

Dimensionen des religiös/spirituellen Befindens im Kontext von Persönlichkeit und psychischer Gesundheit

Dimensions of Religious/Spiritual Well-Being in the Context of Personality and Mental Health

Human-Friedrich Unterrainer¹²³⁴⁵⁶

¹ Fakultät für Psychotherapiewissenschaft, Sigmund Freud PrivatUniversität, Wien, Österreich

² Zentrum für Integrative Suchtforschung (CIAR), Verein Grüner Kreis, Wien, Österreich

³ Institut für Religionswissenschaften, Universität Wien, Wien, Österreich

⁴ Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapeutische Medizin, Medizinische Universität Graz, Österreich

⁵ Institut für Psychologie, Karl-Franzens-Universität, Graz, Österreich

Kurzzusammenfassung

Religiosität und Spiritualität als integraler Bestandteil des subjektiven Wohlbefindens und der psychischen Gesundheit haben vor allem im anglo-amerikanischen Raum in den letzten Jahrzehnten ein gestiegenes Interesse erfahren. Korrespondierend dazu wurde das Multidimensionale Inventar zum Religiös/Spirituellen Wohlbefinden (MI-RSB) im europäischen Kontext entwickelt, um auch hier mit einem validierten multidimensionalen Messinstrument zur Weiterentwicklung dieses Forschungsfeldes beitragen zu können.

⁶ **Anmerkung des Verfassers:** Eine frühere englische Version des Beitrags wurde unter: Human-Friedrich Unterrainer (2023). The Multidimensional Measurement of Religious/Spiritual Well-Being: Recent Developments in Scale Validation and Clinical Applications. *Religions*, 14(7), 882; <https://doi.org/10.3390/rel14070882> publiziert [Open Access].

In diesem Beitrag werden nach einer Einführung in grundsätzliche Überlegungen zur Skala neuere Entwicklungen (von 2012 bis 2022) in Bezug auf den Einsatz des MI-RSB vorgestellt. Es konnten Normwerte für die Skala vorgestellt werden bzw. wurde der Fragebogen in verschiedenen Sprachen validiert. Des Weiteren konnte der positive Zusammenhang zwischen den RSB-Dimensionen und psychischer Gesundheit anhand der Daten von unterschiedlichen klinischen und nicht-klinischen Stichproben bestätigt werden. Darauf aufbauend können die Möglichkeiten der Weiteranwendung des Instruments diskutiert werden.

Schlüsselwörter

Persönlichkeit, Psychische Gesundheit, Subjektives Wohlbefinden, Religiosität, Skalenentwicklung, Spiritualität

Abstract

Religiosity and spirituality, as an integral part of subjective well-being and mental health, have experienced increasing interest in recent decades, particularly in the Anglo-American world. Correspondingly, the Multidimensional Inventory of Religious/Spiritual Well-Being (MI-RSWB) has been developed in the European context in order to contribute to the further development of this field of research with a validated multidimensional measurement. In this paper, after an introduction to basic assumptions about the scale, recent developments (from 2012 to 2022) regarding the use of the MI-RSWB are presented. Norm values for the scale were presented and the questionnaire was validated in different languages. Furthermore, the positive relationship between the RSWB dimensions and mental health could be confirmed using data from different clinical and non-clinical samples. Based on this, the possibilities of further application of the instrument can be discussed.

keywords

Personality, mental health, subjective well-being, religiosity, scale development, spirituality

1. Einführung

Religion und Spiritualität als Forschungsgegenstand der Psychologie und Medizin haben in den letzten Jahrzehnten zunehmendes Interesse erfahren (Rosmarin, Pargament, & Koenig, 2020). Dabei wird die religiös-spirituelle Dimension als Teil des subjektiven Wohlbefindens oder auch als wichtige Ressource bei der Bewältigung von Krankheiten beschrieben (McClain, Rosenfeld, & Breitbart, 2003). Die konzeptionelle Trennung von Religiosität und Spiritualität erscheint nach wie vor schwierig, obwohl zumindest Einigkeit darüber besteht, dass beide Bereiche multidimensional und getrennt voneinander erfasst werden sollten (Pargament, 1999, Zinnbauer et al., 1997). Das Konzept des Spirituellen (Wohl)Befindens (SWB) und die dazugehörige Skala wurden ursprünglich von C. W. Ellison und Kollegen entwickelt (Bufford, Paloutzian, & Ellison, 1991; Ellison, 1983). Die Grundidee war, das Ausmaß der spirituellen Gesundheit oder Lebensqualität einer Person zu messen. In diesem Zusammenhang wurde das SWB als ein zweidimensionales Konstrukt konzipiert, das sich auch in zwei unabhängigen Sub-Skalen widerspiegelt: Auf einer vertikalen Achse befindet sich der Grad des Religiösen (Wohl)Befindens (RWB), der das Ausmaß des Wohlbefindens in der Beziehung zu Gott oder einer höheren Macht (transzendenter Wahrnehmungsbereich) angibt. Auf der horizontalen Achse befindet sich der Grad des Existenziellen (Wohl)Befindens (EWB), der das Ausmaß des empfundenen Lebenssinns oder der Lebenszufriedenheit beschreibt. Hier wird nur das Ausmaß des Wohlbefindens in Bezug auf einen immanenten Wahrnehmungsraum angesprochen. Durch Addition der beiden Subskalen EWB und RWB kann anschließend ein Gesamtwert des SWB gebildet werden, der sowohl existenzielle als auch religiöse Aspekte des Wohlbefindens berücksichtigt. Die Skala wurde vor allem im anglo-amerikanischen Raum häufig kritisiert, da insbesondere in Studien mit Stichproben aus der Normalbevölkerung immer wieder Deckeneffekte auftraten (Ledbetter, Smith, Vosler-Hunter, & Fischer, 1991). Diese Probleme traten bei der deutschen Version der Skala jedoch nicht auf (Unterrainer, Huber, Stelzer, & Fink, 2012a). Da es derzeit zahlreiche Anwendungen vor allem für den anglo-amerikanischen Raum gibt, kann die SWB-Skala als ein etabliertes Instrument innerhalb der empirischen Religionspsychologie angesehen werden (Ellison, 2006).

2. Die multidimensionale Erfassung des religiösen/spirituellen Befindens

Das Multidimensionale Inventar zum Religiösen/Spirituellen Befinden (MI-RSB) kann als multidimensionale Alternative zur originalen SWB-Skala betrachtet werden. Die Inhalte der sechs Dimensionen wurden auf Basis einer interdisziplinären Diskussionsrunde sowie umfangreicher Literaturrecherchen entwickelt (Unterrainer, Lewis, & Fink, 2014). Die ursprünglich theoretisch angenommenen fünf Dimensionen wurden im Laufe der Testentwicklung auf Basis empirischer Daten durch eine endgültige Sechs-Faktoren-Lösung ersetzt (eine genauere Beschreibung der Phasen der Testkonstruktion findet sich in Unterrainer, Huber, Ladenhauf, Wallner-Liebmann, & Liebmann, 2010a und Unterrainer, Ladenhauf, Moazed, Wallner-Liebmann, Fink, 2010b). Die mögliche Unterteilung der SWB-Skala in zwei Subdimensionen hinsichtlich eines immanenten und eines transzendenten Wahrnehmungsraums, wird im MI-RSB beibehalten. Allerdings werden diese beiden Bereiche nun differenzierter erfasst. Religiöses/Spirituelles Befinden (RSB) als Gesamtwert wird dabei als die Fähigkeit definiert, „[...] Sinn und Bedeutung der eigenen Existenz durch ein Gefühl der Verbundenheit mit sich selbst, mit anderen Menschen und einer (wie auch immer gearteten) höheren Macht zu erfah-

ren.” (Unterrainer & Fink, 2013a bzw. Unterrainer, Ladenhauf, Wallner-Liebmann, & Fink, 2011a, S.116 für die Definition in englischer Sprache). Das MI-RSWB umfasst sechs Sub-Skalen: Allgemeine Religiosität (AR), Allverbundenheit (AL), Hoffnung Transzendent (HT) bzw. Hoffnung Immanent (HI), Vergebung (VE) und Erfahrungen von Sinn und Bedeutung (BS). Die ersten drei Subskalen (AR, AL und HT) können zu einem Sub-Score für Transzendentes (Wohl)Befinden (entspricht der SWB-Subskala: Religiöses Wohlbefinden) und die letzteren (HI, VE und BS) zu einem Sub-Score für Immanentes Wohlbefinden (entspricht der SWB-Subskala: Existentielles Wohlbefinden) zusammengefasst werden. Darüber hinaus ist es möglich, einen Gesamtwert für Religiöses/Spirituelles (Wohl)Befinden (RSB) zu berechnen, indem alle sechs Subskalen zusammengefasst werden. Jedes der 48 Items muss mit Hilfe einer 6-stufigen Likert-Skala beantwortet werden, die von 1 – “stimme überhaupt nicht zu” bis 6 – “stimme völlig zu” reicht. Unterrainer et al. (2012a) berichteten über eine sehr hohe Korrelation zwischen der englischen Version der MI-RSB-Skala und der ursprünglichen SWB-Skala ($p < .001$). Eine kurze Beschreibung des Inhalts jeder MI-RSB-Subskalen zusammen mit jeweils einem Beispielitem ist in Tabelle 1 dargestellt. Eine detailliertere Darstellung der Inhalte der einzelnen Subskalen findet sich bei Unterrainer, Lewis und Fink (2014a).

Insgesamt wurde das Instrument in Studien mit verschiedenen Patient*innengruppen und Stichproben aus der Normalbevölkerung erfolgreich validiert. Dabei wurde ein signifikant niedrigeres Niveau des RSB bei verschiedenen psychiatrischen Patient*innengruppen wie depressiven oder substanzkonsumgestörten Patient*innen beobachtet (Unterrainer, Schöggel, Fink, Neuper, & Kapfhammer, 2012c; Unterrainer, Lewis, Collicutt, & Fink, 2013b). Darüber hinaus zeigten die RSB-Dimensionen (insbesondere HI und VE) einen positiven Zusammenhang mit verschiedenen Parametern der psychischen Gesundheit (z. B. Kohärenzgefühl oder adäquatere Stressbewältigung) sowie negative Assoziationen mit Symptomen psychischer Erkrankungen (z. B. Depression oder Angst; Unterrainer et al., 2012c). Die Ergebnisse der ersten Phase der Entwicklung des Instruments (2002-2012) wurden von Unterrainer et al. (2014a) zusammengefasst.

Tabelle 1

Schematische Darstellung der sechs RSB-Dimensionen

Dimension	Raum der Wahrnehmung	Inhalt	Marker Item	Anzahl der Items
Allgemeine Religiosität (AR)	T	Religiöser Glaube im traditionellen Sinne, der institutionalisiert ist. Zugehörigkeit zu einer Religionsgemeinschaft.	<i>“Mein Glaube gibt mir ein Gefühl von Sicherheit.”</i>	8
Allverbundenheit (AL)	T	Das Gefühl, in ein größeres Ganzes integriert zu sein, unabhängig von einer Religionsgemeinschaft. Eine spirituelle Einstellung zum Leben.	<i>“Ich habe eine Erfahrung gemacht, in der meine Person in etwas Größerem aufzugehen schien.”</i>	8
Hoffnung Transzendent (HT)	T	Die Hoffnung auf ein besseres Leben nach dem Tod oder darauf, dass das Leben nach dem Tod weitergeht (im	<i>“Ich denke oft daran, dass ich die von mir geliebten</i>	8

		Gegensatz zur Angst vor Tod und Sterben).	<i>Menschen zurücklassen warden muss.</i> **	
Hoffnung Immanent (HI)	I	Die Hoffnung auf ein erfüllteres Leben in der Zukunft oder dass sich die Dinge zum Besseren wenden werden.	<i>“Ich blicke mit Optimismus in die Zukunft.”</i>	8
Vergeben (VE)	I	Die Fähigkeit, sich selbst oder anderen Menschen zu verzeihen oder sich mit Dingen abzufinden, die schief gelaufen sind.	<i>“Es gibt Dinge, die ich nicht verzeihen kann.”</i> **	8
Erfahrungen von Bedeutung und Sinn (BS)	I	Bedeutende Lebenserfahrungen, z. B. in Bezug auf Ehrlichkeit und Offenheit, wahre Freundschaft, Loyalität oder Dankbarkeit.	<i>Ich habe die Erfahrung der Echtheit von Gefühlen gemacht.”</i>	8
Immanentes (Wohl)Befinden (IB)	I	Subjektives Wohlbefinden in Bezug auf den immanenten Bereich der Wahrnehmung.	-	24
Transzendentes (Wohl)Befinden (TB)	T	Subjektives Wohlbefinden in Bezug auf den transzendenten Bereich der Wahrnehmung.	-	24
Religiös/Spirituelles (Wohl)Befinden (RSB)	I/T	Gesamtpunktzahl aller sechs Subskalen (siehe auch globale Definition)	-	48

Anmerkungen. I=Immanenter Raum der Wahrnehmung; T=Transzendenter Raum der Wahrnehmung; *=invers kodiert.

3. Normwerte für die österreichische Allgemeinbevölkerung

Das MI-RSB wurde in verschiedenen Studien sowohl mit klinischen als auch mit nicht-klinischen Gruppen eingesetzt (Unterrainer & Fink, 2013a). Auf Basis der daraus resultierenden Datensätze (aus dem nicht-klinischen Bereich) konnte ein Datensatz aufgebaut werden, der der Verteilung in der österreichischen Gesamtpopulation in Bezug auf Alter und Geschlecht entspricht. Mit Hilfe des so aggregierten Datensatzes (N=1500) konnten Normwerte für die MI-RSB Skala für die österreichische Normalbevölkerung berichtet werden. Wie in Tabelle 2 dargestellt, erwiesen sich die psychometrischen Eigenschaften hinsichtlich Cronbachs α für die Subskalen und auch für die Gesamtskala als sehr zufriedenstellend (Unterrainer & Fink, 2013a). Den Vorannahmen entsprechend wiesen Frauen ein höheres Ausmaß an RSB auf als Männer, wobei sie auch in allen Subskalen höhere Werte erzielten ($p < .001$ für alle); eine Ausnahme ergab sich für HT, wo österreichische Männer ein deutlich höheres Ausmaß aufwiesen als Frauen ($p < .01$). Des Weiteren konnte eine geringfügige, aber statistisch relevante Zunahme des RSB mit zunehmendem Alter beobachtet werden ($p < .01$). Dieser Zusammenhang spiegelte sich insbesondere in der Subskala AR wider ($p < .001$). Bei den weiteren untersuchten Variablen (z. B. Partnerschaft, Berufstätigkeit oder Schulbildung) gab es keine signifikanten Zusammenhänge mit RSB. Was die Zugehörigkeit zu einer Religionsgemeinschaft betrifft,

so gab ein überwiegender Teil der Befragten (70 %) an, dem katholischen Glauben anzugehören. Eine ausführlichere Beschreibung der Verteilung der Religionszugehörigkeit findet sich bei Unterrainer et al. (2013b).

Die Interkorrelationen der MI-RSB-Subskalen und die Korrelationen mit dem MI-RSB-Gesamtscore sind in Tabelle 2 dargestellt. Im Allgemeinen können die grundlegenden Annahmen bezüglich der Skala als bestätigt angesehen werden, da (mit wenigen Ausnahmen) alle Subdimensionen geringe bis mittlere positive Korrelationen untereinander aufweisen und signifikant höhere positive Korrelationen mit dem RSB-Gesamtscore bestehen ($p < .001$ für alle). Es kann daher davon ausgegangen werden, dass jede Subskala unabhängig einen bestimmten Inhalt anspricht und gleichzeitig zu einem größeren Ganzen (RSB-Gesamtwert) beiträgt. Es überrascht nicht, dass eine sehr hohe Korrelation zwischen den beiden transzendenten Dimensionen GR und CO beobachtet werden konnte ($p < .001$), jedoch zeigten beide fast keinen Zusammenhang mit der Dimension HT. Dieses Ergebnis spiegelt die Ergebnisse früherer Arbeiten wider (Unterrainer et al., 2010a; Unterrainer et al., 2010b), in denen durchwegs festgestellt wurde, dass HT am schwächsten mit dem gesamten RSB-Konzept verbunden ist. Dementsprechend zeigte HT auch den schwächsten Zusammenhang mit dem RSB-Gesamtwert. Aufgrund von inhaltlichen Überlegungen zum RSB wurde jedoch beschlossen, die HT-Dimension beizubehalten. In jüngerer Zeit wurde eine Kurzversion der Skala speziell für den Einsatz im klinischen Umfeld vorgestellt (Fuchshuber & Unterrainer, 2021). Diese Kurzversion der Skala besteht aus 12 Items, wobei die Skala auf vier Subdimensionen (AR, AL, HI und VE; jede Dimension wird mit je drei Items erfasst) verkürzt wurde. Die Kurzska weist überzeugende psychometrische Parameter sowohl für den Gesamtwert als auch für die Subskalen auf.

Tabelle 2

Interne Konsistenzen, Mittelwerte und Standardabweichungen sowie Interkorrelationen für das MI-RSB (Gesamtwert und Subskalen)

	AR	AL	HT	HI	VE	BS	RSB
α	.94	.77	.72	.84	.84	.76	.89
<i>M (SD)</i>							
Gesamt	28.73 (12.26)	27.15 (8.95)	30.39 (8.15)	35.76 (7.56)	34.66 (9.27)	37.75 (6.78)	194.44 (31.70)
Weiblich	31.17 (11.63)	28.51 (8.67)	29.98 (8.27)	36.43 (7.20)	35.91 (9.08)	39.04 (6.34)	201.03 (30.23)
Männlich	26.29 (12.40)	25.78 (9.03)	30.80 (8.01)	35.10 (7.80)	33.42 (9.31)	36.42 (6.97)	187.85 (31.78)
<i>Dimension</i>							
AR	-	.49 ***	.01	.23 ***	.34 ***	.33 ***	.75 ***
AL		-	.04 *	.33 ***	.10 ***	.43 ***	.65 ***
HT			-	.07 **	.35 ***	-.08 **	.35 ***
HI				-	.17 ***	.17 ***	.57 ***
VE					-	.10 ***	.62 ***
BS						-	.60 ***
RSB							-

Note. $N=1500$ (Österreichische Allgemeinbevölkerung); adaptiert von Unterrainer und Fink, 2013; α =Cronbach α ; M =Mittelwert; SD =Standardabweichung; AR=Allgemeine Religiosität; AL=Allverbundenheit; HT=Hoffnung Transzendent; HI=Hoffnung Immanent; VE=Vergeben; SM=Erfahrungen von Bedeutung und Sinn; RSB=Religiös/Spirituelles Befinden.

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

3. Übersetzung des MI-RSB in verschiedene Sprachen

Beim derzeitigen Entwicklungsstand liegen folgende Sprachversionen der Skala vor: Bosnisch (Malinovic, Fink, Lewis, & Unterrainer, 2016), Englisch (Unterrainer, Nelson, Collicutt, & Fink, 2012b), Italienisch (Stefa-Missagli et al., 2014), Mexikanisch-Spanisch (Berger, Fink, Perez Gomez, Lewis, & Unterrainer, 2016), Persisch/Farsi (Dadfar, Lester, Turan, Beshai, & Unterrainer 2019) und Russisch (Agarkov et al., 2018), sowie Schwedisch (Wenzl, Fuchshuber, Podolin-Danner, Silani, & Unterrainer, & 2021). Alle Übersetzungen in die jeweiligen Sprachen wurden von Muttersprachler*innen angefertigt und rückübersetzt, um eine optimale Übereinstimmung mit der Originalversion zu gewährleisten. Eine Übersicht über die Mittelwerte und Standardabweichungen sowie die internen Konsistenzen der verschiedenen Sprachversionen findet sich in Tabelle 3. Wie in Tabelle 3 dargestellt, weist die MI-RSB-Skala in allen Sprachversionen stets zufriedenstellende bis sehr zufriedenstellende interne Konsistenzen auf ($\alpha > .6$ für alle Sub-Skalen bzw. $\alpha > .8$ für die RSB-Gesamtskala). Die einzige Ausnahme ist die HT-Subskala in der persischen (Farsi) Version (Dadfar et al., 2019), was möglicherweise auf interkulturelle Unterschiede hinweist, die weiter untersucht werden könnten.

Tabelle 3

Interne Konsistenzen des MI-RSB in verschiedenen Sprachversionen (Gesamtscore und Sub-Skalen)

Kurzname	Sprache	N	Stichprobe	α_{AR}	α_{AL}	α_{HT}	α_{HI}	α_{VE}	α_{BS}	α_{RSB}
MI-RSB-B	Bosnisch ⁽¹⁾	290	Studentisch	.94	.69	.66	.76	.78	.72	.83
MI-RSB-E	Englisch ⁽²⁾	400	Studentisch	.96	.82	.75	.82	.84	.77	.91
MI-RSB-I	Italienisch ⁽³⁾	421	Studentisch	.95	.72	.72	.79	.83	.68	.85
MI-RSB-MS	Mexikanisch-Spanisch ⁽⁴⁾	190	Studentisch	.94	.75	.77	.81	.86	.86	.91
MI-RSB-P	Persisch (Farsi) ⁽⁵⁾	442	Allgemeinbevölkerung	.89	.66	.19	.77	.72	.58	.82
MI-RSB-R	Russisch ⁽⁶⁾	192	Studentisch	.94	.81	.62	.86	.86	.68	.90
MI-RSB-S	Swedisch ⁽⁷⁾	1011	Studentisch	.97	.81	.77	.81	.85	.67	.90

Anmerkungen. AR=Allgemeine Religiosität; AL=Allverbundenheit; HT=Hoffnung Transzendent; HI=Hoffnung Immanent; VE=Vergeben; BS=Erfahrungen von Bedeutung und Sinn; RSB=Religiös/Spirituelles Befinden; α =Cronbach α ; ⁽¹⁾Malinovic et al., 2016; ⁽²⁾Unterrainer et al., 2012a; ⁽³⁾Stefa-Missagli et al., 2014; ⁽⁴⁾Berger et al., 2016; ⁽⁵⁾Dadfar et al., 2019; ⁽⁶⁾Agarkov et al., 2018; ⁽⁷⁾Wenzl et al., 2021.

4 Die Beziehung zwischen dem religiös/spirituellem Befinden und der Persönlichkeitsstruktur

Korrelationen mit den Big-Five-Persönlichkeitsfaktoren

Das Konzept der Big Five der Persönlichkeit oder Fünf-Faktoren-Modell (FFM) ist eines der etabliertesten Systeme zur Beschreibung menschlicher Persönlichkeitsmerkmale auf der Grundlage eines lexikalischen Ansatzes (McCrae & Costa, 1997). Demnach kann die menschliche Persönlichkeit mit Hilfe von fünf Faktoren gemessen werden: Extraversion (E) steht für das Ausmaß an Kommunikativität und Geselligkeit oder dafür, wie sicher jemand bei sozialen Ereignissen erscheint; Neurotizismus (N) fasst das (nicht-pathologische) Ausmaß an Angst, Depression und Zwanghaftigkeit zusammen oder wie sehr jemand zu Schuldgefühlen neigt; Verträglichkeit (V) gibt an, wie einfühlbar oder sympathisch jemand ist; Gewissenhaftigkeit (G) kann als das Ausmaß verstanden werden, in dem sich jemand ethisch korrekt, zuverlässig und produktiv verhält; Offenheit für Erfahrung (O) bedeutet das Ausmaß an nonkonformistischen und ungewöhnlichen Denkprozessen und Verhaltensweisen. Religiosität und Spiritualität wurden im Rahmen des FFM ausgiebig erforscht (Lackner, Unterrainer, & Neubauer, 2013; Saroglou, 2002). Dabei wurde versucht, einen sechsten Faktor "Spiritualität" zu charakterisieren, indem die Big Five zu den Big Six der Persönlichkeit erweitert wurden (MacDonald, 2000; Piedmont, 1999).

Wie in Tabelle 4 dargestellt, konnten Hiebler-Ragger et al. (2018) einige signifikante Zusammenhänge zwischen den RSB-Dimensionen und den Big-Five-Persönlichkeitsfaktoren (erfasst mit dem Big-Five-Inventar (BFI); Lang, Lüdtke, & Asendorpf, 2001) zeigen. Dabei wurde festgestellt, dass der Faktor E besonders hoch mit denjenigen RSB-Dimensionen korreliert ist, die den immanenten Bereich des (Wohl)Befindens repräsentieren, wie HI, VE oder BS ($p < .001$ für alle). Dementsprechend gab es auch einen hohen Zusammenhang zwischen E und dem RSB-Gesamtscore ($p < .001$). Diese Ergebnisse spiegeln sich auch in den Zusammenhängen zwischen dem Faktor N und den RSB-Dimensionen wider. Hier fanden sich erhebliche negative Korrelationen zwischen N und HI bzw. VE, aber auch für HT ($p < .001$ für alle), was auf eine mögliche angstpuffernde Wirkung von Hoffnung und Vergebung hinweisen könnte. In Übereinstimmung mit der Literatur konnte beobachtet werden, dass der Faktor V besonders stark mit fast allen RSB-Dimensionen verbunden ist ($p < .001$ für alle Dimensionen mit Ausnahme von HT), was sich am besten in der hohen Korrelation mit dem RSB-Gesamtscore ($p < .001$) zeigt. Etwas abweichend von der bestehenden Literatur gab es kaum eine signifikante Korrelation zwischen dem G-Faktor und den RSB-Dimensionen. Ein hoch relevanter Zusammenhang wurde nur für VE gefunden ($p < .001$). Eine auffallend hohe Korrelation bestand jedoch mit IB. Des Weiteren überrascht es nicht, dass der O-Faktor hoch signifikant mit der AL-Dimension verbunden war. Außerdem ergab sich ein starker Zusammenhang zwischen O und BS ($p < .001$ für beide; siehe Tabelle 4).

Tabelle 4

Korrelationen zwischen den RSB-Dimensionen und den Big Five der Persönlichkeit

Dim.	AR	AL	HT	HI	VE	BS	TB	IB	RSB
E	.24**	.31***	.19*	.56***	.30***	.48***	.35***	.60***	.52***
N	-.14	-.03	-.34***	-.43***	-.28***	-.12	-.20**	-.38***	-.32***
V	.35***	.37***	.10	.29***	.53***	.36**	.42**	.54***	.53***
G	.11	.11	.13	.17*	.27***	.24**	.17*	.41***	.32***
O	.08	.34***	.08	.15	.13	.35***	.24**	.27***	.28***

Anmerkungen. N=171; adaptiert von Hiebler-Ragger et al., 2018; Dim.= Big Five Dimensionen; E=Extraversion; N=Neurotizismus; V=Verträglichkeit; G=Gewissenhaftigkeit; O=Offenheit für Erfahrung. AR=Allgemeine Religiosität; AL=Allverbundenheit; HT=Hoffnung Transzendent; HI=Hoffnung Immanent; VE=Vergeben; BS=Erfahrungen von Bedeutung und Sinn; TB=Transzendentes (Wohl) Befinden; IB=Immanentes (Wohl)Befinden; RSB=Religiös/Spirituelles Befinden.

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

Korrelationen mit verschiedenen Parametern der Persönlichkeitspathologie

Die grundsätzlich bestätigte positive Beziehung zwischen den RSB-Dimensionen und günstigeren Persönlichkeitsmerkmalen (siehe auch 2.4.1) kann kritisch hinterfragt werden, indem die RSB-Dimensionen mit weiteren Parametern der Persönlichkeitspathologie in Beziehung gesetzt werden. Dieser Ansatz soll eine vertiefte Analyse der RSB-Subskalen ermöglichen (siehe Bennett, Shepherd, & Janca, 2013 bzw. Lynam & Widiger, 2001 für eine erweiterte Diskussion). Dementsprechend wurden sowohl potenziell positive als auch negative zugrundeliegende Aspekte für oberflächlich hohe RSB-Werte in Bezug auf Schizotypie, als potenzielle Vorstufe einer schizophrenen Störung (Unterrainer & Lewis, 2014b; vgl. Unterrainer, Huber, Sorgo, Collicut, & Fink, 2011b), auf die Dunkle Triade der Persönlichkeit untersucht. Dies beinhaltete Narzissmus (Narcissistic Personality Inventory (NPI); Schütz, Marcus & Sellin, 2004), Machiavellismus (Machiavellianism Scale - German adaptation; Christie & Geis, 1970), Psychopathie (Levenson's Psychopathy Self Report Scale - German adaptation; Levenson, Kiehl, & Fitzpatrick, 1995) sowie Defizite in der Persönlichkeitsstruktur (erhoben mit dem Inventory for Personality Organisation (IPO) - short version; Zimmermann et al., 2013; Kämmerle, Unterrainer, Dahmen-Wassenberg, Fink, & Kapfhammer, 2014). Schließlich wurden die RSB-Dimensionen mit dem Ausmaß an religiösem Fundamentalismus in Verbindung gebracht (Innsbrucker Religiöse Fundamentalismus-Skala; Schnell, 2010; Unterrainer et al., 2016a). Tabelle 5 gibt einen Überblick über die beobachteten Beziehungen zwischen den RSB-Dimensionen und verschiedenen Parametern der Persönlichkeitspathologie.

Im Allgemeinen konnte ein negatives Korrelationsmuster zwischen den RSB-Dimensionen und mehreren Facetten der Schizotypie ($p < .001$; erhoben mit dem kurzen Schizotypy Personality Questionnaire (SPQ) - German Adaptation; Raine & Benishay, 1995), mit Ausnahme der kognitiv-perzeptiven Abnormitäten beobachtet werden. Hier fanden wir eine relevante positive Korrelation mit der AL-Dimension ($p < .001$). Da bei kognitiv-perzeptiven Auffälligkeiten von produktiven/positiven Symptomen (z. B. kreative Ideen) ausgegangen werden kann, scheint sich diese Facette der Schizotypie vor allem in der AL-Dimension widerzuspiegeln (Unterrainer et al., 2011b). Generell wird der postulierte positive Zusammenhang zwischen den RSB-Dimensionen und dem psychischen Wohlbefinden jedoch weiter bestätigt, da durchwegs negative Korrelationen zwischen den RSB-

Dimensionen und den Negativsymptomen der Schizotypie (interpersonelle Defizite, desorganisiertes Denken; $p < .001$) beobachtet werden konnten. Dementsprechend wandten Unterrainer und Lewis (2014b) eine kanonische Korrelationsanalyse an, um zwei verschiedene mentale Zustände (unter expliziter Einbeziehung des immanenten sowie des transzendenten Wahrnehmungsbereichs) als mit Schizotypie verbunden zu beschreiben: Einerseits ergab sich ein positiver Zusammenhang zwischen kognitiven/perzeptiven Merkmalen der Schizotypie und "spiritueller Verbundenheit". Andererseits wurde für alle Aspekte der Schizotypie ein globaler negativer Zusammenhang zu Gefühlen der spirituellen Isolation und Verzweiflung festgestellt. Diese Ergebnisse stellen frühere Ergebnisse kritisch in Frage, in denen eine eindimensionale negative Beziehung zwischen Schizotypie und verschiedenen Messgrößen des subjektiven Wohlbefindens berichtet wurde (vgl. z. B. Abbott & Byrne, 2012).

Darüber hinaus wurden die RSB-Dimensionen mit der Dunklen Triade der Persönlichkeit (Narzissmus, Machiavellismus und Psychopathie) in Verbindung gebracht (Kämmerle et al., 2014; siehe Tabelle 5). Innerhalb des Konzepts der Dunklen Triade wird Narzissmus hier verwendet, um die (nicht pathologische) Tendenz zur Selbsterhöhung oder Selbstaufwertung näher zu beschreiben; Machiavellismus bezeichnet die Tendenz, andere Menschen aus ausbeuterischen Gründen zu manipulieren; Psychopathie kann als erhöhtes Aggressionspotenzial oder die Tendenz zur Verletzung von (Rechts-)Normen verstanden werden (Christie & Geis, 1970). Wie erwartet zeigte die Psychopathie eine erhöhte negative Korrelation mit allen RSB-Dimensionen ($p < .001$ für alle), ebenso wie Machiavellismus mit den meisten Skalen ($p < .001$ für alle außer AR, AL und BS). Darüber hinaus ergaben sich einige positive Korrelationen zwischen mehreren RSB-Dimensionen (AL, HI und BS; $p < .001$ für alle) und Narzissmus, was eine Ausdrucksform von übersteigertem Optimismus darstellen könnte (Kämmerle et al., 2014).

Tabelle 5

Korrelationen zwischen den RSB-Dimensionen und Parametern der Persönlichkeitspathologie

	AR	AL	HT	HI	VE	BS	RSB
Schizotypie ⁽¹⁾	-.08	.09	-.27***	-.41***	-.28***	-.16***	-.23***
Kognitiv-perzeptive Abnormalitäten	.13***	.37***	-.08	-.11***	-.12***	.04	.07
Interpersonale Defizite	-.14***	-.10	-.28***	-.45***	-.28***	-.25***	-.33***
Desorganisiertes Denken	-.20***	-.01	-.28***	-.42***	-.28***	-.18***	-.29***
Dunkle Triade der Persönlichkeit ⁽²⁾							
Narzissmus	-.05	.20***	-.08	.43***	-.11	.27***	.17
Machiavellismus	-.19	-.15	-.24***	-.11	-.38***	-.26***	-.34***
Psychopathie	-.26***	-.21***	-.25***	-.23***	-.38***	-.34***	-.44***
Strukturelle Persönlichkeitsdefizite ⁽²⁾	-.03	.10	-.37***	-.30***	-.19	-.19	-.21***
Religiöser Fundamentalismus ⁽³⁾	.55***	.32***	.05	.05	.16	-.06	.33***

Anmerkungen. AR=Allgemeine Religiosität; AL=Allverbundenheit; HT=Hoffnung Transzendent; HI=Hoffnung Immanent; VE=Vergeben; BS=Erfahrungen von Bedeutung und Sinn; RSB=Religiös/Spiritueller Befinden; ⁽¹⁾adaptiert von Unterrainer et al., 2014b; $N=400$; ⁽²⁾adaptiert von Kämmerle et al., 2014; $N=312$; ⁽³⁾adaptiert von Unterrainer et al., 2016a; $N=327$; * $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$.

In derselben Studie wurden auch Defizite in der Persönlichkeitsstruktur mit Hilfe des Inventory of Personality Organization (IPO) untersucht. Hier handelt es sich um ein kurzes Screening-Instrument zur Messung struktureller Defizite in den Bereichen: Primäre Abwehr (Abwertung des Anderen), Identitätsdiffusion und Realitätsprüfung (Depersonalisation, Derealisation). Bemerkenswert ist, dass erhebliche negative Korrelationen mit den HT- und HI-Dimensionen sowie mit dem RSB-Gesamtscore feststellbar waren ($p < .001$ für alle). In einer weiteren Studie (Unterrainer et al., 2016a) fanden sich einige relevante Zusammenhänge zwischen AL und gestörter Realitätsprüfung sowie Identitätsdiffusion ($p < .001$ für beide). Schließlich ergaben sich (wie in Tabelle 5 dargestellt), einige relevante Korrelationen zwischen religiösem Fundamentalismus (orthodoxe Glaubenssysteme; ggf. Abwertungen anderer Glaubenssysteme) mit den Dimensionen AR und AL zusätzlich zum RSB-Gesamtscore ($p < .001$ für alle). Dies ist nicht überraschend, da ein orthodoxes Glaubenssystem durch ein hohes Maß an religiös/spirituellen Überzeugungen mitbestimmt sein sollte (Altemeyer & Hunsberger, 1992). Dementsprechend waren auch keine anderen relevanten Zusammenhänge mit den RSB-Subdimensionen feststellbar.

5. Religiöses/spirituelles Befinden in unterschiedlichen klinischen Gruppen

In den letzten Jahren wurde das MI-RSB auch zur Untersuchung verschiedener klinischer Stichproben wie dermatologischer und verschiedener psychiatrischer Patient*innengruppen verwendet, meist im Vergleich zu verschiedenen nicht-klinischen Gruppen. Insgesamt konnte in allen klinischen Patient*innengruppen ein generell geringeres Ausmaß an RSB beobachtet werden, wobei psychiatrische Patient*innengruppen eine signifikant geringeres Maß an RSB aufwiesen (siehe Unterrainer et al., 2014a für einen ausführlichen Überblick). Für die Gruppe der dermatologischen Patient*innen wurden die RSB-Dimensionen mit verschiedenen Parametern der psychischen Gesundheit und Krankheit in Beziehung gesetzt (Pilch et al., 2015; Unterrainer et al., 2016b, Unterrainer et al., 2016c; auch für eine detaillierte Beschreibung der verschiedenen Arten von Hauterkrankungen). Dabei zeigten sich, wie in Tabelle 6 dargestellt, einige erhebliche negative Korrelationen mit psychiatrischen Symptomen wie Somatisierung, Angst und Depressivität sowie mit dem Gesamtscore, dem Global Severity Index der psychiatrischen Symptome (GSI; erhoben mit dem Brief Symptom Inventory; Franke et al., 2017). Es zeigte sich, dass die Dimensionen HI und HT sowie der RSB-Gesamtscore und teilweise die VE-Dimension besonders negativ mit der psychiatrischen Symptombelastung verknüpft sind ($p < .01$ für alle). In Übereinstimmung mit diesen Ergebnissen konnte ein positiver Zusammenhang zwischen HT, HI und dem RSB-Gesamtscore mit dem globalen Index der psychischen Gesundheit beobachtet werden (einer Unterdimension des SF-36-Fragebogens zur Lebensqualität; Bullinger, Kirchberger, & Ware, 1995). Darüber hinaus zeigte sich bei stationären psychiatrischen Patient*innen zwischen HI, VE und dem RSB-Gesamtscore ein relevanter negativer Zusammenhang mit dem Ausmaß der klinischen Depression (Unterrainer et al., 2012b). Hier wurde das Ausmaß der Depression mit dem Beck-Depressions-Inventar (BDI; Beck, Ward, Mendelson, Mock, & Erbaugh, 1961) erfasst.

Tabelle 6

Korrelationen der RSB-Dimensionen mit verschiedenen klinischen Gruppen (dermatologische und verschiedene psychiatrische Patient*innen)

	AR	AL	HT	HI	VE	BS	RSB
Global Severity Index ⁽¹⁾	-.07	.18*	-.34**	-.37**	-.22**	.1	-.21**
Somatisierung	-.04	.14	-.23**	-.24**	-.15	.16	-.10
Ängstlichkeit	-.11	.12	-.31**	-.33**	-.21*	.03	-.23**
Depressivität	-.04	.20*	-.36**	-.40**	-.20*	.02	-.22**
Psychische Gesundheit ⁽²⁾	.12	.01	.27***	.49***	.25**	.01	.37***
Psychotizismus ⁽³⁾	-.13	-.01	-.01	-.30	-.09	-.17	-.25
Depression ⁽⁴⁾	-.11	-.12	-.16*	-.47***	-.32***	-.17*	-.36***

Anmerkungen.. AR=Allgemeine Religiosität; AL=Allverbundenheit; HT=Hoffnung Transzendent; HI=Hoffnung Immanent; VE=Vergeben; BS=Erfahrungen von Bedeutung und Sinn; RSB=Religiös/Spirituelles Befinden; ⁽¹⁾adaptiert von Pilch et al., 2015; N=149; ⁽²⁾adaptiert von Unterrainer et al., 2016a; N=149; ⁽³⁾adaptiert von Unterrainer et al., 2015; N=39; ⁽⁴⁾adaptiert von Unterrainer, Schögl, et al., 2013; N=220;. * $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$.

Mittels einer multizentrischen Studie (die teilnehmenden Zentren befanden sich in Bozen, Graz und Rom) ließ sich auch ein negativer Zusammenhang zwischen den RSB-Dimensionen und der Suizidalität in allgemein-psychiatrischen Gruppen sowie in Stichproben aus der Normalbevölkerung nachweisen. Zusätzlich wurde die Suizidalität auch auf ihre Beziehung zu anderen Persönlichkeitsmerkmalen untersucht (Stefa-Missagli et al., 2019a; Stefa-Missagli et al., 2019b). Generell lässt sich aus diesen Arbeiten zusammenfassen, dass das Ausmaß des RSB bei den verschiedenen psychiatrischen Patient*innengruppen als reduziert angesehen werden kann. Dabei scheinen sich die depressiven Symptome für den immanenten Wahrnehmungsraum vor allem in einem reduzierten Ausmaß an HI und VE zu manifestieren. Allerdings gibt es auch Ausnahmen von diesem allgemeinen Trend, da in der Gruppe von Suchtkranken ein besonders hohes Niveau von AL gefunden wurde (Unterrainer et al., 2013b).

6. Klinische Anwendungen und Zukunftsperspektiven

Auf dem Weg zu einer spirituell integrierten Psychotherapie

Nach einer ausgiebigen Debatte in den vergangenen zwei Jahrzehnten kann die Bedeutung von Religion und Spiritualität in der klinisch-therapeutischen Anwendung inzwischen als gut dokumentiert angesehen werden (Koenig, 2009 bzw. Rosmarin et al., 2020). Neben spirituell orientierten therapeutischen Ansätzen wie dem Mindfulness Based Stress Reduction (MBSR) Training (Gaiswinkler et al., 2020; Goldin & Gross, 2010) oder Yoga (Ramakrishna Rao, 2011) gibt es vor allem "säkulare" Konzepte wie die Mentalisierungsbasierte Therapie (MBT; Bateman & Fonagy, 2004), in denen Spiritualität nicht explizit erwähnt wird. Allerdings legen auch diese "säkularen" Methoden den Schwerpunkt auf Kognitionen und Emotionen, die auf einer höheren (neokortikalen) Verarbeitungsebene im Gehirn stattfinden (für eine ausführliche Diskussion siehe Choi-Kain & Gunderson, 2008).

Darüber hinaus beziehen sich viele spirituell orientierte (psycho)therapeutische Interventionen heute (zumindest teilweise) auf die ursprünglichen Konzepte der Analytischen Psychologie (Jung, 1934): Abgesehen von der expliziten Berücksichtigung der Jungschen Archetypen gehen alle diese Ansätze von einem transzendenten Wahrnehmungsbereich aus, der wesentlich mit dem Erleben von Gesundheit und Krankheit zusammenhängen soll (Miller, 1999; Sperry & Shafranske, 2005). Die Art dieses transzendenten Bereichs kann jedoch individuell variieren. Shafranske (2009) zufolge schenkt eine spirituell orientierte (psychodynamische) Psychotherapie "[...] der Rolle, die religiöse und spirituelle Überzeugungen, Praktiken und Erfahrungen im psychologischen Leben des Klienten spielen, besondere Aufmerksamkeit" (Übersetzung des Autors; S. 14). Dementsprechend kann eine Psychologie oder Psychopathologie der Religion und Spiritualität keine Aussagen darüber machen, ob die Inhalte, an die geglaubt wird, wahr oder falsch sind. Diese Frage ist eher für die Theologie oder vielleicht die Pastoralpsychologie geeignet (vgl. Capps, 1999).

Als gutes Beispiel für die explizite Berücksichtigung einer spirituellen Dimension im Behandlungskonzept kann die Gemeinschaft der Anonymen Alkoholiker (AA; oder in einem breiteren Kontext: die 12-Schritte-Programme; vgl. dazu Forchimes, 2004) sein. Bei den AA kann eine Suchterkrankung überwunden werden, indem man mit einer höheren Macht (wie auch immer diese geartet sein mag) in Kontakt tritt. Aufgrund ihrer (existenzbedrohenden) Schwere können Suchterkrankungen nicht mehr im immanenten Wahrnehmungsraum geheilt werden. Dementsprechend muss der suchtkranke Mensch im transzendenten Raum eine höhere Macht erfahren, um eine spirituelle Transformation zu durchleben. So fanden Bill Wilson (Mitbegründer der Anonymen Alkoholiker und selbst Ex-Alkoholiker) und Carl Gustav Jung eine gemeinsame Formel: "Spiritus contra Spiritum!" (denn ein Geist vertreibt den anderen) wurde zum Credo der anonymen Gruppen. Sinngemäß wird hier von einem heiligen Geist ausgegangen, der gegen den Geist des Weines in Konkurrenz tritt (vgl. dazu Unterrainer et al., 2012c). Aus bindungstheoretischer Sicht kann hier die Beziehung sowohl zu höheren Macht als auch der Zusammenhalt in der Gruppe, als hilfreich erachtet werden. Diese Annahme erhält auch aus evolutionstheoretischer Perspektive zusätzliche

Unterstützung: Spiritualität sowie die Zugehörigkeit zu einer Gemeinschaft können als evolutionärer Vorteil gesehen werden (Pargament, 2013).

Nach der Bestätigung der positiven Korrelation zwischen den RSB-Dimensionen und verschiedenen Parametern der psychischen Gesundheit in verschiedenen klinischen und nicht-klinischen Gruppen war als nächster Schritt die Entwicklung eines eigenen klinischen Interventionsprogramms auf der Grundlage des RSB-Konzepts vorgesehen. In diesem Sinne wurde von Aberer et al. (2018) Pionierarbeit geleistet, die ein klinisches Interventionsprogramm für dermatologische Patient*innengruppen auf der Basis ignatianischer Spiritualitätskonzepte entwickelt haben, das anschließend in einer Pilotstudie auf eine Gruppe von dermatologischen Patient*innen angewendet wurde. In der Interventionsgruppe konnte ein signifikanter Anstieg der HT-Dimension beobachtet werden; in Übereinstimmung mit vorangegangener Forschung zeigte insbesondere die HT-Dimension eine Assoziation mit einem erhöhten Maß an psychischer Gesundheit in einer größeren Stichprobe von dermatologischen Patient*innen. Darüber hinaus beobachteten Sollgruber, Bornemann-Cimenti, Szilagy, & Sandner-Kiesling (2018) in einer Gruppe von Patient*innen mit chronischen Schmerzen, dass das Ausmaß an RSB durch eine einzige Sitzung einer meditativen Intervention erheblich gesteigert werden kann. Diese Befunde spiegeln die Ergebnisse von vorangegangenen Studien wider, in denen ein wesentlicher Zusammenhang zwischen den RSB-Dimensionen und dem Grad der persönlichen Beteiligung an Yoga sowie an achtsamkeitsbasiertem Stressreduktionstraining (MBSR) gezeigt werden konnte (Gaiswinkler & Unterrainer, 2016).

Schließlich wurde in einer Einzelfallstudie ein 19-jähriger männlicher Jugendlicher, der sich nach einer Phase schweren Drogenmissbrauchs als ängstlich depressiv bezeichnete, mit einem kombinierten Ansatz aus Neurofeedback (einer Variante des Biofeedback, bei der die Gehirnströme mittels einer Feedback-Routine stimuliert werden) und psychodynamischer Psychotherapie über einen Zeitraum von 10 Wochen behandelt (Unterrainer, Chen, & Gruzelić, 2014c). Hier konnte ein deutlicher Rückgang der ängstlichen/depressiven Symptome vom ersten Messzeitpunkt (Beginn der Behandlung) bis zum zweiten Messzeitpunkt (Ende der Behandlung nach 10 Wochen) beobachtet werden, der bis zu einer zweimonatigen Follow up-Untersuchung anhielt. Diese Ergebnisse spiegelten sich umgekehrt in einem geringfügigen Anstieg der RSB-Dimensionen wider, insbesondere bei HI, VE und AL sowie beim RSB-Gesamtwert. Bemerkenswert ist, dass der junge Mann, obwohl er zu Beginn der Behandlung eine hohe Anzahl an ängstlichen/depressiven Symptomen aufwies, immer noch einen hohen RSB-Wert aufwies (Prozentrang > 90, der sich im Laufe der Behandlung auf fast 100 erhöhte). Dieses Ergebnis bildete einen gewissen Kontrast, als bei ängstlichen/depressiven Personen normalerweise ein niedrigerer RSB-Wert zu erwarten wäre (vgl. Unterrainer et al., 2014a). Aus klinisch-therapeutischer Sicht finden sich hier mehrere mögliche Erklärungen (die natürlich auf der Grundlage der Daten einer Einzelfallstudie höchst spekulativ sind): So könnte es möglich sein, dass die ängstliche/depressive Symptombelastung und das Ausmaß der RSB-Dimensionen nicht miteinander zusammenhängen oder sich vielleicht an einem bestimmten Punkt der Krankheitsverschlimmerung voneinander entkoppeln. Darüber hinaus könnte man annehmen, dass der junge Mann trotz der Zunahme der ängstlichen/depressiven Symptome noch Zugang zu einem transzendenten (spirituellen) Wahrnehmungsbereich hatte, der dann nach der Abstinenz den Genesungsprozess begünstigt haben könnte. Letztere Annahmen werden durch eine Studie mit größeren Stichproben von Sucht-

Patient*innen zusätzlich gestützt, da z. B. Piedmont (2004) zeigen konnte, dass Sucht-Patienten mit einem höheren Grad an "spiritueller Transzendenz" bessere Ergebnisse im Rahmen eines Drogenentzugsprogramms aufwiesen. Im Hinblick auf die oben erwähnte Einzelfallstudie ist zu ergänzen, dass die Ergebnisse zur Wirksamkeit von Neurofeedback in Kombination mit konventioneller Psychotherapie in der Folge durch eine Untersuchung an Suchtpatienten (nur Männer) in Österreich bestätigt werden konnten (Lackner et al., 2016).

7. Schlussbemerkungen

In der aktuellen Literatur gibt es überzeugende Belege dafür, dass Themen wie Religion und Spiritualität in unseren Gesellschaften nach wie vor relevant sind, was wahrscheinlich am besten durch einen interdisziplinären Ansatz untersucht werden kann (Pargament, 1999). Dementsprechend sind religiös/spirituelle Erfahrungen, wie sie mit Meditation, Gebet und Ritualen verbunden sind, in der biomedizinischen, psychologischen, anthropologischen und religiösen Literatur beschrieben worden (Marks, 2005). In Übereinstimmung damit unterstreichen Ergebnisse insgesamt die Bedeutung und Nützlichkeit der RSB-Dimensionen bzw. die Anwendung der MI-RSB in der Forschung als auch bei Interventionen, die auf die Verbesserung der psychischen Gesundheit ausgerichtet sind (Unterrainer et al., 2017). Während die bisherige Forschung hauptsächlich allgemeinspsychiatrische oder Suchtpatient*innen betraf, welche traditionell ein geringes Maß an RSB aufweisen (Lackner et al., 2013; Unterrainer et al., 2014c), sind Ergebnisse hinsichtlich der Relevanz von RSB bei anderen psychiatrischen Diagnose-Gruppen (zum Beispiel bipolare Störungen) noch ausständig. Insgesamt kann der MI-RSB als zuverlässiger und mittlerweile weit verbreiteter Fragebogen zur Messung des religiös/spirituellen (Wohl)Befindens angesehen werden (für einen Überblick vgl. Hodapp & Zwingmann, 2019). Im Hinblick auf die zukünftige Entwicklung des MI-RSB werden derzeit Versionen in weiteren Sprachen zur Veröffentlichung vorbereitet. Hier wäre es auch interessant, unterschiedliche kulturelle Hintergründe anhand des MI-RSB weiter zu untersuchen (vgl. dazu Hiebler-Ragger, Kamble, Aberer, & Unterrainer, 2020).

Literatur

- Abbott, G. R. & Byrne, L. K. (2012). Schizotypy and subjective well-being in university students. *Psychiatry Research*, 196(1), 154-156. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2011.08.013>
- Aberer, E., Avian, A., Lukanz, M., Pilch, M., Scharf, S., Fink-Puches, R., . . . Unterrainer, H.-F. (2018). The influence of religious/spiritual exercises on well-being and quality of life in dermatological patients: A quasi-experimental study. *Cogent Medicine: Dermatology*, 5(1), 1499593. <https://doi.org/10.1080/2331205X.2018.1499593>
- Agarkov, V. A., Alexandrov, Y. I., Bronfman, S. A., Chernenko, A. M., Kapfhammer, H.-P., & Unterrainer, H.-F. (2018). A Russian adaptation of the Multidimensional Inventory for Religious/Spiritual Well-Being: Psychometric properties for young adults and associations with personality and psychiatric symptoms. *Archive for the Psychology of Religion*, 40, 104-115. <https://doi.org/10.1163/15736121-12341347>
- Altemeyer, B. & Hunsberger, B. (1992). Authoritarianism, religious fundamentalism, quest, and prejudice. *The International Journal for the Psychology of Religion*, 2(2), 113-133. https://doi.org/10.1207/s15327582ijpr0202_5
- Bateman, A. W. & Fonagy, P. (2004). Mentalization-based treatment of BPD. *Journal of Personality disorders*, 18(1), 36-51. <https://doi.org/10.1521/pedi.18.1.36.32772>
- Beck, A. T., Ward, C. H., Mendelson, M., Mock, J., & Erbaugh, J. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*, 4(6), 561-571. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1961.01710120031004>
- Bennett, K., Shepherd, J., & Janca, A. (2013). Personality disorders and spirituality. *Current opinion in psychiatry*, 26(1), 79-83. <https://doi.org/10.1097/YCO.0b013e32835b2c17>
- Berger, D., Fink, A., Perez Gomez, M. M., Lewis, A. J., & Unterrainer, H.-F. (2016). The validation of a Spanish version of the Multidimensional Inventory of Religious/Spiritual Well-being in Mexican college students. *The Spanish Journal of Psychology*, 19, e3. <https://doi.org/10.1017/sjp.2016.9>
- Bufford, R. K., Paloutzian, R. F., & Ellison, C. W. (1991). Norms for the Spiritual Well-Being Scale. *Journal of Psychology and Theology*, 19(1), 56-70. <https://doi.org/10.1177/009164719101900106>
- Bullinger, M., Kirchberger, I., & Ware, J. (1995). Der deutsche SF-36 Health Survey Übersetzung und psychometrische Testung eines krankheitsübergreifenden Instruments zur Erfassung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität [The German SF-36 health survey translation and psychometric testing of a generic instrument for the assessment of health-related quality of life]. *Zeitschrift für Gesundheitswissenschaften*, 3(1), 21-36. <https://doi.org/10.1007/BF02959944>
- Capps, D. (1999). From mystical moment to therapeutic method: Connections between psychology of religion and pastoral counseling. *Pastoral Psychology*, 48(1), 23-44. <https://doi.org/10.1023/A:1021902712158>

- Choi-Kain, L. W. & Gunderson, J. G. (2008). Mentalization: Ontogeny, assessment, and application in the treatment of borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, *165*(9), 1127-1135. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2008.07081360>
- Christie, R. & Geis, F. L. (1970). *Studies in Machiavellianism*. New York, NY: Academic Press.
- Dadfar, M., Lester, D., Turan, Y., Beshai, J. A., & Unterrainer, H.-F. (2019). Validation of the Multidimensional Inventory for Religious Spiritual Well-Being with Iranian samples. *Mental Health, Religion & Culture*, *22*(6), 591-601. <https://doi.org/10.1080/13674676.2019.1628194>
- Ellison, C. W. (1983). Spiritual well-being: Conceptualization and measurement. *Journal of Psychology and Theology*, *11*(4), 330-338. <https://doi.org/10.1177/009164718301100406>
- Ellison, L. L. (2006). A review of the Spiritual Well-Being Scale. *News Notes*, *44*(1), 1-10.
- Forcehimes, A. A. (2004). De profundis: Spiritual transformations in Alcoholics Anonymous. *Journal of Clinical Psychology*, *60*(5), 503-517. <https://doi.org/10.1002/jclp.20004>
- Franke, G. H., Jaeger, S., Glaesmer, H., Barkmann, C., Petrowski, K., & Braehler, E. (2017). Psychometric analysis of the brief symptom inventory 18 (BSI-18) in a representative German sample. *BMC Medical Research Methodology*, *17*(1), 1-7. <https://doi.org/10.1186/s12874-016-0283-3>
- Fuchshuber, J. & Unterrainer, H.F. (2021). Test your spirituality in one minute or less: Structural validity of the Multidimensional Inventory for Religious/Spiritual Well-Being short version (MI-RSWB 12). *Frontiers in Psychology*, <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.597565>
- Gaiswinkler, L., Kaufmann, P., Pollheimer, E., Ackermann, A., Holasek, S. J., Kapfhammer, H.-P., & Unterrainer, H.-F. (2020). The role of mindfulness and self-compassion in clinical psychiatric rehabilitation: A clinical trial. *Mindfulness*, *11*, 374–383. <https://doi.org/10.1007/s12671-019-01171-1>
- Gaiswinkler, L. & Unterrainer, H.-F. (2016). The relationship between yoga involvement, mindfulness and psychological well-being. *Complementary Therapies in Medicine*, *26*, 123-127. <https://doi.org/10.1016/j.ctim.2016.03.011>
- Goldin, P. R. & Gross, J. J. (2010). Effects of mindfulness-based stress reduction (MBSR) on emotion regulation in social anxiety disorder. *Emotion*, *10*(1), 83-91. <https://doi.org/10.1037/a0018441>
- Hiebler-Ragger, M., Falhansl-Scheinecker, J., Birnhuber, G., Fink, A., & Unterrainer, H.-F. (2016). Facets of spirituality diminish the positive relationship between insecure attachment and mood pathology in young adults. *PLOS ONE*, *11*(6), e0158069. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0158069>
- Hiebler-Ragger, M., Fuchshuber, J., Dröscher, H., Vajda, C., Fink, A., & Unterrainer, H.-F. (2018). Personality influences the relationship between primary emotions and religious/spiritual well-being. *Frontiers in Psychology*, *9*, 370. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.00370>
- Hiebler-Ragger, M., Kamble, S. V., Aberer, E., & Unterrainer, H.-F. (2020). The relationship between existential well-being and mood-related psychiatric burden in Indian young adults with attachment deficits: A cross-cultural validation study. *BMC Psychology*, *8*, 21. <https://doi.org/10.1186/s40359-020-0388-7>

- Hodapp, B. & Zwingmann, C. (2019). Religiosity/spirituality and mental health: A meta-analysis of studies from the German-speaking area. *Journal of Religion and Health, 58*(6), 1970-1998. <https://doi.org/10.1007/s10943-019-00759-0>
- Jung, C. G. (1934). *Über die Archetypen des kollektiven Unbewußten*. Zürich, Switzerland: Eranus Jahrbuch.
- Kämmerle, M., Unterrainer, H.-F., Dahmen-Wassenberg, P., Fink, A., & Kapfhammer, H.-P. (2014). Dimensions of religious/spiritual well-being and the dark triad of personality. *Psychopathology, 47*(5), 297-302. <https://doi.org/10.1159/00035856>
- Koenig, H. G. (2009). Research on religion, spirituality, and mental health: A review. *The Canadian Journal of Psychiatry, 54*(5), 283-291. <https://doi.org/10.1177/070674370905400502>
- Lackner, N., Unterrainer, H.-F., & Neubauer, A. (2013). Differences in Big Five personality traits between alcohol and polydrug abusers: Implications for treatment in the therapeutic community. *International Journal of Mental Health and Addiction, 11*(6), 682-692. <https://doi.org/10.1007/s11469-013-9445-2>
- Lackner, N., Unterrainer, H.-F., Skliris, D., Wood, G., Wallner-Liebmann, S. J., Neuper, C., & Gruzelier, J. H. (2016). The effectiveness of visual short-time neurofeedback on brain activity and clinical characteristics in alcohol use disorders: Practical issues and results. *Clinical EEG and Neuroscience, 47*(3), 188-195. <https://doi.org/10.1177/1550059415605686>
- Lang, F. R., Lüdtke, O., & Asendorpf, J. B. (2001). Testgüte und psychometrische Äquivalenz der deutschen Version des Big Five Inventory (BFI) bei jungen, mittelalten und alten Erwachsenen [Validity and psychometric equivalence of the German version of the Big Five Inventory in young, middle-aged and old adults]. *Diagnostica, 47*(3), 111-121. <https://doi.org/10.1026//0012-1924.47.3.111>
- Ledbetter, M. F., Smith, L. A., Vosler-Hunter, W. L., & Fischer, J. D. (1991). An evaluation of the research and clinical usefulness of the Spiritual Well-Being Scale. *Journal of Psychology and Theology, 19*(1), 49-55. <https://doi.org/10.1177/009164719101900105>
- Levenson, M. R., Kiehl, K. A., & Fitzpatrick, C. M. (1995). Assessing psychopathic attributes in a noninstitutionalized population. *Journal of Personality and Social Psychology, 68*(1), 151-158. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.68.1.151>
- Lynam, D. R. & Widiger, T. A. (2001). Using the five-factor model to represent the DSM-IV personality disorders: An expert consensus approach. *Journal of Abnormal Psychology, 110*(3), 401-412. <https://doi.org/10.1037//0021-843X.110.3.401>
- MacDonald, D. A. (2000). Spirituality: Description, measurement, and relation to the five factor model of personality. *Journal of Personality, 68*(1), 153-197. <https://doi.org/10.1111/1467-6494.t01-1-00094>
- Malinovic, A., Fink, A., Lewis, A. J., & Unterrainer, H.-F. (2016). Dimensions of religious/spiritual well-being in relation to personality and stress coping: Initial results from Bosnian young adults. *Journal of Spirituality in Mental Health, 18*(1), 43-54. <https://doi.org/10.1080/19349637.2015.1059301>
- Marks, L. (2005). Religion and bio-psycho-social health: A review and conceptual model. *Journal of Religion and Health, 44*(2), 173-186. <https://doi.org/10.1007/s10943-005-2775-z>

- McClain, C. S., Rosenfeld, B., & Breitbart, W. (2003). Effect of spiritual well-being on end-of-life despair in terminally-ill cancer patients. *The Lancet*, 361(9369), 1603-1607. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(03\)13310-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(03)13310-7)
- McCrae, R. R. & Costa, P. T., Jr. (1997). Personality trait structure as a human universal. *American Psychologist*, 52(5), 509-516. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.52.5.509>
- Miller, W. R. (Ed.). (1999). *Integrating spirituality into treatment: Resources for practitioners*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Pargament, K. I. (1999). The psychology of religion and spirituality? Yes and no. *The International Journal for the Psychology of Religion*, 9(1), 3–16. https://doi.org/10.1207/s15327582ijpr0901_2
- Pargament, K. I. (2013). Spirituality as an irreducible human motivation and process. *International Journal for the Psychology of Religion*, 23(4), 271-281. <https://doi.org/10.1080/10508619.2013.795815>
- Piedmont, R. L. (1999). Does spirituality represent the sixth factor of personality? Spiritual transcendence and the five-factor model. *Journal of Personality*, 67(6), 985-1013. <https://doi.org/10.1111/1467-6494.00080>
- Piedmont, R. L. (2004). Spiritual transcendence as a predictor of psychosocial outcome from an outpatient substance abuse program. *Psychology of Addictive Behaviors*, 18(3), 213-222. <https://doi.org/10.1037/0893-164X.18.3.213>
- Pilch, M., Scharf, S. N., Lukanz, M., Wutte, N. J., Fink-Puches, R., Glawischnig-Goschnik, M., . . . Aberer, E. (2016). Spiritual well-being and coping in systemic sclerosis, lupus erythematosus and malignant melanoma. *Journal der Deutschen Dermatologischen Gesellschaft*, 14(7), 717-729. <https://doi.org/10.1111/ddg.12715>
- Raine, A. & Benishay, D. (1995). The SPQ-B: A brief screening instrument for schizotypal personality disorder. *Journal of Personality Disorders*, 9(4), 346-355. <https://doi.org/10.1521/pedi.1995.9.4.346>
- Ramakrishna Rao, K. (2011). Applied yoga psychology studies of neurophysiology of meditation. *Journal of Consciousness Studies*, 18(11-12), 161-198.
- Rosmarin, D. H., Pargament, K. I., & Koenig, H. G. (2020). Spirituality and mental health: challenges and opportunities. *Lancet Psychiatry*, 8, 92–93. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30048-1](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30048-1)
- Saroglou, V. (2002). Religion and the five factors of personality: A meta-analytic review. *Personality and Individual Differences*, 32(1), 15-25. [https://doi.org/10.1016/S0191-8869\(00\)00233-6](https://doi.org/10.1016/S0191-8869(00)00233-6)
- Schnell, T. (2010). SOS Abendland? Muslimischer Glaube und Integration. *Internationale Zeitschrift für Sozialpsychologie und Gruppendynamik in Wirtschaft und Gesellschaft*, 35(2), 3-17.
- Schütz, A., Marcus, B., & Sellin, I. (2004). Die Messung von Narzissmus als Persönlichkeitskonstrukt: Psychometrische Eigenschaften einer Lang- und einer Kurzform des Deutschen NPI (Narcissistic Personality Inventory) [Measuring narcissism as a personality construct: Psychometric properties of a long and a short version of the German Narcissistic Personality Inventory]. *Diagnostica*, 50(4), 202-218. <https://doi.org/10.1026/0012-1924.50.4.202>

- Shafranske, E. P. (2009). Spiritually oriented psychodynamic psychotherapy. *Journal of Clinical Psychology, 65*(2), 147-157. <https://doi.org/10.1002/jclp.20565>
- Sollgruber, A., Bornemann-Cimenti, H., Szilagy, I.-S., & Sandner-Kiesling, A. (2018). Spirituality in pain medicine: A randomized experiment of pain perception, heart rate and religious spiritual well-being by using a single session meditation methodology. *PLoS ONE, 13*(9), e0203336. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0203336>
- Sperry, L. & Shafranske, E. P. (2005). *Spiritually oriented psychotherapy*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Stefa-Missagli, S., Huber, H. P., Fink, A., Sarlo, M., & Unterrainer, H.-F. (2014). Dimensions of religious/spiritual well-being, personality, and mental health: Initial results from Italian college students. *Archive for the Psychology of Religion, 36*(3), 368-385. <https://doi.org/10.1163/15736121-12341290>
- Stefa-Missagli, S., Unterrainer, H.-F., Giupponi, G., Holasek, S. J., Kapfhammer, H.-P., Conca, A., . . . Pompili, M. (2019a). Suicide and personality traits: A multicenter study of Austrian and Italian psychiatry patients and students. *Suicide and Life-Threatening Behavior, 50*(1), 220-232. <https://doi.org/10.1111/sltb.12579>
- Stefa-Missagli, S., Unterrainer, H.-F., Giupponi, G., Wallner-Liebmann, S. J., Kapfhammer, H.-P., Conca, A., . . . Pompili, M. (2019b). Influence of spiritual dimensions on suicide risk: The role of regional differences. *Archives of Suicide Research, 1*-20. <https://doi.org/10.1080/13811118.2019.1639571>
- Unterrainer, H.-F., Chen, M. J.-L., & Gruzelier, J. H. (2014c). EEG-neurofeedback and psychodynamic psychotherapy in a case of adolescent anhedonia with substance misuse: Mood/theta relations. *International Journal of Psychophysiology, 93*(1), 84-95. <https://doi.org/10.1016/j.ijpsycho.2013.03.011>
- Unterrainer, H.-F. & Fink, A. (2013a). Das Multidimensionale Inventar zum religiös-spirituellen Befinden (MI-RSB): Normwerte für die österreichische Allgemeinbevölkerung [The Multidimensional Inventory for Religious/Spiritual Well-Being (MI-RSWB): Norm values for the Austrian general population]. *Diagnostica, 1*, 33-44. <https://doi.org/10.1026/0012-1924/a000077>
- Unterrainer, H.-F., Hiebler-Ragger, M., Koschutnig, K., Fuchshuber, J., Tscheschner, S., Url, M., . . . Fink, A. (2017). Addiction as an attachment disorder: White matter impairment is linked to increased negative affective states in poly drug use. *Frontiers in Human Neuroscience, 11*, 208. <https://doi.org/10.3389/fnhum.2017.00208>
- Unterrainer, H.-F., Huber, H. P., Ladenhauf, K. H., Wallner-Liebmann, S. J., & Liebmann, P. M. (2010a). MI-RSB 48: Die Entwicklung eines multidimensionalen Inventars zum religiös-spirituellen Befinden [MI-RSWB 48: The development of a Multidimensional Inventory for Religious/Spiritual Well-Being]. *Diagnostica, 56*(2), 82-93. <https://doi.org/10.1026/0012-1924/a000001>
- Unterrainer, H.-F., Huber, H. P., Sorgo, I. M., Collicutt, J., & Fink, A. (2011b). Dimensions of religious/spiritual well-being and schizotypal personality. *Personality and Individual Differences, 51*(3), 360-364. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2011.04.007>

- Unterrainer, H.-F., Huber, H. P., Stelzer, K., & Fink, A. (2012a). "Spiritus contra Spiritum?": Spiritual well-being and depression among male alcohol dependents in treatment. *Alcoholism Treatment Quarterly*, 30(1), 67-77. <https://doi.org/10.1080/07347324.2012.635551>
- Unterrainer, H.-F., Ladenhauf, K. H., Moazedi, M. L., Wallner-Liebmann, S. J., & Fink, A. (2010b). Dimensions of religious/spiritual well-being and their relation to personality and psychological well-being. *Personality and Individual Differences*, 49, 192-197. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2010.03.032>
- Unterrainer, H.-F., Ladenhauf, K. H., Wallner-Liebmann, S. J., & Fink, A. (2011a). Different types of religious/spiritual well-being in relation to personality and subjective well-being. *The International Journal for the Psychology of Religion*, 2, 115-126. <https://doi.org/10.1080/10508619.2011.557003>
- Unterrainer, H.-F. & Lewis, A. J. (2014b). The Janus face of schizotypy: Enhanced spiritual connection or existential despair?. *Psychiatry Research*, 220(1), 233-236. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2014.07.028>
- Unterrainer, H.-F., Lewis, A. J., Collicutt, J., & Fink, A. (2013b). Religious/spiritual well-being, coping styles, and personality dimensions in people with substance use disorders. *International Journal for the Psychology of Religion*, 23(3), 204-213. <https://doi.org/10.1080/10508619.2012.714999>
- Unterrainer, H.-F., Lewis, A. J., & Fink, A. (2014a). Religious/spiritual well-being, personality and mental health: A review of results and conceptual issues. *Journal of Religion and Health*, 53(2), 382-392. <https://doi.org/10.1007/s10943-012-9642-5>
- Unterrainer, H.-F., Lukanz, M., Pilch, M., Scharf, S., Glawischnig-Goschnik, M., Wutte, N., . . . Aberer, E. (2016b). The influence of religious/spiritual well-being on quality of life in dermatologic disease. *British Journal of Dermatology*, 174(6), 1380-1383. <https://doi.org/10.1111/bjd.14359>
- Unterrainer, H.-F., Lukanz, M., Pilch, M., Scharf, S., Glawischnig-Goschnik, M., Wutte, N., . . . Aberer, E. (2016c). Spirituality and mood pathology in severe skin conditions: A prospective observational study. *Archives of Dermatological Research*, 308, 521-525. <https://doi.org/10.1007/s00403-016-1672-5>
- Unterrainer, H.-F., Nelson, O., Collicutt, J., & Fink, A. (2012b). The English version of the Multidimensional Inventory for Religious/Spiritual Well-Being (MI-RSWB-E): First results from British college students. *Religions*, 3, 588-599. <https://doi.org/10.3390/rel3030588>
- Unterrainer, H.-F., Ruttinger, J., Lewis, A. J., Anglim, J., Fink, A., & Kapfhammer, H.-P. (2016a). Vulnerable dark triad personality facets are associated with religious fundamentalist tendencies. *Psychopathology*, 49(1), 47-52. <https://doi.org/10.1159/000443901>
- Unterrainer, H.-F., Schöggel, H., Fink, A., Neuper, C., & Kapfhammer, H.-P. (2012c). Soul Darkness? Dimensions of religious/spiritual well-being among mood disordered inpatients compared to healthy controls. *Psychopathology*, 45, 310-316. <https://doi.org/10.1159/000336050>
- Unterrainer, H.-F., Sollgruber, A., Rinner, A., Wolsch, D., Fink, A., & Kapfhammer, H.-P. (2015). Spiritualität bei schizophrenen Erkrankungen [Spirituality in schizophrenic diseases]. *Der Nervenarzt*, 86(3), 359-366. <https://doi.org/10.1007/s00115-014-4136-1>

- Wenzl M., Fuchshuber, J., Podolin-Danner, N., Silani, G., Unterrainer, H.F. (2021). The Swedish Version of the Multidimensional Inventory for Religious/Spiritual Well-Being (MI-RSWB-S): First Results from Swedish Students. *Frontiers in Psychology, 12*, 783761. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.783761>
- Zimmermann, J., Benecke, C., Hörz, S., Rentrop, M., Peham, D., Bock, A., . . . & Dammann, G.(2013). Validierung einer deutschsprachigen 16-Item-Version des Inventars der Persönlichkeitsorganisation (IPO-16) [Validity of a German 16-item version of the Inventory of Personality Organization (IPO-16)]. *Diagnostica, 59*(1), 3-16. <https://doi.org/10.1026/0012-1924/a000076>
- Zinnbauer, B. J., Pargament, K. I., Cole, B., Rye, M. S., Butter, E. M., & Belavich, T. G. (1997). Spirituality and religion: Unfuzzifying the fuzzy. *Journal for the Scientific Study of Religion, 36*, 549-564. <https://doi.org/10.2307/1387689>

Angaben zum Autor

Univ.-Prof. PD mult. Dr. Dr. Human-Friedrich Unterrainer

Adresse: Freudplatz 1, 1020 Wien

Tel.: +43 (1) 798 40 98

E-Mail: human.unterrainer@sfu.ac.at

Human-Friedrich Unterrainer wurde im Februar 2023 zum Professor für Prozess und Outcome Forschung an die SFU PTW Wien berufen und ist für die Leitung des englischsprachigen Doktoratsprogramms verantwortlich. Außerdem leitet er das Zentrum für Integrative Suchtforschung (CIAR) im Verein Grüner Kreis. Er ist Klinischer/Gesundheitspsychologe und Psychotherapeut (IG, TFP). 2012 habilitierte er sich im Gesamtfach Psychologie (KFU Graz), 2016 in Theoretischer/Experimenteller Psychiatrie (Med Uni Graz) und 2021 in Religionspsychologie (Uni Wien). Er hat viele Jahre als Suchttherapeut gearbeitet und ist seit 2005 in der universitären Lehre tätig, wo er zahlreiche Forschungsprojekte geleitet hat.