

Diplomarbeit

**Religiös-spirituelles Befinden im Prozess seelischer
Gesundheit und Krankheitsverarbeitung**

eingereicht von

Christian Posch

Mat.Nr.: 0310221

zur Erlangung des akademischen Grades

Doktor der gesamten Heilkunde

(Dr. med. univ.)

an der

Medizinischen Universität Graz

ausgeführt an der

Universitätsklinik für Psychiatrie Graz

unter der Anleitung von

Prof. DDr. Hans-Peter Kapfhammer

Dr. Helmut Schögl

Graz, am 03. 05. 2010

Christian Posch

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 03. 05. 2010

Unterschrift

Anmerkung: Es wurde in dieser Diplomarbeit aufgrund der einfacheren Lesbarkeit, auf eine geschlechterspezifische Differenzierung verzichtet. Die verwendeten maskulinen Begriffe gelten aber für beide Geschlechter.

Zuerst möchte ich mich bei meinen beiden Diplombetreuern, Herrn Univ.- Prof. DDr. Hans-Peter Kapfhammer und Herrn Dr. Helmut Schögl, für die überaus kompetente Führung während dieser Zeit bedanken. Mein Dank gilt ebenfalls Herrn DDr. Human-Friedrich Unterrainer für die Möglichkeit der Teilnahme an seiner klinischen Studie, wodurch ich überhaupt erst über dieses Thema schreiben konnte.

Erwähnt sei auch die sehr gute Zusammenarbeit mit meinem Psychologie-Diplomkollegen Georg Plentner, der mich v.a. bei der statistischen Auswertung sehr unterstützt hat.

Die Gelegenheit sei natürlich auch genutzt, um ein ganz allgemeines Dankeschön an meine Eltern auszusprechen, die mir das Medizinstudium überhaupt ermöglicht haben und meiner großen Schwester, die mir in Sachen Ausbildung immer als großes Vorbild gedient hat.

Zusammenfassung	1
Abstract	2
Abbildungsverzeichnis	3
Tabellenverzeichnis	4
1 Einleitung	5
2 Hintergrund	10
2.1 Unterscheidung Religiosität und Spiritualität	10
2.2 Religion und Persönlichkeit	11
2.3 Religiosität und Spiritualität in der Psychiatrie	15
2.4 Religion im Biopsychosozialen-Modell	21
3 Methode	22
3.1 Forschungsanliegen	22
3.2 Stichprobe	23
3.3 Instrumente	23
3.3.1 Instrumente zum religiös – spirituellen Erleben bzw. Persönlichkeitsdiagnostik	23
3.3.1.1 MI-RSB 48: Mehrdimensionales Inventar zum religiös- spirituellen Befinden	23
3.3.1.2 Kurzer Fragebogen zu Religion, Glaube und Spiritualität	28
3.3.1.3 Sechs Faktoren Test	29
3.3.1.4 SOC-13 Skala	30
3.3.2 Instrumente zur Erhebung der psychiatrischen Symptomatik	30
3.3.2.1 Beck-Depression-Inventar (BDI)	31
3.3.2.2 Brief Symptom Inventory (BSI)	32
3.3.2.4 Montgomery-Asberg Depression Rating Scale (MADRS)	33
3.3.2.5 Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS)	33
4 Ergebnisse	35
4.1 Beschreibung der Substichprobe	35
4.1.1 Geschlechter- und Altersverteilung	35
4.1.2 Familienstand	37
4.1.3 Schulbildung	37
4.1.4 Religionsbekenntnis	38
4.2 Korrelationsanalysen	39
4.3 Varianzanalysen	41
Interpretation und Diskussion	45

Inhaltsverzeichnis

Literaturverzeichnis	47
Lebenslauf	49

Einleitung

Religion und Spiritualität sind in letzter Zeit wieder mehr ins Interesse der Gesellschaft gerückt. Diese Arbeit soll auf die Frage eingehen, ob und in welchem Ausmaß Religion bzw. Spiritualität einen Einfluss auf die Krankheitsverarbeitung bei psychiatrischen Patienten hat und eventuell dazu beitragen, Berührungängste mit diesem Thema im stationären Bereich zu mildern.

Methode

Aufbauend auf dem Forschungsprojekt „Spiritualität und psychische Erkrankung“ 2007 von Unterrainer, wurden ab September 2009 an der Universitätsklinik für Psychiatrie, Messungen zu zwei Zeitpunkten an Patienten bezüglich ihres Religiös-spirituellen Befindens durchgeführt. Außerdem kamen noch weitere psychometrische Instrumente zur Anwendung, um zusätzlich das Ausmaß der psychiatrischen Symptomatik zu erheben.

Ergebnisse

Es wurde eine Substichprobe von insgesamt 52 Patienten ausgewertet (33 Frauen, 19 Männer). Hauptaugenmerk wurde auf den Depressionsgrad der Patienten gelegt. Die Korrelationsanalysen zeigten, dass zu beiden Messzeitpunkten, Patienten mit einem höheren allgemeinen religiös-spirituellen Befinden, einen niedrigeren Depressionsgrad aufwiesen. Dass diese Patienten allerdings einen Vorteil in der Krankheitsverarbeitung gegenüber solchen mit einer niedrigeren Religiosität hätten, konnte die Varianzanalyse nicht beweisen. Es bleibt nun noch auf die Ergebnisse der Gesamtstichprobe abzuwarten.

Schlüsselbegriffe: Religiosität, Spiritualität, Depression

Introduction

During the last time, religion and spirituality gained a higher level of interest in society. This thesis should address the issue, if and in which dimension religion and spirituality could have an influence on patients with psychiatric illnesses. Furthermore it is a general goal, to try to reduce the fear of contact with this certain topic in hospitals.

Method

As a sort of follow-up of Unterrainer's study "Spirituality and psychological illness" from 2007 since September 2009 psychiatric patients of the University hospital of Graz were tested for their religious-spiritual well-being at two measuring times. Furthermore several other psychometric instruments were used to get information about the psychiatric symptoms of the patients.

Results

A sub-sample of 52 patients was examined (33 women, 19 men). Point of interest was the level of their depressive symptoms. The correlation analysis showed that patients with a higher level of religious-spiritual well-being are less depressive than those patients with a lower level. But it could not be proven with the analysis of variance, that this group of patients also has an advantage for their recovery.

Keywords: Religion, Spirituality, Depression

Abb. 1 Selbstverständnis als religiöser Mensch	8
Abb. 2 Geschlechterverteilung der Substichprobe	36
Abb. 3 Familienstand	37
Abb. 4 Schulbildung	38
Abb. 5 Religionsbekenntnis	39
Abb. 6 Varianzanalyse 1	43
Abb. 7 Varianzanalyse 2	44

Tabellenverzeichnis

Tab. 1 Stichproben Österreich Europäische Wertestudie	6
Tab. 2 Gesamtstichprobe Hauptuntersuchung Unterrainer	12
Tab. 3 Religionsbekenntnis Gesamtstichprobe Unterrainer	13
Tab. 4 Stichproben Charakteristika Maselko und Buka	17
Tab. 5 Psychiatrische Diagnosen und religiöse Aktivität	18
Tab. 6 MI-RSB-48 Items	28
Tab. 7 Altersverteilung Substichprobe	36
Tab. 8 Korrelationsanalysen	41
Tab. 9 Intensität der Religion	42
Tab. 10 BDI Mittelwerte	42
Tab. 11 MADR Score Mittelwerte	43

*„Religion? Der moderne Ersatz für Glauben.“
(Oscar Wilde, Das Bildnis des Dorian Gray)*

Religion und Spiritualität sind in der letzten Zeit wieder mehr ins Interesse der Gesellschaft gerückt, dies allerdings nicht nur im positiven Sinne. Religion wird heute wieder vermehrt in den Medien thematisiert. Sei es, wenn es um die Osterweiterung der EU geht, oder eine für uns eher exotische Glaubenseinstellung als neuer Lifestyle vorgestellt wird, oder auch eine Atheisten-Werbekampagne in öffentlichen Verkehrsmitteln für Furore sorgt.

Außerdem kommt es durch die weltweit verstärkte Migrationsbewegung unserer Gesellschaft, zu vermehrtem Kontakt mit verschiedenen Traditionen anderer Kulturkreise (Seyringer, et al., 2007).

Gerade vor Kurzem erst wurde das österreichische Ergebnis der Europäischen Wertestudie 2008 veröffentlicht, welches ebenfalls eine interessante Entwicklung im Bereich Religiosität der Österreicher zeigt.

Die Europäische Wertestudie wurde zu Beginn der 80er Jahre von einer Gruppe von Forschern, unter der Bezeichnung „European Value Study Group“, begonnen. Es handelt sich um eine einzigartige Untersuchung über die Einstellung der Europäer über verschiedene Werte wie Familie, Arbeit, Politik, Gesellschaft und auch Religion unter der Verwendung von standardisierten Fragebögen. Die Befragungen wurden in den Jahren 1982, 1990, 1999 und 2008 durchgeführt. Anfänglich nahmen an diesem Projekt 15 europäische Staaten teil. Mittlerweile sind es nicht weniger als 45 Staaten der EU und angrenzenden Regionen, die sich der Untersuchung unterzogen. (Katholisch-Theologische Fakultät der Universität Wien, 2009; European Value Study, 2009)

Laut der Katholisch-Theologischen Fakultät der Universität Wien (2009) wurden für die aktuellste Erhebung in Österreich im Zeitraum Juli bis Oktober 2008, 1.500 volljährige Personen per Zufallsstichprobe ausgewählt und mit standardisierten Fragebögen zu ihrer Einstellung über die oben genannten Lebensbereiche befragt. Der Grundstock der verwendeten Fragen war dabei für alle teilnehmenden Länder identisch.

Die Daten wurden dann statistisch ausgewertet. Da rund drei Viertel der Fragen im aktuellen Fragebogen sich mit denen von älteren Erhebungen deckten, konnte nicht nur eine Aussage über die aktuelle Situation gemacht werden, sondern auch ein Vergleich angestellt werden. Für den Vergleich wurde ein eigens dafür ausgerichteter Datensatz erstellt.

Tab. 1 Stichproben Österreich Europäische Wertestudie

	1990		1999		2008	
	n	%	n	%	n	%
Gesamt	1500	100%	1400	100%	1500	100%
Geschlecht						
männlich	702	47%	667	48%	723	48%
weiblich	798	53%	733	52%	777	52%
Alterskohorte						
bis 30 Jahre	414	28%	322	23%	323	22%
34 -45 Jahre	370	25%	404	29%	437	29%
46 - 60 Jahre	348	23%	355	25%	360	24%
61 und älter	368	25%	319	23%	380	25%
Bundesland						
Burgenland	53	4%	49	4%	52	3%
Niederösterreich	280	19%	266	19%	289	19%
Wien	311	21%	289	21%	307	20%
Kärnten	114	8%	97	7%	111	7%
Steiermark	236	16%	211	15%	221	15%
Oberösterreich	251	17%	233	17%	149	17%
Salzburg	89	6%	87	6%	94	6%
Tirol	110	7%	111	8%	116	8%
Voralrberg	55	4%	57	4%	64	4%
Abgeschlossene Ausbildung						
ohne Abschluss	na	na	93	7%	56	4%
Pflichtschule	481	32%	646	46%	317	21%
BMS (Lehre)	770	51%	309	22%	754	50%
Matura	184	12%	216	15%	289	19%
Akademie/Uni/FH	65	4%	136	10%	82	5%

Quelle: Katholisch-Theologische Fakultät der Universität Wien, 2009¹

Österreich liegt im Bereich der Religion unter allen teilnehmenden Ländern an achter Stelle. 79 % bezeichnen sich hierzulande als religiös. Auffallend ist vor allem, dass bei der jungen Bevölkerung bis 30 ein deutlicher Rückgang seit der Erhebung 1999 zu verzeichnen ist. Waren damals noch 66 % religiös eingestellt, sind es heute nur noch 43 %. Darüber hinaus gibt es einen Anstieg von Nicht-Religiösen bzw. Atheisten. Interessant ist vielleicht auch, dass mit 93 % sich als religiös bezeichnender Befragten, Polen an der absoluten Spitze dieser Statistik liegt und Schweden mit nur 39 % das Schlusslicht bildet (Kleine Zeitung DIGITAL, 2009).

Die folgende Abbildung zeigt nochmal die aktuellen Ergebnisse, in wieweit sich die befragten Österreicher selbst als religiös betrachten. Schon auf den ersten Blick wird deutlich, dass sich Frauen klar religiöser einschätzen als Männer. Außerdem scheint sich der Glaube oder zumindest das Selbstverständnis dafür, mit dem Alter zu erhöhen. Es zeigt sich auch eine negative Korrelation mit höherer Schulbildung, obwohl dieser Trend mit einem absolvierten Hochschulstudium wieder ein wenig zurückzugehen scheint. Der Familienstatus ist ebenso ausschlaggebend gewesen; so sind ledige Österreicher weniger religiös als verheiratete. Auch der Verlust eines Ehepartners schlägt sich auf den Glauben aus. So geben 77 % der befragten Witwer an, religiös zu sein. Der letzte Punkt bezieht sich auf das Einkommen. Auch hier zeigt sich ein negativer Zusammenhang.

1

http://www.univie.ac.at/ktf/site/article_list.siteswift?so=all&do=all&c=download&d=article%3A2946%3A1
[10. August 2009]

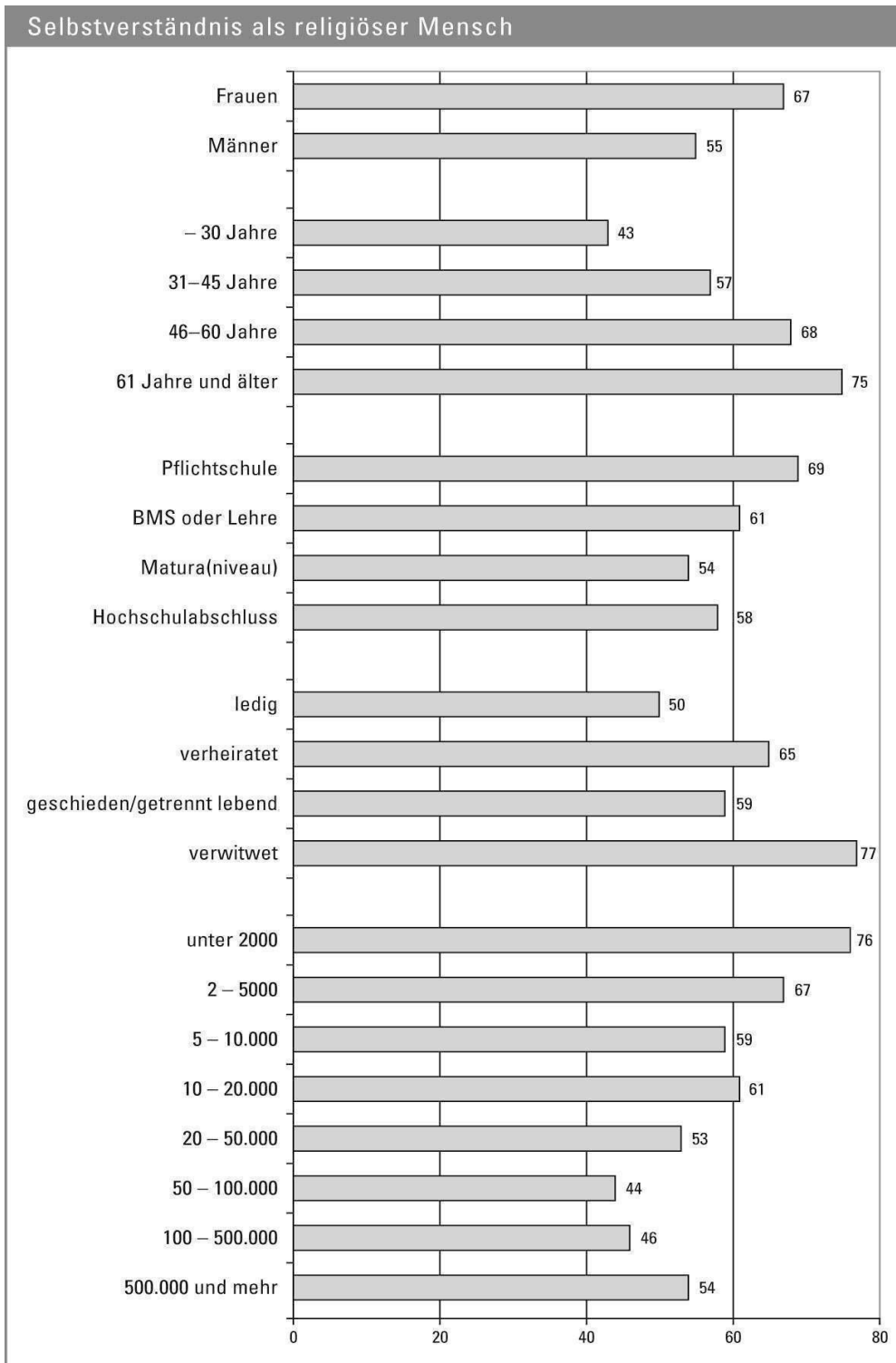


Abb. 1 Selbstverständnis als religiöser Mensch

Quelle: Katholisch-Theologische Fakultät der Universität Wien²

2

http://www.univie.ac.at/ktf/site/article_list.siteswift?so=all&do=all&c=download&d=article%3A2975%3A1

[10. August 2009]

Im Zuge dieser Arbeit, möchte ich auf die Frage eingehen, ob und in welchem Ausmaß Religion bzw. Spiritualität einen Einfluss auf die Krankheitsverarbeitung bei psychiatrischen Patienten hat. Dafür hatte ich die Möglichkeit, an der Universitätsklinik für Psychiatrie am LKH Graz an einer Studie mit dem Titel „Religiös-spirituelles Befinden im Prozess seelischer Gesundheit und Krankheitsverarbeitung“ unter der Leitung von DDr. Human-Friedrich Unterrainer mitzuarbeiten.

Es handelte sich hierbei um eine Weiterführung des Forschungsprojektes „Spiritualität & psychische Erkrankung“, welches ebenfalls an der Universitätsklinik für Psychiatrie in Graz im Zeitraum Oktober 2005 bis Oktober 2007 durchgeführt wurde.

Hauptanliegen der Studie war es vor allem, Religion und Spiritualität im stationären Bereich zu thematisieren und damit eventuelle Berührungängste mit diesem Thema zu beseitigen.

„Denken Sie an den betäubenden Kontrast zwischen der strahlenden Intelligenz eines gesunden Kindes und der Denkschwäche der durchschnittlichen Erwachsenen. Wäre es so ganz unmöglich, dass gerade die religiöse Erziehung einen großen Teil Schuld an dieser relativen Verkümmern trägt?“
(Sigmund Freud, *Die Zukunft der Illusion*)

Auch wenn es nicht übermäßig viel Literatur über das Thema Religion und Spiritualität in Verbindung mit Psychiatrie bzw. Psychotherapie gibt, bin ich während meiner Recherchen doch zu dem Schluss gelangt, dass man sich schnell in einer Masse aus verschiedenen Ansichten, Meinungen und Zitaten verlieren kann. Daher möchte ich in den folgenden vier kleinen Unterkapiteln nun ein wenig Hintergrundinformation, die ich zusammengetragen habe, präsentieren, die den Ein- und Durchblick für diese Materie etwas erleichtern soll.

2.1 Unterscheidung Religiosität und Spiritualität

Man muss nicht viele Artikel und Arbeiten lesen, um bald zu bemerken, dass sich für die meisten Autoren zu allererst die Frage bzw. das Problem stellt eine genaue Differenzierung zwischen Religion und Spiritualität zu finden.

Sollod (k.D.) meint, dass es in einer pluralistischen Gesellschaft mit vielen verschiedenen religiösen und spirituellen Lehren, nur auf der Hand läge, dass es keine wirklich präzise Definition bzw. nur eine ganze Reihe an überlappenden Ansichten gäbe.

Dieser Ansicht möchte ich mich gerne anschließen. Aus eigener Erfahrung weiß ich, dass z.B. verschiedene Personen aus gleichen Glaubensrichtungen, Religion für sich anders auslegen und dieser auf verschiedene Weise nachgehen. Sei es, dass einem Menschen die soziale Interaktion in seiner religiösen Gemeinde am wichtigsten ist und für ihn die sogenannte rituelle Religion an erster Stelle steht, für einen anderen wiederum nur der intrinsische Glaube zählt, den er eigentlich ganz für sich allein lebt.

Möller und Reimann (2003) beschreiben Religiosität als ein überindividuelles System transzendierender Werte von unterschiedlichem Organisations- und Institutionalierungsgrad, die Spiritualität hingegen eher allgemeiner als persönliche, sinnstiftende Grundeinstellung.

Heißt das nun, dass Religion nur institutionelle Dinge, wie die Kirche selbst beinhaltet und es eher um Praktiken und diverse Rituale geht und die Spiritualität eigentlich den wahren Körper des Glaubens beschreibt?

Seyringer (2007) teilt in ihrer Arbeit Religion nicht mehr ganz so streng einer Institution zu. So wird Religion als eine Vielzahl ganz unterschiedlicher kultureller Phänomene, die das menschliche Verhalten und die Wertvorstellung beeinflussen. Spiritualität hingegen sei ein global anerkanntes Konzept und beschreibe eine grundsätzliche Suche nach Wegen zur Sinnfindung. Sie sei eine transzendente Beziehung zwischen einem Individuum und einer höheren Existenz, eine Qualität, die über eine spezifische religiöse Zugehörigkeit hinausgeht.

Sehr interessant fand ich auch das Zitat des amerikanischen Arzt und Forscher Matthews (2000), zitiert nach Hundt (2003), der Religion als ein organisiertes System von Überzeugungen, Praktiken und Symbolen, das dem Zweck dient, Gott näher zu kommen definierte; Spiritualität als die Suche nach Antworten auf letzte Fragen über das Leben und den Sinn des Daseins, die nicht unbedingt zur Entwicklung von spezifischen Ritualen und Praktiken oder zur Bildung von Gemeinschaften oder religiösen Lehrgebäuden führen muss. Zusammenfassend meinte er: „Spiritualität stellt Fragen, Religion formuliert Antworten.“

Diese Ansammlung an Zitaten soll eben zeigen, wie schwer es ist, eine klare Grenze zu ziehen. Daher werde auch ich in meiner Arbeit die Begriffe Religion und Spiritualität zwar nicht als ident, aber doch als zusammengehörig behandel und keine große Trennung vornehmen.

2.2 Religion und Persönlichkeit

Schon in der Einleitung wurde durch die Darlegung von Teilergebnissen der Europäischen Wertestudie deutlich, dass es auf jeden Fall allgemeine Unterschiede in der Bevölkerung gibt, wenn es um das Befinden von Religion und Spiritualität geht. Diese Ergebnisse bestätigen sich auch in kleinerem Rahmen.

So wurden z.B. in der Hauptuntersuchung von Unterrainer (2007) im Zeitraum Juli 2003 bis Februar 2004, 504 Personen zu ihrem religiös-spirituellen Empfinden befragt. Die

Probanden wurden zum Teil am LKH – Graz, in Selbsthilfegruppen für Brustkrebspatientinnen und einer Einrichtung für Suchtpatienten der Organisation Grüner Kreis rekrutiert. Außerdem wurde noch eine Kontrollgruppe (N= 263) mit denselben Fragebögen befragt, wobei die dieser Gruppe angehörenden Personen zu diesem Zeitpunkt nicht den Status Patient hatten (siehe Tab. 2). Es wurden insgesamt 287 Frauen (56,9 %) und 217 Männer (43,1 %) befragt. Die Untersuchung wurde mit Probanden im Alter von 18 bis 90 Jahre durchgeführt, der Mittelwert lag bei $M = 45,73$.

Knapp zwei Drittel der befragten Personen gaben an, der römisch-katholischen Kirche anzugehören (65,1 %). Das restliche Drittel (34,9 %) gehörte einer anderen christlichen, oder nicht-christlichen Gemeinschaft oder keiner Religionsgemeinschaft an (siehe Tab. 3).

	männlich	weiblich	gesamt
Orthopädie (LKH)	22	28	50
Onkologische Patientinnen	x	81	81
Dermatologie (LKH)	16	34	50
Suchtpatienten	131	132	263
Kontrollgruppe	215	289	504

Tab. 2 Gesamtstichprobe Hauptuntersuchung Unterrainer

Quelle: Unterrainer, 2007³

³ Unterrainer, H., 2007. Spiritualität und psychische Gesundheit. Glaube als Ressource in der Krankheitsverarbeitung. Saarbrücken: VDM Verlag Dr. Müller. p 133 ff.

	Häufigkeit	Prozent
römisch-katholisch	328	65,1%
evangelisch	47	9,3%
andere christliche Religionsgemeinschaft	34	6,7%
andere nicht christliche Religionsgemeinschaft	19	3,8%
nie einer Religionsgemeinschaft angehört	3	0,6%
aus der Kirche ausgetreten	73	14,5%
Total	504	100%

Tab. 3 Religionsbekenntnis Gesamtstichprobe Unterrainer

Quelle: Unterrainer, 2007³

Die statistische Auswertung ergab dann u.a. folgende Ergebnisse für die Fragestellung ‚Alter und Geschlecht‘.

Frauen weisen ein signifikant höheres Ausmaß an allgemeiner, sowie globaler Religiosität auf als Männer. Außerdem zeigt sich bei ihnen ein höheres Ausmaß an religiös-spirituellem Wohlbefinden.

Junge Menschen (18 – 31 Jahre) unterscheiden sich signifikant von Menschen mittleren und höheren Alters. Ihr Ausmaß an allgemeiner Religiosität ist geringer. Im Bezug auf die religiös-spirituelle Befindlichkeit, gab es kein signifikantes Ergebnis hinsichtlich des Alters.

Auch im Bereich ‚Schulbildung‘ zeigten sich interessante Verteilungen, die sich in etwa mit den Ergebnissen der Europäischen Wertestudie decken.

So zeigte sich z.B., dass sich Pflichtschulabsolventen wesentlich von Universitätsabsolventen unterscheiden. Sie weisen ein höheres Maß an globaler Religiosität auf. Im Bezug auf das religiös-spirituelle Befinden gab es wiederum keine großen Unterschiede zu verzeichnen.

Da das den Rahmen meiner Arbeit sprengen würde, kann ich leider nicht alle Ergebnisse der Studie bringen.

Es stellt sich nun natürlich die Frage, ob abgesehen von der statistisch erfassbaren prozentuellen Häufigkeit von Religiosität in verschiedenen Bevölkerungsgruppen, der Grad an Religiosität an persönlichen Eigenschaften eines Menschen festgemacht werden kann, oder gar die Religiosität ihrerseits einem Menschen besondere Eigenschaften verleiht.

Untersuchungen über die Psychologie der Religiösen Persönlichkeit, scheinen bestätigt zu haben, dass Religiosität tatsächlich mit einigen Persönlichkeitsunterschieden zusammenhängt. Das stellt Sarouglu (2001) nach seiner metaanalytischen Review von diversen Studien, welche die Religiosität von Menschen im Zusammenhang mit deren Persönlichkeit untersuchte, fest. Persönlichkeit wurde dabei über das Five Factor Model (FFM) definiert.

Das FFM, oder auch oft nur die „Big Five“ genannt, ist ein hierarchisch gegliedertes Persönlichkeitsmodell, das sich auf fünf Hauptdimensionen stützt: Extraversion, Verträglichkeit, Gewissenhaftigkeit, Neurotizismus und Offenheit für neue Erfahrungen (auf Englisch: Extraversion, Agreeableness, Conscientiousness, Neuroticism und Openness to Experience) (McCrae & John, 1992).

Über spezielle Fragebögen, in unserer Studie wurde z.B. der Sechs Faktoren Test verwendet, kann man dann individuelle Unterschiede in der Persönlichkeit von Personen erkennen. Hat eine Testperson z.B. hohe Neurotizismuswerte, handelt es sich meist um Personen, die leichter aus dem seelischen Gleichgewicht zu bringen sind und über viele Sorgen klagen.

Die Studien, welche von Sarouglu (2001) zusammengetragen worden waren, wurden schließlich noch in vier Kategorien gegliedert, welche die Maße für Religion angaben. 1. Intrinsische und Allgemeine Religion, 2. Offene und Reife Religion und Spiritualität, 3. Religiöser Fundamentalismus und 4. Extrinsische Religion.

Wie vom Autor erwartet, gab es hauptsächlich eine Beziehung zwischen allgemeiner Religiosität und den Faktoren Verträglichkeit und Gewissenhaftigkeit. Schwach korrelierte sie auch mit dem Faktor Extraversion.

Für die Untergruppe 2 bestand auch eine signifikante Beziehung zu Extraversion, Verträglichkeit und Gewissenhaftigkeit.

Im Bereich des Religiösen Fundamentalismus, ergab sich eine negative Korrelation mit der Dimension Offenheit für neue Erfahrung.

Die Extrinsische Religiosität ergab überraschender Weise einen signifikant positiven Zusammenhang mit der Dimension Neurotizismus.

2.3 Religiosität und Spiritualität in der Psychiatrie

In einigen Arbeiten kann man erfahren, dass das Thema Religiosität in Psychiatrie und Psychotherapie in den letzten Jahren in der psychiatrischen Wissenschaft einen erstaunlichen Aufschwung erlebt hat, dies allerdings hauptsächlich in Nordamerika. Daher stammen auch die meisten Forschungsarbeiten aus dem amerikanischen Raum. In Europa wird Religiosität im Vergleich zu seiner in letzter Zeit doch wieder steigenden gesellschaftlichen Bedeutung in der Medizin allgemein noch immer vernachlässigt.

Turbott (2004, zitiert nach Seyringer et al., 2007) meint sogar, dass die spirituelle Dimension als ein wesentlicher Aspekt der menschlichen Natur von der Psychiatrie ignoriert oder sogar pathologisiert wurde.

Ursachen für dieses Spannungsfeld sind vielleicht in der Geschichte zu finden. So galt im Mittelalter eine psychische Erkrankung oft als Strafe Gottes, andererseits nahmen sich in dieser Zeit vor allem religiöse Gemeinschaften wie Klöster oder Orden der psychisch Kranken an, lange bevor staatliche bzw. medizinische Hilfeleistungen sich etabliert hatten (Koenig & Larson, 2001 zitiert nach Seyringer et al., 2007).

In wieweit hat nun aber die gelebte Religion bzw. Spiritualität einen Einfluss auf die Lebenszeitprävalenz von psychiatrischen Erkrankungen?

Um diese Frage zu „beantworten“, habe ich ein paar Ergebnisse von diversen Studien, die sich damit auseinandergesetzt haben, zusammengetragen.

Kendler et al. (2003) untersuchten z.B. 2.616 männliche und weibliche Zwillinge aus der allgemeinen, amerikanischen Bevölkerung (Virginia) mit Hilfe von 78 Items, die sich mit verschiedenen Aspekten von Religiosität auseinandersetzten und von verschiedenen Quellen zusammengetragen wurden. Die Ergebnisse wurden dann in Verbindung mit der Prävalenz von ausgewählten psychiatrischen Erkrankungen gebracht. Fünf davon endogen;

Major Depression, Phobien, Generalisierte Angststörung, Panikstörung und Bulimia Nervosa. Vier davon exogen; Nikotin-, Alkohol- und Drogenabusus, sowie Antisoziales Verhalten bei Erwachsenen.

Die Religiosität wurde dafür in sieben Dimensionen untergliedert. Erstens, die „Allgemeine Religiosität“. Zweitens, die „Soziale Religiosität“. Faktor drei behandelte die Items, die mit „Gott“ zu tun hatten. Viertens war die Dimension des „Vergebens“. Die fünfte Dimension wurde „Gott als Richter“ genannt und unterschied sich in der Hinsicht von Faktor drei, als es hier nicht um das Gottesbild allgemein, sondern um die verurteilende, bestrafende Natur der Göttlichkeit ging. Faktor sechs behandelte das „Nicht Nachtragend Sein“ und zu guter Letzt stand die „Dankbarkeit“ als siebende Dimension. Die Untersuchung ergab, dass zwei Faktoren, nämlich die „Soziale Religiosität“ und die „Dankbarkeit“ in positiver Beziehung für die sowohl endogenen, also auch exogenen Krankheitsbilder standen. Vier Faktoren, die „Allgemeine Religiosität“, „Gott“, „Vergeben“ und „Gott als Richter“ zeigten eher ein reduziertes Risiko, allerdings nur für die exogenen Erkrankungen. Anders der Faktor „Nicht Nachtragend Sein“, welcher im positiven Zusammenhang mit endogenen Erkrankungen stand.

Eine sehr interessante Untersuchung wurde auch von Maselko und Buka (2008) durchgeführt. Zwar orientiert an den Ergebnissen von Kendler et al. ging es in ihrer Studie nicht nur rein um einen Zusammenhang zwischen Religion und psychiatrischen Erkrankungen, sondern auch in wie weit eine Veränderung in der religiösen Aktivität die Prävalenz von psychiatrischen Erkrankungen beeinflusst. Bei den Ergebnissen wurde auch großer Wert darauf gelegt, die Unterschiede zwischen Männern und Frauen aufzuzeigen. Die drei häufigsten psychiatrischen Diagnosen, wurden für eine statistische Analyse herangezogen. Diese waren, Generalisierte Angststörung, Major Depression und Alkohol Abusus bzw. Abhängigkeit.

Die Stichprobe umfasste 718 Teilnehmer mit einem Durchschnittsalter von 33,58 Jahren. Von der Religionszugehörigkeit bekannten sich die meisten Teilnehmer (62 %) zum katholischen Glauben. Unter Verwendung der DMS-IV Kriterien war die am häufigsten anzutreffende psychiatrische Erkrankung die Depression. Für einen genaueren Überblick über diese Stichprobe, habe ich die wichtigsten Daten in einer Tabelle zusammengefasst.

	Gesamtstichprobe (n = 718)	Religiös aktiv (n = 307)	Nicht religiös aktiv (n = 411)
Männer	61,3%	61,6%	61,1%
Frauen	38,7%	38,4%	38,9%
Religiosität			
Katholiken	61,7%	61,6%	61,8%
Protestanten	34,3%	34,5%	34,1%
Sonstige Konfession	1,8%	2,0%	1,7%
Psychiatrische Diagnosen			
Generalisierte Angststörung	9,9%	7,2%	11,9%
Major Depression	26,6%	26,4%	26,8%
Alkohol Abusus	18,5%	15,0%	21,2%

Tab. 4 Stichprobencharakteristika Maselko & Buka

Quelle Maselko & Buka (2008)⁴

Die ersten Untersuchungsergebnisse bezogen sich nun auf die aktuelle Einstellung der Probanden zur Religion. Unter den Frauen, welche angaben momentan nicht religiös aktiv zu sein, war das Lebenszeitrisiko für eine generalisierte Angststörung und

Alkoholabhängigkeit höher als bei Frauen, die religiös aktiv waren.

Dieses Muster wurde bei den männlichen Probanden nicht gefunden. So war die Rate an Depressionen bei Männern, die gerade nicht aktiv ihre Religion lebten, geringer verglichen mit denen, welche sie aktiv betrieben.

Als nächstes wurden die Veränderungen der Religiosität der Probanden zwischen der Kindheit und dem Erwachsenenalter betrachtet und mit der Prävalenz der psychiatrischen Erkrankungen in Verbindung gebracht.

⁴ Maselko, J. & Buka, S., 2008. Religious activity and lifetime prevalence of psychiatric disorder. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 43 (1), p 21

Unter den 440 männlichen Teilnehmern der Studie, gaben 40 % (n = 176) an, immer aktiv religiös gewesen zu sein. Bei 52 % (n = 227) gab es eine Veränderung der religiösen Aktivität seit der Kindheit. 8 % (n = 37) gaben an, niemals religiös aktiv gewesen zu sein. Unter den Frauen waren es 39 % (n = 109), die eine stätige Religiosität aufwiesen. Bei 54 % (n = 150) kam es entweder zu einer Erhöhung oder Verringerung der Aktivität und 7 % (n = 19) gaben an niemals religiös aktiv gewesen zu sein.

Interessant war nun der höhere Level an psychiatrischen Erkrankungen bei Frauen, die eine Veränderung in ihrer religiösen Aktivität durchgemacht haben. Unter ihnen gab es zweimal so häufig generalisierte Angststörungen. Ebenfalls war die Prävalenz für Alkoholabhängigkeit erhöht.

Im Gegensatz dazu war bei Männern die Rate an Depressionen höher, wenn die religiöse Aktivität von der Kindheit bis hin zum Erwachsenenalter gleich geblieben war. Gab es eine Veränderung, erhöhte das die Wahrscheinlichkeit für eine generalisierte Angststörung oder Alkoholabhängigkeit nicht (siehe Tab. 5).

Religiöse Aktivität	Generalisierte Angststörung % (n)	Major Depression % (n)	Alkoholabhängigkeit % (n)
<i>Männer</i>			
Immer aktiv	6,8 % (12)	26,7 % (47)	18,8 % (33)
Veränderung	8,8 % (20)	19,4 % (44)	20,3 % (46)
Nie aktiv	8,1 % (3)	27,0 % (10)	27,0 (10)
Gesamt	8,0 % (35)	23,0 % (101)	20,2 % (89)
<i>Frauen</i>			
Immer aktiv	6,4 % (7)	26,6 % (29)	10,1 % (11)
Veränderung	17,3 % (26)	36,7 % (55)	20,0 % (30)
Nie aktiv	15,8 % (3)	31,6 % (6)	15,8 & (3)
Gesamt	13,0 % (36)	32,4 % (90)	15,8 % (44)

Tab. 5 Psychiatrische Diagnosen und Religiöse Aktivität

Quelle: Maselko & Buka (2008)⁵

⁵ Maselko, J. & Buka, S., 2008. Religious activity and lifetime prevalence of psychiatric disorder. Social psychiatry and psychiatric epidemiology, 43 (1), p 22

In der Einleitung wurde schon dargelegt, dass Religion v.a. für die ältere Bevölkerung eine große Rolle zu spielen scheint. In diesem Zusammenhang haben Koenig et al. (1998) eine interessante Studie veröffentlicht. Zwischen November 1993 und März 1996 wurden von verschiedenen Abteilungen des Duke University Medical Centers Patienten ab 60 Jahren rekrutiert, die zusätzlich zu ihrer eigentlichen Diagnose auch noch eine Depression aufwiesen. Ziel der Studie war es, die Patienten nach ihrer Entlassung aus der Klinik noch ca. ein Jahr zu begleiten. Im Abstand von 12 Wochen wurden sie telefonisch kontaktiert. Durch einen speziellen Fragebogen wurden sie über die Veränderungen ihrer depressiven Symptome befragt. Dabei wurden soziale und auch religiöse Faktoren berücksichtigt. Ein wenig mehr als die Hälfte der teilnehmenden Probanden gingen in volle Remission, fast 50 % davon ohne wirklich abgestimmte Therapie für die Depression.

Vier Variablen konnten ermittelt werden, die anscheinend mit einer kürzeren Zeit bis hin zur Remission in Verbindung standen. Diese waren hohe Lebensqualität, eine Änderung in der Einschränkung in alltäglichen Aktivitäten, das Fehlen einer psychiatrischen Vorgeschichte in der Familie und eine hohe intrinsische Religiosität. Die aktive Religion, sei es für einen selbst privat zu Hause ausgelebt, oder in der Kirche, hatte, wie vielleicht zu erwarten war, keinen wirklichen Einfluss.

Die Autoren erklärten sich dieses Ergebnis damit, dass ältere Personen mit einer höheren intrinsischen Religiosität wahrscheinlich eher in der Lage seien mit Veränderungen ihrer Gesundheit oder ihrer Lebensumstände umzugehen aufgrund einer höheren Selbstzufriedenheit und Wohlbefinden. Allerdings sollten diese Ergebnisse auch nicht zwingender Weise verallgemeinert werden, da die Probanden alle aus einer sogenannten „Bible Belt“ Region der Vereinigten Staaten von Amerika stammten, in der Religion grundsätzlich eine große Wichtigkeit genießt.

In wie weit kann und sollte nun die Religion bzw. Spiritualität einen Einfluss auf die Anamnese und Behandlung im psychiatrischen Bereich nehmen?

Seyringer et al. (2007) schreiben, dass im Vergleich zu Psychiatern, Patienten bis zu doppelt so häufig die Religion als wichtigen Faktor benennen. Patienten suchen in dieser Angelegenheit auch weniger das Gespräch mit dem Arzt als mit anderen Berufsgruppen. Die deskriptive Analyse der Daten von Unterrainer (2007) ergab auf die Frage „*Wenn Sie über religiöse/spirituelle Themen sprechen möchten – an wen würden Sie sich am ehesten wenden?*“, nur 20 Nennungen für den Arzt (n= 181). Die meisten Nennungen fielen mit 62

auf den Beruf des Krankenhausseelsorgers, gefolgt von 54 Nennungen für Angehörige und 53 für Psychologen.

In einer Stellungnahme des American College of Physicians werden vier Fragen vorgeschlagen, die Ärzte im Rahmen der Anamnese stellen könnten:

- 1) Spielt Glaube (Religion, Spiritualität) eine wichtige Rolle für Sie im Rahmen der Erkrankung?
- 2) War Glaube zu einem anderen Zeitpunkt Ihres Lebens wichtig?
- 3) Haben Sie jemanden, mit dem Sie über religiöse Angelegenheiten sprechen können?
- 4) Möchten Sie mit jemandem religiöse Angelegenheiten erörtern?

(Lo et al., 1999 zitiert nach Seyringer et al., 2007)

Sollod (k.D.) zwingt sechs mögliche Wege zur Anregung, wie man Religion und Spiritualität auch möglicherweise in die Psychotherapie integrieren kann.

- 1) Die Existenz von spirituellen Aspekten der allgemeinen Psychotherapie und der speziellen, angeblich „nicht spirituellen“ Psychotherapien anzuerkennen.
- 2) In einer Weise arbeiten, die den religiösen und spirituellen Ansichten der Patienten entsprechen.
- 3) Anwendung von spirituellen Techniken bei Verhaltensstörungen.
- 4) Einen spirituellen Zugang zum Leben erleichtern, spirituelle Formung als Behandlung bei Verhaltensstörungen.
- 5) Spirituelle Formung als therapeutisches Ziel im Allgemeinen.
- 6) Die Verwendung von Methoden, welche grundsätzlich von spiritueller Tradition herkommen, um die Wirksamkeit des Psychotherapeuten zu erhöhen.

Natürlich sollte aber immer darauf geachtet werden, dass der Psychiater nicht in die Rolle eines spirituellen Führers oder ähnliches fällt!

Koenig (2004 zitiert nach Seyringer et al., 2007) hält auch fest, dass es nicht bei jedem Patienten von Vorteil ist, eine Anamnese in diesem Bereich durchzuführen, dass aber die Erhebung selbst auch schon eine starke Intervention darstellen kann. Es sollte vermieden werden, Anamnesen über Spiritualität bei nicht religiösen Menschen durchzuführen, mit Patienten über Glaubensfragen zu diskutieren, ihnen bestimmte Glaubenspraktiken näher

bringen zu wollen bzw. gar therapeutische Schritte zu setzen, die nicht patienten-zentriert sind.

Außerdem, nicht jede Studie, die sich mit Krankheitsverarbeitung und Religion auseinandersetzt hat nur positive Ergebnisse zu verzeichnen. Schowalter et al. (2003) berichten über eine Studie, bei der insgesamt 465 Patienten aus zwei psychosomatischen Kliniken untersucht wurden. Eine dieser Kliniken integrierte explizit religiöse Elemente in die Therapie, die andere nicht. Die Hauptfragestellung der Studie war nun, ob die Berücksichtigung der individuellen Religiosität der Patienten durch Integration spiritueller Elemente in die Psychotherapie Auswirkungen auf das Therapieergebnis religiöser Patienten hat. Beobachtet wurden hierbei einerseits Änderungen auf allgemeiner Symptomebene, andererseits auch hinsichtlich des spirituellen Wohlbefindens. Überraschender Weise stellte sich heraus, dass sich religiöse Patienten auf symptomatischer Ebene in vergleichbarem Ausmaß verbesserten, unabhängig davon, ob sich in der Behandlung religiöse Elemente befanden oder nicht. Es wurde also festgestellt, dass die Integration von religiösen Elementen, zumindest in diesem Fall, nicht unbedingt einen Vorteil brachte.

Nur der Vollständigkeit halber sei aber erwähnt, dass als zweites Hauptergebnis, sehr wohl eine Verbesserung des spirituellen Wohlbefindens bei den Patienten in der Klinik mit religiösem Schwerpunkt festgestellt wurde.

2.4 Religion im Biopsychosozialen-Modell

Von den vielen theoretischen Ansätzen, die die Beziehung zwischen Leib und Seele zu erklären versuchen, ist heute das biopsychosoziale Modell das mit Abstand am häufigsten zitierte Paradigma (Goodman, 1991 zitiert nach Egger, 2005).

Erstmals wurde dieses Modell von Dr. George L. Engel aufgebracht und sollte das vorherrschende bio-medizinische Krankheitsmodell ablösen.

Aus biomedizinischer Sicht wird Krankheit einfach als somatische Störung beschrieben, diagnostiziert durch einen organischen bzw. organfunktionellen Befund. Krankheit präsentiert sich als materieller Befund. Gesundheit wird als somatische Unauffälligkeit beschrieben, also das Ausbleiben eines Befundes bzw. organische Funktionstüchtigkeit.

Im biopsychosozialen Modell wird aber nun davon ausgegangen, dass neben biologischen immer auch psychosoziale Aspekte zum Tragen kommen, welche in gleichem Maße Beachtung finden. Der Begriff Krankheit wird also zusätzlich noch durch eine psychologische Dimension, Krankheit als Störung des Erlebens und Verhaltens und einer öko-sozialen Dimension geprägt, Krankheit als Ergebnis einer pathogenen Mensch-Umwelt-Passform. Ebenso verhält es sich mit der Definition von Gesundheit; die psychologische Dimension beschreibt Gesundheit als vitales Erleben und Verhalten. Die öko-soziale Dimension beschreibt sie als salutogene Mensch-Umwelt-Passform (Egger, 2005).

Eigentlich sollte Religion und Spiritualität einen Platz im öko-sozialen Bereich dieses Modells finden. Dies geschieht anscheinend aber eher nur spärlich. So wurde die Forderung nach Berücksichtigung einer spirituellen Komponente laut, die als vierte Dimension in den biopsychosozialen Ansatz integriert werden sollte, sozusagen dann ein biopsychosoziospirituelles Modell (Miller & Thoresen, 1999 zitiert nach Unterrainer, 2007).

Leider hinkt es aber auch in anderen Bereichen. Es mag sein, dass sich das Modell in der Theorie schon etabliert hat, so ist es auch ein Leitbild der Ausbildung im neuen Studienplan an der Medizinischen Universität Graz, aber de facto hat der ausgerufenen Paradigmenwechsel von einer biomedizinischen zu einer ganzheitlichen, biopsychosozialen Medizin noch nicht stattgefunden (Egger, 2007).

*„Nun sag, wie hast du's mit der Religion?“
(J.W. v. Goethe, Faust I)*

3.1 Forschungsanliegen

Aufbauend auf dem Forschungsprojekt “Spiritualität und psychische Erkrankung”, welches in der Zeit von 10. 10. 2005 bis 10. 10. 2007 unter der Leitung von DDr. Human-Friedrich Unterrainer durchgeführt wurde, wurde mit September 2009 an der Universitätsklinik für Psychiatrie am LKH-Graz mit der Weiterführung des Projekts begonnen.

Schwerpunkt der aktuellen Studie ist die Messung möglicher Veränderungen diverser Parameter des religiös-spirituellen Befindens im Kontext zur Krankheitsverarbeitung, in diesem Fall bei allgemein psychiatrischen Erkrankungen.

Globales Anliegen bleibt dabei natürlich auch, Religion und Spiritualität in der Medizin bzw. im stationären Arbeitsumfeld zu thematisieren und mögliche Berührungspunkte aufzuzeigen und eventuell zu schwächen, um so einer Steigerung der Kompetenzen der verschiedenen Berufsgruppen im Krankenhaus in diesem Bereich beizutragen.

Zur Anwendung kommt dabei ein eigens entwickeltes Instrument zur Erfassung des religiös-spirituellen Befindens (MI-RSB 48; siehe unten), kombiniert mit bereits etablierten psychometrischen Instrumenten zu zwei Messzeitpunkten. Zusätzlich werden noch zur Basisdokumentation, soziodemographische Daten über die Probanden erhoben. Der erste Messzeitpunkt sollte gleich nach einer kurzen Eingewöhnungsphase an den stationären Betrieb für den Patienten gewählt werden. Nach einem Aufklärungsgespräch bekommt der Proband die Fragebögen ausgehändigt und wird gebeten, sie in einem ruhigen Moment auszufüllen.

Der zweite Messzeitpunkt sollte in der letzten Behandlungswoche liegen, kurz vor der Entlassung. Dabei kann man dem Probanden auch noch die Möglichkeit geben, ein klärendes Gespräch mit dem Untersucher zu führen.

Die Kernfragestellung des Projektes ist wiederum, ob religiös-spirituelle Menschen einen Vorteil im Umgang mit ihrer psychischen Erkrankung haben und welche Veränderungsprozesse sich zeigen.

Die Auswertung der Daten erfolgt computerunterstützt mittels Statistik-Softwareprogramm SPSS. Dabei kommen nach einer deskriptiven Darstellung des Datensatzes, verschiedene

Analysemethoden zur Darstellung von Zusammenhängen und Unterschieden zur Anwendung.

3.2 Stichprobe

Ziel ist es, 100 allgemein psychiatrische Patienten im klinisch stationären Bereich der Univ.-Klinik für Psychiatrie für die Studie zu rekrutieren. Dabei sollte es sich möglichst um eine geschlechtermäßig ausgeglichene Gruppe handeln.

Einschlusskriterien für die Teilnahme an der Studie sind die Volljährigkeit und Mündigkeit der Probanden. Nach einem Aufklärungsgespräch müssen sie auch ihr schriftliches Einverständnis abgeben. Schließlich muss der Proband Deutsch als Muttersprache sprechen.

Ausgeschlossen von der Teilnahme sind Patienten mit akuten Psychosen.

Natürlich hat der Proband zu jeder Zeit auch nach der Zustimmung das Recht, ohne Anführung von Gründen, die Teilnahmebereitschaft zu widerrufen.

Darüberhinaus bleibt es dem Versuchsleiter unbenommen, aus verschiedenen Gründen, die Teilnahme eines Probanden vorzeitig zu beenden.

3.3 Instrumente

3.3.1 Instrumente zum religiös – spirituellen Erleben bzw. Persönlichkeitsdiagnostik

3.3.1.1 MI-RSB 48: Mehrdimensionales Inventar zum religiös- spirituellen Befinden

Dieses Instrument gibt die Möglichkeit, religiöse Dimensionen als Ausdruck des psychischen Befindens zu erfassen. Auf Grund der Thematik der Studie, legen wir auf diesen von Unterrainer und Ladenhauf entwickelten Fragebogen unser Hauptaugenmerk.

In der Erprobungsphase dieses Instrumentes wurden um fünf Bereiche, „Hoffnung“, „Vergeben“, „Rituale und Symbole“, „Erfahrungen von Bedeutung und Sinn“ und „Akzeptanz der Endlichkeit des Lebens“, 65 Items formuliert. In dieser Form wurde er 100 weiblichen und 100 männlichen Studenten der Universität Graz vorgelegt.

Einschlusskriterium war Deutsch als Muttersprache und hinsichtlich Alter, Geschlecht und Religionszugehörigkeit näherte sich die Stichprobe der gesamtösterreichischen Verteilung an. Die Erprobungsphase diente dazu, erste Erkenntnisse über den Fragebogen zu gewinnen. Es kam danach zu einer Verlängerung des Fragebogens auf 75 Items. Dieser wurde einer Stichprobe aus der österreichischen Allgemeinbevölkerung (N=263) vorgelegt. Danach kam es erneut zu einer Validierung (Faktorenanalyse, Itemselektion nach Reliabilität, Schwierigkeit und inhaltlicher Bewertung) und es entstand das vorläufige Endergebnis des Instrumentes mit 48 Items. Im Gegensatz zur Erprobungsphase, gibt es aktuell eine Sechs-Faktorenlösung. Die sechs Faktoren sind, „Allgemeine Religiosität“, „Hoffnung immanent“, „Hoffnung transzendent“, „Vergebung“, „Erfahrung von Bedeutung und Sinn“ und „Allverbundenheit“ (Unterrainer, et al., 2010).

Der Fragebogen ist in einer Art Multiple-Choice System aufgebaut. Jedes Item hat eine Antwortmöglichkeit von 1 (Trifft gar nicht zu) bis 6 (Trifft völlig zu). Die Probanden werden gebeten, die Fragen spontan zu beantworten und sich nicht zu lange mit einem Item aufzuhalten.

Eine grundsätzliche Religiosität ist zum Ausfüllen des Fragebogens nicht erforderlich. Auch wenn ein Proband Religion völlig ablehnt, kann er an der Testung teilnehmen, da diese Haltung berücksichtigt wird.

In der folgenden Tab. 4 werden alle Items in der Reihenfolge, wie sie auch die Probanden erhalten, aufgelistet. Die Dimension, der sie angehören, steht stets daneben.

Nr.	Dimension	Item
1	AR	Mein Glaube gibt mir ein Gefühl der Sicherheit
2	VE	Es gibt Dinge, die ich nicht verzeihen kann.
3	HI	Ich blicke mit Optimismus in die Zukunft.
4	AL	Ich habe eine Erfahrung gemacht, in der meine Person in etwas Größerem aufzugehen schien.

5	HT	Ich denke oft daran, dass ich die von mir geliebten Menschen zurücklassen werden muss.
6	BS	Ich habe die Erfahrung der Echtheit von Gefühlen gemacht.
7	AR	Es ist für mich möglich, Zufriedenheit im vertraulichen Gespräch mit Gott zu finden.
8	VE	Es gibt Menschen, die ich hasse.
9	HI	Ich denke, dass es in der Zukunft aufwärts gehen wird.
10	AL	Ich glaube, nach meinem Tod wiedergeboren zu werden.
11	HT	Ich würde alles daran setzen, das Leben geliebter Menschen zu verlängern.
12	BS	Ich habe die Erfahrung tiefer Zuneigung gemacht.
13	AR	Ich werde mit Gottes Hilfe alle Probleme bewältigen können.
14	VE	Es gibt Menschen, denen ich niemals verzeihen werde können.
15	HI	Ich glaube, mein Leben entwickelt sich in die richtige Richtung.
16	AL	Es gibt Menschen, zu denen ich eine übersinnliche Verbindung spüre.
17	HT	Es fällt mir schwer daran zu denken, dass von mir geliebte Menschen einmal nicht mehr leben werden.
18	BS	Ich habe wahre Freundschaft erfahren.
19	AR	In gewissen Momenten in meinem Leben fühle ich mich Gott ganz nah.
20	VE	Es gibt Dinge, die man nicht verzeihen soll.
21	HI	Ich glaube, dass ich in Zukunft mehr positive Erlebnisse haben werde als negative.
22	AL	Ich habe Dinge erfahren, durch die mir bewusst wurde, dass nichts je richtig tot ist.

23	HT	Ich habe Angst davor, nach meinem Tod vergessen zu werden.
24	BS	Ich habe oftmals die Erfahrung von Offenheit und Ehrlichkeit gemacht.
25	AR	Ich werde mit Gottes Hilfe noch einmal glücklich sein.
26	VE	Wenn mich jemand verletzt hat, versuche ich in der Regel es ihm heimzuzahlen.
27	HI	Ich glaube, dass ich in der Zukunft so leben werde, wie ich mir das vorstelle.
28	AL	Ich glaube an eine Weiterexistenz nach dem Tode.
29	HT	Ich würde alles daran setzen, mein Leben zu verlängern.
30	BS	Ich habe Dinge erfahren, die ich immer wieder erleben möchte.
31	AR	Ich weiß, dass Gott barmherzig ist.
32	VE	Der Gedanke daran, meine Feinde leiden zu sehen, befriedigt mich.
33	HI	Ich habe eine genaue Vorstellung davon, wie meine Zukunft aussehen soll.
34	AL	Ich habe Dinge erfahren, die sich nicht in Worte ausdrücken lassen.
35	HT	Ich habe Angst davor, was nach dem Tod geschieht.
36	BS	Ich habe oftmals eine Erfahrung gemacht, die mich zutiefst betroffen zurückließ.
37	AR	Ich gehe gerne zu einer Veranstaltung einer Glaubensgemeinschaft.
38	VE	Es gibt Menschen, die es verdienen schlecht behandelt zu werden.
39	HI	Meine Zukunft erscheint mir sehr unsicher.
40	AL	Ich habe erfahren, dass es Gegenstände gibt, von denen eine ganz besondere Kraft ausströmt.

41	HT	Mit dem Tod endet alle Hoffnung.
42	BS	Ich habe erfahren, dass ich mich so in eine Sache vertiefen kann, dass ich alles um mich herum vergesse.
43	AR	In freier Natur spüre ich die Gegenwart Gottes.
44	VE	Ich habe denjenigen verziehen, die mich verletzt haben.
45	HI	Ich glaube, dass die Zukunft spannende Aufgaben für mich bereithält.
46	AL	Ich glaube in Zukunft Erfahrungen zu machen, die vielen Menschen verwehrt sind,
47	HT	Ich habe Angst, nach meinem Tod für meine Verfehlungen zur Verantwortung gezogen zu werden.
48	BS	Ich hab eine oder mehrere Erfahrungen gemacht, durch die mir der Sinn des Lebens bewusst wurde.

Anmerkungen: AR = Allgemeine Religion, VE = Vergebung, HI = Hoffnung immanent, AL = Allverbundenheit, HT = Hoffnung transzendent, BS = Erfahrung von Bedeutung und Sinn

Tab. 6 MI-RSB-48 Items

In einigen Items kommt der Begriff „Gott“ vor. Wichtig ist dabei, den Probanden zu erklären, dass „Gott“ nicht zwingend im christlich-konfessionellen Sinne betrachtet werden muss.

3.3.1.2 Kurzer Fragebogen zu Religion, Glaube und Spiritualität

Dieser von Huber entwickelte Kurzfragebogen, dient der Untersuchung der Auswirkung verschiedener Gottesbilder, nämlich theistisch, deistisch, pantheistisch, agnostisch und atheistisch auf das bio-psycho-sozio-spirituelle Befinden der Patienten.

Es handelt sich hierbei um eine gekürzte Version des Religiositäts-Struktur-Test (R-S-T), welcher als Versuch verstanden werden kann, empirisch gut bewährte Konzepte der

psychologischen, soziologischen und religionswissenschaftlichen Religionsforschung miteinander in Verbindung zu bringen.

Das Grundmodell stützt sich auf sechs religionssoziologisch definierte Kerndimensionen: Intellekt, Ideologie bzw. Glaube, öffentliche Praxis, Erfahrung und Konsequenzen im Alltag und hat 127 Indikatoren. Allerdings muss der Test, wie hier, nicht als Ganzes verwendet werden. Er kann eben auch als Kurzversion mit nur 23 Indikatoren, die sehr gut auf einer Seite Platz finden, angewandt werden.

Die Praktische Anwendung findet der R-S-T hauptsächlich im Bereich der Beratung und Psychotherapie. Man ist dadurch in der Lage, zwischen nicht-religiösen, religiösen und hoch-religiösen Patienten zu unterscheiden.

Die verschiedenen R-S-T Skalen haben sich bereits in mehr als 100 Forschungsprojekten und Qualifikationsarbeiten bewährt (Huber, 2008).

3.3.1.3 Sechs Faktoren Test

Beim Sechs Faktoren Test (SFT) handelt es sich um einen Fragebogen zur Selbstbeurteilung durch Patienten oder auch gesunden Probanden zu den fünf Dimensionen der Persönlichkeit („Big Five“). Außerdem wurde als Subskala das Merkmal der Frömmigkeit hinzugefügt, welche eine konventionelle Form der Religiosität reflektieren soll.

Ziel ist es, Persönlichkeitsmerkmale als potentielle Risikofaktoren für psychische Störungen aufzudecken.

Der SFT wurde entwickelt, da ähnliche Instrumente sich auf Grund ihrer Komplexität und hohen Itemanzahl als bei psychisch beeinträchtigten Patienten nicht anwendbar zeigten.

Der SFT soll als leicht verständliches und zeitökonomisches Instrument im klinischen Bereich zum Einsatz kommen.

Die Durchführungszeit beträgt nur ca. zehn Minuten. Es stehen jeweils vier Antwortmöglichkeiten von „trifft gar nicht zu“ bis „trifft ausgesprochen zu“ zur Auswahl.

Der Test umfasst 55 Items, die sich auf folgende 7 Skalen verteilen:

1. Extraversion; mit 11 Items, erfasst werden Geselligkeit und Energie
2. Neurotizismus; mit 12 Items, erfasst werden Selbstunsicherheit und Stimmungslabilität

3. Gewissenhaftigkeit; mit 12 Items, erfasst werden Ordentlichkeit, Pünktlichkeit, Fleiß und Pflichtbewusstsein
4. Aggressivität; mit 5 Items, erfasst werden Überheblichkeit, Egoismus, Streit- und Rachsucht sowie aufbrausendes Verhalten
5. Offenheit für Erfahrung; mit 4 Items, erfasst wird eine unkonventionelle idealistisch geprägte Lebenseinstellung
6. Frömmigkeit; mit 4 Items, hier geht es eben um eine konventionelle Form der Religiosität
7. Motivation; mit 3 Items, hierbei wird nur noch zusätzlich geprüft, ob der Proband die Anweisungen verstanden hat, und die Bereitschaft zur ehrlichen Beantwortung der Fragen wird erfragt (Drieling, et al., 2006)

3.3.1.4 SOC-13 Skala

Das Salutogenesemodell von Antonovsky (1997, zitiert nach Hannover, et al., 2004) behandelt die Frage, was Menschen trotz Belastung gesund hält bzw. wieder gesunden lässt. Im Mittelpunkt des Salutogenese Modells steht das Konzept des Kohärenzgefühls, welches eine globale Orientierung beschreibt, die zum Ausdruck bringt, in welchem Umfang man ein generalisiertes, überdauerndes und dynamisches Gefühl des Vertrauens besitzt, dass die eigene innere und äußere Umwelt vorhersagbar ist und dass mit großer Wahrscheinlichkeit die Dinge sich so entwickeln werden, wie man es vernünftigerweise erwarten kann (Antonovsky, 1979 zitiert nach Hannover, et al., 2004).

Als Operationalisierung des Kohärenzgefühls entwickelte Antonovsky den 29 Items umfassenden „Orientation to Life Questionnaire“. Es hat sich dann allerdings der kurze Terminus Sense of Coherence Scale (SOC) für das Instrument durchgesetzt. Neben der Langform mit eben allen 29 Items (SOC-29), gibt es noch zwei Kurzformen mit einmal 13 Items (SOC-13), wie hier verwendet und einen mit 9 Items (SOC-L9) (Schumacher, et al., 2000 zitiert nach Hannover, et al., 2004).

3.3.2 Instrumente zur Erhebung der psychiatrischen Symptomatik

Zur Erhebung der psychiatrischen Symptomatik der teilnehmenden Patienten wurden einerseits drei Fragebögen zur Selbstbeurteilung (BDI, BSI und FKV-LIS) und zwei

Instrumente zur Fremdbeurteilung (MADR-Skala und BPRS) durch den Facharzt verwendet.

3.3.2.1 Beck-Depression-Inventar (BDI)

Es handelt sich hierbei um ein von Beck 1961 entwickeltes Selbstbeurteilungsverfahren zur Erfassung der Schwere depressiver Symptomatik, das sich im klinischen Bereich als gut brauchbar erwies. Der BDI enthält 21 Gruppen von Aussagen (A-U), innerhalb derer es jeweils 4 Antwortmöglichkeiten, bewertet mit 0 – 3, gibt und die Intensität des Items beschreiben.

- A. Traurige Stimmung
- B. Pessimismus
- C. Versagen
- D. Unzufriedenheit
- E. Schuldgefühle
- F. Strafbedürfnis
- G. Selbsthass
- H. Selbstanklage
- I. Selbstmordimpulse
- J. Weinen
- K. Reizbarkeit
- L. Sozialer Rückzug / Isolierung
- M. Entschlussunfähigkeit
- N. Negatives Körperbild
- O. Schlafstörungen
- P. Arbeitsunfähigkeit
- Q. Ermüdbarkeit
- R. Appetitverlust
- S. Gewichtsverlust (mit Zusatzfrage, ob der Patient absichtlich weniger esse)
- T. Hypochondrie
- U. Libidoverlust

Es können 0-63 Punkte erzielt werden, wobei der kritische Wert bei 18 liegt (www.yoolai.de, 2007).

3.3.2.2 Brief Symptom Inventory (BSI)

Das Brief Symptom Inventory (BSI), ist ein Instrument zur Erfassung subjektiver Beeinträchtigungen durch körperliche und psychische Symptome. Es beinhaltet 53 Items Aussagen zur Symptombelastung, die zu neun Skalen und drei globalen Kennwerten zusammengefasst werden. Es wurde sehr darauf Wert gelegt, dass die Items sprachlich einfach formuliert sind und keine psychopathologischen Fachausdrücke verwendet werden. Darüber hinaus, ist der Fragebogen mit einer Bearbeitungszeit von ca. sieben bis zehn Minuten relativ rasch erledigt (www.testzentrale.de, 2010).

Die neun Subskalen sind:

- Somatisierung
- Zwanghaftigkeit
- Unsicherheit
- Depressivität
- Ängstlichkeit
- Aggressivität / Feindseligkeit
- Phobische Angst
- Paranoides Denken
- Psychotizismus

3.3.2.3 Freiburger Fragebogen zur Krankheitsverarbeitung (FKV-LIS)

Der FKV erfasst ein breites Spektrum an Krankheitsverarbeitungsmodi auf den Ebenen von Kognition, Emotion und Verhalten. Es gibt ihn einerseits in einer Langversion (FKV 102) mit 102 Items und 12 Skalen, sowie in zwei Kurzversionen zur Selbst- und auch Fremdeinschätzung (FKV-LIS-FE/SE) mit je 35 Items und 5 Skalen. Die Kurzformen, so wie auch in dieser Studie verwendet, eignen sich sehr gut zur Verlaufsmessung. Grundsätzlich kommt dieses Instrument bei körperlich chronisch Kranken zum Einsatz bzw. bei Personen mit Folgeerscheinungen akuter Erkrankungen. Es ist ebenfalls anwendbar in der Remissionsphase im Hinblick auf befürchtete künftige Komplikationen, erwartete operative Eingriffe o.Ä. sowie für Verlaufsuntersuchungen (www.testzentrale.de, 2010).

3.3.2.4 Montgomery-Asberg Depression Rating Scale (MADRS)

Bei der Montgomery-Asberg Depression Rating Scale handelt es sich um ein Fremdbeurteilungsverfahren durch den Spezialisten, zur Erfassung der Schwere von depressiver Symptomatik.

Die Skala schließt die folgenden zehn Items ein:

- Beobachtbare Traurigkeit
- Berichtete Traurigkeit
- Innerliche Anspannung
- Reduzierter Schlaf
- Verminderter Appetit
- Konzentrationsschwierigkeiten
- Niedergeschlagenheit
- Unfähigkeit zu Fühlen
- Pessimistische Gedanken
- Suizidale Gedanken

(Möller, et al., 2008)

3.3.2.5 Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS)

Hierbei handelt sich um ein Instrument zur Erfassung der gesamtpsychopathologischen Symptomatik, wiederum durch Fremdbeurteilung durch den Spezialisten.

Die BPRS wurde durch Reduktion zweier anderer Skalen entwickelt und legt ihr Hauptaugenmerk auf solche Symptome, die unter psychopharmakologischer Therapie eine deutliche Änderung zeigten. Eine ursprüngliche Version des Instruments hatte 16, eine modifizierte Form 18 Items, die Symptomenkomplexe insbesondere aus dem Bereich endogener Psychosen erfassen. Die Stärke der Skala ist die Kürze und Praktikabilität. Es bieten sich gute diagnostische Möglichkeiten, für eine detaillierte Diagnostik ist sie allerdings nicht geeignet (Möller, et al., 2008).

Darüber hinaus wurde noch an jeden teilnehmenden Patienten, einmalig ein Fragebogen zur Erhebung soziodemographischer Daten ausgegeben.

*„Der Mensch macht die Religion, die Religion macht nicht den Menschen“
(Karl Marx, Zur Kritik der Hegelschen Rechtsphilosophie)*

Sämtliche statistischen Auswertungen wurden nach elektronischer Erfassung der Daten, computerunterstützt mittels Statistiksoftware SPSS Version 17.0 ausgearbeitet.

4.1 Beschreibung der Substichprobe

Für meine Arbeit habe ich mich entschieden, mit einer Substichprobe zu arbeiten. Es kam während der Rekrutierung der Patienten und Erhebung der Daten doch immer wieder zu Schwierigkeiten, auf die ich aber erst in meinem „Interpretation und Diskussion“ Kapitel noch genauer eingehen möchte (siehe unten). Außerdem würde die gesamte Auswertung auch den Rahmen dieser Arbeit vermutlich sprengen.

Die Substichprobe umfasst nun 52 Patienten, von denen zum Stichtag 27. April 2010, sämtliche Daten vorhanden waren.

4.1.1 Geschlechter- und Altersverteilung

Insgesamt wurden in diesem ersten Versuch, die Daten der Studie auszuwerten, also 52 Patienten betrachtet. 33 Frauen (63,5 %) und 19 Männer (36,5 %) im Alter von 19 bis 72 Jahren (Mean = 40,4).

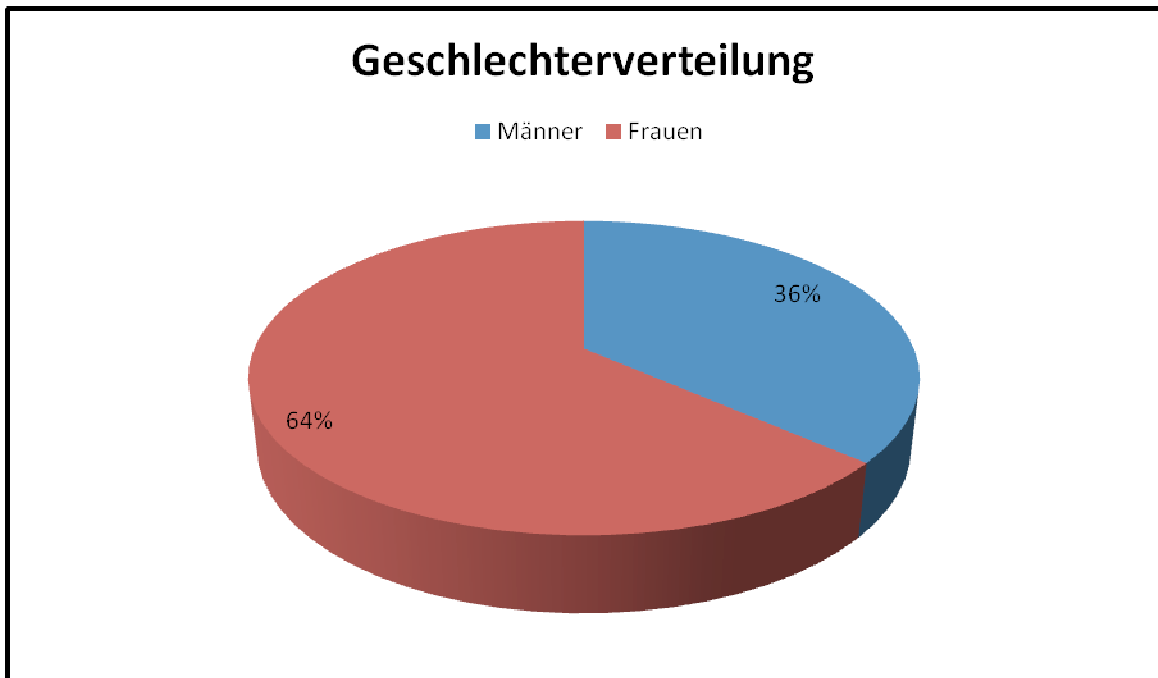


Abb. 2 Geschlechterverteilung der Substichprobe

Altersverteilung der Substichprobe (N = 52)		
	Häufigkeit	Prozent
< 30 a	17	32,69%
31 - 40 a	10	19,23%
41 - 50 a	12	23,07%
51 - 60 a	7	13,46%
61 - 70 a	5	9,62%
71- 80 a	1	1,92%

Tab.7 Altersverteilung der Substichprobe

4.1.2 Familienstand

Der größte Teil der Stichprobe gab an, ledig zu sein und allein zu leben (40,4 %), bzw. ledig zu sein und in einer Partnerschaft zu leben (19,2 %). Der Rest gab an, verheiratet, geschieden bzw. getrennt oder verwitwet zu sein.

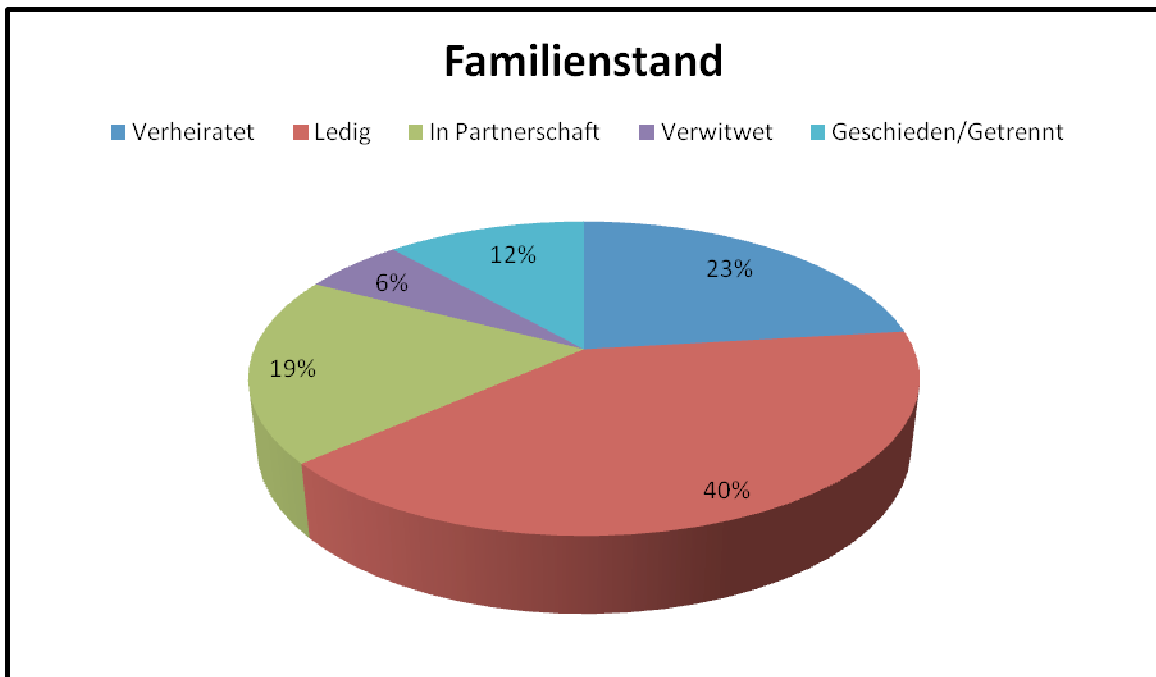


Abb. 3 Familienstand

4.1.3 Schulbildung

Der Hauptanteil der Probanden gab an, einen Berufsschulabschluss oder gleichwertigen Abschluss zu haben (32,7 %). Knapp 21 % haben die Matura abgelegt und 11,5 % haben zur Matura eine weiterführende Berufsausbildung. Doch knapp 19 % der Befragten haben eine universitäre Ausbildung. 13,5 % haben ihren Bildungsweg nach der Hauptschule beendet, 1,9 % schon nach der Volksschule.

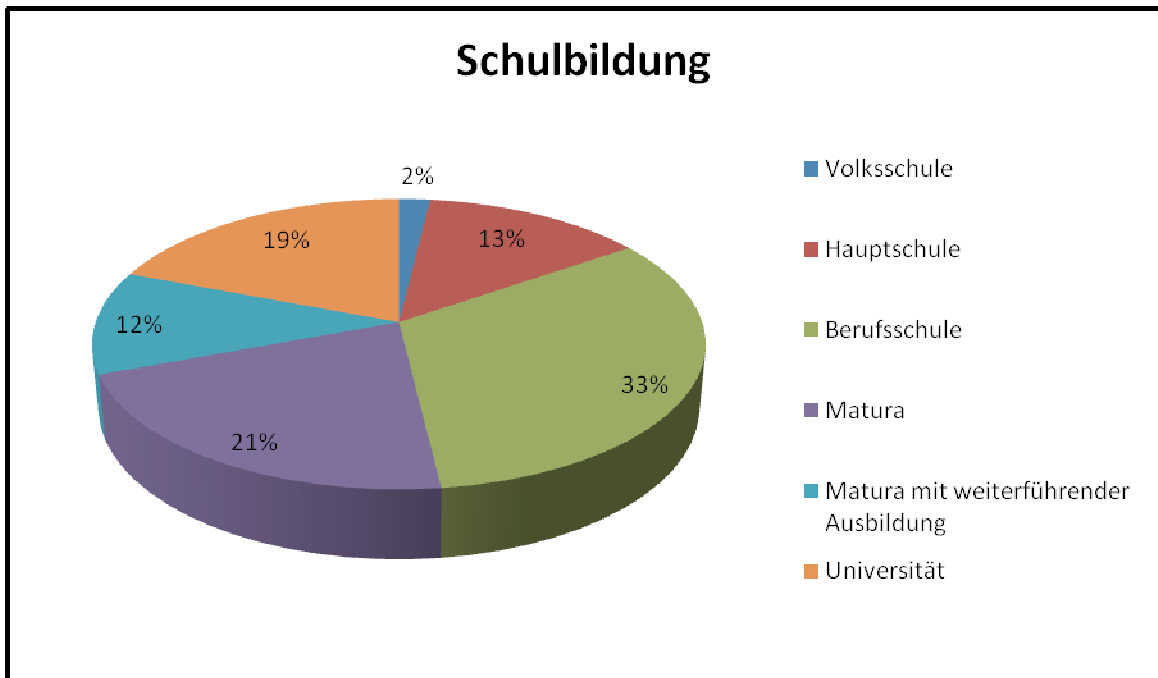


Abb. 4 Schulbildung

4.1.4 Religionsbekenntnis

Da in dieser Studie ein Hauptaugenmerk auf Religiosität und Spiritualität gelegt wird, ist natürlich auch das Religionsbekenntnis der einzelnen Probanden von Bedeutung. Die Daten wurden hierfür aus den Angaben des Fragebogens zur Erhebung der soziodemographischen Daten entnommen. Die Frage lautete hier: ‚In welcher Glaubensrichtung wurden sie erzogen?‘

Nicht überraschend ist, dass fast 83 % mit dem römisch-katholischen Glauben aufgewachsen sind. Der Rest teilt sich auf den evangelischen Glauben und andere christliche Religionsgemeinschaften auf. Weniger als 10 % gaben an, keiner Glaubensrichtung zu haben.

In der hier ausgewerteten Substichprobe gab es keine Vertreter von nicht-christlichen Glaubensrichtungen.

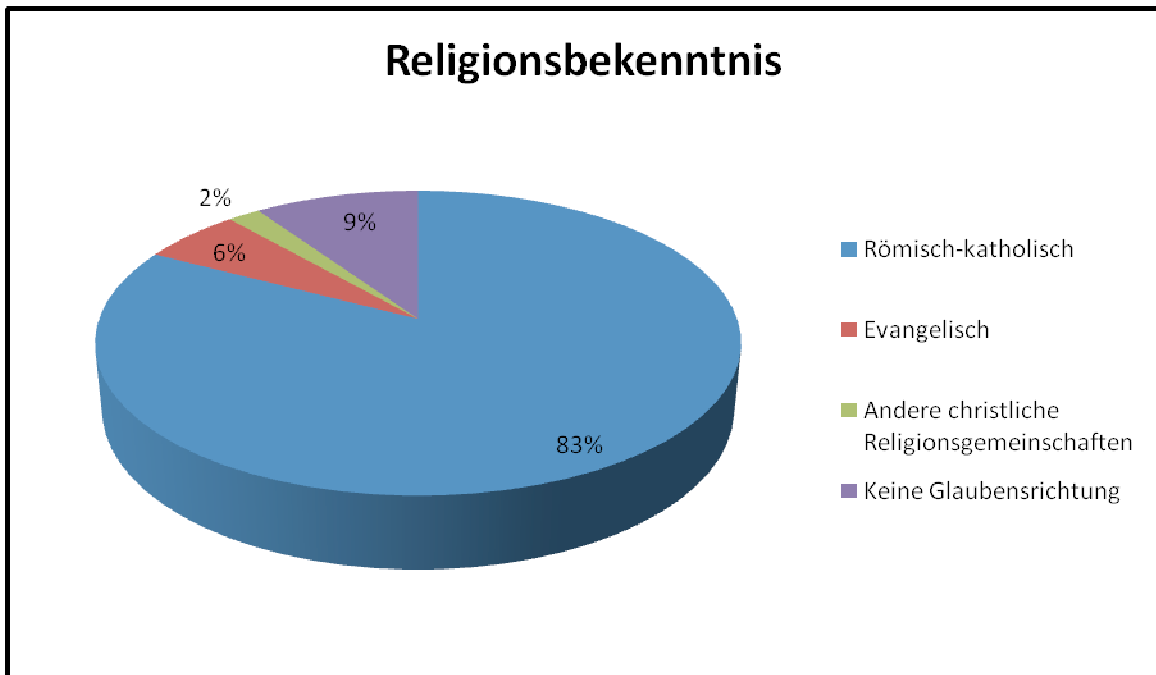


Abb. 5 Religionsbekenntnis

4.2 Korrelationsanalysen

Ich habe nun versucht, festzustellen, in wie fern eine Allgemeine Religiosität der Patienten mit ihrem Depressivitätsgrad korreliert. Dafür habe ich den Gesamtscore für Religiös-Spirituelles Befinden aus dem MI-RSB 48 von Unterrainer und Ladenhauf mit dem BDI Score und den einzelnen Subskalen des BSI und weiters mit den Ergebnissen der psychiatrischen Fremdbeurteilung MADR und BPRS korreliert, dies jeweils für beide Messzeitpunkte.

Dafür wurde zuerst der Test auf Normalverteilung nach Kolmogorov-Smirnov für die einzelnen Subskalen durchgeführt, um festzustellen, ob die Korrelationen nach Pearson oder mit Kendall's Tau berechnet werden müssen.

Es konnte außer für die Subskalen Phobische Angst und Psychotizismus des BSI, für alle anderen Skalen eine Normalverteilung angenommen werden. Und da ich mich hier auf die Depression beschränken möchte, sind also alle folgenden Korrelationsangaben nach Pearson berechnet.

Es ergab sich für den ersten Messzeitpunkt eine stark negative Korrelation zum BDI Gesamtscore ($r = -.571$), sowie auch eine stark negative Korrelation zur Subskala Depressivität aus dem BSI ($r = -.605$).

Auch der MADR Score korrelierte negativ ($r = -.439$).

Das würde nun bedeuten, dass Patienten mit einem höheren Religiös-Spirituellen Befinden, einen weniger hohen Depressivitätsgrad aufweisen.

Die Korrelationen wiederholten sich auch in ähnlichem Ausmaß für den zweiten Messzeitpunkt. Wiederum eine stark negative Korrelation zum BDI Score ($r = -.530$), sowie zur Subskala Depressivität aus dem BSI ($r = -.537$) und eine nicht mehr ganz so starke negative Korrelation zum MADR Score ($r = -.297$).

Für die Subskalen des BPRS ließen sich zum Religiös-Spirituellen Befinden nur zum ersten Messzeitpunkt Korrelationen zu den Dimensionen Angst/Depression und Anergie nachweisen.

1. Messzeitpunkt

	BDI-SCO1	Depr.1	MADR-SCO1
RSB			
Pearson Korrelation	-,571**	-,605**	-,439**

N = 52

** die Korrelation ist auf dem Niveau von 0,01 (2-seitig) signifikant

2. Messzeitpunkt

	BDI-SCO2	Depr.2	MADR-SCO2
RSB2			
Pearson Korrelation	-,530**	-,537**	-,297*

N=52

** die Korrelation ist auf dem Niveau von 0,01 (2-seitig) signifikant

* die Korrelation ist auf dem Niveau von 0,05 (2-seitig) signifikant

Tab.8 Korrelationsanalysen

4.3 Varianzanalysen

Als nächstes wollte ich nun sehen, wie sich der Depressionsgrad zwischen den zwei Messzeitpunkten entwickelt und ob religiöse Patienten irgendeinen Vor- oder Nachteil gegenüber weniger oder gar nicht religiösen Patienten haben.

Dafür wurde zuerst versucht, die 52 Patienten nach der Intensität ihrer Religiosität anhand der Ergebnisse des Kurzfragebogens zu Religion, Glaube und Spiritualität (siehe oben) in drei Gruppen einzuteilen; hoch religiös, mittel bis niedrig religiös und nicht religiös.

An dieser Stelle sei vielleicht erwähnt, dass sich deckungsgleich mit anderen Untersuchungen, auch in dieser Studie bisher herausgestellt hat, dass Frauen eher eine höhere Religiosität haben als Männer, wie dies auch bei älteren gegenüber jüngeren Menschen der Fall ist.

	n	%
Gesamt	52	100%
Hoch religiös	17	32,69%
Mittel - niedrig religiös	16	30,77%
Nicht religiös	19	36,54%

Tab.9 Intensität der Religion

Anhand dieser drei Gruppen wurde schließlich eine Varianzanalyse durchgeführt. Zuerst mit den Ergebnissen der Selbstbeurteilung mittels BDI zu beiden Messzeitpunkten und dann mit den Ergebnissen der MADR, wiederum für beide Messzeitpunkte.

	Messzeitpunkt	Mittelwert BDI
Hoch religiös	1	15,706
	2	12,647
Mittel - niedrig religiös	1	23,75
	2	19,938
Nicht religiös	1	21,526
	2	16,684

Tab.10 BDI Score Mittelwerte

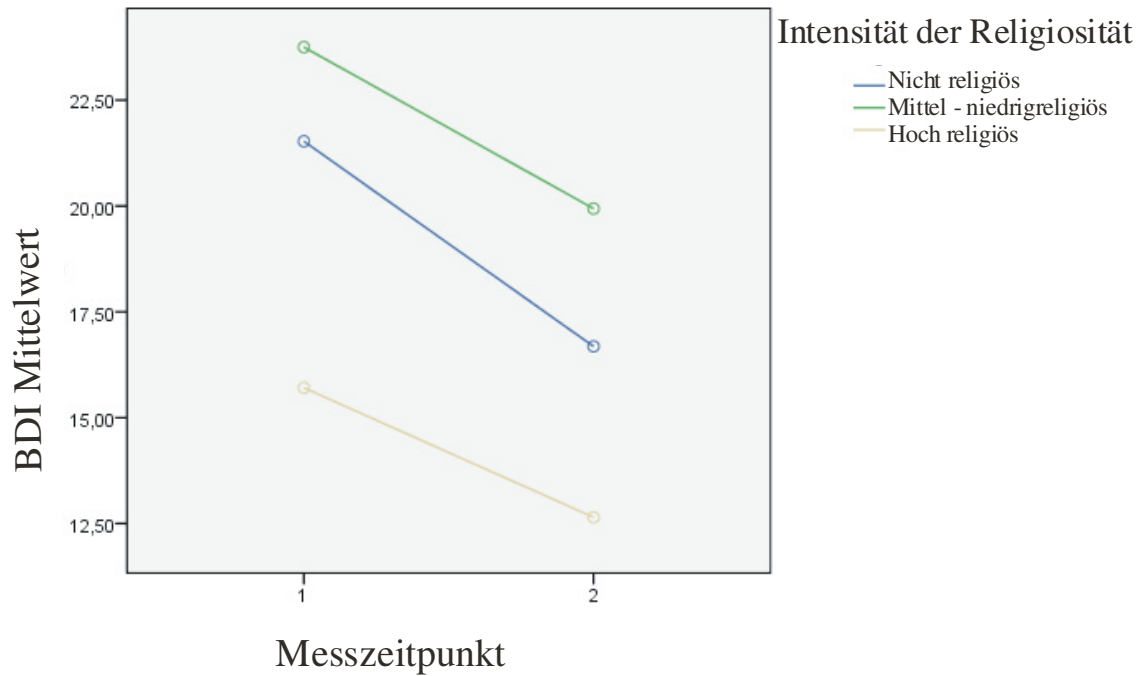


Abb.6 Varianzanalyse 1

	Messzeitpunkt	Mittelwert
		MADR
Hoch religiös	1	28,412
	2	11,882
Mittel - niedrig religiös	1	28,125
	2	11,0
Nicht religiös	1	33,158
	2	13,737

Tab.11 MADR Score Mittelwerte

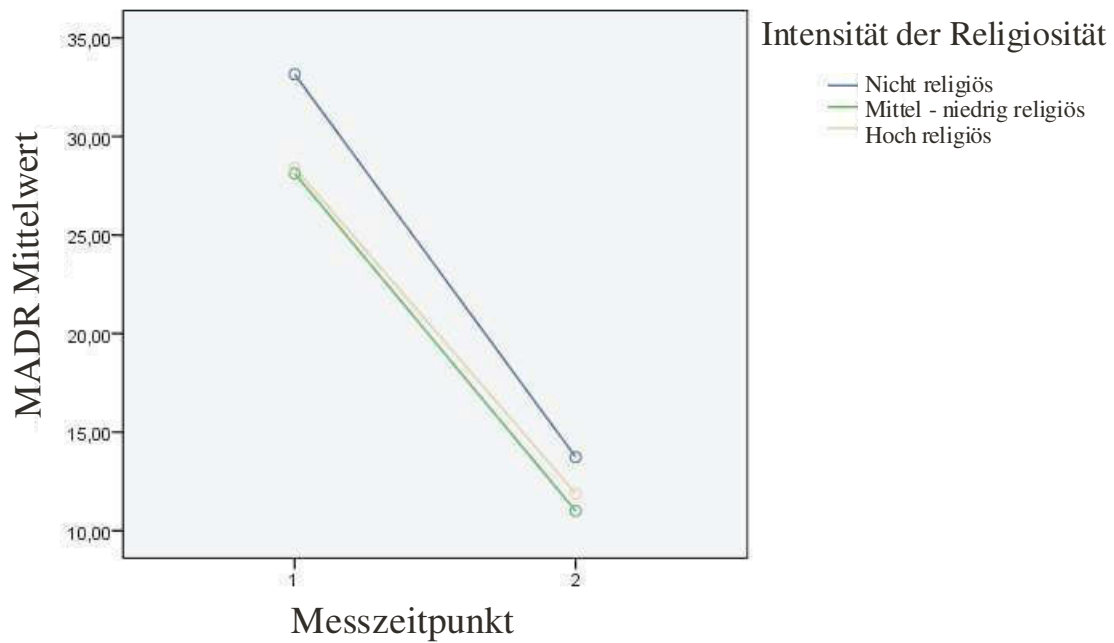


Abb.7 Varianzanalyse 2

Man kann auf jeden Fall gut erkennen, dass der Depressivitätsgrad bei allen drei Gruppen im Laufe des stationären Aufenthalts sowohl subjektiv (Selbstbeurteilung), als auch objektiv (psychiatrische Fremdbeurteilung) deutlich zurück gegangen ist. Allerdings lässt sich nicht wirklich erkennen, dass eine der Gruppen dabei einen wirklichen Vorteil hatte.

„Die Antwort ist 42!“

(Per Anhalter durch die Galaxis, Douglas Adams)

Wie auch die Antwort auf die „Frage aller Fragen“ im Roman von Douglas Adams, sind die Ergebnisse, die ich hier präsentieren kann, nicht zu 100 Prozent zufriedenstellend.

Aber zuerst möchte ich ganz allgemein einige Schwierigkeiten ansprechen, die während der Durchführung der Studie doch immer wieder auftauchten.

Es erwies sich als schwierig, in einem vorgegebenen Zeitraum immer wieder neue Patienten für die Befragung zu rekrutieren. Die Univ.- Klinik für Psychiatrie am LKH Graz hat ca. 70 Patientenbetten. Von den stationären Patienten, kam aber aufgrund der Ausschlusskriterien (siehe oben) nur ein Teil in Frage. Dann zeigte sich doch bei vielen potentiellen Probanden eine Scheu gegenüber dem Thema Religion und Spiritualität, sodass diese eine Teilnahme grundsätzlich ausschlossen.

Darüber hinaus waren auch viele Patienten erschrocken, über die scheinbare Menge an Fragebögen, die sie ausfüllen sollten, daher kam es nicht selten dazu, dass sie die Teilnahme am zweiten Messzeitpunkt verweigerten.

Vor eventuellen frühzeitigen Entlassungen durch die behandelnden Ärzte oder auf Wunsch des Patienten selbst war man natürlich auch nicht gefeit.

Ein weiteres Problem ergab sich durch die Dominanz an weiblichen Patientinnen an der Psychiatrie des LKH Graz, sodass es nicht leicht war, eine geschlechtermäßig ausgeglichene Stichprobe zu erhalten.

Grundsätzlich kann man aber wohl sagen, dass auf jeden Fall ein wichtiges Ziel erreicht wurde, nämlich das Thema Religion und Spiritualität im stationären Bereich der Psychiatrie am LKH Graz zu thematisieren. Dabei gelang es, nicht nur Patienten, sondern auch Ärzte und das Pflegepersonal auf die Wichtigkeit dieses Themas aufmerksam zu machen.

Nun zu den Ergebnissen. Es wurde eine Substichprobe von N=52 Patienten untersucht, davon 33 Frauen und 19 Männer im Alter von 19 bis 72 Jahren. Der Großteil der Patienten (40 %) war zur Zeit der Befragung ledig. Von der Berufsbildung waren mit 33 %, die Personen mit abgeschlossener Berufsschule oder einer ähnlichen Ausbildung am stärksten vertreten. Nicht ungewöhnlich für unsere Region war auch die Dominanz der Patienten mit

römisch-katholischem Glauben (83 %). Der Rest teilte sich auf den evangelischen und andere christliche Glaubensrichtungen auf. 9 % gaben an, keinen religiösen Glauben zu haben. Leider war niemand aus einer nicht-christlichen Religion unter den bisher ausgewerteten Patienten, weshalb man auch nicht auf eventuelle Unterschiede zu anderen Weltreligionen aufmerksam machen konnte.

Deckungsgleich mit den meisten anderen Studien, die ich im Zuge dieser Arbeit gelesen habe, haben auch bei dieser kleinen Stichprobe Frauen eine höhere allgemeine Religiosität als Männer, sowie auch ältere gegenüber jüngeren Patienten.

Bei den Korrelationsanalysen hat sich herausgestellt, dass sowohl zum ersten als auch zum zweiten Messzeitpunkt, Patienten mit einem höheren religiös-spirituellen Befinden sowohl in der Selbstbeurteilung als auch in der Fremdbeurteilung durch den Psychiater, einen niedrigeren Depressionsgrad aufweisen als jene, mit einem geringeren Grad an religiös-spirituellem Befinden.

Heißt das nun aber, dass religiöse Menschen einen Vorteil im Umgang mit ihrer psychiatrischen Krankheit haben?

Die Varianzanalysen dieser Stichprobe, konnten dies auf jeden Fall nicht bestätigen. Die Patienten wurden in drei Gruppen gemäß der Intensität ihrer Religion aufgeteilt, eine Gruppe für hoch religiöse, eine für mittel bis niedrig religiöse und eine für nicht religiöse Patienten. Im Zuge des stationären Aufenthalts konnte bei allen Patienten zwischen den beiden Messzeitpunkten eine deutliche Besserung der depressiven Symptomatik ausgemacht werden. Allerdings konnte man keiner der drei Gruppen einen wirklichen Vorteil bei der Krankheitsverarbeitung ansehen.

Es bleibt in jedem Fall das Ende der Studie abzuwarten, um zu sehen, ob sich das oben dargestellte Ergebnis in der Analyse der Gesamtstichprobe widerspiegelt.

Überlegenswert wäre natürlich auch, die Untersuchung auf andere Zentren auszudehnen, um eine größere, ausgeglichene Stichprobe zu erhalten.

Macht es Sinn, das Bio-psycho-soziale Modell um eine religiös-spirituelle Ebene zu erweitern? Es sollte meiner Meinung nach zumindest die Frage gestellt werden, ob ein Einfluss von Religion und Spiritualität in die Behandlung von psychiatrischen Patienten, die sich selbst als religiös bezeichnen, überlegt werden sollte, wenn man weiß, dass sie ev. deshalb eine bessere Ausgangslage haben.

- COOPER, C. L., 1998. *Personality. Critical concepts in psychology*. London: Routledge. (Routledge critical concepts)
- DOWRICK, C. et al., 1996. The biopsychosocial model of general practice: rhetoric or reality? *The British journal of general practice: the journal of the Royal College of General Practitioners*, 46(403), 105–107
- DRIELING, T., HECHT, H., and ZERSSEN, D. von, 2006. Der Sechs-Faktoren-Test zur Erfassung der Persönlichkeit in der klinischen Praxis und Forschung. *Der Nervenarzt*, 78(5), 560–570
- EGGER, J. W., 2005. Das biopsychosoziale Krankheitsmodell. Grundzüge eines wissenschaftlich begründeten ganzheitlichen Verständnisses von Krankheit. *Psychologische Medizin*, 16(2), 3–12
- EUROPEAN VALUES STUDY. Available at:
<<http://www.europeanvaluesstudy.eu/evs/about-evs/>> [Accessed 7 September 2009]
- HANNÖVER, W. et al., 2004. Die Sense of Coherence Scale von Antonovsky und das Vorliegen einer psychiatrischen Diagnose. Ergänzungen zu den deutschen Normwerten aus einer bevölkerungsrepräsentativen Stichprobe. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 54, 179–186
- HAVELKA, M., LUCANIN, J. D., and LUCANIN, D., 2009. Biopsychosocial model--the integrated approach to health and disease. *Collegium antropologicum*, 33(1), 303–310
- HUBER, S., 2008. Der Religions-Struktur-Test (R-S-T). Kernkonzepte und Anwendungsperspektiven. *Prävention*, 31(2), 38–39
- HUNDT, U., 2003. Psychotherapie und Spiritualität. Eine qualitative Studie über die Integration spiritueller Konzepte und Methoden in die psychotherapeutische Arbeitsweise. *Journal für Psychologie*(4), 368–386
- KATHOLISCH-THEOLOGISCHE FAKULTÄT DER UNIVERSITÄT WIEN. *Katholisch-Theologische Fakultät der Universität Wien - - Europäische Wertestudie 2008*. Katholisch-Theologische Fakultät der Universität Wien. Available at:
<<http://www.univie.ac.at/ktf/content/site/pt/forschung/wertestudie2008/index.html?SWS=nd2fe9mi95ds6hvv635bbvhm6>> [Accessed 7 September 2009]
- KENDLER, K. S. et al., 2003. Dimensions of religiosity and their relationship to lifetime psychiatric and substance use disorders. *The American journal of psychiatry*, 160(3), 496–503
- KLEIN, C., and ALBANI, C., 2007. Religiousness and mental health. An overview about findings, conclusions, and consequences for clinical practice. *Psychiatrische Praxis*, 34(2), 58–65
- KLEINE ZEITUNG DIGITAL GMBH & CO KG, and DIGITAL, K. Z. *Österreicher bei Religiosität an achter EU-Stelle > Kleine Zeitung*. Kleine Zeitung DIGITAL GmbH & Co KG. Available at:
<<http://www.kleinezeitung.at/nachrichten/politik/2081399/oesterreicher-bei-religiositaet-achter-eu-stelle.story>> [Accessed 7 September 2009]
- KOENIG, H. G., GEORGE, L. K., and PETERSON, B. L., 1998. Religiosity and remission of depression in medically ill older patients. *The American journal of psychiatry*, 155(4), 536–542
- MASELKO, J., and BUKA, S., 2008. Religious activity and lifetime prevalence of psychiatric

- disorder. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 43(1), 18–24
- MOLLER, A., and REIMANN, S., 2003. [Spirituality and existential well-being as topics of research in medical psychology and psychiatry]. *Fortschritte der Neurologie-Psychiatrie*, 71(11), 609–616
- MOLLER, A., and REIMANN, S., 2004. [Religious dimensions and optimistic perception of the future in a sample of students]. *Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie*, 54(9-10), 383–386
- MÖLLER, H.-J., KAPFFHAMMER, H.-P., and LAUX, G., 2008. *Allgemeine Psychiatrie*. Available at: <http://haw-hamburg.ciando.com/shop/book/short/index.cfm/fuseaction/short/bok_id/18828/ / <http://dx.doi.org/10.1007/978-3-540-33129-2>>
- NORCROSS, J. C., and GOLDFRIED, M. R., 2005. *Handbook of psychotherapy integration*. 2. ed. Oxford: Oxford Univ. Press. (Oxford series in clinical psychology)
- SAROGLU, V., 2002. Religion and the five factors of personality: a meta-analytic review. *Personality and Individual Differences*(32), 15–25
- SCHOWALTER, M. et al., 2003. Die Integration von Religiosität in die psychotherapeutische Behandlung bei religiösen Patienten - ein Klinikvergleich. *Zeitschrift für Klinische Psychologie, Psychiatrie und Psychotherapie*, 51, 261–374
- SEYRINGER, M. E. et al., 2007. [The "Gretchen question" for psychiatry--the importance of religion and spirituality in psychiatric treatment]. *Neuropsychiatrie: Klinik, Diagnostik, Therapie und Rehabilitation: Organ der Gesellschaft Österreichischer Nervenärzte und Psychiater*, 21(4), 239–247
- UNTERRAINER, H., 2007. *Spiritualität und psychische Gesundheit. Glaube als Ressource in der Krankheitsverarbeitung*. Saarbrücken: VDM Verl. Dr. Müller
- UNTERRAINER, H.-F. et al., 2010. MI-RSB 48. Die Entwicklung eines multidimensionalen Inventars zum religiös-spirituellen Befinden. *Diagnostica*, 56(2), 82–93
- UNTERRAINER, H.-F., and LADENHAUF, K. H., 2008. Religiös spirituelles Befinden im Kontext seelischer Gesundheit und Krankheitsverarbeitung. Ergebnisse eines interdisziplinären Forschungsprojekts. *Psychologie in Österreich*(1), 54–61
- WWW.TESTZENTRALE.DE. *Brief Symptom Inventory von Derogatis*. Available at: <<http://www.testzentrale.de/programm/brief-symptom-inventory-von-derogatis.html>> [Accessed 3 May 2010]
- WWW.TESTZENTRALE.DE. *Freiburger Fragebogen zur Krankheitsverarbeitung*. Available at: <<http://www.testzentrale.de/programm/freiburger-fragebogen-zur-krankheitsverarbeitung.html>> [Accessed 3 May 2010]
- WWW.YOLLAI.DE. *Microsoft Word - Beck-Depressions-Inventar__BDI_.doc*. Available at: <http://www.yollai.de/component/option,com_docman/task,doc_view/gid,280/> [Accessed 21 March 2010]

Lebenslauf

Persönliche Daten

Vor- und Nachname	Christian Posch
Geburtsdatum	26. 02. 1985
Geburtsort	Graz
Staatsbürgerschaft	Österreich

Bildungsweg

07/2010	Voraussichtlicher Abschluss des Medizinstudiums
seit 10/2009	3. Studienabschnitt <i>(Zuteilungen: Neurologie an der Albert-Schweitzer Klinik Graz; Psychiatrie am LKH Graz; Allgemeinmedizinerin Dr. Susanne Kouba-Fechter in Graz St. Peter, Transplant am LKH Graz)</i>
07/2009	Abschluss 2. Studienabschnitt
09/2004	Abschluss 1. Studienabschnitt
09/2003	Inskription für Humanmedizin an der Med-Uni Graz
2003	Matura mit ausgezeichnetem Erfolg an der HIB- Liebenau Graz

Spezielle Studienmodule

2008	Stationäre Psychosomatik und Psychotherapie Case-based Learning in Klinik und Praxis Bindegewebserkrankungen, Diagnose und Therapie
2007	Klinisch topographische Anatomie der Extremitäten
2006	Grundlagen der Ernährung, oxidativer Stress und Sport

Lebenslauf

Famulaturen

WS 2008/09	Klinik für Psychosomatik Bad Aussee – 4 Wochen
SS 2008	Univ. Klinik für Psychiatrie Graz – 4 Wochen
WS 2007/08	Psychiatrie LSF-Graz – 2 Wochen
WS 2006/07	Plastische Chirurgie LKH-Graz – 4 Wochen
SS 2006	Medizinische Abteilung LKH-Deutschlandsberg – 4 Wochen

Auslandserfahrungen

1996	Sprachreise Lancing, England – 3 Wochen
1999	Sprachreise Bexhill, England – 3 Wochen
2001	Schüleraustausch Paris, Frankreich – 4 Wochen
2002	Schüleraustausch St. Petersburg, Russland – 2 Wochen

Zusätzliche Qualifikationen

Fremdsprachen	Englisch (sehr gut in Sprache und Schrift)
	Französisch (gut)
	Russisch (gut)
	Spanisch (Grundkenntnisse)
EDV Kenntnisse	MS Office
Wissenschaftliches Arbeiten	seit September 2009 Mitarbeit an der Studie „Religiös-spirituelles Befinden im Prozess seelischer Gesundheit und Krankheitsverarbeitung“