

Aus der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie  
der Universität zu Lübeck  
Direktor: Prof. Dr. med. F. Hohagen

**Religiöse Grundüberzeugungen und Erfahrungen  
bei Patienten mit psychischen Erkrankungen**

Inauguraldissertation

zur

Erlangung der Doktorwürde  
der Universität zu Lübeck

**-Aus der medizinischen Fakultät-**

vorgelegt von  
Annette Haar  
aus Addis Abeba

Lübeck 2004

1. Berichterstatter: Prof. Dr. med. Andreas Broocks
2. Berichterstatter: Prof. Dr. phil. Michael Hüppe
3. Berichterstatter: Prof. Dr. phil. Dietrich von Engelhardt

Tag der mündlichen Prüfung: 21.04.2005

Zum Druck genehmigt. Lübeck, den 21.04.2005

gezeichnet Prof. Dr. med. Peter Dominiak -Dekan der medizinischen Fakultät-

Ce qui embellit le désert, dit le petit prince,  
c'est qu'il cache un puits quelque part...

Antoine de Saint-Exupéry

[Was die Wüste schön macht, sagt der kleine Prinz,  
ist, dass sich ein Brunnen in ihr verbirgt...]

# Inhaltsverzeichnis

|            |  |           |
|------------|--|-----------|
| <b>1.</b>  | <b>Einleitung</b>  | <b>6</b>  |
| <b>1.1</b> | <b>Einführung</b>  | <b>6</b>  |
| <b>1.2</b> | <b>Definitionen</b>  | <b>7</b>  |
| 1.2.1      | Religion   | 7         |
| 1.2.2      | Religiosität   | 8         |
| 1.2.3      | Extrinsische und intrinsische Religiosität   | 9         |
| 1.2.4      | Esoterik   | 9         |
| <b>1.3</b> | <b>Messen von Religiosität</b>   | <b>10</b> |
| <b>1.4</b> | <b>Bedeutung von Religion und Religiosität</b>   | <b>12</b> |
| 1.4.1      | Religiosität und subjektives Wohlbefinden  | 12        |
| 1.4.2      | Religiosität und gesundheitsbewusstes Verhalten  | 14        |
| 1.4.3      | Religiosität und Diagnose, Krankheitsschwere und –verlauf                                      | 15        |
| <b>1.5</b> | <b>Religiosität in der Allgemeinbevölkerung</b>  | <b>16</b> |
| 1.5.1      | Religiosität in Deutschland  | 16        |
| 1.5.2      | Religiosität in den USA  | 16        |
| <b>1.6</b> | <b>Fragestellung und Ziele dieser Arbeit</b>   | <b>16</b> |
| <br>       |  |           |
| <b>2.</b>  | <b>Material und Methoden</b>   | <b>18</b> |
| <b>2.1</b> | <b>Durchführung der Studie</b>   | <b>18</b> |
| <b>2.2</b> | <b>Stichprobe</b>  | <b>19</b> |
| <b>2.3</b> | <b>Instrumente</b>   | <b>19</b> |
| 2.3.1      | Fragebogen zu gesundheitsbewusstem Verhalten, inneren Überzeugungen und Religiosität           | 19        |
| 2.3.2      | Hoge-Skala   | 22        |
| 2.3.3      | Basisdokumentationsbogen der Klinik für Psychiatrie an der medizinischen Universität zu Lübeck | 23        |
| 2.3.4      | Clinical Global Impressions  | 23        |
| <b>2.4</b> | <b>Statistik</b>   | <b>23</b> |
| 2.4.1      | Der Fragebogen   | 23        |
| 2.4.2      | Gruppenvergleiche – Methodenauswahl  | 24        |

|            |   |           |
|------------|---|-----------|
| <b>3.</b>  | <b>Ergebnisse</b>   | <b>26</b> |
| <b>3.1</b> | <b>Beschreibung des Patientenkollektivs</b>   | <b>26</b> |
| 3.1.1      | Verteilung von Alter und Geschlecht   | 26        |
| 3.1.2      | Familienstand   | 27        |
| 3.1.3      | Schulabschluss  | 27        |
| 3.1.4      | Aktuelle berufliche Situation   | 28        |
| 3.1.5      | Staatsangehörigkeit   | 29        |
| 3.1.6      | Erstdiagnosen nach ICD-10   | 29        |
| 3.1.7      | Zweitdiagnosen nach ICD-10  | 30        |
| <b>3.2</b> | <b>Ergebnisse des Fragebogens zu gesundheitsbewusstem Verhalten, inneren Überzeugungen und Religiosität</b>     | <b>30</b> |
| 3.2.1      | Statistische Prüfung des Fragebogens  | 30        |
| 3.2.2      | Religionszugehörigkeit  | 31        |
| 3.2.3      | Bedeutung des Glaubens  | 34        |
| 3.2.4      | Allgemeine Glaubensaussagen   | 37        |
| 3.2.5      | Einstellung bezüglich des Lebenssinns   | 37        |
| 3.2.6      | Persönliche religiöse und übersinnliche Erlebnisse  | 38        |
| 3.2.7      | Tätigkeiten   | 39        |
| 3.2.8      | Wunsch nach Gesprächen  | 41        |
| 3.2.9      | Zufriedenheit mit der eigenen Gesundheit  | 42        |
| 3.2.10     | Clinical Global Impressions (CGI)   | 43        |
| 3.2.10.1   | CGI bei Aufnahme  | 43        |
| 3.2.10.2   | CGI bei Entlassung – Zustandsänderung   | 44        |
| <b>3.3</b> | <b>Kategorisierung der Patienten</b>  | <b>45</b> |
| 3.3.1      | Tabellarische Übersicht über Medianwerte und Signifikanztests für die Gruppen der religiösen Selbsteinschätzung | 50        |
| 3.3.2      | Tabellarische Übersicht über Medianwerte und Signifikanztests für die inhaltliche Kategorisierung               | 51        |
| 3.3.3      | Alter   | 51        |
| 3.3.4      | Geschlecht  | 52        |
| 3.3.5      | Hauptdiagnose nach ICD-10   | 53        |
| 3.3.6      | Gesundheitsbewusstes Verhalten  | 55        |
| 3.3.6.1    | Alkoholkonsum   | 55        |
| 3.3.6.2    | Rauchen   | 58        |

|            |   |           |
|------------|---|-----------|
| 3.3.7      | Clinical Global Impressions   | 59        |
| 3.3.8      | Aufenthaltsdauer  | 60        |
| 3.3.9      | Lebenszufriedenheit   | 60        |
| <b>3.4</b> | <b>Reaktionen der Patienten auf die Befragung</b>   | <b>61</b> |
| <br>       |   |           |
| <b>4.</b>  | <b>Diskussion</b>   | <b>62</b> |
| 4.1        | Patientenstichprobe   | 62        |
| 4.2        | Fragebogen zu gesundheitsbewusstem Verhalten,<br>inneren Überzeugungen und Religiosität       | 63        |
| 4.3        | Religiosität in der Therapie – Gesprächsbedarf  | 66        |
| 4.4        | Religiosität im Hinblick auf Alter und Geschlecht   | 67        |
| 4.5        | Religiosität und ICD-10-Diagnose  | 68        |
| 4.6        | Religiosität und gesundheitsbewusstes Verhalten   | 69        |
| 4.7        | Religiosität und Aufenthaltsdauer, Krankheitsschwere und<br>Besserung des Krankheitszustandes | 71        |
| 4.8        | Religiosität und Lebenszufriedenheit  | 72        |
| 4.9        | Bewertung des Fragebogens und der Art der Gruppeneinteilungen                                 | 73        |
| 4.10       | Ausblick  | 75        |
| <br>       |   |           |
| <b>5.</b>  | <b>Zusammenfassung</b>  | <b>77</b> |
| <br>       |   |           |
|            | <b>Literaturliste</b>   | <b>79</b> |
| <br>       |   |           |
|            | <b>Anhang</b>   | <b>88</b> |
|            | Fragebogen  | 88        |
|            | Trennschärfekoeffizienten und Schwierigkeitsindices für den Fragebogen                        | 100       |
|            | Danksagung  | 103       |
|            | Lebenslauf  | 104       |

# **1. Einleitung**

## **1.1 Einführung**

Soweit sich die Geschichte der Menschheit zurückverfolgen lässt, finden sich zu allen Zeiten Formen von Religion, Anbetung oder religiösen Riten. Es scheint einem Grundbedürfnis des Menschen zu entsprechen, auf der Suche nach dem Sinn und der Bestimmung seines Lebens immer wieder auf eine höhere Macht Bezug zu nehmen, um Antworten auf existentielle Fragen zu finden. Heute sieht dies manchmal anders aus. Die Tatsache, dass seit einigen Jahren die Zahl der Kircheng Austritte in der Bundesrepublik konstant hoch ist, wird vielfach als Zeichen der zunehmenden Bedeutungslosigkeit von Glauben und religiöser Bindung gesehen. Ist dies aber mit einem generellen Desinteresse an Religiösem gleichzusetzen?

In einer Zeit, in der es kaum mehr öffentliche Tabus gibt und in der in aller Öffentlichkeit über alles geredet wird, fällt auf, dass Religiosität eher in den Hintergrund getreten ist. Das eigene religiöse Verhalten ist im Gespräch für viele Menschen zum Tabu geworden. Wer nun trotzdem im „christlichen“ Abendland von Religiosität redet – und nicht allgemein philosophisch betrachtet oder als offizieller Vertreter einer der christlichen Kirchen, - sondern als Laie über seine ganz persönlichen Einstellungen, Überzeugungen und Praktiken spricht, gerät leicht in den Verdacht, einer Sekte anzugehören und/oder psychisch krank zu sein. In psychiatrischen Krankengeschichten wiederum finden sich meist wenig Angaben zur religiösen oder weltanschaulichen Orientierung des jeweiligen Patienten.

Bei vielen Urvölkern waren Gesundheit ebenso wie Krankheiten und deren Heilung eng mit religiösen Riten verbunden (Medizinmann, Schamane...). Auch heute noch leuchtet es ein, dass etwas so Elementares wie religiöse Überzeugungen oder Glaubenseinstellungen nicht ohne Einfluss auf Gesundheit und Wohlbefinden des Einzelnen seien. Dabei sind sowohl positive als auch negative Beziehungen möglich. Bekannt ist die Haltung Freuds und seiner Schüler, die eine Reihe psychischer Erkrankungen vor dem Hintergrund bestimmter religiöser Einstellungen des Patienten interpretierten. Aber vor allem in den USA werden auch immer mehr Studien veröffentlicht, die die protektive Rolle eines gesunden Glaubens nachweisen.

Ziel dieser Arbeit war es, die religiös oder ethisch-philosophisch begründeten inneren Überzeugungen und Aktivitäten von Menschen mit psychischen Störungen zu erheben. Dabei sollten folgende Fragen beantwortet werden: Wie hoch ist der Anteil an Patienten,

für die eine religiöse Orientierung wichtig ist? Wodurch ist diese Orientierung charakterisiert? Besteht ein Zusammenhang zwischen bestimmten Formen von Religiosität auf der einen Seite und einzelnen psychiatrischen Diagnosen, allgemeiner Lebenszufriedenheit oder dem Ausmaß der Besserung der Symptomatik auf der anderen Seite?

Im angestrebten Untersuchungszeitraum von sechs Monaten sollten möglichst alle zur stationären Behandlung in der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Universität Schleswig-Holstein, Campus Lübeck aufgenommenen Patientinnen und Patienten befragt werden (wenn der Einfachheit halber im weiteren Verlauf der Arbeit nur von „Patienten“ die Rede ist, so sind Patientinnen natürlich immer mit eingeschlossen). Zunächst galt es, einen Fragebogen zu finden bzw. zu erstellen, der mit ausreichender Bandbreite Religiosität erfasst und der auch für Patienten mit akuten psychischen Störungen inhaltlich und zeitlich zu bewältigen ist.

## **1.2 Definitionen**

Im folgenden Abschnitt sollen einige Begriffe erläutert werden, die im weiteren Verlauf eine zentrale Rolle spielen.

### **1.2.1 Religion**

Karl Rahner definiert Religion phänomenologisch als „Umgang mit dem Heiligen“ (Rahner, 1985). Allerdings gilt es, bei dieser Teildefinition noch genauer zu sagen, was unter Heiligem zu verstehen ist. Rahner's Definition als „alles, was vom Menschen verehrt wird“ kann heute nicht mehr so uneingeschränkt verwendet werden. Der Soziologe Michael Ebertz prägte den Begriff von der „Dispersion des Religiösen“ (Ebertz, 1998). Darunter ist eine Entwicklung der letzten Jahre zu verstehen, die dazu führt, dass sich eigentlich religiöse Begriffe oder Riten in profanen Zusammenhängen des Alltags wiederfinden, sei es in Werbeslogans, einem an eine kultische Veranstaltung erinnernden Fußballspiel oder Konzert, oder auch einer bis dahin beispiellosen „Inszenierung“ des Todes und Begräbnisses von Prinzessin Diana, das teilweise Ausmaße einer Heiligenverehrung annahm (vgl. dazu Nüchtern, 1998). Was also ist „Heiliges“? Eine religionswissenschaftliche Definition führt neben dem Element der Verehrung und Ehrfurcht noch die „Berührung und Beziehung mit dem Göttlichen“ an (Lexikon für Theologie und Kirche, 1959b).

Weit gefasst kann Religion alles einschließen, angefangen bei der Kirche als sozialpolitischer Institution, der inhaltlich-dogmatischen Ausrichtung einer Kirche, bis hin zu einer ganz persönlichen Glaubenseinstellung im Sinne einer Individualreligion (Scharfetter, 1998).

Des Weiteren sind verschiedene religiöse Gemeinschaften zu unterscheiden. Neben den bekannten Großkirchen Deutschlands, der evangelischen und katholischen Kirche sowie konfessionellen Untergruppierungen, die teils staatlich gebunden, teils „freikirchlich“ organisiert sind, finden sich andere nicht-christliche Religionen und schließlich Sekten. Das „Handbuch religiöse Gemeinschaften“ (Reller et al., 1993) definiert Freikirchen als „Kirchen und Gemeinschaften, die aus dem Bemühen um Erneuerung des urchristlichen Gemeindelebens entstanden sind und zu denen ökumenische Beziehungen bestehen oder möglich sind.“ (S.15) In dieser Befragung trifft dies z.B. für die Baptisten zu. Die „Zeugen Jehovas“ oder die Neuapostolische Kirche werden dagegen zu den Sekten gezählt. Dies sind „Gemeinschaften, die mit christlichen Überlieferungen wesentliche außerbiblische Wahrheits- und Offenbarungsquellen verbinden und in der Regel ökumenische Beziehungen ablehnen“ (Reller et al., 1993). Außerhalb ihrer Gemeinschaft erkennen letztere meist keinen anderen Heilsweg an. Noch gesondert erwähnt werden soll die Pfingstkirche: Man versteht darunter eine uneinheitliche, weltweit verbreitete, christliche Bewegung, die zu Beginn des 20. Jahrhunderts in den USA entstand und heute zunehmend Verbreitung in Lateinamerika und Schwarzafrika findet. Nach eigener Darstellung geht es um den „Aufbruch eines enthusiastischen Christentums“, das die Angehörigen der Pfingstbewegung mit dem Wirken des Heiligen Geistes in Verbindung bringen (Schmid und Schmid, 2003).

### 1.2.2 Religiosität

Im Alltagsgebrauch wird zwischen Religion und Religiosität nicht immer genau unterschieden. Streng genommen meint aber Religiosität „die seelische Befindlichkeit oder Verhaltensweise eines Menschen [im Zusammenhang mit seiner religiösen Grundüberzeugung], der glaubt bzw. einer bestimmten Religion anhängt.“ (Redhardt, 1977). Demgegenüber ist die „damit korrespondierende objektive Größe [...] die Gestalt einer bestimmten Religion oder eben des christlichen Glaubens (in dieser oder jener Ausprägung).“ (ebd.)

Im Folgenden soll daher Religiosität immer dann verwendet werden, wenn das Denken, Fühlen und Verhalten eines Menschen in Bezug auf seine Religion im Vordergrund steht.

### 1.2.3 Extrinsische und intrinsische Religiosität

Diese Begriffe werden in der Religionswissenschaft benutzt, um genauer differenzieren zu können, was das religiöse Verhalten motiviert. Unter extrinsischen Motiven versteht man sowohl selbstbestimmte als auch fremdbestimmte Beweggründe: Bei selbstbestimmten extrinsischen Motiven spielt das Erhoffen von sozialen Vorteilen die entscheidende Rolle (z.B. Konfirmation der Geschenke wegen), wohingegen Vermeiden gesellschaftlicher Sanktionen (z.B. Ausgrenzung in einer dörflichen Gemeinschaft, wenn der Sonntagsgottesdienst nicht besucht wird) die Motivation fremdbestimmter extrinsischer Motive darstellt. Intrinsische Motive orientieren sich an Glaubensinhalten und sind weitgehend unabhängig von Faktoren der Umwelt (Grom et al., 1996). Anders gesagt handelt es sich bei intrinsischen Motiven um tief verwurzelte innere Überzeugungen, die auch vertreten werden, wenn dadurch Nachteile, im Extremfall bis hin zu Verfolgung oder Tod entstehen können, während extrinsische Motive „mitläuferisch“ und nutzungsorientiert sind.

Durch diese Unterteilung von Religiosität konnten sich zumindest teilweise widersprüchliche Ergebnisse verschiedener Studien erklären lassen. In einer Metaanalyse von zehn Studien über Angststörungen (Gartner et al., 1991) zeigten vier Studien eine positive Korrelation zwischen Religiosität und Angststörungen, drei Studien fanden negative Korrelationen, und in weiteren drei Studien konnte keine Beziehung zwischen Religiosität und Angststörungen gefunden werden. Bei genauerer Untersuchung stellte sich heraus, dass intrinsische Religiosität mit niedrigerer Angst und extrinsische Religiosität mit höherer Angst korrelierte.

### 1.2.4 Esoterik

Esoterik enthält das griechische Wort eso = innerlich, geheim. Bezeichnet werden „schwer, (nur) für Eingeweihte, Einverständene zugängliche Sachverhalte und die davon bestimmte menschliche Verhaltung.“ So lautet die Definition im Lexikon für Theologie und Kirche (1959a). Heutige esoterische Strömungen in der Gesellschaft sind eine heterogene Mischung aus verschiedenen kulturellen, religiös-philosophischen, anthropologischen oder kosmologischen Elementen (Rungaldier, 1996). Dabei betont Scharfetter, dass das, was als „okkult“ bzw. „paranormal“ gilt, von den Normen der jeweiligen Kultur abhängt, es ist also „kulturrelativ“ (Scharfetter, 1998). Einige, mittlerweile weithin bekannte Praktiken, die erfragt wurden, sollen hier exemplarisch genannt werden. Unter Pendeln versteht man

den Versuch, aus den schwingenden Bewegungen eines mit den Fingern gehaltenen Pendels (= ein dünner Faden mit hängendem Gewicht) über Fotos, Wahrsagekarten, Skizzen und Ähnlichem verborgene Dinge herauszubekommen (Kompaktlexikon Religionen, 1998). Tarot-Karten bestehen aus einem Set von 78 Karten, deren Zeichen, Symbole, Gestalten und Farben tiefenpsychologische Bedeutungen haben sollen und so in erster Linie dem Benutzer zur Selbsterkenntnis verhelfen wollen, gelegentlich aber auch zur Weissagung gebraucht werden (ebd.). Unter Telepathie versteht man die Fähigkeit, Gedanken lesen zu können, bzw. Gedanken und Befehle auf große Entfernung hin von einem Menschen auf den anderen mental übertragen zu können (ebd.). Es existiert eine Fülle weiterer Praktiken, die zum Teil auch schon in Jugendmagazinen propagiert werden. Darauf soll hier nicht im einzelnen eingegangen werden, es sei beispielsweise auf obiges Lexikon verwiesen.

### **1.3 Messen von Religiosität**

Angesichts der Komplexität von Religion, Religiosität und religiösem Verhalten stellt sich die Frage, wie diese Phänomene klassifiziert und quantifiziert werden können. In der Tat ist eines der größten Probleme der Erforschung des Einflusses religiöser Inhalte auf die Gesundheit der Mangel einheitlicher Erhebungen und somit der erschwerten Vergleichbarkeit der einzelnen Ergebnisse (Koenig, 1990). Die einfachste und daher häufig verwendete, aber wenig aussagekräftige Art, Religion zu messen, ist die Erfassung der offiziellen Religionszugehörigkeit (Larson et al., 1986; Larson et al., 1992). Aussagekräftiger sind die Erfassung religiöser Aktivitäten wie Gottesdienstbesuch, Gebet und Bibelstudium (Bishop et al., 1987). Dabei wird allerdings vernachlässigt, dass z.B. Gottesdienste je nach religiöser Gemeinschaft unterschiedlichste Formen haben, oder auch dass es einen großen Unterschied macht, ob eine Person z.B. gegen den Widerstand der Familie oder Tradition an einem Gottesdienst aus intrinsischen Motiven teilnimmt oder nur den traditionellen Kirchgang absolviert (Sloan et al., 2000). Dies wird beispielsweise in einem Ansatz von Kim von 1988 (Huber, 1996) aufgegriffen, der in acht Dimensionen religiöser Haltungen neben anderen religiöse Angst und religiöses Vertrauen erfragt. In einer Literaturübersicht vier großer psychiatrischer Zeitschriften zwischen 1991 und 1995, die sich mit Religion beschäftigen, zeigte sich, dass 78 % der Studien nur ein einzelnes Item von Religiosität messen (Weaver et al., 1998). Dies ist um so erstaunlicher, als in den mehr theoretischen, sozialwissenschaftlichen Konstrukten des Messens von Religiosität

seit etwa 1960 eine generelle Akzeptanz der Multidimensionalität religiösen Verhaltens besteht (King und Hunt, 1972). Eine weitere, etwas spätere systematische Untersuchung mehrerer wissenschaftlicher Zeitschriften zeigt allerdings eine Verbesserung der Messinstrumente zur Einschätzung von Religiosität (Weaver et al. 2000).

Um also differenzierte Aussagen zu ermöglichen, ist es wichtig, mehrere Dimensionen religiöser Einstellungen und möglichst auch religiös motivierten Verhaltens zu erfassen. Eine gute Übersicht über die verschiedenen Ansätze bietet Huber (1996). Neuere Ansätze zeigen dabei vermehrt eine interdisziplinäre Zusammenarbeit von Religionswissenschaft und Theologie. Eine relativ frühe (ab 1950), erstmals mehrdimensionale Möglichkeit ist die oben genannte Einteilung in extrinsische und intrinsische Religiosität. Dies greift allerdings auch nur einen Teilaspekt auf. King und Hunt führten 1965 eine Pilotstudie mit elf Kategorien von Religiosität durch, die sie später auf sieben eingrenzten: das Wissen, den Glauben, die Hingabe, Rituale, Konsequenzen (also das Handeln), die Gemeinschaft und die extrinsisch-intrinsische Motivation betreffend (King und Hunt, 1972). Im deutschen Sprachraum finden sich die ersten fünf Dimensionen bei Boos-Nünning wieder, als neuer Aspekt wird noch die Bindung an eine Kirchengemeinde hinzugefügt (Boos-Nünning, 1972). Ein anderer, etwas einfacherer Ansatz findet sich im „Religion Index for Psychiatric Research“, in dem Koenig et al. eine Fünf-Item-Skala vorstellen, die drei Dimensionen misst: organisierte religiöse Aktivität, nicht-organisierte Aktivität und die extrinsisch-intrinsische Motivation (Koenig et al. 1997). In einer weiteren Einteilung werden die Elemente 1) Überzeugung, 2) Praxis und 3) emotionale Bewertung festgehalten (Grom, 1992). Religiosität kann auch von einem motivationspsychologischen Verständnis her betrachtet werden, wie es das Münchner Motivationspsychologische Religiositäts-Inventar (MMRI) versucht (Grom et al., 1996). In einem Komplex von 56 Fragen werden ein extrinsisches und sieben intrinsische Motive für religiöses Denken, Erleben und Verhalten erfasst. Der Vorzug dieses Instruments liegt darin, dass nicht einfach nur bipolar eine Gegenüberstellung extrinsisch–intrinsisch erfolgt, sondern dass v.a. mittels der einzelnen intrinsischen Motive Bestrebungen, Bedürfnisse und Interessen ermittelt werden, in denen der gläubige Mensch verwurzelt ist. Dabei versteht die motivationspsychologische Sichtweise Religion als transzendenzbezogene Art, diese elementaren Motive zu befriedigen.

## 1.4 Bedeutung von Religion und Religiosität

Die Schriften Sigmund Freuds werden als eine von vielen Ursachen dafür angesehen, dass Religion in der Psychologie eher als negativer Faktor gesehen wurde. Erst in letzter Zeit finden sich auch immer wieder Berichte von den positiven Auswirkungen einer lebendigen, gelebten Spiritualität, insbesondere auch im Hinblick auf die psychische Gesundheit. In der vierten Auflage des Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV) findet sich erstmals eine eigene Kategorie für religiöse und spirituelle Probleme in Abgrenzung zu psychiatrischen Krankheiten, die z.B. auch vermehrt dem kulturellen Erbe unserer westlichen Kultur Rechnung trägt (Turner et al., 1995).

In einem Überblick der Erforschung von Zusammenhängen zwischen Religiosität und schweren psychischen Erkrankungen nennen Koenig et al. (1998d) bei religiöseren Patienten u.a. niedrigere Zahlen an Depressions- und Angststörungen, kürzere Remissionszeiten bei Depressionen, weniger Alkohol- und Drogenkonsum, geringere Wahrscheinlichkeit der körperlichen Gebrechlichkeit im Alter, stärkeres Immunsystem und besseres Coping-Verhalten bei religiösen Patienten. Zwei weitere prospektive Kohortenstudien mit über 65-jährigen US-Bürgern zeigten, dass bei denjenigen, die zu Beginn der Studie keine Einschränkung des Alltagslebens aufwiesen, häufigerer Gottesdienstbesuch (Koenig et al., 1999) und private religiöse Aktivitäten wie Gebet, Meditation oder Bibelstudium (Helm et al., 2000) mit einer geringeren Sterblichkeit im Untersuchungszeitraum einhergingen. Fitchett et al. (1997) betonen die Wichtigkeit religiöser Bedürfnisse stationär behandelter Patienten. In ihrer Studiengruppe äußerten 88 % der Befragten drei oder mehr religiöse Bedürfnisse während des Krankenhausaufenthalts, unter anderem Gebet und Besuch eines Seelsorgers.

### 1.4.1 Religiosität und subjektives Wohlbefinden

Neben objektiven Lebensbedingungen spielt für die Lebensqualität das subjektive Wohlbefinden eine zentrale Rolle. Dabei werden zwischen Religiosität und subjektivem Wohlbefinden eine Reihe wechselseitiger Einflüsse postuliert: Komponenten wie Lebenszufriedenheit, Glücklichkeit, Sinnorientierung, Selbstwertgefühl oder Hoffnung wirken sich positiv auf das subjektive Wohlbefinden aus und bilden so eine Art Gegenpol zu Faktoren wie Angst, depressiven Gefühlen und innerer Leere. Ein Einfluss der Religiosität kann sich auf verschiedene Weise auf der intrapsychischen Ebene

manifestieren: durch soziale Interaktionen und persönliche religiöse Aktivitäten beispielsweise können Emotionen und Verhaltensweisen beeinflusst werden (Grom, 2000). Eine Vielzahl von Studien zeigt in der Allgemeinbevölkerung eine positive Korrelation zwischen religiösem Verhalten und subjektivem Wohlbefinden. In einer Studie werten Williams et al. (1989) die Daten einer Längsschnitterhebung einer Stichprobe von 720 Erwachsenen in Connecticut aus: Probanden mit aktivem religiösem Verhalten (gemessen wurde die Häufigkeit der besuchten Gottesdienste) zeigten deutlich geringere Werte für die Inzidenz von 28 erfragten negativen Lebensereignissen und 16 erfragten Gesundheitsproblemen. Die Pufferwirkung religiösen Verhaltens wirkte sich bei einer zweiten Befragung zur Einschätzung des psychischen Wohlbefindens so aus, dass höhere religiöse Aktivität mit größerem psychischen Wohlbefinden korrelierte (Williams et al., 1991). Angesichts der Tatsache, dass jeder Mensch ständig einer Vielzahl von Stressoren ausgesetzt ist, geht die Coping-Forschung, die sich mit den Bewältigungsstrategien in belastenden Situationen befasst, davon aus, dass entscheidender als der Stressfaktor selbst die Bewältigungsressourcen des Betroffenen seien (Beutel, 1989). Dies bestätigt auch eine kürzlich veröffentlichte deutsche Studie: Mehnert et al. (2003) wiesen einen eindeutigen, positiven Zusammenhang zwischen Religiosität und einem aktiv-kognitiven Bewältigungsstil zur Krankheitsverarbeitung maligner Melanome nach. Antonovsky spricht sich gleichfalls für eine salutogenetische Orientierung aus (Antonovsky, 1993). Dabei führt er den Begriff des „Sinnzusammenhangs“ ein als eine globale Orientierung, die das Ausmaß angibt, in dem jemand ein beherrschendes und Bestand habendes Gefühl von Vertrauen empfindet, 1) dass die Reize der Umwelt und der inneren Welt im Laufe des Lebens strukturiert, vorhersehbar und erklärlich seien; 2) dass die eigenen Ressourcen ausreichen, den durch diese Reize gestellten Anforderungen zu genügen; und dass 3) die Anforderungen Herausforderungen seien, für die sich Engagement und Einsatz lohnten (ebd.). Dies beziehe sich nicht auf eine spezielle Coping-Strategie, sondern hänge nur davon ab, ob der Betroffene das Ereignis verstehen, bewältigen und ihm eine Bedeutung beimessen könne („comprehensibility, manageability, meaningfulness“) (ebd.). Gerade für den dritten Punkt kann der Religiosität eine entscheidende Bedeutung zukommen. Diese Hypothese, dass psychische (und physische) Gesundheit positiv beeinflusst werde, wenn der Einzelne sich und sein Leben in einen größeren Sinnzusammenhang einordnen könne, bestätigt eine schwedische Studie an 120 Patienten mit psychischen Erkrankungen (Bengtsson-Tops und Hansson, 2001): Patienten, die einen globalen Sinnzusammenhang sahen, zeigten bessere Werte für die Einschätzung ihrer Lebensqualität, des allgemeinen Wohlbefindens und der Zufriedenheit mit ihrer Gesundheit. Worthington formuliert sechs

Hypothesen, wie Religion sich auf subjektives Wohlbefinden auswirken könne: indem sie a) dem Leben und Sterben einen Sinn gebe; b) Hoffnung wecke; c) mangelnde persönliche Kontrolle über das eigene Leben durch Glauben an einen wohlwollenden, führenden Gott ersetze; d) zu einem gesünderen Lebensstil führe; e) positive soziale Normen schaffe, deren Einhaltung zu Anerkennung durch Dritte führe und f) soziale Kontakte fördere (Worthington et al., 1996). Insgesamt besteht kein Konsens darüber, welche religiösen Dimensionen nun genau zu höherem Wohlbefinden beitragen. Während Ellison davon ausgeht, dass im Wesentlichen bessere soziale Kontakte und eine bessere Integration durch ein soziales Netzwerk zu diesem Effekt führen (Ellison, 1991), zeigte eine finnische Studie an 1179 Patienten mit psychischen Erkrankungen zwar die positive Korrelation zwischen religiösem Verhalten und psychischem Wohlbefinden, aber dies ließe sich eindeutig nicht auf bessere soziale Kontakte zurückführen (Hintikka et al., 1998). Eine weitere finnische Studie an einer repräsentativen Gruppe der finnischen Bevölkerung wies für Frauen, nicht aber für Männer mildere Verlaufsformen depressiver Erkrankungen bei höherer Religiosität auf, so dass der Autor für zukünftige Studien eine getrennte Untersuchung für Männer und Frauen vorschlägt (Hintikka et al., 2000).

#### 1.4.2 Religiosität und gesundheitsbewusstes Verhalten

Eine Reihe von Untersuchungen der letzten Jahre beschäftigte sich mit dem Einfluss religiöser Einstellungen auf gesundheitsbewusstes Verhalten, in erster Linie Alkoholkonsum, aber auch Drogenkonsum oder Rauchen. In drei Studien, die das Trinkverhalten von amerikanischen College-Studenten untersuchten, zeigten zwei Studien einen deutlich geringeren Alkoholkonsum bei Studenten, die eine religiöse Orientierung aufwiesen (Patock-Peckham et al. 1998, Pullen et al., 1999), die dritte Studie ergab ähnliche Resultate für Studentinnen, nicht aber für Studenten (Poulson et al., 1998). Eine weitere Studie aus dem US-Staat Utah zeigte, dass das Einstiegsalter für Marihuanakonsum, Häufigkeit und Menge des Alkoholkonsums zwar bei unterschiedlichen religiösen Gruppen (offizielle Zugehörigkeit) ähnlich war, in allen untersuchten Gruppen mit Ausnahme jüdischer Religionszugehörigkeit lag der prozentuale Anteil von Alkoholikern aber signifikant unter dem landesweiten Durchschnitt (Hawks und Bahr, 1992).

### 1.4.3 Religiosität und Diagnose, Krankheitsschwere und -verlauf

Nur wenige Studien beschäftigen sich mit Diagnoseverteilungen bei unterschiedlichen religiösen Gruppen. Lediglich einige US-amerikanische Studien weisen auf höhere Raten affektiver Störungen und niedrigere Raten an Störungen durch psychotrope Substanzen bei Patienten jüdischer Religionszugehörigkeit im Vergleich zu anderen Zugehörigkeiten hin (Levav et al., 1997). Problematisch hierbei erscheint die unspezifische Einteilung nach der offiziellen Religionszugehörigkeit. Für einige christliche Sekten zeigte sich, dass die Verteilung psychiatrischer Diagnosen signifikant von dem übrigen Patientenkollektiv mit psychischen Erkrankungen abweicht. Ein Vergleich stationär behandelter Patienten einer psychiatrischen Klinik in Mannheim zwischen 1987 und 1991 ergab, dass mit 52,9 % der Patienten aus christlichen Sekten gegenüber 37,7 % der restlichen Patienten Diagnosen aus dem schizophrenen Formenkreis deutlich häufiger diagnostiziert worden waren, während mit 29,8 % gegenüber 40,8 % neurotische Störungen seltener auftraten (Dalgarrondo und Lotz, 1993). Die Autoren nennen als mögliche Erklärungen hierfür, dass Sektenmitgliedschaft die Wahrscheinlichkeit eines psychischen Zusammenbruchs erhöhen könnte. Andererseits ziehen bestimmte religiöse Gruppen auch Menschen mit psychopathologischen Verhaltensmustern an, oft bestehen bereits vor Eintritt in die Sekte erhebliche psychische Belastungen und entsprechende Symptome (Galanter, 1982). Auch unterschiedliche Inanspruchnahme medizinischer Strukturen könnte eine Rolle spielen (Dalgarrondo und Lotz, 1993).

Es gibt Anhaltspunkte dafür, dass sich Religiosität positiv auf den Krankheitsverlauf auswirken kann. In einer Untersuchung 30 älterer Frauen mit Oberschenkelhalsfrakturen zeigte sich, dass stärkere Religiosität mit niedrigerer Depressivität bei Entlassung korrelierte. Gleichzeitig waren die gemessenen Gehstrecken zum Zeitpunkt der Entlassung bei Patientinnen mit stärkerer religiöser Einstellung signifikant länger (Pressman et al., 1990). Zu ähnlichen Ergebnissen kommt eine prospektive Studie an 87 internistischen Patienten, von denen 50 unter einer schweren Depression und 37 unter einer subsyndromalen Depression litten. Hier korrelierte die intrinsische Religiosität signifikant mit kürzeren Remissionszeiten, während sich dies für die ebenfalls gemessene Häufigkeit des Kirchenbesuchs nicht bestätigte (Koenig et al., 1998c). Bei einer indischen Studie an Patienten mit Schizophrenie zeigte sich Religiosität neben Compliance und kürzerer Krankheitsdauer als wichtigster positiver prognostischer Faktor (Verghese et al., 1989).

## **1.5 Religiosität in der Allgemeinbevölkerung**

### **1.5.1 Religiosität in Deutschland**

Im März 1999 wurde im Auftrag der Zeitschrift Fokus eine repräsentative Befragung von 1004 Deutschen durchgeführt. Diese spiegelt die Pluralität unserer Gesellschaft im Hinblick auf Religiosität wider. Zwar gaben 65 % der Befragten an, sie glaubten an Gott, aber dieser Glaube war individuell sehr verschieden. Neben traditionellen christlichen Inhalten schlossen immerhin 20 % die Existenz mehrerer Götter nicht aus. 50 % glaubten an ein Leben nach dem Tod, aber selbst 30 % der Kirchgänger glaubten eher an Reinkarnation als an das Ewige Leben. Christlicher Glaubensinhalte sind immer weniger Bundesbürgern vertraut; zwar gaben noch 74 % an, das Vaterunser gut bis sehr gut zu kennen, aber nur 42 % kannten auch die Zehn Gebote gut bis sehr gut. Die Inhalte der Bergpredigt waren sogar nur noch 17 % bekannt.

### **1.5.2 Religiosität in den USA**

Es soll hier auch kurz auf US-amerikanische Verhältnisse eingegangen werden, da der überwiegende Teil der Studien, die den Einfluss von Religiosität auf gesundheitliche Faktoren untersucht, aus den Vereinigten Staaten stammt.

Eine Umfrage aus dem Jahr 1996 ergab, dass 96 % der US-Amerikaner an Gott bzw. eine höhere Macht glaubten. 90 % der Befragten gaben an zu beten, und immerhin 43 % besuchten mindestens einmal wöchentlich einen Gottesdienst (Koenig et al., 1998a). Der Anteil „gläubiger“ Menschen scheint also sehr viel höher zu liegen als in Deutschland. Ebenso gaben in einer Befragung 79 % an, dass religiöser Glaube die Genesung beschleunigen könne und 63 % waren der Meinung, der behandelnde Arzt solle den Glauben in der Behandlung zur Sprache bringen (Sloan et al, 1999).

## **1.6 Fragestellung und Ziele dieser Arbeit**

Religiosität scheint im Hinblick auf psychiatrische Erkrankungen eine wichtige Einflussgröße zu sein, einerseits denkbar als Risikofaktor, andererseits als Ressource oder auch in der Verarbeitung von Krankheit als Copingstrategie.

Aus der obigen Darstellung wird ferner deutlich, dass eine Übertragung von Ergebnissen US-amerikanischer Studien auf deutsche Verhältnisse nicht ohne weiteres möglich ist. Einerseits findet sich eine sehr viel stärker ausgeprägte religiöse Praxis zumindest in Teilen der Vereinigten Staaten und es stellt sich die Frage, ob bei geringerer Ausprägung dieser Praxis ähnliche Ergebnisse zu erwarten sind. So zeigt beispielsweise eine neuere Studie (Peach, 2003), dass in Australien, wo die religiöse Praxis im Vergleich zu den USA eine untergeordnete Rolle spielt, kaum ein Zusammenhang zwischen religiösem Verhalten und Religiosität besteht. Jacoby führt als weitere Argumente gegen eine einfache Übernahme US-amerikanischer Studienergebnisse an, dass erstens in den USA ein sehr viel heterogeneres Spektrum an großen protestantischen Denominationen bestehe und zweitens die Religionszugehörigkeit auch heute noch vielfach mit der ethnischen Herkunft verknüpft sei (Jacoby, 1993). Andererseits legen eine Vielzahl von Studien Zusammenhänge von Religiosität und psychischem Befinden nahe. Dabei werden religiöse Fragen nur allzu oft tabuisiert und tauchen auch in Krankengeschichten häufig nicht auf. Diese Arbeit möchte in Form einer explorativen Datenerhebung eine Grundlage für mögliche Hypothesen bilden. Gleichzeitig kam der erstellte Fragebogen im Sinne einer Anwendungserprobung in dieser Form hier zum ersten Mal zum Einsatz und sollte auch auf allgemeine Gütekriterien überprüft werden.

Die Erhebung zielte im Wesentlichen auf die Beantwortung folgender Fragen: Wie hoch ist der Anteil der Patienten, für die ihre religiöse Grundüberzeugung eine wichtige Rolle spielt und welcher Art ist diese Orientierung? Spielen herkömmliche Religionen noch eine Rolle, in welchem Ausmaß lassen sich esoterische Anschauungen finden und spiegeln sich die Grundüberzeugungen auch in religiösen oder sozialen Tätigkeiten wider?

In einem weiteren Schritt sollte untersucht werden, ob Beziehungen zwischen einer bestimmten Form von Religiosität und folgenden Merkmalen bestehen:

- allgemeine demographische Merkmale wie Alter und Geschlecht
- Art der psychischen Störung (Diagnosen nach ICD-10)
- Lebenszufriedenheit
- gesundheitsbewusstes Verhalten (Rauchen, Alkohol)
- Ausmaß der Besserung, wie sie über die Basisdokumentation mittels der CGI-Skala (s.u.) abgeleitet werden kann
- Einstellung zum Sinn des Lebens.

Eine letzte wichtige Frage ist, ob religiöse Fragen auch in der Therapie thematisiert werden sollen, und wenn ja, ob es dann sinnvoll wäre, eventuell einen Seelsorger mit einzubeziehen.

## **2. Material und Methoden**

### **2.1 Durchführung der Studie**

Die Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Universität Schleswig Holstein, Campus Lübeck, die zusammen mit den anderen medizinischen Einrichtungen zu einem Universitätsklinikum der Maximalversorgung gehört, verfügt über 95 Betten auf fünf Stationen, davon eine geschützte Station zur Krisenintervention. Das Behandlungskonzept der Klinik verfolgt einen mehrdimensionalen Ansatz unter Einschluss der biologischen Psychiatrie, Psychotherapie und Soziotherapie. Wann immer möglich werden die Angehörigen der Patienten mit in die Behandlung einbezogen. Neben Patienten aus Lübeck und Umgebung erfolgen auch Zuweisungen psychisch Kranker aus der gesamten BRD, insbesondere von Patienten mit Zwangsstörungen, Schlafstörungen und Borderline-Persönlichkeitsstörungen.

Die Einschlusskriterien wurden bewusst weit gefasst, um möglichst viele Patienten zu erreichen. Als Ausschlusskriterien galten Alter < 18 Jahre, Mindestaufenthalt unter 48 Stunden, sowie Patienten, bei denen keine Geschäftsfähigkeit bzw. keine adäquate Beantwortung der Fragen zu erwarten war. Letzteres wurde durch Rücksprache mit dem behandelnden Arzt geklärt. Dieser teilte auch mit, ob ein Patient für die Befragung belastbar genug war. Patienten, die im entsprechenden Zeitraum mehrmals zur stationären Aufnahme kamen, wurden nur einmal befragt. Lag kein Ausschlusskriterium vor, so wurde der Patient auf die Studie angesprochen und deren Ablauf erklärt. Die Teilnahme war für alle Probanden freiwillig und erfolgte nach einer ausführlichen Aufklärung und mündlicher Einverständniserklärung des Patienten. Zunächst wurde in einem 5-10 minütigen Interview mit Hilfe von fünf offenen Fragen (siehe Anhang) eine orientierende Befragung zur Religiosität durchgeführt. Am Ende des Gespräches wurde der Patient gebeten, den siebenseitigen Fragebogen auszufüllen. Gleichzeitig wurden auch Daten zu körperlicher Aktivität und gesundheitsbewusstem Verhalten erhoben. Die durchschnittliche Bearbeitungszeit betrug je nach Befinden des Patienten zwischen 15 und maximal 30 Minuten. Die ausgefüllten Fragebögen wurden nach einer angemessenen Bearbeitungszeit auf der Station wieder eingesammelt und sofort daraufhin durchgesehen, ob alle Items vollständig beantwortet waren. Wenn eine Seite oder eine Frage vergessen worden war, wurde der Patient nochmals aufgesucht und gebeten, die fehlenden Antworten zu ergänzen.

Patienten, die sich selbst als religiös oder sehr religiös eingestuft hatten, wurden anschließend gebeten, einen zweiten Fragebogen auszufüllen, in dem es um eine genauere Einschätzung der extrinsischen bzw. intrinsischen Motivation der Religiosität geht.

Am Ende der Studie wurden der Basisdokumentation folgende Angaben entnommen:

1. Alter und Geschlecht
2. berufliche Situation
3. Familienstand
4. Erst- und Zweitdiagnosen nach ICD-10 (zweistellig)
5. CGI bei Aufnahme
6. CGI bei Entlassung, Zustandsänderung
7. Aufenthaltsdauer

## **2.2 Stichprobe**

In der Zeit vom 1. Juli bis zum 31. Dezember 1999 wurden 438 Patienten in der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Universität Schleswig Holstein Campus Lübeck stationär aufgenommen, davon erfüllten 334 Patienten die Auswahlkriterien. Patienten mit schweren Psychosen oder Demenz wurden ausgeschlossen. 31 Patienten verweigerten von vornherein die Teilnahme oder konnten wegen kurzfristiger Entlassung und anderer Gründe nicht erreicht werden. Von den verbleibenden 303 Patienten waren 60 Patienten lediglich dazu bereit, an dem einleitenden Interview teilzunehmen, nicht jedoch den anschließenden Fragebogen zu bearbeiten. Ausgewertet wurden die Daten von 243 Patienten.

## **2.3 Instrumente**

### **2.3.1 Fragebogen zu gesundheitsbewusstem Verhalten, inneren Überzeugungen und Religiosität**

Neben bereits validierten Skalen kam auch ein neuentwickelter „Fragebogen zu gesundheitsbewusstem Verhalten, inneren Überzeugungen und Religiosität“ zur Anwendung. Dabei sollte ein Instrument zur Erhebung der genannten Inhalte folgende Voraussetzungen erfüllen:

1. Um der Komplexität von Religiosität gerecht zu werden, muss diese in mehreren Dimensionen und in ausreichender Breite erfasst werden.
2. Glaubensüberzeugungen aus nicht-christlichen Kulturkreisen sollen gleichfalls erfragt werden können.
3. Neben der kognitiven Ebene soll auch die Handlungsebene eingehen.
4. Der zeitliche Aufwand für den Patienten ist möglichst gering zu halten.
5. Auch schwerer erkrankte Personen sollen in der Lage sein, die Fragen zu beantworten.

Aus diesen Forderungen ergab sich die Notwendigkeit, einen neuen Fragebogen zu entwerfen, da bereits vorhandene Instrumente den Anforderungen nicht gerecht wurden, da sie beispielsweise zu umfangreich oder zu speziell waren.

Eine erste Orientierung gab „Kasl's Religiositätsindex“ (Zuckermann et al., 1984), der in drei Items die Häufigkeit des Gottesdienstbesuchs sowie eine Selbsteinschätzung der eigenen Religiosität und des Glaubens als Trost- und Kraftquelle erhebt. Die meisten Items orientieren sich am Instrument „Religiosität und Therapiemotivation“ des Vereins christlicher Fachleute im Rehabilitations- und Drogenbereichs (Pfeifer (1998)). Dieser Fragebogen wendet sich allerdings eher an Patienten, die eine christliche Grundhaltung in die Therapie mitbringen, so dass nicht alle Fragen übernommen werden konnten. Ferner wurden einige Fragen zusammengefasst oder gekürzt. Folgende Fragen lehnen sich an dieses Instrument an: Zugehörigkeitsgefühl zu einer religiösen Gemeinschaft, frühere Kontakte zu einer religiösen Gemeinschaft, die Glaubensaussagen, übersinnliche und religiöse Erfahrungen, sowie die Tätigkeiten mit Ausnahme des Spendenverhaltens. Letztere wurde in ihrer Einteilung relativ zum Einkommen der „Religiositätsskala“ von Strayhorn et al. (1990) entnommen. Ein sehr viel ausführlicheres Instrument stellt das „Münchener Motivationspsychologisches Religiositäts-Inventar“ (Grom et al., 1997) dar. Dieses gliedert sich in einen allgemeinen und einen speziellen Teil. Dabei hat der allgemeine Teil eine Filterfunktion, da der spezielle Teil sich ausdrücklich nur auf religiöse Menschen bezieht. Dem allgemeinen Teil wurden die drei Fragen zur religiösen Selbsteinschätzung entnommen. Alle genannten Fragebögen kamen nicht in Frage, da sie teils zu ausführlich und teils zu speziell auf bestimmte religiöse Gruppen ausgerichtet waren. Im neu entwickelten Fragebogen werden nicht nur religiöse Dimensionen unabhängig von einer spezifischen Konfession oder Religion erfasst, sondern auch nach Sinn und Lebenszufriedenheit gefragt. Letztere wurden aus dem validierten „Fragebogen

zur Erfassung des Gesundheitsverhaltens“ (Dlugosch und Krieger, 1993) übernommen. Neben Fragen zu Ernährung, Schlaf, Alkohol- und Nikotinkonsum sollten die Patienten anhand einer Skala von „eins = überhaupt nicht zufrieden“ bis „fünf = sehr zufrieden“ ihre Zufriedenheit in folgenden Lebensbereichen einschätzen:

- 1) Arbeit, Schule und Beruf
- 2) Ehe und Partnerschaft
- 3) Familie und Kinder
- 4) Freunde und Bekannte
- 5) Freizeit
- 6) Finanzielle Situation
- 7) Wohnsituation
- 8) Gesundheit

Der so entstandene Fragebogen erfasst folgende Dimensionen von Religiosität:

- offizielle Zugehörigkeit, modifiziert als Gefühl der Zugehörigkeit (1 Frage), z.B. ev. oder kath. Kirche, Freikirche, keine Gemeinschaft.
- subjektive Einschätzung der Bedeutung von Religion im eigenen Leben (3 Fragen)
- Zustimmung zu Glaubensaussagen (12 Items), z.B. Glaube an Gott, Jesus Christus, Leben nach dem Tod, Reinkarnation, Pantheismus. Bei diesen Aussagen standen vier Antworten zur Auswahl:
  - stimmt
  - stimmt eher
  - stimmt eher nicht
  - stimmt sicher nicht.
- indem den Patienten bewusst keine neutrale Antwort zur Verfügung gestellt worden war, wurden die Befragten angehalten, eine Entscheidung zu treffen.
- religiöse bzw. esoterische Erfahrungen (16 Items), z.B. Gebetserhörung, Berührtheit durch ein Bibelwort, Pendeln, Telepathie.
- Aktivitäten (7 Items), z.B. Gebet, Gottesdienstbesuch, Meditation, Spendenverhalten.

Den Abschluss bilden drei Fragen zur Beurteilung des Fragebogens mit der Möglichkeit zu persönlichen Anmerkungen.

Der Fragebogen kam in dieser Form erstmals zur Anwendung.

### 2.3.2 Hoge-Skala

Ein häufig in Voruntersuchungen verwendetes und validiertes Instrument ist die sogenannte Hoge-Skala (Koenig et al., 1997). Dieser Fragebogen besteht aus zehn Items und dient der Differenzierung von extrinsischer und intrinsischer Religiosität. Die Skala lag nur in englischer Sprache vor und musste daher übersetzt werden. Die deutsche Übersetzung wurde von einem professionellen „native speaker“ in die englische Sprache rückübersetzt. Anschließend wurden Rückübersetzung und Original miteinander verglichen, wobei sich eine sinngemäße, fast wörtliche Übereinstimmung beider Texte ergab, so dass folgende Aussagen zu beurteilen waren:

- 1) Mein Glaube spielt in allen Lebensbereichen eine Rolle.
- 2) Ich erfahre in meinem Leben die Gegenwart Gottes.
- 3) Obwohl ich religiös bin, lehne ich es ab, mich in Fragen des Alltags von religiösen Überzeugungen leiten zu lassen.
- 4) Nichts ist mir so wichtig, wie Gott so gut wie möglich zu dienen.
- 5) Manchmal schränkt mein Glaube mein Handeln ein.
- 6) Meine religiösen Überzeugungen bestimmen letztlich meine ganze Einstellung zum Leben.
- 7) Ich bemühe mich sehr darum, meine Religiosität in alle Bereiche meines Lebens einzubeziehen.
- 8) Man sollte bei jeder wichtigen Entscheidung Gottes Führung suchen.
- 9) Obwohl ich religiös bin, denke ich, dass es wichtigere Dinge im Leben gibt.
- 10) Solange ich ein anständiges Leben führe, spielt es keine so große Rolle, was ich glaube.

Den zehn Fragen lag jeweils eine Skala von „eins“ = „stimmt sicher“ bis „fünf“ = „stimmt sicher nicht“ zugrunde. Es wurden für jede Frage ein bis fünf Punkte vergeben, und zwar für sieben Fragen, die direkt intrinsische Motive erfragen, die höchste Punktzahl für die Antwort „stimmt sicher“ und für die Fragen drei, neun und zehn, die im Sinne von Kontrollfragen extrinsische Motive enthalten, jeweils für die Antwort „stimmt sicher nicht“.

Die Punkte der zehn Fragen wurden addiert, so dass ein Ergebnis von 10 bis 50 Punkten möglich war. Höhere Punktsommen entsprechen höherer intrinsischer Religiosität.

Die verwendete Skala befindet sich im Anhang.

### 2.3.3 Basisdokumentationsbogen der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Universität Schleswig-Holstein, Campus Lübeck

Bei dem Basisdokumentationsbogen handelt es sich um ein standardisiertes Instrument, das mit dem Ziel entwickelt wurde, die in der Bundesrepublik bestehenden Dokumentationssysteme für bessere statistische Vergleichbarkeit zusammenzufügen. Möglichst wenig, möglichst harte und gleichzeitig praktikable Daten sollen überregionale Erhebungen ermöglichen. Es werden etwa 20 soziodemographische und diagnostische Grunddaten stationär behandelter Patienten erfasst (Dilling et al., 1982). Die Religionszugehörigkeit ist hierbei nicht eingeschlossen.

### 2.3.4 Clinical Global Impressions

Bei den Clinical Global Impressions, abgekürzt CGI, handelt es sich um eine Fremdbeurteilungsskala zum klinischen Gesamteindruck (Collegium Internationale Psychiatriae Scalearum, 1996). Die Skala dient außerdem zur Nutzen-Risiko-Bewertung in Behandlungsstudien bei Patienten mit psychischen Erkrankungen. Die Beurteilung erfolgt durch den behandelnden Arzt. In die Lübecker Basisdokumentation gehen die Beurteilung der Krankheitsschwere bei Aufnahme und die Einschätzung der Zustandsänderung bei der Entlassung ein.

## 2.4 Statistik

### 2.4.1 Der Fragebogen

Wichtige Kriterien eines psychometrischen Instrumentes sind die Hauptgütekriterien Objektivität, Reliabilität und Validität. Dabei versteht man unter Objektivität die Unabhängigkeit der Testergebnisse vom Untersucher, unter Reliabilität den Grad der Genauigkeit, mit der ein Merkmal erfasst wird (Zuverlässigkeit) und unter Validität die Genauigkeit, mit dem ein Test das misst, was er zu messen vorgibt (Gültigkeit) (Lienert, 1989). Die Reliabilität kann durch Retest- und Paralleltest-Methoden bestimmt werden. Will man sich mit einer Messung begnügen, so kann man die interne Konsistenz prüfen, diese wird mit einem Wert gemessen, der Cronbach's  $\alpha$  genannt wird.

Ferner spielen Schwierigkeit und Trennschärfe eine Rolle. Schwierigkeit differenziert zwischen Patienten, die eine Frage ablehnen oder bejahen, die Trennschärfe misst die Korrelation eines Items mit der Skala insgesamt (Borg und Staufenbiel, 1993, S.44f).

Einige Grafiken stellen Boxplots dar, hierbei wird der Median, sowie in Boxen der Anteil der Werte zwischen der 25. und der 75. Perzentile angezeigt. Verlängerte Linien geben den höchsten und niedrigsten Wert mit Ausnahme von Ausreißern und Extremwerten an. Ausreißer liegen in 1,5 – 3-facher Boxlänge vom oberen oder unteren Boxrand entfernt und sind als Kreise dargestellt, während Extremwerte in mehr als dreifacher Boxlänge entfernt liegen und als Sterne zur Darstellung kommen.

Die statistische Auswertung der Daten erfolgte mit Hilfe des Computerprogramms „Statistical Package for Social Sciences“, SPSS 9.0 für Windows.

#### 2.4.2 Gruppenvergleiche – Methodenauswahl

Im ersten Teil der Arbeit werden die Befunde deskriptiv dargestellt, bevor in einem zweiten Schritt Stichproben miteinander verglichen werden. Im deskriptiven Teil kommen Mittelwerte und Standardabweichung (SD) zur Anwendung.

Beim Vergleich von Stichproben untereinander ist die entscheidende Frage, ob und in wie weit Unterschiede oder Ähnlichkeiten zwischen den Teilpopulationen zufällig sind. Dies gibt die berechnete Irrtumswahrscheinlichkeit  $p$  an. Je kleiner dieser Wert  $p$  ist, desto kleiner ist die Wahrscheinlichkeit, dass es sich um zufällige Unterschiede handelt. Üblicherweise spricht man bei  $p < 0,05$  (Irrtumswahrscheinlichkeit  $< 5\%$ ) von signifikanten Ergebnissen (Sachs, 1988).

Welcher Test für den Stichprobenvergleich geeignet ist, hängt vom Datenniveau ab und davon, ob die Variablen unabhängig oder verbunden sind, ob sie normalverteilt sind oder nicht, sowie von der Anzahl der zu vergleichenden Stichproben.

In dieser Arbeit werden nach verschiedenen Einteilungskriterien jeweils drei oder mehr von einander unabhängige Gruppen gebildet (s. 3.2), die hinsichtlich ihrer Lebenszufriedenheit, ihres Alkohol- und Nikotinkonsums, der Aufenthaltsdauer in der Klinik, des CGI und der ICD-Diagnose, des Alters und des Geschlechtes miteinander verglichen werden sollen.

Die Prüfung auf Normalverteilung durch den Kolmogorov-Smyrnov-Anpassungstest ergab für alle Variablen mit  $p < 0,001$  eine signifikante Abweichung von der Normalverteilung.

Somit kommen die nicht-parametrischen Tests für  $n > 2$  unabhängige Stichproben zur Anwendung. Für die nominalen Variablen Geschlecht, Alkoholkonsum und ICD-Diagnose wurde der Chi-Quadrat-Test benutzt, die übrigen Variablen wurden mit dem H-Test nach Kruskal-Wallis geprüft.

Ferner wird die Gruppe der Patienten, die den Fragebogen ausgefüllt hat, mit der Gruppe derer, die sich im selben Zeitraum in stationärer Behandlung befanden aber nicht an der Befragung teilnahmen hinsichtlich Alter, Geschlecht, Familienstand, beruflicher Situation und ICD-Diagnose verglichen. Hierfür wird der Mann-Whitney-U-Test als nicht-parametrischer Test für  $n = 2$  unabhängige Stichproben verwendet.

### 3. Ergebnisse

#### 3.1 Beschreibung des Patientenkollektivs

Zunächst wurde die Gruppe der 243 Patienten, deren Fragebögen ausgewertet werden konnten, mit der Gruppe der Patienten, die sich im Untersuchungszeitraum in stationärer Behandlung befand, aber nicht an der Befragung teilnahm, verglichen. Hierbei fanden sich für die untersuchten Items Alter ( $p = 0,307$ ), Geschlecht ( $p = 0,824$ ), Familienstand ( $p = 0,605$ ), aktuelle berufliche Situation ( $p = 0,085$ ) und Hauptdiagnose nach ICD-10 ( $p = 0,066$ ) keine signifikanten Unterschiede.

##### 3.1.1 Verteilung von Alter und Geschlecht

Es wurden 127 Männer und 116 Frauen befragt, der Anteil der Männer überwog also mit 52,3 % geringfügig.

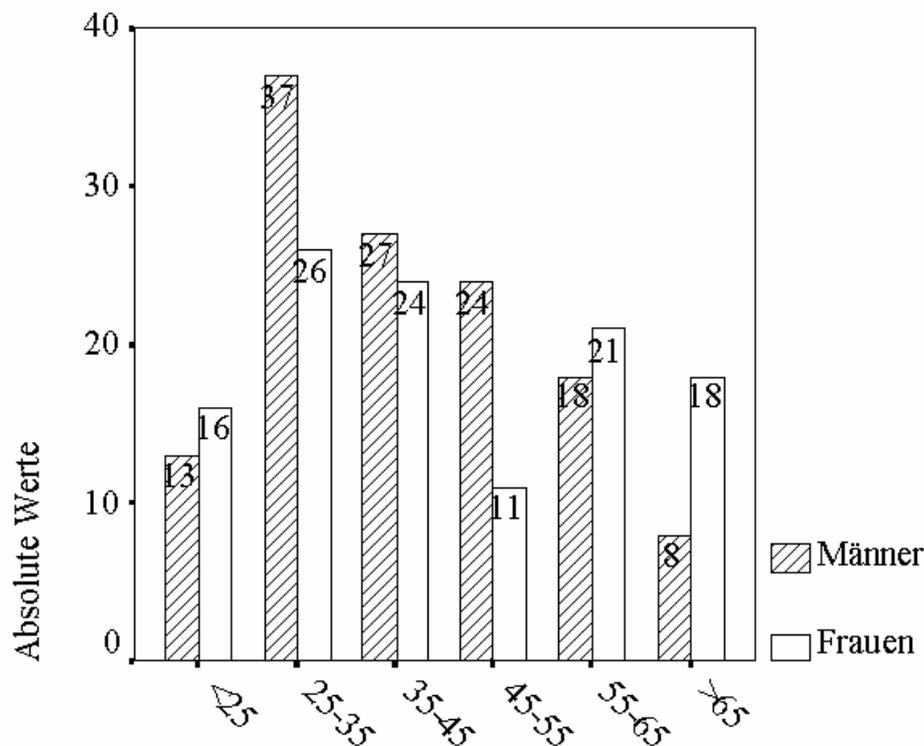


Diagramm 3.1: Altersverteilung bei Männern und Frauen

Diagramm 3.1 zeigt die Altersverteilung der befragten Patienten. Nur 55 Patienten waren jünger als 25 oder älter als 64 Jahre. Das mittlere Alter lag bei 43,2 Jahren (SD = 16,5), wobei das Durchschnittsalter der Frauen mit 44,9 Jahren (SD = 18,5) höher lag als das der Männer (41,6; SD = 14,4 Jahre). Vor allem in den Altersgruppen der 25-35Jährigen und der 45-55Jährigen dominierten die Männer, während bei den über 65jährigen Patienten mehr als doppelt so viele Frauen wie Männer vertreten waren.

### 3.1.2 Familienstand

Tabelle 3.1 gibt Auskunft über den Familienstand der Befragten. 101 Patienten waren ledig, 79 verheiratet, 45 getrennt oder geschieden und 16 Patienten waren verwitwet. Von zwei Patienten lagen keine Angaben vor.

| <b>Familienstand</b>  | <b>Häufigkeit</b> | <b>Prozent</b> |
|-----------------------|-------------------|----------------|
| Ledig                 | 101               | 41,6           |
| Verheiratet           | 79                | 32,5           |
| Getrennt / geschieden | 45                | 18,5           |
| Verwitwet             | 16                | 6,6            |
| Keine Angabe          | 2                 | 0,8            |

Tabelle 3.1: Familienstand

### 3.1.3 Schulabschluss

Über die Hälfte der Patienten hatte einen Hauptschulabschluss oder Mittlere Reife. Die einzelnen Abschlüsse im Detail zeigt die folgende Tabelle 3.2:

| <b>Schulabschluss</b> | <b>Häufigkeit</b> | <b>Prozent</b> |
|-----------------------|-------------------|----------------|
| Kein Abschluss        | 16                | 6,6            |
| Sonderschule          | 3                 | 1,2            |
| Hauptschule           | 95                | 39,1           |
| Mittlere Reife        | 72                | 29,6           |
| Abitur                | 24                | 9,9            |
| Fachabitur            | 10                | 4,1            |
| Hochschulabschluss    | 22                | 9,1            |
| Keine Angabe          | 1                 | 0,4            |

Tabelle 3.2: Schulabschlüsse

#### 3.1.4 Aktuelle berufliche Situation

Von den 243 Patienten waren 63 vollzeit- und elf teilzeitbeschäftigt, 21 gaben als Beschäftigung Hausfrau/Hausmann an, 15 befanden sich in der Ausbildung, einer war Wehr-/ Zivildienstleistender, vier Patienten waren geschützt beschäftigt. 54 waren arbeitslos, sowie 32 in Frührente. 32 Patienten bezogen eine reguläre Altersrente und zehn Patienten waren anderweitig ohne Beschäftigung (Tabelle 3.3).

| <b>Berufliche Situation</b>    | <b>Häufigkeit</b> | <b>Prozent</b> |
|--------------------------------|-------------------|----------------|
| Berufstätig Vollzeit           | 63                | 25,9           |
| Berufstätig Teilzeit           | 11                | 4,5            |
| Hausfrau/Hausmann              | 21                | 8,6            |
| Ausbildung                     | 15                | 6,2            |
| Wehrdienst/Zivildienst         | 1                 | 0,4            |
| Beschützt beschäftigt          | 4                 | 1,6            |
| Arbeitslos                     | 54                | 22,2           |
| Frührentner                    | 32                | 13,2           |
| Altersrente                    | 32                | 13,2           |
| Anderweitig ohne Beschäftigung | 10                | 4,1            |

Tabelle 3.3: Berufliche Situation bei Aufnahme

### 3.1.5 Staatsangehörigkeit

Nur drei Patienten besaßen nicht die deutsche Staatsbürgerschaft, zwei von ihnen kamen aus der Türkei und einer aus einem anderen ausländischen Staat. Von einem Patienten lagen keine Angaben vor, so dass 239 der Befragten die deutsche Staatsbürgerschaft innehatten.

### 3.1.6 Erstdiagnosen nach ICD-10

Die folgende Tabelle 3.4 zeigt die Verteilung der Erstdiagnosen nach ICD-10 :

| ICD-10-Erstdiagnose |   | Häufigkeit | Prozent |
|---------------------|---|------------|---------|
| <b>F0</b>           | organische, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen                | 7          | 2,9     |
| <b>F1</b>           | psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen                 | 67         | 27,6    |
| <b>F2</b>           | schizophrene, schizotype und wahnhaftige Störungen                              | 31         | 12,8    |
| <b>F3</b>           | affektive Störungen   | 75         | 30,9    |
| <b>F4</b>           | neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen                              | 41         | 16,9    |
| <b>F5</b>           | Verhaltensauffälligkeiten in Verbindung mit körperlichen Störungen und Faktoren | 2          | 0,8     |
| <b>F6</b>           | Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen  | 17         | 7,0     |
| <b>F8</b>           | Entwicklungsstörungen   | 1          | 0,4     |
| <b>F9</b>           | Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend      | 2          | 0,8     |

Tabelle 3.4: Erstdiagnose nach ICD-10, zweistellig

Es lässt sich erkennen, dass die häufigsten Diagnosen im Untersuchungszeitraum zu je einem Drittel affektive Störungen und psychische bzw. Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen waren. Ebenfalls häufig fanden sich Erkrankungen aus den Diagnosegruppen neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen (17 %) sowie schizophrene, schizotype und wahnhaftige Störungen (13 %). Die anderen Diagnosen wurden deutlich seltener gestellt.

### 3.1.7 Zweitdiagnosen nach ICD-10

Nachfolgend soll die Verteilung für die Zweitdiagnosen aufgeführt werden (Tabelle 3.5):

| ICD-10-Zweitdiagnose                 |   | Häufigkeit | Prozent |
|--------------------------------------|---|------------|---------|
| F1                                   | psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen                 | 38         | 15,6    |
| F2                                   | schizophrene, schizotype und wahnhaftige Störungen                              | 4          | 1,6     |
| F3                                   | affektive Störungen   | 17         | 7,0     |
| F4                                   | neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen                              | 20         | 8,2     |
| F5                                   | Verhaltensauffälligkeiten in Verbindung mit körperlichen Störungen und Faktoren | 7          | 2,9     |
| F6                                   | Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen  | 16         | 6,6     |
| F7                                   | Intelligenzminderung  | 2          | 0,8     |
| F9                                   | Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend      | 1          | 0,4     |
| Keine zweite psychiatrische Diagnose |   | 138        | 56,8    |

Tabelle 3.5: Zweitdiagnose nach ICD-10, zweistellig

Zunächst fällt auf, dass mit 43,2 % fast die Hälfte aller Patienten neben der Hauptdiagnose noch weitere Diagnosen aufwiesen. Dabei traten mit 15,6 % Störungen durch psychotrope Substanzen als häufigste Zweitdiagnose auf. Alle anderen Diagnosen wurden deutlich seltener gestellt. Mit einer Häufigkeit von 6 - 8 % spielten noch affektive oder neurotische Störungen sowie Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen eine gewisse Rolle.

## 3.2 Ergebnisse des Fragebogens zu gesundheitsbewusstem Verhalten, inneren Überzeugungen und Religiosität

### 3.2.1 Statistische Prüfung des Fragebogens

Für die inhaltlich zusammengehörenden Fragen wurden jeweils die Trennschärfe, der Schwierigkeitsindex sowie der Reliabilitätskoeffizient  $\alpha$  ermittelt. Die Werte im Einzelnen sind im Anhang aufgeführt, hier nur die wichtigsten Ergebnisse:

3 Fragen zur religiösen Selbsteinschätzung:  $\alpha = 0,9084$

7 Fragen zu Glaubensaussagen:  $\alpha = 0,8859$

4 Fragen zum Sinn des Lebens:  $\alpha = 0,6116$

|   |                   |
|---|-------------------|
| 7 Fragen zu religiösen Erfahrungen:           | $\alpha = 0,8074$ |
| 9 Fragen zu übersinnlichen Erfahrungen:       | $\alpha = 0,6438$ |
| 7 Fragen zu religiös motivierten Tätigkeiten: | $\alpha = 0,8847$ |
| 8 Fragen zur Lebenszufriedenheit:             | $\alpha = 0,7249$ |

Der Reliabilitätskoeffizient  $\alpha$  als Maß der Zuverlässigkeit fällt für die religiöse Selbsteinschätzung sehr gut aus, ebenso für die Fragen zu den Glaubensaussagen und den Tätigkeiten. Noch befriedigend liegt auch der Wert für die religiösen Erfahrungen, während Werte unter 0,8 eher als nicht zufriedenstellend betrachtet werden. Vor allem die Fragen zum Sinn des Lebens schneiden hier schlecht ab.

Die Frage nach der Ufologie weist als einzige Frage eine Trennschärfe unter 0,3 auf, und zwar liegt der Wert mit 0,0875 extrem niedrig und sollte daher bei einer erneuten Verwendung des Fragebogens gestrichen werden.

Auf Grund eines zu hohen Schwierigkeitsindex fielen eine ganze Reihe von Fragen heraus: Bei den Glaubensaussagen liegen die Fragen nach Gott als Weltenrichter (0,86), einem pantheistischen Gottesverständnis (0,87) und die Frage nach der Reinkarnation (0,93) deutlich über der Grenze von 0,8. Bei den meisten Fragen nach religiösen bzw. übersinnlichen Erlebnissen liegen die Schwierigkeitsindices sogar über 0,9, lediglich „unerklärliches Zusammentreffen von Zufällen“ rangiert mit 0,75 unterhalb des Grenzbereiches.

Diese Fragen gehen daher nur in die deskriptive Statistik ein.

### 3.2.2 Religionszugehörigkeit

Als erstes wurden die Patienten danach gefragt, welcher Religionsgemeinschaft sie sich aktuell zugehörig fühlten. Tabelle 3.6 zeigt die Ergebnisse:

Frage: Welcher religiösen Gemeinschaft fühlen Sie sich aktuell zugehörig?

| <b>aktuelle Religionsgemeinschaft</b>            | <b>Häufigkeit</b> | <b>Prozent</b> |
|--|-------------------|----------------|
| keine  | 68                | 28,0           |
| gläubig, aber nicht im Rahmen einer Gemeinschaft | 37                | 15,2           |
| evangelisch/reformiert                           | 101               | 41,6           |
| katholisch                                       | 16                | 6,6            |
| evangelisch freikirchliche Gemeinschaft          | 5                 | 2,1            |
| andere christliche Gemeinschaft                  | 5                 | 2,1            |
| andere religiöse Gemeinschaft                    | 4                 | 1,6            |
| überzeugter Atheist                              | 5                 | 2,1            |
| keine Angabe                                     | 2                 | 0,8            |

Tabelle 3.6: Religionszugehörigkeit

Insgesamt fühlten sich 130 Patienten einer religiösen Gemeinschaft zugehörig oder zu mindest verbunden, was einem Prozentsatz von 53,5 % entspricht. Darüber hinaus bezeichneten sich 15,2% als gläubig, ohne sich einer bestimmten Gemeinschaft zugehörig zu fühlen.

Fünf Patienten gaben an, sich einer evangelisch-freikirchlichen Gemeinschaft zugehörig zu fühlen, ein Patient gehörte der neuapostolischen Kirche an, zwei Patienten zählten sich zu den Zeugen Jehovas. Weitere zwei Patienten bekannten sich zum Islam, und ein Patient fühlte sich der buddhistischen Lebensphilosophie verbunden.

Früheren Kontakt zu religiösen Gemeinschaften gaben 77 Patienten an, dies entspricht einem Anteil von 31,7 %. Frage: Hatten Sie früher regelmäßig Kontakt zu einer religiösen Gemeinschaft?

| <b>Gemeinschaft</b>             | <b>Häufigkeit</b> |
|---------------------------------|-------------------|
| ev. Kirche                      | 34                |
| Freikirche/Baptisten            | 5                 |
| kath. Kirche                    | 14                |
| andere christliche Gemeinschaft | 1                 |
| Islam                           | 1                 |
| Zeugen Jehovas                  | 1                 |
| andere religiöse Gemeinschaft   | 2                 |
| keine Angabe                    | 19                |

Tabelle 3.7: frühere Kontakte zu religiösen Gemeinschaften

Die Mehrzahl der Befragten (26 Patienten) hatte diesen Kontakt in der Kindheit oder der Jugend, z.B. im Rahmen des Konfirmationsunterrichtes oder in Jugendgruppen. Elf Patienten gaben an, den Kontakt erst in den letzten Jahren verloren zu haben. Die folgende Tabelle (3.8) zeigt die Entwicklung der früheren Kontakte: Zum Zeitpunkt der Befragung gaben noch 23 Patienten an, in ihrer Gemeinschaft aktiv zu sein, das entspricht einem Prozentsatz von 9,5 % aller Befragten. Die Ursachen für nicht mehr bestehende oder veränderte Kontakte wurde nicht erfragt.

| <b>Kontakt früher</b> | <b>n</b> | <b>religiöse Gemeinschaft heute</b> | <b>n</b> |
|-----------------------|----------|-------------------------------------|----------|
| evangelische Kirche   | 34       | evangelische Kirche                 | 23       |
|                       |          | gläubig, keine Gemeinschaft         | 3        |
|                       |          | nicht gläubig                       | 5        |
|                       |          | überzeugter Atheist                 | 1        |
|                       |          | buddhistische Lebensphilosophie     | 1        |
|                       |          | keine Angabe                        | 1        |
| katholische Kirche    | 14       | katholische Kirche                  | 6        |
|                       |          | gläubig, keine Gemeinschaft         | 4        |
|                       |          | nicht gläubig                       | 2        |
|                       |          | überzeugter Atheist                 | 1        |
|                       |          | freikirchliche Gemeinschaft         | 1        |
| Islam                 | 2        | Islam                               | 2        |
| andere Gemeinschaft   | 8        |                                     |          |
| keine Angabe          | 19       |                                     |          |

Tabelle 3.8: Entwicklung der früheren Kontakte zu religiösen Gemeinschaften

Befragt nach der Qualität ihrer Erfahrungen in der jeweiligen Gemeinschaft, gaben die Patienten bezüglich ihrer früheren Kontakte folgende Antworten (Tabelle 3.9):

Frage: Haben Sie eher positive oder negative Erfahrungen gemacht?

|                     | Häufigkeit |
|---------------------|------------|
| überwiegend positiv | 34         |
| überwiegend negativ | 18         |
| positiv und negativ | 9          |

Tabelle 3.9: Positive und negative Erfahrungen in der früheren religiösen Gemeinschaft

### 3.2.3 Bedeutung des Glaubens

In drei Fragen sollten die Patienten auf einer Skala von eins bis fünf eine Selbsteinschätzung ihres Glaubens abgeben. Dabei bedeutet „1“ die stärkste und „5“ die schwächste Ausprägung. Die drei Kreisdiagramme (3.2 bis 3.4) geben jeweils die Verteilung für die einzelnen Skalen an.

Die erste Frage bezog sich auf die eigene Religiosität (Diagramm 3.2).

Frage: Als wie religiös würden Sie sich selbst beschreiben?

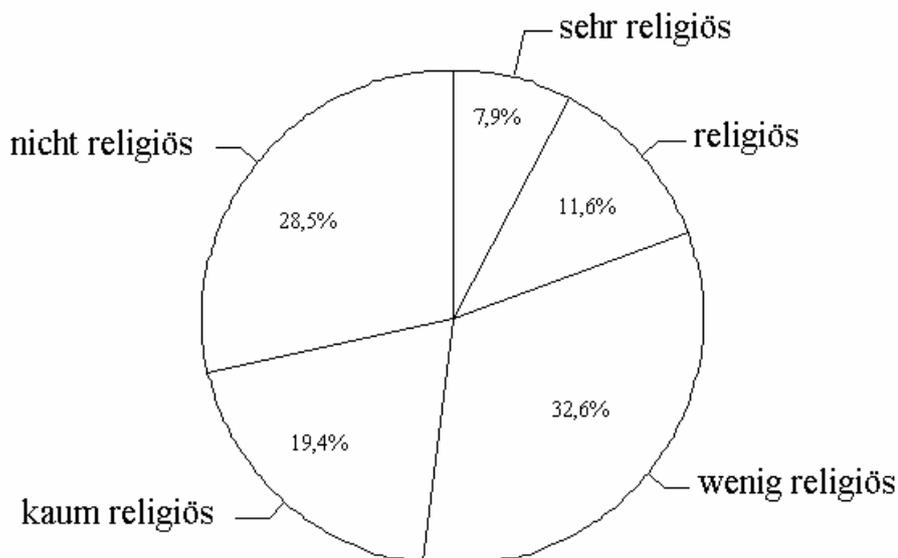


Diagramm 3.2: Verteilung der religiösen Selbsteinschätzung

19,5 % bezeichneten sich als religiös oder sehr religiös. Mehr als die Hälfte der Befragten hielten sich für wenig (=3 auf der Skala) oder kaum (=4 auf der Skala) religiös und knapp 30 % gaben an, nicht religiös zu sein.

Im nächsten Item wurde nach der Bedeutung des Glaubens gefragt, wie wichtig der religiöse Glaube für den Patienten sei (Diagramm 3.3). Etwa 30 % der Patienten gaben an, dass der Glaube für sie wichtig oder sehr wichtig sei, 40 % meinten, der Glaube spiele eine untergeordnete Rolle und weitere 30 % hielten Glaube für überhaupt nicht wichtig.

Frage: Wie wichtig ist Ihnen Ihr religiöser Glaube?

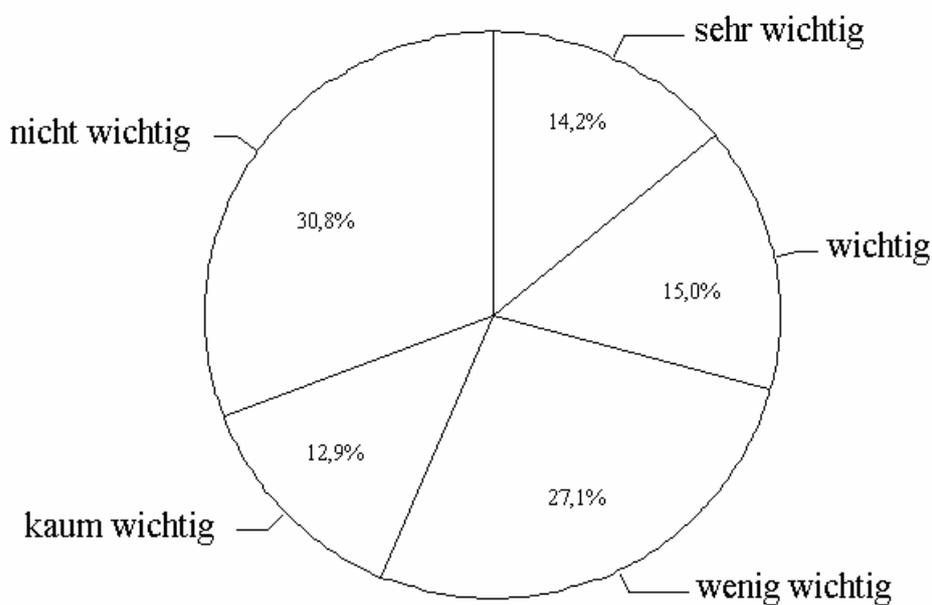


Diagramm 3.3: Wichtigkeit der eigenen Religiosität

In der dritten Frage schließlich ging es darum, ob der Patient aus seinem Glauben Trost und Kraft schöpfen könne (Diagramm 3.4). 26 % der Befragten gaben an, der religiöse Glaube stelle eine wichtige Trostquelle dar. Weitere 38 % meinten, etwas Trost und Kraft aus ihrem Glauben zu schöpfen und 36 % der Befragten maßen dem Glauben keine Rolle als Trostquelle bei. Dabei war es überwiegend so, dass die Patienten, die sich als religiös oder eher religiös bezeichneten, auch diejenigen waren, die angaben, Trost und Kraft aus ihrem Glauben schöpfen zu können.

Frage: Ziehen Sie persönlich aus Ihrem Glauben Trost und Kraft?

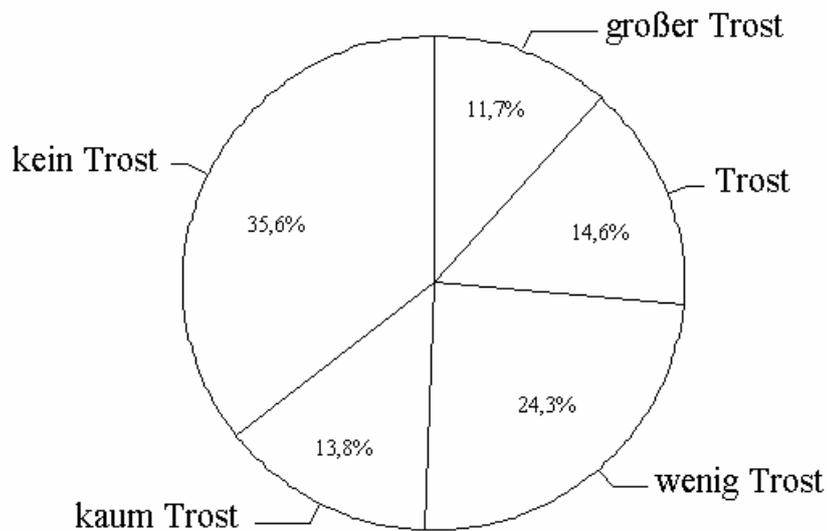


Diagramm 3.4: Glaube als Quelle von Trost und Kraft

Die Befragten, die angaben, aus dem Glauben keine Kraft schöpfen zu können, entsprachen weitestgehend denjenigen, die sich als wenig oder nicht religiös einstufen. Diagramm 3.5 verdeutlicht diesen Zusammenhang nochmals.

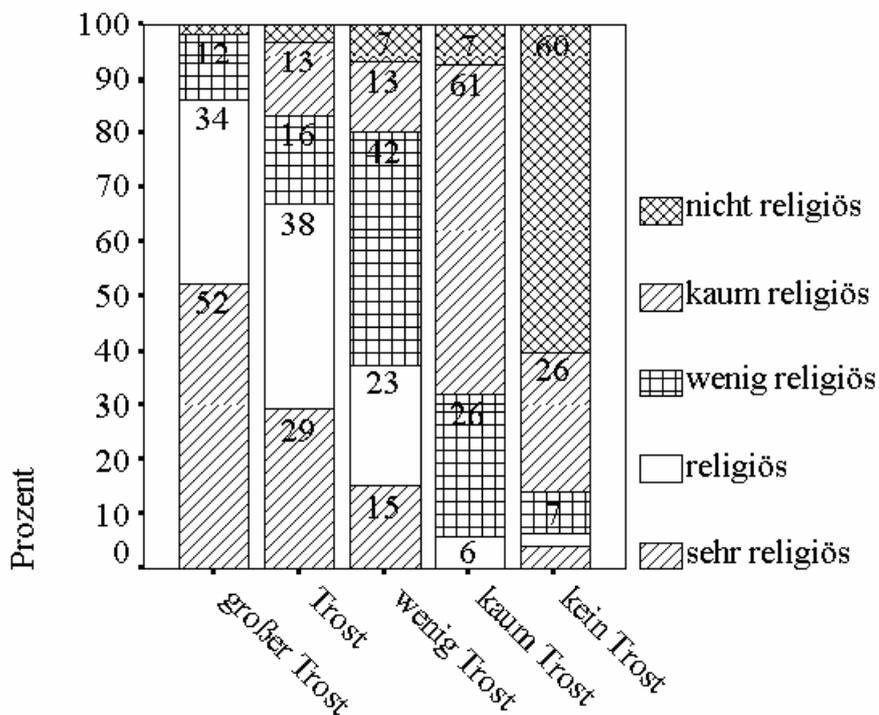


Diagramm 3.5: Beziehung zwischen religiöser Selbsteinschätzung und Einschätzung des Glaubens als Trost- und Kraftquelle

### 3.2.4 Allgemeine Glaubensaussagen

In einem weiteren Fragenblock sollten die Patienten Stellung zu einer Reihe von Aussagen beziehen. Sämtliche Ergebnisse sind in Tabelle 3.10 dargestellt.

Von den 243 Patienten stimmten 60,9 % völlig oder eher der Aussage zu, es gebe eine höhere Macht. 43,6 % gingen zusätzlich davon aus, dass zu dieser höheren Macht eine persönliche Beziehung möglich sei. Etwa ein Drittel sah Gott als Weltenrichter, während 41,2 % dies sicher ablehnten. Es fällt auf, dass nur 38 % die Aussage, Gott sei in jedem Gegenstand und jedem Wesen in pantheistischem Sinne, sicher ablehnten. Etwas mehr als die Hälfte (54,8 %) stimmten der Aussage zu, dass Jesus Christus Gottes Sohn sei. Der Aussage, dass es bestimmte moralische Grundsätze gebe, an die sich jeder Mensch halten solle, stimmten 91,8 % völlig oder eher zu.

Vorstellungen von einem Leben nach dem Tod sind sehr unterschiedlich: 22,7 % meinten, eine Wiedergeburt im Sinne der Reinkarnationslehre sei möglich, 48,1 % lehnten diese jedoch strikt ab. Glaube an ein Leben nach dem Tod gaben 21,4 % sicher an.

### 3.2.5 Einstellung bezüglich des Lebenssinns

Im Rahmen der Fragen zu Glaubensinhalten wurden den Patienten auch vier Fragen zum Sinn des Lebens gestellt, die ebenfalls in Tabelle 3.10 dargestellt sind.

Es erscheint bedeutsam, dass mit 20 % relativ viele der Befragten angaben, oft am Sinn ihres Lebens zu zweifeln. Und auch nur die Hälfte meinte, ein sinnerfülltes Leben zu führen.

Für 47 % der Befragten spielte Gott eine Rolle bei der Frage nach Sinnstiftendem in ihrem Leben; dabei gaben 14 % Gott als alleinige Quelle für einen Sinn ihres Lebens an, 33 % sahen Gott neben anderen Dingen als sinnstiftend für ihr Leben.

| Aussage  | stimmt |      | stimmt etwas |      | stimmt eher nicht |      | stimmt sicher nicht |      | keine Angabe |      |
|--|--------|------|--------------|------|-------------------|------|---------------------|------|--------------|------|
|  | n      | %    | n            | %    | n                 | %    | n                   | %    | n            | %    |
| Es gibt eine Höhere Macht, mehr lässt sich nicht sagen.                          | 91     | 37,4 | 57           | 23,5 | 27                | 11,1 | 55                  | 22,6 | 13           | 5,3  |
| Es gibt einen persönlichen, liebenden Gott, zu dem ich in Beziehung treten kann. | 53     | 21,8 | 53           | 21,8 | 34                | 14,0 | 84                  | 34,6 | 19           | 7,8  |
| Es gibt einen Gott, der am Ende als Weltenrichter für Gerechtigkeit sorgen wird. | 48     | 19,8 | 37           | 15,2 | 34                | 14,0 | 100                 | 41,2 | 24           | 9,9  |
| Gott ist in jedem Gegenstand, jedem Wesen (Pantheismus).                         | 47     | 19,3 | 45           | 18,5 | 31                | 12,8 | 93                  | 38,3 | 27           | 11,1 |
| Jesus Christus ist Gottes Sohn, er ist am Kreuz gestorben und auferstanden.      | 84     | 34,6 | 49           | 20,2 | 27                | 11,1 | 64                  | 26,3 | 19           | 7,8  |
| Ich glaube an ein Leben nach dem Tod.  | 52     | 21,4 | 44           | 18,1 | 41                | 16,9 | 86                  | 35,4 | 20           | 8,2  |
| Ich glaube an die Wiedergeburt (Reinkarnation).                                  | 22     | 9,1  | 33           | 13,6 | 48                | 19,8 | 117                 | 48,1 | 23           | 9,5  |
| Es gibt moralische Grundsätze, an die sich jeder Mensch halten sollte.           | 190    | 78,2 | 33           | 13,6 | 3                 | 1,2  | 7                   | 2,9  | 10           | 4,1  |
| Ich führe ein sinnerfülltes Leben.   | 58     | 23,9 | 75           | 30,9 | 63                | 25,9 | 35                  | 14,4 | 12           | 4,9  |
| Ich zweifle oft daran, dass mein Leben einen Sinn hat.                           | 47     | 19,3 | 80           | 32,9 | 34                | 14,0 | 62                  | 25,5 | 20           | 8,2  |
| Gott verleiht meinem Leben einen tieferen Sinn.                                  | 50     | 20,6 | 60           | 24,7 | 37                | 15,2 | 81                  | 33,3 | 15           | 6,2  |
| Unabhängig vom Glauben an Gott glaube ich an einen tieferen Sinn meines Lebens.  | 50     | 20,6 | 87           | 35,8 | 44                | 18,1 | 38                  | 15,6 | 24           | 9,9  |

Tabelle 3.10: Zustimmung zu einzelnen Glaubensaussagen

### 3.2.6 Persönliche religiöse oder übersinnliche Erlebnisse

In einem nächsten Set von 16 Fragen wurden die Patienten gebeten, anzugeben, welche der aufgeführten Erfahrungen ihnen aus eigenem Erleben bekannt seien. Dabei waren mehrere Antworten möglich, im Extremfall konnten also auch alle oder kein Item bejaht werden. Die folgende Tabelle 3.11 zeigt die Ergebnisse.

| Erfahrung                                       | Häufigkeit | Prozent |
|---|------------|---------|
| unerklärliches Zusammentreffen von Zufällen     | 122        | 50,2    |
| übernatürliche Heilungen                        | 26         | 10,7    |
| Gebetserhörnung                                 | 50         | 20,6    |
| Nah-Todes-Erfahrung                             | 45         | 18,5    |
| Vergebung/Befreiung von Schuld                  | 45         | 18,5    |
| durch ein Bibelwort tief getroffen oder berührt | 64         | 26,3    |
| überwältigendes Gefühl, Gott nahe zu sein       | 43         | 17,7    |
| Zungengebet, Zungenrede                         | 15         | 6,2     |
| Befreiung von negativen Mächten                 | 23         | 9,5     |

Tabelle 3.11: Eigene religiöse und übersinnliche Erfahrungen

| <b>Erfahrung</b>  | <b>Häufigkeit</b> | <b>Prozent</b> |
|---|-------------------|----------------|
| spiritistische Jenseitskontakte, z.B. Gläserücken, Geisterbeschwörung | 12                | 4,9            |
| schwarzmagische Jenseitskontakte, z.B. schwarze Messe                 | 8                 | 3,3            |
| Kontakt mit Außerirdischen, Ufologie                                  | 4                 | 1,6            |
| Pendeln, Handlesen, Tarot-Karten                                      | 27                | 11,1           |
| Telepathie  | 26                | 10,7           |
| Visionen/Vorahnungen, die sich später erfüllt haben                   | 70                | 28,8           |
| Schutz durch Tragen von Amuletten oder Kreuzen                        | 18                | 7,4            |

Tabelle 3.11: Eigene religiöse und übersinnliche Erfahrungen

Die verwendeten Begriffe wurden im Fragebogen nicht näher erläutert, da ja gefragt war, nur Dinge anzukreuzen, die bereits aus eigener Erfahrung bekannt waren. Umgekehrt bedeutet dies, dass unbekannte Begriffe nicht markiert wurden. Einige der esoterischen Erfahrungen sind unter 1.2.4 erläutert. Unter Zungengebet bzw. Glossolie versteht man ein Beten oder Singen in einer nicht erlernten Sprache aus religiöser Ergriffenheit heraus. Das Neue Testament zählt dies zu den sogenannten „Geistesgaben“; in der Geschichte gab es verschiedentlich ein Aufflackern der Glossolie, z. B. auch in der Pfingstbewegung (Wörterbuch der Religionen, 1985).

Über 25 % der Befragten gaben an, schon einmal von einem Bibelwort tief getroffen oder berührt gewesen zu sein und 17,7 % meinten, ein überwältigendes Gefühl, Gott nahe zu sein, zu kennen. Ein Fünftel habe Gebetserhörung erfahren und beinahe ebensoviel die Vergebung bzw. Befreiung von Schuld.

Bei esoterischen Praktiken gab lediglich etwa jeder Zehnte an, er kenne Telepathie oder Pendeln/Handlesen/Tarot-Karten. Spiritistische oder schwarzmagische Kontakte waren nur wenigen aus eigener Anschauung bekannt.

### 3.2.7 Tätigkeiten

Abschließend wurden die Patienten gebeten, von sieben Tätigkeiten anzugeben, ob sie diese aktuell praktizierten. Hierbei wird nun nach der Erfahrungsebene erstmals die Handlungsebene erfragt, und zwar in Bezug auf Gebet, Gottesdienstbesuch, Bibellesen, Meditation, Zen/Yoga, Entspannungstechniken/autogenem Training und Spenden-

verhalten. Es bestanden zwischen drei und fünf Abstufungen, die im Einzelnen aus der Tabelle 3.12 ersichtlich sind.

| Tätigkeit                                    | wie oft ausgeübt        | Häufigkeit | Prozent |
|--|-------------------------|------------|---------|
| Beten  | nie                     | 95         | 39,1    |
|  | gelegentlich            | 38         | 15,6    |
|  | in Angst oder Gefahr    | 46         | 18,9    |
|  | (beinahe) täglich       | 23         | 9,5     |
|  | mehrfach täglich        | 20         | 8,2     |
|  | keine Angabe            | 21         | 8,6     |
| Meditieren                                   | nie                     | 187        | 77,0    |
|  | gelegentlich            | 32         | 13,2    |
|  | regelmäßig              | 2          | 0,8     |
|  | täglich                 | 4          | 1,6     |
|  | keine Angabe            | 18         | 7,4     |
| Zen/Yoga                                     | nie                     | 188        | 77,4    |
|  | gelegentlich            | 14         | 5,8     |
|  | regelmäßig              | 4          | 1,6     |
|  | täglich                 | 0          | 0,0     |
|  | keine Angabe            | 37         | 15,2    |
| Entspannungstechniken/<br>autogenes Training | nie                     | 141        | 58,0    |
|  | gelegentlich            | 67         | 27,6    |
|  | regelmäßig              | 8          | 3,3     |
|  | täglich                 | 7          | 2,9     |
|  | keine Angabe            | 20         | 8,2     |
| Gottesdienstbesuch                           | nie                     | 115        | 47,3    |
|  | nur an hohen Feiertagen | 61         | 25,1    |
|  | mehr als 4x im Jahr     | 31         | 12,8    |
|  | wöchentlich             | 12         | 4,9     |
|  | mehrfach in der Woche   | 1          | 0,4     |

Tabelle 3.12: Häufigkeit der Ausübung bestimmter Tätigkeiten

| Tätigkeit                           | wie oft ausgeübt | Häufigkeit | Prozent |
|-------------------------------------|------------------|------------|---------|
|                                     | keine Angabe     | 23         | 9,5     |
| Bibellesen                          | nie              | 146        | 60,1    |
|                                     | selten           | 57         | 23,5    |
|                                     | häufig           | 15         | 6,2     |
|                                     | täglich          | 4          | 1,6     |
|                                     | keine Angabe     | 21         | 8,6     |
| Spenden (bezogen auf das Einkommen) | nie              | 100        | 41,2    |
|                                     | kleine Beträge   | 117        | 48,1    |
|                                     | große Beträge    | 7          | 2,9     |
|                                     | keine Angabe     | 19         | 7,8     |

Tabelle 3.12: Häufigkeit der Ausübung bestimmter Tätigkeiten

Es fällt auf, dass etwa jeder fünfte noch angab, regelmäßig zu beten. Immerhin 35 % meinten, gelegentlich zu beten, während 35 % dies nie täten. Meditation und Zen/Yoga würden selten ausgeübt, auch in Hinblick auf Entspannungstechniken gab nur eine Minderheit an, diese regelmäßig zu praktizieren. Gottesdienstbesuch und Gebetshäufigkeit standen in einem gewissen Zusammenhang: Befragte, die angaben, nicht oder selten zu beten, gaben auch nur seltene Gottesdienstbesuche an. Allerdings meinten auch nur 25 % derjenigen, die regelmäßig beteten, dass sie auch öfter einen Gottesdienst besuchten. Mehr als die Hälfte der Befragten gab an, zumindest kleinere Beträge zu spenden.

### 3.2.8 Wunsch nach Gesprächen

In dem einleitenden Interview wurden die Patienten gefragt, ob sie es für ihre Behandlung wichtig fänden, mit dem Therapeuten oder einem Seelsorger über die folgenden Themen zu sprechen:

- Sinn des Lebens
- Sterben und Tod
- Glaube an Gott

Erwartungsgemäß variierte dieses Bedürfnis bei den drei Themen und war bei der Frage nach Lebenssinn mit über 50 % der Befragten am höchsten, während gut ein Drittel auch Glaubensfragen in die Therapie einbeziehen wollte. Die genauen Ergebnisse zeigt die

folgende Tabelle (3.13). Auch wenn einzelne Patienten sich detaillierter zu diesen Themen geäußert haben, geht hier in die Auswertung nur eine Kategorisierung ein.

| Gespräch        | Sinn des Lebens |      | Tod und Sterben |      | Glaubensinhalte |      |
|-----------------|-----------------|------|-----------------|------|-----------------|------|
|                 | n               | %    | n               | %    | n               | %    |
| erwünscht       | 123             | 50,6 | 102             | 42,0 | 85              | 35,0 |
| nicht erwünscht | 108             | 44,4 | 128             | 52,7 | 151             | 62,1 |
| kommt darauf an | 12              | 4,9  | 13              | 5,3  | 7               | 2,9  |

Tabelle 3.13: Wunsch nach Gesprächen mit dem Therapeuten oder einem Seelsorger

### 3.2.9 Zufriedenheit mit der eigenen Gesundheit

Im letzten Teil des Fragebogens wurden die Patienten nach ihrer Zufriedenheit in Bezug auf ihren Alltag gefragt. Bei Betrachtung der Zufriedenheit der Patienten mit ihrer Gesundheit (Tabelle 3.14) fällt zunächst auf, dass eine Mehrheit der Patienten mit der eigenen Gesundheit überhaupt nicht oder nicht zufrieden war. Nur ein Fünftel der Befragten gab an, (sehr) zufrieden zu sein.

| Gesundheitszufriedenheit |                           | Häufigkeit | Prozent |
|--------------------------|---------------------------|------------|---------|
| 1                        | überhaupt nicht zufrieden | 93         | 38,3    |
| 2                        | nicht zufrieden           | 47         | 19,3    |
| 3                        | mäßig zufrieden           | 47         | 19,3    |
| 4                        | zufrieden                 | 26         | 10,7    |
| 5                        | sehr zufrieden            | 24         | 9,9     |
| 9                        | keine Angabe              | 6          | 2,5     |

Tabelle 3.14: Zufriedenheit der Patienten mit der eigenen Gesundheit

### 3.2.10 Clinical Global Impressions (CGI)

#### 3.2.10.1 CGI bei Aufnahme

Die Einschätzung des CGI erfolgt ein erstes Mal bei der stationären Aufnahme und soll den Schweregrad der Erkrankung des Patienten beurteilen. Die Tabelle 3.15 zeigt, dass über 70 % der Patienten vom aufnehmenden Arzt als deutlich bis schwer krank angesehen wurden.

| CGI bei Aufnahme |                   | Häufigkeit | Prozent |
|------------------|-------------------|------------|---------|
| 1                | nicht beurteilbar | 1          | 0,4     |
| 2                | nicht krank       | 1          | 0,4     |
| 3                | Grenzfall         | 8          | 3,3     |
| 4                | leicht krank      | 10         | 4,1     |
| 5                | mäßig krank       | 41         | 16,9    |
| 6                | deutlich krank    | 111        | 45,7    |
| 7                | schwer krank      | 55         | 22,6    |
| 8                | extrem krank      | 8          | 3,3     |
| 9                | keine Angabe      | 8          | 3,3     |

Tabelle 3.15: CGI bei Aufnahme

Die Angaben „nicht beurteilbar“ und „keine Angabe“ wurden in der Auswertung nicht berücksichtigt und als fehlende Werte gehandhabt.

Vergleicht man nun die Zufriedenheit der Gesundheit mit der durch den Arzt beurteilten Krankheitsschwere, so zeigt sich, dass diese nicht immer übereinstimmen (Diagramm 3.6).

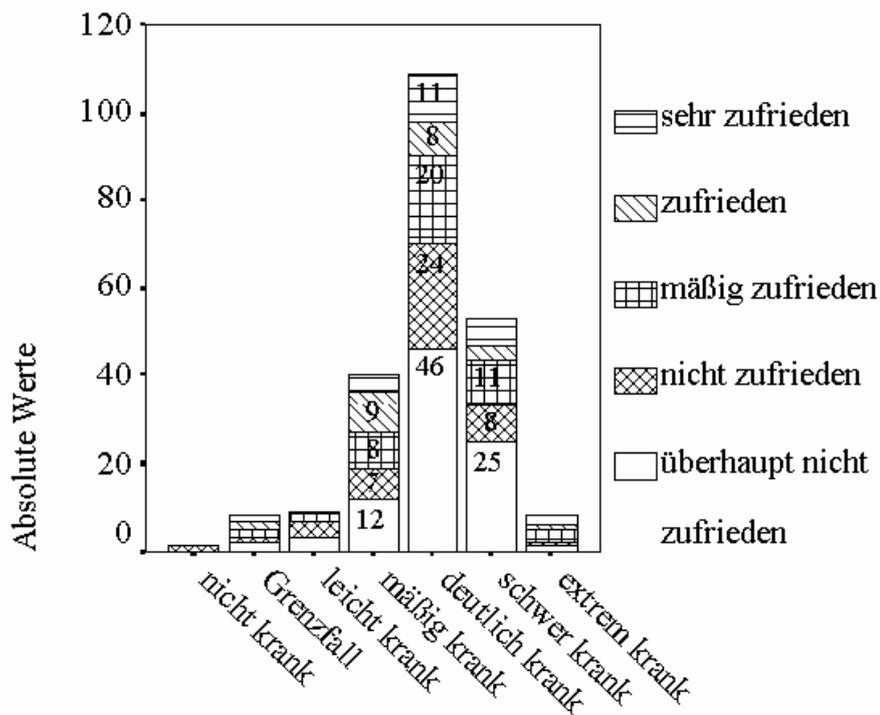


Diagramm 3.6: Zufriedenheit der Patienten mit ihrer Gesundheit bezogen auf die Fremdbeurteilung (CGI) durch den aufnehmenden Arzt

### 3.2.10.2 CGI bei Entlassung – Zustandsänderung

Dieser Wert gibt an, inwieweit sich die Krankheitsschwere während der Behandlung geändert hat. Tabelle 3.16 zeigt die Ergebnisse im Einzelnen.

| CGI bei Entlassung |                      | Häufigkeit | Prozent |
|--------------------|----------------------|------------|---------|
| 1                  | nicht beurteilbar    | 1          | 0,4     |
| 2                  | sehr viel besser     | 29         | 11,9    |
| 3                  | viel besser          | 97         | 39,9    |
| 4                  | wenig besser         | 55         | 22,6    |
| 5                  | unverändert          | 25         | 10,3    |
| 6                  | etwas schlechter     | 9          | 3,7     |
| 7                  | viel schlechter      | 4          | 1,6     |
| 8                  | sehr viel schlechter | 4          | 1,6     |
| 9                  | keine Angabe         | 19         | 8,2     |

Tabelle 3.16: Zustandsänderung (CGI) bei Entlassung

Bei gut der Hälfte der Patienten (52%) wurde die Zustandsänderung durch den behandelnden Arzt als (sehr) viel besser beurteilt, 33% wurden als wenig gebessert oder unverändert eingestuft. Ein schlechterer Zustand bei Entlassung als bei Aufnahme war erwartungsgemäß selten.

Wieder wurden die Angaben „nicht beurteilbar“ und „keine Angabe“ in der Auswertung nicht berücksichtigt und als fehlende Werte gehandhabt .

### **3.3 Kategorisierung der Patienten**

Zunächst wurde eine relativ einfache Möglichkeit der Kategorisierung gewählt, die sich aus den drei Fragen zur Selbsteinschätzung ergibt. Diese zeigten einen guten Reliabilitätskoeffizienten von  $\alpha = 0,9084$ . Ausgehend von den Fragen „Als wie religiös würden Sie sich selbst beschreiben?“, „ Wie wichtig ist Ihnen Ihr religiöser Glaube?“, „ Ziehen Sie persönlich aus Ihrem Glauben Trost und Kraft?“ wurden die Patienten in drei Gruppen eingeteilt, indem die möglichen Punkte von eins bis fünf in den drei Skalen addiert wurden. Durch Drittelung der möglichen Punktzahlen von 3 bis 15 ergaben sich folgende Gruppen:

|                               |              |                       |
|-------------------------------|--------------|-----------------------|
| Gruppe 1 = deutlich religiös: | 3-6 Punkte   | 44 Patienten = 18,6 % |
| Gruppe 2 = wenig religiös:    | 7-11 Punkte  | 98 Patienten = 41,4 % |
| Gruppe 3 = nicht religiös:    | 12-15 Punkte | 95 Patienten = 40,1 % |

Da der Begriff religiös nicht scharf umrissen ist und sich dahinter ganz verschiedene Formen von Religiosität verbergen können und es sich auch nur um eine eindimensionale Erfassung handelt, wurden in einer etwas komplexeren Kategorisierung die Patienten auf der Basis des gesamten Fragebogens sieben verschiedenen Gruppen zugeteilt. Diese Einteilung berücksichtigt neben Zugehörigkeit und kognitiver Einstellung auch die Erfahrungs- und die Handlungsebene. Ferner erfasst sie sowohl christliche als auch nicht-christliche Religionen und differenziert nach der Intensität der Religiosität. Dabei unterscheidet sich der Agnostiker vom Atheisten dadurch, dass Letzterer eine eigene, feste Überzeugung besitzt, nämlich dass Gott nicht existiert, während für den Agnostiker Religiosität kaum eine Rolle spielt und er sich dazu nur wenig Gedanken macht, da er der Ansicht ist, es gebe für den Menschen keine Möglichkeit, in diesem Bereich zu sicheren

Erkenntnissen zu kommen. Patienten mit christlicher Orientierung sind wenig religiös und weisen keine oder nur geringe religiöse Aktivitäten auf.

So wurden folgende Gruppen benannt, wobei die Operationalisierung der Zuteilung zu einer dieser Kategorien auf Grund der nachfolgenden a priori festgelegten Kriterien erfolgte:

1. überzeugt atheistische Einstellung
2. agnostische Einstellung
3. christliche Orientierung
4. entschieden christliche Überzeugung
5. entschieden andere Überzeugung
6. allgemein religiöse Einstellung
7. esoterische Einstellung

1.) Atheisten:

- direkte Angabe, Atheist zu sein oder keine Zugehörigkeit zu einer Religionsgemeinschaft sowie
- Beantwortung der Aussage zur Existenz Gottes mit „stimmt sicher nicht“
- Selbsteinschätzung als nicht religiös und Rolle des Glaubens unwichtig
- Angabe, nie zu beten und nie einen Gottesdienst zu besuchen

2.) Agnostiker:

- in der Regel keine Zugehörigkeit zu einer Religionsgemeinschaft
- Beantwortung der Aussage zur Existenz Gottes mit „stimmt eher nicht/stimmt eher“
- Angabe, gelegentlich oder nie zu beten oder nur an hohen Feiertagen einen Gottesdienst zu besuchen

3.) christliche Orientierung:

- Zugehörigkeit zu einer der christlichen Kirchen
- Bejahung der Aussagen zur Existenz Gottes
- Bejahung der Aussagen zu Jesus Christus

4.) entschieden christliche Patienten:

- Zugehörigkeit zu einer der christlichen Kirchen
- Bejahung der Aussagen zur Existenz Gottes
- Bejahung der Person Jesu Christi als Sohn Gottes
- Selbsteinschätzung als religiös oder sehr religiös
- regelmäßiger Gottesdienstbesuch
- regelmäßiges oder häufiges Beten und Bibellesen

5.) entschiedene andere Überzeugung:

- Zugehörigkeit zu einer nicht christlichen religiösen Gemeinschaft
- aktive Betätigung in dieser Gemeinschaft
- Selbsteinschätzung als religiös oder sehr religiös
- häufiges Beten

6.) allgemein religiöse Einstellung:

- keine Zugehörigkeit zu einer bestimmten Gemeinschaft
- Selbsteinschätzung als religiös oder sehr religiös und Einschätzung der Bedeutung des Glaubens als wichtig
- kein regelmäßiger Gottesdienstbesuch

7.) esoterische Einstellung:

- Glaube an Reinkarnation
- pantheistische Vorstellungen
- persönliche Erfahrungen mit Praktiken wie Pendeln, Jenseitskontakten oder Magie.

Das Kreisdiagramm 3.7 zeigt die Verteilung der 243 Patienten auf die einzelnen Gruppen.

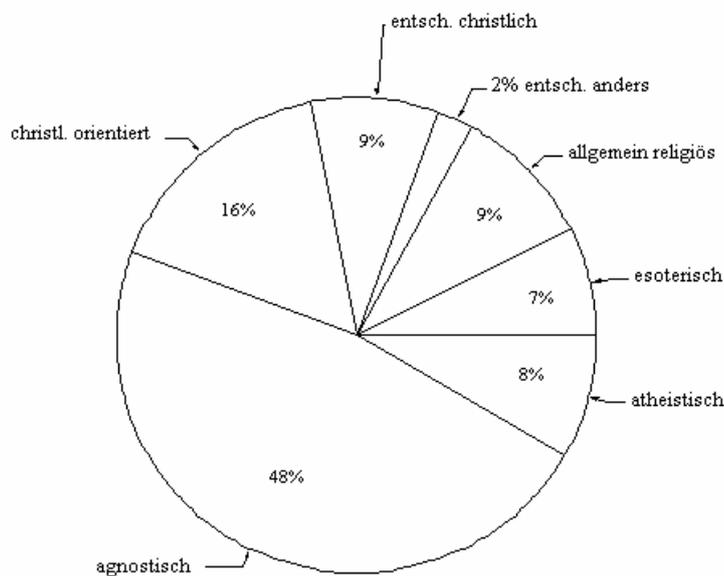


Diagramm 3.7: prozentuale Anteile der Patienten an den einzelnen religiösen Gruppen

Da die Gruppe der Patienten mit einer entschiedenen religiösen Überzeugung aus einer nicht christlichen Religion nur aus sechs Patienten besteht und zusätzlich sehr inhomogen ist (ein Patient bekennt sich zum Islam, zwei weitere Patienten zu den Zeugen Jehovas),

wurde diese Gruppe bei der weiteren Auswertung und den statistischen Untersuchungen nicht berücksichtigt.

Wie sich die einzelnen Gruppen im Vergleich zu der Gruppeneinteilung nach der religiösen Selbsteinschätzung verhalten, zeigt die folgende Tabelle (3.17).

|                        | <b>nicht religiös</b> | <b>indifferent</b> | <b>religiös</b> |
|------------------------|-----------------------|--------------------|-----------------|
| atheistisch            | 17%                   | 0%                 | 0%              |
| agnostisch             | 72%                   | 38%                | 5%              |
| christlich orientiert  | 11%                   | 35%                | 14%             |
| entschieden christlich | 0%                    | 9%                 | 33%             |
| allgemein religiös     | 0%                    | 10%                | 36%             |
| esoterisch             | 0%                    | 8%                 | 12%             |

Tabelle 3.17:           prozentualer Anteil nicht religiöser, indifferenter und religiöser Patienten jeweils in den Gruppen der speziellen Kategorisierung

Die Tabelle verdeutlicht, dass beide Zuordnungen zu gleichsinnigen Verteilungen ohne augenfällige Diskrepanzen führen. Grundsätzlich findet eine differenziertere inhaltliche Unterteilung statt. Die Gruppe der sich selbst als nicht religiös bezeichnenden Patienten wird im Wesentlichen in Atheisten und Agnostiker differenziert, die Patienten, die bei der Selbsteinschätzungsskala mit dem Wert 3 die neutrale Mitte gewählt haben, wurden in Abhängigkeit von den übrigen Angaben den Agnostikern als auch Gruppen mit einer stärker religiösen Einstellung zugeteilt.

Die Gruppe der Patienten mit esoterischen Einstellungen rekrutiert sich fast gleichmäßig aus allen drei Bereichen der Selbsteinschätzung.

Wie in der Beschreibung der Methodik ausgeführt, wurden diejenigen Patienten, die sich selber als religiös einstufen bzw. die ihren Glauben als wichtig einschätzten, gebeten, einen zusätzlichen Fragebogen zur Differenzierung extrinsischer bzw. intrinsischer Religiosität auszufüllen. Mit Hilfe des Punktescores (s. 2.1.2) fand eine letzte Gruppeneinteilung statt. Jeweils höhere Summen entsprechen höherer intrinsischer Religiosität, möglich waren Scores zwischen 10 und 50 Punkten.

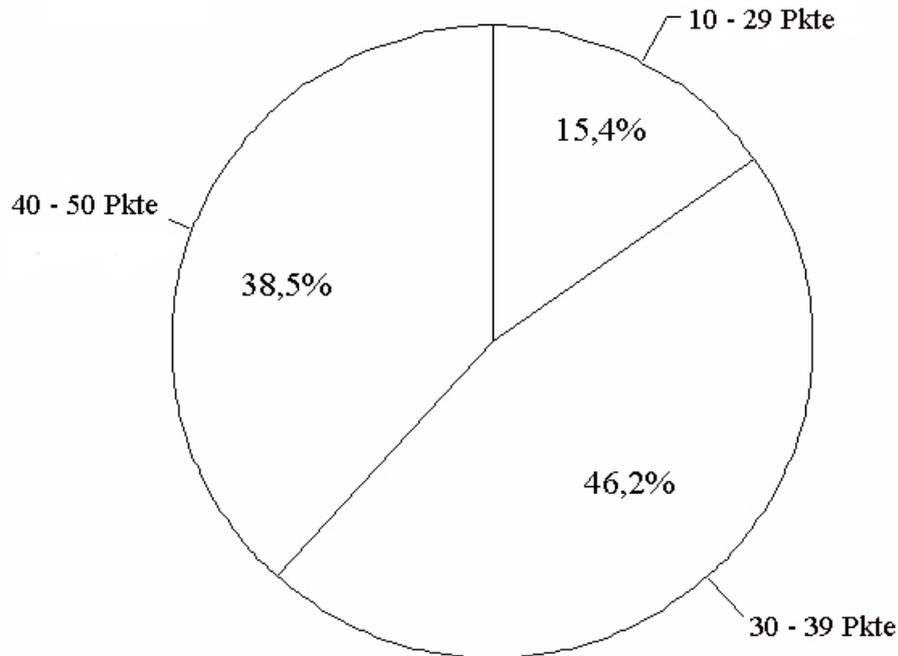


Diagramm 3.8: Prozentuale Verteilung des Punktescores

Dieses Diagramm 3.8 zeigt, dass die Selbsteinschätzung als religiös in knapp 40 % mit einem hohen und in weiteren 45 % der Fälle mit einem mittleren Punktescore einherging. Nur 15 % wiesen Punktescores unter 30 auf. D.h., dass die Mehrzahl der Patienten, die sich als religiös einstuft, auch tatsächlich hohe intrinsische Motive für ihre Religiosität aufwies.

Es folgt die Untersuchung der einzelnen Gruppeneinteilungen auf Zusammenhängen zwischen den jeweiligen Untergruppen und folgenden Parametern:

- 1.) Alter
- 2.) Geschlecht
- 3.) Hauptdiagnose nach ICD-10
- 4.) Gesundheitsbewusstes Verhalten
- 5.) CGI bei Aufnahme und bei Entlassung
- 6.) Aufenthaltsdauer in der Klinik
- 7.) Lebenszufriedenheit

Nach einer Übersicht von Median und Signifikanztest für die einzelnen Gruppeneinteilungen schließt sich zu den einzelnen Parametern eine ausführliche Darstellung der statistisch signifikanten Daten an.

### 3.3.1 Tabellarische Übersicht für die Gruppen der religiösen Selbsteinschätzung

|  | <b>Median<br/>gesamt</b> | <b>deutlich<br/>religiös</b> | <b>wenig<br/>religiös</b> | <b>nicht<br/>religiös</b> | <b>Chi-<br/>Quadrat</b> | <b>p</b>     |
|--|--------------------------|------------------------------|---------------------------|---------------------------|-------------------------|--------------|
| <b>Alter in Jahren</b>                 | 41,0                     | 38,0                         | 44,0                      | 38,0                      | 4,761                   | 0,092        |
| <b>Zigaretten/Tag</b>                  | 10                       | 0                            | 10                        | 15                        | 10,939                  | <b>0,004</b> |
| <b>CGI bei Aufnahme *</b>              | 6                        | 6                            | 6                         | 6                         | 2,695                   | 0,260        |
| <b>CGI bei Entlassung °</b>            | 3                        | 3                            | 3                         | 4                         | 2,799                   | 0,247        |
| <b>Aufenthaltsdauer in<br/>Tagen</b>   | 30,0                     | 35,0                         | 31,0                      | 27,0                      | 2,326                   | 0,312        |
| <b>Zufriedenheit<br/>Arbeit, Beruf</b> | 3                        | 3                            | 3                         | 3                         | 0,937                   | 0,131        |
| <b>Zufriedenheit<br/>Ehe</b>           | 3                        | 3                            | 3                         | 3                         | 0,449                   | 0,799        |
| <b>Zufriedenheit<br/>Familie</b>       | 3                        | 3                            | 4                         | 3                         | 2,717                   | 0,257        |
| <b>Zufriedenheit<br/>Freunde</b>       | 3                        | 4                            | 3                         | 4                         | 3,275                   | 0,194        |
| <b>Zufriedenheit<br/>Freizeit</b>      | 3                        | 3                            | 3                         | 3                         | 0,788                   | 0,674        |
| <b>Zufriedenheit<br/>Finanzen</b>      | 3                        | 4                            | 3                         | 3                         | 5,579                   | 0,061        |
| <b>Zufriedenheit<br/>Wohnsituation</b> | 4                        | 4                            | 3                         | 4                         | 2,076                   | 0,356        |
| <b>Zufriedenheit<br/>Gesundheit</b>    | 2                        | 2                            | 2                         | 2                         | 0,628                   | 0,730        |
| <b>Zufriedenheit<br/>gesamt</b>        | 3,00                     | 3,13                         | 2,88                      | 2,88                      | 1,045                   | 0,593        |

Tabelle 3.18: Median und Chi-Quadrat-Werte für die Untergruppen der religiösen Selbsteinschätzung, df = 2

\*6 = deutlich krank

°3 = Zustandsänderung viel besser, 4 = Zustandsänderung wenig besser

Skala für die Zufriedenheit von 1 = gar nicht zufrieden bis 5 = sehr zufrieden

### 3.3.2 Tabellarische Übersicht über Medianwerte und Signifikanztests für die spezielle Kategorisierung

|                                 | Median<br>gesamt | atheistisch | agnostisch | christlich<br>orientiert | entschieden<br>christlich | allgemein<br>religiös | esoterisch | Chi-<br>Quadrat | p            |
|---------------------------------|------------------|-------------|------------|--------------------------|---------------------------|-----------------------|------------|-----------------|--------------|
| Alter in Jahren                 | 41               | 37          | 41,5       | 44                       | 44                        | 45                    | 33,5       | 11,093          | <b>0,050</b> |
| Zigaretten/Tag                  | 10               | 15          | 12         | 10                       | 0                         | 0                     | 12,5       | 11,270          | <b>0,046</b> |
| CGI bei Aufnahme <sup>^</sup>   | 6                | 6           | 6          | 6                        | 6                         | 6                     | 6          | 6,722           | 0,242        |
| CGI bei Entlassung <sup>o</sup> | 3                | 4           | 3          | 3                        | 3                         | 3                     | 4          | 4,638           | 0,462        |
| Aufenthaltsdauer in<br>Tagen    | 30               | 19,5        | 29         | 41                       | 35                        | 29                    | 18,5       | 12,774          | <b>0,026</b> |
| Zufriedenheit<br>Arbeit, Beruf* | 3                | 2,5         | 3          | 3                        | 3                         | 2                     | 2          | 5,744           | 0,332        |
| Zufriedenheit Ehe*              | 3                | 2           | 3          | 3                        | 3                         | 3                     | 3          | 6,327           | 0,276        |
| Zufriedenheit<br>Familie*       | 3                | 2,5         | 3,5        | 4                        | 4                         | 3,5                   | 3          | 7,235           | 0,204        |
| Zufriedenheit<br>Freunde*       | 3                | 3,5         | 3          | 3                        | 3                         | 4                     | 4          | 2,329           | 0,802        |
| Zufriedenheit<br>Freizeit*      | 3                | 3           | 3          | 3                        | 3                         | 3                     | 3          | 3,343           | 0,647        |
| Zufriedenheit<br>Finanzen*      | 3                | 3           | 3          | 3                        | 3                         | 3                     | 3          | 3,378           | 0,642        |
| Zufriedenheit<br>Wohnsituation* | 4                | 4           | 4          | 3                        | 3                         | 4                     | 4          | 4,577           | 0,470        |
| Zufriedenheit<br>Gesundheit*    | 2                | 2,5         | 2          | 2                        | 2                         | 2                     | 2          | 1,590           | 0,902        |
| Zufriedenheit<br>gesamt*        | 3                | 2,75        | 3          | 2,81                     | 3                         | 3,13                  | 2,94       | 3,019           | 0,697        |

Tabelle 3.19: Median und Chi-Quadrat-Werte für die Fremdeinstufung; df = 5

<sup>^</sup> 6 = deutlich krank

<sup>o</sup> 3 = Zustandsänderung viel besser, 4 = Zustandsänderung wenig besser;

\*Skala für die Zufriedenheit von 1 = gar nicht zufrieden bis 5 = sehr zufrieden

### 3.3.3 Alter

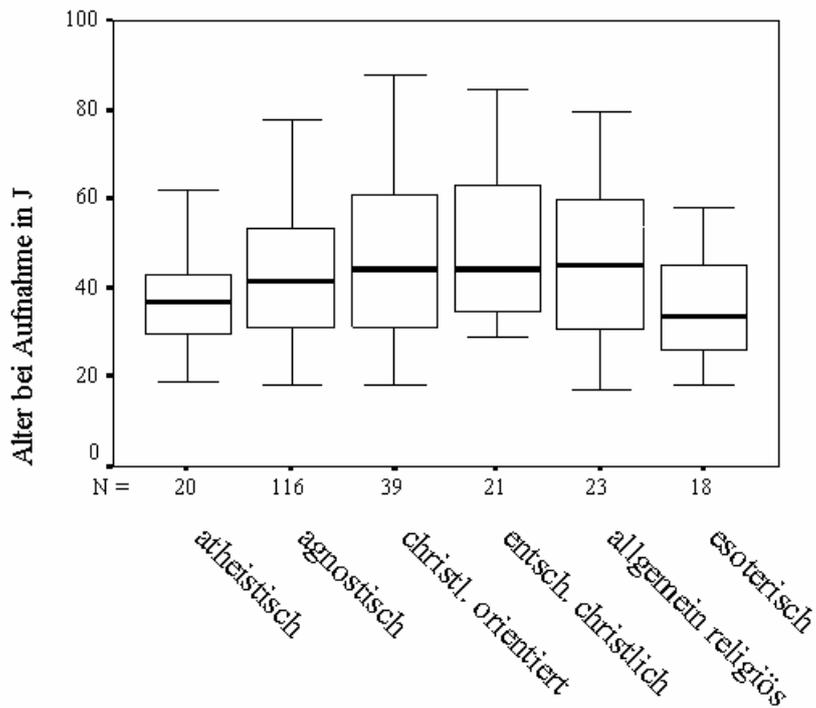


Diagramm 3.9: Altersverteilung für die spezielle Kategorisierung

Mit steigender religiöser Überzeugung lagen die Parameter der Altersverteilung jeweils höher. Patienten mit esoterischen Einstellungen waren im Durchschnitt jünger als Mitglieder aller anderen Gruppen.

### 3.3.4 Geschlecht

|                          | Frauen     |         | Männer     |         |
|--------------------------|------------|---------|------------|---------|
|                          | Häufigkeit | Prozent | Häufigkeit | Prozent |
| <b>deutlich religiös</b> | 26         | 55,4    | 21         | 42,6    |
| <b>wenig religiös</b>    | 44         | 55,6    | 35         | 44,4    |
| <b>nicht religiös</b>    | 45         | 38,7    | 71         | 61,3    |
| <b>gesamt</b>            | 115        | 47,5    | 127        | 52,5    |

Tabelle 3.20: Zahlenmäßige und prozentuale Verteilung von Männern und Frauen für die Gruppen der religiösen Selbsteinschätzung  
Chi-Quadrat = 5,167; df = 3; p = 0,076.

Bei den deutlich und wenig religiösen Patienten überwog der Frauenanteil minimal, während bei den nicht religiösen Patienten Männer deutlich häufiger vertreten waren, dies ist aber statistisch nicht signifikant.

|                               | Frauen     |         | Männer     |         |
|-------------------------------|------------|---------|------------|---------|
|                               | Häufigkeit | Prozent | Häufigkeit | Prozent |
| <b>atheistisch</b>            | 5          | 25,0    | 15         | 75,0    |
| <b>agnostisch</b>             | 53         | 45,7    | 63         | 54,3    |
| <b>christlich orientiert</b>  | 21         | 53,8    | 18         | 46,2    |
| <b>entschieden christlich</b> | 15         | 71,5    | 6          | 28,6    |
| <b>allgemein religiös</b>     | 11         | 47,8    | 12         | 52,2    |
| <b>esoterisch</b>             | 9          | 50,0    | 9          | 50,0    |
| <b>gesamt</b>                 | 116        | 47,8    | 127        | 52,2    |

Tabelle 3.21: Zahlenmäßige und prozentuale Verteilung von Männern und Frauen für die Gruppen der speziellen Kategorisierung  
Chi-Quadrat = 9,666; df = 5; p = 0,085.

Auch hier gingen stärkere religiöse Überzeugungen mit einem höheren Frauenanteil einher, während bei den überzeugten Atheisten Männer deutlich überwogen. Patienten mit allgemein religiösen und esoterischen Überzeugungen setzten sich je zur Hälfte aus Männern und Frauen zusammen. Bei einer getrennten Untersuchung der einzelnen Items für Männer und Frauen ergaben sich jedoch keine statistisch signifikanten Unterschiede.

### 3.3.5 Hauptdiagnosen nach ICD-10

Die folgenden Tabellen 3.21 und 3.22 zeigen die Verteilungen der Erstdiagnosen für die verschiedenen Gruppeneinteilungen. Bei der Signifikanzprüfung wurden jeweils nur die vier häufigsten Diagnosegruppen berücksichtigt, um genügend große Fallzahlen zu erhalten. Da bei der speziellen Kategorisierung dennoch Zellen mit Häufigkeiten unter „fünf“ auftauchten, wird nicht der normale Chi-Quadrat-Wert nach Pearson angegeben, sondern der sogenannte „Likelihoodquotient“.

|                          | F1 |      | F2 |      | F3 |      | F4 |      | übrige |      |
|--------------------------|----|------|----|------|----|------|----|------|--------|------|
|                          | n  | %    | n  | %    | n  | %    | n  | %    | n      | %    |
| <b>deutlich religiös</b> | 9  | 19,1 | 15 | 31,9 | 15 | 31,9 | 6  | 12,8 | 2      | 4,2  |
| <b>wenig religiös</b>    | 19 | 24,1 | 8  | 11,0 | 31 | 39,2 | 8  | 10,1 | 13     | 16,5 |
| <b>nicht religiös</b>    | 39 | 33,6 | 7  | 6,0  | 30 | 25,9 | 26 | 19,0 | 14     | 12,1 |
| <b>gesamt</b>            | 67 | 27,7 | 30 | 12,4 | 76 | 31,4 | 40 | 16,5 | 29     | 12,0 |

Tabelle 3.22: Zahlenmäßige und prozentuale Verteilung der ICD-10 Hauptdiagnose für die Gruppen der religiösen Selbsteinschätzung

F1 = psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen

F2 = schizophrene, schizotype und wahnhaftige Störungen

F3 = affektive Störungen

F4 = neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen

Chi-Quadrat = 27,578; df = 6; p < 0,001

|                               | F1 |      | F2 |      | F3 |      | F4 |      | übrige |      |
|-------------------------------|----|------|----|------|----|------|----|------|--------|------|
|                               | n  | %    | n  | %    | n  | %    | n  | %    | n      | %    |
| <b>atheistisch</b>            | 9  | 45,0 | 1  | 5,0  | 2  | 10,0 | 5  | 25,0 | 3      | 15,0 |
| <b>agnostisch</b>             | 34 | 29,3 | 5  | 4,3  | 37 | 31,9 | 24 | 20,7 | 16     | 13,8 |
| <b>christlich orientiert</b>  | 8  | 20,5 | 7  | 17,9 | 16 | 41,0 | 5  | 12,8 | 3      | 7,7  |
| <b>entschieden christlich</b> | 2  | 9,5  | 4  | 19,0 | 12 | 57,1 | 1  | 4,8  | 2      | 9,5  |
| <b>allgemein religiös</b>     | 10 | 20,0 | 10 | 20,0 | 21 | 42,0 | 5  | 10,0 | 4      | 8,0  |
| <b>esoterisch</b>             | 6  | 33,3 | 7  | 38,9 | 0  | 0,0  | 2  | 11,1 | 3      | 16,7 |
| <b>gesamt</b>                 | 67 | 27,6 | 30 | 12,3 | 76 | 31,3 | 41 | 16,9 | 29     | 11,9 |

Tabelle 3.23: Zahlenmäßige und prozentuale Verteilung der ICD-10 Hauptdiagnose für die Gruppen der speziellen Kategorisierung

F1 = psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen

F2 = schizophrene, schizotype und wahnhaftige Störungen

F3 = affektive Störungen

F4 = neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen

Chi-Quadrat-Likelihoodquotient = 48,532; df = 15; p < 0,001.

Bei beiden Einteilungen traten hochsignifikante Unterschiede auf.

Bei der Selbsteinschätzung unterschieden sich vor allem die deutlich religiösen und die nicht religiösen Patienten, während die sich selbst als wenig religiös einstufenden Patienten eine Mittelstellung einnahmen: deutlich religiöse Patienten wiesen jeweils zu über 30 % Störungen aus dem schizophrenen und affektiven Formenkreis auf, bei nicht religiösen Patienten dominierten Störungen durch psychotrope Substanzen. Schizophrene Störungen kamen in dieser Gruppe in deutlich geringerer Häufigkeit vor. Des weiteren fand sich bei den nicht religiösen Patienten ein vergleichsweise hoher Prozentsatz an neurotischen Störungen, der mit 19,0 % beinahe doppelt so hoch wie in den anderen beiden Gruppen lag. Wenig religiöse Patienten wiesen gehäuft Störungen durch psychotrope Substanzen (24,1 %) und Störungen aus dem affektiven Formenkreis (39,2 %) auf.

Die spezielle Kategorisierung zeigte bei christlich orientierten und religiösen Patienten eine ähnliche Diagnosenverteilung, mit einer geringen Dominanz affektiver Störungen, aber ansonsten ausgewogener Verteilung der Diagnosen.

Es fällt auf, dass atheistisch und agnostisch eingestufte Patienten Unterschiede zeigten: Der Anteil an Störungen durch psychotrope Substanzen war mit 45 % bei den Atheisten sehr hoch, während etwa 30 % der agnostisch eingestuften Patienten dieser Diagnosegruppe zugeteilt worden waren.

Bei Patienten mit esoterischen Einstellungen fanden sich ganz vorwiegend Störungen durch psychotrope Substanzen (33 %) und Störungen aus dem schizophrenen Formenkreis (39 %).

### 3.3.6 Gesundheitsbewusstes Verhalten

#### 3.3.6.1 Alkoholkonsum

Zur Erfassung des Alkoholkonsums wurden die Patienten nach der täglich konsumierten Alkoholmenge gefragt. Ferner sollten sie angeben, an wie vielen Tagen der Woche sie Alkohol zu sich nähmen und ob sie schon einmal das Gefühl gehabt hätten, dass sie ihren Alkoholkonsum reduzieren sollten.

Aus den ersten beiden Fragen wurden folgende drei Gruppen gebildet:

- 1) Kein Alkoholgenuss, bzw. gelegentlicher Alkoholgenuss in moderaten Mengen.
- 2) Regelmäßiger Alkoholkonsum, auch in größeren Mengen.
- 3) Exzessiver, täglicher Alkoholkonsum.

Haben Sie schon einmal das Gefühl gehabt, dass Sie Ihren Alkoholkonsum verringern sollten?

|                          | ja         |         | nein       |         | keine Angabe |         |
|--------------------------|------------|---------|------------|---------|--------------|---------|
|                          | Häufigkeit | Prozent | Häufigkeit | Prozent | Häufigkeit   | Prozent |
| <b>deutlich religiös</b> | 11         | 23,4    | 26         | 55,3    | 10           | 21,3    |
| <b>wenig religiös</b>    | 26         | 32,9    | 42         | 53,2    | 11           | 13,9    |
| <b>nicht religiös</b>    | 60         | 51,7    | 47         | 40,5    | 9            | 7,8     |
| <b>gesamt</b>            | 97         | 40,1    | 115        | 47,5    | 28           | 11,6    |

Tabelle 3.24: Zahlenmäßige und prozentuale Verteilung für die Gruppen der religiösen Selbsteinschätzung bezüglich der Einstellung zum Alkoholkonsum  
Chi-Quadrat = 11,744; df = 2; p = 0,003.

Während nur knapp ein Viertel der Patienten, die sich selbst als religiös einschätzten, diese Frage bejahte, tat dies gut die Hälfte der sich selbst als nicht religiös einstufenden

Patienten. Bei der speziellen Kategorisierung entspricht dieser Prozentsatz der Gruppe der als atheistisch eingestuften Patienten. Es fällt auf, dass die Gruppe der als agnostisch eingestuften Patienten zu 44 % diese Frage bejahten. In der Gruppe der als entschieden christlich eingestuften Patienten taten dies nur 14 % (Tabellen 3.24 und 3.25).

|                               | ja |      | nein |       | keine Angabe |      |
|-------------------------------|----|------|------|-------|--------------|------|
|                               | n  | %    | n    | %     | n            | %    |
| <b>atheistisch</b>            | 12 | 60,0 | 7    | 35,0  | 1            | 5,0  |
| <b>agnostisch</b>             | 51 | 44,0 | 51   | 44,0  | 14           | 12,1 |
| <b>christlich orientiert</b>  | 11 | 28,2 | 26   | 66,7  | 2            | 5,1  |
| <b>entschieden christlich</b> | 3  | 14,3 | 11   | 52,4  | 7            | 33,3 |
| <b>allgemein religiös</b>     | 6  | 26,1 | 12   | 52,2  | 5            | 21,7 |
| <b>esoterisch</b>             | 12 | 66,7 | 6    | 33,3  | 0            | 0,0  |
| <b>gesamt</b>                 | 95 | 40,1 | 113  | 47,7% | 27           | 11,4 |

Tabelle 3.25: Zahlenmäßige und prozentuale Verteilung für die Gruppen der speziellen Kategorisierung bezüglich der Einstellung zum Alkoholkonsum  
Chi-Quadrat-Likelihoodquotient = 32,738; df = 15; p = 0,005.

|                          | kein Alkoholkonsum |      | moderater Alkoholkonsum |      | exzessiver Alkoholkonsum |      | keine Angabe |      |
|--------------------------|--------------------|------|-------------------------|------|--------------------------|------|--------------|------|
|                          | n                  | %    | n                       | %    | n                        | %    | n            | %    |
| <b>deutlich religiös</b> | 30                 | 63,8 | 5                       | 10,6 | 5                        | 10,6 | 7            | 14,9 |
| <b>wenig religiös</b>    | 49                 | 62,0 | 8                       | 10,1 | 10                       | 12,7 | 12           | 15,2 |
| <b>nicht religiös</b>    | 52                 | 44,8 | 14                      | 12,1 | 24                       | 20,7 | 26           | 22,4 |
| <b>gesamt</b>            | 131                | 54,1 | 27                      | 11,2 | 39                       | 16,1 | 45           | 18,6 |

Tabelle 3.26: Zahlenmäßige und prozentuale Verteilung der Gruppen des Alkoholkonsums für die religiöse Selbsteinschätzung  
Chi-Quadrat = 6,200; df = 2; p = 0,045.

In allen drei Gruppen der religiösen Selbsteinschätzung ließen sich etwa gleich viel Patienten der Kategorie mit moderatem Alkoholkonsum zuteilen. Erhebliche Unterschiede waren dagegen bei den andern beiden Gruppen festzustellen: Bei den Patienten, die sich selbst als nicht religiös einschätzten, ließen sich mit 20 % doppelt so viele der Befragten der Kategorie mit exzessivem Alkoholkonsum zuweisen, während 64 % der sich selbst als

religiös einschätzenden Patienten gegenüber 45 % der sich selbst als nicht religiös einschätzenden Patienten der Gruppe mit nur geringem Alkoholgenuß zugeteilt werden konnten. Für die spezielle Kategorisierung zeigte sich ein ähnliches Bild (Tabellen 3.26 und 3.27).

|                               | kein Alkoholkonsum |      | moderater Alkoholkonsum |      | exzessiver Alkoholkonsum |      | keine Angabe |      |
|-------------------------------|--------------------|------|-------------------------|------|--------------------------|------|--------------|------|
|                               | n                  | %    | n                       | %    | n                        | %    | n            | %    |
| <b>atheistisch</b>            | 6                  | 3,0  | 2                       | 10,0 | 9                        | 45,0 | 3            | 15,0 |
| <b>agnostisch</b>             | 60                 | 51,7 | 12                      | 10,3 | 15                       | 12,9 | 29           | 25,0 |
| <b>christlich orientiert</b>  | 26                 | 66,7 | 4                       | 10,3 | 6                        | 15,4 | 3            | 7,7  |
| <b>entschieden christlich</b> | 16                 | 76,2 | 2                       | 10,0 | 1                        | 4,8  | 2            | 10,0 |
| <b>allgemein religiös</b>     | 16                 | 70,0 | 1                       | 4,3  | 4                        | 17,4 | 2            | 8,7  |
| <b>esoterisch</b>             | 6                  | 33,3 | 6                       | 33,3 | 3                        | 16,7 | 3            | 16,7 |
| <b>gesamt</b>                 | 130                | 54,9 | 27                      | 11,4 | 38                       | 16,0 | 42           | 17,7 |

Tabelle 3.27: Zahlenmäßige und prozentuale Verteilung der Gruppen des Alkoholkonsums für die spezielle Kategorisierung  
Chi-Quadrat-Likelihoodquotient = 23,008; df = 15; p = 0,011.

Hier ließen sich bei den als atheistisch sowie bei den als esoterisch eingestuften Patienten auffallend wenig Patienten der Gruppe ohne Alkoholkonsum zuteilen (je etwa 30 %), fast 50 % der Atheisten gehörten der Gruppe mit exzessivem Alkoholkonsum an, während als esoterisch eingestufte Patienten zu ebenfalls einem Drittel der Gruppe mit moderatem Alkoholkonsum zugeteilt wurden. Christlich orientierte Patienten ließen sich zu zwei Dritteln der Gruppe mit keinem oder nur geringem Alkoholkonsum zuweisen, entschieden christliche Patienten sogar zu über 75 %. Ferner fiel ein deutlicher Unterschied zwischen als atheistisch und als agnostisch eingestuften Patienten auf: letztere wiesen eine ähnliche Verteilung wie christlich orientierte Patienten auf und unterschieden sich somit deutlich von den als atheistisch eingestuften Patienten.

### 3.3.6.2 Rauchen

Bei der Frage nach der täglichen Anzahl der Zigaretten wurden Angaben von Null bis 80 Stück gemacht.

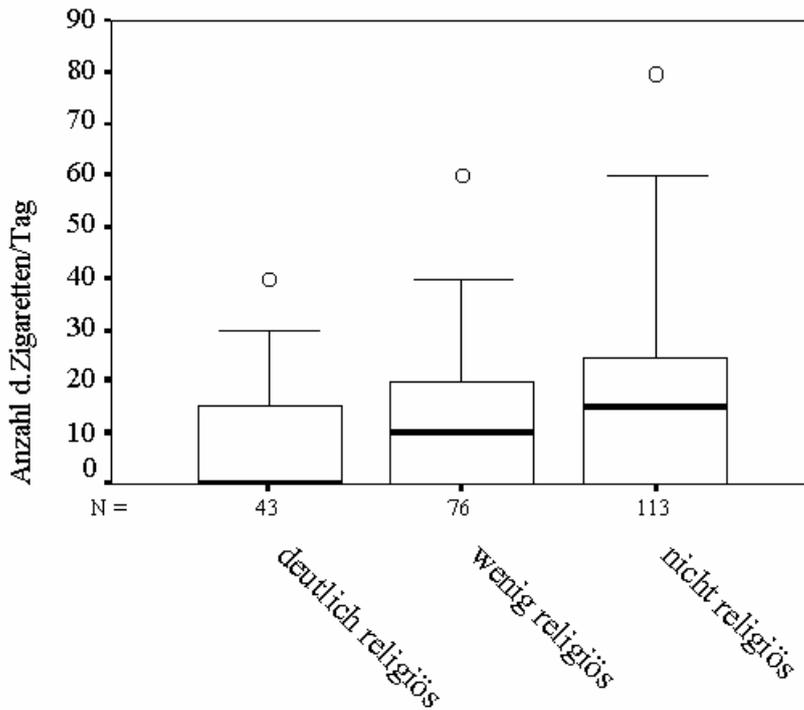


Diagramm 3.10: Rauchverhalten der einzelnen Gruppen der religiösen Selbsteinschätzung

Dieses Diagramm (3.10) verdeutlicht, dass Patienten mit religiöser Überzeugung deutlich weniger rauchten als Patienten, für die Religion keine Rolle spielt. Untersucht man das Rauchverhalten getrennt nach den Gruppen der speziellen Kategorisierung, bestätigt sich dieser Eindruck. Je stärker die religiöse Überzeugung, desto niedrigere Medianwerte wiesen die Gruppen auf, Patienten mit esoterischen Einstellungen lagen in der Mitte (Diagramm 3.11).

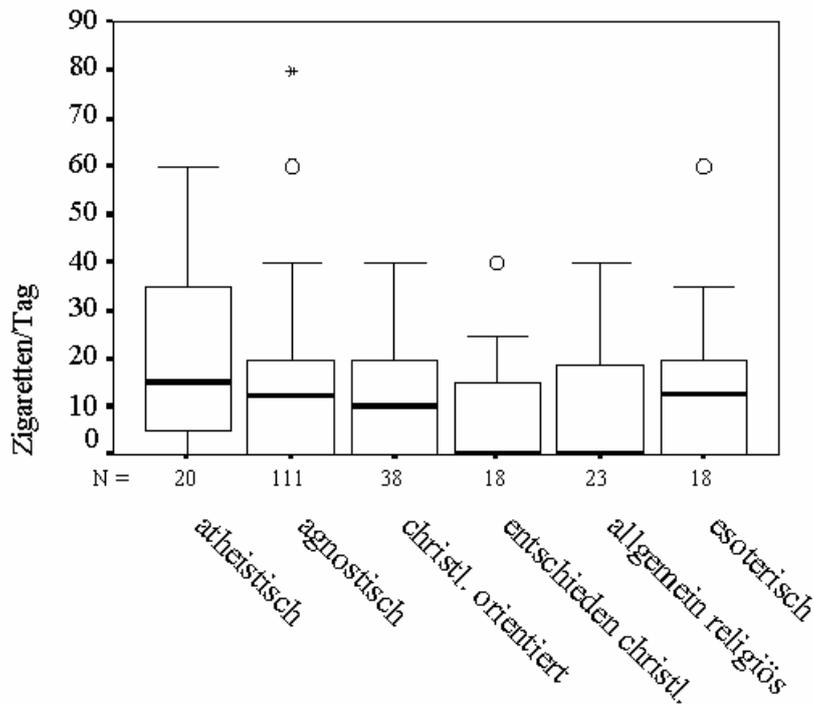


Diagramm 3.11: Rauchverhalten der einzelnen Gruppen der speziellen Kategorisierung

### 3.3.7 Clinical Global Impressions

Für keine der Gruppeneinteilungen zeigten sich signifikante Unterschiede für die Krankheitsschwere bei Aufnahme bzw. für die Zustandsänderung bei Entlassung, auf eine grafische Darstellung wird daher verzichtet. Es fällt allerdings auf, dass der Median für die Angabe der Zustandsänderung zum Zeitpunkt der Entlassung bei allen Gruppen bei „viel besser“ lag, während er bei den als überzeugt atheistic und den als esoterisch eingestuften Patienten auf „wenig besser“ fiel.

### 3.3.8 Aufenthaltsdauer

Bei der Untersuchung der Aufenthaltsdauer fällt zunächst auf, dass diese in hohem Maß von der ICD-Diagnose abhängig war:

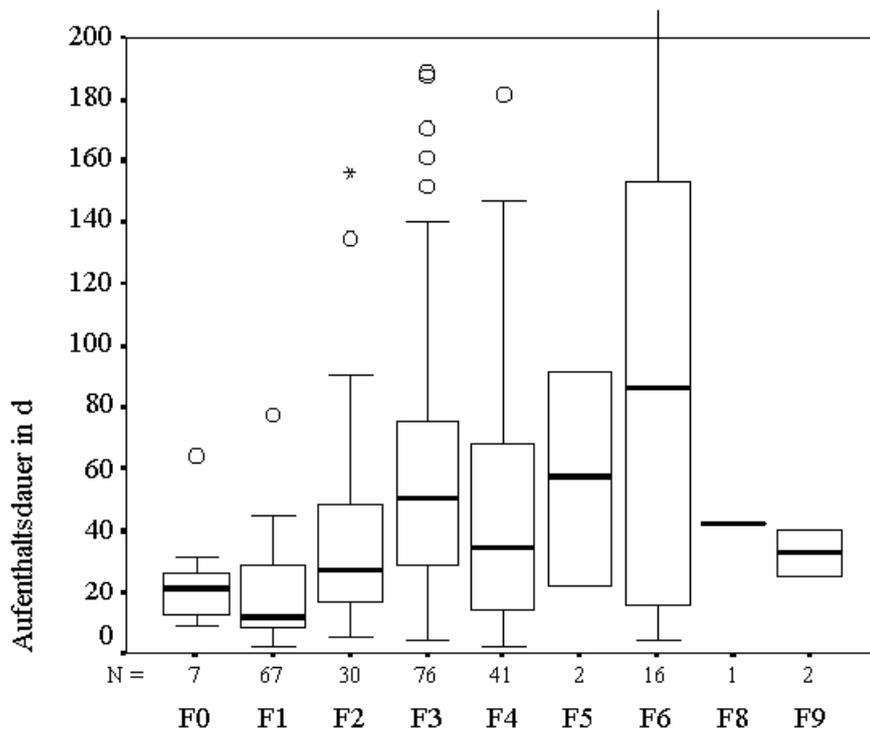


Diagramm 3.12: Aufenthaltsdauer getrennt für die einzelnen ICD-Diagnosen  
Chi-Quadrat = 58,549; df = 8; p < 0,001

Bei Schwankungen des Medians zwischen zwölf Tagen bei Störungen durch psychotrope Substanzen bis zu 85 Tagen bei Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen, bzw. 50 Tagen bei affektiven Störungen erscheint es wenig sinnvoll, die religiösen Gruppen generell zu vergleichen. Andererseits sind die einzelnen Diagnosekategorien nicht groß genug, um innerhalb dieser Kategorien Gruppenvergleiche anstellen zu können.

### 3.3.9 Lebenszufriedenheit

Insgesamt war die aktuelle Lebenszufriedenheit der Patienten mit Medianwerten von drei bis vier (von fünf möglichen Punkten) eher im oberen Bereich der Skala. Lediglich die Angaben zur Gesundheit fielen deutlich schlechter aus: Mit der nicht augenfälligen Abweichung der als atheistisch eingestuften Patienten (Median = 2,5) lag der Median in

allen Gruppen bei „zwei“. Die größten Unterschiede zeigten sich bei der speziellen Kategorisierung, und zwar bei der Frage nach der Zufriedenheit mit der Familie: Während als christlich orientierte und entschieden christlich eingestufte Patienten Medianwerte von „vier“ zeigten, lag der Median mit 2,5 bei den als atheistisch eingestuften Patienten am niedrigsten. Es zeigten sich insgesamt keine signifikanten Unterschiede zwischen den einzelnen Gruppen, weder bei der religiösen Selbsteinschätzung, noch bei der speziellen Kategorisierung.

### **3.4 Reaktion der Patienten auf die Befragung**

Auf der letzten Seite des Fragebogens hatten die Patienten die Gelegenheit, den Fragebogen zu bewerten. Auf einer Skala von eins bis sieben konnten sie jeweils angeben, ob sie die Beantwortung der Fragen als leicht oder schwierig, spannend oder langweilig, angenehm oder belastend empfanden. Ferner bestand die Möglichkeit zu freien Kommentaren, was allerdings nur von wenigen Patienten genutzt wurde.

Die überwiegende Mehrheit der Patienten (70 %) gab an, dass die Beantwortung der Fragen relativ einfach gewesen sei. 63 % fanden den Fragebogen weder besonders spannend noch besonders langweilig. Bei der Frage nach der Belastung zeigte sich ein relativ ausgeglichenes Bild, zwar gaben 15 % der Befragten an, die Beantwortung sei belastend gewesen, aber von ebenfalls 15 % wurde das Ausfüllen als sehr angenehm bezeichnet.

## 4. Diskussion

Über einen Zeitraum von sechs Monaten wurden in der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Universität Schleswig-Holstein, Campus Lübeck von 438 stationär aufgenommenen Patienten 303 zu ihren weltanschaulichen Grundüberzeugungen befragt. 243 Fragebögen konnten ausgewertet werden. Die Religiosität der Befragten wurde auf mehreren Ebenen erfragt: Etwa 53 % der Patienten gaben an, sich einer religiösen Gemeinschaft zugehörig zu fühlen, allerdings waren nur 9 % in dieser Gemeinschaft nach eigenen Angaben auch aktiv. Dies ist aber nicht mit allgemeiner Passivität gleichzusetzen, so gaben 18 % der Befragten an, täglich oder mehrfach täglich zu beten. Dem entspricht in etwa der Prozentsatz an Patienten, der sich selbst als deutlich religiös einstufte und auch angab, aus dem Glauben Trost und Kraft schöpfen zu können. Die Hälfte der Befragten zeigte Interesse an Gesprächen zum Sinn des Lebens, Sterben und Tod und auch Glaubensinhalten bzw. äußerte den Wunsch, darüber mit einem Therapeuten oder Seelsorger sprechen zu können.

Vor allem bei den psychiatrischen Diagnosen zeigte sich bei den einzelnen Gruppen, denen die Patienten auf Grund ihrer weltanschaulichen Einstellungen zugeordnet worden waren, deutliche Unterschiede in der prozentualen Verteilung. Religiösere Patienten wiesen häufiger Störungen aus dem schizophrenen und dem affektiven Formenkreis, wie z.B. Depressionen auf, während bei nicht religiösen Patienten ein sehr hoher Prozentsatz an Störungen durch psychotrope Substanzen auffiel. Dies spiegelt sich auch darin wider, dass religiösere Patienten deutlich niedrigere Werte im Alkohol- und Nikotinkonsum aufwiesen als nicht religiöse Patienten.

### 4.1 Patientenstichprobe

Die Gruppe der 243 Patienten, deren Fragebögen ausgewertet werden konnten, zeigte für die untersuchten Items Alter, Geschlecht, Familienstand, aktuelle berufliche Situation und Hauptdiagnose nach ICD-10 keine signifikanten Unterschiede zur Gruppe der Patienten, die sich im Untersuchungszeitraum in stationärer Behandlung befand, aber nicht an der Befragung teilnahm.

Bei der Auswertung der allgemeinen demographischen Daten der befragten Patienten fiel auf, dass nur 33 % der Befragten verheiratet waren. Dem stehen in der über 18jährigen Bevölkerung Schleswig-Holsteins im gleichen Zeitraum beinahe 60 % Verheiratete

gegenüber (Statistisches Jahrbuch Schleswig-Holstein 2001). Des weiteren erscheint bemerkenswert, dass nicht einmal ein Drittel der Befragten berufstätig gewesen ist: 26 % waren vollzeit-, 5 % teilzeitbeschäftigt. 13 % bezogen eine Altersrente. Mit 35 % lag der Anteil an Arbeitslosen bzw. Frührentnern extrem hoch. Dies ist zum Teil dadurch erklärlich, dass es sich in einem großen Prozentsatz der Patienten um chronisch Kranke handelt. Ferner wird deutlich, wie sehr psychiatrische Erkrankungen auch mit privaten und beruflichen Beeinträchtigungen verbunden sind, zumal bei vielen Störungen der Erkrankungsbeginn bereits in der Adoleszenz bzw. im frühen Erwachsenenalter liegt.

#### 4.2 Fragebogen zu gesundheitsbewusstem Verhalten, inneren Überzeugungen und Religiosität

Die Auswertung der Fragebögen zeigte zu Religiosität, religiös-philosophischen Einstellungen, religiösen Praktiken und esoterischen Vorstellungen folgende Ergebnisse: 30 % der Befragten gaben an, ihr religiöser Glaube sei ihnen wichtig, 20 % bezeichneten sich als religiös oder sehr religiös. Diese Patienten gaben auch an, täglich oder mehrfach täglich zu beten. 18 % meinten, ein „überwältigendes Gefühl, Gott nahe zu sein“ zu kennen, schon einmal durch ein Bibelwort tief getroffen fühlten sich etwa 25 % der Patienten. Jeder vierte Befragte sah ferner im religiösen Glauben eine Quelle großen Trostes und mehr als die Hälfte gaben an, dass Gott ihrem Leben einen Sinn verleihe. Dies ist ein bedeutsamer Anteil an Patienten und wird möglicherweise von therapeutischer Seite oft unterschätzt und dementsprechend nicht erfragt noch genutzt. Dabei fühlten 53 % sich aktuell einer religiösen Gemeinschaft zugehörig, aber nur 9 % gaben an, in dieser Gemeinschaft auch aktiv zu sein. Dies entspricht dem Prozentsatz derer, die häufiger in der Bibel lesen, ein noch etwas geringerer Prozentsatz berichtete, mindestens einmal wöchentlich einen Gottesdienst zu besuchen. Diese Diskrepanz zwischen Zugehörigkeitsgefühl zu einer religiösen Gemeinschaft bzw. auch religiöser Selbsteinschätzung und religiös motivierten Aktivitäten zeigte sich auch in der Beantwortung der Frage zu Glaubenssätzen: 62 % der Patienten stimmten der Aussage, es gebe eine höhere Macht zu, 55 % hielten die Aussage, Jesus Christus sei Gottes Sohn für richtig. Es stellt sich die Frage, ob dies im Sinne erlernter Glaubenssätze automatisch beantwortet wurde oder aus reflektierter Überzeugung heraus. Menschen, die zwar diese beiden Aussagen bejahten, andererseits aber nicht die Erfahrung gemacht hatten, dass Gott zum Gegenüber geworden ist, zu dem eine persönliche Beziehung möglich sei, wurden in dieser Untersuchung als

christlich orientierte Menschen bezeichnet. Sie sind noch von einer christlichen Erziehung und Kultur geprägt, erleben aber keine lebendige Gottesbeziehung und sind auf der Verhaltensebene wenig aktiv. Demgegenüber ist eine „entschieden christliche Haltung“ durch eine vertiefte Gottesbeziehung und regelmäßiges Gebet sowie Teilnahme an Gottesdiensten charakterisiert. Dies traf nach der hier vorgenommenen speziellen Kategorisierung auf 9 % der Befragten zu. Neben den als agnostisch einzustufenden Patienten stellt die Gruppe der „christlich orientierten“ Patienten eine zweite Säule dar.

Der hier zur Anwendung gekommene Fragebogen gibt durch eine differenziertere, mehrdimensionale Erfassung von Religiosität die Möglichkeit der speziellen Kategorisierung: So konnten 16 % als christlich orientiert eingestuft werden und dadurch von der größten Gruppe der agnostisch eingestuften (48 %) Patienten abgegrenzt werden. Nur 8 % wurden als überzeugt atheistisch eingestuft. 9 % der Befragten können als „allgemein religiös“ angesehen werden, d.h. sie gehören keiner speziellen Gemeinschaft an, trotzdem spielte für diese Menschen Religion ihren eigenen Angaben zufolge eine große Rolle. Erstaunlich selten verbarg sich hinter ausgeprägter Religiosität eine andere Religion (2 %). Nur zwei Patienten gaben an, sich dem Islam zugehörig zu fühlen. Möglicherweise ist der Umgang mit solchen Erkrankungen in anderen Kulturkreisen anders; es wäre auch denkbar, dass auf Grund sprachlicher und anderer Barrieren Hilfseinrichtungen seltener aufgesucht werden. Azhar et al. (1994) fanden in einer malaysischen Studie mit moslemischen, religiösen Patienten, die an Angststörungen litten, dass Patienten, die neben Psychopharmaka und Psychotherapie eine religiöse Zusatztherapie erhielten, signifikant schneller eine Besserung der Symptomatik zeigten als Patienten der Kontrollgruppe. Sie erwähnen ausdrücklich als weiteren positiven Effekt, dass bei dieser Gruppe das Stigma der psychischen Erkrankung im sozialen Umfeld weniger ausgeprägt gewesen sei. Dies wiederum könnte dazu führen, dass Betroffene eine größere Bereitschaft zeigten, Hilfe zu ersuchen. Die Ergebnisse einer Studie von Larson et al. von 1989 legen ebenfalls den Schluss nahe, dass die religiöse Zugehörigkeit die Häufigkeit der Nutzung professioneller Hilfe beeinflusse: im Vergleich zum nationalen Durchschnitt gehörten Patienten mit psychischen Erkrankungen gehäuft jüdischem Glauben an, während Protestanten in der selben Studie deutlich unterrepräsentiert waren. Gleichzeitig waren auch vermehrt Psychiater jüdischen Glaubens tätig, so dass jüdische Patienten eher Therapeuten der selben Glaubenszugehörigkeit aufsuchen konnten.

Schließlich ließen sich mit 7 % ebenfalls nur wenige Patienten einer Gruppe mit esoterischen Einstellungen zuteilen. Auch esoterische Praktiken, die in den Medien teilweise eine große Rolle spielen, wurden erstaunlich selten als aus eigener Erfahrung

bekannt angegeben. Dies könnte einerseits daran liegen, dass solche Phänomene von den Medien bereitwillig aufgegriffen und überrepräsentiert werden. Andererseits bestehen bei Patienten vielleicht auch Bedenken, z.B. schwarzmagische Aktivitäten einzuräumen, oder in einem von wissenschaftlichem Denken geprägten Umfeld wie der Medizin aus Furcht vor Unverständnis esoterische Haltungen trotz Anonymität zu vertreten.

Bei der Frage nach religiösen oder übersinnlichen persönlichen Erfahrungen fiel der mit 18,5 % relativ hohe Wert für Nah-Todes-Erfahrungen auf. In einer repräsentativen Umfrage von 2000 Bundesbürgern gaben zum Vergleich etwa 5 % der Befragten an, Nah-Todes-Erfahrungen erlebt zu haben (Hillienhoff, 2003). Damit gehöre diese immer noch zur häufigsten mystisch-religiösen Erfahrung überhaupt. Da der Fragebogen keine näheren Erläuterungen enthielt, ist es denkbar, dass Patienten diesen Begriff sehr weit ausgelegt haben, und darunter z.B. potentiell tödliche Gefahrensituationen oder Suizidversuche verstanden haben. Auffällig war auch, dass 10,7 % übernatürliche Heilungen als persönlich bekannt angaben. Bei weiteren Untersuchungen wäre zu überlegen, solche Antworten in einem Nachgespräch mit dem Patienten zu spezifizieren.

Die bei den Tätigkeiten erfragten Praktiken von Zen und Entspannungsübungen spielten mit 4 % bzw. 6 % praktisch keine Rolle. Genau die Hälfte aller Befragten gab an, regelmäßig kleinere Geldbeträge zu spenden.

Es sei noch erwähnt, dass die Patienten im Fragebogen bewusst danach gefragt worden waren, welcher Religionsgemeinschaft sie sich zugehörig fühlten und nicht, welcher sie offiziell angehörten. Betrachtet man die offizielle Religionszugehörigkeit für Schleswig-Holstein im selben Jahr, so stehen einer absoluten Mehrheit von 73 % der evangelischen Kirche angehörend 17 %, die keiner religiösen Gemeinschaft angehören, gegenüber. Diese Zahlen zeigen grundsätzlich eine ähnliche Tendenz wie die Ergebnisse dieser Befragung. Auch hier war die evangelische Kirche mit 42 % die am häufigsten angegebene Gemeinschaft. Allerdings fühlten sich mit 43 % wesentlich mehr Patienten keiner Gemeinschaft zugehörig, so dass davon ausgegangen werden kann, dass etwa die Hälfte dieser Patienten offiziell noch der evangelischen Kirche angehört. Andere Religionsgemeinschaften lagen mit 10 % etwa in der gleichen Größenordnung wie bei der offiziellen Religionszugehörigkeit. Es ist daher zu erwarten, dass bereits eine so einfache Frage wie die subjektive Zugehörigkeit zu einer religiösen Gemeinschaft bessere Korrelationen mit der tatsächlichen Religiosität bringt, als die reine Erfassung der offiziellen Religionszugehörigkeit.

Im einleitenden Gespräch wurden die Patienten zu verschiedenen Themenbereichen gefragt, ob sie im Rahmen der Therapie oder des Krankenhausaufenthalts an Gesprächen mit einem Therapeuten oder Seelsorger interessiert seien. 50 % zeigten Interesse an Gesprächen über den Sinn des Lebens, 42 % würden gerne über Tod und Sterben sprechen, und an Gesprächen mit spezifischen Glaubensinhalten waren immerhin 35 % der Befragten interessiert. Ausgehend von der Haltung Freuds, Religion sei eine Illusion und es sei daher unethisch, solche Täuschungen als Therapeut bei Patienten zu akzeptieren und zu unterstützen, greifen Nelson und Wilson (1984) die Frage auf, wie ethisch es sei, religiöse Inhalte in die Psychotherapie aufzunehmen. Die Autoren kommen zu dem Schluss, dass die religiösen Einstellungen der Patienten nicht ignoriert werden dürften. Dabei betonen sie allerdings auch, dass in einigen Fällen, wie z.B. bei akut psychotischen Patienten, religiöse Themen vermieden werden sollten. Auch Post et al. (2000) betonen die Wichtigkeit eines Screenings der Patienten hinsichtlich deren spiritueller Bedürfnisse. Werden diese ignoriert, könne das sogar dazu führen, dass Patienten sich der nötigen medizinischen Hilfe entzögen und statt dessen alternativen Heilern zuwendeten. Ein besonders eindringliches Beispiel der Zusammenarbeit von Therapeut und Seelsorger schildert Rapoport (1993): Sie beschreibt die Geschichte eines Jugendlichen jüdischer Religionszugehörigkeit, der im Laufe seiner Zwangserkrankung eine Vielzahl von Gelübden Gott gegenüber abgelegt hatte. Verschiedene Therapien blieben erfolglos, bis ein Rabbi hinzugezogen wurde, der aufgrund seiner vom Patienten akzeptierten geistlichen Autorität diesen sämtlicher Gelübde entbinden konnte. Erst durch die zusätzliche religiöse Autorität des Rabbi wurde es möglich, die danach weiterhin nötige Therapie erfolgreich durchzuführen.

In dieser Befragung wurde nicht differenziert nachgefragt, ob ein Seelsorger oder der Therapeut für solche Gespräche bevorzugt würde. Während einerseits der Therapeut unter Umständen ohne eine spezielle Ausbildung überfordert sein kann (Nelson und Wilson, 1984; Sloan et al., 2000), bevorzugt ein Patient, der keiner spezifischen Religionsgemeinschaft angehört oder der sich von seiner Gemeinschaft distanziert hat, vielleicht gerade den neutraleren Therapeuten (Koenig, 2000). Dies sind allerdings alles eher theoretische Überlegungen, zu denen keine konkreten Studien existieren.

Koenig (2000) schlägt vor, jeden Patienten zur Orientierung zu fragen, ob ihm Religion wichtig in der Krankheit sei oder zu einem früheren Zeitpunkt wichtig gewesen sei, und ob ein geeigneter Gesprächspartner vorhanden sei oder der Bedarf nach einem solchen

bestehe. Je nach Beantwortung dieser Fragen könnte dann das Thema verlassen werden oder ein Therapeut bzw. Seelsorger hinzugezogen werden.

#### 4.4 Religiosität im Hinblick auf Alter und Geschlecht

In Übereinstimmung mit Befragungen der Allgemeinbevölkerung zeigte sich die Tendenz, dass ältere Menschen häufiger religiös eingestellt waren als jüngere. Vergleicht man das Alter der Patienten bei Aufnahme, so zeigten sich geringe, aber signifikante Unterschiede für die spezielle Kategorisierung: Stärkere Intensität der religiösen Überzeugung ging jeweils mit etwas höherem Alter einher. Patienten mit esoterischen Einstellungen waren deutlich jünger als Patienten aller anderen Gruppen. Dies mag zum einen daran liegen, dass jüngere Menschen eine liberalere Erziehung genossen haben und so offener für nicht traditionelle religiöse Inhalte sind, die in der Gesellschaft ja auch erst seit einigen Jahren vermehrt verbreitet sind, während Ältere eher traditionellen religiösen Gemeinschaften anhängen. Auch ist es denkbar, dass ältere Menschen auf Grund von tragischen Ereignissen oder Krisen vermehrt nach Orientierung und Halt gebenden Antworten in ihren religiösen Gemeinschaften gesucht haben. Andererseits lag der Anteil jüngerer Patienten höher in den Diagnosegruppen aus dem schizophrenen und neurotischen Formenkreis, wobei vor allem bei Patienten mit Psychosen krankheitsbedingte Erlebnisse das Interesse an religiösen Fragen stimuliert haben könnten.

Auch bei der Geschlechterverteilung bestätigten sich tendenziell allgemeine demographische Verteilungen ( $p = 0,076$  und  $0,085$ ): Bei der Selbsteinschätzung überwog der Frauenanteil bei religiöseren Patienten leicht, umgekehrt schätzten sich mit 62 % deutlich mehr Männer als nicht religiös ein. Möglicherweise hängt dies auch mit dem verbreiteten Männlichkeitsideal zusammen, dass ein „echter Mann“ seine Probleme selber löst und nicht auf übernatürliche Hilfe angewiesen ist. Die spezielle Kategorisierung zeigte Unterschiede vor allem bei den Extremgruppen: Unter atheistisch eingestuften Patienten befanden sich 75 % Männer, während unter den als entschieden christlich eingestuften 72 % Frauen waren. Die Gruppe der esoterisch eingestuften Patienten dagegen setzte sich zu genau der Hälfte aus Männern und Frauen zusammen. Dies ist gut mit der generellen Erfahrung zu vereinbaren, dass Frauen häufiger religiöses Verhalten aufweisen als Männer.

Für die vier häufigsten Erstdiagnosen nach ICD-10 ergaben sich für die Selbsteinschätzung und bei der speziellen Kategorisierung hochsignifikante Unterschiede ( $p < 0,001$ ): Bei Patienten, die sich selbst als deutlich religiös einstufen, wurden relativ häufig Störungen aus dem schizophrenen und aus dem affektiven Formenkreis diagnostiziert (je 30 %). Bei nicht religiösen Patienten dagegen dominierten Störungen durch psychotrope Substanzen (33 %), gefolgt von affektive Störungen (26 %), während sich schizophrene Störungen nur in geringer Häufigkeit fanden (6 %). Dem entspricht, dass bei Patienten, die als christlich orientiert, entschieden christlich und allgemein religiös eingestuft wurden, jeweils am häufigsten affektive Störungen diagnostiziert wurden (zwischen 41 und 57 %). Je etwa 20 % der als christlich orientiert und als allgemein religiös eingestuften Patienten wiesen Störungen durch psychotrope Substanzen und Störungen aus dem schizophrenen Formenkreis auf. Es erstaunt, dass sich atheistisch und agnostisch eingestufte Patienten in der Diagnosenverteilung nicht nur von den religiöseren Gruppen, sondern auch untereinander unterschieden: Mit 45 % war der Anteil an Störungen durch psychotrope Substanzen bei den atheistisch eingestuften Befragten wiederum höher als bei agnostischen Patienten (29 %). Der Anteil an schizophrenen Störungen war in beiden Gruppen mit etwa 5 % sehr niedrig. Eine schizophrene Störung war dagegen die häufigste Diagnose bei esoterisch orientierten Patienten (39 %), gefolgt von Suchterkrankungen (33 %). Übersinnliche Erfahrungen in der Psychose mögen dazu beitragen, dass bei der Gruppe dieser Patienten gehäuft ein Interesse an esoterischen oder religiösen Inhalten bestand. Beispielsweise fand es ein Patient mit einer abgeklungenen psychotischen Symptomatik interessant, dass auch biblische Helden Visionen und Eingebungen hatten, die offenbar wichtige Botschaften enthielten. Eine Studie von Wilson et al. (1983) zeigte, dass Patienten mit Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis sich in der Jugend entweder ganz von der Religion abwandten, oder aber begannen, ein vermehrtes Interesse für religiöse Themen aufzubringen, und dies häufiger, als in der Vergleichsgruppe Gesunder.

Insgesamt sind in der Literatur praktisch keine Studien zu finden, die sich mit unterschiedlichem religiösem Verhalten und der Verteilung psychiatrischer Diagnosen befassen. Studien beschränken sich in der Regel auf den Vergleich von Extremgruppen wie orthodoxen Juden (Witzum et al., 1990) oder christlichen Sekten (Dalgarrondo und Lotz, 1993) mit der Allgemeinbevölkerung. Hierbei wiesen die Extremgruppen höhere Raten an Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis auf als die Allgemeinbevölkerung.

Andere Untersuchungen wie z.B. eine Zwillingsstudie von Kendler et al. (1997) stellen Vergleiche von Lebenszeitrisiken für psychiatrische Erkrankungen dar. Diese waren bei religiöseren Menschen für Depressionen, Alkohol- und Nikotinabusus signifikant geringer als bei Menschen, die keine religiöse Überzeugung hatten.

Auch Studien, die nach der offiziellen Religionszugehörigkeit urteilen, kommt nur eine eingeschränkte Aussagekraft bezüglich der Bedeutung von Religiosität zu, da gerade in den USA die Religionszugehörigkeit auch heute noch vielfach eng mit der ethnischen Herkunft verknüpft ist (Jacoby, 1993). Hier wäre eine Untersuchung von Yeung und Greenwald (1992) zu nennen, die zeigt, dass US-Amerikaner jüdischer Religionszugehörigkeit signifikant höhere Raten an Depression und niedrigere Raten an Alkoholabusus aufwiesen als Katholiken und Protestanten.

In Brasilien, wo seit 1940 ein zunehmender Einfluss der Pfingstkirche zu verzeichnen ist, zeigte eine Studie, dass Mitglieder dieser Gruppe signifikant häufiger Psychosen und weniger Neurosen, Persönlichkeitsstörungen und Alkoholabusus aufwiesen als die katholische Mehrheit. Zwar wurde auch in dieser Studie nur die offizielle Religionszugehörigkeit festgestellt, die Autoren gingen aber davon aus, dass die Zugehörigkeit zur Pfingstkirche eine stärkere religiöse Praxis nach sich ziehe als die traditionelle Zugehörigkeit zur katholischen Kirche (Dalgalarondo, 1994).

#### 4.6 Religiosität und gesundheitsbewusstes Verhalten

Sowohl bezüglich des Alkohol- als auch des Nikotinkonsums zeigten sich in Übereinstimmung vorheriger Studien signifikante Unterschiede zwischen den einzelnen religiösen Gruppen dieser Untersuchung. Die Hälfte der sich selbst als nicht religiös einstufenden Patienten meinte, sie hätten schon einmal daran gedacht, ihren Alkoholkonsum zu reduzieren. Von den sich selbst als religiös einstufenden Patienten bejahten dies dagegen nur 23 %. Bei der speziellen Kategorisierung sind die Unterschiede noch deutlicher: 60 % der als atheistisch eingestuften Patienten waren dieser Meinung gegenüber 14 % der als entschieden christlich eingestuften Patienten. Jeweils eine Mehrheit ließ sich einer Gruppe mit geringem bzw. moderatem Alkoholgenuss zuordnen. Mit 22 % wiesen mehr als doppelt so viele der sich selbst als nicht religiös einstufenden Patienten einen exzessiven Alkoholkonsum auf wie bei den sich selbst als religiös einstufenden Patienten. Bei der speziellen Kategorisierung fiel auf, dass sich als atheistisch eingestufte Patienten von den als agnostisch eingestuften Patienten unterschieden. 45 % der ersten Gruppe wiesen einen

exzessiven Alkoholkonsum auf. Mit 13 % entsprach die Gruppe der Agnostiker etwa den christlich orientierten Befragten; entschieden christliche Patienten ließen sich nur zu unter 5 % dieser Gruppe zuteilen.

Eine Studie von Larson und Wilson (1980), die sich mit dem religiösen Leben von Alkoholikern beschäftigt, zeigte, dass Alkoholiker im Vergleich zu Nichtalkoholikern weniger religiöse Praktiken ausübten, weniger religiöse Erfahrungen hatten und früher den Kontakt zu ihrer religiösen Gemeinschaft verloren. In beiden Gruppen war das religiöse Interesse in der Kindheit vergleichbar. Während der Pubertät zeigten allerdings 80 % der befragten Nichtalkoholiker gleiches oder stärkeres Interesse für ihre Glaubensgemeinschaft, dagegen verloren in diesem Zeitraum 83 % der Alkoholiker den Kontakt zu ihrer Gemeinschaft. In einer Entwicklungsphase also, in der einerseits oft eine Neuorientierung verbunden mit einer Suche nach Sinninhalten des eigenen Lebens eine wichtige Rolle spielen, andererseits auch der Umgang mit alkoholischen Getränken geprägt wird, verloren zukünftige Alkoholiker häufiger den Kontakt zu ihrer Glaubensgemeinschaft, die im Idealfall sowohl Sinninhalte als auch einen verantwortlichen Umgang mit dem eigenen Körper (der z.B. im Neuen Testament als „Tempel Gottes“ beschrieben wird) vermitteln will.

Auch in anderen Kulturen bestätigt sich dieser Befund: Bei den Yami Aborigines in Taiwan beispielsweise hatten Männer ohne religiöse Überzeugungen ein vierfach höheres Risiko für Alkoholabusus als Männer mit christlichem Glauben (Liu und Cheng, 1998).

Für den Nikotinabusus ergab sich ein ähnliches Bild: Bei der Selbsteinschätzung stiegen Median, Interquartilenbereich und Ausreißer mit sinkender religiöser Überzeugung ( $p = 0,022$ ). Dies fiel ebenfalls bei der speziellen Kategorisierung auf: Mit steigender Intensität der religiösen Überzeugung lag die Zahl der täglich konsumierten Zigaretten jeweils niedriger, die Gruppe der Patienten mit esoterischer Einstellung war in etwa der Gruppe der Agnostiker zu vergleichen ( $p = 0,046$ ). Koenig et al. (1998a) fanden bei einer Befragung älterer Menschen die Hypothesen bestätigt, dass unter religiösen Menschen weniger Raucher vertreten seien und dass diese eine signifikant niedrigere Anzahl an Zigaretten konsumierten. Dabei war der Effekt stärker für diejenigen, die sowohl regelmäßig an Gottesdiensten teilnahmen als auch private religiöse Aktivitäten pflegten als für die, die nur eine der beiden Formen religiösen Verhaltens aufwiesen.

Bezüglich der Verlässlichkeit von Angaben zur täglichen Zigarettenanzahl durch die Befragten selbst bestehen in der Literatur mehrere Studien, die eine gute bis sehr gute Korrelation (85-95 %) von Selbsteinschätzung und objektiven Messungen bestätigen (Wagenknecht et al., 1992; Klesges et al., 1992). Lediglich Klesges et al. (1995) fanden die

Tendenz, die Anzahl der Zigaretten auf den nächste Zehnerwert auf- oder abzurunden, speziell auf 20 Zigaretten pro Tag. Dies dürfte aber auf alle Patienten in ähnlicher Weise zutreffen, so dass die Zahlen doch vergleichbar sein dürften. Ob Ähnliches auch für den Alkoholkonsum gilt, ist fraglich. Wahrscheinlich wird ein Patient, der sich zu einem Alkoholentzug entschlossen hat, seine täglichen Alkoholmengen realistisch angeben. Eher ungenaue oder falsche Angaben sind bei Patienten zu erwarten, die auf Grund eines anderen Krankheitsbildes in der Klinik sind, vor allem auch, da regelmäßiger hoher Alkoholkonsum gesellschaftlich mit einem wesentlich stärkeren Stigma versehen ist als Nikotinabusus. Vor allem sehr ungenaue Angaben von Alkoholmengen stimmen oft nicht, so dass es sicherer wäre, auf die ICD-Diagnosen zurückzugreifen. Allerdings können damit nur Patienten erfasst werden, die auf Grund eines Alkoholproblems in der Klinik sind.

#### 4.7 Religiosität und Aufenthaltsdauer, Krankheitsschwere und Besserung des Krankheitszustandes

Es gibt Anhaltspunkte dafür, dass sich eine stärker ausgeprägter Religiosität auch positiv auf den Krankheitsverlauf und beispielsweise auf die Krankenhausaufenthaltsdauer auswirken könne. So fand sich in der bereits oben genannten Studie von Dalgarrondo (1994) ein signifikant kürzerer Krankenhausaufenthalt für Mitglieder der Pfingstkirche (15,9+- 9,9 Tage gegenüber 21,3+- 15,9 Tage bei Patienten katholischer Religionszugehörigkeit).

In der in dieser Arbeit durchgeführten Untersuchung jedoch hing die Aufenthaltsdauer mit Medianwerten von 12 Tagen bei Suchterkrankungen (F1), wo die Patienten teilweise nur zur Entgiftung in die Klinik kamen, bis zu 86 Tagen bei Persönlichkeitsstörungen (F6) so stark von der ICD-Diagnose ab, dass es nicht sinnvoll erschien, die Aufenthaltsdauer generell mit der Religiosität in Beziehung zu setzen. Bei einer weiteren Aufteilung nach Diagnoseklassen entstünden zu kleine Gruppen, als dass statistisch signifikante Aussagen möglich wären.

Auch die Untersuchungen des CGI in Form der Krankheitsschwere bei Aufnahme und der Zustandsänderung bei Entlassung gaben für keine der gewählten Gruppeneinteilungen signifikante Unterschiede. Allerdings lag der Median für die Zustandsänderung bei atheistisch und esoterisch eingestuftem Patienten bei „wenig besser“, während er bei allen anderen Gruppen bei „viel besser“ lag. Dies könnte auf die Rolle einer gesunden Religiosität als Ressource in der Bewältigung von Krankheiten deuten. Insgesamt fielen

bei den CGI-Angaben für die Zustandsänderung bei Entlassung sehr positive Werte auf: Über 50 % der Patienten wurden in ihrer Symptomatik als sehr viel bzw. viel besser eingestuft. Nur bei 17 % wurden keine Verbesserung bzw. eine Verschlechterung der Symptomatik gesehen. Bei Aufnahme dagegen waren beinahe 70 % als deutlich bzw. sogar schwer krank eingestuft worden. Einerseits mag dies daran liegen, dass wenig kranke Patienten bereits nach kurzer Zeit die Klinik wieder verließen und so die Studieneinschlussbedingung einer Mindestaufenthaltsdauer von 48 h nicht erfüllten. Andererseits kann vermutet werden, dass im Zuge einer zunehmenden Überprüfung durch Krankenkassen und medizinischen Dienst Patienten initial eher als schwer krank eingestuft werden. Aber auch dies dürfte für Patienten aller Kategorien in ähnlichem Maß zutreffen.

#### 4.8 Religiosität und Lebenszufriedenheit

Im Gegensatz zu einer Vielzahl ausländischer Studien (USA: Williams et al., 1991; Skandinavien: Hintikka et al., 1998 u. 2000; Kanada: Baetz et al., 2002) ergaben sich bei den acht untersuchten Items zur Lebenszufriedenheit weder für die einzelnen Items noch für die Summe signifikante Unterschiede zwischen den einzelnen Gruppen. Insgesamt zeigte sich lediglich, dass die Zufriedenheit mit der Gesundheit deutlich unter den anderen Werten lag, was allerdings bei Patienten in stationärer Behandlung nicht verwundert. Ebenfalls im Zusammenhang mit der Gesundheitszufriedenheit fiel auf, dass diese nicht immer mit der Einschätzung der Krankheitsschwere durch den Arzt übereinstimmte. Dies mag einerseits daran liegen, dass sich beispielweise ein schwer kranker Patient in einer Psychose oder bei fehlender Krankheitseinsicht für gesund hält, andererseits ist es denkbar, dass ein Befragter bei der Frage nach seiner Gesundheit nur an die körperliche Gesundheit denkt.

Der in dieser Befragung ermittelte Reliabilitätskoeffizient für die acht Fragen war mit  $\alpha = 0,7249$  nur mäßig zufriedenstellend, so dass sich für weitere Untersuchungen die Frage nach geeigneteren Messinstrumenten für die Lebenszufriedenheit stellt.

Eng verbunden mit der Lebenszufriedenheit ist die Einstellung gegenüber einem tieferen Sinn des Lebens. Für insgesamt 47 % der Befragten spielte Gott eine wichtige Rolle dabei, dem eigenen Leben Sinn zu verleihen. Angesichts der Bedeutung eines positiven Sinnzusammenhangs für das eigene Leben als protektivem Faktor für psychisches Wohlergehen (Antonovsky, 1993) sollte der Patient ermutigt werden, die eigene Religiosität als wesentliche persönliche Ressource anzuerkennen und zu nutzen.

Nach wie vor besteht die Schwierigkeit, dass zum Messen religiösen Verhaltens keine einheitlichen Messinstrumente existieren (König, 1990). Kurze, einfache Fragebögen werden der Komplexität von Religiosität nicht gerecht, viele ausführliche Fragebögen sind in der Praxis schwer einsetzbar, besonders wenn es sich bei den Befragten um Menschen handelt, die wegen ihrer Erkrankung stationär in eine psychiatrische Klinik aufgenommen werden mussten, oder die selbst keinen Bezug mehr zu Religion oder Kirche haben.

Der Fragebogen dieser Arbeit versucht, folgende Bereiche von Religiosität zu erfassen:

- Innere Zugehörigkeit zu einer religiösen Gemeinschaft
- Religiöse Selbsteinschätzung (emotionale Ebene)
- Zustimmung zu Glaubensaussagen (kognitive Ebene)
- Eigene religiöse Erfahrungen (Erfahrungsebene)
- Tatsächlich ausgeübte, religiös motivierte Tätigkeiten (Handlungsebene).

Es konnte gezeigt werden, dass die einzelnen Komponenten gute Werte der internen Konsistenz besitzen. Entscheidend sind hier Schwierigkeit und Trennschärfe. Die Trennschärfe gibt die Korrelation eines Items mit den Skalenwerten insgesamt an und sollte bei gleich gepolten Items möglichst hoch, auf gar keinen Fall aber negativ sein. In der Regel liegt die unterste, noch akzeptable Grenze bei 0,3 (Borg und Staufenbiel, 1993, S.44f). Lediglich ein Item fiel hier heraus: Die Frage nach der Ufologie wies eine Trennschärfe unter 0,3 auf, und zwar lag der Wert mit 0,0875 extrem niedrig und sollte daher bei einer erneuten Verwendung des Fragebogens gestrichen werden. Schwierigkeit als statistischer Begriff differenziert zwischen Probanden, die einer Frage zustimmen bzw. sie ablehnen. Je weniger Probanden der Frage zustimmen, desto „schwieriger“ ist dies im statistischen Sinn (Borg und Staufenbiel, 1993, S.44f). Auf Grund eines zu hohen Schwierigkeitsindex fielen eine ganze Reihe von Fragen heraus: Bei den Glaubensaussagen lagen die Fragen nach Gott als Weltenrichter (0,86), einem pantheistischen Gottesverständnis (0,87) und die Frage nach der Reinkarnation (0,93) deutlich über der Grenze von 0,8. Bei den Fragen nach religiösen bzw. übersinnlichen Erlebnissen lagen die Schwierigkeitsindices zum größten Teil sogar über 0,9, lediglich „unerklärliches Zusammentreffen von Zufällen“ rangierte mit 0,75 unterhalb des Grenzbereiches. Es war zu vermuten, dass es sich bei fast allen erfragten Erlebnissen um ungewöhnliche Erfahrungen handle, die allenfalls einer Minderheit bekannt sein würden. Daher verwundern die hohen Schwierigkeitsindices nicht. Andererseits haben diese Fragen deutlich gemacht, dass immerhin zwölf Patienten spiritistische und weitere acht Patienten

schwarzmagische Jenseitskontakte zu kennen angeben. Da es sich hierbei um sehr fragwürdige Praktiken handelt, könnte die Kenntnis darüber für den behandelnden Arzt nicht unwichtig sein.

In dieser Untersuchung wurde die interne Konsistenz zur Prüfung der Reliabilität verwendet. Hierbei wird ein Reliabilitätskoeffizient gemessen, der Cronbach's  $\alpha$  genannt wird. Für größere, unabhängig erhobene Stichproben gelten Werte  $\alpha > 0,8$  als befriedigend (Borg und Staufenberg, 1993, S.44f). Mit Hilfe des Fragebogens wurden verschiedene Gruppeneinteilungen vorgenommen. Bei der Einteilung nach der Selbsteinschätzung handelt es sich um eine relativ einfache Einteilung, die mit einem Cronbach  $\alpha = 0,9$  auch eine sehr gute Testreliabilität aufwies. Allerdings fließen auch hier viele Faktoren der Religiosität nicht mit ein. Die spezielle Kategorisierung versucht dies durch eine religionswissenschaftlich sinnvolle Zuordnung auszugleichen: Hier werden Selbsteinschätzung, Glaubensinhalte, religiöse Erfahrungen und Praktiken berücksichtigt. Dies erschien umfassender als eine Operationalisierung über die religiösen Tätigkeiten allein, wie es beispielsweise eine Reihe US-amerikanischer Studien tun. Für eine sinnvolle statistische Auswertung extrinsisch-intrinsischer Religiosität, wie sie mit der Hoge-Skala erhoben wurde, wären größere Fallzahlen nötig. In einer zukünftigen Studie könnte versucht werden, nach einem Screening der Patienten, beispielsweise mit den drei Fragen der religiösen Selbsteinschätzung dieses Instrument einzusetzen. Es erscheint aber in jedem Fall sinnvoll, die Hoge-Skala nicht zur primären Erhebung von Religiosität zu verwenden, da die Skala spezifisch zwischen extrinsischer und intrinsischer Motivation der Religiosität unterscheidet und dabei schon ein höheres Maß an Religiosität überhaupt voraussetzt.

Im Allgemeinen kamen die Patienten mit den Fragebögen gut zurecht. Allerdings fanden 15 % die Beantwortung als „sehr belastend“, was möglicherweise mit dem aktuellen psychischen Leiden in Zusammenhang stand. Dem stehen ebenfalls 15 % gegenüber, die die Beantwortung als „sehr angenehm“ angaben. Die wenigen schriftlichen Kommentare im Feld für eigene Anmerkungen gingen eher in die Richtung, dass es positiv gewesen sei, sich nach längerer Zeit einmal wieder mit dem Thema Religion auseinandergesetzt zu haben.

In den letzten Jahren hat sich die Sicht der multikausalen Krankheitsentstehung mehr und mehr durchgesetzt. Dabei ist der prozentuale Anteil der einzelnen ursächlich beteiligten Faktoren praktisch nicht zu ermitteln und eine Fülle an Interaktionen ist möglich (Edlund, 1986). Religiosität ist dabei sowohl denkbar als Faktor, der zur Krankheitsgenese beiträgt, als auch als Faktor, der protektiv bzw. genesungsfördernd wirkt. In einer Krisensituation wie z.B. Krankheit ist es ferner grundsätzlich denkbar, dass ein Mensch an übernommenen Wertesystemen einschließlich religiöser Überzeugungen zweifelt, genauso ist aber auch eine Öffnung zu Neuem und zu einer Suche nach anderen Erklärungen möglich. Die Rolle von Religion allerdings nur auf ihren Gesundheitswert zu reduzieren, wäre sicher extrem einseitig und würde ihrer Komplexität nicht gerecht. Religion ist eben nicht einfach ein Krankheitsfaktor oder ein Heilmittel, das sich in Form von z.B. Fürbitte oder persönlichem Gebet wie ein Antibiotikum einsetzen lässt (Sloan et al., 2000). Wichtig ist es, Religiosität oder religiösen Denkstrukturen des Patienten trotzdem Beachtung zu schenken und ernst zu nehmen (Pargament et al., 2001). Sheehan und Kroll fanden bei einer Untersuchung von 52 psychiatrischen Patienten, dass ein nicht unerheblicher Prozentsatz der Befragten davon ausging, dass sündiges Verhalten (23 %) oder sündige Gedanken (19 %) einen Einfluss auf ihre Krankheit hatten. Je nach Diagnosegruppe stimmten 0 – 40 % der Aussage zu „Ich bin im Krankenhaus, weil ich gesündigt habe“ (Sheehan und Kroll, 1990). Diese Studie zeigt deutlich, dass bei der Suche nach Kausalität viele Patienten auch religiöse Erklärungsmodelle hinzuziehen. Ein rein biologisch-reduktionistisches Denken von ärztlicher Seite wird damit dem Denken und Erleben vieler Patienten nicht gerecht (ebd.). Auch der koreanische Psychiater Rhi (2001) kritisiert einseitig materialistisch-mechanistische Sichtweisen mancher psychiatrischer Schulen, die die spirituellen Bedürfnisse der Patienten ignorierten. Es fehle auch an Raum für die Akzeptanz des Irrationalen der Lebenserfahrungen; für den aufgeklärten, rationalistischen Verstand des modernen Menschen sei das Unerklärliche pathologisch und müsse daher eliminiert werden. Rhi zeigt einen alternativen Umgang im asiatischen Raum, der sich statt dessen um Integration dieser Erfahrungen bemüht.

Die vorliegende Arbeit zeigt, dass Religion, teils jenseits traditioneller Formen, für eine Vielzahl von Patienten eine bedeutende Rolle spielt. Ein Fünftel der befragten Patienten gab an, der religiöse Glaube sei wichtig und eine Quelle von Trost und Kraft. Über die Hälfte der Befragten äußerten sich dahingehend, dass Gott eine Rolle dabei spiele, ihrem Leben einen tieferen Sinn zu verleihen. Dies kann als Ressource im Krankheitsfall sehr

bedeutsam werden, ebenso kann der religiöse Glaube effektive Coping-Strategien begünstigen. Die Rolle der Religion ist sicher nicht als Wunder- oder Allheilmittel zu betrachten, wünschenswert wäre es aber, vorhandene Ressourcen beim Patienten zu erkennen und zu fördern. Ein mögliches Hindernis hierbei könnte darin bestehen, dass nur ein geringer Anteil der Therapeuten und Ärzte Religion selber für wichtig hält. Aus den USA und Großbritannien liegen Studien über die religiösen Einstellungen bei Psychiatern vor. Dabei zeigt eine britische Studie, dass im Gegensatz zu 80 % in der Bevölkerung nur 23 % der Psychiater an Gott glaubten, während sich bei der Häufigkeit des Gottesdienstbesuchs mit 14 % bzw. 12 % durchaus vergleichbare Zahlen ergaben. Einig waren sich die Befragten darin, dass der Psychiater und Psychotherapeut sich für den Glauben seiner Patienten interessieren sollte (92 % Zustimmung); über 60 % waren der Meinung, Religiosität könne einen Schutz vor psychischen Erkrankungen darstellen (Neeleman und King, 1993). In einer kanadischen Studie hielten 53 % der befragten Patienten es für wichtig, religiöse Themen in der Therapie anzusprechen, und für 24 % war dies sogar ausschlaggebend in der Wahl des Psychiaters (Baetz et al., 2004). Ähnliche Untersuchungen wären auch für Deutschland von Interesse.

Ebenfalls wünschenswert wäre eine Befragung von Patienten beispielsweise der Inneren Medizin oder bei Allgemeinmedizinerinnen, da in dieser Arbeit auf eine Vergleichsgruppe zu den psychiatrischen Patienten verzichtet wurde und somit eine Einordnung bezüglich der Spezifität für diese Patientengruppe nicht möglich ist. Gerade bei allgemeinmedizinischen Patienten ist auch die Möglichkeit eines präventiven Einsatzes im Sinne einer Ermutigung der Nutzung positiver persönlicher Ressourcen zu erwägen. In einer kürzlich veröffentlichten kanadischen Studie zeigte sich die Tendenz, dass Allgemeinmediziner eher bereit seien, religiöse Aktivitäten ihrer Patienten zu unterstützen als Psychiater (Neumann und Olive, 2004).

Andererseits wurden in dieser Arbeit, die sich in gewisser Weise als „Pilotstudie“ an stationär behandlungsbedürftigen Patienten mit psychischen Erkrankungen versteht, viele Fragen nur angerissen, die in weiteren Studien vertieft werden müssten. Neben der Validierung verbesserter Instrumente wären Untersuchungen mit größeren Stichproben wünschenswert sowie prospektiv-epidemiologische Studien, die Religiosität differenziert erfassen und die Inzidenz beispielsweise psychiatrischer Erkrankungen über einen längeren Zeitraum registrieren. Auch ein Ausbau der Zusammenarbeit von Psychiatern, Psychologen und Seelsorgern, beispielsweise über die Krankenhausseelsorge scheint erstrebenswert.

## 5. Zusammenfassung

In einer Vielzahl von Studien wurden Zusammenhänge zwischen psychischem Wohlbefinden und körperlicher Gesundheit einerseits und einer gelebten Spiritualität andererseits beschrieben. Es wird postuliert, dass Religiosität möglicherweise einen protektiven Faktor in Hinblick auf psychische Erkrankungen und darüber hinaus eine bisher nicht genügend beachtete Ressource für die Bewältigung psychischer Beeinträchtigungen darstellt. Während in den USA eine Vielzahl wissenschaftlicher Untersuchungen durchgeführt wurden, erscheint die Datenlage in Deutschland insgesamt sehr unzureichend. Die vorliegende Arbeit stellt eine Pilotuntersuchung dar, die Aufschluss über aktuell existierende religiöse Grundüberzeugungen und Erfahrungen der Patienten geben soll, die sich aufgrund einer psychischen Erkrankung einer stationären Behandlung unterziehen mussten. So wurden über einen Zeitraum von sechs Monaten insgesamt 303 Patienten mit Hilfe eines semistrukturierten Interviews und eines Fragebogens untersucht. 243 Fragebögen konnten ausgewertet werden, 60 Patienten nahmen lediglich an dem einleitenden Interview teil, waren aber nicht bereit, den anschließenden Fragebogen zu bearbeiten.

Vor Beginn der Untersuchung musste ein für diesen Zweck geeigneter Fragebogen neu entwickelt werden, da bestehende Instrumente entweder in ihrer Einfachheit der Komplexität von Religiosität nicht gerecht wurden oder im Gegenteil so ausführlich und speziell waren, dass sie für akut kranke Patienten nicht geeignet waren. Der in dieser Arbeit erstmals vorgestellte Fragebogen erfasst fünf Dimensionen von Religiosität mit befriedigender interner Konsistenz ( $\alpha > 0,8$ ): Selbsteinschätzung der eigenen Religiosität (globale Selbstbeurteilung), Zugehörigkeit zu einer religiösen Gemeinschaft (soziale Ebene), Zustimmung zu spezifischen Glaubensaussagen (kognitive Ebene), eigene religiöse und übersinnlichen Erlebnisse (Erfahrungsebene) sowie religiös motivierte Tätigkeiten (Handlungsebene). Die Auswertung ergab, dass sich mit 53 % etwa die Hälfte der Befragten einer religiösen Gemeinschaft zugehörig fühlt, allerdings waren nur 9 % der Patienten in der angegebenen Gemeinschaft im Zeitraum vor der Erkrankung aktiv. 20 % gaben an, täglich oder mehrfach täglich zu beten, einen regelmäßigen Gottesdienstbesuch wiesen etwa 5 % der Patienten auf. Jeder vierte Patient sah im Glauben eine wichtige Quelle von Trost und Kraft, für jeden zweiten Patienten hing die Frage nach dem Sinn des Lebens direkt mit der Frage nach Gott zusammen. Bei der globalen Selbsteinschätzung hielten sich 12 % der Patienten für religiös und 8 % für sehr religiös, 48 % schätzten sich als kaum oder nicht religiös ein. Eine spezielle inhaltliche Kategorisierung, in die neben

der Selbsteinschätzung vor allem die Zugehörigkeit zu einer Gemeinschaft, die Bejahung bzw. Ablehnung bestimmter Glaubenssätze und tatsächlich bestehende religiöse Aktivitäten einfließen, ergab, dass 9 % der Untersuchten eine entschieden christliche und 16 % der Patienten zumindest eine christliche Orientierung in Hinblick auf ihre inneren Werte und Überzeugungen aufwiesen. Die größte Gruppe bildeten mit 48 % Agnostiker, eine klar atheistische Einstellung lag nur bei 8 % der Patienten vor. Ebenfalls selten (7 %) waren esoterisch geprägte Einstellungen.

In Übereinstimmung mit der US-amerikanischen Literatur wiesen religiösere Patienten einen erheblich geringeren Alkohol- und Nikotinabusus auf. Darüber hinaus ergab sich eine Beziehung zwischen der religiösen Grundüberzeugung und der zur stationären Behandlung führenden Hauptdiagnose: Patienten mit atheistischer und agnostischer Grundüberzeugung wiesen mit 45 % bzw. 30 % einen sehr hohen Anteil an Störungen durch psychotrope Substanzen auf. Dagegen fanden sich bei Befragten mit einer ausgeprägten religiösen Grundüberzeugung gehäuft affektive Störungen. Bei esoterisch eingestuften Patienten fanden sich überzufällig häufig Störungen aus dem schizophrenen Formenkreis (40 %), was möglicherweise mit übersinnlichen Erlebnissen in der akuten Psychose in Zusammenhang steht. Hingegen fand sich bei der Bestimmung des CGI (Clinical Global Impressions) als Maß für die Krankheitsschwere bei Aufnahme und als Grad der Beschwerdebesserung bei Entlassung kein statistisch signifikanter Zusammenhang mit der religiösen Grundüberzeugung. Die Lebenszufriedenheit lag in dieser Untersuchung bei den religiöseren Patienten nicht signifikant höher als bei nicht oder weniger religiösen Patienten. Der Fragebogen wurde von fast allen Patienten gut akzeptiert und nicht als Belastung empfunden. In den Interviews gingen die Patienten sehr offen mit Fragen nach ihrer religiösen Orientierung und Themen wie Sinn des Lebens und Sterben und Tod um.

Zusammenfassend wurde in der vorliegenden Untersuchung ein neuer Fragebogen zur Erfassung religiöser Einstellungen und Grundüberzeugungen erstmals erfolgreich angewendet. Die Ergebnisse zeigen, dass für ca. 20 % der Patienten der Glaube eine vorrangige Rolle für die Lebensgestaltung und für den Umgang mit der psychischen Erkrankung spielt. Dies wird möglicherweise von therapeutischer Seite unterschätzt und zu wenig genutzt. Darüber hinaus zeigten sich Beziehungen zwischen der religiösen Grundeinstellung und der zur stationären Behandlung führenden Hauptdiagnose.

## Literaturliste

Antonovsky A:

The structure and properties of the sense of coherence scale. *Soc Sci Med* 36, 725-733 (1993)

Azhar MZ, Varma SL, Dharap AS:

Religious psychotherapy in anxiety disorder patients. *Acta Psychiatr Scand* 90, 1-3 (1994)

Baetz M, Larson DB, Marcoux G, Bowen R, Griffin R:

Canadian psychiatric inpatient religious commitment: an association with mental health. *Can J Psychiatry* 47, 159-166 (2002)

Baetz M, Griffin R, Bowen R, Marcoux G.:

Spirituality and psychiatry in Canada: psychiatric practice compared with patient expectations. *Can J Psychiatry* 49, 265-271 (2004)

Bengtsson-Tops A, Hansson L:

The validity of Antonovsky's Sense of Coherence measure in a sample of schizophrenic patients living in the community. *J Adv Nurs* 33, 432-438 (2001)

Beutel M:

Was schützt Gesundheit? Zum Forschungsstand und der Bedeutung von personalen Ressourcen in der Bewältigung von Alltagsbelastungen und Lebensereignissen. *Psychother med Psychol* 39, 452-462 (1989)

Bishop LC, Larson DB, Wilson WP:

Religious life of individuals with affective disorders. *South Med J* 80, 1083-1086 (1987)

Boos-Nünning U:

Dimensionen der Religiosität. Zur Operationalisierung und Messung religiöser Einstellungen. 120-131, Kaiser/Grünewald, München, 1972

Borg I, Staufenbiel T:

Theorien und Methoden der Skalierung. 2. Aufl., Huber, Bern, 1993

Collegium Internationale Psychiatriae Sclorum (Hrsg.):

Internationale Skalen für Psychiatrie. 4. überarb. u. erw. Aufl., 147-149, Beltz-Test GmbH, Göttingen, 1996

Dalgalarrondo P:

Afiliación religiosa y enfermedad mental en Brasil. Acta psiquiát psicol Am lat 40, 325-329 (1994)

Dalgalarrondo P, Lotz M:

Religious affiliation and psychiatric diagnosis: The influence of christian sect membership on diagnosis distribution. Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci 243, 47-53 (1993)

Dilling H, Balck F, Bosch G, Christiansen U, Eckmann F, Kaiser K-H, Kunze H, Seelheim H, Spangenberg H:

Die psychiatrische Basisdokumentation. Spektr Psychiatr Nervenheilkunde 5, 147-160 (1982)

Dlugosch GE, Krieger W:

Fragebogen zur Erfassung des Gesundheitsverhaltens. Beltz-Test GmbH, Weinheim, 1993

Ebertz M:

Kirche im Gegenwind. 2.Aufl., 148 f., Herder, Freiburg, 1998

Edlund MJ:

Causal models in psychiatric research. Br J Psychiatry 148, 713-717 (1986)

Ellison CG, Gay DA, Glass TA:

Does religious commitment contribute to individual life satisfaction? Soc Forces 68, 100-123 (1989)

Fitchett G, Burton LA, Sivan AB:

The religious needs and resources of psychiatric inpatients. J Nerv Ment Dis 185, 320-326 (1997)

Focus:

Woran die Deutschen glauben. Focus 14, 118-131 (1999)

Galanter M:

Charismatic religious sects and psychiatry. An overview. Am J Psychiatry 139, 1539-1548 (1982)

Gartner J, Larson D, Allen G:

Religious commitment and mental health: A review of the empirical literature. J Theol Psychol 19, 6-25 (1991)

Grom B:

Religionspsychologie. 374-381, Kösel-Verlag GmbH & Co, München und Vandenhoeck & Ruprecht Verlagsbuchhandlung GmbH & Co KG, Göttingen, 1992

Grom B:

Religiosität und subjektives Wohlbefinden. Psychother Psychosom med Psychol 50, 187-192 (2000)

Grom B, Hellmeister G, Zwingmann C:

Münchener Motivationspsychologisches Religiositäts-Inventar (MMRI): Entwicklung eines neuen Messinstruments für die religionspsychologische Forschung. Religionspsychol Stud 1 (1996)

Hawks RD, Bahr SH:

Religion and drug use. J Drug Educ 22, 1-8 (1992)

Helm HM, Hays JC, Flint EP, Koenig HG, Blazer DG:

Does private religious activity prolong survival? A six-year follow-up study of 3851 older adults. J Gerontology 55A, M400-M405 (2000)

Hillienhof A:

Nahtodererfahrungen. Die letzten Bilder. Dtsch Arztebl 100, C1239-C1240 (2003)

Hintikka J, Koskela K, Kontula O, Viinimäki H:

Gender differences in association between religious attendance and mental health in Finland. J Nerv Ment Dis, 188, 772-776 (2000)

Hintikka J, Viinimäki H, Koivumaa-Honkanen H, Tanskanen A, Lehtonen J:

Associations between religious attendance, social support, and depression in psychiatric patients. J Psychol Theol 26, 351-357 (1998)

Huber S :

Dimensionen der Religiosität: Skalen, Messmodelle und Ergebnisse einer empirisch orientierten Religionspsychologie. 81, 233, Universitätsverlag Freiburg Schweiz, 1996

Jacoby GE:

Essstörung und Konfession. Gibt es einen Zusammenhang zwischen dem Typ der Essstörung und einer bestimmten Konfession? Psychother Psychosom Med Psychol, 43, 70-73 (1993)

Kähler WM:

SPSS für Windows. 2. Aufl., Vieweg, Braunschweig, 1994

Kendler KS, Gardner CO, Prescott CA:

Religion, psychopathology, and substance use and abuse: a multimeasure, genetic-epidemiologic study. *Am J Psychiatry*, 154, 322-329 (1997)

King MB, Hunt RA:

Measuring religious dimensions: Studies of congregational involvement. *Studies Soc Sci* 1, Dallas, 1972

Klesges RC, Debon M, Ray JW:

Are self-reports of smoking rate biased? Evidence from the Second National Health and Nutrition Examination Survey. *J Clin Epidemiol* 48, 1225-1233 (1995)

Klesges LM, Klesges RC, Cigrong JA:

Discrepancies between self-reported smoking and carboxy-hemoglobin: An analysis of the Second National Health and Nutrition Survey. *Am J Public Health* 82, 1026-1029 (1992)

Koenig HG:

Research on religion and mental health in later life: a review and commentary. *J Geriatr Psychiatry* 23, 23-53 (1990)

Koenig HG:

Medicine and religion. *N Engl J Med* 343, 1339-1340 (2000)

Koenig HG, George LK, Cohen HJ, Hays JC, Larson DB, Blazer DG:

The relationship between religious activities and cigarette smoking in older adults. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 53A, M426-M434 (1998a)

Koenig HG, George LK, Hays JC, Larson DB, Cohen HJ, Blazer DG:

The relationship between religious activities and blood pressure in older adults. *Int J Psychiatry Med* 28, 189-213 (1998b)

Koenig HG, George LK, Peterson BL:

Religiosity and remission of depression in medically ill older patients. *Am J Psychiatry* 155, 536-542 (1998c)

Koenig HG, Hays JC, Larson DB, George LK, Cohen HJ, McCullough ME, Meador KG, Blazer DG:

Does religious attendance prolong survival? A six-year follow-up study of 3968 older adults. *J Gerontol* 54A, M370-M376 (2000)

Koenig HG, Larson DB, Weaver AJ:

Research on religion and serious mental illness. New directions for mental health services 80, 81-95 (1998d)

Koenig HG, Parkerson GR Jr, Meador KG:

Religion index for psychiatric research. Am J Psychiatry 154, 885-886 (1997)

Kompaktlexikon Religionen

Hrsg. Haut R, 268, 334, 337 Brockhaus, Wuppertal, 1998

Larson DB, Donahue MJ, Benson PL, Lyons JS, Pattison M, Worthington EL,

Blazer DG:

Religious affiliation in mental health research samples as compared with national samples. J Nerv Ment Dis 177, 109-111 (1989)

Larson DB, Pattison EM, Blazer DG, Omran AR, Kaplan BH:

Systemic analysis of research on religious variables in four major psychiatric journals, 1987-1982. Am J Psychiatry 143, 329-334 (1986)

Larson DB, Sherrill KA, Lyons JS, Craigie FC, Thielman SB, Greenwold MA, Larson SS:

Associations between dimensions of religious commitment and mental health reported in the American Journal of Psychiatry and Archives of General Psychiatry: 1987-1989. Am J Psychiatry 149, 557-559 (1992)

Larson DB, Wilson WP:

Religious life of alcoholics. South Med J 6, 723-727 (1980)

Levav I, Kohn R, Golding JM, Weissman MM:

Vulnerability of jews to affective disorders. Am J Psychiatry 154, 941-947 (1997)

Lexikon für Theologie und Kirche.

Hrsg. Höfer J u. Rahner K, 2. völl. neu bearb. Aufl., Bd. 3, 1106, Herder, Freiburg, 1959a

Lexikon für Theologie und Kirche.

Hrsg. Höfer J u. Rahner K, 2. völl. neu bearb. Aufl., Bd. 5, 83, Herder, Freiburg, 1959b

Lienert G:

Testaufbau und Testanalyse. 4. Aufl., Psychologie Verlags Union, München, 1989

Liu SC, Cheng AT:

Alcohol use disorders among the Yami aborigenes in Taiwan. Br J Psychiatry 172, 168-174 (1998)

Mehnert A, Rieß S, Koch U:

Die Rolle religiöser Glaubensüberzeugungen bei der Krankheitsbewältigung maligner Melanome. *Verhaltensth Verhaltensmed* 24, 147-166 (2003)

Neeleman J, King MB:

Psychiatrists' religious attitude in relation to their clinical practice: a survey of 231 psychiatrists. *Acta Psychiatr Scand* 88, 420-432 (1993)

Nelson AA, Wilson WP:

The ethics of sharing religious faith in psychotherapy. *J Psychiatry Theol* 12, 15-23 (1984)

Neumann JK, Olive KE:

Absolute versus relative values: effects on family practitioners and psychiatrists. *South med J* 96, 452-457 (2004)

Nüchtern M:

Die unheimliche Sehnsucht nach Religiösem. 7, Quell Verlag, Stuttgart, 1998

Pfeifer HR:

Religiosität und Therapiemotivation: Fragebogen zum Spezialprojekt des VCRD im Rahmen des Forschungsverbundes stationäre Suchttherapie (FOS). Zürich: VCRD/ISF, 1998

Pargament KI, Koenig HG, Tarakeshwar N, Hahn J:

Religious struggle as a predictor of mortality among medically ill elderly patients: a 2-year longitudinal study. *Ann Intern Med* 161, 1881-1885 (2001)

Patock-Peckham JA, Hutchinson GT, Cheong J, Nagoshi CT:

Effect of religion and religiosity on alcohol use in a college student sample. *Drug Alcohol Depend* 49, 81-88 (1998)

Peach HG:

Religion, spirituality and health: how should Australia's medical professionals respond? *MJA* 178, 86-88 (2003)

Poulson RL, Eppler MA, Satterwhite TN, Wuensch KL, Bass LA:

Alcohol consumption, strength of religious beliefs and risky sexual behaviour in college students. *J Am Coll Health* 46, 227-232 (1998)

Pressman P, Lyons J, Larson DB, Strain JJ:

Religious belief, depression, and ambulatory status in elderly women with broken hips. *Am J Psychiatry* 147, 758-760 (1990)

- Pullen L, Modrcin-Talbott MA, West WR, Muenchen R:  
Spiritual high versus high on spirits: Is religiosity related to adolescent alcohol and drug abuse? J Psychiatr Ment Health Nurs 6, 3-8 (1999)
- Rahner K, Vorgrimler H:  
Kleines Theologisches Wörterbuch. 15. Aufl., 178, 360, Herder, Freiburg, 1985
- Rapoport JL:  
Der Junge, der sich immer waschen musste. 240-259, MMV Medizin-Verl., München, 1993
- Redhardt J:  
Wie religiös sind die Deutschen? 11, Benziger, Zürich, 1977
- Reller H, Kießig M, Tschoerner H:  
Handbuch religiöse Gemeinschaften. 4. völlig überarb. u. erw. Aufl., 15, Gütersloher Verlagshaus, Gütersloh, 1993
- Rhi BY:  
Culture, spirituality, and mental health. The forgotten aspects of religion and health. Psychiatr Clin North Am 24, 569-579 (2001)
- Rungaldier E:  
Philosophie der Esoterik. Kohlhammer, Stuttgart, 1996
- Sachs L:  
Statistische Methoden: Planung und Auswertung. 6. Aufl., Springer, Berlin, 1988
- Saint-Exupéry A de:  
Le Petit Prince. 78, Editions Gallimard, 1946
- Scharfetter C:  
Okkultismus, Parapsychologie und Esoterik in der Sicht der Psychopathologie. Fortschr neurol Psychiatr 66, 474-482 (1998)
- Schmid G, Schmid GO:  
Kirchen, Sekten, Religionen. 7. überarb. u. erg. Aufl, 117-159, Theol Verlag Zürich, Zürich, 2003
- Sheehan W, Kroll J:  
Psychiatric patients' belief in general health factors and sin as a cause of illness. Am J Psychiatry 147, 112-113 (1990)

Sloan RP, Bagiella E, VandeCreek L, Hover M, Casalona C, Hirsch TJ, Hasan Y, Kreger R:

Should physicians prescribe religious activities? *N Engl J Med* 342, 1913-1916 (2000)

Sloan RP, Bagiella E, Powell T:

Religion, spirituality, and medicine. *Lancet* 353, 664-667 (1999)

Statistisches Jahrbuch für Schleswig-Holstein, Kiel (2001)

Strayhorn JM, Weidman CS, Larson D:

A measure of religiousness and its relation to parent and child mental health variables. *J Community Psychol* 18, 34-43 (1990)

Turner RP, Lukoff D, Barnhouse RT, Lu FG:

Religious or spiritual problem. A culturally sensitive diagnostic category in the DSM-IV. *J Nerv Ment Dis* 183, 435-444 (1995)

Vergheese A, John JK, Rajkumar S, Richard J, Sethi BB, Trivedi JK:

Factors associated with the course and outcome of schizophrenia in India. *Br J Psychiatry*, 154, 499-503 (1989)

Wagenknecht LE, Burke GL, Perkins LL, Haley NJ, Friedman GD:

Misclassification in the CARDIA study: A comparison of self-report with serum cotinine levels. *Am J Public Health* 82, 33-36 (1992)

Weaver AJ, Samford JA, Larson DB, Lucas LA, Koenig HG, Patrick V:

A systematic review of research on religion in four major psychiatric journals: 1991-1995. *J Nerv Ment Dis* 186, 187-189 (1998)

Weaver AJ, Samford JA, Morgen VJ, Lichten AI, Larson DB, Garbarino J:

Research on religious variables in five major adolescent research Journals: 1992-1996. *J Nerv Ment Dis* 188, 36-44 (2000)

Williams DR, Larson DB, Buckler RE, Heckmann RC, Pyle CM:

Religion and distress in a community sample. *Soc Sci Med* 32, 1257-1262 (1991)

Williams DR, Larson DB, Meier PD:

Religious life of schizophrenics. *South Med J* 76, 1096-1100 (1983)

Witzum E, Greenberg D, Dasberg H:

Mental illness and religious change. *Br J Psychol Soc* 63, 33-41 (1990)

Wörterbuch der Religionen

Begr. von Berthold A in Verbindung mit Freiherrn von Campenhausen H. 4.Aufl. neubearb., erg. u. hrsg. von Goldhammer K, 677, Kröner, Stuttgart, 1985

Worthington EL, Kurusu TA, McCullough ME, Sandage SJ:

Empirical research on religion and psychotherapeutic processes and outcomes: A 10-year review and research prospectus. *Psychol Bull* 119, 448-487 (1996)

Yeung PP, Greenwald S:

Jewish Americans and mental health: results of the NIMH Epidemiologic Catchment Area Study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 27, 292-297 (1992)

Zuckerman DM, Kasl SV, Ostfeld AM:

Psychosocial predictors of mortality among the elderly poor. The role of religion, well-being, and social contacts. *Am J Epidemiol* 119, 410-423 (1984)

## **Anhang**

Der Fragebogen

## **Studie zu gesundheitsbewusstem Verhalten und inneren Überzeugungen**

**Wir möchten Sie heute bitten, uns einige Fragen bezüglich Ihrer Lebensgewohnheiten zu beantworten. Wir wollen im Rahmen einer wissenschaftlichen Untersuchung der Frage nachgehen, ob bestimmte Verhaltensweisen, z.B. sportliche Aktivitäten, oder bestimmte innere Einstellungen in einer Beziehung zu psychischen Störungen stehen.**

**Wir wären Ihnen dankbar, wenn Sie sich die Zeit für ein kurzes Gespräch nehmen und einige Fragebögen ausfüllen würden.**

**Alle Antworten sind streng vertraulich und werden in anonymer Weise ausgewertet.**

*Die folgenden Fragen beziehen sich auf innere,  
z.B. weltanschauliche Überzeugungen:*

- 1.) Haben sie ein Lebensmotto oder eine Lebensphilosophie?**
  
- 2.) Sind sie religiös? Wenn ja, was bedeutet das für Sie?**
  
- 3.) Welche Rolle spielte Glaube, bzw. Religion in Ihrem Elternhaus?**
  
- 4.) Gab oder gibt es andere Menschen, die Ihre Einstellung zum Thema Religion beeinflusst haben?**
  
- 5.) Wäre es für Ihre Behandlung hier wichtig, wenn über die folgenden Themen gesprochen würde (mit dem Therapeuten oder einem Seelsorger)?**

**Sinn des Lebens**

**Sterben und Tod**

**Glaube an Gott**



**In wie weit können Sie folgenden Aussagen zustimmen?**

|   | stimmt | stimmt etwas | stimmt eher nicht | stimmt sicher nicht |
|---|--------|--------------|-------------------|---------------------|
| -Ich führe ein sinnerfülltes Leben.....   | O      | O            | O                 | O                   |
| -Ich zweifle oft daran, daß mein Leben einen Sinn hat.....                            | O      | O            | O                 | O                   |
| -Es gibt eine höhere Macht, mehr läßt sich nicht sagen.....                           | O      | O            | O                 | O                   |
| -Es gibt einen persönlichen, liebenden Gott, zu dem ich in Beziehung treten kann..... | O      | O            | O                 | O                   |
| -Es gibt einen Gott, der am Ende als Weltenrichter für Gerechtigkeit sorgen wird..... | O      | O            | O                 | O                   |
| -Gott ist in jedem Gegenstand, jedem Wesen (Pantheismus).....                         | O      | O            | O                 | O                   |
| -Jesus Christus ist Gottes Sohn, er ist am Kreuz gestorben und auferstanden.....      | O      | O            | O                 | O                   |
| -Gott verleiht meinem Leben einen tieferen Sinn.....                                  | O      | O            | O                 | O                   |
| -Ich glaube an ein Leben nach dem Tod.....  | O      | O            | O                 | O                   |
| -Ich glaube an die Wiedergeburt (Reinkarnation).....                                  | O      | O            | O                 | O                   |
| -Unabhängig vom Glauben an Gott glaube ich an einen tieferen Sinn meines Lebens.....  | O      | O            | O                 | O                   |
| -Es gibt moralische Grundsätze, an die sich jeder Mensch halten sollte.....           | O      | O            | O                 | O                   |

**Wie wichtig ist Ihnen Ihr religiöser Glaube?**

|              |        |        |        |        |               |
|--------------|--------|--------|--------|--------|---------------|
| sehr wichtig |        |        |        |        | nicht wichtig |
| 1            | 2      | 3      | 4      | 5      |               |
| O-----       | O----- | O----- | O----- | O----- | O             |

**Ziehen Sie persönlich aus Ihrem Glauben Trost und Kraft?**

|          |        |        |        |        |                       |
|----------|--------|--------|--------|--------|-----------------------|
| ja, sehr |        |        |        |        | nein, überhaupt nicht |
| 1        | 2      | 3      | 4      | 5      |                       |
| O-----   | O----- | O----- | O----- | O----- | O                     |

**Welche dieser übersinnlichen oder religiösen Erfahrungen sind Ihnen aus eigenem Erleben bekannt? (mehrere Antworten möglich)**

- unerklärliches Zusammentreffen von Zufällen..... O
- übernatürliche Heilungen..... O
- Gebetserhörung..... O
- Nah-Todes-Erfahrung..... O
- Vergebung / Befreiung von Schuld..... O
- durch ein Bibelwort tief berührt oder getroffen..... O
- überwältigendes Gefühl, Gott nahe zu sein..... O
- Zungengebet, Zungenrede..... O
- Befreiung von negativen Mächten..... O
- spiritistische Jenseitskontakte, z.B. Gläserrücken, Geisterbeschwörung..... O
- schwarzmagische Jenseitskontakte, z.B. schwarze Messe..... O
- Kontakt mit Außerirdischen, Ufologie ..... O
- Pendeln, Handlesen, Tarot-Karten..... O
- Telepathie..... O
- Visionen / Vorahnungen, die sich später erfüllt haben..... O
- Schutz durch Tragen von Amuletten oder Kreuzen..... O

**Geben Sie bitte an, welche der folgenden Tätigkeiten Sie ausüben.**

|  |                               | aktuell               | früher                |
|--|-------------------------------|-----------------------|-----------------------|
| -beten.....  | nie.....                      | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
|  | gelegentlich.....             | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
|  | in Angst oder Gefahr.....     | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
|  | (beinahe) täglich.....        | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
|  | mehrfach täglich.....         | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| -Zen/Yoga.....                                     | nie.....                      | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
|  | gelegentlich.....             | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
|  | regelmäßig.....               | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
|  | täglich.....                  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| -Gottesdienstbesuch.....                           | nie.....                      | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
|  | nur an hohen Feiertagen.....  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
|  | mehr als viermal im Jahr..... | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
|  | wöchentlich.....              | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
|  | mehrfach in der Woche.....    | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| -meditieren.....                                   | nie.....                      | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
|  | gelegentlich.....             | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
|  | regelmäßig.....               | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
|  | täglich.....                  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| -Entspannungstechniken/<br>autogenes Training..... | nie.....                      | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
|  | gelegentlich.....             | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
|  | regelmäßig.....               | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
|  | täglich.....                  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| -lesen in der Bibel.....                           | nie.....                      | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
|  | selten.....                   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
|  | häufig.....                   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
|  | täglich.....                  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| -Spenden.....<br>(bezogen auf das<br>Einkommen)    | nie.....                      | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
|  | kleine Beträge.....           | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
|  | große Beträge.....            | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

Wie wichtig ist Ihnen eine gesunde Ernährung?

|                         |                       |                       |                       |                       |
|-------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| Überhaupt nicht wichtig |                       |                       |                       | Sehr wichtig          |
| 1                       | 2                     | 3                     | 4                     | 5                     |
| <input type="radio"/>   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

Wie zufrieden sind Sie mit Ihrer Ernährung?

|                           |                       |                       |                       |                       |
|---------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| Überhaupt nicht zufrieden |                       |                       |                       | Sehr zufrieden        |
| 1                         | 2                     | 3                     | 4                     | 5                     |
| <input type="radio"/>     | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

Wie zufrieden sind Sie mit Ihrem Schlaf?

|                           |                       |                       |                       |                       |
|---------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| Überhaupt nicht zufrieden |                       |                       |                       | Sehr zufrieden        |
| 1                         | 2                     | 3                     | 4                     | 5                     |
| <input type="radio"/>     | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

Wie viele Stunden schlafen Sie durchschnittlich pro Tag? \_\_\_\_\_ Stunden

Wieviele Zigaretten rauchen Sie durchschnittlich am Tag? (Anzahl)  Keine \_\_\_\_\_

Wieviel Alkohol trinken Sie durchschnittlich am Tag? \_\_\_\_\_

Ich trinke nur an \_\_\_\_\_ Tagen in der Woche Alkohol. Menge: \_\_\_\_\_

Haben Sie schon einmal das Gefühl gehabt, dass Sie Ihren Alkoholkonsum verringern sollten?  Ja  Nein

**Wie zufrieden sind Sie mit den folgenden Lebensbereichen?**

|                       | Überhaupt<br>nicht zufrieden |        |        |        | Sehr<br>zufrieden |
|-----------------------|------------------------------|--------|--------|--------|-------------------|
|                       | 1-----                       | 2----- | 3----- | 4----- | 5                 |
| Arbeit/Schule/Beruf   | O-----                       | O----- | O----- | O----- | O                 |
| Ehe/Partnerschaft     | O-----                       | O----- | O----- | O----- | O                 |
| Familie/Kinder        | O-----                       | O----- | O----- | O----- | O                 |
| Freunde/Bekannte      | O-----                       | O----- | O----- | O----- | O                 |
| Freizeit              | O-----                       | O----- | O----- | O----- | O                 |
| Finanzielle Situation | O-----                       | O----- | O----- | O----- | O                 |
| Wohnsituation         | O-----                       | O----- | O----- | O----- | O                 |
| Gesundheit            | O-----                       | O----- | O----- | O----- | O                 |



## Die Hoge Skala

Bitte kreuzen Sie bei den folgenden zehn Fragen das jeweils zutreffendste an!

1. Mein Glaube spielt in allen Lebensbereichen eine Rolle.

stimmt sicher      stimmt etwas      weiß nicht      stimmt eher nicht      stimmt sicher nicht  
○-----○-----○-----○-----○

2. Ich erfahre in meinem Leben die Gegenwart Gottes.

stimmt sicher      stimmt etwas      weiß nicht      stimmt eher nicht      stimmt sicher nicht  
○-----○-----○-----○-----○

3. Obwohl ich religiös bin, lehne ich es ab, mich in Fragen des Alltags von religiösen Überzeugungen leiten zu lassen.

stimmt sicher      stimmt etwas      weiß nicht      stimmt eher nicht      stimmt sicher nicht  
○-----○-----○-----○-----○

4. Nichts ist mir so wichtig, wie Gott so gut wie möglich zu dienen.

stimmt sicher      stimmt etwas      weiß nicht      stimmt eher nicht      stimmt sicher nicht  
○-----○-----○-----○-----○

5. Manchmal schränkt mein Glaube mein Handeln ein.

stimmt sicher      stimmt etwas      weiß nicht      stimmt eher nicht      stimmt sicher nicht  
○-----○-----○-----○-----○

6. Meine religiösen Überzeugungen bestimmen letztlich meine ganze Einstellung zum Leben.

stimmt sicher      stimmt etwas      weiß nicht      stimmt eher nicht      stimmt sicher nicht  
○-----○-----○-----○-----○

7. Ich bemühe mich sehr darum, meine Religiosität in alle Bereiche meines Lebens einzubeziehen.

stimmt sicher      stimmt etwas      weiß nicht      stimmt eher nicht      stimmt sicher nicht  
○-----○-----○-----○-----○

8. Man sollte bei jeder wichtigen Entscheidung Gottes Führung suchen.

stimmt sicher      stimmt etwas      weiß nicht      stimmt eher nicht      stimmt sicher nicht  
○-----○-----○-----○-----○

9. Obwohl ich religiös bin, denke ich, daß es wichtigere Dinge im Leben gibt.

stimmt sicher      stimmt etwas      weiß nicht      stimmt eher nicht      stimmt sicher nicht  
○-----○-----○-----○-----○

10. Solange ich ein anständiges Leben führe, spielt es keine so große Rolle, was ich glaube.

stimmt sicher      stimmt etwas      weiß nicht      stimmt eher nicht      stimmt sicher nicht  
○-----○-----○-----○-----○

## Trennschärfekoeffizienten und Schwierigkeitsindices für den Fragebogen

### Selbsteinschätzung

|  | <b>Trennschärfe</b> | <b>Schwierigkeit</b> |
|--|---------------------|----------------------|
| Als wie religiös würden Sie sich selbst beschreiben?     | 0,8089              | 0,70                 |
| Wie wichtig ist Ihnen Ihr religiöser Glaube?             | 0,8764              | 0,66                 |
| Ziehen Sie persönlich aus Ihrem Glauben Trost und Kraft? | 0,7771              | 0,69                 |

$\alpha = 0,9084$

### Glaubensaussagen

|  | <b>Trennschärfe</b> | <b>Schwierigkeit</b> |
|--|---------------------|----------------------|
| Es gibt eine höhere Macht, mehr läßt sich nicht sagen.                           | 0,5745              | 0,64                 |
| Es gibt einen persönlichen, liebenden Gott, zu dem ich in Beziehung treten kann. | 0,6559              | 0,79                 |
| Es gibt einen Gott, der am Ende als Weltenrichter für Gerechtigkeit sorgen wird  | 0,7207              | 0,86                 |
| Gott ist in jedem Gegenstand, jedem Wesen (Pantheismus).                         | 0,6745              | 0,87                 |
| Jesus Christus ist Gottes Sohn, er ist am Kreuz gestorben und auferstanden.      | 0,6952              | 0,71                 |
| Ich glaube an ein Leben nach dem Tod.  | 0,6880              | 0,81                 |
| Ich glaube an die Wiedergeburt (Reinkarnation).                                  | 0,7318              | 0,93                 |

$\alpha = 0,8859$

### Fragen zum Sinn des Lebens

|   | <b>Trennschärfe</b> | <b>Schwierigkeit</b> |
|---|---------------------|----------------------|
| Ich führe ein sinnerfülltes Leben.  | 0,3357              | 0,58                 |
| Ich zweifle oft daran, daß mein Leben einen Sinn hat. (r)                       | 0,4963              | 0,63                 |
| Gott verleiht meinem Leben einen tieferen Sinn.                                 | 0,3732              | 0,66                 |
| Unabhängig vom Glauben an Gott glaube ich an einen tieferen Sinn meines Lebens. | 0,4145              | 0,58                 |

r: Punkteverteilung umgekehrt, da Frage gegensinnig;  $\alpha = 0,6116$

religiöse Erfahrungen

|   | <b>Trennschärfe</b> | <b>Schwierigkeit</b> |
|---|---------------------|----------------------|
| übernatürliche Heilungen                        | 0,3869              | 0,95                 |
| Gebetserhörung                                  | 0,6108              | 0,90                 |
| Vergebung / Befreiung von Schuld                | 0,5698              | 0,91                 |
| durch ein Bibelwort tief berührt oder getroffen | 0,5132              | 0,87                 |
| überwältigendes Gefühl, Gott nahe zu sein       | 0,6353              | 0,91                 |
| Zungengebet, Zungenrede                         | 0,5425              | 0,97                 |
| Befreiung von negativen Mächten                 | 0,6156              | 0,96                 |

$\alpha = 0,8074$

übersinnliche Erfahrungen

|   | <b>Trennschärfe</b> | <b>Schwierigkeit</b> |
|---|---------------------|----------------------|
| unerklärliches Zusammentreffen von Zufällen           | 0,3557              | 0,75                 |
| Befreiung von negativen Mächten                       | 0,2595              | 0,96                 |
| spiritistische Jenseitskontakte                       | 0,3981              | 0,98                 |
| schwarzmagische Jenseitskontakte                      | 0,2661              | 0,99                 |
| Kontakt mit Außerirdischen, Ufologie                  | 0,0895              | 0,99                 |
| Pendeln, Handlesen, Tarot-Karten                      | 0,4223              | 0,95                 |
| Telepathie  | 0,4410              | 0,95                 |
| Visionen / Vorahnungen, die sich später erfüllt haben | 0,3975              | 0,86                 |
| Schutz durch Tragen von Amuletten oder Kreuzen        | 0,3575              | 0,97                 |

$\alpha = 0,6438$

### Tätigkeiten

|  | <b>Trennschärfe</b> | <b>Schwierigkeit</b> |
|--|---------------------|----------------------|
| beten                                    | 0,6434              | 0,57                 |
| Zen/Yoga                                 | 0,6159              | 0,28                 |
| Gottesdienstbesuch                       | 0,6102              | 0,49                 |
| meditieren                               | 0,8203              | 0,30                 |
| Entspannungstechniken/autogenes Training | 0,7740              | 0,37                 |
| lesen in der Bibel                       | 0,7385              | 0,36                 |
| Spenden                                  | 0,5761              | 0,72                 |

$\alpha = 0,8847$

### Lebenszufriedenheit

|                       | <b>Trennschärfe</b> | <b>Schwierigkeit</b> |
|-----------------------|---------------------|----------------------|
| Arbeit/Schule/Beruf   | 0,4747              | 0,52                 |
| Ehe/Partnerschaft     | 0,4989              | 0,58                 |
| Familie/Kinder        | 0,4582              | 0,64                 |
| Freunde/Bekannte      | 0,5158              | 0,68                 |
| Freizeit              | 0,4337              | 0,58                 |
| Finanzielle Situation | 0,5115              | 0,56                 |
| Wohnsituation         | 0,4658              | 0,70                 |
| Gesundheit            | 0,0296              | 0,46                 |

$\alpha = 0,7249$

## **Danksagung**

Mein ganz besonderer Dank gilt Herrn Prof. Dr. med. A. Brooks für die Bereitstellung des Themas und für die ausgezeichnete Betreuung. Er hatte jederzeit ein offenes Ohr für alle meine Fragen und fand immer wieder im hektischen Klinikalltag kurzfristig Zeit für Gespräche und hilfreiche Tips.

Sodann danke ich dem Institutsleiter Herrn Prof. Dr. med. H. Dilling sowie seinem Nachfolger Herrn Prof. Dr. med. F. Hohagen.

Ferner möchte ich mich bei Herrn Dr. phil. Dipl.-Psych. H.-J. Rumpf für die Beratung in statistischen Fragen und bei Frau Dipl.-Ing. A. Przywara für die Hilfe und Einarbeitung in SPSS bedanken.

Nicht zuletzt gilt mein Dank allen Ärztinnen und Ärzten sowie dem Pflegepersonal, die mich in vielfältiger Weise bei der Datenerhebung auf den Stationen unterstützt haben.

Und natürlich danke ich allen Patientinnen und Patienten, die sich in der schwierigen und oft belastenden Situation eines stationären Aufenthalts die Zeit genommen haben, an der Befragung teilzunehmen und den Fragebogen auszufüllen.

## **Lebenslauf**

Annette Christiane Haar

\* 13.11.1973 in Addis Abeba, Äthiopien

ledig

August 1976: Umzug nach Stegaurach (Bayern)  
September 1980 – Juli 1984: Besuch der Volksschule Altenburgblick in Stegaurach  
September 1984 – Juli 1986: Besuch des Franz-Ludwig-Gymnasiums in Bamberg  
August 1986: Umzug nach Kairo  
bis Mai 1993: Besuch der Deutschen Evangelischen Oberschule in Kairo mit Abschluß der deutschen Reifeprüfung  
September 1993 – August 1994: Orientierungsjahr in Frankreich (Tours)  
Arbeit mit Obdachlosen

## **Studium**

Oktober 1994: Beginn des Studiums der Humanmedizin an der Medizinischen Universität zu Lübeck  
Oktober 1997 – Juli 1994: Auslandsjahr in Graz mit Studium der Humanmedizin und der katholischen Theologie an der Karl-Franzens-Universität Graz  
Dezember 1998: Auswahl des Dissertationsthemas  
Juli - Dezember 1999: Datenerhebung  
April 2001 – Mai 2002: Praktisches Jahr mit den Tertialen Gynäkologie (Irland), Chirurgie (Argentinien) und Innere Medizin (Bad Oldesloe)  
Oktober 2002: Dritter Abschnitt der ärztlichen Prüfung und Abschluss des Studiums  
Dezember 2002 – Mai 2004: AiP in der chirurgischen Klinik Dr. Becker in Bad Krozingen  
seit Juni 2004: Assistenzärztin in der chirurgischen Klinik Dr. Becker in Bad Krozingen