

**Diplomarbeit**

**DEPRESSION UND RELIGIOSITÄT**  
**Analyse des Zusammenhangs von Religiosität und**  
**Verlauf depressiver Symptome**

eingereicht von

**Thomas Memmer**

Mat.Nr.: 0313435

zur Erlangung des akademischen Grades

**Doktor der gesamten Heilkunde**

**(Dr. med. univ.)**

an der

**Medizinischen Universität Graz**

ausgeführt an der

**Universitätsklinik für Psychiatrie**

unter der Anleitung von

**Prof. DDr. Hans-Peter Kapfhammer**

**Dr. Karin Reisinger**

*Eidesstattliche Erklärung*

*Ich erkläre ehrenwörtlich, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig und ohne fremde Hilfe verfasst habe, andere als die angegebenen Quellen nicht verwendet habe und die den benutzten Quellen wörtlich oder inhaltlich entnommenen Stellen als solche kenntlich gemacht habe.*

*Graz, am 10.03.2009*

*(Unterschrift)*

*Für meine Familie*

## Danksagungen

Zu Beginn möchte ich mich herzlich bei Herrn Prof. Kapfhammer für seine Betreuung und das Vertrauen, das er mir in Bezug auf meine Diplomarbeit entgegengebracht hat, bedanken. Eine wichtige Stütze war mir durchgehend Karin Reisinger, an die ich mich von Beginn an bei jeder aufkommenden Frage wenden konnte und die viel Zeit investierte, um mir bei der Datenerhebung zu helfen. Mein Dank gilt auch Christof Zwanziger, der mir geduldig in statistischen Belangen beistand, und Karen Hecht, die mir viel Arbeit bezüglich diverser Anträge an die Ethikkommission abnahm. Nicht unbedankt lassen möchte ich Herrn Doz. Bonelli, von dem die Idee für das Thema ursprünglich stammt und der mich motivierte, mich intensiver mit der Materie auseinanderzusetzen. Der ins Deutsche übersetzte und modifizierte Religiositätsfragebogen wurde mir freundlicherweise von Karin Krejca zur Verfügung gestellt.

Diese Arbeit wäre jedoch nicht zustande gekommen, und ich würde jetzt nicht am Ende meines Studiums stehen, wenn ich mir nicht der andauernden und bedingungslosen Unterstützung meiner Eltern und meiner Großeltern sicher gewesen hätte sein können. Ihnen gebührt mein größter Dank – ohne sie wäre mir diese Ausbildung und mein bisheriger Lebensweg nie möglich gewesen.

## Zusammenfassung

Die vorliegende Diplomarbeit behandelt den Zusammenhang von Religiosität und Depression, im Speziellen die Frage, ob Religiosität als protektiver Faktor vor Depressionen bewahrt oder die Genesung von einer solchen beschleunigt.

Zu Beginn werden beide Entitäten kurz umrissen und deren mit Problemen behaftetes Verhältnis zueinander geschildert. Anschließend werden bisherige Ergebnisse aus der Forschung präsentiert, die zeigen, dass sich depressiv Erkrankte umso schneller erholen, je religiöser sie sind. Während intrinsische Religiosität Depressionen entgegenwirken kann, liegen widersprüchliche Daten bezüglich der Protektivität extrinsischer Religiosität vor. Ein eindeutig negativer Zusammenhang zeigt sich bei Religiosität und Suizidalität – religiöse Menschen begehen weniger Selbstmorde als nicht religiöse.

Mehrere Theorien versuchen die Verbindung zwischen Religiosität und psychischer Gesundheit zu erklären: die Kohäsionstheorie, die Copingtheorie, die Theorie der religiösen Identität, die Theorie der kognitiven Orientierung, die Theorie der Verhaltensregulierung, die Theorie der alternativen Werte und die Stress-Dämpfer-Theorie. Es wird auch auf mögliche negative Einflüsse und allgemeine Schwierigkeiten in der Erforschung dieses Themengebiets hingewiesen.

Eine eigene Studie zur Analyse des Zusammenhangs von Religiosität und des Verlaufs depressiver Symptome wird präsentiert. Zur Erhebung der Religiosität wurden ein Fragebogen und zur Einstufung der Depression BDI und HAMD zu zwei verschiedenen Untersuchungszeitpunkten verwendet. Die Gruppe der mehr religiösen Patienten zeigte eine signifikante Verbesserung der depressiven Symptomatik zu den beiden Erhebungszeitpunkten, die die Gruppe der weniger religiösen jedoch nicht. Eine Unterteilung in verschiedene Subgruppen der Religiosität war nicht möglich. Eine Veränderung der Religiosität konnte nicht festgestellt werden.

Abschließend werden klinische Implikationen der gewonnenen Erkenntnisse diskutiert.

## **Abstract**

This diploma thesis examines the relationship of religiosity and depression, especially the question, whether religiosity serves as a protective factor against depression or accelerates recovery of it.

At first both entities and their problematic relationship are being outlined briefly. That followed, previous scientific findings that show that depressive patients recover the quicker the more religious they are, are being presented. While intrinsic religiosity has an adverse effect on depression, there is contradictory data regarding the protective effect of extrinsic religiosity. A clear correlation exists between religiosity and suicidality – religious persons commit less often suicide than non-religious persons.

Several theories try to explain the connection between religiosity and mental health: the cohesiveness-theory, the coping-theory, the religious-identity-theory, the theory of cognitive orientation, the theory of regulated behavior, the theory of alternative values and the stress-buffer-theory. Possible negative influences and common problems in religiosity-research are being shown.

A new study investigating the relationship between religiosity and the progress of depressive symptoms is being presented. A questionnaire was being used for the survey and categorisation of religiosity. BDI and HAMD were applied for the grading of depression at two different times of assessment. The group of the more religious patients showed a significant improvement at the second time point, whereas the group of the less religious patients did not. Based on the study results it proved impossible to divide religiosity into different subcategories. There was no change in religiosity over these two time points.

Finally some clinical implications are being discussed.

# Inhaltsverzeichnis

<b>Danksagungen</b> .....	<b>iii</b>
<b>Zusammenfassung</b> .....	<b>iv</b>
<b>Abstract</b> .....	<b>v</b>
<b>Inhaltsverzeichnis</b> .....	<b>vi</b>
<b>Abkürzungen</b> .....	<b>viii</b>
<b>Abbildungsverzeichnis</b> .....	<b>ix</b>
<b>Tabellenverzeichnis</b> .....	<b>ix</b>
<b>1 Einleitung</b> .....	<b>1</b>
1.1 Depression als Volkserkrankung .....	1
1.2 Religiosität als Phänomen .....	2
1.3 Religiosität und Psychiatrie .....	3
<b>2 Statistische Zusammenhänge</b> .....	<b>5</b>
2.1 Religiosität und Depression .....	5
2.2 Demographische Aspekte .....	8
2.3 Relevante Einflussfaktoren .....	9
2.4 Religiosität und Suizid .....	10
2.5 Religiosität und andere psychiatrische Erkrankungen .....	11
2.6 Religiosität und allgemeine Gesundheit .....	12
<b>3 Erklärungsmodelle</b> .....	<b>14</b>
3.1 Die Kohäsionstheorie .....	14
3.2 Die Copingtheorie .....	15
3.3 Die Theorie der religiösen Identität .....	16
3.4 Die Theorie der kognitiven Orientierung .....	17
3.5 Die Theorie der Verhaltensregulierung .....	18
3.6 Die Theorie der alternativen Werte .....	19
3.7 Die Stress-Dämpfer-Theorie .....	19
3.8 Negative Einflüsse .....	20
<b>4 Beispielstudie</b> .....	<b>22</b>
4.1 Probleme der Erforschung von Religiosität .....	22
4.2 Studienhypothesen und Zielsetzung .....	24
4.3 Methoden .....	24
4.3.1 Testverfahren .....	24

4.3.2	Rekrutierungsverfahren .....	27
4.3.3	Ablauf der Testung .....	27
4.3.4	Auswertung und Datenanalyse .....	28
4.3.5	Risikoabschätzung .....	28
4.3.6	Ethische Gesichtspunkte .....	29
4.3.7	Einschlusskriterien .....	29
4.3.8	Ausschlusskriterien .....	29
4.3.9	Remuneration .....	30
4.4	Ergebnisse .....	30
4.4.1	1. Hypothese .....	30
4.4.2	2. Hypothese .....	33
4.4.3	3. Hypothese .....	33
4.4.4	Religiosität und Depression stationär .....	34
4.5	Einschränkungen .....	35
<b>5</b>	<b>Diskussion .....</b>	<b>37</b>
5.1	Schlussfolgerungen .....	37
5.2	Klinische Implikationen .....	38
	<b>Literaturverzeichnis .....</b>	<b>40</b>
	<b>Anhang – Statistik .....</b>	<b>43</b>
	<b>Anhang – Religiositätsfragebogen .....</b>	<b>46</b>
	<b>Curriculum Vitae .....</b>	<b>53</b>

## Abkürzungen

BDI	Beck Depression Inventory
HAMD	Hamilton Depression Rating Scale
SSRI	Selektive Serotonin Reuptake Inhibitoren
ICD 10	International Classification of Diseases
DSM IV	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
MW	Mittelwert
M	Median
SA	Standardabweichung

## Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Verlauf Religiosität / BDI .....	32
Abbildung 2: Verlauf Religiosität / HAMD .....	32
Abbildung 3: Verlauf Religiosität .....	33
Abbildung 4: Religiosität / BDI stationär.....	34
Abbildung 5: Religiosität / HAMD stationär .....	35

## Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Zusammenfassung aller Teilnehmer.....	31
Tabelle 2: Gesammelte Daten .....	43
Tabelle 3: T-Test Berechnungen 1 .....	43
Tabelle 4: T-Test Berechnungen 2 .....	44
Tabelle 5: T-Test Berechnungen 3 .....	44
Tabelle 6: Demographische Details.....	45

# 1 Einleitung

In der folgenden Diplomarbeit sollen die näheren Zusammenhänge von Depression und Religiosität nach dem aktuellen Stand der Wissenschaft erläutert werden.

Diesbezüglich wird zunächst auf einige allgemeine Aspekte von Depressionen, Religiosität und deren enge geschichtliche Beziehung eingegangen. Im zweiten Kapitel werden die bisherigen Ergebnisse aus der Forschung erläutert. Im dritten Kapitel werden mögliche Erklärungsmodelle für die Verbindung der beiden Faktoren präsentiert und im Kapitel 4 schließlich die Ergebnisse einer Studie vorgestellt, die im Laufe eines Jahres auf der Universitätsklinik für Psychiatrie in Graz durchgeführt wurde. Im letzten Kapitel werden schließlich noch die klinischen Implikationen besprochen.

Bei geschlechtsspezifischen Ausdrücken wird aus Gründen der besseren Lesbarkeit jeweils die männliche Form benutzt. Angesprochen werden damit aber selbstverständlich beide Geschlechter.

## 1.1 *Depression als Volkserkrankung*

Laut aktuellen Daten der World Health Organisation (WHO) gilt die Depression mit geschätzten 121 Millionen Betroffenen als eine der häufigsten Erkrankungen weltweit und wird auch als eine der führenden Ursachen für Arbeitsunfähigkeit genannt. Das Auftreten ist unabhängig von Geschlecht, Alter und gesellschaftlichem Hintergrund. [1]

Gegenwärtig wird vermutet, dass 20% der Erwachsenen zumindest einmal während ihrer Lebenszeit eine schwere depressive Episode durchleben und 16% aller Über-65-jährigen anhaltende depressive Symptome zeigen. [2] Hierbei ist besonders auf die weiteren Auswirkungen der Erkrankung hinzuweisen wie ein erhöhtes allgemeines Erkrankungsrisiko, geringere Heilungschancen bei allgemeinen medizinischen Erkrankungen sowie die Gefahr eines vorzeitigen Todes durch Suizid. [3]

In Österreich verübten im Jahr 2004 1418 Menschen Suizid, 76% davon waren Männer, und es ist ein Anstieg der Suizidalitätsrate mit höherem Alter zu erkennen [4]. In den USA werden jährlich bis zu 30.000 Suizide verzeichnet – Selbstmord zählt somit zu den acht führenden Todesursachen, während hier die Spitzenwerte in der Gruppe der 18-24-jährigen liegen [5].

Die Ursachen für die Erkrankung sind zahlreich. Angefangen bei genetischen oder endo-

krinen Faktoren können schließlich auch gewisse Persönlichkeitszüge, konfliktbelastete Beziehungen, geringer sozialer Support und letztendlich so genannte Stressful Life Events (SLEs) zur Entstehung einer Depression beitragen [3].

Abgesehen von der hohen Arbeitsunfähigkeit wirkt sich die Depression zusätzlich noch dahingehend auf das öffentliche Gesundheitswesen aus, als dass unbehandelte Depressionen zu einer Überbeanspruchung des Gesundheitssystems führen infolge verlängerter Krankenhausaufenthalte und höherer Mortalitätsraten [6].

Angesichts der Tatsache, dass trotz der guten Behandlungsmöglichkeiten im medikamentösen als auch geschlechtstherapeutischen Bereich nur 25% der Betroffenen Zugang zu einer adäquaten Therapie haben [1], und im Lichte der angesprochenen Belastungen des Gesundheitssystems erscheint es notwendig mehr über protektive Faktoren und infolgedessen potentielle Präventionsfaktoren zu erfahren [3].

Auf einen möglichen protektiven Faktor, die Religiosität, soll in dieser Arbeit näher eingegangen werden.

## **1.2 Religiosität als Phänomen**

**Religiosität** kann als wesentlicher, aber auch komplexer Faktor der menschlichen Kultur gesehen werden, der jedoch in den gängigen Modellen der Psychopathologie kaum Erwähnung findet [7]. Koenig et al definierten Religion als organisiertes Glaubenssystem, das dem Einzelnen durch Symbole und ausgeübte Praktiken Nähe zu einer höheren Macht ermöglichen soll und das auf zwischenmenschliche Verantwortung Wert legt [8]. Davon abzugrenzen ist der Begriff **Spiritualität**, welcher erst im 20. Jahrhundert Einzug in unseren Sprachgebrauch gefunden hat [9]. Spiritualität ist charakterisiert durch die Suche nach den Antworten auf die ultimativen Fragen des Lebens, seiner Bedeutung und seines Sinns. Der Begriff bezieht sich in erster Linie auf eine persönliche, individuelle Erfahrung, nicht zwingend auf eine Gemeinschaft [8]. Wird Spiritualität bewusst von Religiosität abgegrenzt, so ist das in häufigen Fällen darauf zurückzuführen, dass Religiosität mit starren, hierarchischen Institutionen – einem organisierten Glauben – in Verbindung gebracht wird, während Spiritualität Authentizität und persönliche Bedeutung zum Ausdruck bringen soll [9] – wie ebenso aus der lateinischen Herkunft des Wortes ersichtlich wird („spirare“ = atmen) [10].

Die bewusste Unterscheidung der beiden Begriffe wird auch in zahlreichen Studien zu dem Thema vorgenommen mit jeweils eigenen Messwerten zur Differenzierung [11] – mit dem

Ergebnis, dass sich die Befragten in amerikanischen Studien öfter als alleinig spirituell bezeichnen als alleinig religiös, am häufigsten jedoch als beides zugleich [12]. Interessanterweise liegt das Verhältnis bei deutschen Befragten anders. Hier bezeichnen sich die meisten Befragten mit 35% als ausschließlich religiös, 32% sehen sich sowohl religiös als auch spirituell, und nur 9% sehen sich als ausschließlich spirituell [9].

Eine trockenere, statistisch leichter handzuhabendere Definition von Religiosität fasst unter dem Begriff mehrere Faktoren zusammen: Anzahl der Gottesdienstbesuche, Wertigkeit des Glaubens in der Alltagsgestaltung, Betfrequenz, Engagement in religiösen Gruppen und persönliche Hingabe zu Gott [13].

Zum tieferen Verständnis der Materie sind auch die Begriffe *Extrinsische Religiosität* und *Intrinsische Religiosität* essentiell. Als religiös extrinsisch orientiert wird eine Person bezeichnet, für die Religion zur Befriedigung anderer Bedürfnisse dient – beispielsweise dem Bedürfnis nach Ruhe oder sozialen Kontakten, Ablenkung, Erlangung eines Status oder Selbstgerechtigkeit [14]. Jene Person hält sich in erster Linie an den rituellen und praktischen Aspekt des Glaubens und an die institutionelle Religion [11]. Religiös intrinsisch orientiert ist eine Person, deren Grundbedürfnis die Religion selbst ist, welcher andere Bedürfnisse untergeordnet sind, die somit in Einklang mit der Religion und deren Vorgaben gebracht werden müssen [14; 15]. Es steht also der spirituelle Aspekt im Vordergrund [11]. Besonders in den USA hat Religion eine starke Bedeutung. So glauben laut Umfragen 95% der US-Amerikaner fest an Gott oder ein höheres Wesen, 44% besuchen regelmäßig wenigstens wöchentlich den Gottesdienst, 55% messen der Religion eine „sehr wichtige“ Rolle in ihrem Leben bei [9]. Diese Zahlen variieren zwar in unterschiedlichen Studien [14; 10; 16], unterstreichen jedoch geschlossen die hohe Relevanz dieses Aspektes in den USA. Hieraus lässt sich auch erklären, warum ein Großteil der Studien zum Thema „Gesundheit und Religiosität“ in den USA durchgeführt wurde.

Auf die besondere Beziehung zwischen Religiosität und psychischer Gesundheit soll im nächsten Teil näher eingegangen werden.

### **1.3 Religiosität und Psychiatrie**

Die Beziehung von Religiosität zu Psychiatrie ist seit langer Zeit eine schwierige, mit vielen Vorurteilen und Verallgemeinerungen behaftet. Als berühmtestes Beispiel für dieses konfliktbelastete Verhältnis ist die Behauptung Sigmund Freuds zu nennen, Religion sei eine „kollektive Zwangsneurose, Ausdruck des regressiven Wunsches nach dem Schutz

eines übermächtigen Vaters.“ und fördere neurotische Erkrankungen [9].

Man spricht heute sogar schon von der so genannten „Religiosity gap“, welche ausdrückt, dass Psychiater und Psychologen im Generellen weniger religiös als die restliche Population sind und keine adäquate Ausbildung erhalten, um mit allfälligen spirituellen Bedürfnissen ihrer Patienten umzugehen und somit Schwierigkeiten mit dem Beziehungsaufbau haben [14].

Dabei war die Beziehung von Religion und Psychiatrie keineswegs immer so problematisch. Die erste Heilanstalt für psychisch Kranke wurde in Spanien im Jahre 1409 unter der Anleitung von Priestern errichtet. Im gesamten westlichen Raum waren religiöse Organisationen vom Mittelalter an bis hinein in das letzte Jahrhundert für zahlreiche Krankenhäuser und beste psychiatrische Betreuung verantwortlich. Jedoch gibt es auch dunkle Kapitel: viele psychisch Kranke verloren durch die Inquisition unter der Anschuldigung, Hexen zu sein, ihr Leben, im Allgemeinen wurden Erkrankte oft als besessen oder verhext bezeichnet. Es ist jedoch ein Mythos, dass erst die Psychiatrie die Menschheit von dem Glauben an Hexerei und Dämonologie befreit habe, da bereits vor dem Mittelalter eine natürliche Ursache für psychische Erkrankungen durchaus für möglich gehalten wurde [14].

Ende des 19. Jahrhunderts nahm die psychiatrische Gemeinschaft erstmals eine skeptische bis negative Haltung gegenüber der Religion ein, welche schließlich zu Beginn des 20. Jahrhunderts mit Sigmund Freud einen äußerst einflussreichen Vertreter gewann. Nachdem er 1927 in seinem Buch „Die Zukunft einer Illusion“ die irrationalen und neurotischen Einflüsse der Religion auf die menschliche Psyche aufgezählt hatte, fügte er 1930 noch hinzu, dass Religion „den Wert des Lebens mindere und das Wirklichkeitsbild auf wahnhaftige Weise verzerre, was eine Einschüchterung der Intelligenz bedinge“ [14]. Bis Ende der 1960er Jahre zeigten die meisten Studien auch eine negative Korrelation von Religiosität und psychischer Gesundheit auf, was auf erhöhte Ängstlichkeit, Dependenzneigung, Depressivität und geringe soziale Integration von religiösen Menschen zurückgeführt wurde. Erst ab den 1980er Jahren wurde ein schwach positiver Effekt von Religion für die psychische und physische Gesundheit ermittelt [9], und durch die Arbeit von David B. Larson, Jeffrey S. Levin und Harold G. Koenig wurde schließlich eine neue Qualitätsstufe in der Erforschung dieser Zusammenhänge erreicht. Gegenwärtig ist wieder ein Trend zu verzeichnen, der auf eine erneute Annäherung der beiden Gebiete abzielt, welche Medizinern helfen soll, den Einfluss religiöser Faktoren auf die Gesundheit zu verstehen und damit umzugehen [14].

## 2 Statistische Zusammenhänge

Im folgenden Kapitel werden die bisherigen Forschungsergebnisse des Gebiets Religiosität und Gesundheit zusammengetragen und verglichen, wobei ein Schwerpunkt natürlich auf dem Zusammenhang von Religiosität und Depression liegt. Desweiteren wird auf demographische Aspekte sowie relevante Einflussfaktoren eingegangen, und es wird auch ein kurzer Überblick über das Verhältnis von Religion zu Suizidalität, weiteren psychiatrischen Erkrankungen sowie der allgemeinen Medizin gegeben.

Seit 1985 ist die Menge an Studien, welche Religiosität als Variable beinhalten, gestiegen, jedoch nicht zwingend die Aussagekraft der erhobenen Daten – ein Punkt, der in Kapitel 4.1 noch genauer bearbeitet werden wird [17]. Der Großteil dieser Studien wurde in den USA aufgrund der dort sehr hohen Dichte an religiösen Menschen durchgeführt [14], in Europa gibt es diesbezüglich noch vergleichsweise wenig Erkenntnisse.

Für den ersten Überblick lässt sich sagen, dass laut aktuellem Stand der Forschung Religiosität einen Einfluss auf die psychische Gesundheit haben kann, vor allem, wenn sie eine große persönliche Bedeutung hat [9]. Je nach Art der Religiosität und psychischer Leiden bestehen jedoch deutliche Unterschiede, welche folgend genauer aufgeschlüsselt werden sollen.

### 2.1 Religiosität und Depression

Zahlreiche Studien haben sich der Frage gewidmet, ob Religiosität vor Depression schützen kann, also als protektiver Faktor fungiert. In vielen psychiatrischen Studien zur Depression wurde Religiosität als korrelativer Aspekt miterhoben, wobei sich die Erhebung oft nur auf wenige Fragen wie zum Beispiel Betfrequenz und Häufigkeit des Gottesdienstbesuches beschränkt hat. Aus diesem Grund ist die gewonnene Aussage oft nur unbefriedigend, da so wenige Punkte kaum stellvertretend für so einen vielseitigen und differenzierten Einflussfaktor wie die Religion sein können. Trotzdem geben die vorliegenden Daten Hinweise auf mögliche Korrelationen, wodurch genauere Studien gerechtfertigt werden.

Laut einer Zusammenschau der Ergebnisse von Moreira-Almeida et al ist Religiosität in geringem Ausmaß, aber mit hoher Regelmäßigkeit mit niedrigeren Werten an depressiven Symptomen verbunden [14]. Religiöse Personen, die im nicht-klinischen Umfeld befragt wurden, zeigten im Generellen eine höhere Lebenszufriedenheit [18] oder andere Faktoren, welche dem psychischen Wohlergehen zuträglich sind. Ebenso stationär aufgenommene

Personen mit höher angegebener Spiritualität wiesen geringere Werte an depressiven Symptomen auf [19]. Diese Korrelationen wurden von Studien an Jugendlichen [13] sowie an älteren Menschen [20] bestätigt und zeigten sich sowohl in zeitlich punktuellen Beschreibungen [18] als auch in mehrjährigen Verlaufsbeobachtungen [3]. Eine Arbeitsgruppe, bestehend aus dem National Institute on Ageing und dem Fetzer Institute, identifizierte folgende Aspekte von Religiosität/Spiritualität, welche am meisten Einfluss auf die Gesundheit haben dürften: tägliche spirituelle Erfahrungen, religiöse Praktiken im Privaten, spirituelle Bewältigungsstrategien, religiöser Zuspruch, religiöse/spirituelle Vergangenheit, Hingabe und organisierte Religiosität [21].

Eine wichtige Frage in der Forschung zu diesem Thema ist, ob Religiosität das Auftreten von Depressionen nur verhindert oder ob sie auch eine schnellere Erholung aus einer depressiven Phase gewährleistet [20], was im klinischen Kontext nur im Vergleich mit Nicht-Religiösen sichergestellt werden kann [18]. Koenig et al beschäftigten sich intensiv mit diesem Aspekt und entwickelten ein Punktesystem, um eine Relation zwischen einem intrinsic religiosity score und der Besserungsdauer aus einer Phase herzustellen. Anhand von 87 Patienten konnten sie zeigen, dass jede 10-Punkte-Steigerung in der Religiositäts-Skala eine um 70% schnellere Erholung aus einer depressiven Phase mit sich brachte. Somit war anzunehmen, dass Erkrankte umso mehr davon profitierten, je religiöser sie waren [15]. Durch diese und ähnliche Ergebnisse in anderen Studien ließen sich Miller et al zu der Aussage hinreißen, dass der protektive Effekt intrinsischer Religiosität in der selben Größenordnung der Wirkung eines SSRI anzusiedeln sei [22].

Die im vorigen Kapitel beschriebene Unterscheidung zwischen extrinsischer und intrinsischer Religiosität schlägt sich auch in den statistischen Daten zu Buche. In einer sehr differenzierten Übersicht zu dem Thema kamen Klein und Albani zu dem Schluss, dass intrinsische Religiosität und deren konstruktive religiöse Bewältigungsformen (Wahrnehmung menschlicher wie auch göttlicher Hilfe, bewusste eigene Auseinandersetzung) Depressivität entgegenwirken, während extrinsische Religiosität durch negatives Coping in Stresssituationen (wie Vorwürfe gegen Gott oder Vermeidung von Auseinandersetzung) mit erhöhten depressiven Symptomen einhergeht [9]. In einem weiteren Review wurde intrinsische Religiosität mit allgemeiner psychischer Gesundheit, Sorg- und Schuldlosigkeit sowie angepasstem sozialen Verhalten assoziiert – extrinsische mit dem Gegenteil [23].

Obwohl ein Großteil der wissenschaftlichen Literatur auf die eben beschriebenen Effekte hindeutet, gibt es auch andere Stimmen, welche die extrinsische Religiosität in ein besseres Licht rücken. So wurde zum Beispiel ebenso beobachtet, dass Personen, welche regelmä-

ßig den Gottesdienst besuchten, weniger oft depressiv waren als Personen, die nie daran teilnahmen [3; 24].

In einer interessanten Verlaufsstudie konnten Brown et al zeigen, dass Religiosität im Besonderen eine wichtige Rolle bei Verwitwung und deren Bewältigung spielt. So kam es in den ersten 6 Monaten nach dem Tod des Ehepartners zu einer starken Zunahme an Gläubigkeit und Hinwendung zur Spiritualität, welche jedoch in der 18-Monate-follow-up-Gruppe wieder ihren Ausgangslevel erreicht hatte. Zu allen Messzeitpunkten verzeichnete die gläubige Gruppe im Vergleich zur nicht-gläubigen Gruppe weniger depressive Symptome [25].

Untersuchungen an Patienten, welche an Krebs, AIDS oder anderweitig schwer erkrankt waren, ergaben, dass über 50% der Betroffenen ihren Glauben oder religiöses Engagement gebrauchen, um mit dem Trauma der Erkrankung umgehen zu können – und dann auch weniger Risiken für depressive Erkrankungen zeigen [15; 11; 26].

Bei einer objektiven Herangehensweise an die Thematik muss auch die Frage gestellt werden, ob Religiosität Depressionen auch hervorrufen kann, statt sie zu verhindern oder ihr Abklingen zu beschleunigen. Auch hierzu gibt es vereinzelt Studien, die zu überraschenden Ergebnissen kamen, wie die Arbeitsgruppe King et al, die hohe intrinsische Religiosität mit einem stärkeren Hang zu Depressionen in Verbindung brachte. Noch in derselben Arbeit legten sie allerdings dar, dass es sich hier um eine U-kurvenförmige Relation handelt, da sowohl extrem Religiöse als auch gar nicht Religiöse anfälliger für Stimmungstiefs waren, während im Mittelbereich die Anzahl der Erkrankungen zurückging [3]. Exline et al stellten fest, dass Religion neben ihren Trost spendenden Eigenschaften auch belastende Faktoren innehaben kann. Das Gefühl von einer Entfremdung zu Gott war im klinischen Beispiel höher mit depressiven Erkrankungen assoziiert [27]. Bei Jugendlichen kam zum Vorschein, dass als belastend empfundene zwischenmenschliche religiöse Kontakte im Gegensatz zu geringem Selbstwert oder schlechter Stimmung vermehrt mit Depressionen vergesellschaftet sind [10]. Eine Arbeit von Strawbridge et zeigte, dass sich intrinsische und extrinsische Religiosität protektiv auf Depressionen auswirken, welche mit nicht-familiären Stressoren wie Geldsorgen oder gesundheitlichen Problemen assoziiert sind. Korrelationen mit schlechteren Werten findet man hingegen bei Problemen, welche die Familie betreffen, wie Kindersorgen und Ehekrise[n] [28].

Die Ergebnisse sind zahlreich und vielfältig, und die Wissenschaft wird sich mit diesem Thema sicherlich noch lange Zeit beschäftigen. Die Wahrheit liegt wahrscheinlich irgendwo dazwischen.

## **2.2 Demographische Aspekte**

Bezüglich der demographischen Daten ist hervorzuheben, dass laut der Zusammenschau von Moreira-Almeida keine Unterschiede im Zusammenhang von Religiosität und Depression in Bezug auf Alter, Geschlecht oder ethnische Gruppen existieren [14].

Betrachtet man sich einzelne Studien, so spricht man immer wieder von differierenden Ergebnissen. Desrosiers et al untersuchten amerikanische Jugendliche zu diesem Thema in Hinblick auf geschlechtliche Unterschiede und stellten fest, dass bei Mädchen deutlichere Bezüge zwischen Religiosität und Depression herrschen als bei Jungen. Mädchen zeigten im Allgemeinen höhere Werte intrinsischer Religiosität, welche mit geringeren depressiven Symptomen einhergingen, als Jungen. So zeigten sich einige grundsätzliche Unterschiede im religiösen Verhalten der beiden Geschlechter. Im Umgang mit Stresssituationen waren Mädchen eher dazu geneigt, spirituellen Beistand zu suchen, und stützten sich auch auf tröstende Aspekte des Glaubens wie Vergebung, Dankbarkeit gegenüber Gott und soziale Interaktionen mit Mitmenschen. Jungen tendierten im Allgemeinen eher zu fundamentalen und in Krisenzeiten eher kontraproduktiven Ansichten. Insgesamt jedoch war bei Mädchen ein höherer prädiktiver Faktor für Depressionen zu verzeichnen [13]. Meisenhelder et al kamen drei Jahre zuvor zu dem Ergebnis, dass Männer in Bezug auf Depressionen mehr von extrinsisch motivierten Verhalten profitieren, Frauen jedoch mehr vom intrinsisch motivierten [29].

Bezüglich des Alters lässt sich von einem rückläufigen Trend der Depressionen mit steigenden Lebensjahren im Gegenzug zu höher werdender Betfrequenz berichten [30; 31].

In einer interessanten Studie, welche an Schulkindern in Schottland durchgeführt wurde, zeigten Abbotts et al, dass Religionszugehörigkeit einen Einfluss hat. Katholische Kinder profitierten von regelmäßigen Gottesdienstbesuchen in Bezug auf ihre allgemeine psychische Gesundheit, während Angehörige der Kirche von Schottland einen Nachteil erlitten [23].

Es zeigen sich auch geographische Divergenzen. Payman et al entdeckten, dass Depressive australischer Herkunft im Schnitt weniger religiös als Depressive amerikanischer Herkunft sind [32]. Die Tatsache, dass die Dichte an religiösen Menschen auf dem Land viel höher ist als in der Stadt, ist von Bedeutung [30] und kann in weiteren Untersuchungen in Verbindung mit Aspekten der Religiosität exploriert werden.

## **2.3 Relevante Einflussfaktoren**

Wie in den vorigen beiden Teilen leicht erkennbar ist, kommen nach wie vor viele Studien zu unterschiedlichen Ergebnissen. Dies lässt sich sicherlich nicht nur mit der Diversität des Themas hinreichend erklären. Es benötigt einen etwas distanzierteren Blick, um sich verschiedener weiterer Faktoren klar zu werden, die Einfluss auf Resultate solcher Studien haben – ein wichtiger Einflussfaktor ist die Testpopulation selbst und deren Lebenssituation zum Zeitpunkt der Untersuchung.

So finden sich vorwiegend positive Korrelationen zwischen Religiosität und Abnahme depressiver Symptome bei Schmerzpatienten und bei an Krebs oder anderweitig schwer erkrankten Personen, welche den Glauben zur Bewältigung ihres Schicksals heranziehen [3; 11; 33]. Mitchell et al äußerten die Vermutung, dass auch verminderte Teilnahme an religiösen Aktivitäten wie dem Gottesdienst durch gesundheitliche Behinderungen einen Einfluss auf die psychische Gesundheit haben könnte [30] – eine Fragestellung, zu der bis dato noch keine Untersuchungen durchgeführt wurden.

Es ist im Allgemeinen zu bedenken, dass sich die betreffenden Personen zum Zeitpunkt der Studie in einer Lebenskrise oder einer Stresssituation befinden. Es hat sich gezeigt, dass die Hinwendung zur Religion besonders unter diesen Umständen mit einem geringeren Risiko an Psychopathologien verbunden ist [34]. Hier müssen im Speziellen zwei weitere Aspekte in Betracht gezogen werden: einerseits nimmt die Assoziation zwischen Religiosität und Depression mit der Schwere des Schicksals zu, andererseits kommt es zu nachhaltigeren Bekenntnissen zum Glauben in Stresszeiten [14], was sich mit der „Stress-Dämpfer-Theorie in Einklang bringen lässt [20]. Sehr ausführlich wurden die Effekte von Brown et al bei verwitweten Menschen [25] und von Murray-Swank et al und Zunzunegui et al bei Angehörigen von Kranken untersucht. Besonders bei Angehörigen von psychisch Kranken zeigte sich, dass religiöse und spirituelle Ressourcen mobilisiert wurden, um mit der Situation besser umzugehen (es ist jedoch zu erwähnen, dass der Glaube keineswegs die Sorge um das erkrankte Familienmitglied minderte) [35]. Ein Mitgrund für die allgemein erhöhte Anfälligkeit von Depressionen bei Angehörigen ist der Verlust jeglicher sozialer Kontakte, da sich ein Großteil des sozialen Lebens auf die Welt, in deren Fokus der Betroffene steht, beschränkt [34] – was einen nächsten wichtigen Einflussfaktor darstellt.

Das soziale Netz, das viele Glaubensrichtungen mit sich bringen, wirkt in vielen Fällen protektiv gegen depressive Symptomatik und impliziert dadurch auch, dass dieser Effekt abhängig von der Art der Religion und Religionsausübung ist [25; 16]. Da vermehrte so-

ziale Kontakte jedoch ein Charakteristikum extrinsischer Religiosität sind, steht diese Assoziation im Widerspruch mit vielen Studien, welche extrinsischer Religiosität keinen oder gar einen negativen Effekt zuschreiben. Zwei mögliche Erklärungen für die Wirkung sozialer Kontakte boten Abbotts et al, die zum einen auf einen erhöhten Selbstwert, der Kirchgängern zugeschrieben wird, zum anderen auf die Anpasstheit, welche Kirchgänger erfahren, hinwiesen [23]. Erklärungsmodelle im Allgemeinen werden jedoch erst in Kapitel 3 näher beleuchtet.

Laut Daaleman et al hat auch die Ethnizität einen besonderen Einfluss auf Gesundheit im Allgemeinen [36], woraus sich in weiterer Linie auch Konsequenzen für die Assoziation von Religiosität und Depression ergeben müssten – eine Überlegung, der Moreira-Almeida et al in ihrer Zusammenschau bisher nicht zustimmten, die aber in vielen Studien thematisiert wird.

Nicht zu vergessen ist der Einfluss auf die Depression, den eine gesprächstherapeutische oder medikamentöse Behandlung hat. Es ist daher wichtig zu bedenken, ob Studien zu dem Thema im klinischen Kontext oder bei Privatpersonen durchgeführt wurden. Hier wiederum spielt es eine Rolle, welchem Glauben man angehört, da sich gezeigt hat, dass zum Beispiel konservative Christen hauptsächlich die seelische Unterstützung von Geistlichen, kaum jedoch von Psychologen oder Psychiatern in Anspruch nehmen, während sich bei Juden ein gegenläufiges Bild zeigt [17].

Zu guter Letzt ist noch zu erwähnen, dass die Stärke und die Art des Glaubens ebenfalls nicht unerhebliche Einflussfaktoren sind, wie bereits in Kapitel 2.1 angedeutet wurde. So war in einer Studie von Kendler et al persönliche Hingabe zur Religion positiv mit dem Ausbildungsstand, Alter und einer optimistischen Lebenseinstellung und negativ mit einer Anfälligkeit für die Entwicklung von Neurosen assoziiert, während persönlicher Konservatismus mit den gegenteiligen Effekten einherging [37]. Klein und Albani fassten in ihrer Untersuchung in Bezug auf die gesundheitliche Relevanz zusammen, dass vor allem eine verinnerlichte religiöse Sozialisation und bewusst gelebte Religiosität ausschlaggebend für eine positive Korrelation von Religiosität und Abnahme depressiver Symptome sind [9].

## **2.4 Religiosität und Suizid**

Der Suizid ist die gefährlichste Komplikation der Depression und wird daher in einem eigenen Kapitel behandelt. Die Zahlen in Bezug auf Religiosität und ihre Assoziation mit Selbstmord sind überraschend einheitlich. So gut wie durchgehend ist von einem protekti-

ven Effekt die Rede – einzig eine Studie von Zhang et al berichtet von einer Gegensätzlichkeit zwischen amerikanischen und chinesischen Daten, in denen eine positive Korrelation zwischen Religiosität und Suizidgedanken aufscheint [38].

Jedoch ein Großteil der Studien zeigt ein indirekt proportionales Verhältnis von hoch religiösen Gebieten zur lokalen Selbstmordrate. Eine Befragung von über 13.000 US-Amerikanern ergab, dass Religiosität mit einer geringeren Wahrscheinlichkeit von Selbstmordgedanken oder –versuchen verbunden ist [14]. Im Generellen ist die Selbstmordrate in religiösen Ländern deutlich geringer als in säkularen Ländern [39]. Am Beispiel von Großbritannien lässt sich erkennen, dass mit einer erhöhten Religiosität auch eine geringere Akzeptanz für Euthanasie oder ärztlich begleiteten Selbstmord einhergeht [14].

Untersuchungen an Religiösen ergaben eine verstärkte moralische Abneigung gegen Suizid und ein geringeres Aggressionspotential [39]. Außerdem ist der Gedanke an Selbstmord mit religiöser Angst und Schuldgefühlen assoziiert sowie mit dem Gefühl eine unverzeihliche Sünde zu begehen [27]. Diese Abneigung führt auch dazu, dass Selbstmordversuche von Religiösen im Allgemeinen weniger radikal und potentiell tödlich sind als Versuche von Nichtreligiösen [5].

Ein weiterer protektiver Faktor gegenüber Suizid, den auch Religiosität innehat, wurde bereits 1897 von dem französischen Soziologen Émile Durkheim in seinem Werk *Le suicide* angegeben – „die soziale Integration“ [40]. Van Ness und Larson konnten bestätigen, dass regelmäßige Teilnahme an religiösen Aktivitäten die Wahrscheinlichkeit eines Selbstmordes reduziert. Personen, die nie an solchen Aktivitäten teilnahmen, litten an einem vierfach höheren Suizidrisiko – im Gegensatz zu jenen, welche täglich einen Gottesdienst oder ähnliche Veranstaltungen besuchten. [18]. Eine weitere mögliche Erklärung für diesen Zusammenhang bietet die Tatsache, dass Nichtreligiöse oft jünger sind, weniger oft verheiratet, weniger Kinder haben und weniger Kontakt zur Familie pflegen als Religiöse [39]. Außerdem fehlt ihnen ein potentiell sinngebender Aspekt in ihrem Leben. In der Suizidforschung wird im Allgemeinen viel zu selten die Frage nach Gründen zu leben gestellt statt der Frage nach den Gründen für einen Selbstmord [5] – ein Aspekt, der schon lange Einzug in den klinischen Alltag gefunden hat.

## **2.5 Religiosität und andere psychiatrische Erkrankungen**

Zugunsten eines Gesamteindrucks sollen in diesem und im nächsten Kapitel einige Ergebnisse aus der Forschung zur Verbindung von Religiosität mit anderen psychiatrischen Er-

krankungen und der Gesundheit im Allgemeinen vorgestellt werden.

Laut einer Studie von Kendler et al ist Depression die einzige psychiatrische Erkrankung, die eine statistisch signifikante Verbindung zu Religiosität aufzeigt [7], dieses Ergebnis wird von einigen anderen Forschern bestätigt. Es gibt jedoch immer wieder Untersuchungen, in denen auch Stimmen laut werden, welche von einem Zusammenhang mit Substanzmissbrauch und Angststörungen sprechen.

So fanden Maselko et al heraus, dass Frauen, die sich in einer Phase befinden, in der sie sich gerade dem Glauben ab- oder auch gerade zugewandt haben, eine erhöhte Risikobereitschaft für Alkohol- oder Angststörung haben. Sie erklärten dieses Phänomen damit, dass ein Wechsel im Level religiöser Aktivität mit psychologischem Stress verbunden ist, welcher dann der Auslöser für solche Erkrankungen ist [41]. Regelmäßige Kirchgänger scheinen jedoch durchgehend zu profitieren und weisen eine geringere Prävalenz für Alkoholsucht als die restliche Bevölkerung auf. Hierfür ursächlich sind auf direktem Weg möglicherweise Verhaltensnormen, die eine relative oder völlige Abstinenz fordern, und auf indirektem Weg religiös geprägte Ideale wie eine prosoziale Orientierung und ein harmonisches Familienleben, welche keinen übermäßigen Konsum tolerieren [9].

Angstsymptome weisen häufig einen negativen Zusammenhang zu intrinsischer Religiosität auf, einen positiven jedoch zu extrinsischer. Religiosität wird im Allgemeinen mit einem etwas höheren Risiko für eine Panikstörung assoziiert. Die Wahrscheinlichkeit, dass religiöse Personen eine Phobie oder eine generalisierte Angststörung entwickeln ist jedoch durch bedingte soziale Eingebundenheit, Distanzierung von Rachegefühlen und Dankbarkeit geringer [9].

Zu anderen psychiatrischen Erkrankungen wie Zwangsstörungen oder Psychosen werden nur noch über indirekte Wege Verbindungen hergestellt, wie beispielsweise in einigen Studien über ein erhöhtes Schuldgefühl, was symptomverstärkend wirken kann [42].

## **2.6 Religiosität und allgemeine Gesundheit**

Der größte Benefit, den Religiosität in Bezug auf Aspekte der allgemeinen Gesundheit hat, ist zweifellos – und auch durch zahlreiche Studien bestätigt – ihre Rolle als Bewältigungshilfe bei schweren Schicksalen wie Krebserkrankungen, Behinderungen und chronischen Schmerzerkrankungen [20; 18]. Religiösere Personen mit einer chronischen Krankheit empfinden sich laut Daten der Yale JHealth and Aging Study als weniger eingeschränkt wie weniger religiöse Personen, die sich auf der gleichen Stufe der Erkrankung befinden

[43]. In diesen speziellen Situationen kann der Glaube also zu einer Steigerung der Lebensqualität beitragen [18].

Ein weiterer positiver Effekt, der durch diese veränderte Wahrnehmung der eigenen Erkrankung entsteht, ist eine im Allgemeinen höhere Zufriedenheit mit der ärztlichen Behandlung [44].

Direkten Einfluss auf die Gesundheit zeigen nur wenige Studien, und jene berufen sich meistens auf eine geringere Anzahl gerauchter pack years oder allgemein weniger Komorbiditäten bei Religiösen [45].

### **3 Erklärungsmodelle**

Wie im vorigen Kapitel beschrieben hat die bisherige Forschung gezeigt, dass zwischen Religiosität und Depressionen oder geistiger Gesundheit im Allgemeinen ein Zusammenhang besteht. Um diese Erkenntnis jedoch klinisch relevant bzw. für therapeutische Konzepte umsetzbar zu machen, ist es notwendig, die Mechanismen dieses Zusammenhangs zu kennen. Hierzu gibt es zahlreiche Theorien, die mehr oder weniger überzeugend durch Studien belegt sind. Die wichtigsten sowie deren Gemeinsamkeiten sind im folgenden Teil zusammengefasst.

#### **3.1 Die Kohäsionstheorie**

Zu Beginn soll auf einen Wirkungsfaktor eingegangen werden, den sogar die größten Skeptiker der Religion zugestehen und der mit statistischen Mitteln auch am besten messbar ist. Es handelt sich dabei um das soziale Netz, in das man durch seine Religionszugehörigkeit eingebunden ist. Ein wichtiger ätiopathogenetischer Anteil der Depression ist unter anderem das psychosoziale Umfeld, in dem sich der Patient befindet und das seine Symptome triggern oder dämpfen kann. Es bietet sich daher an, angesichts dieser Umstände auch Rückschlüsse auf den Einfluss zu ziehen, den eine Glaubensgemeinschaft auf depressive Menschen haben kann.

Die Tatsache ist aussagekräftig, dass der größte protektive Effekt von Religiosität in Bezug auf Suizidalität bei Personen auftritt, die Freunde und Verwandte haben, welche derselben Religion angehören [39]. Es gibt mehrere Wege, wie sich eine enge familiäre Bindung oder das Eingebundensein in eine religiöse Gemeinschaft positiv auf depressive Symptome auswirken können. Zum einen findet sich in den gleichgesinnten Mitmenschen eine potentielle Quelle von Fürsorge, Trost und Anteilnahme, aber auch die Befriedigung des menschlichen Bedürfnisses nach Zugehörigkeit [9; 27]. Zum anderen erfährt der Betroffene eine Art der Identitätsgebung innerhalb der Gemeinschaft, die einer Isolation – einem der wichtigsten Triggerpunkte der Depression – entgegenwirkt. [31]. Mögliche materielle Nöte können durch die Gemeinschaft abgedeckt werden, wenn auch vielleicht nur vorübergehend – wichtig ist hier das positive Gefühl des Umsorgtseins und der entgegengebrachten Wertschätzung. Die Sorge der anderen kann auch zu einer höheren Inanspruchnahme der angebotenen öffentlichen psychiatrischen Dienste führen, was eine frühere Dia-

gnostik und Behandlung der Depression und somit einen positiveren Verlauf mit sich bringen kann.

Gefahr besteht, wenn soziale Unterstützung zum sozialen Druck wird und die Mitgliedschaft in einer religiösen Gruppierung zu gesellschaftlicher Ausgrenzung führt. Auf diese Art kann Ablehnung durch Personen, die gar nicht oder andersgläubig sind, Konflikte hervorrufen und noch weiter in die Isolation treiben [9]. Zwischenmenschliche Probleme können Depressionen verstärken, das Gefühl einer Entfremdung ist jedoch bereits ein gefährliches Vorzeichen möglicher Suizidhandlungen [27].

Das vorhandene soziale Netzwerk, in dem sich Religiöse befinden, birgt durch seine Kohäsionseffekte also sowohl Vorteile als auch Gefahren – fest steht, dass es vorhanden ist und auf den Betroffenen einwirkt, in welcher Form auch immer.

Wird die soziale Komponente als kontrollierte Variable aus den Studien abgezogen, finden sich jedoch immer noch günstige Aspekte der Religiosität, welche durch andere Mechanismen wirken müssen [14].

### **3.2 Die Copingtheorie**

Religion stellt ein bestimmtes Glaubenssystem und Verhaltensweisen in Bezug auf einen Gott in organisiertem Rahmen dar. Religiöses Coping nimmt in Stresssituationen auf dieses Glaubenssystem Bezug [29]. Der Glaube an einen höheren Sinn und Zweck hilft Individuen mit Schicksalsschlägen besser fertig zu werden – ein anschauliches Beispiel hierfür bietet die starke Hinwendung zur Religion der US-Amerikaner nach den Terrorattacken des 11. September 2001 [16; 24].

Religiöses Bewältigungsverhalten wird auch als „meaning-based-coping“ bezeichnet, da der Glaube an einen fürsorglichen Gott, der hilfreich und liebevoll in das Schicksal eingreift, Sicherheit und Geborgenheit vermittelt und das Gefühl verringert, den Umständen hoffnungslos ausgeliefert zu sein. Man unterscheidet hier drei Copingstile. Zum einen gibt es den „selbstdirektiven“ Stil, in dessen Rahmen sich der Betroffene keine unmittelbare Hilfe von Gott erwartet, sondern sein eigenes Handeln als ausschlaggebend erachtet. Zum anderen gibt es den „kollaborativen“ Stil, mit dem sich der Betroffene in dem Glauben wähnt, von einer höheren Macht in seinem Tun unterstützt zu werden. Betroffene gehen im Rahmen eines „delegierenden“ Stils davon aus, dass Hilfe ausschließlich von Gott zu erwarten ist und verhalten sich selbst passiv – die Herangehensweise aus einer Unterlegenheit heraus, die Freuds Auffassung entspricht, Religiosität sei eine Form infantiler Abhän-

gigkeit. Ein anderer Ausdruck für diese drei Copingstile ist der externe und interne „Locus of control“, ein soziologischer Begriff, der die vermeintliche Position des Betroffenen in der Kontrollkette aufzeigt. Es hat sich gezeigt, dass der kollaborative Copingstil am meisten zur Stressbewältigung beiträgt, der delegierende Stil jedoch Probleme bereiten kann. Einige weitere Copingstile wurden in die Gruppen positiven und negativen Copings zusammengefasst, wobei positives Coping mit besserer und negatives mit schlechterer Stressbewältigung assoziiert ist – als Beispiel für positives Coping kann die aktive Auseinandersetzung mit Belastung und die dabei wahrgenommene Unterstützung Gottes und der religiösen Gemeinschaft angeführt werden. Exemplarisch für negatives Coping sind Passivität sowie Enttäuschung durch und Hadern mit Gott und der religiösen Gemeinschaft [9; 40; 14].

In diesem Rahmen kann auch die Theorie der „erlernten Hilflosigkeit“ des amerikanischen Psychologen Martin Seligman angeführt werden, die besagt, dass die Entwicklung einer Depression auf eine pessimistische Grundeinstellung zurückzuführen sei. Diese Hilflosigkeit wird durch wiederholtes Ausgesetztsein unvorhersehbarer, unerfreulicher Ereignisse gegenüber angeeignet, woraus sich die Überzeugung bildet, der positive Ausgang einer Situation sei unkontrollierbar. Da Religion als solche erklärende Verweise auf Themen wie Leid, Schicksal und Tod gibt, kann dies religiösen Personen eine Möglichkeit bieten mit unkontrollierbaren Ereignissen zurechtzukommen und sie besser zu bewältigen [20].

### **3.3 Die Theorie der religiösen Identität**

Der Psychoanalytiker Erik Erikson definierte 1968 Ich-Identität als „Zuwachs an Persönlichkeitsreife, den das Individuum am Ende der Adoleszenz der Fülle seiner Kindheitserfahrungen entnommen haben muss, um für die Aufgaben des Erwachsenenlebens gerüstet zu sein.“ Ich-Identität sei somit „eine soziale Funktion des Ichs“, die darin bestehe, „die psychosexuellen und psychosozialen Aspekte einer bestimmten Entwicklungsstufe zu integrieren und zu gleicher Zeit die Verbindung der neu erworbenen Identitätselemente mit den schon bestehenden herzustellen.“ [46] Studien zufolge ist eine stärkere Identität verbunden mit festeren religiösen Ansichten, mehr Zivilcourage, mehr Hingabe zu sozialen Themen und lebensbejahenden Werten, besserer Traumabewältigung und geringerem Risiko eine Psychopathologie zu entwickeln. Aus diesen Umständen heraus entwarfen Keyes et al das neuartige Erklärungsmodell der religiösen Identität [16].

Aus der Theorie der symbolischen Interaktion nach Mead ergeben sich zwei wichtige Vor-

aussetzungen, um auf die Beziehung religiöser Identität und geistiger Gesundheit näher einzugehen. Erstens sei das Selbst ein soziales Objekt, das sich aus sozialer Interaktion und den Lebenserfahrungen heraus bilde. Hierzu gibt es Annahmen, dass eine Person so viele Selbst besitzt, wie sie von unterschiedlichen Gesichtspunkten der Gesellschaft aus betrachtet wird – woraus zwangsläufig eine so genannte „multiple role occupancy“ entsteht, deretwegen eine Person je nach Situation unterschiedliche „Masken“ trägt. Beispielsweise verhält sich ein Individuum in seiner Rolle als religiöse Person anders und wird auch anders wahrgenommen als in seiner Rolle als Freund oder Familienmitglied. Zweitens zeige das Selbst mit seinen verschiedenen Identitäten unterschiedliche spezielle Verhaltensweisen mit speziellen ersehnten Ausgängen – mit drei darunterliegenden Motivationsmechanismen: dem Selbstwert (Wunsch nach äußerer und innerer Anerkennung), dem Selbstvertrauen (Wunsch, sich selbst als kompetent und effizient wahrzunehmen) und der Authentizität (Wunsch, seinen Grundwerten bei allen Handlungen treu zu bleiben). Die Pflege dieser drei Triebfedern gehe unter anderem mit besserer körperlicher und psychischer Gesundheit einher [16].

Religiöse Identität ergibt sich also aus der Stellung und der Rolle innerhalb einer religiösen Gruppe und der Art und Weise, wie sich ein Individuum als religiöse Person mit all ihren spirituellen Werten und Ansichten wahrnimmt – mit den gleichen darunterliegenden Motivationsmechanismen, die auch jede andere Identität in ihrem Handeln antreibt. Werden Selbstwert, Selbstvertrauen und Authentizität beispielsweise durch eine positive religiöse Identität bekräftigt, ist mit einem positiven Einfluss auf geistige Gesundheit und demnach eventuell mit einer Abnahme depressiver Symptome zu rechnen. Da religiöse Identität sowohl durch Teilnahme an religiösen Aktivitäten als auch durch private religiöse Praktiken und Ansichten geformt und gestärkt werden kann (wie die Stärkung des Selbstwerts durch ein Gefühl des Vertrauens und unbedingten Angenommenseins in der Beziehung zu Gott oder durch die entgegengebrachte Achtung Mitgläubiger aus der Gemeinschaft), liegt hier eine mögliche Erklärung für die negative Korrelation von häufigen Gottesdienstbesuchen und stärkerer Spiritualität gegenüber Depressionen vor – wobei noch hinzuzufügen ist, dass Keyes et al in ihrer Studie einen größeren protektiven Effekt religiöser Identitäten als anderer Identitäten entdeckten, wie die des Familienmitglieds oder Freundes [16; 9; 35].

### **3.4 Die Theorie der kognitiven Orientierung**

Diese Theorie ist in vielen Punkten der vorhin beschriebenen Copingtheorie ähnlich. Sie

versucht zu beschreiben, warum Spiritualität und Religiosität einen Rahmen bieten können, der gläubigen Menschen hilft mit Schicksalsschlägen oder unerfreulichen Bedingungen umzugehen ohne daran zu zerbrechen. Unter anderem stellt sie dar, dass viele religiöse Überzeugungssysteme Erklärungsmodelle enthalten, die die Welt erklären, wie sie ist und warum – eine Möglichkeit der psychologischen Kompensation für ältere Menschen, die mit steigendem Alter weniger Belohnungselemente aus Arbeit und Familie erhalten, jedoch mit wachsenden Problemen wie Krankheit und Einsamkeit konfrontiert sind. Diese Systeme geben dadurch Orientierung in einer undurchschaubaren, komplexen und daher bedrohlichen Welt und sind somit in der Lage einen Lebenssinn zu generieren, der ohne sie nicht gewonnen werden könnte. Diese Orientierung wiederum entsteht durch religiöse Traditionen mit einem umfangreichen Schatz an Leidenserfahrungen sowie Bewältigungsverhalten, die als externe Schemata für den Betroffenen persönlich adaptierbar sind. Durch die Suche nach einer Lehre von Gott oder die Überlegung, welche Rolle das eigene Leben in einem größeren spirituellen Rahmen einnimmt, werden Akzeptanz, Geduld und Belastbarkeit gefördert. Es besteht allerdings auch die Gefahr, dass sich diese religiösen Wirklichkeitsdeutungen verhärten und in starre und perfektionistische Überzeugungen umwandeln, die rigide an alten Strukturen festhalten und Alternativen kategorisch ausschließen [11; 9; 18; 14].

### ***3.5 Die Theorie der Verhaltensregulierung***

Obwohl Religionen den Rahmen bieten, der eigenen Spiritualität Ausdruck zu verleihen, gibt es auch religiöse Personen, die sich weniger den spirituellen Aspekten zuwenden als vielmehr den Traditionen und Ritualen – also Personen, die eher der extrinsischen Gruppe zuzuordnen wären. Bei jenen Personen ist der zusätzliche Einfluss einer religiösen Verhaltensregulierung zu vermuten [11].

Dass religiöse Überzeugungen teilweise ein geregeltes Verhalten vorschreiben, ist in Bezug auf die geistige Gesundheit ein zweischneidiges Schwert. Konkrete Handlungsanweisungen zu Körperpflege, körperlicher Aktivität, Sexualverhalten, Ernährung und dem Konsum von Substanzen oder dem Ablassen davon wirken sich zweifellos auf die geringeren Alkoholismusprävalenzen und niedrigeren Scheidungsraten bei Religiösen aus. Auch die Aufforderung nach Vergebungsbereitschaft, Altruismus und Nächstenliebe könnte beispielsweise die höhere Ehezufriedenheit erklären. Das am besten untersuchte religiöse Ritual ist die jedoch Meditation, welche Form davon auch immer – es wird berichtet, dass sie

Veränderungen in der Persönlichkeit hervorrufen kann, Spannungen und Angstzustände reduziert und emotionale Höhen und Tiefen stabilisiert. Meditation findet bereits therapeutische Anwendung bei Panikattacken, generalisierter Angststörung, Depression, Schlaflosigkeit und Drogenabhängigkeit sowie bei chronischem Stress [9; 14].

Gefahr bergen religiöse Verhaltensregeln jedoch, wenn dadurch das Gesundheitsverhalten beeinträchtigt wird. Beispielweise kann die Ablehnung medizinischer Behandlungen aus religiösen Gründen bei einigen Sondergemeinschaften, die sich eine Glaubensheilung erhoffen, im Extremfall einen Todesfall nach sich ziehen, der aus medizinischer Sicht vermeidbar gewesen wäre [9].

### **3.6 Die Theorie der alternativen Werte**

In ihrer Zusammenschau zu Depression und Religiosität wiesen Klein und Albani auf einen weiteren Bewältigungsmechanismus hin, den religiöse Personen dank ihres Glaubens haben. Verschiedene Religionen neigen zu Gesellschaftskritik und sehen alternative Wertvorstellungen als ihr höchstes Gut – zum Beispiel Demut, Verzicht statt Macht, soziales Engagement oder Selbstverwirklichung. Indem sich religiöse Personen diese Wertvorstellungen zueigen machen, befreien sie sich vom Stress eines gesellschaftlichen Erfolgs- und Konformitätsdrucks. Da von manchen Religionen auch oft die Würde des Leidenden betont wird, empfinden sie ihr eigenes Leid nicht mehr als Unrecht – ein Aspekt, der schon von zahlreichen Studien bestätigt wurde, in denen schwer- oder todkranke religiöse Menschen über ein anpassungsfähigeres Bewältigungsverhalten verfügten als nichtreligiöse Menschen [9].

### **3.7 Die Stress-Dämpfer-Theorie**

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass Religion ihren protektiven Effekt aufgrund der sozialen Integration und der sozialen Unterstützung hat – und aufgrund verschiedener Methoden mit Stresssituationen umzugehen, die durch zwischenmenschliche Beziehungen oder die Ausübung religiöser Rituale erworben werden [16]. Im Allgemeinen haben die vorangegangenen sechs Erklärungsmodelle gemeinsam, dass durch die adaptiven psychischen Mechanismen das Stressniveau gesenkt und positive Emotionen hervorgerufen werden [9].

Da Religion nun scheinbar ihre Wirkung über Veränderungen der Stressachse ausübt, wurden Theorien formuliert, die den genauen Zusammenhang von Religion und Stress näher zu erläutern versuchen. Die bekannteste Stress-Dämpfer-Theorie stammt von Krause und Tran, die drei Beziehungsmodelle anbieten, von denen jedes einzeln untersucht wurde.

- Das Moderationsmodell: Hier ist die Religiosität der unabhängige Faktor – die Stresswahrnehmung ist jedoch abhängig vom gegenwärtigen Grad der Religiosität.
- Das Unterdrückungsmodell: Hier ist der Grad an religiösem Engagement abhängig von dem erfahrenen Stress. Je stärker der Stress, desto höher die religiöse Aktivität, welche sich wiederum durch die vorhin beschriebenen Mechanismen positiv auf psychische Gesundheit auswirkt.
- Das Ausgleichsmodell: Stress und Religiosität sind zwei voneinander unabhängige Faktoren, die beide einen gegensätzlichen Einfluss auf psychische Gesundheit haben [40].

Betrachtet man die beiden ersten Modelle, wäre anzunehmen, dass Religiosität in ihrer stressdämpfenden Funktion gegen Depressionen nur bei Vorhandensein einer chronischen Belastung oder eines Stressors eine protektive Wirkung hätte. Die Ergebnisse der Untersuchung von Krause und Tran unterstützten jedoch nur das Ausgleichsmodell: der Grad an religiösem Engagement wirkt sich also nur auf die psychische Gesundheit im Allgemeinen, nicht jedoch auf die Stresswahrnehmung aus. Es wäre demnach von einem Primär-Effekt zu sprechen, den die Religiosität auf die depressive Entwicklung hat – unabhängig von einem sekundären Einflussfaktor. Diese Erkenntnis ist vor allem deswegen kontrovers, weil dadurch so gut wie alle alternativen Erklärungsmodelle ad absurdum geführt würden – sie wird aber von der Forschungsgruppe um Leblanc et al unterstützt [20; 40; 21].

Unabhängig von den direkten Wechselwirkungen zwischen Religiosität und Stress, seien sie vorhanden oder nicht, kann man jedoch sagen, dass Glaube und Spiritualität die Belastbarkeit und somit eine „gute Anpassung an erschöpfende Umstände“ unterstützen [10].

### **3.8 Negative Einflüsse**

Da sich auch einige Forscher mit der Aufgabe beschäftigt haben, auf die möglichen negativen Einflüsse von Religiosität auf Depression hinzuweisen, sollen deren Überlegungen in diesem Kapitel vorgestellt werden.

Während Religion oft als Quelle von Trost, Sicherheit und Führung gesehen wird, hat sie bei manchen Personen den Effekt auf die eigene Sündhaftigkeit und die Aussicht auf eine

Strafe Gottes hinzuweisen. Religiöse Ansichten können Schuldgefühle, Selbstzweifel und Scham erzeugen – Eigenschaften, die in der Ätiopathogenese der Depression und Suizidalität eine wichtige Rolle spielen. Außerdem kann sich eine veränderte Wahrnehmung der Ereignisse entwickeln. Beispielweise führen chronische Selbstanschuldigungen dazu, dass negative Ereignisse mit der Zeit als Bestrafung interpretiert werden oder den Zweifel aufkommen lassen, dass die eigenen Sünden jemals vergeben werden. Diese Möglichkeit, verbunden mit der Tatsache, dass negative Informationen ein größeres psychologisches Gewicht haben als positive, deutet also darauf hin, dass sich Religiosität letztendlich auch negativ auf den Stressverarbeitungsprozess auswirken kann und die Stresswahrnehmung verschlimmert [27; 21].

Zu einer Verschlechterung depressiver Symptome führt auch ein distanziertes oder verfeindetes Verhältnis zu Gott im Falle einer religiösen Frustration oder angesichts eines schweren Schicksalsschlages. Die Gefahr der Frustration ist besonders hoch bei Personen mit einem externen „locus of control“, die sich jeglicher Kontrolle enthoben sehen und nun mit einem Ereignis oder einer Situation konfrontiert sind, die sie nicht adäquat bewältigen können. In diesem Fall wirken sich sowohl religiöse Enttäuschung als auch der Kontrollverlust negativ auf den psychischen Zustand aus [27; 11].

Auf sozialer Ebene existieren zahlreiche Konfliktherde – unter anderem bereits dadurch, dass gerade enge Beziehungen, zu denen religiöse Beziehungen immer wieder gezählt werden, mitunter das stärkste Stresspotential beinhalten. Zwist in Glaubensfragen wie die Abgrenzung von Andersgläubigen oder Enttäuschung innerhalb der eigenen Gemeinschaft – wie eventuell durch das Ausbleiben der erhofften Trostes bei Verlust eines Kindes – kann eine tieferschürfende Auswirkung auf geistige Gesundheit haben [31; 27].

Es ist einzuräumen, dass nicht alle Belastungen religiösen Lebens einen schädlichen Charakter haben. Ein gewisser Leidensanteil scheint der Religiosität inhärent zu sein – so ist es Bestandteil der religiösen Entwicklung einen „göttlichen Schmerz“ beim Erkennen der eigenen Sünden oder in Phasen des Zweifels und der Einsamkeit zu spüren. Über diese „positiven Aspekte“ des Schmerzes gibt es jedoch kaum wissenschaftliche Untersuchungen [27].

## 4 Beispielstudie

Ein Hauptteil dieser Diplomarbeit besteht aus einer Studie, die im Laufe eines Jahres auf einer Station an der Universitätsklinik für Psychiatrie Graz durchgeführt wurde und die in diesem Kapitel vorgestellt werden soll. Vorerst wird jedoch noch auf generelle Probleme der Erforschung von „Religiosität“ eingegangen.

### 4.1 Probleme der Erforschung von Religiosität

Die in vielen Punkten widersprüchlichen Ergebnisse in der Forschung zum Thema „Religiosität und Psychischer Gesundheit“ sind zum Teil auf differierende Definitionen des Begriffs Religiosität und dessen Bemessung zurückzuführen. Über 80% der Aussagen, die in psychiatrischen Journalen zum Thema getroffen werden, beziehen sich auf Werte zur Religiosität, die nur mit ein bis drei Fragen erhoben wurden, da der Fokus der entsprechenden Studie oft woanders lag und die Religiosität nur als demographische Variable mit einbezogen wurde. Am häufigsten werden die Religionszugehörigkeit sowie die Anzahl der Teilnahme am Gottesdienst erfragt, gelegentlich auch die Wichtigkeit der Religion im Leben des Befragten oder ob er prinzipiell an Gott oder eine höhere Macht glaube. Es ist jedoch einleuchtend, dass beispielsweise die Religionszugehörigkeit nur eine begrenzte Aussagekraft über die persönliche Bedeutung oder den Inhalt der religiösen Überzeugungen hat, geschweige denn der dazugehörigen Aktivitäten und Erfahrungen. Ebenso gibt die Anzahl der Gottesdienstbesuche nur begrenzt Auskunft über die einzelnen Motive zur Teilnahme (oder die Gründe des Fernbleibens) oder die unterschiedlichen Arten von Gottesdienst. Desweiteren kommt noch hinzu, dass bei erhobenen Fragebögen im Allgemeinen bedacht werden muss, dass jeder Befragte ein einzigartiges Set and Perspektiven und Verzerrungen in seine Antworten einbringt, dem mit keinerlei objektiven Untersuchungsmethoden beizukommen ist. Erst jüngere Studien, in denen Religiosität im Zentrum der Untersuchungen stand, konnten ausgefeiltere Methoden vorweisen [30; 7; 14; 11; 10; 9; 23]. 85% der wissenschaftlichen Erkenntnisse zum Thema beziehen sich auf Daten, die im Rahmen einer Querschnittsstudie erhoben wurden. In einer Querschnittsstudie werden die zu vergleichenden Werte, in diesem Fall Religiosität und depressive Symptome, zum gleichen Zeitpunkt ermittelt. Dies bringt das Problem mit sich, dass unmöglich eine Aussage darüber getroffen werden kann, ob beispielsweise der Glaube die Ursache für oder der Ef-

fekt von geistiger Gesundheit ist, ob die Abwesenheit spiritueller Werte Teilsymptom der Depression oder eine von ihr unabhängige Variable ist. Hierfür würde eine Verlaufsstudie benötigt, die feststellen kann, in welchem Verhältnis sich die beiden Faktoren zueinander verändern – und derer gibt es in der Forschung zu diesem Bereich bei weitem nicht so viele [47; 25; 20].

Ein weiterer Nachteil von Querschnittstudien liegt darin, dass nicht untersucht werden kann, ob eine direkte Verbindung zwischen den Religiosität und Depression besteht oder ob sich die Wirkung über eine dritte Variable entfaltet, die Einfluss auf beide Faktoren hat. Außerdem muss in Betracht gezogen werden, dass die erfragten religiösen Werte nur punktuellen Charakter haben – zahlreiche Studien zu Religiosität im Allgemeinen haben aber gezeigt, dass die Stärke des Glaubens und das Engagement in der Gemeinschaft im Laufe eines Lebens starken Schwankungen unterliegen [35; 41].

Da laut bisherigem Stand der Forschung von einem zwar vorhandenen, aber doch geringen Effekt ausgegangen werden kann, den Religiosität auf Depression hat, ist es fraglich, wie gut diese Effekte in oft kleinen Studienanordnungen mit vergleichsweise wenig Teilnehmern gemessen werden können bzw. wie repräsentativ die gewonnenen Ergebnisse sind [18; 48].

Nicht außer Acht zu lassen sind regionale Unterschiede. Der Großteil der Studien wurde in im so genannten „Bible belt“ der USA durchgeführt, einer Region, die mitunter zu den orthodoxesten der Welt zählt, während westeuropäische Länder zu den am wenigsten orthodoxen Regionen gehören – beispielsweise sind 50% der Holländer kein Mitglied irgendeiner Kirche. Es ist noch nicht geklärt, ob Religiosität in einem großteils säkularen Land den gleichen Einfluss auf geistige Gesundheit hat wie in einem stark religiösen. Über fernöstliche Kulturen oder Kulturen aus dem Mittleren Osten gibt es kaum Daten, was eine Generalisierbarkeit der Erkenntnisse noch weiter einschränkt [23; 15; 33].

Zu guter Letzt ist noch zu bedenken, dass dieser Forschungsbereich zweifellos unter vielen Vorurteilen zu leiden hat, die von den Wissenschaftlern ausgehen, die darin arbeiten – seien es Vorurteile zugunsten von Religiosität oder dagegen. Diese Vorurteile münden in statistischen Verzerrungen wie *publication bias*, *reporting bias* oder *social-desirability-bias*. Daher gilt es objektive wissenschaftliche Analysen von Arbeiten zu differenzieren, die vorbehaltlos alles Positive der Religion unterstreichen oder im anderen Extrem vorhandene Beweise ignorieren, um auf den schädlichen Einfluss des Glaubens hinzuweisen [14; 18].

## 4.2 Studienhypothesen und Zielsetzung

In der vorgestellten Studie sollte die Religiosität von depressiven Patienten, welche sich in stationärer Behandlung auf der Universitätsklinik für Psychiatrie Graz befanden, erhoben und in Zusammenhang mit der Entwicklung ihrer depressiven Symptome während der ersten zwei Wochen ihres Aufenthaltes gebracht werden. Folgende Arbeitshypothesen wurden formuliert:

- 1. Hypothese: Patienten mit höherer Religiosität erleben während ihres stationären Aufenthaltes eine stärkere Verbesserung ihrer Symptomatik als Patienten mit geringer bis gar keiner Religiosität.
- 2. Hypothese: Zwischen den verschiedenen Faktoren der Religiosität besteht ein signifikanter Unterschied in der Verbesserung depressiver Symptomatik.
- 3. Hypothese: Die Depression selbst hat auch einen Einfluss auf die Religiosität.

Die jeweils dazugehörige Nullhypothese ging von einem nicht vorhandenen Unterschied bzw. keinem Einfluss aus. Aufgrund der Ergebnisse der bisherigen wissenschaftlichen Literatur wurde jedoch eine Bestätigung der drei Hypothesen erwartet.

## 4.3 Methoden

Bei dieser Studie handelte es sich um eine offene, kontrollierte Studie, die monozentrisch an der Universitätsklinik für Psychiatrie Graz durchgeführt wurde. Getestet wurden depressive Patienten, die stationär auf die Klinik aufgenommen wurden und in die Teilnahme der Studie einwilligten.

### 4.3.1 Testverfahren

Die Patienten wurden im Rahmen der Routineuntersuchung vom behandelnden Ärzteteam untersucht und bekamen eine Diagnose entsprechend dem ICD-10 sowie eine Beurteilung mithilfe des *Hamilton Depression Rating Scale – HAMD* [49].

Um die Schwere der Depression und deren Verlauf auch auf subjektiver Ebene beurteilen zu können, wurde folgender Test studienspezifisch verwendet:

- *Beck Depression Inventory – BDI* [50]

Folgende Tests wurden studienspezifisch zur Erhebung der Religiosität verwendet:

- *Fragebogen zur Erfassung der Religiosität* nach Kendler et al [48]
- Kurzfragebogen zur Erfassung der Religiosität

#### **4.3.1.1 Hamilton Depression Rating Scale – HAMD**

Hierbei handelt es sich um ein Diagnosewerkzeug zur Fremdbeurteilung der Schwere von Depressionen, welches häufig in klinischen Studien verwendet wird. Die Intensität von 24 depressiven Symptomen wird beurteilt: depressive Stimmung, Schuldgefühle, Selbstgefährdung, Schlafstörungen, depressive Hemmungen, Erregung, psychische Angstsymptome, körperliche Angstsymptome, allgemeine körperliche Symptome, gastrointestinale Symptome, Hypochondrie, Gewichtsverlust, Verlust des Arbeitsinteresses, Krankheitseinsicht [51].

#### **4.3.1.2 Beck Depression Inventory – BDI**

Das Verfahren enthält 21 Items, die sich jeweils auf eine Symptomgruppe der Depressivität beziehen:

- (A) Traurige Stimmung
- (B) Pessimismus
- (C) Versagen
- (D) Unzufriedenheit
- (E) Schuldgefühle
- (F) Strafbedürfnis
- (G) Selbsthass
- (H) Selbstanklagen
- (I) Selbstmordimpulse
- (J) Weinen
- (K) Reizbarkeit
- (L) Sozialer Rückzug und Isolierung
- (M) Entschlussfähigkeit
- (N) Negatives Körperbild
- (O) Arbeitsunfähigkeit
- (P) Schlafstörungen

- (Q) Ermüdbarkeit
- (R) Appetitverlust
- (S) Gewichtsverlust
- (T) Hypochondrie
- (U) Libidoverlust

Jede der 21 Symptomgruppen enthält vier Aussagen. Hier sind in einfachen Sätzen die depressiven Symptome in aufsteigendem Schweregrad und zunehmender Beeinträchtigung beschrieben – die zutreffendste Aussage soll ausgewählt werden.

#### **4.3.1.3 Fragebogen zur Erfassung der Religiosität**

Hierbei handelt es sich um eine abgeänderte Version des Religiositätsfragebogens von Kendler et al. Nach der Übersetzung des Fragebogens wurden manche Fragen an unseren Kulturkreis angepasst, die Items mit Fragemodus verändert zu Aussagen und einheitliche Antwortformate hergestellt.

Der erste Teil umfasst 11 Items, die sich auf soziodemographische Daten, Religionszugehörigkeiten, Kirchenaustritt, Ausmaß von Betzeit, Beichten, Wallfahrten und Gottesdienst beziehen.

Der zweite Teil umfasst 74 Items zu 7 Faktoren der Religiosität, die mit den Kategorien „nie“, „selten“, „manchmal“, „oft“ oder „immer“ zu beantworten sind. Diese 7 Faktoren wurden von Kendler et al aus einer breiten Masse an bereits vorhandenen Bewertungsskalen und Messtechniken herausgearbeitet, um dem vielschichtigen Phänomen der Religiosität mit einer möglichst heterogenen Datenerfassung gerecht zu werden:

- (1) Allgemeine Religiosität (30 Items): bezieht sich auf die persönliche Einbezogenheit des Befragten in spirituellen Angelegenheiten auf täglicher Basis oder zu Krisenzeiten.
- (2) Soziale Religiosität (12 Items): bezieht sich auf den Grad der Interaktion mit anderen religiösen Individuen, Frequenz des Gottesdienstbesuches und Einstellungen gegenüber Substanzmissbrauch.
- (3) Gottesbeziehung (6 Items): bezieht sich auf den Glauben auf eine Gottheit, die aktiv und in positiver Weise in das tägliche Geschehen involviert ist.
- (4) Vergebung/Liebe (7 Items): bezieht sich auf eine besorgte, liebende und vergebende Herangehensweise auf die Welt.
- (5) Gottesgericht (7 Items): bezieht sich wie Faktor 3 auf den Glauben an eine Gottheit

(und beinhaltet auch jedes Mal das Wort „Gott“), hebt aber die urteilende und bestrafende Natur eben dieser hervor. Dieser Faktor spiegelt sich auch in der Bezeichnung „religiöser Konservatismus“.

- (6) Rachelosigkeit (8 Items): bezieht sich auf eine Vergeltung und Rache bevorzugende Grundeinstellung gegenüber der Umwelt. Aus Gründen der Kontinuität wurden die Antworten auf diese Fragen gegenteilig gewertet.
- (7) Dankbarkeit (4 Items): bezieht sich auf Dankbarkeit oder dem Nichtvorhandensein von Zorn gegenüber dem Leben oder Gott.

Der ausformulierte *Fragebogen zur Erfassung der Religiosität* findet sich im Anhang.

#### **4.3.1.4 Kurzfragebogen zur Erfassung der Religiosität**

Dieser Fragebogen enthält nur 5 Items, die dem langen Fragebogen entnommen wurden und die beim zweiten Interview-Durchgang beantwortet werden sollten. Mithilfe dieses Kurzfragebogens sollte die 3. Hypothese überprüft werden (Einfluss der Depression auf die Religiosität). Bei der Auswahl der Fragen wurde insbesondere auf Behauptungen geachtet, die anfällig auf Frustrationen bei ausbleibendem Behandlungserfolg sind – beispielsweise „Ich finde Stärke und Trost in meiner Religion“.

Der für den *Kurzfragebogen zur Erfassung der Religiosität* verwendeten Fragen finden sich fett gedruckt markiert im *Fragebogen zur Erfassung der Religiosität* im Anhang.

#### **4.3.2 Rekrutierungsverfahren**

Die Patienten wurden in der Universitätsklinik für Psychiatrie Graz rekrutiert. Sie waren in stationärer Behandlung und hatten eine depressive Grunderkrankung entsprechend den Kriterien des ICD-10. Sie wurden in einem persönlichen Aufklärungsgespräch durch den behandelnden Arzt über die Möglichkeit der Teilnahme an der Studie informiert. Hatten die Patienten alle relevanten Informationen erhalten und in die Studie eingewilligt, wurden sie in die Studie einbezogen.

#### **4.3.3 Ablauf der Testung**

Nach erfolgter Aufklärung am ersten oder zweiten Tag des Aufenthaltes wurden folgende

Testverfahren durchgeführt: *Beck Depression Inventory*, *Fragebogen zur Erfassung der Religiosität*. Zwei Wochen nach dem ersten Interview wurden folgende Testverfahren durchgeführt: *Beck Depression Inventory*, *Kurzfragebogen zu Erfassung der Religiosität*. Zusätzlich zur Selbstevaluation der Depression wurden noch die Werte des *Hamilton Depression Rating Scale* herangezogen, welche wöchentlich im Rahmen des regulären Stationsalltags von den behandelnden Ärzten erhoben wurden. Verwendet wurden die erste und die dritte reguläre Bewertung nach dem Aufnahmetag.

#### **4.3.4 Auswertung und Datenanalyse**

Die statistische Auswertung Darstellung der Daten erfolgte mit den Programmen SPSS 14.0 und Microsoft Office Excel 2003. Um die Teilnehmer der Studie anhand eines Summenwertes aus den gegebenen Antworten des Religiositätsfragebogens gleichmäßig in eine mehr religiöse und weniger religiöse Gruppe aufzuteilen, wurde ein willkürlicher Summenpunktwert bzw. cutoff-Wert von 200 definiert. Die Religiositätsmittelwerte der Teilnehmer wurden zu den BDI- und HAMD-Werten sowohl stationär als auch im Verlauf der ersten beiden Wochen in Beziehung gesetzt und miteinander verglichen. Die entsprechenden 5 Items aus dem langen Fragebogen wurden mit den 5 Items des Kurzfragebogens verglichen. Folgende statistische Verfahren wurden durchgeführt: Median (M), Mittelwert (MW), Standardabweichung (SA), Pearson-Korrelation, T-Test für unabhängige Stichproben. Die Voraussetzungen für die Pearson-Korrelation und den T-Test wurden mit dem Kolmogorow-Smirnow-Test auf Normalverteilung überprüft.

#### **4.3.5 Risikoabschätzung**

Die Teilnehmer der Studie wurden ausführlich über den Studienverlauf und die Testung aufgeklärt. Ein informatives, eingehendes Gespräch zur Abklärung der Ein- bzw. Ausschlusskriterien wurde vor Studienbeginn durchgeführt. Es bestand kein Risiko für die Patienten (mit Ausnahme einer möglichen Ermüdung während der Testsituation). Es wurde versucht, während der Testung ein angenehmes Klima zu schaffen. Die Testung konnte jederzeit vom Patienten unterbrochen oder abgebrochen werden.

### **4.3.6 Ethische Gesichtspunkte**

Die ermittelten Daten wurden kodiert und unterlagen dem Datenschutz bzw. der Schweigepflicht.

Bezüglich der Relevanz des Themas ist zu sagen, dass es im europäischen Raum bezüglich der Korrelation von Depression und Religiosität nur wenig vorhandene Literatur gibt. Die Bestätigung der drei Hypothesen kann den Grundstein für ausführlichere Studien zu diesem Thema legen. Sollte sich die Religiosität bei depressiven religiösen Personen wirklich als maßgebliche Ressource herausstellen, wird die Einbindung dieses Faktor in das reguläre Therapieprogramm diskutierenswert.

### **4.3.7 Einschlusskriterien**

Eingeschlossen wurden alle einwilligungsfähigen, an der Universitätsklinik für Psychiatrie stationär aufgenommenen Frauen und Männer im Alter von 18-90 Jahren mit einem Hamilton Depression Rating Scale von >15 am Tag der stationären Aufnahme, die eine der folgenden Diagnosen aus dem ICD-10 erfüllen:

- Leichte depressive Episode
- Mittelgradige depressive Episode
- Schwere depressive Episode
- Depressive Episode im Rahmen einer bipolar affektiven Störung
- Rezidivierende depressive Episode
- Anpassungsstörung
- Dysthymie

### **4.3.8 Ausschlusskriterien**

Ausschlusskriterien waren fehlende Einwilligungsfähigkeit, sonstige schwere Erkrankungen mit hohem Leidensdruck, sowie Drogen-, Alkohol- und/oder Medikamentenmissbrauch. Es wurden keine Patienten vom geschützten Bereich mit hoher Suizidalität in die Studie eingeschlossen.

### **4.3.9 Remuneration**

Da die Studie nicht finanziell gesponsert wurde, konnte den Patienten keine finanzielle Abgeltung gezahlt werden.

## **4.4 Ergebnisse**

24 Patienten gaben ihre Einverständniserklärung zur Teilnahme an der Studie ab. 15 davon nahmen am ersten Interview teil – ihre Daten konnten für die stationäre Vergleichsanalyse von Religiosität und BDI bzw. HAMD verwendet werden. Nur noch 8 Patienten nahmen auch am zweiten Interview teil – deren Daten wurden für die Verlaufsanalysen herangezogen. Die 7 Patienten, die nur am ersten Interview teilnahmen, wurden zur statistischen Auswertung mit „Gruppe 1“ bezeichnet. Die 8 Patienten, die an beiden Interviews teilnahmen, wurden mit „Gruppe 2“ bezeichnet. Unter den weniger religiösen befanden sich 3 Frauen und 4 Männer, unter den mehr religiösen 7 Frauen und ein Mann. Die Altersspanne umfasste 24 bis 75 Jahre, wobei 8 der Teilnehmer älter als 50 Jahre waren (siehe Tabelle 1).

Die Summenwerte des BDI aller Teilnehmer der Gruppe 2 ergaben beim 1. Interview einen MW von 23,3 (M = 21,0; SA = 6,9), beim 2. Interview einen MW von 10,9 (M = 11,5; SA = 6,7). Nach Durchführung des T-Test für unabhängige Stichproben konnte kein signifikanter Unterschied festgestellt werden (siehe Tabelle 2, 3 und 4 im Anhang).

Die Summenwerte des HAMD aller Teilnehmer der Gruppe 2 ergaben beim 1. Interview einen MW von 23,9 (M = 24,5; SA = 9,9), beim 2. Interview einen MW von 19,6 (M = 19,0; SA = 6,3). Nach Durchführung des T-Test konnte kein signifikanter Unterschied festgestellt werden (siehe Tabelle 2, 3 und 4 im Anhang).

### **4.4.1 1. Hypothese**

Getestet wurde, ob sich die Anzahl der depressiven Symptome bei mehr religiösen Personen innerhalb von zwei Wochen stärker verringert als bei weniger depressiven. Diese Analyse wurde mit der Gruppe 2 durchgeführt.

**Tabelle 1: Zusammenfassung aller Teilnehmer**

Case Summaries<sup>a</sup>

Religiösität	group	Geschlecht	Alter in Jahren	Hamilton Summenscore davor	Hamilton Summenscore danach	sum BDI	sum rBDI	sum r	sum short r	sum short rV	
weniger religiös	1	männlich	24	24	.	9	.	156	13	.	
		männlich	59	32	30	24	.	159	6	.	
		weiblich	75	24	22	20	.	179	16	.	
		Total N	3	3	2	2	3	.	3	3	.
		Mean	1,67	52,67	28,00	26,00	17,67	.	164,67	11,67	.
		Median	2,00	59,00	28,00	26,00	20,00	.	159,00	13,00	.
		Std. Deviation	,577	26,083	5,657	5,657	7,767	.	12,503	5,132	.
		Variance	,333	680,333	32,000	32,000	60,333	.	156,333	26,333	.
	2	1	weiblich	47	31	13	21	12	148	8	6
		2	weiblich	58	24	23	34	13	162	7	14
		3	männlich	55	15	12	20	8	191	11	13
		4	männlich	60	25	27	18	23	191	14	11
		Total N	4	4	4	4	4	4	4	4	4
		Mean	1,50	55,00	23,75	18,75	23,25	14,00	173,00	10,00	11,00
		Median	1,50	56,50	24,50	18,00	20,50	12,50	176,50	9,50	12,00
		Std. Deviation	,577	5,715	6,602	7,411	7,274	6,377	21,556	3,162	3,559
	Variance	,333	32,667	43,583	54,917	52,917	40,667	464,667	10,000	12,667	
mehr religiös	1	weiblich	52	25	17	0	.	241	20	.	
		weiblich	60	22	.	0	.	249	15	.	
		weiblich	48	.	.	5	.	276	23	.	
		weiblich	43	.	.	38	.	305	24	.	
	Total N	4	4	2	1	4	.	4	4	.	
		Mean	1,00	50,75	23,50	17,00	10,75	.	267,75	20,50	.
		Median	1,00	50,00	23,50	17,00	2,50	.	262,50	21,50	.
		Std. Deviation	,000	7,182	2,121	.	18,319	.	28,999	4,041	.
		Variance	,000	51,583	4,500	.	335,583	.	840,917	16,333	.
	2	1	weiblich	29	26	16	16	11	208	15	11
		2	weiblich	37	41	27	22	6	213	16	19
		3	weiblich	44	8	.	34	14	254	16	20
		4	männlich	35	21	19	21	0	340	23	24
Total N		4	4	4	3	4	4	4	4	4	
		Mean	1,25	36,25	24,00	20,67	23,25	7,75	253,75	17,50	18,50
		Median	1,00	36,00	23,50	19,00	21,50	8,50	233,50	16,00	19,50
		Std. Deviation	,500	6,185	13,638	5,686	7,632	6,131	61,081	3,697	5,447
	Variance	,250	38,250	186,000	32,333	58,250	37,583	3730,917	13,667	29,667	

a. Limited to first 100 cases.

Die BDI-Summenwerte der Gruppe der mehr religiösen Patienten lagen beim 1. Interview bei einem MW von 23,3 (M = 21,5; SA = 7,6), beim 2. Interview bei einem MW von 7,8 (M = 8,5; SA = 6,1). Bei der Gruppe der weniger religiösen Patienten lagen sie zuerst bei einem MW von 23,3 (M = 20,5; SA = 7,3), danach bei einem MW von 14,0 (M = 12,5; SA = 6,4). Die stärker religiöse Gruppe zeigte eine Verringerung des BDI-Wertes von 15,5, die weniger religiöse Gruppe eine Verringerung von 9,3 (siehe Abbildung 1). Der T-Test ergab für den BDI nur bei den mehr religiösen einen signifikanten Unterschied ( $p < 0,05$ ) hinsichtlich des ersten und zweiten Erhebungszeitpunktes (siehe Tabelle 3 im Anhang).

Die HAMD-Summenwerte der Gruppe der mehr religiösen Patienten lagen am Anfang bei einem MW von 24,0 (M = 23,5; SA = 13,6), in weiterer Folge bei einem MW von 20,7 (M = 19,0; SA = 5,7). Die Gruppe der weniger religiösen Patienten zeigte zuerst einen MW von 23,8 (M = 24,5; SA = 6,6) und schließlich einen MW von 18,8 (M = 18,0; SA = 7,4). Die stärker religiöse Gruppe verringerte sich also um 3,3 Punkte, die weniger religiöse um 5,0 Punkte (siehe Abbildung 2). Der T-Test ergab für den HAMD weder bei den mehr noch bei den weniger religiösen einen signifikanten Unterschied ( $p < 0,05$ ) hinsichtlich des ersten und zweiten Erhebungszeitpunktes. Die Anzahl der Teilnehmer ist wahrscheinlich

zu gering, um einen signifikanten Unterschied zu erhalten (siehe Tabelle 4 im Anhang).

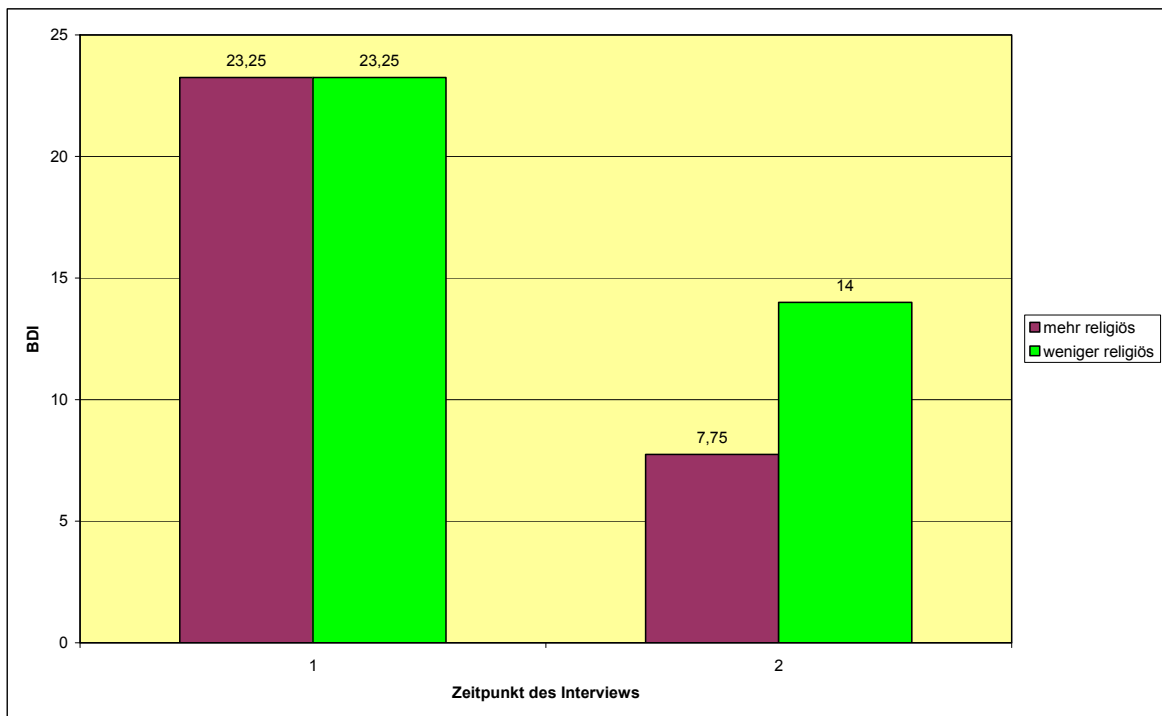


Abbildung 1: Verlauf Religiosität / BDI

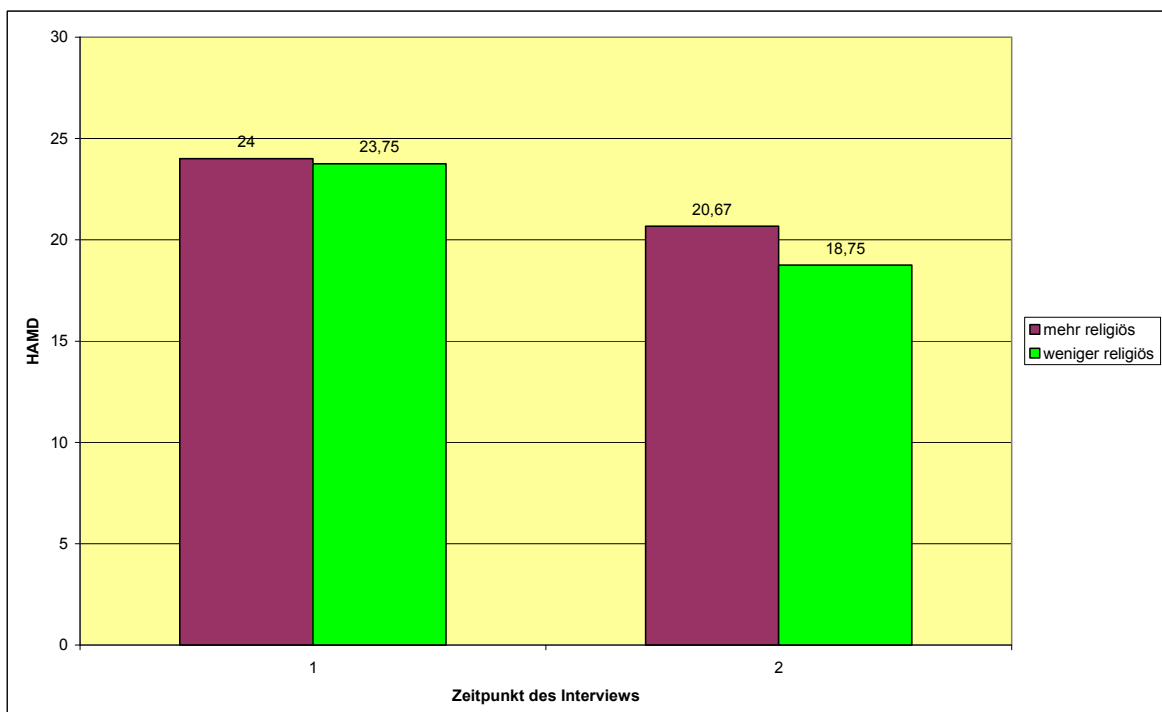


Abbildung 2: Verlauf Religiosität / HAMD

Die 1. Hypothese kann mit dieser Studie aufgrund mangelnder Datenmenge also weder bestätigt noch zurückgewiesen werden.

#### 4.4.2 2. Hypothese

Zur Überprüfung der 2. Hypothese müssen die mehr religiösen Patienten der Gruppe 2 verwendet werden, da hier ein Unterschied zwischen den verschiedenen Faktoren der Religiosität in Bezug auf den Verlauf depressiver Symptome untersucht werden soll. Da es jedoch 7 Untergruppen der Religiosität gibt, in die das zu untersuchende Patientengut zu diesem Zweck unterteilt werden müsste, in der entsprechenden Gruppe jedoch nur 4 Patienten zu finden sind, ist es nicht möglich eine Aufteilung in entsprechende Untergruppen vorzunehmen.

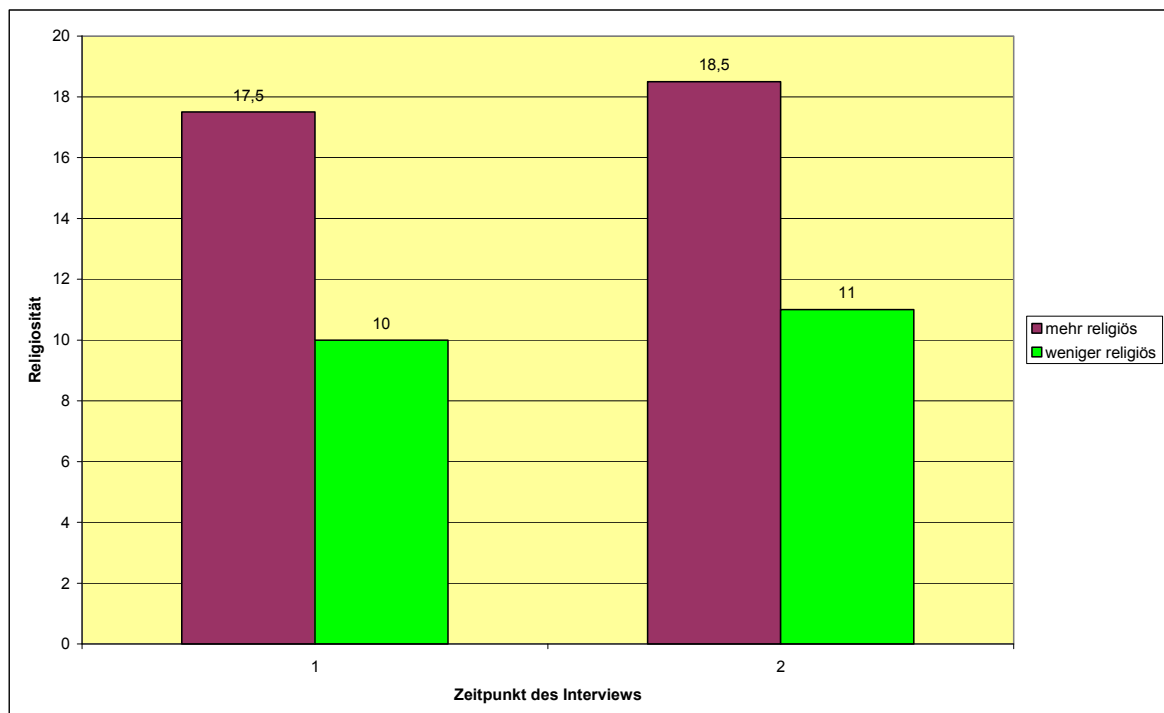


Abbildung 3: Verlauf Religiosität

#### 4.4.3 3. Hypothese

Für die 3. Hypothese sollte überprüft werden, ob sich die Summenwerte von 5 Items des Religiositätsfragebogens zwischen dem ersten und dem zweiten Mal nach Besserung der Depression verändern.

Die Religiositäts-Summenwerte der stärker religiösen Gruppe lagen beim 1. Interview bei einem MW von 17,5 ( $M = 16,0$ ;  $SA = 3,7$ ) und beim 2. Interview bei einem MW von 18,5 ( $M = 19,5$ ;  $SA = 5,4$ ). Die Summenwerte der weniger religiösen Gruppe lagen zu Beginn bei einem MW von 10,0 ( $M = 9,5$ ;  $SA = 3,2$ ), beim 2. Mal bei einem MW von 11,0 ( $M = 12,0$ ;  $SA = 3,6$ ). Somit kam es bei beiden Gruppen zu einem Anstieg der Religiosität um

1,0 Punkte (siehe Abbildung 3). Nach Durchführung des T-Tests für den Religiositätsfragebogen konnte kein signifikanter Unterschied ( $p < 0,05$ ) zwischen dem ersten und dem zweiten Zeitpunkt festgestellt werden. Die Anzahl der Teilnehmer ist wahrscheinlich auch hier zu gering, um einen signifikanten Unterschied zu erhalten (siehe Tabelle 5 im Anhang).

Die 3. Hypothese kann mit dieser Studie aufgrund mangelnder Datenmenge also weder bestätigt noch zurückgewiesen werden.

#### 4.4.4 Religiosität und Depression stationär

Hier wurden die Religiositäts-Daten der Gruppe 1 und der Gruppe 2 gesammelt mit deren jeweiligem Schweregrad der Depression beim 1. Interview – sowohl subjektiv mittels BDI als auch objektiv mittels HAMD – in Beziehung gesetzt.

Es zeigte sich, dass stärkere Religiosität mit einem höheren subjektiven Schweregrad der Depression einherging (siehe Abbildung 4).

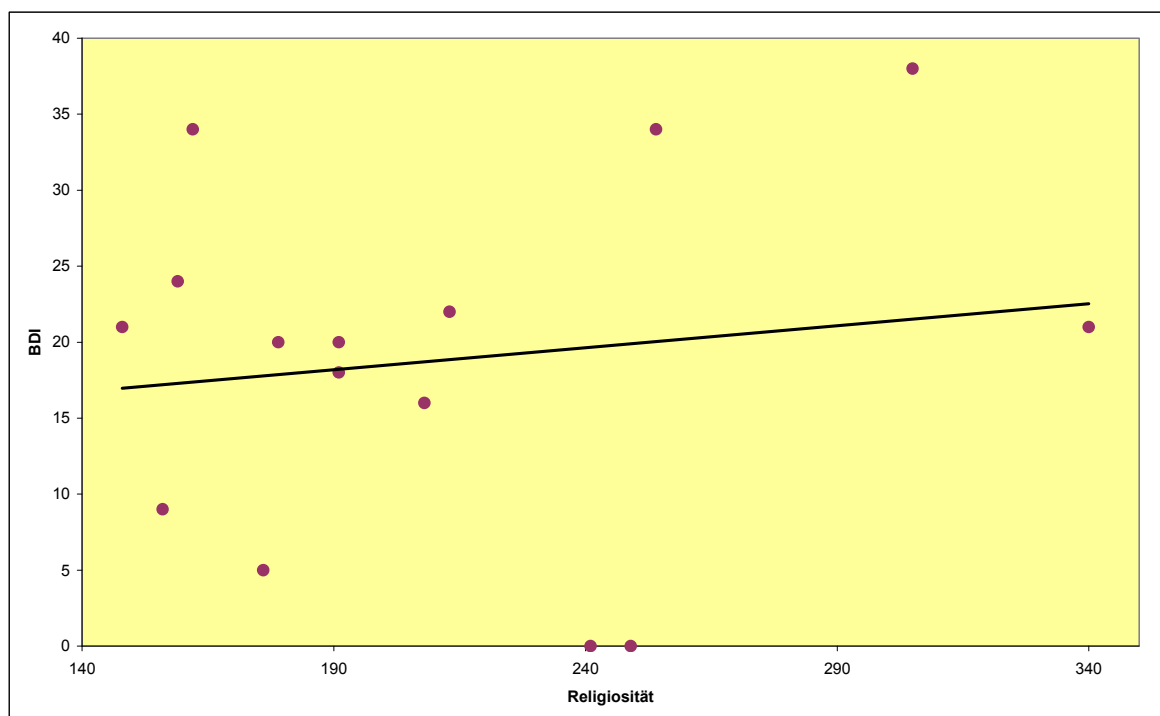


Abbildung 4: Religiosität / BDI stationär

Bezogen auf die objektive Ebene ging ein höherer Grad an Religiosität jedoch mit einem geringeren Schweregrad an Depression einher (siehe Abbildung 5). Für beide Korrelationen zeigte sich, dass dieses Ergebnis nicht signifikant von Null abweicht und damit nicht interpretierbar ist.

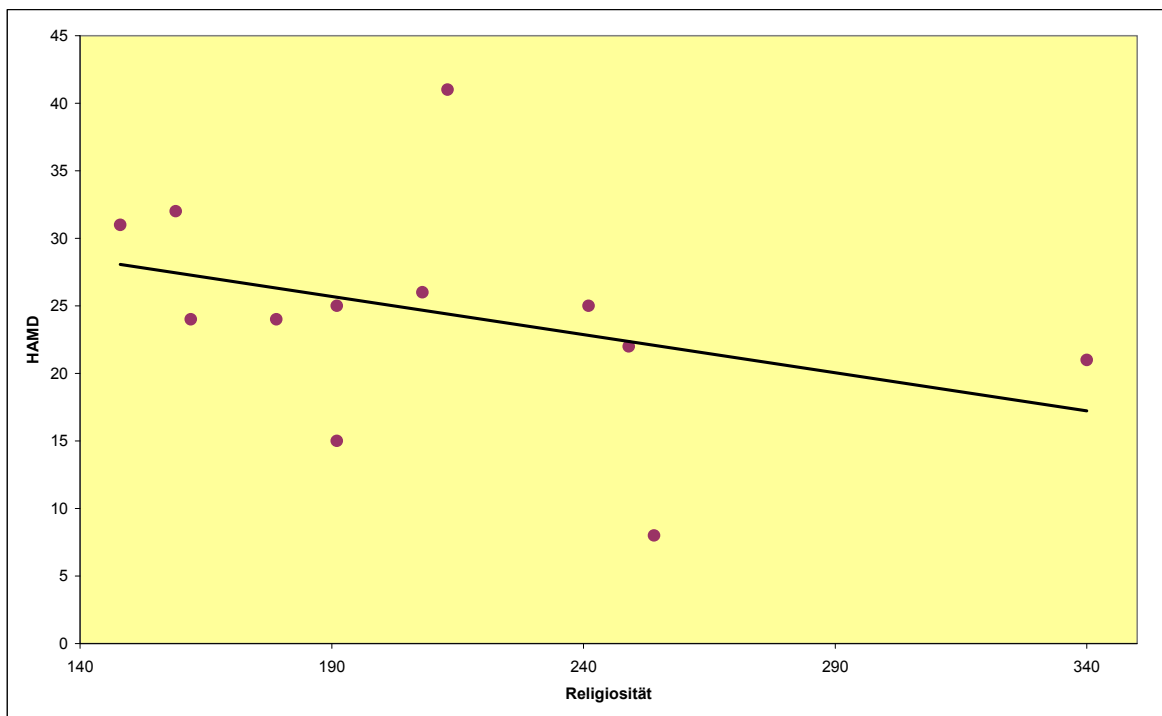


Abbildung 5: Religiosität / HAMD stationär

## 4.5 Einschränkungen

In Kapitel 4.1 wurden die Probleme in der Erforschung der Religiosität aufgezeigt. Anhand dieser sollte der neue Ansatz in der vorliegenden Studie verdeutlicht werden. So wurde beispielsweise in erster Linie auf die Erfassung eines Verlaufes in der Beziehung von Religiosität und Depression Wert gelegt, da bei stationären Korrelationen keine Rückschlüsse auf Ursache und Wirkung gezogen werden können. Ebenso wurde auf einen Religiositätsfragebogen zurückgegriffen, der eine Vielzahl von Eigenschaften der Religiosität erfasst anstatt sich auf allgemeine Angaben zu beschränken, um eine größere Heterogenität in den verschiedenen Faktoren herzustellen und somit das Phänomen Religiosität genauer umschreiben zu können. Diese Studie war Einschränkungen unterworfen, die zum einen durch einen anderen Planungsansatz vermieden hätten werden können oder sich zum anderen erst im Laufe der Durchführung ergaben.

Am augenscheinlichsten ist die Anzahl der Testpersonen, die leider geringer als erwartet geblieben ist – bedingt auch durch das zeitliche Limit, das eine Diplomarbeit mit sich bringt. Wie bereits in Kapitel 4.4 dargestellt, ist die Zahl von 8 Personen, die für Verlaufsberechnungen herangezogen werden, viel zu gering, um statistisch signifikante Aussagen zu treffen. Hierfür würden mehrere hundert Teilnehmer benötigt, um Effekte aufzuzeigen,

die aufgrund der bisherigen Literatur ohnehin nur in geringem Umfang zu erwarten sind. Ein weiteres Problem ist die Auswahl der Patienten – es wurden alle Patienten im Alter von 18 bis 90 Jahre eingeschlossen, ungeachtet des Geschlechts oder einer etwaigen sozialen Schicht, die alle jeweils ein wichtiger Einflussfaktor auf die Beziehung von Religiosität und Depression sein können. Die Aussage wird umso genauer, je genauer die Zielgruppe eingegrenzt wird. In diese Studie miteinbezogen wurden alle Patienten mit einer affektiven Erkrankung depressiver Ausprägung. Es muss jedoch natürlich erwähnt werden, dass Patienten mit einer Anpassungsstörung Religiosität auf ganz andere Weise für sich nutzen könnten als Patienten, die sich gegenwärtig in einer depressiven Phase ihrer bipolaren Erkrankung befinden, oder gar Patienten mit einer medikamentös induzierten Depression. Außerdem ist der untersuchte Zeitraum von zwei Wochen nur sehr kurz – Verlaufsstudien, die über mehrere Monate oder Jahre hinaus reichen, sind anzustreben.

Auch statistische Einschränkungen waren vorhanden. Der modifizierte Religiositätsfragebogen nach Kendler et al ist zweifelsohne ein guter Ansatz, um Religiosität in ihren unterschiedlichen Ausprägungen zu untersuchen – es gibt jedoch keinerlei Tests über die Validität und Aussagekraft des Fragebogens, wie sie bei den bekannten Depressionstests wie BDI und HAMD sehr wohl vorliegen, weshalb man sich bei der Auswertung der Fragebögen streng genommen nur auf deskriptive Statistik beschränken kann. Die Aufteilung in religiöse und nicht religiöse Patienten erwies sich als schwierig, da der Fragebogen in seiner ursprünglichen Form für eine solche Splittung nie vorgesehen war. Statt der Durchführung eines Mediansplits wurde der Cutoff erst definiert, als die Ergebnisse der Patienten bereits bekannt waren, um zwei von der Größe her vergleichbare Kollektive zu bilden – diesmal jedoch mit „mehr“ und „weniger religiös“ gekennzeichnet. Diese Maßnahme wurde getroffen, um trotz der geringen Patientenzahl eine Aussage treffen zu können – vorzuziehen wäre jedoch eine Definition des Cutoffs vor Erhebung der Daten. Ein zusätzliches Problem stellt die unterschiedliche Gewichtung der 7 Faktoren der Religiosität in der Anzahl der Items dar. So ist die Aussage, die über „Dankbarkeit“ getroffen werden kann, mit nur 4 Items weit fehleranfälliger als die Aussage, die mit 30 Items über „Allgemeine Religiosität“ getroffen werden kann. Idealerweise wird jeder Faktor mit der gleichen Anzahl an Items überprüft.

Der Kurzfragebogen mit nur 5 Items wurde entworfen, um selektiv die frustrationsanfälligen Aspekte der Religiosität zu untersuchen. Mit der neuerlichen Erhebung des gesamten Religiositätsfragebogens beim 2. Interview könnte aber natürlich eine viel größere Aussage erzielt werden.

## 5 Diskussion

Aufgrund der kaum vorhandenen Signifikanz der Ergebnisse und der sehr geringen Patientenzahl ist es eigentlich nicht möglich, eventuelle Trends aus den Auswertungen herauszulesen. Die Ergebnisse widersprachen den Erwartungen zu Hypothese 1 nicht – in der vorgestellten Studie wiesen die mehr religiösen Patienten eine statistisch signifikante Verbesserung der Depression im subjektiven Bereich auf, die weniger religiösen jedoch nicht. Im objektiven Bereich zeigte sich allerdings weder bei mehr noch bei weniger religiösen Patienten eine signifikante Verbesserung, wodurch die 1. Hypothese nicht mit Sicherheit bestätigt werden kann. Ebenso ging der Rückgang der Depression mit einer geringgradig höheren Religiosität einher – sowohl bei den mehr als auch bei den weniger religiösen. Ein interessantes Detail ist, dass in den vorliegenden Daten höhere Religiosität mit geringerer subjektiv empfundener, jedoch höherer objektiver Depression einhergeht. All diese Ergebnisse können jedoch auch rein zufällig zustande gekommen sein und müssten im Rahmen größerer Studien erneut untersucht, um verifiziert oder falsifiziert zu werden.

### 5.1 Schlussfolgerungen

Bezüglich der in dieser Diplomarbeit vorgestellten Forschungsergebnisse lässt sich folgendes zusammenfassen:

- Die Beziehung von Religiosität zu psychischer Gesundheit ist ein umstrittenes und mit zahlreichen Problemen behaftetes Forschungsgebiet.
- Depressiv Erkrankte profitieren stärker von einem höheren Grad an Religiosität als einem niedrigeren.
- Intrinsische Religiosität wirkt depressiven Symptomen entgegen. Bei extrinsischer Religiosität herrscht Uneinigkeit bezüglich der Depression, ein protektiver Effekt bei Suchterkrankungen wird jedoch anerkannt.
- Religiosität spielt eine wichtige Rolle als protektiver Faktor bei Suizidalität.
- Es gibt Geschlechtsunterschiede bei der Wirkung von Religiosität auf depressive Symptome. Zum Umgang mit Stresssituationen stützen sich Frauen eher auf ihren Glauben als Männer.
- Der Zusammenhang von Religiosität und Depression kann durch mehrere Mechanismen erklärt werden. Der wichtigste Mechanismus ist der verbesserte Umgang mit äußeren Stressoren, zum einen durch Eingebundenheit in ein soziales Netz oder

durch ein breites Angebot an Bewältigungsstrategien und Erklärungsmodellen oder durch Aufrechterhaltung der religiösen Identität.

## **5.2 Klinische Implikationen**

In Anbetracht der vorliegenden Aussagen lassen sich mehrere klinische Implikationen formulieren. Zunächst ist es wichtig, dass Behandler im medizinisch-psychiatrischen Bereich um die Bedeutung von Religiosität in Bezug auf Depressionen Bescheid wissen. Um dieses Wissen aber auch nutzen zu können, bedarf es eines gewissen Überblicks über religiöse und weltanschauliche Gruppen und deren Überzeugungen sowie eines vorurteilsfreien Zugangs, ohne andere als die eigenen Überzeugungen zu pathologisieren [9].

Ein Einbezug der Religiosität in den klinischen Alltag macht vor allem dann Sinn, wenn Religiosität im Leben des Patienten einen besonderen Platz einnimmt. Die Aufnahme einer neuen diagnostischen Kategorie namens „Religiöses oder spirituelles Problem“ in das DSM-IV ist bereits Hinweis auf eine bereits erhöhte Sensitivität in Bezug auf diese Thematik. Zur Exploration religiöser Inhalte schlugen Klein und Albani die Erfragung von „Inhalten“ und „Zentralität“ vor, im Sinne von:

- “Welche religiösen und weltanschaulichen Überzeugung und Werthaltungen hat der Patient?“ – Inhalte
- „Welche Bedeutung haben sie für Denken, Fühlen und Handeln des Patienten, für sein Selbstbild und seine Beziehungssysteme?“ – Zentralität

Moreira-Almeida et al fügten als zu erfragenden Punkt noch hinzu, ob der Patient gegenwärtig von spirituellen Problemen oder Sorgen geplagt wird und ob er sich in einer supportiven Gemeinschaft befindet bzw. welche Erfahrungen er bisher mit einer solchen Gemeinschaft gemacht hat. Gibt es religiöse Ansichten, die mit einer bestimmten medizinischen Behandlung unvereinbar wären? Nach Exploration all dieser Fragen kann schließlich die abschließende Überlegung gemacht werden, welche Bedeutung die religiösen Anliegen und Bedürfnisse des Patienten somit insgesamt in der Behandlung haben sollen. Es ist bekannt, dass je ausgeprägter die zum Beispiel christliche Identifikation eines Patienten und je wörtlicher sein Bibelverständnis ist, desto kritischer ist er bezüglich der Verhaltens seines Therapeuten und desto größer ist seine Erwartung, dass Religiosität in Form von Gebeten oder Bibelziten Bestandteil der Therapie ist [9; 14].

Bezüglich des Einbezugs von Religiosität in die psychiatrisch-psychotherapeutische Therapie gibt es bereits Behandlungsmodelle von Sperry und Shafranske, welche aus bekann-

ten Therapiemodalitäten wie kognitiv-behavioreller Verhaltenstherapie, interpersoneller oder psychodynamischer Therapie abgeleitet wurden und auch bereits Erfolge bei der Behandlung von Depressionen und Angsterkrankungen zeigten (diese Behandlungen wurden auch erfolgreich von nicht religiösen Therapeuten durchgeführt). Beispielweise profitierten gläubige Muslime, die sich wegen Depressionen und Angststörungen in Behandlung befanden, stärker von der Behandlung als weniger religiöse Patienten, wenn religiöse Elemente wie Lesen in heiligen Schriften, Gebete und Diskussionen über Glaubensinhalte miteinbezogen wurden [13; 14; 9].

Ein wichtiger Punkt für die psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung ist der „Ausschluss der Transzendenz“. Eine empirisch gestützte Behandlung darf nicht von der Frage beeinflusst sein, ob Gott oder andere höhere Mächte direkten Einfluss auf den Behandlungsausgang ausüben – die Frage nach religiöser Wahrheit ist somit eine individuelle und nicht Teil der therapeutischen Behandlungsaufgabe [9].

Die Eröffnung der eigenen religiösen Vorstellungen und Überzeugungen sollte gegenüber dem Patienten, wenn überhaupt, erst nach sorgfältiger Exploration seiner Ansichten erfolgen, um eine gute Beziehung aufrechtzuerhalten – noch dazu als es sich hier um ein Thema handelt, bei dem niemand eine absolute Wahrheit vertreten kann, worauf auch bei einer eventuellen Meinungsäußerung hingewiesen werden sollte [9].

Wie bereits vorhin erwähnt, bedarf es eine vorurteilsfreien Zuganges zur Thematik – gegebenenfalls einer Supervision und Austausch zwischen den Vertretern der Landesorganisationen von Behandlern und Vertretern religiöser Gruppen, da sich Behandler mitunter angegriffen oder entwertet fühlen, wenn der Patient noch weitere Hilfsangebote in Anspruch nimmt, die seine spirituellen Bedürfnisse in den Mittelpunkt stellen [9].

Obgleich Religiosität gläubigen Patienten mehrheitlich nützlich ist, bleibt nicht außer Acht zu lassen, dass religiöse Belastungen genauso klinische Aufmerksamkeit erfordern können wie Belastungen anderer Herkunft [27].

Abschließend bleibt die Forderung nach weiteren und genaueren Untersuchungen der Beziehung von Religiosität in Bezug auf psychiatrische Erkrankungen, vor allem in Hinblick auf eine mögliche therapeutische Umsetzbarkeit der Erkenntnisse [24].

## Literaturverzeichnis

1. World Health Organisation. *Mental Health and Disorders Management*. [http://www.who.int/mental\\_health/management/depression/definition/en/](http://www.who.int/mental_health/management/depression/definition/en/). 18.12.2009
2. Hassed CS: Depression: dispirited or spiritually deprived? *Med J Aust*. 2000 Nov 20;173(10):545-7.
3. King DA, Lyness JM, Duberstein PR, He H, Tu XM, Seaburn DB: Religious involvement and depressive symptoms in primary care elders. *Psychol Med*. 2007 Dec;37(12):1807-15. Epub 2007 May 14.
4. Kasper S, Kapfhammer HP, Kalousek M: Suizidalität Konsensus Statement – State of the art 2005. *ClinicumPsy* 2005 Nov:1-20
5. Malone KM, Oquendo MA, Haas GL, Ellis SP, Li S, Mann JJ: Protective factors against suicidal acts in major depression: reasons for living. *Am J Psychiatry*. 2000 Jul;157(7):1084-8.
6. Robison J, Curry L, Gruman C, Covington T, Gaztambide S, Blank K: Depression in later-life Puerto Rican primary care patients: the role of illness, stress, social integration, and religiosity. *Int Psychogeriatr*. 2003 Sep;15(3):239-51.
7. Kendler KS, Gardner CO, Prescott CA: Religion, psychopathology, and substance use and abuse; a multimeasure, genetic-epidemiologic study. *Am J Psychiatry*. 1997 Mar;154(3):322-9.
8. Koenig HG, George LK, Titus P, Meador KG: Religion, spirituality, and acute care hospitalization and long-term care use by older patients. *Arch Intern Med*. 2004 Jul 26;164(14):1579-85.
9. Klein C, Albani C: Religiousness and mental health. An overview about findings, conclusions, and consequences for clinical practice. *Psychiatr Prax*. 2007 Mar;34(2):58-65.
10. Cotton S, Larkin E, Hoopes A, Cromer BA, Rosenthal SL: The impact of adolescent spirituality on depressive symptoms and health risk behaviors. *J Adolesc Health*. 2005 Jun;36(6):529.
11. Nelson CJ, Rosenfeld B, Breitbart W, Galietta M: Spirituality, religion, and depression in the terminally ill. *Psychosomatics*. 2002 May-Jun;43(3):213-20.
12. McClain-Jacobson C, Rosenfeld B, Kosinski A, Pessin H, Cimino JE, Breitbart W: Belief in an afterlife, spiritual well-being and end-of-life despair in patients with advanced cancer. *Gen Hosp Psychiatry*. 2004 Nov-Dec;26(6):484-6.
13. Desrosiers A, Miller L: Relational spirituality and depression in adolescent girls. *J Clin Psychol*. 2007 Oct;63(10):1021-37.
14. Moreira-Almeida A, Neto FL, Koenig HG: Religiousness and mental health: a review. *Rev Bras Psiquiatr*. 2006 Sep;28(3):242-50. Epub 2006 Aug 15.
15. Koenig HG, George LK, Peterson BL: Religiosity and remission of depression in medically ill older patients. *Am J Psychiatry*. 1998 Apr;155(4):536-42.
16. Keyes CL, Reitzes DC: The role of religious identity in the mental health of older working and retired adults. *Aging Ment Health*. 2007 Jul;11(4):434-43.
17. Pickard JG: The relationship of religiosity to older adults' mental health service use. *Aging Ment Health*. 2006 May;10(3):290-7.
18. Van Ness PH, Larson DB: Religion, senescence, and mental health: the end of life is not the end of hope. *Am J Geriatr Psychiatry*. 2002 Jul-Aug;10(4):386-97.
19. Daaleman TP, Kaufman JS: Spirituality and depressive symptoms in primary care outpatients. *South Med J*. 2006 Dec;99(12):1340-4.
20. Braam AW, Beekman AT, Deeg DJ, Smit JH, van Tilburg W: Religiosity as a protective or prognostic factor of depression in later life; results from a community survey in The Netherlands. *Acta Psychiatr Scand*. 1997 Sep;96(3):199-205.
21. Leblanc AJ, Driscoll AK, Pearlin LI: Religiosity and the expansion of caregiver stress. *Aging Ment Health*. 2004 Sep;8(5):410-21.

22. Miller L, Warner V, Wickramaratne P, Weissman M: Religiosity as a Protective Factor in Depressive Disorder. *Am J Psychiatry*. May 1999;156(5): 808-9; comment 809-10.
23. Abbotts JE, Williams RG, Sweeting HN, West PB: Is going to church good or bad for you? Denomination, attendance and mental health of children in West Scotland. *Soc Sci Med*. 2004 Feb;58(3):645-56.
24. Parker M, Lee Roff L, Klemmack DL, Koenig HG, Baker P, Allman RM: Religiosity and mental health in southern, community-dwelling older adults. *Aging Ment Health*. 2003 Sep;7(5):390-7.
25. Brown SL, Nesse RM, House JS, Utz RL: Religion and emotional compensation: results from a prospective study of widowhood. *Pers Soc Psychol Bull*. 2004 Sep;30(9):1165-74.
26. Yi MS, Mrus JM, Wade TJ, Ho ML, Hornung RW, Cotton S, Peterman AH, Puchalski CM, Tsevat J: Religion, spirituality, and depressive symptoms in patients with HIV/AIDS. *J Gen Intern Med*. 2006 Dec;21 Suppl 5:S21-7.
27. Exline JJ, Yali AM, Sanderson WC: Guilt, discord, and alienation: the role of religious strain in depression and suicidality. *J Clin Psychol*. 2000 Dec;56(12):1481-96.
28. Strawbridge WJ, Shema SJ, Cohen RD, Roberts RE, Kaplan GA: Religiosity buffers effects of some stressors on depression but exacerbates others. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*. 1998 May;53(3):S118-26.
29. Meisenhelder JB: Gender differences in religiosity and functional health in the elderly. *Geriatr Nurs*. 2003 Nov-Dec;24(6):343-7.
30. Mitchell J, Weatherly D: Beyond church attendance: religiosity and mental health among rural older adults. *J Cross Cult Gerontol*. 2000;15(1):37-54.
31. Schieman S, Van Gundy K, Taylor J: The relationship between age and depressive symptoms: a test of competing explanatory and suppression influences. *J Aging Health*. 2002 May;14(2):260-85.
32. Payman V, George K, Ryburn B: Religiosity of depressed elderly inpatients. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2008 Jan;23(1):16-21.
33. Braam A, Beekman AT, Deeg DJ, Smit JH, Van Tilburg W: Religiosity as a protective factor in depressive disorder. *Am J Psychiatry*. 1999 May;156(5):809; author reply 810.
34. Zunzunegui MV, Béland F, Llacer A, Keller I: Family, religion, and depressive symptoms in caregivers of disabled elderly. *J Epidemiol Community Health*. 1999 Jun;53(6):364-9.
35. Murray-Swank AB, Lucksted A, Medoff DR, Yang Y, Wohlheiter K, Dixon LB: Religiosity, psychosocial adjustment, and subjective burden of persons who care for those with mental illness. *Psychiatr Serv*. 2006 Mar;57(3):361-5.
36. Daaleman TP, Perera S, Studenski SA: Religion, spirituality, and health status in geriatric outpatients. *Ann Fam Med*. 2004 Jan-Feb;2(1):49-53. Erratum in: *Ann Fam Med*. 2004 Mar-Apr;2(2):179.
37. Kendler KS, Gardner CO, Prescott CA: Clarifying the relationship between religiosity and psychiatric illness: the impact of covariates and the specificity of buffering effects. *Twin Res*. 1999 Jun;2(2):137-44.
38. Zhang J, Jin S: Determinants of suicide ideation: a comparison of Chinese and American college students. *Adolescence*. 1996 Summer;31(122):451-67.
39. Dervic K, Oquendo MA, Grunebaum MF, Ellis S, Burke AK, Mann JJ: Religious affiliation and suicide attempt. *Am J Psychiatry*. 2004 Dec;161(12):2303-8.
40. Braam AW, Beekman AT, van Tilburg TG, Deeg DJ, van Tilburg W: Religious involvement and depression in older Dutch citizens. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 1997 Jul;32(5):284-91.
41. Maselko J, Buka S: Religious activity and lifetime prevalence of psychiatric disorder. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2008 Jan;43(1):18-24. Epub 2007 Oct 24.
42. Quiles ZN, Bybee J: Chronic and predispositional guilt: relations to mental health, prosocial behavior, and religiosity. *J Pers Assess*. 1997 Aug;69(1):104-26.
43. Koenig H: Religiosity as a Protective Factor in Depressive Disorder. *Am J Psychiatry*. May 1999;156(5): 808-9; author reply 810.

44. Benjamins MR: Does religion influence patient satisfaction? *Am J Health Behav.* 2006 Jan-Feb;30(1):85-91.
45. Yohannes AM, Koenig HG, Baldwin RC, Connolly MJ: Health behaviour, depression and religiosity in older patients admitted to intermediate care. *Int J Geriatr Psychiatry.* 2008 Jul;23(7):735-40.
46. Noack J. Erik H. Eriksons Identitätstheorie. Athena Verlag, Oberhausen. 2005;pp171-174
47. Wong YJ, Rew L, Slaikou KD. A systematic review of recent research on adolescent religiosity/spirituality and mental health. *Issues Ment Health Nurs.* 2006 Feb-Mar;27(2):161-83. Review.
48. Kendler KS, Liu XQ, Gardner CO, McCullough ME, Larson D, Prescott CA. Dimensions of religiosity and their relationship to lifetime psychiatric and substance use disorders. *Am J Psychiatry.* 2003 Mar;160(3):496-503.
49. Hamilton M. A rating scale for depression. *Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry.* 1960;vol 23 pp 56-62
50. Beck AT (1978). *The depression inventory.* Philadelphia: Center for Cognitive Therapy.
51. Rothenhäusler HB, Täschner, KL. *Kompendium Praktische Psychiatrie.* Springer, Wien, New York. 2007;pp74-75

# Anhang – Statistik

Tabelle 2: Gesammelte Daten

**Case Summaries<sup>a</sup>**

		Case Number	Sum_BDI	Sum_rBDI	Sum_r	Sum_short_r	Sum_short_rV	Hamilton Summenscore davor	Hamilton Summenscore danach
group 1	1	1	24	.	159	6	.	32	30
	2	2	0	.	241	20	.	25	17
	3	3	20	.	179	16	.	24	22
	4	4	9	.	156	13	.	.	.
	5	5	0	.	249	15	.	22	.
	6	6	5	.	276	23	.	.	.
	7	7	38	.	305	24	.	.	.
	Total	N	7	7	7	7	7	4	3
		Mean	13,71	223,57	16,71	25,75	23,00		
		Median	9,00	241,00	16,00	24,50	22,00		
	Std. Deviation	14,198	59,234	6,264	4,349	6,557			
	Variance	201,571	3508,619	39,238	18,917	43,000			
2	1	8	21	0	340	23	24	21	19
	2	9	22	6	213	16	19	41	27
	3	10	20	8	191	11	13	15	12
	4	11	16	11	208	15	11	26	16
	5	12	34	14	254	16	20	8	.
	6	13	21	12	148	8	6	31	13
	7	14	18	23	191	14	11	25	27
	8	15	34	13	162	7	14	24	23
	Total	N	8	8	8	8	8	8	7
		Mean	23,25	10,88	213,38	13,75	14,75	23,88	19,57
	Median	21,00	11,50	199,50	14,50	13,50	24,50	19,00	
	Std. Deviation	6,902	6,686	60,507	5,120	5,849	9,920	6,268	
	Variance	47,643	44,696	3661,125	26,214	34,214	98,411	39,286	
Total	N	15	15	15	15	8	12	10	
	Mean	18,80	5,80	218,13	15,13	14,75	24,50	20,60	
	Median	20,00	,00	208,00	15,00	13,50	24,50	20,50	
	Std. Deviation	11,596	7,341	57,983	5,680	5,849	8,285	6,204	
	Variance	134,457	53,886	3361,981	32,267	34,214	68,636	38,489	

a. Limited to first 100 cases.

Tabelle 3: T-Test Berechnungen 1

### Group Statistics

group=2 (FILTER)		N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
weniger religiös	BDI	4	23,2500	7,27438	3,63719
	rBDI	4	14,0000	6,37704	3,18852
mehr religiös	BDI	4	23,2500	7,63217	3,81608
	rBDI	4	7,7500	6,13052	3,06526

### Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
weniger religiös	Equal variances assumed	,109	,752	1,912	6	,104	9,25000	4,83692	-2,58553	21,08553
	Equal variances not assumed			1,912	5,899	,105	9,25000	4,83692	-2,63486	21,13486
mehr religiös	Equal variances assumed	,057	,819	3,167	6	,019	15,50000	4,89473	3,52304	27,47696
	Equal variances not assumed			3,167	5,733	,021	15,50000	4,89473	3,38672	27,61328

**Tabelle 4: T-Test Berechnungen 2**

**Group Statistics**

group=2 (FILTER)		N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
weniger religiös	HAMDvor	7	23,71	10,641	4,022
	HAMDnach	4	18,75	7,411	3,705
mehr religiös	HAMDvor	6	25,50	10,858	4,433
	HAMDnach	3	20,67	5,686	3,283

**Independent Samples Test**

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
weniger religiös	Equal variances assumed	,115	,743	,818	9	,435	4,964	6,070	-8,768	18,696
	Equal variances not assumed			,908	8,402	,389	4,964	5,469	-7,542	17,471
mehr religiös	Equal variances assumed	,487	,508	,707	7	,502	4,833	6,836	-11,330	20,997
	Equal variances not assumed			,876	6,843	,411	4,833	5,516	-8,271	17,938

**Tabelle 5: T-Test Berechnungen 3**

**Group Statistics**

group=2 (FILTER)		N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
weniger religiös	sum short r	4	10,0000	3,16228	1,58114
	sum short rV	4	11,0000	3,55903	1,77951
mehr religiös	sum short r	4	17,5000	3,69685	1,84842
	sum short rV	4	18,5000	5,44671	2,72336

**Independent Samples Test**

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
weniger religiös	Equal variances assumed	,000	1,000	-,420	6	,689	-1,00000	2,38048	-6,82482	4,82482
	Equal variances not assumed			-,420	5,918	,689	-1,00000	2,38048	-6,84441	4,84441
mehr religiös	Equal variances assumed	,276	,618	-,304	6	,772	-1,00000	3,29140	-9,05377	7,05377
	Equal variances not assumed			-,304	5,280	,773	-1,00000	3,29140	-9,32757	7,32757

**Tabelle 6: Demographische Details**

Descriptive Statistics						
group		N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
1	Geschlecht	7	1	2	1,29	,488
	Alter in Jahren	7	24	75	51,57	15,925
	Familienstand	7	1	6	3,86	1,864
	Anzahl der Kinder	7	0	5	2,29	1,799
	Wieviele Zigaretten rauchen Sie durchschnittlich pro Tag?	7	0	20	5,00	7,638
	Trinken Sie pro Woche mindestens fünf Flaschen Bier oder zwei Flaschen Wein bzw. stärkere Getränke?	7	2	2	2,00	,000
	Welcher Religion gehören Sie an?	7	1	3	1,29	,756
	Haben Sie die Glaubensgemeinschaft gewechselt?	7	2	2	2,00	,000
	Wie häufig beten Sie durchschnittlich?	7	1	5	3,00	1,732
	Wie oft nehmen Sie durchschnittlich am Gottesdienst teil?	7	1	5	3,57	1,512
	Wie oft waren Sie im letzten Jahr bei der Beichte?	6	3	4	3,83	,408
	Wie haben Sie in den letzten fünf Jahren an einer Wallfahrt teilgenommen?	6	2	4	3,67	,816
	Haben Sie sich je für einen Schwangerschaftsabbruch entschieden oder ihre Frau/Partnerin dazu ermutigt?	7	1	2	1,57	,535
	Mir ist es wichtig, mit Menschen, die meine religiöse Ansicht teilen, zusammen zu sein.	7	1	4	2,29	1,113
	sum BDI	7	0	38	13,71	14,198
	sum rBDI	0				
	sum short r	7	6	24	16,71	6,264
	sum r	7	156	305	223,57	59,234
	sum short rV	0				
	Religiösität	7	0	1	,57	,535
	Hamilton Summenscore davor	4	22	32	25,75	4,349
	Hamilton Summenscore danach	3	17	30	23,00	6,557
	2	Geschlecht	8	1	2	1,38
Alter in Jahren		8	29	60	45,63	11,439
Familienstand		8	2	6	3,63	1,408
Anzahl der Kinder		8	0	2	1,13	,835
Wieviele Zigaretten rauchen Sie durchschnittlich pro Tag?		8	0	20	9,38	8,634
Trinken Sie pro Woche mindestens fünf Flaschen Bier oder zwei Flaschen Wein bzw. stärkere Getränke?		8	1	2	1,63	,518
Welcher Religion gehören Sie an?		8	1	6	2,38	1,996
Haben Sie die Glaubensgemeinschaft gewechselt?		8	1	2	1,88	,354
Wie häufig beten Sie durchschnittlich?		8	1	5	3,88	1,246
Wie oft nehmen Sie durchschnittlich am Gottesdienst teil?		8	1	5	3,88	1,246
Wie oft waren Sie im letzten Jahr bei der Beichte?		8	4	4	4,00	,000
Wie haben Sie in den letzten fünf Jahren an einer Wallfahrt teilgenommen?		8	3	4	3,75	,463
Haben Sie sich je für einen Schwangerschaftsabbruch entschieden oder ihre Frau/Partnerin dazu ermutigt?		8	1	2	1,75	,463
Mir ist es wichtig, mit Menschen, die meine religiöse Ansicht teilen, zusammen zu sein.		8	1	5	2,25	1,389
sum BDI		8	16	34	23,25	6,902
sum rBDI		8	0	23	10,88	6,686
sum short r		8	7	23	13,75	5,120
sum r		8	148	340	213,38	60,507
sum short rV		8	6	24	14,75	5,849
Religiösität		8	0	1	,50	,535
Hamilton Summenscore davor		8	8	41	23,88	9,920
Hamilton Summenscore danach		7	12	27	19,57	6,268

## Anhang – Religiositätsfragebogen

Auf den folgenden Seiten findet sich der Religiositätsfragebogen, der an die Patienten, die sich bereiterklärt haben, an der Studie teilzunehmen, ausgehändigt wurde.

Die kursiv geschriebenen Zahlen hinter den jeweiligen Items stellen den in Kapitel 4.3.1.3 beschriebenen religiösen Faktor dar, dem sie in der statistischen Auswertung zugeordnet wurden:

- (1) Allgemeine Religiosität
- (2) Soziale Religiosität
- (3) Gottesbeziehung
- (4) Vergebung / Liebe
- (5) Gottesgericht
- (6) Rachelosigkeit
- (7) Dankbarkeit

Die 5 fett gedruckten Items wurden im *Kurzfragebogen zur Erfassung der Religiosität* erneut vorgelegt.

Die mit „←“ markierten Fragen wurden in der statistischen Auswertung mit dem gegenteiligen Wert versehen.

## INSTRUKTION:

Wir bitten Sie um einige Informationen zu Ihrer Person und zu Ihrem religiösen Verhalten. Bitte kreuzen Sie jeweils das für Sie entsprechende Kästchen an. Es gibt keine richtigen oder falschen Antworten. Die Fragen 12 und 13 sind speziell für die katholische Glaubensgemeinschaft verfasst. Sollten diese Fragen für Sie daher nicht relevant sein, lassen Sie diese bitte unbeantwortet. Am Ende des gesamten Fragebogens können Anmerkungen hinterlassen werden. Alle Ihre Angaben werden selbstverständlich streng vertraulich behandelt und nur für Forschungszwecke verwendet!

### 1. Geschlecht:

1  weiblich                      2  männlich

### 2. Alter (in Jahren): \_\_\_\_\_

### 3. Familienstand:

1  ledig/ohne Partner      4  geschieden/ohne Partner      6  verwitwet/ohne Partner  
2  ledig/mit Partner      5  geschieden/mit Partner      7  verwitwet/mit Partner  
3  verheiratet

### 4. Anzahl der Kinder: \_\_\_\_\_

### 5. Wie viele Zigaretten rauchen Sie durchschnittlich pro Tag? \_\_\_\_\_

### 6. Trinken Sie pro Woche mindestens fünf Flaschen Bier oder zwei Flaschen Wein bzw. stärkere Getränke?

1  ja                                      2  nein

### 7. Sind Sie aus Ihrer Glaubensgemeinschaft ausgetreten (d.h. „ohne Bekenntnis“)?

1  ja                                      2  nein

### 8. Welcher Religion gehören Sie an?

1  Katholische Kirche      4  Evangelische Kirche (A. B.)      7  Evangelische Kirche (H. B.)  
2  Judentum                      5  Orthodoxe Kirche                      8  ohne Bekenntnis  
3  Islam                                      6  Jehovas Zeugen                      9  Sonstiges: \_\_\_\_\_

### 9. Haben Sie die Glaubensgemeinschaft gewechselt?

1  ja, von \_\_\_\_\_ zu \_\_\_\_\_  
2  nein

**10. Wie häufig beten Sie durchschnittlich?**

- 1  mehrmals am Tag
- 2  einmal am Tag
- 3  ein- bis zweimal in der Woche
- 4  weniger als einmal in der Woche oder seltener
- 5  nie

**11. Wie oft nehmen Sie durchschnittlich am Gottesdienst teil?**

- 1  mehrmals in der Woche
- 2  einmal in der Woche
- 3  ein- bis zweimal im Monat
- 4  weniger als einmal im Monat oder seltener
- 5  nie

**12. Wie oft waren Sie im letzten Jahr bei der Beichte?**

- 1  fünfmal oder öfter
- 2  drei- bis viermal
- 3  ein- bis zweimal
- 4  nie

**13. Wie oft haben Sie in den letzten fünf Jahren an einer Wallfahrt teilgenommen?**

- 1  fünfmal oder öfter
- 2  drei- bis viermal
- 3  ein- bis zweimal
- 4  nie

**14. Haben Sie sich je für einen Schwangerschaftsabbruch entschieden oder Ihre Frau/Partnerin dazu ermutigt?**

- 1  ja                      2  nein

Sie finden nun eine Reihe von Feststellungen, die sich auf allgemeine Aspekte Ihrer Religiosität beziehen. Geben Sie bitte zu jeder Feststellung an, wie oft diese für Sie zutrifft. Zu jeder Feststellung sind fünf Antwortmöglichkeiten vorgegeben. Durchkreuzen Sie bitte immer das Kästchen, das Ihrer Antwort entspricht. Ebenso beinhaltet dieser Fragebogen Feststellungen zu speziellen Aspekten der Religiosität in Bezug auf die katholische Religionsgemeinschaft, da diese in Österreich am stärksten vertreten ist. Sollten diese Fragen für Sie daher nicht relevant sein, lassen Sie diese bitte unbeantwortet. Am Ende des gesamten Fragebogens können Anmerkungen hinterlassen werden. Es gibt keine richtigen oder falschen Antworten. Antworten Sie bitte so, wie es für Sie zutrifft. Blättern Sie bitte um und bearbeiten Sie die Feststellungen der Reihe nach ohne längere Unterbrechung.

1)	Mir ist es wichtig, mit Menschen, die meine religiöse Ansicht teilen, zusammen zu sein. 2	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> selten	<input type="checkbox"/> manchmal	<input type="checkbox"/> oft	<input type="checkbox"/> immer
2)	Ich helfe anderen bei ihren religiösen Fragen und Glaubenskämpfen. 1	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> selten	<input type="checkbox"/> manchmal	<input type="checkbox"/> oft	<input type="checkbox"/> immer
3)	<b>In Krisen suche ich bei Gott Stärke, Unterstützung und Führung. 1</b>	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> selten	<input type="checkbox"/> manchmal	<input type="checkbox"/> oft	<input type="checkbox"/> immer
4)	Ich bitte Gott bei wichtigen Entscheidungen um Hilfe. 1	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> selten	<input type="checkbox"/> manchmal	<input type="checkbox"/> oft	<input type="checkbox"/> immer
5)	Gott begleitet mich auch in harten Zeiten. 1	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> selten	<input type="checkbox"/> manchmal	<input type="checkbox"/> oft	<input type="checkbox"/> immer
6)	Wenn ich Hilfe brauche, weiß ich, dass ich auf die Menschen in meiner kirchlichen Gemeinde zählen kann. 2	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> selten	<input type="checkbox"/> manchmal	<input type="checkbox"/> oft	<input type="checkbox"/> immer
7)	Ich suche Gelegenheiten, um mich religiös zu entwickeln. 1	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> selten	<input type="checkbox"/> manchmal	<input type="checkbox"/> oft	<input type="checkbox"/> immer
8)	In Krisen versuche ich zu verstehen, was Gott mir damit sagen will. 1	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> selten	<input type="checkbox"/> manchmal	<input type="checkbox"/> oft	<input type="checkbox"/> immer
9)	Ich weiß, dass Gott mich so liebt wie ich bin. 3	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> selten	<input type="checkbox"/> manchmal	<input type="checkbox"/> oft	<input type="checkbox"/> immer
10)	Ich glaube, dass Gott das Gute belohnt und das Böse bestraft. 5	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> selten	<input type="checkbox"/> manchmal	<input type="checkbox"/> oft	<input type="checkbox"/> immer
11)	Ich bemühe mich zu vergeben, auch wenn mich jemand absichtlich verletzt. 4	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> selten	<input type="checkbox"/> manchmal	<input type="checkbox"/> oft	<input type="checkbox"/> immer
12)	Ich bin ein religiöser Mensch. 1	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> selten	<input type="checkbox"/> manchmal	<input type="checkbox"/> oft	<input type="checkbox"/> immer
13)	Ich liebe die Welt und alle ihre Geschöpfe. 4	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> selten	<input type="checkbox"/> manchmal	<input type="checkbox"/> oft	<input type="checkbox"/> immer
14)	<b>Ich habe das Gefühl, dass ich mich auf Gott verlassen kann. 1</b>	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> selten	<input type="checkbox"/> manchmal	<input type="checkbox"/> oft	<input type="checkbox"/> immer
15)	Wenn mich jemand verletzt und beleidigt, kann ich das erst überwinden, wenn ich weiß, wie ich mich rächen kann. 6 ←	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> selten	<input type="checkbox"/> manchmal	<input type="checkbox"/> oft	<input type="checkbox"/> immer
16)	Die Schönheit der Schöpfung berührt mich spirituell. 1	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> selten	<input type="checkbox"/> manchmal	<input type="checkbox"/> oft	<input type="checkbox"/> immer
17)	<b>Ich glaube, dass Gott die Gebete der Menschen erhört. 3</b>	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> selten	<input type="checkbox"/> manchmal	<input type="checkbox"/> oft	<input type="checkbox"/> immer
18)	Ich versuche, dass jeder Tag von meinem Glauben an Gott geprägt wird. 1	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> selten	<input type="checkbox"/> manchmal	<input type="checkbox"/> oft	<input type="checkbox"/> immer

19) Ich fühle mich täglich von Gottes Liebe umgeben. 1	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> selten	<input type="checkbox"/> manchmal	<input type="checkbox"/> oft	<input type="checkbox"/> immer
20) Ich versuche so zu leben, wie Gott es will. 1	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> selten	<input type="checkbox"/> manchmal	<input type="checkbox"/> oft	<input type="checkbox"/> immer
21) Mein Glaube an Gott hilft mir in schweren Zeiten. 1	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> selten	<input type="checkbox"/> manchmal	<input type="checkbox"/> oft	<input type="checkbox"/> immer
22) Jeden Tag sehe ich Beweise, dass Gott in der Welt wirkt. 1	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> selten	<input type="checkbox"/> manchmal	<input type="checkbox"/> oft	<input type="checkbox"/> immer
23) Wenn ich die Welt betrachte, sehe ich nicht viel, wofür ich dankbar sein sollte. 6	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> selten	<input type="checkbox"/> manchmal	<input type="checkbox"/> oft	<input type="checkbox"/> immer
24) Ich glaube, dass das Rauchen von Zigaretten eine Sünde ist. 2	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> selten	<input type="checkbox"/> manchmal	<input type="checkbox"/> oft	<input type="checkbox"/> immer
25) Ich glaube, dass Gott eine genaue Vorstellung davon hat, wie Menschen leben sollten. 5	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> selten	<input type="checkbox"/> manchmal	<input type="checkbox"/> oft	<input type="checkbox"/> immer
26) Ich habe das Gefühl, dass das Leben ohne Gott keinen Sinn hat. 1	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> selten	<input type="checkbox"/> manchmal	<input type="checkbox"/> oft	<input type="checkbox"/> immer
27) Ich suche religiösen Trost, wenn ich Probleme in der Familie, Arbeit oder im Privatleben habe. 1	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> selten	<input type="checkbox"/> manchmal	<input type="checkbox"/> oft	<input type="checkbox"/> immer
28) Ich versuche mich um andere Menschen zu kümmern, auch wenn ich sie nicht wirklich mag. 4	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> selten	<input type="checkbox"/> manchmal	<input type="checkbox"/> oft	<input type="checkbox"/> immer
29) Ich glaube, dass Gott sehr streng ist. 5	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> selten	<input type="checkbox"/> manchmal	<input type="checkbox"/> oft	<input type="checkbox"/> immer
30) Ich glaube, dass das Trinken von Alkohol eine Sünde ist. 2	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> selten	<input type="checkbox"/> manchmal	<input type="checkbox"/> oft	<input type="checkbox"/> immer
31) Die Bibel ist das wahre Wort Gottes. 5	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> selten	<input type="checkbox"/> manchmal	<input type="checkbox"/> oft	<input type="checkbox"/> immer
32) Ich empfinde Gottes Liebe direkt oder durch andere. 1	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> selten	<input type="checkbox"/> manchmal	<input type="checkbox"/> oft	<input type="checkbox"/> immer
33) Ich glaube, dass Gott am alltäglichen Leben der Menschen interessiert ist. 3	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> selten	<input type="checkbox"/> manchmal	<input type="checkbox"/> oft	<input type="checkbox"/> immer
34) Wenn mich jemand verletzt, ist mir jede Form von Rache recht. 6 ←	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> selten	<input type="checkbox"/> manchmal	<input type="checkbox"/> oft	<input type="checkbox"/> immer
35) Mir sind meine religiösen Überzeugungen für mein tägliches Leben wichtig. 1	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> selten	<input type="checkbox"/> manchmal	<input type="checkbox"/> oft	<input type="checkbox"/> immer
36) Wenn ich viele Dinge falsch mache, hört Gott auf mich zu lieben. 6 ←	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> selten	<input type="checkbox"/> manchmal	<input type="checkbox"/> oft	<input type="checkbox"/> immer
37) Wenn man verletzt oder beleidigt wird, ist es in Ordnung sich zu rächen. 6 ←	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> selten	<input type="checkbox"/> manchmal	<input type="checkbox"/> oft	<input type="checkbox"/> immer
38) Meine Freunde und ich sprechen oft über religiöse Angelegenheiten. 2	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> selten	<input type="checkbox"/> manchmal	<input type="checkbox"/> oft	<input type="checkbox"/> immer
39) Ich fühle Gottes Anwesenheit. 1	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> selten	<input type="checkbox"/> manchmal	<input type="checkbox"/> oft	<input type="checkbox"/> immer

40) Der Großteil meiner besten Freunde geht in die Kirche. 2	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> selten	<input type="checkbox"/> manchmal	<input type="checkbox"/> oft	<input type="checkbox"/> immer
41) Ich glaube, dass das Rauchen von Marihuana eine Sünde ist. 2	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> selten	<input type="checkbox"/> manchmal	<input type="checkbox"/> oft	<input type="checkbox"/> immer
42) Man sagt, dass ich für das, was mir im Leben gegeben ist, nicht dankbar genug bin. 6 ←	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> selten	<input type="checkbox"/> manchmal	<input type="checkbox"/> oft	<input type="checkbox"/> immer
43) Auch wenn es schwer fällt, versuche ich den Menschen zu vergeben, die mich verletzt und beleidigt haben. 4	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> selten	<input type="checkbox"/> manchmal	<input type="checkbox"/> oft	<input type="checkbox"/> immer
44) Ich nehme an Kirchenaktivitäten teil, wie zum Beispiel beim Gebetskreis und bei der Bibelrunde. 2	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> selten	<input type="checkbox"/> manchmal	<input type="checkbox"/> oft	<input type="checkbox"/> immer
45) Ich glaube an eine spirituelle Macht. 3	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> selten	<input type="checkbox"/> manchmal	<input type="checkbox"/> oft	<input type="checkbox"/> immer
46) Ich habe religiöse Ziele, die mir im Alltag Richtung geben. 1	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> selten	<input type="checkbox"/> manchmal	<input type="checkbox"/> oft	<input type="checkbox"/> immer
47) Ich glaube an Gott. 3	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> selten	<input type="checkbox"/> manchmal	<input type="checkbox"/> oft	<input type="checkbox"/> immer
48) Ich äußere meinen Zorn darüber, wenn Gott schreckliche Dinge zulässt. 7 ←	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> selten	<input type="checkbox"/> manchmal	<input type="checkbox"/> oft	<input type="checkbox"/> immer
49) Ich überlege, inwiefern mein Leben ein Teil einer größeren spirituellen Kraft ist. 1	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> selten	<input type="checkbox"/> manchmal	<input type="checkbox"/> oft	<input type="checkbox"/> immer
50) Ich nehme mir Zeit für Gebete und religiöse Meditationen. 1	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> selten	<input type="checkbox"/> manchmal	<input type="checkbox"/> oft	<input type="checkbox"/> immer
51) Ich frage mich, ob sich Gott von mir abgewandt hat. 7 ←	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> selten	<input type="checkbox"/> manchmal	<input type="checkbox"/> oft	<input type="checkbox"/> immer
52) Ich bin zufrieden mit meinem spirituellen Leben. 1	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> selten	<input type="checkbox"/> manchmal	<input type="checkbox"/> oft	<input type="checkbox"/> immer
53) Meine besten Freunde sind größtenteils religiös. 2	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> selten	<input type="checkbox"/> manchmal	<input type="checkbox"/> oft	<input type="checkbox"/> immer
54) Wenn Menschen zu mir unfreundlich sind, bin auch ich unfreundlich zu ihnen. 6 ←	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> selten	<input type="checkbox"/> manchmal	<input type="checkbox"/> oft	<input type="checkbox"/> immer
55) Ich besuche den Gottesdienst. 2	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> selten	<input type="checkbox"/> manchmal	<input type="checkbox"/> oft	<input type="checkbox"/> immer
56) Ich glaube, dass Gott mich bestraft, wenn ich etwas falsch gemacht habe. 5	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> selten	<input type="checkbox"/> manchmal	<input type="checkbox"/> oft	<input type="checkbox"/> immer
57) Gott bestraft mich mit Stress für meine Sünden oder meinen Mangel an Spiritualität. 5	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> selten	<input type="checkbox"/> manchmal	<input type="checkbox"/> oft	<input type="checkbox"/> immer
58) Ich bin beinahe jeden Tag dankbar. 7	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> selten	<input type="checkbox"/> manchmal	<input type="checkbox"/> oft	<input type="checkbox"/> immer
<b>59) Ich finde Stärke und Trost in meiner Religion. 1</b>	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> selten	<input type="checkbox"/> manchmal	<input type="checkbox"/> oft	<input type="checkbox"/> immer
60) Religiöse Erfahrungen sind wichtig für mich. 1	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> selten	<input type="checkbox"/> manchmal	<input type="checkbox"/> oft	<input type="checkbox"/> immer

61) Meine Religion hilft mir entscheidend beim Umgang mit Stresssituationen. 1	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> selten	<input type="checkbox"/> manchmal	<input type="checkbox"/> oft	<input type="checkbox"/> immer
62) Alles was ich im Leben erreicht habe, habe ich ausschließlich mir zu verdanken. 6 ←	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> selten	<input type="checkbox"/> manchmal	<input type="checkbox"/> oft	<input type="checkbox"/> immer
63) Ich frage mich, ob Gott wirklich existiert. 3 ←	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> selten	<input type="checkbox"/> manchmal	<input type="checkbox"/> oft	<input type="checkbox"/> immer
64) Ich gehe zu religiösen Fortbildungsveranstaltungen. 2	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> selten	<input type="checkbox"/> manchmal	<input type="checkbox"/> oft	<input type="checkbox"/> immer
65) Ich versuche nach der Redewendung „Liebe deinen Nächsten wie dich selbst“ zu leben. 4	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> selten	<input type="checkbox"/> manchmal	<input type="checkbox"/> oft	<input type="checkbox"/> immer
66) Zusätzlich zu den Mahlzeiten bete ich auch alleine zu Gott. 1	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> selten	<input type="checkbox"/> manchmal	<input type="checkbox"/> oft	<input type="checkbox"/> immer
67) Ich bin dankbar für das, was ich im Leben erreicht habe. 7	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> selten	<input type="checkbox"/> manchmal	<input type="checkbox"/> oft	<input type="checkbox"/> immer
68) Bei Entscheidungen vertraue ich mehr auf mich selbst, als mich auf Gott zu verlassen. 1 ←	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> selten	<input type="checkbox"/> manchmal	<input type="checkbox"/> oft	<input type="checkbox"/> immer
69) Ich glaube, dass Gott oder eine universale Macht meine Handlungen überwacht und mich dann dafür belohnt oder bestraft. 5	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> selten	<input type="checkbox"/> manchmal	<input type="checkbox"/> oft	<input type="checkbox"/> immer
70) Ich versuche anderen Menschen zu vergeben. 4	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> selten	<input type="checkbox"/> manchmal	<input type="checkbox"/> oft	<input type="checkbox"/> immer
71) Ich glaube, dass man sich um andere Menschen sorgen muss, unabhängig davon, wie man von ihnen behandelt wird. 4	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> selten	<input type="checkbox"/> manchmal	<input type="checkbox"/> oft	<input type="checkbox"/> immer
72) Ich bekenne meine Sünden und bitte Gott um Vergebung. 1	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> selten	<input type="checkbox"/> manchmal	<input type="checkbox"/> oft	<input type="checkbox"/> immer
73) Ich fühle tiefen inneren Frieden und Harmonie. 1	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> selten	<input type="checkbox"/> manchmal	<input type="checkbox"/> oft	<input type="checkbox"/> immer
74) Ich mag es mit anderen am Gottesdienst teilzunehmen und zu beten. 2	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> selten	<input type="checkbox"/> manchmal	<input type="checkbox"/> oft	<input type="checkbox"/> immer

**Anmerkungen:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**VIELEN DANK FÜR IHRE MITARBEIT!**

# Curriculum Vitae

## School education

1994 – 2002 Musisches Gymnasium, Salzburg, Austria

## Universitary education

since 10/2003 Study of Human Medicine at the Medical University of Graz, Austria

## Practical training

12/2008 – 02/2009 Clinical Clerkship Neurology, Universitary Clinic of Graz, Austria  
11/2008 Clinical Clerkship General Medicine, Ordination of Dr. Ramsl, Kuchl, Austria  
10/2008 Clinical Clerkship Psychiatry, Universitary Clinic of Graz, Austria  
07 - 09/2008 Clinical Clerkship Psychiatry, Universitary Clinic of Zurich, Switzerland  
07/2007 Clinical Clerkship Psychiatry, Universitary Clinic of Graz, Austria  
08/2006 Volunteering at the AIDS- orphanage “The Love of Christ Ministries”,  
Johannesburg, South Africa  
07/2005 Clinical Clerkship Internal Medicine, Clinic of Hallein, Austria  
01/2004 Clinical Clerkship Accident Surgery, Universitary Clinic of Graz, Austria  
10/2002 – 09/2003 Civilian service, Christian Doppler Clinic, Salzburg, Austria

## Scholarships and prizes

2007 DDr-Josef-Szolomayer-scholarship  
2004 Efficiency scholarship of the Medical University of Graz

## Presence at scientific events

03/2009 March Meeting 09 of the “International Federation of Medical Students’  
Associations” (IFMSA) in Hammamet, Tunisia  
03/2008 March Meeting 08 of the “International Federation of Medical Students’  
Associations” (IFMSA) in Monterrey, Mexico  
10/2007 Interdisciplinary Congress about “Religiosity in Psychiatry and Psychotherapy”  
in Graz, Austria *Part of the Organizing Committee*  
08/2007 August Meeting 07 of the “International Federation of Medical Students’  
Associations” (IFMSA) in Canterbury, UK  
03/2007 March Meeting 07 of the “International Federation of Medical Students’  
Associations” (IFMSA) in Mandurah, Australia *Head of Austrian Delegation*  
01/2007 International Congress of Practical Depth Psychology about “Imaginations:  
Dream-Therapy-Film” in Vienna, Austria  
04/2006 National Coordinators Meeting of the “European Medical Students’  
Associations” (EMSA) in Antwerp, Belgium  
03/2006 March Meeting 06 of the “International Federation of Medical Students’  
Associations” (IFMSA) in Pucón, Chile