurzfristig. Falls Sie jedoch länger belastet sind, können Sie sich jederzeit an uns oder die Telefonseelsorge wenden. Die entsprechenden Kontaktdaten erhalten Sie am Ende der Befragung.

Beispiele für Themen der Studie:

Die Studie beschäftigt sich mit existenziellen und spirituellen Fragen, wie z. B.:

- „Was gibt meinem Leben Sinn?“
- „Welche Werte leiten meine Entscheidungen?“
- „Wie gehe ich mit schwierigen Situationen um?“

Darüber hinaus möchten wir untersuchen, wie diese individuellen Überzeugungen mit dem Therapieerfolg und dem Wohlbefinden im Alter zusammenhängen. Vielen Dank, dass Sie an dieser wichtigen Untersuchung teilnehmen und zur wissenschaftlichen Weiterentwicklung in der Psychologie beitragen!

Einwilligungserklärung zur Studie: „FACE“

Hiermit erkläre ich, dass ich über die Studie und ihren Ablauf, sowie über mögliche Risiken aufgeklärt wurde. Ich fühle mich körperlich in der Lage, an der Untersuchung teilzunehmen und versichere hiermit, allen Instruktionen nachzukommen und die gesamte Untersuchung gewissenhaft durchzuführen. Das Informationsblatt hierzu habe ich in allen Details verstanden. Mir ist bekannt, dass die Teilnahme an der Studie jederzeit ohne Angabe von Gründen beendet werden kann, ohne dass mir hierin Nachteile entstehen. Ich erkläre freiwillig, an oben genannter Studie teilzunehmen.

Fragen zu Glauben und Alterungsprozessen könnten sensible Themen wie Lebenszufriedenheit, Gesundheit, Vergänglichkeit oder persönliche Werte ansprechen. Dies könnte unangenehme Emotionen wie Traurigkeit, Angst oder Unsicherheit auslösen, insbesondere wenn Personen mit persönlichen Herausforderungen oder Verlusterfahrungen konfrontiert sind. Sollte sich hieraus ein nachträglicher Gesprächsbedarf ergeben, sind Sie herzlich eingeladen sich direkt an die Studienleitung zu wenden. Entsprechende Kontaktdaten sind am Ende der Untersuchung angegeben. Bei suizidalen Krisen werden approbierte Studienleiter*innen (Dipl.-Psych. Florian Harder & Prof. Dr. Eva-Lotta Brakemeier) hinzugezogen.

Ich bin damit einverstanden, dass die gesammelten Daten in einem zugriffsbeschränkten Raum (abschließbares Archiv) gespeichert und dann, gemäß der guten wissenschaftlichen Praxis, 10 Jahre in den Archiven des Instituts für Psychologie Greifswald gesichert aufbewahrt werden. Der Schutz meiner Daten ist DSGVO-konform durchgehend gewährleistet. Nur die Studienleitung kann auf die studienbezogenen, vollständig anonymisierten Daten zugreifen. Das Personal meiner Einrichtung, welches die Fragebögen austellt und einsammelt, wird – gemäß der Verschwiegenheitserklärung – meine Angaben nicht einsehen. Dies wird durch verschlossene Umschläge gewährleistet.

Eine vollständige Anonymisierung ist gewährleistet. Mit der beschriebenen Erhebung und Verarbeitung der Daten bin ich einverstanden. Die Aufzeichnung und Auswertung dieser Daten erfolgt vollständig anonymisiert im Institut für Psychologie, ohne Angabe meines Namens. Gemäß der guten wissenschaftlichen Praxis, können meine vollständig anonymisierten Daten zu Forschungszwecken weiterverwendet und dazu für mindestens 10 Jahre nach Datenauswertung, bzw. mindestens 10 Jahre nach Erscheinen einer Publikation zu dieser Studie aufbewahrt werden.

Eine nachträgliche Löschung meiner Daten nach der Bearbeitung ist nicht möglich, da alle Daten vollständig anonym erhoben und gespeichert werden, wodurch diese im Nachgang nicht mehr zuordnungsfähig sind.

Durch das Abhaken des Kästchens erkläre ich mich freiwillig zur Teilnahme an der geplanten Untersuchung bereit.

Hiermit bestätige ich, dass ich mindestens 18 Jahre alt bin sowie die Einverständniserklärung gelesen und verstanden habe.

- ☐ Nein (nicht an der Studie teilnehmen)
- ☐ **Ja**

Soziodemografische Daten

1. Wie alt sind Sie?

Ich bin _____ Jahre alt.

2. Welches Geschlecht haben Sie?

- ☐ Weiblich
- ☐ Männlich
- ☐ Divers

3. In welchem Land wurden Sie geboren?

Land: _____

4. Sind Sie einer Konfession angehörig?

- ☐ Christlich (römisch-katholisch)
- ☐ Christlich (evangelisch)
- ☐ Jüdisch
- ☐ Muslimisch
- ☐ Buddhistisch
- ☐ Hinduistisch
- ☐ Agnostisch
- ☐ Andere religiöse Glaubensrichtung
- ☐ Spirituell (ohne Konfession)
- ☐ Atheistisch / keiner Konfession angehörig; weder religiös noch spirituell

5. Wann sind Sie in Ihrer stationären/ambulanten Einrichtung angekommen?

Datum: _____

6. Befinden Sie sich hier in psychotherapeutischer Behandlung?

- ☐ JA
- ☐ NEIN

Wenn JA: Wie viele psychotherapeutischen Behandlungssitzungen haben Sie bereits absolviert?

Ich habe hier bereits _____ psychotherapeutische Sitzungen absolviert.

Subjektiver Therapieerfolg & Zufriedenheit mit der Behandlung

1. Auf einer Skala von 1 – 10.

Wie sehr hat Ihnen die stationäre, bzw. ambulante Behandlung bisher geholfen?

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|

1 = gar nicht 3 = ein wenig 5 = gut 7 = deutlich 10 = sehr stark

2. Auf einer Skala von 1 – 10.

Wie zufrieden sind Sie mit der stationären, bzw. ambulanten Behandlung bisher?

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|

1 = gar nicht 3 = ein wenig 5 = gut 7 = deutlich 10 = sehr zufrieden

3. Auf einer Skala von 1 – 10.

Wie stark würden Sie die Verbesserung Ihrer Beschwerden bisher einschätzen?

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|

1 = keine 3 = ein wenig 5 = gut 7 = deutlich 10 = sehr stark

4. Auf einer Skala von 1 – 5.

Wie hoffnungsvoll sind Sie, dass Sie nach der stationären, bzw. ambulanten Behandlung wieder ohne Beschwerden leben können?

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|---|---|---|---|---|

1 = mir wird es danach bestimmt nicht besser gehen
2 = ich erwarte nicht, dass es mir danach besser gehen wird
3 = ich weiß nicht, ob es mir danach besser gehen wird
4 = ich bin optimistisch, hoffentlich geht es mir danach besser
5 = ich bin überzeugt, danach wird es mir besser gehen

„Successful Aging“ – Erfolgreiche Altersskala

Nachfolgend finden sich Aussagen, die beurteilen, wie Menschen sich in Bezug auf ihr individuelles Älterwerden fühlen. Lesen Sie jede Aussage sorgfältig durch und geben Sie an, was im Allgemeinen auf Sie zutrifft, indem Sie die 7-Punkte-Skala verwenden. Zum Beispiel, wenn Sie VÖLLIG ZUSTIMMEN, kreuzen Sie bitte die „1“ in der entsprechenden Spalte nach der Aussage an. STIMMEN Sie ZU kreuzen Sie bitte die „2“ an. Sind Sie unentschieden, kreuzen Sie die „4“ an, usw. Versuchen Sie, die Kategorie 4 sparsam zu verwenden.

Antwortkategorien

| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
|---------------------|-----------|-------------------|------------------------------|----------------------------|--------------------|---------------------------------|
| Stimme völlig zu | Stimme zu | Stimme eher zu | Weder noch/ unentschieden | Stimme eher nicht zu | Stimme nicht zu | Stimme überhaupt nicht zu |

| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
|--|---|---|---|---|---|---|---|
| 1. Ich bin nicht in der Lage, Entscheidungen über Dinge zu treffen, die einen Einfluss darauf haben, wie ich altere, z. B. in Bezug auf meine Ernährung, sportliche Aktivität und Rauchen. | | | | | | | |
| 2. Wenn Dinge nicht mehr so gut laufen wie früher, versuche ich, andere Wege zu finden, um das gleiche Ergebnis zu erzielen. | | | | | | | |
| 3. In schwierigen Zeiten entwickle ich psychische Stärke, um mit der Situation umzugehen. | | | | | | | |
| 4. Ich pflege herzliche und vertrauensvolle Beziehungen zu wichtigen anderen Personen. | | | | | | | |
| 5. Ich nehme durch produktive Tätigkeiten aktiv am Leben teil. | | | | | | | |
| 6. Ich strebe danach, so lange wie möglich unabhängig zu bleiben. | | | | | | | |
| 7. Ich bemühe mich, relativ frei von Krankheit und Behinderung zu bleiben. | | | | | | | |
| 8. Ich versuche, meine körperliche und geistige Funktionsfähigkeit im Alter zu erhalten. | | | | | | | |
| 9. Ich beteilige mich aktiv am Leben durch regelmäßigen sozialen Kontakt. | | | | | | | |
| 10. Ich tue mein Bestes, um Ziele zu erreichen, die mir wichtig sind. | | | | | | | |
| 11. Ich habe das Gefühl, dass ich keine Kontrolle über meine unmittelbare Lebenssituation habe. | | | | | | | |
| 12. Ich kann mit allem umgehen, was mir passiert. | | | | | | | |
| 13. Ich versuche, gesunde Lebensgewohnheiten zu entwickeln. | | | | | | | |
| 14. Ich kann sowohl meine guten als auch meine schlechten Eigenschaften akzeptieren. | | | | | | | |

Successful Aging Scale (SAS) ©2009, Gary T. Reker

„Successful Aging“ – Resilienzskala RS-13

Im folgenden Fragebogen finden Sie eine Reihe von Feststellungen. Bitte lesen Sie sich jede Feststellung durch und kreuzen Sie an, wie sehr die Aussagen im Allgemeinen auf Sie zutreffen, d.h. wie sehr Ihr übliches Denken und Handeln durch diese Aussagen beschrieben wird.

| | <div>1= nein Ich stimme nicht zu</div> <div>7= ja Ich stimme völlig zu</div> | | | | | | |
|---|--|---|---|---|---|---|---|
| Wenn ich Pläne habe, verfolge ich sie auch. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| Normalerweise schaffe ich alles irgendwie. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| Ich lasse mich nicht so schnell aus der Bahn werfen. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| Ich mag mich. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| Ich kann mehrere Dinge gleichzeitig bewältigen. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| Ich bin entschlossen. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| Ich nehme die Dinge wie sie kommen. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| Ich behalte an vielen Dingen Interesse. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| Normalerweise kann ich eine Situation aus mehreren Perspektiven betrachten. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| Ich kann mich auch überwinden, Dinge zu tun, die ich eigentlich nicht machen will. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| Wenn ich in einer schwierigen Situation bin, finde ich gewöhnlich einen Weg heraus. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| In mir steckt genügend Energie, um alles zu machen, was ich machen muss. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| Ich kann es akzeptieren, wenn mich nicht alle Leute mögen. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |

Resilienzskala (Kurzversion) RS-13 ©2008, Leppert et al.

Resilienzskala (Kurzversion) RS-13 ©2008, Leppert et al.

Glaubenssysteme

Dieser Teil des Fragebogens beschäftigt sich mit den verschiedenen Glaubenssystemen und -hintergründen von Menschen. Unabhängig davon, ob Sie religiös / spirituell sind oder sich vielleicht auch weder einer Konfession, noch einem individuellen Glaubenssystem (Spiritualität) zugehörig fühlen, interessiert sich dieser Fragebogen für Ihren persönlichen Bezug zu der Thematik.

Nachfolgend finden sich Aussagen, die beurteilen, wie Menschen mit religiösen/spirituellen Themen & Praktiken umgehen. Lesen Sie jede Aussage sorgfältig durch und geben Sie an, was im Allgemeinen auf Sie zutrifft.

1. Zentralitätsfragebogen: CRSi-7 (nach Stefan Huber, 2003)

| | nie | selten | manchmal | oft | sehr oft |
|---|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| Wie oft denken Sie über religiöse Fragen nach? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Wie häufig nehmen Sie an Gottesdiensten teil? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Wie häufig beten Sie? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Wie häufig meditieren Sie? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Wie oft erleben Sie Situationen, in denen Sie das Gefühl haben, dass Gott oder etwas Göttliches in Ihr Leben eingreift? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Wie oft erleben Sie Situationen, in denen Sie das Gefühl haben, mit Allem Eins zu sein? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

Wie stark glauben Sie daran, dass Gott oder etwas Göttliches existiert?

- ☐ sehr stark
- ☐ ziemlich stark
- ☐ etwas
- ☐ nicht sehr stark
- ☐ überhaupt nicht

Spirituelle Bedürfnisse: SpNQ-20 (nach Arndt Büssing, 2010)

Im Folgenden finden Sie Aussagen zu bestimmten Bedürfnissen, wie sie von anderen Menschen geäußert wurden. Bitte überprüfen Sie, inwieweit diese für Sie persönlich in ihrer jetzigen Situation zutreffen und wie stark dieses bei Ihnen ausgeprägt sind.

Wenn Sie diese Fragen gar nicht beantworten möchten, steht Ihnen dies selbstverständlich frei.

Haben Sie in letzter Zeit das Bedürfnis gehabt...

| Wenn JA, wie stark ist dieses Bedürfnis? | NEIN | gering | mittel | groß |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| mit jemandem über Ihre Ängste und Sorgen reden zu können? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| auf Ihr bisheriges Leben zurückzuschauen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ungelöste Dinge aus Ihrem Leben zu klären? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| in die Schönheit der Natur eintauchen zu können? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| an einem Ort der Ruhe und des Friedens verweilen zu können? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| inneren Frieden finden zu können? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| einen Sinn in Ihrer Krankheit oder Leiden sehen zu können? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| mit jemandem die Frage nach dem Sinn im Leben ansprechen zu können? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| mit jemandem über die Möglichkeit eines Lebens nach dem Tod reden zu können? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| sich jemandem liebevoll zuwenden zu können? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| etwas von sich verschenken zu wollen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| jemandem Trost spenden zu können? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| | | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| jemandem aus einem bestimmten Abschnitt Ihres Lebens vergeben zu können? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| dass Ihnen vergeben wird? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| mit jemandem zu beten? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| dass jemand für sie betet? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| selber zu beten? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| an einer religiösen Feier (z.B. Gottesdienst) teilnehmen zu können? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| religiöse/spirituelle Bücher/Schriften zu lesen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| sich an eine höhere Präsenz zu wenden? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ihre Lebenserfahrungen weitergeben zu können? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Gewissheit zu haben, dass das eigene Leben sinn- und wertvoll ist? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

3. Intrinsische Spiritualität: JSSR (nach Hodge, 2003)

Für die folgenden sechs Fragen wird Spiritualität definiert als die Beziehung zu Gott oder zu dem, was Sie als ultimative Transzendenz, bzw. höhere Macht wahrnehmen.

Die Fragen verwenden ein Satzergänzungsformat, um verschiedene mit Spiritualität verbundene Attribute zu messen. Ein unvollständiger Satz wird vorgegeben, gefolgt von zwei Phrasen, die jeweils ein Ende einer Skala von 0 bis 10 darstellen. Diese Phrasen vervollständigen den Satz und bilden die Ankerpunkte der Skala. Die Skala von 0 bis 10 bietet Ihnen ein Kontinuum zur Beantwortung, wobei 0 für das Fehlen oder die völlige Abwesenheit des Attributs steht und 10 für das maximale Vorhandensein des Attributs. Die Endpunkte repräsentieren also extreme Werte, während 5 einen mittleren oder moderaten Wert des Attributs darstellt.

Bitte kreisen Sie die Zahl auf dem Kontinuum ein, die Ihre erste intuitive Einschätzung am besten widerspiegelt.

1. In Bezug auf die Fragen, die ich über das Leben habe, beantwortet meine Spiritualität...

keine meiner Fragen absolut alle meiner Fragen

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

2. Geistig zu wachsen ist wichtiger als andere in meinem Leben...

wichtiger als alles andere für mich völlig unwichtig

10 9 8 7 6 5 4 3 2 1 0

3. Wenn ich vor einer wichtigen Entscheidung stehe, spielt meine Spiritualität...

absolut keine Rolle immer die ausschlaggebende Rolle

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

4. Spiritualität ist...

das Hauptmotiv meines Lebens,
das alle anderen Aspekte meines
Lebens bestimmt kein Teil meines Lebens

10 9 8 7 6 5 4 3 2 1 0

5. Wenn ich an die Dinge denke, die mir helfen als Person zu wachsen und mich weiterzuentwickeln, hat meine Spiritualität...

keinen Einfluss auf mein
persönliches Wachstum absolut den größten Einfluss auf
mein persönliches Wachstum

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

6. Meine spirituellen Überzeugungen beeinflussen...

absolut jeden Aspekt
meines Lebens keinen Aspekt
meines Lebens

10 9 8 7 6 5 4 3 2 1 0

4. Kohärenzgefühl: SOC-L9 (nach Schumann, 2000)

Hier ist eine Reihe von Fragen, welche sich auf verschiedene Aspekte unseres Lebens beziehen. Bitte kreuzen Sie die Zahl an, welche Ihrer Antwort entspricht, wobei die Zahlen 1 und 7 Extremantworten darstellen.

Wenn die Antwort unter der Zahl 7 für Sie zutrifft, dann kreuzen Sie die 7 an. Wenn Sie Ihre Antwort nirgendwo zwischen 1 und 7 sehen, kreuzen Sie die Zahl an, die Ihrer Beurteilung am besten entspricht.

Bitte geben Sie immer nur eine Antwort pro Frage.

1. Haben Sie das Gefühl, dass Sie in einer ungewohnten Situation sind und nicht wissen, was Sie tun sollen?

sehr oft 1 2 3 4 5 6 7 sehr selten oder nie

2. Wenn Sie über Ihr Leben nachdenken, ist es dann sehr oft so, dass...

Sie spüren, wie schön es ist, zu leben 1 2 3 4 5 6 7 Sie sich fragen, wieso Sie überhaupt leben

3. Die Dinge, die Sie täglich tun, sind für Sie...

eine Quelle tiefer Freude und Befriedigung 1 2 3 4 5 6 7 eine Quelle von Schmerz und Langeweile

4. Wie oft sind Ihre Gefühle und Gedanken ganz durcheinander?

sehr oft 1 2 3 4 5 6 7 sehr selten oder nie

5. Wenn Sie etwas tun, das Ihnen ein gutes Gefühl gibt...

dann ist es bestimmt so, dass Sie sich auch weiterhin gut fühlen werden 1 2 3 4 5 6 7 dann wird bestimmt etwas passieren, dass dieses Gefühl verdirbt

6. Sie erwarten für die Zukunft, dass Ihr eigenes Leben...

ohne jeden Sinn und Zweck sein wird 1 2 3 4 5 6 7 voller Sinn und Zweck sein wird

7. Viele Leute – auch solche mit einem starken Charakter – fühlen sich in bestimmten Situationen als traurige Verlierer. Wie oft haben Sie sich in der Vergangenheit so gefühlt?

sehr oft 1 2 3 4 5 6 7 sehr selten oder nie

8. Wenn Sie an Schwierigkeiten denken, denen Sie bei wichtigen Dingen im Leben wohl begegnen werden, haben Sie das Gefühl, dass

es Ihnen gelingen wird, die Schwierigkeiten zu überwinden 1 2 3 4 5 6 7 Sie es nicht schaffen werden, die Schwierigkeiten zu überwinden

9. Wie oft haben Sie das Gefühl, dass die Dinge, die Sie im täglichen Leben tun, wenig Sinn haben?

sehr oft 1 2 3 4 5 6 7 sehr selten oder nie

Vielen Dank für Ihre Teilnahme!

Diese Studie beschäftigt sich damit, wie Glauben & (erfolgreiches / gesundes) Altern sich auf die Effekte einer stationären/ambulanten Behandlung auswirken. Weiterführend erfasst die Studie auch wie sich individuelle Glaubenssysteme auf die Wahrnehmung von einem Sinn des Lebens auswirken und darüber hinaus auch, inwiefern Glaubenssysteme mit dem (erfolgreichen/gesunden) Alterungsprozess in Verbindung stehen.

Die, im Rahmen dieser Studie, gesammelten Erkenntnisse sollen eine Wissenslücke füllen und fließen direkt in die Ausbildung künftiger Psychotherapeut*innen ein. Darüber hinaus können die Ergebnisse auch für die Weiterbildung derzeitiger Psychotherapeut*innen genutzt werden, um eine möglichst effektive und effiziente Behandlung zu gewährleisten.

Die Inhalte der Studie könnten Sie zum Nachdenken angeregt haben. Sollten Sie im Anschluss noch Gesprächsbedarf haben, wenden Sie sich gerne an die Studienleitung:

B.Sc. Alicia Krause: alicia.krause@stud.uni-greifswald.de

B.Sc. Marco Schäufele: marco.schaeufele@stud.uni-greifswald.de

bei suizidalen Krisen:

Dipl.-Psych. Florian Harder: Florian.Harder@uni-greifswald.de

Prof. Dr. Eva-Lotta Brakemeier: eva-lotta.brakemeier@uni-greifswald.de

oder an die (kostenlose) deutsche Telefonseelsorge unter:

0800 / 111 0 111 und 0800 / 111 0 222 oder alternativ auch per Mail über:

<https://online.telefonseelsorge.de/>

Wir möchten uns ganz herzlich für Ihre Mithilfe bedanken und wünschen noch einen heilsamen Aufenthalt in Ihrer stationären/ambulanten Einrichtung!



Anhang E: Flyer zur Studie

WURUM GEHT ES?
Wir untersuchen, wie Alter, Resilienz und Glaube mit Therapieerfolg, Lebenssinn und Lebensqualität zusammenhängen.

WER KANN TEILNEHMEN?
Alle Patient*innen ab 18 Jahren, die aktuell in psychotherapeutischer (teil-)stationärer Behandlung sind.



Glaube, Lebensalter und Psychotherapie im Fokus

Nehmen Sie an unserer wissenschaftlichen Befragung teil!

UNIVERSITÄT GREIFSWALD
Wissen lockt. Seit 1456



WANN UND WIE FINDET DIE STUDIE STATT?
Die Befragung erfolgt vor Ort während einer freien Stunde im Rahmen Ihrer Behandlung.

Wir (Alicia & Marco) kommen persönlich vorbei, stellen das Projekt kurz vor und sind für Fragen da.

Danach füllen Sie freiwillig und anonym den Fragebogen aus (ca. 30 Min.).

Gesamtdauer: ca. 45–50 Minuten (inkl. Aufklärung und Einverständniserklärung).

WAS ERWARTET SIE?
Themen: Resilienz, Glaubenssysteme, Lebenssinn, Therapieerleben

Kein medizinisches Wissen nötig – Ihre persönliche Sicht zählt.

WARUM LOHNT SICH IHRE TEILNAHME?
Ihre Erfahrungen helfen, Psychotherapie noch besser auf unterschiedliche Lebenshintergründe und spirituelle Bedürfnisse auszurichten.

WER WIR SIND?
Alicia Krause (B.Sc.) & Marco Schäufele (B.Sc.)
Masterprojekt am Lehrstuhl für Klinische Psychologie (Prof. Dr. Eva-Lotta Brakemeier)
Universität Greifswald





BEI FRAGEN ODER INTERESSE:
alicia.krause@stud.uni-greifswald.de
marco.schaeufele@stud.uni-greifswald.de

VIELEN DANK FÜR IHRE UNTERSTÜTZUNG!
Ihr Beitrag zählt – für eine vielfältige, glaubensensible Psychotherapie.

Anhang F: Veranschaulichung der Deskriptivstatistiken der CRSi-7 Dimensionen

Tabelle X

CRSi-7: Intellekt

Deskriptivstatistik

| | Intellekt |
|--------------------|-----------|
| N | 70 |
| Mittelwert | 2.64 |
| Median | 2.00 |
| Standardabweichung | 1.27 |

Intellekt. Die Dimension *Intellekt* zeigt in der Stichprobe eine moderat ausgeprägte Verteilung ($M = 2.64$; $SD = 1.27$).

Abbildung X

CRSi-7: Intellekt

CRS_INT

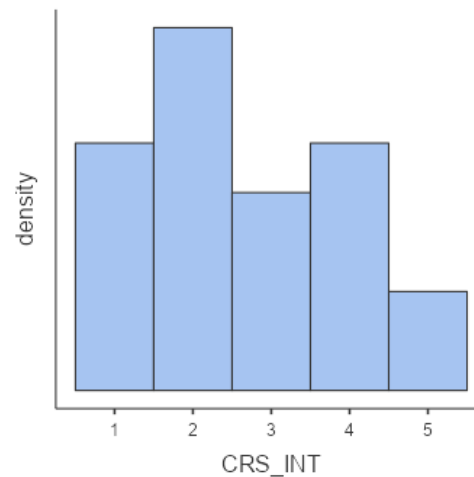


Tabelle X

CRSi-7: Ideologie

Deskriptivstatistik

| | Ideologie |
|--------------------|-----------|
| N | 70 |
| Mittelwert | 2.76 |
| Median | 3.00 |
| Standardabweichung | 1.46 |

Ideologie. Die Dimension *Ideologie* weist in der Stichprobe eine leicht über dem Skalenmittel liegende Ausprägung auf ($M = 2.76$; $SD = 1.46$).

Abbildung X

CRSi-7: Ideologie

CRS_IDEOL

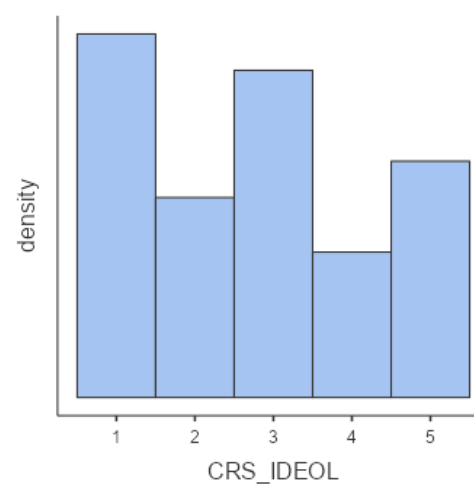


Tabelle X*CRSi-7: Erfahrung*

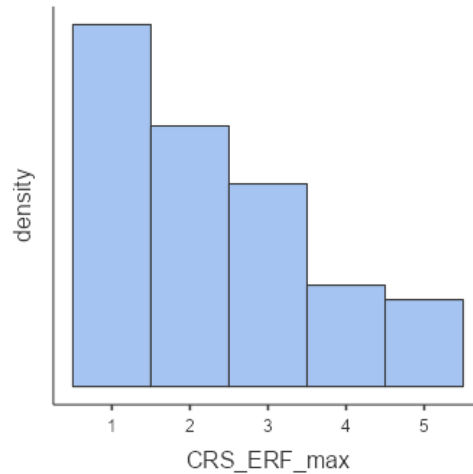
Deskriptivstatistik

| | Erfahrung |
|--------------------|------------------|
| N | 70 |
| Mittelwert | 2.36 |
| Median | 2.00 |
| Standardabweichung | 1.29 |

Erfahrung. Die Dimension *Erfahrung* zeigt in der Stichprobe insgesamt eher niedrige bis moderate Ausprägungen ($M = 2.36$; $SD = 1.29$).

Abbildung X*CRSi-7: Erfahrung*

CRS_ERF_max

**Tabelle X***CRSi-7: Öffentliche Praxis*

Deskriptivstatistik

| | Öffentliche Praxis |
|--------------------|---------------------------|
| N | 70 |
| Mittelwert | 1.61 |
| Median | 1.00 |
| Standardabweichung | 0.906 |

Öffentliche Praxis. Die Dimension *Öffentliche Praxis* weist in der Stichprobe insgesamt sehr niedrige Ausprägungen auf ($M = 1.61$; $SD = 0.91$).

Abbildung X*CRSi-7: Öffentliche Praxis*

CRS_ÖPRAX

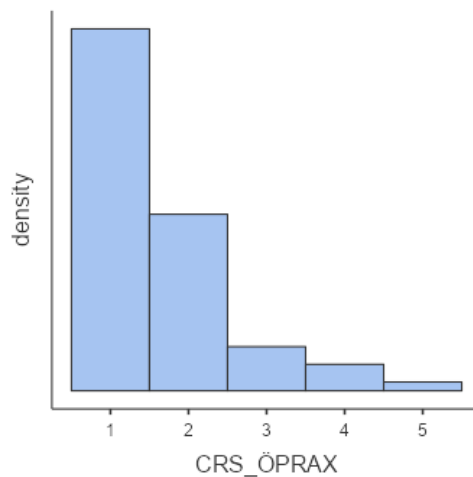


Tabelle X*CRSi-7: Private Praxis*

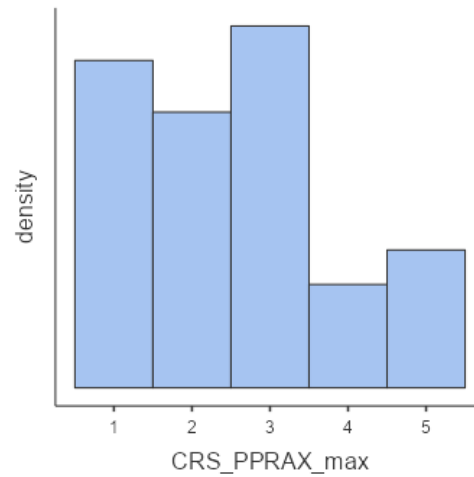
Deskriptivstatistik

| Private Praxis | |
|--------------------|------|
| N | 70 |
| Mittelwert | 2.54 |
| Median | 2.50 |
| Standardabweichung | 1.29 |

Private Praxis. Die Dimension *Private Praxis* zeigt in der Stichprobe insgesamt moderate Ausprägungen ($M = 2.54$; $SD = 1.29$).

Abbildung X*CRSi-7: Private Praxis*

CRS_PPRA_X_max



Anhang G: Veranschaulichung Deskriptivstatistiken der SpNQ-20 Dimensionen

Tabelle X

SpNQ-20: Religiöse Bedürfnisse

Deskriptivstatistik

| | Religiöse Bedürfnisse |
|--------------------|-----------------------|
| N | 70 |
| Mittelwert | 0.733 |
| Median | 0.333 |
| Standardabweichung | 0.801 |

Religiöse Bedürfnisse. Die religiösen Bedürfnisse wiesen den niedrigsten Mittelwert aller Subskalen auf ($M = 0.73$; $SD = 0.80$).

Abbildung X

SpNQ-20: Religiöse Bedürfnisse

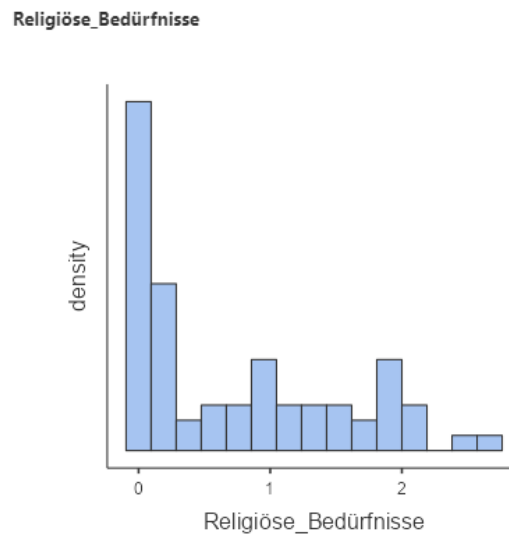


Tabelle X

SpNQ-20: Bedürfnis nach innerem Frieden

Deskriptivstatistik

| | Religiöse Bedürfnisse |
|--------------------|-----------------------|
| N | 70 |
| Mittelwert | 2.25 |
| Median | 2.25 |
| Standardabweichung | 0.634 |

Bedürfnis nach innerem Frieden. Das Bedürfnis nach *innerem Frieden* war innerhalb des *SpNQ-20* am stärksten ausgeprägt ($M = 2.25$; $SD = 0.63$).

Abbildung X

SpNQ-20: Bedürfnis nach innerem Frieden

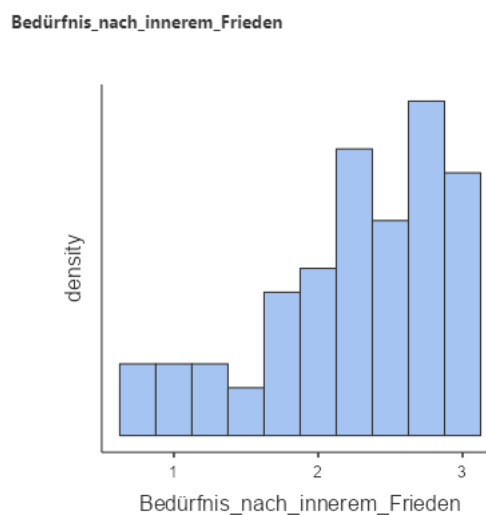


Tabelle X*SpNQ-20: Existenzielle Bedürfnisse*

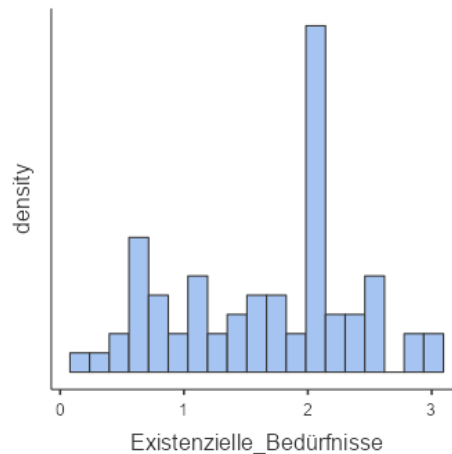
Deskriptivstatistik

| | Existenzielle Bedürfnisse |
|--------------------|---------------------------|
| N | 70 |
| Mittelwert | 1.67 |
| Median | 1.79 |
| Standardabweichung | 0.723 |

Existenzielle Bedürfnisse. Die *existenziellen Bedürfnisse* zeigten in der Stichprobe eine moderat ausgeprägte Verteilung ($M = 1.67$; $SD = 0.72$).

Abbildung X*SpNQ-20: Existenzielle Bedürfnisse*

Existenzielle_Bedürfnisse

**Tabelle X***SpNQ-20: Bedürfnis etwas zu geben*

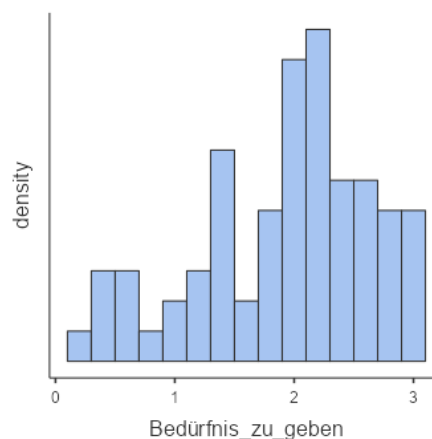
Deskriptivstatistik

| | Bedürfnis etwas zu geben |
|--------------------|--------------------------|
| N | 70 |
| Mittelwert | 1.93 |
| Median | 2.00 |
| Standardabweichung | 0.728 |

Bedürfnis etwas zu geben. Das *Bedürfnis etwas zu geben* war ähnlich moderat ausgeprägt ($M = 1.93$; $SD = 0.73$) und zeigte eine symmetrische bis leicht rechtssteile Verteilung.

Abbildung X*SpNQ-20: Bedürfnis etwas zu geben*

Bedürfnis_zu_geben



Anhang H: Korrelationsmatrix - Spirituelle Bedürfnisse und subjektiver Therapieerfolg

Tabelle X

Subjektiver Therapieerfolg & spirituelle Bedürfnisse (RB, EB, BiF, BeG)

| | | BE | ZB | SV | HB |
|--------------------------------|---|-----------|-----------|-----------|-----------|
| Religiöse Bedürfnisse | r | 0.116 | 0.11 | 0.01 | 0.14 |
| | p | 0.34 | 0.36 | 0.92 | 0.25 |
| | N | 70 | 70 | 70 | 70 |
| Existenzielle Bedürfnisse | r | 0.24 * | 0.14 | 0.14 | 0.35 ** |
| | p | 0.04 | 0.26 | 0.26 | 0.01 |
| | N | 70 | 70 | 70 | 70 |
| Bedürfnis nach innerem Frieden | r | 0.41 *** | 0.12 | 0.37 ** | 0.48 *** |
| | p | <.001 | 0.31 | 0.00 | <.001 |
| | N | 70 | 70 | 70 | 70 |
| Bedürfnis etwas zu geben | r | 0.3 * | 0.15 | 0.20 | 0.33 ** |
| | p | 0.01 | 0.20 | 0.10 | 0.01 |
| | N | 70 | 70 | 70 | 70 |

Anmerkung: BE = wahrgenommener Behandlungserfolg, ZB = Zufriedenheit mit der Behandlung, SV = subjektive Symptomverbesserung, HB = Hoffnung auf Besserung

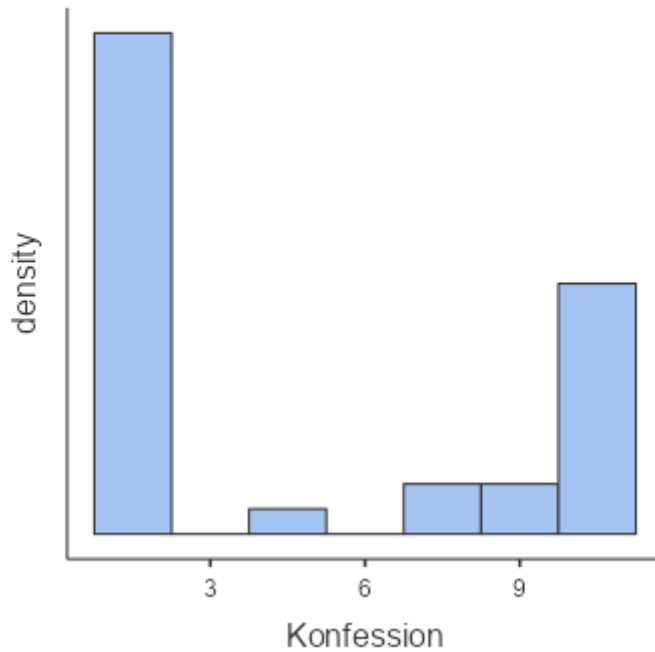
Tabelle X*Subjektiver Therapieerfolg & spirituelle Bedürfnisse (RB, EB, BiF, BeG) bei r/s Subgruppe*

| | | BE | ZB | SV | HB |
|--------------------------------|---|-----------|-----------|-----------|-----------|
| Religiöse Bedürfnisse | r | 0.14 | 0.87 | 0.01 | 0.23 |
| | p | 0.33 | 0.20 | 0.97 | 0.11 |
| | N | 50 | 50 | 50 | 50 |
| Existenzielle Bedürfnisse | r | 0.31 * | 0.27 | 0.27 | 0.50 *** |
| | p | 0.03 | 0.06 | 0.06 | <.001 |
| | N | 50 | 50 | 50 | 50 |
| Bedürfnis nach innerem Frieden | r | 0.23 *** | 0.24 | 0.02 | 0.36 * |
| | p | 0.12 | 0.10 | 0.87 | 0.01 |
| | N | 50 | 50 | 50 | 50 |
| Bedürfnis etwas zu geben | r | 0.23 | 0.25 | 0.13 | 0.35 * |
| | p | 0.11 | 0.09 | 0.39 | 0.01 |
| | N | 50 | 50 | 50 | 50 |

Anmerkung: BE = wahrgenommener Behandlungserfolg, ZB = Zufriedenheit mit der Behandlung, SV = subjektive Symptomverbesserung, HB = Hoffnung auf Besserung

Anhang I: Konfessionelle Zugehörigkeiten in der Studie (Häufigkeitstabelle)

Konfession



1= Christlich (römisch-katholisch)

2 = Christlich (evangelisch)

3 = Jüdisch

4 = Muslimisch

5 = Buddhistisch

6 = Hinduistisch

7 = Agnostisch

8 = Andere religiöse Glaubensrichtung

9 = Spirituell (ohne Konfession)

10 = Atheistisch / keiner Konfession angehörig; weder religiös noch spirituell