

# **Spirituelle und religiöse Bedürfnisse und Erwartungen psychiatrischer Patienten**

**Workshop Deutsch – Polnische Gesellschaft für  
psychische Gesundheit, Lublin, 2-10-09**

**Karsten Henkel, Tzeggai Berhe, Johannes Löffler**

**Suchwörter: Spiritualität, Religiosität, Psychiatrie, Bedürfnisse, Coping**

## **Einführung**

Religiöse und spirituelle Dimensionen des seelischen und körperlichen Leidens sind Kategorien, die sich mit naturwissenschaftlichen Methoden nur eingeschränkt erfassen lassen. Psychiatrie und Psychotherapie als schulmedizinische Disziplinen stehen in der Gefahr eines Reduktionismus, indem sie ihre Aufmerksamkeit einseitig auf die biologischen, biographischen und sozialen Dimensionen von Krankheitsentstehung und -behandlung richten und die weltanschaulichen Überzeugungen, Traditionen und deren Ausübung unberücksichtigt lassen (Frank, 1963, Persuasion and Healing. New York: Schocken Books). Die Tatsache, dass das menschliche Leiden auch spirituelle und religiöse Dimensionen aufweist, wird meist nicht aufgenommen (Horacio Fabreg Jr, CO in Psych.,Nov. 2000). So fanden Weaver et al. 2000 in nur 3% der wichtigsten psychiatrischen Fachzeitingen einen Bezug auf die religiöse Einstellung der Patienten. Spirituelle Elemente waren in 18% der

Publikationen erwähnt, die meisten der Autoren waren jedoch weder Psychiater noch Psychologen.

### Historie

Die Vorstellung der Seele und Psyche war in der Moderne durch die mechanistische newtonsche Weltsicht und die descartsche absolute Dichotomie zwischen Materie und Geist geprägt. Entsprechend entstanden ab dem 17. Jahrhundert in den westlichen Industriestaaten im Rahmen der Trennung von Religion und Wissenschaft die säkularen Konstrukte von Seele und Psyche, die sich im Verlauf der Aufklärung weiter entwickelten und allmählich in die Differenzierung der Fachdisziplinen Psychologie bzw. Psychiatrie mündeten. Diese deklarierten die Seele und Psyche als ihr "sujet" und trennten es somit von religiösem und spirituellem Verständnis (Frank,?). Die naturwissenschaftlichen Erkenntnisse aus dem 19. Jahrhundert, die postulierten "dass die der Seele zugesprochene Steuerungsinstanz in den Funktionen des zentralen Nervensystems und des Gehirns zu sehen" sei, machte schliesslich auch die die Verwendung des Seelenbegriffs überflüssig (Ruppert, Franz, Verwirrte Seelen, München 2002, S. 58 f).

Es besteht weiterhin die Tendenz der modernen Psychiatrie, Religiosität und Spiritualität zu pathologisieren, zu ignorieren oder sie mit den Attributen „existentiell“ oder „kulturell“ zu versehen. Die „klassische Psychiatrie“ hat ein allgemein unreligiöses oder atheistisches Selbstverständnis. Dies kommt u.a. in den Ansichten von Freud oder Ellis zum Ausdruck, wonach Religiosität ein unreifer Weg sei, mit seinen Bedürfnissen umzugehen und eine Form infantiler Dependenz darstelle (Freud 1927), bzw. Religion aus einem neurotischen Konflikt entstehe (Ellis 1980). Andererseits wird das Nichtvorhandensein von Schuldgefühlen als Indikator für eine schwere mentale Störung angesehen (Cleckley 1964). Der Konflikt wird an den Begriffen und Konzepten von Schuld und Sünde deutlich. Viele Psychiater, die sich

in der psychoanalytischen Tradition sehen, halten Schuldgefühle als maladaptiven affektiven oder kognitiven Zustand. Ellis (1962) formuliert, die These, dass das Konzept der Sünde die Ursache jeder neurotischen Störung sei.

Im Rahmen eines sich anbahnenden „Paradigmenwechsels“ der Naturwissenschaften, vom kartesisch-mechanistischen z.B. zu einer ganzheitlich-systemischen Weltansicht (F. Capra 1983), beginnt sich auch in den naturwissenschaftlich orientierten Disziplinen die prinzipielle Trennung von Geist und Körper sowie Natur- und Geisteswissenschaft wieder aufzuheben.

### Begrifflichkeit

Nach der Definition von Turbott 1996 wird „*Religion*“ als Glauben oder Praktiken im Rahmen einer Organisation/Institution bzgl. „ultimativer, transzendentaler“ Inhalte, und „*Spiritualität*“ als individuelle Erfahrung einer Beziehung zu einer transzendentalen Kraft oder einem Wesen definiert. Allport und Ross (1967) unterscheiden zwischen den Begrifflichkeiten der „intrinsischen“ und der „extrinsischen“ Religiosität. Demnach handelt es sich bei intrinsischer Religiosität um das Ausleben religiöser Glaubensinhalte aus tief verwurzelter innerer Überzeugung als Hauptmotiv, während extrinsische Motivationen das religiöse Verhalten zur Erreichung ausserreligiöser Ziele meinen, z.B. soziale oder finanzielle Bereicherung oder gar Vermeidung von gesellschaftlichen Sanktionen.

## **Evidenz**

### *Religion/Spiritualität in der somatischen Medizin*

Religiöse und spirituelle Dimensionen gehören zu den wichtigsten Faktoren, die menschliche Erfahrungen, Glaubensinhalte, Werte, Verhalten und Krankheitsmuster

beeinflussen (Lukoff et al. 1992). So schätzten Witter und seine Mitarbeiter (1985), dass 2-6% der Varianz des Wohlbefindens auf religiösem Glauben beruht.

In der somatischen Medizin besteht seit längerem eine kumulierte Evidenz, dass unter den seelischen Faktoren auch Weltanschauung und Religion sowie deren Ausübung einen positiven Einfluss auf die Gesundheit haben können (Übersichten: Levin 1994, Levin and Schiller and Levin 1988, Byrne and Price 1979, Ellison CG. Kevin JS. The religion-health connection: evidence, theory and future directions. Health Dduc Baha 1998; 53:700-720). Übereinstimmend konnten beispielsweise verminderte Raten von Herz- und Kreislauferkrankungen oder bestimmter Krebsarten in verschiedenen religiösen Gruppen gezeigt werden.

### Religion/Spiritualität in der Psychiatrie

In der Fachliteratur fanden wir lediglich eine MEDLINE-gelistete Arbeit in deutscher Sprache seit dem Jahr 2000 (Möller und Reimann 2003), dafür ungleich mehr Arbeiten aus dem britischen und nordamerikanischen Bereich.

Spiritualität und intrinsische Religiosität erwiesen sich in Untersuchungen als ein protektiver Faktor für seelische Erkrankungen (Braam 1994, Koenig 1992, Pressmann 1990). Nach einer Untersuchung von Baker und Gorsuch (1982) hat eine intrinsische Religiosität eine positive Korrelation, extrinsische eine negative Korrelation zur mentalen Gesundheit. Höhere Grade der Religiosität korrelieren positiv mit Indikatoren des psychosozialen Wohlbefindens wie Lebenszufriedenheit, Glück, positive Affekte und Moralvorstellungen sowie negativ mit Depressivität, Suizidalität, und Substanzabusus (Übersichten bei Müller, Plevac, Rummans 2001, Moreira-Almeida et al. 2006). In anderen Untersuchungen hat Religiosität einen protektiven Effekt bezüglich Depression und Angst gezeigt (Dein 1996, McIntosh 1993). Menschen, die häufiger Gottesdienste besuchten wiesen signifikant weniger

schwere Depressionen, einen kürzeren stationären Aufenthalt, höhere Lebenszufriedenheit und niedrigere Raten von Alkoholabusus auf (Baetz et al. 2002).

Bei 28% von schizophrenen Patienten führte die Religiosität zur sozialen Integration, nur bei 3 % zur Isolation (Mohr et al 2006). Die positiven Einflüsse auf die psychische Gesundheit werden u.a. durch gute soziale Unterstützung und möglichen positiven Auswirkungen von Meditation, Anbetung oder stressmildernden Gebeten auf Konzentration und Kognition erklärt. Auch besteht eine Evidenz bei Menschen, die ihre Spiritualität für sich lebten oder eine private Religiosität haben, für z.B. geringere depressive Symptome und weniger aktuellen Alkoholmissbrauch (Beatz et al. 2002). Neben den positiven Auswirkungen finden sich auch potentiell negative Folgen und gesundheitsschädigendes Verhalten mancher religiöser und spiritueller Praktiken: Genannt seien die Verweigerung ärztlicher Behandlung von Kindern durch deren Eltern, die einem „faith healing“ den Vorzug gaben (ca. 171 Kinder starben; Asser, S.M., Swan, R., (1998), Andere Beispiele betreffen religiöse Wahninhalte, z.B. Suizid oder Fremdaggression infolge der Überzeugung, der Antichrist zu sein (z.B. Reeves und Liberto 2006, Silva, Leong, Weinstock 1997)

### Religiosität als Copinghilfe

Naturgemäß kommen transzendente Inhalte beim Verarbeiten von Leiderfahrungen, Verlust- und Trauererlebnissen in den Blickpunkt. Auch erwies es sich als hilfreich bei Trauerverarbeitung, wenn Tod als sinngerichtetes Ereignis durch einen wohlwollenden Gott erlebt wird. (Cook 1983). Spiritualität gehört zu den Hauptfaktoren der Gesundung von psychischen Erkrankungen (Fallot RD 1998). Eine Studie an weiblichen Patienten mit posttraumatischer Belastungsstörung und Substanzmissbrauch ermittelte signifikant höhere positive Copingstrategien bei

religiösen Patientinnen, sowohl im Vergleich mit den weniger religiösen Betroffenen als auch in Relation zu gesunden Kontrollen. (Fallot Heckman 2005). Unter schizophrenen Patienten berichteten 71%, dass sie Hoffnung und Lebenssinn aus ihrer Religiosität ziehen, in 14% verursachte sie Verzweiflung und Leid (z.B. nicht erfüllte Erwartungen an eine spirituellen Heilung, erfahrene Abweisung durch die Religionsgruppe). 54% berichteten, dass sich Symptome besserten, 10% gaben eine Symptomverschlechterung an (Mohr et al. 2006). Eine andere nordamerikanische Studie wies einen Anteil von über 80% psychiatrisch Erkrankter auf, die ihren religiösen Glauben und Verhaltensweisen zur Krankheitsbewältigung einsetzten (Tepper et al. 2001). Ähnliche Daten finden sich auch in einer britischen (Kirov 1998) Arbeit.

### Suizidales Verhalten und Religiosität

Die Arbeitsgruppe von Dervic konnte bei unterschiedlichen psychischen Erkrankungen eine Reduktion der Suizidalität bei religiösen Patienten nachweisen, so an einem Kollektiv von depressiven Patienten (Dervic et al. 2004), bei Cluster B-Persönlichkeitsstörungen (Dervic 2006) und an Personen mit Missbrauchserlebnissen in der Biographie (Dervic et al. 2006). Erklärt wurde dies bei religiösen Patienten durch ein geringeres Aggressionspotential und Moralvorstellungen gegen den Suizid.

Zusammenfassend besteht trotz der geringen Aufmerksamkeit in der Fachliteratur eine Evidenz, dass Spiritualität und intrinsische Religiosität ein protektiver Faktor für seelische Erkrankungen, die Krankheitsbewältigung begünstigen und Suizidalität verringern können. Hingegen besteht eine Diskrepanz zwischen der überwiegend stabilisierenden Funktion von Religiosität und Spiritualität und den Auswirkungen auf die Compliance und therapeutische Allianz. Mohr et al. (2006) fanden bei 16 %

schizophrener Patienten eine Verbesserung der Compliance, bei 15 % eine Verschlechterung. Dies könnte in einer Nichtbeachtung religiöser Bedürfnisse und deren Potential für die Krankheitsbewältigung begründet sein.

### Besondere Bedürfnisse und Erwartungen von Psychiatrie-„Nutzern“

Es existiert eine Diskrepanz zwischen den Bedürfnissen von Patienten und dem Angebot insbesondere durch die Primärtherapeuten in der Psychiatrie. Patienten schätzen es, nach ihren spirituellen Vorstellungen gefragt zu werden, auch wenn sie sich nicht zu bestimmten Glaubensrichtungen bekennen. So berichten Mohr et al. (2006), dass 80% an Schizophrenie erkrankter Patienten es als erleichternd empfinden, mit ihren Therapeuten über ihre Religiosität zu sprechen. In einer anderen Studie mit 22 Patienten, die kurz zuvor lebensbedrohende Erkrankungen erlitten, wurde berichtet, dass der Glaube in der psychischen Genesung der Betroffenen wichtig war und dass sie bereitwillig waren, mit ihrem Arzt über spirituelle Belange zu sprechen (Hebert et al, 2001).

Bei Psychiatrie-Nutzern werden spirituelle Bedürfnisse weniger ausreichend befriedigt als bei vergleichbaren Patientenpopulationen in somatischen Disziplinen (Fitchett et al.1997). Eine nordamerikanische Studie zeigte, dass sich 77% von über 200 befragten Patienten wünschten, dass ihre Ärzte spirituelle Belange berücksichtigten, 37% sahen einen Bedarf, diese mit dem Arzt zu diskutieren, und sogar ca. 48% wünschten sich, dass ihr Arzt mit ihnen zusammen betete (King, Bushwick, 1994). 68% der Ärzte in dieser Studie hingegen haben spirituelle Aspekte in ihrer Behandlung nie berücksichtigt oder mit ihren Patienten diskutiert.

Eine Ursache des Kommunikationsdefizits könnte in der Diskrepanz zwischen der religiösen Einstellung zwischen Therapeuten und Patienten liegen. Eine Studie von Galanter, Larson und Rubenstone (1991) wies auf, dass das psychiatrische

Fachpersonal sich signifikant seltener als religiös bezeichneten als Nutzer in der Psychiatrie und die Allgemeinbevölkerung selbst. Signifikant mehr Patienten als Therapeuten gaben einen positiven Einfluss auf den therapeutischen Erfolg an, während mehr Therapeuten als Patienten einen negativen Einfluss befürchteten. McDowell et al. (1996) konnten nachweisen, dass sogar psychiatrisches Personal mit vergleichbarer spiritueller Einstellung die Ausprägung und Bedeutung der Spiritualität, die ihr die Patienten beimessen, unterschätzt

## **Diskussion**

Patienten lassen sich erwiesenermassen erfolgreicher behandeln, wenn sie mit Therapeuten arbeiten, die bereit sind, sich auf ihre Konzeption, Weltsicht und ihren kulturellen Hintergrund einzulassen (Frank 1973). Nur so können die Professionellen in der Psychiatrie ihrer Verantwortung gegenüber den durch ihre Erkrankung besonders vulnerablen und sensiblen Patienten gerecht werden.

## **Praxiserfahrungen und Implikationen**

Zunächst sollte eine verstärkte Aufmerksamkeit auf die Erfassung der spirituellen Bedürfnisse und Erwartungen psychisch erkrankter gelegt werden. Diesbezüglich scheint sich zumindest in der nordamerikanischen Psychiatrie besonders seit Beginn der 90er ein Paradigmenwechsel abzuzeichnen [American Psychiatric Association Committee on Religion and Board of Trustees. Guidelines regarding possible conflict between psychiatrists' religious commitment and clinical practice. Am J Psychiatry. 1990;1474:542]. Die „American Psychiatric Association“ fordert in ihren Richtlinien auf, zunächst unvoreingenommen die religiösen Einstellungen ihrer Patienten zu erheben und zu berücksichtigen (APA 1995).

Eine vermehrte Berücksichtigung findet sich unter anderem in den klinischen Diagnosekriterien des „Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders“ (DSM-IV) wieder, wo „religiöse und spirituelle Probleme (V62.89)“, im Gegensatz zur in Europa gebräuchlicheren ICD-10, als eine eigene diagnostische Diagnose eingeführt wurden [Turner et al. 1995].

In einem Versuch, die Bedeutung der Spiritualität bei psychischen Erkrankungen hervorzuheben, hat auch die North American Nursing Diagnosis Association (NANDA) die Diagnose des „Spiritual Distress“ eingeführt. Darunter wird „eine Unterbrechung der Lebensgrundlage verstanden, die sich in das gesamte Personendasein ausbreitet und sich in die biologische und psychologische Natur einfügt und transzendiert“

Das Royal College of Psychiatrists hat dieses Problem in neuester Zeit aufgegriffen und schreibt: „In der Weiterbildung aller Ärzte, aber insbesondere bei denen aus dem psychiatrischen Umfeld, muss auf die psychischen, physischen und spirituellen Aspekte der Behandlung hingewiesen werden“. [Lawrence RM, 2002, „God Place“ in psychiatry. Spirituality in psychiatric teaching and education, Newsletter of Special Interest Group Spirituality in Psychiatry, Newsletter, 8:5, [www.rcpsych.ac.uk/college/sig/spirit/publication, Lawrence.pdf](http://www.rcpsych.ac.uk/college/sig/spirit/publication, Lawrence.pdf)].

Für die Patientenversorgung sollte eine Optimierung des therapeutischen Teams mit Verfügbarkeit eines oder verschiedener professioneller Geistlicher gewährleistet sein. Die Einbeziehung von religiösen Professionellen in das therapeutische Team ist zumindest in der kanadischen Psychiatrie nicht die Regel. Hier gaben 83 % der Patienten an, dass ihr Therapeut nie das Hinzuziehen eines Geistlichen vorschlug (Baetz et al. 2004). Die Einbeziehung eines Geistlichen wird in Deutschland meist nur auf expliziten Wunsch durch Herbeirufen des verfügbaren

Krankenhausseelsorgers berücksichtigt, der zudem meist nicht in das therapeutische Team eingebunden ist. Unsere eigene Erfahrung zeigt auch, dass das spirituelle Bedürfnis nach einem adäquaten Gesprächspartner religiöse und konfessionelle Grenzen überwinden lässt. So kommt es beispielsweise vor, dass Muslime nach dem christlichen Seelsorger fragen und mitunter sogar das Angebot, sich segnen zu lassen, in Anspruch nehmen. Im Gegensatz dazu beobachteten wir, dass auf Seiten der Therapeuten die Hürde, innerhalb der Klinik professionelle Geistliche in ihr therapeutisches Handeln einzubeziehen, hoch ist, auch wenn außerhalb der therapeutischen Institution eine gute Kommunikationsbasis besteht. Dies könnte darin begründet sein, dass das Bewusstsein für spirituelle Bedürfnisse der Patienten fehlt und die Angst besteht, der allgemeinen professionellen Auffassung zuwiderzulaufen.

Psychiatrisches Handeln kann nicht wertfrei sein. So ist der Anspruch der Psychiatrie, weltanschaulich „wertfrei“ zu sein, unrealistisch, (Sims 1994), da sie auch zwangsläufig mit den diversen Werten ihrer „Nutzer“ auseinandersetzen muss. Aus spiritueller Sicht ist Leben ein Entwicklungsprozess, bei dem ein Mensch auch und gerade in widrigen Zuständen „reift“. Dies ist ein konträres Konzept zum medizinischen Ansatz, bei dem alles unternommen wird, Symptome „zu beseitigen“ oder „vergessen zu machen“.

Mit der Frage nach spirituellen Bedürfnissen ist zugleich die Frage nach dem Weltbild verbunden: Ist dies in medizinischer Hinsicht ausschließlich biomedizinisch ausgerichtet oder hat es Raum für eine Ganzheitlichkeit, die allen sozialen Faktoren ausreichend Raum gewährt? Dazu gehören u.a. das Denken, der Körper, die Gefühle, das Verstehen von Vergangenheit, die Kreativität, die Spiritualität, die Seele.

Hängt das Ansprechen spiritueller Fragen nicht eher mit dem Vertrauensverhältnis Therapeut – Patient zusammen, als mit der vermeintlichen Störung der Privatsphäre ?

Warum ist es mancherorts so peinlich, über Spiritualität zu sprechen ? Andererseits geben in einer Untersuchung von Green (2004) (Reaching the spirit S. 43) ein Drittel psychiatrischer Ärzte und Pflegenden an, mehr in spiritueller Fürsorge ausgebildet werden zu wollen.

Ein anderer Grund für manche Verschwiegenheit mag sein, dass Spiritualität dem Patienten so wertvoll ist, dass er diese nur dem Menschen anvertrauen will, von dem er ausgehen darf, dass dieser wertschätzend und respektvoll damit umgeht, also nicht pathologisiert. Verschärfend kommt hinzu, dass ein stationärer Patient in der Regel viele Therapeuten und Ärzte während seiner Behandlung kennen lernt und nicht jedem wieder neu seine Geschichte mit der eigenen Spiritualität erzählen möchte. Dies spräche für eine kontinuierlich anwesende Person, der sich der Patient anvertrauen kann.

Bei der Frage der Spiritualität geht es nicht um ein Sonderleben, sondern um eine Energie, die jedem Menschen innewohnt – Patienten wie Ärzten und Pflegekräften. Wenn sich alle hier ernst nehmen, kann es zu einer tieferen Dimension von Begegnung und Anteilnehmen kommen, die das Feld der compliance übersteigt. Arzt wie Patient fragen sich: Wo komme ich her, warum leiden Menschen, warum sterben sie ?

Viele psychische Erkrankungen beinhalten die Frage nach der Zugehörigkeit. Gibt es jemanden, der mich akzeptiert und zu dem ich gehöre ? Und es geht um Wertschätzung: Mein Leben ist wertvoll. Es ist leicht abzusehen, welcher enorme Wert eine positive Antwort für einen entwurzelten Menschen haben. Bei Menschen

mit schizophrenen und bipolaren Störungen hat sich Spiritualität als das Kontinuum erwiesen, das Halt in allem Wandel gegeben hat.

Gerade eine in der Psychiatrie ausgebildete Fachkraft hat an zahlreichen Sitzungen hinsichtlich Selbsterfahrung, Supervision und Psychotherapie teilgenommen.

Welchen Raum haben hier spirituelle Fragen ?

Oft besuchen Patienten in Gruppen den Gottesdienst. Dies gibt ihnen nicht nur ein Gefühl von Gemeinschaft („anderen ist Spiritualität/Glauben auch wichtig“), sondern auch ein Festhalten an der eigenen Identität: ‚Wenn ich schon dabei bin, mich selbst zu verlieren, so gibt es eine Kraft, die weiß, wer ich bin, weil sie mich ins Leben hat kommen lassen.‘ (Vergl. auch das Benennen dieser Kraft bei den Anonymen Alkoholikern in der Suchttherapie.)

Dieses Gruppenerlebnis mag besonders für die hilfreich sein, die sonst in einem Single-Haushalt leben.

## **Ausblick**

### Vorschläge für die Praxis

Nachdem in den meisten Leitbildern gefordert wird, den Patienten in den Mittelpunkt des therapeutischen Wirkens zu stellen, müsste eine besondere Berücksichtigung auf Kenntnis und Respektierung insbesondere des weltanschaulichen und spirituellen Hintergrunds Betroffener gelegt werden, um den nutzerorientierten Bedürfnissen und Ansprüchen gerecht zu werden. Die Einbeziehung und die Akzeptanz anderer therapeutischer Disziplinen, insbesondere geistlicher Professioneller, sollten essentieller Bestandteil des therapeutischen Settings sein.

Ein WHO-Positionspapier (Social Science Medicine 1995, Ausg. 41 (10), s1403-09) benennt als sechste Domäne Spiritualität, Religion und persönlichen Glauben als Parameter der Lebensqualität. Sie fordert eine verstärkte Forschung, um klinische Vorteile und Nachteile der Spiritualität/Religion zu differenzieren.

Vermehrte Anstrengungen sollten unternommen werden, die dargelegten Ansprüche von Nutzern umzusetzen und wissenschaftliche Grundlagen zu schaffen.

Religiöse Dimensionen sollten in das biopsychosoziale Konzept von psychiatrischen Erkrankungen integriert werden.

Ein von M. King und Koautoren (Psychological Medicine 2006) entwickelter Fragebogen für intrinsische spirituelle Glaubensinhalte (Beliefs and value scale) ist in englischer Sprache evaluiert. Wir bieten in Tab. 1 eine deutsche Übersetzung als

Beispiel für den klinischen Gebrauch an. Für eine Anwendung für wissenschaftliche Zwecke wäre eine Validierung notwendig. Diese kurze Fragensammlung könnte als hilfreiches Instrument dienen, um im klinischen Alltag eine quantifizierte Einschätzung der Spiritualität zu erheben.

**Tabelle 1.** Vorschlag für eine deutsche Übersetzung der 20-item-Form der Beliefs and Value Scale nach King et al. 2006) zur Messung der Spiritualität. Die einzelnen Aussagen werden individuell für die untersuchte Person mit dem Faktor 4 für starke Zustimmung, Faktor 3 für Zustimmung, Faktor 2 für weder Zustimmung noch Ablehnung, Faktor 1 für Ablehnung, Faktor 0 für starke Ablehnung gewertet. Daraus ergibt sich nach Summation ein Gesamtscore zwischen 0 und 80 mit höheren Scorewerten für erhöhte Spiritualität.

- 
1. Ich bin eine spirituelle Person.
  2. Ich glaube, ich habe eine Geist oder eine Seele, die meinen Tod überleben kann.
  3. Ich glaube an eine persönlichen Gott.
  4. Ich glaube, dass Meditation wertvoll ist.
  5. Ich glaube, dass Gott eine alles durchdringende Kraft ist.
  6. Ich glaube, was nach meinem Tod passiert, ist dadurch festgelegt, wie ich mein Leben führte.
  7. Ich glaube, es gibt böse Mächte im Universum.
  8. Ich glaube, dass alles was geschieht einen Grund hat, auch wenn ich ihn nicht immer verstehe.
  9. Ich glaube menschlicher Körperkontakt kann eine spirituelle Erfahrung sein.
  10. Ich fühle mich meist als Eins mit der Welt, wenn ich von Natur umgeben bin.
  11. Ich glaube an ein Leben nach dem Tod.
  12. Ich bin eine religiöse Person.
  13. Religiöse Riten oder Zeremonien sind für mich wichtig.
  14. Ich glaube, mein Leben wurde vorgeplant.
  15. Ich glaube, Gott ist eine Lebensmacht.
  16. Ich hatte wenigstens einmal in meinem Leben ein intensives spirituelles Erlebnis.
  17. Ich glaube, es gibt einen Himmel.
  18. Ich glaube, die menschliche Seele ist unsterblich.
  19. Ich glaube; dass Beten einen Wert hat.
  20. Ich glaube, es gibt einen Gott

## Literaturverzeichnis

Capra F. The turning point. Science, Society, and the rising culture. Simon and Schuster, New York 1982

Grof S. East and West: Ancient wisdom and modern science in Grof S. (Edt.) Ancient wisdom and modern science. State University of New York Press, Albany 1984: 3-23.

Möller A, Reimann S. Spiritualität und Befindlichkeit – subjektive Kontingenz als medizinspsychologischer und psychiatrischer Forschungsgegenstand. Fortschr Neurol Psychiatr 2003; 71: 609-616

Fahlberg LL, Fahlberg LA. Exploring spirituality and consciousness with an expanded science: beyond the ego with empiricism, phenomenology, and contemplation. Am J Health Promot 1991; 5: 273-281 ???