

Religion und Spiritualität als relevante Dimension bei psychiatrischen Patienten

Religion and spirituality as relevant dimension in psychiatric patients



Samuel Pfeifer
Praxis Riehen bei Basel

ZUSAMMENFASSUNG

Macht Religion krank? Die Annäherung an die Beziehung zwischen psychiatrischen Syndromen und Religion/Spiritualität (R/S) erfordert die Berücksichtigung mehrerer Aspekte: die Frage der Kausalität, die Interpretation statistischer Korrelationen und die Rolle von Bewältigungsressourcen. Darüber hinaus verweist die Formulierung „relevante Dimensionen bei psychiatrischen Patienten“ auf die subjektiven, existenziellen Aspekte des Erlebens im Individuum. Die Übersicht fokussiert auf 3 große Syndrome bei psychiatrischen Patienten: Wahnvorstellungen mit religiösem Inhalt, depressive Zustände und Angststörungen. Auch wenn wahnhaftige Erfahrungen primär durch neurobiologische Mechanismen verursacht werden, so kann der Inhalt der Wahnvorstellungen doch durch kulturelle Faktoren, einschließlich religiöser Konzepte, geprägt werden. Es gibt empirische Belege dafür, dass R/S bei Patienten mit Schizophrenie eine wichtige unterstützende Rolle spielen kann. Die zweite Gruppe, die affektiven Störungen, weist ein differenzierteres Muster der Kausalität auf, da einige Untersuchungen eine höhere Inzidenz bei Patienten mit einem konservativen,

schuldorientierten religiösen Hintergrund festgestellt haben. Der Zusammenhang ist komplex, da es möglicherweise Persönlichkeitsfaktoren gibt, die Menschen zu religiösen Traditionen hinziehen. Eine Metaanalyse deutet darauf hin, dass religiöse Überzeugungen und Praktiken helfen können, mit belastenden Lebensumständen besser fertig zu werden, Sinn und Hoffnung zu geben und depressive Personen mit einer unterstützenden Gemeinschaft zu umgeben. Die dritte Gruppe, die Angststörungen, zeigt einen deutlichen Unterschied zwischen klinischen Angststörungen und komplexen Persönlichkeitskonstellationen mit einem hohen Grad an Neurotizismus. In der klinischen Gruppe konnte in einer Metaanalyse keine Korrelation zwischen R/S und der Ausprägung des Syndroms gefunden werden. Die Forschung auf dem neu entstehenden Gebiet der „spiritual struggles“ hat eine multifaktorielle Interaktion zwischen subjektiven Ängsten und religiösen Konflikten gezeigt, die stark vom Grad des Neurotizismus beeinflusst wird und ihre Wurzeln in einer komplexen Temperaments-Disposition jenseits religiöser Faktoren hat. Zusammenfassend lässt sich die Korrelation von R/S und krankheitsbedingter individueller Erfahrung in 3 Konzepten zusammenfassen: Kultur, Konflikt und Coping, moduliert durch eine neurobiologische Basis psychischer Erkrankungen.

Einleitung

Das Spannungsfeld zwischen klinischer Erfahrung und medizinischer Forschung wird selten so deutlich, wie in soziokulturellen Aspekten psychischer Erkrankungen. Dies gilt speziell für die Exploration psychiatrischer Störungen bei Patienten mit einem speziellen Bezug zu religiösen/spirituellen Aspekten. Die klinische Arbeit, selbst wenn sie forschungsorientiert ist, geht tiefer als die Anwendung von „objektiven“ Messskalen auf eine Gruppe von stratifizierten Subjekten einer Studie. Klinische Arbeit ist primär qualitativ und beschreibt das subjektive Erleben der Krankheitserfahrung im Individuum [1]. Sie hört dem Leidenden zu, in Hinblick auf seine Belastung und sein Befinden, und versucht ihn in seiner Krankheitsverarbeitung und seinen Bewältigungsversuchen zu verstehen. Damit wird klinische Psychiatrie zu einem zutiefst personenzentrierten Ansatz [2], der sich nicht immer deckt mit „objektiver Forschung“. Hört man die individuellen Geschichten, die persönlichen Perspektiven des Leidens und versucht eine existenzielle Empathie mit psychiatrischen Patienten aufzubauen, so lassen sich diese Berichte nicht in die starren Formen von Statistiken pressen. Auf der anderen Seite ist die Forschung unserer Zeit durch zahlenbasierte, techno-

logieorientierte und genetische Ansätze dominiert, sodass in vielen Feldern der Medizin die neurobiologischen Ansätze gegenüber phänomenologischen, deskriptiven Publikationen bei Weitem überwiegen. Somit gilt es nolens volens quantitative Forschung und Metaanalysen hinzuzuziehen, um sie im Kontext einer personenzentrierten Psychiatrie zu interpretieren.

Nähert man sich der Beziehung zwischen psychiatrischen Syndromen und der Rolle von Religion/Spiritualität (R/S) an, so sind mehrere Aspekte zu beachten: etwa die Frage der Kausalität, die Interpretation von statistischen Korrelationen und die Rolle von Bewältigungsressourcen, um nur einige zu nennen. Metaanalysen von komplexen Korrelationen in der Gesundheitsforschung haben ihre eigenen Herausforderungen [3]. Zuerst einmal stellt sich die Frage, wie Religiosität oder Spiritualität gemessen wird [4]. Viele Studien machen keine Differenzierung zwischen intrinsischer oder extrinsischer Religiosität, differenzieren nicht zwischen „spirituell“ und „religiös“ und fragen oft nur die Mitgliedschaft in einer Kirche oder eine religiöse Zugehörigkeit ab. Das erschwert eine Vergleichbarkeit der Studien.

Selbst wenn sie versuchen, so viele Faktoren wie möglich abzubilden, ergibt sich schließlich nur eine magere Ausbeute von statistisch robusten Schlussfolgerungen. So folgert King 2013 [5] in einer Studie mit 7403 Teilnehmenden in Großbritannien: „[Die Studie] bestätigt, dass religiöse Menschen weniger häufig Alkohol und Freizeitdrogen konsumieren, aber sie kann nicht aufzeigen, dass eine religiöse Lebensauffassung einen wirksamen Schutz gegen psychische Störungen vermittelt. Des Weiteren lässt sich nicht ableiten, dass es eine klare Korrelation zwischen Religiosität und Glück gibt.“ (S. 71)

Li et al. 2016 [6] untersuchten ein großes Sample von 48984 Pflegefachpersonen in den USA. Dabei stellten sie fest, dass „es Hinweise darauf gibt, dass eine höhere Häufigkeit des Besuchs von Gottesdiensten das Risiko einer Depression verringert und dass Frauen mit Depressionen seltener Gottesdienste besuchen“. Mehr Depressionen bei Menschen, die keine Gottesdienste besuchen, „beweisen“ also noch nicht, dass „Menschen mit weniger Religiosität“ „mehr Depressionen“ haben. Vielmehr gibt es eine umgekehrte Kausalität: „Diese Ergebnisse deuten darauf hin, dass Frauen nach dem Auftreten einer Depression eher aufhören, Gottesdienste zu besuchen. Die Selektion aus religiösen Aktivitäten könnte ein wesentlicher Faktor für die zuvor beobachteten inversen Korrelationen zwischen dem Besuch von Gottesdiensten und Psychopathologie im Erwachsenenalter sein.“ [7]. In einer weiteren Studie diskutieren VanderWeele et al. [8] die Wertigkeit kausaler Schlussfolgerungen in Längsschnittstudien und kommen zu dem Schluss, dass es Effekte in beide Richtungen geben kann, sodass Querschnittsdaten nicht geeignet sind, um Rückschlüsse auf Kausalität zu ziehen.

In einer Nachfolgeuntersuchung einer früheren Studie über die Auswirkung von R/S auf das Risiko, eine Depression zu entwickeln, untersuchten Anderson et al. [9] die Gültigkeit früherer positiver Tendenzen in der Lebensmitte in derselben Kohorte. Interessanterweise war die positive Wirkung des religiösen Engagements in jüngeren Jahren nun einem komplexeren Bild gewichen, das eine Variation „über die Entwicklung im Erwachsenenalter hinweg zeigte, wobei das Risiko für Depressionen in Verbindung mit R/S in der Lebensmitte möglicherweise einen Entwicklungsprozess abbildet“. Betrachtet man also statistische Korrelationen, so lässt sich daraus keine Kausalität ableiten. Diese grundlegende Feststellung gilt es in der folgenden Darstellung von großen psychiatrischen Krankheitsbildern in Erinnerung zu behalten: religiös gefärbte Psychosen, affektive Störungen und Angststörungen.

Psychosen mit religiösen Inhalten

Keine Form der Psychopathologie erweckt so viel öffentliche Aufmerksamkeit und morbide Faszination wie der Bereich der religiösen Wahnvorstellungen. Die Diskrepanz zwischen grandiosen Schwärmereien und desorganisiertem Verhalten, zwischen heiligen Worten und unheiligem Auftreten, zwischen mystischen Erfahrungen und anstößigem Verhalten führt im besten Fall zu mitleidiger Ablehnung und im schlimmsten Fall zu religiösen Unruhen. Historische Darstellungen des „religiösen Wahns“ finden sich in einem 2-bändigen, 1200 Seiten starken Lehrbuch des deutschen Psychiaters K. W. Ideler (1795–1860) [10, 11], der ärztlicher Direktor der psychiatrischen Abteilung der Berliner Charité war. Er sah einen „religiösen Wahnsinn“ bei den antiken Mystikern in der Wüste, bei den Flagellanten des 11. Jahrhunderts, in den Besessenheitsepidemien in mittelalterlichen Klöstern sowie in radikalen religiösen Bewegungen während der Reformation, um nur einige der von ihm behandelten Beispiele zu nennen. 1879 beschreibt Krafft-Ebing [12] die „Paranoia chronica (acuta) hallucinatoria religiosa“ (S. 293) und spricht von „Theomanie“. In ihrer Faszination bezüglich der bizarren und grotesken religiösen Inhalte von Wahnvorstellungen versäumten es die Autoren jedoch zumeist, den Respekt vor gesunder Religion angemessen zum Ausdruck zu bringen und auf den Unterschied zwischen funktionalen und dysfunktionalen Aspekten der Religion einzugehen. Obwohl William James [13] in seinem bahnbrechenden Werk über die Vielfalt religiöser Erfahrungen das Thema religiöser Wahnvorstellungen nicht direkt ansprach, bezeichnete er die religiöse Mystik nur als die eine Hälfte des großen mystischen Stroms, während das wahnhaft Irresein die andere „diabolische“ Hälfte der Mystik darstelle (S. 372).

In den letzten 30 Jahren wurde eine zunehmende Anzahl von Studien publiziert, die versuchen, das Thema religiöse Wahnvorstellungen auf „objektivere“, wissenschaftliche Weise anzugehen, indem sie einerseits Phänomenologie, Anthropologie und Kultursoziologie einsetzen, um die Natur dieses vielschichtigen Phänomens zu erforschen [14]. Religiöse Wahnvorstellungen sind in allen großen Kulturen auf allen Kontinenten beschrieben worden. Die Prävalenz ist jedoch je nach Land und soziokulturellem Kontext sehr unterschiedlich (zwischen 5 % in China und 21 % in Deutschland, sogar 44 % in Malaysia) und lässt darauf schließen, dass unterschiedliche Definitionen von R/S und von „religiösem Wahn“ angewendet wurden [15]. Die höchste Prävalenz wurde mit 70 % der schizophrenen Patienten im Stamm der Xhosa in Südafrika berichtet [16]. Eine Metaanalyse zur Thematik der Sinnggebung im religiösen Wahn stammt von Bhavsar und Bhugra [17]. Darin kommen sie zum Schluss, dass religiöse Rituale und Erwartungen der Familie eine wesentliche Rolle in der Entstehung und der Aufrechterhaltung von Wahnideen spielen.

Angesichts sehr unterschiedlicher Definitionen ergab sich die Notwendigkeit einen Algorithmus zur besseren Konzeption von Wahnideen und Halluzinationen mit religiösem Inhalt zu entwickeln. Siddle beschreibt folgende Faktoren, die zur Diagnose eines religiösen Wahns notwendig sind [18]:

- Überzeugungen werden mit absoluter Gewissheit vertreten, können bizarr sein und lassen sich nicht mit rationalen Argumenten oder Zweifeln korrigieren,
- zusätzliche klinische Symptome einer psychotischen Störung,
- religiöse Inhalte (Gott, Satan, Prophezeiungen, Geister, Engel),
- die Vorstellungen sind in der Subkultur (peer group) des Patienten nicht akzeptabel und
- Lebensstil/Ziele deuten eher auf eine psychotische Episode als auf eine bereichernde Lebenserfahrung hin.

Eine interessante anamnestische Studie verglich Patienten mit einem religiösen Wahn in der Charité Berlin und im Psychiatrischen Bezirkskrankenhaus in Regensburg in den Jahren zwischen 1980 und 1985 zur Zeit der innerdeutschen Teilung [19]. Während die Charité Patienten aus dem weitgehend säkularisierten Umfeld Ost-Berlins aufnahm, war die Bevölkerung im Einzugsgebiet Regensburg zu 80 % katholisch geprägt. Religion wurde mit allgemeinen Begriffen von Transzendenz definiert, eingeschlossen ein Glaube an übernatürliche Kräfte, Geister und Aberglaube. Die Ergebnisse waren deutlich: Religiöser Wahn trat in Ost-Berlin signifikant weniger häufig auf als in Regensburg (11,6 % zu 28,6 %, $p = 0,0046$). Die Autoren kamen zum Schluss, dass das Auftreten des religiösen Wahnes im Rahmen schizophrener Erkrankungen im Wesentlichen kulturbedingt sei. Der religiöse Wahn sei als ein Sekundärsymptom der Schizophrenie einzuordnen.

Eine holländische Studie untersuchte prospektiv den Effekt eines religiösen Wahns auf den Verlauf einer Psychose bei einer älteren Population [20]. Dabei wurde bei 137 Patienten mit einem Durchschnittsalter von 76,3 Jahren unterschieden zwischen religiösem Wahn und anderen Wahnthemen. Es zeigte sich eine nicht signifikante Tendenz zu einem ungünstigeren Verlauf bei Vorliegen religiöser Wahnvorstellungen. Bei Schizophrenie persistieren religiöse Wahnvorstellungen häufiger als die am häufigsten auftretenden Wahnvorstellungen. Hinsichtlich der Indikatoren für die klinische Komplexität wurde kein signifikanter Unterschied zwischen Patienten mit und Patienten ohne religiösen Wahn festgestellt.

So spannend und schillernd die Psychopathologie religiöser Wahnvorstellungen ist, so wurde lange Zeit vernachlässigt, welchen Beitrag eine individuelle R/S im weitesten Sinne zum Coping bei Menschen mit einer Schizophrenie leistet. Ein Forschungsteam in Genf [21] unternahm es, 115 ambulant behandelte Patienten mit einer psychotischen Grunderkrankung mit einem halbstrukturierten Interview zur Rolle der Religion für die Bewältigung ihrer Einschränkungen zu befragen. Die Resultate waren überraschend: Für 71 % vermittelte ihr Glaube Hoffnung, Sinn und Bedeutung in ihrem Leben. 14 % erlebten Religion als konfliktthaft. Zudem berichteten die untersuchten Patienten,

dass ihnen der Glaube helfe, psychotische und Basissymptome ihrer Erkrankung zu vermindern, während es bei 10 % zu einer Verstärkung kam. 28 % berichteten über eine verbesserte soziale Integration durch Religion, während 3 % sich stärker isoliert fühlten. Das Suizidrisiko verminderte sich um 33 %, während 10 % angaben, durch Religion eher stärker suizidal zu sein. Die Autoren schlussfolgern, dass Religion eine wichtige Ressource für das Coping schizophrener Patienten sein könne und deshalb in der psychosozialen Versorgung eine wichtige Rolle spielen könne.

Zusammenfassend lässt sich also sagen, dass das Phänomen des religiösen Wahns sehr breit gefächert und äußerst individuell ausgestaltet ist. Die prägende Umgebungskultur spielt eine wichtige Rolle. Die Komplexität der beitragenden Faktoren macht es schwer, eine einheitliche methodische Strategie in den unterschiedlichen Studien zu finden. Grundtenor der neueren Untersuchungen ist, dass sich keine Kausalität der Religion für das Auftreten einer Psychose findet, sondern, dass der religiöse Wahn am ehesten als kulturell ausgestaltetes Sekundärsymptom zu verstehen ist.

Affektive Störungen

In einem Review von Bonelli et al. [22] wurden 444 quantitative Studien zu der Beziehung zwischen Religion und Depression untersucht, die in den Jahren zwischen 1962 und 2011 publiziert wurden. 60 % berichten von weniger Depressionen und einer schnelleren Remission von Depressionen bei denjenigen, die mehr R/S haben, oder von einer Verringerung des Schweregrads der Depression als Reaktion auf eine R/S-Intervention. Im Gegensatz dazu berichten nur 6 % von einer stärkeren Depression. Von den 178 methodisch rigorosesten Studien fanden 119 (67 %) einen inversen Zusammenhang zwischen R/S und Depression, d. h. Menschen mit einer ausgeprägteren Religiosität zeigen weniger Depressionen. Religiöse Überzeugungen und Praktiken können Menschen helfen, mit belastenden Lebensumständen besser fertig zu werden, sie geben Sinn und Hoffnung und umgeben depressive Menschen mit einer unterstützenden Gemeinschaft. Bei einigen Bevölkerungsgruppen oder Einzelpersonen können religiöse Überzeugungen jedoch Schuldgefühle verstärken [23, 24] und zu Entmutigung führen, da die Menschen den hohen Standards ihrer religiösen Tradition nicht gerecht werden [25, 26].

Eine interkulturelle Studie durch ein holländisches Team [27] verglich religiöse Bewältigungsstrategien bei 4 kulturellen Gruppen: Niederländisch als Muttersprache $N = 309$, marokkanisch $N = 180$, türkisch $N = 202$, surinamisch $N = 85$. Dabei verwendeten sie den R-COPE von Pargament et al. [28] und das psychopathologische Inventar der SCL-90-R. Auch wenn sich einige tendenzielle Korrelationen ergaben, ließ sich daraus keine Kausalität ableiten. Über alle kulturellen Hintergründe hinweg gab es eine Korrelation zwischen depressiven Symptomen und negativen re-

ligiösen Vorstellungen: „Ich frage mich, ob Gott mich im Stich gelassen hat“ oder Bestrafung durch Gott, Wut auf Gott oder Zweifel an der Existenz Gottes. Ihre Schlussfolgerung: In der Depression drückt sich oft eine innere Leere aus, unabhängig vom religiösen Hintergrund.

Wie sieht es nun mit dem prospektiven Effekt von Religion als protektivem Faktor gegen Depressionen aus? Dieser Frage gingen Braam und Koenig [29] in einer systematischen Metaanalyse von 152 prospektiven Studien nach. Die Ergebnisse: 49% fanden eine signifikante Korrelation zwischen R/S und einem besseren Verlauf der Depression. Bei 41% der Studien ergab sich keine Signifikanz und bei 10% waren die Ergebnisse negativ oder unklar. Insbesondere bei Personen mit einer klinischen Symptomatik war R/S signifikant häufiger schützend ($d = -0,37$). In jüngeren Stichproben und in Stichproben von Patienten mit medizinischen Erkrankungen war R/S weniger häufig schützend. Studien mit umfassenderer Berücksichtigung von zusätzlichen Variablen zeigten signifikant häufiger einen Zusammenhang mit weniger Depressionen. Geografische Unterschiede in den Ergebnissen fanden sich nicht.

Eine differenzierte Betrachtung von Religiosität und Depression ergab sich in einer Studie von Schettino et al. [30], die den Einfluss von Religiosität auf die Responderate von depressiven Patienten auf SSRI untersuchten. Dabei gab sich eine umgekehrte U-Kurve: Menschen mit einer niedrigen oder fehlenden Religiosität sprachen weniger gut an – dasselbe galt aber auch für Menschen mit einer hohen Religiosität. Die besten Ansprechraten ergaben sich bei Patienten mit einer mittleren Religiosität. Daraus ließe sich die klinische Erfahrung belegen, dass eine übermäßig hohe Religiosität mit engen Strukturen und hohen moralischen Forderungen gerade für depressive Menschen zusätzliche Belastungen und Konflikte erzeugt, die der Symptombesserung abträglich sind. Betrachtet man die Vielzahl von Studien in den letzten 50 Jahren, die nur schon für die Metaanalysen herangezogen wurden, so erscheint der kurze Überblick inadäquat zur Behandlung der Frage, wie sich Religiosität auf die Entstehung, den Verlauf und die Remissionsraten einer Depression auswirkt. Interessierte Leser finden aber in den Metaanalysen eine Fülle von weiteren Literaturhinweisen. Zusammenfassend beschreibt Braam [31] den Wissensstand in einem Übersichtskapitel wie folgt:

- Religiosität steht in gewissem Zusammenhang mit einer besseren psychischen Gesundheit in der Gesellschaft und stellt eine Ressource für die adaptive Bewältigung von persönlichem Leid dar (umfangreiche Evidenz).
- Die Erholungsraten von Depressionen sind bei Patienten, die ihrem religiösen Glauben einen hohen Stellenwert beimessen und gut in eine religiöse Gemeinschaft integriert sind, erkennbar besser (einige Evidenz).
- Während depressiver Episoden sind negative Gefühle wie Enttäuschung und Unzufriedenheit mit Gott oder

das Gefühl, von Gott abgelehnt zu werden, sehr verbreitet (gute Evidenz).

- Religiöse Überzeugungen und Praktiken sind unter Psychatriepatienten weit verbreitet; die Häufigkeit des Gebets, unabhängig davon, ob es zur Genesung beiträgt, ist möglicherweise noch weiter verbreitet (einige Evidenz).
- Depressive Patienten mit einem engen christlichen Hintergrund scheinen eher Symptome zu zeigen, die auf Schuldgefühle hindeuten (einige Evidenz).

Angststörungen

Angst ist eine der grundlegendsten Emotionen des Menschen. In ihrer Warnfunktion sichert sie das Überleben in einer unberechenbaren Umwelt. Wenn sie aber entgleist, dann wird sie zur Qual und überschattet das Leben in vielen Bereichen, führt zu intensiven vegetativen Misempfindungen, engt den psychosozialen Radius ein und hindert Menschen an der Entfaltung ihrer Möglichkeiten. In der psychopathologischen Diagnostik werden eine ganze Reihe von Angststörungen differenziert, insbesondere die „klassischen Angststörungen“ (etwa die generalisierte Angststörung oder die soziale Phobie), sodann trauma- und belastungsbezogenen Störungen sowie das Spektrum der Zwangsstörungen (OCD). Vieles deutet auf eine familiäre Häufung von Angststörungen, wobei die Symptomatologie in der Kombination von genetischen Anlagefaktoren und individuellen psychosozialen Belastungen geprägt wird [32].

Nun gibt es aber noch eine zweite Konzeptualisierung der Angst, die früher in der „Neurosenlehre“ und in der Psychodynamik psychischer Auffälligkeiten thematisiert wurden. Heute finden sie ihren Niederschlag in der Persönlichkeitsdiagnostik, insbesondere im Konzept des „Neurotizismus“, der eine der 5 Skalen des anerkannten NEO-5-Faktoren-Inventars [33] darstellt.

Beginnen wir mit den Angstsyndromen im engeren Sinne. Hier gibt es nur wenige Studien zur Korrelation von Religion und klinischen Angststörungen. Eine Metaanalyse untersuchte den Einfluss von religiösen Aspekten und persönlichen Überzeugungen auf psychologisches Verhalten mit einem Schwerpunkt auf Angststörungen [34]. Die Autoren beklagen einmal mehr die unterschiedlichen Herangehensweisen an die Thematik, die eine Vergleichbarkeit der Resultate erschwert. Sie kommen zum Schluss, dass Religion sich in vielen Studien als wichtiger Coping-Faktor in der Bewältigung der Angst erwiesen, sich aber keine robuste Korrelation zwischen klinischen Angststörungen und Religiosität ergeben habe. Damit bestätigten sie eine frühere Studie von Shreve-Neiger und Edelstein [35]. Diese hatten nur 17 Studien gefunden, die eine empirische Korrelation zwischen Angststörungen und Religiosität untersuchten. Dabei stellten sie fest, dass nicht wenige Studien zu fehlerhaften Resultaten kamen, weil sie nicht zwischen „Korrelation“ und „Kausalität“ unterschieden. Sie regen

an, eine breitere Auswahl von Studiengruppen in Hinblick auf Demografie und Religionszugehörigkeit vorzunehmen, um zu versuchen, validere Ergebnisse zu erzielen. Es deutet jedoch vieles darauf hin, dass eine „intrinsische“ (aktiv gelebte) Spiritualität gerade Menschen im höheren Lebensalter in der Bewältigung von Ängsten helfe. In der zitierten englischen Studie von King et al. [5] konnten die Autoren keinen Zusammenhang zwischen Angststörungen und R/S feststellen, weder im positiven noch im negativen Sinne, allerdings hielten sie auch fest, dass ein religiöses oder spirituelles Leben keine Garantie für seelische Gesundheit sei.

Anders sieht das Forschungsfeld von Neurotizismus und Religion aus. Betrachtet man Neurotizismus als Vulnerabilitätsfaktor [36], so hat dieser einen Einfluss auf die Metakognitionen einer Person [37]. Dabei führen konflikthafte oder subjektiv bedrohliche Metakognitionen zu negativen angstbesetzten Affekten, die dann als ausgeprägter Stress erlebt werden. Diese maladaptiven Denkstile stehen in enger Beziehung zu einer grundlegenden Persönlichkeitskonstellation (trait anxiety), die in dem Begriff des Neurotizismus operationalisiert werden. Dabei muss festgehalten werden, dass diese unangenehmen Affekte zwar oft mit Angst verbunden sind, aber nicht den Grad einer klinischen Angststörung erreichen – sie sind also „unterschwellige“ Störungen (subthreshold disorders) [38].

Hier gibt es nun einige empirische Forschungen zum Einfluss von R/S auf ein konflikthafte/angstbesetztes Erleben. In der Religionspsychologie wurde in den letzten 15 Jahren der Begriff der „religious struggles“ durch breite empirische Studien etabliert. Exline et al. [39] validierten einen Fragebogen für religiöse Konflikte und arbeiteten 6 wesentliche Bereiche heraus. In der Auseinandersetzung mit Religion benennen die Befragten folgende Bereiche:

- Negatives Gottesbild, z. B. Zorn auf Gott, Gefühl von Gott gestraft oder kontrolliert zu werden,
- dämonische Attributionen: das Gefühl, von Satan oder Dämonen geplagt zu werden,
- interpersonelle Konflikte, z. B. über religiöse Ansichten, oder Konflikte mit organisierter Religion,
- Doubt: Zweifel und Fragen rund um den Glauben,
- moralische Konflikte: Schuldgefühle über vermeintliche Verfehlungen und Sünden (oft sexuell konnotiert) und
- Konflikte bezüglich des tieferen Lebenssinns.

Untersucht man den Zusammenhang von derartigen Konflikten mit der Persönlichkeitsstruktur, so ergeben sich deutliche Zusammenhänge mit den Persönlichkeitseigenschaften der untersuchten Probanden. In einer Studie mit 1047 Erwachsenen via Online-Befragung und 3083 Studierenden [40] ergaben sich folgende Befunde: Probanden mit hohen Werten bei Verträglichkeit und Gewissenhaftigkeit haben niedrige religiöse Konflikte; Probanden mit hohen Werten bei Neurotizismus zeigten hohe Werte bei r/s-Konflikten (ca. 26–36%), sogar höher als Probanden mit einer hohen Religiosität (ca. 13–16%). Allerdings beeinflusst Re-

ligiosität als soziokultureller Faktor die Themen, z. B. Zweifel am Glauben oder die Vermutung einer dämonischen Kausalität von psychischen Problemen [41]. Schließlich zeigte sich (nicht überraschend), dass religiöse Konflikte einen Einfluss auf das Wohlbefinden haben (allerdings deutlich weniger als Neurotizismus). Insgesamt lässt sich aufgrund dieser empirischen Befunde sagen: Menschen mit einer hohen Tendenz zu Ängstlichkeit (Neurotizismus) leiden vermehrt an religiösen Konflikten und erleben daher Religion deutlich belastender als Menschen mit einer anderen Temperamentskonstellation. Einmal mehr ist aber aus dieser Korrelation nicht unbedingt eine Kausalität abzuleiten. Viel eher könnte man von einer problematischen Konstellation von Persönlichkeit und R/S-Aspekten der soziokulturellen Prägung sprechen. Religion wird insbesondere dann als bedrückend, schulderzeugend und einengend erlebt, wo sie in Konflikt mit individuellen Strebungen, Trieben und Wünschen gerät, die religiösen Leitlinien zuwiderlaufen [42].

FAZIT

Macht Religion krank? Diese Frage lässt sich empirisch nicht einfach beantworten, zumal die Forschung durch vielfältige methodische Probleme erschwert wird. In keiner der 3 großen Störungsgruppen konnte eine Kausalität von R/S auf die Entstehung der Problematik gezeigt werden. Aus der Literatur ergeben sich 3 große Merkmale für den Zusammenhang von R/S und psychischen Problemen: Kultur – Konflikt – Coping, moduliert durch grundlegende neurobiologische Einflüsse. Oftmals sind es kulturelle Faktoren, die ein Zustandsbild auch inhaltlich prägen und den Eindruck einer „religiösen“ Störung vermitteln. Erhebliches Konfliktpotenzial haben religiöse Lehren oder subkulturelle Regeln und Einengungen bei Menschen mit einem von einem erhöhten Neurotizismuswert geprägten Persönlichkeitsprofil. Protektive Elemente zeigen sich hingegen bei der Ausprägung und beim Verlauf von depressiven Zustandsbildern. R/S kann als wichtige subjektive Quelle der Bewältigung der Belastungen durch eine seelische Störung und ihre psychosozialen Auswirkungen erlebt werden.

Interessenkonflikt

Erklärung zu finanziellen Interessen

Forschungsförderung erhalten: nein; Honorar/geldwerten Vorteil für Referententätigkeit erhalten: nein; Bezahler Berater/interner Schulungsreferent/Gehaltsempfänger: nein; Patent/Geschäftsanteile/Aktien (Autor/Partner, Ehepartner, Kinder) an Firma (Nicht-Sponsor der Veranstaltung): nein; Patent/Geschäftsanteile/Aktien (Autor/Partner, Ehepartner, Kinder) an Firma (Sponsor der Veranstaltung): nein.

Erklärung zu nicht finanziellen Interessen

Der Autor gibt an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Korrespondenzadresse

Prof. Dr. med. Samuel Pfeifer

Psychiatrie & Psychotherapie FMH
Chrischonaweg 50, 4125 Riehen bei Basel, Schweiz
praxis.samuelpfeifer@gmail.com

Litertaur

- [1] Kleinman A. Rethinking Psychiatry: From Cultural Category to Personal Experience. New York: Free Press; 1988
- [2] Akhtar N, Forchuk C, McKay K et al. Handbook of PersonCentered Mental Health Care. Boston: Hogrefe Publishing; 2021
- [3] Cuijpers P. Meta-analyses in mental health research. A practical guide. Amsterdam: Vrije Universiteit; 2016 www.researchgate.net/; Zugriff am 28.06.2022
- [4] Koenig HG. Concerns about measuring “spirituality” in research. *J Nerv Ment Dis* 2008; 196: 349–355
- [5] King M, Marston L, McManus S et al. Religion, spirituality, and mental health: results from a national study of English households. *Br J Psychiatry* 2013; 202(1): 68–73. doi:10.1192/bjp.bp.112.112003
- [6] Li S, Okereke OI, Chang SC et al. Religious Service Attendance and Lower Depression Among Women-a Prospective Cohort Study. *Ann Behav Med* 2016; 50(6): 876–884. doi:10.1007/s12160-016-9813-9
- [7] Maselko J, Hayward RD, Hanlon A et al. Religious service attendance and major depression: a case of reverse causality? *Am J Epidemiol* 2012; 175(6): 576–583. doi:10.1093/aje/kwr349
- [8] VanderWeele TJ, Jackson JW, Li S. Causal inference and longitudinal data: a case study of religion and mental health. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2016; 51(11): 1457–1466. doi:10.1007/s00127-016-1281-9
- [9] Anderson MR, Wickramaratne P, Svob C et al. Religiosity and Depression at Midlife: A Prospective Study. *Religions* 2021; 12(1): 28. doi:10.3390/rel12010028
- [10] Ideler KW. Versuch einer Theorie des religiösen Wahnsinns. Ein Beitrag zur Kritik der religiösen Wirren der Gegenwart. Erster Theil. Die Erscheinungen des religiösen Wahnsinns. Halle (Saale): Schwetschke CA und Sohn; 1848
- [11] Ideler KW. Versuch einer Theorie des religiösen Wahnsinns. Ein Beitrag zur Kritik der religiösen Wirren der Gegenwart. Zweiter Theil. Die Entwicklung des religiösen Wahnsinns. Halle (Saale): Schwetschke CA und Sohn; 1850
- [12] v. Kraft-Ebing R. Die religiöse Verrücktheit. In ders.: Lehrbuch der Psychiatrie auf klinischer Grundlage für practische Ärzte und Studierende. Band I. Die Allgemeine Pathologie und Therapie des Irreseins. Stuttgart: Enke; 1879
- [13] James W. Die Vielfalt religiöser Erfahrung. Eine Studie über die menschliche Natur. Olten, Freiburg i. Br.: Walter; 1979
- [14] Demling JH. Gesunde Religiosität oder religiöser Wahn? *DNP – Der Neurologe und Psychiater* 2016; 17: 44–49. doi: 10.1007/s15202-016-1041-4
- [15] Mohr S, Pfeifer S. Delusions and hallucinations with religious content. In: Huguelet P, Koenig HG (eds) *Religion and Spirituality in Psychiatry*. New York: Cambridge University Press; 2009: 81–96
- [16] Connell A, Koen L, Niehaus D et al. Religious Delusions in a Xhosa Schizophrenia Population. *J Relig Health* 2015; 54(5): 1555–1562. doi:10.1007/s10943-014-9860-0
- [17] Bhavsar V, Bhugra D. Religious delusions: finding meanings in psychosis. *Psychopathology* 2008; 41(3): 165–172. doi:10.1159/000115954
- [18] Siddle R, Haddock G, Tarrier N et al. Religious delusions in patients admitted to hospital with schizophrenia. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2002; 37(3): 130–138. doi:10.1007/s001270200005
- [19] Pfaff M, Quednow BB, Brüne M et al. Schizophrenie und Religiosität--Eine Vergleichsstudie zur Zeit der innerdeutschen Teilung. *Psychiatr Prax* 2008; 35(5): 240–246. doi:10.1055/s-2007-986349
- [20] Noort A, Braam AW, Koolen JCM et al. Religious delusions in Dutch older adults in treatment for psychosis: a follow-up study. *Int Psychogeriatr* 2022; 1–13. doi:10.1017/S1041610222000102
- [21] Mohr S, Brandt PY, Borras L, et al. Toward an integration of spirituality and religiosity into the psychosocial dimension of schizophrenia. *Am J Psychiatry* 2006; 163(11): 1952–1959. doi:10.1176/ajp.2006.163.11.1952
- [22] Bonelli R, Dew RE, Koenig HG, et al. Religious and spiritual factors in depression: review and integration of the research. *Depress Res Treat* 2012; 2012: 962860. doi:10.1155/2012/962860
- [23] Braam AW, Sonnenberg CM, Beekman ATF, et al. Religious denomination as a symptom-formation factor of depression in older Dutch citizens. *Int J Geriatr Psychiatry* 2000; 15: 458–466
- [24] Stompe T, Ortwein-Swoboda G, Chaudhry HR, et al. Guilt and depression: a cross-cultural comparative study. *Psychopathology* 2001; 34: 289–298
- [25] Hess E. The centrality of guilt: working with ultra-orthodox Jewish patients in Israel. *Am J Psychoanal* 2014; 74(3): 262–279. doi:10.1057/ajp.2014.23
- [26] Dein S. The Origins of Jewish Guilt: Psychological, Theological, and Cultural Perspectives. *J Spiritual Ment Health* 2013; 15: 123–137
- [27] Braam AW, Schrier AC, Tuinebreijer WC, et al. Religious coping and depression in multicultural Amsterdam: a comparison between native Dutch citizens and Turkish, Moroccan and Surinamese/Antillean migrants. *J Affect Disord* 2010; 125: 269–78. doi: 10.1016/j.jad.2010.02.116
- [28] Pargament KI. *The Psychology of Religion and Coping: Theory, Research, Practice*. New York: The Guilford Press; 1998
- [29] Braam AW, Koenig HG. Religion, spirituality, and depression in prospective studies: A systematic review. *J Affect Disord* 2019; 257: 428–438. doi: 10.1016/j.jad.2019.06.063
- [30] Schettino JR, Olmos NT, Myers HF, et al. Religiosity and treatment response to antidepressant medication: A prospective multi-site clinical trial. *Ment Health Relig Cult* 2011; 14: 805–818. doi: 10.1080/13674676.2010.527931
- [31] Braam AW. Religion/Spirituality and Mood Disorders. In: Huguelet P, Koenig HG (eds) *Religion and Spirituality in Psychiatry*. New York: Cambridge University Press; 2009, 97–113
- [32] van Sprang ED, Maciejewski DF, Milaneschi Y, et al. Familial risk for depressive and anxiety disorders: associations with genetic, clinical, and psychosocial vulnerabilities. *Psychol Med* 2022; 52(4): 696–706. doi:10.1017/S0033291720002299

- [33] Borkenau P, Ostendorf F. NEO-Fünf-Faktoren-Inventar nach Costa und Mc Crae. Göttingen: Hogrefe; 2008.
- [34] Agorastos A, Demiralay C, Huber CG. Influence of religious aspects and personal beliefs on psychological behavior: focus on anxiety disorders. *Psychol Res Behav Manag* 2014; 7: 93–101. doi:10.2147/PRBM.S43666
- [35] Shreve-Neiger AK, Edelstein BA. Religion and anxiety: a critical review of the literature. *Clin Psychol Rev* 2004; 24(4): 379–397. doi:10.1016/j.cpr.2004.02.003
- [36] Nordahl H, Hjemdal O, Hagen R, et al. What Lies Beneath Trait-Anxiety? Testing the Self-Regulatory Executive Function Model of Vulnerability. *Front Psychol* 2019; 10: 122. doi:10.3389/fpsyg.2019.00122
- [37] Wells A. *Metacognitive Therapy for Anxiety and Depression*. New York: The Guilford Press; 2009
- [38] Witlox M, Garnefski N, Kraaij V, et al. Prevalence of anxiety disorders and subthreshold anxiety throughout later life: Systematic review and meta-analysis. *Psychol Aging* 2021; 36(2): 268–287. doi:10.1037/pag0000529
- [39] Exline JJ, Pargament KI, Grubbs JB et al. The Religious and Spiritual Struggles Scale: Development and initial validation. *Psycholog Relig Spiritual* 2014; 6: 208–222
- [40] Wilt JA, Grubbs JB, Pargament K et al. Religious and Spiritual Struggles, Past and Present: Relations to the Big Five and Well-Being. *Int J Psychol Relig* 2017; 27: 51–64
- [41] Pfeifer S. Religionssensibler therapeutischer Umgang mit Dämonenglaube und Okkultdeutung. In: Mönter N, et al. (Hrsg.) *Religionssensible Psychotherapie und Psychiatrie. Basiswissen und Praxis-Erfahrungen*. Stuttgart: Kohlhammer; 2020: 175–181
- [42] Pfeifer S. Religiöse Ängste und Neurosen. In: Utsch M, et al. (Hrsg.) *Psychotherapie und Spiritualität. Mit existenziellen Konflikten und Transzendenzfragen professionell umgehen*. Berlin: Springer; 2018: 163–171

Bibliografie

Nervenheilkunde 2022; 41: 826–832

DOI 10.1055/a-1924-0976

ISSN 0722-1541

© 2022. Thieme. All rights reserved.

Georg Thieme Verlag KG, Rüdigerstraße 14,
70469 Stuttgart, Germany

Punkte sammeln auf CME.thieme.de



Diese Fortbildungseinheit ist in der Regel 12 Monate online für die Teilnahme verfügbar. Unter <https://eref.thieme.de/CXKNKH6> oder über den QR-Code kommen Sie direkt zur Startseite des Wissenstests und zum Artikel. Sie finden dort auch den genauen Einsendeschluss. Sollten Sie Fragen zur Online-Teilnahme haben, finden Sie unter <https://cme.thieme.de/hilfe> eine ausführliche Anleitung.

Wir wünschen viel Erfolg beim Beantworten der Fragen!

VNR 2760512022161724267



Frage 1

Die klinische Erforschung psychiatrischer Erkrankungen unterscheidet sich von objektiver Forschung. Welche der folgenden Aussagen stimmt *nicht*?

- A Sie geht auf den leidenden Menschen als Person ein.
- B Sie ist primär qualitativ und nicht quantitativ.
- C Sie trägt weniger zum Erkenntnisgewinn bei als neurobiologisch-technologische Forschung.
- D Sie baut eine existenzielle Empathie mit dem Patienten auf.
- E Sie erfragt die subjektive Erfahrung des Leidens.

Frage 2

Welche Aspekte sind in der Beziehung zwischen psychiatrischen Syndromen und der Rolle von Religion/Spiritualität (R/S) zu beachten?

- A Feststellung der Mitgliedschaft in einer Kirche.
- B Häufigkeit guter Taten, die von einer Religion empfohlen werden.
- C Der Glaube an Engel oder guten Geistern.
- D Differenzierung zwischen intrinsischer und extrinsischer Religiosität.
- E Feststellung des Herkunftslandes und seiner religiösen Kultur.

Frage 3

Welches Element in einem Algorithmus zur Feststellung eines Wahns mit religiösen Inhalten ist vernachlässigbar?

- A Überzeugungen werden mit absoluter Gewissheit vertreten und lassen sich nicht anzweifeln.
- B Die Inhalte gelten auch in der religiösen Subkultur des Patienten als „bizarr“ oder nicht akzeptabel.
- C Die Wahninhalte werden durch religiöse Figuren (Gott, Engel, Teufel) bestimmt.
- D Zusätzliche klinische Symptome, die auf eine Psychose hindeuten.
- E Die Symptome treten nach dem Besuch einer Kirche oder einer Moschee auf.

Frage 4

In einer deutschen Studie wurde die Häufigkeit von religiösen Wahnideen bei schizophrenen Patienten in Ost-Berlin und in Regensburg verglichen. Weshalb traten religiöse Wahnideen in Ost-Berlin weniger häufig auf als in Regensburg?

- A Berlin ist urbaner und fortschrittlicher als andere Regionen Deutschlands.
- B Religiöse Wahnideen sind durch die umgebende Kultur beeinflusst – diese war in den beiden Städten sehr unterschiedlich geprägt.
- C Regensburg ist bayrisch geprägt, in Berlin gibt es mehr türkische Bewohner.
- D Die Studie hat zu wenige Patienten befragt.
- E Berliner Patienten wagten in der DDR nicht über Religion zu reden.

Frage 5

Eine Studie aus Genf untersuchte die Bedeutung des Glaubens für ambulante Patienten mit einer Schizophrenie. Welche der folgenden Aussagen stimmt *nicht*?

- A Für 71 % vermittelte der Glaube Hoffnung, Sinn und Bedeutung.
- B 14 % erlebten Religion als konflikthaft.
- C Bei 28 % verbesserte die Religion eine soziale Integration, bei 3 % war sie ein Hindernis.
- D 33 % gaben an, dass der Glaube ihre Suizidalität vermindere.
- E 76 % der Patienten, die einen Heilungs-Gottesdienst besuchten, erlebten eine signifikante Besserung.

► Weitere Fragen auf der folgenden Seite ...

Punkte sammeln auf CME.thieme.de

Fortsetzung ...

Frage 6

Eine Metaanalyse von über 400 quantitativen Arbeiten zum Zusammenhang von Religiosität und Depression ergab signifikante Resultate. Welche der folgenden Aussagen stimmt *nicht*?

- A Religion macht immer Schuldgefühle und fördert daher das Auftreten von Depressionen.
- B 119 von 178 Studien zeigten einen inversen Zusammenhang von Religion und Depression, d. h. Menschen mit einer religiösen Grundhaltung zeigten einen besseren Verlauf bei Depression.
- C Religiosität fördert das Coping, mit belastenden Lebensumständen besser fertig zu werden.
- D Religion vermindert die soziale Isolation.
- E Bei manchen Kirchen oder subkulturellen Gruppen können die hohen Standards zu Entmutigung und Schuldgefühlen führen, die die Depression verstärken.

Frage 7

Eine Studie untersuchte den Einfluss von Religiosität auf die Responderate von depressiven Patienten auf SSRI. Dabei fand sich eine umgekehrte U-Kurve: Menschen mit einer niedrigen oder fehlenden Religiosität sprachen weniger gut an – dasselbe galt aber auch für Menschen mit einer hohen Religiosität. Die besten Ansprechraten ergaben sich bei Patienten mit einer mittleren Religiosität. Worin liegen die Ursachen dieses Befunds?

- A Ein methodischer Fehler: Religion hat nichts mit Medikamenten zu tun.
- B Religiosität verstärkt Depressionen.
- C Eine mittlere Religiosität wirkt unterstützend, ohne sozialen oder moralischen Druck auszuüben. Dies ist förderlich für eine Zustandsverbesserung.
- D Religion verschlechtert die Medikamenten-Compliance.
- E Das bio-psycho-soziale Modell der Psychiatrie lässt keinen Raum für Religion.

Frage 8

Klinische Angststörungen zeigen gemäss Metaanalysen keinen signifikanten Zusammenhang mit Religion. Anders ist das bei Menschen mit einer erhöhten Angstneigung, die sich im Persönlichkeitsfaktor des „Neurotizismus“ äussert. Worin liegt der Unterschied begründet?

- A Die Untersuchungen wurden nicht mit den Prämissen der Psychoanalyse vorgenommen.
- B Methodische Probleme der einzelnen Studien.
- C Klinische Angststörungen sind biologisch verursacht, ohne kulturelle Einflüsse.
- D Der Persönlichkeitsfaktor „Neurotizismus“ beschreibt eine hohe Konflikthaftigkeit, die typischerweise religiöse Ängste erzeugen kann.
- E Die Nomenklatur der Angststörungen ist zu komplex.

Frage 9

Religiöse Ängste äussern sich oft in „Spiritual Struggles“ (innere Konflikte mit religiösen Themen). Welches der folgenden Themen gehört *nicht* zu diesen Konflikten?

- A Ein bedrohendes, autoritäres Gottesbild.
- B Die Einnahme von Antidepressiva für die Angstsymptomatik.
- C Die Deutung psychischer Probleme als dämonisches Geschehen.
- D Das Auftreten religiöser Zweifel.
- E Zwischenmenschliche Konflikte: Enttäuschung durch andere gläubige Menschen.

Frage 10

Studien haben unterschiedliche Einflussfaktoren der Religion auf psychische Erkrankungen aufgezeigt. Welche der folgenden Aussagen ist *nicht* korrekt?

- A Jede Religion hat vielfältige kulturelle Aspekte, die beispielsweise einen Wahnhalt prägen können.
- B Die Ideale und Vorschriften einer Religion können zu Konflikten mit persönlichen Strebungen und damit zu Schuldgefühlen führen.
- C Psychische Erkrankungen mit religiösen Inhalten finden sich in allen Kulturen und Religionen.
- D Religiöse Inhalte und Rituale dienen oftmals der Bewältigung psychischer Probleme (Coping).
- E Ängste und Schuldgefühle treten nur bei religiösen Menschen auf.