Spiritualität & Sucht:

Struktur und Inhalt der Gottesbeziehung von Abhängigen im Vergleich zu allgemein-psychiatrischen Patienten und gesunden Kontrollpersonen

Human-Friedrich Unterrainer (1,2,3), Helmut Schöggl (5), Karl Heinz Ladenhauf (3), Sandra Wallner-Liebmann (2,4), Hans-Peter Kapfhammer (5)

(1) Verein Grüner Kreis zur Rehabilitation und Reintegration suchtkranker Personen, Mönichkirchen, Österreich
(2) Addiction Research Society (A.R.S.), Graz, Österreich
(3) Institut für Pastoraltheologie und Pastoralpsychologie, Theologische Fakultät, Karl-Franzens- Universität, Graz, Österreich
(4) Institut für Pathophysiologie, Medizinische Universität Graz, Österreich
(5) Uniklinik für Psychiatrie, Medizinische Universität Graz, Österreich

Zusammenfassung

Im Rahmen eines interdisziplinären Forschungsprojekts wurde der Fragestellung nachgegangen, in welchem Zusammenhang Religiosität und Spiritualität zum Krankheitserleben bei psychiatrischen Patienten stehen. Es wurden 120 Suchtpatienten und 100 allgemeinpsychiatrische Patienten getestet. Auch wurden 200 nonklinische Probanden befragt. Folgende Instrumente kamen zur Anwendung: Das Mehrdimensionale Inventar zum religiös-spirituellen Befinden, Sechs Faktoren der Persönlichkeit-Test, Brief Symptom Inventory, Beck Depressions Inventar, Religiosität-Struktur-Test zusammen mit der Z-Skala (Zentralität religiöser Inhalte). Religiosität und Spiritualität sind signifikant sowohl mit Persönlichkeitsdimensionen und auch mit Symptomen psychischer Krankheit verbunden. Die Zentralität religiös-spiritueller Inhalte beeinflusst die Ergebnisse in relevanter Weise. Basierend auf den Ergebnissen werden Möglichkeiten und Grenzen der Integration religiös-spiritueller Inhalte in die Betreuung psychisch kranker Menschen diskutiert.

Schlüsselwörter

Spiritualität, Religiosität, Sucht, Psychiatrie, Psychotherapie, Bio-psycho-sozio-spirituelles Modell

Einleitung

Das bio-psycho-sozio-spirituelle Modell von Gesundheit und Krankheit

Das hier vorgestellte interdisziplinäre Projekt wurde von Seiten der klinischen Psychologie in Zusammenarbeit mit der Psychiatrie und der Pastoraltheologie bzw. -psychologie durchgeführt. Ausgangsbasis dafür war das 2005 abgeschlossene und 2007 als Buchpublikation erschienene Dissertationsprojekt des Erstautors (Unterrainer 2007). Unter anderem wurde ein mehrdimensionales Inventar zum religiös-spirituellen Befinden (MI-RSB 48, eine genauere Beschreibung erfolgt im Methodenteil) entwickelt und anhand klinischer bzw. nonklinischer Stichproben validiert. Interessante offene Fragestellungen sollten in Folge aufgegriffen und weitergeführt werden. Grundlage des interdisziplinären Diskurses ist dabei immer das bio-psycho-soziale Modell, in dem bei jeder Erkrankung neben biologischen immer auch psychosoziale und sozioökonomische Aspekte zum Tragen kommen. Diese finden – zumindest auf konzeptueller Ebene – in gleichem Ausmaß Beachtung. Der Mensch erlebt seine Krankheit individuell und steht vor der Herausforderung einer Deutung der veränderten Lebenssituation. Der somatische Befund kann das subjektive Befinden weder angemessen beschreiben noch hinreichend erklären. Psychosoziale Aspekte werden in diesem Modell der biologischen Komponente nicht einfach hinzugefügt (Additionsmodell), sondern in ein ganzheitlicheres Modell integriert (Integrationsmodell, Engel 1977). Jüngste Forschungen legen allerdings die Vermutung nahe, dass das bio-psycho-soziale Modell in bestimmten Bereichen zu kurz greifen könnte. So wurde die Forderung nach der expliziten Berücksichtigung einer spirituellen Komponente laut, die als vierte Dimension in den bio-psycho-sozialen Ansatz integriert werden kann (Pargament 2007, Miller/Thoresen 1999, Zwingmann 2005, Klein/Albani 2007 bzw. Möller/Reimann 2003). Die Annahme eines bio-psycho-sozio-spirituellen Modells bringt auch im Rahmen der persönlichkeitspsychologischen Forschung interessante Ergebnisse. So weist zum Beispiel Piedmont (1999) auf die Möglichkeit der Erweiterung der „BIG FIVE"-Dimensionen der Persönlichkeit: „Neurotizismus", „Extraversion", „Gewissenhaftigkeit", „soziale Verträglichkeit", „Offenheit für Erfahrungen" nach Costa und McCrae (1992, zitiert nach Pietmont 1999) durch eine sechste Dimension „Spirituelle Transzendenz" hin. Hierzu wurde ein Messinstrument entwickelt. Der Bereich der „spirituellen Transzendenz" erwies sich empirisch als weitgehend unabhängig von den ursprünglichen fünf Persönlichkeitsdimensionen und kann zur umfassenderen Beschreibung des psychischen Befindens herangezogen werden.

Struktur und Inhalt von Religiosität und Spiritualität

Eine genaue Beschreibung bzw. Begriffsdefinition von Religiosität, Spiritualität bzw. auch Frömmigkeit gestaltet sich allgemein schwierig. Auch darf man von einer zumindest teilweisen Überlappung ausgehen. Gerade aus klinisch-psychologischer Perspektive kann Religiosität meist als näher an Traditionen bzw. Institutionen gebunden, wahrgenommen werden. Spiritualität wird hingegen oft als eine weniger an Konfessionen orientierte, allgemeine Form der Bezogenheit auf Transzendenz verstanden. Frömmigkeit, welche im anglo-amerikanischen Sprachraum keine direkte Entsprechung hat, mag als inhaltlich näher der Religiosität angesehen werden. Allerdings finden sich in der englischen Sprache zwei Bezeichnungen für Religiosität: „religiousness" bzw. „religiosity". Möglicherweise sind hier Entsprechungen zu suchen (für eine ausführlichere Auseinandersetzung vgl. Utsch 1998). Der Zusammenhang von Religiosität, Spiritualität und psychischer bzw. physischer Gesundheit

scheint in der Zwischenzeit durch empirische Forschung ausreichend belegt, wobei die Beforschung religiös-spiritueller Inhalte von Seiten der klinischen Psychologie besonders im anglo-amerikanischen Raum eine lange Tradition aufweist (Koenig/McCullough/Larson 2001). Murken (1998) postuliert dabei insgesamt fünf verschiedene Ansätze („Hypothesen"), warum religiös/spirituelles Befinden im Zusammenhang mit psychischer/physischer Gesundheit stehen könnte. Demnach kann eine Einteilung möglicher positiver Auswirkungen durch Hypothesen zum Selbstwert, zum Kohärenzgefühl, zur Stressverarbeitung bzw. zur Verhaltensebene und zum sozialen Umfeld, erfolgen (für eine genauere Beschreibung vgl. Unterrainer 2007).

Auch wird sowohl der negativen als auch der positiven Gottesbeziehung Interesse zu Teil. In den 70er Jahren wurde die Wirkung zumeist krank machender Gottesbilder entweder durch Introspektion oder auch auf der Basis empirischer Daten beschrieben (Moser 1976, Hole 1977). Relativ neu ist der Zugang, religiös-spirituelle Inhalte im Rahmen der Psychologie der persönlichen Konstrukte eines Menschen zu betrachten. Ausgehend von klassischen Modellen zur Religiosität bei Allport (1967) und Glock (1962, beide zitiert nach Huber 2004) wurde ein mehrdimensionales Strukturmodell der Religiosität erarbeitet. Es kommt dabei zu einer Synthese des Modells der extrinsischen/intrinsischen Religiosität von Allport, wobei „intrinsisch" auf eine verinnerlichte, eventuell „reife" Religiosität und „extrinsisch" auf eine von außen auferlegte, eher auf die Befriedigung eigener Bedürfnisse ausgerichtete Religiosität verweist bzw. dem mehrdimensionalen Religiositätsmodell von Glock, welches die Bereiche: „Ideologie", „Rituale", „Erfahrungen", „Wissen" und „Konsequenzen" vorsieht. Angereichert wird die Erfassung der Struktur von Religiosität noch durch das Konzept der „Zentralität" religiös-spiritueller Inhalte. Diese sollten sich demnach umso stärker auf das psychische Befinden auswirken, je zentraler bzw. je „höher" sie im menschlichen Erleben verankert sind.

Ausgehend von den hier kurz skizzierten Überlegungen ergaben sich somit folgende Fragestellungen:

1. Welche inhaltliche Wertung erfährt das Konstrukt des religiös-spirituellen Befindens in Beziehung gesetzt zu den zentralen Dimensionen der Persönlichkeit („Big Five")?

2. Welche Auswirkung hat die Qualität der Gottesbeziehung (Gottesbild / Gottesvorstellung) auf das Erleben psychischer Gesundheit und Krankheit?

3. Welche Bedeutung kommt dem Umstand zu, wie zentral sich religiös-spirituelle Inhalte im persönlichen Konstruktsystem positionieren?

4. Welche Unterschiede zeigen sich zwischen Suchtpatienten und allgemein-psychiatrischen Patienten bzw. der gesunden Vergleichsgruppe hinsichtlich der untersuchten Parameter?

Methode

Stichprobe

Insgesamt wurden 420 Personen getestet. 120 Probanden hatten die Diagnose einer Suchterkrankung, wobei zwei große Gruppen Alkoholkranke bzw. Polytoxe unterschieden werden können (F10.x bzw. F19.x nach ICD 10, vgl. Dilling/Mombour/Schmidt/Schulte-Markwort 1994). Weiters wurden 100 allgemein-psychiatrische Patienten befragt, diese wiesen generell ein ängstlich-depressives Zustandsbild auf (ebenfalls ICD 10). Generelles Ausschlusskriterium war florid psychotisches Erleben. Als Vergleichsgruppe dienten 200 Personen, die in ihrer Biographie keine psychiatrische Diagnose angaben. Deutsch als Muttersprache war Einschlusskriterium in allen drei Gruppen (vgl. zur genaueren Beschreibung der Stichprobe auch Tabellen 1 und 2).

Psychometrische Instrumente

1) SFT: Sechs-Faktoren-Test

Der Sechs-Faktoren-Test SFT basiert auf der Grundlage des „BIG FIVE" Modells der Persönlichkeit (van Zerrsen 1994, Schneider 1997). Dieses Modell wurde auf der Basis faktorenanalytischer Überprüfungen immer wieder empirisch gut abgesichert. Die fünf Faktoren „Neurotizismus", „Extraversion", „Offenheit für Erfahrungen", „Gewissenhaftigkeit" und „Verträglichkeit" liegen vielen Persönlichkeitsfragebögen zugrunde. Der SFT stammt vom NEO-FFI (NEO-Five Factor Inventory) ab, einer Kurzform des NEO von Borkenau und Ostenauf (1993). Er stellt eine vereinfachte Form, vor allem was die Formulierung der Items betrifft, für psychisch kranke Menschen dar. Es kam zur Umpolung des Faktors „Verträglichkeit" in „Aggressivität". Auch wurde ein sechster Faktor „Frömmigkeit" aufgenommen. Der SFT gilt mit 55 Items als eine ökonomische Variante, die prämorbide Persönlichkeitsstruktur von psychisch kranken Menschen zu erheben. Die einzelnen Dimensionen werden mit vier bis zwölf Items operationalisiert.

2) BSI: Brief Symptom Inventory

Das BSI ist eine Kurzform des SCl-90-R von Derogatis (zitiert nach Franke 2000), wobei mit 53 Items der Grad der psychischen Beeinträchtigung mehrdimensional erfasst wird. Insgesamt werden neun verschiedene Bereiche erhoben: „Somatisierung", „Zwanghaftigkeit", „Unsicherheit im Sozialkontakt", „Depressivität", „Ängstlichkeit", „Aggressivität", „phobische Angst", „paranoides Denken", „Psychotizismus". Es existieren Normwerte und Vergleichswerte verschiedener klinischer und nonklinischer Stichproben.

3) BDI-V: Beck Depressions Inventar (revidierte Version)

Das BDI gilt als ein im deutschen Sprachraum häufig angewandtes Verfahren (Hautzinger/Bailer/Worall/Keller 1994, Schmitt/Maes 2000). Auf einer 5stufigen Ratingskala werden Ausprägung und Schweregrad der depressiven Symptomatik (z. B. das Erleben von Schuld bzw. Suizidgedanken) eingestuft. Es existieren Normwerte verschiedener klinischer und nonklinischer Gruppen.

4) RST: Religiosität-Struktur-Test: Skala zu religiösen Inhalten und Z: Zentralitätsskala

Der Religiositätsstrukturtest RST (Huber 2004) ist ein multidimensionales Instrument zur Messung christlicher Religiosität und kann mittlerweile im deutschen Sprachraum als etabliert gelten. Der Zentralitätsfaktor umfasst dabei die allgemeine Stärke von Religiosität, unabhängig von den Inhalten des religiösen Glaubens. In Bezugnahme auf die postulierte Multidimensionalität von Religiosität werden Zentralität und Inhalte durchgängig erfasst. Diese fünf Dimensionen umfassen „kognitives Interesse", „Ideologie", „Gebet", „Erfahrung und Gottesdienst". Damit soll eine möglichst breite Palette von religiösem Verhalten und Erleben erfasst werden. Die Zentralitätsskala (Z-Skala) existiert in Kurzversion (10 Items, Cronbach's α liegt hier zwischen .89 und .94) und in Langversion (15 Items, Cronbach's α zwischen .92 und .96). Die Skalen zu religiösen Inhalten und Deutungsmustern (insgesamt 73 Items) umfassen folgende Bereiche: „religiöse Suche", „Gottesbilder", „Fundamentalismus", „Ressourcenorientierte bzw. belastende Inhalte und Gemeinde".

5) MI-RSB 48: Multidimensionales Inventar zum religiös-spirituellen Befinden

Das MI-RSB 48 (Unterrainer 2007) ist ein Instrument zur mehrdimensionalen Erfassung des religiös-spirituellen Befindens. Auf konzeptueller Ebene findet eine Aufteilung in den immanenten bzw. transzendenten Raum statt. Das Instrument umfasst sechs Subskalen: „Hoffnung immanent", „Vergeben", „Erfahrungen von Bedeutung und Sinn" für den immanenten Raum, „Hoffnung transzendent", „allgemeine Religiosität" und „Allverbundenheit" für den transzendenten Raum. Gesamtfragebogen und Subskalen weisen mit Cronbach`s α=.89 bzw. Cronbach`s α>.7 eine zufrieden stellende interne Konsistenz auf. Es existieren Vergleichswerte klinischer und nichtklinischer Stichproben.

Ergebnisse

Ausgehend von den eingangs formulierten globalen Fragestellungen werden die wichtigsten Ergebnisse in gerafften Form dargestellt. Es soll dabei ein Schwerpunkt auf jene Erkenntnisse gelegt werden, die von klinisch-religionspsychologischer Relevanz sind. Tabelle 1 bietet nun einen Überblick über soziodemographische Daten der Stichprobe. Hier fällt auf, dass sich die einzelnen Gruppen in den Parametern „Partnerschaft", „Kinder", „Erwerbstätigkeit", „Schulbildung" bzw. dem „Alter" unterscheiden. Einzig in der Häufigkeit der Zugehörigkeit zu einer „Religionsgemeinschaft" zeigen sich keine Unterschiede. Tabelle 2 bietet zusätzlich einen Überblick über die ICD 10 Diagnosen der beiden klinisch-psychiatrischen Stichproben.

Zur Darstellung des allgemeinen Zusammenhangs von Religion und Gesundheit wurden Korrelationsrechnungen bzw. Regressionsanalysen durchgeführt. Exemplarisch findet sich in Abbildung 1 die Darstellung einer Regressionsanalyse zum Vorhersagewert verschiedener Persönlichkeitsdimensionen auf das religiös-spirituelle Befinden. Als stärkster Prädiktor fällt hier (zumindest bei Betrachtung der Gesamtstichprobe) erhöhte „Frömmigkeit" auf. Als ebenfalls signifikante Prädiktoren erweisen sich ein erhöhtes Ausmaß an „Extraversion" und ein vermindertes Ausmaß an „Neurotizismus". Ein geringerer Vorhersagewert, allerdings noch von statistischer Relevanz ergibt sich durch ein erhöhtes Ausmaß an „Offenheit" bzw. durch ein vermindertes Ausmaß an „Aggressivität".

Zur Frage der Zentralität von religiös-spirituellen Inhalten soll die Wechselwirkung zwischen verschiedenen positiven und negativen Gottesbildern und den Dimensionen der Persönlichkeit betrachtet werden. Die Korrelationen über die gesamte Stichprobe (N=420) sind in Tabelle 3 dargestellt. Interessant erscheint, dass sich kein Zusammenhang zwischen „positiven Gottesbildern" und „Extraversion" bzw. „Neurotizismus" zeigt, es finden sich aber ein negativer Zusammenhang mit Extraversion sowie ein positiver Zusammenhang mit Neurotizismus bei den negativen Gottesbildern.

Ansonsten zeigen sich bei „Gewissenhaftigkeit" ein vorwiegend positiver bzw. bei „Aggressivität" ein negativer Zusammenhang mit positiven Gottesbildern. „Offenheit für Erfahrungen" korreliert positiv mit positiven wie auch negativen Gottesbildern. Ebenso Frömmigkeit, obwohl auffällt, dass die Korrelationen im Bereich der positiven Gottesbilder deutlich höher ausfallen. Betrachtet man auszugsweise nur die im Sinne des Zentralitätspostulats hochreligiösen Personen (autonome Position des religiösen Konstruktsystems, N=48), so zeigt sich ein deutlich verändertes Bild (vgl. Tabelle 4). Hier ergibt sich ein deutlich positiver Zusammenhang positiv gefärbter Got tesbilder mit „Extraversion" bzw. ein negativer Zusammenhang mit „Neurotizismus". Bei den negativen Gottesbildern verhält es sich umgekehrt. Ähnlich ist die Wechselwirkung mit „Aggressivität". Bei „Gewissenhaftigkeit" bzw. der „Offenheit für Erfahrungen" zeigen sich kaum nennenswerte Zusammenhänge. Auch die hohen Korrelationen mit „Frömmigkeit" in der Gesamtstichprobe sind bei den hochreligiösen Probanden verschwunden.

Die Durchführung einer multivariaten Varianzanalyse zu den Gruppenunterschieden mit nachfolgenden Posttests brachte folgende signifikante Ergebnisse ($F(18/1227)= 5.92$, $p<.001$): Suchtpatienten unterscheiden sich von depressiven Patienten als auch von der Kontrollgruppe durch ein geringeres religiös-spirituelles Befinden ($p<.05$). Es zeigten sich für den Hauptfaktor Geschlecht keine Unterschiede. Allerdings kam es zu relevanten Wechselwirkungen ($p<.05$). So unterscheiden sich depressive Frauen durch ein erhöhtes spirituelles Wohlbefinden von süchtigen Frauen bzw. allen Gruppierungen der Männer. Süchtige Frauen wiederum zeigen keinen Unterschied zur Kontrollgruppe der Frauen bzw. zu den Männern. Unter den Männern ergaben sich generell keine Unterschiede. Für eingehendere Analysen wäre eine weitere Differenzierung zwischen Alkoholikern und Politoxikomaniepatienten zielführend.

Tab. 1: Soziodemographische Daten

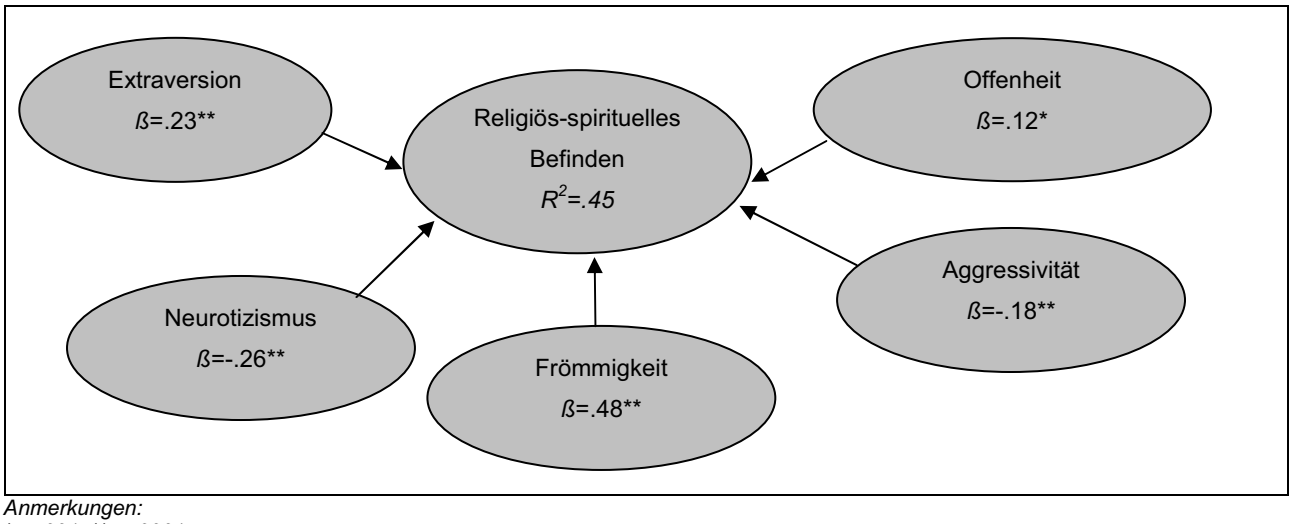
	Alkohol	Polytoxe	Psychiatrie	Kontrolle	Gesamt	*p*
N	63 (15%)	57 (13.6%)	100(23.8%)	200(47.6%)	420 (100%)	
Geschlecht:						$p<.001^{(1)}$
weiblich	15(23.8%)	30(52.6%)	74(74%)	100(50%)	219(52.1%)	
männlich	48 (76.2%)	27 (47.4%)	26(26%)	100(50%)	201(47.9%)	
Alter:						$p<.001^{(1)}$
M	36.11	26	44.78	45.80	41.42	
SD	9.66	6.79	12.75	19.00	16.69	
Median	37	24	45	46	39.5	
Min-Max	20-54	18-52	18-75	18-91	18-91	
Range	34	34	57	73	73	
Partnerschaft:						$p<.001^{(3)}$
verheiratet	5(7.9%)	3(5.3%)	51(51%)	94(47%)	153(36.4%)	
ledig	39(61.9%)	46(80.7%)	22(22%)	42(21%)	149(35.5%)	
in Partnerschaft	5(7.9%)	6(10.6%)	10(10%)	34(17%)	55(13.1%)	
verwitwet	0	0	4(4%)	18(9%)	22(5,2%)	
geschieden/getrennt	1(22.2%)	2(3.5%)	13(13%)	12(6%)	41(9,8%)	
Kinder:	23(36.5%)	14(24.6%)	69(69%)	128(64%)	284(55.7%)	$p<.001^{(1)}$
Ausbildung:						$p<.001^{(3)}$
Volksschule	2(3.2%)	1(1.8%)	4(4%)	10(5%)	17(4,0%)	
Hauptschule	20(31.7%)	24(42.1%)	26(26%)	27(13.5%)	97(23,1%)	
Berufsschule	33(52.4%)	23(40.4%)	35(35%)	77(38.5%)	168(40,0%)	
Matura	4(6.3%)	4(7%)	16(16%)	28(14%)	52(12.4%)	
Matura m. A.	2(3.2%)	5(8.8%)	7(7%)	36(18%)	50(11.9%)	
Universität	2(3.2%)	0	12(12%)	22(11%)	36(8,6%)	
Beruf:						$p<.001^{(3)}$
im Beruf stehend	15(23.8%)	16(28.1%)	52(52%)	113(56.5%)	196(46.7%)	
in Ausbildung	5(7.9%)	9(15.8%)	6(6%)	19(9.5%)	39(9.3%)	
in Pension	10(15.9%)	1(1.8%)	24(24%)	56(28%)	91(21.7%)	
arbeitslos	33(52.4%)	31(54.4%)	18(18%)	12(6%)	94(22.4%)	
Religionsbekenntnis:						$NS^{(3)}$
christlich-katholisch	45(71.4%)	30(52.6%)	74(74%)	137(68.5%)	286(68.1%)	
christl.-evangelisch	2(3.2%)	6(10.5%)	4(4%)	12(6%)	24(5.7%)	
christl. Rel.gem.	2(3.2%)	0	3(3%)	5(2.5%)	10(2.4%)	
andere Rel.gem.	1(1.6%)	4(7%)	1(1%)	2(1%)	8(1.9%)	
Kirche ausgetreten	11(17.5%)	12(21.1%)	15(15%)	34(17%)	72(17.1%)	
keine Glaubensgem.	2(3.2%)	5(8.8%)	3(3%)	10(5%)	20(4.8%)	

Anmerkungen:
(1) χ2-Test nach Pearson
(2) einfaktorielle ANOVA
(3) χ2-Test nach Pearson. Berechnungen wurden nach Dichotomisierung der Parameter durchgeführt: Partnerschaft: 0=nein; 1=ja; Ausbildung: 0=niedriger; 1=höher (Matura, Universitätsabschluss); Beruf: 0=kein Beruf; im Beruf stehend=1; Religionsbekenntnis: 0=keine Glaubensgemeinschaft; 1=Glaubensgemeinschaft. Matura m. A.: Matura mit weiterführender Ausbildung; christl. Rel.gem.= christliche Religionsgemeinschaft; andere Rel.gem.=andere nonchristliche Religionsgemeinschaft; Kirche ausgetreten=aus der Kirche ausgetreten; keine Glaubensgem.=nie einer Glaubensgemeinschaft angehört.

Tab. 2: Psychiatrische Diagnosen: Primärdiagnose

Stichprobe	Hauptdiagnose	Häufigkeit
Sucht (*N*=120)	Störungen durch Alkohol(F10.x)	63(52.5%)
	Multipler Substanzgebrauch (F19.x)	57(47.5%)
Psychiatrie (*N*=100)	Schizoaffektive Störung (F25.x)	5(5%)
	Bipolare affektive Störung (F31.x)	15(15%)
	Depressive Episode (F32.x)	60(60%)
	Rezidivierende depressive Störung (F33.X)	5(5%)
	Anhaltende affektive Störung (F34.x)	1(1%)
	Angst und depressive Störung (F41.x)	3(3%)
	Anpassungsstörungen (F43.x)	9(9%)
	Somatoforme Störung (F45.x)	1(1%)
	Postnatale Depression (F53.0)	1(1%)

Abb. 1:Persönlichkeitsdimensionen als Prädiktoren des religiös-spirituellen Befindens (N=420)



Anmerkungen:
**p<.001, **p<.0001*

Tab. 3: Korrelation zwischen Struktur/Zentralität von Religiosität und Persönlichkeit (N=420)

	EXT	NEU	GEW	AGG	OFF	FRÖ
Pos.Gef.	-	-	.15**	-.24***	.20***	.72***
Dank	-	-	.17***	-.22***	.17**	.71***
Verehrung	-	-	.17**	-.22***	.18***	.72***
Vergebung	-	-	.15**	-.19***	.18***	.72***
Neg.Gef.	-.18***	.29***	-	-	.22***	.44***
Angst	-.12**	.31***	.05***	-	.17***	.39***
Hader	-	.21***	-	-	.17**	.29***
Schuld	-.19***	.26***	-	-	.23***	.54***

Anmerkungen:
** p<.05; ** p<.01; *** p<.001;*
Pearson's r für parametrische bzw. Spearman's rho für nonparametrische Daten;
Pos.Gef.=Positive Gefühle gegenüber Gott gesamt; Dank=Dankbarkeit; Neg.Gef.=Negative Gefühle gegenüber Gott gesamt;
EXT=Extraversion; NEU=Neurotizismus; GEW=Gewissenhaftigkeit; AGG=Aggressivität; OFF=Offenheit; FRÖ=Frömmigkeit.

Tab. 4: Korrelation zwischen Struktur/Zentralität von Religiosität und Persönlichkeit (N=48)

	EXT	NEU	GEW	AGG	OFF	FRÖ
Pos.Gef.	.30***	-.33***	-	-.4****	-	-
Dank	.21*	-.32***	-	-	-	.31***
Verehrung	-	-.30***	-	-.32***	-	-
Vergebung	-	-	-	-	-	-
Neg.Gef.	-.48****	.58****	-	.45****	-	-
Angst	-	.52****	-	-	-	-
Hader	-.21*	.43****	-	.35***	-	-
Schuld	-.47****	.50****	-.21*	.35***-	-	-

Anmerkungen:
** p<.2; ** p<.1; ***p<.05;**** p<.01*
Pearson's r für parametrische bzw. Spearman's rho für nonparametrische Daten;
Pos.Gef.=Positive Gefühle gegenüber Gott gesamt; Dank=Dankbarkeit; Neg.Gef.=Negative Gefühle gegenüber Gott gesamt;
EXT=Extraversion; NEU=Neurotizismus; GEW=Gewissenhaftigkeit; AGG=Aggressivität; OFF=Offenheit; FRÖ=Frömmigkeit.

Diskussion

In Bezugnahme auf die eingangs formulierten Fragestellungen soll auf den Zusammenhang Religiosität, Spiritualität und Gesundheit fokussiert eingegangen werden. Der Hypothese zum positiven Zusammenwirken von Religion und Gesundheit entsprechend lassen auch die Ergebnisse dieser Studie einen solchen Schluss zu. So erfolgt eine Vorhersage des religiös-spirituellen Befindens signifikant durch erhöhte Parameter einer gesunden bzw. durch geringere Ausprägungen einer kranken Persönlichkeitsstruktur. Dies trifft sich mit den meisten Ergebnissen der rezenten Forschung (Koenig 2007, Kendler et al. 2003). Trotzdem muss dieser „salutogene Effekt" kritisch hinterfragt werden. Die Vorhersage des religiös-spirituellen Befindens betrifft den immanenten als auch den transzendenten Raum und somit den Gesamtscore der Skala. Werden Subdimensionen, die allein den transzendenten Raum betreffen, wie zum Beispiel „allgemeine Religiosität" herausgegriffen, so fällt das Ergebnis lange nicht so deutlich aus. Auch zeigte sich zum Beispiel bei Depressiven meist nur ein gering positiver bzw. gar kein Effekt. Oftmals kommt es durch strafende Gottesbilder bzw. durch Schulderleben zu einer Verschlimmerung der Symptomatik. Smith, McCullough und Poll (2003) berichten anhand einer metaanalytischen Betrachtung der Ergebnisse von 157 Studien zu Religion und Depression auch nur einen sehr geringen Effekt von Religiosität und Depressivität von r=-.096. Auch in dieser Studie zeigen sich sowohl die pathogenen wie auch die salutogenen Wirkrichtungen von Religiosität/Spiritualität. Wie in Tabelle 3 und 4 beschrieben, kommt es mit einer Zunahme der Intensität des Glaubens (Zentralitätsmaß) zu einer Verlagerung hin zur Beeinflussung der beiden Kerndimensionen der Persönlichkeit „Extraversion" und „Neurotizismus", wobei sowohl stützende als auch strafende Gottesbilder wirksam werden. Auch wandelt sich die ursprünglich in der gesamten Stichprobe gefundene aggressionshemmende Auswirkung positiver Gottesbilder zu einer aggressionsfördernden Wirkung schuldig machender bzw. strafender Gottesbilder bei hochreligiösen Menschen. Spannend erscheint die beinahe völlige Entkoppelung positiver wie auch negativer Gottesbilder von der Persönlichkeitsdimension „Frömmigkeit" bei intensiv Gläubigen. So ist Ausdruck der Frömmigkeit hier einzig durch ein Gefühl der Dankbarkeit gegeben. Was die Unterschiede in den Gruppen betrifft, so lassen sich die Ergebnisse der Vorgängerstudie (Unterrainer 2007) zum großen Teil bestätigen. Das geringe religiös-spirituelle Befinden bei den suchtkranken Klienten mag als wichtiger Hinweis bzw. als Auftrag für die Praxis gelten. Religiös-spirituelle Therapieinhalte scheinen vor allem in der Drogenarbeit von besonderer Relevanz zu sein. Hier mag sich ein „Craving for Transcendence" abbilden, welches zu substituieren wäre (Unterrainer et al. 2009). Auch belegt die (eher spärliche) Forschung die Erfolge spirituell orientierter Gruppen, wie die der Anonymen Alkoholiker (Galanter 2007). Gründe für diese spirituelle Not dürften wohl vorrangig an einem Gefühl der völligen Entwurzelung liegen, oftmals verursacht durch eine „Broken Home"-Situation bzw. dem Fehlen elterlicher Identifikationsfiguren, was sich auch in der Ausbildung von Gottesvorstellungen auszuwirken scheint. Bemerkenswert ist auch die Gruppe der depressiven Frauen. Hier handelt es sich um eine Gruppe hochreligiöser Patienten, an denen sich sehr deutlich die Auswirkung sowohl pathogener als auch salutogener Gottesbilder zeigt. Die Gruppe der depressiven Frauen scheint somit durch ihren Glauben einerseits gestärkt zu werden, andererseits ist auch eine Verschlimmerung der depressiven Symptomatik durch Glaubensinhalte möglich. Im Sinne des bio-psycho-sozio-spirituellen Modells könnte die Thematisierung religiös-spiritueller Inhalte im Rahmen einer psychotherapeutischen und/oder seelsorglichen Begleitung zu einem Aufklaren der Depression beitragen. Es ist wichtig zu erwähnen, dass sich in dieser Studie Gruppenunterschiede hinsichtlich des religiös-spirituellen Befindens vor allem durch die depressiven Frauen ergaben. Männer unterschieden sich nicht über die Gruppen hinweg. Es sei auch vermerkt, dass andere in der Untersuchung angewandte Parameter zu „Religiosität" und „Spiritualität" den hier beschriebenen ersten Eindruck auch über die Geschlechter hinweg verdichten. Generell kann geschlossen werden: je mehr Religiosität/Spiritualität an religiöse Traditionen bzw. an Konfessionen gebunden ist, desto weniger finden sich die Gruppen der Süchtigen in dem Glaubenssystem wieder.

Fazit

Zusammenfassend sei auf die Bestätigung der Hypothese zum relevanten Zusammenhang von Religiosität, Spiritualität und psychischer Gesundheit bzw. Krankheit, aber auch auf die Wichtigkeit einer kritischen Reflexion der Ergebnisse verwiesen. Unterschiedliche psychiatrische Patientengruppen zeigen auch verschiedene Formen des religiös-spirituellen Befindens. Besonders hinsichtlich der Gruppe der hochreligiösen Patienten scheint deren Glaubensbeziehung auch einen sehr relevanten Einfluss auf das Krankheitserleben zu haben. Weiters sollte die Thematisierung religiös-spiritueller Inhalte gerade in der Drogentherapie eine wichtige Ressource darstellen.

Anmerkungen und Danksagungen

Das Exposé zu „Spiritualität und psychische Erkrankung" (Arbeitstitel der Studie) wurde 2006 mit dem BA-CA Forschungspreis für interdisziplinäre Forschung an der Karl-Franzens-Universität Graz ausgezeichnet. Auch wurde die Dissertation „Seelenfinsternis? – Struktur und Inhalt der Gottesbeziehung im klinisch-psychiatrischen Feld als zweitbeste Dissertation 2009 im Studienfach medizinische Wissenschaften an der Medizinischen Universität Graz prämiert.

Der Autor dankt dem Verein Grüner Kreis zur Rehabilitation und Reintegration suchtkranker Personen für die Unterstützung seiner Forschungstätigkeit bzw. den Mitarbeitern der Uniklinik für Psychiatrie-Medizinische Universität Graz für die Unterstützung bei der Datenerhebung.

Summary

In the context of an interdisciplinary research project the question was followed, in which way religiosity and spirituality might be connected to the perception of illness among psychiatric patients. 120 addiction patients, 100 general psychiatric patients and 200 non-clinical probands were investigated. Following instruments were applied: The Multidimensional Inventory for Religious/spiritual Well-being, Six Factors of Personality-Test, Brief Symptom Inventory, Beck Depression Inventory, Structure of Religiosity Test together with the C-scale (Centrality of religious contents). Religiosity and spirituality showed to be correlated with personality dimensions as well as with symptoms of mental illness. The centrality of religious-spiritual contents influences the results in a relevant way. Based on the results possibilities and boundaries concerning the integration of religious/spiritual contents into psychiatric treatment are discussed.

Keywords

spirituality, religiosity, addiction, psychiatry, psychotherapy, bio-psycho-socio-spiritual model

Literatur

Borkenau P.; Ostenauf F. (1993): NEO-Fünf-Faktoren Inventar nach Costa und McCrae. Handanweisung. Göttingen: Hogrefe

Dilling, H.; Mombour W.; Schmidt, M. H.; Schulte-Markwort E (Hrsg.) (1994): Internationale Klassifikation psychischer Störungen: ICD 10, Kapitel VII(F): Psychische und Verhaltensstörungen. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle: Hans Huber

Engel, G. L. (1977): The Need for a New Medical Model: A Challenge for Biomedicine. Science; 196, 129-136

Franke, G. H. (2000): BSI. Brief Symptom Inventory von L. R. Derogatis (Kurzform der SCL-90-R). Deutsche Version. Göttingen: Beltz Test

Galanter, M. (2007): Spirituality and recovery in 12-step programs: an empirical model. Journal of Substance Abuse Treatment, 33: 265-272

Hautzinger, M.; Bailer, M.; Worall, H.; Keller, F. (1994): Beck-Depressions-Inventar (BDI). Bern: Huber

Hole, G. (1977): Der Glaube bei Depressiven. Stuttgart: Enke

Huber, S. (2004): Zentralität und multidimensionale Struktur der Religiosität: eine Synthese der theoretischen Ansätze von Allport und Glock. In Zwingmann, C.; Moosbrugger, H. (Hrsg.): Religiosität: Messverfahren und Studien zur Gesundheit und Lebensbewältigung. Neue Beiträge zur Religionspsychologie. Münster: Waxmann, 79-105

Kendler, K. S.; Liu, X.Q.; Gardner C. O. (2003): Dimensions of religiosity and their relationship to lifetime psychiatric and substance use disorders. American Journal of Psychiatry, 160: 496-503

Klein, C.; Albani, C. (2007): Religiosität und psychische Gesundheit. Eine Übersicht über Befunde, Erklärungsansätze und Konsequenzen für die klinische Praxis. Psychiatrische Praxis, 34: 2-12

Koenig, H. G.; McCullough, M. E.; Larson, D. B. (2001): Handbook of Religion and Health. Oxford: University Press

Koenig, H. G. (2007): Religion and remission of depression in medical inpatients with heart failure/pulmonary disease. Journal of Nervous and Mental Diseases, 195: 389-395

Miller, W. R.; Thoresen, C. E. (1999): Spirituality and Health. In Miller, W. R. (Hrsg.): Integrating Spirituality into Treatment. Resources for Practitioners. Washington: APA, 3-19

Möller, A.; Reimann, S. (2003): "Spiritualität und Befindlichkeit" – subjektive Kontingenz als medizinisch psychologischer und psychiatrischer Forschungsgegenstand. Fortschritte der Neurologie und Psychiatrie, 71: 609-616

Moser, T. (1976): Gottesvergiftung. Frankfurt am Main: Suhrkamp

Murken, S. (1998): Gottesbeziehung und psychische Gesundheit. Die Entwicklung eines Modells und seine empirische Überprüfung. Münster: Waxmann

Pargament, K. I. (2007): Spiritually Integrated Psychotherapy: Understanding and Addressing the Sacred. New York: The Guilford Press

Piedmont, R. L. (1999): Does Spirituality Represent the Sixth Factor of Personality? Spiritual Transcendence and the Five-Factor Model. Journal of Personality, 67: 985-1013

Schmitt M., Maes J. (2000): Vorschlag zur Vereinfachung des Beck-Depressions-Inventars (BDI). Diagnostica, 46: 38-46

Schneider, B. (1997): Persönlichkeit und Belastungs- bzw. Ressourcenfaktoren. Unveröffentlichte Diplomarbeit Universität Konstanz

Smith, T. B.; McCullough, M. E.; Poll, J. (2003): Religiousness and Depression: Evidence for a Main Effect and the Moderating Influence of Stressful Life Events. Psychological Bulletin, 129: 614-636

Unterrainer, H. F. (2007): Spiritualität & Krankheitsbewältigung. Glaube als Ressource in der Krankheitsverarbeitung. Saarbrücken: VDM

Unterrainer, H. F. et al. (2009): Craving for Transcendence. God as Substitute for Addictive Agents, submitted

Utsch, M. (1998): Religionspsychologie: Voraussetzungen, Grundlagen, Forschungsüberblick, Stuttgart : Kohlhammer

Zerssen, D. van (1994): Persönlichkeitszüge als Vulnerabilitätsindikatoren – Probleme ihrer Erfassung. Fortschritte der Neurologie und Psychiatrie, 62: 1-13

Zwingmann, C. (2005): Erfassung von Spiritualität/Religiosität im Kontext der gesundheitsbezogenen Lebensqualität. Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie, 55: 241-246

Korrespondenzadresse

Mag. DDr. Human-Friedrich Unterrainer
Geidorfgürtel 20/10/4
A-8010 Graz
Tel.: +43-(0)-699-1237734
E-Mail: human.unterrainer@uni-graz.at